



## 房颤用药三步走

心房颤动(简称房颤),是指心房肌纤维发生频率为350~600次/分不规则的乱颤,是最常见的心律失常,成人常见。房颤的临床表现与心脏情况、心室率快慢、心室收缩对心室充盈量的影响程度有关。所以房颤的具体用药需按以下三步服用:

第一步,恢复正常窦性心律。对阵发性房颤患者,可口服多非利特200~500微克,每天两次;或口服氟卡尼50~100毫克,每天两次;或口服依布利特,体重超过60千克者,用1毫克静脉注射10分钟;体重少于60千克者,每次每千克体重用0.01毫克10分钟静脉注射,维持量每分钟0.5~1毫克(必须到医院注射)。或口服普罗帕酮100~200毫克,每天3次。

对于持续性房颤的患者,可使用多非利特,其次为胺碘酮和依布利特。

第二步,维持窦性心律。此病是一种慢性疾病,不论是阵发性还是持续性,不论以什么方法将房颤恢复为窦性心律后,

都应用药物维持。常用的药物包括胺碘酮、普罗帕酮(用法同上)、索他洛尔。

对于伴有高血压的患者首选普罗帕酮和氟卡尼;高血压伴有室壁厚度超过1.4厘米的患者则只能选用胺碘酮;伴有冠心病的患者首选索他洛尔,无效时选用胺碘酮;而对伴有肾功能不全的患者只能选用胺碘酮;无器质性心脏病和肾功能不全的患者可首选氟卡尼、普罗帕酮和索他洛尔,无效时选用胺碘酮。

第三步,控制心率。控制心率的目的是休息时60~80次/分,中度体力劳动时在90~115次/分。可选用普萘洛尔、美托洛尔,以降低交感神经的兴奋性。钙拮抗剂维拉帕米也可酌情使用。

经上述药物治疗无效或不能耐受药物不良反应的患者,可考虑到医院进行非药物治疗。非药物治疗包括直流电复律、经导管消融治疗、房室结消融后行永久性起搏治疗等。



1946年戈德等最早静脉应用氢氧化铁治疗低色素性贫血。半个多世纪以来,静脉补铁受到越来越多的重视并被广泛应用,更有效、更安全、更方便的静脉铁制剂不断涌现。

### 静脉铁剂分六种

目前世界上供临床应用的静脉铁剂有六种:低分子右旋糖酐铁、高分子右旋糖酐铁、葡萄糖酸铁、蔗糖铁、ferumoxytol和羧基麦芽糖铁。其中ferumoxytol于2009年年底通过美国食品与药物管理局认证,羧基麦芽糖铁现已在英国等部分欧洲国家上市,美国仍在审查中。我国长期以来右旋糖酐铁占主导地位,但

## 静脉铁剂不只是治贫血

近年来蔗糖铁的临床应用已呈明显上升趋势。

静脉补铁后,血清铁蛋白多在数天内明显升高达峰值,血清转铁蛋白饱和度迅速恢复,8天左右网织红细胞数量上升。目前临床上以铁蛋白和转铁蛋白饱和度作为补铁随访指标。有人建议,一般情况下血清铁蛋白不超过600纳克/毫升较为安全,如铁蛋白长期在1000纳克/毫升以上需警惕铁超负荷。

### 四类疾病适用

临床上,缺铁性贫血诊断成立并查明病因后应立即给予补铁治疗。一般情况下,口服铁剂为首选,但口服铁剂常引发明显的胃肠道不适,有报道称近1/5的病人因此而中断治疗。口服铁剂还受到食物成分的干扰以及体内铁储备的影响。尤其是许多慢性病和肿瘤患者,铁的吸收和利用也会受到影响。对于这部分患者,临床医生应考虑给予静脉补铁。此外,缺铁性贫血伴胃肠道疾病患者需要快速恢复体内铁储备,而口服不足以达到这一目标时,也可将静脉补铁作为首选。

