

2 结果

治疗24h后:两组患者动脉血气分析(pH、PaO₂、PaCO₂)、呼吸频率及心率结果均较治疗前有明显改善,但治疗组改善更为明显,较对照组比较差异有显著性意义($P < 0.05$)。具体见表1。治疗1周后,治疗组有28例患者明显好转,治疗有效率达82.35% (28/34);对照组有21例患者明显好转,治疗有效率达61.76% (21/34),两组治疗结果比较差异有显著性差异($P < 0.05$)。

表1 两组治疗前及治疗后24h心率、呼吸频率、动脉血气分析指标比较

组别	心率 (次/分)	呼吸 (次/分)	pH	动脉血氧分 压(毫米汞柱)	动脉血二氧化碳 分压(毫米汞柱)
治疗组治疗前	115±12	28±6	7.28±1.4	42.2±5.4	87.2±8.6
治疗后24h	87±8	21±2	7.46±1.3	68.2±8.5	57.6±5.5
对照组治疗前	114±11	27±5	7.29±1.5	42.3±5.5	87.1±8.2
治疗后24h	96±10	23±3	7.34±1.4	62.4±6.5	77.8±9.6

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病是一种重要的慢性呼吸系统疾病,患病人数多,病死率高。慢性阻塞性肺疾病患者在急性发作时常伴有呼吸衰竭。单用药物治疗临床效果常不显著,近年来,国内外采用无创正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭的患者,对患者创伤小,临床效果好,容易为患者接受。

无创正压通气是指不经气管插管或气管切开而提供正压通气支持的技术。无创通气可以分为正压通气、负压通气、高频通气三大类。本世纪八十年代经鼻持续气道正压成功地用于治疗阻塞性睡眠暂停综合征,使得人们对NIPPV的兴趣日渐增加。越来越多的研究表明NIPPV可以用于多种原因引起的急性慢性呼吸功能衰竭,使用NIPPV可以有效地缓解呼吸困难、促进气体交换和氧合、改善血气,有研究进一步指出对经适当选择的患者,使用NIPPV后可以有效降低需行气管插管的比例、缩短住ICU及总住院时间、降低病死率、提高生活质量。而且,使用NIPPV有效地避免了常规机械通中与于气管插管/气管切开相关的并发症。随着经验积累和研究的深入,以及NIPPV通气机、面/鼻罩等的不断改进,NIPPV的应用将越来越广泛。

通过本研究发现,在慢性阻塞性肺病合并呼吸衰竭治疗中,在应用控制性氧疗、支气管舒张药物等常规治疗基础上,加用无创正压通气治疗慢性阻塞性肺病合并II型呼吸衰竭患者,可使治疗有效率由61.76% (21/34) 上升达82.35% (28/34),且不良反应轻微。由此可见无创正压通气治疗是慢性阻塞性肺病合并呼吸衰竭治疗的有效方法,改善临床症状显著,且临床应用方便,患者无创伤易耐受,值得临床推广。

参考文献

- [1] 王吉耀.内科学[M].北京:人民卫生出版社.2008:36-41.
- [2] 陆再英.钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社.2008:62-69.

左卡尼汀联合参麦注射液治疗缺血性心肌病(ICM)心力衰竭的临床效果

董 军

(大庆市萨尔图区火炬街道社区卫生服务中心,黑龙江 大庆 163254)

【摘要】目的 观察分析左卡尼汀与参麦注射液联合应用治疗缺血性心肌病心力衰竭的临床效果。**方法** 从我院收治入院的缺血性心肌病心力衰竭患者中抽取60例,随机分为观察组与对照组,所有患者均实施抗缺血、抗心力衰竭常规治疗,观察组患者在此基础上加用左卡尼汀联合参麦注射液进行治疗。**结果** 观察组患者治疗总有效率明显高于对照组患者,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 左卡尼汀与参麦注射液联合应用治疗缺血性心肌病心力衰竭患者,具有更为理想的临床疗效,无严重不良反应,可以进一步在临床上推广应用。

