全国内科危重病医学学术交流会

汇编

2005年11月于桂林

中华医学会

CHINESE
MEDICAL
ASSOCIATION

20050238

全国内科危重病医学学术交流会

论文汇编

中华医学会继续教育部

E-mail:cbcmc@public3.bta.net.cn

2005年11月于桂林

目　录

肾上腺素对大鼠血脑屏障和脑水肿的影响……李章平等（1）
亚低温治疗急性脑梗死的临床研究……朱晓波等（2）
血液透析合并冠心病患者球囊扩张及支架治疗的可行性及疗效……宋　岩等（4）
微创清除术治疗脑出血的临床与实验研究……张其梅等（5）
系统性红斑狼疮伴结核菌感染 11 例临床分析……储小萌等(6)
血透患者锁骨下深静脉穿刺留置导管移位探讨……宋　岩等（7）
酚妥拉明、垂体后叶素、立止血联合用药治疗肺结核大咯血……肖小灏等（8）
呼吸机相关性铜绿假单胞菌肺部感染情况及药敏分析……余丹凤等（9）
阻塞型睡眠呼吸暂停综合征对肺心病的影响……赵美华等(11)
硝酸甘油治疗老年人高血压急症临床分析……蔡予文等（12）
左氧氟沙星序贯治疗社区获得性肺炎临床应用探讨……马　伟等(13)
奥曲肽治疗上消化道大出血疗效观察……杨志林等(14)
重症急性胰腺炎并发呼吸衰竭的无创通气治疗……严旭梅等(16)
胰岛素干预治疗对急性脑梗死的影响……梁国泰(17)
高血糖高渗状态并发多脏器功能障碍综合症……顾慧珍等(18)
以急性上腹部疼痛为首要表现的急性心肌梗塞 3 例报告……吕建荣等(19)
院内成功抢救猝死患者 1 例……范占东(20)
32 例重度高血压脑出血微创术后的并发症的防治……刘姝娜等（21）
不同血液净化方法对内科危重病救治的探讨……钟业娟等(21)
先天性单侧肺不发育患者自发性气胸临床分析……樊　萍等(22)
口服氯美扎酮 80 片中毒抢救成功 1 例……郭路芬等（24
二甲双胍治疗糖尿病高血脂的临床评价……伍彩霞等(26)
连续性血液净化治疗对脓毒症患者凝血功能的影响……陶晓根等(27)
临床观察机械通气抢救急性呼吸窘迫综合征 32 例……熊荣华等（27）
CRRT 治疗多脏器衰竭临床分析……江旭初等(29)
无创通气在重度哮喘中的应用……霍秀青(30)
血液透析中低血压的观察和护理……岳凤荣等(30)
阿托品在抢救重度有机磷中毒的应用……杨桂琼(31)
培他啶注射液加用银杏叶注射液联合颈复康治疗眩晕……刘清芳(32)
纳洛酮治疗急性酒精中毒 50 例临床分析……姚会珍（34）
人工肝治疗重症肝炎和急性中毒的疗效观察……王晓洋等(35)
急诊胃镜诊治上消化道出血 158 例临床分析……曹　毅等（36）

纤维支气管镜术后发热……邓小梅等(37)
红皮病型药疹合并金黄色葡萄球菌败血症 1 例……张　婷(38)
获得性 LQTS 引起的尖端扭转性室速药物及配合临时心脏起搏治疗……陈　刚(39)
四联药物在充血性心力衰竭中的合理使用……姚启坤等(40)
六个脏器严重功能不全救治存活一例……王　辉等(41)
经皮肾镜取石术（MPCNL）后急性矛盾性肺栓塞死亡 1 例……刘仁水等（42)
双侧髂总动脉及腹主动脉粥样硬化伴栓塞 1 例临床分析……李月越等(43)
160 例肝硬化病人的心理状态分析及心理干预……张惠雅(45)
慢性肝炎 168 例临床心理护理分析……张麦娟（47)
慢阻肺患者急性呼衰期不同水平氧疗结果的比较研究……朱世宏等(49)
二甲双胍对高血压病患者急性糖负荷后血管内皮功能损害的保护作用……徐军霞等(51)
动脉血气微机分析与呼吸机参数调节系统……姜　智等(54)
糖尿病肾病中西结合治疗的临床研究……董晓梅等(55)
急性药物中毒并呼吸衰竭的急救体会……李先杰等(57)
钠及超滤曲线模式透析预防血液透析低血压效果观察……王静艳(58)
恶性血液病患者医院感染 135 例临床分析……吴光启等（59)
高血压患者动态血压的临床应用及研究……黄晓华(60)
肌萎缩侧索硬化症抑郁与临床疗效间的关系……支惠萍等(61)
中药治疗冠心病心绞痛的疗效观察……贺明珠(63)
心房颤动抗凝治疗的INR强度研究……牛广团等(64)
冠心病与 QT 离散度关系分析……牛广团等(65)
探讨镇静剂在抢救危重病人中的作用……吴秀华(66)
纯红再障患者后期出现脑血管意外病例一例……余　丹(67)
BiPAP 呼吸机治疗慢性阻塞性肺病合并Ⅱ型呼吸衰竭的临床疗效观察……颜志军等(69)
心脏利钠肽对心力衰竭心肌细胞凋亡影响及缬沙坦干预的实验研究……华守明等(70)
支气管哮喘发作与血清一氧化氮、内皮素含量的研究……王　敏等（71)
美托洛尔对急性心肌梗死后心功能和心室重塑的影响……王少学等(72)
口服小剂量胺碘酮治疗室性心律失常的疗效和安全性……刘复兴(72)
多发骨血管肉瘤一例……郑小玲(74)
云克治疗类风湿关节炎的护理体会……吴　晶等(75)
终末期肾病急性左心衰的临床观察……姚华岚等(76)
输尿管结石致急性梗阻的 ESWL 的治疗……李育红等（77)
醒脑静注射液治疗急性中风病的临床与基础研究近况……李　瑛(77)
奥亭止咳露在治疗急性呼吸道感染的疗效观察……陈　瑶(79)
血液灌流对急性有机磷农药中毒治疗的影响……游晓蓉(81)
甲减伴脑梗塞，持续发热并重症肌无力 1 例……赵　芳(81)
消化道大出血金属钛夹治疗与外科手术治疗的效价比较……曹艳菊等(83)

