预激综合征,电复律后室颤发作等。具有起效快、作用持久之特点^[2]。本研究对我院将 2008 年 3 月至 2010 年 4 月的 80 例确诊为阵发性室上性心动过速患者使用 ATP 与普罗帕酮转律的治疗情况进行分析,现将报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2008 年 3 月至 2010 年 4 月到我院急诊科就诊的阵发性室上性心动过速患者 80 例随机分为 ATP 组和普罗帕酮组,每组各 40 例患者。治疗组男 23 例,女 17 例,年龄 41~75 岁,平均 63 岁;对照组男 24 例,女 16 例,年龄 43~73 岁,平均 62.5 岁。纳入标准:①心电图检查均确诊为阵发性室上性心动过速;②两组患者均经常规按摩颈动脉窦等非药物治疗后无效。两组患者病情、既往史和伴发病差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 ATP 组首剂用 ATP(天津药业焦作有限公司生产)10~20 mg,1~2s 内快速静脉注射,用生理盐水快速冲洗后如患者病情 2 min 内无改善,再次静脉注射 20 mg,总量不超过 45 mg;普罗帕酮组以普罗帕酮(上海信谊金朱药业

有限公司生产)首剂用普罗帕酮 70 mg 溶于 10% 葡萄糖 10 ml,于 5~10 min 内缓慢静脉推入,如患者病情无改善,15 min 后再次静脉注射 70 mg,总量不超过 210 mg。

1.3 观察项目 有效率,转复时间,不良反应。

1.4 疗效评价标准 有效:静脉注药过程或注药后节律转为窦性心律者。无效:心率无变化或加重者。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 软件进行数据统计,计量资料以用($\bar{x} \pm s$)表示,正态分布者用 One-way ANOVA 进行处理,方差齐者采用 LSD 检验,方差不齐者采用 Dunnett's T3 检验;非正态分布者用 K-Independent Samples 进行处理。计数资料用率表示,采用卡方检验。

2 结果

ATP 组有效率 90%,平均转复时间(5.91 ± 2.4) min,不良反应发生率 7.5%;普罗帕酮组有效率 87.5%,平均转复时间(8.93 ± 2.6) min,不良反应发生率 15%,两药平均转复时间、不良反应发生率差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床效果、复律时间及不良反应比较

分组	病例数	有效(%)	复律时间(min)	不良反应(%)
普罗帕酮组	40	35(87.5%)	8.93 ± 2.6	6(15%)
ATP 组	40	36(90%)	$5.91 \pm 2.4^*$	3(7.5%)*

注:与普罗帕酮组比较* $P < 0.05$ 。

3 讨论

阵发性室性心动过速系指起源于希氏束分支以下部位的室性快速心律,阵发性室上性心动过速是一种常见的心律失常,它是因心跳突然急剧加快所引起的一系列临床表现。ATP 为一种辅酶。有改善肌体代谢的作用,参与体内脂肪、蛋白质、糖、核酸及核苷酸的代谢,同时又是体内能量的主要来源。适用于细胞损伤后细胞酶减退引起的疾病^[3]。普罗帕酮动物试验发现对心肌细胞的电生理有明显作用,可抑制慢反应细胞的钙离子内流,阻断和延长房室结折返环路的前向传导,大剂量尚可阻断房室旁路的折返性,具有增强迷走神经的作用,可用室上性心动过速。在离体动物心肌的实验结果指出,0.5~1 $\mu\text{g/ml}$ 时可降低收缩期的去极化作用,因而延长传导。动作电位的持续时间及有效不应期也稍有延长,并可提高心肌细胞阈电位,明显减少心肌的自发兴奋性。它既作用于心房、心室(主要影响浦金野纤维,对心肌的影响较小),也作用于兴奋的形成及传导。临床资料表明,治疗剂量

(口服 300 mg 及静脉注射 30 mg) 时可降低心肌的应激性,作用持久,PQ 及 QRS 均增加,延长心房及房室结的有效不应期。它对各种类型的实验性心律失常均有对抗作用^[4]。本研究表明 ATP 治疗阵发性室上性心动过速与普罗帕酮转复成功率相似,但不良反应少,起效更快。

