

础上加用海石直肠浓缩液灌肠治疗幼儿哮喘急性发作 38 例,并与用常规治疗加氨茶碱治疗的 38 例作对照,现报道如下。

临床资料

1 病例选择 76 例均为湖北省中医院及襄樊市中医院儿科门诊及住院患儿,符合婴幼儿哮喘诊断标准,年龄 1~3 岁,本次发病不超过 3 天。排除:(1)伴有支气管扩张、肺结核、肺肿瘤等其他支气管、肺疾患,重度肺气肿。(2)并发严重的心、肝、肾、脑、血液系统疾患。(3)不能坚持治疗者。

2 一般资料 将所有病例按单双号编码,随机分为两组。治疗组 38 例,男 22 例,女 16 例;平均年龄(2.00 ± 0.56)岁;哮喘病病程 3~15 个月,平均(8.64 ± 2.12)个月;病情程度:轻度 16 例,中度 14 例,重度 8 例。对照组 38 例,男 23 例,女 15 例;平均年龄(2.00 ± 0.54)岁;哮喘病病程 3~14 个月,平均(8.38 ± 2.08)个月;病情程度:轻度 15 例,中度 14 例,重度 9 例。两组患儿资料比较,差异无显著性(P > 0.05),具有可比性。

方法

1 治疗方法 两组患儿均使用抗生素(安洛欣 50~80mg/kg 或头孢哌酮钠 50mg/kg),抗病毒药物(病毒唑 10mg/kg 或鱼腥草注射液 1ml/kg),地塞米松 0.20~0.25mg/kg,均每天 1 次静脉滴注。治疗组同时加用海石直肠浓缩液(由海蛤粉 20g 石苇 40g 炙麻黄 8g 杏仁 10g 五味子 8g 等组成,浓度 200%,由湖北省中医院药厂生产),每次 20ml,每天 3 次,保留灌肠。对照组同时加服氨茶碱,每次 4mg/kg,每 8h 服 1 次。两组疗程均为 5 天。

2 观察指标 (1)喘息、咳嗽、肺部哮鸣音消失时间;(2)治疗前后检查血清免疫球蛋白 E(IgE)、嗜酸性粒细胞(EOS)、白细胞介素-4(IL-4)、干扰素-γ(IFN-γ)水平。统计学方法:采用 Ridit 分析和 t 检验。

结果

1 疗效标准 临床控制:喘息、咳嗽及肺部哮鸣音消失;显效:喘息、咳嗽及肺部哮鸣音明显减少;有效:喘息、咳嗽及肺部哮鸣音有所减少;无效:喘息、咳嗽及肺部哮鸣音无减少。

2 两组疗效比较 治疗组 38 例,临床控制 31 例(81.6%),显效 4 例(10.5%),有效 2 例(5.3%),无效 1 例(2.6%),总有效率 97.4%。对照组 38 例,临床控制 26 例(68.4%),显效 5 例(13.2%),有效 5 例(13.2%),无效 2 例(5.3%),总有效率 94.7%。两组临床控制疗效比较差异有显著性(P < 0.05)。

3 两组患儿治疗前后 IgE、EOS、IL-4 及 IFN-γ 水平测定结果 见表 1。上述指标两组治疗后均显著改善(P < 0.05 或 P < 0.01),且治疗组改善幅度优于对照组(P < 0.05)。

表 1 两组患儿治疗前后 IgE、EOS、IL-4 及 IFN-γ 水平的比较 (IU/L,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	IgE	EOS	IL-4	IFN-γ
治疗	治疗前	962.0 ± 229.6	482.5 ± 165.7	924.6 ± 123.1	582.5 ± 55.7
	(28) 治疗后	636.6 ± 191.4**	△316.4 ± 78.7**	△437.6 ± 65.5**	△926.4 ± 36.7**
对照	治疗前	961.8 ± 231.2	486.3 ± 161.5	921.5 ± 131.1	586.4 ± 51.5
	(27) 治疗后	789.5 ± 164.2*	403.3 ± 81.8*	509.6 ± 64.2**	845.3 ± 38.5**

