

普鲁卡因、垂体后叶素单用与联用治疗咯血的比较

★ 陈研 (浙江大学医学院附属第一医院急诊科 杭州 310002)

摘要:目的:比较普鲁卡因和垂体后叶素治疗咯血的效果。方法:分为普鲁卡因组和垂体后叶素组及普鲁卡因和垂体后叶素联合组各 25 例,观察治疗后三组止血的疗效、时间和副作用的发生率。结果:三组在止血效率上无显著性差异($P>0.05$);在止血时间上有显著性差异($P<0.05$);在副作用的发生率上有显著性差异($P<0.05$)。结论:在治疗咯血的时效方面,普鲁卡因+垂体后叶素>普鲁卡因>垂体后叶素,且联合应用能使副作用的发生率减低,使用药量减少。

关键词:普鲁卡因;垂体后叶素;咯血

中图分类号:R 563.6 **文献标识码:**A

大咯血是一种需要紧急抢救的急症。一般认为垂体后叶素是治疗大咯血的首选药物,但其副作用大,很多患者不能耐受;且不适合用于高血压病、冠心病、妊娠妇女等类型的患者。我院急诊科从 2005 年以来大量咯血病人中,选取了 75 例,分别予以普鲁卡因和垂体后叶素治疗,本文对其止血时效及副作用分别做了比较,现报道如下:

1 材料与方法

1.1 对象 75 例随机平均分为普鲁卡因组和垂体后叶素组及普鲁卡因+垂体后叶素组各 25 例,所有病例均为 1 次咯血量达 50 mL 以上或 24 小时内咯血量>400 mL。患者的年龄 18~59 岁,男性 48 例,女

性 27 例,中位数年龄 42 岁。支气管扩张 49 例,肺癌 16 例,肺结核 10 例。均符合各种疾病诊断标准。以上病例均无明显严重心血管疾病,无休克体征、传染病、喉部、咽部疾病和凝血功能障碍。三组患者的主要症状、年龄、性别、咯血量均无显著差异性($P>0.05$),无普鲁卡因过敏者。

1.2 方法 普鲁卡因组,以普鲁卡因 300 mg 加入生理盐水 250 mL 中,60~100 mg/h 持续静滴,每天 1 次;出血停止后逐渐减量。垂体后叶素组,垂体后叶素 18~24 U 加入生理盐水 40 mL 中,微泵静脉缓慢注射,速度为 3~6 U/h,根据病人的感觉和出血情况调节,血止后停用。普鲁卡因和垂体后叶素联用组,

3 讨论

本病在中医学眼科中属内障眼病的范畴,相当于古代文献中的“视瞻昏渺”、“视直如曲”、“视瞻有色”等,根据本病微循环障碍,脉络膜毛细血管通透性增加导致黄斑水肿、渗出,局部视网膜脱离的主要病机,目前大多数学者应用具有活血化瘀的中药或复方治疗获得较好的疗效^[3~4]。另外,根据五轮学说及近代医家陈达夫教授六经辨证的观点,黄斑属足太阴脾经,黄斑病变与脾的运化功能失调关系密切,脾主运化水湿,脾失健运,水湿上犯目窍,日久聚湿生痰,痰湿阻滞脉络,也是导致本病发生的重要原因。现代药理学研究亦认为,健脾渗湿药可降低毛细血管通透性,促进水肿、渗出吸收;活血化瘀药能扩张视网膜脉络膜血管,解除血管痉挛,促进血液运行,改善微循环障碍,同时亦可降低毛细血管通透

性,减轻水肿及渗出,所以我们拟定活血利水法治疗中心性浆液性视网膜脉络膜病变。从观察结果看,活血利水法对本病患者有提高视力、促进黄斑水肿消失及渗出吸收的作用,对减轻荧光渗漏亦有一定的作用。故活血利水法是治疗中心性浆液性脉络膜视网膜病变的有效方法,值得推广。

参考文献

- [1] 严密. 眼科学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,1996. 140
- [2] 中药新药临床研究指导原则. 第三辑. 中华人民共和国卫生部制定发布,1997. 204
- [3] 刘建勇. 中心性浆液性脉络膜视网膜病变的中医治疗近况[J]. 浙江中医杂志,2002,(10):451
- [4] 庄晋峰,许伟华,廖素华. 血拴通配合中药口服治疗中心性浆液性脉络膜视网膜病变的研究[J]. 现代医院,2004,4(4):44

(收稿日期:2007-04-17)

以普鲁卡因 300 mg 加入生理盐水 250 mL 中, 60 ~ 100 mg/h 持续静滴, 每天 1 次; 垂体后叶素 18 ~ 24 U 加入生理盐水 40 mL 中, 微泵静脉缓慢注射, 速度为 3 ~ 6 U/h。同时均予以抗感染等对症及一般止血治疗(酚磺乙胺、安络血、立止血等)。

1.3 观察指标 (1)疗效的观察: 包括一般情况、出血量、心肺体征和血红蛋白的观察以及止血时间的观察。(2)副作用的观察: 如头晕、胸闷、心悸、腹痛、腹泻、恶心、呕吐、血钾和血钠的监测。

