

的症状,表现有头痛、头昏、记忆力减退、健忘、注意力不集中、失眠、多梦、心慌、盗汗等。本组患者的病因与临床表现与文献报道完全相符^[1,2]。胃肠功能紊乱是消化内科常见病,严重影响患者的身心健康,因而要积极治疗。

应用玄极仪加增效药物垫治疗胃肠功能紊乱,治疗时由于治疗带加增效药物垫直接放置于太阳神经丛区的腹部及胸椎9~腰椎3节段反射区对置时,能调节植物神经功能,尤其是能调节胃肠神经功能,促使胃肠适分泌功能,消化功能与运动功能正常化,改善胃肠所适的血液循环与营养状态,尽快恢复胃肠适正常功能。此外,治疗带加增效药物垫置于腹部作用于上脘、中脘、建里、神阙、天枢、氯海、关元穴;置于腰背部作用于肝俞、脾俞、胃俞、意舍等穴位,又能起到疏经活络、调理气血之功效,氯海,神经阙序任脉经穴,为强壮穴,氯海补肾通任脉,而神经阙有健脾和胃的作用,将治疗带加增效药物垫置于上述穴位上,在热效应、磁场、红外线效应和中西药物作用下,调整了人体气血,疏通经络,促进胃肠蠕动加快,分泌增多,进一步改善了胃肠功能,从而起到治疗作用。

胃肠功能紊乱患者,每当精神紧张、工作劳累、思想忧虑、饮食不当等都可成为发病的诱因,因此,患者在整个治疗恢复过程中,必须同时要注意合理安排好自己的工作与生活,注意

劳逸结合,解除思想忧虑、心情要舒畅,保持良好的心理状态,饮食要规律,避免刺激性饮食等,才有利于疾病的康复。

玄极治疗法,又称为复合效应治疗法。与以往的声效应治疗法不同,它的特点是具有电热效应、磁场效应和远红外效应及32种中草药、硫酸镁西药对人体起治疗作用的^[3,4,5,6]。玄极仪加增效药物垫治疗法确实是一种理想的、有效的、对机体有益无害的、无副作用、操作简便、经济、安全的治疗方法^[7]。

参考文献

- [1] 周万松,肖红雨.实用内科疾病治疗[M].人民军医出版社,1991:135
- [2] 张黎明.临床物理治疗学[J].天津科学技术出版社,1995:174
- [3] 李鸿清.玄极仪治病机理与实践[J].生物磁学,1996,(3):11
- [4] 常汉英.复合效应治疗法[J].生物磁学,1996,(3):12
- [5] 丁立新,李淑芹,张世英,等.血胃泌素含量在腹部磁疗前后的变化[J].生物磁学,2004,4(1):26-27
- [6] 常汉英.场效应治疗仪加中药垫2675例临床观察[J].生物磁学,1993,(3):82
- [7] 周万松,杨远滨.磁场生物效应的研究进展[J].生物磁学,2003,3(1):6-9

扩张型心肌病的诊断与外科治疗

哈尔滨医科大学附属第二医院 (150086) 刘艳萍 苏春丽 赵旭

扩张型心肌病(dilated cardiomyopathy, DCM)是一种以左室或双心室的扩张和收缩功能损害为特点的心肌疾病,临床以心脏扩大、心力衰竭和心律失常为基本特征。任何年龄均可发病,但常见于中、青年,男性发病多于女性(2.5:1),发病率5~10/10万。其发病原因可能与病毒感染、自身免疫、酒精中毒、妊娠、家庭遗传等因素有关。病情呈进行性加重,早期表现为心室扩大、心律失常(以室性心律失常多见),然后逐渐发展为心力衰竭,出现心衰症状后,5年生存率仅40%,十年生存率在22%左右,死亡可发生于疾病的任何阶段。近年来,东北地区扩张型心肌病患者住院人数明显增多的趋势。

1 DCM 的诊断

一般认为,DCM的诊断缺乏特异性症状、体征和实验室检查,尤其DCM起病多缓慢,早期表现隐匿或不典型,以致临床上早期诊断困难。根据1995年WHO关于心肌病定义与分类的修订意见,DCM的诊断参考标准应包括:①临床表现为心脏扩大、心室收缩功能减低伴或不伴有充血性心力衰竭和心律失常,可发生栓塞和猝死等并发症;②心脏扩大:X线检查心胸比>0.5,超声心动图示全心扩大,尤以左心室扩大为显著,左室舒张末内径大于正常值,心脏可呈球形;③心室收缩功能

