

表2 两组辨证分析型情况比较 例

	血脉瘀阻证	水气凌心证	脾肾阳虚证	气阴两虚证	心阳暴脱证	合计
HVL伴2型糖尿病	9	5	18	5	2	39
HVL不伴糖尿病	28	11	14	7	1	59
合计	37	16	32	12	3	98

5 讨论

在高血压病人中,约1/3发生左室肥厚,为高血压的重要并发症之一,可导致心血管事件发生率及死亡率增加,故其重要性远远超过血压的升高。糖尿病患者左室肥厚发生率很高,其发病基础为胰岛素抵抗(IR)^[5]。Rutter等^[6]发现,糖耐量异常患者左室重量和室壁厚度随糖耐量下降而发生明显改变,且女性远多于男性,而IR与LVM的相关性仅存在于女性,尤其是肥胖者。Paolisso等^[7]相关分析表明胰岛素抵抗与左室重量指数成正相关,且高胰岛素血症亚组左室重量指数明显高于正常胰岛素亚组,提示胰岛素抵抗可能与高血压左室肥厚有关。人们逐渐认识到高胰岛素血症不仅仅是心血管系统疾病高危的标志,它本身即是促使这些疾病发生、发展的重要因素。本文研究结果显示,高血压左室肥厚伴有2型糖尿病患者的病程明显短于高血压左室肥厚不伴有糖尿病患者,在一定程度上说明糖尿病与左室肥厚密切相关。

对糖尿病病因病机的研究,在传统的阴虚燥热说的基础上,近年来又提出了瘀血阻滞、脾气虚弱、肝郁气滞、气阴两虚等,其中脾虚在糖尿病发生发展中的重要作用正日益受到人们的重视^[8]。本研究结果显示高血压左室肥厚伴2型糖尿病患者以脾肾阳虚证较多,其次是血脉瘀阻证、水气凌心

证、气阴两虚证、心阳暴脱证。脾虚日久,不能化生精血滋补肝肾,可致肝肾精血匮乏,尤其是肾虚,可见头晕耳鸣、腰膝酸软等表现。脾虚不能充养心肺,可见心慌胸闷、咳嗽气短等心肺不足的表现。因此临床上治疗高血压左室肥厚伴有糖尿病患者时,要注意温补脾肾,治疗原发病,即积极降压、有效控制血糖,才能有效减少高血压左室肥厚的发生。

参考文献

- [1]沈绍功,王承德. 中医心病诊断疗效标准与用要规范[M]. 北京:北京出版社,2002:9.
- [2]Palmieri V, Bella JN, Arnett DK, et al. Effect of type 2 diabetes mellitus on left ventricular geometry and systolic function in hypertensive subject[J]. Circulation, 2001, 103:102-107.
- [3]吴之理. 实用医学大词典[M]. 北京:人民军医出版社,1990:1011.
- [4]DEVEREUX RB, Reichek N. Echocardiographic determination of left ventricular mass in man; anatomic validation of the method[J]. Circulation, 1987, (55):631.
- [5]Reaven GM. Role of insulin resistance in human disease[J]. Diabetes, 1988, 37:959-607.
- [6]Rutter MK, Benjamin EJ, Larson MG, et al. Impact of Glucose Intolerance and Insulin Resistance on Cardiac Structure and Function[J]. Circulation, 2003, 107(3):448-458.
- [7]Paolisso G, Galderrisi M, Tagliamonte MR, et al. Myocardial wall thickness and left ventricular geometry in hypertensives. Relationship with insulin[J]. Am J Hypertens, 1997, 10:1250-1256.
- [8]钱秋海. 中西医结合专科病诊疗大系-糖尿病学[M]. 太原:山西科学技术出版社,1997:30.

