

中西医结合治疗肺性脑病 20 例

上海市普陀区中心医院(200062) 程祖声

近几年来我们治疗肺性脑病40例,随机分为中西医结合组及西药组,结合组按中医“痰厥”辨证,导痰汤加味治疗,酌情选用西药,并与西药组作对照,现报告如下。

临床资料

全部病例均以1980年全国第三次肺心病专业会议制定的“肺性脑病诊断标准”为依据^①。40例均为住院患者。随机分为中西医结合组(结合组)20例,男17例,女3例;年龄55~91岁,平均70岁。其中轻型8例,中型6例,重型6例。中医辨证^②为痰浊闭窍8例,痰热扰心2例,痰盛饮阻4例,痰浊挟瘀3例,痰盛气脱3例。西药组20例,男15例,女5例;年龄49~82岁,平均64岁。其中轻型10例,中型6例,重型4例。两组相比,结合组病情重于西药组。

治疗方法

一、西药组:治疗重点是保持呼吸道通畅,改善肺泡通气,选用祛痰剂:必嗽平16mg,1日3次;或敌咳10~15ml,1日3次口服;支气管扩张剂:氨茶碱0.25g或喘定0.25g加地塞米松5mg静脉推注;或者氨茶碱0.5g(喘定1.0g)加地塞米松5mg静脉滴注;鼻导管持续低流量(2~3L/分)给氧。控制感染:选用有效的抗生素,如每日青霉素480~960万u静脉滴注,每日链霉素1g肌肉注射。或氨苄青霉素6g,庆大霉素24~32万u静脉滴注。嗜睡、昏迷、呼吸抑制的患者以呼吸兴奋剂可拉明、洛贝林4~6支静脉滴注,细胞代谢促进剂(辅酶A200u、ATP20mg、细胞色素C30mg)静脉滴注。及时调整水、电解质及酸碱平衡。其他强心、利尿剂等对症处理。

二、结合组:中药以豁痰开窍为基本治则。方选导痰汤加味:制半夏12g 陈皮9g 茯苓12g 枳实9g 制胆星6g 生甘草6g 石菖蒲30g 郁金12g 青礞石30g。水煎200ml,每6小时服50ml,不能口服者鼻饲。痰黄、发热者再加黄芩12g,石膏30g,竹沥油20ml;昏迷者加服苏合香丸,日服1粒,或至宝丹1日1粒。醒脑静注射液(郁金、麝香、石菖蒲等)4ml静脉推注。面浮足肿、尿少心悸者加车前子30g,泽

泻12g,防己12g。若排咖啡色大便者加服参三七粉2g,日服2~3次。若病情危重,四肢逆冷,脉微细欲绝,血压下降,先予回阳救逆,参附龙牡汤治疗(红参12g,熟附片30g,煅龙骨、牡蛎各30g),待血压回升后再予以前法辨证施治。选用西药与西药组相同。

两组病例均在治疗前后作动脉血气分析测定,以观察pH值、PaO₂、PaCO₂的变化。观察患者从嗜睡、昏迷到神志转清楚的时间等。

结 果

一、疗效评定标准:显效:神志清楚,精神神经症状消失,智力恢复在2~4天内,血气分析显著好转。好转:神志较清楚,上述各项检查均有好转,智力恢复在4天以上。无效:神志不清楚,病情加重,血气分析无改善,抢救无效,死亡。

二、结果:结合组显效5例(均为轻型),占25%;好转7例(轻、中型各3例,重型1例),占35%;无效8例(中型3例,重型5例),占40%,总有效率60%。西药组显效2例(均为轻型),占10%;好转6例(轻型5例,中型1例),占30%;无效12例(轻型3例,中型5例,重型4例),占60%,总有效率40%。结合组疗效优于西药组。

两组治疗前后血pH、PaO₂及PaCO₂值比较,见附表。

附表 两组治疗前后血 pH、PaO₂、PaCO₂值比较 ($\bar{x} \pm S\bar{x}$)

组别	例数	pH	PaO ₂ (mmHg)	PaCO ₂ (mmHg)
结合	20	治前	7.34±0.02	56.60±0.06
		治后	7.34±0.02*	68.43±3.90**
西药	20	治前	7.34±0.01	60.59±3.06
		治后	7.33±0.03**	57.10±0.22*

与治疗前比较, *P>0.05; **P<0.01

结合组治疗后PaO₂较治前升高,PaCO₂较治疗前降低;西药组治疗后PaO₂下降,PaCO₂反而上升。提示结合组在肺性脑病治疗中其机理可能与提高PaO₂、降低PaCO₂有关。

