

硬膜外腔阻滞麻醉作为临床常用的一种麻醉方法,它对生理干扰小,用于老年患者可降低交感神经紧张性,减慢心率,同时扩张外周血管,减少心肌做功及气管插管时的心血管反应。但硬膜外阻滞是一种不完全阻滞,虽然有一定的肌肉松弛作用,但腹部肌肉松弛不完全直接影响手术操作<sup>[4]</sup>,同时单纯硬膜外腔阻滞麻醉易导致低血压、心动过缓和呼吸抑制<sup>[5]</sup>。气管插管全身麻醉可保证充分氧供,便于呼吸管理,但是单用全身麻醉行上腹部手术,由于止痛不完善,机体对创伤的应激反应仍很明显,心率增快,血压升高,对老年患者尤其是合并高血压等心血管疾病者,可引起严重的并发症;术毕清醒时间较长,拔管也较晚<sup>[6-7]</sup>。而硬膜外阻滞加全身麻醉以各自优点弥补相互不足,术中能进行有效的呼吸管理,减少或消除牵引反射及其他不良反应,降低血流动力学的变化,避免因疼痛而致的躁动不安、血压上升、心率加快等反应,术后恢复期更安静、更舒适、更平稳。本文结果显示观察组血压异常发生率 8.33%、心率异常发生率 10.00% 低于对照组的 33.33%、36.67% ( $P < 0.05$ ); 调查中观察组恢复自主呼吸时间 $[(5.23 \pm 1.52) \text{min}]$ 、拔除气管导管时间 $[(8.12 \pm 2.34) \text{min}]$ 、完全清醒时间 $[(13.23 \pm 3.45) \text{min}]$ 分别短于对照组的 $(8.93 \pm 2.65) \text{min}$ 、 $(12.67 \pm 3.86) \text{min}$ 、 $(16.67 \pm 4.32) \text{min}$  ( $P < 0.05$ )。

总之,老年上腹部手术患者应用硬膜外阻滞加全身麻醉是

切实可行的办法,有利于改善肺功能,减少术后并发症,管理方便,减少麻醉意外的发生,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 沈晓燕. 静脉全麻复合硬膜外阻滞应用于老年胆囊切除术患者的临床观察[J]. 当代医学, 2009, 15(6): 78-79.  
 [2] 郝向东. 硬膜外阻滞复合全麻在老年人上腹部手术中的应用观察[J]. 临床医药实践, 2008, 17(7): 519-520.  
 [3] 梁华, 陶国才, 郭永军, 等. 全麻复合硬膜外阻滞用于老年高血压患者上腹部手术[J]. 西北国防医学杂志, 2005, 26(5): 357-359.  
 [4] 郁万友, 刘秀芳. 全麻复合硬膜外麻醉在老年人上腹部手术中的应用[J]. 山东医学, 2009, 49(48): 67-68.  
 [5] 吴双平. 上腹部手术全麻联合胸段硬膜外麻与单纯全麻效果比较[J]. 右江医学, 2009, 37(5): 552-553.  
 [6] 寿琼华. 比较硬膜外与全身麻醉在老年人胆囊胆道手术的应用[J]. 内蒙古医学杂志, 2008, 40(2): 174-175.  
 [7] 毛剑霞, 许靖. 静吸复合全麻联合硬膜外麻醉在上腹部手术的应用[J]. 临床麻醉学杂志, 2009, 25(9): 814-815.

(收稿日期: 2013-01-17 修回日期: 2013-03-28)

• 临床研究 •

# 中西医结合治疗溃疡性结肠炎 96 例

马丽丽(河北省唐山市人民医院消化内科 063000)

**【摘要】** 目的 探讨中西医结合治疗溃疡性结肠炎的临床疗效。方法 2011 年 1 月至 2012 年 1 月河北省唐山市人民医院消化科入院治疗溃疡性结肠炎患者 96 例, 随机分为对照组和观察组各 48 例, 分别给予单纯西药治疗和中西医结合治疗。结果 观察组 48 例, 治疗显效 33 例, 有效 13 例, 无效 2 例, 有效率占 95.83%; 对照组 48 例, 显效 28 例, 有效 10 例, 无效 10 例, 有效率占 79.17%。两组疗效对比, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。结论 中西医结合治疗溃疡性结肠炎效果明显, 值得临床推广应用。

**【关键词】** 溃疡性结肠炎; 中西医结合疗法; 柳氮磺胺吡啶

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.051 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)15-2013-02

