真假难辨的产后肺水肿

□宗建平

怀孕、分娩对女性身心具有显著影响，比如产生腰腿痛、排尿问题、乳房变化、内分泌改变等，特别是分娩时的体力消耗、内分泌改变，使产妇的抵抗力大大下降，易被各种细菌侵袭。有些影响不仅不会随着分娩的结束而结束，还可能使产妇面临更大的挑战。随着全面两孩政策的实施，有些产妇的年龄越来越大，她们的健康问题应该受到关注。

一位妈妈产后 1 周，因为高热 3 天，伴有咳嗽、气促明显来看急诊。我为她听诊，发现其肺呼吸音很粗，左肺有较多湿啰音（也就是用听诊器听到肺部有水或痰液伴随呼吸发出的声音），考虑可能有肺部感染。查血常规，发现其白细胞很高；胸片显示左下肺大片淡片状阴影。这两项检查结果均指向肺部感染可能，加上患者的血压不是很高，我首先诊断为重症肺部感染，急忙将其收住急诊病房。

入院后接受抗感染治疗，患者的体温很快恢复正常，但气促越来越明显，再次复查胸部 X 线片，发现病灶明显增加。除了左下肺外，病灶向上肺扩展，并且出现了明显的缺氧表现（皮肤血氧饱和度为 90%左右）。患者不能平卧，肺部湿啰音越来越多。这不符合常理啊！为什么体温正常了，临床表现反而更严重了呢？我一直在思索，如果是产后血容量增加导致肺部水肿，病灶应该在两侧，为什么她的病灶只局限于一侧呢？我的诊断思路陷入了困境。

为了缓解患者的气促症状，我给予利尿药，没想到立刻见效：患者的气促症状明显改善，肺部湿啰音迅速减少。如果是肺部感染，怎么这么快就好转呢？为了进一步了解患者的肺部改善情况，3 天后，我又复查了患者的胸部 X 线片，结果出人意料：患者胸部病灶完全消失了。

肺间质有过量液体积聚或溢入肺泡腔内，称为肺水肿。在临床上，急性肺水肿常常突然发生甚至呈暴发性，表现为严重呼吸困难、端坐呼吸、响亮吸气和呼气性喘鸣，听诊有水泡音，咳嗽时痰多，严重者分泌物从鼻腔或口腔流出，出现泡沫状痰，为无色或粉红色，痰中含大量蛋白质。慢性肺水肿症状和体征往往不严重，水肿液主要在肺间质中积聚，也有一定程度的肺泡水肿，偶尔出现急性肺水肿发作。

产妇出现肺水肿，是因为从怀孕到分娩体内发生了一系列内分泌改变。产妇产后体内积聚的过多液体重新回流至血管，造成血管内压力过高（即静压性肺水肿，此类肺水肿由毛细血管流体静压增高所引起，又称血液动力性肺水肿），加上产后往往有低蛋白血症，血管内渗透压过低，血管内的物质就更容易渗入组织。而胸部 X 线片只出现淡淡的渗出阴影，特别像肺炎。

此外，产后肺水肿应该是双侧肺部出现渗出性病灶，但这位患者为什么会出现单侧肺部病变呢？经过仔细观察，我发现患者产后一直喜欢左侧卧位。我查询文献时发现，确实有的患者会出现单侧肺水肿。胸部 X 线片显示单侧渗出性改变，影像科很难据此诊断为肺水肿，这需要临床医师密切观察才能发现。

（作者供职于浙江省宁波市第一医院）

寻 找乡医“高手”

针刀神经触激术治疗颈椎病及腰椎病

□李小伟

本期医生简介：

李小伟，洛阳市新安县五头镇寨前村卫生室医生，从医 32 年，擅长治疗颈椎病、腰椎病、强直性脊柱炎等；善于应用针刀神经触激术治疗疾病。

病例一

强直性脊柱炎。张某，男，38 岁，家住洛阳市新安县正村镇金溪村，农民，2014 年 5 月 10 日就诊。主诉为腰部疼痛，双下肢麻木疼痛，使用双拐 6 年。近一年来症状加重。经针灸、推拿、口服中药均无效。专科检查为腰脊强硬疼痛，直不起来，不能自主行走，足外翻。针刀医学诊断为强直性脊柱炎。应用针刀神经触激术加服痹通药酒。针刀触激 10 天一次，药酒每次 10 毫升，每日 3 次，空腹口服。

