

• 经验交流 •

参麦和黄芪注射液治疗慢性肺源性心脏病心力衰竭 38 例疗效观察

江伟芬, 丁律中

(浙江省缙云县第二人民医院内科, 浙江 缙云 321404)

【关键词】肺源性心脏病, 慢性; 心力衰竭; 参麦注射液; 黄芪注射液

中图分类号: R242 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2007)06-0378-02

采用中西医结合方法治疗慢性肺源性心脏病(肺心病)心力衰竭(心衰)取得较好疗效, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 76 例患者为 2001 年 3 月—2004 年 4 月本院住院者, 均符合 1977 年全国第二次肺心病专业会议修订的诊断标准^[1], 心功能分级按照美国纽约心脏病学会(NYHA)分级方案, 按入院顺序随机分为中西医结合治疗组和西医对照组。治疗组 38 例患者中男 26 例, 女 12 例; 年龄 60~78 岁, 平均 65.5 岁; 病程 6~35 年, 平均 20.6 年; 心功能 3 级 12 例, 4 级 26 例。对照组 38 例患者中男 24 例, 女 14 例; 年龄 60~77 岁, 平均 64.6 岁; 病程 7~32 年, 平均 19.5 年; 心功能 3 级 14 例, 4 级 24 例。两组患者性别、年龄、病程及心衰程度经统计学处理差异均无统计学意义(P 均 >0.05), 有可比性。

1.2 治疗方法: 对照组采用限盐, 持续低流量吸氧, 抗生素控制呼吸道感染, 并予祛痰、平喘、扩血管、强心、利尿、纠正酸碱失衡及水和电解质紊乱等综合治疗。治疗组在对照组治疗的基础上加用参麦注射液 30 ml, 黄芪注射液 20 ml, 每日 1 次, 连用 2 周, 治疗前后观察患者临床症状、心功能改善情况、抗生素使用时间、动脉血气和血液流变学的变化。

1.3 统计学方法: 使用 SPSS9.0 分析软件, 数据以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效: 按文献^[2]标准分为显效、有效、无效。治疗组显效 22 例, 有效 13 例, 无效 3 例, 总有效率 92.1%; 对照组显效 16 例, 有效 11 例, 无效 11 例, 总有效率 71.0%。治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

2.2 抗生素使用时间: 治疗组抗生素使用时间 $[(10 \pm 2)d]$ 较对照组 $[(15 \pm 3)d]$ 明显缩短($P < 0.05$)。

2.3 动脉血气和血液流变学变化(表 1): 治疗组治疗后动脉血气和血液流变学改善程度优于对照组(P 均 < 0.01)。

3 讨论

慢性肺心病发生低氧血症或高碳酸血症的主要原因是通气功能障碍、通气/血流比例失调、弥散功能障碍和动-静脉分流。肺动脉高压是慢性肺心病发病过程中的重要环节, 其产生及严重程度明显影响慢性阻塞性肺疾病(COPD)和肺心病的病程及预后^[3]。

肺心病心衰属中医“肺胀”、“心水”等范畴, 中医理论认为肺心病肺动脉高压以痰饮瘀血互结为病^[4], 病机为正虚血瘀、痰瘀互结、水饮停聚、肺气壅塞之本虚标实证, 以心气(阳)虚或阴虚为主。治疗以益气养阴, 化痰散瘀, 壮阳泻肺利水。参麦注射液主要由人参、麦冬组成, 人参能提高内皮系统功能, 抑制心肌细胞膜 $Na^+ - K^+ - ATP$ 酶活性, 增加钙内流, 增加心肌收缩力, 改善微循环, 提高心排血量和冠状动脉血流量, 增加机体

耐缺氧能力, 具有辅助控制感染, 改善心血管功能^[5-7]。人参大补元气, 固脱生津安神, 六气振奋则肺气旺, 使气足血运通畅, 化痰活血而缓解症状。麦冬微苦微寒, 养阴生津、清心除烦, 联用等于加大了人参用量。黄芪可保护心肌抗缺血及强心作用, 抗自由基损伤, 抑制血栓形成及降低血小板黏附率^[8]; 其所含多种黄酮、黄酮类似物、多量黄酮皂甙和黄芪多糖均为非特异性的自由基清除剂^[9], 能抑制中性粒细胞过氧化物的产生, 还具有免疫促进作用, 增强网状内皮系统和巨噬细胞的吞噬功能, 诱导干扰素生成增加, 具有类似激素样作用, 从而抑制过敏反应, 增强抗炎作用, 增强机体应激能力^[10]。参麦和黄芪注射液联用明显缩短了抗生素使用时间, 改善了临床症状及功能, 具有较好的临床应用价值。

