

导致 CHF 发生发展的基本机制是心室重构。心肌损伤后有多种内源的神经内分泌和细胞因子被激活,包括血管紧张素 I, 肾素-血管紧张素-醛固酮系统 (RAAS), 其它如内皮素、肿瘤坏死因子等, 在 CHF 患者均有循环水平和组织水平的升高。神经内分泌细胞因子长期慢性激活促进心室重构, 加重心肌损伤和心功能变化, 又进一步激活神经内分泌细胞因子等, 形成恶性循环。因此, 当代治疗 CHF 的关键主要是阻断神经内分泌系统, 阻断心室重构^[2]。

CHF 时醛固酮分泌增加, 刺激成纤维细胞转为胶原纤维, 使心肌间质纤维化, 在血管中使平滑肌细胞增生, 管腔变窄, 同时降低血管内细胞分泌一氧化氮的能力, 使血管舒张受影响, 这些不利因素的长期作用, 对心力衰竭患者可导致心力衰竭恶化, 促进死亡。临床治疗 CHF 时, 在应用洋地黄类正性肌力药物及利尿剂、血管扩张剂治疗时, 应用血管转换酶抑制剂和 β -受体阻滞剂, 可减轻并发症, 提高疗效, 减少死亡率^[3]。虽然卡托普利可对抗 RAAS 的作用, 但它对醛固酮的抑制是暂时的, 长期使用可以发生醛固酮“逃逸”, 单用卡托普利治疗心力衰竭不能有效地降低血中醛固酮水平, 不能完全阻断心力衰竭时神经、体液对心血管系统的有害作用。近来研究发现, 醛固酮有独立于 Ang I 的对心脏结构和功能的不良作用^[4]。

迄今已有大量临床试验评价了 ACEI 对心衰的作用: ①可降低总死亡率 16%~28%; ②显著改善心肌

梗死后心功能不全患者的预后; ③缓解症状, 包括呼吸困难减轻, 运动耐受性提高; ④改善左心室功能, 提高左室射血分数; ⑤减少利尿剂用量, 减轻利尿剂所致的一些代谢不良反应。⑥可防止延缓 CHF 的发生。这些临床试验不仅奠定了 ACEI 作为 CHF 治疗的基石和首选药物, 而且肯定其能与其他治疗 CHF 的基本药物合用发挥协调作用^[5]。在 CHF 治疗中使用 ACEI 和 β 阻滞剂初期可能使心衰恶化。这种急性药理学效应与长期效应完全不同被认为是心肌本身的效应, 是改善左室重构的结果^[6]。本组观察期间血压未明显下降可能与用药剂量有关。在治疗 CHF 时, ACEI 及 β 受体阻滞剂使用剂量和维持时间应因人而异, 根据血药浓度制定个体化给药方案。

参考文献

- 1 张子杉, Cheng TO. 充血性心力衰竭. 第 2 版, 北京: 科学技术文献出版社, 1997. 564~566
- 2 中华心血管病杂志编委会. 慢性收缩性心力衰竭治疗建议. 中华心血管病杂志, 2002, 30(1): 7
- 3 毕玉鹏, 徐在玉, 徐淑敏. 卡托普利与倍他洛克联合应用治疗充血性心力衰竭 48 例疗效观察. 中国临床新医学, 2002, 2(6): 537
- 4 姜常夏, 曲年聪. 安体舒通与卡托普利治疗重度心力衰竭. 中华临床医药, 2002, 3(19): 77
- 5 黄峻. 心力衰竭治疗的基石: 血管紧张素转换酶抑制剂. 中华心血管病杂志, 2002, 30(4): 255
- 6 Cieand J G F, Mc Gowan J, Clark A. The evidence for β -blockers in heart failure. BMJ, 1999, 318: 824

小儿咳喘灵治疗支气管炎的疗效观察*

王海燕

(天津市第四医院, 天津 300222)

摘要 目的: 探讨小儿咳喘灵口服液在治疗小儿支气管炎中的效果。方法: 将本院门诊 100 例支气管炎患儿随机分为两组, 观察组 50 例, 口服小儿咳喘灵, 对照组 50 例, 口服复方甘草合剂, 两组间的抗感染退热等治疗基本相同。结果: 观察组总有效率 98%, 对照组 82%, 经统计学处理有显著差异。结论: 小儿咳喘灵口服液用于儿童支气管炎的疗效优于复方甘草合剂。

关键词 支气管炎, 儿童, 咳喘灵

中图分类号: R974

文献标识码: A

文章编号: 1006-5687(2003)05-0023-02

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院儿科中选择 2001 年 7 月~2001 年 12 月门诊支气管炎患者。随机抽取 100 例, 性别分布: 男 52 例, 女 48 例。年龄分布: 3~6 岁, 66 例; 7~12 岁, 34 例。

