

• 临床研究 •

中西医结合治疗格林 - 巴利综合征 36 例临床观察

郭亚平 肖烈钢 朱成全

(解放军第 421 医院中西医结合科 广州 510310)

摘要:目的:观察中西医结合治疗格林 - 巴利综合征(GBS)的临床疗效。方法:将 72 例患者随机分为治疗组和对照组,2 组均予西药常规处理,治疗组加用大秦苳汤加减治疗,2 组均以临床症状的变化判断疗效。结果:2 组有效率、治愈率比较差异均有显著意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论:临床观察说明中西医结合是治疗 GBS 的较好方法之一。

关键词:格林 - 巴利综合征;急性感染性脱髓鞘性神经病;中西医结合疗法;大秦苳汤;地塞米松

中图分类号:R 744.5

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2004)03-0010-02

2002 年 7 月~2004 年 1 月笔者应用中西医结合治疗格林 - 巴利综合征(GBS) 36 例,并与西药常规处理的 36 例作对照,现报告如下:

1 临床资料

72 例均系我院中西医结合科诊治的病人,其临床诊断及分型参照中华神经精神科杂志 1993 年黄山会议制定的标准^[1]。采用单盲随机法分成中西医结合治疗组和对照组,治疗组 36 例,男 22 例,女 14 例;年龄 20~70 岁,平均年龄(40.5±4.0)岁;表现为双下肢或四肢肌力 3 度以上,可独立行走,但生活不能完全自理的轻型患者 8 例,2 例伴孤立面神经麻痹;表现为双下肢或四肢肌力 3 度以下,行走困难的中型患者 12 例,4 例伴感觉障碍;表现为吞咽困难,四肢全瘫,活动时轻度呼吸困难,但不需要气管切开人工呼吸的重型患者 3 例,1 例伴尿潴留;表现为经久不愈,四肢肌肉萎缩明显的慢性型患者 3 例;表现为多颅神经损伤而无肢体障碍的变异型患者 10 例。对照组 36 例,男 23 例,女 13 例;年龄 18~72 岁,平均年龄(41.5±3.8)岁;轻型患者 8 例,2 例伴孤立面神经麻痹;中型患者 12 例,6 例伴感觉障碍;重型患者 3 例;慢性型患者 3 例;变异型患者 10 例。2 组临床资料在性别、年龄、临床症状等方面差异无显著性($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 对照组 静脉滴注 5%GS 或 0.9%NaCl 100mL 加地塞米松注射液 10mg,1 次/d,用药不超过 2 周,同时静推 0.9%NaCl 10mL 加雷尼替丁注射液 0.1g,2 次/d;静脉滴注 5%GS 或 0.9%NaCl 100mL 加维生素 B₆ 0.2g、维生素 C 3.0g,1 次/d;静脉滴注 10%GS 500mL 加 ATP 40mg、辅酶 A 100U、胰岛素 12U 1 次/d;肌注维生素 B₁₂ 0.5mg,1 次/隔日。活动时轻度呼吸困难的予持续低流量吸氧,尿潴留者插尿管导尿。7d 为 1 个疗程。

2.2 治疗组 在对照组用药基础上使用大秦苳汤,基本药物:秦苳 15g,羌活 10g,独活 10g,防风 10g,当归 15g,川芎 15g,细辛 5g,白芷 10g,生地 10g,熟地 10g,黄芩 10g,生石膏 15g,白芍 15g,茯苓 15g,白术 10g,甘草 5g。无内热者,去生石膏、黄芩,酌加白附子、全蝎祛风痰,通经络;多汗体弱者,加黄芪益气敛汗;心悸者,加茯神、小麦养心神;尿潴留者,加车前子利尿;肌肉萎缩者,加薏苡仁,并加大白术用量补益脾胃;面神经麻痹者,加白附子、僵蚕、全蝎祛风化痰;痰盛、苔腻、脉滑者,去生、熟地,加半夏祛痰;有明显热毒症状者,加土大黄、虎杖、贯众解毒祛湿。水煎服,日 1 剂,早晚分服,7d 为 1 个疗程。

3 疗效观察

治疗组治愈(呼吸和吞咽困难症状消失,肢体功能恢复较好,生活能自理,但遗有轻度神经损害症状) 28 例,好转(肢体及呼吸、吞咽肌肌力改善,遗有其他不同程度的神经损害症状) 8 例,有效率 100%,治愈率 77.8%,治疗时间最短 1 个疗程,最长 6 个疗程;对照组治愈 18 例,好转 12 例,无效 6 例,有效率 83.3%,治愈率 50%,治疗时间最短 3 个疗程,最长 10 个疗程。经 χ^2 检验,2 组有效率、治愈率比较差异均有显著意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。

4 讨论

GBS 又称急性感染性脱髓鞘性多发性神经病,是急性发病的进展迅速的多发性脑脊周围神经病,属迟发性过敏性自身免疫疾病。病变主要侵犯神经干、神经根,少数累及脊髓前角和脑干运动核。其病因可能是由于病毒感染或肌体对病毒、细菌感染、预防接种后的变态反应所致。目前对该病的治疗,尚无特效药物。一般治疗:对累及呼吸肌麻痹的危重病例,需先正确应用呼吸器,加强监护治疗,其余西医治疗(使用肾上腺皮质激素、免疫抑制剂、维生

舒芬太尼复合罗哌卡因在高血压病人颈丛阻滞中的应用

胡志丽

(武警湖北总队医院麻醉科 武汉 430061)

关键词:甲状腺瘤手术;高血压;颈丛神经阻滞;舒芬太尼;罗哌卡因

中图分类号:R 614.24

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2004)03-0011-02

甲状腺类手术采用颈丛神经阻滞时,麻醉本身的阻滞不全、手术体位及牵拉常易发生心率增快、血压升高等反应,对合并有高血压患者极为不利。对这类病人我们将小剂量舒芬太尼加入局麻药罗哌卡因中进行颈丛阻滞,并观察心血管反应,旨在寻找一种安全、有效的手术麻醉方法。

1 资料和方法

1.1 一般资料 择期行甲状腺腺瘤手术合并高血压病人 40 例,按美国麻醉医师协会(ASA)分级, I~II 级,术前高血压均经正规内科治疗。其中男 18 例,女 22 例,年龄 34~62 (48.1±13.8) 岁,体重 42~71 (61.5±18.3) kg,无其它内分泌疾患。随机分为 A、B 2 组,每组 20 例。A 组(对照组):0.25%罗哌卡因,剂量 10~15mL。B 组(实验组):0.25%罗哌卡因加舒芬太尼 0.5 μ g/kg,剂量 10~15mL。2 组局麻药中均不含肾上腺素,2 组病人在男女比例、年龄、体重、身高及手术时间上无统计学意义。

1.2 麻醉方法 术前 30min 肌注苯巴比妥钠 0.1g。

各组均由经验丰富麻醉医生操作,患侧颈深丛采用一点法(C₄),穿刺针碰到横突为成功,健侧颈浅丛采用该侧胸锁乳突肌中点后沿为进针点,冲破浅筋膜为成功,各注射预定量麻药,常规面罩给氧。

1.3 观察指标 采用惠普监测仪监测 ECG、SPO₂、SBP、DBP、HR,分别记录 2 组病人阻滞前及阻滞 5、10、15、30min 所测的血压、心率。术中双盲法询问麻醉满意度,分为 III 级:优为无疼痛及明显牵拉反应;良为轻度疼痛及牵拉反应,但能耐受;差为疼痛及牵拉反应明显,不能耐受。并记录术中出现不良反应及处理情况。

1.4 统计学处理 所有计量资料采用均数±标准差表示,采用 *t* 检验,计数资料采用卡方检验,*P* < 0.05 认为有显著性差异。

2 结果

所有病例均阻滞成功,无 1 例更改麻醉方法。

2.1 循环变化 2 组阻滞前血压、心率比较无明显差异,*P* > 0.05,阻滞 10 min, A 组的血压、心率较

素类等神经营养药及血浆交换疗法等),是以消除神经根水肿、营养神经为目的,必要时结合消炎、抗病毒等对症治疗,但激素类药物对缩短病程和治疗无肯定效果,且副作用较多;血浆交换疗法宜在发病 2 周内进行,且必须在心肺监护、确保安全条件下进行^[1]。据 GBS 起病急骤及临床症状类似中医学“中风”里的风中经络,即真中风,中医治疗宜疏散风邪、活血通络为主。大秦苁汤出自《素问·病机气宜保命集》,以祛风、养血、通络为主。《医方集解》称其为“六经中风者之通剂”,适用于风邪入中经络,症见六经形证之真中风。方中秦苁味辛,微寒,性平和,祛风通络为主药;辅用羌活、独活、防风、白芷疏风散邪,助秦苁祛风通络;筋脉麻失养者,一因风邪阻滞,一因血虚运行迟缓而易滞,佐以四物汤养肝血以柔筋,地芍滋养兼制热药辛燥,归芎活血可助祛风,白术、茯苓益气健脾,石膏、黄芩清里热

以安内;甘草调和诸药为使。此外,药理研究表明方中秦苁有促使肾上腺皮质功能加强、皮质激素分泌增加的作用,当归含有多种氨基酸,维生素 A、B₁₂、E 及多种人体必需的物质,有较好营养作用^[4]。

本文 36 例 GBS 患者采用中西医结合治疗,有效率、治愈率明显优于单纯西药治疗。因此,笔者认为,中西医结合是治疗 GBS 较好方法之一。

参考文献

- [1]中华神经精神科杂志编委会.格林-巴利综合征诊断标准[J].中华神经科杂志,1994,27(6):380
- [2]中国人民解放军总后勤部卫生部.临床疾病诊断依据治愈好转标准[M].北京:人民军医出版社,1998.195
- [3]方圻.现代内科学[M].北京:人民军医出版社,1995.673
- [4]雷载权,陈松育,高学敏.中药学[M].第 2 版.上海:上海科学技术出版社,1995.118,301

(收稿日期:2004-01-01)