

慢性肺源性心脏病患者的临床治疗与护理进展

吴琳, 刘琴*

(电子科技大学医院全科, 四川 成都 610066)

摘要: 慢性肺源性心脏病简称慢性肺心病, 好发于中老年人群, 是慢性阻塞性肺疾病的常见并发症, 常反复发作, 且随着肺功能的损害, 病情可进一步发展。慢性肺心病患者需长期坚持治疗才能取得一定的疗效, 西医治疗中主要针对慢性肺心病患者的临床症状而予以相应对症处理, 中医可针对患者整体情况通过脏腑辨证界定心肺以外的脏器在慢性肺心病发生与发展中的作用, 补充了西医治疗的不足。在治疗的基础上, 联合有效的护理干预, 可进一步提升临床效果与慢性肺心病患者的生活质量。现针对慢性肺心病患者的临床中西医结合治疗方法与护理干预措施进行综述, 以期临床相关工作提供参考。

关键词: 慢性肺源性心脏病; 临床治疗; 护理

中图分类号: R541.5

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.21.0123.04

慢性肺源性心脏病(简称慢性肺心病)多数患者因气管炎或慢性阻塞性肺气肿进展而来, 少数患者则是由肺结核、支气管哮喘或支气管扩张等疾病所致。慢性肺心病可在任何季节发病, 但冬春季发病率稍高, 且合并呼吸道感染时, 更易出现心力衰竭或呼吸衰竭, 导致其死亡率升高, 由于本病发展缓慢, 患者可逐渐出现呼吸困难、心悸、食欲下降、腹胀等症状, 严重影响患者正常生活与工作。随着医学技术的不断发展, 该病检出率有所升高, 而治疗手段的丰富, 以及护理技术的提高, 促使该病死亡率得到控制。西医药物治疗作为常规手段, 对治疗慢性肺心病有一定的效果, 但并不理想, 而在部分报道中显示, 中西医结合治疗可更好地改善心肺功能、血液黏滞度及低氧血症, 从而促进症状缓解^[1-2]。本文分析了目前临床慢性肺心病的中西医治疗现状, 同时探讨了其护理策略, 以期临床对慢性肺心病的治疗与护理提供参考, 现综述如下。

1 慢性肺心病概述

慢性肺心病是指肺部胸廓或肺动脉慢性病导致的肺循环阻力升高, 从而出现右心室肥大与肺动脉高压, 伴或不伴右心衰竭的心脏病类型。慢性肺心病具有病程长、可反复发作、治疗难度大的特点, 且难以治愈, 若未能有效控制, 会严重威胁患者的生命健康^[3]。慢性肺心病的发病机制较为复杂, 文献报道显示, 该病的发生主要和肺动脉高压有关, 而肺动脉高压发生的原因多种多样, 比如功能性

因素、解剖学因素及血液黏度或血容量增多等, 其中解剖学因素指的是血管解剖结构变化, 形成肺循环血流动力学障碍, 比如长期反复发作的慢性阻塞性肺疾病与支气管周围炎等, 可累及周围肺小动脉, 导致血管炎, 从而使血管壁增厚, 以致血管腔狭窄, 甚至闭塞, 进而导致肺血管阻力升高, 诱发肺动脉高压; 或肺气肿加重, 肺泡内压力升高, 对肺泡毛细血管造成压迫, 导致其血管腔狭窄或闭塞, 而肺泡壁破裂可导致毛细血管网毁损, 若肺泡毛细血管床损坏超过 70% 以上, 肺循环阻力则会显著增加^[4]。

