

延长此类血培养的时间(多数双相真菌可在商品化的肉汤需氧瓶中生长,孵育时间需 2~4 周)。

对于常规手工培养,推荐培养周期为 7 d。一些生长缓慢的苛养鹅致病菌,如军团菌、布鲁菌、奴卡菌和双相真菌可能需要更长的培养时间。自动化仪器将血培养[包括布鲁菌杆菌、流感嗜血杆菌属、放射杆菌属、人力杆菌属、侵蚀艾肯菌、金氏菌属、营养变异链球菌(如乏养链球菌和颗粒链球菌)]的培养周期缩短到 5 d。尽管有研究表明 95%~97%具有临床价值的细菌会在 3~4 d 内被自动化血培养系统检出,电脑仍然建议采用 5 d 的培养周期。

参考文献

- [1] 李春芳. 浅谈血标本采集在血培养中的重要性[J]. 哈尔滨医学, 2008, 28(6): 38.
- [2] 王海燕, 方晚眉, 俞群, 等. 防止血培养标本采集过程受污染, 提高检验正确率[J]. 护理与康复, 2008, 7(5): 383-384.

(收稿日期: 2011-12-25)

320 例终末期心力衰竭患者的临床特点及其治疗分析

陈 婧(重庆市沙坪坝区人民医院内科 400030)

【关键词】 心力衰竭; 临床特点; 治疗

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 09. 080 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)09-1151-02

终末期心力衰竭是指经常规休息, 限制水钠摄入, 给予利尿剂、强心剂和扩血管治疗后, 心力衰竭仍难以控制者, 甚至有进展者, 典型的患者表现为休息或轻微活动(包括大多数日常生活行为)时, 即出现心力衰竭的症状, 往往需要反复或长时间住院治疗^[1-2]。终末期心力衰竭是各种器质性心脏病的终末期表现, 随着社会的发展, 冠心病、高血压、糖尿病的发病率逐年上升, 心力衰竭患者逐年增多。治疗应因病论治, 达到个体化用药, 联合抗心力衰竭治疗, 才能达到满意的疗效。本文对作者几年来治疗终末期心力衰竭病例进行回顾性分析, 旨在探讨提高治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 终末期心力衰竭患者 320 例, 男 180 例, 女 140 例, 年龄 60~80 岁, 平均 71 岁。根据美国纽约心脏病协会(NYHA)制定的分级标准, 其中Ⅳ级心功能 220 例, Ⅲ级心功能 100 例。其中冠状动脉粥样硬化性心脏病 200 例, 风心病 30 例, 高血压性心脏病 36 例, 扩张性心肌病合并贫血 24 例, 肺心病 20 例, 先天性心脏病 10 例, 伴有肺部感染 130 例、泌尿系感染 30 例、2 型糖尿病(T2DM)10 例、肾病 2 例、甲状腺功能亢进 2 例。有 180 例出现不同的心律失常(包括窦性心动过缓、室性早搏、房性早搏、室上性心动过速、心房纤颤)。

1.2 临床表现及特点

1.2.1 本组病例左心力衰竭和右心力衰竭同时存在(如出现呼吸困难、发绀均较重, 且咳白色泡沫痰、右上腹胀痛、纳差、尿少、水肿、颈静脉怒张、双肺有湿啰音、肝肿大、肝颈静脉回流征阳性、胸腔和腹腔积液、下肢水肿)。

1.2.2 诱因大多为肺部感染、心律失常、劳累、情绪激动, 以及长期应用地高辛、利尿剂而未补充钾、镁离子造成电解质紊乱亦是其诱因。

1.2.3 呼吸困难经常规治疗不能缓解。

1.2.4 心动过速不易得到持续控制。

1.3 治疗方案及其经过 去除诱因(如通过休息、控制感染、低脂饮食、限盐、限水、纠正心律失常、补充电解质等)、强心、利尿、扩血管常规治疗 1 周症状不能缓解, 重新调整治疗方案以血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或(和)血管紧张素Ⅱ受体阻滞剂(ARB)为基础的个体化方案治疗, 经 1 周左右的时间, 心功能及其临床表现明显改善。

1.4 疗效评定标准

1.4.1 显效 症状体征明显减轻、心功能改善Ⅱ级或Ⅱ级以上。

1.4.2 有效 症状体征减轻、心功能改善Ⅰ级。

1.4.3 无效 用药 2 周后心功能、症状体征无改善。

2 结果

320 例经调整治疗方案后, 症状体征明显减轻、心功能改善Ⅱ级或以上者 260 例, 显效率 81.2%; 症状体征减轻、心功能改善Ⅰ级 40 例, 有效率 12.5%; 用药 2 周后心功能、症状体征无改善 20 例, 无效率 6.3%; 总有效率 93.7%。

