例(53.57%),其余26例血压昼夜节律消失,其中非杓型20例(35.71%),反杓型6例(10.72%)。表明随着年龄增长,大动脉粥样硬化增加,血管的顺应性降低,对血压的调节能力下降,血压正常昼夜节律消失明显增高,尤其夜间血压升高者明显。

针对老年人单纯收缩期高血压,可选择以降低收缩压为主的降压药,针对反杓型血压昼夜节律变化的患者可以改变服药时间,更好的降低夜间血压,从而使24 h血压曲线平稳下降,减少血压昼夜节律变化,提高老年高血压病的诊疗水平[4,5]。本研究表明通过使用无创性动态血压监测,可以更清楚地了解患者血压昼夜节律波动的规律,为针对不同血压波动类型的高血压病患者采取个体化治疗提供依据。

关键词:老年;高血压;昼夜节律
中图法分类号:R544 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] 中国高血压防治指南起草委员会. 中国高血压防治指南(试行本)[J]. 高血压杂志, 2000, 8(1): 94-102.
[2] 张宇清, 刘国仗.《中国高血压防治指南》(试行本摘要)[J]. 中华内科杂志, 2000, 39(2): 140-144.
[3] 代运国, 袁俊强, 宋亚辉, 等. 吲哒帕胺对原发性高血压患者血压昼夜节律的影响[J]. 郑州大学学报: 医学版, 2007, 42(5): 942-943.
[4] 林 昕, 宋 涛. 184例中老年患者动态血压昼夜节律状况分析[J]. 新疆医科大学学报, 2007, 30(1): 78-79.
[5] 王 宇. 老年高血压病患者动态血压特点及临床分析[J]. 中华现代内科学杂志, 2008, 5(6): 520-521.

(编辑 吴培红)

经验交流

文章编号:1000-5404(2009)16-1614-02

氯诺昔康联合间苯三酚治疗肾、输尿管结石所致急性腹痛的疗效观察

尹扬光[1],史 忠[1],唐永岗[2],刘 波[1],周 坤[1],陈国柱[1],曾 莉[1] ([1]第三军医大学新桥医院急诊科,重庆 400037; [2]重庆市第七人民医院社区医疗中心,重庆 400054)

肾、输尿管结石所致的急性腹痛是急诊科常见病症,临床治疗常以毒麻镇痛药物为主,辅以解痉止痛药物,但其疗效不够理想,疼痛容易再复发,且不良反应较多[1]。本研究主要是针对肾、输尿管结石所致疼痛的性质及其发生机制,采用非甾体类抗炎药氯诺昔康联合新型解痉止痛药物间苯三酚治疗肾、输尿管结石所致的急性腹痛,与传统方案进行对比,以期获得更为理想的治疗方案。

1 资料与方法

1.1 临床资料

第三军医大学新桥医院急诊科和重庆市第七人民医院社区医疗中心收治的因肾、输尿管结石所致的急性中重度腹痛患者共178例,其中肾结石62例,输尿管结石105例,肾结石合并输尿管结石11例;男性120例,女性58例;年龄18~65岁,平均38.5岁。疼痛程度判定根据WHO疼痛分级标准。排除标准:有以上任何药物禁忌证的患者;严重心肝肾功能不全、甲亢、月经期、孕妇、其他任何原因引起的腹痛,以及对任何研究药物过敏的患者。按就诊次序编号,采用随机数字表法分成4组:氯诺昔康+间苯三酚组(L+J组,$n=45$)、氯诺昔康+山莨菪碱组(L+S组,$n=41$)、哌替啶+间苯三酚组(P+J组,$n=49$)和哌替啶+山莨菪碱组(P+S组,$n=43$)。

1.2 方法

所有患者经超声或腹部平片检查确诊后即给予治疗,L+J组予氯诺昔康8 mg静脉注射,间苯三酚40 mg静脉注射,继之以生理盐水250 ml+间苯三酚40 mg静脉滴注。L+S组予氯诺昔康8 mg静脉注射,山莨菪碱10 mg肌肉注射,继之以生理盐水250 ml+山莨菪碱10 mg静脉滴注。P+J组予哌替啶50 mg肌肉注射,间苯三酚40 mg静脉注射,继之以生理盐水250 ml+间苯三酚40 mg静脉滴注;P+S组予哌替啶50 mg肌肉注射,山莨菪碱10 mg肌肉注射,继之以生理盐水250 ml+山莨菪碱10 mg静脉滴注。各组中血常规WBC>13×10^9/L的患者加用抗生素治疗。