2 慢性肺心病的治疗

2.1 吸氧治疗 慢性肺心病病情不同, 患者的临床症状也有所不同, 但多有喘息、咳嗽、咳痰、劳动耐力下降等表现, 且在肺心功能失代偿期, 可伴有心力衰竭或呼吸衰竭相关症状, 为此需及时给予吸氧治疗。当慢性肺心病患者在不吸氧状态下, 动脉血氧分压 $< 60 \text{ mmHg}$ ($1 \text{ mmHg} = 0.133 \text{ kPa}$), 则应予以长时间、低氧浓度、持续吸氧治疗, 其中氧浓度一般控制在 35% 以下, 而吸氧时间一般不短于 2 周, 同时需持续治疗, 日夜均予以氧疗方案^[5]。结合相关文献报道与临床实践, 推荐如下方案: 氧浓度 20%~28%、持续吸氧 $> 12 \text{ h/d}$ 、氧流量 1~2 L/min, 李迎^[6]按照该方案进行治疗后, 发现其不仅可降低慢性肺心病患者肺动脉压力, 提高心排血量, 还可缓解患者临床症状, 促进体质增强, 甚至能逆转增厚的肺血管。但是吸氧治疗属于辅助手段, 临床治疗时仍需结合患者病情酌情

作者简介: 吴琳, 大学本科, 主管护师, 研究方向: 临床护理学。

通信作者: 刘琴, 大学本科, 副主任医师, 研究方向: 全科疾病。E-mail: 969144520@qq.com

[9] 仲雅, 李亚娟, 齐小玲, 等. 血液透析联合血液灌流对慢性肾衰竭患者临床疗效、肾功能及血清炎症因子的影响[J]. 解放军医药杂志, 2020, 32(12): 77-80.

[10] 付群英, 梁颖. 血液灌流联合维持性血液透析对肾衰患者贫血和微炎症状态的影响[J]. 国际泌尿系统杂志, 2020, 40(5): 864-867.

考虑。

2.2 西医药物治疗 西医药物治疗是慢性肺心病的主要治疗方案,而可用于该病的西医药物较多,现就其中几种典型的药物介绍如下。

2.2.1 利尿剂 该类药物治疗的作用机制在于减少肺血容量,促进肺动脉压与右心室负荷的下降,同时促进室间隔左移。但部分报道中发现,该类药物治疗慢性肺心病期间,若利尿过度,容易出现代谢性碱中毒,加重组织缺氧、或诱发高碳酸血症,从而导致左心功能的下降,当血容量减少后,右心室的负荷也随之下降,在经过代偿反应后,心输出量减少,不利于患者临床症状的缓解^[7-8]。因此,临床在应用此类药物时需谨慎。

2.2.2 洋地黄 虽然这类药物可改善右心功能,但目前缺乏大量的证据支撑其可改善运动或休息时的右心功能。国内有报道对收治的慢性肺心病患者予以地高辛治疗,所有患者治疗前均有右心室射血分数下降现象,经过2周治疗后发现,对于左心室功能正常者,治疗后右心室射血分数无明显改善,但对于左心室功能下降者,治疗后右心室射血分数明显升高,说明其作用机制可能在于改善左心室功能,从而促进右心室射血分数的改善^[9]。而随着临床对洋地黄药物的深入研究,发现该药物对肺心病伴有左心衰竭或室上性心动过速等患者比较适用,但对右心功能的改善效果一般,甚至会诱发肺动脉收缩^[10]。

2.2.3 β -受体兴奋剂 多巴胺是常用的 β -受体兴奋剂,将其应用于慢性阻塞性肺疾病合并心力衰竭患者的治疗中,对心肺功能有良好的改善作用,静滴1~5 $\mu\text{g}/\text{d}$,可促进心排量升幅40%,膈肌血流增幅30%,在改善心脏与膈肌功能方面效果显著,且可预防或缓解膈肌疲劳,其作用机制在于可直接诱发肺血管扩张,或直接促进心肌收缩力的增强^[11]。也有报道表明,对收治的轻、中度肺动脉高压患者实施皮下注射特布他林0.25 mg,发现血流动力学指标中肺血管阻力下降,左心射血分数与右心室射血分数明显升高^[12]。

