

· 论 著 ·

分析急诊抢救重症哮喘联合小剂量肾上腺素治疗的临床效果

刘 军

长沙市第四医院 湖南长沙 410000

【摘要】目的 观察急诊抢救重症哮喘联合小剂量肾上腺素治疗的临床治疗效果。**方法** 在我院 2017 年 5 月至 2018 年 5 月间收治的重症哮喘患者 54 例进行研究, 将其随机分为甲、乙组, 各 27 例。甲组采取急诊抢救治疗, 乙组在此治疗基础上联合小剂量肾上腺素进行治疗。对比两组患者治疗后的生命体征及临床治疗效果。**结果** 乙组的舒张压 (86.92 ± 11.34) mmHg、收缩压 (130.84 ± 21.58) mmHg、心率 (93.37 ± 26.42) 次/min 均低于甲组的舒张压 (96.12 ± 19.13) mmHg、收缩压 (147.13 ± 29.14) mmHg、心率 (121.23 ± 29.83) 次/min, 两组对比存在显著差异 ($P < 0.05$); 乙组的治疗总有效率 92.59% 高于甲组的治疗总有效率 70.37%, 两组对比存在显著差异 ($P < 0.05$)。**结论** 对重症哮喘患者采取急诊抢救联合小剂量肾上腺素治疗, 取得了显著疗效, 并且能够有效改善患者的舒张压、收缩压、心率, 值得广泛应用于临床。

【关键词】 重症哮喘; 急诊抢救; 肾上腺素; 小剂量; 生命体征; 临床疗效

【中图分类号】 R562.25

【文献标识码】 A

【文章编号】 1009-3179 (2018) 07-032-02

支气管哮喘又可称其为哮喘, 是临床上较为多见的疾病之一, 具有较高的发生率, 其病因多与环境、遗传等因素有关^[1]。该疾病在临床上多表现出咳嗽、气急、喘息等症状, 恶化时会导致患者产生心衰、肺气泡等症状, 严重影响患者心理^[2]。为观察急诊抢救重症哮喘联合小剂量肾上腺素治疗的临床治疗效果, 本文在我院 2017 年 5 月至 2018 年 5 月间收治的重症哮喘患者 54 例进行研究, 以下为主要研究内容。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取我院 2017 年 5 月至 2018 年 5 月间收治的重症哮喘患者 54 例为本次研究的研究对象, 将其随机分为甲、乙组, 各 27 例。其中, 甲组: 有 16 例男性, 11 例女性; 年龄范围在 21-65 岁, 年龄均值为 (39.63 ± 5.72) 岁; 病程为 1-8 个月, 病程均值为 (5.24 ± 1.21) 个月。乙组: 有 15 例男性, 12 例女性; 年龄范围在 20-65 岁, 年龄均值为 (38.93 ± 5.36) 岁; 病程为 2-8 个月, 病程均值为 (5.06 ± 1.18) 个月。将两组的资料相互对比, 结果无较大差异 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

甲组采取急诊抢救治疗, 即在 500ml 生理盐水中加入 0.5g 氨茶碱, 混合均匀后对患者行静脉注射, 之后在对患者进行 80mg 甲强龙肌肉注射。乙组在此治疗基础上联合小剂量

肾上腺素进行治疗, 对患者进行 0.3mg 肾上腺素皮下注射, 10 分钟后对患者的表现进行观察, 待呼吸状况平稳后再决定是否再进行 1 次注射, 当呼吸仍旧不平稳时, 需对患者再进行注射, 直到稳定, 总用量应少于 1mg。

1.3 疗效评定标准

评价两组的临床治疗效果, 评价标准可分为显效、有效、无效三种。显效: 经治疗, 患者的各临床症状均已完全消除, 血氧均已饱和; 有效: 经治疗, 患者的各临床症状均得到改善, 但血氧未饱和; 无效: 和治疗前相比无较大差异, 甚至有进一步恶化趋势。对比两组患者治疗后的生命体征及临床治疗效果。

1.4 统计学方法

使用 SPSS21.0 统计学软件对所收集的数据展开分析, 分别使用百分数、($\bar{x} \pm s$) 表示计数资料、计量资料, 再使用 χ^2 、t 值检验, 当组间数据存在显著差异时, 则表明组间对比存在统计学意义 ($P < 0.05$)。