注:与本组治疗前比较,\* P < 0.05,\*\* P < 0.01;与对照组治疗后比较,△P < 0.05;( )内数据为例数

4 不良反应情况 两组均未见不良反应发生。

讨 论 中医学认为哮喘的病因复杂,内因责之于肺脾肾三脏不足,痰饮内伏,外因责之于六淫、饮食、劳倦、情志等。小儿哮喘发作时往往寒热虚实夹杂,治当寒温并投,攻补兼施,但以攻邪为主。海石直肠浓缩液方中海蛤粉清肺化痰、软坚散结,以攻顽痰;炙麻黄宣肺平喘、驱邪外出;杏仁降气止咳、润肠通便,使痰从大便排出;石苇利水止咳;五味子敛肺止喘,以防宣降太过;全方凉而不寒,温而不燥,攻不伤正,补不恋邪,诸药共奏宣肺降气,止咳平喘之功。

本组患儿治疗前血清 IgE、IL-4 及 EOS 水平明显增高,IFN-γ 明显降低,经海石直肠浓缩液治疗后患儿血清中 IgE、IL-4 及 EOS 水平明显下降,IFN-γ 水平明显升高。表明海石直肠浓缩液是通过多方面、多环节、多靶点而发挥治疗哮喘的作用。海石直肠浓缩液保留灌肠操作简便,疗效确切,减轻了小儿口服中药的困难,值得推广应用。

(收稿:2004-12-08 修回:2005-03-30)

针药复合麻醉在阑尾切除术中的应用

济南军区总医院麻醉科(济南 250031)

高成杰 宁吉顺 李训美

2002 年 10 月—2003 年 12 月,我们采用针药复合麻醉施行阑尾切除术 20 例,并对其镇痛效果、安全性及可行性进行了评价,现报告如下。

资料与方法

1 临床资料 60 例符合阑尾炎诊断标准(吴在德主编.外科学.第 5 版.北京:人民卫生出版社,2001:537—545)而行阑尾切除手术,按美国麻醉医师协会分级全部为 I~II 级者。根据麻醉方法的不同分为 3 组,每组 20 例。针药复合麻醉组(针药组)男 12 例,女 8 例;年龄 18~41 岁,平均(25.1 ± 5.7)岁;体重 42~

80kg, 平均(47.6±10.9)kg。肌肉注射哌替啶组(肌注组)男 11 例, 女 9 例; 年龄 16~50 岁, 平均(27.6±9.8)岁; 体重 43~76kg, 平均(51.9±10.5)kg。单纯硬膜外麻醉组(对照组)男 13 例, 女 7 例; 年龄 19~47 岁, 平均(26.9±8.7)岁; 体重 45~77kg, 平均(47.9±9.9)kg。

2 方法 3 组患者术前 30min 均肌肉注射鲁米那 1~2mg/kg, 阿托品 0.1mg/kg; 采用 1% 丁卡因 5ml + 2% 利多卡因 10ml + 生理盐水 5ml 行硬膜外阻滞麻醉。针药组加穴位注射, 即用盐酸哌替啶 25mg 加生理盐水稀释至 10ml, 在无菌条件下, 选双侧合谷、阑尾穴, 用连接 10ml 注射器的 7 号注射针头, 迅速刺入穴位后缓慢捻旋直至“得气”后, 各穴注药 2.5ml。肌注组加臀部肌肉注射盐酸哌替啶 25mg。对照组单用硬膜外阻滞麻醉。

3 观察指标 麻醉手术前后均用 HP-V24C 型多功能监护仪, 监测心率(HR)、上臂平均动脉压(MAP)和脉搏血氧分压(PO<sub>2</sub>), 疼痛发生情况及不良反应等。统计学方法: 采用  $\chi^2$  检验和 *t* 检验。

### 结果

1 疗效标准 采用国际标准视觉模拟评分法(VAS)判断患者自述疼痛强度, 优: VAS 为 0~2, 良: VAS 为 3~5, 差: VAS 为 6~8。

2 3 组镇痛疗效比较(按优、良和差) 针药组分别为 19 例(95.0%)、1 例(5.0%)和 0 例; 肌注组分别为 2 例(10.0%)、15 例(75.0%)和 3 例(15.0%); 对照组分别为 1 例(5.0%)、13 例(65.0%)和 6 例(30.0%)。达优者针药组优于肌注组和对照组( $P < 0.01$ )。

3 3 组术前、术中 HR、MAP、PO<sub>2</sub> 测定结果 见表 1。HR 和 MAP: 针药组术前和术中无明显变化, 肌注组和对照组术前与术中比较差异有显著性( $P < 0.05$ ), 针药组明显优于肌注组和对照组( $P < 0.05$ )。PO<sub>2</sub>: 3 组患者术前与术中比较差异均无显著性, 均维持在 95% 以上。3 组患者均未见明显不良反应。