【关键词】 左卡尼汀; 参麦注射液; 联合治疗; 缺血性心肌病; 心力衰竭

中图分类号: R541.6

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194 (2013) 16-0210-02

缺血性心肌病是冠心病临床上较为常见的一种类型,多发生于冠心病的中晚期,如未得到及时有效的治疗,容易导致心力衰竭的出现。临床上对该病主要进行增强心肌能量、改善患者血流动力学及心肌代谢状态的治疗,因此以往治疗多针对抗凝、抗心肌缺血及抗心力衰竭等^[1]。本文作者对我院部分缺血性心肌病心力衰竭患者使用左卡尼汀与参麦注射液联合治疗,获得较为理想的临床治疗效果,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

从我院2008年4月至2011年4月收治入院的缺血性心肌病心力衰竭患者中抽取60例,其中男33例、女27例,年龄56~78岁,平均年龄(67.81±4.52)岁。所有病例经临床检查均符合缺血性心肌病的临床诊断标准,心功能II~IV级,左室射血分数未超过45%,有明确的心梗史或心绞痛史;排除甲状腺功能亢进、心肌瓣膜疾病、严重贫血或血液性疾病、其他器官严重损伤或功能障碍及肿瘤患者。所有患者均了解治疗方案并已签署知情同意书,自愿服从治疗安排,符合伦理学要求。

1.2 方法

①分组:将60例缺血性心肌病患者随机分为观察组与对照组,观察组患者30例,其中男16例、女14例,年龄58~78岁,平均年龄(68.03±4.37)岁;对照组患者30例,其中男17例、女13例,年龄56~76岁,平均年龄(67.59±4.31)岁。经统计学检验,两组患者的性别构成和年龄结构无明显差异,不具有统计学意义($P > 0.05$)。②方法:所有患者均实施吸氧、调脂、抗血小板凝集等常规抗心肌缺血基础治疗,并使用地高辛、洋地黄、利尿剂等药物进行常规抗心力衰竭治疗。在此基础上,观察组患者加用左卡尼汀与参麦注射液联合治疗,左卡尼汀2g溶于200mL生理盐水中静脉点滴,1次/d;参麦注射液50mL溶于200mL葡萄糖注射液中静脉点滴,2次/d。所有患者治疗2周为1疗程。

1.3 观察指标

观察两组患者临床治疗效果及不良反应,并进行统计学对比分析。临床疗效评估标准为^[2]:显效:治疗后临床症状基本消失,心功能等级降低2级及以上或达到I级;有效:治疗后临床症状有明显好转,心功能等级降低1级;无效:治疗后临床症状未见好转,心功能未见改善,甚至加重。总有效率为(显效+有效)/总例数×100%。

1.4 数据处理

使用SPSS统计学软件17.0版对数据进行统计学处理。检验水准为0.05, 可信区间95%, $P < 0.05$ 为样本数据差异具有统计学意义。

2 结果

经统计学分析可知, 观察组患者治疗总有效率明显高于对照组患者, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 详见表1。两组患者治疗中及治疗后均未见严重的并发症。

表1 两组患者的治疗效果对比[n (%)]

组别	病例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	13(43.33)	14(46.67)	3(10.00) [#]	27(90.00) [#]
对照组	30	7(23.33)	12(40.00)	11(36.67)	19(63.33)

注: 对两组患者的治疗效果进行统计学分析, [#] $P < 0.05$, 样本差异显著有统计学意义

3 讨论

缺血性心肌病(ICM)多是由于患者的冠状动脉出现粥样硬化或者功能性的改变, 导致心肌细胞缺氧、缺血, 而长期的供血不足引起心肌组织的营养不良, 出现萎缩, 进而纤维组织开始增生, 最终形成心力衰竭。因此该病患者多会出现心肌细胞的结构与功能同时受损引起的心肌超负荷损害, 在临床上主要表现为心脏的扩大及心力衰竭等, 亦可伴发心律失常, 甚至猝死, 对患者的健康及生命有较大威胁, 应当引起警惕, 及时施治^[1]。

参麦注射液属于中药提取物制剂, 主要成分为人参皂苷、麦冬皂苷及麦冬黄酮等, 可以增加心肌细胞的能量储备, 改善心肌的代谢情况, 并提高机体对缺氧环境的耐受能力, 加强心肌收缩力, 进一步提高正性的肌力作用; 有研究表明参麦注射液能够起到 β 受体激动剂的效果, 可以对神经内分泌及细胞因子进行调节。而左卡尼汀属于代谢类药物, 能够为机体的细胞提供能量代谢中所涉及的必需物质, 进而促进机体脂类代谢, 改善心肌细胞在缺血、缺氧状态下的脂肪酸代谢异常情况。