急性心肌梗塞致心跳骤停 20 分钟抢救成功一例……唐淑华等 (84)
老年肺部感染合并多器官功能衰竭临床分析……李　娟(85)
急诊病房 5 年 74 例院内感染临床分析……巫红梅等 (86)
静脉注射美托洛尔对围手术期急性呼吸窘迫综合症的干预……马登峰等(88)
低分子肝素加灯盏花素治疗不稳定性心绞痛……杨景林(90)
对 68 例梗塞前心绞痛病人的急诊诊治分析……常立萍 (91)
多种抗痨药致过敏性皮疹 2 例……李新慧(92)
高频电凝成功救治反复上消化道大出血一例……张红文(93)
氨加农加生脉注射液治疗肺心病心衰 40 例……冯绍华等 (94)
气管插管患者首次高压氧治疗耐受性的观察……曹樟全等(95)
经支气管肺活检诊断卡氏肺囊虫肺炎 16 例……邓火金等 (96)
急性酒精中毒后卒中 31 例临床分析……徐良志 (97)
基底动脉尖综合征降纤治疗 1 例报告……魏士贤(98)
经纤支镜清除气道异物抢救溺水误吸患者一例报告……黄　杰等(98)
静脉注射有机磷中毒抢救1例……刘江奎等 (100)
胺碘酮治疗恶性室性心律失常的疗效和安全性……彭　赟等 (101)
甲状腺危象的诊治及预防……申延宏 (102)
血液灌流治疗急性重症胰腺炎的临床观察……杨　林等 (102)
血府逐瘀汤治疗不稳定心绞痛 50 例分析……王金梅 (103)
急性脑血管病并发多脏器功能障碍综合征临床分析……周元魁等 (104)
重度有机磷农药中毒多次心肺复苏成功 1 例报告……郑淑明 (106)

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbook.com

肾上腺素对大鼠血脑屏障和脑水肿的影响

温州医学院附属第一医院急诊科　李章平
陈寿权　王珊珊　黄唯佳　程俊彦　325000
温州医学院病理生理教研室　王万铁
王　为　325000

肾上腺素可明显提高心脑血流灌注，迅速使心跳停止的心脏复跳，而一直作为标准心肺复苏的首选用药，但近几年来，肾上腺素在心肺复苏中的地位逐渐受到质疑，有临床研究显示心肺复苏时应用肾上腺素对预后的影响并不优于生理盐水安慰剂。肾上腺素的应用是否会影响脑功能目前少有研究。本实验通过观察肾上腺素对大鼠血压、血脑屏障及脑水肿的影响，探讨肾上腺素对脑的损伤及其可能机制。

一、材料与方法

1、材料：①动物：雄性清洁级 SD 大鼠，体重 250－400g；②试剂：伊文斯蓝（Evens Blue,进口分装）；③仪器：721 紫外分光光度计（上海精密科技有限公司）等。

2、方法

（1）实验分组：雄性 SD 大鼠 80 只，先随机分为两大组，即对照组和肾上腺素组，前者按气管插管术和颈动脉置管术后组织取样时间再分为 5 组，即术后即刻、注射后 1/2h、3h、6h、9h 组；后者也按注射肾上腺素组织取样同时间点分为 5 组。每组实验动物 8 只。

（2）动物模型的制备及给药方法：参照马勇等大鼠 CPR 模型方法并以改进。

（3）脑组织 EB 含量测定：各组动物均于处死前 15min 经舌下静脉注射 2% EB2ml/kg。在大鼠深麻条件下开胸，由左心室插管至主动脉，剪开右心房，10min 内经插管灌注生理盐水 150ml。迅速断头取部分脑组织，用电子天平精确称其湿重后，投入中号试管中，分别加入 3ml 甲酰胺，加盖后于 37 度水浴箱孵育 48h 轻轻摇匀，3000r/min 离心 15 分钟，取上清液在 721 分光光度计上检测光密度（λ=632nm）。以 0、0.138、0.275、0.550、1.100、2.200、4.400、8.800（ug/ml）为 EB 标准浓度，求得回归方程 y=0.144+16.864x(x 为光密度，y 为浓度)。按公式计算脑组织 EB 含量：脑组织 EB 含量（ug/g 脑组织）＝A×甲酰胺量（ml）÷脑湿重（g）(A 为根据标准曲线回归方程求得的样品 EB 含量，单位为 ug/ml)。

（4）脑组织水含量的测定：脑组织取材同上。取材完毕，将脑组织放在烘烤过的玻片上，精确称重，即湿重，放入烤箱中烘干（110 度，24 小时），取出并称干重。按 Elliott 方法计算脑组织百分水含量。脑组织含水量＝（湿重－干重）/湿重×100%.

3、统计学分析：采用 SPSS11.0for windows 软件包处理数据，均数以 x±s 表示。均数组间比较采用方差分析。方差齐性检验采用 levene’s 法，方差齐时各组间均数比较采用 LSD 法，方差有显著差异时各组间均数比较采用 Tamhane’s 检验。均数同时间点比较采用独立样本 t 检验。P<0.05 时被认为有显著性意义。

二、结果

1、循环系统改变：大鼠于注射肾上腺素后 3min 时收缩压、舒张压和平均动脉压均出现下降，而心率上升，同时 30%大鼠并发明显心律失常，以各类早博为主；5min 时各血压开始上升心率下降；10min 时和 30min 时血压和心率均已和

用药前无差别。

2、大鼠脑组织 EB 含量改变：注射肾上腺素后 3h 开始升高，6h 达峰值，9h 下降，但不同时间点比较无统计学上显著意义，和手术对照组同时间点比较也未见显著上升。

3、大鼠脑组织百分水含量改变：注射肾上腺素后 1/2h 出现脑组织水含量的升高，3h 达高峰，6h 时开始下降，9 小时回到即刻水平，但其中只有 3h 和即刻相比有显著性区别（$p<0.05$）。

三、讨论

邝芳等研究发现不同剂量肾上腺素一次性静脉注射均迅速引起动脉压上升，但上升幅度和持续时间不同。0.02mg/kg 的肾上腺素使动脉压在 36s 升 60～70mmHg,旋即下降,又经 7s 形成一个“峰”,在高于基线 20mmHg 水平持续约 110s,呈平台状,继而陡降至基线水平,全程 120～132s，约在 180s 时血压明显下降。本研究发现大鼠在 3min 时血压下降，低于用药前基线，和邝芳等结果相近，本研究还发现 3min 时心率明显升高，提示此时血压下降可能是心率太快，心博出量下降引起的。而在 5min 血压开始上升，10min 和 30min 后开始下降，达用药前基线水平，提示肾上腺素半衰期不长，对全身的影响时间短，能很快恢复。

