

观察组中出现不良反应的为 17 例,发生率为 43%,主要表现为腹泻、恶心、呕吐、潮热、胸闷、血压升高、心率加快、头痛等,其中腹泻最为常见。但其不良反应持续时间较短,无需特殊处理。对照组中出现不良反应的为 5 例,发生率为 13%,主要表现为面部潮红、恶心、头痛等,程度多较轻,无需特殊处理。2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

产后出血为分娩期严重的并发症。其原因有宫缩乏力、胎盘胎膜残留、软产道损伤及凝血功能异常。其中宫缩乏力占首位,约占 70%~80%^[1],宫缩乏力患者中有一部分为子宫下段收缩乏力,因其出血迅速,不易控制故此类型产妇发生产后出血的机率远远高于其他产妇。子宫下段收缩乏力常常发生于前置胎盘、低置胎盘^[2]。分娩前临床医生对于前置胎盘、低置胎盘的孕妇均给予高度重视,分娩过程中尽早采取适当措施积极预防产后出血。但值得一提的是倘若胎盘位于子宫后壁,B 超在分娩前不易诊断出前置胎盘、低置胎盘。此外产程时间长、胎儿偏大、羊水过多、双胎、头盆不称等因素导致子宫下段牵拉过长,肌层水肿,引发收缩乏力。而子宫下段剖宫产术因破坏子宫下段正常解剖结构也可导致下段收缩乏力。本研究发现在治疗子宫下段收缩乏力中卡前列素氨丁三醇的效果要优于卡贝缩宫素。若药物治疗效果不佳,可采用其他措施包括:阴道分娩者采用宫腔置水囊术,剖宫产患者采用宫腔填纱术,子宫动脉下行支结扎术,子宫动脉栓塞治疗,必要时切除子宫以挽救患者生命。有报道指出若经过积极按摩子宫及使用卡前列素氨丁三醇等药物治疗效果不佳时可采用经阴道宫颈间断缝合、宫颈钳夹治疗^[3]。

卡前列素氨丁三醇为前列腺素 F_{2α} 的-15 甲基衍生物,可对抗 15 羟脱氢酶对其的灭活作用,使其半衰期更长,生物活性更强^[4],对血管、支气管、子宫和胃肠道平滑肌收缩均有作用^[5]。相对催产素而言,卡前列素氨丁三醇不仅能强有力地促进子宫体部平滑肌收缩,同时可有效增强子宫下段肌层收缩,这在本研究中得到验证。卡前列素氨丁三醇常用于预防及治疗顽固性产后出血,特别是在前置胎盘引发的产后出血

的预防及治疗中应用广泛^[6]。其使用后 2~3 min 起效,作用约持续 2 h。卡前列素氨丁三醇的不良反应主要表现为腹泻、恶心、呕吐、潮热、胸闷、血压升高、心率加快、头痛等,其中腹泻最为常见,发生率较高,但一般为暂时性的,可自行恢复,无需特殊处理。

卡贝缩宫素是长效催产素受体激动剂,其药理作用与人体垂体后叶释放的催产素相似,其与子宫平滑肌上的催产素受体结合,促使子宫平滑肌收缩^[7],具有受体饱和性及个体敏感性。其使用后 2 min 起效,作用约持续 12 h,而传统催产素的持续时间仅为 30~60 min。与传统催产素相同,其对子宫体部肌层收缩作用强,但对子宫下段肌层收缩作用较弱,这在本研究中也得到验证。卡贝缩宫素的不良反应主要表现为面部潮红、恶心、头痛、水中毒等,程度多较轻,发生率低,无需特殊处理。

本研究得出在子宫下段收缩乏力的治疗中卡前列素氨丁三醇的疗效明显优于卡贝缩宫素,但因其不良反应较多,在临床应用过程中应注意监测。对易发生子宫下段收缩乏力的高危孕妇必须予以高度重视,可以预防性使用卡前列素氨丁三醇,避免发生大出血,危及产妇生命。

参考文献

- [1] 高云荷.产后出血原因及高危因素分析[J].实用妇产科杂志,2003,19(5):258.
- [2] 乐杰.妇产科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2007:117.
- [3] 王香菊,唐桂春,刘静文.宫颈间断缝合加钳夹治疗顽固性产后出血 16 例分析[J].基层医学论坛,2009,13(13):390-391.
- [4] 刘桂荣.欣母沛在预防剖宫产后出血中的作用[J].中国医学创新,2011,8(21):138-139.
- [5] 谢红梅,袁媛.欣母沛用于中央型前置胎盘剖宫产产后出血的疗效分析[J].遵义医学院学报,2010,33(1):56.
- [6] 张颂华.欣母沛用于预防前置胎盘剖宫产产后出血 38 例疗效观察[J].中国医学创新,2013,10(2):21-22.
- [7] 陈晓.卡前列素氨丁三醇注射液伍缩宫素防治产后出血的临床观察[J].山西医药杂志,2013,42(7):806-807.