静脉铁剂补铁剂量可按下列公式计算:

补铁累积量(元素铁,毫克)=体重(千克)×[血红蛋白目标值-实测值(克/升)]×0.24+储铁量(储铁量:体重>35千克者为500毫克,<35千克者为15毫克/千克体重计算)。

### 肾脏疾病

慢性肾衰竭病人常常给予促红细胞生成素联合静脉铁剂治疗。2006年美国肾脏病基金会制定的“肾脏病生存质量指导”指出,对于慢性肾病患者要求血清铁蛋白>200纳克/毫升(血透)或>100纳克/毫升(腹透及非透析依赖者),同时要转铁蛋白饱和度>20%,对血透病人强烈推荐应用静脉铁剂。近年来,要求在腹透及非透析依赖者中首选应用静脉铁剂的呼声也越来越强烈。

### 心脏病

大约55%的慢性心力衰竭患者同时存在贫血,贫血也可引起血小板增多,增加心血管事件的发生。既往许多研究表明,促红素和静脉铁剂联合应用,能升高血红蛋白,改善症状,增加运动耐力。博格等证明了

单用静脉铁剂(蔗糖铁)也能获得良好效果,但病例数少(仅17例),而且没有设对照组。最近安科等对更大样本量(459例)慢性心脏病病人进行的前瞻性多中心随机对照研究表明,单用羧基麦芽糖铁治疗即可改善症状、功能储备和生活质量,而且副作用可以接受。

### 肿瘤

肿瘤患者常因多种因素而伴发贫血,临床上往往只能依赖促红细胞生成素、输血和静脉铁剂治疗。促红细胞生成素能促进肿瘤生长,增加复发率,或导致血栓形成等。博利乌斯等分析发现,促红细胞生成素能使肿瘤病人死亡率增加10%~17%。另外,反复输血也被广泛认为会降低机体免疫功能,增加肿瘤复发的概率。2008年国外的一项多中心前瞻性研究表明,在淋巴瘤接受骨髓移植的病人中辅以静脉铁剂,能以更小剂量促红细胞生成素在更短时间内使血红蛋白达到目标值。另有学者对44名接受铂剂化疗的妇科肿瘤患者的研究表明,静脉补铁能显著减少对输血的依赖。

## 腹泻服药顺序有讲究

北京朝阳医院药事部药师司徒伟提醒,服用治疗腹泻的药物,要注意根据药品种类安排服药顺序。

治疗急性腹泻的药物可分为三类:抗菌药、吸附剂和微生态制剂。抗菌药主要包括小檗碱、庆大霉素、氧氟沙星等,此类药物主要用于细菌感染引起的急性腹泻;吸附剂主要是蒙脱石散,它能够吸附胃肠道的致病因子,连同大便一起排出,而且在胃肠道黏膜表面形成保护层,保护胃肠黏膜不受致病因子的损伤;微生态制剂主要包括乳酸菌、双歧杆菌三联活菌制剂等,多需要在冰箱中冷藏保存。

司徒伟说,以上三类药品,如果需要两种或者两种以上合用的话,是有讲究的。当需要抗菌药与微生态制剂合用时,应该先服用抗菌药再辅助给予微生态制

剂,以帮助恢复菌群的平衡,而且两种药物之间至少要间隔两小时。当吸附剂与微生态制剂合用时,需要先服用吸附剂类药物,将胃肠道内的有害细菌吸附掉后,再服用微生态制剂,才能发挥作用,两种药物至少间隔一小时。当三类药物一起应用时,抗菌药物需要最先服用,以达到杀灭病原菌的作用;微生态类药物需要最后服用,才能发挥其疗效;吸附剂类药物需要在两种药物之间服用,而且与每种药物之间均需要间隔一小时。

专家表示,长期或剧烈腹泻时,体内的水、盐的代谢容易发生紊乱,常见的为脱水症和钠、钾代谢的紊乱,严重者危及生命。因此,在针对病因治疗的同时,还应及时补充水和电解质,以调节不平衡状态。

