

要按时服用他汀类药物。因为他汀类药物能有效降低 TC、LDL-C, 经过大量循证医学研究, 同时他汀类药物有延缓斑块进展、稳定斑块、抗炎等作用。虽然此类药物总体安全性很高, 但是仍然应该检测转氨酶、肌酸激酶, 如果发现肝脏损害和肌病, 应该及时停药。临床上许多患者由于担心他汀类药物的副作用, 而拒绝服用此类药物。其实经过大量研究, 服用此类药物的治疗作用, 远远比不治疗危害更大。近几年来, 随着医学技术的不断发展, 控制血脂的药物增加了很多, 在临床治疗中也取得了很好的疗效, 特别是他汀类的药物, 因效果良好, 而不良反应少, 在临床上得到了广泛的应用^[3]。与此同时为了大力发挥传统医学中医中药的重要作用, 建议患者服用一些降脂中药如: 生山楂、荷叶、决明子等中药泡水喝, 或者可以用血府逐瘀口服液同时治疗, 效果也不错。本研究通过随访病史, 发现并发

症少, 死亡率低。可见规范化、系统化服用他汀类和抗血小板药物治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病有非常好的治疗效果。值得临床医生大力宣传规范化、系统化服用他汀类和抗血小板药物治疗心脏病的重要性, 并进行治疗。嘱咐患者一定要规范化、系统化服用他汀类和抗血小板药物治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病, 不要随随便便增减药物和剂量。这一点尤其重要。

参考文献

- [1] 张艳娟. 他汀类药物与冠心病的预防[J]. 中国实用医药, 2009, 4(1): 11.
- [2] 郑剑峰, 刘换英, 奚文杰, 等. 氯吡格雷与阿司匹林治疗老年冠心病疗效对比研究[J]. 中国处方药, 2014, 13(3): 57-58.
- [3] 邝耀均. 阿司匹林与氯吡格雷治疗冠心病疗效比较[J]. 中国基层医药, 2011, 18(19): 2697-2698.

(收稿日期: 2017-12-19)

低分子肝素对开胸术后预防下肢深静脉血栓的疗效

魏世民

近年来, 随着胸部肿瘤发病率攀升, 开胸手术的实施例数亦在随之增长, 与之而来的就是开胸术后并发症概率的增加。有的时候, 患者的开胸手术实施的非常成功, 但患者往往因为术后并发症的发生而降低了生活质量甚至丧失了生命, 所以胸外科医生在努力提高手术技巧的同时, 也一直在跟开胸术后并发症做斗争。下肢静脉血栓形成就是开胸术后的一种严重的并发症, 诊断及治疗不及时, 患者病情加重, 出现下肢浮肿, 甚至出现血栓脱落栓塞重要脏器而危及生命的情况。深静脉血栓形成是指血液凝聚于深静脉血管腔内, 是一种不正常的凝结, 使静脉腔受阻塞, 进而阻碍静脉回流^[1]。针对这一点, 本研究将低分子肝素应用于开胸术后下肢深静脉血栓形成的临床预防, 取得了良好的疗效, 现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料: 本次临床研究统计了 2013 年 5 月

DOI: 10.3969/j.issn.0253-9926.2018.07.030

作者单位: 110032 沈阳, 辽宁中医药大学附属医院中西医结合外科

至 2017 年 5 月期间 100 例全麻下开胸手术患者。纳入标准如下: 年龄限制在 50~80 岁, 手术前均经过胸部 CT 检查明确临床诊断, 有一部分肺癌及食管癌患者经过内窥镜检查得到病理学诊断, 均取得患者或家属知情同意书签字。剔除标准如下: 术前经过彩超证实下肢深静脉有血栓形成的患者, 术后复查部分凝血活酶时间(APTT)大于正常值上限 2 倍的患者。其中治疗组剔除 1 例, 最终入组 99 例。本次观察研究采用随机对照的临床研究方法, 99 例患者中肺癌 62 例、食管癌 29 例、胸腺恶性肿瘤 8 例。采用随机数字表法分为治疗组和对照组, 对照组 49 例, 其中肺癌 29 例、食管癌 15 例、胸腺恶性肿瘤 5 例, 平均年龄(65±7)岁, 男性 30 例、女性 19 例; 治疗组 50 例, 肺癌 33 例、食管癌 14 例、胸腺恶性肿瘤 3 例, 平均年龄(65±7)岁, 男性 32 例、女性 18 例。2 组患者在性别、年龄、患病情况等基线资料上差异无统计意义($P>0.05$), 具有均衡可比性。

1.2 治疗方法: 2 组患者均经过充分术前准备, 合并有高血压的患者血压调整到正常值水平, 合并有糖尿病的患者血糖值控制在正常值水平。低分子肝素均采用术后第 1 天开始每 12 h 皮下注射一

次,剂量根据千克体质量计算(100 U/kg 体质量),连用 5 d。

1.3 观察指标:①疗效指标:主要观察 2 组患者用药第 3 天和第 5 天双下肢腘静脉的血流速度,以及 2 组患者深静脉血栓形成的阳性例数,其中腘静脉血流速度取测得的双下肢腘静脉平均值;②不良反应:主要观察 2 组患者胸引总量、拔管时间以及术后第 3 天 APTT 值,最后通过统计学计算得出 2 组之间差异有无统计学意义。

