

80%, 硝酸甘油用量减少 80%, 心电图恢复正常, 或运动药物负荷试验转阴或耐量升二级; 有效: 心绞痛发作及硝酸甘油用量减少 50%~80%, 心电图好转; 无效: 心绞痛发作及硝酸甘油用量减少 <50%, 心电图无改变。在评定疗效时, 所有病例在应用普乐林的同时均停用 β 受体阻滞剂和钙离子拮抗剂, 合并高血压病用硝苯地平或尼群地平者例外。

结果 (1) 对心绞痛症状的疗效比较: 治疗组 60 例, 用药后显效 45 例 (75%), 有效 12 例 (20%), 无效 3 例 (5%), 总有效率 95%。对照组 40 例, 显效 8 例 (20%), 有效 20 例 (50%), 无效 12 例 (30%), 总有效率 70%, 经统计学处理两组临床疗效差异显著 ($P < 0.01$)。 (2) 对心绞痛发作频率疗效的比较: 治疗组 60 例, 用药前心绞痛发作频率 (次/天) 2.8 ± 1.3 , 用药后减少为 0.3 ± 0.7 , 经治疗前后自身对照 t 检验, $P < 0.01$; 对照组 40 例, 用药前心绞痛发作频率 2.6 ± 1.8 , 用药后为 2.1 ± 1.6 , 经 t 检验, $P > 0.05$ 。 (3) 对硝酸甘油每日消耗量 (片/天) 的比较: 治疗组 60 例, 用药前硝酸甘油消耗量 (每片 0.5mg) 3.5 ± 2.1 , 用药后减至 0.5 ± 1.2 , 经治疗前后自身对照, $P < 0.01$; 对照组 40 例, 用药前硝酸甘油每日消耗量 3.7 ± 2.3 , 用药后减至 3.1 ± 1.8 ($P > 0.05$)。 (4) 对心绞痛发作时间的比较: 治疗组用药前每次心绞痛持续时间 (min) 为 17 ± 11 , 用药后减至 1.3 ± 4 , 经治疗前后自身对照, $P < 0.01$; 对照组用药前每次心绞痛持续时间为 12 ± 7 , 用药后减至 10 ± 7 , $P > 0.05$ 。 (5) 心电图疗效比较, 治疗组心电图显效 13 例 (21.67%), 有效 25 例 (41.66%), 无效 22 例 (36.67%), 总有效率 63.33%; 对照组显效 3 例 (7.5%), 有效 13 例 (32.5%), 无效 24 例 (60.0%), 总有效率 40.0%, 两组疗效差异显著 ($P < 0.05$)。 (6) 不良反应: 在治疗过程中偶有上消化道症状, 但不影响治疗, 对肝、肾功能, 造血功能治疗前后均无明显影响。

讨论 普乐林 (Puerarin) 注射液, 主要成分为葛根素, 其药理学具有扩张冠状动脉和脑血管, 对抗血管痉挛, 增加血流量, 改善缺血区的血液供应, 具有减慢心率, 降低心肌耗氧量, 改善冠脉循环, 改善缺血心脏的收缩功能, 降低血液粘度, 改善微循环作用。本组应用普乐林后, 心绞痛症状得到缓解是与葛根素减慢心率, 降低血压, 降低心肌耗氧量有关, 而心率减慢是与葛根素具有肾上腺素 β 受体阻滞剂作用有关, 并具有常用于治疗冠心病心绞痛的硝酸酯类和 β 受体阻滞剂的优点, 而无硝酸酯类扩张血管同时反射性增快心率, 增加心肌耗氧量的缺点, 也无 β 阻滞剂的负性肌力作

用和增加血管外周阻力的缺点。此外, 葛根素还能降低血浆尿素氮浓度和扩张血管, 降低全血粘度, 解除血小板聚集, 改善左室舒张功能, 提示普乐林注射液对心、脑、肾等重要靶器官的微循环有良好的作用, 进而改善其功能, 这优于硝酸酯类和 β 受体阻滞剂。

(收稿: 1997-02-25 修回: 1997-08-10)

中西医结合治疗慢性充血性心力衰竭 2 例

中国中医研究院西苑医院 (北京 100091)

王芝兰

笔者在用西药针对病因、病理、生理异常治疗的同时, 运用《金匱要略》的防己茯苓汤、防己黄芪汤、葶苈大枣泻肺汤, 辨证化裁, 治疗慢性充血性心力衰竭 (CHF), 收到较好的效果。现举隅如下。

