

基线。有效:心绞痛发作及硝酸甘油消耗量减少达 50%,但不足 80%;心电图符合 AMI 恢复期改变, S-T 段抬高下降 50%。无效:心绞痛缓解不明显,心电图符合 AMI 演变。恶化:心绞痛频发或持续时间延长,心电图 S-T 段抬高反复加重或梗死面积延伸及发生再梗死。

2 两组疗效 见表 1。治疗组显效率和总有效率均优于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组患者疗效比较 [例(%)]

组别例数	显效	有效	无效	恶化	总有效
治疗 82	47(57.3)*	25(30.5)	6(7.3)	4(4.9)	72(87.8)*
对照 80	33(41.3)	26(32.5)	12(15.1)	9(11.3)	59(73.8)

注:与对照组比较,* $P<0.05$

3 1 年内心肌梗死面积延伸和再发梗死者治疗组 3 例(3.6%),对照组 7 例(8.75%);死亡:治疗组 2 例(2.4%),对照组 5 例(6.2%)。两组血脂、血液流变学测定结果差别无显著性(数据略)。

体会 心肌梗死后心绞痛是 AMI 常见并发症,其发生提示部分未坏死心肌仍处于严重缺血状态,很可能发生梗死延伸或再发梗死,此时必须尽快缓解心肌缺血,挽救濒临死亡心肌,保护泵功能,预防猝死。当前最迅速有效措施是介入治疗,但临床尚无条件普遍开展该疗法。西药治疗以溶栓抗凝、抗血小板聚集、降纤、扩张冠状动脉,以及减轻心脏负荷,降低心肌耗氧为主要治则,但临床上仍有不少心绞痛缓解不满意。中医学认为脉络瘀阻为冠心病心绞痛病理特征,应以活血化瘀为主,同时注重辨证施治。加服中药不但加强了抗凝、抗血小板聚集和扩血管、增加冠脉流量的作用,且还有滋阴、补气、扶正固本作用。近年来中药药理研究认为太子参、麦冬、川芎嗪等药还有清除氧自由基,降低脂质过氧化物,防护心肌缺血再灌注损伤及提高 SOD 活力的作用,更好地保护了心肌。故笔者认为,中西医结合治疗心肌梗死后再次心绞痛有更好的疗效。

(收稿:1999-01-22 第 2 次修回:1999-12-30)

痛风宁 I 号治疗急性痛风性关节炎 126 例

成都市中西医结合医院(成都 610016) 陈云凤

成都中医药大学 扈晓宇 彭介寿

1997 年 10 月~1998 年 4 月,我们运用痛风宁 I 号治疗急性痛风性关节炎患者 126 例,并与单用西药治疗的 64 例作对照观察,现报道如下。

临床资料

1 诊断标准 参照 1977 年美国风湿病协会制定的痛风性关节炎诊断标准和《中药新药治疗痛风的临床研究指导原则》有关急性关节炎的诊断标准。

2 一般资料 190 例均系成都中医药大学附属医院确诊患者,按 2:1 随机分为两组。治疗组 126 例,住院 36 例,门诊 90 例;男 114 例,女 12 例;年龄 18~65 岁,平均(55.5±11.9)岁;病程 2.0~14.5 年,平均(8.2±6.2)年。对照组 64 例,住院 25

例,门诊 39 例;男 58 例,女 6 例;年龄 18~65 岁,平均(53.8±13.0)岁;病程 2.0~14 年,平均(8.3±5.9)年。中医辨证分型(治疗组、对照组):寒湿证分别为 50 例、23 例;湿热证分别为 32 例、21 例;湿郁证分别为 44 例、20 例。两组资料基本一致($P>0.05$)。

方 法

1 治疗方法 治疗组用痛风宁 I 号(由吴茱萸、淫羊藿、木瓜、白芷、土茯苓、苍术组成,按 1:2:2:2:3:2 的剂量比例,由成都中医药大学附属医院制剂室制成口服液,每毫升含生药 1.5g,批号:970618),每次 20ml 口服,1 天 3 次,连服 2 周。对照组先予消炎痛肠溶片,每次 25mg,每天 3 次口服,症状消失后停药,继以痛风立仙(德国产)50mg,每天 1 次口服,连服 2 周。治疗期间两组患者均未使用影响疗效的其他药物和治法。