中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻 36 例

★ 吴擢友 (福建省尤溪县医院 尤溪 365100)

关键词:早期炎性肠梗阻;中西医结合疗法;麻子仁汤加味

术后早期炎性肠梗阻(EPISBO)是腹部外科手术常见并发症之一,一般发生在术后2周内,少部分可达4周。以往不为人们所重视,常当作一般术后肠梗阻而处理不当。如急诊手术治疗,往往不能解除梗阻症状,且增加病人的创伤,故一般不宜手术。目前多采用非手术治疗。我院于2002年1月~2007年12月对36例早期炎性肠梗阻患者采用中西医结合治疗,疗效满意,现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组36例,男22例,女14例,年龄18~79岁,平均43岁。其中急性化脓性阑尾炎合并穿孔术后8例,胃癌根治术后4例,结肠肿瘤术后3例,肠破裂修补术后6例,肠粘连松解术后10例,胆道术后3例,肾或输尿管切开取石术后2例。肠梗阻出现时间多数为术后3天~2周,少部分达4周。

1.2 症状及体征 本组36例均有近期腹部手术史1次或多次,全部经普外科诊断而请中医会诊。诊断主要依靠临床、体征,并排除其他梗阻因素而获得。患者肠蠕动可一度恢复,一般于术后3天~2周内出现症状,有典型的肠梗阻症

状、体征,全部病例均有腹胀、压痛,而以腹胀为主,排气排便停止或术后肠功能恢复延迟,未见肠型及蠕动波,肠鸣音减弱。6例有反跳痛,恶心呕吐15例,肠鸣音减弱或消失20例。腹部X线摄片可见大小不等的液气平面,伴有腹腔积液,表现为不完全性肠梗阻。腹部CT扫描可见肠壁增厚、肠祥成团。

1.3 治疗方法 基础疗法:(1)禁食、胃肠减压;(2)维持水、电解质和酸碱平衡;(3)肠道外营养;(4)应用广谱抗生素;(5)生长抑素。中药治疗:麻子仁汤加味,药用火麻仁20g,生大黄(后下)、枳实、厚朴、白芍、苦杏仁各10g,加用郁李仁、槟榔各10g。加减:腹胀明显者,加芒硝10g(冲服);恶心呕吐者加姜半夏、陈皮各10g;湿浊重者加苍术、藿香各10g;湿郁化热者加黄连6g、蒲公英15g;年老体虚者加党参、黄芪各30g。加水煎成250ml,每日1剂由胃管分别注入125ml,夹管2~3小时后放开。平均疗程7天,部分延长至4周。

2 结果

本组36例经非手术中西医结合治疗后32例症状逐渐

改善,痊愈出院,无并发症,半年内无梗阻复发;4例因腹痛进行性加重和出现腹膜炎症状而中转手术治疗。治愈率88.9%。

3 讨论

炎性肠梗阻系发生在腹部手术后早期,由于手术创伤或腹腔内炎症等原因导致肠壁水肿或渗出而形成的一种机械性与动力性同时存在的广泛粘连性肠梗阻,但无绞窄的情况,其病理变化往往是可逆的。本组36例在西医常规治疗的基础上,结合中医治疗。早期炎性肠梗阻属于中医学“关格”、“肠结”、“腹胀”范畴,分型属“气滞型”,因手术后肠胃功能失调,气血瘀滞,气机不畅,传化失司而致。文献报道中对中西医结合治疗早期炎性肠梗阻大多应用复方大承气汤或复方小承气汤加减,以攻下法为主。固然本病要攻下导

滞,但治法似嫌单纯。麻子仁丸出自《伤寒论》,原方为肠胃燥热、脾约便秘而设。引用为汤方加味,以火麻仁、苦杏仁、柏子仁润肠通便;白芍养阴和里,有兴奋和抑制胃肠运动的双向调节作用;大黄、枳实、厚朴为小承气汤,有泻下、破结、除满之功;槟榔行气破积。全方具有泻下、润下之效。火麻仁、郁李仁、苦杏仁均富含油脂,有润肠通便功能,能使肠中结屎更易于随承气排出,同时还能缓和一味攻下引起的不适反应。而现代医学则有由胃管灌注石蜡油或食用油润肠的治法,可见润肠法对本病是适用的。泻、润结合,在增强胃肠蠕动的同时,促进结屎排出,使炎症抑制,水肿消散,肠袢血液循环得以改善,肠功能得以恢复,两法相得益彰。因此,麻子仁汤加味中西医结合治疗早期炎性肠梗阻,疗效理想,安全方便,可供临床借鉴应用。