参 考 文 献

- [1] 许原,陈志云,袁华萍. ATP 引起的心电图改变. 临床心电学杂志,2010,9(3):190-192.
- [2] 胡晓,吴金辉. 维拉帕米与普罗帕酮治疗阵发性室上性心动过速对比研究. 实用药物与临床,2009,12(2):136-138.
- [3] 姜文兵,傅国胜. 三磷酸腺苷和普罗帕酮治疗室上性心动过速的电生理对比研究. 浙江实用医学,2005,10(5):307-308.
- [4] 李运峰,董宁. 三磷酸腺苷治疗阵发性室上性心动过速的临床研究. 临床急诊杂志,2004,5(3):4.

中西药结合治疗消化性溃疡临床观察

刘向东

【摘要】目的 观察安胃疡胶囊、雷贝拉唑钠肠溶片、阿莫西林治疗消化性溃疡的疗效。**方法** 选择消化性溃疡患者 84 例,随机分为治疗组和对照组,治疗组:安胃疡胶囊 0.4 g/次,4 次/d 口服,连服四周,雷贝拉唑钠肠溶片 20 mg/次,1 次/d 口服,连服 4 周,阿莫西林胶囊 0.5 g/次,3 次/d 口服,连服 2 周。对照组:雷贝拉唑钠肠溶片 20 mg/次,1 次/d 口服,连服四周,阿莫西林胶囊 0.5 g/次,3 次/d 口服,连服两周。**结果** 治疗组治愈 26 例,显效 12 例,有效 4 例,有效率 100%。一年内无复发。**结论** 三种药物合用可提高消化性溃疡的治愈率,降低复发率,缩短治疗周期。

【关键词】 消化性溃疡;安胃疡胶囊;雷贝拉唑钠肠溶片

作者单位:132011 吉林市中心医院

1 临床资料

1.1 一般资料 消化性溃疡为临床常见病,多发病,常指胃溃疡和十二指肠溃疡。

收集近三年门诊治疗的消化性溃疡患者 84 例,其中男 56 例,女 28 例,年龄 20~70 岁,平均 43.5 岁。其中,胃溃疡 24 例,十二指肠溃疡 52 例,复合型溃疡 8 例。

1.2 病例选择 全部患者均行纤维胃镜检查确诊,并除外胃泌素瘤,恶性溃疡及其他有大出血、穿孔、幽门梗阻等严重并发症者。全部患者均行 14 c 尿素呼吸试验检测出幽门螺旋杆菌。

1.3 临床表现 患者均有食欲不振、反酸、嗝气、恶心,上腹部胀痛或钝痛、灼痛及剧痛,具有慢性反复发作,周期性、季节性特点。

2 治疗方法

2.1 分组 全部患者随机分为治疗组和对照组,每组患者各 42 例,两组患者年龄,性别,病情,病程等无显著差异。

2.2 药物 治疗组:用安胃疡胶囊,每次 0.4 g,三餐后及睡前口服,连服 4 周;雷贝拉唑钠肠溶片,每次 20 mg,1 次/d,早饭前吞服,连服 4 周;阿莫西林胶囊 0.5 g,3 次/d 口服,连服 2 周。对照组:用雷贝拉唑钠肠溶片,每次 20 mg,1 次/d,早饭前吞服,连服 4 周;阿莫西林胶囊 0.5 g,3 次/d 口服,连服 2 周。

2.3 疗效观察 治愈:胃镜下溃疡愈合,炎症消失,14 c 尿素呼吸试验检测不出幽门螺旋杆菌,患者无自觉症状,一年内无复发者。显效:胃镜下溃疡消失,仍有炎症,检测不出幽门螺旋杆菌,患者症状基本消失。有效:胃镜下溃疡面积缩小 50% 以上,幽门螺旋杆菌减少,患者症状基本缓解。无效:胃镜下溃疡面积缩小 50% 以下,幽门螺旋杆菌无变化,患者症状无明显好转。有效率为治愈加显效加有效/总例数。