2 观察指标

2.1 疗效观察 (1)综合疗效标准:治疗前满分 18 分。采用尼莫地平法,即(治疗前积分-治疗后积分)÷治疗前积分×100%。(2)临床控制:5 天内≥90%;显效:7 天内≥80%;有效:疗程结束时≥70%;无效:疗程结束时<70%。(3)主要临床症状:关节红、肿、热、痛的分级标准:关节红(略红 1 分,鲜红 2 分,暗红 3 分)、肿(轻度 2 分,显著 4 分,高度 6 分)、热(轻度 1 分,明显 2 分,灼热 3 分)、痛(轻度 2 分,明显 4 分,剧烈 6 分)。(4)对血尿酸水平的影响。(5)治疗组不同中医证型疗效比较。(6)随访:1 年后对两组患者随访,考察远期疗效。

2.2 统计学方法 采用 SPSS 8.0 统计软件包作统计学处理,计量资料用 t 、 u 检验,计数资料用 χ^2 检验或 Ridit 法分析。

结 果

1 综合疗效比较(治疗组、对照组) 临床控制分别为 34 例(27.0%)、13 例(20.3%),显效分别为 58 例(46.0%)、24 例(37.5%),有效分别为 24 例(19.1%)、15 例(23.4%),无效分别为 10 例(7.9%)、12 例(18.8%);愈显率分别为 73.0%、57.8%;总有效率分别为 92.1%、81.3%。经 Ridit 检验,治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。

2 两组患者治疗前后主要症状改善情况比较 见表 1。治疗后两组患者关节症状积分值均比治疗前下降($P<0.01$);治疗组对关节红、肿两症的改善明显优于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组患者治疗前后主要关节症状积分值比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	红	肿	热	痛
治疗 治前	2.3±0.9	3.9±1.5	2.2±0.8	4.3±1.2
(126) 治后	0.7±0.5* [△]	1.0±0.5* [△]	0.7±0.5*	1.2±1.0*
对照 治前	2.1±1.0	4.2±1.5	2.0±0.9	4.1±1.5
(64) 治后	0.9±0.7*	1.2±0.7*	0.8±0.6*	1.5±1.2*

注:与本组治前比较,* $P<0.01$;与对照组治后比较,[△] $P<0.05$;
()内为例数

3 两组患者治疗前后血尿酸($\mu\text{mol/L}$)测定结果 治疗组治疗前为 518.1±137.7,治疗后为 409.3±123.0($P<0.01$);对照组治疗前为 511.5±145.8,治疗后为 396.6±127.2($P<0.01$)。治疗后两组比较无显著性差异。

4 中医证型疗效 治疗组寒湿、湿热、湿郁证临床控制分

别为 10 例、12 例、12 例, 显效分别为 26 例、14 例、18 例, 有效分别为 10 例、4 例、10 例, 无效分别为 4 例、2 例、4 例, 经 *Ridit* 检验, 各证型总体疗效无显著性差异 ($P > 0.05$)。

5 随访 1 年后随访治疗组 102 例和对照组 47 例, 复发分别为 25 例 (24.5%)、21 例 (44.7%), 治疗组远期疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。

体会 痛风多由先天禀赋不足, 高年肾精虚衰, 后天膏腴过度, 若肾中无火、脾土受困, 则蒸腾无力、水失运化, 内湿壅塞下趋而发, 并多陷于脾肾亏虚→寒湿内生→脾肾更虚的恶性循环。治当温宣降浊、行气决壅。痛风宁 I 号系彭介寿教授经验方, 方中吴茱萸、淫羊藿、苍术、白芷温宣行气, 土茯苓、木瓜利湿降浊, 诸药合用共奏温宣降浊、行气决壅之功, 不仅能明显改善急性痛风性关节炎的临床症状, 而且有良好的降血尿酸作用, 远期疗效好, 可在临床推广应用。

