

• 经验交流 •

中西医结合治疗慢性肺源性心脏病急性加重期 52 例

杜 林

(贵州省毕节地区中医院, 贵州 毕节 551700)

【关键词】肺源性心脏病, 慢性; 急性加重期; 中西医结合疗法; 临床疗效

中图分类号: R256.1 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.03.021

慢性肺源性心脏病(肺心病)合并肺部感染进入急性加重期属于内科急症之一。我们在常规西医治疗基础上, 加用中药治疗 52 例肺心病急性加重期患者疗效较满意, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 采用前瞻性研究方法, 选择 2004 年 12 月至 2008 年 6 月本科住院的肺心病急性加重期患者 103 例, 按照机械抽样法随机分为两组。治疗组 52 例中男 28 例, 女 24 例; 年龄 60~81 岁, 平均(68.00±11.01)岁; 病程 8~24 年, 平均 13 年; 心功能 2 级 15 例, 3 级 24 例, 4 级 13 例。对照组 51 例中男 27 例, 女 24 例; 年龄 61~82 岁, 平均(67.00±12.98)岁; 病程 9~25 年, 平均 14 年; 心功能 2 级 14 例, 3 级 24 例, 4 级 13 例。两组患者年龄、性别、病程、心力衰竭等一般资料比较差异无统计学意义, 具有可比性。

1.2 诊断标准: 肺心病诊断标准参照第 7 版《内科学》^[1], 心功能按美国纽约心脏病协会标准分级。

1.3 治疗方法: 对照组给予控制性氧疗, 保持呼吸道通畅, 按痰培养加药敏试验结果使用抗生素, 解痉平喘, 纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱, 治疗右心衰竭, 纠正肺动脉高压及营养支持等常规治疗。治疗组在常规治疗的基础上, 加用中药口服, 基本方由瓜蒌薤白半夏汤合苓桂术甘汤加葶苈子、川芎组成。处方: 全瓜蒌 30 g, 薤白 15 g, 法半夏 15 g, 茯苓 20 g, 桂枝 6 g, 白术 30 g, 甘草 6 g, 葶苈子 6 g, 川芎 10 g; 随证加减: 咳嗽重者加麻黄 10 g, 杏仁 12 g; 痰多不易咯出者加桔梗 30 g, 陈皮 15 g; 舌质紫暗者加赤芍 10 g, 丹参 20 g; 肿甚者加泽泻 15 g, 大腹皮 15 g; 痰热重者去桂枝, 加桑白皮 15 g, 黄芩 12 g。上方水煎服, 每日 1 剂。

作者简介: 杜 林(1968-), 男(汉族), 贵州省人, 副主任医师, Email: qinyingjuanbijie@163.com。

表 1 两组患者治疗前后血气分析比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	pH 值	PaCO ₂ (mm Hg)	PaO ₂ (mm Hg)	SaO ₂
治疗组	治疗前	52	7.34±0.06	45.44±6.72	57.43±11.78	0.785±0.070
	治疗后	52	7.36±0.04 ^{ac}	39.20±5.85 ^{bc}	71.80±12.42 ^{bd}	0.866±0.059 ^{bd}
对照组	治疗前	51	7.34±0.05	46.46±6.72	56.99±13.07	0.778±0.070
	治疗后	51	7.34±0.04	40.65±6.73 ^b	61.34±15.10 ^b	0.817±0.071 ^b

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$, ^b $P < 0.01$; 与对照组同期比较, ^c $P < 0.05$, ^d $P < 0.01$; 1 mm Hg=0.133 kPa

两组均以 14 d 为 1 个疗程, 均在治疗 1 个疗程后评定疗效。

1.4 疗效判定标准

1.4.1 临床疗效判定标准: 参照 1980 年第三次肺心病专业会议制定的标准拟定。①显效: 安静状态下咳嗽、喘息、心悸、发绀等症状减轻或消失, 咯痰减少, 肺部湿啰音减少或消失, 水肿消退, 心率降至 100 次/min 以下, 心功能改善 2 级以上。②有效: 上述各指标减轻或有所好转, 心功能改善 1 级以上。③无效: 治疗后上述各指标无改善或恶化。总有效=显效+有效。

1.4.2 心功能改善判定标准: 以心功能是否提高为依据。显效: 心功能恢复正常; 有效: 心功能提高 1~2 级, 但未恢复正常; 无效: 心功能无改善。总有效=显效+有效。

