1.5~2mg/kg缓慢推注异丙酚,30~40s 内缓慢推注,待患者进入 Ramsay^[1]分级 4~5 级开始行胃镜检查,术中根据检查时间长短及患者反应酌情追加异丙酚 0.3~0.5mg/kg。整个操作过程中密切观察患者的呼吸、血压、血氧饱和度及心率状况,并记录患者的痛苦反应,诊疗结束患者苏醒后移至复苏区直至完全清醒,再休息 10min 方可离开。

1.3 统计学处理 计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验,采用 SPSS10.0 统计软件计算机处理。

2 结果

2.1 2 组患者痛苦反应程度的比较 无痛胃镜组均能顺利完成检查,对照组有 6 例(占 2.1%)不能耐受,中途中止胃镜检查。无痛胃镜组患者的恶心呕吐、呛咳、呃逆等痛苦反应明显少于对照组,有显著差异性($P < 0.05$),见表 1。

表 1 2 组患者痛苦反应程度比较 例

组别	n	恶心、呕吐	呛咳	呃逆
对照组	280	247	234	259
无痛胃镜组	280	7	16	13

注:与对照组相比, $P < 0.05$ 。

2.2 2 组患者在胃镜检查过程中呼吸、血压、血氧饱和度及心率的变化 检查中,无痛胃镜组患者血氧饱和度(SPO₂)有一过性下降,但多在 1~2min 内自行缓解,必要时托起下颌或加压给氧即可改善。另外,无痛胃镜组患者还有一过性心率、血压的下降,检查中与检查前相比有显著差异性($P < 0.01$),检查结束后血压、心率可恢复正常,检查前后相比无明显差异($P > 0.05$)。对照组患者血氧饱和度在检查中有所下降($P < 0.01$),这可能由于患者在检查中太过紧张而闭气所致,检查后回到正常水平。对照组检查中有一过性血压升高、心率加快,与检查前相比有显著差异($P < 0.01$),检查结束即自行恢复正常,检查前后相比无明显差异($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者呼吸、血压、血氧饱和度、心率的比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	时间	呼吸 / 次·min ⁻¹	收缩压 / mmHg	舒张压 / mmHg	SPO ₂ %	心率 / 次·min ⁻¹
对照组	280	检查前	14	122.16± 19.28	81.32± 14.21	98.83± 1.78	87.36± 14.65
		检查中	18	151.19± 36.05	92.76± 18.23	77.04± 2.57	113.24± 21.79
		检查后	13	120.89± 21.47	81.94± 18.11	98.84± 1.72	88.41± 17.24
无痛胃镜组	280	检查前	13	118.43± 15.96	80.68± 11.12	99.85± 0.18	86.72± 14.39
		检查中	15	90.59± 14.48	51.34± 9.25	86.24± 6.71	68.43± 10.01
		检查后	12	116.54± 15.17	79.81± 12.68	99.52± 1.03	85.53± 13.78

3 讨论

随着胃镜的普及,胃镜检查越来越受到重视,人们在保留胃镜检查治疗的基础上,力求使胃镜入口外径逐步细小,

但仍有很多患者有恶心、呕吐等不适,甚至诱发心、脑血管意外事件,使部分患者惧怕并拒绝检查和复查,延误了疾病的早期诊断及治疗。而在芬太尼复合异丙酚静脉麻醉下施行无痛胃镜检查,可明显减少患者痛苦反应及其他并发症,大大提高了患者的耐受性。

芬太尼是当前临床麻醉中最常用的麻醉镇痛药,起效快,维持时间短,常用剂量不引起呼吸抑制,不抑制心肌收缩力,对心血管影响小,与异丙酚合用能弥补异丙酚镇痛弱的缺点,并能增强麻醉效果,临床应用较安全。但是剂量过大或注药速度过快对呼吸有抑制作用,应引起注意。异丙酚主要在肝脏中灭活,起效快,半衰期短,输注浓度和血药浓度呈正相关,其主要不良反应为心肌抑制和扩张外周血管,因此注射应缓慢,否则可引起心率减慢和血压下降^[2]。有报道芬太尼复合异丙酚静脉麻醉,可在最短时间内达到胃镜检查满意的麻醉效果^[3],完全解除患者的痛苦。本实验中出现心率减慢或血压下降时,应用小剂量阿托品或者麻黄素,可使血压、心率很快恢复正常。姜希望等^[4]报道无痛胃镜检查 1 100 例中无 1 例发生严重并发症,无 1 例死亡。由于芬太尼复合异丙酚静脉麻醉对呼吸及循环系统有影响,因此对有阻塞性肺病及严重心功能不全者要慎用。