2.2.4 血管扩张剂 此类药物是目前治疗慢性肺心病最为常用的药物,在部分原发性肺动脉高压与肺血管疾病中的治疗效果显著,尤其是左心衰竭患者。现就几种典型药物分析如下:①肼苯哒嗪,该药物可降低肺动脉平均压、肺血管阻力,同时还可提高心输出量与心搏指数。相关研究发现,肼苯哒嗪还可改善肺泡通气量,提高血氧分压,降低血二氧化碳分压,同时,其可提高休息或运动时患者的通气量^[13-14]。②钙通道阻滞剂,硝苯地平是常用的钙通道阻滞剂,在伴有慢性阻塞性肺疾病稳定期患者的治疗中可降低肺动脉压与肺血管阻力,提高心排量,抑制低氧性肺血管收缩,同时对于辅之以氧气治疗的患者,还可促

进外周血管总压力的下降。但是,有报道发现,治疗2周后,其扩张血管的作用消失,且氧疗降低肺动脉压的作用也会逐渐消失,因此,该药物不可长期对慢性肺心病患者进行治疗^[15]。相比之下,尼群地平在治疗2周后依旧有较好的降肺动脉平均压的作用,同时其可提高心搏指数,尽管血氧分压有轻微降低,但机体内氧供可增加30%以上;此外,地尔硫卓、维拉帕米等钙通道阻滞剂在临床也有应用,但对血流动力学无明显效应^[16]。③ α -肾上腺素能受体阻滞剂,有报道发现, α -肾上腺素能受体阻滞剂类药物可降低中枢交感神经张力,作为一种阻滞突触后 α -受体药物,其还可抑制压力感受器的反射,且无反射性心动过速等不良反应^[17]。

2.3 中医药物治疗 中医并无慢性肺心病病名,根据其症状将其归为“喘证”“痰饮”“肺胀”等范畴,认为该病多因机体正气不足,反复感受风寒,肺伤气弱,痰饮留滞,气道不畅,肺伤日久必及于心,肺脏血瘀,损及心气而致病,治疗上宜选择扶正固本与活血化瘀药物,以增强患者的抵抗力与免疫力,促进肺循环的改善^[18]。目前,对于该病可选择的中医药物主要有白术、黄芪、党参、茯苓、麦冬、沙参、防风、当归、红花及五味子等。

2.4 中西医结合治疗 随着中西医结合技术的不断发展与成熟,中西医结合治疗已成为临床上治疗慢性肺心病的常用方法。国内有报道,对收治的78例慢性肺心病患者进行分组研究,对照组采用厄贝沙坦、曲美他嗪治疗,观察组加用参麦注射液静滴治疗,结果显示,相较于对照组,观察组患者临床总有效率更高,而并发症率与死亡率更低,且治疗后动脉血气分析指标改善更显著^[19]。参麦注射液是由等量人参、麦冬提纯制备而成,可养心、滋阴生津及复脉,在慢性肺心病的治疗中证实有良好的价值^[20]。在现代研究中还发现,参麦注射液还可激发心肌细胞膜离子酶活性,促进钙离子与钠离子相互作用,从而提高细胞组织中的钙离子浓度;同时其可增强心肌与膈肌收缩作用,从而改善心功能,扩张血管^[21]。另有研究在常规西药治疗的基础上采用中药真武汤治疗慢性肺心病,治疗3个疗程(20 d为1个疗程)后发现,加用中药治疗的观察组患者心、肺功能改善明显优于单纯西药治疗的对照组,且均未见不良反应的发生^[22]。真武汤中含有芍药、制附子、白术等多味中药,具有温阳化湿、滋阴固本的功效,可通过调节细胞相关凋亡基因来抑制心肌细胞的凋亡,从而缓解心力衰竭的临床症状;同时其可降低血液中的一氧化氮和内皮素水平,减轻动脉高压症状,促进心、肺血管收缩、舒张功能的恢复,从而改善呼吸功能^[23]。

