

稳心颗粒治疗老年缺血性心律失常的临床分析

余胜丽 刘秀娟 曾德珍
(贵州省人民医院 贵阳 550002)

关键词 缺血性心律失常 ;老年人 ;中西医结合疗法 ;稳心颗粒 ;硝酸酯类 ;阿斯匹林
中图分类号 R 541.7 文献标识码 B 文献编号: 1671-4040(2005)02- 0036-02

缺血性心脏病是老年人发生心律失常最常见的病因。因缺血性心律失常的药物治疗首选胺碘酮,但由于其可引起肺纤维化,皮肤色素沉着,以及肝、肾、甲状腺功能异常等毒副作用,限制了在老年患者中应用。针对老年缺血性心律失常,我们采用稳心颗粒进行治疗,并与胺碘酮作对照观察。现分析如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有病例选自 2002 年~2003 年我院急诊科及住院病人共 60 例,均为缺血性心脏病合并心律失常,符合 WHO 缺血性心脏病的诊断标准,随机分为稳心颗粒治疗组 30 例,胺碘酮对照组 30 例。其中治疗组男性 26 例,女性 4 例;年龄(70.5依1.1)岁;室早 21 例,房早 5 例,交界性早搏 4 例。对照组男性 24 例,女性 6 例;年龄(71.2依1.1)岁;室早 23 例,房早 3 例,交界性早搏 4 例。

1.2 方法 2 组患者均接受阿斯匹林、硝酸酯类药常规治疗。在此基础上,治疗组加用稳心颗粒 9g,每日 3 次,温水冲

服;对照组加用胺碘酮 0.2g,每日 3 次,1 周后改为 0.2g,每日 2 次,再 1 周后,改为 0.2g,每日 1 次,并维持此剂量,观察 4 周。所有患者于治疗前后作 12 导心电图、24h 动态心电图,观察心律失常的变化。

1.3 统计学处理 数据以 $\bar{X} \pm s$ 表示。每组治疗前后比较采用配对设计 t 检验,进行统计学处理。

2 结果 见表 1。

2.1 治疗组与对照组每组治疗前后比较,室早、房早、交界性早搏次数均显著减少($P<0.01$)。

2.2 治疗组与对照组每组治疗前后比较,无显著性差异($P>0.05$)。表明 2 组疗效相当。

表 1 2 组治疗前后心律失常变化情况比较 ($\bar{X} \pm s$) 次/24h		室早	房早	交界性早搏
稳心颗粒组 $n=30$	治疗前	5140依70	2186依60	319依5
	治疗后	670依02	198依03	118依0
胺碘酮组 $n=30$	治疗前	6018依16	2210依75	327依0
	治疗后	760依18	170依64	106依5

膝关节镜检及关节镜手术 58 例分析

苏高荣
(江西省丰城市中医院 丰城 331100)

关键词:膝关节镜检 ;关节镜 ;手术
中图分类号 R 443+.8 文献标识码 B 文献编号: 1671-4040(2005)02- 0036-01

我院于 2003 年 10 月开展关节镜工作至 2004 年 10 月,共行关节镜检及关节镜下手术 58 例。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 膝关节镜检及关节镜下手术 58 例,男 27 例,女 31 例;年龄 8~86 岁,平均年龄 51 岁;胫骨髁间隆突撕脱性骨折 4 例,半月板损伤 11 例,滑膜病变 6 例,膝关节感染 2 例,前交叉韧带损伤 2 例,盘状半月板 4 例,软骨损伤 3 例,骨性关节炎 29 例,关节内游离体 3 例。

1.2 治疗方法 采用德国产 wolf 关节镜系统,所有患者均取仰卧位,采用连续硬膜外麻醉,一般不用止血带。皮肤常规消毒铺巾后,于膝关节髌骨外下方穿刺进入膝关节,插入关节镜鞘接进水管放入生理盐水充分充盈膝关节,通过镜鞘放入关节镜,于膝关节髌骨外上方插入出水管。依次进行关节镜检查:髌上滑囊、髌上滑膜皱襞、髌股关节、内外胫股关节、髁间窝(前交叉韧带)、内外侧半月板、内外侧间隙、后关节囊。关节镜下手术:胫骨髁间隆突撕脱骨折,采用关节镜下复

