

对难治性肺炎患者的治疗具有优越性。综上所述，对于神经内科难治性肺炎患者采取病原学检测及药物敏感性试验，再根据其药敏试验结果选取合适的抗菌药物，将药物通过支气管镜肺泡灌洗治疗，其临床效果明显，值得临床推广使用。

参考文献

[1]谢惠芳,刘艳,龙军,等.神经内科重症监护病房卒中相关性肺炎非发酵菌的构成及耐药性研究[J].实用医学杂志,2012,28(19):3 271-3 273

[2]倪桂莲,王冬国.神经内科住院患者感染肺炎克雷伯菌耐药性分析与产 ESBLs 酶耐药基因检测[J].中华医院感染学杂志,2011,21(16): 3 326-3 328
[3]李智慧,于海宁.神经内科重症监护病房老年卒中相关性肺炎的临床特点及危险因素[J].中国医学创新,2011,8(30):88-91
[4]蒋岚,张建东,李丽.神经内科患者难治性肺炎 96 例临床分析[J].中国临床实用医学,2010,4(8):112-113
[5]张小丽,靳榕,郭健.神经内科患者医院获得性肺炎的临床分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2010,8(11):1 400-1 401

(收稿日期:2014-04-17)

急性左心衰患者院前急救临床分析

张伟波

(广东省佛山市禅城区中心医院 佛山 528000)

关键词:左心衰;院前急救;诊断;治疗;疗效比较

中图分类号:R541.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.12.026

急性左心衰竭是一种十分常见的急危重病，其主要特征为肺淤血、器官低灌注以及心排出量降低，患者临床表现为呼吸困难、咳嗽、咳血、乏力等，且由于该病病情多变，可引发心源性休克，若不及时救治，会危及患者生命安全^[1]。本研究对 2012 年 10 月~2013 年 9 月我院接治的 25 例急性左心衰患者采取先院前急救再入院后常规流程急救，效果甚佳。现报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 10 月~2013 年 9 月在我院进行治疗的 52 例急性左心衰患者，随机分为两组。观察组 25 例，男 14 例，女 11 例；年龄 55~85 岁，平均(67.03± 7.18)岁；高血压 3 例，冠心病 13 例，原发性心肌病 2 例，心律失常 4 例，尿毒症 1 例，风心病 2 例。对照组 27 例，男 18 例，女 9 例；年龄 53~82 岁，平均(68.39± 6.52)岁；高血压 5 例，冠心病 11 例，原发性心肌病 1 例，心律失常 3 例，尿毒症 2 例，风心病 3 例。两组患者在性别、年龄等一般资料方面均无显著差异(P>0.05)，具有可比性。

1.2 治疗方法 观察组到达现场后，先进行院前急救以使患者的生命体征保持稳定：患者取端坐位，马上供氧，建立静脉通道，注射吗啡使患者保持镇静，采取扩血管、利尿、强心等对症处理措施。静脉推注西地兰稀释液(国药准字 H31021178)0.3 mg，监测心电图，静脉推注呋塞米(国药准字 H20051479)30 mg，并静脉滴注硝酸甘油(国药准字 H20057216)。若患者有双肺哮鸣音，则静脉滴注地塞米松(国药准字 H42020019)5 mg。原地监测患者生命体征变化，等稳定后方可送往医院，入院后采取常规急性左心衰的急救措施。对照组到达现场后，采取供氧、含服硝酸甘油等简单急救措施，之后迅速抬上救护车送

往医院，入院后采取常规急性左心衰的急救措施。比较两组疗效和平均急救时间。

1.3 疗效评价 显效：患者呼吸困难等症状显著改善，双肺干、湿性罗音明显减少或消失，血氧饱和度高于 95%；有效：症状有所改善，血氧饱和度超过 90%；无效：症状无好转甚至病情恶化。

1.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件处理数据，计量资料用均数± 标准差($\bar{X} \pm S$)表示，采用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验，P<0.05 为差异显著。

2 结果

2.1 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	显效	有效	无效	总有效
观察组	25	14 (56.00)	9 (36.00)	2 (8.00)	23 (92.00)*
对照组	27	7 (25.93)	11 (40.74)	9 (33.33)	18 (66.67)

注：两组比较，*P<0.05，具有显著性差异。

2.2 两组平均急救时间和病死率比较 观察组平均急救时间为(17.52± 5.81) min，对照组平均急救时间为(34.91± 12.77) min，两组相比具有显著性差异(P<0.05)。观察组死亡 1 例(4.00%)，对照组死亡 7 例(25.93%)，两组比较具有显著性差异(P<0.05)。

3 讨论

急性左心衰主要是因急性心脏病变而快速、明显降低左心排血量，引起肺毛细血管和静脉压力迅速上升而出现的一种危急症^[2]。该病的主要诱因为心内膜炎所导致的瓣膜穿孔、高血压性心脏病、急性心肌梗死以及外伤等。患者一旦出现急性左心衰，可引发急性肺水肿，血浆会进入肺泡及肺间质中，使气体交换发生障碍，从而出现呼吸困难等一系列症状^[3]。急性肺水肿应马上救治，否则会危及患者生命。故该病治疗的关键在于有效、及时的院前急救^[4]。目前，主要的急救措施包括患者取端坐位，降低回心血