(收稿日期:2014-06-05)

老年性痴呆合并失眠患者 139 例诊治体会

冯子凌

痴呆患病率随着年龄而逐渐增加,调查显示,我国目前 60 岁以上人群痴呆患病率约为 0.75%~4.69%,85 岁以上者达 40%以上^[1]。这个疾病严重地干扰着患者及其亲属的正常生活,并成为老年人的第四大杀手。但目前人们对老年性痴呆的认识还存在着很大的误区,对于痴呆所导致的失眠也存在

在着认识不足,使老年性痴呆患者日常生活受到明显的影响。我院自 2010 年 3 月至 2013 年 10 月共收治老年性痴呆合并失眠患者 139 例,具体情况分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:老年性痴呆合并失眠患者 139 例,其中男性 53 例,女性 86 例,年龄在 70~85 岁。既往有吸烟史 76 例,饮酒史 53 例,吸烟饮酒均嗜好者 49 例,高中以下文化程度有

DOI:10.11655/zgywylc2014.10.036

作者单位:030600 山西省晋中市第一人民医院神经内科

32 例。

1.2 临床表现:①近记忆障碍 48 例,表现为刚刚说过的话或者做过的事情不能记忆,熟悉的人名记不起,忘记约会;②远记忆受损 32 例,表现为时间及地点定向障碍,不能找到回家的路线和方向;③认知功能障碍 59 例,表现为口语量减少,找词困难,不能讲完整语句,交谈能力减退,甚至算错帐,付错钱,不讲卫生。患者在这些病症的基础上多出现抑郁、亢奋或焦躁并致失眠,主要表现为入睡困难、睡眠时间短、多梦等,严重影响了患者的各种社会活动,并导致生活质量下降。

1.3 辅助检查:头颅 CT 和核磁共振成像(MRI)检查显示脑皮质萎缩 79 例,侧脑室扩张 57 例。

使用简易精神状态检查(MMSE)量表对患者进行评分,在 27 分以下者为 101 例,主要表现为时间及地点定向力、即刻记忆、注意力、计算力、延迟记忆、语言、视空间等障碍。这些患者往往无正常的生活节律,有些表现为亢奋或焦躁,自言自语增加,有些则是抑郁,患者整晚不睡眠,促进和加重老年人的精神老化和痴呆症状,从而又进一步加重失眠,形成恶性循环。

1.4 治疗方法:139 例老年性痴呆患者均使用:①乙酰胆碱转移酶抑制剂多奈哌齐(商品名:donepezil,安理申)5 mg 睡前口服,4~6 周加至 10 mg;②神经保护剂维生素 E、银杏叶提取物(商品名:天保宁、舒血宁、金纳多、达纳康等);③钙离子拮抗剂尼莫地平(商品名:尼莫同)等;④酌情加用氟西汀 10 mg,早餐时口服;⑤地西泮 5 mg,晚睡前口服,2 个月为 1 个疗程。

2 结 果

规律服药症状有所改善者 71 例,不配合治疗且发生脑血管疾病症状加重者 32 例,生活不能自理发生褥疮者 19 例,因肺部感染、营养不良死亡者 17 例。痴呆合并失眠经治疗症状改善率达 51%。

3 讨 论

3.1 老年性痴呆患者合并失眠的原因:痴呆是导致神经细胞进行性损害的脑部疾病,由于脑细胞“负责”人的正常思维、记忆和活动,因此患者神经细胞的损失导致高级智能的逐渐退化,最终影响日常生活。老年性痴呆的发病年龄一般在 70 岁以上,目前发病有年龄提早的倾向。老年性痴呆的症状和体征可能因人而异,初起表现为:记忆力减退、计算能力减退、思维能力下降、性格、情感改变、定向力差、自理能力差和语言退化^[2]。如果在初期不能及时发现和治疗,上述症状就会进一步加重,使日常生活受到影响。患者会丧失以往的社交风度,并出现抑郁、失眠。

