

早期应用小剂量脉络宁注射液治疗脑出血

黄勇

(陕西省蒲城博爱医院 蒲城 715500)

摘要:目的:观察小剂量脉络宁注射液治疗急性期脑出血的临床疗效。方法:将 89 例随机分为 2 组,治疗组 43 例,对照组 46 例,在常规治疗的基础上,治疗组加用脉络宁注射液。结果:治疗组总有效率 83.7%,对照组总有效率 60.0%,2 组比较差异有显著意义($P < 0.05$)。结论:小剂量应用脉络宁注射液治疗急性期脑出血疗效优于常规对照组。

关键词:脉络宁注射液;脑出血;急性期;中西医结合疗法;降颅压

中图分类号:R 743.34

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)02-0041-01

我科近年来对 43 例脑出血病人早期应用小剂量脉络宁注射液治疗,取得较好疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 所选 89 例为 2003 年 1 月~2004 年 12 月急诊入院病人,均符合国家中医药管理局制定的中风病诊断标准。入选标准:发病时间 1~3d 内无活动性出血且生命体征平稳。排除标准:(1)凝血功能异常;(2)近期有活动性出血史;(3)年龄 ≥ 70 岁;(4)已手术治疗。按入院顺序随机分为 2 组,治疗组 43 例,男 27 例,女 16 例;年龄 47~69 岁;肌力 0 级 13 例, I~II 19 例, III~IV 11 例。对照组 46 例,男 26 例,女 20 例;年龄 44~71 岁;肌力 0 级 12 例, I~II 21 例, III~IV 13 例。2 组在性别、年龄、病情等方面无显著差异。

1.2 治疗方法 2 组均予常规治疗如保持呼吸道通畅、脱水降颅压、控制血压及对症处理,治疗组在此基础上加用脉络宁注射液 10mL 加入 5%葡萄糖注射液(或 0.9%氯化钠注射液)250mL 静滴,1 次/d,14d 为 1 个疗程。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 采用国家中医药管理局制定的中风病疗效评定标准。显效:症状和体征明显好转,神经功能改善 3 个级差以上;有效:症状和体征减轻,神经功能改善 2 个级差以上;无效:症状和体征无好转,神经功能无改善。

2.2 治疗结果 治疗 1 个疗程后,治疗组 43 例,显效 21 例,有效 15 例,无效 7 例,总有效率 83.7%;对照组 46 例,显效 15 例,有效 13 例,无效 18 例,总有效率 60.0%,治疗组疗效

优于对照组($P < 0.05$)。

3 讨论

脑出血后,原有的凝血、抗凝及纤溶之间的平衡机制被打破,为取得新的平衡机体将发生一系列的反应^[1]。现代研究证明:脑出血急性期的早期,凝血机能处于亢进状态,表现为凝血酶 -AT-III 复合物急剧升高,之后仍维持较高水平,在临床上,脑出血急性期应用止血药无明显临床价值,反而应用活血类药物扩张微循环,增加血流量,有利于血肿的吸收^[2]。脉络宁注射液具有扩张血管,改善微循环,增加血流量及抗凝血,溶解血栓等作用,并有较强的清除自由基作用,保护线粒体,改善能量代谢,减轻 Ca^{2+} 超载,调节 Ca^{2+} 稳定,对受损脑细胞起到保护作用,同时,还可改善病变部位血液循环促进血肿与坏死组织的吸收,加速神经功能恢复^[3]。脑出血的血肿在发病 3~7d 后,已开始部分溶解吸收,此时使用具有活血化瘀功能的脉络宁注射液能加速血肿的溶解和吸收。通过观察,治疗组疗效优于对照组,所以小剂量使用脉络宁注射液治疗急性期脑出血有较好疗效,值得临床运用。

参考文献

- [1]陆士奇,许丽珍,张威,等.急性脑血管病凝血和纤溶异常的临床研究[J].江苏医药,2003,29(11):842~843
- [2]陆士奇,翼勇,肖接承,等.高血压脑出血患者急性期凝血抗凝及纤溶状态的动态变化[J].中国急救医学,2005,25(1):15~17
- [3]晁苑翔,张筱琴,邵圆圆,等.脉络宁在自发性脑出血亚急性期疗效的对照比较[J].中国急救医学,2002,22(7):384

(收稿日期:2005-08-23)