讨 论

肺性脑病是由于呼吸衰竭引起的脑功能不全的综合征,患者大多有慢性支气管炎、阻塞性肺气肿伴肺原性心脏病史。临床表现为头痛、咳嗽多痰、兴奋谵妄,或嗜睡、昏迷不省人事。肢冷、血压下降等症,与中医所谓“痰厥”类似。正如《杂病广要》曰:“痰饮内郁而厥……厥有涎潮,如拽锯声在咽中为痰厥……用导痰汤加竹沥、姜汁”⁽³⁾。其说虽不一定符合现代肺性脑病,但其治疗原则是值得借鉴的。所以我们在治疗肺性脑病时选配导痰汤加味煎汤内服。导痰汤由半夏、陈皮、茯苓、甘草、枳实、胆星组成,功效为顺气导痰;加石菖蒲、郁金、青礞石等加强了祛痰作用,能够祛除呼吸道内的痰涎壅塞,使得呼吸道通畅,改善肺泡通气。临床疗效和实验室观察结果亦说

明了中西医结合组在提高疾病的治愈率、降低病死率以及提高机体的氧分压、降低二氧化碳分压方面都优于西药组。鉴于肺性脑病是临床上常见的危重病之一,变化迅速,病死率极高,所以不能单独应用导痰汤来治疗。导痰汤治疗肺性脑病的作用机理还有待今后进一步研究。

参 考 文 献

1. 全国第三次肺心病专业会议资料. 中华结核和呼吸系统杂志 1981; 1(1):62.
2. 陶 凯. 中西医结合治疗肺性脑病低氧血症. 中西医结合杂志 1987; 7(10):616
3. 丹波元坚. 杂病广要·痰厥篇. 第2版. 北京:人民卫生出版社, 1983:1074.

肺心病时丙二醛变化的意义探讨

北京市红十字朝阳医院呼吸病研究中心 (100020)

胡国英 毛燕玲 于淑兰 周永昌 邱鹤庚 翁心植

测定50例肺心病患者急性发作期和缓解期的丙二醛(MDA),并与70名健康人比较,现报道如下。

临床资料 观察组50例为1984年10月~1986年8月住院的肺心病急性发作期患者,男28例,女22例;年龄45~75岁,平均56.5岁。均符合1977年第二次全国肺心病专业会议修订的诊断标准。所有病例均无心绞痛史,心电图、X线胸片和超声心动图检查排除了冠心病。缓解期患者系上述患者住院治疗后,感染基本控制待出院者。对照组70例,男37例,女33例,年龄25~60岁,平均45.4岁,均为体检健康者。

方 法

一、血小板MDA生成测定:血小板聚集率(MAR测定后5分钟时取出PRP及PPP,然后放37°C水浴15分钟后与等量的硫代巴比妥酸液混匀,加4 N的氢氧化钾溶液0.5ml,离心后用国产721型分光光度计在548nm处,以PPP作对照,测定光密度(OD)值。已知MDA在548nm处时的消光系数为0.152,以下列公式计算血小板MDA含量,以MDA nmol/10⁹血小板表示。

$$MDA = \frac{OD_{548} \times V}{0.152 \times \text{血小板数}} \times 10^9$$

二、血小板计数:许汝氏法。

三、统计学方法:配对t检验,成组t检验。

四、血小板聚集功能测定:用硅化注射器,取受试者静脉血,加3.8%枸橼酸钠溶液抗凝,比例为(9:1)。离心,制备富血小板血浆(PRP)和贫血小板

血浆(PPP),取PRP 0.5ml置血小板聚集仪内(北京生化仪器厂生产BS-631型),37°C预温5分钟,然后加0.5mg/ml花生四烯酸(AA)50μl,记录聚集曲线,按下列公式计算血小板聚集率(MAR)。

$$MAR = \frac{\text{聚集最大透光度与PRP透光度的差数}}{\text{PRP与PPP之间透光度的差数}} \times 100\%$$

结 果

一、健康人与肺心病患者MDA测定结果($\bar{x} \pm S\bar{x}$):对照组70例,AA诱导MDA含量(nmol/10⁹)为3.542±0.190,肺心病发作50例为1.940±0.155,肺心病缓解50例为3.233±0.245。ADP诱导MDA含量(nmol/10⁹),肺心病发作18例为1.611±0.407,肺心病缓解18例为1.977±0.477,缓解期与发作期相比 $P < 0.01$ 。

二、急性发作期与缓解期血小板计数的变化:肺心病急性发作期患者血小板计数为 $(124 \pm 7.0) \times 10^9/L$,缓解期为 $(169 \pm 8.2) \times 10^9/L$,两组差异显著($P < 0.01$)。急性发作期患者血小板计数低于 $100 \times 10^9/L$ (10万/mm³)者占32%(16/50),缓解期者低于 $100 \times 10^9/L$ 者占6%(3/50)。

讨 论 用硫代巴比妥酸测定血小板MDA生成是检查血小板功能,间接了解血小板AA代谢的一项定量试验。我们发现肺心病急性发作期血小板数量及MDA生成量明显降低,缓解期恢复正常。提示肺心病急性发作期血小板功能严重受损,同时证实AA在诱导血小板MDA生成方面优于ADP。