3 结果

有效率比较:治疗组:治愈 26 例,显效 12 例,有效 4 例,

有效率 100%。对照组:治愈 24 例,显效 12 例,有效 5 例,无效 1 例,有效率 97.61%,两组差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者症状消失及缓解比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗组一年内无复发,对照组一年内复发 4 例,两组相比差异有统计学意义($P < 0.01$)。两组患者药物不良反应差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4 讨论

消化性溃疡治疗目的是消除症状,促进溃疡愈合,预防复发,防止并发症。胃酸过多,胃黏膜保护作用减弱和幽门螺旋杆菌感染是消化性溃疡发病的主要因素。因此,治疗消化性溃疡主要应用抑制胃酸分泌,保护胃黏膜和抗幽门螺旋杆菌药物^[1]。中药安胃疡能有效抑制胃液和胃蛋白酶的分泌,明显抑制胃酸,修复胃及十二指肠溃疡黏膜,具有保护胃黏膜作用^[2],促进溃疡愈合。雷贝拉唑为质子泵抑制剂,能显著降低胃黏膜壁细胞中 H^+ 、 K^+ 、ATP 酶的活性,抑制胃酸形成,降低胃内酸浓度,同时刺激胃窦 G 细胞释放大量的胃泌素,增加胃黏膜血流量^[3],具有保护和修复胃及十二指肠黏膜作用。阿莫西林作用主要是抗幽门螺旋杆菌功能。质子泵抑制剂也可降低幽门螺旋杆菌感染率^[4]。本组资料证实,三种药物合用,可提高治愈率,降低复发率,缩短治疗周期作用。

参 考 文 献

- [1] 罗永鑫,姚明辉. 质子泵抑制剂的进展. 中国药理学杂志, 2004,09.
- [2] 孙泉,季洪赞,吴晓尉,等. 安胃疡胶囊辅助治疗老年胃溃疡预防复发临床疗效观察. 现代中西医结合杂志,2011,02:136.
- [3] 赵飞,张健中,曾浔. 新视角-质子泵抑制剂及其体外抑制幽门螺旋杆菌作用研究进展. 中国全科医学,2005,11:936.
- [4] 窦文琴,沈克南. 国产与进口雷贝拉唑三联疗法根除幽门螺旋杆菌成本-效果分析. 实用临床医药杂志,2008,12:47.

氯沙坦联合贝那普利治疗早期糖尿病肾病的临床分析

解晨芳

【摘要】目的 探讨氯沙坦和贝那普利联合治疗早期糖尿病肾病的临床效果与安全性。**方法** 选择 36 例内分泌科门诊及住院病例,随机平分为治疗组和对照组,治疗组应用氯沙坦和贝那普利联合治疗,对照组单用贝那普利治疗,比较两组疗效和不良反应。**结果** 2 组患者治疗前的各项检查指标均无显著性差异,2 组治疗后 24 h 蛋白尿(UAE)、血肌酐(Cr)和尿素氮(BUN)的浓度与治疗前比较,均显著下降,差异有统计学意义($P < 0.05$),但治疗组下降幅度更大,治疗后与对照组相比,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明治疗组疗效优于对照组。各组间不良反应无统计学差异($P > 0.05$)。**结论** 氯沙坦和贝那普利联合治疗早期糖尿病肾病能明显提高疗效,而且耐受性和安全性较好,值得推广应用。

【关键词】 氯沙坦;贝那普利;糖尿病肾病

糖尿病肾病是糖尿病最常见的并发症,也是糖尿病患者的主要死亡原因之一,大量研究证明应用血管紧张素转换酶抑制剂抑制 Ang III 的合成,或用 Ang III 受体拮抗剂阻断 Ang III 受体-1(AT1)介导的生物效应均可发挥保护糖尿病肾病肾

功能的作用。氯沙坦是 AT1 受体拮抗剂,其降低高血压有效而又安全。贝那普利是临床常用的血管紧张素转移酶抑制剂(ACEI),两者单独使用降低肾性蛋白尿的排泄已有较多报道,本院联合应用氯沙坦和贝那普利治疗早期糖尿病肾病患者,取得满意效果,现报告如下。

1 资料与方法

作者单位:030003 太原钢铁(集团)有限公司总医院