2014-03 双膦酸盐类药物处方和医嘱为研究对象,探讨双膦酸盐类药物处方点评工作方法,结果提示门诊和住院病房使用双膦酸盐类药物有不同的构成比,门诊中使用阿仑膦酸所占比例明显高于住院患者,而住院病历中使用帕米膦酸二钠的比例显著高于门诊,这与此二药的药物特点相关,阿仑膦酸口服给药,门诊使用方便,帕米膦酸二钠输注后需要大量补液,应当予留院输注并密切观察。同时结果还提示各品种间不适宜处方构成比具有相当大的差异,配伍不适宜是使用该类药物治疗时最容易忽略的问题。该类药不得与含钙溶液混合静脉输注,以防影响疗效;不得与氨基糖苷类合用,以防延长低血钙持续时间;不得与利尿剂合用,以防加大低血钙的危险性;不得与沙利度胺合用,以防增加肾毒性。通过本研究发现我院双膦酸盐类药物应用中的不合理分布情况,据此提出合理性整改方案,有利于促进我院双膦酸盐类药物的合理应用。

参考文献

1 谢晓冬,刘永叶,郑振东,等.晚期恶性肿瘤骨转移患者治疗的临床研究[J].中国实用内科杂志,2005,25(2):127-129.
 2 Hillner BE, Ingle JN, Chlebowski RT, et al. American Society of Clinical Oncology 2003 update on the role of bisphosphonates and bone health issues in women with breast cancer[J]. J Clin Oncol, 2003,21(21):4042-4057.

3 Weitzman R, Sauter N, Eriksen EF, et al. Critical review: updated recommendations for the prevention, diagnosis, and treatment of osteonecrosis of the jaw in cancer patients-May 2006[J]. Crit Rev Oncol Hematol,2007,62(2):148-152.
 4 国家药品不良反应监测中心.关注双膦酸盐药物的严重不良反应[R].药品不良反应信息通报,第37期.
 5 卫生部.处方点评管理规范(试行)[J].中国药房,2010,21(12):1060-1061.
 6 吴晓玲,谢奕丹.医院处方点评模式的研究[J].医药导报,2010,29(1):1-4.
 7 国家药典委员会编.中华人民共和国药典·临床用药须知(化学药和生物制品卷)[M].北京:中国医药科技出版社,2011:303-316.
 8 WHO. WHO Policy Perspectives on Medicines-Promoting rational use of medicines: core components [R/OL]. WHO 官网 <http://apps.who.int/medicine/docs/pdiTh3011e/h3011e.pdf> ~2002-09~011-11.
 9 Hogerzeil HV, Walker GJ, Sallami AO, et al. Impact of an essential drugs programme on availability and rational use of drugs[J]. Lancet, 1989,1(8630):141-142.
 10 WHO. Definition of Rational Drug Use[M]. Managing drug supply, second edition, revised and expanded,1997:422.
 11 Coleman RE. Bisphosphonates: clinical experience[J]. Oncologist, 2004,9(Suppl 4):14-27.
 12 Vogel CL, Yanagihara RH, Wood AJ, et al. Safety and pain palliation of zoledronic acid in patients with breast cancer, prostate cancer, or multiple myeloma who previously received bisphosphonate therapy[J]. Oncologist,2004,9(6):687-695.

[收稿日期 2014-06-16][本文编辑 蓝斯琪]

博硕论坛·论著

中西医结合加速康复外科技术在肝脏外科围手术期应用的临床研究

陈生贵, 黄琼芳, 李劲, 张乙川, 王俊, 齐锐, 杨茂辉

作者单位: 617000 四川,攀枝花学院附属医院肝胆外科(陈生贵,李劲,张乙川,王俊,齐锐,杨茂辉),肛肠科(黄琼芳)