3.2 老年性痴呆患者合并失眠的预防:建立良好的交流方式。①痴呆的老人在熟悉的环境中甚至在自己家中也发生认知障碍,出现烦躁,不配合吃饭、睡眠,因此,痴呆患者的家人应该以耐心的态度了解并接受老人想要表达的内容,即使老人的表达不一定符合现实情况,也应对老人采取尊重和保护的姿态。②沟通方式应具有灵活性,痴呆患者经常有词不达

意、叫不出物品、说话东拉西扯、喋喋不休、常答非所问。有些老人撒谎或说错,也不要指责,纠错也要委婉或转移其注意力,避免与老人抬杠,影响老人情绪并影响日常生活。③采用安抚的肢体语言让老人有安全感。约 1/3 的患者不认识亲人和熟悉朋友的面貌,部份患者不认识自己。不能以手势正确地表达出连续的复杂动作,如装烟斗、划火柴、点烟;不能按指令要求做刷牙动作;已熟练掌握的技能如骑车、游泳,病后丧失了,严重者不会使用任何工具。会早期出现情感淡漠,甚至不安全感等性格改变,出现这些情况时应加强生活照顾,同时注意睡眠环境的舒适性、安全感,卧室内避免强光、噪音,尽量采用柔和的色调。④亲情关怀。很多患者十分在意自己的智力改变,常因一点很小的差别而变得敏感、多疑、沉沦、自暴自弃,终日闷闷不乐,出现抑郁焦虑进而失眠,如果得不到家人的理解和关怀,就有可能陷入恶性循环,加重病情。

养成良好的生活方式:①多吃干果。如核桃中的磷脂对脑神经细胞有良好保健作用,常食核桃既能强健身体,又能延缓衰老,对增强大脑活动比较有益。家人要注意平时多给老人吃海鱼及贝壳类食物,这些食物中含有较高的不饱和脂肪酸,可防止老年痴呆进一步加重,利于提高生活质量,减少合并症,并降低失眠的发生。②勤于用脑。有些人早已步入老年,仍然思维敏捷,思路清晰;相反,有的人刚到中年,就记忆力减退,思维迟钝,这和勤用脑有很大关系。应该鼓励老年人积极有效地参加脑力运动,进行如背诗、书法、画画、看报、做益智游戏等,不仅可以延缓大脑衰老,而且可以预防老年性痴呆症的发生。③生活规律。避免过度精神紧张,合理安排工作、学习、娱乐和睡眠,使大脑皮层兴奋部位轮流得到休息,防止过度兴奋而加重神经系统负担,并注意睡眠环境。④锻炼身体。为了防止脑细胞过早的衰退,可以经常自己或者家人帮助活动手臂,每天坚持做伸手展臂、转动手腕、空抓手、空击拳、抛球接球、玩健身球等,每个动作做 1~2 min。脚部运动,以赤脚在卵石上走效果最佳,或脚腕左右旋转等,每次做 1~2 min。另外,传统的中医疗法如长期坚持每日早晚用双手拇指按风池穴 5~10 min,以局部出现酸胀感为度,能舒经活络,通畅气血,有抗衰老和健脑作用。逐渐养成良好的生活方式,可以延缓痴呆病症的发展,提高生活质量,并改善失眠。

3.3 老年性痴呆患者合并失眠的处理:加强对老年性痴呆患者合并失眠的护理:①烦躁不安的处理:注意寻找引起患者不安的原因。白天可以谈论患者感兴趣的事情,夜间开灯,安抚患者使其平静,利于睡眠。②出现幻觉妄想:应该转移患者注意力,避免与其争论,安抚患者让其恢复安静。必要时使用小剂量镇静剂来帮助夜间睡眠,严重者可以给以精神药物治疗。③出现暴力攻击行为:这种情况应该寻找引起异常行为的原因,用疏导、解释和转移注意力等方法使患者平静下来,防止患者自伤或跌伤,必要时给以小剂量镇静剂控制情绪。同时注意尽量减少患者白天的睡眠,应用各种活动来增加疲

劳感,改善夜间睡眠。

老年性痴呆目前仍不能根治,合并失眠等症状时目前国际和国内广泛使用的药物是抗抑郁药物如氟西汀,是一种选择性血清素(5-羟色胺)再吸收抑制剂,通过抑制神经突触细胞对神经递质血清素的再吸收以增加细胞外可以和突触后受体结合的血清素水平起作用,进而调理患者的情绪,逐渐养成规律的生活方式,同时酌情可加用小剂量镇静剂如地西洋来进一步改善症状。

痴呆治疗的目标是延缓症状出现,减轻程度,减少合并症尤其是抑郁失眠的发生,减少抗精神病药物的使用,努力

改善患者的日常生活能力。当早期仅有认知功能改变或合并某些非特异性神经系统症状时对是否存在失眠的判断就变得较困难,所以早期发现、早期干预,对延缓病情的进展,最大限度地提高患者的生活质量有很重要的意义。

参考文献

[1] 王维治,罗祖明.神经病学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2005:266.

