

· 基层园地 ·

川芎嗪与酚妥拉明对肺心病
肺动脉高压作用的对比观察

新乡医学院第一附属医院(河南 453100)

张素荣 周义乾 关慧灵 李金兰 刘金铎

1993 年 9 月~1997 年 5 月,我们采用川芎嗪、酚妥拉明缓慢静脉注射和持续静脉点滴法,对 66 例肺心病肺动脉高压患者进行对比观察,并用微导管监测用药前后肺动脉压的变化,现报告如下。

临床资料 66 例为心血管内科、呼吸和结核内科住院患者,随机分为两组。A 组 38 例,男 28 例,女 10 例;年龄 23~76 岁,平均 63.4 岁;病程 3~34 年,平均 15.2 年;慢性支气管炎肺气肿(简称肺气肿,均符合第二次全国肺心病会议修定诊断标准)28 例,重症肺结核(IV 型)8 例,原发性肺动脉高压 2 例。B 组 28 例,男 20 例,女 8 例;年龄 32~74 岁,平均 61.8 岁;病程 3~38 年,平均 17.8 年;肺气肿 21 例,重症肺结核 6 例,原发性肺动脉高压 1 例。全部患者均有详细的病史、体检记录、心电图、超声心动图、X 线胸片及动脉血气分析等资料。

治疗方法 两组患者采取常规治疗方法(包括吸氧、控制感染等),不用任何影响肺动脉压的药物。A 组用川芎嗪(无锡市第七制药厂生产,批号 9802271)80mg 加生理盐水 40ml 缓慢静脉注射;B 组用酚妥拉明 10mg 加生理盐水 40ml 缓慢静脉注射。两组分别在用药前及用药后 30min、60min 记录肺动脉压,而后 A 组用川芎嗪 320~400mg 加生理盐水 250ml,每天 1 次静脉滴注;B 组用酚妥拉明 20mg 加生理盐水 250ml,每天 1 次静脉滴注。用药两周后再次记录肺动脉压。

肺动脉压的测定:用天津塑料研究所生产的微型心导管及美国产多功能系列监护仪。患者仰卧或高枕卧位,用带套管针刺穿肋间静脉,成功后将微导管插入肺动脉内,根据示波屏上压力曲线判断导管达肺动脉后,描记肺动脉压力曲线图,记录用药前后收缩压、舒张压、平均压测定值。

统计学方法:组间比较采用 t 检验。

结 果

1 疗效评定标准 显效:紫绀、呼吸困难、肺部罗音及右心功能不全的症状、体征基本消失,肺动脉平均压下降(0.88 ± 0.26)kPa;有效:紫绀、呼吸困难、肺部罗音及右心功能不全症状、体征明显减轻,肺动脉平均压下降(0.64 ± 0.32)kPa;无效:上述症状、体征有所改善,肺动脉平均压下降未达到有效标准。

2 两组患者临床疗效 A 组显效 26 例(68.4%),有效 8 例(21.1%),无效 4 例,总有效率 89.5%;B 组显效 13 例(46.4%),有效 10 例(35.7%),无效 5 例,总有效率 82.1%。

3 两组患者用药前后肺动脉平均压测定结果 见表 1。两组患者用药前均有不同程度的肺动脉平均压升高,用药后肺动脉平均压均有显著降低($P < 0.05$);用药 30min 后,B 组降低较 A 组显著($P < 0.05$);用药 2 周后,A 组降低较 B 组显著($P <$

0.05)。

表 1 两组治疗前后肺动脉平均压测定值比较 (kPa, $\bar{x} \pm s$)

组别例数	治疗前	治疗后		
		30min	60min	2wk
A 38	3.98 ± 0.52	3.68 ± 0.28	$3.42 \pm 0.34^*$	$2.94 \pm 0.32^{**}$
B 28	4.09 ± 0.38	$3.32 \pm 0.52^{**\Delta}$	$3.28 \pm 0.42^{**}$	$3.30 \pm 0.26^{**\Delta}$

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与 A 组比较, $\Delta P < 0.05$

讨 论 各种病因所致肺心病肺动脉高压表现为管壁增厚,管腔狭窄,肿胀的肺泡压迫毛细血管造成管腔狭窄或闭塞;慢性缺氧产生继发性红细胞增多,使血粘度增加,引起肺血管痉挛。因此治疗肺心病肺动脉高压的关键是如何使肺血管扩张,维持缩血管物质与扩血管物质的相对平衡。川芎嗪为中药川芎的主要成分,具有扩张小动脉、小静脉,抑制血小板聚集,改善微循环,降低血粘度之功能。其降低肺动脉压的机制可能与调节缩血管物质与扩血管物质的平衡有关,从而使缩血管物质生成减少,发挥扩血管效应,改善血瘀时的血流状态,使血流阻力降低,流速加快,携氧增多,改善缺氧,降低肺动脉压。而酚妥拉明为 α 受体阻断剂,可直接舒张血管平滑肌,解除支气管痉挛,降低气道阻力,从而改善肺通气功能,使氧分压增高,二氧化碳分压降低,改善低氧引起的肺血管痉挛,使肺血流阻力降低,肺动脉压和外周阻力降低,改善呼吸困难和右心功能不全的症状和体征。

