

表 1 控制性降压前后患者血液动力学指标的变化 (n = 15  $\bar{x} \pm s$ )

指标	麻醉诱导前	降压前	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>	T <sub>4</sub>	T <sub>5</sub>	T <sub>6</sub>	T <sub>7</sub>
HR(次/min)	77 ± 13	84 ± 13	73 ± 13*	72 ± 13*	70 ± 13*	71 ± 12*	70 ± 11*	72 ± 11*	75 ± 11*	81 ± 11#
MAP(mm Hg)	85 ± 11	94 ± 11#	69 ± 5*	68 ± 6*	67 ± 6*	70 ± 5*	70 ± 6*	74 ± 9*	81 ± 10*	96 ± 13#
CO(L/min)	4.9 ± 1.4	5.0 ± 1.7	4.3 ± 1.4*	4.1 ± 1.3*#	3.8 ± 1.2*#	3.9 ± 1.2*#	3.7 ± 1.1*#	3.8 ± 1.3*	4.0 ± 1.3*	4.4 ± 1.3
CI(L/min · m)	3.1 ± 0.7	3.2 ± 0.7#	2.7 ± 0.5*#	2.6 ± 0.5*#	2.4 ± 0.4*#	2.4 ± 0.6*#	2.3 ± 0.5*#	2.4 ± 0.6*#	2.5 ± 0.5*	2.9 ± 0.4
SVR(dyn · s · cm <sup>-5</sup> )	2159 ± 539	2046 ± 425#	1776 ± 419*#	1751 ± 417*#	1694 ± 304*#	1629 ± 321*#	1523 ± 316*#	1601 ± 253*#	1774 ± 362*	1965 ± 419
SV(ml/次)	68 ± 16	64 ± 18	61 ± 16	60 ± 15	58 ± 13#	57 ± 14#	56 ± 11#	56 ± 13#	58 ± 14	59 ± 13

注:与降压前比较,\*P < 0.05;与麻醉诱导前比较,#P < 0.05

3 讨论

MICO<sub>2</sub><sup>TM</sup>测定 CO 与热稀释法具有良好的相关性 (r > 0.90) 在血液动力学不稳定的情况下,也可准确地反映 CO 的变化趋势<sup>[1]</sup>。因此本研究采用 Novamatrix 心肺功能监测系统 MICO<sub>2</sub><sup>TM</sup>,保证了患者血液动力学指标监测的可靠性。

根据预实验结果及临床经验,本研究采用瑞芬太尼的起始输注速率 0.15 μg/(kg · min)。本研究结果表明,瑞芬太尼控制性降压过程平稳,8 ~ 21 min 就可达到目标血压,且停止降压 10 ~ 24 min 后患者血压即可恢复,提示瑞芬太尼控制性降压的可控性好。降压期间,心率增快不明显,无反跳性心动过速,避免了心肌耗氧增加和心肌负荷加重。瑞芬太尼

控制性降压可减少术中出血,改善手术条件,减少输血量。

本研究中,瑞芬太尼控制性降压期间 CO、CI 有短暂降低,但仍在正常范围内,停用瑞芬太尼后很快恢复。与麻醉前相比,SV 虽有降低,但也在生理允许范围内,可能与异氟醚轻度抑制心肌有关;在减压前后 SV 无明显变化,提示瑞芬太尼对心肌不产生抑制作用。CO、CI 的降低,考虑与降压期间 HR 减慢有关。

参考文献

[1] 刘琼,黄纪坚.无创心输出量检测的进展与评价.中国呼吸与危重监护杂志,2003,2:379-381.

## 灯盏细辛注射液治疗高龄老年不稳定型心绞痛临床观察

蓝璧高 廖开历

不稳定型心绞痛为临床常见并需要及时处理的血管急症之一,有进行性恶化趋势,可逆转为稳定型心绞痛,也可能迅速发展为急性心肌梗死。临床上有较高的血管事件危险。高龄不稳定型心绞痛患者常合并存在更多的危险因素,冠状动脉的病变比较严重,与年轻患者相比,其预后更差。我们近年采用灯盏细辛注射液治疗 68 例高龄老年不稳定型心绞痛患者,取得显著疗效。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 2005 年 10 月至 2009 年 10 月住院病例 134 例,随机分为两组:灯盏细辛注射液组(观察组)和复方丹参注射液组(对照组),观察组 68 例,其中男 37 例,女 31 例,年龄 80 ~ 95 岁,平均 82 岁;病程 4 ~ 24 年;合并高血压 30 例,2 型糖尿病 12 例。对照组 66 例,其中男 30 例,女 36 例,年龄 80 ~ 93 岁,平均 83 岁;病程 5 ~ 25 年。合并高血压 32 例,2 型糖尿病 9 例。两组患者一般情况比较无统计学意义。

