

表 2 两组存活患者 ADL 比较 例

组别	n	ADL 分级				
		I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
治疗组	39	11	18	7	3	0
对照组	34	5	10	10	7	2

2.3 两组治疗前后临床疗效比较 见表 3。治疗组总有效率(90.0%)和显效率(72.5%)均明显高于对照组总有效率(72.2%)和显效率(47.2%),两组相比差异均具有显著性(P 均 <0.05)。

表 3 两组患者治疗前后临床疗效比较 例(%)

组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无变化或恶化	死亡	显效	总有效
治疗组	40	10(25.0)	19(47.5)	7(17.5)	3(7.5)	1(2.5)	29(72.5)*	36(90.0)*
对照组	36	7(19.4)	10(27.8)	9(25.0)	8(22.2)	2(5.6)	17(47.2)	26(72.2)

3 讨论

高血压性脑出血起病急,病死率和致残率均高,急性期治疗至关重要。高血压性脑出血属中医“中风”范畴,中医病理特点表现为痰热蒙闭清窍,肝阳上亢,瘀血阻络。醒脑静注射液是由安宫牛黄丸经科学提取精制而成的新型中成药制剂,主要成分为麝香、冰片、栀子、郁金,具有醒神开窍、清热解毒、止痛等功效,现代医学研究表明,醒脑静注射液有退热、改善脑毛细血管通透性、减轻脑水肿、减轻脑缺血后炎症反应及自由基损伤等作用^[4-5]。有报道醒脑静可增进大脑功能,兴奋中枢神经系统,可通过抑制毛细血管前括约肌痉挛而改善大脑微循环血流^[6]。以往的观点认为脑出血早期不能用活血化瘀药,否则可能导致再出血。现代医学认为,高血压性脑出血的病理基础是由脑内小动脉的玻璃样变性和小动脉瘤破裂引起,与凝血障碍无关,而且出血中风患者血液流变性多呈黏、浓、凝、聚的特点。活血化瘀药对凝血机制和血液流变学指标具有双向调节作用^[7]。有研究通过治疗前后的影像学检查比较,证明应用醒脑静注射液能够明显抑制脑水肿的发生、发展,提高血肿的吸收率,从而降低血肿周围水肿带对脑组织的损伤,对血肿周围缺血区有保护作用^[8]。同时,基础研究证实,醒脑静注射液能够抑制钙离子内流,降低内啡肽含量,调节血液 ET-1/NO 平衡,具有显著的神经保护作用^[9]。

实用中西医结合临床 2008 年 4 月第 8 卷第 2 期

自拟息风化痰通腑汤由大承气汤合导痰汤化裁,直肠滴注液由大黄、牡蛎、龙骨等组成。方中生大黄、芒硝、厚朴、枳实等理气泄热通腑;制胆星、石菖蒲、全瓜蒌等清热化痰、豁痰宣窍;天麻、钩藤、牡蛎、龙骨等平肝息风、缓急止痉;三七活血化瘀;羚羊角清热泻火且平肝息风;甘草柔肝息风、缓急止痛;珍珠粉清肝定惊;远志祛痰开窍;川牛膝引火、引血下行;金银花、连翘清热解毒;生姜除痰;随证加减,共奏清热息风化痰或温阳化痰、通腑、醒神开窍、平衡阴阳之功。急性期及时投以息风化痰通腑之剂,一可使脏气通畅,气血得以敷布,以通痹达络;二可使阻于胃肠之痰热积滞得以降除,浊邪不得上扰心神,克服气血逆乱;三可急下存阴,以防阴劫于内、阳脱于外等变证。本观察结果表明,在常规治疗基础上加醒脑静注射液合息风化痰通腑汤治疗中小量脑出血,不仅显著提高了总有效率、显效率、日常生活能力(ADL)、神经功能缺损恢复,而且对意识的改善、血肿吸收方面也能提高疗效。