位钢丝固定术,半月板损伤采用关节镜下次全切、全切术,滑膜增生行滑膜切除术,膝关节感染行关节镜下病灶清理术,盘状半月板行次全切除术,软骨损伤、骨关节炎行软骨面打、穿孔修整术,关节内游离体取出术。镜检、治疗后切口以 1 号线缝合 1 针,膝关节用棉花垫加压包扎。

1.3 术后处理 术后麻醉恢复后开始股四头肌锻炼,一般第 3 天练习膝关节屈伸活动,并逐渐扶拐下地行走。

2 结果

本组 58 例,随访 1~6 个月,关节镜下治疗病例,胫骨髁间棘撕脱性骨折 4 例,3 月后拍照骨折均愈合,膝关节功能良好;半月板损伤 11 例,关节镜下次全切 10 例,全切 1 例,交锁、疼痛症状显著减轻;骨关节炎 29 例,26 例明显好转,3 例疗效不明显;前交叉韧带损伤未作治疗;软骨损伤 3 例,术后疼痛减轻。

3 讨论

随着微创技术发展,各种损伤小、安全(下转第 85 页)

可不对称(长径 1cm 以上),部分病人肾脏外形不规整。病理主要表现为分布不均一的寡细胞性肾间质纤维化。光镜下肾间质呈多灶状或大片状寡细胞性纤维化,偶有少量散在或小灶状淋巴和单核细胞浸润,肾小管多灶状或大片状萎缩或消失,肾小球无明显变化或肾小球基底膜呈缺血性皱缩,毛细血管祥塌陷,直至进展为缺血性硬化,小动脉壁增厚,管腔狭窄。免疫荧光检查多为阴性。电镜下:肾间质可见束状胶原纤维,肾小管基底膜增厚,肾小球基底膜皱缩及毛细血管壁塌陷。大多数学者认为^[17,22,23]:长期服用小剂量 AA 药物,还可能致癌,尤其是泌尿系统癌。但也有学者对其 AA 的致癌性提出质疑^[18]。目前虽然有证据提示 AAN 患者的肿瘤发生可能与 AA-DNA3 加合物有关,但其与肾脏损伤的关系还缺乏更深入的研究。

4.3 肾小管功能障碍型马兜铃酸肾病 临床表现:常发生于小剂量/间断服用 AA 药物数周~数月后出现乏力、口渴、多饮、多尿、夜尿增多等症状,常呈肾小管(远或/和近端)酸中毒表现,和/或出现 Fanconi 综合征。尿浓缩功能减退,尿渗透压降低,血尿素氮、血肌酐基本正常。有学者^[11]推测:木通的利尿作用很可能是以它对肾小管上皮细胞的损伤、对离子转运功能的损害以及对尿液浓缩功能的损伤为代价的。病理表现为肾小管变性、萎缩。光镜下可见近端肾小管上皮细胞扁平,部分崩解脱落和管腔扩张,部分萎缩;肾间质无明显病变,或呈轻度灶状寡细胞性纤维化;肾小球正常;小动脉壁增厚。免疫荧光检查:阴性。电镜检查:肾小管刷状缘部分脱落,上皮细胞线粒体肿胀,部分细胞器崩解及脱落,肾小球基本正常或轻度系膜增生。AAN 3 型的临床表现可有一定的重叠,也存在一定的转换,如急性或慢性 AAN 病人均可伴随出现肾小管酸中毒,重症急性 AAN 可以向慢性 AAN 转换^[19]。

5 马兜铃酸肾病的治疗

目前本病尚缺乏特异有效的治疗^[8,23]。可参考对间质性肾炎的处理方案,选用类固醇激素,可能在延缓慢性 AAN 进展上等方面有一定疗效^[2],如强的松 0.5~1.0mg/kg.d 口服,甚至已经-中度肾衰竭者也可试用。但是具体客观的类固醇激素治疗的适应证以及具体的用药方案,如初始剂量大小、如何减量,维持多长等,目前尚无定论^[9]。其治疗机制也不清楚,可能与类固醇激素强大的抑制细胞因子作用及抗纤维化作用密切相关。也有人推荐应用血管紧张素转换酶抑制剂