1.2 方法 常规使用阿司匹林、ACEI、β 受体阻滞剂、硝酸酯类及他汀类药物。观察组患者在此基础上每日给予灯盏细辛注射液 30 ml 加入 0.9 氯化钠注射液 250 ml 静脉滴注,1 次/d。对照组每日给予复方丹参注射液 16 ml 加入 0.9 氯化钠注射液 250 ml 静脉滴注,1 次/d,两组均 14 d 为一疗程。两组患者心绞痛发作时舌下含服硝酸异山梨酯片 10 mg。

表 1 两组患者住院期间发生的主要心血管事件例次(%)及治疗前后心电图 ST 段对比(n = 68)

组别	反复心绞痛发作	非致死性 MI	心力衰竭	心律失常	心脏乱死亡	心电图 ST 段总压低(mm)	
						治疗前	治疗后 2 周
观察组	6(8.8)*	2(2.9)*	6(8.8)*	8(11.8)*	2(2.9)	3.6 ± 2.5	2.5 ± 2.0**△
对照组	22(33.3)	8(12.1)	16(24.2)	22(33.3)	4(6.1)	3.5 ± 2.6	3.3 ± 2.6

注:\*与对照组比较 P < 0.05 组内治疗前后比较\*\*P < 0.05;治疗后组间比较△P < 0.05

2.2 两组患者随访期间发生的主要心血管事件 随访 6 个月期间,观察组复发性心绞痛、非致死性 MI、心力衰竭、心律

1.3 观察项目 ①心血管事件:观察两组 UAP 患者住院 2 周治疗期间心血管事件发生率。出院者每 2 周随访 1 次,共随访 6 个月的主要心血管事件发生率。心血管事件主要包括复发性心绞痛(AP),非致死性心肌梗死(MI),心血管死亡、心力衰竭(HF)、心律失常、因需再住院症状性心肌缺血;②心电图检查:患者于入院当日行心电图检查,此后常规复查心电图每周 1 次,心绞痛发作时随时查床边心电图;③实验室指标:患者于入院后次日清晨(治疗前)采空腹静脉血测定血常规、尿常规、肝肾功能、血糖、血脂等,并分别于 2 周复查;④不良反应:出血、药物过敏或其他反应。

1.4 统计学方法 使用 SPSS 10.0 统计软件,两样本均数采用 t 检验,计数资料采用 χ<sup>2</sup> 检验。

2 结果

2.1 两组患者住院期间发生的主要心血管事件治疗前后心电图对比 观察组反复心绞痛发作,心力衰竭、心律失常、非致死性 MI 发生较对照组明显降低(P < 0.05),心脏性死亡也较对照组降低,但无统计学意义(P > 0.05)。观察组治疗 2 周后心电图 ST 段压低较治疗前明显改善(P < 0.05);两组间治疗后比较,观察组也较对照组明显改善(P < 0.05)。见表 1。

失常、需再住院症状性心肌缺血的发生比对照组明显减少(P < 0.05);心脏性死亡也较对照组低,但无统计学意义。见表 2。

作者单位:546300 广西河池市第一人民医院

表 2 两组患者随访期间发生的主要心血管事件(例,%)

组别	例数	反复心绞痛发作	非致死性 MI	心力衰竭	心律失常	心脏乱死亡	需再住院治疗
观察组	34	4(11.8)*	1(2.9)*	3(8.8)*	4(11.8)*	1(2.9)	3(8.8)
对照组	33	12(36.4)	5(15.2)	7(21.2)	11(33.3)	3(9.1)	12(36.4)

注: \* 与对照组比较  $P < 0.05$

2.3 副作用 68 例患者在使用灯盏细辛时,未发现明显的毒副作用,仅有轻度头晕 1 例,面部潮红 1 例,皮肤瘙痒 1 例,但均较轻,无需特殊处理。治疗前后两组患者均测定血、尿、大便常规、电解质及肝肾功能,结果均未发现异常变化。