1.5 观察指标: 观察咳嗽、咯痰、喘息、水肿及肺湿啰音等症状、体征变化以及心功能改善情况, 并于治疗前后抽取动脉血观察血气分析指标变化。

1.6 统计学方法: 使用 SPSS 11.5 统计软件, 计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较: 治疗组显效 25 例, 有效 24 例, 无效 3 例, 总有效率 94.2%; 对照组显效 21 例, 有效 19 例, 无效 11 例, 总有效率 78.4%。治疗组临床疗效明显优于对照组($\chi^2 = 5.47$, $P < 0.05$)。

2.2 两组心功能疗效比较: 治疗组显效

22 例, 有效 25 例, 无效 5 例, 总有效率 90.4%; 对照组显效 15 例, 有效 22 例, 无效 14 例, 总有效率 72.5%。治疗组心功能改善情况明显优于对照组($\chi^2 = 5.44$, $P < 0.05$)。

2.3 两组血气分析比较(表 1): 两组患者治疗后 pH 值、动脉血二氧化碳分压(PaCO₂)、动脉血氧分压(PaO₂)、动脉血氧饱和度(SaO₂)均较治疗前明显改善, 且治疗组明显优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

3 讨论

慢性肺心病属中医“肺胀”、“痰饮”等范畴。《诸病源候论·上气喘息候》记载“肺主于气, 邪乘于肺则肺胀, 胀则肺管不利, 不利则气道涩, 故气上逆喘, 喘息不通”, 指出了外邪乘虚犯肺, 肺失宣降导致咳嗽喘逆; 《灵枢·邪气藏腑病形第四》记载“形寒、寒饮则伤肺”, 提出寒、饮等邪尤易中肺伤肺。因此, 肺心病急性加重期多为肺、脾、肾俱虚, 痰饮内生, 复感外邪(如风、寒、湿、热等邪), 致肺气壅塞不通, 水谷精微不归正化, 痰浊水饮进一步阻滞气道, 终至肺气进一步闭郁, 宣降失司, 为本虚标实之证。急则治其标, 故拟瓜蒌薤白半夏汤合苓桂术甘汤为基本方, 以祛痰利肺、温化水饮。

瓜蒌薤白半夏汤出自《金匱要略》, 原用于治疗胸痹痰浊较甚、胸痛彻背不能安卧者, 取其祛痰宽胸利肺之效治疗肺胀, 方中瓜蒌、法半夏寒温并用, 佐薤白可通阳、利肺气、化痰浊; 苓桂术甘汤源于《伤寒论》, 方中茯苓合桂枝一利一温, 有温化痰浊及渗利的妙用, 而白术、

甘草可助脾运固本,该方微温而不热,轻利而不伤;二方合用,能祛痰利肺、通阳利水。《本草正义》记载“葶苈子苦降辛散而性寒凉,能破结消滞,定喘止逆,利水消肿”;药理研究证实,葶苈子能缓解平滑肌痉挛,有强心作用,可增加衰竭心脏的排血量,降低静脉压,并有利尿作用,实为治肺胀要药^[2]。川芎活血行气,气行则水行。研究表明,以葶苈子和川芎为主组成的复方制剂,能有效降低肺心病急性发作期大鼠的肺动脉高压,改善其右心功能^[3-4]。西医治疗肺心病急性加重期,常由于反复大剂量使用抗生素导致菌群失调,发生二重感染,最终可加重心力衰竭和呼吸衰竭,甚至导致死亡^[5];同时,肺心病患者以体液免疫功能低下为

主^[6],给予配合中药祛痰利肺治疗,祛邪而不伤正,利肺气通阳而不燥热,不但能改善患者临床症状,尚能改善患者的免疫功能低下状态,并有增加患者气道黏膜纤毛运动,清除氧自由基,保护血管内皮等功能^[7]。因此,中西医结合治疗肺心病急性加重期确能提高疗效,值得进一步研究。

参考文献

- [1] 陆在英.内科学.7版.北京:人民卫生出版社,2008:86-91.
- [2] 裴怀腾.中西医结合治疗流行性嗜急性肺炎疗效观察.中国中西医结合急救杂志,1996,3(3):109-110.
- [3] 熊旭东,沈晓红.泻肺定喘注射液对野百合碱诱发大鼠肺动脉高压的红细胞膜 Ca^{2+} - Mg^{2+} -ATP 酶和 Na^{+} - K^{+} -

ATP 酶的研究.中国中西医结合急救杂志,2001,8(1):3-5.