3 慢性肺心病护理策略

3.1 呼吸功能训练 对于慢性肺心病患者,改善呼吸功

能十分关键,因此加强呼吸功能训练极为重要。常见的呼吸功能训练包括以下 3 种:①缩唇呼吸。利用鼻子吸气,口呼气,呼气时口唇收拢,吹口哨,呼吸按照节律进行,维持呼吸比 1:(2~3),其可减少肺内残气量,改善气道内压,避免气道过早闭合,从而提高呼吸的有效性;②腹式呼吸。选择合适体位,挺直腰部,双手、胸部等自然放松,呼气时收缩腹部,吸气时腹部自然鼓起、闭合,促使空气经鼻进入,控制呼气时间>吸气时间,其能提高呼吸效能,便于肺部气体交换;③吹口哨式呼吸。经鼻吸气,用口呼气,缓慢呼吸,切勿用力,控制每分钟呼吸速率为 7~8 次,每次训练 10~20 min,每天训练 3 次,从而提高支气管压力,阻止支气管过早萎缩,提高肺部通气量^[24]。

3.2 气体交换障碍的护理 气体交换障碍与二氧化碳潴留、气道分泌物增多、缺氧等密切相关。护理方法如下:①帮助患者取半卧位或者坐位,并协助患者排痰,确保呼吸道通畅;②当患者呼吸平稳时做腹式呼吸或者缩唇呼吸,通过加强呼吸膈肌、腹肌、胸腹部肌肉活动减少呼吸次数,从而加深呼吸幅度、增加通气量,改善通气与换气功能。

3.3 并发症护理 鉴于慢性肺心病患者极易发生肺性脑病,因此,临床应积极预防。①关注患者病情变化,当患者有昏迷、烦躁不安、神志恍惚等症状时,及时进行全面检查;②嘱咐患者严格按照医嘱用药,并注意用药后的不良反应,当患者出现惊厥、心悸等症状时需及时入院检查。

3.4 心理疏导 若患者病情较重,且存在反复发作情况时,长时间治疗,一方面会增加患者的身体负担,另一方面会导致其心理负担加重,因此需做好心理疏导。①护理人员应以冷静、耐心的态度对慢性肺心病患者进行宣教,提高其认知程度,加强其与家属的肺心病卫生常识教育及医护指导,督促患者做好自我管理,使其熟悉疾病发生发展的病因、病理、进展及治疗策略,从而配合医护人员完成治疗;同时,缓解患者恐惧与担忧,督促患者养成良好的服药习惯;②增加查房次数,在查房过程中主动询问患者主观感受,并站在朋友的角度与患者聊天,使患者感到身心轻松;③针对因经济原因引起焦虑的患者,除了做好宣教工作外,也应采用相关保健措施,降低疾病复发率,帮助患者节约开支;④针对不能适应医院环境的患者,应多予以生活照顾,在让患者感受到温暖的同时缓解其紧张、焦虑等不良情绪,提高治疗依从性^[25]。

3.5 康复护理 ①心肺功能失代偿期时患者需绝对卧床休养;②病情好转后,按照患者可耐受力为患者制定锻炼方案,卧床患者可进行肌肉收缩运动;肺功能较弱的患者可于床上做呼吸功能锻炼,提高运动耐力。③控制进食

量、用药量,以免患者受到不良刺激,当患者排便异常时需及时使用通便药物。

4 小结与展望

慢性肺心病作为常见的慢性病,需长期坚持治疗才能取得一定的疗效。本研究从临床对慢性肺心病患者的治疗与护理两方面着手,分别阐述了中、西医不同治疗手段的优势与不足,同时总结了慢性肺心病患者的临床护理方法,但选择何种治疗方案与护理策略,还需在以后的实践中不断探索与总结,以期寻找出防治慢性肺心病的有效策略。

