

• 经验交流 •

参麦注射液联合硝酸甘油治疗肺源性心脏病心力衰竭 48 例

马 强, 朱建俊

(杭州市余杭区第二人民医院呼吸内科, 浙江 杭州 311121)

【关键词】 肺源性心脏病; 心力衰竭; 参麦注射液; 硝酸甘油

中图分类号: R242 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2006)06-0377-02

慢性肺源性心脏病(肺心病)在我国是常见病,多发病,患者由于反复发生肺部感染,长期心肌缺血、缺氧而发生心力衰竭(心衰),病死率高。我院自 2004 年 2 月—2006 年 2 月,在常规治疗基础上,采用小剂量硝酸甘油联合参麦注射液治疗 48 例肺心病心衰患者,取得较好疗效,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:94 例肺心病心衰患者均符合 1997 年全国第 2 次肺心病专业会议修订的诊断标准,心功能分级按照纽约心脏病协会(NYHA)制定的标准,按随机原则分为两组。治疗组 48 例,男 28 例,女 20 例;年龄 55~75 岁,平均 63.5 岁;心功能Ⅱ级 6 例,Ⅲ级 30 例,Ⅳ级 12 例;合并冠心病 7 例,高血压病 6 例。对照组 46 例,男 28 例,女 18 例;年龄 55~75 岁,平均 62.4 岁;心功能Ⅱ级 6 例,Ⅲ级 31 例,Ⅳ级 9 例;合并冠心病 6 例,高血压病 7 例。两组患者性别、年龄、心功能情况比较差异均无显著性(P 均 >0.05),具有可比性。

1.2 治疗方法:两组患者均给予持续低流量吸氧、抗感染、化痰、解痉等常规治疗。治疗组加用参麦注射液 50 ml 入质量分数为 5% 的葡萄糖 250 ml 中静脉滴注(静滴),每日 1 次;硝酸甘油 10 mg 入生理盐水 40 ml 中静滴,5~8 ml/h,每日 1 次,疗程为 10 d。

1.3 疗效判定标准:①显效:心功能提高Ⅱ级,咳、喘、胸闷等症状消失;颈静脉怒张、双下肢水肿消失,肺部啰音明显减少或消失;动脉血氧分压(PaO_2)增加 20 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa) 以上,动脉血氧饱和度(SaO_2)提高 0.15 以上。②有效:心功能提高Ⅰ级,咳、喘、胸闷等明显好转,颈静脉怒张、双下肢水肿

减轻,肺部啰音减少; PaO_2 增加 10~20 mm Hg 以上, SaO_2 提高 0.10 以上。③无效:心功能无改善; PaO_2 增加不超过 10 mm Hg, SaO_2 提高不超过 0.10。

1.4 观察指标:评定两组患者治疗前后心功能状态,进行血气分析,并观察临床症状及体征变化。

1.5 统计学处理:计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验;计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效(表 1):治疗组总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗前后临床疗效比较

组别	例数 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 [例(%)]
对照组	46	20	16	10	36(78.3)
治疗组	48	34	12	2	46(95.8)*

注:与对照组比较;* $P < 0.05$

2.2 两组治疗前后 PaO_2 和 SaO_2 的变化(表 2):治疗组提高 PaO_2 和 SaO_2 的效果明显好于对照组(P 均 < 0.05)。

表 2 两组治疗前后 PaO_2 和 SaO_2 的变化($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(例)	PaO ₂ (mm Hg)	SaO ₂
对照组	治疗前	46 48.8±1.1	0.82±0.03
	治疗后	46 53.5±1.1 *	0.86±0.02 *
治疗组	治疗前	48 46.6±0.9	0.82±0.03
	治疗后	48 60.8±1.1 * **	0.94±0.03 * **

注:与本组治疗前比较;* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组治疗后比较:# $P < 0.05$