## 过敏性紫癜用激素 对象剂量要准确

过敏性紫癜是一种常见的微血管变态反应性、出血性疾病,临床表现以反复出现的皮肤瘀点为特征。在儿童患者中除皮肤紫癜外,还常常因消化道黏膜及腹膜脏层受累,或关节部位血管受累,以及肾小球毛细血管炎性反应等,导致出现腹型、关节型和肾型紫癜。

鉴于西药副作用较大,笔者一直尝试用中药治疗。过敏性紫癜属中医“心下痞”范畴,表现为脘腹饱胀,善太息,得矢气则舒,食欲不振,舌体胖大,边有齿痕,舌淡,苔白腻或黄腻,脉弦细滑等肝郁脾虚、寒湿(或湿热)内蕴之证。治当以化湿健脾、和胃降逆为法,方用旋覆花代赭石汤、丁香柿蒂散、枳术丸、四逆散加减。药用竹茹、半夏、丁香、柿蒂、香附、陈皮、旋覆花(布包)各10克,白芍药、代赭石(先煎)各15克,鸡内金、炒麦芽15克。偏寒湿者,加高良姜6克,藿香10克,苍术15克温化寒湿;偏湿热者,加枳实10克,黄连6克,茵陈15克清化湿热。每天1剂,水煎服。

明、异丙嗪、安其敏、氯苯那敏等治疗。尽管肾上腺皮质激素(简称激素)也是过敏性紫癜治疗的关键性药物,但在实际应用中要注意如下事项:

**确定适应对象** 激素具有免疫抑制、减轻炎症渗出、改善血管通透性等药理作用,可以显著改善过敏性紫癜的症状,但若患者仅有皮肤紫癜而不伴腹痛、便血及关节痛等症状,则不是适应症,应当避免使用。只有当已经明确腹型、关节型及

肾型紫癜的诊断后,方可给予激素治疗。

**估算使用剂量** 激素对腹痛伴便血及关节症状者疗效好,但不能防止复发。轻者采用泼尼松1~2毫克/(千克体重·天),分次口服。症状缓解后逐渐减量至停药,疗程一般为1~2周。重者可用氢化可的松5~10毫克/(千克体重·天)静脉滴注,或用地塞米松1~2.5毫克/(千克体重·天)静脉滴注,待病情缓解

后改为泼尼松1~2毫克/(千克体重·天),分次口服,疗程为1个月左右。激素对肾型紫癜的疗效稍差,需要延长给药时间,也要延缓撤药时间,疗程为两个月左右。

**不可随意停药** 无论是腹型、关节型紫癜的治疗,还是肾型紫癜的治疗,一旦用上激素就不能随意停药,更不可骤然停用激素,以防紫癜复发。腹型、关节型紫癜可采取每周减至5~10毫克的撤药方法,在一个月内减完并停药。肾型紫癜则在生效后采取每周减至3~5毫克的撤药方法,在两个月左右减完并停药。