T 管拔除后胆漏 5 例临床分析

黄孝正 李祖能 封亦兵

(浙江省苍南县第三人民医院 苍南 325804)

关键词:胆总管引流术;胆漏;并发症;临床分析

中图分类号:R 619

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)02-0041-02

胆总管切开探查后放置 T 管引流是外科医生的常识。常规拔除 T 管,偶尔有胆漏发生。我院近年行胆总管切开探查 T 管引流术 230 例,拔除 T 管后发生胆漏共有 5 例。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 我院自 1995 年 1 月~2004 年 12 月期间

230 例接受胆总管探查的良性胆道疾病患者中常规拔除 T 管有 5 例(占 2.2%)出现胆漏。其中男 1 例,女 4 例;年龄 33~72 岁,平均 50.2 岁;拔管时间 14~21d。拔管前皆经 T 管造影证实胆总管下段通畅,无胆管残余结石。拔管后很快出现右上腹烧灼样疼痛,24~48h 内疼痛波及全腹,发热。查体右上腹肌卫、触痛或全腹压痛及反跳痛、肠鸣音减弱或消失。B

参苓白术散临床应用举隅

张瑞丽

(山西省大同市中医院 大同 037004)

关键词: 参苓白术散; 小儿反复发作性咳嗽; 复发性口疮; 顽固性失眠; 经验举例

中图分类号: R 249

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0042-02

参苓白术散药性温和, 温而不燥, 补而不腻, 渗湿而不伤阴, 临床应用广泛。笔者就自己在临床常见病中用本方的经验举例如下:

1 小儿反复发作性咳嗽

王某, 男, 6 岁, 2003 年 1 月 8 日初诊。患儿体质瘦弱, 经常感冒, 咳嗽常月余不愈。此次发病, 发热、咳嗽, 经西医诊断为肺炎。住院用抗生素治疗半月余, 高热已退。但患者仍咳嗽, 痰量不多, 不思饮食, 面色苍白, 苔厚略腻, 脉滑, 脉症合参, 此乃肺脾气虚, 痰湿阻肺。治宜健脾益肺, 祛痰止咳。处方以参苓白术散加减: 党参 6g, 白术 6g, 茯苓 10g, 神曲 10g, 砂仁 3g, 扁豆 10g, 陈皮 10g, 桔梗 8g, 山药 10g, 半夏 6g, 沙参 8g, 炙紫菀 9g, 炙款冬花 9g, 甘草 6g, 水煎服, 日 1 剂。服上方 3 剂后, 患儿咳嗽大减, 效不更方, 又以上方再服 3 剂, 诸症痊愈, 嘱其继服参苓白术散调理半月。

按: 咳嗽一证, 临床上虽分外感内伤论治, 但其常互相影超或 CT 发现腹腔积液, 2 例病人腹穿抽得胆汁。

1.2 治疗结果 2 例病人发现及时, 自原窦道插入带侧孔的粗导尿管, 引流出胆汁, 然后, 持续负压吸引, 引流量 80~200mL/24h, 分别于再置管后 6、8d 拔除。1 例病人拔管后 4h 发现胆漏, 即从原窦口插导尿管, 无法插入, B 超检查示肝下少量积液, 行禁食、输液、抗炎及对症治疗, 3d 后病情好转; 2 例病人发现较迟, 腹腔广泛积液, 腹穿抽得胆汁再手术置 T 管引流, 4 周后拔管。所有病例经上述处理, 均治愈。由上可见, 再手术恢复时间比保守治疗明显长。

2 讨论

正常拔除 T 管至少要满足 2 个条件: (1) 拔 T 管前应常规行 T 管造影, 造影显示肝内外胆管无残余结石, 胆总管下段通畅。(2) 术后至少 2 周。目前都使用 T 形乳胶管或橡胶管, T 管对人体是一种异物, 在体内造成一定的生物学效应。T 管与身体组织接触后不久, 在它周围炎症细胞聚集, 3~5d 形成肉芽组织, 随着时间推移(1~2 周)成纤维细胞产生大量胶原纤维, 肉芽组织转变为纤维结缔组织^[1]。因此, 2 周时间 T 管周围已形成完好的窦道, 拔除 T 管一般不会造成胆汁渗漏的危险。有些因素影响窦道的形成, 例如: (1) 年老体弱、营养不良及低蛋白血症^[2], 患有糖尿病, 缺乏微量元素、维生素。(2) 长期或大量使用激素, 使用免疫抑制药, 化疗。(3) 大网膜空缺。另外拔管时损伤窦道也会造成胆漏。本组 230 例, 常规拔除 T 管致胆漏 5 例, 发生率为 2.2%(5/230), 其中 2 例不具备上述原因, 可能与体质有关。