1.3 监测指标及项目

记录确诊和用药至疼痛缓解(WHO疼痛分级标准0级或1级)的时间,并评价用药后15、30、45 min、1、2 h疼痛缓解程度,记录3 d内各组患者首次用药后疼痛再发需要药物止痛的例次和首次疼痛再发需要药物止痛的时间。观察恶心、呕吐、头晕、口干、视力障碍、心悸、排尿困难、荨麻疹、消化道出血、呼吸抑制等不良反应发生率。用药后3 d行尿常规检查,观察患者血尿改善情况。

1.4 统计学处理

计量资料以$\bar{x}\pm s$表示,采用SPSS 13.0统计软件行单因素方差分析,各组样本率的比较采用χ^2检验。

作者简介:尹扬光,男,四川省资阳市人,博士,主治医师,讲师,主要从事危重病急救基础与临床方面的研究,发表论文9篇。电话:(023)68755566,E-mail:yyg751203@sohu.com
通信作者:史 忠,E-mail:zshi@mail.xqhospital.com.cn
收稿日期:2008-12-26;**修回日期**:2009-02-17

2　结果

2.1　各组患者就诊后疼痛变化情况

L + J 组确诊至疼痛缓解的时间明显短于其他 3 组($P < 0.05$, $P < 0.01$);L + J、P + J 组和 P + S 组用药后至疼痛缓解的时间无统计学差异($P > 0.05$),明显少于 L + S 组($P < 0.05$,表 1)。3 d 内 L + J 组和 L + S 组首次用药后疼痛再发需要药物止痛的例次无统计学差异($P > 0.05$),但明显少于 P + J 组和 P + S 组($P < 0.01$);L + J 组和 L + S 组首次疼痛再发需要药物止痛的时间也无统计学差异($P > 0.05$),但明显长于 P + J 组和 P + S 组($P < 0.01$,表 2)。

表 1　各组患者就诊后疼痛缓解时间 (t/min, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	确诊 - 疼痛缓解时间	首次用药 - 疼痛缓解时间
L + J 组	45	20.6 ± 5.9	18.9 ± 6.1
L + S 组	41	23.2 ± 6.7[a]	21.1 ± 7.3[a]
P + J 组	49	25.1 ± 4.3[b]	17.7 ± 5.8
P + S 组	43	26.5 ± 5.6[b]	18.3 ± 4.6

a:$P < 0.05$,b:$P < 0.01$,与 L + J 组比较

表 2　各组患者就诊后 3 d 内疼痛再发情况

组别	n	疼痛再发例次	首次疼痛再发时间 (t/h, $\bar{x} \pm s$)
L + J 组	45	19	17.4 ± 5.3
L + S 组	41	21	19.8 ± 7.6
P + J 组	49	35[a]	8.2 ± 6.6[a]
P + S 组	43	31[a]	9.5 ± 5.1[a]

a:$P < 0.01$,与 L + J 组比较

2.2　用药前和用药后 2 h 内疼痛评分

用药前 4 组间疼痛评分比较无统计学差异($P > 0.05$)。用药后 15 min L + J、P + J 组和 P + S 组疼痛评分比较无统计学差异($P > 0.05$),均明显优于 L + S 组($P < 0.05$);用药 30、45 min、1、2 h 后 4 组间疼痛评分比较无统计学差异($P > 0.05$)。

2.3　用药前和用药后 3 d 血尿变化情况

用药前 4 组间血尿情况比较无统计学差异($P > 0.05$),用药后 3 d 4 组血尿情况较用药前有明显改善($P < 0.01$),L + J 组和 L + S 组用药后 3 d 血尿情况比较无统计学差异($P > 0.05$),改善情况明显优于 P + J 组和 P + S 组($P < 0.05$)。