参考文献

- [1] 李斌,史珍珍,王留伟,等. 芪茛大黄泻肺汤联合福辛普利治疗慢性肺源性心脏病合并心力衰竭的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(21): 3609-3612.
- [2] 李朝娟,顾峰,唐铖. 中西医结合治疗老年慢性肺源性心脏病急性加重期疗效探讨[J]. 检验医学与临床,2016,13(23): 3289-3291.
- [3] 杨媛华,王辰,何建国. 慢性肺源性心脏病的管理应从基层抓起[J]. 中华全科医师杂志,2018,17(12): 957-958.
- [4] 陈秋智,胡杉杉,陈松,等. 慢性肺源性心脏病影像学研究进展[J]. 实用放射学杂志,2018,34(12): 1970-1972,1980.
- [5] 贾恩霞,刘伟,赵亚. 家庭氧疗对农村肺心病患者预后及生活质量的影响[J]. 实用临床医药杂志,2018,22(1): 136-138,142.
- [6] 李迎. 慢性肺源性心脏病患者的社区治疗与护理[J]. 现代中西医结合杂志,2010,19(6): 754-756.
- [7] 薛晓岩. 米力农联合利尿剂治疗慢性肺源性心脏病严重心力衰竭疗效观察[J]. 山西医药杂志,2014,43(6): 625-626.
- [8] 王飞,董建华,刘云,等. 慢性肺源性心脏病右心衰竭患者中利尿剂的使用[J]. 疾病监测与控制,2014,8(2): 76-78.
- [9] 顾红军,胡志雄,马彩艳. 米力农联合地高辛治疗慢性肺源性心脏病的临床疗效及安全性评价[J]. 中国临床药理学杂志,2015,31(22): 2190-2192.
- [10] 李强. 洋地黄制剂不良反应再认识[J]. 中医临床研究,2010,2(12): 32-33.
- [11] 钱叶祥. 多巴胺治疗慢性阻塞性肺疾病合并心力衰竭的临床效果分析[J]. 中西医结合心脑血管病电子杂志,2019,7(28): 30-31.
- [12] 苏春芳. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者联合应用糖皮质激素与特布他林的效果[J]. 中国医药指南,2020,18(9): 85-86.
- [13] 吴红,刘东. 肼苯哒嗪、洋地黄、氧疗联合治疗对妊娠合并心衰患者的心脏功能和血浆脑钠肽、醛固酮的改善作用[J]. 川北医学院学报,2018,33(3): 442-445.
- [14] 刘超权,凌迟浩,张运钦,等. 补肾活血法联合肼苯哒嗪对老年心力衰竭患者血清 TNF- α 、NF- κ B、IL-1 β 及临床疗效的影响[J]. 辽宁中医杂志,2016,43(6): 1227-1230.

过敏性紫癜并心肌损害 45 例临床分析

王玉成

(响水县中医院儿科, 江苏 盐城 224600)

摘要: **目的** 研究过敏性紫癜并心肌损害患儿的临床特点, 为其临床诊疗提供参考。**方法** 回顾性分析 2018 年 1 月至 2020 年 10 月响水县中医院收治的 45 例过敏性紫癜并心肌损害患儿的临床资料, 统计其临床表现。经 1 个月临床治疗后, 记录各临床症状消失时间, 对比患儿治疗前后心电图指标、心肌酶学指标及心动图指标。**结果** 45 例过敏性紫癜并心肌损害患儿的临床主要表现为心电图异常、心肌酶谱异常、皮疹、呕吐、腹痛、踝关节和膝关节肿痛受限、蛋白尿等, 其中皮疹发生率最高, 发生率为 100.00%; 其次为胃肠道症状, 发生率为 62.22%; 第三是蛋白尿, 发生率为 55.56%, 经过对症治疗上述症状均可迅速改善; 治疗后患儿心率 (HR)、 α -羟丁酸脱氢酶 (α -HBD)、天门冬氨酸氨基转移酶 (AST)、乳酸脱氢酶 (LDH)、肌酸激酶同工酶 (CK-MB)、肌酸激酶 (CK)、心肌肌钙蛋白 I (cTnI)、左心室舒张末期径 (LVEDD) 水平均显著低于治疗前, P-R 间期、QRS 间期显著短于治疗前, 左室射血分数 (LVEF) 显著高于治疗前 (均 $P < 0.05$); 患儿治疗前后左心室收缩末期径 (LVESD) 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 过敏性紫癜并心肌损害患儿的心脏受损表现并无特异性, 临床应及时给予患儿心肌酶学、心电图、心动图监测, 实施针对性治疗与疗效评估, 避免病情加重, 改善患儿预后。

