

院静脉穿刺较困难者。(5)出血、重病、衰竭者。(6)患者本人要求置管者。

本组病例均用 BD 一次性使用 Intima-II 静脉留置针(苏州碧迪医疗器械有限公司生产)。按常规静脉穿刺置针。

2 临床观测指标

2.1 静脉炎分级标准 (1)局部疼痛:0 级:无痛;I 级:隐痛;II 级:微触痛;III级:明显疼痛。(2)局部红肿:0 级:无;I 级:穿刺点周围红肿;II 级:穿刺静脉局部红肿;III级:整条静脉红肿。(3)局部硬结:0 级:无;I 级:穿刺周围变硬;II 级:穿刺静脉局部变硬;III级:整条静脉条索状改变。

2.2 其他 (1)留置时间。(2)外渗:局部明显肿胀为有液体外渗。(3)套管阻塞。(4)细菌培养:留置时间 >7d,进行套管针细菌培养。

3 结果

3.1 留置时间 348 例次中留置时间最长 29d, 最短 1d, 平均 5d。与有关文献报道最佳留置时间基本相符。但静脉炎发生与留置时间无明显关系。

3.2 液体外渗 348 例次套管针留置时间 <2d 者按留置失败计,共 112 例,占总例数 32.2%,留置失败原因是液体外渗。

3.3 静脉炎 按静脉炎分级标准凡 I 级以上者计入,348 例中有 12 例发生,占 3.4%,比例很低。

3.4 套管阻塞 本组冲管封管是在每次输液完后用 0.9%盐水 10~20mL 静脉推注,再用 1:100 生理盐水肝素钠 5mL 封管,后消毒肝素帽,用创可贴固定,本组无 1 例套管阻塞。

3.5 细菌培养 留管时间 >7d 者拔管后常规剪下导管前 1/3 段送细菌培养,结果无 1 例阳性。

4 讨论

4.1 并发症产生机理

4.1.1 化疗药物损伤 静脉留置针使用已逐步走向常规化与正规化。本组放疗病例静脉留置针的使用已基本消灭了留置针常见并发症,如静脉炎、套管阻塞。留置针留置时间 <2d 的病例大多由于液体外渗,究其原因,我们认为不应简单归咎

于护理操作不当。因为穿刺是成功的,且留置针在血管内已留置了一段时间或超过 1d 才发生渗漏,渗漏时,针头也确在血管内,回血很好,甚至渗漏损伤不在输注部位。有文献报道,细胞毒药物渗漏性损伤后,再次使用该药,在原损伤部位可加重或诱发损害,因此,这类渗漏多由于药物所致。

4.1.2 患者自身因素 全身性因素以及局部血管条件都可导致局部静脉压增高,局部血管通透性增加。如:静脉痉挛,药物输入后局部刺激或穿刺损伤血管内膜。血管本身条件则包括血管浅表静脉分支多,静脉窦多,反复多次穿刺导致血管本身不同程度机化硬化、管腔狭窄、血流淤滞、回流不畅、静脉压升高。尤其是放疗或化疗多程治疗者、老年人、糖尿病及肝硬化患者更易发生。

4.1.3 药物性 长期输入高渗液、碱性液、化疗液、含钙钾液等,导致局部静脉炎、局部静脉栓塞。

4.1.4 物理性 输液速度太快、静脉推注、加压等因素导致静脉内压增高、渗透压变大。

4.2 留置时间 按碧迪公司建议,套管针留置时间为 3~5d。李晓燕^[1]研究推荐 5d 为最佳留置时间,既可保证病人的安全,严格控制局部并发症发生,又可最大限度发挥套管针持续留置的优点。本组 348 例套管针使用,总天数为 1 779d,平均天数 5d 左右,与李晓燕提出最佳留置时间基本相符。本组留置时间最长 29d,最短 1d,超过 5d 以上留置时间占总例数 41.4%,几近半数,并基本控制了静脉炎、套管堵塞两大常见并发症发生。在严格无菌技术操作下,每周 2 次正规化换药,规范正确的封管冲管,只要局部无静脉炎表现,输液通畅,穿刺部位无不适反应,就不必更换穿刺部位^[2]。这样,病人更乐于接受。

