

规、尿常规、生化及心电图检查。96 例用药 8 周以上患者, 1 个月随访 1 次, 测血压、心率, 观察不良反应。

1.4 疗效评定标准: 根据新药审评机构颁发的《新药临床研究指导原则》中有关心血管系统药物临床研究指导原则, 将疗效分为显效、有效和无效。

1.5 统计学处理: 数据用  $\bar{x} \pm s$  表示, 应用 SAS 统计软件, 采用  $\chi^2$  检验,  $t$  检验,  $P < 0.05$  为差异有显著性。

## 2 结果

2.1 各组治疗前后血压的变化, 与治疗前比较, A 组收缩压从 (161.0 ± 17.8) mmHg 下降到 (132.2 ± 12.7) mmHg,  $P < 0.01$ ; 舒张压从 (98.6 ± 5.7) mmHg 下降到 (85.6 ± 7.2) mmHg,  $P < 0.01$ 。B 组收缩压从 (159.6 ± 13.8) mmHg 下降到 (136.2 ± 11.3) mmHg,  $P < 0.01$ ; 舒张压由 (95.8 ± 6.9) mmHg 下降到 (86.1 ± 6.8) mmHg,  $P < 0.01$ 。各组治疗前后比较心率无显著改变。两组间比较治疗前后收缩压、舒张压及心率均无统计学显著差异。

2.2 疗效分析: 2 组间降压疗效比较、总有效率比较无显著差异 ( $P > 0.05$ ), 见表 1。

## 3 讨论

马来酸氨氯地平是一种新型 (第三代) 长效二氢吡啶类钙拮抗剂, 本观察显示马来酸氨氯地平与其他钙拮抗剂相比<sup>[1-4]</sup>, 具有生物利用度高, 有效血药浓度持续时间长的特点, 降压

表 1 2 组治疗 8 周后降压疗效和不良反应比较 (例, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
A 组	48	33(68.8)	13(27.1)	2(4.2)	95.8
B 组	48	30(62.5)	13(27.1)	5(10.4)	89.6

作用平稳持续, 起效和缓, 可减少因血压波动对重要脏器的损害。有利于高血压患者心、脑、肾器官的保护。与苯磺酸氨氯地平比较, 降压疗效无明显差别, 但常见的因血管扩张引起的不良反应少于苯磺酸氨氯地平。A 组有 12 例出现不良反应, B 组有 19 例出现不良反应, 大多数患者不良反应轻微且时间短暂, 没有因不良反应在服药过程中采取治疗措施或终止治疗的。

总之, 本组资料证实马来酸氨氯地平是一种疗效佳, 不良反应少的新型长效钙离子拮抗剂, 是治疗高血压的首选一线用药。尤其适合中老年人。

## 参考文献:

- [1] 王宪衍, 金翠燕, 钱 珠, 等. 氨氯地平治疗轻中度高血压的多中心研究[J]. 高血压杂志, 1997, 5, 27.
- [2] 诸骏仁, 陶 萍, 刘国仪, 等. 非洛地平缓释片 1 次/d 治疗高血压病的疗效观察[J]. 中华心血管病杂志, 1996, 24(4): 272.
- [3] 黄震华, 顾 燕, 许左隽, 等. 氨氯地平, 非洛地平与缓释硝苯地平治疗高血压疗效比较[J]. 中国新药与临床杂志, 2000, 19(2): 111.
- [4] 黄志芬, 黄建朋, 冯爱芬, 等. 非洛地平缓释片治疗轻中度原发性高血压病[J]. 广东医学, 2000, 21(2): 165.

