

屈曲 90°, 用钝头棒穿刺, 避免使用锐性器械, 皮下用止血钳钝性分离, 避免损失皮神经。所有患者在穿刺前均用尺子测量标记处手术切口, 穿刺前用注射器沿“软点”处穿刺注入生理盐水充盈关节腔。本组病例经过积极术前准备, 严格按手术入路操作, 所有患者均未出现严重的术后并发症, 无重要的血管神经损伤。

康复锻炼对关节镜手术后患者功能康复亦至关重要。肘关节屈伸功能障碍患者术后因为惧怕疼痛而不肯锻炼, 这样容易再次发生关节内软组织粘连, 导致术后屈伸功能恢复不佳。因此, 我们鼓励患者早期做康复训练, 以期获得更好的关节功能恢复。

总之, 关节镜下手术治疗肘关节屈伸功能障碍具有较好的临床疗效, 可明显改善肘关节屈伸功能。本研究的不足之处是病例数较少, 随访时间较短, 近期疗效较好, 远期疗效尚不得而知。期待大样本、长时间的随访研究, 从而更客观地评价肘关节镜手术治疗肘关节屈伸功能障碍的临床疗效。

参考文献

- [1] Morrey B F, Adams R A. Semiconstrained arthroplasty for the treatment of rheumatoid arthritis of the elbow [J]. J Bone Joint Surg Am, 1992, 74 (4): 479-490.
- [2] 黄竞敏, 赵力, 唐建军, 等. 关节镜下松解及清理术在肘关节屈伸功能障碍方面的应用 [J]. 中华骨科杂志, 2005, 25 (9): 533-536.
- [3] 郑志展. 手术松解配合中药熏洗治疗创伤后肘关节僵硬 32 例 [J]. 福建医药杂志, 2020, 42 (2): 95-98.
- [4] 陈宏, 潘佳栋, 阮健. 肘关节镜的临床应用进展 [J]. 中华肩肘外科电子杂志, 2018, 6 (1): 6-10.
- [5] Claessen F M A P, Kachooei A R, Kolovich G P, et al. Portal placement in elbow arthroscopy by novice surgeons: cadaver study [J]. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 2017, 25 (7): 2247-2254.
- [6] 陈光兴, 唐康来, 杨柳, 等. 关节镜下肘关节松解术 [J]. 中华骨科杂志, 2006, 26 (8): 521-524.
- [7] Unlu M C, Kesmezacar H, Akgun I, et al. Anatomic relationship between elbow arthroscopy portals and neurovascular structures in different elbow and forearm positions [J]. J Shoulder Elbow Surg, 2006, 15 (4): 457-462.

• 临床研究 •

硝普钠联合多巴酚丁胺对冠心病合并心衰患者心功能、安全性的影响

福建省莆田市城厢区医院 (莆田 351100) 陈瑞达

【摘要】 目的 分析硝普钠联合多巴酚丁胺治疗冠心病合并心衰患者的临床效果。方法 选取我院 2018 年 1 月至 2020 年 3 月收治的 84 例冠心病合并心衰患者, 按奇偶数分组法分为对照组 42 例, 采用硝普钠治疗; 观察组 42 例, 采用硝普钠联合多巴酚丁胺治疗。对比两组临床治疗效果、心功能指标 [左室射血分数 (LVEF)、左心室收缩及舒张末期内径 (LVESD、LVEDD)] 及血管活性物质 [脑利钠肽 (BNP)、内皮素-1 (ET-1) 以及血管紧张素 II (Ang II)] 改变情况, 统计药物不良反应。结果 观察组总有效率 95.24% 高于对照组的 73.81%, 治疗后 LVEF 值高于对照组, LVESD、LVEDD 值低于对照组, 治疗后 BNP、Ang II 及 ET-1 水平低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率 4.76%, 对照组发生率 9.52% ($P > 0.05$)。结论 硝普钠联合多巴酚丁胺治疗冠心病合并心衰效果满意, 患者心功能提高、无明显不良反应。