综上所述,在胃镜检查中使用芬太尼复合异丙酚静脉麻醉是安全可行的,可减轻患者的痛苦和不良反应,缩短操作时间。但应严格掌握其适应证及禁忌证,因芬太尼和异丙酚对循环和呼吸系统有抑制作用,所以术中应严格监测呼吸、血压、血氧饱和度和心率,配置急救设备和药物,做好术后观察及注意事项交待,确保胃镜检查患者的安全。

参考文献

[1] Sanders LD, Davies-Evans J, Rosen M, et al. Comparis of diazepam with middazolam as i.v. sedation for outpatient gastroscopy [J]. Br J Anaesth, 1989, 63(6): 726~731

[2] 余守章,刘继云,许立新,等.静脉注射不同剂量异丙酚对血流动力学及通气功能的影响[J].中华麻醉杂志,1995,15(1): 31~33

[3] 傅汉中,陆卫升,赵宝钰,等.不同种类麻醉剂在胃镜诊疗中的应用[J].中华消化内镜杂志,2002,19(5): 299

[4] 姜希望,李菊英,徐灿霞,等.无痛胃镜检查 1100 例报道[J].中国内镜杂志,2001,7(1): 40~41

(收稿日期: 2007-03-19)

气钡双重造影对食管良性狭窄疾病的诊断(附 9 例分析)

吴春华 阮杰 舒乐

(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词:气钡双重造影;食管良性狭窄;诊断

中图分类号:R 571.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0032-01

食管良性狭窄是临床较为常见以食道吞咽不适受阻为主要症状的一组疾病,主要有三大类:良性肿瘤、化学创伤、外压性等^[1]。自 2005 年 10 月至今,我院引进 GE 数字胃肠机运用气钡双重造影对 9 例食管良性狭窄疾病予以诊断与临床观察。现总结报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组有 9 例,男性 6 例,女性 3 例;其中化学

创伤 2 例,食道良性肿瘤 5 例,1 例为生理性收缩环,1 例为外压性狭窄,大部分患者影像诊断都得到 CT 或食道镜检的证实。

1.2 检查方法 使用高浓度造影剂(比重 1.5)并加入黏膜刺激剂、产气剂于右前斜位进行吞钡检查,同时不断变换体位达到从各方面对每个部位对比造影目的并及时总片,因气体较多加上蠕动收缩影响,有时还需采用半卧(下转第 38 页)

补气益肺祛瘀汤治疗慢性肺源性心脏病心力衰竭 56 例

沈亚标¹ 刘勤²

(1 江西省修水县中医院 修水 332400; 2 江西省武宁县中医院 武宁 332300)

关键词:慢性肺源性心脏病;心力衰竭;中西医结合疗法;补气益肺祛瘀汤;川芎嗪;强心剂;利尿剂;解痉平喘剂

中图分类号:R 541.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0038-01

我们对慢性肺源性心脏病心力衰竭患者在西医常规治疗基础上给予中药补气益肺祛瘀汤(自拟方)治疗 56 例,疗效满意。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 106 例患者均因慢性肺心病急性发作而收入住院,均符合 1997 年全国肺心病学术会议修订的诊断标准,其中男 67 例,女 39 例;年龄 54~83 岁,平均 67 岁;病程 7~30 年,平均 18 年。将患者随机分为治疗组 56 例和对照组 50 例,2 组一般资料经统计学处理无显著性差异 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组:(1)低流量给氧;(2)控制呼吸道感染;(3)祛痰止咳,解痉平喘;(4)合理使用强心利尿剂;(5)纠正酸碱平衡及电解质紊乱;(6)对症治疗及并发症的治疗。治疗组在上述基础上加用:(1)补气益肺祛瘀汤,药用人参 20g、黄芪 30g、丹参 30g、杏仁 10g、白术 15g、五味子 15g、红花 10g、甘草 10g,每日 1 剂,水煎分 2 次服;(2)川芎嗪 400mg 加入 5%葡萄糖液 250mL 中静脉滴注,每天 1 次。2 组疗程均 7d。

1.3 疗效判断标准 2 组均在 1 个疗程结束后进行评定。(1)显效:发绀明显减轻或消失,咳嗽及呼吸困难显著改善,肺部罗音明显减少,肝大明显减轻,下肢水肿消退,心功能改善 II 级。(2)有效:发绀减轻,咳嗽及呼吸困难有所缓解,肺部罗音改善 I 级。(3)无效:上述各项无改善或病情加重。