2.3 不良反应:治疗组仅有 2 例患者出现头晕、头痛、皮肤潮红等症状,减少硝酸甘油静滴浓度后症状消失,无其他不良反应发生。

3 讨论

肺动脉高压的形成是慢性阻塞性肺疾病(COPD)发展到慢性肺心病的关键所在^[1],其病程长,形成原因十分复杂。COPD 引起肺心病进而发生心衰的主要

机制为:缺血、酸中毒导致肺血管收缩、痉挛,血管阻力增加,肺动脉压力增高,右心负荷增加,右心室扩大、肥厚,最终导致心衰^[2]。临床上治疗肺心病心衰的手段较多,主要是抗感染、保持呼吸道通畅、强心、适当利尿等,但有时疗效并不十分理想,特别是反复大剂量使用抗生素会造成菌群失调,最终可引起心衰和呼吸衰竭(呼衰)而死亡。因此,我们必须本着遵循国际上对 COPD 治疗的个性化原则,采用循证医学的观点,追踪当前 COPD 的最新研究证据,寻找最佳治疗措施,以使患者获得最大的收益^[3]。我们应用参麦注射液和小剂量硝酸甘油治疗肺心病心衰取得了较理想的效果。总有效率达到 95.8%。

硝酸甘油主要扩张容量血管和肺血管,增加静脉血容量,减少回心血量,降低肺动脉压力,从而减轻心脏负荷,改善心功能。此外,硝酸甘油还能扩张冠状动脉(冠脉),增加冠脉血流量,从而改善心肌缺血,增加心衰患者心排量,恢复心功能。小剂量硝酸甘油在改善心功能的同时避免了大剂量硝酸甘油引起的头晕、头痛、血压下降等不良反应。

参麦注射液由人参、麦冬组成,人参甘平补肺,大补元气,可使元气振奋,肺气充旺;麦冬甘寒,滋阴养心;两药合用,相辅相成。现代医学证明,参麦注射液可抑制心肌、膈肌细胞膜 $\text{K}^+ - \text{Na}^+ - \text{ATP}$ 酶活性,增强 $\text{Na}^+ - \text{Ca}^{2+}$ 交换,使细胞内 Ca^{2+} 增加,增加心肌收缩力和膈肌收缩力^[4],改善心功能,提高血氧分压,降低二氧化碳分压。同时,人参、麦冬还能增加红细胞 2,3-二磷酸甘油酸的浓度,降低血红蛋白对氧的亲和力,从而向组织释放更多的氧以满足组织需要。因此,参麦注射液可改善肺心病心衰患者的缺氧、膈肌疲劳状态,提高氧分压,同时改善心功能^[5,6]。

作者简介:马 强(1965-),男(汉族),湖北赤壁人,副主任医师。

总之,治疗慢性肺心病心衰患者时,在常规治疗基础上加用小剂量硝酸甘油和参麦注射液,可明显提高疗效,方便经济,安全性好,值得临床推广。

参考文献:

- [1] 罗晓慈. 现代呼吸病学[M]. 北京:人民军医出版社,1997:688-690.
- [2] 蔡映云. 慢性阻塞性肺疾病合并肺心病心

力衰竭的治疗[J]. 中国呼吸与危重监护杂志,2004,3:77.

- [3] 欧雪梅,董碧蓉. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期处理的循证证据[J]. 中国危重病急救医学,2002,14:453-456.
- [4] 王为,牛汝揖,孙建平,等. 参麦注射液对胸膜呼吸运动的影响[J]. 中国中西医结合杂志,1993,13:91.
- [5] 苏耀中,郭晓宇. 参麦注射液治疗慢性肺

源性心脏病 53 例疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志,2006,13:190.

- [6] 郭兴化,徐哲明,徐碧林,等. 参麦注射液治疗老年人心力衰竭疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志,2001,8:201.

(收稿日期:2006-07-05)

修回日期:2006-10-30)

(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

中西医结合治疗肠间脓肿 68 例临床疗效观察

赵文武¹, 武洁¹, 赵明²

(1. 河南省西平县中医院, 河南 西平 463900; 2. 中国医学科学院药物研究所, 北京 100050)

