

普罗帕酮转复阵发性室上性心动过速疗效观察

王健

(江西省九江市中医医院 九江 332000)

关键词: 普罗帕酮; 心动过速; 药物治疗

中图分类号: R 541.71

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0058-02

阵发性室上性心动过速 (PSVT) 是临床常见的心律失常, 可出现于有或无器质性心脏病病人, 常呈阵发性发作, 发作时因心排血量下降可伴有胸闷、头晕等症状, 或原有器质性心脏病加重而危及生命。因此及时终止阵发性室上性心动过速极为重要。本文选用普罗帕酮治疗阵发性室上性心动过速 28 例, 效果良好。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 28 例均为急诊病人, 其中男 16 例, 女 12 例, 年龄 16~68 岁。不明原因 23 例, 冠心病 2 例, 高血压心脏病 2 例, 预激综合征 1 例。发病时均经 I2 导联心电图确诊为 PSVT, 心率 160~210 次 /min。反复发作 10 例, 最多 1 例反复发作 11 次, 发病至就诊时间 6min~7h。临床表现为突然胸闷、心悸、气短, 乏力; 常规颈动脉窦按摩、做 Valsalva 动作、压迫眼球及刺激咽后壁均无效。

1.2 治疗方法 患者经心电图证实为 PSVT, 立即建立静脉通道, 心电及血压监测, 普罗帕酮 70mg (1.0~1.5mg/kg) 加入 10mL10%GS, 5~10min 内缓慢静注, 观察 15~20min; 无效重复以上剂量, 观察 30min; 如尚未转复再用 70mg 静推, 总量不超过 210mg。每次推注时密切观察病人用药后的反应及心电图变化。若 PSVT 终止, 立即停止推注; 用药前及终止发作时记录 12 导联心电图。

1.3 疗效判断 阵发性室上性心动过速转复为窦律后 2h 未再发作者为有效。累积用药达 210mg 且观察 30min 后 PSVT 仍未复律者为无效。

2 结果

2.1 疗效 用药后 10min 内起效 18 例, 15min 后起效者 6 例, 30min 以上起效 2 例, 最快者于静注 2min 转复, 最慢者于注药后 55min 转复; 普罗帕酮生, 缓解抑郁情绪。

4.3 建立良好的社会支持系统 糖尿病病程长, 故良好的社会支持系统, 可以预防和降低患者抑郁情绪的发生。对住院病人来说, 除了医护人员给予其精神支持外, 还要充分发挥家人、朋友、同事及社会团体的支持作用, 特别是家人对生活不能自理者不能嫌弃, 鼓励其家属、亲友经常探视, 给予生活上及

最小用量为 20mg, 最大用量为 210mg。有效 26 例, 有效率 92.86%; 无效 2 例, 占 7.14%。无效者改用其他药物。

2.2 副作用 头晕恶心呕吐、房性期前收缩、窦性心动过缓(心率 46 次 /min) 各 1 例, I 度房室传导阻滞、室性期前收缩各 2 例, 均未作任何处理自动缓解。未发现严重的心律失常及心脏停搏。

3 讨论

PSVT 是临床常见心律失常之一, 绝大多数由折返机制所致, 部分由于自律性增高及触发活动所致, 常见类型有房室结折返性心动过速和房室折返性心动过速。折返性心动过速的持续存在, 有赖于折返环路各部分组织的传导时间总和长于各组织的 ERP, 若任何一部分组织的 ERP 长于传导时间总和或某部分组织发生阻滞时均可终止折返的发生^[1]。

普罗帕酮为 Ic 类抗心律失常药物, 对整个传导系统和房室旁路有明显的抑制作用, 能显著延长房室结、旁道、房室快通道和慢通道的 ERP, 抑制房室传导, 变单向阻滞为双向阻滞而终止折返。它能明显地抑制房室结快慢径路及旁道的逆向 ERP, 从而快速有效地终止房室结及房室折返性心动过速。本组有效率为 92.86%, 未发现明显副作用。我们认为静注普罗帕酮终止 PSVT 安全, 起效快, 疗效高, 可作为急诊处理 PSVT 首选药物。虽然普罗帕酮安全有效, 但也不可盲目使用。据报道其不良反应发生率为 17.7%^[2], 亦有注射普罗帕酮致心脏停搏及室颤的报道^[3,4], 故使用时应掌握个体化差异及适应证。我们认为单次首剂最好 35~70mg, 无效时, 观察 15~20min 再重复使用, 应避免一次性使用过大剂量; 静脉推注药物一定要在心电监护下进行, 无情感上的支持、照顾, 缓解其抑郁情绪。

参考文献

[1]叶任高.内科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2002.798
[2]戴晓阳.护理心理学[M].北京:人民卫生出版社,1999.94-95
[3]龚耀先.修订艾森个性问卷手册[M].湖南医学院,1983.63
[4]郑蔼玲.一例乳腺癌患者手术期的心理支持 [J].天津护理杂志, 2003,3(11):149

(收稿日期: 2008-09-27)

中西医结合治疗过敏性紫癜 46 例疗效观察

张枫

(河南省偃师市中医院 偃师 471900)