慢性溃疡性结肠炎病变主要发生在肠道的黏膜层与黏膜下层, 是至今病因不明的非特异性炎症反应病症, 临床表现为腹泻、便血、腹痛等症状, 严重者可侵入肌层或全部大肠。近几年临床患者增多, 由于该病病因不明, 病情复杂, 治疗效果不佳, 手术率和复发率高<sup>[1]</sup>。本研究采用中西医结合治疗溃疡性结肠炎, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 1 月至 2012 年 1 月本院消化科入院治疗溃疡性结肠炎患者 96, 其中男 56 例, 年龄 33~62 岁, 平均 43 岁; 女 40 例, 年龄 30~66 例, 平均 41 岁。随机分为对照组 48 例, 用单纯西药治疗, 口服柳氮磺胺吡啶肠溶片 4 次/天, 1 克/次, 或静脉滴注松琥珀酸钠 1 次/天, 300 mg/d, 待病情缓解后可根据情况逐渐减量或停药; 观察组 48 例, 在对照组治疗基础上给予中药, 成分: 黄连 10 g、黄柏 10 g、败酱草 20 g、黄芪 20 g、葛根 15 g、白芨 15 g、泽泻 20 g、白头翁 30 g、黄芩 10 g、白术 20 g, 水煎药汁至 150 mL, 加入锡类散 0.6 g, 混合均匀每日 1 剂, 温度保持在 38℃ 左右。若腹痛重, 加乌药 10 g、延胡索 15 g; 腹泻次数多, 加薏苡仁 30 g、车前子 30 g; 里急后重明

显, 加白芍 12 g、木香 10 g; 便血明显, 加茜草 15 g、地榆炭 15 g; 于每晚排空大便、温水清洁肛门后保留灌肠。两组均治疗 2 个疗程, 14 d 为 1 个疗程, 2 个疗程中间休息 5 d, 治疗期间注意休息和饮食, 给予易消化的食物。

1.2 病情分组 溃疡性结肠炎患者根据病情的轻重分为轻、中、重和暴发型。

1.2.1 轻型 国内轻型最多见。起病慢, 症状轻, 可有轻度腹泻 (<4 次/日), 或腹泻便秘交替及黏液血便 (不含或只含少量血), 体温心率一般正常, 无体质量减轻, 无或仅轻度贫血, 红细胞沉降率小于 30 mm/h, 病变多局限在直肠和乙状结肠。

1.2.2 中型 介于轻型和重型之间。

1.2.3 重型 重型较少见。可急性起病, 腹泻大于 6 次/日, 血量多, 体温 37.7℃ 以上至少持续 2~3 d, 心率大于 90 次/min, 体质量短期内明显减轻, 血红蛋白小于 75 g/L, 红细胞沉降率大于 30 mm/h, 血浆清蛋白小于 30 g/L。结肠病变多呈进行性加重, 常累及全结肠, 可伴有肠外表现, 癌变机会较多。

1.2.4 暴发型 暴发型最少见。起病急骤, 消化系统与全身表现严重, 病情进展迅速, 腹泻频繁, 多为黏液血便, 极少粪质,

有毒血症。腹部体征明显,易并发中毒性巨结肠,可出现急性肠穿孔,病死率高。

**1.3 疗效判定标准** 参照中华医学会消化病学分会制订的对炎症性肠病诊断治疗规范的建议<sup>[2]</sup>。显效:症状、体征均消失,大便常规检查呈阴性,结肠镜检查提示溃疡愈合、糜烂消失、黏膜大致正常。有效:症状、体征均消失,大便常规检查呈阴性,结肠镜检查提示黏膜轻度炎症或假息肉形成。无效:症状、体征均无明显改善,大便常规、结肠镜检查均无改变。

**1.4 统计学处理** 采用 Ridit 分析,  $P < 0.01$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

观察组 48 例,显效 33 例,有效 13 例,无效 2 例,有效率为 95.83%;对照组 48 例,显效 28 例,有效 10 例,无效 10 例,有效率为 79.17%。两组疗效对比,差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。

## 3 讨 论

目前由于慢性溃疡性结肠炎的病程较长,病因不明确,治疗起来比较困难,西医只是运用抗菌药物如糖皮质激素及水杨酸制剂等进行消炎止痛<sup>[3]</sup>,控制症状,效果不明显,易复发。而且长期应用不但伤害肝脏,还有严重的恶心、呕吐和胃肠反应,少数患者可出现白细胞减少,再生障碍贫血。诸多研究显示<sup>[4-6]</sup>,采用中西药搭配灌肠的方法与单纯用西药或中药的治疗结果对比,总有效率明显升高,溃疡面愈合周期明显缩短,且不易复发。还有研究显示<sup>[7]</sup>,采用口服西药,配合中药汤灌肠治疗,总有效率高达 96.7%,充分显示中西医结合治疗慢性溃疡性结肠炎的高效性。