减低:超声心动图检测室壁运动弥漫性减弱,左室射血分数小于正常值;④必须排除其他特异性(继发性)心肌病和地方性心肌病(如克山病),方可做出本病的诊断。目前其诊断主要在参考上述诊断标准的基础上,根据临床表现如心力衰竭的症状和体征、胸部X线、超声心动图发现心脏扩大和心室收缩活动普遍减弱,伴或不伴有心电图异常,并排除其他继发性心肌病而做出的。

1.1 心电图:

DCM的心电图改变为非特异性的,主要是心脏肥大、心肌损害和心律失常,部分表现为QRS低电压。心电图在DCM与其他心肌病,如肥厚型心肌病、右室心律失常性心肌病等有较特异性心电图改变的心肌病的鉴别中意义重大。另外,有研究表明T波交替为DCM和轻一中度心力衰竭患者发生室性快速心律失常的危险预测因子^[1]。

1.2 超声心动图(UCG):

UCG对DCM具有形态学诊断和血流动力学评判意义,在DCM的诊断和鉴别诊断中具有重要价值。可见心腔大、室间隔及心室壁厚度正常或变薄;多普勒超声测定心功能显示心脏收缩功能和舒张功能均下降;收缩功能指标以左室射血分数(LVEF)最为敏感^[2],其下降早于舒张功能指标的下降,这是与肥厚型心肌病的鉴别点之一。

1.3 多普勒心肌组织显像(DTI):

DTI 测定心功能,尤其是舒张功能,有其独特的优点,特异性与敏感性都较高,尤其适用于心肌病的诊断。9例 DCM 患儿随访6个月发现二尖瓣环舒张早期运动速度(MVR DeV)(正常为 $> 12\text{cm/s}$) 在 $8\sim 12\text{cm/s}$ 者,预后较好,6例中4例恢复正常; $< 4\text{cm/s}$ 的3例,6个月内均死亡,说明DTI对估计DCM的预后具有重要价值^[2]。

1.4 电子束CT(EBCT)和核磁共振(MRI):

EBCT 和MRI 提供了高时间分辨力和高空间分辨力的心脏显像。它们可为DCM患者提供有关心肌厚度、心室形状和容量、室壁动度和心室功能的准确的资料。因为二者都为三维显像,它们可在传统无创性检测方法如UCC、左室造影和核素检查等之外提供更独特的诊断资料,在DCM的诊断中有可能替代左室造影^[3,4]。

1.5 肌钙蛋白:

肌钙蛋白为一检测心肌损伤的简单有效特异的方法,可用于患者的随诊不受观察者主观影响。有研究表明随诊中血清肌钙蛋白T(CnT)浓度持续升高者左室舒张末内径(LVEDd)增大、LVEF降低,发生心脏事件的比例显著升高、生存率降低,提示血清CnT浓度持续升高预示DCM患者预后不良^[4]。

2 外科治疗

由于病因未明,仍没有特异性的治疗方法。传统的体力、饮食和药物治疗主要是针对心功衰竭,改善症状、预防并发症和阻止病情进展。通常的药物治疗是指应用正性肌力药物(如洋地黄、磷酸二酯酶抑制剂等), β 受体阻滞剂,血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)以及利尿剂,还有就是改善心肌代谢的药物(如维生素C、三磷酸腺苷、辅酶A、辅酶Q10等)^[5,6],此外有实验表明免疫抑制剂^[7]和激素的治疗对本病短期观察亦有效,但尚没有大量的临床研究。早期药物治疗效果较好,另外应用双室起搏器也可以改善血流动力学^[8],从而改善病人的症状和提高患者对体力活动的耐受性。

虽然药物治疗近年来有一定进展,但是DCM患者即使进行合理的药物治疗,改善了疾病状况和进展,但对心衰的长期预后仍不乐观,迟早会发展为进行性难治性心衰。章友华等报告^[9]药物治疗病死率:1年24%,2年38%,3年60%,5年达80%。因此扩张型心肌病是一种严重的健康问题,是心脏手术的主要适应症之一^[10],晚期仅有心脏移植和左心室部分切除术可以显著延长患者生命。