量, 供氧, 应用吗啡以镇定患者情绪, 应用西地兰以增加心肌收缩力, 应用氨茶碱以舒张支气管, 改善肺水肿等^[9]。

本研究采取一系列的院前急救措施可快速减少心脏前后负荷, 改善肺水肿和心肌缺血症状, 增加心排量, 还可调节组织器官的血流灌注情况, 缩短各种器官和组织的缺氧缺血时间, 防止器官和组织进一步受损, 从而控制病情以免恶化, 改善预后。研究结果显示, 观察组总有效率明显优于对照组, 观察组平均急救时间明显少于对照组, 病死率也低于对照组, 均具有显著性差异($P<0.05$)。综上所述, 院前急

救可快速改善急性左心衰患者的症状, 控制病情, 提高存活率, 具有临床推广价值。

参考文献

[1] 赵建华, 周文, 张冬访, 等. 急性左心衰 48 例院前急救临床分析[J]. 临床急诊杂志, 2012, 13(3): 199-200
[2] 罗志敏, 吴学虹. 急性左心衰竭院前急救临床效果观察[J]. 当代医学, 2013, 19(7): 63-64
[3] 嵇霆, 朱晋鸣, 李岩. 急性左心衰 102 例院前急救的临床分析[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2010, 9(1): 17-18
[4] 朱鋈, 莫小红. 急性左心衰 51 例院前急救的临床分析[J]. 中国当代医药, 2011, 18(21): 244
[5] 宋淑华, 霍光, 范珍川, 等. 急性左心衰院前急救的临床分析[J]. 中国现代医药杂志, 2009, 11(8): 55-57

(收稿日期: 2014-04-17)

阿普唑仑联合交泰丸治疗失眠 30 例

王建彬 王红胜

(江苏省宿迁市中医医院 宿迁 223800)

关键词: 失眠; 阿普唑仑; 交泰丸; 疗效观察

中图分类号: R256.23

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2014.12.027

失眠, 中医又名“不寐”, 是临床上常见的疾患。近年来笔者采取阿普唑仑联合交泰丸治疗失眠 30 例, 取得了较满意的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 4 月~2013 年 6 月我院收治的失眠症患者共 30 例, 其中男 16 例, 女 14 例; 年龄 35~72 岁, 中医辨证分型均属于心肾不交型。

1.2 诊断标准 所有诊断标准均符合《神经病学》^[1]失眠诊断标准: (1) 睡眠障碍几乎为唯一症状, 其他症状继发于失眠, 包括入睡困难、睡眠不深、易醒、多梦、早醒、醒后不易再睡, 醒后感到不适、疲乏或白天困倦等; (2) 上述睡眠障碍每周至少发生 3 次, 并持续 1 个月以上; (3) 失眠引起显著的苦恼或精神活动效率下降, 或妨碍社会功能; (4) 不是任何一种躯体疾病或精神障碍症状的一部分。中医辨证分型符合《中医内科学》^[2]“不寐”中心肾不交型, 症见: 心烦不寐, 入睡困难, 心悸多梦, 伴头晕耳鸣, 腰膝酸软, 潮热盗汗, 五心烦热, 咽干少津, 舌红少苔和脉细数等症。

1.3 治疗方法 选取《韩氏医通》中交泰丸, 组方: 黄连和肉桂按 10:1 比例打成粉末调和, 装胶囊, 每晚服 3 粒; 同时睡前口服阿普唑仑 0.4 mg, 共 1 周。嘱患者作息时间规律, 晚餐后不饮酒、咖啡、茶和吸烟, 睡前 2 h 散步等适度运动, 不在床上阅读和看电视。

1.4 疗效观察 疗效评定标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]。治愈: 睡眠正常, 伴有症状消失; 好转: 睡眠时间延长, 伴有症状改善; 未愈: 症状无改变。

1.5 治疗结果 30 例患者中好转 24 例, 治愈 6 例, 无未愈患者, 总有效率为 100%。

2 典型病例

患者郭某, 女, 52 岁, 因“睡眠不佳 2 年”来诊, 患者近 2 年来入睡困难, 睡后易醒, 心烦, 多梦, 腰膝酸软, 舌红苔略黄腻, 脉细。来诊后予交泰丸每晚服 3 粒, 同时睡前服用阿普唑仑 0.4 mg, 嘱患者作息时间规律, 睡前不在床上阅读和看电视等。服药当天患者入睡较前容易, 睡后易醒情况也较前好转。服药 1 周后患者入睡已较容易, 夜间易醒情况也明显好转。

3 讨论

失眠是临床常见的一种疾病, 其病理变化总属为阳盛阴衰、阴阳失交。一为阴虚不能纳阳, 一为阳盛不得入于阴。其病位主要在心, 与肝、脾、肾密切相关。心之阴阳必须下降于肾而充养肾之阴阳; 肾之阴阳必须上升至心, 以濡养温煦心之阴阳。只有心肾阴阳之间的上下交通, 相互依存, 才能保证这两脏之阴阳充足, 并维持动态平衡关系。心肾之间的这种关系就称为“心肾相交”, 也叫“水火既济”。当心肾不交时, 肾水不能上济于心, 心火不能下交于肾, 心神被扰, 故见失眠。阴主夜息, 阳主昼作。阳入于阴则夜瞑而息, 阴入于阳则昼精而作。现代医(下转第 48 页)