关键词:过敏性紫癜;中西医结合疗法;辨证分型

中图分类号:R 554.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0059-02

笔者自 2004 年 5 月~2008 年 5 月,采用中西医结合治疗过敏性紫癜患者 46 例,并与同期单纯常规西药治疗的 30 例进行临床对比观察。现报告如下:

1 临床资料

76 例均为我院皮肤科门诊患者,所有病例均符合《皮肤性病学》过敏性紫癜诊断标准,排除重度危重症患者。随机分为两组:治疗组 46 例,其中男 34 例,女 12 例;年龄 8~38 岁,平均 16.8 岁;病程最短 3d,最长 4 个月。对照组 30 例,其中男 22 例,女 8 例;年龄 7~36 岁;病程最短 4d,最长 5 个月。两组资料在性别、年龄、病程、病情轻重程度方面比较均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西替利嗪片 10mg,1 次/d,安络血片 5mg,3 次/d,复方芦丁片 2 片,3 次/d,葡萄糖酸钙片 1.0g,3 次/d,均口服。

2.2 治疗组 除用以上西药治疗外,依据中医辨证分为四型施治:(1)风热伤络型(19 例):起病急,皮肤紫斑点,色鲜红,腰以下对称分布,略高出皮肤,伴发热、腹痛、关节痛,舌尖红,苔薄黄,脉浮数。治以散风清热,凉血消斑,方用凉血五根汤加减。(2)血热伤络型(10 例):皮肤骤见青紫或鲜紫色点状或斑块,此起彼伏,身热烦渴,面赤,舌质红绛,苔黄燥,脉数有力。治以清热凉血,解毒消斑,方用犀角地黄汤加减。(3)脾不统血型(8 例):病程长,皮肤紫斑点反复发作,色暗,分布稀疏,伴腹胀、便溏、纳呆,面色苍白,神疲乏力,头晕目眩,心悸少寐,舌淡,苔薄白,脉细弱。治以健脾益气,活血消斑,方用归脾汤加减。(4)阴虚火旺型(9 例):皮肤青紫斑点电监护条件的医院一定要在医生监听心率的情况下使用,一旦转复立即停止推注;静脉推注的速度一定要缓慢,至少 5~10min。本组有 1 例患者在用药过程中快速推注出现胸闷、心电监护示窦性心动过缓(心率 46 次/min),停药后好转,提醒我们静脉推注时一定要注意速度,以防发生严重的、不可逆的心律失常或心脏停搏。普罗帕酮有窦房结抑制及负性肌力的作用,对窦房结及心功能差的患者应慎用。

或斑块,时发时止,手足烦热,口干咽燥,潮热盗汗,腰膝酸软,舌红少苔,脉细数。治以滋阴降火,活血消斑,方用知柏地黄汤加减。以上诸型中,若伴腹痛可酌加延胡索、川楝子、白芍、木香等;若伴关节痛可酌加木瓜、秦艽、鸡血藤、络石藤等;若伴血尿可酌加白茅根、生地炭、小蓟等。日 1 剂,水煎,分二次服。两组均以 10d 为 1 个疗程,治疗 2 个疗程后进行疗效对比,对痊愈者随访半年,观察复发情况。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准 治愈:皮疹完全消退,症状消失,实验室检查正常;显效:症状消失,皮疹消退 $>70\%$;好转:症状显著减轻,皮疹消退 $>30\%$;无效:症状改善不明显,皮疹无变化。总有效率以治愈率加显效率计。

3.2 治疗结果 两组临床疗效比较见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 例					
组别	n	治愈	显效	好转	无效
治疗组	46	40	4	2	0
对照组	30	10	9	6	5

注:与对照组比较,* $P<0.01$ 。

3.3 复发情况 治疗组半年内复发 1 例,复发率 2.5%,对照组半年内复发 3 例,复发率 30.0%,治疗组复发率明显低于对照组。

4 讨论

过敏性紫癜,西医又称亨诺-许兰紫癜,是一组由各种致敏原引起的累及毛细血管及细小动脉的白细胞碎裂性血管炎,临床表现为非血小板减少性紫癜,伴或不伴有关节痛、腹痛和肾脏改变,病因复杂,细菌、病毒、食物、药物、寄生虫等均可促使发病,好发于儿童及青少年,男性多于女性,治疗常采用抗组胺、降低血管壁通透性、糖皮质激素类药物

参考文献

[1]伍子琳,顾复生,沈璐华,等.心律平治疗阵发性室上性心动过速的临床电生理研究[J].中华心血管杂志,1990,18(3): 160-163
[2]诸骏仁,李志善,陶萍,等.普罗帕酮、莫雷西嗪、美西律的疗效和安全性再评价[J].中华心血管杂志,1998,26(3): 170-171
[3]周杰,朱正芳,程久佩.心律平致心脏停搏 1 例[J].临床心血管杂志, 2001,17(6): 251
[4]王兵,许顶立,惠海鹏.静脉注射心律平治疗室上性心动过速致室颤 1 例[J].临床心血管杂志,2001,17(7): 330

(收稿日期: 2008-10-14)