【关键词】 肠间脓肿; 中西医结合疗法; 中药; 物理治疗

中图分类号: R242 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2006)06-0378-01

1993 年 1 月—2005 年 8 月, 我院共收治肠间脓肿患者 68 例, 经中西医结合治疗效果满意, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 68 例患者中男 49 例, 女 19 例; 年龄 18~76 岁, 平均 51 岁; 原发病: 阑尾穿孔 54 例, 外伤性肠破裂 8 例, 溃疡病穿孔 4 例, 胆道术后 1 例, 肠梗阻术后 1 例; 单发性脓肿 10 例, 多发性脓肿 58 例。按随机原则将患者分为治疗组(48 例)和对照组(20 例), 全部患者均行 B 超定位及复查。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组: ①抽脓: 在 B 超对脓肿定位下抽脓, 当脓液黏稠时加生理盐水稀释后抽取, 然后用甲硝唑液冲洗脓腔, 抽出脓液量的 2/3, 并向脓腔注入质量分数为 2% 的甲硝唑液。脓液进行细菌培养。②电磁波治疗: 使用电磁波治疗器(CQ-BS8 型, 重庆市中芝医用仪器有限公司生产)照射脓肿区, 每日 1 次, 每次照射 40 min~1 h。③中药治疗: 用自拟方口服。基本方: 黄连 12 g, 沙参 30 g, 麦冬 30 g, 生石膏 20 g, 鳖甲 9 g, 地骨皮 20 g, 黄柏 20 g, 桂枝 15 g, 知母 20 g, 栀子 12 g, 连翘 12 g, 黄芩 12 g, 黄芪 30 g, 红花 12 g。阴虚者加太子参、沙参; 发热者加青蒿。每日 1 剂。④根据脓液的药敏结果给予抗生素治疗。

1.2.2 对照组: ①B 超定位穿刺抽脓。②给予敏感抗生素治疗。

1.3 统计学处理: 采用 SPSS 10.0 处理数据, 进行 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

1.4 结果: 治疗组穿刺抽脓 1~4 次, 平均 2.5 次; 脓肿消失时间 7~15 d, 平均 11.6 d; 中转手术 1 例, 无死亡患者。对照组穿刺抽脓 3~11 次, 平均 6.2 次; 脓肿消失时间 14~35 d, 平均 21.3 d; 中转手术 3 例, 死亡 2 例, 病死率为 10%。经统计学处理, 治疗组临床疗效明显优于对照组, 脓肿平均消失时间较对照组缩短($t = 7.35, P < 0.05$)。

2 讨论

肠间脓肿多发生于弥漫性腹膜炎后, 常伴不同程度的粘连性肠梗阻。根据多年的临床经验我们体会, 对于直径 < 3 cm 的小脓肿不需穿刺; 对于直径 > 5 cm 的脓肿采用腹腔镜安全置管套管针 II 型穿刺引流, 抽取脓液量的 2/3, 并向脓腔注入甲硝唑溶液, 这样可避免脓腔液体顺针道或导管外溢。如行套管针引流, 拔管时间以脓腔明显缩小及无脓液引出为依据。

电磁波治疗具有促进新陈代谢、改善血液循环、增强免疫功能等作用, 可促进脓液吸收。

肠间脓肿属中医学“腹部脓肿”范畴, 分为热性脓肿和冷性脓肿, 其病因、病机是由于邪毒结聚或湿热内生, 壅滞

瘀积不散, 阻塞经络, 气血凝滞, 热盛肉腐形成脓肿, 治疗以清热除湿、凉血解毒、活血化腐、托疮排脓为治则。临床中常用黄连解毒汤、仙方活命饮、青蒿鳖甲汤三方加减治疗, 收到良好疗效。方中黄连清热燥湿, 泻火解毒, 用于痈肿疮毒内攻为君; 黄柏、黄芩、栀子、连翘、知母清热燥湿, 凉血泻火, 解毒除烦, 消痈散结; 连翘被前人称为疮家圣药, 应重用; 地骨皮、青蒿凉血退热; 鳖甲软坚散结, 促进疮疡消散; 生石膏凉血泻火, 治疗腹部热毒, 壅盛之证; 沙参清热养阴生津; 黄芪补气升阳, 耗毒敛疮; 红花活血祛瘀, 改善疮疡血液循环; 桂枝温通脉络, 散寒通瘀, 促进痈肿消散, 免于大量苦寒药伤及脾胃。诸药共奏、清热解毒、凉血、泻火、散结托毒、生肌敛疮之效, 该方适用于脓肿 3 期的治疗。

我们采用中西医结合治疗肠间脓肿, 疗效较好, 仅 1 例因粘连性肠梗阻中转手术。我们体会, 多发性肠间脓肿不是手术适应证, 因此时腹腔广泛粘连, 不能有效地显露脓肿部位, 且易损伤周围肠管器官。下列情况为肠间脓肿的手术适应证: ①合并粘连性肠梗阻; ②合并肠坏死穿孔; ③单发大脓肿, 中西医保守治疗无效者。在全身用药方面, 除给予有效抗生素治疗外, 还应根据患者体质给予营养支持治疗。

(收稿日期: 2006-08-27)

(本文编辑: 李银平)

作者简介: 赵文武(1957-), 男(汉族), 河南西平人, 副主任医师。