

参麦注射液治疗肺心病 30 例疗效观察

肖 春(湖北省鄂州市泽林卫生院 436050)

【摘要】 目的 观察参麦注射液对肺源性心脏病(肺心病)的临床疗效。**方法** 将 60 例肺心病患者随机分为治疗组和对照组,两组均作常规治疗,治疗组在此基础上静脉滴注参麦注射液 30 mL,每日 1 次,15 d 为一疗程,观察疗效和血气分析值。**结果** 两组总有效率分别为 90%和 66.7%,两组显效率分别为 63.3%和 36.7%;两组治疗前后血气分析值均有改善,但治疗组优于对照组,经统计学处理差异有统计学意义;两组均未发现明显不良反应。**结论** 用参麦注射液治疗慢性肺心病安全有效,不良反应少,取得比较满意的疗效。

【关键词】 肺心病; 心力衰竭; 参麦注射液
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.05.054 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)05-0611-02

慢性肺源性心脏病(简称肺心病)是基层医院内科常见的重症之一,处理上常较棘手,在我国是一种发病高、病程长、常反复发作、住院频率较高的疾病。本院近 3 年来用参麦注射液治疗肺心病,取得比较满意效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院近 3 年来肺心病急性发作期出现心功能不全的 60 例住院患者,病例选择均符合 VYHA^[1]心功能不全分级(Ⅱ~Ⅳ级),病史均大于 10 年,心功能不全病程均大于 2 年,随机分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组 30 例中男 18 例,女 12 例,年龄 44~84 岁,平均 56.5 岁,心功能Ⅲ级 17 例,Ⅳ级 13 例。对照组男 19 例,女 11 例,年龄 45~86 岁,平均 57.3 岁,心功能Ⅲ级 16 例,Ⅳ级 14 例。两组在年龄、性别、病程、病情等方面比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 两组均给予控制感染,通畅呼吸道,合理、适当的使用强心剂、利尿剂,低流量吸氧,维持水及电解质和酸碱平衡,加强营养及护理等综合治疗。治疗组在上述基础上加用参麦注射液 30 mL 溶于 5%葡萄糖 250 mL 中静脉滴注,每日 1 次,15 d 为一疗程。

1.3 疗效判定标准 显效:安静状态下咳喘,呼吸困难,发绀消失或明显减轻,下肢水肿消失,肝脏回缩,肺部干湿啰音消失

或明显减少,心功能进步Ⅱ级以上(包括Ⅱ级)。有效:心力衰竭症状和体征改善,心功能进步 1 级。无效:心力衰竭症状和体征及心功能无改善或加重。

1.4 统计学方法 计量资料比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验。

2 结 果

2.1 治疗组疗效明显优于对照组,两组显效率经统计学处理 $\chi^2=4.27$,两组总有效率经统计学处理 $\chi^2=4.81$,两组显效率及总有效率差异有统计学意义($P<0.01$)。见表 1。

表 1 治疗组与对照组疗效对比 [$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	19(63.3)	8(26.7)	3(10.0)	27(90.0)
对照组	30	11(36.7)	9(30.0)	10(33.3)	20(66.7)

2.2 两组治疗前后血气分析值均有改善,但治疗组优于对照组。见表 2。

2.3 不良反应 治疗组在治疗过程中仅出现 1 例皮疹,停药后皮疹消失。

表 2 两组治疗前后血气分析情况(kPa)

组别	<i>n</i>	PaO ₂				PaCO ₂			
		治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
治疗组	30	7.05±0.23	9.10±0.45	19.8	<0.01	8.13±0.87	6.98±0.58	17.9	<0.01
对照组	30	7.13±0.34	7.82±0.78	14.3	<0.01	8.06±0.44	7.85±0.45	5.8	<0.01
<i>t</i>	—	1.32	8.4	—	—	1.16	13.4	—	—
<i>P</i>	—	>0.05	<0.01	—	—	>0.05	<0.01	—	—