几十年来肾上腺素一直作为心肺复苏的首选药物，并在抢救心跳骤停的患者上发挥了主要作用。但近来肾上腺素在心肺复苏的使用问题上出现了颇多争议。多个研究发现肾上腺素能恢复自主循环，但不利于恢复自主循环后的继续心脏和脑的复苏。本研究显示大鼠注射心肺复苏时标准剂量的肾上腺素后，1/2h 脑含水量增加，3h 达高峰，6h 时开始下降，9 小时回到即刻水平，提示应用肾上腺素后早期就出现脑水肿，但能很快的调节到正常，呈一过性脑水肿改变。脑水肿分细胞源性和血管源性两类，血管源性脑水肿主要和血脑屏障开放有关，本研究发现大鼠注射肾上腺素后 EB 含量虽在 3 小时有变化但无统计学意义，而脑水肿在 1/2 小时已发生，提示此时的脑水肿和血脑屏障开放关系不大，以细胞源性为主，结合应用肾上腺素早期一过性血压降低，提示应用肾上腺素早期细胞源性脑水肿可能和低血压引起的细胞脑细胞的缺血缺氧有关，但需进一步确证。

总之，肾上腺素可引起一过性心率增快血压下降和一过性的脑水肿，而脑水肿的形成和血脑屏障开放关系不大，提示肾上腺素虽可提高心血流灌注而在心肺复苏时使心脏复跳，但肾上腺素可能引起心率增快血压下降，促进细胞性脑水肿的形成，虽是一过性，但临床上在反复多次或大剂量应用时可能引起严重或持续的脑水肿而影响心肺复苏预后。

亚低温治疗急性脑梗死的临床研究

河南省平顶山煤业集团总医院神经内科
朱晓波　王海洋　467000

全身亚低温（28℃-35℃）治疗脑缺血和脑损伤的疗效已被国内外所公认，许多学者先后探讨了亚低温对缺血性动物模型的脑保护作用机制，而对急性脑梗死的临床治疗效果的研究却少有报道。本文将我院近 3 年来实施亚低温疗法治疗急性脑梗死临床结果报道如下：

一、资料与方法

1、一般资料　63 例急性缺血性卒中

患者均符合第四次全国脑血管病诊断标准并均经头颅CT/MRI排除了颅内出血，诊断为急性缺血性脑卒中，入选标准：(1) 年龄≤80岁；(2) 首次卒中或以往有卒中史但症状已恢复者；(3) 起病48小时内；(4) 无昏迷；(5) 瘫痪肢体肌力≤3级；(6) 能够耐受或能够配合亚低温治疗。通过计算机产生随机序列。将符合入选标准的病例随机分配到治疗组（亚低温治疗）或对照组，治疗组32例，其中男19例，女13例，年龄30-81岁，发病到低温治疗的时间为1 5小时-45小时；对照组31例，男18例，女13例，年龄32-79岁，发病到治疗的时间为2小时-44小时，两组病例在年龄、性别和伴发病以及即往史积分等方面无明显差异（P>0.05）。

2、方法

(1) 治疗组　在给予脱水降颅压、抗凝或抗血小板聚集药物、钙离子拮抗剂等对症、支持和防治并发症等常规治疗的基础上，入院时立即加用亚低温治疗。采用北京很帮公司生产的电脑颅脑降温仪，将冰帽固定于患者头部，仪器温度调节在0℃—-4℃，全身使用电脑降温毯。使患者肛温维持在35℃-36.5℃，持续头部降温4-5天，低温治疗期间观察患者的体温、脉搏、呼吸、血压及患者对低温治疗的反应，对照组除不给予亚低温治疗外，其它治疗及观察方法同治疗组。

(2) 疗效评定　两组患者均于入院时、治疗后10天、20天、30天、60天、90天进行神经功能评分；第30天、60天、90天进行Barthel指数评分，判定临床疗效及预后。不良反应发生率　治疗组发生肺炎2例，对照组发生肺炎1例。

二、结果

治疗组在第10天、20天、30天、60天、90天神经功能评分降低(P<0.05)，Barthel指数增加值在治疗后60天和90天均显著高于对照组（P<0.05）。

三、讨论

大量研究证实，温度下降2-3℃就能显著减轻脑缺血和脑外伤后脑功能损害，同时避免了深低温疗法的缺陷。28℃-35℃的轻中度低温（简称亚低温）对缺血性和外伤性脑损伤有保护作用。许多学者先后探讨了亚低温对缺血性动物模型的脑保护作用机制，而对急性脑梗死的临床治疗效果的研究却少有报道。本次研究发现治疗组第20天、30天、60天、90天神经系统评分明显低于对照组，此种作用随时间推移，表现越明显，Barthel指数对比，治疗组较对照组评分明显提高，提示局部亚低温有脑保护作用，可明显改善急性脑梗死患者的预后，提高日常生活能力及生活质量。治疗组仅有2例发生肺部感染，安全性高。

近年来的研究表明，亚低温对缺血后脑组织的保护作用可能是综合因素的结果，作用机制较为广泛，主要作用机制有(1) 降低脑耗氧量，减慢能量代谢的衰竭和腺苷酸池的降解，减少脑组织乳酸堆积；(2) 抑制脑缺血时内源性有害因子（如兴奋性氨基酸、自由基、一氧化氮、百三烯、去甲肾上腺素、腺苷、多巴胺等）的生成和释放；(3) 调节损伤后钙调蛋白激酶II和蛋白激酶C的活性，减少钙离子内流；(4) 减少脑组织结构蛋白的破坏，促进脑细胞结构和功能恢复；(5) 保护血脑屏障，减轻脑水肿，降低颅内压，改善缺血后低灌注及防治过度灌注损伤；(6) 抑制Bcl-2的表达和影响神经原相关基因的表达等机制，减少脑缺血神经元的凋亡。

本研究亚低温治疗组从发病到低温治

疗的时间为 13.32±4.53h，临床疗效明显优于对照组。我们认为，急性脑梗死后及时亚低温治疗，对脑缺血有保护作用，有助于改善预后，尤其对伴有发热的患者更应如此。亚低温治疗具有延长治疗时间窗的作用，可为其它脑保护措施实施赢得时间窗的急性脑梗死患者，亚低温治疗可作为一种有效的补充。