## 小儿感冒的中药治疗



### 辨证论治

#### 一、常证

**风寒感冒证** 症候:发热轻,恶寒,无汗,头痛,鼻涕清涕,喷嚏,咳嗽,口不渴,咽部不红肿,舌淡红,苔薄白,脉浮紧或指纹浮红。治法方药:辛温解表。荆防败毒散加减。

**风热感冒证** 症候:发热重,恶风,有汗或少汗,头痛,鼻塞,鼻涕浊涕,喷嚏,咳嗽,痰稠色白或黄,咽红肿痛,口干渴,舌质红,苔薄黄,脉浮数或指纹浮紫。治法方药:辛凉解表。银翘散加减。

**暑邪感冒证** 症候:发热重,少汗或汗出不解,头晕,头痛,鼻塞,身重困倦,胸闷泛恶,口渴心烦,食欲不振,或有呕吐,泄泻,小便短黄,苔黄腻,脉数或指纹紫滞。治法方药:清暑解表。新加香薷饮加减。

#### 二、兼证

**夹痰证** 症候:感冒兼见咳嗽较剧,痰多,喉间痰鸣,舌苔白腻。治法方药:宣肺化痰。三拗汤或黛蛤散加减。

**夹滞证** 症候:感冒兼腹胀,不思饮食,或呕吐,口秽酸腐,便溏酸臭,泻不消化,舌苔厚腻,脉滑数。治法方药:消食导滞。保和丸。

**夹惊证** 症候:感冒兼睡中惊惕惊叫,面有惧色,甚至高热抽搐,咬牙肌紧,两眼直视,舌尖红,脉弦数。治法方药:安神定惊。琥珀抱龙丸。主要药物:琥珀、天南星、朱砂、茯苓、钩藤、蝉蜕、白僵蚕等。

#### 经验方

**感冒清热合剂1号** 药物组成:薄荷、荆芥穗、金银花、连翘、前胡、杏仁、石膏、黄芩、竹叶、柴胡、甘草、板蓝根。功效:辛凉解表,清热解毒,止咳除痰。适应症:急性上呼吸道感染。用法用量:每天1剂,分4次服。

**清解1号** 药物组成:藿香9克,苏梗6克,菊花9克,连翘9克,荆芥穗3克,石膏9克。功效:辛凉解表散寒。适应症:感冒初期。用法用量:每天1剂,水煎

分服。  
**太子健方** 药物组成:太子参6克,柴胡4.5克,黄芩6克,法半夏6克,桂枝3克,赤芍药6克,蝉蜕6克,丹参6克,炙甘草3克,大枣12克。功效:辛凉解表,和解散寒。适应症:反复呼吸道感染之迁延期,恢复期。用法用量:每天1剂,水煎分服。

**银菊解毒汤** 药物组成:金银花9克,菊花9克,薄荷3克,荆芥6克,羌活6克,黄芩6克,连翘9克,栀子6克,板蓝根9克,蒲公英9克,甘草3克。功效:疏风宣肺,清热解毒。适应症:流行性感冒。用法用量:每天1剂,水煎,分早、晚服。

**银翘保和丸** 药物组成:金银花、连翘、牛蒡子、杏仁、半夏、茯苓、焦麦芽、焦山楂、焦神曲各10克,薄荷、荆芥穗、炒莱菔子、陈皮各6克。功效:辛凉解表,散热消食。适应症:感冒夹滞。用法用量:每天1剂,水煎分服。

#### 适宜技术

**洗浴法** 柴胡、荆芥、紫苏、薄荷各30克,煎汤擦浴。用于小儿感冒发热。

**改良鼻塞包** I号方:薄荷30克,紫苏叶25克,蒲公英30克,荆芥30克,防风25克,黄芪40克。II号方:紫苏叶30克,麻黄15克,黄芪40克,防风30克,冰片10克。上方干燥为末,与冰片混匀,分别装入纱布袋中缝好,用时外敷于小儿前凶,外盖麝香壮骨膏。每天1次。风热感冒用I号,风寒感冒用II号。

**灌肠法** 金银花20克,青蒿、柴胡、石膏各10克,板蓝根15克,竹叶5克,水煎两次,药温36摄氏度左右,保留灌肠20~30分钟,每天两次。插管深度视年龄大小插入10~15厘米。用于小儿外感高热。

**敷脐法** 大黄15克,虎杖30克,酒精100毫升。将大黄和虎杖放入酒精中浸泡48小时,用时以棉球蘸药液贴于脐部,再用胶布固定,要保持棉球湿度。用于小儿外感发热。

**中成药** 小青龙颗粒:开水冲服,一岁以下每次4克,1~6岁每次5~8克,7~14岁每次13克,每天3次。用于风寒感冒。藿香正气口服液:口服,1岁以下每次一毫升,1~6岁每次2~3毫升,7~14岁每次5~10毫升,每天2~3次。用于暑湿感冒。抗病毒口服液:口服,每次5~20毫升,每天2~3次。用于时邪感冒。