表 1 3 组患者术前与术中 HR、MAP 和 PO<sub>2</sub> 变化比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	HR (次/min)	MAP (mmHg)	PO <sub>2</sub> (%)
针药	20	术前	73.2±6.17	86.2±5.48	98.6±0.62
		术中	72.8±5.82	85.9±5.18	98.0±0.56
肌注	20	术前	71.9±5.23	85.9±4.96	98.5±0.72
		术中	92.8±4.90* <sup>△</sup>	99.2±6.03* <sup>△</sup>	97.9±0.50
对照	20	术前	72.6±5.95	87.4±6.80	99.0±1.00
		术中	97.8±6.13* <sup>△</sup>	102.6±6.99* <sup>△</sup>	97.1±0.65

注: 与本组术前比较, \* $P < 0.05$ ; 与针药组术中比较, <sup>△</sup> $P < 0.05$

讨论 本研究根据“经脉所过, 主治所及”的原理循经取穴。合谷穴属手阳明大肠经, 大肠之原穴, 针刺该穴, 一则具有安神镇吐之功效, 可抑制阑尾切除术中胃部不适、恶心呕吐等不良反应; 二则可激发中枢镇痛作用, 使痛的程度减轻, 或感觉性质发生变化, 能有效地防治阑尾的牵拉痛。阑尾穴是阑尾在体表的反应点, 针刺该穴具有清热化痰、阴阳调和的作用, 对阑尾切除术中胃部不适、恶心、呕吐等不良反应具有防治作用。针刺两穴加上麻醉性镇痛药盐酸哌替啶的辅助作用, 产生针刺和药物的协同作用, 既充分发挥了针刺对生理功能的保护作用, 使生命体征更加平稳, 又可增强硬膜外阻滞麻醉的功效, 有效消除或减轻手术牵拉等不适反应, 因而具有临床应用价值。

(收稿: 2004-06-25 修回: 2005-03-05)

## 中西医结合治疗急性重症胰腺炎 24 例

四川省医学科学院附属医院(四川简阳 641400)

罗玉明 付泽伟 赵海明

2003 年 1 月—2004 年 12 月, 我们采用中西医结合方法治疗急性重症胰腺炎 24 例, 并与单用西医疗法的 20 例作对照, 现报道如下。

临床资料 44 例均为本院住院患者。诊断参考 2000 年全国第八届胰腺外科会议修订的“重症急性胰腺炎诊治草案”标准, APACHE II 评分  $\geq 8$ ; Balthazar CT 分级为  $\geq$  II 级。按入院先后顺序随机分为两组, 治疗组 24 例, 男 14 例, 女 10 例; 年龄 27~63 岁, 平均(42.7±16.6)岁; 病程 6~86h, 平均(7.8±6.9)h; 胆源性 17 例, 饮酒 3 例, 饮食不当 4 例; 并发腹膜炎 5 例, 肠梗阻 6 例, 胸腔积液 5 例, 腹水 6 例, 休克 1 例, 低氧血症 1 例。对照组 22 例, 男 13 例, 女 9 例; 年龄 24~67 岁, 平均(41.5±17.5)岁; 病程 6~86h, 平均(8.6±7.1)h; 胆源性 13 例, 饮食不当 5 例, 高脂血症 2 例; 并发腹膜炎 4 例, 肠梗阻 5 例, 胸腔积液 4 例, 腹水 6 例, 肾功能不全 1 例。两组资料比较差异无显著性( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

治疗方法 两组均给予禁食, 补液, 保持水、电解质及酸碱平衡; 人血白蛋白 10~20g, 每天 1 次静脉滴注; 5% 葡萄糖注射液 250ml 加丹参注射液 20~30ml, 每天 1 次静脉滴注, 共 7 天; 左氧氟沙星 0.2g, 每天 2 次口服, 替硝唑 0.4g, 每天 2 次口服, 共 4 周; 复方氨基酸 500ml, 每天 1 次, 共 7 天; 奥美拉唑 40mg, 每天 1 次静脉滴注, 3 天以后口服 20mg, 每天 2 次, 共 2~3 周; 禁用阿托品, 不用胃肠减压; 小剂量胰岛素治疗高血