治疗部位及手法：1.腰丛神经触激术。取俯卧位。在两髂嵴连线与背正中线连线交点下 3 厘米，外开四五厘米，用 3 号针刀垂直刺入腰椎第五节横突骨面，然后稍退针刀向尾侧倾斜，使针刀滑过腰椎第五节横突上缘并有明显落空感。针刀已进入腰大肌间隙，固定针刀进行纵向、横向摆动，加强触激。2.坐骨神经触激术。取健侧卧位。健侧腿伸直，患肢向前弯曲至脚跟，能放置在健侧膝部，定位髂后上嵴与大转子连线中点下 3 厘米为进针刀点。用 2 号针刀在定点处垂直刺入深达坐骨切迹，固定针刀并纵向、横向摆动，加强触激。3.腓总神经触激术。取俯卧位。在腓骨头下方凹陷部，用 4 号针刀在定点处沿拇指的指甲刺入，进行纵向、横向摆动，加强触激。结合整体脊柱调衡法加强针刀神经触激 8 次，服痹通药酒 10 瓶，患者症状减轻，现在可以独立行走了。

病例二

小儿脑瘫。毛某，男，4 岁，家住洛阳市新安县正村镇中岳村，2014 年 1 月 6 日就诊。家长主诉患儿脑瘫 3 年，不能独立行走，手不能握物。针刀医学诊断为小儿脑瘫。

治疗：针刀神经触激术，服痹通药酒，每次 5 毫升，每日 3 次，空腹口服。取俯卧位。应用颈交感神经触激术、股神经触激术、腓总神经触激术、肌肉松解术。针刀神经触激 15 次后，服痹通药酒 8 瓶。现在，患者可以独立行走了。

病例三

腰椎间盘突出症。裴某，男，58 岁，家住渑池县洪阳镇，2014 年 5 月 7 日就诊。其双下肢有下坠感，坐时臀部疼痛半年。近半年来腰腿痛，在其他地方行针灸、理疗及口服中药后，效果均不理想。脊柱无侧弯，双侧臀上皮处压痛，右侧坐骨结节处滑囊肿大，双下肢动脉腘窝处及以上压痛。腰椎生理曲度存在，腰椎第二节至第五节椎体前后缘变尖，呈花边样增生，各椎间隙无明显变窄。

治疗：腰丛神经触激术、坐骨神经触激术、腓总神经触激术；服痹通药酒，每天 3 次，每次 15 毫升。经过 3 次治疗，患者症状消失，临床治愈。

欢迎您在本栏目分享您的临床技术、经验，甚至“绝招儿”。文章只讲实招儿无须理论，一定要真实有效。请写清楚您的地址及联系方式。欢迎踊跃参与，积极投稿。

投稿邮箱：757206553@qq.com
联系电话：(0371)85967338

临 床提醒

硝酸酯类药的剂量不同 效果差别大

□赵丽华 贾卫滨

硝酸酯类药物的血管扩张作用有剂量依赖性。

小剂量

硝酸酯类药物在小剂量应用时，扩张大的容量静脉，降低心脏前负荷，使得回心血量下降，降低左心室舒张末压。比如口服短效的硝酸甘油 0.3~0.6 毫克/次，长效的硝酸异山梨酯 5~10 毫克/次，单硝酸异山梨酯 20 毫克/次，主要能起到降低心脏前负荷的作用。

中等剂量

选择性扩张大、中动脉（比如心外膜大的冠状动脉），有利于血液向缺血区域流动，增加灌注及供氧，扩张侧支血管，并有预防或逆转冠状动脉痉挛的作用。比如硝酸甘油 40~60 微克/分钟泵入，可有效缓解冠状动脉痉挛。

大剂量

扩张阻力小动脉，使血压下降，对动静脉均有扩张作用，降低心脏前后负荷，减少心肌灌注，使心肌需氧量进一步下降，有利于控制血压急性升高，改善心功能，并降低肺毛压，治疗肺水肿及高血压危象。比如硝酸甘油>50 微克/分钟泵入，降低血压显著。

（作者供职于山东省临清市人民医院）

技 术分享

治疗慢性心力衰竭 四步走上新台阶

长期临床工作积累的经验和临床试验提供的证据表明，心力衰竭患者如果能按照下列步骤服用药物，就可以提高疗效：

第一步利尿剂；第二步 ACEI（血管紧张素转化酶抑制剂）或 β 受体阻滞剂（治疗心血管疾病的药物）；第三步联合应用ACEI 和 β 受体阻滞剂；第四步加用其他药物，如地高辛、醛固酮受体拮抗剂或 ARB（目前最常用的高血压病一线治疗药物之一）。