总之，亚低温温治疗急性脑梗死疗效肯定、安全、并发症少，所需技术及设备要求不高，无明显副作用，在一般医院均能开展，宜于推广使用。但在治疗过程中不能忽视其它治疗方法，只有在综合治疗的基础上早期配合亚低温治疗才能取得满意疗效。

血液透析合并冠心病患者球囊扩张及支架治疗的可行性及疗效

中国人民解放军总医院　宋　岩　李冀军
张壹言　陈凤琨　姚凤华
第 304 临床部 黄党生 罗北捷 100037

本文回顾分析了我院 2000－2003 年采用经皮球囊扩张及支架术治疗的 4 例慢性透析合并冠心病患者的临床资料，以探讨经皮球囊扩张及支架术治疗慢性透析患者冠心病的可行性及疗效。

一、材料和方法

1、病 例：4 例均为我院慢性透析患者，临床表现为不稳定性心绞痛，常规药物治疗效果不佳，1 例除不稳定心绞痛外有房颤。男性 1 例，女性 3 例，糖尿病肾病 2 例，高血压病良性肾小动脉硬化症 1 例，肾移植后慢性排异反应 1 例。年龄分别 67、56、60、61 岁（57.95±2.63）岁。慢性肾功能不全病史 4.5-11 年，透析时间 8-72 个月（44.25±26.73）月。冠心病史 7-16 年（10.25±3.95）年。

2、方 法：穿刺部位：右股动脉为穿刺点。造影剂：非离子型造影剂优维显 370 或安射力 350，分子量为 0.61osmol/Kg.H2O。狭窄程度评价：采用测量直径法评价。抗凝方法：冠脉造影及介入术中用肝素钠 800-1000u/48h，术后 APTT 达 40s 左右时拔除股动脉鞘管。术后治疗：静脉补液 1000-1500ml。低分子肝素钠 40mg 1/d 皮下注射及阿斯匹林 100mg 1/d 抗凝 7 天。透析方法：4 例均于术前做无肝素透析，术后当日采用右股动脉鞘管做动脉端，内瘘处穿刺做静脉端行常规血透。

二、结果：例 1 为高血压病良性肾小动脉硬化症患者，造影示 2 支血管 4 处病变，1 次植入 1 个支架，另 1 支予 PTCA 治疗，术后症状缓解，但术后第 1 天出现心衰，治疗后好转。术后 5 个月后再次发作心绞痛及房颤，但心绞痛发作次数明显减少，心电图示缺血部位与术前不同。例 2 为糖尿病肾病患者，造影示 3 支血管 6 处病变，因经费困难，仅行 PTCA 术，术后 2 月再发不稳定性心绞痛，心电图示缺血部位同前，术后 8 个月发作心肌梗塞。例 3 为糖尿病肾病患者，2 支血管 7 处病变，1 次植入 2 个支架，左回旋支远端行 PTCA 扩张治疗，心绞痛缓解，术后第 38 个月未再发作心绞痛。例 4 为肾移植术后慢性排异反应患者，3 支 6 处病变，1 次植入 2 个支架，心绞痛缓解，术后第 28 个月始出现偶发心绞痛,心电图示侧壁缺血，与术前位置相同。术后均继续扩冠抗凝治疗。4 例造影剂用量为 150-250ml，例 1、2 患者每日尿量分别为 1000ml、350m，术后尿量无变化，例 3 术后尿量

减少由术前的 300ml 减至 50-60ml，例 4 尿量术后由 1000ml 减少至 500mL，三天后恢复至 900ml。4 例患者术后当日均采用鞘管做动脉端，血流量均在 200ml/min 以上，术后透析中未用肝素，穿刺处无明显渗血，透析器及管路均无凝血。

三、结论：慢性透析合并冠心病患者的冠脉病变病变复杂，病变范围广，多支多处病变、长病变、开口及分叉部位发病率高，冠脉病变情况与肾功能不全及透析时间不平行。经皮球囊扩张及支架治疗效果明确、安全可行，减少了心血管事件的发生。选择低渗性非离子型造影剂，术前、术后透析可减少造影剂的肾损害。术后当日用动脉鞘管做动脉端安全可行，可不再追加肝素抗凝。

微创清除术治疗脑出血的临床与实验研究

三峡大学第一临床医学院
湖北省宜昌市中心人民医院神经内科
张其梅　李耀彩　张　兰
彭　玉　443003

笔者通过观察微创术治疗脑出血的疗效和测定术前术后患者血清肿瘤坏死因子（TNF-a）含量，并与未采取微创清除术者进行对比分析，以期深入研究微创清除术对脑出血的疗效及病理生理的影响。

一、对象与方法

1、一般资料

94 例为自 2003 年 7 月至 2004 年 7 月发病后 12h 内我院收治的高血压脑出血患者，经头部 CT 检查证实为基底节出血。根据多田公式/6×长×宽×阳性层面数计算出血量。男 51 例，女 43 例，年龄 41-70 岁，平均 58±5.3 岁。出血量在 30-50ml 者 67 例，>50ml 者 27 例。本组患者均无微创清除术禁忌症。

2、分组及治疗方法

将 94 例患者根据是否手术分为微创清除术组（手术组）和非微创清除术组（非手术组），再根据出血量分为 30-50ml 组和>50ml 组。手术组中 30-50ml 组 21 例，>50ml 组 15 例；非手术组中 30-50ml 组 46 例，>50ml 组 12 例。手术组和非手术组患者一般资料（包括年龄、性别、出血量等）具有可比性。手术组采取内科治疗+微创清除术，非手术组仅采取内科治疗。内科治疗包括控制脑水肿降低颅内压、控制高血压、防治并发症等。微创清除术采用北京万特福科技公司的 YL-1 型颅内血肿粉碎穿刺针，应用放置标志物，CT 引导下定位方法，并避开头皮和脑膜大血管，侧裂区及脑主要功能区行颅内血肿穿刺。微创清除术时机为早期（发病 48h 内）。术中、术后按脑出血规范处理。

3、观测指标

分别于入院时（治疗前）和治疗后 14d 进行神经功能缺损评分（NDS）和测定血清 TNF-a 水平。并计算各组患者在住院治疗 28d 后的病死率。

二、结果

1、治疗前手术组和非手术组中 30-50ml 组、>50ml 组 NDS、TNF-a 比较无显著性差异（P>0.05）。

2、治疗后 14d 手术组和非手术组比较，30-50ml 组和>50ml 组 NDS 前者高于后者，两者之间有显著性差异（P<0.01）；TNF-a 前者低于后者，两者之间有显著性差异（P<0.01）。