作者简介: 陈生贵(1970-),男,医学硕士,副主任医师,研究方向:肝胆胰基础与临床研究。E-mail: csg70925@126.com

[摘要] 目的 探讨中西医结合加速康复外科技术在肝脏手术围手术期应用的临床效果。方法 80例肝脏手术患者随机分成对照组和治疗组各40例,对照组围手术期采用常规治疗方案;治疗组围手术期采用中西医结合加速康复外科技术。结果 治疗组和对照组手术时间分别为(120±36)min和(115±43)min,两组差异无统计学意义(P>0.05)。治疗组术中出血量为(649±60.4)ml,肠道首次通气时间为(46±16.4)h,术后3d C反应蛋白(CRP)为(52.4±12.1)mg/L,术后1周白蛋白为(31.2±2.3)g/L,出院时体重降低(1.5±1.1)kg,住院时间为(12.6±2.0)d,住院费用为(3.5±1.3)万元,感染性并发症发生率为5.0%(2/40),对照组指标分别为(680±56.6)ml、(95±12.6)h、(92.5±11.0)mg/L、(27.7±1.6)g/L、(2.8±1.5)kg、(14.4±

2.1)d、(4.3 ± 1.1)万元、22.5% (9/40),两组差异均有统计学意义(P < 0.05 或 < 0.01)。结论 中西医结合加速康复外科技术在肝脏外科围手术期应用安全、有效、经济,显著加速患者术后的康复。

[关键词] 加速康复外科; 肝脏手术; 中西医结合; 围手术期

[中图分类号] R 61 [文献标识码] A [文章编号] 1674-3806(2015)02-0127-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.02.09

Clinical study on application of the combination of traditional Chinese and western medicine based fast track surgery in perioperative period of liver surgery CHEN Sheng-gui, HUANG Qiong-fang, LI Jin, et al. Department of Hepatobiliary Surgery, Affiliated Hospital of Panzhihua College, Sichuan 617000, China

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical therapeutic effect of application of the combination based traditional Chinese and western medicine fast track surgery (CCWFTS) in perioperative period of liver surgery. **Methods** Eighty patients receiving liver surgery in our hospital from January 2010 to March 2014 were divided into the control group and the treatment group, 40 cases in each group. The control group was treated by the conventional treatment of western medicine in perioperative period of liver operation. The treatment group was treated by CCWFTS in perioperative period of liver surgery. **Results** The operation time was (120 ± 36)min in the treatment group, and (115 ± 43)min in the control group. The difference between the treatment group and the control group was not statistically significant (P > 0.05). In the treatment group, the amount of bleeding was (649 ± 60.4)ml, the time of first intestinal ventilation was (46 ± 16.4)h, the CRP after 3 d was (52.4 ± 12.1)mg/L, the albumin after a week was (31.2 ± 2.3)g/L, the weight loss in discharge was (1.5 ± 1.1)kg, the length of stay was (12.6 ± 2.0)d, the hospitalization expense was (35000 ± 13000)yuan (RMB), the rate of infectious complications was 5.0% (2/40), and those in the control group were (680 ± 56.6)ml, (95 ± 12.6)h, (92.5 ± 11.0)mg/L, (27.7 ± 1.6)g/L, (2.8 ± 1.5)kg, (14.4 ± 2.1)d, (43000 ± 11000)yuan (RMB), 22.5% (9/40). The differences between the treatment group and the control group were statistically significant (P < 0.05 or P < 0.01). **Conclusion** The combination of CCWFTS in perioperative period of liver surgery is safe, effective and economical. It can speed up the postoperative recovery of the patients significantly.

[Key words] Fast track surgery; Liver surgery; Combination of Chinese traditional and western medicine; Perioperative period

加速康复外科 (fast track surgery, FTS) 的概念是指采用一系列有循证医学证据的围手术期处理的优化措施,以减少手术病人的生理及心理的创伤应激,达到病人快速康复的目的。它是一系列有效措施的组合而产生的协同结果,不仅要求手术微创,而且更加重视围手术期其他处理对手术病人的影响,是 21 世纪外科发展的方向之一。中医药在围手术期调理脾胃、改善营养,术后促进肠道功能恢复,降低并发症发生率等方面能起到独到的作用^[1,2],与西医协同,丰富了 FTS 的内涵,为了区别于传统 FTS,暂命名为中西医结合加速康复外科 (combination of

traditional Chinese and western medicine-based fast track surgery, CCWFTS), 国内部分单位应用于结直肠手术病人,取得了较好的疗效,把 CCWFTS 应用在肝胆外科的研究少有报道,我院在肝脏外科围手术期应用疗效显著,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院肝脏外科 2010-01 ~ 2014-03 手术患者共 80 例。按随机数字表法分成治疗组和对照组各 40 例。两组基线资料比较差异无统计学意义 (P > 0.05),具有可比性。见表 1。