关键词: 过敏性紫癜; 心肌损害; 心肌酶学; 心电图; 心动图

中图分类号: R554+.6

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.21.0126.04

过敏性紫癜属于小儿常见病之一, 主要是由于患儿的毛细血管出现病变、炎症所致, 可直接累及小动脉、小静脉、胃肠道、肾脏、神经系统等。过敏性紫癜的临床表现有皮疹、腹痛、关节肿痛、蛋白尿等, 严重者可累及脑、心脏、肺等器官, 造成脑出血、心肌炎、肺出血等少见特殊表现。相关研究显示, 大部分的过敏性紫癜患儿伴随心肌损害现象, 而过敏性紫癜并心肌损害患儿的预后较差, 病死率高于未合并的患儿^[1]。因此, 临床需加强过敏性紫癜并心肌损害患儿的心肌损伤监测和心肌保护, 改善患儿

预后。过敏性紫癜出现心肌损害的临床表现并无特异性, 为进一步提升临床对该疾病的认识, 降低误诊率、漏诊率, 本次研究对 45 例过敏性紫癜并心肌损害患儿的临床特点进行分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2018 年 1 月至 2020 年 10 月响水县中医院收治的 45 例过敏性紫癜并心肌损害患儿的临床资料, 其中男患儿 21 例, 女患儿 24 例; 年龄 2~12 岁, 平均 (6.25 ± 2.51) 岁; 发病时间 0.5~7 d, 平均

作者简介: 王玉成, 大学本科, 副主任医师, 研究方向: 儿科相关疾病的诊疗。

- [15] 王丽新, 彭飞乔, 程荣歧, 等. 己椒蒡黄汤对慢性肺源性心脏病患者肺动脉高压的影响 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12(6): 651-652.
- [16] 丁爱华. 尼群地平片和硝苯地平控释片在老年高血压治疗中的疗效和经济性比较 [J]. 吉林医学, 2014, 35(33): 7372-7373.
- [17] 张玲玉, 叶鹏. 单纯 $\alpha\beta$ 肾上腺素能受体阻滞剂对野百合碱诱发的伴随右心室肥大的大鼠肺动脉高压的作用 [J]. 中华高血压杂志, 2010, 18(4): 389.
- [18] 阮欢荣, 马锦地, 李建生, 等. 慢性肺源性心脏病中医病因病机分析 [J]. 中医学报, 2018, 33(1): 37-41.
- [19] 施黎敏, 李惠惠, 毕美峰. 中西医结合治疗慢性肺源性心脏病临床疗效及护理分析 [J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(5): 1053-1054.
- [20] 杨继雷, 姚秀叶, 谷伟, 等. 参麦注射液联合左卡尼汀对慢性

- 肺源性心脏病心功能的影响 [J]. 中国临床药理学杂志, 2016, 32(5): 396-398, 405.
- [21] 侯晓亮, 洪建康, 肖雪云, 等. 参麦注射液对慢性心力衰竭患者心功能、脑钠肽的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(26): 2904-2905.
- [22] 汪周华. 中西医结合治疗慢性肺源性心脏病疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(20): 2230-2232.
- [23] 白宇望. 真武汤治疗加重期肺源性心脏病 [J]. 中医学报, 2019, 34(3): 609-611.
- [24] 单海燕. 呼吸肌康复训练对老年慢性肺源性心脏病合并心力衰竭稳定期心肺功能影响的研究 [J]. 国际老年医学杂志, 2016, 37(1): 9-12, 40.
- [25] 马彩霞, 吴红梅. 慢性肺源性心脏病合并心力衰竭治疗中的综合护理干预 [J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(22): 88-89.