

此要加强宣教,家长不可盲目自行处理,应立即到附近医院专科诊治。手术操作要轻柔、熟练、规范,看不见食管腔不可强行插镜,表麻下手术不成功者改为全麻,全麻状态下患者安静,肌肉松弛,操作不易造成误伤^[1]。

3.1.3 呼吸困难 是小儿食管异物的特点^[2],本资料中发生 10 例(6.4%)。其原因是:(1)小儿气管腔小,软骨发育不完全,稍大的异物即可压迫气管后壁造成呼吸困难,甚至窒息^[3];异物存留时间过长,食管黏膜炎性水肿、黏膜下血肿亦可引起呼吸困难;尖锐性异物可刺破气管后壁进入气管致气道狭窄引起呼吸困难;食管入口处较大的异物可同时伴唾液、食物碎屑进入气管引起呼吸困难。由异物压迫引起者应尽快取出异物,解除梗阻;Ⅲ度以上呼吸困难者应先改善通气,抢救生命,待病情稳定后再取异物。(2)术中食管镜压迫气管壁引起。患儿挣扎、体位不当、食管镜过粗、插镜过程中前端上翘等均可致气道梗阻。因此术前应根据患儿的体型、异物的大小和形状、存留时间长短选择适合的食管镜、适合的麻醉,助手应把握好体位,插镜过程中不宜上翘镜头,一旦窒息立即退镜后辅助呼吸,必要时气管插管或气管切开。(3)麻醉插管、手术插镜损伤会厌、声带造成喉水肿致术后呼吸困难。因此麻醉插管、术中插镜应快速准确,不宜反复操作,手术时间不宜过长。

3.1.4 脱水和衰弱 是病史较长患儿的常见并发症^[4],本组发生 9 例(5.8%)。小儿代谢旺盛,异物嵌顿后拒饮拒食、术后禁食补液不足均易发生脱水、酸中毒、低血糖,应足够重视。全身情况差、无呼吸困难者可先补液,纠正酸碱失衡,等全身情况好转后再取异物。

3.1.5 食管周围炎 多因食管壁严重损伤、穿孔或异物停留

时间过长引起,严重者可形成脓肿。本文颈深部感染 2 例、咽喉后壁脓肿 1 例经大剂量抗生素、激素治疗,其中 2 例做脓肿切排,最终痊愈出院。本组 1 例异物时间长(10 余天),水电解质紊乱且极衰弱,已出现食管穿孔、纵隔脓肿,未取出异物即转上级医院治疗。

3.2 处理 小儿食管异物一旦引起并发症要及时处理。并发气管食管瘘患者,应予鼻饲加强营养,待瘘口自然愈合,一般不会超过 2 个月;如无愈合希望,需行手术修补。并发纵隔气肿时,应给予镇静、吸氧等处理,必要时可考虑气管切开以利纵隔引流。并发颈深部或纵隔脓肿应适时切开引流,控制感染。对于有食管异物或术后几天内突然呕吐鲜血,即大动脉瘘形成假性动脉瘤或大静脉破裂先兆出血征象者,应紧急开胸探查,并与胸外科配合立即开胸修补破裂血管^[5]。有时可能发生迟发性并发症,应加强围手术期观察,观察期应为术后 2 周左右。

小儿食管异物及并发症有其特点,耳鼻咽喉科医生应熟练掌握。同时应做好预防宣教工作,诊断要及时准确,提倡全麻气管插管手术,以便更好地预防及减少并发症。

参考文献

[1]郭起杰,高勇,张开明.小儿食管异物取出术麻醉体会[J].山西临床医药杂志,2000,9(11):828-829
[2]郭梦和,王锦玲,黄维国,等.小儿食管异物围手术期并发症的诊治体会[J].临床耳鼻咽喉科杂志,1997,11(5):220-221
[3]洪建和,朱洪源.全麻与表麻下小儿食管异物取出术的疗效比较[J].浙江实用医学,2003,8(2):94,99
[4]赵维,张振英,张亚梅.小儿食管异物及其严重并发症的处理[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2003,17(7):404-406

(收稿日期:2006-04-06)

血液灌流联合血液透析治疗顽固性皮肤瘙痒

叶其考 潘向红

(浙江省温州市中西医结合医院 温州 325000)