表 1 两组基线资料比较 [(x̄ ± s), n]

组别	例数	性别		年龄(岁)	体重(kg)	术前白蛋白(g/L)	恶性肿瘤	半肝切除	三肝切除	部分切除	合并症
		男	女								
治疗组	40	23	17	52.4 ± 19.5	65.3 ± 12.2	31.2 ± 2.1	31	34	3	3	31
对照组	40	20	20	53.1 ± 18.1	67.4 ± 10.8	30.8 ± 2.2	25	30	2	8	26
χ^2	-	0.30		0.17	0.82	0.83	0.67	0.37	0.00	1.21	0.53
P	-	0.38		0.87	0.42	0.41	0.25	0.35	0.50	0.11	0.30

注:合并症包括糖尿病、高血压、慢性阻塞性肺疾病、肝硬化等慢性病

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 (1)术前准备:对有糖尿病、高血压、慢性支气管炎等合并症的患者先控制好血糖、血压,行心功能和肺功能检测,营养不良者给予营养支持。术前8 h 禁食,4 h 禁饮,术前置胃管和尿管。(2)手术方法:均采用全麻。肝部分切除术不行入肝血流阻断,半肝切除仅行半肝入肝血流阻断,肝三叶切除行全肝入肝血流阻断及肝上下腔静脉预阻断,肝下下腔静脉预阻断,尾状叶切除全肝血流预阻断。切肝采用百克钳、氩气刀、超声刀配合断肝,残肝断面采用缝扎、氩气刀喷射止血,喷生物止血胶处理,常规放置血浆引流管一根于肝断面最低处。术后处理:术后常规置镇痛泵。心肺功能较差、合并症较重、全身情况差者术后到ICU 监护,情况稳定后回病房进行止酸、止血、抗感染、营养支持、保肝等常规治疗;全身情况较好者直接回病房。术后第2 天拔尿管,肛门排气后拔胃管,逐渐开始进食。常规切口红外线烤灯照射,2 d 换药一次。

1.2.2 治疗组 (1)术前中药调理:营养不良者改善消化功能及营养状况;慢性阻塞性肺疾病者用中药辅助改善(基本方:人参30 g,白术30 g,云苓10 g,破故纸15 g,大壁虎1对,紫河车1具,炒苏子10 g,川贝10 g,法夏10 g,益母草30 g,水蛭15 g,丹参15 g等12味药组成);慢性肝病者用中药疏肝理气健脾等辅助改善肝功(基本方:柴胡10 g,枳壳9 g,醋香附10 g,藿香9 g,木香6 g,厚朴10 g,砂仁6 g,炒白术12 g,泽泻10 g,猪苓10 g,大腹皮10 g,陈皮9 g,党参15 g,茯苓15 g,黄芪15 g,炒槟榔10 g,焦神曲15 g,焦山楂15 g,炒麦芽15 g)。(2)健康教育:详细告知康复过程时间,提出各个阶段建议,鼓励早期肠内进食,下床活动,减少患者的焦虑及痛苦。(3)术前准备:术前1 d 服番泻叶泡茶饮排尽宿便做肠

