

直肠手术 10 例, 肝脾手术 9 例, 胆道手术 7 例, 胰腺手术 2 例。中药组 50 例, 男 27 例, 女 23 例, 年龄 16~73 岁, 平均 45.2 岁; 胃、十二指肠手术 11 例, 小肠及阑尾手术 12 例, 结肠、直肠手术 9 例, 肝脾手术 10 例, 胆道手术 7 例, 胰腺手术 1 例。3 组资料经统计学处理, 差异无显著性 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

#### 治疗方法

1 药物 芪朴汤: 黄芪 12~20g 厚朴 10~15g 枳壳 10~15g 生甘草 20~30g 丹参 10~20g 赤芍 10~20g 金银花 20~30g 蒲公英 20~30g, 每剂加水 600ml 煎成 200ml 备用。黄香膏: 大黄 10g 木香 8g 乌药 8g 槟榔 8g 桃仁 6g 川芎 6g, 上药研成细末, 用香油调成稠糊状, 以不流淌为度, 备用。

2 用药方法 西药组采用西医常规方法治疗, 包括抗生素预防感染、补液及维持水电解质平衡。中药组在西药组治疗的基础上, 术后 8h 给予芪朴汤 200ml 分 4 次胃管注入(未插管的患者口服), 每次 50ml, 夹住胃管保留 20min 开放, 2h 后重复, 每天 1 剂, 直到肛门排便, 恢复进食。内外合治组在中药组的基础上, 术后 8h 采用黄香膏双侧足三里穴外敷, 以塑料薄膜封包外固定, 每 12h 更换 1 次, 直到肛门排便, 恢复进食。观察 3 组肠鸣音恢复、肛门排气、排便时间及手术前后外周血白细胞变化。

3 统计学方法 采用  $t$  检验。

#### 结果

1 3 组术后肠鸣音恢复、排气时间、排便时间比较 见表 1。内外合治组、中药组患者肠鸣音恢复、排气、排便时间均短于西药组 ( $P < 0.01$ ), 说明内外合治组、中药组能促进胃肠功能的恢复。

2 3 组手术前后外周血白细胞 (WBC) 比较 3 组术后第 1 天 WBC 均升高, 内外合治组、中药组及西药组分别为  $(16.05 \pm 4.37) \times 10^9/L$ 、 $(16.48 \pm 2.94) \times 10^9/L$  及  $(16.90 \pm 3.56) \times 10^9/L$ , 术后第 3 天各组 WBC 有所下降, 内外合治组  $(11.78 \pm 2.08) \times 10^9/L$ , 中药组  $(14.06 \pm 3.08) \times 10^9/L$  与西药组  $(16.50 \pm 3.62) \times 10^9/L$  比较, 差异有显著性 ( $P < 0.01$ ); 术后第 7 天 3 组 WBC 继续下降, 但 3 组比较, 差异无显著性。

表 1 3 组术后肠鸣音恢复、排气及排便时间比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	肠鸣音恢复	排气	排便
内外合治	50	31.50 ± 4.73*	38.56 ± 8.74*	48.66 ± 7.46*
中药	50	39.34 ± 5.37*	43.39 ± 6.45*	55.73 ± 6.76*
西药	50	52.13 ± 4.06	58.36 ± 7.20	69.45 ± 5.72

注: 与西药组比较, \*  $P < 0.01$

#### 讨论

由于腹部外科手术的损伤、机械刺激及麻醉对神经的阻滞, 使胃肠功能受到一定的抑制, 导致术后早期出现肠麻痹。术后胃肠功能恢复迟缓可引起机体内环境紊乱及诱发各种并发症。患者胃肠功能早期恢复, 尽早进食, 对于改善机体营养、增加机体抵抗力、促进切口愈合、减少术后并发症非常有利。

中医理论认为麻醉和腹部手术的创伤, 可造成脏腑气机运化失调、传化功能失职, 导致脏气壅滞、气虚血瘀、易感外邪。根据六腑以通为用、以降为顺的理论, 治疗以理气通腑为主, 兼以

益气扶正、活血化瘀、清热解毒。芪朴汤中厚朴、枳壳行气宽中, 黄芪、生甘草扶正补气, 丹参、赤芍活血祛瘀, 金银花、蒲公英清热解毒。足三里属足阳明胃经合穴, 合治内腑。黄香膏中大黄攻下导滞, 木香善行胃肠之滞气, 乌药行气止痛解郁, 槟榔行气化滞除满, 桃仁、川芎祛瘀活血以利行气除胀, 香油清香走窜, 促使诸药合力经穴位由表入里, 通过经络气血的运行作用, 可直达病所。

足三里是治疗肠胃疾病的主要腧穴, 具有双向调节胃肠功能的作用[新中医 2002; 34(12):43]。

需要注意的是, 黄香膏应显效即止, 若继续敷贴可造成攻下过度, 引起腹泻。临床实践证明, 内外合治法能调整术后机体的应激状态, 改善和保持内环境的稳定, 促进腹部术后胃肠功能恢复, 有利于手术后机体的康复, 疗效确实可靠, 符合外科术后用药原则, 值得临床推广使用。