3、住院 28d 手术组中 30-50ml 组和非手术组中 30-50ml 组病死率比较无显

著性差异（P>0.05）；手术组中>50ml 组较非手术中>50ml 组低，两者之间有显著性差异（P<0.01）。

三、讨论

TNF-a 主要由单核巨噬细胞分泌，中枢神经系统的星形胶质细胞、神经细胞也可分泌。其生物活性很广泛，除具有抗肿瘤作用外，对免疫反应、机体代谢、炎症反应均具有重要的调节和介导作用。任何原因导致的组织应激都伴随 TNF-a 的生成和释放。有学者动态观察脑出血患者血浆 TNF-a 水平于发病后 3 天达到高峰，与脑组织水肿及炎症反应最严重的时期相吻合。脑出血患者 TNF-a 升高的原因与下列因素有关：1、受损脑组织内存在较多被激活的单核巨噬细胞，并且出血量越大，被激活的单核巨噬细胞越多，产生大量的 TNF-a 释放入血。2、脑出血量越大，病情越危重，免疫功能紊乱越明显，机体参加与调节和清除 TNF-a 的能力下降，使其水平升高越明显。

脑出血行微创术后，大量的凝血块被引流出，明显减轻了血肿占位效应，而且减轻了脑出血继发性损伤。由结果 2 可以看出，微创术有利于出血量在 30ml 以上的脑出血患者神经功能恢复，降低致残率，提高患者生存质量。由结果 3 可以看出，微创术不能使出血量在 30ml-50ml 的脑出血患者病死率降低，但能使出血量在 50ml 以上的脑出血患者病死率降低，其发生机制可能为大量脑出血血肿所引起的急性颅内压升高是导致患者死亡的主要原因，微创术能迅速缓解颅高压，从而降低患者病死率。

系统性红斑狼疮伴结核菌感染 11 例临床分析

南京大学医学院附属鼓楼医院内科
储小萌　210008
常州市第一人民医院免疫科
潘解萍　212000

系统性红斑狼疮（SLE）是一种原因未明的自身免疫性疾病。由于长期使用激素和免疫抑制剂，使肌体免疫功能降低，易引起细胞内寄生菌如结核菌、霉菌、病毒的感染。现将收治 SLE 患者 127 例中伴有结核菌感染 11 例总结如下：

一、临床资料

1、一般资料：127 例 SLE 均符合 1982 年美国风湿病学会（RAR）规定的诊断标准。11 例伴有结核菌感染均为女性，年龄 26-51 岁，平均 29.4 岁。病程量短 1 年，最长 12 年，平均 6.1 年。其中结核性胸膜炎 2 例，结核性脑膜炎 2 例，浸润型肺结核 4 例，急性血行播散型结核 2 例，淋巴结核 1 例。11 例 SLE 患者 6 例伴有狼疮性肾炎（LN）。本组患者均长期服用强的松 60-10mg/天。使用环磷酰胺 6 例，0.75-1g/月，6-12 月。口服硫唑嘌呤 1 例，100mg/天，10 月。口服氯喹 1 例，0.25g/天，6 月。

2、主要临床表及实验检查：本组病例均处于狼疮稳定期，主要表现为结核菌感染。发热 11 例，体温 39-40 度，持续 15-30 天。盗汗、纳呆、倦怠、衰弱 10 例；咳嗽、咳痰 6 例；胸闷、气促 9 例；无呼吸道症状 3 例；剧烈头疼伴恶心呕吐 2 例；全身浅表淋巴结肿大 1 例。全胸片：左侧胸腔中-大量积液 2 例，急性血行播散型肺结核 2 例，左上浸润型肺结核 2 例，右中、上浸润肺结核 1 例，右上浸润肺结核 1 例。痰找到结核菌 3 例，胸腔积液 2 例为渗出液；腰穿 2 例，脑压 250-300mmH2O，

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbook.com

脑脊液（CSF）结核抗体（++）1例；血液结核抗体（++）5例；结核菌试验1:2000，11例均阴性。

3、治疗及转归：一旦拟诊SLE伴结核菌感染，即给予国家推行的抗结核统一化疗方案，初治：2HRZE/4HR，复治：2HRZES/6HR；雷米封（H）0.3g/d，乙胺丁醇（E）0.75g/d，利福平（R）0.45g/d，吡嗪酰胺（Z）0.5g/d，链霉素（S）0.75g/d；结核性脑膜炎者给予雷米封0.3g，一天二次静滴，吡嗪酰胺0.6g/d，利福平0.45g/d，前二者通过血脑屏障。1例患者加用左氧氟沙星0.2g，一天二次静滴；加强支持疗法，停用免疫抑制剂，尽快撤减激素。痊愈7例，死亡4例。

二、讨论

1、SLE是一种多系统受累的复合体病。其免疫异常表现为体液免疫增强，B淋巴细胞过度增殖产生多种自身抗体。细胞免疫低下，尤其是T抑制细胞（CD8+）和抑制诱导细胞（CD4+2H4+）的缺乏。再则，SLE患者长期服用激素及免疫抑制剂，二者均具有免疫抑制作用，特别是T淋巴细胞被抑制，容易诱发多种病原体，尤其是细胞内寄生菌的严重感染。结核菌是属细胞内寄生菌，其进入人体致病不仅取决于细菌的数量和毒力，更重要的是有赖于机体的免疫状态，尤其是T淋巴细胞的强弱。大多数学者认为，结核病之所以进展，仅是由于细胞免疫低下所致。细胞免疫低下时，淋巴因子产生减少，巨噬细胞吞噬功能低下，结核菌不能有效地迅速被局限和消灭，而随血流或淋巴播散至全身。另外，激素可使结核菌毒力增强，以致巨噬细胞吞噬结核菌的能力降低。

2、SLE伴结核菌感染者有如下特点：（1）本文127例SLE患者，11例伴结核菌感染，患病率8.66%，死亡4例，患者病情危重，治疗上用药矛盾，疗效差，死亡率36.4%，明显高于正常人群及未合并结核菌感染的SLE病人。（2）本组患者多数开始主要表现为感冒症状伴高热，X线胸片未见异常，给予抗感冒治疗未见效而误诊为感染诱发SLE活动，加用大剂量激素及免疫抑制剂后症状反而加重，以致出现肺部体片及X线胸片异常。结核性脑膜炎CSF也无明显低糖、低氯、淋巴细胞增多的结核性CSF改变。因此结核病的临床表现不典型易被误诊或漏诊。（3）一般成人结核菌素皮试阳性率多在90%以上，而本组8例均阴性。SLE病人细胞免疫功能低下时，该试验往往呈阴性，因此该试验不用来判断SLE患者有否结核菌的感染，应结合临床来判断。（4）免疫抑制剂的治疗，使SLE患者免疫功能下降，在常规抗结核药物治疗的同时，加强支持治疗，对此类病人尤为重要。