道准备;术前8 h 喝糖盐水,2 h 禁饮;术前不置入胃管,麻醉后置尿管。(4)术中麻醉:采用硬膜外复合全麻,术中输液量控制在30~40 ml/kg。切肝采用精准切肝技术,完整切除肿瘤的同时保留尽量多的肝组织,尽量不用肝血流阻断技术,而采用百克钳、氩气刀、超声刀配合断肝,残肝断面尽量不缝扎,而是精细结扎,氩气刀喷射止血,喷生物止血胶处理,不常规放置引流管。(5)术后中医药技术:持续使用多模式镇痛(硬膜外镇痛、口服非甾体类药物止痛);清醒后即给予管饲中药大承气汤(基本方:大黄15 g,厚朴10 g,枳实9 g,炒莱菔子20 g,当归9 g,桃仁9 g,赤芍15 g)100 ml,3次/d;小茴香炒热敷腹部3次/d;超声电导治疗仪1次/d,前3 d 用止痛贴,以后用康复贴;腹胀明显者可以适当大黄酒灌肠,肠道通畅后进食,同时停用大承气汤,根据病情调整中药方剂,改善饮食,补气血等,其余治疗同对照组。

1.3 观察指标 (1)术中手术时间、术中出血量。(2)术后肠道首次通气时间、饮食恢复到正常时间、术后3 d C 反应蛋白(CRP)、术后1周白蛋白、出院时体重、住院时间、住院费用、感染性并发症发生率等。

1.4 统计学方法 应用SPSS11.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用t 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组术后观察指标比较表明,两组手术时间比较差异无统计学意义($P > 0.05$),术中出血量、肠道首次通气时间、术后3 d CRP、术后1周白蛋白、出院时体重降低、住院时间、住院费用、感染性并发症发生率比较差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 < 0.01)。见表2。

表2 两组术后观察指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	肠道首次通气时间 (h)	术后3 d CRP (mg/L)	术后1周白蛋白 (g/L)	出院时体重降低 (kg)	住院时间 (d)	住院费用 (万元)	感染性并发症发生率 (%)
治疗组	40	120 ± 36	649 ± 60.4	46 ± 16.4	52.4 ± 12.1	31.2 ± 2.3	1.5 ± 1.1	12.6 ± 2.0	3.5 ± 1.3	5.0(2/40)
对照组	40	115 ± 43	680 ± 56.6	95 ± 12.6	92.5 ± 11.0	27.7 ± 1.6	2.8 ± 1.5	14.4 ± 2.1	4.3 ± 1.1	22.5(9/40)
t/χ^2	-	0.56	2.37	14.98	15.51	7.90	4.42	3.93	2.97	1.81
P	-	0.57	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04

注:出院时体重降低指入院时的体重减去出院时的体重;感染性并发症指术后肺部感染、腹腔感染、切口感染、泌尿系感染等

3 讨论

3.1 2001 年丹麦外科医生 Kehlet 率先提出了 FTS

概念,其核心是减少患者的创伤和应激损害,它是一系列有效措施的组合而产生的的协同结果,包含了

以前的“精准外科”等术中处理的各种理念,而且各种手段在不断的验证及重新组合,因此疗效在不断的提高。目前欧美各国也采取了 FTS 的理念和措施,其最成功的典范就是直肠癌手术的 FTS 治疗^[3]。中医学的特点是整体观念和辨证论治,强调治病求本、扶正祛邪、阴阳平衡、因人因时因地制宜的整体治疗原则,强调以人为本的辨证论治理念,这恰好与现代医学的发展模式高度一致,而且弥补了西医注重局部、微观,忽略整体、宏观的缺陷。我们将中医药技术有机整合在传统 FTS 计划里,形成有中国特色的 FTS,取得了较好的临床效果。

