

动脉-动脉栓塞脑梗死临床多表现为短暂性脑缺血发作或轻型卒中,颅内外血管成像可见大血管严重狭窄或闭塞,其相应供血区多发梗死灶,DWI 加权像可见多发点状高信号,梗死灶较小,且较均匀。有研究显示动脉-动脉栓塞组患者,大血管有易损斑块破裂致血管内皮的损伤^[10]。微栓子被认为是动脉-动脉的重要证据^[11]。钟维章等^[12]研究报道,动脉粥样硬化型动脉-动脉栓塞事件再发风险极高,阿司匹林联合氯吡格雷治疗有效,且安全性好。本研究动脉-动脉栓塞组脑梗死给予阿司匹林联合氯吡格雷治疗后临床症状大多稳定,较阿司匹林联合低分子肝素治疗症状缓解率高,但治疗后 NIHSS 评分 2 组比较差异无统计学意义($P>0.05$),发展为血栓形成性进展型脑梗死的病例较少,双抗的意义可能也在于此。原位血栓形成脑梗死发病前可有短暂性脑缺血发作表现,发病后常有病情进展,临床症状恶化,颅内外血管成像可见大血管严重狭窄或闭塞,血管横断面有时可见血栓影,T2 加权血管内流空影消失,中央可见点状高信号,其相应供血区多发梗死灶,DWI 加权像可见多发点片状高信号,梗死灶大小不一。佟旭等^[18]研究认为,低分子肝素的早期抗凝治疗对大动脉粥样硬化狭窄性脑梗死患者具有重要的意义。本研究数据表明,原位血栓形成组脑梗死经阿司匹林联合低分子肝素治疗后 NIHSS 评分好于双抗治疗,表明血管内存在血栓的患者,抗血小板加抗凝剂治疗效果要优于单纯抗血小板治疗。

参考文献

[1] 周世权,张艳伟,刘建平,等. 深圳汉族和新疆维族人群缺血性脑卒中危险因素比较[J]. 中华疾病控制杂志,2014,18(2):127-130.

[2] 顾力华,陈斌,魏丹霞,等. 急性脑梗死 TOAST 分型与危险因素的关系[J]. 实用心脑血管病杂志,2013,21(2):51-52.

• 临床探讨 •

[3] Wu Z,Zhao M,He M,et al. Validation of The use of B-type natriuretic peptide point-of-care test platform in preliminary recognition of cardioembolic stroke patients in the ED[J]. AMJ Emerg Med,2015,33(4):521-526.

[4] Petty GW,Brown RD,Whisnant JP,et al. Ischemic stroke subtypes: a population-based study of functional outcome, survival,and recurrence[J]. Stroke,2000,31(5):1062-1068.

[5] 欧艳. NIHSS 评分与 SSS 评分对脑梗死急诊溶栓后出血转化的预测价值[J]. 实用医学杂志,2014,30(19):3124-3126.

[6] 田宇,王佳君,李宝云,等. 动静脉联合溶栓与机械取栓治疗早期急性脑梗死的临床效果及预后[J]. 疑难病杂志,2015,14(1):20-22.

[7] 王春娟,王拥军. 缺血性卒中病因学分型发展及各分型特点[J]. 中国临床研究,2010,23(2):89-92.

[8] 吴江. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:158.

[9] 王惠,马先军,卞光荣,等. 大动脉粥样硬化型脑梗死病情进展的预测因素[J]. 吉林医学,2016,37(5):1075-1077.

[10] 刘丹,刘国荣,张茂林. 脑梗死急性期 C-反应蛋白的动态变化及其与脑梗死分型、预后的关系[J]. 中国实用神经疾病杂志,2009,12(15):5-7.

[11] 董大伟,袁定新. 动脉粥样硬化性脑梗死发病机制的特征及远期预后[J]. 暨南大学学报,2013,34(6):641-645.

[12] 钟维章,李兰晴. 急性脑梗死 CISS 与 TOAST 病因分型探讨[J]. 中国急救医学,2013,33(10):904-907.

[13] 佟旭,周全,刘静华,等. 低分子肝素早期抗凝治疗大动脉粥样硬化狭窄性脑梗死的效果[J]. 广东医学,2016,37(z1):222-225.

(收稿日期:2016-07-27 修回日期:2016-11-15)

大承气汤加芒硝外敷治疗重症急性胰腺炎对腹腔内压力影响的研究

代鸿华,王 智[△]

(重庆市綦江区人民医院肝胆外科 401420)

摘要:**目的** 探讨大承气汤加芒硝外敷治疗重症急性胰腺炎的临床疗效及其对腹腔内压力的影响。**方法** 随机选取 2014 年 1 月至 2016 年 1 月该院收治的重症急性胰腺炎患者 200 例,随机分成观察组 and 对照组,各 100 例,对照组患者给予常规西医治疗;观察组患者使用常规西医治疗联合大承气汤加芒硝外敷治疗。观察 2 组患者治疗 1 周后临床症状、血象、腹腔压力等指标变化。**结果** 观察组患者的腹痛、腹部压痛、恶心、呕吐、身目发黄、cullen 征、大便不畅等症状和体征的缓解时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者白细胞计数 $[(5.6\pm2.5)\times10^9/L]$ 显著低于对照组 $[(8.6\pm2.6)\times10^9/L]$,C 反应蛋白(CRP)指数 $[(55.1\pm6.1)mg/L]$ 显著低于对照组 $[(114.6\pm9.4)mg/L]$,血淀粉酶指标 $[(130.1\pm20.9)U/L]$ 和尿淀粉酶指标 $[(481.7\pm1.5)U/L]$ 显著低于对照组 $[(299.5\pm23.5)U/L]$ 和 $[(953.9\pm42.9)U/L]$,差异均有统计学意义($P<0.05$);排便前、排便后 1、3 d 观察组患者腹内压力恢复较对照组小,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 与常规西医治疗比较,大承气汤加芒硝外敷治疗急性胰腺炎缩短了患者的临床症状缓解时间,有效降低腹内压力,值得临床广泛应用。

关键词:大承气汤; 芒硝外敷; 重症急性胰腺炎; 腹内压力

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.04.043 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)04-0562-03

重症急性胰腺炎(SAP)是外科常见急腹症,病情凶险,病程复杂,病死率较高^[1]。SAP 可导致腹腔内压力(IAP)的升高,持续 IAP 升高可引发腹腔室间隔综合征,预后极差^[2-3]。

目前较多研究均表明,大承气汤及芒硝对胰腺炎控制有较好的疗效,是经济、实用的治疗方法,但大承气汤加芒硝对 SAP 患者腹腔内压力影响的研究报告极少^[4-5]。现探讨大承气汤加芒

[△] 通信作者,E-mail:WangZhi32121@163.com.

硝外敷治疗 SAP 的理论依据。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月至 2016 年 1 月该院收治的 SAP 患者 200 例,随机分为观察组和对照组,各 100 例。观察组患者男 62 例,女 38 例,年龄 25~65 岁,平均年龄(38.5±9.2)岁;对照组患者男 61 例,女 39 例,年龄 26~64 岁,平均年龄(37.5±10.2)岁。观察组患者体质质量(BMI)指数(22.5±5.6)kg/m²,对照组患者 BMI 指数(23.1±4.8)kg/m²。

1.2 治疗方法 对照组患者给予常规西医治疗,包括禁食,持续胃肠减压,解痉止痛,补充血容量,维持水、电解质及酸碱平衡,应用生长抑素抑制胰腺分泌及质子泵抑制剂,合理应用抗菌药物、营养支持等进行对症治疗。观察组患者在常规西医治疗的基础上增加大承气汤加芒硝外敷治疗。方剂组成为大承气汤加减,重用大黄。处方:生大黄 15~30 g(后下),芒硝 10 g(冲服),柴胡 15 g,黄芩 15 g,厚朴 10 g,枳实 10 g,丹参 18 g,生三七 6 g,1 剂/天。对 2 组患者的临床症状(腹痛腹胀、恶心呕吐、排气排便等)缓解时间进行密切观察,同时对治疗 1 周后患者的血、尿淀粉酶、脂肪酶、白细胞计数等指标进行复查并进行比较。

1.3 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件进行数据分析,计数资料比较使用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较应用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者临床资料结果比较 2 组患者的性别、年龄、BMI 等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

2.2 2 组患者临床症状、体征缓解时间结果比较 观察组患

者上腹痛、腹部压痛、恶心、呕吐、身目发黄、cullen 征、大便秘畅等症状、体征缓解时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 1 2 组患者临床资料结果比较

组别	例数 (<i>n</i>)	性别(<i>n</i>)		年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	BMI 指数 (kg/m ²)
		男性	女性		
观察组	100	62	38	38.5±9.2	22.5±5.6
对照组	100	61	39	37.5±10.2	23.1±4.8
χ^2/t		0.028		0.598	0.02
<i>P</i>		>0.05		>0.05	>0.05

表 2 2 组患者临床症状、体征缓解时间结果比较($\bar{x}\pm s$,d)

临床症状	观察组	对照组	<i>t</i>	<i>P</i>
上腹痛	1.5±2.5	2.6±2.6	1.6	<0.05
腹部压痛	1.5±2.1	2.6±2.4	2.1	<0.05
恶心	1.4±2.9	2.5±3.5	2.6	<0.05
呕吐	1.5±1.5	2.9±2.9	2.9	<0.05
身目发黄	1.6±2.6	2.8±6.8	3.1	<0.05
cullen 征	1.2±1.9	2.7±2.3	2.7	<0.05
大便秘畅	1.3±1.2	2.9±1.9	3.9	<0.05

2.3 2 组患者治疗后血象结果比较 2 组患者按照各自治疗方案治疗 1 周后,观察组患者白细胞计数显著低于对照组,C 反应蛋白(CRP)指数也显著低于对照组,血淀粉酶指标和尿淀粉酶指标明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者治疗 1 周后血象结果比较($\bar{x}\pm s$)

检测项目	观察组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
白细胞计数($\times 10^9/L$)	14.6±2.5	5.6±2.5	14.5±2.7	8.6±2.6
CRP(mg/L)	340.6±10.1	55.1±6.1	336.9±11.5	114.6±9.4
血淀粉酶(U/L)	820.4±42.9	130.1±20.9	817.3±49.5	299.5±23.5
尿淀粉酶(U/L)	1 681.7±46.5	481.7±1.5	1 674.6±53.7	953.9±42.9

2.4 2 组患者治疗后腹内压力结果比较 2 组患者按照各自治疗方案治疗 1 周后,每隔 6 h 复查腹内压力。观察组患者排便前、排便后 1、3 d 腹内压力恢复较对照组小,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 2 组患者治疗后腹内压力结果比较($\bar{x}\pm s$,mm Hg)

组别	排便前	排便后 1d	排便后 3d
观察组	15.6±2.5	12.6±2.6	6.6±2.9
对照组	17.1±2.1	13.6±2.4	8.9±1.5
<i>t</i>	1.5	1.9	1.8
<i>P</i>	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

目前治疗 SAP 及时控制腹腔内压力,对胰腺炎预后起着重要的作用^[6]。而近年来,国内外大量实验表明,大承气汤其主要成分之一的大黄可降低血液、腹水中白细胞介素-1(IL-

1),IL-6、IL-8、肿瘤坏死因子-2 α (TNF-2 α)、丙二醛(MDA)等,炎症因子水平在 SAP 患者全身炎症反应的发生中发挥了重要的作用^[7]。本研究结果表明,2 组患者按照各自治疗方案治疗 1 周后,每隔 6 h 复查腹内压力,排便前、排便后 1、3 d 观察组患者腹内压力恢复较对照组小,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

有关文献报道,大承气汤以大黄、厚朴、枳实、芒硝为主药,为疏肝利胆、活血化瘀之中药,可有利于十二指肠炎性、水肿的消退,促进细小结石和胆汁胰液的排除,降低胆管内压。大承气汤的其余成分还具有调节胃肠功能、促进胃肠蠕动、抑制胰酶活性、扩张括约肌、促进胆汁排泄等作用,且有较强的抗菌、抗内毒素作用,据报道对胰腺炎有显著疗效^[8]。本研究结果显示,观察组患者白细胞计数、CRP 指数、血淀粉酶指标和尿淀粉酶指标均显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

中医观点认为:大黄清热、解毒,泄下通腑,既能去除有形

之积滞,又能清无形之邪热,实验证明大黄有利胆、利胰、降酶、松弛括约肌的综合作用,可能是治疗胰腺炎的重要药理学基础^[9-10]。芒硝具有消炎止痛、预防感染、改善循环、刺激肠蠕动、防止肠麻痹、松弛 Oddi 括约肌(胆胰壶腹括约肌)降低胰、胆管压力的作用,芒硝外敷,能吸附部分腹部水分及炎性递质,使腹腔渗液吸收加快,防止腹膜炎,改善血液循环、促进肠蠕动,使网状内皮系统吞噬功能加强,从而调动机体内的抗病能力,减少胰腺炎继发感染^[11-12]。本研究结果提示,观察组患者上腹痛、腹部压痛、恶心、呕吐、身目发黄、cullen 征、大便不畅等症状、体征缓解时间均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,大承气汤加芒硝外敷治疗 SAP 可以有效降低腹内压力,与常规西医治疗比较,大承气汤加芒硝外敷治疗 SAP 缩短了患者的临床症状缓解时间,值得临床广泛应用。

参考文献

- [1] 黄修海,张登科,毕超,等.冰片、芒硝外敷配合综合疗法治疗急性重症胰腺炎临床疗效观察[J].中国实用内科杂志,2001,21(10):631-632.
- [2] 马德花,马海军.芒硝外敷联合清胰汤内服治疗重症胰腺炎并发肠麻痹疗效观察[J].中国实用医学,2012,11(7):147.
- [3] 马永莲.芒硝外敷治疗小儿中毒性肠麻痹[J].江苏中医,1997,18(1):20.

• 临床探讨 •

- [4] 中华医学会外科学分会胰腺外科组.重症急性胰腺炎诊治指南[J].中华外科杂志,2007,45(11):727-729.
- [5] 陈桂平,郭勇.重症急性胰腺炎患者腹内高压的临床研究[J].中国临床医药研究杂志,2006,20(12):1-3.
- [6] 贾林,陈奕金,黄耀星,等.急性坏死性胰腺炎大鼠腹腔内压力和血 TNF- α 的时相改变[J].中华胰腺病杂志,2010,10(2):106-108.
- [7] 黄保民,李颖,马仲丽,等.大承气汤对里实热证大鼠胃肠激素 GAS、MTL、VIP、NT 的影响[J].北京中医药大学学报,2012,35(10):683-687.
- [8] 崔克亮,曹书华,王今达,等.大承气汤对多器官功能障碍综合征防治作用的临床研究[J].中国中西医结合急救杂志,2003,10(1):12-15.
- [9] 李强.大黄药理与临床应用[J].现代中西医结合杂志,2009,18(22):2740-2741.
- [10] 王青秀.大黄及其主要成份的毒性毒理研究[D].北京:中国人民解放军军事医学科学院,2007.
- [11] 柏亚妹,张曦,吴兴彪,等.芒硝冰袋冷敷减轻创伤肿痛的研究[J].中华护理杂志,2006,41(9):773-776.
- [12] 应帮智,张卫华,张振凌,等.中药芒硝药理作用的研究[J].现代中西医结合杂志,2003,12(20):2155-2156.

(收稿日期:2016-09-03 修回日期:2016-11-11)

运动康复护理对冠心病慢性心力衰竭患者血浆脑钠肽及醛缩酶水平的影响研究

李学美,李晓燕,陈芳,巫惠心

(东南大学医学院附属盐城市第三人民医院心内科,江苏盐城 224001)

摘要:目的 探讨运动康复护理对冠心病慢性心力衰竭(CHF)患者血浆脑钠肽(BNP)及醛缩酶(ALD)水平的影响。方法 随机选取该院 2014 年 1 月至 2015 年 10 月收治的冠心病合并 CHF 患者 64 例,依据入院时间随机分为研究组(32 例)和对照组(32 例)。对照组患者给予临床常规药物治疗,研究组在常规治疗的基础上增加运动康复训练。比较 2 组患者治疗前后纽约心脏协会(NYHA)心功能改善情况及血浆 BNP 及 ALD 水平。结果 治疗 2 周,研究组患者有效 28 例(87.5%),对照组有效 23 例(71.88%),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。冠心病 CHF 患者血浆 BNP 及 ALD 水平,与 NYHA 分级呈正相关。2 组患者治疗后血浆 BNP 及 ALD 水平与治疗前比较,均明显下降,差异有统计学意义($P < 0.05$);研究组下降比对照组更为显著,差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论 冠心病 CHF 患者 BNP 及 ALD 水平均与 NYHA 心功能分级呈正相关,常规药物治疗联合运动康复护理优于单纯常规药物治疗。

关键词:运动康复护理; 慢性心力衰竭; 脑钠肽; 醛缩酶

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.04.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)04-0564-03

冠心病慢性心力衰竭(CHF)是一种复杂的临床症候群,是各种心血管疾病的最终阶段,临床上表现为乏力和呼吸运动障碍^[1]。目前治疗 CHF 的三大基石是 β 受体阻滞剂+ACEI/ARB+螺内酯,一方面降压、控制心率、减轻心脏负荷,另一方面抑制心肌重构、抗心力衰竭;CHF 急性发作时,加用强心、利尿、扩血管药物对症支持治疗。药物常规治疗虽能改善临床症状,但会引起患者复发甚至病死^[2]。因此需寻找一种安全、可靠、有效的治疗方法。近年来,运动疗法引起心血管医疗工作者的注意。国内不乏心力衰竭运动康复的临床研究,但是运动康复护理对冠心病 CHF 患者血浆脑钠肽(BNP)及醛缩酶(ALD)水平影响的研究较少。目前认为 CHF 发病机制主要

与 BNP 及 ALD 参与的神经-体液调节有关^[3]。现探讨运动康复护理对冠心病 CHF 患者血浆 BNP 及 ALD 水平的影响,为患者的康复提供相关依据。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究根据纽约心脏协会(NYHA)心功能分级标准,纳入达到Ⅱ级及以上的 64 例冠心病 CHF 患者,全部来自该院 2014 年 1 月至 2015 年 10 月收治的患者,随机分为研究组和对照组,研究组 32 例,常规药物治疗加运动康复护理;对照组 32 例,仅常规药物抑制处理。2 组患者的年龄、性别、病程分布及心功能评分等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。