参考文献

[1]中华医学会.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379
[2]王忠诚.脑血管病学及其外科治疗[M].北京:北京出版社,1994.63
[3]陈清棠.脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381-383
[4]路威,石岩,张宁,等.醒脑静注射液治疗重症颅脑损伤临床观察[J].中国中西医结合急救杂志,2000,7(3):181
[5]过海东,郝春梅,邱英茹.醒脑静注射液临床应用概况[J].中国中西医结合急救杂志,2002,9(1):60-61
[6]夏琳,廖小平,李志新.醒脑静治疗椎-基底动脉供血不足 40 例[J].中西医结合心脑血管病杂志,2005,5(3):453
[7]陈汝兴.应加强脑血管疾病活血化瘀治疗的研究[J].中国中西医结合急救杂志,2000,7(3):131-132
[8]贾维刚,张燕.醒脑静注射液治疗急性脑出血疗效观察[J].中国中医急症,2006,15(2):154
[9]赵卫国.NO 代谢变化对缺血性脑组织内皮素产生的影响[J].中华神经外科杂志,1996,12(3):172

(收稿日期:2007-11-03)

赛尼可治疗单纯性肥胖症疗效观察

应芳红

(浙江省杭州整形医院 杭州 310014)

关键词:赛尼可;肥胖;体重;腰围;血脂

中图分类号:R 589.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)02-0004-01

赛尼可是第一个胃肠道脂肪酶抑制剂,也是目前唯一的不进入血液、不作用于中枢神经系统的减肥药,它通过阻断 30%膳食脂肪被人体吸收达到减肥目的。本试验以单纯性肥胖病人为研究对象,观察赛尼可对肥胖人体重、腰围及血脂的影响。

1 临床资料

1.1 研究对象 入选病例均符合 1999 年 WHO 为亚太地区制定的肥胖标准,即体重指数(BMI)≥25kg/m²,男性 32 例,女性 46 例;年龄 38~54 岁,平均年龄(42±1.1)岁。同时符合收缩压小于 140mmHg,舒张压小于 90mmHg。除外:(1)继发性肥胖患者;(2)患有冠脉疾病、充血性心衰、心律失常和其他严重心血管疾病患者。

1.2 方法 治疗用赛尼可,由瑞士巴赛尔豪夫迈·罗氏有限

公司生产,受试患者餐时或餐后 1h 口服赛尼可 0.12g,每日 3 次,3 个月为 1 个疗程。治疗期间由医院的专业营养师指导患者饮食,每日总热量按 25kcal/kg 体重供给,患者继续从事日常的工作。分别测量治疗前后患者的体重、腰围、血总胆固醇、血总甘油三酯。

1.3 统计学处理 数据用 ($\bar{X} \pm S$) 表示,采用 t 检验。P<0.05 为具有显著的统计学差异。

1.4 结果 见表 1。

表 1 治疗前后体重、腰围及血脂情况 ($\bar{X} \pm S$)		
	治疗前	治疗后
体重/kg	72.5±9.7	67.5±9.4*
腰围/cm	82.5±1.2	78.2±1.1*
血总胆固醇/mmol·L ⁻¹	4.18±0.50	3.98±0.46 [△]
血总甘油三酯/mmol·L ⁻¹	1.45±0.21	1.39±0.18 [△]

注:治疗前后比较,*P<0.05,△P>0.05。(下转第 64 页)

手术患儿共 40 例,其中男 28 例,女 12 例,体重 11~23kg,无心肺疾患,各项实验室检查均正常,随机分为两组,单纯氯胺酮组(下称 KT 组)20 例,氯胺酮异丙酚复合组(下称 KP 组)20 例,术前 30min 肌肉注射安定 0.2~0.3mg/kg,阿托品 0.02~0.03mg/kg。