(收稿 2003-02-17)

## 川芎嗪配合西药治疗小儿肺炎并发心力衰竭 30 例

河南省新乡医学院第一附属医院小儿内科(河南卫辉 453100)

张贺 韩子明 巩梅艳 贾汝贤

缺氧所致的肺小动脉痉挛、肺动脉高压是小儿肺炎的主要病理生理改变之一, 也是并发心力衰竭(以下简称心衰)的病理生理基础。近来我们应用血管活性药物川芎嗪治疗小儿肺炎合并心衰, 取得较好的疗效。现总结如下。

#### 资料与方法

1 临床资料 自 2000 年 1 月—2002 年 2 月我科共收治小儿肺炎合并心衰 58 例, 均符合王慕狄主编《儿科学》第 5 版(北京:人民卫生出版社)中小儿肺炎并发心力衰竭的诊断标准。按入院的先后顺序随机表随机分为川芎嗪治疗组(下称治疗组)和酚妥拉明治疗组(下称对照组)。治疗组 30 例, 其中男 16 例, 女 14 例, 年龄 ≤ 6 个月 12 例, 6+~12 个月 11 例, 1+~9 岁 7 例。对照组 28 例, 其中男 15 例, 女 13 例, 年龄 ≤ 6 个月 10 例, 6+~12 个月 9 例, 1+~2 岁 9 例。病程 1~3 天不等, 平均 2.5 天。肺部 X 线片, 治疗组有 28 例异常, 对照组有 26 例异常。心电图治疗组有 26 例异常, 对照组有 23 例异常。两组患儿年龄、性别构成、治疗前病程及病情严重程度经统计学处理差异无显著性。

2 方法 两组患儿入院后均给予镇静、吸氧、抗感染、雾化等治疗。根据患儿院外洋地黄应用情况, 给予西地兰饱和量 ( $0.02 \sim 0.04 \text{mg} \cdot \text{kg}^{-1}$ ) 或直接应用维持量(饱和量的 1/4 量)。治疗组加用川芎嗪注射液每天 3~5mg/kg, 加入葡萄糖或生理盐水注射液分 2 次静脉滴注, 对照组加用酚妥拉明每次  $0.5 \sim 1 \text{mg} \cdot \text{kg}^{-1}$  静脉滴注, 均每 6h 应用 1 次。观察肺炎心衰症状、体征消失天数及治疗 1 周后肺部 X 线片及心电图好转情况。每日监测经皮血氧饱和度 ( $\text{TcSaO}_2$ ), 定期测血气分析, 连续测 3 天。

3 统计学方法 采用  $t$  检验和  $\chi^2$  检验。

### 结果

1 两组患儿肺炎症状、体征消失时间比较 见表 1。治疗组疗程明显短于对照组, 差异有显著性( $P < 0.05$ )

表 1 两组患儿肺炎症状体征消失时间比较 (天,  $\bar{x} \pm s$ )

组别例数	发热	咳嗽	紫绀	呼吸困难	肺部体征
治疗 30	3.41±2.13*	5.02±1.25*	1.89±2.35*	3.45±1.63*	6.59±2.51*
对照 28	4.62±1.38	6.81±2.69	2.99±2.12	4.67±1.28	9.97±3.13

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$

2 两组小儿 TcSaO<sub>2</sub> 治疗前后结果比较 见表 2。治疗前 TcSaO<sub>2</sub> 差异无显著性( $P > 0.05$ )。经过 72h 治疗后,TcSaO<sub>2</sub> 明显增高,与对照组比较,治疗组变化明显,差异显著( $P < 0.05$ )。

表 2 两组小儿肺炎病例治疗前后 TcSaO<sub>2</sub> 比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	TcSaO <sub>2</sub>			
	0	24h	48h	72h
治疗 30	0.892±0.013	0.931±0.014*	0.945±0.010*	0.973±0.026*
对照 28	0.896±0.011	0.913±0.015	0.927±0.019	0.951±0.023

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$

3 治疗 3 天后,患儿肿大的肝脏明显回缩,末梢循环不良情况得到改善,治疗组与对照组比较,时间上明显缩短,差异显著( $P < 0.05$ )。治疗前心电图治疗组有 26 例异常,对照组有 23 例异常,主要表现为窦性心动过速、S-T 段压低、T 波低平等心肌缺血的表现,肺部 X 线片发现治疗组有 28 例异常,对照组 26 例异常,主要表现为纹理增粗、透过度增强、片状浸润影、肺不张等,两组表现基本相似。治疗 1 周后,复查心电图发现治疗组有 22 例恢复正常,对照组有 14 例恢复正常,两组比较差异显著( $\chi^2 = 4.88, P < 0.05$ );复查肺部 X 线片,治疗组有 24 例、对照组有 16 例恢复正常,两组比较差异显著( $\chi^2 = 4.2, P < 0.05$ )。