人类心脏移植虽然开始于1967年,但仅在80年代初才被接受为终末期心脏病的的治疗方法。免疫抑制剂治疗和移植物处置的进展才使心脏移植成为可能,并导致了心肺移植的成功和不断发展。胸腔内器官移植逐渐广泛应用,使这种治疗方法在全世界许多中心得以开展,并应用于越来越多的病人。而且心脏移植术作为治疗严重心脏病的方法已得到公认,手术对象中心肌病患者约占半数,我国已有成功病例,而且手术例数的存活率和预后都在逐年改善。心脏移植手术的成败是

与多方面因素相关的,首先选择好合适的受体和供体是心脏移植术成功的关键:供体应 < 50 岁,越年轻越好,最好能 < 35 岁;体重越重越好,无血液传染病,但供、受体体重相差不能超过20%;肝、肾、肺等脏器无不可逆损伤;心肌热缺血时间以 > 6 分钟为好,应用UW液保存效果确切。我国心脏移植手术死亡多为手术后供体右心难以耐受过高的肺动脉压而发生右心衰。所以,应充分认识肺动脉高压和阻力对手术后的影响,其中主要为肺动脉阻力,普遍认为 $> 6\text{Wood}$ 单位为禁忌证。其次就是手术方式,原位心脏移植的手术方法主要有二种:标准术式(也称经典术式)与全心脏原位移植术。两种术式各有其优缺点,选择哪一种手术方式,主要是根据手术者的操作特点及其熟练程度决定的。无论标准术式还是全心脏原位移植术式,除了确保供、受体心脏各吻合处对位正确,不发生扭曲或偏斜外,尽量缩短手术时间,保证吻合后心腔内表面光滑,避免术后血栓形成与避免吻合口漏血才是手术成功的关键。再次就是免疫抑制剂的应用:目前国内因为经济原因,只要患者肝、肾功能正常,常规用环孢素A+硫唑嘌呤+皮质醇。还有就是排斥反应监测:心内膜活检是金标准,但国内难以将此作为常规检查;物理检查结合心电图和心脏彩色超声多普勒作动态观察,一般即可诊断或实验性治疗^[11],早期发现急性排斥反应和正确的处理是提高移植后近、远期疗效的重要因素。此外术后应用前列腺素E1等药物降低残存肺动脉高压以及预防感染也是提高心脏移植成功率的重要因素。

心脏移植作为有效的治疗手段,仍然受到供体缺乏,费用昂贵及需免疫抑制治疗等方面的限制,广泛开展仍是一个难题^[12]。左室部分切除术(PLV或Batista术)作为一种新的手术方法,由Batista等^[13]首先提出并应用于临床。手术的主要原理是通过切除扩张的左心室,包括部分乳头肌,而使扩大的心脏缩小从而使左心室室壁张力降低,重建左室容积/心肌关系,减少二尖瓣返流,心肌耗氧量下降,改善心功能^[14]。亦还可能通过体液、生化、神经等多种因素等增强左室功能。由于它是一种新的方法,目前还未能完全明了其确切作用原理。但是对于晚期扩张型心肌病患者,左室部分切除术是一种新的有效的手术方法,对于晚期患者效果可保持多年,而且可以作为心脏移植的过渡手术。我国有大量扩张型心肌病患者,在开展心脏移植的同时左室部分切除术也值得进行深入研究。

总之,扩张型心肌病是一种以心脏扩大和心功能减退为特征,发病原因未明,没有特异性的治疗方法的疾病。早期药物治疗和介入治疗仅能改善症状,延缓病情进展,最终仍需要通过手术治疗来延长患者的生命。

参考文献

- [1] Hemersdorf MG, Perings C, Niebch V, et al. T wave alternans as a risk predictor in patients with cardiomyopathy and mild- to- moderate heart failure[J]. Pacing Clin Electrophysiol, 2000, 23(9): 1386- 1391
- [2] 马沛然,于慧慧,刘爱红. 儿童扩张型心肌病无创性检查及其在鉴别诊断中的价值[J]. 中国实用儿科杂志, 2003, 18(10): 597-

