

走,前一周可先间断摘除腰围护具,室内活动。1 周之后可完全摘除护具,逐渐增加运动量。3 个月之后可恢复正常生活。患者手术之后应随时观察其临床症状变化和恢复情况,并定期行影像学检查。如有任何不适感,或影像学资料显示骨折愈合不满意者应主动减少其下地活动量,以免增加不必要的风险。

综上所述,采用经伤椎椎弓根钉固定技术治疗胸腰椎骨折,骨折复位效果满意,达到重建椎体高度,是一种安全可靠的手术方法,经过术后不同时间段功能锻炼,能很显著地改善患者腰背痛,促进神经功能恢复,因此值得临床应用。我们在对脊柱胸腰段骨折进行手术治疗时,都应注意如何恢复脊柱的正常功能、构建脊柱的三柱稳定,尤其是在行后路固定的同时,如何对脊柱的前中柱进行力学重建,这对于稳定复位、骨折愈合及远期疗效有着至关重要的作用。

参考文献

[1] Dick W, Kluger P, Magerl F. A new device for internal fixation of

thoracolumbar and lumbar spine fractures: the 'fixateur interne' [J]. Paraplegia, 1985, 23(4): 225-232
[2] Peter D, Angevine CA, Dickman PC, et al. Lumbar fusion with and without pedicle screw [J]. Spine, 2007, 32(13): 1466-1471
[3] Shen WJ, Liu TJ, Shen YS. Nonoperative treatment versus posterior fixation for thoracolumbar junction burst fractures without neurologic deficit [J]. Spine, 2001, 26(9): 1038-1045
[4] 曾忠友, 张建乔, 金才益, 等. 经伤椎置钉椎弓根螺钉系统固定治疗胸腰椎骨折 2 年以上随访结果 [J]. 中国骨伤, 2012, 25(2): 128-132
[5] 唐刚, 江建明, 瞿东滨, 等. 后路经伤椎椎弓根螺钉固定在胸腰椎骨折治疗中的应用 [J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2010, 25(3): 228-229
[6] 何少奇, 林立兴, 戴鸣海, 等. 后路经伤椎置钉短节段复位固定治疗胸腰椎骨折 [J]. 中国骨伤, 2011, 24(1): 40-43
[7] 唐献忠, 王嘉, 白建忠, 等. 选择性地应用伤椎置钉技术治疗胸腰段压缩性骨折 21 例初步报告 [J]. 中国矫形外科杂志, 2010, 18(24): 2097-2099
[8] 葛云林, 卢一生, 潘兵, 等. 伤椎单侧与双侧置钉治疗胸腰椎骨折的近期临床观察 [J]. 颈腰痛杂志, 2010, 31(3): 229-230
[9] 张秀一, 嘉长玲, 程慧, 等. 胸腰椎骨折手术的康复护理 [J]. 中国康复, 2007, 22(6): 381

(收稿日期: 2016-03-06)

真武汤加减辅助治疗慢性肺源性心脏病心力衰竭 60 例临床观察

李红超

(河南省中牟县中医院重症监护室 中牟 451450)

摘要:目的:观察辅助应用口服真武汤加减方药对慢性肺源性心脏病心力衰竭的临床疗效。方法:选择 2013 年 1 月~2015 年 3 月本科室收治的慢性肺源性心脏病心力衰竭患者 120 例,随机分为观察组和对照组各 60 例。对照组给予常规治疗,同时环磷腺苷葡胺注射液 120 mg 加入 5%葡萄糖注射液 250 ml 中静脉滴注;氯沙坦首次口服剂量为 25 mg,1 次/d,3 d 后未见明显不良反应,将药量增加至 50 mg,1 次/d,10 d 为 1 个疗程。观察组在对照组治疗基础上加用中药真武汤加减治疗。观察两组疗效、血气分析和不良反应情况。结果:观察组总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。经治疗后,两组较治疗前 PaO₂ 升高,PaCO₂ 下降,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗后 PaO₂ 及 PaCO₂ 与对照组比较均有显著性差异($P<0.05$)。结论:慢性肺源性心脏病心力衰竭患者辅助应用真武汤加减可明显提高临床治疗效果。