参考文献:

- [1] 叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 23, 27.
- [2] 王净净, 龙俊杰. 中医临床病证诊断疗效标准[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993: 332-336.
- [3] 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[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2003, 10(3): 164-166.
- [4] 杨茂农, 胥方元, 王毅, 等. 肺心合剂对肺动脉高压大鼠肺血管重建的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2004, 11(4): 231-234.
- [5] 王欲生, 邓文龙, 薛春生. 中药药理与应用[M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 14.

表 1 两组患者治疗前后动脉血气和血液流变学参数的比较($\bar{x} \pm s$)

组别		例数(例)	pH	PaO ₂ (mm Hg)	PaCO ₂ (mm Hg)	血浆黏度(mPa·s)	全血黏度比	血细胞比容
治疗组	治疗前	38	7.34±0.02	45.78±2.06	62.08±1.21	1.86±0.04	4.38±0.26	0.44±0.01
	治疗后	38	7.35±0.01	61.88±1.58*△	45.10±1.20*△	1.17±0.03*△	3.93±0.07*△	0.38±0.01*△
对照组	治疗前	38	7.34±0.03	46.40±1.52	61.82±1.18	1.91±0.04	4.40±0.21	0.44±0.02
	治疗后	38	7.34±0.02	52.73±1.18	55.60±1.04	1.87±0.02	4.32±0.15	0.44±0.01

注: 与本组治疗前比较: * $P < 0.01$; 与对照组同期比较: △ $P < 0.01$; 1 mm Hg = 0.133 kPa; PaO₂ 为动脉血氧分压, PaCO₂ 为动脉血二氧化碳分压

作者简介: 江伟芬(1973-), 女(汉族), 浙江省人, 主治医师(E-mail: jydwp@163.com)。

[6] 黄永斌. 参麦和参附注射液联用治疗急性心肌梗死临床观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2005, 12(2): 107.

[7] 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(4): 201.

[8] 韩玲, 陈可冀. 黄芪对心血管系统作用的实验药理学研究进展[J]. 中国中西医结合杂志, 2000, 20(3): 234-237.

[9] 孙成文, 钟国赣, 江岩. 黄芪多糖抗氧化损伤的研究[J]. 中国药理学通报, 1996, 12(3): 161-163.

[10] 裴怀腾. 中西医结合治疗流行性喘憋性肺炎疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 1996, 3(3): 109-110.

(收稿日期: 2007-01-02)

(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

中西医结合治疗颅内血肿 60 例临床观察

闫喜功

(河南安阳市中医院神经外科, 河南 安阳 455000)

【关键词】 颅内血肿; 中西医结合疗法; 脑损伤

中图分类号: R242

文献标识码: B

文章编号: 1008-9691(2007)06-0379-01

自 2000 年以来, 我们采用中西医结合方法治疗颅内血肿 60 例, 取得较满意的效果, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 60 例颅内血肿患者经头颅 CT 检查确诊, 由急诊科及门诊收入本科治疗。其中男 40 例, 女 20 例; 年龄 12~64 岁, 平均 46 岁。致伤原因: 车祸伤 38 例, 摔伤 12 例, 被击伤 10 例。诊断: 脑挫伤 41 例, 脑内血肿 34 例, 硬膜下血肿 24 例, 硬膜外血肿 32 例, 多发血肿 18 例; 合并颅骨骨折 34 例。按多田公式计算血肿量为 5~35 ml, 平均 15 ml。所有患者有不同程度的昏迷史, 伴头痛 60 例, 呕吐 35 例, 烦躁不安 30 例。