- [4] 杨茂农,王飞,胥方元.肺心合剂对肺动脉高压模型大鼠的影响.中国中西医结合急救杂志,2003,10(3):164-166.
- [5] 邹世昌.强心系列方治疗肺源性心脏病心力衰竭 48 例.中国中西医结合急救杂志,2009,16(4):253.
- [6] 章萍,孙元莹,王今达.血必净注射液治疗慢性肺源性心脏病急性加重期 34 例疗效观察.中国危重病急救医学,2006,18(11):664.
- [7] 荆小莉,王东平,刘建博,等.加味千金苇茎汤治疗肺源性心脏病急性加重期及其对内皮细胞保护作用的研究.中国中西医结合急救杂志,2005,12(3):146-148.

(收稿日期:2010-01-21)

(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

45 例胎盘早剥的急症处理

刘 云

(天津市中心妇产科医院,天津 300052)

【关键词】 妊娠;胎盘早剥;急症

中图分类号:R271.4 文献标识码:B DOI:10.3969/j.issn.1008-9691.2010.03.022

2009 年 1 月至 11 月本院急诊共收治胎盘早剥 45 例,治疗及时,效果比较满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:45 例孕产妇年龄 22~39 岁,平均 26 岁;初产妇 29 例,经产妇 16 例;孕 20~28 周 7 例,28~32 周 5 例,32~37 周 21 例,37~40 周 12 例;多数发生在 32 周以后,占同期住院分娩总数的 0.9%(45/5 074)。

1.2 临床表现及合并症:腹痛 32 例中合并阴道出血 16 例,阴道流血 6 例,典型板状腹 16 例;单纯阴道出血 5 例;产时人工破膜为血性羊水 2 例;6 例无任何症状,仅在产后检查胎盘时发现胎盘早剥。14 例合并子痫前期、慢性高血压。

1.3 分娩情况:阴道分娩 3 例;剖宫产 42 例,其中重型胎盘早剥 17 例,轻型早剥 25 例。剥离面积均大于 1/4,宫腔积血 200~1 500 ml。发生子宫卒中 15 例,其中 4 例胎死宫内,5 例新生儿重度窒息(1 例死亡),2 例轻度窒息,4 例正常。

1.4 治疗结果:围生儿死亡 5 例,病死者 3 例。作者简介:刘 云(1963-),女(汉族),天津市人,副主任医师。

率为 11.1%,45 例孕产妇中 3 例并发凝血功能障碍,经及时抢救治愈,无孕产妇死亡。

2 讨论

胎盘早剥的发病机制尚未完全阐明,并发子痫前期(特别是重度子痫前期)、原发性高血压,尤其有全身血管病变者易发胎盘早剥。子痫前期本身胎盘供血不足,胎儿多数发育较差,如出现胎盘早剥,胎儿预后就更差。因此,对妊娠期高血压特别是子痫前期患者要加强监护,及时规范治疗,适时终止妊娠。

胎盘早剥具有起病急、进展快的特点,若诊断处理不及时,可危及母婴生命。因此,及时的诊断显得尤为重要。患者如有较典型的临床表现,即腹痛及阴道出血,结合 B 超不难做出诊断。但若临床表现典型,而 B 超未发现或不能肯定胎盘早剥时,不可轻易除外胎盘早剥的可能,需结合病史、体征综合分析,或密切动态观察,避免误诊。以下腹痛伴阴道出血为主要症状的胎盘早剥易与先兆早产相混淆,应注意鉴别。对于出现无明显原因的早产先兆,当抑制宫缩无效,症状逐渐明显或有胎心率和胎心监护的

改变,特别是基线变异差时,应考虑到胎盘早剥的可能。另外,对于后壁的胎盘早剥,可仅表现为腰痛或深部盆腔内持续性疼痛,板状腹不明显,易被忽略或误诊为其他外科疾病而延误诊治,给母儿带来极大风险。

胎盘早剥一旦确诊,应迅速终止妊娠,争取胎儿存活。如胎儿已死亡且未临产或短时间不能阴道分娩者则应及时行剖宫产术,以免发生子宫卒中,甚至弥散性血管内凝血(DIC)。术前出现休克者,应积极纠正,最好输注新鲜血,同时治疗原发病,适当应用纤维蛋白原。本组患者中 4 例子宫卒中出血大于 1 500 ml 者均在术后立即用纤维蛋白原 2~4 g^[1],必要时可在补充容量的基础上及时输血^[2]。无一例出现 DIC 及其他并发症,术后均恢复良好,痊愈出院。

参考文献

- [1] 宋长广,李爱芹,贾云东,等.弥漫性血管内凝血的早期诊断指标探讨.中国危重病急救医学,2006,18(7):429.
 - [2] 朱莲萍,张银萍.116 例产后出血临床分析.中国危重病急救医学,2001,13(7):441. (收稿日期:2010-04-20)
- (本文编辑:李银平)