注:—表示无数据。

3 讨 论

肺心病是临床上常见病、多发病,患者多为老年患者,病程长,以咳嗽、咳痰、呼吸困难、胸闷、气促、水肿等为主要临床表现。发病机制为肺动脉高压继发右心功能不全。肺心病急性加重期多并发呼吸衰竭及心力衰竭,机体处于高碳酸血症和缺氧状态,细胞通透性增高,血中酶活性增高以致心肌损伤,这是造成肺心病死亡因素之一。传统的强心、利尿治疗比其他心脏病疗效差,安全用量不易掌握,易出现洋地黄中毒或心律失常等不良反应。

参麦注射液是由人参、麦冬二味中药制成。药理实验证实,人参能改善心肌代谢,增强心肌能量贮备,提高机体耐缺氧能力,加强心肌收缩力,增强心输出量,特别对衰竭的心脏有显著作用。麦冬有效成分为麦冬皂苷和麦冬黄酮,具有心脏泵功

能,能增加心肌收缩力,扩张外周血管,减轻心脏负荷,还有保护心肌、抗心律失常、耐低氧、降血糖和抗菌等功能。两药协同可兴奋垂体-肾上腺皮质系统及增加网状内皮系统对各种病理物质的清除作用^[2],能明显增强心肌收缩力,减轻外周血管阻力,提高心排出量,增加组织器官的血供,改善组织器官的缺血低氧状态。此外,参麦注射液还有调节免疫力的功能,提高肺心病患者对感染的抵抗力^[3]。另有研究证实参麦注射液能改善微循环,降低血液黏稠度,减少血小板聚集及清除自由基,对抗缺氧缺血及内毒素对心脑血管细胞的损伤作用,减轻再灌注脑损害,产生强心苷样效应,但不增加心肌耗氧量^[4]。故参麦注射液有利于改善和维持心、肺、肾等重要脏器的功能,并能提高机体免疫力。本文应用参麦注射液后疗效明显,从临床症状、体征、心功能改善及血气分析等方面均充分显示,参麦注射液对

肺心病合并心肌损害的保护和治疗作用,安全有效,不良反应少,适用于临床。

参考文献

[1] WHO. 缺血性心脏病的命名及诊断标准[J]. 中华心血管杂志,1981,9(1):75-76.
[2] 吴秀玲. 参麦注射液减轻抗肿瘤药物毒性反应的临床观

察[J]. 中华现代中西医杂志,2006,4(8):80.
[3] 袁兴华. 参脉注射液和黄芪注射液联用治疗肺心病急性加重期疗效观察[J]. 中国医药导报,2008,5(19):87-88.
[4] 郭翠芳. 参麦注射液治疗肺心病心力衰竭 64 例临床观察[J]. 浙江中医药大学学报,2008,32(3):375-376.

(收稿日期:2010-09-28)

135 株铜绿假单胞菌的耐药谱分析及感染分布

田文芳,唐喜军,林 壮(广东省珠海市第二人民医院检验科 519000)

【摘要】 目的 研究铜绿假单胞菌在医院感染中的分布情况及其对 16 种抗生素的体外耐药谱,指导临床合理选用抗生素。**方法** 菌株按常规方法培养分离,采用 VITEK-32 自动微生物鉴定分析仪和法国生物梅里埃公司药敏试剂 GNS-448 完成细菌的鉴定和药敏试验。**结果** 共分离鉴定铜绿假单胞菌 135 株,该菌对 GNS448 药敏卡提供的 16 种抗生素耐药率在 21.5%~100%,其中丁胺卡那霉素、亚胺培南敏感率最高,分别为 74.1%和 65.9%,但对比最早期研究的敏感性已经有所下降。**结论** 铜绿假单胞菌已成为医院感染的主要致病菌,在抗生素治疗过程中极易变异而产生多重耐药,临床应谨慎选用抗生素。

【关键词】 铜绿假单胞菌; 耐药; 医院感染
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.05.055 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)05-0612-02