2 结果

治疗组显效 42 例,有效 10 例,无效 4 例,总有效率 93%;对照组显效 27 例,有效 13 例,无效 10 例,总有效率 80%。2 组总有效率比较,治疗组优于对照组 ($P < 0.05$),2 组治疗期间无明显不良反应发生。

3 讨论

慢性肺源性心脏病是老年人的常见病、多发病,多有长期吸烟史及多年慢性支气管炎、肺气肿病史,长期缺氧、酸中

(上接第 32 页)斜位观察,以免遗漏病变。

1.3 X 线表现 在气钡对比下,膨胀的管腔充以气体,边缘显示为一条厚约 1mm 光滑均匀连续充气钡剂线条影勾划出食管轮廓。食管平滑肌瘤显示为管壁增厚,管腔变窄,食管光滑柔软,局部软组织肿块影,密度均匀。腐蚀性食管狭窄显示食管呈无张力状态,黏膜不规则脱落,管腔狭窄,管壁呈虚线状。外压性食管狭窄显示食道呈弧形压迹而致管腔狭窄,食道外软组织影、黏膜纹连续,管壁不增厚。而生理性收缩环有其特定部位,一般易与器质性狭窄相鉴别,可能与该处神经发出的神经冲动不均匀有关。

毒、红细胞代偿性增长,造成红细胞比容增高及纤维蛋白原增多,使血液黏稠度增加,感染、酸中毒、反复利尿等因素又使血液浓缩、血管内皮细胞受损,促进血小板聚集,增加血液黏稠度,血液的高黏状态致使血流阻力增大,同时缺氧亦使肺血管痉挛,引起肺动脉压增高,这是导致肺心病心力衰竭的重要因素之一^[1],患者一般以急性加重出现的呼吸衰竭和心力衰竭就诊。

慢性肺源性心脏病属中医“喘症”、“心悸”、“肺胀”、“水肿”之范畴,其病因病机多为气虚血瘀,气虚为本,血瘀为标,肺脾气虚,肺气虚逆,失于肃降,发为喘咳、气促、痰多,心失肺气辅助,行血无力,则为血瘀,发为心悸等,故宜标本兼治,扶正祛邪,益气活血祛瘀。为此,拟定补气益肺祛瘀汤治疗,方中人参、黄芪、白术能补益心、肺之气为主药,改善心肌代谢,增强心肌能量;丹参、红花活血化瘀,改善循环。川芎嗪的药理作用:(1)保护血管内皮细胞,具有钙离子拮抗作用^[2],使肺血管扩张,降低肺动脉压,减轻右心负荷,改善机体的缺氧,减轻肺血管内皮细胞及呼吸道上皮细胞的损伤。(2)抑制血小板聚集,降低血液黏度,改善肺循环。因此,诸药联合可协同抗心衰,改善心肌组织代谢,促进损伤心肌功能恢复,改善患者的缺氧状态,具有标本兼治的作用。

本组限于条件,虽未测定血液流变学,但从治疗效果看,治疗组在改善临床症状、心功能方面优于对照组。本组结果表明,在积极抗感染、吸氧、改善通气、强心利尿等综合治疗的基础上,联合中药补气益肺祛瘀汤治疗肺心病急性加重期心力衰竭是一种安全有效的方法。

参考文献

[1]于世鹏,张修华,李世玉,等.急性发作期肺心病血液粘滞度与低氧血症的关系[J].中国急救医学,1989,9(6):5
[2]王玉良,巴彦坤.川芎嗪对心血管组织的药理和电生理作用[J].中西医结合杂志,1985,5(5):291

(收稿日期:2007-04-25)

2 讨论

食管良性狭窄是由多种原因所致的以咽下困难为主要症状的一组疾病。不同病因治疗方案不一样,气钡双重造影对比因能较好地勾划出食管壁轮廓而确定诊断及明确狭窄范围,对指导临床治疗至关重要^[1]。本检查方法对良性狭窄的随访很重要,对了解食管壁增厚,管壁狭窄范围、程度以及化学腐蚀剂对食管的影响程度都有帮助。

参考文献

[1]尚克中.中华影像医学(消化系卷)[M].北京:人民卫生出版社,1998.187~195
[2]张雪林.临床影像诊断指南[M].北京:科学出版社,1996.81~83

(收稿日期:2007-05-23)