(上接第 36 页)系数大的方法逐渐颇受推崇。关节镜检查及手术应用于临床以来,在关节伤病诊断与治疗方面具有革命性意义。在诊断方面,尽管 CT、MRI 检查对骨关节病诊断有很高的分辨率,但关节镜检查更能直接观察到病损部位,反应病变程度,其确诊率可达 98%以上。特别是临床检查、影像学检查常常漏诊,关节镜检查却能一一检查清楚,如半月板损伤、软骨损伤等。不明原因的关节肿痛往往有慢性滑膜炎,不同病变的慢性滑膜炎有不同的表现,单纯性、结核性、化脓性、风湿性、类风湿性关节炎以及晶体性关节炎等,关节镜可明确诊断。发现新病种,如滑膜皱襞综合征、膝横韧带损伤等病种是关节镜应用于临床以前无法确诊的。

关节镜下手术,创伤小,功能恢复快,且安全可靠。如半

(ACEI)及血管紧张素 II 受体拮抗剂(ARB),对控制血压,延缓肾功能向 ESRD 进展有一定的干预作用。还有人提出有关中医的治疗^[19]:(1)冬虫夏草及其制剂:用量 6~10g/d,隔水蒸服;常用制剂有至灵胶囊、金水宝、百令胶囊等。(2)丹参及其制剂:用量 10~30g/d,水煎服;常用制剂有丹参针。(3)黄芪及其制剂:用量 30~60g/d,水煎服,常用制剂有黄芪针。(4)川芎及其制剂:用量 10~30g/d,常用制剂有川芎嗪针。(5)其它:如大黄、积雪草也可选用。此外,应及时停用含 AA 的中药,加强营养支持治疗,稳定内环境,防止和纠正酸碱失衡及电解质紊乱等综合性内科处理。一旦发生肾衰竭,应及时进行肾脏替代治疗均十分重要。

6 马兜铃酸肾病的预防

要做到真正意义上的预防,首先应该提高人们中医药的认知水平,纠正某些错误的概念,如许多人错误地认为中草药无毒无害,导致随意地应用中药或中成药造成不良反应。提高广大医师辨证施治水平和中药材的识别、加工技术。比利时“中草药中毒事件”造成 100 余人出现严重的肾脏损害是由于将原处方中的中药汉防己错用成出自完全不同植物属科种的广防己,将关木通当作川木通。再者是用药的剂量和疗程,有研究表明^[20]用药典法定剂量关木通煎服液连续灌大鼠 2 个月,对其肾功能及肾间质无明显不利影响。若大剂量则会致其发生 AAN。即便如此,小剂量木通也不宜长期服用^[2]。因此,正确地运用中药方剂配伍、中药的炮制和合理煎服也十分重要,恰当的配伍能够增强药效,减少副作用,否则会降低药效,增加药物的毒性。中医的精华在于辨证论治,因人而异,对症下药,用中医药治疗肾脏病时千万不能忽视辨证施治,防止一些中药滥用、中西药混用造成的中药肾毒性增加。

7 结语

发生在比利时的这一“中草药中毒事件”(有学者^[14]认为称其为“比利时肾病”更恰当),虽然是由于个别欧洲国家^[21]在进口中药生药材粉防己时误将名称相近的广防己混于其中,把含有 AA 的马兜铃属的广防己当作不含 AA 的粉防己使用造成的,但是西方的学者们恰恰没有意识到这一点,反而引起西方社会所谓的“灾难”。他们还因马兜铃属的木通马兜铃含有 AA,禁止了所有带“木通”两字的中草药^[21],如来源于铁线莲属植物小木通和绣球藤的生药材川木通。正

月板损伤和盘状半月部分切除、修整、成形术保留半月板原有的功能,避免以往开放性的手术损伤大、愈合差的缺陷。关节镜清理术治疗骨关节炎创伤小,效果好。髌间隆突骨折采用关节镜下钢丝固定术,可早期功能锻炼,恢复快。滑膜炎可行关节灌洗术、滑膜切除术,以大量生理盐水灌洗关节腔,将病理性关节腔环境恢复生理功能,阻断了病变关节的恶性循环,并取得了内按摩作用。特别是对感染性关节炎,关节镜下病灶清理术疗效尤佳,避免了开放性手术创伤大、后期关节粘连的并发症。像所有骨关节手术一样,术后合理的、科学的功能锻炼尤其重要,不容勿视。但关节镜手术对于关节疾病诊断与治疗是其他方法不可替代的。

(收稿日期:2005-01-21)