1.2 麻醉方法 患儿入室后,连续监测 BP、HR、SPO₂,先肌注氯胺酮 4~6mg/kg,患儿入睡后开放静脉,KT 组术中麻醉转浅时静脉追加氯胺酮 1~2mg/kg;KP 组手术开始前静脉注射异丙酚 1~2mg/kg,麻醉转浅时适量追加异丙酚,两组患儿均持续面罩给氧。若发生呼吸抑制或 SPO₂<90%均托起下颌或面罩加压给氧。

1.3 观察指标 患儿入室至清醒期间连续观察 BP、HR、SPO₂,记录术前、切皮、术中及缝皮时各指标情况,麻醉苏醒时间及清醒时间,麻醉及恢复过程中记录喉痉挛、呼吸抑制、SPO₂<90%、恶心呕吐、烦躁、肌张力增加等不良反应、并发症情况。

1.4 统计学处理 计量资料用均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,采用 t 检验,P<0.05 为有显著差异。

2 结果

2.1 两组患儿一般情况比较 两组患儿年龄、体重、手术时间无显著性差异,麻醉苏醒及清醒时间有明显差异。见表 1。

表 1 两组一般情况比较 ($\bar{X} \pm S$) min			
分类	KT 组	KP 组	
年龄(岁)	6.4± 2.8	6.3± 3.0	
体重(kg)	16.8± 3.1	16.9± 2.6	
手术时间	44.3± 8.0	45.8± 7.2	
苏醒时间	17.3± 3.3	10.5± 2.9	
清醒时间	53.9± 12.7	34.2± 7.8	

2.2 两组患儿术中各阶段 BP、HR、SPO₂ 比较 见表 2。

表 2 两组术中 BP、HR、SPO ₂ 的变化比较 ($\bar{X} \pm S$)				
组别	术前	切皮	术中	缝皮
SBP/mmHg	KT 组 98.5± 7.6	118.3± 10.4	116.4± 9.6	120.6± 9.5
	KP 组 97.0± 8.4	103.5± 4.3*	98.6± 10.4*	103.6± 8.4*
DBP/mmHg	KT 组 54.3± 7.5	66.1± 7.3	64.1± 6.8	69.8± 7.9
	KP 组 53.4± 8.9	55.2± 10.5*	49.9± 10.8*	54.2± 8.3*
HR/次·min ⁻¹	KT 组 105.2± 11.3	126.7± 13.9	125.7± 15.6	128.6± 14.6
	KP 组 103.7± 10.5	106.8± 10.9*	108.6± 16.0*	113.5± 13.9*
SPO ₂ %	KT 组 98.8± 0.9	99.2± 0.6	98.4± 0.5	98.3± 1.8
	KP 组 98.4± 1.5	98.9± 0.5	99.0± 0.7	98.4± 1.6

注:与 KT 组比,*P<0.05。

2.3 两组患儿麻醉并发症及不良反应情况比较 见表 3。

表 3 两组并发症及不良反应比较 例					
组别	喉痉挛	呼吸抑制	肌张力增加	恶心呕吐	术后烦躁
KT 组	2*	2	4*	4*	5*
KP 组	0	3	0	1	1

注:两组比较,*P<0.01。

3 讨论

由于小儿的解剖、生理和心理都与成人不同,其麻醉恢复期有一定的特殊性,因此并发症发生率比成年人要高,Cohen 等^[1]认为小儿术后并发症是成人的 2 倍,且成人多为循环问题,小儿多为呼吸问题。Bonoli 等^[2]于 1995 年分析了 9 289 例小儿患者后认为小儿的并发症通常发生在麻醉或手术中

