

## 五更泻 36 例治疗体会

谢冬仁

(江西省吉安市永丰县八江卫生院 永丰 331500)

关键词:五更泻;四神丸;治疗体会

中图分类号:R 256.34

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.060

五更泻多见于老年患者,病程较长,缠绵难愈。自 2006~2011 年笔者运用四神丸加味治疗五更泻 36 例,疗效满意。现报道如下:

### 1 临床资料

1.1 一般资料 36 例均来自我院门诊,其中男性 26 例,女性 10 例,年龄 60~76 岁,病程短者 6 个月,最长者 2 年。临床表现:五更时分,黎明前后,肠鸣脐痛,泻便清稀,食谷不化。平素腰膝酸痛,疲乏无力,形寒肢冷,四肢不温,小便清稀,舌质淡,舌体胖,多有齿印,脉沉细无力。每次粪便镜检无病原体发现,内窥镜检或钡剂灌肠检查无溃疡性结肠炎,排除肠激惹综合征。

1.2 治疗方法 治则:温肾健脾,固涩止泻。方选四神丸加味:补骨脂 30 g、肉豆蔻 15 g、吴茱萸 15 g、五味子 10 g。水煎内服,1 剂/d,早晚 2 次服,1 周为 1 个疗程。形寒肢冷肾阳虚明显者加附子 10 g、干姜 10 g,以增温肾暖胃之力;若久泻不止,体质虚弱、中

1.3 统计学方法 计量资料以均值±标准差( $\bar{X} \pm S$ )表示,采用 *t* 检验。

### 2 结果

心力衰竭组与对照组血清 NT-BNP 水平和贫血(Hb<11 g/L)比率都有统计学差异,心功能越差血清 NT-BNP 水平显著升高,贫血比率上升,各组之间有显著统计学差异。见表 1。

表 1 各级心衰患者与对照组 NT-BNP 水平和贫血比率比较 ( $\bar{X} \pm S$ )

	n	NT-BNP(ng/L)	Hb<11 g/L(例)	贫血比率(%)
对照组	20	111.66±43.38	无	0
心功能 I 级	20	306.52±160.02	2	10
心功能 II 级	20	754.62±304.14	5	25
心功能 III 级	20	1 486.23±465.31	9	45
心功能 IV 级	20	2 395.23±686.25	14	70

### 3 讨论

随着心力衰竭神经内分泌机制的研究,心脏肽类激素渐成为人们关注的焦点。既往许多实验证实,NT-BNP 浓度在心力衰竭病人血液中增高<sup>[1-2]</sup>。本研究结果显示:(1)HF 组血清 NT-BNP 水平高于对照组 ( $P < 0.01$ )。(2)随着心力衰竭加重,血清 NT-BNP 水平逐渐升高,心功能 IV 级 > III 级 > II 级 > I 级。经 *t* 检验,两两比较差异有统计学意义。可见血清中 NT-BNP 在心力衰竭的进展中起着重要作用,能客观反映慢性心力衰竭的严重程度,对于心

气下陷者,加黄芪 30 g、党参 12 g、白术 15 g、升麻 12 g 等益气健脾、升提之药;小腹痛者加小茴香 10 g、木香 10 g,以暖肾行气止痛。此外,食疗可选羊肉、牛肉、核桃等调理。

1.3 疗效标准 痊愈:临床症状消失,1 年内未复发者。有效:临床症状消失,1 年内复发或临床症状减轻但未完全消失者。无效:临床症状未减轻或依然如故者。

1.4 治疗结果 本组治疗 1 个疗程后,痊愈 29 例,有效 4 例,无效 3 例,总有效率 91.7%。

### 2 典型病例

刘某,男,68 岁,主诉黎明时分腹痛、腹泻 3~6 次半年。诊时形体瘦弱,精神倦怠,胃纳不佳,大便清稀,完谷不化,失眠多梦,舌淡苔薄白,脉沉迟无力。辨证为五更泻。治则:温肾健脾,固湿止泻。方选四神丸加味:补骨脂 30 g、肉豆蔻 20 g、吴茱萸 15 g、五味子 10 g、生姜 10 g、大枣 6 枚。水煎服,1 剂力衰竭诊断、病程评估具有重要的临床应用价值。

慢性心力衰竭进展过程中,尤其是重症心力衰竭患者,多种因素可以引起和加重贫血<sup>[3]</sup>。如胃肠淤血引起食欲不振、恶心、呕吐、腹胀、便秘等症状影响蛋白质和铁的消化吸收;肝脏淤血及心源性肝硬化可导致营养障碍;肾脏淤血引起肾功能减退,促红细胞生成素减少等。此外,慢性心力衰竭时细胞因子(如肿瘤坏死因子)介导的骨髓抑制也可能是造成贫血的原因之一。随着我国老龄化人口的增多,老年慢性心力衰竭发病率和病死率呈现增长趋势,且多合并轻、中度贫血,发生贫血的百分比随着心衰的严重程度而增加,呈明显正相关。

#### 参考文献

- [1]Wieczorek SJ,Wu AH,Christenson R,et al.A rapid B-type natriuretic peptide assay accurately diagnoses left ventricular dysfunction and heart failure: a multicenter evaluation [J].Am Heart J,2002,144: 834-839
- [2]Feola M, Lombardo E,Taglieri C,et al.Effects of levosimendan /furosemide infusion on plasma brain natriuretic peptide, echocardiographic parameters and cardiac output in end-stage heart failure patients[J].Med Sci Monit, 2011,17(3):13-17
- [3]Silverberg DS,Wexler D,Iaina A,et al. The importance of anemia and its correction in the management of severe congestive heart failure [J].Eur J Heart Fail,2002,4(6):681-686

