

• 经验交流 •

马英注射液治疗大叶性肺炎的疗效观察

中医科 施欣红 何明大 宋其昌
湖南医科大学附属第二医院 药剂科 梁燕玲

我们自1984年1月~1986年2月,治疗大叶性肺炎66例,随机分为(马英注射液)治疗组40例,对照组26例,进行了疗效对比观察。

临床资料

一、病例选择:66例均为住院患者,治疗组40例,男性32例,女性8例,年龄16~76岁,其中20~50岁23例占57.5%。对照组26例,男性20例,女性6例,年龄16~76岁,其中20~50岁18例占69.2%。两组病例均经X线摄片证实为大叶性肺炎,中医辨证为肺热壅盛型。并发症:治疗组并发感染中毒性休克者12例;中毒性心肌炎2例;败血症1例。对照组并发感染中毒性休克6例。

二、症状及体征:66例中体温在37.5℃以上者60例占90.3%。患者均有不同程度的发热、咳嗽、痰稠、口苦口干、胸痛、苔黄脉数。而以发热、痰稠、苔黄、脉数为主证。体征均有不同程度的双肺呼吸音减弱或增强,或有双肺啰音及胸膜摩擦音的改变。

三、X线和实验室检查:治疗前两组患者均经X线摄片证实为大叶性肺炎。周围血象:白细胞总数1.5万以上53例占80.3%。

治疗方法

一、治疗组:马英注射液为马鞭草、蒲公英、黄芩等制成针剂,每10ml含生药12.5g, pH6.5~7.5, 含K⁺>60mEq/L, 达针剂规定浓度, 由我院药厂提供。用法:每日用量为150ml~200ml, 按1:5~1:7浓度加入5%或10%葡萄糖液中静脉滴注。7~14日为一个疗程, 依病情斟酌用量及疗程。感染中毒性休克者, 以马英注射液清热解毒的同时, 加用枳实注射液升压纠正休克, 及时调整水、电解质及酸碱平衡。高热者以物理降温为主, 或酌情以清开灵、牛黄醒脑注射液I、II号肌注或穴位注射, 必要时用化学解热药物。伴有便秘者予通腑泻热, 服用承气合剂, 诸症得以缓解。

二、对照组:采用抗感染的常规治疗方法。每日用青霉素240万~480万u静脉滴注、链霉素1g肌注, 或

每日用青霉素180万~240万u、链霉素1g肌注。感染中毒性休克者以阿拉明等升压, 纠正休克, 及时调整水、电解质及酸碱平衡。高热者以物理降温及化学药物为主。

两组病例治疗3天后所观察指标无改善, 则为无效病例, 改用其他药物治疗。

结 果

一、疗效标准:(1)痊愈:症状、体征消失, 体温、周围血细胞恢复正常, 肺部X线检查正常。(2)有效:症状、体征消失, 体温、周围血细胞恢复正常, 肺部X线检查大致正常。(3)无效:症状、体征不消失, 周围血细胞、体温未正常。

二、结果:(1)体温恢复正常时间:治疗组最短为10小时, 最长为148小时, 平均为84小时。对照组最短为20小时, 最长为288小时, 平均为108小时。经统计学处理: $t=0.810$, $P>0.05$ 。(2)周围血象恢复正常时间:治疗组最短为24小时, 最长为264小时, 平均为88小时。对照组最短为24小时, 最长为264小时, 平均为144小时。经统计学处理: $t=3.009$, $P<0.01$ 。(3)肺部X线征:13天内完全吸收者, 治疗组19例, 对照组14例;未完全吸收者, 治疗组19例, 对照组4例(均因受住院周转率影响)。统计学处理: $t=0.613$, $P>0.05$ 。(4)按以上疗效标准, 治疗组治愈19例, 有效19例, 无效2例, 总有效率为95%。对照组治愈14例, 有效9例, 无效3例, 总有效率为88%。

讨论与体会

一、方药应用:马英注射液性味苦寒及甘寒, 具有清热解毒、活血化瘀的功用, 用以治疗温热病符合“热者寒之”的治则。临床应用观察到, 本药具有退热、使血白细胞迅速恢复正常的功能, 说明其能提高网状内皮系统对白细胞的吞噬作用, 且强而有力。用本药后患者体温曲线呈梯形下降至正常, 且退热恒定, 故病情及时得到控制。

二、实验室观察:(1)抑菌试验:马英注射液对革兰氏阳性菌均有不同程度的抑菌、杀菌作用, 如

1:5 的药物浓度对金黄色葡萄球菌有直接杀菌作用。
(2) 血液流变学观察: 大叶性肺炎患者的血液粘滞性增高, 血液流动性降低, 显示出: 全血比粘度、血浆比粘度、红细胞沉降率、红细胞压积均增高, 红细胞电泳时间延长和全血还原度增高。本组患者应用马英注射液的前、中、后期分别测定以上各指标, 经对比分析认为马英注射液能改善血液粘度和血细胞的聚集性, 使体循环及肺循环中血液淤滞状态得到改善, 起到抗感染、抗休克的作用。(3) 动物毒、慢性试验: 小白鼠五代试验均未发现明显毒性作用。