3.2 CCWFTS 发挥作用大致体现在以下几点:(1) 术前合并症的处理。肝脏占位病人常常合并肝硬化、胃肠功能紊乱、低蛋白血症、营养不良等,本着虚则补之的治疗原则,运用中医中药改善患者营养状态,为手术创造良好条件。常用治法包括补气健脾、气血双补、益肾温阳法等;常用方剂有四君子汤、香砂六君子汤、补中益气汤等。经过中药疏肝理气、活血化瘀、健胃通腑等治疗常常能很好地解决这些问题,以良好的状态迎接手术创伤、全麻带来的应激反应。(2) FTS 常规的术前教育减少焦虑、恐惧带来的应激刺激。术前喝糖水减少术后胰岛素抵抗。早期拔胃管、尿管减少应激刺激。减少术中输液量从而减轻心肺负荷,减轻胃肠道水肿,从而促进肠道早期恢复^[4]。术中采用精准切肝技术,在保证完整切除病灶的前提下,尽量减少出血量,尽量不阻断入肝血流,保存尽量多的正常组织,呵护肝功,尽量减少手术带来的应激刺激^[5]。采用硬膜外复合全麻,应激反应激活下丘脑-垂体-肾上腺等内分泌轴皮质醇分泌增多,引起一系列代谢改变,出现免疫抑制,硬膜外麻醉及术后硬膜外镇痛泵持续止痛可以阻断应激刺激的传递,提高免疫力^[6]。(3) 肠道是全身炎症反应的发动机,排尽肠道宿便为减轻术后全身炎症反应综合征(SIRS)和应激反应打下了良好的基础,术术前用中药排尽宿便做肠道准备的方式较温和,较机械式灌肠带来的刺激和不适感轻得多。(4) 术后胃肠功能恢复。中医药的“通里攻下”功效是西药无法企及的,在我科还有小茴香外敷、针灸、超声电导治疗、足三里穴位注射新斯的明等,这些方法的综合使用让肝脏术后患者快速恢复肠道功能,顺利进食,从而降低肠道细菌移位带来的 SIRS 及感染性并发症发生率及营养不良发生率^[7],治疗组显著低于对照组($P < 0.01$)。本研究结果表明,治疗组术后 3 d CRP 显著低于对照组($P < 0.01$),是术前减少病人

刺激,术中精细手术,减少输液量,采用复合麻醉,术后止痛,中药调理等 CCWFTS 综合治疗,一方面减少了病人的应激反应,另一方面降低了病人全身炎症反应的结果。(5) 术后中医药的调理。术后胃肠功能紊乱分为“肝胃不和”与“肝脾不和”两型。肝胃不和型主要临床表现为胃脘胀满、嗝气频频、恶心呕吐、口苦口干、纳食甚少、苔白腻质燥黄、脉弦细。肝脾不调型主要临床表现为腹胀、腹痛、便秘或腹泻矢气不畅、食欲不振、苔白腻厚、脉细。中药调理可以很快纠正术后病人的饮食到接近正常水平,术后 1 周白蛋白水平也明显比对照组高($P < 0.01$)。手术本身具有创伤性,在祛邪的同时又损伤了正气,所以术后病人表现为邪祛而正未安的病理状态。针对这一病理机制,应采用扶正为主,兼以祛邪的治则。本病因虚而滞,正虚为本,邪实为标,宜标本兼治,寓攻于补,遵循固脏通腑之法。因此,术后治则为扶正祛邪,治病求本。此外,临床上根据病情缓急变化决定以补虚为主或泻实为主。经益气补中中药调理病人能很快恢复元气,胃口恢复较快,治疗组营养不良、低蛋白血症等并发症发生率较对照组明显降低($P < 0.05$)。

3.3 围手术期中西医结合研究将为中医药走向世界提供平台^[8]。吴咸中院士认为,中医药技术在外科围手术期“大有可为”。CCWFTS 具有十分丰富的内容,我们在围手术期中西医结合研究已进行了一些有益的探索,但是还需要进一步规范,取得循证医学的证据,快速康复作为围手术期中西医结合研究的核心理念至关重要^[9],是今后开展围手术期中西医结合研究的重要方向。

参考文献

- 1 柳东杨,王百林,郭建业. 加减四磨汤结合加速康复外科在肝胆外科手术中应用临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报,2010,12(11):161-163.
- 2 陈志强,曹立幸. 加速康复外科技术与围手术期中医药干预[J]. 广州中医药大学学报,2009,26(3):288-291.
- 3 赵坤,王刚,江志伟,等. 加速康复外科理念指导腹腔镜胃癌根治术临床价值研究[J]. 中国实用外科杂志,2013,33(7):587-589.
- 4 李民,李幼生,李宁,等. 加速康复外科与围手术期液体治疗[J]. 实用临床医药杂志,2007,11(9):4-6.
- 5 刘国岩,英卫东,许戈良,等. 运用精细肝脏外科理念治疗肝血管瘤[J]. 中国普通外科杂志,2013,22(2):201-205.
- 6 张新疆,聂晓飞. 全身麻醉联合胸段硬膜外麻醉在上腹部手术中疗效分析[J]. 中国实用医药,2011,6(30):58-59.
- 7 陈生贵,黄琼芳,张福鑫,等. 中药预防腹部手术后胃瘫的临床研究[J]. 中国中西医结合外科杂志,2010,16(1):53-54.