ACEI 加用 β 受体阻滞剂是“黄金搭档”

心力衰竭的现代药物治疗已从既往的强心、利尿和扩血管以改善血流动力学状态转变为主要采用神经内分泌抑制剂及其联合应用。联合应用可更好地阻断 RAAS（肾素-血管紧张素-醛固酮系统）和交感神经系统的过度兴奋。联合应用的首选方案是 ACEI 加 β 受体阻滞剂。

这两种药物均可降低慢性心力衰竭的全因死亡率，联合应用可发挥协同作用，进一步改善患者的预后，是“黄金搭档”。

RAAS 阻滞剂的合用应有所为、有所不为

现有的临床证据表明，3 种 RAAS 阻滞剂 ACEI、ARB 和醛固酮受体拮抗剂均不能联合应用，这样做患者不能获益，反而增加发生肾功能异常、高钾血症、低血压等风险。两药联合推荐 ACEI 加醛固酮受体拮抗剂，或 ARB 加醛固酮受体拮抗剂，至于 ACEI 和 ARB 的合用，应慎用。

ARB 治疗心力衰竭的效果与 ACEI 相当，一般仍首先推荐应用 ACEI，在不能耐受时改用 ARB。应肯定 ACEI 是心力衰竭治疗的基石，其改善预后的疗效自 20 世纪 80 年代起已被许多大样本临床研究证实。但也应该看到，近年来，对于 RAAS 阻滞剂治疗心力衰竭的研究，基本上均应用 ARB，大都证实其改善预后的疗效不错，同时还具有不良反应少、依从性佳的优点。

综合这方面的大量研究，对于 ARB 治疗心力衰竭，可以归纳出以下基本观点：ARB 不劣于 ACEI；ARB 可以在 ACEI 基础上加用；ARB、ACEI 和 β 受体阻滞剂可以合用；ARB 可以替代 ACEI 作为一线治疗药物，但适用于轻中度心力衰竭和左室射血分数降低的患者，尤其是存在其他适应证并已经服用 ARB 的患者。

（黄 峻）

征稿
投稿邮箱：wsbxcyszk@163.com
联系电话：(0371)85967338
联系人：栗凤娇
来信地址：郑州市郑东新区博学路与学理路交叉口向东 30 米医药卫生报社编辑部
邮政编码：450003

实 用验方

胃下垂验方

葛根 30 克，山药、黄芪、党参、五味子各 15 克，肉桂、木香、草果各 10 克，升麻 5 克。共研细末，装入双层布袋，兜在胃脘部，每剂可用 1 个月，连续使用两三个月。此方可补中益气，适用于胃下垂。

（胡献国）

便秘验方

芒硝、栀子、桃仁、杏仁等份，冰片少许。研成细末，装瓶备用。使用时每次取药末 5 克，用蛋清调成稀糊状，置于肚脐处，敷料包扎，胶布固定，每日更换一次，使用三五天，可清热通便。

（远 安）

失眠验方

取五味子 500 克、酸枣仁 200 克，加足量的水浸泡半日，然后倒入砂锅中，用文火煎煮，连煎 3 次。将这 3 次的药汁混合，用文火浓缩，备用。蜂蜜 1000 克，另取锅熬煮，再兑入五味子浓缩液，边熬边搅动，至滴水不散，停火候冷，用手捏之，留肉去核儿（其核儿用温水清洗以除余味，洗核儿的水加入锅内），然后合蜂蜜熬膏。每日 2 次，每次取 1 匙或 2 匙，开水调服。此方具有养心安神的作用，适用于神经衰弱而见头晕、眼花、失眠、多梦人群。

（欧阳军）

（以上验方仅供医师参考）

（本版图片均为资料图片）

清晨，高血压病患者的“魔鬼”时间

清晨时段的血压异常升高与心脑血管事件密切相关。把清晨血压作为一个切入点和突破口，对于提升高血压病的整体管理水平至关重要。对绝大多数患者来说，控制好清晨的血压，也就意味着控制好 24 小时的血压了；通过监测清晨服药前的血压，可以很好地判断患者的降压治疗方案是否能够真正控制 24 小时的血压。