## 补中通降法治疗胃轻瘫

胃轻瘫,是以胃排空延缓为特征的临床症状群。根据病因不同,可将胃轻瘫分为原发性和继发性两种类型。原发性胃轻瘫,又称为特发性胃轻瘫,多发于年轻女性;继发性胃轻瘫多继发于糖尿病。胃轻瘫根据起病的缓急和病程的长短不同,可分为急性和慢性两种。临床上以慢性居多,病程可达数月甚至数年。

鉴于西药副作用较大,笔者一直尝试用中药治疗。胃轻瘫属中医“心下痞”范畴,表现为脘腹饱胀,善太息,得矢气则舒,食欲不振,舌体胖大,边有齿痕,舌淡,苔白腻或黄腻,脉弦细滑等肝郁脾虚、寒湿(或湿热)内蕴之证。治当以化湿健脾、和胃降逆为法,方用旋覆花代赭石汤、丁香柿蒂散、枳术丸、四逆散加减。药用竹茹、半夏、丁香、柿蒂、香附、陈皮、旋覆花(布包)各10克,白芍药、代赭石(先煎)各15克,鸡内金、炒麦芽15克。偏寒湿者,加高良姜6克,藿香10克,苍术15克温化寒湿;偏湿热者,加枳实10克,黄连6克,茵陈15克清化湿热。每天1剂,水煎服。

## 汤药冷服或热服有讲究

有些人喜欢在中药煎出来后趁热服下,怕放凉了失去疗效,也有人认为冷服比热服好。其实,中药汤剂是冷服、热服或温服应根据病情、药性以及体质等方面来决定。

汤剂在治疗一般疾病时宜采用温服法,即放到不热不凉时服用,温度大约在30~35摄氏度,温服能和胃健脾,减轻胃肠道刺激,而且温服苦味会减弱,不太苦口,有利于吞咽。

对有特殊治疗需要的情况应按特殊的服法服用。热服即将煎好的汤剂趁热服或药汤温后服用,一般属于温中散寒、补益虚弱、理气活血、发汗解表的药剂应热服,如补中益气汤、四物汤等宜热服,而且发汗解表的药物服后可加喝热稀粥以助药力发汗、解表退热。

清热泻火、解毒通利、祛暑的药剂应冷服,如清营汤、白虎汤、导赤散、清瘟败毒饮、清络饮、龙胆泻肝汤等宜冷服,这样可以增强药物的清热泻火、解毒通利的功效。

但是在疾病发展到严重阶段时,要有特殊的服药方法,如真寒假热证时应寒药热服,真寒假热证则应热药冷服,如不这样服药,往往会发生药汁下咽而呕吐的抗药现象,达不到治疗效果。

老年人、儿童及孕妇和久病体衰的病人宜温服或热服,不可冷服,否则易损伤脾胃阳气,引起腹痛。

## 中成药治疗慢性前列腺炎

### 乌鸡白凤丸

乌鸡白凤丸本是妇科调经良药,主要成分为乌鸡、人参、当归、生地、熟地、黄芩、茯苓、香附、银柴胡等,常用于妇女补气养血,调经止带,但乌鸡白凤丸对男子慢性非细菌性前列腺炎有较好的治疗效果。中老年男性,多与肾气不足,气滞血瘀,脉络受阻等有关。中医认为,该病病变部位在少腹为冲脉、任脉和督脉起始和循行之处。调畅三脉之盈亏,是治疗慢性前列腺炎的关键。乌鸡白凤丸既能养冲脉之血、盲任脉之阴,又能补督脉之虚,对症合拍。