病例 1 患者, 男, 73 岁。因胸闷痛反复发作 30 年, 双下肢浮肿且逐渐加重 1 年, 于 1996 年 6 月 3 日以冠心病心力衰竭收住院。患者近 3 个月来, 曾在外院住院治疗, 心衰有所缓解, 但双下肢及眼睑水肿不消, 一直服用地高辛 0.125mg, 每天 1 次; 长效心痛治 20mg, 每天 2 次; 双氢克尿塞 50mg, 每天 3 次; 氨苯喋啶 100mg, 每天 3 次; 利尿药服 3 天停 4 天, 4 天后水肿又起, 体重达 72kg。初入院时症见乏力, 夜间有呼吸困难, 双下肢水肿, 尿量约 500ml/d 左右, 大便干结, 3~4 天 1 次。查体: 心界向两侧明显扩大, 心率平均 76 次/min, 为心房纤颤律, 24h 动态心电图监测示: 心房纤颤、室性早搏 759 次/24h, 时有多源性室早或成对出现, R-R 间隔最长达 3.2s, 肝及肋缘, 双下肢、眼睑均浮肿, 脉结代沉细, 舌质淡红, 苔黄腻。中医辨证为心阳不振, 水饮停滞。西医诊断: 冠心病、稳定性心绞痛、心脏扩大、心律失常, 心功能 III 级。入院后仍给予地高辛 0.125mg, 每天 1 次; 长效心痛治 20mg, 每天 2 次; 双氢克尿塞 50mg, 每周 2 次; 氨苯喋啶 100mg, 每周 2 次; 并予防己茯苓汤、防己黄芪汤、葶苈大枣泻肺汤合方化裁: 生黄芪 30g 汉防己 20g 桂枝 10g 茯苓 30g 炒白术 15g 葶苈子 15g 泽泻 30g 泽兰 15g 冬瓜皮 30g 大腹皮 12g 川、怀牛膝各 12g 王不留行 20g 当归 12g 肉苁蓉 30g。服上方 8 剂后, 尿量每日由 500ml 逐渐增加至 1500~2000ml, 浮肿明显消退, 大便转润, 每天 1 次, 下肢及眼睑浮肿全消。1 个月后, 嘱患者自停双氢克尿塞、氨苯喋啶, 观察水肿未再起。24h 动态心电图监测示: 心房纤颤、室早 24h 仅 2 次, 非多源, R-R 间隔最长 2.2s。后又调理数日, 精

神状态转佳,夜间呼吸困难消失,体重减轻约 5kg,心律失常好转,病情缓解出院。

病例 2 患者,男,83 岁。病历号:52416。因阵发性心悸乏力 10 天,于 1996 年 11 月 27 日以“冠心病心律失常”收住院。入院时查体:心室律 76 次/min,心律绝对不齐,心音强弱不等(心房纤颤),室早活动后 5 次/min 左右,双下肢浮肿。心电监测示:心房纤颤、室性早搏。超声心动图示:左心肥大。既往患高血压、冠心病 10 余年,前年发生心内膜下心肌梗塞。平日口服消心痛、络活喜以扩冠降压。入院诊断冠状动脉硬化性心脏病,心律失常,左心扩大,心功能 II⁺ 级。中医辨证为心气阴两虚。入院后继服消心痛 10mg,每天 3 次,络活喜每天 10mg。中药用生脉饮合活血理气药等(党参 20g 麦冬 15g 五味子 10g 玉竹 15g 沙参 15g 白芍 15g 川芎 15g 红花 10g 降香 15g 瓜蒌 15g 陈皮 10g)治疗,服药 1 周后心慌稍减,但仍乏力,心律转为频发的阵发性心房纤颤,下肢浮肿同入院时。根据舌淡红略胖嫩,苔白滑润,浮肿,脉结代而细无力,考虑为心气不足,阳气不化,水饮内停。从 12 月 7 日始改服防己茯苓汤、防己黄芪汤、葶苈大枣泻肺汤合方化裁治疗:生黄芪 30g 汉防己 30g 桂枝 10g 茯苓 30g 泽泻 30g 泽兰 15g 葶苈子 15g 党参 20g 冬瓜皮 30g 陈皮 12g 大枣 10 枚。服药 3 剂后,患者未再感心慌,下肢浮肿渐轻,尿量渐达至 1800ml,最多可达 2500ml 以上,电解质正常。完全转为窦律,无阵发性心房纤颤发生,直至出院。因尿量较多,服 18 剂后,又改服益心气养心阴之剂,服药近 1 个月病情平稳,唯踝部浮肿较前加重,偶略感心慌,室早较前增多(此期间间断服用地高辛 0.125mg,每天 1 次近半月),故又改服防己茯苓汤、防己黄芪汤、葶苈大枣泻肺汤合方化裁治疗,服药 3 剂,尿量增多,踝部水肿减轻,患者精神转佳,未再发生心悸,室早减少,房颤纠正,病情好转出院。