何谓血压的“晨峰现象”？

人体血压一天的波动虽然不大，但是有着“两峰一谷”现象：两次高峰分别出现在 6~10 时和 16~18 时，而且前者高于后者；而“山谷”则在 2~4 时出现。总体来说，人体血压呈白昼升高、夜间降低的趋势。我们称此变化趋势形成的曲线为勺形曲线。夜间熟睡过程中血压较低，而在清晨的几小时内血压明显升高的现象，也被称为“晨峰现象”。

心脑血管事件的“清晨风险”与“血压晨峰”不谋而合

多项分析数据显示，无论心肌梗死事件还是卒中事件，在清晨时段都有一个明显的升高趋势，约 40%的心肌梗死和 29%的心脏性猝死发生在清晨。此时段，卒中的发生率是其他时段的三四倍；心血管死亡风险在 7~9 时比其他时段增加 70%。我们称之为心脑血管事件的“清晨风险”。

需要指出的是，清晨时段高血压并不是一个独立的高血压病类型，往往大多数高血压病患者都会表现为清晨时段血压升高。笔者提出清晨时段高血压，是为了让医师和患者除了关注诊室血压以外，也关注清晨时段血压，减少清晨时段高血压带来的心脑血管风险。

表面看来血压控制良好，实则“暗藏杀机”

目前，在我国，约 60%诊室血压得到控制的患者，清晨血压并未得到控制。北京大学第三医院心内科门诊登记了 2187 例高血压病患者，7~10 时测量血压时，发现清晨血压不达标率为 54.6%。国外研究结果显示，清晨血压和平稳控制 24 小时血压达标率不到 50%。由此看来，从表面上看血压“风平浪静”，实际上“暗藏杀机”，并随时为心脑血管事件悄然助力。

科学测量清晨血压

控制清晨血压是有效进行血压管理，进而降低心脑血管疾病的重点。控制清晨高血压的前提是发现清晨高血压，这就需要人们具有测量清晨血压的意识，也要有科学的测量方法。

科学测量清晨血压，需要把握 3 个方面：要在清晨服药之前测量；要在起床后 1 小时内，排空膀胱后测量；要在早餐前取坐姿测量。老年高血压病患者还需要注意，为了防止体位性低血压，除了监测坐姿清晨血压外，还要注意测量站立时的血压。

尽量选用长效降压药，平稳控制 24 小时血压

综上所述，清晨是高血压病患者的“魔鬼”时间，心肌梗死、心源性猝死及卒中等都于清晨高发，而晨峰血压与清晨心脑血管事件有着密切关联。那么，如何才能减少晨峰时心脑血管恶性事件的发生，将死神阻挡在门外呢？加强控制晨峰血压是一项具有治本意义的预防措施。

患者要注意生活细节。患者起床后，要先在床上坐一会儿再下床活动；起床 5 分钟内就吃药，空腹吃药不会影响疗效或者对胃造成伤害；定时测量血压（在早上起床后 5 分钟内，服药前测量），如果发现任何危险状况，应及时找医生就诊，及时调整药物。

合适的药物选择及给药方法。控制晨峰血压是有效减少清晨心脑血管事件的关键。遗憾的是，这个时段是药物效果最薄弱的阶段，很多药物在这个关键时间段反而不能提供有效的血压控制。

目前，控制晨峰血压的治疗措施总体上分为非特异性治疗和特异性治疗两种。

非特异性治疗：应用长效降压药物。降压药的药效越长，控制晨峰血压的效果越好。这些药物通常于每天清晨服用 1 次，降压作用可持续 24 小时，有效控制清晨血压及血压晨峰。

特异性治疗：采用按时间给药的治疗方法。选择的降压药物应主要作用于清晨，并可减弱清晨神经体液因素的升压作用，如特殊剂型药物、交感神经抑制剂或 RAAS（肾素-血管紧张素-醛固酮系统）抑制剂。具体如下：选择长效、作用强且降压平稳的药物，如替米沙坦、氨氯地平等，每天清晨起床后给药 1 次，不仅能控制 24 小时血压的平均水平，而且能有效阻止服药后 18~24 小时（最后 6 小时）血压上升的幅度，这是目前最佳的治疗方法。分次给药：对于夜间与清晨血压难以控制者，可在午后或晚上睡觉前再服药 1 次（即起床后服药 1 次，18时左右再服药 1 次）；而联合用药者，可分 2 次服用，使药物对血压的时间控制范围更广。

（刘金来）