参考文献

[1]李晓燕,刘洋,陈卫红.套管针常规留置时间探讨[J].中华护理杂志,2000,35(5):300
[2]王惠仙,胡丽菊,王茵茵,等.颈外静脉与四肢静脉留置针套管针对比分析[J].护士进修杂志,2000,15(6):412

(收稿日期:2006-04-07)

中西医结合治疗肺源性心脏病心力衰竭 78 例

王焱

(湖北省赤壁市中医医院 赤壁 437300)

关键词:肺源性心脏病;心力衰竭;中西医结合疗法;中药煎剂;吸氧;强心利尿剂

中图分类号:R 541.5

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)01-0065-02

慢性肺源性心脏病合并心力衰竭是临床常见的急重症,病情复杂,病死率高,治疗难度大。我们自 2000 年以来采用中西医结合方法治疗肺心病心衰 78 例,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 78 例患者均符合 1997 年全国肺心病会议制订的诊断标准。随机将患者分为对照组 38 例和治疗组 40 例。对照组 38 例中男 23 例,女 15 例;心功能Ⅲ级 21 例,Ⅳ级 17 例;伴心律失常 26 例,肺性脑病 5 例。治疗组 40 例中

男 27 例,女 13 例;心功能Ⅲ级 24 例,Ⅳ级 16 例;伴心律失常 30 例,肺性脑病 6 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用西医常规治疗,保持呼吸道通畅,持续低流量吸氧,积极控制感染,纠正水、电解质失衡,强心利尿和对症治疗。

1.2.2 治疗组 西医治疗同对照组,加用中药以温阳益气、活血利水。药用制附子 10g(先煎),干姜、桂枝、川芎、葶苈子各 10g,黄芪 30g,茯苓、泽泻、白芍各 20g,车前子、丹参各

补气益脾汤治疗糖尿病性胃轻瘫 30 例

林小东

(浙江省温州市中医院 温州 325000)

关键词:糖尿病性胃轻瘫;补气益脾汤;中西医结合疗法;降糖药

中图分类号:R 587.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0066-01

糖尿病性胃轻瘫目前西医一般选用胃肠动力药,但长期服用胃复安、吗丁啉、普瑞博思一类药,其促胃动力的作用可能减弱而致症状复发。我科从 2002 年 12 月~2005 年 12 月用补气益脾汤加减治疗糖尿病性胃轻瘫 30 例,并与西医治疗 30 例对照观察。现报道如下:

1 一般资料

全部 60 例均来自本院门诊病人,分为治疗组 30 例和对照组 30 例。治疗组 30 例中,男 15 例,女 15 例,年龄 50~60 岁;对照组 30 例中,男 11 例,女 19 例,年龄 51~60 岁。2 组诊断标准为:(1) 糖尿病诊断明确,全部病例符合 1985 年由 WHO 糖尿病研究组推荐的诊断标准;(2) 恶心呕吐,上腹胀满,腹痛,胃内可有胃石形成(至少 12h),清晨胃液中尚有食物残存;(3) 放射线检查发现胃内容物有停滞,即 30min 时胃内尚有对比剂潴留;(4) 内镜检查无机械性梗阻;(5) 同位素标记试餐排空延迟;(6) 除外代谢紊乱及全身性疾病引起的呕吐。

2 治疗方法

治疗组予补气益脾汤加减,基本方:人参、白术、茯苓、黄芪、陈皮各 9g,砂仁、甘草各 3g。水煎服,每日 1 剂连服半月。呕吐明显者,加半夏;便秘者,加玄参、麦冬、生地。对照组予甲氧氯普胺(胃复安)10mg,3 次 /d,连服半月,疗程结束后评价疗效。治疗期间,2 组除口服降糖药物及注射胰岛素控制血糖外,合并高血压者采用 ACEI 或者 ARB 控制血压。