3 讨论

灯盏细辛注射液是中药注射剂,具有活血化瘀、通络散寒、舒筋止痛等功效。药理研究证实其主要成分灯盏花素能扩张微细血管,改善微循环,降低血液黏稠度,增加组织灌注量,抑制血小板聚集,促进纤溶,有良好的溶栓防栓作用。且有报告表明其有降低血脂<sup>[1]</sup>的作用。对心血管的作用主要表现在逆转高血压心肌,改善心肌僵硬度,保护心脏<sup>[2]</sup>;抑制血小板凝集,促进纤溶活性,抗血栓形成<sup>[3]</sup>;阻断心肌细胞  $Ca^{2+}$  通道,促进  $K^{+}$  通道开放、外流,减少心肌耗氧量,抵抗心律失常等。本组资料表明灯盏细辛注射液治疗在老龄冠心病不稳定型心绞痛患者中,疗效明显优于复方丹参注射液组,灯盏细辛使住院患者反复 AP 发作, HF、心律失常及非致

死性 MI 的发生明显减少( $P < 0.05$ ),心电图 ST 缺血性改变明显改善( $P < 0.05$ );两组随访期,观察组复发性 AP、HF、心律失常、非致死性 MI、因缺血发作需再住院治疗的发生明显比对照组减少( $P < 0.05$ )。未发生出血、药物反应及肝肾功能损害、血糖、血脂异常波动情况。治疗中偶有轻度头昏、颜面部潮红、皮肤瘙痒等,但均较轻,无需特殊处理,未发现其他不良反应,是治疗老年冠心病较满意的药物之一。

参考文献

[1] 李学信,徐庆有.云南灯盏花注射液降血脂的临床观察.临床荟萃,1994,19:21-22.

[2] 李法琦,陈运贞.灯盏细辛逆转自发性高血压大鼠下室室重塑实验研究.中国循环杂志,2002,17(2):151-152.

[3] 盛净,赵佩琪,黄震华,等.灯盏细辛干预血小板凝集功能对急性冠状动脉血栓形成的溶栓的影响.中华心血管杂志,1999,27(2):115-116.

• 临床案例 •

原发性肠脂垂炎的 CT 诊断

季涛 左云海 王钦习

【摘要】目的 通过对原发性肠脂垂炎患者的 CT 检查分析,了解其 CT 影像学表现,评估 CT 诊断价值,提高诊断正确率。方法 对 2007 年 9 至 2009 年 9 月经临床手术及病理证实的原发性肠脂垂炎 9 例患者的 CT 检查进行回顾性的分析。结果 8 例诊断为原发性肠脂垂炎,1 例误诊为阑尾炎。结论 原发性肠脂垂炎有较典型的影像学表现,CT 检查可以较明确的诊断。

【关键词】 肠脂垂炎; CT

【Abstract】 Objective To evaluate CT diagnosis value and raise rate of correct diagnosis by analysing CT images of primary epiploic appendagitis. Methods CT findings of 38 patients with primary epiploic appendagitis were analyzed retrospectively following by clinical operation and pathology. Results 8 correct diagnoses, 1 case was misdiagnosed as appendicitis. Conclusion CT can definitely diagnose primary epiploic appendagitis with its classical CT appearance.

【Key words】 Primary Epiploic Appendagitis; CT

原发性肠脂垂炎是一种少见病,多见于肥胖患者,由于扭转或自发的静脉血栓引起的缺血所致<sup>[1,2]</sup>,以抗炎镇痛疗法为主的保守治疗,可以治愈,与憩室炎、阑尾炎等有相似的表现<sup>[3,4]</sup>,在临床表现上难以鉴别。本文回顾性的分析了本院经 CT 诊断并由手术证实的原发性肠脂垂炎 9 例,旨在总结原发性肠脂垂炎的典型 CT 影像学表现,评估 CT 诊断价值,提高诊断正确率。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本文选取了 2007 年 9 月至 2009 年 9 月经临床手术及病理证实的原发性肠脂垂炎 9 例,男 6 名,女 3 名,平均 54 岁。临床上表现为无诱因中下腹痛,位置局限,

部分患者有轻度发热、白细胞升高及轻度反跳痛。

1.2 检查方法 采用西门子公司生产的 SIEMENS Somaton Sensation16 层螺旋 CT 扫描,扫描条件为:120 kV,160 mAs,扫描范围从膈顶至耻骨联合,层厚 8 mm,扫描结束后常规进行 1 mm 薄层重建及必要的三维重建。其中 1 例患者因急腹症就诊,未行肠道准备,其余患者检查前 1~2 h 口服 2% 稀释泛影葡胺 800~1000 ml。增强患者扫描时经肘静脉注射对比剂(优维显 300)90 ml,注射速率为 3 ml/s,增强扫描的时间一般在 60~90 s 之间。

2 结果

2.1 CT 征象 压痛部位结肠旁可见与结肠壁相连肿块,类似于乳腺密度,中心密度较低,边缘密度较高,邻近脂肪间隙模糊,局部腹膜增厚。

作者单位:266000 山东省青岛市市立医院