芬大尼复合丙泊酚静脉全麻引起呼吸抑制 1 例

★ 杨志兰 喻茶秀 袁荣 (江西省上高县人民医院 上高 336400)

关键词:芬大尼;丙泊酚;全麻;呼吸抑制

1 临床资料

患者,女,63岁,体重28kg,ASA评分2级,拟行食道取异物术。术前检查:血常规、凝血四项及生化均正常,心电图:(1)窦性心律;(2)怀疑左心室肥厚;X线食道吞钡检查:食道中段异物高度怀疑(第5-6颈椎之间)。既往身体健康,术前禁食禁饮8小时。病人入室心电监护:BP 130/82 mmHg,HR 80次/分,R 16次/分,SPO₂为97%(鼻导管吸氧后99%),开放静脉,给予芬大尼0.04 mg静注,5分钟后静注丙泊酚40 mg,1分钟后患者SPO₂下降至95%,立即面罩加压给氧,SPO₂下降至90%,患者自主呼吸消失,心率为68次/分,血压108/67 mmHg,半分钟后SPO₂上升至99%,5分钟后患者恢复自主呼吸,潮气量为250 ml,恢复鼻给氧,观察2分钟,SPO₂为99%术中患者生命体征平稳,BP 112/70 mmHg,HR 78次/分,SPO₂为99%,手术历时8分钟,术毕5分钟后患者神志清楚,生命体征平稳,安返病房,随访无特殊,术后2天顺利出院。

2 讨论

丙泊酚作为一种新型短效静脉麻醉药,具有催眠镇静与遗忘,短时间镇痛的作用,广泛用于麻醉诱导,麻醉维持,手术后和ICU病房的镇静,也用于麻醉下实行无痛人流手术和其他短小手术操作的麻醉镇痛,60岁以上的患者的诱导剂量为1.6 mg/kg,复合芬大尼可使诱导剂量减少到1.5 mg/kg,丙泊酚诱导时最明显的副作用是呼吸与循环抑制,呼吸暂停现象较常见,并用阿片类药物时呼吸暂停时间延长,该老年患者,体重较轻,对丙泊酚的呼吸抑制表现更为敏感。

3 体会

(1)麻醉医生对病人应具有高度的责任心,术中应寸步不离的守护在病人身侧,观察病情,及时处理突发变化。(2)无论什么手术,术前都应备好人工通气和供氧设备及必要的抢救用品,以便出现紧急情况时伸手就能拿来用。(3)对每一位病人的病情都应认真评估,对每一种药物的适应征用法用量及不良反应都应严格掌握。

尿路感染的论治体会

★ 郭沫元 (江西省萍乡市莲花县人民医院中医科 莲花 337100)

关键词:尿路感染;辨证论治;体会

尿路感染是临床常见疾病,根据病程长短可分为急性尿路感染和慢性尿路感染。临床上以腰痛、小腹胀痛、尿频、尿急、尿痛为主要表现。属于中医学之淋证。

《诸病源候论·诸淋病候》云“诸淋者,由肾虚而膀胱热故也”。又云“肾虚则小便数,膀胱热则水下涩。数而且涩,则淋漓不宜,故谓之淋”。金代刘河间在《素问·玄机原式篇》中指出:淋证为“热甚客于肾部,干于足厥阴之经庭孔,郁结极甚,而气血不能宣通”的结果。《景岳全书·淋闭》篇

云:“气淋,气郁所致”。近代医家多崇《诸病源候论·诸淋病候》“诸淋者,肾虚而膀胱热故也”之说。可见“肾虚而膀胱热”是尿路感染的主要病机。急性尿路感染多为湿热蕴结下焦,膀胱气化不利所致。而慢性尿路感染多为湿热伤肾,肾虚邪恋,导致膀胱气化不利所为。

1 湿热蕴结型

尿路感染的急性期多见湿热蕴结下焦,膀胱气化不利之候。临床常见腰痛,小腹拘急坠胀,尿频、尿急、尿痛、小便灼