由于激素和免疫抑制剂的长期应用,特别是广谱抗生素的大量使用和滥用,导致细菌耐药性日趋严重。铜绿假单胞菌作为致病菌在医院感染中越来越常见。铜绿假单胞菌对多种类型的抗生素耐药,使临床治疗过程中抗生素的选择受到很大的限制。铜绿假单胞菌的耐药质粒不仅可以在同种细菌中传播,而且可以在异种细菌中引起耐药传播,使临床治疗更为复杂。现对本院 2007 年 1 月至 2009 年 12 月 3 年中分离到的 135 株铜绿假单胞菌进行实验分析,指导临床合理选用抗生素。

1 资料与方法

1.1 菌种来源 135 株铜绿假单胞菌来自本院住院患者的痰、尿液、血液、创口分泌物、脓液、大便等标本,均是从 2007 年 1 月至 2009 年 12 月收集的临床标本中分离而来。

1.2 仪器与试剂 VITEK32 微生物自动分析仪及 GNS-448 药敏卡;质控菌株:铜绿假单胞菌 ATCC27853。

1.3 方法 将标本按常规操作规程分离后,鉴定及药敏试验由 VITEK32 微生物鉴定系统完成,按美国临床实验室标准化委员会(NCCLS)2000 年公布的细菌药敏标准^[1]判读,并用标准菌株进行质量控制。

2 结 果

2.1 2007 年 1 月至 2009 年 12 月从临床标本中分离出铜绿假单胞菌 135 株,各种标本的来源见表 1。从表 1 可以看出,分离自痰标本的菌株最多,高达 83.7%。

表 1 135 株铜绿假单胞菌标本来源

标本来源	菌株数	百分比(%)
痰液	113	83.7
尿液	12	9.0
血液	3	2.0
其他	7	5.0

2.2 135 株铜绿假单胞菌对 16 种抗生素的体外耐药试验见表 2。由表 2 可见 135 株铜绿假单胞菌对丁胺卡那霉素和左氧氟沙星的耐药率分别为 21.5%、29.6%,其他各种抗生素的

耐药率都在 30%以上,其中氨苄西林、四环素的耐药率达到 100%。

表 2 135 株铜绿假单胞菌对 16 种抗生素耐药分析[n(%)]

抗生素	敏感	中敏	耐药
氨苄西林	0(0.0)	0(0.0)	135(100.0)
丁胺卡那霉素	100(74.1)	6(4.4)	29(21.5)
头孢哌酮/舒巴坦	59(43.7)	34(25.2)	42(31.1)
头孢唑啉	2(1.5)	2(1.5)	131(97.0)
头孢吡肟	40(29.7)	18(13.3)	77(57.0)
头孢西丁	2(1.5)	2(1.5)	131(97.0)
庆大霉素	70(51.9)	18(13.3)	47(34.8)
亚胺培南	89(65.9)	5(3.7)	41(30.4)
左旋氧氟沙星	78(57.8)	17(12.6)	40(29.6)
美洛培南	69(51.1)	7(5.2)	59(43.7)
罗红霉素	2(1.5)	0(0.0)	133(98.5)
头孢呋辛钠	2(1.5)	0(0.0)	133(98.5)
头孢噻肟	6(4.5)	18(13.3)	111(82.2)
头孢他啶	38(28.1)	34(25.2)	63(46.7)
四环素	0(0.0)	0(0.0)	135(100.0)
哌拉西林/他唑巴坦	59(43.7)	1(0.7)	75(55.6)

3 讨 论

铜绿假单胞菌广泛存在于环境中,是医院内感染的主要病原菌之一,能引起人体多部位的感染。临床分离菌的耐药率逐年增高,并呈现多重耐药趋势,是临床抗感染治疗中的重要病原菌。通过对本院非重复 135 株铜绿假单胞菌的标本种类及耐药分析,结果显示铜绿假单胞菌是呼吸科等临床科室患者感染的主要病原菌。铜绿假单胞菌的耐药机制主要为:(1)细胞膜通透性改变而产生耐药性;(2)结合位点改变,产生低亲和力受体——青霉素结合蛋白(PBP)而耐药;(3)产生由染色体介导的 β -内酰胺酶,对抗生素起分解、钝化作用而产生耐药性^[2]。铜绿假单胞菌具有多重耐药的特性,能天然抵抗多种抗生