本资料结果显示,酚妥拉明短期疗效优于川芎嗪,可能与该药直接舒张血管平滑肌有关。酚妥拉明对心脏的作用使心肌收缩力加强,心率增快。而川芎嗪组静脉滴注两周后的效果优于酚妥拉明组,可能与该药降低血粘度,抑制血栓素 A_2 的产生,保护血管内皮细胞功能有关。川芎嗪组无心率增快副作用,且提示川芎嗪长期静脉滴注可产生较满意的治疗效果,该药价格低廉,药源广泛,是防治肺心病肺动脉高压的有效药物。

(收稿:1999-04-04 第 2 次修回:2000-01-17)

中西医结合保守治疗泪囊痿管 32 例

甘肃省天水市北道区中医院(甘肃 741020) 雷秀珍

甘肃省天水市第二人民医院 刘韵宇 雷建珍

1977 年 7 月~1997 年 7 月,我们自行研制出改良泪道探通穿线术加中药竹叶泻经汤治疗泪囊痿管 32 例(32 眼),效果良好,现报告如下。

临床资料

1 病例选择 (1)有流泪、急慢性泪囊炎病史,突然泪囊周围红、肿,脓肿破溃流脓形成痿管;(2)经药物治疗泪囊周围红、肿消退者;(3)泪道冲洗不通,水从痿管处溢出者。

2 一般资料 32 例均为单眼发病,其中男 1 例,女 31 例;年龄 11~58 岁,平均 38.6 岁;病程 1~5 年,平均 1.36 年。

治疗方法

1 手术器械 泪点扩张器、泪道 1~4 号探针各 1 个,自制钩针并带有孔的 0 号探针各 1 个(0 号探针头端钻 1 个 0 号丝线

能穿过的小孔), 10 号丝线 60cm, 以上器械浸泡在 75% 酒精内消毒。

2 手术方法 用 0.5% 地卡因棉球, 夹泪点处 5mm 常规消毒, 用泪囊扩张器充分扩张泪小点; 用庆大霉素 4 万 u、地塞米松 2mg 加生理盐水 5ml 冲洗泪道。按泪道探通方法, 选 1 号探针通泪道, 防止形成假道, 按泪道冲洗法向泪道注入 0.5% 地卡因 0.3ml, 3~5min 后将穿有 0 号线的探针涂上抗生素眼膏探入泪道约 40mm 长, 用额镜窥下鼻甲下, 见探针及丝线, 用钩针钩出丝线环拉向鼻孔外, 将 10 号丝线置入该线环内呈双股, 涂上抗生素眼膏, 同探针一并轻轻拉出泪小点外, 剪去 0 号线环, 将 10 号线两端(泪点端和鼻孔端打结于面部)剪除余线, 术毕。

3 术后处理 (1)术眼点抗生素眼药水, 每天 4 次, 睡前涂抗生素眼膏 1 次。(2)术眼侧鼻腔滴 1% 庆大霉素液, 每天 3 次, 连用 2 周。(3)肌肉注射广谱抗生素 5~7 天。(4)中药用竹叶泻经汤: 黄连、黄芩、栀子、大黄、赤芍、茯苓、泽泻各 6g, 柴胡、决明子、车前子、竹叶各 9g, 升麻、羌活、炙甘草各 3g; 每天 1 剂, 水煎分 2 次服, 连用 3 天; 如有胃病不能服者, 可用该中药先熏后湿热敷患眼, 每次 30min, 每天 2 次。(5)7 天后复诊时检查活动线环, 用庆大霉素 4 万 u、地塞米松 5mg 加生理盐水 4ml 冲洗泪道, 7 天 1 次, 待泪道冲洗通畅, 泪囊周围皮肤颜色正常, 瘘管闭合, 流泪消失后分别在 40~60 天冲洗泪道通畅, 拆线, 也可延长带线时间。

结 果

1 疗效标准 拆线观察 1 年以上, 自觉溢泪、流脓消失, 泪囊局部未发生红、肿、破溃流脓, 泪道冲洗通畅为治愈。自觉迎风流泪, 泪道冲洗不通畅, 但无泪囊局部红、肿为好转。溢泪、溢脓, 泪囊局部红、肿, 不定时破溃、流脓为无效。

2 疗效 对 32 例(32 眼)随访观察 1~16.5 年, 带线时间 40~150 天, 治愈 30 眼(96.8%), 2 眼在拆线后流泪, 冲洗无脓, 也无泪囊局部红、肿、破溃流脓, 以鼻泪管再次阻塞, 探通后穿线 40 天治愈, 无 1 例复发。