收稿日期: 2004-05-12

# 静脉滴注低温液治疗中枢性高热的临床观察

安和平

(涪陵区第二人民医院, 重庆 涪陵 408000)

文章编号: 1009-5519(2004)16-1649-02

中图分类号: R5

文献标识码: B

中枢性高热是临床治疗的难点之一, 我院于 2002 年 10 月 ~ 2003 年 9 月采用静滴低温液体治疗中枢性高热 15 例, 取得较好效果, 现报道如下。

## 1 对象与方法

1.1 对象: 本组 15 例中枢性高热中, 男 12 例, 女 3 例; 年龄 60~76 岁, 平均 67.4 岁。其中脑血管意外 11 例, 颅内肿瘤 3 例, 结核性脑膜炎 1 例。

1.2 方法: 对中枢性高热 15 例患者, 在积极治疗原发病和采用氯丙嗪、物理降温 (冰袋、冷敷) 等处理后, 体温仍高于 39℃, 且持续 24 小时以上者, 采用 0~10℃低温液体 (10% 葡萄糖、5% 葡萄糖、5% 葡萄糖盐水、林格氏液) 500~1500 ml 静脉滴注, 40~60 滴/分, 体温降至满意后停用。

## 2 结果

降温时间 3~93 小时, 平均为 12~25 小时。15 例中枢性高热患者静滴低温液体疗效见表 1, 降温前后生命体征变化见表 2, 未出现寒颤、抽搐、结晶等不良反应。

## 3 讨论

表 1 15 例中枢性高热患者静滴低温液体疗效 ( $\bar{x} \pm s$ )

疾病	例数	降温前 (°C)	降温后 (°C)	P 值
脑血管意外	11	40.1 ± 0.43	37.1 ± 0.45	< 0.05
颅内肿瘤	3	41.0 ± 0.33	37.6 ± 0.41	< 0.05
结核性脑膜炎	1	39.8	36.9	-

表 2 15 例中枢性高热患者静滴低温液体前后生命体征变化 ( $\bar{x} \pm s$ )

	体温 (°C)	脉搏 (次/min)	呼吸 (次/min)	血压 (mmHg)
滴注前	40.3 ± 0.38	94 ± 1.8	19 ± 1.5	146 ± 1.8
滴注后	37.2 ± 0.43	93 ± 2.2	18 ± 1.3	143 ± 2.1
P 值	< 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

3.1 脑功能的维护对中枢性高热病人的生命呈正相关。动物在低温状态下对脑细胞的保护作用一直受到中外学者的广泛关注。大量的研究提示<sup>[1,2]</sup>, 低温可抑制神经细胞外谷氨酸、天门冬氨酸等兴奋性氨基酸的释放, 增加神经原内泛素的合成, 抑制脑损伤后大鼠脑组织中 NO 的合成, 抑制脑缺氧时 ATP 的耗竭, 改善能量代谢, 减少氧自由基的过量生成等。

3.2 正常情况下, 人的体温是相对恒定的, 不受外界环境温度的改变而有显著差异。而中枢性高热患者则因体温调节中枢障碍, 对外界的冷、热刺激不能随时调节, 体温容易受外界温度

的影响而发生变化。此时在患者的静脉中输入大量的低温液体,给患者机体一个强烈的冷刺激,反而能够达到降温的目的。

3.3 根据热力学和血液中水比热大原理,输入的大量低温液体可主动吸收体内的大量热量,从而使体温下降。

3.4 通常机体能耐受的体内温度为 40.5℃,超过此温度时脑组织容易产生热损害,因此必须积极降温治疗<sup>[3]</sup>。但传统的降温方法往往效果较差,我们在积极治疗原发病的基础上,采用静滴 0~10℃低温液体(500~1500ml)治疗中枢性高热,取得了较好效果。周茂正报道<sup>[4]</sup>用冷甘露醇液抢救脑出血中枢性高热

20 例,降温有效率 100%。本组资料显示降温有效率与之相同,降温前后呼吸、脉搏、血压无明显改变,未出现寒颤、抽搐、结晶等不良反应。但由于病例较少,有待进一步观察。

参考文献:

- [1] 张社卿. 低温对脑缺血的保护机制研究进展[J]. 国外医学脑血管疾病分册, 1996, 4(3): 131.
- [2] 刘睿. 预缺血、低温与脑保护[J]. 医学综述, 2002, 8(10): 577.
- [3] 吴卫平. 中枢性发热[J]. 中国实用内科杂志, 2000, 20(11): 650.
- [4] 周茂正. 冷甘露醇液抢救脑出血中枢性高热 20 例[J]. 人民军医, 1994, 10: 21.