4 不良反应 应用川芎嗪过程中发现个别病例有一过性皮疹,较轻微,未予处理,自行消退。

### 讨论

支气管肺炎是小儿呼吸系统最常见的炎症,起病较急,缺氧明显,严重者出现心力衰竭、呼吸衰竭等全身各系统损害。肺微循环障碍,内皮素的合成、释放增加,血栓素 A<sub>2</sub>(TXA<sub>2</sub>)和前列环素(PGI<sub>2</sub>)的平衡失调以及心肌能量代谢障碍和离子分布异常等都是小儿肺炎合并心力衰竭的重要因素[中华儿科杂志 1997;35(8):443—444]。内皮素被认为是引起肺动脉高压的一个主要原因,它不但可以使肺血管收缩,而且可以直接刺激肺血管平滑肌和成纤维细胞的增生,并可协同其他细胞因子促进肺动脉高压的形成[Ann Intern Med 1991;114(7):464]。肺部是 TXA<sub>2</sub> 和 PGI<sub>2</sub> 合成的主要场所之一,肺部急性炎症时 TXA<sub>2</sub> 水平增高,PGI<sub>2</sub> 水平降低,TXA<sub>2</sub>/PGI<sub>2</sub> 平衡失调,促使血小板聚集,TXA<sub>2</sub> 能使冠状动脉收缩,心肌缺血,还可促进中性粒细胞与血管内皮细胞粘附触发并加重炎症反应,引起肺血管通透性增加,肺毛细血管渗出增加,肺水肿发生。川芎嗪是从川芎总生物碱中提取的有效成分四甲基吡嗪,它能有效地阻抑缺氧性肺

血管收缩和缺氧性肺血管重建,预防缺氧性肺动脉高压的形成[中国药理学杂志 1999;34(1):17—19],从而能够阻止心力衰竭等并发症的发生。另外,川芎嗪可促进 PGI<sub>2</sub> 合成,抑制 TXA<sub>2</sub> 的生成和释放,从而调节缺氧时 TXA<sub>2</sub>/PGI<sub>2</sub> 的平衡失调,发挥扩血管作用,防止肺动脉高压的形成。酚妥拉明能舒张支气管平滑肌,改善通气功能,改善微循环,降低肺动脉压,增强心脏收缩等功能,应用较为广泛。但在应用中发现 2 岁以内小儿常会出现鼻塞、呼吸困难加重等。有报道应用酚妥拉明对 2 岁以内支气管肺炎患儿可能引起并加重心力衰竭,甚至突然出现大汗淋漓、面色灰白、气促加剧、血压下降、四肢冰冷等严重不良反应情况[临床儿科杂志 1994;12(1):67]。本组资料显示治疗组在减轻紫绀、改善症状、缩短病程等方面明显优于对照组,疗效显著。应用中偶有个别病例有一过性皮疹,较轻微,一般无须处理,停药后自然消失。因此认为川芎嗪治疗支气管肺炎并发心力衰竭效果明显,且药源充足,价格便宜,不失为一种较好的临床选择。

(收稿 2002-08-22 修回 2003-03-15)

## 臂上举牵引蹬肩整复肩关节前脱位 19 例

山西省 109 医院骨科(太原 030006)

刘万怀

自 1997 年以来,笔者应用肩关节前屈上举牵引蹬肩法,整复肩关节前脱位 19 例,整复顺利,效果满意,报告如下。

临床资料 本组 19 例,男 16 例,女 3 例,年龄 15~69 岁,平均 31 岁,均为外伤所致,受伤距整复时间 10min~65h;喙突下脱位 15 例,孟下脱位 4 例,3 例合并肱骨下结节骨折。

方法与结果 患者取仰卧位,局麻,术者站立于患者头侧,将患肢缓慢前屈上举,双手握住患肢腕部,同时用脚踏患侧肩胛骨肩峰部。在牵引过程中旋转式摆动患肢,感到弹响说明复位成功。拍片证实复位后,上臂内收,内旋,屈肘 90°位,用三角巾悬吊固定于胸前 2 周。合并肱骨大结节骨折者固定 6 周。患肢固定期间鼓励患者主动锻炼肘、腕及手指功能。

本组 19 例,均一次顺利复位,经 6 个月随访,肩关节功能正常,全部恢复正常工作。

体会 臂上举牵引蹬肩整复肩关节脱位,是通过臂前屈上举牵引,使关节孟向前,通过蹬肩,使关节孟朝前下。从而起到了远端对近端,近端寻远端的双重作用。其次通过臂上举牵引,使肩周韧带和肌肉群及关节囊松弛,更有利于肱骨头脱位的整复。本组 19 例,用此整复方法,均一次整复成功,其中有 2 例经 Hippocrates 及 Kocher 方法复位失败,而用本整复法复位成功。本方法操作简单,单人操作即可,省人省力,效果确切。

(收稿 2003-01-20)