1.4 统计学处理 止血有效率比较用卡方检验, 止血时间比较用 t 检验。

2 结果

2.1 疗效 普鲁卡因组: 止血时间(7 ± 2)天, 治愈 20 例, 占 79.6%; 失败 5 例, 占 20.4%。垂体后叶素组: 止血时间(9 ± 4)天, 治愈 21 例, 占 83.5%; 失败 4 例, 占 16.5%。普鲁卡因 + 垂体后叶素组: 止血时间(4 ± 2)天, 治愈 21 例, 占 83.5%, 失败 4 例, 占 16.5%。通过比较可以发现, 单用普鲁卡因或单用垂体后叶素以及两者合用三组间治愈率和失败率的差别无显著性($P > 0.05$), 而止血时间之间则有显著性差异($P < 0.05$)。

2.2 副作用 三组间的副作用比较见表 1, 每个病人可以同时出现多种副作用。在普鲁卡因组共有 8 例病人出现症状轻微的副作用, 主要表现为胸闷、心悸、面色潮红、低血钾、低血钠, 其发生率为 30%。在垂体后叶素组, 多种副作用常在一个病人身上表现出来, 且症状明显。如明显的腹痛, 每天大便可达 10 余次; 在年纪较大的病人有时可出现明显的胸闷、心悸, 有 1 例病人出现心绞痛; 共有 19 例病人出现不同程度的低血钾和低血钠; 副作用的发生率为 100%, 普鲁卡因 + 垂体后叶素组共有 3 人出现症状轻微的副作用, 主要表现为头晕、胸闷; 三组间差别有显著性($P < 0.01$), 见表 1。

表 1 三组间的副作用比较 例

	头晕	胸闷、心悸	腹痛、腹泻	恶心、呕吐	低血钾	低血钠	面色潮红
普鲁卡因组	1	3	0	0	3	2	4
垂体后叶素组	12	5	13	8	9	17	1
普鲁卡因 + 垂体后叶素组	2	2	0	0	0	0	1

3 讨论

当前对咯血患者的治疗中最常用的止血药仍然是垂体后叶素, 而垂体后叶素治疗咯血的机制主要是缩血管作用, 用药后由于肺小动脉的收缩, 肺内血流量锐减, 肺循环压力降低, 从而有利于肺血管破裂处血凝块的形成, 达到止血的目的。但是垂体后叶

素可使血压暂时升高, 可出现头疼、呕吐、腹痛、便秘等, 因而如高血压、冠心病、心力衰竭、肺心病、氮质血症的病人和孕妇忌用。近来, 扩血管药物开始在临床上用于治疗咯血, 普鲁卡因止血的机理^[1]是: 抑制血管运动中枢, 兴奋迷走神经, 通过扩张肺血管, 降低肺动脉压及肺楔嵌压; 同时体循环血管阻力下降, 回心血量减少, 肺内血液分流到其它内脏和四肢循环中, 起到“内放血”的作用; 结果使肺动脉和支气管动脉的压力同时下降, 达到止血目的。并且具有改善肺微循环, 减轻病变部位炎性充血水肿, 同时可解除支气管平滑肌痉挛, 减少支气管分泌物, 普鲁卡因还有镇静作用, 消除咯血患者紧张情绪, 有利于止血。

从本文的统计分析看, 垂体后叶素和普鲁卡因以及普鲁卡因 + 垂体后叶素组治疗大咯血的治愈率和失败率的差别在统计学上无显著性, 而其副作用的差别和严重程度则有明显的差别。可以看到普鲁卡因及普鲁卡因 + 垂体后叶素组的副作用明显少于垂体后叶素组, 而且症状轻微, 多为面色潮红或心悸, 病人均能够良好耐受, 没有病人因为不能耐受普鲁卡因或普鲁卡因 + 垂体后叶素组的副作用而退出。而垂体后叶素产生的副作用在每一个病人身上都可以观察到, 且症状明显。两药合用既有协同作用, 又可相互抵消对方的不良反应, 普鲁卡因扩张外周血管作用抵消了垂体后叶素收缩血管的作用, 而垂体后叶素的升压作用抵消了普鲁卡因的降压作用, 从而减轻了血压、心率的大幅度变化和恶心、呕吐、腹痛、便秘、心悸、胸闷等不良反应, 故两药合用止血效果更稳定, 不良反应相对减少。

综上所述, 虽然垂体后叶素被一度被认为是治疗大咯血的首选药物, 但其副作用也是众所周知, 在老年人和心、脑血管疾病患者, 垂体后叶素是禁忌使用的, 而普鲁卡因可以安全地用于上述患者。与其它扩管药如硝酸甘油、酚妥拉明等比较, 普鲁卡因有降压不明显, 无明显心悸、心率加快、头痛等优点, 这样会增加病人对治疗的依从性。因而, 普鲁卡因可以安全而有效地作为治疗大咯血的首选药物之一, 在患者无明显禁忌或病情危重时和垂体后叶素合用的效果更佳。

参考文献

- [1] 施毅, 陈正堂. 现代呼吸病治疗学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2002. 296 ~ 299

(收稿日期: 2007-07-10)