3 讨论

终末期心力衰竭是一种复杂的临床综合征, 临床上常称为顽固性心力衰竭。常规的强心、利尿、扩血管治疗不满意时, 应视每个患者的具体情况进行个体化治疗, 同时强调正规的联合抗心力衰竭治疗, 去除病因、诱因, 及时处理并发症, 阻断神经内分泌激活, 调整药物剂量及使用方法, 才能达到满意的疗效^[1-2]。

3.1 重视精神因素对心力衰竭的影响 顽固性心力衰竭患者, 常伴有抑郁、焦虑、孤独、失眠、恶心等不良刺激, 是心力衰竭患者死亡的主要预后因素。其主要机制是儿茶酚胺释放增加, 心率增快, 心肌耗氧量增加, 心脏负荷增加, 心力衰竭加重。抗焦虑药物, 如舒乐安定 2.5 mg 口服, 2 次/天, 氯丙嗪 25 mg 肌肉注射, 1 次/天, 常常可以起辅助治疗作用。既可以调节神经及内分泌功能, 又可以减慢心率, 扩张血管, 起到纠正心力衰竭的作用。同时要让患者树立战胜疾病的信心, 给患者以最大的关怀, 帮助患者度过心力衰竭危险期。

3.2 重视诱发因素及个体差异 顽固性心力衰竭的诱因大多为肺部感染, 应常规摄片检查证实, 若糖尿病合并泌尿系感染, 先心病合并感染性心内膜炎, 均应积极抗感染性治疗, 若条件许可, 应行细菌培养, 根据培养结果, 选择敏感的抗生素积极控制感染; 若为心律失常, 积极抗心律失常处理; 若有贫血和甲状腺功能亢进, 应注意纠正。

3.3 积极防止电解质紊乱 顽固性心力衰竭均应使用利尿剂, 在利尿的同时应补充钾离子、镁离子, 防止电解质紊乱诱发心律失常、加重心力衰竭, 同时要做好离子浓度监测, 根据监测结果, 随时调整治疗方案。

3.4 关于利尿剂的使用^[3-4] 在治疗过程中,利尿剂是惟一可以控制液体滞留的药物,顽固性心力衰竭患者往往因肾脏灌注不足,而对低剂量利尿剂反应不佳,本组病例均应用较大剂量的利尿剂。

3.4.1 从小剂量开始,直到尿量增加,最后以最小的剂量维持,适当限盐($<2\text{ g/d}$)。

3.4.2 对利尿剂抵抗者,静脉用速尿。

3.4.3 若肾功能正常用渗透性利尿剂甘露醇效果较好或两种以上作用互补的利尿剂,可以达到较满意的效果。

3.4.4 应用增加肾血流量的药物,如短期应用小剂量的多巴胺或多巴酚丁胺 $2\sim 5\text{ }\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 静脉滴注,配合速尿,减轻水肿,改善患者的心功能状态。

3.5 洋地黄及其他正性肌力药物^[3-4] 顽固性心力衰竭,洋地黄必须达到治疗剂量,才能发挥有效作用,应用时注意患者的临床表现、心电图变化,必要时检测洋地黄的血药浓度,以防洋地黄中毒。必要时可以使用非洋地黄类正性肌力药物,如多巴酚丁胺、米力农应用 $3\sim 5\text{ d}$,长期应用有害无益,因此不宜长期应用,心力衰竭症状改善后立即停用。

3.6 血管扩张剂的应用^[3-4] 其作用通过降低心脏前后负荷,改善心功能,常用硝酸甘油、单硝酸异山梨酯、硝普钠,应从小剂量开始微量输入,尽量使用最大有效剂量,特别是硝普钠既可以扩张动脉又可以扩张静脉。作者认为应大胆应用,对减轻患者的呼吸困难,纠正顽固性心力衰竭很有好处,值得推广应用。

3.7 ACEI 及 ARB 的使用^[3-4] ACEI 有直接改善血流动力学的血管扩张作用及抑制血管组织血管紧张素 II 作用,干扰心室重塑的过程,它是循证医学证据积累最多的药物,是治疗心力衰竭的基石药物和首选药物,从小剂量开始应用,逐渐增加剂量,长期应用改善临床预后。作者认为,ACEI+ARB 联合应用治疗顽固性心力衰竭效果更佳,可以联合应用醛固酮拮抗剂螺内酯,作为神经体液抑制剂,应注意高血钾的不良反应。

(上接第 1140 页)