慢性溃疡性结肠炎病变主要是发生在肠道的黏膜层,少部分影响到黏膜下层、肌层、浆膜层。中医认为慢性溃疡性结肠炎属于肠游、滞下、泄泻、久痢等范畴<sup>[8]</sup>,以大肠湿热壅滞及日久多瘀为特点,病位脾胃和直肠,病疾为饮食劳倦,损伤脾胃,以致脾胃气虚,清阳陷于下焦,湿邪淤滞大肠,日久化生热毒,血气与之搏击,脂络受伤,脂液外溢,肉腐为脓,故见黏液脓血便。采用中西医结合治疗溃疡性结肠炎,现代药理研究证实<sup>[9]</sup>,其中药中白头翁、葛根凉血止痢,败毒抗癌,消肿破结,为君药;黄芩、黄连、黄柏清热燥湿,泻火解毒,止血;白芨补肺,止

咳化痰,止血生肌;白术健脾益气,燥湿利水,止汗,用于脾虚食少,腹胀泄泻,痰饮眩悸,水肿,自汗;败酱草清热解毒,消痈排脓,活血行瘀,用于肠痈、肺痈及疮痈肿毒、实热淤滞所致的胸腹疼痛;白芍养血柔肝,缓中止痛,敛阴收汗,泻痢腹痛;泽泻利水,渗湿,泄热;薏苡仁健脾,渗湿,止泻,排脓;延胡索活血、散瘀、理气、止痛,主心腹腰膝诸痛<sup>[1,10]</sup>。

本研究采用中西疗法,在西药控制症状基础上,以中药来调理患者的肝、肾、脾、胃,增强人的体质,以此达到机体抗病毒的目的。

## 参考文献

- [1] 任建国. 中国肛肠病学[M]. 北京: 科学出版社, 2002: 151-163.
- [2] 中华医学会消化病学分会. 对炎症性肠病诊断治疗规范的建议[J]. 中华消化杂志, 2001, 2(4): 236-239.
- [3] 朱俊程. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎 56 例[J]. 光明中医, 2010, 25(10): 1874-1875.
- [4] 康晓露, 李雅. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎 56 例[J]. 陕西中医, 2007, 28(5): 559-560.
- [5] 王玉芬. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎 58 例的体会[J]. 时珍国医国药, 2007, 18(5): 1264.
- [6] 黄裕民. 青龙散配合西药治疗慢性溃疡性结肠炎 79 例[J]. 陕西中医, 2007, 28(9): 1184-1185.
- [7] 黄华丽, 王敏英. 中西医结合治疗活动期溃疡性结肠炎 30 例[J]. 陕西中医, 2006, 27(1): 55-56.
- [8] 孙宝民. 探讨中西医结合治疗溃疡性结肠炎的临床疗效[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4(2): 151-152.
- [9] 张瑜, 张风云, 李海华. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎 43 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(11): 53-54.
- [10] 李素萍, 薛迪强, 郑兴基. 中西医结合治疗慢性溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(12): 1148-1482.

(收稿日期: 2013-01-25 修回日期: 2013-03-13)

## • 临床研究 •

# 超声引导下心包穿刺置管引流及药物灌注治疗恶性心包积液

石 骏<sup>1</sup>, 樊树华<sup>2</sup> (1. 四川省宜宾市南溪区人民医院 644100; 2. 四川省宜宾市第二人民医院 644000)

**【摘要】 目的** 探讨治疗恶性心包积液的有效方法。**方法** 对接受全身化疗的 45 例恶性心包积液患者在超声引导下心包穿刺置管引流术, 其中 31 例行药物灌注, 14 例未行药物灌注。**结果** 行药物灌注组治疗有效率高于未灌注组。**结论** 超声引导下心包穿刺置管引流及药物灌注治疗恶性心包积液安全性高、疗效快、并发症少。

**【关键词】** 心包积液; 超声引导; 置管引流; 药物灌注

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 15. 052 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)15-2014-02

正常心包腔内含液体量不多, 当心包腔内液体超过 50 mL 时称为心包积液。引起心包积液的病因复杂多样, 恶性心包积液日趋增长, 研究显示, 7%~12% 的恶性肿瘤会累及心包, 对于全身化疗可延长生存期的癌症患者, 心包腔内灌注化疗药物是否能够抑制恶性心包积液的复发, 既往研究结果不一<sup>[1]</sup>。文

献<sup>[2-3]</sup>报道, 恶性心包积液的治疗方法有心包引流、纵膈放疗、心包腔内化疗和全身化疗等。宜宾市南溪区人民医院于 2008 年 1 月至 2011 年 12 月, 与上级医院超声医师配合, 行心包穿刺置管引流及药物灌注治疗恶性心包积液患者 45 例, 现报道如下。