- [3] Tomiguchi S, Kira T, Nakamura T, et al. CT and MRI in the diagnosis of cardiomyopathy[J]. Nippon Rinsho, 2000, 58(1): 42- 47
- [4] 朱英杰, 陈旭. 心肌磁共振波谱的临床应用研究现状[J]. 生物磁学, 2005, 5(3): 54- 56
- [5] Sato Y, Yamada T, Taniguchi R, et al. Persistently increased serum concentrations of cardiac troponin I in patients with idiopathic dilated cardiomyopathy are predictive of adverse outcomes[J]. Circulation, 2001, 103(3): 369- 374
- [6] 黄国军, 阮云军, 陈玉敏. 扩张型心肌病治疗进展[J]. 现代诊断与治疗, 2002, 13(3): 189- 191
- [7] 苑海涛, 廖玉华, 王朝晖, 等. 环磷酸腺苷诱导小鼠对肌球蛋白免疫耐受的初步研究[J]. 临床心血管病杂志, 1999, 15: 24- 26
- [8] 马依彤, 王朝霞, 张爱伦, 等. 三腔起搏器治疗扩张型心肌病的临床应用[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2001, 12(9): 34- 36
- [9] 章友华. 扩张型心肌病自然病史及预后[J]. 临床心血管杂志, 1996, 14(4): 225- 227
- [10] Report of the 1995 World Health Organization/ International Society and Federation of Cardiology Task Force on the definition and classification of cardiomyopathies[J]. Circulation, 1996, 93: 841- 842
- [11] 李彤, 蔡振杰, 刘维永, 等. 心脏移植术后的免疫抑制治疗与排斥反应监测[J]. 中华器官移植杂志, 2001, 22: 294- 295
- [12] Hosenpud JD, Bennett LE, Keck BM, et al. The registry of the international society for heart and lung transplantation: Sixteenth official report- 1999[J]. J Heart Lung Transplant, 1999, 18(7): 611- 626
- [13] Batista RJ, Santos JLV, Takeshita N, et al. Partial left ventriculectomy to improve left ventricular function in end-stage heart disease[J]. J Card Surg, 1996, 11: 96- 97
- [14] Batista RJ, Verde J, Nery P, et al. Partial left ventriculectomy to treat end-stage heart disease[J]. Ann Thorac Surg, 1997, 64: 634- 638

临床药学的内涵及其发展策略

黑龙江省大庆市第二医院 (163461) 杨立伟

摘要:介绍了临床药学的起源、定义和特点,从治疗药物监测、医院制剂、药物经济学、药学监护、药物信息咨询等方面论述了临床药学的内涵及其发展策略。

关键词:临床药学; 治疗药物监测; 医院制剂; 药物经济学

临床药理学于1966年诞生在美国加利福尼亚大学。主要创始人有:Herfindal ET, Kodakimble MA, Winter ME, Ignoffo RJ等,我国临床药理学于60年代中期提出,1991年卫生部在医院分级管理有关文件中规定,三级医院一定要开展临床药理学工作,并列出了常规TDM项目^[1]。

临床药理学是药师联系临床,探讨药物应用规律,促进临床用药合理化的一门药理学分支学科。它是随着药剂学、药理学和治疗学等新理论、新技术的发展而形成的一门新兴的综合性交叉学科,是医院药学发展和实践的重要组成部分,其主要任务是保证病人用药的安全、有效、经济,因此研究和指导合理用药是其核心。而此目的仅仅依靠医生或药师都不可能实现^[2]。

1 治疗药物监测^[3]

1.1 治疗药物监测(TDM)

通过测定体液(主要是血浆或血清)的药物浓度了解患者服药后药物在体内情况,根据血药浓度,应用药代动力学原理调整给药方案或剂量,提高疗效和减少不良反应。它是70年代发展起来的边缘科学,涉及到临床药理学、临床化学、分析

化学和毒理学等学科。大部分药物的疗效因有明显的临床观测指标,或毒性小而不需监测。但有些药物毒性大,或对剂量反应的个体差异大,或有效药浓度范围小,或需要诊断和处理药物过量和中毒而需要进行监测。

1.2 血药浓度测定

血药浓度测定的方法很多,色谱分析和免疫方法为目前主要的方法,尤其免疫方法因试剂商品化并与仪器配套,灵敏度高,使用方便和快速,在发达国家已成为主导方法,但色谱方法因能同时测定同类药物或代谢产物,特异性高而成本低,仍不失为一种好方法,除极个别的药物外均可用色谱法,尤为适用新药的测定和研究。

1.3 监测的临床意义

需要进行TDM监测的主要原因:①有效治疗浓度范围小,即治疗与中毒浓度很接近,如地高辛的有效药物浓度是0.8~2.0μg/L;②对药物剂量反应的个体差异大;这类药物在不同个体使同一剂量后血药浓度的水平差别很大,如苯妥英钠同一剂量在不同病人血药浓度相差可达几倍到几十倍;③长期用于治疗 and 预防的药物,这类药物因长期使用出现慢性中毒或血药浓度不够,常不易觉察。如抗癫痫药④毒性大或临床需