血透患者锁骨下深静脉穿刺留置导管移位探讨

解放军总医院第304临床部肾内科
宋　岩　李冀军　陈凤琨　张壹言
殷　培　姚凤华　100037

目的：探讨锁骨下静脉留置导管异位并发症的临床症状、原因及预防方法。

方法：回顾分析我院2002－2004年间行锁骨下静脉穿刺留置导管建立临时血管通路透析患者的临床资料，深静脉穿刺后常规拍胸片观察导管位置，比较锁骨下路进针行锁骨下静脉穿刺置管组和锁骨上路进针组发生导管异位的情况及临床症状。

结果：346 例患者中男性 170 例，女性 276 例。年龄 16－80 岁。急性肾功能不全 69 例，慢性肾功能不全 246 例，其他 31 例。其中锁骨上路进针行锁骨下经脉穿刺留置导管 128 例，锁骨下路进针穿刺留置导管 218 例，2 组年龄及病程、原发病无明显差异。有 6 例患者胸片证实为留置导管发生异位，均为锁骨下路进针穿刺留置导管患者，锁骨上路进针行锁骨下经脉穿刺的患者中无导管异位病例。6 例中异位至同侧颈内静脉 4 例，有 3 例出现血流量不足 180ml/min，重新穿刺置管。1 例血流量充足，透析时无明显不适，继续用至内瘘成熟后拔出导管。有 2 例透析时有耳部疼痛感，其中 1 例合并有透析时头晕。异位至对侧锁骨下静脉 2 例，2 例血流量均不足 180ml/min，其中 1 例穿刺 3 针，放入时有阻力，穿刺后出现同侧胸痛，透析后查胸片证实为血胸，患者血色素下降，输血并予胸腔穿刺抽胸腔积液，48 小时后拔出锁骨下导管。另 1 例患者无不适症状，但透析时血流量不足 180ml/min，胸片未见血气胸，重新对侧置管。

结论：文献报道深静脉导管异位以留置导管的深度过深或偏浅多见。本组资料表明还可以出现进入同侧颈内静脉及对侧锁骨下静脉。本组 6 例导管异位患者均为锁骨下路进针病例，锁骨上路进针者无一例异位，表明锁骨下路进针易发生导管异位。锁骨下静脉穿刺留置导管异位的发生率并不低，如出现耳根部疼痛、头晕及血流量不足患者应考虑到有无留置导管移位。发生异位患者常伴有血流量不足，但也有部分异位患者血流量可以满足透析需要。术后应常规行胸片检查明确导管的位置是否合适及有无移位。

酚妥拉明、垂体后叶素、立止血联合用药治疗肺结核大咯血

江西省胸科医院　肖小灏　330006
江西医学院第二附属医院
吴洁华　330006

102 例肺结核并大咯血联合用药止血效果总结如下。

一、资料与方法

1、一般资料

肺结核诊断根据病史、体征、痰抗酸杆菌涂片、胸片或 CT 片，PPD 试验，血清结核抗体等作出。大咯血以 24 小时咯血量大于或等于 500 毫升、或一次咯血量大于或等于 300 毫升为标准。102 例肺结核并大咯血病例为我院 2002 年~2004 年收治的住院病人，其中男 75 例，女 27 例；年龄 16~65 岁，病程 1 月~5 年。以上病例随机分成 3 组，每组 34 例，A 组（垂体后叶素＋立止血），B 组（酚妥拉明＋立止血），C 组（酚妥拉明＋垂体后叶素＋立止血）。各组在年龄、性别、病程等方面无显著差异，均无药物禁忌证。

2、 治疗方法

（1）基础治疗：均给予抗结核、抗感染及支持治疗，止血基础治疗给予云南白药 0.5，tid。NS20ml+立止血 2KU 静脉注射，每晚一次。

（2）各组治疗　A 组：垂体后叶素首剂 10U+NS20ml 缓慢静脉注射，再用 10U+液体 250ml 静脉点滴，2 次/日，20~30 滴/分。B 组：酚妥拉明首剂 5mg+NS20ml 缓慢静脉注射，再用 15mg+液体 250ml 静脉点滴，2 次/日，20~30 滴/分。使用前后测血压，滴完后 15 分钟内不要起床，以免引起体位性低血

压。C 组：酚妥拉明首剂 5mg+NS20ml 缓慢静脉注射，再用酚妥拉明 10mg+垂体后叶素 10U+液体 250ml 静脉点滴，2 次/日，20~30 滴/分。

3、疗效判断标准

显效：48 小时内咯血停止或痰中带血。有效：48 小时内仍有少量咯血。无效：48 小时内咯血量无明显减少或增多。

二、结果

A 组、B 组、C 组总有效率分别为 76.4%，70.6%， 97.0%。A 组、B 组比较差异无显著性，A 组、B 组分别与 C 组比较差异有显著性。

副反应 A 组，腹痛 8 例，便意 11 例，面色苍白 7 例。B 组，鼻塞 4 例，头晕 6 例，血压轻度下降 2 例，下降范围在 10mmHg 内。C 组，鼻塞 1 例，头晕 2 例，腹痛 2 例，便意 2 例。

三、讨论

作者将以上三药采用不同的联用方法，观察各组的治疗效果，以 C 组的效果最好，副反应最少。由于垂体后叶素有较强的血管收缩作用,单用时副作用较突出,高血压、冠心病患者不宜使用,但同用酚妥拉明时,则消除了其副作用。因此,在临床实践中,对血压较高的年老患者,适当增加酚妥拉明静脉推注(10mg) 剂量,更为安全。致死性大咯血患者,一般都出现脉搏细数,血压下降,酚妥拉明扩张血管、降低血压,单用有其不利一面,但在大剂量垂体后叶素使用的同时,其降压作用则被垂体后叶素的升压作用所抵消[4]。本文采用垂体后叶素、酚妥拉明加立止血后,总有效率提高到 97 %,且副作用亦较少。三药作用机理各异，联用能起到协同作用，即提高了疗效，又减轻了副作用，有较好的临床实用价值。