- 8 陈志强. 围手术期快速康复的研究进展与展望[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2012, 18(6): 547-552.
- 9 陈志强. 围手术期中西医结合研究的核心理念是快速康复[J].

中国中西医结合杂志, 2011, 31(11): 1459-1462.

[收稿日期 2014-06-09][本文编辑 黄晓红]

临床研究 · 论著

老年高血压合并急性心肌梗死的临床研究

王敏臣

作者单位: 271212 山东, 新泰市第三人民医院心内科

作者简介: 王敏臣(1965-), 男, 大学本科, 医学学士, 副主任医师, 研究方向: 心内科疾病的诊治。E-mail: wang. m. c007@163. com

[摘要] 目的 探讨老年高血压(HT)合并急性心肌梗死(AMI)的临床特点。方法 对比分析 82 例老年 HT 合并 AMI 和 64 例无高血压(NHT)的老年 AMI 患者的临床资料。结果 两组患者脉压、无痛性心肌梗死、并发症、住院病死率等方面比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 老年 HT 合并 AMI 患者脉压差大, 无痛性心肌梗死发病率高, 左室肥厚、心力衰竭、心律失常并发症发生率高, 住院病死率高, 近期预后差。

[关键词] 急性心肌梗死; 高血压; 老年人; 临床特点

[中图分类号] R 542.2*2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2015)02-0131-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.02.10

Clinical study of elderly hypertensives with acute myocardial infarction WANG Min-chen. Department of Cardiology, the Third People's Hospital of Xintai City, Shandong 271212, China

[Abstract] **Objective** To explore the clinical features in elderly hypertensives (HT) with acute myocardial infarction (AMI). **Methods** A comparative analysis was performed on the clinical data in 82 elderly HT with AMI and 64 elderly non-hypertensives (NHT) with AMI. **Results** There were statistically significant differences in the pulse pressure, painless myocardial infarction, complications, hospital mortality between two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** Elderly HT with AMI has the following characteristics: large pulse pressure, high incidence of painless myocardial infarction, high incidence of complications such as left ventricular hypertrophy, heart failure, arrhythmia, and high mortality, poor prognosis in the near future.

[Key words] Acute myocardial infarction; Hypertension; The elderly; Clinical features

高血压(HT)可使心血管疾病危险性明显增大,随着收缩压的升高,冠心病的病死率随之增加,伴有HT的急性心肌梗死(AMI)患者的并发症及病死率均高于无高血压(NHT)病史者^[1]。随着年龄的增长,老年人AMI患病率和病死率均明显增高,老年人HT与冠心病的发生密切相关。为此,我们回顾性分析了有HT病史的老年AMI患者82例的临床资料,并与同期NHT病史的老年AMI患者64例进行比较,探讨其临床特点。

1 资料与方法

1.1 资料来源 收集我院心内科2008-06~2014-06住院治疗的60岁以上AMI患者146例,按照是否合并HT分为HT组和NHT组。HT组82例,男

47例,女35例;年龄60~89(66.6 ± 7.8)岁。NHT组64例,男41例,女23例;年龄60~86(66.3 ± 7.5)岁。AMI诊断标准必须至少符合下列3项中的2项:(1)有缺血性胸痛的临床病史;(2)AMI心电图的动态演变;(3)心肌坏死的血清心肌标志物浓度的动态改变。HT的诊断符合《中国高血压防治指南2010》^[2]的诊断标准。

1.2 方法 按照是否合并HT将老年AMI患者分为HT组和NHT组,收集两组一般情况、临床表现、血压变化、心电图、并发症和住院病死率等临床资料进行对比分析。

1.3 统计学方法 应用临床医师统计学助手 v4.0 软件进行统计分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm$