

指肠镜乳头肌切开术方治愈。

2.4 其他原因 胆囊切除术后黄疸,原因同样可能是肝前性、肝性和肝后性的。在处理上应慎重,力争确诊每一例,切忌在诊断不明的情况下草率手术。肝内外胆管扩张与否,是鉴别外科黄疸与内科黄疸的客观依据。本文 1 例因术后半月余感冒,自行服药后出现黄疸而入院。由于正确诊断,从

[文章编号] 1000-2200(2006)01-0070-02

而避免了可能的手术之苦。

[参考文献]

[1] 张元,曹邦清,曾宏,等.胆囊切除术后非损伤性黄疸的原因及处理[J].临床外科杂志,2003 11(4):262-263.

[2] 刘荣.肝胆胰术后有关并发症讨论:胆囊切除术后综合征[J].中国实用外科杂志,2002 22(7):387-389.

。临床医学。

小剂量低分子肝素钠治疗急性脑梗死疗效观察

辛胜利

[关键词] 脑梗死;肝素,低分子量

[中国图书资料分类法分类号] R 743.33 R 973.2

[文献标识码] B

脑梗死近年已成为临床常见病,有较高的病死率及致残率,目前国内外治疗急性脑梗死的方法较多,疗效不一,但多数学者认为早期应用肝素或低分子肝素抗凝治疗,能预防脑梗死进展,提高治愈率,但肝素易发生出血,不如低分子肝素安全^[1]。2003年3月~2004年10月,我科应用小剂量低分子肝素钠治疗急性脑梗死31例,疗效显著,现作报道。

1 资料与方法

1.1 病例选择 病例选择标准:(1)按照全国第四届脑血管病学术会议制定的诊断标准,头颅CT证实。(2)排除脑出血和出血性梗死。(3)发病<72h。(4)血凝四项及血小板计数正常。(5)无肝肾功能损害及血液系统疾病^[2]。本组61例均符合上述标准,按入院顺序随机分为两组,低分子肝素组(A组)31例:男23例,女8例;年龄35~78岁。其中高血压19例,冠心病4例,糖尿病3例。对照组(B组)30例:男23例,女7例;年龄37~78岁。其中高血压18例,冠心病3例,糖尿病4例。两组年龄、性别、病程、神经功能缺损程度及伴发疾病差异均无显著性($P>0.05$) (见表1)。

表1 治疗组与对照组治疗前一般临床资料比较

分组	n	年龄(岁)	性别(男/女)	病程(h)	神经功能缺损评分	伴发疾病
A组	31	63.2±12.4	23/8	32.4±10.6	22.3±10.2	26
B组	30	64.9±11.8	23/7	31.8±11.2	21.7±9.6	25
t	—	0.55	0.05 ^Δ	0.22	0.24	0.08 ^Δ
P	—	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Δ示 χ^2 值

1.2 治疗方法 A组给予低分子肝素钠(江苏万邦生化药业股份有限公司产品)5 000 IU腹部皮下注射,每天1次,疗程10天。B组给予复方丹参20 ml加入生理盐水250 ml中静脉滴注,每天1次,疗程10天。两组均给予肠溶阿司匹林75 mg每天1次,常规给予尼莫地平、胞二磷胆碱、20%甘露醇等基础治疗,对合并高血压、冠心病及糖尿病患者,给予降压、扩张冠状动脉、降血糖等治疗。

1.3 观察项目 治疗前后做血、尿常规、血凝四项、血小板计数、肝肾功能、血糖、血脂等检查。观察有无颅内出血及其它器官出血等不良反应。

1.4 疗效判定方法 治疗前及治疗后10天,进行神经功能缺损程度及生活状态评分,功能缺损评分减少9%~100%为基本治愈(病残程度0级),46%~90%为显著进步(病残程度1~3级),18%~45%为进步,0~17%为无变化,0以下为恶化。

1.5 统计学方法 采用 检验、 χ^2 检验和秩和检验。

2 结果

2.1 临床疗效 A组总有效率为90.32%,显著高于B组的63.33% ($P<0.05$) (见表2)。

表2 两组患者临床疗效比较(%)

分组	n	基本治愈	显著进步	进步	无变化	恶化	总有效率(%)	χ^2	P
A组	31	12	7	9	2	1	90.32		
B组	30	6	5	8	7	4	63.33	2.38	<0.05
合计	61	18	12	17	9	5	77.05		

2.2 不良反应 A组注射局部青紫4例,B组出现皮疹1例,疗程结束后均自行好转,未出现其它严重不良反应。两组疗程结束后复查血凝四项和血小板计数无明显变化。

3 讨论

脑血栓形成主要是纤维蛋白原在各种因素参与下变成纤维蛋白,纤维蛋白黏附血液中有形成分形成血栓。血栓形成后,其坏死灶周围形成缺血区半暗带,早期抗栓治疗可限制栓子向缺血区半暗带扩展和维持这个区域血液而减少梗死面积。低分子肝素钠具有抗凝血酶III依赖性抗X因子及纤溶酶原的活性,能改善血液黏度,降低纤维蛋白原的浓度及红细胞比容,通过与血管内膜结合,促进内源性氨基多糖的释放,起到抗血栓作用,从而抑制血栓的扩展,促进血栓溶解,血管再通及改善侧枝循环,增加脑的血流量,防止缺血半暗带区不可逆的细胞损伤^[1]。本治疗组有效率明显高于对照组,表明小剂量低分子肝素钠治疗急性脑梗死效果好,安全,不易发生脑出血等严重出血并发症,皮下注射生物利用度高,半衰期长达200~300 min,可每天用药1次,具有使用

[收稿日期] 2005-02-01

[作者单位] 安徽省淮北矿业集团公司临涣中心医院 内科, 235139

[作者简介] 辛胜利(1962-),男,主治医师。

方便、价廉等优点,是治疗急性脑梗死安全有效的药物^[1,3]。

[参 考 文 献]

- [1] 易兴阳,张顺开,潘继豹,等.低分子肝素对进展性缺血性脑卒中预防作用的探讨[J]. 临床神经病学杂志, 2001, 14(4): 203-205

- [2] 郭东风,秦琳.低分子肝素与小剂量肝素治疗急性脑梗死对照研究[J]. 中国医刊, 2002, 37(2): 21-23
- [3] 林海燕,李炳选.低分子肝素在缺血性卒中防治中的应用进展[J]. 中国医学文摘·内科学分册, 2002, 23(3): 401-402

[文章编号] 1000-2200(2006) 01-071-01

。 临 床 医 学 。

复能剂长短程疗法在急性有机磷农药中毒中的对比分析

李红兵,刘二志

[关键词] 农药 / 中毒; 解毒剂; 复能剂

[中国图书资料分类法分类号] R 595.4 [文献标识码] B

1998年 1月 ~ 2004年 10月, 我院内科在治疗口服急性有机磷农药中毒 (AOPP) 时, 将复能剂治疗时间延长至 1周, 将口服的 AOPP患者 43例作为治疗组, 与此前 5年治疗口服 AOPP患者 45例作对照, 以观察复能剂长程疗法与传统短程疗法的疗效差别, 并进行对比分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 治疗组 43例, 男 16例, 女 27例; 年龄 14 ~ 54岁。全部为口服 AOPP患者。中度中毒 22例, 重度中毒 21例。辛硫磷中毒 11例, 敌敌畏中毒 9例, 对硫磷中毒 8例, 久效磷中毒 4例, 1605中毒 3例, 3911中毒 2例, 氧化乐果中毒 2例, 其它有机磷农药中毒 4例。对照组 45例, 男 14例, 女 31例; 年龄 17 ~ 61岁。全部为口服 AOPP患者。中度中毒 24例, 重度中毒 21例。辛硫磷中毒 8例, 敌敌畏中毒 10例, 对硫磷中毒 8例, 久效磷中毒 5例, 1605中毒 2例, 3911中毒 4例, 氧化乐果中毒 3例, 其它有机磷农药中毒 5例。两组在 48 h内死亡的患者不记在内。

1.2 治疗方法 两组患者就诊后, 48 h内均采用较大剂量解磷注射液治疗, 每天 12 ~ 16 ml, 分次静脉滴注, 治疗组在 48 h后每天用解磷注射液 4 ~ 6 ml 维持治疗 1周, 而对照组 48 h后停用解磷注射液。全部患者入院后立即用清水彻底洗胃, 同时使用阿托品, 尽快达阿托品化后减量维持, 待血胆碱酯酶 (ChE) > 30 U (正常值参考值 30 ~ 80 U) 时, 进一步将阿托品逐渐减量, 最后停用阿托品。在治疗过程中积极预防脑水肿、肺水肿及酸碱失衡等并发症的发生。

1.3 统计学方法 采用 χ^2 检验和 t 检验。

2 结果

治疗组与对照组相比, 可减少阿托品用量, 加快胆碱酯酶活力恢复, 缩短住院时间, 减少反跳及提高治愈率 ($P < 0.05 \sim P < 0.01$) (见表 1)。

3 讨论

各有机磷农药中毒“老化”时间约在 24 ~ 36 h^[1], 因此, 传统观点一直认为, 有机磷农药中毒时间超过 48 h后再给复能剂疗效差或无明显复活作用, 但本文结果显示, 对口服有机磷农药中毒患者仍然有应用的必要, 分析原因主要是由

表 1 复能剂长短程疗法各项指标比较

组别	n	阿托品 总量 (mg)	ChE恢复 时间 (天)	平均住院 时间 (天)	反跳 数	病死 数
治疗组	43	314 ± 182	5.6 ± 2.3	8.4 ± 3.4	2	1
对照组	45	446 ± 163	7.9 ± 2.1	11.0 ± 3.9	10	8
t	—	3.59	4.90	3.33	5.76 ^Δ	4.16 ^Δ
P	—	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.05	< 0.05

Δ 示 χ^2 值

于毒物的重吸收造成: (1) 肠道内的再吸收。口服中毒者由于毒物刺激可产生胃激惹, 使排空加速, 致部分毒物进入肠道, 虽然洗胃后多主张导泻治疗, 但由于抗胆碱药物使肠液分泌减少, 肠蠕动减弱, 一般很难奏效, 对昏迷患者效果更差。据笔者观察, 有患者中毒 1周后的大便仍有有机磷农药气味。(2) 胃黏膜的再吸收。有机磷农药易残留在胃黏膜皱襞内, 洗胃时不易于彻底清除, 可再吸收。(3) 体内代谢、分泌的再吸收。体内吸收的毒物在肝脏内氧化成更毒的成分, 随胆汁存于胆囊内, 当胆囊收缩时, 可排入小肠而吸收入血; 对于裂解很慢的某些农药, 可能会暂时贮存在体内的脂肪中, 并可释放, 重新回到血液循环。马海燕等^[2]研究发现, 48 h后, 部分患者血清胆碱酯酶恢复缓慢, 甚至下降。也进一步说明有机磷农药重吸收的存在。48 h后继续使用复能剂治疗, 虽然对已老化的磷酸化胆碱酯酶无效, 但对再吸收的有机磷而产生的磷酸化胆碱酯酶仍然有效^[3]。对口服的有机磷农药中毒的患者, 复能剂的应用应早期、足量、重复使用, 一般以不短于 1周为宜。

[参 考 文 献]

- [1] 赵德禄. 胆碱酯酶特征与急性有机磷农药中毒的临床联系 [J]. 中华内科杂志, 2000, 39(10): 653 ~ 654
- [2] 马海燕, 蔡青山. 血清胆碱酯酶活力随急性有机磷农药中毒时间变化及其临床意义 [J]. 中华内科杂志, 2000, 39(8): 554
- [3] 陈云森, 金金银. 有机磷农药中毒阿托品依赖现象 38例分析 [J]. 蚌埠医学院学报, 2002, 27(6): 537 ~ 538

[收稿日期] 2005-02-17

[作者单位] 安徽省淮北矿业集团临涣中心医院 内科, 235139

[作者简介] 李红兵 (1966-), 男, 主治医师。