呼吸机相关性铜绿假单胞菌肺部感染情况及药敏分析

浙江省立同德医院 ICU 感染科　余丹凤
周素兰　310012

本文就我院ICU2002年1月至2004年6月168例机械通气肺部感染的患者临床非发酵菌（NFGNB），尤其是铜绿假单胞菌感染情况和药敏调查分析如下。

一、临床资料和方法

1、临床资料：313 例机械通气患者痰培养出 394 株革兰氏阴性菌（GNB），其中 168 例(53.7%)培养出 NFGNB241 株（61.2%），根据呼吸机使用>48h，血白细胞总数≥1.2×10^9/L 或中性粒细胞>80%、体温>37.5℃，深部气道分泌物培养细菌阳性的呼吸机相关性肺部感染（VAP)诊断标准，168 例患者均符合 VAP 诊断，其中男 104 例，女 64 例，年龄 16-93 岁，平均 54.33±16.64 岁，抢救成功 141 例（83.9%），死亡 27 例（16.1%）。

2、呼吸道分泌物标本采集培养方法：采用一次性无菌吸痰管从人工气道吸取下呼吸道分泌标本置无菌容器内，标本送细菌室做细菌培养，菌株鉴定采用美国 BD 公司的 sceptor 半自动微生物分析仪将分离菌株鉴定到种，连续 2 次以上培养出同一菌株确定为致病菌。药敏实验采用 K-B 琼脂扩散法，根据 1999 年美国临床实验室标准化委员会（NCCLS）颁布的细菌药敏实验参考标准进行判读。

二、结果

1、NFCNB 分布：168 例患者痰液培养出 NFCNB241 株，其菌种分布分别为铜绿假单胞菌（PA）89 株（36.9%）、鲍曼不动杆菌（AB）66 株（27.4%）嗜麦

芽寡养单胞菌（SM）38 株（15.8%）、脑膜脓毒性金黄杆菌（CM）29 株（12.0%）、洋葱布伯克霍尔德菌（BC）15 株（6.2%和类产碱杆菌（AG）4 例（1.7%）。

2、主要 NFCNB 对常用广谱抗生素药敏实验结果：

从实验结果可见 NFCNB 对无加酶抑制剂的青霉素类抗生素、庆大霉素、第二代头孢菌素耐药率都在 50-100%之间，三代头孢抗生素耐药率平均在 30%以上，碳青酶稀类抗生素耐药性较低，加酶抑制剂的抗生素耐药率较同类抗生素下降 35.0-65.0%。

三、讨论

随着近年来机械通气技术的迅速发展和普及，VAP 已成为医院感染的主要原因之一。我国医院内病原菌耐药监测（NPRS）在 1994-2001 年间部分城市医院 ICU 监测的 NFCNB 显示 PA 是院内获得性肺炎，特别是 VAP 的首位病原菌。有报道 PA 导致的 VAP 病死率可高达 50%，可见 PA 已成为 VAP 的主要病因和死因。本组检出的 241 株 NFCNB 占 GNB 总检出的 61.2%，分离的菌株为 PA（36.9%），与 NPRS 报道相近。

从本组分离的 NFCNB 耐药情况看对常用抗菌素，如无加酶抑制剂的青霉素类抗生素、庆大霉素、第二代头孢菌素耐药率都在 50-100%之间。在二代头孢菌素中头孢曲松普遍对NFCNB耐药率均达50%以上，其它三代头孢对 NFCNB 耐药率普遍在 30%以上，特别是头孢他啶与头孢哌酮对 PA 的耐药率分别达 40.4%和 38.2%。这与文献报告一致。对四代头孢头孢吡肟，PA 耐药率 19.1%，有其一定的优越性。碳青酶烯类抗生素对 PA 仍表现较低的耐药性，PA 敏感率分别为亚胺培南 77.5%，美罗培南 94.4%。据 NPRS 监测近年来出现 PA 对亚胺培南的耐药增加的趋势，其耐药率为 18.0%。产生这种现象的原因可能同亚胺培南的应用增加导致 PA 外膜通透性降低和主动外排泵的表达相关，应引起临床的高度重视。PA 对阿米卡星耐药较低，这与该药对 GNB 产生 AAD（2″）纯化酶相关，有报道在体外亚胺培南与阿米卡星联合，耐药率降低 7%，与环丙沙星联用时可降低 10%，是推荐治疗铜绿假单胞菌严重感染的联合用药的合理方案。

非发酵菌对加酶抑制的抗生素（如哌拉西林/三唑巴坦、替卡西林/克拉维酸、头孢哌酮/舒巴坦）显示较未加酶抑制剂的同类抗生素耐药率均降低 35.0-65.0%之间，其中哌拉西林和替卡西林加酶抑制剂后耐药率分别平均下降 32.2%和 32.5%，而头孢哌酮耐药率平均下降 36.4%，尤其头孢哌酮/舒巴坦对 NFCNB 的敏感率均在 70%以上，而耐药性不超过 20%。可见加酶抑制剂抗生素仍为治疗非发酵菌感染，比如 PA 感染的较理想的药物。

总之，NFCNB 医院感染特别是 VAP，目前 PA 是比较重要的感染。虽然大多数仍对碳青霉烯类敏感，在重症患者可以首选，但其耐药正在增加，因此在多数情况下不宜将碳青霉烯类推向第一线用药，应尽可能避免使用“高耐药潜能”的三代头孢菌素和环丙沙星等，而应选择头孢吡肟、加酶抑制剂类抗生素的“低耐药潜能”药物。应当强调的是 NFCNB 常为多重耐药，抗生素治疗特别是在没有药敏结果指导的最初经验治疗需要联合用药，在获得可靠病原学诊断并有药敏参考、且在临床病情得到初步控制后可改用单一敏感药物治疗。

阻塞型睡眠呼吸暂停综合征对肺心病的影响

上海市长宁同仁医院　赵美华
段玉香　200050

阻塞型睡眠呼吸暂停综合征为一种常见病，据报道，美国等发达国家 OSAS 发病率男性为 1-4%，女性为 1%左右，呼吸暂停导致体内缺氧，二氧化碳储留，肺动脉高压，导致肺心病。因体内缺氧机体自我保护，使神经系统兴奋性增高，病人出现觉醒，不能进入 III、IV 期深睡眠，或病人从睡眠中憋醒，睡眠质量极差，出现白天困倦、嗜睡、注意力不集中、晨起头痛等症状，此外因组织供氧不足，对各脏器均能造成危害，尤其是心、脑器官对缺氧很敏感，损伤也更显著。本研究主要观察 OSAS 可加重肺心病病情，可引起与睡眠有关的低氧血症、红细胞增多症、肺动脉高压，更易并发呼吸衰竭、右心衰、心律失常等。