(收稿日期: 2011-05-05)

# 肌间沟颈臂丛阻滞用于肩部或锁骨手术麻醉的体会

胥剑波

(江西省丰城市中医院 丰城 331100)

关键词: 肩部手术; 锁骨手术; 肌间沟颈臂丛阻滞; 麻醉

中图分类号: R 614.4

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.061

肩部及锁骨手术是临床比较常见的手术,其麻醉范围牵涉颈丛及臂丛神经,作者总结 50 例肩部及锁骨手术的神经阻滞麻醉体会,为此类手术的麻醉提供参考。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 50 例 ASA I~II 级实施肩部或锁骨手术的成年患者,年龄 18~68 岁;男性 35 例,女性 15 例;锁骨手术 36 例,肩部手术 14 例;手术时间 30~180 min。既往无慢性心血管系统及呼吸系统病史,无精神病史。

1.2 方法 术前 30 min 均肌注苯巴比妥钠 0.1 g 和阿托品 0.5 mg,进入手术室后开放静脉通道,监测心电图、血压、脉搏、血氧饱和度等,备好抢救药品及器具。(1)体位:患者去枕仰卧,头偏向对侧,头低足高位 15°,手臂贴体旁,手尽量下垂以暴露颈部。(2)定位:先触及 C<sub>6</sub> 横突,其上 1.0~1.5 cm 前中斜角肌间隙为穿刺点,约 C<sub>5</sub> 水平。(3)操作:常规消毒,穿刺点作皮丘,以 3~4 cm 22 G 穿刺针垂直刺入略向脚侧推进,直至出现异感或触及横突为止,回抽无血和脑脊液,注入 30~40 mL 含 1.0%利多卡因和 0.5%罗哌卡因混合液,注药时压迫穿刺针下部肌间沟,促使药液向头侧扩散,充分阻滞颈丛及臂丛神经。操作完成后常规吸氧,观察麻醉效果及生命体征。

1.3 结果 42 例成功实施肌间沟颈臂丛神经阻滞患者中 40 例阻滞效果完善,生命体征平稳,无异常反应;2 例伍用辅助药镇痛,为肩关节手术。5 例出现霍纳综合征,2 例出现膈神经阻滞,2 例出现轻度局麻药毒性反应,寒颤、头晕、视物模糊,均为老年

## 3 讨论

五更泻又称鸡鸣泻,属中医学中“濡泻、溏糜、鹜溏”等范畴。中医认为它是由命门火衰、火不暖土、脾失健运所致。经云:鸡鸣至平旦,天之阴,阴中之阳也,故人亦应之。五更黎明时分,正是阴气极盛,阳气萌发之际,命门火衰者,此时阴盛内寒,命

患者。以上情况经对症支持处理未产生不良后果。

## 2 讨论

2.1 理论基础 肩部或锁骨手术的阻滞范围应达 C<sub>3</sub>~C<sub>6</sub><sup>[1]</sup>,包括颈丛和臂丛神经。解剖上臂丛神经及颈丛神经从颈椎至腋窝远端一直被椎前筋膜及其延续的筋膜所围绕,颈丛臂丛神经实际上处于此连续相通的筋膜间隙中,故从肌间沟穿刺至此筋膜间隙,只要注入足量的药液便可阻滞颈丛及臂丛神经,达到肩部或锁骨手术的阻滞范围。

2.2 影响阻滞效果的因素 (1)准确定位:有时因肥胖及外伤肿胀等原因影响肌间沟的定位,致使操作无法进行。(2)尽量寻找异感,并注意其放射的方向及范围,异感的出现是定位准确的标志。(3)注药时应取头低足高位,并压迫穿刺针下方肌间沟,使药液向头侧扩散充分阻滞颈丛神经。

2.3 用药量、年龄与麻醉效果及并发症的关系 (1)安全范围内(50 mL 1.0%利多卡因或 0.5%罗哌卡因)用药量与阻滞范围和效果成正比,但并发症的出现机率增加。本文中出現局麻药毒性反应及并发症的用药量均为 40 mL。(2)年龄与并发症的发生率成正比,9 例出现并发症的患者平均年龄为 60 岁,其中 6 例为 60 岁以上老年人。

2.4 肩区深部手术 需阻滞 T<sub>1</sub>、T<sub>2</sub> 神经,故常须在腋后线加第 2 肋间神经阻滞或伍用辅助药镇痛。本文中 2 例伍用辅助药患者均为肩关节手术。

### 参考文献

[1]庄心良,曾因明,陈伯奎.现代麻醉学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,2003.1 052-1 060

(收稿日期: 2011-07-15)

门之火不暖脾土,阳气当至不至,脾阳不升,阴气极而下行,水谷下趋,天人相应,故令五更泻。又有经云:久泻皆由命门火衰,当责之肾。故治疗过程中,重用大温辛苦的补骨脂补相火,是为君药,《本草纲目》中谓其治肾泻;用辛温行气消食的肉豆蔻暖胃固肠,与君相配,增温肾暖脾之力,是为臣药;用辛热除湿的吴茱萸燥脾散阴寒,是为佐药;五味子,五味俱全,以酸收敛固收涩为主,合生姜温胃散寒,补脾养胃,是谓使药。是故君臣和谐,厚德载物,佐使协调,相得益彰,腹泻自愈。

(收稿日期: 2011-04-20)