体会 以上所述三方,是治疗 CHF 的重要方剂。该方补心肺、填宗气、温心阳、畅气血,以复心肺之职;利水除饮活络,以伸心肺之气。补虚以去实,泻实以安正,是本病取效的关键。方中汉防己,研究发现汉防己甲素作为一种中药钙拮抗剂,通过扩张血管而降压;扩张冠状动脉以抗心肌缺血及再灌注损伤;抑制心肌收缩力,减慢心律,降低心肌氧耗量;扩张肾入球小动脉,提高肾小球滤过率,达到利尿消肿减轻心前后负荷的目的。黄芪总黄酮能清除氧自由基、保护心肌。党参能利尿、扩张毛细血管,改善体循环瘀血。

(收稿:1997-03-14 修回:1997-08-05)

大剂量阿托品抢救急性 生半夏中毒 1 例

山西省新绛县人民医院(山西 043100)

翟福生 段森林

在农村种植中药材的基地,误食有毒中药中毒的事件时有发生,且救治工作很棘手。最近我们遇到 1 例误食生半夏而致严重中毒的患儿,经以阿托品为主的综合抢救治疗成功,现将抢救情况报道如下。

病历摘要 患儿,男性,3 岁,因误食生半夏数枚后流涎、呕吐,呼吸困难伴意识障碍 2h,于 1995 年 10 月 30 日急诊入院。查体:体温 36.5℃,脉搏 130 次/min,呼吸 35 次/min;口中流涎呕吐,呼吸困难,面色青紫,中度昏迷,呈急性重病容,双侧瞳孔等大等圆(直径约 1.5mm),光反射尚可,口腔、咽部粘膜肿胀,颈软,两肺可闻及中小水泡音;心率 130 次/min,心音弱,律齐,未闻及病理性杂音,腹部平坦,柔软,肝脾未触及,肠鸣音活跃,四肢末梢略紫发凉,神经系统检查未见异常。诊断:急性生半夏中毒。

治疗经过 立即给 1:2000 高锰酸钾液洗胃,甘露醇导泻,鼻饲生姜汁对抗半夏之毒,并进蛋清、面糊以保护胃粘膜,同时吸氧,补液以加速排泻,阿托品首次 1mg 静脉注射(加入莫非氏管),以后每分钟加 0.5mg,观察瞳孔、流涎及两肺罗音情况调整用量,并给呼吸兴奋剂可拉明、洛贝林,肾上腺皮质激素、抗生素以及利尿剂等,抢救 12h,阿托品总量 20mg,地塞米松 30mg,补液 3000ml,患儿意识渐转清,口腔分泌物恢复正常,呼吸困难改善,瞳孔正常,两肺水泡音消失,但留有声嘶哑及腹痛,继续治疗 2 天,痊愈出院。

讨论 半夏为天南星科半夏的块茎,为多年生草本,别名三叶半夏、地八豆,其性味辛温有毒,功用其燥湿化痰,降逆止呕。本品含有生物碱、少量挥发油、脂肪酸、淀粉及粘液,其有毒成分对局部有强烈的刺激性,生食时可使舌咽、口腔、喉头产生麻木肿痛、流涎、张口困难,重者可产生呕吐,严重者可产生窒息,可因呼吸麻痹而死亡。此有毒成分难溶于水,经久加热可被破坏,不能单纯被姜汁破坏,而能被白矾所清除。故生半夏具有较强毒性,不可用于内服,需内服则用经过姜汁、白矾加工的制半夏。本例患儿年龄小,误食生半夏量大,中毒严重,持续时间长,病情严重,我们根据临床流涎、瞳孔缩小,肺部罗音等突出的临床表现,颇似胆碱能神经兴奋表现,所以在洗胃、补液,吸氧等对症同时大量应用阿托品、激素,使临床症状得以改善,抢救成功。

(收稿:1996-05-29 修回:1997-08-10)