一、资料与方法

1、选择 2003.3-2005.8 住院患者，其中对怀疑 OSAS、肺心病等的患者经多导睡眠监测仪（PSG）SM2000CA-7 检查者共 392 例，年龄最大者 96 岁，最小者 45 岁，平均 67 岁。确诊 OSAS 依据为睡眠 6-8 小时中，呼吸暂停反复发作 30 次以上或呼吸暂停低通气指数（AHI）5 次/小时以上，且呼吸暂停时胸腹运动仍然存在。呼吸暂停是睡眠中鼻呼吸气流完全停止 10 秒以上，低通气是睡眠时呼吸气流强度较基础水平降低 50%以上，并伴血氧饱和度较基础水平下降 4%，确诊为肺心病依据为有肺及肺血管脊柱病因，胸片提示有肺动脉段突出，心电图有肺型 P 波，心超提示有肺动脉压力 25mmHg，右房右室增大者。其中确诊为 OSAS 及肺心病的患者为 A 组，确诊为 OSAS 无肺心病者为 B 组，无 OSAS 但有肺心病者为 C 组，既无 OSAS 也无肺心病者为 D 组。

2、观察指标：多导睡眠监测仪（PSG）检查中最低氧饱和度、血红细胞计数及心超测肺动脉压、心电图有无心律失常等。

红细胞增多症的诊断标准：在平原地区红细胞计数>5.5*10^12/L（男）或（女）>5.0×10^12。

肺动脉高压的诊断标准：根据静息时肺动脉平均压值《25mmHg 为肺动脉压力正常》45mmHg 患者为重度肺动脉高压。

心律失常包括窦缓、窦速、阵发性房速、房扑、室早、室速，房早不包括在内。

二、结果

1、（1）A 组、B 组、C 组患者其低氧血症、红细胞增多症、肺动脉压力呈上升趋势，且 A 组明显高于 B 组、C 组。

（2）A 组平均氧饱和度（SaO_2）与肺动脉高压呈线性相关：平均氧饱和度每降低 1%，肺动脉压即升高 1.3mmHg。

2、OSAS 可进一步加重低氧血症，从而引起红细胞增多症，导致肺动脉高压，进而引起肺心病、呼吸衰竭、右心衰。呼衰往往发生快，意识障碍明显，且常有右心衰表现，病情重，与伴发的呼吸疾病不匹配，患者均较肥胖，针对 OSAS 治疗后呼衰恢复快，撤机早，临床稳定后 PH 值趋向正常，但血中 CO_2 水平仍较高，针对 OSAS 治疗后可防止呼衰复发。

3、OSAS 能加重肺心病右心衰的机制为：其在吸气时胸腔内负压增加，右心房压下降和静脉回流增加，右心室舒张末期容量增加，右心室负荷增加，促发右心衰，同时室间隔左移，减低了左室顺应性，

左室充盈容量下降，心搏出量下降，缺氧可导致肺血管收缩引起肺动脉高压，右心室负荷增大，加重右心衰。

4、OSAS 在睡眠时多发生心律失常，其中心动过缓和心律不齐最常见。迷走神经张力的增加介导了心动过缓，呼吸暂停后出现的心率加快是交感神经张力增加和迷走神经张力降低的综合效应，心律失常的发生与夜间睡眠呼吸暂停及低氧呈正相关，有关文献报导 SaO_2<60%室早发生率是 SaO_2>90%的三倍。

三、结论

目前开展的无创经鼻面罩呼吸机治疗 OSAS 已经取得明显疗效，通过改善通气，纠正低氧血症，延缓病情进展，并减少心律失常、心肌缺血、高血压等并发症，提高了生活质量。

硝酸甘油治疗老年人高血压急症临床分析

浙江金华市中医院　蔡予文　陈新民
王晓华　321017

高血压急症在临床上对老年人极易诱发或加重脑血管意外，心力衰竭、急性冠脉综合征等情况，可危及生命，因此临床常需短时间内有效、平稳地控制血压。本文为观察硝酸甘油对老年人高血压急症的降压效果，并将其与硝普钠相比较，分析它们的疗效和安全性，现将结果报告如下。

一、资料与方法

1、一般资料：72例患者（包括高血压脑病、高血压合并脑梗塞、脑出血、急性左心衰、急性冠脉综合征等），随机分成治疗组（硝酸甘油组）和对照组（硝普钠组），均符合1997年JNCⅥ高血压急症的规定。治疗组37例，其中男25例，女12例，年龄65-92岁，平均年龄（76.21±11.89）岁。对照组35例，男24例，女11例，年龄65-90岁，平均年龄（76.12±12.32）岁。两组年龄、性别的差别无统计学意义，具有可比性（p>0.01）。

2、方法：对所有患者均进行基础治疗，如吸氧、强心、利尿、脱水等，未同时使用其他血管扩张剂。治疗组：硝酸甘油5-10mg加入生理盐水40ml中静脉缓慢推注，初始剂量为2.5ug/min，根据血压调整,最大剂量20ug/min。对照组：硝普钠25mg溶于500ml葡萄糖液中，用聚丙烯输液管避光缓慢静滴,开始25ug/min，严密观察血压、心率，逐渐调整滴速，一般不超过75ug/min。两组起效后均维持12-24小时。观察治疗前后病人临床表现及体征（包括神志、体位、肺部罗音、下肢浮肿及副作用），并予持续心电监护，在治疗后前半小时每隔5分钟监测1次，以后每1小时1次记录血压、心率、血氧饱和度的变化，持续12－24小时，并观察不良反应。同时比较治疗前后血尿常规、肝肾功能的变化。

3、疗效判定：（1）用降压药物疗效评定标准评估：显效：舒张压下降≥20mmHg，或≥10mmHg并降至正常，收缩压下降≥30mmHg;有效：舒张压下降≥10mmHg，舒张压下降＜10mmHg但降至正常，收缩压下降≥30mmHg。无效：未达到上述指标。（2）临床症状：显效：临床表现及体征完全改善；有效：临床表现及体征部分改善；无效：临床表现及体征无改善。

4、统计学处理：以x±s表示；治疗前后各项参数比较采用配对t检验，两组间率的比较用 x^2 检验，差异显著为(p<0.05)。

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbook.com