由本文研究结果可知, 观察组患者治疗总有效率明显高于对照组患者, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。由此可见, 左卡尼汀与参麦注射液联用治疗缺血性心肌病心力衰竭患者, 具有更为理想的临床疗效, 无严重不良反应, 可以进一步在临床上推广应用。

参考文献

- [1] 董赛晓, 邓志鹏, 白丽秀, 等. 左卡尼汀注射液联合参麦注射液治疗缺血性心肌病心力衰竭疗效观察[J]. 中国中医急症. 2012. 21(5): 817-818.
- [2] 李芳学. 左卡尼汀联合参麦注射液治疗缺血性心肌病心力衰竭35例效果观察[J]. 山东医药. 2010. 50(51): 59-60.
- [3] 卢建敏, 孙琳, 吴戎, 等. 参麦注射液联合左卡尼汀治疗老年缺血性心肌病心力衰竭疗效观察[J]. 中国全科医学. 2008. 11(14): 1287-1288.

经尿道等离子电切术治疗高龄高危前列腺增生症的临床观察

李传章

(山东省滕州市中心人民医院, 山东 滕州 277500)

【摘要】目的 探讨经尿道等离子电切术临床治疗高龄高危前列腺增生症。**方法** 手术治疗100例患者, 对术前及术后进行国际前列腺症状评分、最大尿流率、生活质量评分, 比较术前术后差异。**结果** 100例患者术前国际前列腺症状评分为(32.6±4.1)分、生活质量评分为(6.9±1.3)分、最大尿流量为(6.2±2.0)mL/s, 术后国际前列腺症状评分为(9.8±2.2)分、生活质量评分为(1.1±0.4)分、最大尿流量为(24.2±3.6)mL/s。**结论** 经尿道等离子电切术治疗高龄高危前列腺增生症人群术后症状明显改善, 是一种疗效肯定的理想手术方法, 值得临床推广。

【关键词】 高龄高危; 经尿道等离子电切术; 临床治疗观察; 前列腺增生症

中图分类号: R697.3

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194(2013)16-0211-02

前列腺增生症是老年男性的常见疾病, 其病因是由于前列腺逐渐增大后对尿道及膀胱出口产生压迫, 从而导致尿频、尿急、夜尿增加及排尿困难等临床症状出现, 同时容易造成泌尿系感染、膀胱结石等并发症, 对老年男性的生活质量产生了严重影响^[1]。临床对于高龄高危前列腺增生症的患者需要积极手术治疗。我科采用经尿道等离子电切术治疗高龄高危前列腺增生症100例, 获得满意效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

100例患者均为我科自2010年9月至2011年9月间收治的病人, 其中最大年龄为89岁, 最小年龄为75岁, 平均年龄为79.6岁。前列腺大小平均为6.1cm×4.5cm×3.5cm, 平均重量为41.6g。长期留置尿管的患者共有23例, 并发膀胱结石的患者共有25例, 急性尿潴留的患者共有21例; 心血管疾病的患者共有35例, 呼吸疾病的患者共有32例, 脑梗死后遗症的患者共有37例, 肝肾功能异常的患者共有23例, 糖尿病的患者共有25例, 合并有2种以上疾病的患者共有17例。

1.2 研究方法

予患者硬膜外麻醉成功后, 合并膀胱结石者先行经尿道输尿管镜下气压弹道将结石击碎, 改用等离子体电切镜进入膀胱, 确定前列腺、后尿道、精阜之间的关系后, 以生理盐水冲洗, 切割、止血, 采用常规分区、分隔法切除增生前列腺腺体达到包膜处, 吸出组织块, 放入导尿管作牵引压迫膀胱颈部进行止血, 压迫12h, 视情况行短时膀胱冲洗。术后5d拔除尿管。在术前后分别行B超、尿常规、前列腺特异性抗原、抽血检查及心肺功能评定等。

1.3 观察目标

对术前及术后进行国际前列腺症状评分、最大尿流率、生活质量评分, 比较术前术后差异。

1.4 统计学处理

使用SPSS统计软件进行处理, 两组间比较采用t检验, 定检验水准 $\alpha=0.05$, 若 $P < 0.05$, 则表示两组间比较存在显著性差异, 若相反 $P > 0.05$, 则表示两组间差异无统计学意义。

2 结果