

实用中西医结合临床 2014 年 7 月第 14 卷第 7 期

能,激发人体正气,调节机体免疫,使肺、脾、肾三脏功能协调,血脉通行无阻,促进腹水消退。

敷脐疗法是中医常用外治疗法,是外治用药的精髓所在^[3]。外敷方中田螺甘咸、寒,能清热利水、除湿解毒。《本草纲目》记载:田螺“利湿热……捣烂贴脐……(能)下水气淋闭。”神阙穴为诸脉汇聚之所,内连十二经脉,为人体经络总枢,经气通过奇经八脉及全身经络,联系五脏六腑。用田螺肉、甘遂、牛黄、麝香、蒜泥调敷此处,可以清热利水、疏通经气、除湿

• 65 •

排毒,通畅三焦水道,从而达到消除腹水的目的。本临床观察结果表明,中药内服外敷,促进肝硬化腹水消退功效显著,未发现明显毒副作用,值得临床应用。

参考文献

[1]中华医学会传染病与寄生虫病学分会,肝病学会.病毒性肝炎的诊断标准[J].中西医结合肝病杂志,2001,11(1):56-60

[2]周静,谢三英,肖春玲,等.中药敷脐治疗肝炎肝硬化腹水的临床观察[J].现代护理,2004,10(7):591-592

[3]国家中医药管理局医政司.中医护理常规、技术操作规程[M].北京:中医古籍出版社,1999.180

(收稿日期: 2014-03-25)

尼莫地平注射液对脑血管介入诊疗患者术后肾功能的影响

朱勇

(湖南省怀化市第三人民医院 怀化 418000)

关键词: 对比剂肾病;脑血管介入;尼莫地平

中图分类号: R743

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.042

临床上越来越多地开始应用介入治疗方式,由于该技术的较多使用,其导致的不良反应也在不断被认知。对比剂肾病(CIN)是其中一种较为严重的伤害。由于脑血管病变的发生几率不断地增加,在该方面的介入诊疗也在开展中,CIN 极大地增加了对治疗的要求。所以要有效地对其进行预防和治疗。本次笔者探究尼莫地平在该病中的作用,结果发现术前用药能够较好地降低 CIN 的发生率。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 探究选择的对象是 2012 年 12 月~2014 年 1 月于我院行介入诊疗的 206 例脑血管病变患者,男 116 例、女 90 例,随机分为观察组和对照组各 103 例。观察组年龄 48~59 岁,平均年龄(53.8±2.8)岁,病程(3.4±0.8)年;对照组年龄 47~60 岁,平均年龄(53.3±2.9)岁,病程(3.5±0.2)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较 ($\bar{X}\pm S$) 例						
组别	n	男	女	年龄(岁)	病程(年)	药物剂量(mg/h)
治疗组	103	59	44	53.8±2.8	3.4±0.8	0.56±0.19
对照组	103	57	46	53.3±2.9	3.5±0.2	0.55±0.18

1.2 治疗方法 206 例患者接受围手术期间的水化,应用 0.9%氯化钠等渗溶液^[1]。对照组接受常规的术前水化,观察组在常规治疗的基础上给予尼莫地平注射液 24 h 持续泵点^[2],平均每小时泵入 0.5 mg^[3]。持续对两组患者的血压等进行监测。

1.3 观察指标 观察术后(24 h、48 h)肌酐值(SCr)及血胱抑素 C(Cys-C)^[4]。记录两组出现 CIN 的例数。

1.4 统计学方法 应用 SPSS13.0 软件,以%或($\bar{X}\pm S$)进行计量或计数,卡方以及 t 值检验计数和计量资料。 $P<0.05$ 为结果存在差异,有统计学意义。

2 结果

术后进行两组患者肾脏功能的比较。结果发现,观察组术后的 SCr 以及 Cys-C 值较为正常,并且 CIN 发病例数较少。对照组的肾脏损伤要严重于观察组, $P<0.01$,说明差异存在统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者术后肾功能比较 ($\bar{X}\pm S$)							
组别	n	SCr(μmol/L)		Cys-C(mg/L)		SCr 峰值(μmol/L)	CIN[例(%)]
		术后 24 h	术后 48 h	术后 24 h	术后 48 h		
观察组	103	91.27±6.98	84.37±6.34	0.97±0.38	0.76±0.26	98.48±6.56	6(5.82)
对照组	103	95.68±6.48	90.67±6.46	1.46±0.96	1.38±0.76	104.07±6.97	16(15.53)
t		4.6992	7.0639	4.8165	7.8336	5.9271	4.11
P		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.05

3 讨论

目前对于 CIN 的原因尚未弄清楚。推测有以下原因:(1)对比剂导致血管不断地发生收缩,肾脏供血不足。(2)对比药物在肾脏产生的直接损害作用。(3)血管发生严重阻塞。肾脏在药物的作用下大量地吸收尿酸盐,进而淤积于肾小管。CIN 是发生在肾

脏的严重损害。不但进一步地提高了临床的治疗要求,而且增加了患者的痛苦。

尼莫地平属于钙离子拮抗剂^[5]。有研究显示,该类药物能够对肾脏的血管起作用,不仅可以增加血管的扩张程度,也可以促进机体排除钠离子,这就是该药降低肾损害的机理。本研究选取的观察指标有