给予患者输入同型血 400 mL,同型血浆 200 mL,予以补液等治疗,碱化尿液,患者血氧饱和度维持在 96% 以上。经抢救患者病情平稳,3 d 后复查头颅 CT 提示,颅内左侧颞叶脑出血,量约 5 mL,占位效应不明显,周围形成水肿带。胸部 CT 提示,双肺纹理粗乱,其余各项生理指标正常,咳黑色陈旧性血痰,双肺可闻及少量湿性啰音,入院 10 d 后头颅 CT 复查未见明确异常,入院 15 d 后在全身麻醉下行右侧多发性肋骨骨折切开复位环抱器内固定、右侧肩胛骨骨折切开复位内固定术,术后患者恢复良好,伤口按期拆线,入院 17 d 后肾功能提示: BUN 7.8 mmol/L , Cr $87\text{ }\mu\text{mol/L}$, UA 265 mmol/L 。入院后 32 d 患者痊愈出院。

2 讨论

本例患者主要以胸部挤压伤导致脑出血、创伤性窒息、创伤性湿肺为主的合并伤。当胸部或上腹部突然受到剧烈挤压,反射性引起深吸气,胸腔内压骤升,心脏及大血管受压。尤其是上腔系统的无名静脉和颈静脉因缺乏完整的瓣膜,突然高压导致右心血流逆流而引起静脉过度充盈和血液淤滞,大量血液逆流,到上腔静脉所属分布区域广泛的毛细血管破裂和点状出血,血流动力学改变引起的相应复杂病理生理改变,继而引起相应组织器官形态及功能改变。特别是脑皮质、视网膜、眼结膜、口腔黏膜以及面、颈及上胸部皮肤出现弥散性点状淤斑,严

3.8 β -受体阻滞剂^[3-4] β -受体阻滞剂可改善心力衰竭患者的运动耐力,长期应用能改善心力衰竭患者的临床状况和左心室功能,降低住院率,明显降低病死率。本院使用较多的是美托洛尔(倍他乐克)和比索洛尔,应注意掌握指征,注意其负性肌力及负性心率作用,当收缩压小于 80 mm Hg ($1\text{ mm Hg} = 0.133\text{ kPa}$) 或存在周围灌注不良的表现时禁用 β -受体阻滞剂。体质量达到干重时才开始用 β -受体阻滞剂,所以必须在 ACEI 和(或)ARB 及强心、利尿和扩血管药物应用的基础上,待病情稳定后,从小剂量开始应用,以后缓慢加量,长期应用以改善临床预后。

3.9 血液净化疗法^[5-6] 血液透析可以清除水分,减轻患者的前后负荷,增加左心室射血分数,减轻肾间质水肿,增加肾血流量,纠正电解质紊乱,清除炎性介质、氧自由基,明显改善预后,可以配合药物使用透析疗法。

参考文献

- [1] 陆再英. 内科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1.
- [2] 陈灏珠, 林果为. 实用内科学[M]. 13 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 1366-1381.
- [3] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性收缩性心力衰竭诊断治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(12): 1076-1095.
- [4] 蹇在金. 老年心力衰竭的治疗及预后[J]. 中华老年医学杂志, 2005, 24(3): 238.
- [5] 唐其柱, 张永珍, 刘昌慧. 临床老年心脏病学[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2000: 39.
- [6] 张彬, 刘玉华. 老年心力衰竭的特点分析[J]. 中国老年多器官疾病杂志, 2003, 3(4): 314.

(收稿日期: 2011-12-08)

重引起脑缺氧、脑水肿、颅内压增高。挤压伤伤员主要表现为血容量下降、肌红蛋白尿、尿素氮和钾离子升高、代谢性酸中毒, 依据病情给予补充血容量、碱化尿液、保持肾血流量及肾灌注压力, 清除体内过多的代谢产物, 减少心血管并发症的治疗^[1]。本例患者入院后及时、有利的呼吸功能支持是治疗的主要手段, 在最短时间内经气管插管、静脉复合丙泊酚麻醉法, 通过控制呼吸、保证氧供、减少二氧化碳蓄积、减少脑血管扩张, 降低颅内压, 避免用药物或操作引起颅内压增高, 保持呼吸道通畅, 进行有效的人工或机械通气, 防止患者缺氧和二氧化碳潴留。

气管插管术是急救工作中常用的重要抢救技术, 是呼吸道管理中应用最广泛、最有效、最快捷的手段之一^[2]。本例患者抢救中及时行气管插管, 保持呼吸道通畅是治疗的关键措施之一。

参考文献

- [1] 权毅, 潘显明, 邓少林, 等. 地震闭合性软组织挤压伤病情特点及救治体会[J]. 实用医院临床杂志, 2009, 6(1): 9-10.
- [2] 朱剑勇. 87 例重型颅脑损伤死亡原因分析[J]. 创伤外科杂志, 2006, 8(4): 296-297.

(收稿日期: 2011-12-31)