3 术后并发症 (1)穿线后少部分患者因不注意眼部卫生可出现暂时性结膜炎。(2)个别患者穿线后泪小点有轻度扩张, 几天后即可恢复正常。

讨 论 泪囊瘘管是因鼻泪管阻塞, 以致细菌或沙眼病毒在泪囊内繁殖而引起化脓, 使泪囊前壁破溃流脓。治疗原则为解除鼻泪管病理性阻塞, 恢复泪道系统正常排泄功能, 以达到根治泪道病为目的。根据中医辨证, 选用了竹叶泻经汤, 方中黄连、黄芩、栀子、大黄清热泻火、燥湿、解毒、消炎, 对杆菌、球菌有较强的抑制作用; 柴胡、升麻、羌活、赤芍、决明子疏散风热, 散郁火; 赤芍活血散结; 茯苓、泽泻、车前子、竹叶清热利湿; 炙甘草调胃、和中、消炎, 使泪囊周围炎性肿胀迅速消散, 从而提高了手术治愈率, 给患者解除了痛苦, 且缩短了手术时间, 减轻了患者的经济负担。本法的优点: (1)解除了鼻泪管阻塞, 使脓泪细菌顺线流出, 抗生素眼药水随泪液一同流入泪道, 使炎症消退, 泪道畅通。(2)改良穿线术一次不成功者可行第二次穿线。(3)该手术不开刀、不住院, 操作简单, 大大减轻了患者的痛苦和经济负

担, 术后当天可照常工作。

(收稿: 1999-06-18 修回: 1999-12-20)

中西医结合治疗心肌梗死后 再发心绞痛 82 例

天津市第二医院(天津 300141)

马桂兰 王国缙

1992 年 10 月~1997 年 12 月, 我们采用中西医结合治疗心肌梗死后再次发心绞痛 82 例, 并与单用西药治疗的 80 例作对照观察, 现报告如下。

临床资料 急性心肌梗死(AMI)均符合 1979 年国际心脏病学会议及 WHO 临床命名及诊断标准的住院患者, 所有患者于心肌梗死发生后两周内再次发作心绞痛并未接受介入治疗。162 例患者随机分为两组。治疗组 82 例, 男 49 例, 女 33 例; 年龄 32~85 岁, 平均 58.8 岁; AMI 病程 1~16 天, 平均 5.4 天; 再发心绞痛 3~18h, 平均 5.7h。对照组 80 例, 男 47 例, 女 33 例; 年龄 30~86 岁, 平均 57.2 岁; AMI 病程 3~15 天, 平均 6.2 天; 再发心绞痛 2~12h, 平均 4.4h。梗死部位(治疗组与对照组): 前壁(包括前间壁、前侧壁)46 例、43 例, 下壁(包括正后壁)32 例、34 例; 前壁加下壁 4 例、3 例。梗死面积依据 12 导联心电图 QRS 记分估计(总分值 32 分), 治疗组与对照组分别为(14.2±5.6)分和(14.8±4.5)分。两组并发急性肺水肿 12 例、9 例, 心源性休克 4 例、2 例; 合并高脂血症 26 例、23 例, 高纤维蛋白原血症 18 例、17 例; 有高血压病史 27 例、22 例, 糖尿病 14 例、16 例。两组患者资料比较无显著性差异。

治疗方法 两组均给予低分子肝素(速避凝)0.3~0.4mg, 普通肝素钠 50~100mg, 每天 2 次皮下注射或静脉滴注, 连续 1 周, 维持凝血时间延长至原来 2 倍。高纤维蛋白原血症者均静脉滴注降纤酶 10u/d, 连续 3 天; 部分患者(两组各 10 例)静脉滴注尿激酶 20~50u/d, 3~5 天。所有患者每天均静脉滴注硝酸甘油、极化液或爱维治; 口服阿司匹林 100~300mg; 酌情给予 β 受体阻滞剂, 血管紧张素转化酶抑制剂、降脂药等, 并积极治疗并发症及合并症。

治疗组根据辨证分型同时加服中药。痰热夹瘀型(48 例), 以温胆汤加减: 半夏、陈皮、茯苓、竹茹、枳实、石菖蒲、郁金、天竺黄、川芎、柴胡各 10g, 桃仁 20g, 桔梗 15g, 川黄连、蜈蚣各 6g, 葛根 30g。气阴两虚夹瘀型(34 例), 治疗当以补气养阴, 活血化瘀, 以生脉散、血府逐瘀汤加减: 太子参 15g, 桃仁 20g, 麦冬、五味子、石菖蒲、郁金、乌梢蛇、赤芍、元胡、柴胡、川芎、桔梗、山萸肉各 10g。均每天 1 剂水煎服, 10 天为 1 个疗程, 治疗 3~4 个疗程。观察临床症状、心电图、血脂、血流变学等指标, 出院后专科门诊随访。两组均长期服硝酸酯类、阿司匹林、倍他乐克等药。治疗组加复方丹参、冠心苏合丸等。随访 1 年。

统计学方法: 采用 χ^2 检验。

结 果

1 疗效评定标准 显效: 心绞痛发作及硝酸甘油消耗量减少 80% 以上; 心电图符合 AMI 恢复期演变, S-T 段抬高恢复重