1.4 统计学处理:采用 SPSS 13.0 进行统计分析,采用方差分析或 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 双下肢腘静脉血流速度比较:在测定双下肢腘静脉血流速度方面,术前 2 组患者差异无统计学意义,具有可比性;治疗组无论术后第 3 天还是术后第 5 天,与术前对比差异均有统计学意义($P < 0.05$),且与同天数对照组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),表明治疗组患者,术后第 3 天和第 5 天的腘静脉血流速度均大于术前水平,且大于同天数对照组水平。见表 1。

表 1 双下肢腘静脉血流速度比较情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术前	用药第 3 天	用药第 5 天
治疗组	50	14.3±2.0	17.0±1.9 ¹⁾²⁾	18.0±2.1 ¹⁾²⁾
对照组	49	13.9±1.9	13.7±2.1	13.1±1.7

1) 与同组手术前比较 $P < 0.05$ 。

2) 与对照组相比较 $P < 0.05$ 。

2.2 双下肢深静脉血栓形成阳性例数比较:治疗组 50 例患者有 1 例在观察期间经过彩超证明下肢深静脉血栓形成,对照组 49 例患者有 6 例在观察期间经过彩超证明下肢深静脉血栓形成,2 组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 3.95, P < 0.05$)。

2.3 胸腔引流总量及拔管时间比较:本次观察 2 组患者采用统一的拔管标准,统计患者术后每 24 h 引流量,观察引流管内水柱波动情况及有无气体引出,待水柱基本无波动,无气体引出,每 24 h 引流量 < 100 mL 且为黄色液体,复查胸部 CT 见术区肺组织膨胀良好,即可拔除胸腔引流管。汇总每个患者胸腔引流总量及拔管时间,治疗组平均胸腔引流总量为(1 098±191)mL,对照组平均胸腔引流总量为(1 062±196)mL,经过 t 检验,2 组数据差异无统计学意义。在拔管时间方面,治疗组的平均拔管时间为(3.8±1.0)d,对照组的平均拔管时间为(3.8±1.0)d,2 组差异无统计学意义($P < 0.05$)。

2.4 APTT 值比较:2 组患者均于术后第 3 天晨起化验 APTT 值,经数据采集计算,治疗组术前 APTT 平均值为(29±5)s、术后(55±10)s,对照组术前 APTT 平均值为(29±5)s、术后为(31±5)s。2 组患者 APTT 值术前差异无统计学意义($t = 0.33, P > 0.05$),具有可比性,治疗组术前和术后 APTT 值比较差异有统计学意义($t = 15.75, P < 0.05$),且术后治疗组与对照组比较差异亦有统计学意义($t = 0.33, P < 0.05$),说明应用低分子肝素在延长患者凝血时间方面有明显的优势。

3 讨 论

随着胸部恶性肿瘤的发病率逐年上升,越来越多的开胸手术应用于临床。在胸外科医生为患者实施手术治疗的同时,我们也发现开胸术后深静脉血栓形成的病例屡见报道。下肢深静脉血栓形成的严重并发症就是血栓脱落造成的急性肺栓塞,严重的大面积肺栓塞会造成患者死亡的恶果,即便我们积极救治,患者未出现严重的不良结果,也会大大延长患者的住院时间、提高住院费用、降低患者的生活质量。经典的 Virchow 理论认为,静脉壁的损伤、血液高凝状态及血流速度减慢是造成深静脉血栓形成的最重要的三个病因。很不幸,这三个方面在开胸术后均有所体现^[2]。开胸手术时间长,绝大多数应用全麻,术后因疼痛、长期卧床、引流管刺激、活动差等原因,下肢肌肉泵功能障碍,出现下肢血液流速缓慢,血液在下肢静脉丛内淤滞,增加下肢深静脉血栓形成的概率^[1]。首先,开胸手术需要全麻,时间长,麻醉深度深,尤其是静脉应用的全麻药物对血管内皮有着很强的刺激作用,再加上全麻后患者普遍血压偏低,药物在下肢深静脉的停留时间延长,就会造成静脉壁的损伤,容易出现血栓事件。另外麻醉及手术可促进体内组织因子的过多表达,激活外源性凝血系统,导致血栓的形成^[3];其次,大部分胸部恶性肿瘤患者体内高度表达某些物质,比如黏蛋白、凝血酶、纤维蛋白原及肿瘤坏死因子等^[4],这些物质会激活内源性及外源性凝血系统,另外开胸手术对患者创伤较大,组织损伤后会增加血小板的黏聚能力,使血液系统处于高凝状态,促进血栓的形成;再次,开胸手术的手术时间及麻醉时间长,对患者的损伤较大,患者术后体质虚弱,大部分患者的下床活动均会受到不同程度的影响。另外,术后胸腔闭式引流管因管径较粗、质地相对偏硬,对周围组织及肺叶有很强的刺激,故术

