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_2),疼痛发生情况及不良反应等。统计学方法:采用 χ^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_2 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_2:3 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_2 变化比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	HR (次/min)	MAP (mmHg)	PO_2 (%)
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*△	99.2±6.03*△	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*△	102.6±6.99*△	97.1±0.65

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

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瘀、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,并与单用西医治疗的 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≥8;Balthazar CT 分级为≥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

万方数据

糖。对照组除上述治疗外无其他治疗方法。治疗组在上述治疗的基础上予以柴芍承气汤:柴胡 15g　白芍 15g　黄芩 15g　枳实 20g　厚朴 20g　玄明粉 10g(冲)　生大黄 20g(后下)　莱菔子 10g　川楝子 10g　金银花 20g　连翘 20g,以上为 1 剂,每天用 3～4 剂,每剂加水 800ml,浓煎 300ml,每 2～3h 用 100～150 ml 口服或从胃管内注入,解出大便后改为每 4～6h 用 1 次,连续用 3 天;3 天后根据中医辨证改用除湿、健脾益气方:砂仁 10g　白蔻仁 6g　生薏苡仁 10g　茯苓 10g　泡参 20g　扁豆 10g　山药 10g　黄芩 10g　金银花 10g　连翘 10g　大黄 5g(后下),每天 1 剂,水煎服,连续用 4 天,保持大便每天 1～2 次。

观察指标:在治疗过程中(7 天)严密观察患者症状及体征变化,治疗前后血、尿淀粉酶(采用碘-淀粉比色法测定)及 C 反应蛋白水平(采用免疫散射速率比浊法测定)变化。统计学方法:采用 t 检验。

结　果

1　疗效标准　显效:症状消失,CT 检查胰腺水肿较治疗前明显好转,血清淀粉酶恢复正常;有效:腹痛偶作,但程度较轻,CT 检查胰腺水肿存在,血清淀粉酶<500U/L;无效:未达到有效标准。

2　临床疗效　治疗组 24 例,显效 22 例,有效 2 例,总有效率为 100%。对照组 20 例,显效 12 例,有效 4 例,无效 4 例,总有效率为 80%。治疗组总有效率优于对照组($P<0.05$)。

3　两组患者治疗前后血、尿淀粉酶和 C 反应蛋白测定结果　见表 1。血、尿淀粉酶治疗前两组比较差异无显著性,治疗后两组均显著下降($P<0.01$),且下降幅度治疗组优于对照组($P<0.01$)。C 反应蛋白两组治疗前比较差异无显著性,治疗后治疗组显著下降($P<0.01$),且优于对照组($P<0.01$);对照组治疗前后比较差异无显著性。

表 1　两组患者治疗前后血、尿淀粉酶及 C 反应蛋白测定结果比较　($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	淀粉酶(U/L) 血	淀粉酶(U/L) 尿	C 反应蛋白(mg/L)
治疗	24	治疗前	1485.3±121.8	13289.5±6896.4	82.30±16.50
		治疗后	81.3±12.4*△	596.3±81.5*△	11.64±3.20*△
对照	20	治疗前	1825.4±143.5	12863.5±7110.3	78.20±12.35
		治疗后	138.8±19.5*	1305.3±118.4*	81.30±16.25

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.01$

4　两组患者主要症状体征情况　治疗组腹痛、腹胀缓解时间分别为(10.00±6.20)h、(1.45±1.28)d;对照组分别为(26.40±9.57)h、(2.67±1.68)d;两组比较差异有显著性($P<0.01$)。

5　不良反应　治疗组患者服药后有阵发性加剧的腹痛,但都能忍受。

讨　论　中医学认为本病以肝、胆、脾、胃病变为主,其病机变化为湿热阻滞中焦,故中药以清泄湿热、通腑导滞为主,方中柴胡、枳实促使胃排空;枳实、厚朴、玄明粉增加小肠蠕动,抑制大肠球、杆菌作用,抑制纤维蛋白原转化为纤维蛋白,防止内毒素诱发 DIC;柴胡还促使内源性糖皮质激素分泌,抑制炎症;方中生大黄为主药,性味苦寒,能使胃肠、肝胆湿热下行外出,抑制胰酶活性;金银花、连翘增加清热解毒之功;莱菔子消食化积;川楝子行气消胀止痛;白芍缓急止痛;诸药合用有促使胃肠道蠕动功能增强,恢复胃肠道动力和回吸收功能,排除积粪、细菌及内毒素,减轻和避免了内毒素血症。恢复期由于湿热未尽,脾胃功能已受损,采用除湿、健脾益气中药,方中砂仁、白蔻仁善化湿行气,治疗脾胃湿阻及气滞所致的脘腹胀满;薏苡仁渗利湿热而健脾;泡参、山药、茯苓、扁豆益气健脾;黄芩、金银花、连翘清泄余热,大黄保持大便通畅,整方应用,恢复肠道功能快,中西药联合应用缩短病程,其疗效优于单用西医治疗。

(收稿:2005-01-30　修回:2005-04-18)

中药加米非司酮和氨甲喋呤治疗输卵管妊娠 31 例

辽宁省抚顺市第二医院妇产科(辽宁 113001)　芮广海
中国医科大学第二附属医院妇产科　李　辉

1997 年 1 月—2003 年 12 月,我们用中药加米非司酮和氨甲喋呤(MTX)治疗输卵管妊娠 31 例,现报告如下。

临床资料

1　病例选择　(1)生命体征稳定、无活动性出血;(2)异位妊娠的包块直径<4cm;(3)血 β-绒毛膜促性腺激素(β-HCG,正常值<0.862μg/L)<20μg/L;(4)肝、肾功能正常;(5)B 超提示无胎心搏动;(6)外周血白细胞≥4.0×10^9/L,血小板≥100×10^9/L。

2　一般资料　64 例患者按入院先后顺序单双号分为两组,治疗组 32 例,年龄 21～42 岁,平均(34.3±6.8)岁;停经时间 35～43 天,平均(36.6±6.8)天;包块直径(3.04±0.92)cm。对照组 32 例,年龄 22～39 岁,平均(33.9±3.9)岁;停经时间 37～45 天,平均(37.1±5.8)天;包块直径(2.83±1.08)cm。两组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　两组均用 MTX 20mg,每天 1 次肌

万方数据