1.2 诊断标准 参考《实用儿科学》第 6 版, 小儿支气管炎的诊断标准^[1]。

1.3 方法 将 100 例随机分为观察、对照两组, 两组间性别、年龄、临床症状、体征及发病时间, 经统计学处理, 无显著差异。观察组口服小儿咳喘灵口服液(国药

* 收稿日期: 2003-03-25

准字 Z13021859, 太阳石药业有限公司生产, 批号 001119), 用法: 3~4岁, 7.5 ml, 5~7岁, 10 ml, 每日2次; 7~12岁, 10 ml, 每日3次。对照组口服复方甘草合剂(辽卫药准字(1996)第 001920号, 沈阳五行药业有限公司生产, 批号 011003), 用法: 1 ml/岁。两组间均采用阿莫西林抗炎, 有过敏史者用克拉霉素, 低热者物理降温, 高热者口服双扑口服液, 两组间治疗经统计学处理, 无显著差异。

1.4 疗效判定标准

1.4.1 症状积分标准 咳嗽: 轻咳、偶咳 1分; 轻频咳嗽, 但不影响睡眠 2分; 频咳不止, 甚见呕吐, 影响睡眠 3分。痰: 少量 1分, 有痰 2分, 量多喉间痰多 3分。喘: 轻喘、呼吸略促 1分, 轻喘、呼吸促 2分, 喘、呼吸急促 3分。

1.4.2 疗效判定标准 显效: 咳喘显著减轻, 痰量明显减少, 症状积分减少 70%~90%; 有效: 咳喘减轻, 痰量减少, 症状积分减少 30%~69%; 无效: 症状体征无减轻及加重, 或症状积分减少小于 30%。

2 结果

两组间治疗前后的积分变化及两组间疗效比较, 见表 1、表 2。

表 1 两组间治疗前后的积分变化

组别	例数 (例)	治疗前			治疗后		
		0~3分	4~6分	7~9分	0~3分	4~6分	7~9分
观察组	50	0	26	24	4	5	0
治疗组	50	0	25	25	6	8	1

表 2 两组间疗效比较 例(%)

组别	例数 (例)	显效	有效	无效	总有效
观察组	50	31(62)	18(36)	1(2)	49(98)
对照组	50	25(50)	16(32)	9(18)	41(82)

$$\chi^2 = 6.06, P < 0.05$$

表 1 可见, 两组间治疗前积分无明显区别, 治疗后差别较大。表 2 可见, 观察组总有效率 98%, 对照组有效率 82%, 两组间有明显差异, $P < 0.05$ 。

3 讨论

支气管炎是小儿的常见病, 多发病, 严重时可并发肺炎威胁生命。小儿咳喘灵口服液为中药复方口服制剂, 方中以辛甘大寒之石膏, 清泻肺中热邪而生津止咳, 辅以辛温发散之麻黄, 宣肺透邪而平喘, 以清肺为主, 宣肺为辅。再加苦杏仁助麻黄宣肺降气以平喘止咳, 金银花、板蓝根助石膏清热解毒, 瓜蒌宣肺气化热痰^[2,3]。经本文临床观察, 咳喘灵组明显优于复方甘草合剂, 疗效显著。两组在口味和颜色上, 没有明显差别。在价格上, 咳喘灵组略高于对照组, 本文在研究中, 未考虑价格因素, 其疗效价格比, 有待进一步研究。

参考文献

- 1 吴瑞萍, 胡亚美, 江载芳. 实用儿科学. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 1134
- 2 王本祥. 现代中药药理学. 天津: 天津科学技术出版社, 1999. 284~286
- 3 伊藤中信. 石膏的化学和药理作用. 国外医学·中医中药分册, 1984, (1): 19

172 例医院内自发呈报药物不良反应报告分析*

张新萍, 杨本明, 周丽华, 郭海平

(中国人民解放军第二五四医院, 天津 300142)

摘要 目的: 统计分析 172 例医院内自发呈报的药物不良反应(ADR)报告, 探讨其发生规律。方法: 回顾性分析医院内临床用药发生不良反应的情况。对 ADR 发生的一般情况, ADR 与药物类别、给药途径、上市时间及较严重的 ADR, 采用 Visual Fox2.0 程序进行统计分析。结果: 172 例 ADR 中, 涉及 76 种药品, 其中抗感染药物所致 90 例, 占 52.32%, 其次为中药制剂、非甾体消炎药等; 较严重的不良反应为过敏性休克、白细胞下降及血小板减少性紫癜等; 门诊因 ADR 就诊的患者逐年增加。结论: 抗菌药物引起 ADR 的比例较高, 应避免和减少 ADR 的发生, 加强门诊患者 ADR 监测。

关键词 药物不良反应监测, 自发呈报, 上市后监测

中图分类号: R969.3

文献标识码: A

文章编号: 1006-5687(2003)04-0024-03

随着药物不良反应(ADR)监测制度在我国的实施和不断深化, ADR 给人类健康和生命安全带来的危

害, 日益受到临床医护人员的重视。通过 ADR 监测报告制度的实施, 能对药物的不良反应进行实时监测, 最

* 收稿日期: 2003-05-15