[2] 余宗颐.神经内科学[M].北京:北京大学医学出版社,2003:189.

(收稿日期:2014-06-11)

山西省某医院 2012 年与 2013 年癌痛患者麻醉药品使用对比分析研究

李俊 刘伟

麻醉药品是指对中枢神经系统有麻醉作用的药品,连续使用、滥用或不合理使用易产生生理依赖性和精神依赖性,是受国家法律严格控制的药品。本类药品具有很强的镇痛作用,目前已作为癌痛患者缓解疼痛、提高生活质量唯一的有效方法。麻醉药品的使用是否合理直接关系到癌痛患者的健康与生活质量,所以麻醉药品的临床使用应严格执行有关的规定。为了解我院麻醉药品使用情况,现对我院 2012 年与 2013 年麻醉药品的使用情况进行统计分析对比,为合理使用麻醉药品提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 数据来源:从本院计算机软件(山西省导通信息科技发展有限公司提供)收集癌痛患者麻醉药品处方数及使用记录,包括药品名称、规格、数量等,并进行分类、计算、统计排序。

1.2 方法:采用世界卫生组织(WHO)推荐的限定日剂量(DDD)作为测定药物的利用单位,通过用药频度(DDDs)分析用药情况。DDD是指用于成人的,可达到主要治疗目的的 药物平均日剂量,根据《新编药理学》(17版)^[1]及药品说明书推荐的成人平均日剂量及我院临床实际应用情况确定。用药频度(DDDs)值越大,反映该药的选择倾向性越大,用量越大^[2]。DDDs=总用量/该药的 DDD 值。根据药品用量和 DDDs 的排序进行分析。

2 结果

我院 2012 年全院癌痛麻醉药品的处方数为 25 173 张,2013 年为 31 430 张,处方增加 6 257 张,同比处方增加率为 24.9%。

DOI:10.11655/zgywylc2014.10.037

作者单位:030013 太原,山西省肿瘤医院药学部

全院常用的癌痛麻醉药品共计 9 种,其中注射剂包括:盐酸吗啡注射液、盐酸布桂嗪注射液,贴剂为芬太尼透皮贴剂,片剂包括:盐酸吗啡片、盐酸吗啡缓释片、硫酸吗啡缓释片、盐酸羟考酮缓释片、盐酸布桂嗪片、磷酸可待因片。2012 年与 2013 年全院各麻醉药品的用药频度及排序见表 1。

由表 1 可知,从各年度麻醉药品的 DDDs 排序分析,本院治疗癌痛在剂型的选择上主要以缓释制剂和皮肤贴剂为主,吗啡缓释片、羟考酮缓释片和芬太尼透皮贴剂已经成为临床上癌痛疼痛治疗的首选,可见本院癌痛患者的止痛原则符合 WHO 提倡的癌痛疼痛三阶梯治疗基本原则,即:口服为最常见的给药途径,对不易口服患者可用其他途径,应选择较方便的透皮贴剂等。

3 讨论

吗啡是阿片类强效镇痛药,为本院治疗癌痛疼痛的首选药物,临床医生根据患者病情需要和耐受情况实施个体化给药,不受药典中关于吗啡的极量限制,以保证患者无痛,故其用量居高不下视为合理。吗啡缓释片主要适用于晚期癌痛患者的止痛,口服用药方便,维持时间长,安全性高,成瘾性小,不良反应少,长期口服吗啡缓释制剂是公认的治疗癌痛的最佳方案^[3]。本院现使用的有硫酸吗啡缓释片和盐酸吗啡缓释片两种,两者稳定性高,都能平稳止痛,使用都比较多,但更偏向于盐酸吗啡缓释片,这可能与本院医生的临床用药经验有关,其中 10 mg 规格的吗啡缓释片主要是在刚开始应用吗啡片时配合进行剂量调整应用,临床实际应用中 30 mg 规格的缓释片更适合于患者^[4],所以 30 mg 吗啡缓释片的 DDDs 明显高于 10 mg 规格的吗啡缓释片。

芬太尼透皮贴是新型的麻醉镇痛药品,它是经皮芬太尼给药系统,属强效阿片类药物,主要作用为镇痛和镇静。在