3 疗效评定标准

显效:所有临床症状全部消失,上消化道钡透胃潴留液消失,1 年内无复发;有效:症状明显缓解或全部消失,上消化

2 疗效观察

2.1 疗效评定 显效:水肿完全消失,颈静脉怒张消退,尿量明显增加,双肺湿罗音明显改善,心功能改善Ⅱ级,肝脏缩小 2.5cm。有效:水肿减轻,颈静脉怒张减轻,尿量增加,两肺湿罗音减少,心功能改善Ⅰ级,肝脏缩小 1.5cm。无效:症状无好转,体征无改善。

2.2 治疗结果 治疗 1 个疗程后,治疗组 40 例中显效 29 例(72.5%),有效 6 例(15.0%),无效 5 例(12.5%);总有效率 87.5%。对照组 38 例中显效 18 例(47.4%),有效 8 例(21.0%),无效 12 例(31.6%);总有效率 68.4%。

3 讨论

慢性肺心病属多种肺系疾病迁延不愈所致,属中医“喘

道钡透胃液潴留消失,但 1 年内有复发;无效:症状无明显改善,上消化道钡透胃液潴留未消失。

4 治疗结果

见表 1。

表 1 2 组疗效比较 例(%)

组别	无效	有效	显效	总有效率(%)
治疗组	6(20)	12(40)	12(40)	80*
对照组	12(40)	12(40)	6(20)	60

注:经 Ridit 检验,*P<0.05,2 组疗效有显著差别,有统计学意义。

5 讨论

糖尿病性胃轻瘫是一种自主神经功能异常累及消化道,导致胃排空延迟而出现的一系列症状,主要表现为恶心、呕吐、腹胀、嗝气、食欲不振,甚则不能进食。其发生与糖尿病自主神经病变及胃肠道激素调控失衡有关。此外,糖尿病的胃肠微血管病变使胃黏膜微循环灌注不良也可能是造成糖尿病胃轻瘫的原因之一。本病属中医“胃痞”范畴,中医认为糖尿病基本病机是素体阴虚,加之饮食不节,情志失调,致燥热亢盛,阴津亏损,胃气不足,其中以脾胃气虚或胃阴不足为本,寒热错杂为标,致使脾气不升,胃气不降,中焦运化失司出现上述诸症。故治以补气益脾,兼以理气降逆、和中健脾、滋养胃阴。中药方中人参、茯苓、白术益气健脾,使胃肠气血流畅以改善微循环,有利于胃肠运动功能恢复;陈皮、砂仁疏肝理气,消胀除满。综合全方以治本健脾为主,脾胃调则脾胃气虚诸症可愈,取得较好疗效。

(收稿日期: 2006-05-11)

证、肺胀、心悸”范畴。本病是以肺心脾肾阳虚为本,痰浊水饮、瘀血互结为标的本虚标实证。肺久病不愈,传与脾肾,脾虚不能运化水湿,肾虚不能制水,水湿内停,上凌心肺,心阳虚,不能温运血脉,血运不畅,痰瘀内停,故出现喘促气急、心悸气短、口唇青紫、面色晦暗、肢体浮肿等症状,治宜益气温阳、活血利水。方中附子、桂枝、干姜、黄芪温阳益气,车前子、泽泻利水消肿,丹参、川芎活血化瘀。

现代医学认为,黄芪、附子有较好的强心作用,可增加心肌收缩力、降低周围血管阻力、减轻心脏负荷;车前子、泽泻具有利尿、维持水电解质平衡的作用;丹参、川芎有扩张血管作用,可改善循环、降低血黏度;葶苈子含有强心甙类成分,可纠正心衰。所以肺心病心衰患者采用中西医结合治疗,可缩短疗程,提高疗效。

(收稿日期: 2006-06-15)