三、体会: 大叶性肺炎是急性感染性疾病, 临床上以寒战、咳嗽、吐黄稠痰、胸闷等为特点, 病变以肺大叶为主。本病属于温热病, 按中医辨证为温邪犯肺, 其病理过程分为卫、气、营诸证, 而以气分证为多见。我们在66例患者中观察到, 该病起病急骤, 入院

时大多以气分证为主要表现, 发热是其主证, 内热壅盛所致, 若不采取有力措施, 可内陷营血, 耗气伤津, 致病情加重。我们对温热病抓住热毒壅盛这一特点施以清热解毒之剂——马英注射液, 以期从速而有效地截断病情的发展, 体现了中医“急则治其标”的原则。应用马英注射液治疗急性感染性疾病宜早宜速。如治疗大叶性肺炎早、中期作用尤甚, 晚期则加用活血化瘀之品赤芍、红花、川芎等, 改善病变部位血液循环, 加速炎症的吸收, 可收到预期的效果。

马英注射液以静脉为给药途径, 药物可直接到达病变部位, 能在短期内发挥药物的效能, 有效地控制病情的发展。尤其对热性病及危急重症, 能发挥抢救及时、缩短疗程的作用, 是中药剂型改革的一种尝试。

维生素B₁耳穴封闭麻醉在甲状腺手术中的应用

外科 胡可* 陈长春
麻醉科 蒋美英 陆年红
江苏宜兴市中医医院

我院自1979~86年, 在维生素B₁耳穴封闭麻醉下共行甲状腺手术54例, 取得满意效果, 现报告如下。

临床资料 本组54例中, 男12例, 女42例, 年龄18~64岁。病种: 甲状腺囊肿11例, 甲状腺腺瘤28例, 结节性甲状腺肿7例, 甲状腺机能亢进症8例。手术时间最短30分钟, 最长3小时50分钟。

麻醉方法 取穴: 一般取双耳“肺、交感、内分泌、颈”等穴位。手术前30分钟, 以4号普通针头在双耳所选穴位皮下各注射维生素B₁(100mg/2ml) 0.1ml, 注射后局部呈现皮试样丘疹。

术前用药: 术前30分钟, 肌注苯巴比妥钠0.1g及阿托品0.5mg或东莨菪碱0.3mg, 甲状腺机能亢进者可酌情加用安定或氯丙嗪。

辅助用药: 术前10分钟肌注哌替定1mg/kg, 如果手术时间超过2小时或麻醉效果欠佳者, 可追加半量。

结果

麻醉效果评级标准: I级: 手术过程中患者安静, 合作, 无呻吟, 无躁动, 手术顺利完成。II级: 手术过程中有微痛, 轻度不安, 缝皮时需加用局麻, 0.5%普鲁卡因用量在10ml以下者。III级: 手术过程中患者诉疼痛, 躁动, 呻吟。加局麻, 用0.5%普鲁卡因

10~40ml, 能够完成手术者。IV级: 0.5%普鲁卡因用量超过40ml, 或改用其它麻醉者。

麻醉效果: 本组54例中, I级39例, 占72.2%; II级12例, 占22.2%; III级3例, 占5.6%; 无一例失败。麻醉优良率94.4%(I、II级), 成功率100%(I、II、III级)。

体会 维生素B₁耳穴封闭麻醉甲状腺手术的效果良好, 除患者不愿接受或呼吸道难以保持通畅者外, 凡上述甲状腺疾病患者, 均可在耳穴封闭麻醉下进行手术。耳穴封闭麻醉对生理功能影响小, 患者在麻醉过程中处于清醒状态, 可与手术者主动配合, 避免误伤喉返神经; 手术过程中不用或少用麻醉药, 从而减少了药物意外; 对老年、体弱, 或心、肺、肝、肾功能不良者, 优越性更为明显。耳穴封闭麻醉其镇痛时间长, 术后患者伤口疼痛较轻, 可早期进食及活动, 有利于患者的恢复。本方法不需要复杂的麻醉设备, 操作技术简便, 易于掌握, 且无针刺麻醉时间留针刺激的不适感。

耳穴封闭麻醉尚存在一些有待进一步解决的问题。如手术中牵拉过重及缝皮过程中, 可能出现不同程度的镇痛不全, 当出现上述情况时除需要注意操作轻柔, 避免粗暴外, 有时还需局部注射少量0.5%普鲁卡因以达到止痛。本方法在实践中还需要进一步完善, 但仍不失为甲状腺手术麻醉方法中较为理想的一种。

* 现在浙江金华中医医院