【关键词】 硝普钠; 多巴酚丁胺; 冠心病; 心力衰竭; 心功能; 安全性

【中图分类号】 R541.6; R541.4 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1002-2600(2021)01-0082-04

冠心病是临床常见病, 一项流行病学调查表明, 居民冠心病发生率为 4.70%, 其中 61~70 岁患病率 5.47%, >70 岁的患病率 9.33%^[1]。心力衰竭是各种心脏器质性疾病进展至终末期阶段主要并发症, 病死率高达 40%, 年死亡率高达 15%~50%^[2]。对冠心病合并心力衰竭患者, 临床常采用

降低心肌耗氧量、增加冠脉血流量等方法进行治疗, 但因疾病多发生于中老年人, 血管病变严重, 传统治疗效果不佳。硝普钠是一种血管扩张剂, 直接作用于血管平滑肌细胞, 可减轻心脏前后负荷、降低心肌耗氧量^[3]。多巴酚丁胺具有增强心肌收缩功能、正性肌力, 降低交感神经张力的作用^[4]。目

前,两种药物联合治疗冠心病合并心力衰竭的报道尚不多见。本研究以 84 例冠心病合并心力衰竭患者为观察对象,探讨硝普钠联合多巴酚丁胺治疗的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 本项目经院医学伦理委员会批准。选取我院 2018 年 1 月至 2020 年 3 月收治的 84 例冠心病合并心衰患者。纳入标准: 1) 受试者符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》中心力衰竭标准^[5]; 2) 患者精神状态良好, 认知清晰; 3) 无研究药物过敏史; 4) 签署知情同意书。排除标准: 1) 患支气管哮喘、免疫系统疾病及血液系统疾病; 2) 因肺源性心脏病、高血压性心脏病等其他心脏疾病导致的心力衰竭; 3) 合并肝肾不足、心包填塞、内分泌疾病者; 4) 对研究药物有禁忌证; 5) 研究期间退出者。按奇偶数分组法分为两组各 42 例, 对照组男 25 例, 女 17 例, 年龄 $45 \sim 76$ (56.57 ± 6.13) 岁; NYHA 分级: II 级 8 例, III 级 23 例, IV 级 11 例; 冠心病病程 $5 \sim 16$ (8.86 ± 2.67) 年; 观察组男 23 例, 女 19 例; 年龄 $45 \sim 78$ (57.14 ± 6.20) 岁; NYHA 分级: II 级 10 例, III 级 20 例, IV 级 12 例; 冠心病病程 $5 \sim 18$ (9.14 ± 2.70) 年。两组患者基线资料具有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法: 两组患者入院后及时吸氧, 进行抗心衰、镇静、利尿剂、血管扩张剂等常规治疗。对照组采用硝普钠治疗 [注射用硝普钠 (武汉人福药业有限责任公司, 国药准字 H20065354) 50 mg+5% 葡萄糖注射液 500 mL, 避光, 微量泵持续泵入, 根据血压调整速度, 血压不宜低于 90/60 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa), 连续 24 h 循环维持]; 观察组采用硝普钠联合多巴酚丁胺治疗, 硝普钠使用同对照组; 盐酸多巴酚丁胺注射液 (上海上药第一

生化药业有限公司, 国药准字 H31021904) 40~60 mg+5% 葡萄糖注射液 500 mL, 静脉滴注, 20 滴/min。两组连续用药 3 d。

1.3 观察指标: 1) 治疗效果: 参照文献^[6]评价, 显效: 用药 48 h 心力衰竭控制, 或心功能 I 级; 有效: 心力衰竭控制, 体力活动后心率增加, 心功能改善 1 级; 无效: 用药 48 h 心力衰竭未得到控制, 心功能没有改善; 2) 心功能指标: 于治疗前后作超声心动图检查, 记录患者左室射血分数 (LVEF)、左心室收缩及舒张末期内径 (LVESD、LVEDD); 3) 血管活性物质: 于治疗前后采集肘静脉血 4 mL, 60 min 内离心分离血清, 采用酶联免疫吸附法测定脑利钠肽 (BNP), 放射免疫法测定内皮素-1 (ET-1)、血管紧张素 II (Ang II); 4) 药物副作用: 包括血压下降、心悸、头晕、头痛等。

1.4 统计学方法: 应用 SPSS 20.0 统计学软件。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采取 t 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 采取 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效: 两组治疗后总有效率比较的差异有统计学意义 ($\chi^2 = 7.372$, $P < 0.05$, 表 1)。

表 1 比较两组具体疗效标准 [n=42, 例 (%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组	24	16	2	40 (95.24)
对照组	10	21	11	31 (73.81)

2.2 心功能指标: 治疗前两组心功能各项指标比较的差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后两组心功能各项指标较治疗前改善, 其中以观察组改善最为显著 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组治疗前后心功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	LVEF/%		LVESD/mm		LVEDD/mm	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30.85±3.98	48.65±5.78*	50.12±3.58	38.58±2.78*	68.15±4.17	55.45±3.05*
对照组	31.12±4.05	37.69±4.86*	49.76±3.61	44.65±2.81*	67.86±4.21	60.53±3.19*
t 值	0.308	9.406	0.459	9.952	0.317	7.459
P 值	0.759	<0.001	0.648	<0.001	0.752	<0.001

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

2.3 血管活性物质: 治疗前两组 BNP、Ang II 及 ET-1 水平比较 ($P > 0.05$); 治疗后两组 BNP、

Ang II 及 ET-1 水平低于治疗前 ($P < 0.05$); 观察组治疗后血管活性物质低于对照组 ($P < 0.05$)。

见表 3。

表 3 两组患者治疗前后血管活性物质比较 (ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	BNP		Ang II		ET-1	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	504.53±105.77	351.42±89.68*	190.04±65.47	121.04±56.89*	190.24±65.89	128.56±65.95*
对照组	492.35±103.24	425.51±96.36*	186.51±66.52	152.53±60.35*	182.35±66.18	158.85±64.73*
t 值	0.534	3.648	0.245	2.461	0.548	2.124
P 值	0.595	<0.001	0.807	0.016	0.585	0.037

注：与治疗前比较，* $P < 0.05$ 。

2.4 安全性评价：两组治疗期间未发生肝肾功能、血尿常规异常。观察组有 1 例血压下降，1 例头痛，发生率 4.76%；对照组有 1 例血压下降，1 例头晕，1 例恶心，1 例头痛，发生率 9.52%；差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.718$, $P = 0.397$)。

3 讨论

冠心病是心衰的主要诱因，因冠状动脉血流量降低，诱发左心室功能不良、心肌收缩能力减弱、心脏收缩末期心室容积及室壁张力增加等情况，而导致心衰的发生。通常冠心病合并心衰后，心肌收缩能力降低，心脏血液输出量减少，难以满足机体对能量的需求，由此产生一系列的临床症状。由于老年患者心肌受累、血管病变严重，易诱发心肌极度肥厚、恶性心律失常及电解质紊乱等情况，且会导致心衰反复发作，故传统治疗效果不佳。因此，一种安全、有效的治疗方法成为临床工作者追逐的目标。

硝普钠是一种血管扩张剂，可作用于血管平滑肌细胞，促使其分泌一氧化氮，以此舒张挛缩的血管平滑肌，扩张机体动静脉，减少心脏前后负荷量，降低心肌耗氧量；同时硝普钠可高度抑制血小板聚集，改善机体微循环，降低血管阻力，改善心脏泵功能。此外，该药物能松弛机体肺血管，降低机体肺动脉压以及肺毛细血管压，减低右心室压力，缓解机体肺部淤血、肺水肿等症状，并增加心排量，缓解过速心率。而且，有研究指出硝普钠可扩张机体肾动脉，增加肾脏尿量以及血流量，减轻心脏前后负荷量，促使患者心脏功能改善^[7]。

多巴酚丁胺是多巴胺的衍生物，属于一种具备拟交感活性的正性肌力药物，多巴胺是去甲肾上腺素及肾上腺素生物合成的前体，通过选择性作用于心脏 β 受体，产生一定的正性肌力作用，可增加心脏输出量，降低左心室舒张末压；同时作用于心脏 β_1 肾上腺素受体，增加腺苷活化酶活性，促使三磷

酸腺苷转化为环磷酸腺苷，并选择性促使心脏收缩，减少肺毛细血管压力，促使患者心功能改善。此外，该药物可降低心室充盈压，恢复房室结传导功能，降低外周血管阻力，增加心排量，以此改善患者心脏功能。一般小剂量多巴酚丁胺，可增加肾脏、冠状动脉的血流量，减少钠水潴留，促使患者肾脏功能改善^[8]。

本文观察组治疗后总有效率 95.24%，高于对照组的 73.81%，这与袁文，王琴^[9]报道的结果相近，且治疗后心功能具体指标改善优于对照组 ($P < 0.05$)。提示，硝普钠联合多巴酚丁胺可提高冠心病合并心力衰竭患者临床效果，促使患者心功能恢复。秦新刚等^[10]的研究表明，硝普钠联合多巴酚丁胺能明显促使患者心功能改善。分析原因认为，硝普钠作为一种强效的血管扩张剂，可松弛血管平滑肌，改善机体血流动力学，减少心肌缺血、缺氧量；多巴酚丁胺具有增强心肌收缩功能、正性肌力、降低交感神经张力的作用。两药相互作用、优势互补，减轻心肌缺血、缺氧症状，使得患者心功能得以提高。

BNP 是反映机体心功能的一项重要指标，当机体心室压力以及心室容量负荷加重时，会使 BNP 过度表达。其表达水平高，说明肾素-血管紧张素-醛固酮 (RAS) 系统活性增加明显，血管平滑肌细胞增生以及心肌纤维化加重，故导致患者病情加重。Ang II 通过促分裂素活化激酶途径，可促进其基因表达，促使心交感神经节后纤维释放去甲肾上腺素，或内皮细胞释放内皮素，故导致心肌细胞肥大，增加室壁压力，导致心力衰竭加重。ET-1 是一种缩血管活性物质，其高水平表达会促进心肌收缩能力，增加心肌能量消耗量，促使心室重塑，诱发或加重心力衰竭。本文观察组治疗后血管活性物质各指标均显著低于对照组。而且在药物安全性方面，观察组、对照组的不良反应比较的差异无统计

学意义。提示, 硝普钠结合多巴酚丁胺能够抑制神经激素活性, 松弛血管平滑肌细胞, 增加钠排泄量, 减轻心脏负荷, 促使患者心功能恢复; 同时两药联合并未增加用药不良反应, 且相互作用可抵消心率加快、血压降低等不良反应。

综上所述, 应用硝普钠与多巴酚丁胺联合治疗, 可提高冠心病合并心力衰竭患者的治疗效果。患者心功能得到提高, 且无明显不良反应, 临床意义大。

参考文献

- [1] 覃策, 胡敏. 重庆江北区居民冠心病流行病学调查及危险因素分析 [J]. 医学临床研究, 2018, 35 (8): 1653-1655.
- [2] 彭丁, 王韶屏, 赵东晖, 等. 高尿酸血症与血运重建术后冠心病心力衰竭患者预后的关系 [J]. 中华医学杂志, 2018, 98 (17): 1337-1341.
- [3] 刘廷怡, 刘瑶, 王安伟. 美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病心力衰竭的临床疗效 [J]. 解放军预防医学杂志, 2018, 36 (6): 713-716.
- [4] 何军. 左西孟旦联合多巴酚丁胺对难治性心力衰竭患者的疗效 [J]. 心血管康复医学杂志, 2017, 26 (3): 320-323.
- [5] 中华医学会心血管病学分会, 中国医师协会心力衰竭专业委员会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018 [J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46 (10): 760-789.
- [6] 康晓洁, 白春林. 美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病心力衰竭疗效分析 [J]. 中国药物与临床, 2018, 18 (12): 2206-2207.
- [7] 陈瑞莲, 陈新东, 黄彦真. 乌拉地尔与硝普钠对高血压脑出血早期活动性出血的效果 [J]. 河北医学, 2018, 24 (2): 332-336.
- [8] 李靖, 张妮, 何青, 等. 定量多巴酚丁胺负荷试验评估老年冠心病患者左心功能代偿改变 [J]. 中国心血管杂志, 2017, 22 (5): 322-325.
- [9] 袁文, 王琴. 硝普钠联合多巴酚丁胺治疗冠心病合并心力衰竭的疗效观察 [J]. 中国医院用药评价与分析, 2018, 18 (9): 1238-1239, 1242.
- [10] 秦新刚, 李帆, 窦媛媛. 硝普钠联合多巴酚丁胺对急性心力衰竭患者血流动力学和肾功能的影响研究 [J]. 中国医药导刊, 2017, 19 (7): 721-722.

• 临床研究 •

苏肝醒脾汤保留灌肠治疗溃疡性直肠炎的临床效果观察

福建省龙岩市第二医院肛肠科 (龙岩 364000) 黄丽芳 陈汉生 赖日昌 孙家敏

【摘要】 目的 观察苏肝醒脾汤保留灌肠治疗溃疡性直肠炎的临床效果。方法 选取 2017 年 12 月至 2019 年 12 月我院肛肠科收治的 64 例溃疡性直肠炎患者, 随机均分为观察组和对照组, 每组各 32 例。对照组予美沙拉嗪栓直肠给药治疗, 观察组予自拟苏肝醒脾汤保留灌肠治疗。观察比较两组临床症状、内镜发现和总体疗效。结果 观察组治疗后排便次数、便血、里急后重、内镜发现得分和总体疗效均优于对照组, 经比较的差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 苏肝醒脾汤保留灌肠治疗溃疡性直肠炎临床疗效优于美沙拉嗪栓直肠给药。

【关键词】 溃疡性直肠炎; 苏肝醒脾汤; 美沙拉嗪栓; 临床效果

【中图分类号】 R574.63 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1002-2600(2021)01-0085-04

溃疡性直肠炎是一种慢性非特异性炎症性肠病, 临床主要表现为反复发作腹泻、黏液脓血便、腹痛和肛门部里急后重感, 急性发作时下腹部可有痉挛性绞痛不适, 病程较长, 多在 4~6 周以上, 内镜下表现为直肠黏膜呈连续性、弥漫性分布, 肠黏膜红斑、充血、质脆易出血、多发性糜烂或溃疡等^[1]。近几年此病发病率逐年递增, 西医治疗疗效虽快, 但不稳定, 对并发症的防治和患者生存质量不能达到预期效果。笔者采用自拟的苏肝醒脾汤保留灌肠辨证治疗肝郁脾虚的溃疡性直肠炎, 旨在为溃疡性直肠炎的中医治疗寻找一种有效的治疗

方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选取 2017 年 12 月至 2019 年 12 月我院肛肠科收治的 64 例溃疡性直肠炎患者, 其中病情评估为轻度、中度及重度。纳入标准: 1) 所有患者均为首次治疗, 符合 2018 年中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组专家共同制定的《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见》^[1]; 2) 中医辨证分型标准符合《溃疡性结肠炎中西医结合诊疗指南》^[2], 临床辨证为肝郁脾虚证者; 3) 年龄 18~69 岁, 性别不限; 4) 均同意参加本研究项目者。排