Cys-C,它在人体内的产生不受其他因素的影响,只被肾小管分解却不会产生,所以其具有反映肾脏机能的作用。笔者分别在术后不同时间进行 SCr 以及 Cys-C 值的对比,发现两者的数值在观察组明显较低。同时比较 CIN 的发病例数,对照组的发病例数较多, $P<0.01$,说明差异存在统计学意义,对照组肾脏损伤更加严重。而观察组由于应用尼莫地平增加了对机体的保护。除了监测以上几个指标,此次试验过程中也加强了对患者的血压监测,防止使用尼莫地平可能引起的血压降低,因该药同样可以导致肾脏的不良变化。当然,研究过程也会有一些难以控制的缺点:例如由于缺乏大量的样本而导致的各

因素混杂影响。

综上所述,应用尼莫地平可以较好地减少 CIN 的发生,能够在肾脏的保护方面起到较大的作用。

参考文献

[1]耿介立,俞羚,孙亚蒙,等.急性缺血性卒中患者早期处理指南:美国心脏协会/美国卒中协会的健康职业者指南[J].神经病学与神经康复学杂志,2013,10(1):33-80
[2]杨静,李世平,李震中.尼莫地平注射液对脑出血急性期患者高血压调控的体会[J].脑与神经疾病杂志,2013,21(3):224-226
[3]付文亨,徐思振,李清.尼莫地平注射液缓慢泵入治疗急性卒中相关性头痛 170 例疗效观察[J].当代医学,2012,18(3):140-141
[4]陈晓,杨敏,付睿,等.尼莫地平对脑血管介入诊疗术后对比剂肾病预防的临床观察[J].中国临床医生,2013,41(8):22-24
[5]磨莉.缺血性脑血管病介入治疗并发症的护理进展[J].中国临床新医学,2013,6(10):1 029-1 032

(收稿日期:2014-03-14)

针灸配合中药灌肠治疗不完全性肠梗阻 38 例疗效观察

任建兵 牛彦红

(甘肃省张掖市人民医院 张掖 734000)

摘要:目的:观察针灸配合中药灌肠治疗不完全性肠梗阻的临床疗效。方法:对 38 例不完全性肠梗阻患者在常规治疗基础上配合针灸和中药灌肠。结果:38 例患者中治愈 32 例,好转 5 例,无效 1 例,总有效率为 97.4%。结论:针灸配合中药灌肠治疗不完全性肠梗阻疗效显著,值得推广应用。

关键词:不完全性肠梗阻;针灸;中药灌肠;疗效观察

中图分类号:R574.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.043

肠梗阻是不同病因引起的一组临床症候群,它可引起肠壁形态学、功能学的改变和全身性的生理紊乱,依据梗阻的程度可分为完全性肠梗阻和不完全性肠梗阻。不完全性肠梗阻为临床常见病,其发病原因有手术疤痕粘连、肿瘤、炎症、粪块及寄生虫团阻塞等。不完全性肠梗阻的主要表现为腹胀、腹痛、呕吐及肛门停止排便排气。现代医学大多采取手术治疗,而中西医结合治疗肠梗阻可以大大降低手术率,易被患者接受。笔者对 38 例不完全性肠梗阻患者在常规治疗的基础上,配合针灸和中药灌肠,取得满意疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有病例均为我院 2012 年 1 月~2013 年 11 月的住院患者,经临床表现及影像学检查确诊为不完全性肠梗阻。其中男性 25 例,女性 13 例;年龄 25~58 岁,平均年龄(42±15)岁;病程 5~10 d,平均病程(8.2±6.7) d。

1.2 诊断标准 参照《外科学》第 5 版的诊断标准^[1]:38 例患者均符合以下临床诊断标准:(1) 患者均有不同程度的腹痛、呕吐、腹胀及停止自肛门排气排便,腹部可见肠型、蠕动波及肠鸣音亢进伴气过水声。(2)腹部 X 片显示梗阻点以下肠腔内可见少量积气和积液,梗阻点以上的肠曲轻度扩张,结肠内有较多的气体。

1.3 治疗方法 所有患者入院后禁水禁食,予以胃肠减压并补充水、电解质、维生素等肠外营养支持治疗,并配合针灸和中药灌肠治疗。

1.3.1 针灸治疗^[2] 本病按脏腑辨证属于阳明腑实证,治当以荡涤腑气、通里攻下为基本原则,在攻下的基础上,进行辨证施治。取穴以足阳明、足厥阴、任脉穴为主,辨证选穴:天枢、关元、中脘、足三里、上巨虚、下巨虚、气海。针灸治疗用电针,30 min/次,疗程为 7 d。

1.3.2 中药灌肠 方药:大承气汤,组方:生大黄 30 g、芒硝 15 g、厚朴 15 g、枳实 12 g。灌肠方法:水煎灌肠,2 次/d,每次 250 mL。药液温度以 39~41℃为宜;插入肛管深度 15~30 cm,插入后快速将药液滴入。灌肠后,嘱患者先左侧卧,后右侧卧,最后平卧 30 min 以上,使药液均匀地分布在肠腔内;保留 1 h 以上,以利于药液充分吸收,更好地发挥作用。

1.4 临床疗效判定标准 治愈:3 d 内腹痛、腹胀等症体征慢性缓解,7 d 内基本消失,腹部 X 线恢复正常。好转:7 d 内腹痛、腹胀等症体征有所缓解,腹部 X 线好转。无效:7 d 内腹痛、腹胀等临床症状体征无缓解或加重。

1.5 结果 38 例不完全性肠梗阻患者,其中 32 例治愈,肠梗阻解除,肠道恢复通畅;其中 5 例明显好转;1 例无效,行手术治疗;总有效率为 97.4%。