关键词:慢性肺源性心脏病;心力衰竭;真武汤

中图分类号:R541.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.03.006

慢性肺源性心脏病是呼吸系统常见病,由于肺部组织或肺动脉血管病变导致肺动脉高压的疾病,继发右心室扩张、肥大。临床上多由慢性支气管炎、肺气肿等疾病发展而来,存在严重的呼吸衰竭和心力衰竭^[1]。患者一般病程较长,机体抗病能力较低,缺氧严重者可给患者带来极大痛苦,影响生活质量。笔者自 2013 年 1 月~2015 年 3 月辅助应用真武汤加减方药治疗本病,取得较好临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2013 年 1 月~2015 年 3 月本科室收治的慢性肺源性心脏病心力衰竭患者 120

例。患者有慢性肺疾病史,临床表现:咳嗽、咳痰、气促及呼吸困难;肝肿大压痛,肝颈静脉返流征阳性,颈静脉怒张;X 线检查有肺气肿,有淤血征象;所有患者均符合肺源性心脏病的诊断标准^[2]。随机分为观察组和对照组各 60 例。观察组男 34 例,女 26 例;年龄 52~85 岁,平均年龄(70.2±8.5)岁;按 NYHA 心功能分级:心功能 II 级 16 例,III 级 28 例,IV 级 16 例。对照组男 32 例,女 28 例;年龄 54~83 岁,平均年龄(69.7±8.9)岁;按 NYHA 心功能分级:心功能 II 级 18 例,III 级 27 例,IV 级 15 例。两组患者一般临床资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 患者入院后给予低流量吸氧,限制钠盐及水摄入量,抗感染,必要时小剂量应用利尿剂,纠正水电解质紊乱,环磷腺苷葡胺注射液(国药准字 H20058193)120 mg 加入 5%葡萄糖注射液 250 ml 中静脉滴注;氯沙坦(国药准字 J20120045)首次口服剂量为 25 mg,1 次/d,3 d 后未见明显不良反应,可将药量增加至 50 mg,1 次/d,10 d 为 1 个疗程。

1.2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用中药真武汤加减,基础方:制附子 9 g、茯苓 30 g、白芍 15 g、桂枝 10 g、白术 15 g、生姜 9 g、泽泻 15 g、大枣 10 g。喘息不得卧者加葶苈子 15 g;血瘀者加赤芍 15 g、丹参 10 g、红花 10 g;咳吐黄痰者加川贝 9 g、桑白皮 10 g、黄芩 15 g;痰热闭阻者加瓜蒌半夏汤;水肿甚者加猪苓 15 g、冬瓜皮 20 g、大腹皮 10 g。

1.3 疗效评定标准^[4] 显效:治疗后患者咳嗽、咳痰、气促及呼吸困难明显改善,双肺罗音消失或明显减少,紫绀基本消失,肝脏缩小 2 cm,颈静脉回流征(-),X 线检查肺部淤血消失或明显减轻,心功能改善 II 级或以上;有效:治疗后咳嗽、咳痰、气促及呼吸困难改善,双肺罗音减少,肝脏缩小 1 cm,颈静脉怒张减轻,X 线检查肺部淤血轻微改善,心功能改善 I 级。无效:治疗后临床症状及体征无改善或病情恶化。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。

1.4 观察指标 两组临床疗效、血气分析[动脉血氧分压(PaO₂)、动脉血二氧化碳分压(PaCO₂)]和不良反应情况。

1.5 统计学方法 采取 SPSS17.0 统计学软件对数据分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验,计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 说明差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组总有效率明显高于对照组($\chi^2=4.368, P < 0.05$),提示观察组治疗效果明显优于对照组。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	60	33(55.0)	23(38.3)	4(6.7)	56(93.3)
对照组	60	21(35.0)	26(43.3)	13(21.7)	47(78.3)

2.2 两组治疗前后 PaO₂ 及 PaCO₂ 比较 两组经治疗后,较治疗前 PaO₂ 升高,PaCO₂ 下降,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组治疗后 PaO₂ 及 PaCO₂ 与对照组比较均有显著性差异($t=12.24、8.25, P <$