### 五苓散

前列腺炎为细菌感

染,致病菌有大肠杆菌、葡萄球菌、链球菌、变形杆菌等。口服五苓散,每次9克,每天服3次,温开水送服,10天为一疗程,无任何副作用,可服至症状消失。五苓散是由茯苓、猪苓、白术、泽泻、桂枝组成。此方为利尿的常用方剂。方中猪苓、茯苓、泽泻、利水渗湿为主药,白术健脾运湿为辅药,佐桂枝通阳以助膀胱气化。合用则脾运而湿祛,气化则水行。

### 金匮肾气丸

原方由地黄、山药、山茱萸、泽泻、茯苓、牡丹皮、桂枝、制附子组成。是治疗肾气虚、肾阳不足的常用中成药。传统用于治腰酸脚

软,身半以下常有冷感,少腹拘急,小便不利。服金匮肾气丸,大蜜丸每次1~2丸,每天服3次,以温开水或淡盐汤送服,7天为一疗程,需要3~5个疗程,一般1个疗程可收明显效果。舌红苔少,咽干口燥属肾阴不足、虚火上炎者忌用。

### 六味地黄丸加味

六味地黄丸由地黄、山茱萸、山药、泽泻、牡丹皮、茯苓六味药物组成,从组方的内涵来看,体现了三补三泻的原则。除了六味地黄丸六味中药外,再加熟地黄、制大黄、桃仁、金樱子、车前子水煎服,早晚各一次。

## 治痛风性关节炎验方

### 痛风属于中医学“痹证”范畴。

湿浊热毒内蕴是痛风病的主要病理基础,湿浊郁久蕴热化毒,流注关节,阻滞筋骨是急性痛风性关节炎的发病原因。其治疗大法是清热利湿解毒、活血通络。以下介绍验方5则。

### 三藤三土四妙汤

忍冬藤30克,红藤10克,络石藤15克,土茯苓20克,萆薢12克,防己12克,苍术10克,黄柏10克,薏苡仁20克,牛膝15克。水煎服,每天1剂,两周为一疗程。

### 威灵仙痛风方

威灵仙10克,白术30克,茯苓30克,薏苡仁30克,益母草30克,甘草10克,牛膝15克。每天1剂,分3次服,7天为一疗程,服2~3个疗程。

地鳖虫10克,地龙15克。水煎服,每天1剂,两周为一疗程。关节红肿明显加忍冬藤、疼痛剧烈加延胡索,口干咽痛骨节是急性痛风性关节炎的发病原因。其治疗大法是清热利湿解毒、活血通络。以下介绍验方5则。

### 通痹土茯苓汤

土茯苓30克,秦艽、萆薢、白僵蚕、桃仁、红花、海风藤、海桐皮、徐长卿各10克,板蓝根、蒲公英、薏苡仁、赤小豆各30克,雷公藤5克,蜈蚣两条,甘草5克。热甚加水牛角、银花藤各10克,阴伤加黄柏、生地各20克,疼痛剧烈加制没药、三棱、莪术各10克,伴尿赤、尿结石加车前草20克,体质肥胖有痰浊征象者加白芥子、陈皮、法半夏各10克。每天1剂,水煎,分3次服,30天为一疗程。

### 痛风酸溶石汤

忍冬藤100克,金银花、石膏、水牛角、薏苡仁、车前子各30克,土茯苓、赤芍药各60克,黄柏、萆薢、川牛膝、鸡内金、鹌鹑蛋、鱼脑石各20克,地龙、秦艽各15克,酒大黄10克,黄芪50克,金钱草150克。水煎



4次,对在一起,总量大约1500毫升,分3次服。药渣加磁硝100克,食醋250毫升,水煎至2000毫升,用药水泡手脚,温度50摄氏度,时间30~40分钟,一天两次,1个月为一疗程。

需强调的是,防治痛风饮食调理极为重要,忌食膏粱厚味,忌酒、咖啡、海鲜、动物内脏及酸性食物。饮食宜清淡,多饮水。肥胖患者应该节食减肥,保持适中体重。