关键词:血液灌流;血液透析;顽固性皮肤瘙痒症

中图分类号:R 758.31

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)01-0046-01

随着肾移植和血液净化治疗手段的发展,尿毒症患者的生存期越来越长,顽固性皮肤瘙痒仍是长期血透患者一个棘手的临床问题,严重影响患者的生活质量^[1]。我院血透室自 2004 年 2 月~2005 年 12 月开展血液灌流(HP)联合血液透析(HD)治疗 12 例维持性血透患者合并顽固性皮肤瘙痒,近期疗效显著。现报道如下:

1 临床资料

12 例患者均为本院血透室病人,男性 7 例,女性 5 例;年龄 34~73 岁,平均年龄 50 岁;透析年限 2~7 年不等,平均 4.2 年。

2 治疗方法

利用广东珠海丽珠 HA330 型树脂血液灌流器与普通血透机串联行 HP+HD 治疗,血透机为金宝 AK200 型。串联方法为灌流器在透析器之前,先用 5%葡萄糖注射液 500mL 冲洗灌流器、透析器、血路,然后用 3 000mL 肝素生理盐水(每

500 毫升生理盐水+15mg 肝素)冲洗,流速 150~200mL/min。冲洗时用手轻拍并转动灌流器以排除气泡并去除微粒,然后闭路循环 30min。肝素首剂 1~2mg/kg,每小时追加 10mg,治疗时血流量 180~200mL/min,联合治疗 2h 后将灌流器取下,继续单纯血液透析治疗 2~3h,每例患者均 HP+HD 治疗 4 次。

3 疗效观察

3.1 疗效判定 显效:HP+HD 治疗后患者皮肤瘙痒消失。有效:HP+HD 治疗后患者皮肤瘙痒症状明显好转。无效:HP+HD 治疗后患者皮肤瘙痒无明显减轻。

3.2 结果 显效 7 例(58.3%),有效 4 例(33.3%),无效 1 例(8.3%);总有效率为 91.7%。

3.3 不良反应 有 1 例首次 HP+HD 治疗约半小时后出现恶寒、发抖,生命体征正常,予吸氧、地塞米松针 5mg 静推后症状缓解,无中断联合治疗;有 2 例 3 月后(下转第 52 页)

中西医结合治疗消化性溃疡 108 例

刘辉 王增平 孔福成
(河南省鹿邑县公费医疗医院 鹿邑 477200)

关键词:消化性溃疡;中西医结合疗法;愈疡汤;奥美拉唑胶囊;克拉霉素
中图分类号:R 573.1 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2007)01-0052-01

自 2002~2005 年我们采用中西医结合治疗消化性溃疡,取得满意疗效。现将结果报告如下:

1 临床资料

观察病例共 108 例,男 69 例,女 39 例;年龄 19~69 岁;病程 3 年以下者 56 例,3~20 年 52 例。均符合《中西医结合治疗难治消化病的良方妙法》及《消化科专病中医临床诊治》中的诊断标准。

2 治疗方法

2.1 中医治疗 采用自拟愈疡汤治疗。处方:乌贼骨 30g,白及 12g,黄连 10g,砂仁 10g,川贝 15g,佛手 15g,木香 10g(后下),白芍 20g,延胡索 20g,川楝子 12g,三七粉 6g(冲服),煅瓦楞 30g,甘草 10g。加减:兼肝气犯胃者加制香附 15g、青皮 15g,湿盛者加苍术 12g、藿香 15g,脾胃阴虚者加石斛 15g、沙参 15g,若肝胃郁热加丹皮 10g、栀子 10g,若 HP 阳性慢性胃炎加白花蛇舌草 20g、龙胆草 6g,饮食停滞者加鸡内金 15g、神曲 15g,若恶心呕吐加竹茹 10g、生姜 2g,若脘腹气胀甚加枳实 15g、槟榔 15g,若脾胃虚寒者加黄芪 20g、桂枝 10g,兼表湿者加香薷 15g,气滞血瘀者加桃仁 10g、丹参 15g,泄泻便溏者加炒苡仁 20g、诃子肉 15g。每天 1 剂,头煎与复煎液混合后,分 3 等份,餐前服,20d 为 1 个疗程。

2.2 西医治疗 奥美拉唑胶囊 20mg, bid; 克拉霉素 500mg, tid; 复方甲硝唑片 2 片, qid; 胶体次枸橼酸铋 110mg, qid。均为口服,连用 2 周。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照《消化科专病中医临床诊治》中有关标准拟定。痊愈:症状和体征基本消失,胃镜复查为溃疡瘢痕期(S 期),幽门螺杆菌(HP)(-)。显效:症状和体征有所改善,胃镜复查为溃疡愈合期(H 期),HP(-)。有效:症状和体征有所改善,胃镜复查为溃疡愈合期(H 期),HP(±)。无效:治疗后症状无改善。

3.2 治疗结果 痊愈 79 例,显效 14 例,有效 14 例,无效 1 例;总有效率 99.1%。

(上接第 46 页)皮肤瘙痒症状复发,但程度较前减轻,而且再次 HP+HD 联合治疗有效。

4 讨论

顽固性皮肤瘙痒是维持性血液透析患者常见的并发症之一,其发生机制尚不清楚,可能与以下因素有关:生物活性物质如组胺的释放、钙镁或磷酸盐在皮肤沉着、微血管病变、甲状旁腺功能亢进、贫血、维生素 A 过多、神经病变等^[2-3]。目前治疗顽固性皮肤瘙痒的常用方法疗效有限,大多数效果欠佳。常规血液透析对中、小分子物质的清除较好,而血液灌流具有较好的吸附清除毒素作用,HP+HD 治疗血透患者顽固

4 典型病例

某女,52 岁,2003 年 9 月 20 日初诊。患者上腹部疼痛反复发作已 6 年,加重半年。诊见:脘痛阵作,饥饿时或入夜加重,上腹及两胁胀痛,时伴反酸、嗝气,舌淡红、苔薄黄,脉沉小弦。查体:上腹部轻压痛。胃镜检查示:红斑性胃窦炎、十二指肠球部多发性溃疡活动期(A 期)、HP(+)。中医诊断:胃脘痛。治以柔肝和胃、调气活血、制酸止痛、止血生肌,方用愈疡汤加减。药物:乌贼骨 30g,白及 12g,砂仁 10g,川贝 12g,黄连 6g,佛手 5g,木香 10g(后下),白芍 20g,延胡索 20g,川楝子 12g,三七粉 6g(冲服),煅瓦楞 30g,甘草 6g。每天 1 剂,头煎与复煎液混合后,分 3 等份,餐前服,连用 1 月。同时口服奥美拉唑 20mg,每天 2 次;胶体次枸橼酸铋 110mg,每天 4 次;复方甲硝唑片 2 片,每天 3 次;克拉霉素 500mg,每天 3 次;连用 2 周。经上述治疗后,症状及体征消失。于 10 月 20 日复查胃镜示:浅表性胃窦炎、十二指肠球部溃疡瘢痕期(S 期)、HP(-)。为巩固疗效,上药由汤改为散剂,便于常服,缓工徐图,促进溃疡愈合,以期根治。每次 6g,1d3 次口服,继续治疗半年,并嘱其注意饮食调理。随访 1 年未见复发。

5 体会

消化性溃疡属于中医学“胃脘痛”、“嘈杂”等范畴。本病的发生主要是黏膜的攻击因子(胃酸、胃蛋白酶及 HP 感染等)和保护因子之间失衡所致,而抗 HP 感染是治疗的关键。中医对消化性溃疡病的整体辨证是中气虚,就局部来看,存在着脉络瘀痹属实的一个方面。方中三七化瘀止血,生肌止痛;乌贼骨收敛制酸,止痛止血;川贝化痰散结,与乌贼骨、煅瓦楞配伍有较强的制酸止痛作用;白及收敛止血,消肿生肌;白芍、甘草酸甘化阴,柔肝缓急止痛;黄连清热燥湿和胃;川楝子、延胡索、佛手、木香行气活血止痛;砂仁理气健脾;合而具柔肝和胃、调气活血之功。先汤后散服用急缓图治,诸药合用,标本兼治,故获良效。

(收稿日期: 2006-05-08)

性皮肤瘙痒有明显的近期疗效,可能机制为应用血液灌流能有效吸附中、大分子毒素、内毒素、炎症介质、PTH 等能导致顽固性皮肤瘙痒的物质,明显提高尿毒症患者的生存质量,而且复发再治疗有效,未出现出血、栓塞、血容量波动等不良反应。操作方便简单,值得推广。

参考文献

[1]王质刚.血液净化学[M].第 2 版.北京:北京科学技术出版社,2003.626~627
[2]何长明,张训.肾脏替代治疗学[M].第 2 版.上海:上海科技教育出版社,2005.118,226~228
[3]钱桐荪.肾脏病学[M].第 3 版.北京:华夏出版社,2001.653~654

(收稿日期: 2006-05-23)