0.05)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 PaO₂ 及 PaCO₂ 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	PaO ₂ (mm Hg)		PaCO ₂ (mm Hg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	60	61.12±4.16	88.64±5.96	53.39±3.28	41.52±3.51
对照组	60	61.20±4.38	74.24±5.31	54.18±3.09	48.64±3.86

2.3 两组不良反应比较 对照组未见明显不良反应,观察组有 1 例出现皮肤瘙痒不适,给予对症处理后不适缓解,组间比较无显著性差异($\chi^2=1.008, P > 0.05$)。

3 讨论

随着人口老龄化进程,慢性肺源性心脏病合并呼吸衰竭、心力衰竭的发病率明显增加。由于气道反复感染,通气/血流比例失调致长期慢性缺氧而造成肺动脉高压,肺循环阻力增大,醛固酮分泌增加,肾血流量减少,钠水潴留而导致心力衰竭^[4]。治疗主要以氧疗、抗感染、改善通气及纠正水电解质紊乱为主。环磷腺苷葡胺属于非洋地黄、儿茶酚胺类正性肌力药物,能够透过细胞膜,增加心肌收缩力,增加患者心排量,起到改善心功能的作用。氯沙坦通过降低心肌 Ang II 水平,阻断 Ang II 水、钠潴留、血管收缩与组织重构作用,达到改善患者心脏收缩压和舒张压的效果^[5]。

肺源性心脏病心力衰竭多属于中医学中“喘病、水肿、肺胀、心悸”等范畴,本病病机为本虚标实,病位在肺,但涉及脾、肾等脏器,肺、脾、肾阳虚为本。其中肾阳亏虚最为重要,以痰饮、水湿、淤血为标。病理机制为肺脾肾阳气衰微,气不化水,水津不化,疏布失常,痰淤水饮互为因果而致病,水邪溢于肌表而面部、肢体浮肿,水饮上凌心肺,则咳喘心悸。治疗当以温阳利水、泻肺平喘为法。中医认为“病痰饮者,当以温药和之”,真武汤是温阳利水的代表方,《伤寒论》“少阴病,二三日不已,至四五日,腹痛,小便不利,四肢沉重疼痛,自下利者,此为有水气。其人或咳,或小便不利,或自下利,或呕者,真武汤主之。”“其人仍发热,心悸,头眩,身瞤动,振振欲擗地者,真武汤主之。”方中附子大辛大热,归心脾肾三经,温肾助阳,回阳救逆,药理研究能明显增强心肌收缩力,扩张血管和改善冠脉血液、保护心肌的作用^[6];桂枝辛散温通,温补心阳,通脉行瘀,因含有桂皮醛和桂皮油而有利尿强心、止咳祛痰作用;白术、茯苓、泽泻健脾燥湿,利水消肿,有明显的较长时间的利尿作用,并且不会引起电解质紊乱^[7];白芍舒肝止痛,养阴利水,调和营卫;生姜辛温,能宣降肺气布散水湿,开水上

之源,既可协附子温阳化气,又可助茯苓、白术温中健脾;大枣补中益气,调和诸药。

本研究结果显示,观察组总有效率明显高于对照组 ($P<0.05$)。观察组治疗后 PaO_2 及 PaCO_2 与对照组比较均有显著性差异 ($P<0.05$)。说明真武汤加减联合环磷腺苷葡胺、氯沙坦在有效改善临床症状、体征的同时,相应的血气分析指标有明显的改善和变化。

综上所述,慢性肺源性心脏病心力衰竭患者,辅助应用真武汤加减可明显提高临床治疗效果。

参考文献

[1]薛晓岩.米力农联合利尿剂治疗慢性肺源性心脏病严重心力衰竭

疗效观察[J].山西医药杂志,2014,43(6):625-626

[2]白萌.肺心病心力衰竭患者 68 例综合治疗临床效果分析[J].中国医药指南,2013,11(21):150-152

[3]赵雪林.盐酸川芎嗪注射液治疗慢性肺源性心脏病合并心力衰竭的临床疗效观察[J].医学临床研究,2013,30(6):1164-1168

[4]郑兰江,陶红,艾建,等.益气温阳利水法联合冻干重组人脑利钠肽治疗肺心病心力衰竭疗效观察 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014,10(12):1212-1213