以及术后 24h 之内,在所有的并发症中,呼吸系统约占 50%。麻醉方法是影响小儿麻醉后呼吸并发症的重要因素之一,气管插管全麻患儿在恢复期的并发症要明显高于喉罩麻醉和非插管麻醉的患儿,小儿气管插管全麻恢复期易发生呼吸系统并发症的原因:小儿气管插管后易发生喉黏膜水肿,喉头黏膜下组织脆弱、疏松,易受插管及导管损伤,且小儿喉头呈漏斗状易出现声门下水肿;小儿导管内径小且吸入干燥气体,极易将吹干的痰痂牢固地粘在导管尖端形成活瓣,造成患儿进行性呼吸困难;呼吸管理不当及不正确的方式可造成缺氧、二氧化碳蓄积,诱发支气管痉挛;气管导管拔出过早,易引起舌下坠及误吸,拔出过晚易引起患儿烦躁,并因吞咽反射频繁使气管导管在咽喉部反复摩擦而损伤呼吸道黏膜引起喉头水肿;未清醒患儿不能有效咳嗽以排出口腔分泌物。

非插管麻醉已成为小儿麻醉较理想选择。目前临床上在小儿麻醉中还以氯胺酮为主,虽采用不同的复合方法以期减少氯胺酮的用量及并发症的发生,但效果不明显,虽然安定和氯胺酮合用既可减少后者用量,又可减轻氯胺酮的高血压反应和肢体肌肉不自主运动和术后精神症状,但仍有高并发症及药物副作用出现的报道^[3]。而异丙酚是速效、短效和苏醒快的静脉麻醉药,可使外周阻力和心室压降低而引起血压下降,且由于异丙酚缺乏去迷走神经样作用而使心率减慢。氯胺酮是唯一具有镇静、镇痛和麻醉作用的静脉麻醉药,单用使患者呈木僵状,少数有肢体不自主活动,它为水溶性药物,麻醉苏醒期长,其起效快,对呼吸影响较少,但可兴奋迷走神经,产生心血管兴奋效应。异丙酚与氯胺酮复合对循环影响小,通过减少各自用药量减少不良反应,可显著减少氯胺酮的锥体外系症状,减少眼球震颤和唾液分泌,给术者创造良好的条件,可明显缩短术后苏醒时间,并可有效地控制氯胺酮围术期的心血管兴奋和苏醒期的精神症状。本组静脉给药速度较快时有一定程度的 SPO₂ 下降,但在及时给氧后多能较快恢复。异丙酚与氯胺酮复合静脉麻醉能使小儿术中麻醉更平稳,术后苏醒更快,较适用于小儿时间短、创伤小的中小手术的麻醉。

参考文献

[1]Cohen MM,Cameron CB,Duncan PG. Pediatric anesthesia morbidity and mortality in the perioperative period [J].Anesthesia&Analgesia, 1990,70(2): 160-167
[2]Bonoli P,Grillone G,Fossa S,et al.Complications of pediatric anesthesia.Survey carried out by the Study Group SIAARTI for anesthesia and intensive therapyin children [J].Minerva Anesthesiology,1995,61(4): 115-125
[3]米卫东.氯胺酮的临床及存在问题[J].临床麻醉学杂志,1994,10(2): 94

(收稿日期: 2007-09-17)

(上接第 4 页)

2 讨论

肥胖病是由于机体能量摄入超过消耗,造成脂肪在体内过度积蓄导致体重超常的一种慢性疾病,常除外内分泌代谢病因引起的继发性肥胖,因而又称单纯性肥胖。随着生活方式的现代化,肥胖已成为全球性的流行病。目前,我国的超重和肥胖人群在逐年增加,肥胖病人已达 3 000 万以上,并且肥

胖可增加糖尿病、高血压、痛风、癌症等疾病的发病率。因此,如何对肥胖症进行规范性的治疗,就显得十分重要。赛尼可为外周胰脂肪酶抑制剂,真正针对脂肪源头,排除多余脂肪达到减肥目的,因此,可作为减肥药,用于肥胖病的治疗,疗效明显。其缺点是有稀便、脂溶性维生素吸收不良等副作用,治疗期间应注意及时补充脂溶性维生素。

(收稿日期: 2007-11-15)