收稿日期: 2004-04-08

## 中心静脉导管在心包穿刺引流中的应用

吴云

(重庆市巴南区第二人民医院内科, 重庆 400054)

文章编号: 1009-5519(2004)16-1650-01

中图分类号: R5

文献标识码: B

心包穿刺是临床内科心包积液常用的一种诊疗技术,本科自 2000 年采用中心静脉导管行心包穿刺引流 26 例,取得了良好的效果,现总结如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料: 26 例均被心脏超声诊断为大量心包积液(>2 cm),其中男 17 例,女 9 例,年龄 21~74 岁,平均年龄 60.7 岁。肿瘤性 12 例,结核性 8 例,特发性 4 例, SLE 者 1 例,尿毒症 1 例,病程 10 天~2 年。

1.2 方法: 采用 arrow 7Fr 双腔中心静脉导管。(1)患者取半卧位,于剑突与左肋缘交界处行皮肤常规消毒、铺无菌洞巾,以 2% 利多卡因局麻,用 18G 穿刺针向上、向后、稍向左行心包穿刺,当有落空感并抽出积液时,即停止进针,沿穿刺针置入 0.89/0.035 导丝,固定导丝,拔出穿刺针,于穿刺点处行一皮肤小切口,用 6 Fr 扩张管行皮肤及皮下组织扩张,取出扩张管,沿导丝放入 7 Fr 双腔中心静脉导管,见有积液回流后,即停止进管,拔出导丝,固定导管,随时进行引流或经导管注射药物。

### 2 结果

26 例心包穿刺均一次成功,治疗效果满意,全部病例未见

有任何并发症。23 例心包积液基本吸收后拔管,3 例因经济困难自动出院。导管保留时间为 5~15 天。肿瘤性心包积液经导管向腔内注入抗癌药物,结核性、特发性及 SLE 者向腔内注入地塞米松。

### 3 讨论

心包穿刺是急性心包填塞和心包积液重要的诊疗手段。国内外均认为心包穿刺的危险性大于冠状动脉造影,威胁生命的严重并发症达 11.4%~20%<sup>[1]</sup>。这些并发症包括心肌或冠状动脉损伤、严重心律失常、气胸、腹部器官损伤。传统方法有如下缺点:(1)需要 2 人配合才能操作;(2)操作时要有心电监护才能进行;(3)穿刺针有可能损伤冠状动脉及心肌组织;(4)抽液时间长,一般至少 30 分钟以上;(5)操作时易造成医源性感染。采用 arrow 中心静脉导管行穿刺引流,导管柔软,置入心包腔内不会损伤心肌及大血管,可长时间的保留并进行反复的引流和注射药物,可明显减少反复穿刺带来的并发症,减轻病人痛苦和医源性感染等。

参考文献:

- [1] 刘可权. 多功能穿刺自动引流装置在心包穿刺引流中的应用[J]. 临床心血管病杂志, 2000, 16: 477.

收稿日期: 2004-04-12

## 经膀胱前列腺切除术后预防出血的体会

张保学

(固始县人民医院外科, 河南 固始 465200)

文章编号: 1009-5519(2004)16-1650-02

中图分类号: R6

文献标识码: B

耻骨上经膀胱前列腺切除术适用于各种类型的前列腺增生症,且能同时处理膀胱内病变。该手术最严重的并发症是出血。我院自 1994 年以来共行耻骨上经膀胱前列腺切除术 210 例,由于注重术后出血的预防,效果良好,现报道如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料: 本组 210 例,年龄 58~80 岁,平均 71 岁。前列腺 I~II 度 50 例, III~IV 度 160 例。均采用耻骨上经膀胱前列

腺切除术。

1.2 手术方法: 取下腹正中切口,切开膀胱,前列腺切除后,行膀胱颈唇 4 点~8 点处连续肠线缝合。再牵开前列腺窝,若发现有活动性出血,给予缝扎或电凝止血。前唇纵行缝合缩窄前列腺窝内口,使之可容一食指头。双腔气囊导尿管气囊注水 20~30 ml 放入膀胱经尿道牵引压迫 1~2 天。术后常规持续或间断用生理盐水冲洗 1~3 天,术后第二天开始给予缓泻剂,如大黄苏打片、润肠通便液等。5~7 天拔出造瘘管,10 天左右拔出导