[5]赵理论.应用环磷腺苷葡胺联合氯沙坦治疗肺源性心脏病合并心力衰竭的效果观察[J].当代医药论丛,2015,13(1):150-151

[6]岳鹏程.中西医结合治疗肺心病难治性心衰 30 例临床分析[J].长春中医药大学学报,2009,25(4):516-517

[7]赵建东,靳春凤,吕炳禄,等.真武汤重用茯苓加减治疗慢性阻塞性肺疾病合并心力衰竭 224 例临床观察[J].医学信息,2014,8(22):577-578

(收稿日期: 2015-10-30)

不同时间段服用氯沙坦对老年非杓型高血压患者的临床疗效

陈颖芳 邱文达 陈如碧

(广东省东莞市麻涌医院急诊科 东莞 523142)

摘要:目的:研究不同时间段服用氯沙坦对老年非杓型高血压患者的临床疗效。方法:将我院门诊急诊收治的 70 例老年非杓型高血压患者随机分为观察组和对照组,每组 35 例,均给予氯沙坦口服治疗。观察组患者于晚上 19:00 服药,对照组患者于上午 07:00 服药,均治疗 48 周,患者治疗前和治疗 48 周后进行 24 h 无创动态血压监测,比较两组患者全天平均收缩压和舒张压(24 h SBP、24 h DBP),昼间平均收缩压和舒张压(dSBP、dDBP),夜间平均舒张压和舒张压(nSBP、nDBP),晨间平均收缩压和舒张压(晨间 SBP、DBP)和异常血压形态的纠正率。结果:两组患者治疗后 24 h SBP、24 h DBP、dSBP、dDBP、nSBP、nDBP、晨间 SBP 及 DBP 均较治疗前显著下降 ($P<0.01$),且治疗后观察组患者晨间 SBP 及 DBP 显著低于对照组 ($P<0.01$);观察组患者异常血压形态的纠正率显著高于对照组 ($P<0.01$)。结论:不同时间段服用氯沙坦均能有效降低血压,但夜间服药降低晨间血压及纠正异常血压形态的效果更好。

关键词:非杓型高血压;氯沙坦;服药时间

中图分类号:R544.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.03.007

非杓型高血压具有夜间血压下降减弱的昼夜节律特点,患者会出现大动脉顺应性降低的情况,对心脑肾等靶器官的损害较严重^[1]。对于此类患者的治疗除了在降压的同时,还要根据血压节律特点选择合适的时间段进行治疗,将异常血压形态转变为杓型节律^[2]。本文旨在研究不同时间段服用氯沙坦对老年非杓型高血压患者的临床疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2014 年 1~12 月来我院门诊急诊就诊的高血压患者 70 例,均经 24 h 动态血压监测确诊为非杓型高血压,其中男 41 例,女 29 例;平均年龄(61.3± 11.7)岁;平均病程(5.1± 0.8)年;平均身体质量指数(26.9± 1.4) kg/m²;患者合并高脂血症 26 例,合并糖尿病 11 例(血糖控制良好),合并冠心病 9 例。患者就诊前未用或停用 ARB 或 ACEI 类降压药 ≥2 周,排除继发性高血压、双侧肾动脉狭窄、严重肝肾功能不全、合并急性冠脉综合症、病窦

综合征及高钾血症患者。按照随机数字表法将患者分为观察组和对照组各 35 例,两组患者在性别、年龄、病程、身体质量指数及病情等方面比较无显著差异 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者均给予氯沙坦治疗。对照组患者于上午 07:00 口服氯沙坦 50 mg/次,1 次/d 治疗;观察组患者于晚上 19:00 口服氯沙坦 50 mg/次,1 次/d 治疗。患者 1 个月后血压未降至正常(诊室血压 <140/80 mm Hg,24 h 动态血压 <130/80 mm Hg)可加大剂量至 100 mg/次。两组患者均接受治疗 48 周。

1.3 评价方法

1.3.1 血压 患者治疗前和治疗 48 周后进行 24 h 无创动态血压监测,其中 06:00~22:00 为昼间记录时间,监测间隔为 30 min,22:00~次日 06:00 为夜间记录时间,监测间隔为 1 h,监测期间维持日常活动,全天有效血压读数 >85%,间隔内读数无缺漏。