2.4　用药后 3 d 内不良反应发生情况

P + J 组和 P + S 组恶心、呕吐和头晕发生率无统计学差异($P > 0.05$),明显高于 L + J 组和 L + S 组($P < 0.05$);P + S 组和 L + S 组口干、视力障碍、心悸和排尿困难发生率无统计学差异($P > 0.05$),明显高于 L + J 组和 P + J 组($P < 0.05$);4 组间荨麻疹发生率无统计学差异($P > 0.05$),各组均无消化道出血或呼吸抑制发生;L + J 组总不良反应发生率明显低于其他 3 组($P < 0.01$)。

3　讨论

氯诺昔康属非甾体类抗炎药,系噻嗪类衍生物,具有较强的镇痛和抗炎作用。可静脉注射,起效快,无成瘾性[1]。其作用机制:通过抑制环氧化酶活性进而抑制前列腺素的合成,发挥外周镇痛作用;激活阿片神经肽系统,发挥中枢镇痛作用[2]。以往多选用哌替啶等毒麻类镇痛药联合解痉止痛药治疗肾、输尿管结石所致的急性腹痛,虽然毒麻药品具有较强的镇痛作用,但其具有导致平滑肌痉挛的作用,且呼吸抑制、头晕、恶心、呕吐等不良反应发生率高,反复使用可导致成瘾[3]。

本研究中氯诺昔康联合间苯三酚组治疗肾、输尿管结石所致急性腹痛的效果优于哌替啶联合间苯三酚组,确诊至疼痛缓解时间明显缩短($P < 0.01$),为患者更早解除了病痛。3 d 内疼痛再发例次氯诺昔康联合治疗组明显少于哌替啶联合治疗组($P < 0.01$),3 d 内疼痛再发时间前者明显长于后者($P < 0.01$),3 d 内血尿改善情况前者优于后者($P < 0.05$),但具体机制尚不清楚,可能与氯诺昔康缓解结石损伤所致的无菌性炎症或缓解结石合并感染所致的炎症有关,也可能与氯诺昔康不会导致平滑肌痉挛有关。3 d 内出现恶心、呕吐、头晕不良反应氯诺昔康联合治疗组明显少于哌替啶联合治疗组($P < 0.05$)。上述结果显示氯诺昔康完全可以作为哌替啶的替代药用于缓解肾、输尿管结石性所致的急性腹痛,并显示出更多优越性。

间苯三酚直接作用于胃肠道和泌尿生殖道平滑肌,是亲肌性非阿托品非罂粟碱类纯平滑肌解痉药。与其他平滑肌解痉药相比,间苯三酚是不具有抗胆碱作用,不会引起口干、视力障碍、排尿困难、低血压、心率加快、心律失常等症状,对心血管功能没有影响[4]。本研究中间苯三酚联合氯诺昔康组缓解肾、输尿管结石所致的急性腹痛优于间苯三酚联合山莨菪碱组($P < 0.05$)。不良反应率明显低于山莨菪碱联合治疗组($P < 0.05$)。本研究结果提示,氯诺昔康联合间苯三酚治疗可迅速缓解肾、输尿管结石所致急性腹痛,疼痛不易再发,且不良反应发生率低。

关键词:尿路结石;急性腹痛;氯诺昔康;间苯三酚

中图法分类号:R656.105　　**文献标识码**:B

参考文献:

[1] Takmaz S A, Inan N, Goktug A, *et al*. The analgesic effect of 8 and 16 mg lornoxicam administered before shock wave lithotripsy: a randomized, double-blind, controlled study [J]. Urology, 2008, 72(2): 282 - 285.

[2] Xuerong Y, Yuguang H, Xia J, *et al*. Ketamine and lornoxicam for preventing a fentanyl-induced increase in postoperative morphine requirement [J]. Anesth Analg, 2008, 107(6): 2032 - 2037.

[3] 高　进, 陈　萍. 氯诺昔康用于肾移植患者术后镇痛的疗效和安全性的临床观察[J]. 重庆医科大学学报, 2007, 32(10): 1074 - 1077.

[4] Dellabella M, Milanese G, Muzzonigro G. Randomized trial of the efficacy of tamsulosin, nifedipine and phloroglucinol in medical expulsive therapy for distal ureteral calculi [J]. J Urol, 2005, 174(1): 167 - 172.

(编辑　张　维)