后术区疼痛剧烈,这更加不利于患者早期离床活动。卧床的患者机体处于静息状态,缺乏下肢肌肉对深静脉管壁的挤压作用,且血压略偏低与平时水平,血液流速较慢,尤其是压力较低的下肢静脉系统,这无疑给血栓形成创造了很好的机会和条件。

经过临床统计,仅有约 13% 的下肢深静脉血栓形成患者临床症状典型,即下肢肿胀伴疼痛感^[5]。很多患者往往出现了急性肺栓塞的临床表现才被意识到有下肢深静脉形成,错过了最佳治疗时机,造成无法挽回的后果。低分子肝素是肝素的片段,有着极低的血浆蛋白结合率,而肝素较易结合到血浆蛋白形成肝素抵抗,所以低分子肝素生物利用度高,可以避免肝素抵抗^[6]。本次临床观察研究表明,应用低分子肝素能提高开胸术后患者的下肢静脉血流速度,通过拮抗血液凝血系统中的 X 因子适当延长 APTT 时间,达到预防深静脉血栓形成的作用。同时,本次观察通过比较 2 组患者胸引总量和胸引管拔除时间,发现低分子肝素对开胸术后的胸引总量和拔管时间没有不良影响,其安全性较好,不会对开胸术后患者整体恢复治疗造成负面影响。物理方法和药物方法是目前预防下肢深静脉血栓形成的两种主要手段^[7]。值得注意的是,本次临床观察仅仅从被动方面发现了低分子肝素在预

防开胸术后深静脉血栓形成的作用,如何从正面预防,也就是如何让患者尽早下床活动,才是预防血栓事件的根本。所以,减少术中不必要的操作,缩短手术时间和全麻时间,减轻手术对患者的创伤,再加上术后药物治疗和护理干预等综合措施的临床应用,才能让胸外科医生打赢这场“抗栓战役”。

对于开胸术后预防下肢深静脉血栓形成方面,应用低分子肝素,按照患者千克体质量计算用量,可以达到预期目的,值得在临床上应用及推广。

参考文献

- [1] 王丽霞,魏永婷,张燕文,等. 间歇充气压力泵与下肢运动对预防开胸术后老年患者下肢深静脉血栓形成的效果观察[J]. 现代临床护理, 2015, 14(2): 41-43.
- [2] 陈孝平. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 765.
- [3] 罗东. 开胸术后应用艾灸涌泉穴预防下肢深静脉血栓形成的探究[J]. 实用中西医结合临床, 2014, 14(8): 8-9.
- [4] 张学振, 陈国荣. 恶性肿瘤高凝状态患者的临床特征[J]. 现代肿瘤医学, 2017, 25(13): 2100-2101.
- [5] 赖忠维, 谭佳, 刘晓岚. 活血逐瘀汤预防脊柱脊髓术后下肢深静脉血栓 3 例[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(7): 88-89.
- [6] 薛杨, 刁明强, 吕静, 等. 低分子肝素联合华法林治疗开胸术后急性肺栓塞的临床分析[J]. 华西医学, 2017, 32(1): 5-7.
- [7] 贾征, 张立国, 李军. 低分子肝素在开胸术后预防下肢深静脉血栓形成中的应用[J]. 中国医药指南, 2010, 8(1): 109-110.

(收稿日期: 2017-12-11)

多参数监护无抽搐电休克治疗 128 例老年精神分裂症患者拒食拒药症状及不良反应分析

赵敏强 林泽敏 席艳红 郝睿

多参数监护无抽搐电休克(MECT)是目前精神科常用的一种现代物理治疗方法,具有安全性高、起效快、疗效较好的特点,已被精神病医院广泛使用^[1,2]。本研究选取 237 例老年精神分裂症患者进行临床分析,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料:选取 2014 年 1 月至 2017 年 10 月在我院住院的 237 例老年精神分裂症患者,入院时以拒食、拒药为主要症状者为研究对象。入组标准:符合国际疾病分类第 10 版(ICD-10)分类中精神分裂症的诊断标准。其中男性 121 例,女性 116

例;年龄 60~78 岁。排除:颅内占位性病变、3 个月内脑血管意外、高颅压、心功能不全、心肌梗死活动期、严重的呼吸系统与肝肾疾病、视网膜脱落、不符合 MECT 治疗适应证的患者;对依托咪酯药物过敏者;未签署家属知情同意者等。入组后依从性差,治疗期间出现严重不良反应的予以剔除。将 237 例入组患者随机分为 2 组, MECT 为研究组 128 例,药物治疗为对照组 109 例。研究组男性 69 例,女性 59 例;年龄 62~75 岁,平均(63±7)岁;病程 2 个月至 19 年,平均(3.6±2.9)年。对照组男性 61 例,女性 48 例;年龄 60~78 岁,平均(65±9)岁;病程 1 个月至 21 年,平均(4±6)年。麻醉分级美国麻醉医师学会(ASA)1~2 级。2 组在性别、年

DOI:10.3969/j.issn.0253-9926.2018.07.031

作者单位:030045 太原市精神病医院 MECT 室