胆漏是严重并发症。本组 3 例病人行保守治疗, 恢复时间分别为 3、6、8d; 2 例行再手术置 T 管引流, 恢复时间均为 4 周。可见保守治疗恢复时间比再手术明显短。胆漏能行保守治疗关键在于早期诊断, 以便从原窦道置管引流胆汁。T 管

响。患儿体质瘦弱, 经常复感外邪, 致咳嗽反复发作, 久咳则肺脾俱虚。清: 沈金鳌《杂病源流犀独·咳嗽哮喘源流》说: “盖肺不伤不咳, 脾不伤不久咳。”脾为生痰之源, 肺为储痰之器, 本方药性平和, 诸药合用, 共奏健脾保肺、祛痰止咳之功。

2 复发性口疮

李某, 男, 54 岁, 干部, 口疮反复发作 1 年。2002 年 5 月 6 日初诊, 观其以前所用之方剂多以清热泻火及滋阴降火为主。现患者表现为面色暗黄, 唇内及颊部有数个绿豆大小溃烂面, 色白黄, 周围微红不肿, 自述进食时疼痛, 伴口干不欲饮, 全身困重乏力, 时便溏, 睡眠差, 舌质淡红, 苔白厚, 脉细弱。追问病史, 患者近 1 年来, 工作压力大, 经常失眠, 脉症合参, 考虑患者为思虑过度, 伤及于脾, 而致脾胃虚弱, 口黏膜失养。治宜健脾益胃为主。方用参苓白术散加减: 党参 15g, 白术 10g, 茯苓 15g, 苡仁 15g, 山药 15g, 砂仁 6g, 扁豆 12g, 陈皮 10g, 虎杖 12g, 葛根 10g, 藿香 6g, 知母 10g, 酸枣仁 15g, 拔除后, 窦道短时间内会瘪陷、闭锁。本组 1 例, 拔管后 4h, 从原窦口插导尿管, 不能插入。常规拔除 T 管, 短时间内出现右上腹痛, 查体有腹膜刺激征, 应高度怀疑胆漏。B 超或 CT 检查提示肝下积液, 支持胆漏。腹穿抽出胆汁即确诊, 但早期很难做到。一味地等待确诊, 将错过保守治疗机会。拔管后出现胆漏可疑, 即从原窦口插入带侧孔的粗导尿管, 引流胆汁, 持续负压吸引, 密切观察腹痛和腹腔积液情况, 并且行禁食、抗炎、解痉治疗。若腹腔积液减少, 腹痛减轻, 则继续治疗直至窦道破口愈合, 然后拔管。若腹腔积液增加, 腹痛蔓延, 则要再手术。若不能从原窦口插入导尿管, 腹腔广泛积液, 腹穿抽得胆汁, 要尽早手术; 腹腔积液局限、少量, 先行禁食、抗炎、解痉治疗, 若病情进展, 则要再手术。

针对拔管后发生胆漏的各种原因, 我们体会到预防应从以下几方面着手: (1) 两短臂对长臂处剪成 V 形, 缝合胆总管时 T 管上下两针勿过近, 做到勿渗液就可以, 避免缝住 T 管。T 管行径遵循“短、直”的原则, 避免过长、扭曲, T 管周围填充大网膜以利窦道形成。同时放置腹腔引流管时, 二者必须分开一些距离, 并用大网膜隔开, 防止拔除腹腔引流管时对 T 管产生干扰。(2) 严格掌握拔管指征, 主张 3 周拔除 T 管, 对可能窦道形成不全的病人, 更要推迟拔管。(3) 拔管时, 另一手对抗窦口皮肤, 避免过分牵拉, 动作切忌粗暴, 如遇阻力, 应检查原因, 不可强行拔管。

参考文献

- [1] 李一雷. 损伤的修复[A]. 见: 李玉林. 病理学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004. 26~43
- [2] 吕新生. 胆道疾病[A]. 见: 吴在德. 外科学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 607~635

(收稿日期: 2005-09-01)