1.2 治疗方法: 按随机原则分为两组, 两组患者血肿量及出血部位基本相同。

1.2.1 对照组: 抗感染、止血、脱水、营养脑细胞激素、吸氧, 保持呼吸道通畅及对症处理等常规治疗。

1.2.2 治疗组: 在对照组治疗基础上, 48 h 后结合活血化瘀中药治疗。①丹参注射液 20 ml 加质量分数为 5% 的葡萄糖 500 ml 静脉滴注(静滴), 每日 1 次。②通窍活血汤加味口服: 当归 15 g, 赤芍 15 g, 桃仁 12 g, 红花 10 g, 大黄 10 g, 陈皮 12 g, 云苓 30 g, 川芎 10 g, 炙甘草 6 g。随证加减: 血肿较大者加三七粉 3 g, 每日 2 次口服; 大便 3 d 以上未解者, 大黄改为后下, 体壮者增至 15 g; 烦躁不安者加龙骨、牡蛎各 30 g(先煎); 痰多者加川贝母 15 g, 竹茹 15 g。恢复期继

作者简介: 闫喜功(1974-), 男(汉族), 河南省人, 主治医师。

续活血化瘀, 并扶以健脾益气、滋补肝肾为主治疗, 脾胃虚损佐以归脾汤, 肝肾亏损者佐以六味地黄汤。

1.3 结果(表 1): 治疗组较对照组血肿吸收明显, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 1 两组患者血肿吸收情况比较例

组别	血肿部位	治前	<15 d	15~30 d	>30 d
对照组	脑内	32	6	12	14
	硬膜下	12	8	4	0
	硬膜外	16	2	4	10
	多发	9	2	4	3
治疗组	脑内	32	10	15	7
	硬膜下	12	12	0	0
	硬膜外	16	4	6	6
	多发	9	4	5	0

2 讨论

急性颅脑损伤主要病机是气血运行不畅, 脑络瘀阻。古人云: “离经之血便是瘀血, 治血者必先祛瘀为要, 以活血化瘀为主法。”经现代药理证实, 活血化瘀药物具有改善微循环障碍, 降低毛细血管通透性, 增强吞噬细胞功能, 加速纤维蛋白溶解的作用。从而加快颅内血肿吸收和水肿消除, 有利于神经功能恢复。梁维邦等^[1]指出, 颅脑损伤可导致凝血功能的异常, 又可造成微血管阻塞和出血, 而导致继发性脑损伤, 进一步加重脑组织损伤程度。早期应用活血化瘀药有助于纠正凝血功能异常, 改善脑组织局部的循环状态, 防止继发性脑损伤发生。

丹参对血液流变学指标有明显的改善作用, 可降低血液黏度, 改善血液循环^[2], 扩张血管, 改善微循环, 保护脑细胞和促进缺血区脑细胞功能的恢复; 抑

制自由基产生和清除自由基, 同时能提高组织的耐氧能力, 增加脑细胞血液量, 减轻脑组织缺血性损害。大黄能通腑降浊, 使气血运行通达。研究显示, 大黄能改善血液循环, 促进新陈代谢, 降低颅内压, 减轻脑水肿, 也能防止因便秘而促使肠道对毒素的吸收。我们体会, 在伤后 48~72 h 病情稳定时用药为宜。

恢复期应以健脾益气, 滋补肝肾为主, 佐以活血化瘀会损伤正气, 尤其对年老体弱者更是如此。故选用归脾汤及六味地黄汤加减, 意在补后天以养先天, 益气血以壮肌肉, 补肝肾, 对恢复脑组织、促进颅内血肿进一步吸收、消除和减轻后遗症亦具有重要作用。

外伤性颅内血肿的预后主要与颅内血肿的部位、大小及脑水肿程度有关, 而脑水肿的轻重与血肿大小呈正相关。甘露醇等降颅压药物作用强、疗效确切, 但对脑出血动态观察发现, 脑出血后血肿吸收速度与降颅压等治疗无相关性。因此, 尽快清除血肿是患者早日康复, 减少致残率的关键。西药对促进颅内血肿吸收缺乏有效药物, 而中药在这方面有独到之处。

参考文献:

[1] 梁维邦, 陈明基, 谢康民, 等. 颅脑损伤后凝血功能异常与继发性脑损伤[J]. 急诊医学, 1997, 6(2): 72-74.

[2] 袁怀武, 姜亚平. 脑出血早期治疗中的活血化瘀疗法[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2006, 13(6): 382-384.

(收稿日期: 2007-08-12)

(本文编辑: 李银平)