2 结果

2.1 两组治疗后的各项生命体征对比

乙组的舒张压、收缩压、心率指数均低于甲组, 两组对比存在显著差异 ($P < 0.05$)。如表 1 所示。

表 1: 两组治疗后的各项生命体征对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	舒张压 (mmHg)	收缩压 (mmHg)	心率 (次/min)
甲组 (n=27)	86.92 ± 11.34	130.84 ± 21.58	93.37 ± 26.42
乙组 (n=27)	96.12 ± 19.13	147.13 ± 29.14	121.23 ± 29.83
t	2.3833	2.3344	3.0751
P	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组临床治疗效果对比

表 2: 两组临床治疗效果对比 (n, %)

组别	显效	有效	无效	总有效率 (%)
甲组 (n=27)	14	11	2	25 (92.59)
乙组 (n=27)	9	10	8	19 (70.37)
χ^2	-	-	-	4.4182
P	-	-	-	0.0356

乙组的治疗总有效率 92.59% 高于甲组的治疗总有效率 70.37%, 两组对比存在显著差异 ($P < 0.05$)。如表 2 所示。

3 讨论

哮喘是由气道炎症所导致的一种综合性疾病, 在内、外源性多种因素共同作用下形成, 导致支气管平滑肌挛缩小, 并且使毛细血管处于扩张状态, 在一定程度上促进了提升了血管的通透性, 进而导致支气管水肿, 并且极易反复^[3]。

(下转第 34 页)

表 2: 两组患者心功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	短阵室性心动过速 发作次数	24h 室性期前收缩 总次数
对照组	45	(26±5)	(25176±4750)
观察组	45	(20±2)	(16452±4752)
χ^2	/	3.412	14.378
P	/	0.048	0.000

搏总数和 QT 离散度改善效果研究, 实现了较为突出的对比优势^[3]。将常规治疗方式与胺碘酮治疗相结合, 能够将患者的室性心律失常情况控制在一定的限度之内, 改善患者的不适, 取得良好的治疗效果^[4]。胺碘酮是一种苯映喃衍生物, 主要有钠通道阻滞作用。对提高患者提高左心室射血分数, 具有扩张血管、减慢心率、改善心肌缺血作用, 而不影响患者的心功能, 它改善了一般抗心律失常药物恶性室性心律失常, 避免了钾离子外流引起的心肌细胞动作电位, 通过保护细胞膜和细胞器的结构和功能完整, 有效清除自由基, 对抗脂质过氧化作用^[5]。胺碘酮和美托洛尔联合治疗中, 左心室射血分数 (LVEF)、LVEDV、LVESV 和 6min 步行试验均明显改善, 疗效和可行性都值得临床借鉴参考^[6]。

慢性心力衰竭在临床上难以实现充分根治, 患者的死亡率比较高, 存活率低。目前运用比较广泛的治疗方式是实现有效治疗效率的同时对患者进行胺碘酮联合法进行治疗, 能够取得比较理想的心肌重构预防的效果。慢药物的联合使用对避免心室内容量负荷过重, 维持心排血量; 通过降低患者左室充盈压, 提高患者新排血量, 避免患者急性失代偿。对改善冠脉微循环, 增加心肌和肺的动静脉分流和总血流量的增加, 改善患者每搏心搏出量和血液动力学。从药代动力学

来讲, 注射用胺碘酮血浆中 62.1% 与白蛋白结合, 33.5% 可能与 β 脂蛋白结合。静注后 5 分钟起效, 停药可持续 20 分钟 ~ 4 小时。有效血药浓度为 1 ~ 2.5 $\mu\text{g/ml}$, 具有短期内迅速起效的作用, 对减少患者短阵室性心动过速发作次数、24h 室性期前收缩总次数, 提升治疗效果提供了临床和理论依据。

综上所述, 胺碘酮联合治疗慢性心力衰竭合并室性心律失常患者临床疗效显著, 不仅具有较高的临床治疗总有效率, 且以降低了短阵室性心动过速发作次数、24h 室性期前收缩总次数提升了患者的心功能指标, 值得临床推广实施。

参考文献:

- [1] 季成伦. 联合应用胺碘酮和美托洛尔治疗慢性心力衰竭合并室性心律失常的疗效及安全性分析 [J]. 当代医药论丛, 2015, (4):5-6
- [2] 温红岩, 齐丹. 胺碘酮与厄贝沙坦治疗慢性心力衰竭合并室性心律失常效果的临床观察 [J]. 中国医药指南, 2015, (19):80-81
- [3] 陈德俊, 林悦涛. 胺碘酮用于冠心病慢性心力衰竭合并室性心律失常的治疗效果 [J]. 中国医药科学, 2015, (20):28-30, 36
- [4] 房哲. 胺碘酮在冠心病慢性心力衰竭合并室性心律失常患者中的应用研究 [J]. 中外医疗, 2014, 33(2):108-109
- [5] 吴翔. 胺碘酮治疗慢性心力衰竭合并室性心律失常的临床应用 [J]. 临床合理用药杂志, 2015, (2):76-77
- [6] 张后民, 张冬梅. 胺碘酮联合美托洛尔治疗慢性心力衰竭合并室性心律失常的疗效观察 [J]. 中国医院用药评价与分析, 2016, 16(6):746-748

(上接第 32 页)

本文经过研究得出, 乙组的治疗总有效率 92.59% 高于甲组的治疗总有效率 70.37%, 两组对比存在显著差异 ($P < 0.05$)。说明了急诊抢救联合小剂量肾上腺素治疗, 其疗效明显优于单纯的急诊抢救治疗效果。这是因为, 急诊抢救中所使用到的氨茶碱具有良好的扩张支气管功能以及抗炎效果, 从而促进了支气管纤毛的摆动速率的提升; 甲强龙作为一种糖皮质激素, 在抑制炎症细胞活性上效果显著, 并且对四烯酸代谢发挥良好的干扰效果^[4]。两组药物的使用, 在一定程度上有效对患者的病情进行了控制。再加上肾上腺素的使用, 能够有效干预白三烯和前列腺素的合成, 进一步提升其活性, 增强呼吸道中平滑肌 β 受体的反应性, 进而使血管通透性下降, 有助于治疗效果的提升^[5]。

乙组的舒张压 (86.92 ± 11.34) mmHg、收缩压 (130.84 ± 21.58) mmHg、心率 (93.37 ± 26.42) 次/min 均低于甲组的舒张压 (96.12 ± 19.13) mmHg、收缩压 (147.13 ± 29.14) mmHg、心率 (121.23 ± 29.83) 次/min, 两组对比存在显著差异 ($P < 0.05$)。表明急诊抢救治疗与小剂量肾上腺素联合使用, 有助于患者的生命体征的进一步改善。这多与肾上腺素所具有的 α 和 β 受体有关, 根据有关临床研究证实, 患者用药后, 肾上腺素中的 β_2 受体多集中于肺部、气道中的平滑肌, 进而有助于降低患者血压水平。此外,

将急诊抢救治疗与小剂量肾上腺素联合使用, 能够在一定程度上缩减药物的起效时间, 有助于药效的提升, 使患者的生命体征得到进一步改善。但是在急诊抢救治疗与小剂量肾上腺素联合使用所产生的不良反应的研究上, 还再需深入研究。此研究结果与张晓峰的研究结果相似^[6]。

综上所述, 对重症哮喘患者采取急诊抢救联合小剂量肾上腺素治疗, 取得了显著疗效, 并且能够有效改善患者的舒张压、收缩压、心率, 值得广泛应用于临床。

参考文献:

- [1] 刘秦湘. 联合小剂量肾上腺素对重症哮喘急诊抢救的临床疗效观察 [J]. 世界临床医学, 2017, 11(8):56, 58.
- [2] 高婧, 时玲燕. 急诊抢救重症哮喘结合小剂量肾上腺素治疗的效果研究 [J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(2):152-153.
- [3] 胡厚如. 急诊抢救重症哮喘联合小剂量肾上腺素治疗的临床疗效及预后 [J]. 医学信息, 2016, 29(31):45-45.
- [4] 姜朴, 杜联艳. 急诊抢救重症哮喘联合小剂量肾上腺素治疗的临床价值分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(15):30-31.
- [5] 李健. 小剂量肾上腺素在重症支气管哮喘院前急救的应用价值 [J]. 中国现代医生, 2016, 54(15):78-80.
- [6] 张晓峰. 结合小剂量肾上腺素急诊抢救重症哮喘的效果研究 [J]. 中国处方药, 2017, 15(8):61-62.