

适当限制盐量与开博通合用治疗高血压的价值

周志强 顾礼译 张紫洞校

在理论上有很好的理由去预期,一种血管紧张素转换酶抑制剂与适当减少盐的摄入量联合用于治疗高血压可以“克服两者单独治疗高血压的缺点。”这种论点已经推动一项研究,即对那些患有轻度至中度原发性高血压并已正在使用血管紧张素转换酶抑制剂(A C E抑制剂)一开博通(captopril)治疗的病人进行适当限制钠的研究。

对十五名病人进行了试验。他们都患有原发性高血压,治疗之前的仰卧平均血压是162/107mmHg。服用开博通进行治疗(50mg每天二次)一个月,结果仰卧平均血压降到149/94mmHg。然后指导他们减少盐的摄入量至每天约为80mmol(mEq约4.6g)。在适量限制盐摄入二周后即开始试验。本研究是按随机双盲和交叉程序进行的。然后每名病人或者吃淡盐(每天10片,相当于100mmol的氯化钠,大约5.8g)或者安慰剂片。经过一个月期间,此时保持其开博通剂量和限盐饮食。过了这个研究阶段,每一名病人再按各自的治疗方案进行一个月,

经发现服用安慰剂一月后,仰卧平均血压是137/88mmHg,而其尿钠的排泄量是

83mmol/24h。另外服用淡盐一个月的病人的仰卧平均血压是150/97mmHg,其尿钠排泄量是183mmol/24h。

可以看出,适当限制盐的摄入同开博通合用,对于控制本组原发性高血压是一种最有效的治疗方案。

作者讨论适当限制盐量的遵从性时提出,对病人适当地鼓励和劝告,能使患者维持这种减量的水平而无太大问题。事实上作者指出,一旦病人习惯于低盐的摄入,他们就会发现以前欢喜的高盐的食品是不愉快的,而且宁肯吃少盐的食品。

作者结论指出:轻度至中度原发性高血压病人,应准备适量减少钠的摄入。对这样的降低,在治疗中第一步还要配合非药理性的劝告。如果这样控制血压失败,那么再加入血管紧张素转换酶抑制剂如开博通就特别有效。这一措施可以克服因单独使用转换酶抑制剂和单独适当限制盐摄入这两种方法均无效果的缺陷。

(AJP《澳大利亚药理学杂志》,70(4):304,1989(英文))

大剂量低分子右旋糖酐治疗突发性耳聋10例

空军成都医院耳鼻喉科
空军成都医院药剂科

李振英 朱佩芬 陈家发
戴德银

突发性耳聋是一种突然出现,原因不明的感觉神经性耳聋。目前,此病有增加趋势。其病因主要有血管病变学说及病毒感染

学说两种。血管病变学说认为:病理改变可为血管痉挛、水肿、出血、血栓形成及血球粘集,导致内耳供应不足,引起组织水肿、

缺氧及代谢紊乱,最后使内耳末梢感受器受到损害。病毒感染学说认为:病毒与红细胞接触,造成血球粘集,并可使内耳血管的内膜发生水肿或形成细小血栓,使管腔狭窄或阻塞。因此,目前临床上多采用改善内耳血液循环及代谢紊乱的治疗方法。

低分子右旋糖酐有降低血液粘度,减轻红细胞粘集,除掉或预防血栓形成,改善微循环的作用。因此,它是突聋治疗的常用药物。但一般常用剂量,每月仅用500~1000ml。而大剂量低分子右旋糖酐每日用2000~3000ml快速灌注可以收到较好疗效。笔者自去年一月以来,采用大剂量低右灌注治疗突发性耳聋10例,效果满意。简介于后:

治疗方法:

6%低分子右旋糖酐:第一天静滴3000ml,第二天静滴2000ml,第三天静滴1000ml,第四天至14天每天静滴500ml。滴速为每分钟80~100滴。

典型病例:

邓××,男,26岁,某部飞行员。右耳明显听力下降伴耳鸣4天。无明显诱因,不伴眩晕、呕吐。查体:鼓膜及咽鼓管机能正常,音叉及电测听检查:右耳为感觉神经性

聋,内听道照片及全身情况正常。诊断:右耳突发性耳聋。治疗前,右耳语言频率平均阈值为72分贝(db)。治疗一周后复查,语言频率平均阈值为38db。治疗14天后复查,听力完全恢复正常,飞行合格出院。

用药注意事项:

1.剂量:由于低分子右旋糖酐分子量小,在体内停留时间短,易从尿中排出,故作用时间短。因此,在病人全身情况许可情况下,剂量要足够大,特别是第一天,需要灌注3000ml,期望对血管,特别是消除血栓起到突击治疗作用。

2.静滴速度:宜快,每分钟80~100滴。

3.注意出血倾向:输液中可能有出血倾向。因此,输液前需详细询问病史,化验检查血常规、血小板及出凝血时间。输液中,需注意观察皮肤、粘膜、胃肠道等有无出血现象,并观察血压等。

4.注意心肾功能:低分子右旋糖酐有扩充血容量的作用,主要从肾脏排泄,由于剂量很大,因此,需检查和注意病人心肾功能情况。

5.其它:个别病人可能出现发烧,过敏及胃肠道不适,应对症治疗或停药改用其他治疗方法。

大剂量肾上腺素心脏复苏成功1例

空军总医院急诊科

罗南辉 侯晓千

姜某,男,50岁,原有高血压及心肌梗塞病史。因剧烈头痛、呕咖啡色物,继之意识不清45min于1989年12月30日入院。入院时患者呈深昏迷,瞳孔右侧大于左侧,血压29.3/18.6kPa(220/140mmHg),诊断为脑出血伴脑疝形成,上消化道出血。入院后4h患者呼吸骤停,立即用呼吸三联针小壶

入,气管插管人工通气。5min后心电监护示心跳停止,立即静注肾上腺素1mg并作胸外心脏按压。因患者无反应,故5min后又给肾上腺素2mg,此时出现粗大室颤波,电除颤后出现不规则室性自搏,但很快又转为室颤。于心跳停止后10min又给予肾上腺素4mg加利多卡因75mg,并再次电除颤,