(收稿: 1999-10-18 修回: 2000-01-13)

穿琥宁、654-2 治疗婴幼儿轮状病毒性腹泻 52 例

湖北省妇幼保健院(武汉 430070) 肖 英

1998 年 10 月~1999 年 1 月, 我院用穿琥宁、654-2 注射液治疗婴幼儿轮状病毒性腹泻 52 例, 并与用妥布霉素加鱼腥草治疗的 48 例作对照, 现报告如下。

临床资料

1 入选标准 按 1993 年卫生部制定的《中国腹泻病诊断治疗方案》为标准, 粪便轮状病毒 (HRV) 检查阳性, 血常规白细胞总数均在正常范围内, 大便呈蛋花样, 无粘液、无臭味或略带酸味。无严重并发症 (如重度营养不良、肺炎、肝炎及严重水电解质紊乱、酸中毒), 且能坚持整个疗程及随访者。

2 一般资料 100 例均为本院门诊患儿, 采用随机单盲法分组。治疗组 52 例, 男 32 例, 女 20 例; 年龄: <1 岁 24 例, 1~2 岁 24 例, >2 岁 4 例; 病程 1~4 天, 平均 1.88 天; 发热 (38~39℃, 平均 38.1℃) 28 例; 呕吐 48 例, 腹泻次数: <10 次/d 36 例, ≥10 次/d 16 例; 轻度脱水 44 例, 无明显脱水 8 例; 病情程度: 轻型 8 例, 中型 44 例; 伴轻度咳嗽 5 例; 粪便常规镜检: 脂肪球 + ~ + + /HP 24 例, 脂肪球少许/HP 8 例, 白细胞极少/HP 4 例。对照组 48 例, 男 32 例, 女 16 例; 年龄: <1 岁 26 例, 1~2 岁 20 例, >2 岁 2 例; 病程 1~4 天, 平均 2.2 天; 发热 (37.2~39℃, 平均 38.15℃) 36 例; 呕吐 40 例; 腹泻次数: <10 次/d 34 例, ≥10 次/d 14 例; 轻度脱水 42 例, 中度脱水 1 例, 无明显脱水 5 例; 病情程度: 轻型 5 例, 中型 43 例; 伴轻度咳嗽 7 例; 粪便常规镜检: 脂肪球 + ~ + + + /HP 22 例, 脂肪球少许/HP 9 例, 白细胞极少/HP 3 例。两组资料经统计学分析具有可比性 ($P > 0.05$)。

治疗方法 两组患儿均结合发热、呕吐、脱水情况, 给予必要的对症治疗, 治疗期间不用其他抗生素及止泻药物。治疗组给予穿琥宁注射液 (四川宜宾制药厂生产, 批号: 980203, 每支 2ml, 含穿心莲内酯琥珀酸半酯单钾盐 40mg) 每天 10mg/kg。

654-2 注射液 (每支 1ml, 含 654-2 10mg, 南京第三制药厂生产, 批号: 980223) 每天 0.2~0.3mg/kg。两药均加入 1/3 张或 1/2 张 250ml 溶液中静脉滴注, 每天 1 次, 3 天为 1 个疗程。对照组用妥布霉素注射液 (湖南制药厂生产, 批号 980113, 每支 1ml, 含妥布霉素 4 万 u) 每天 3mg/kg; 鱼腥草注射液 (雅安三九药业有限公司生产, 批号 980213, 每支 10ml, 每毫升注射液相当于新鲜鱼腥草 2g)。用法: <8 个月每天 5ml, >8 个月每天 10ml, 两药分别加入 1/3 张或 1/2 张 250ml 溶液中静脉滴注, 每天 1 次, 3 天为 1 个疗程。如 3 天未治愈者, 两组继用 1 个疗程。妥布霉素治疗 3 天后复查尿常规, 如异常, 停药改用其他药物。两组治疗 2 天后收集粪便标本作轮状病毒检测至临床痊愈。轮状病毒抗原检测用酶联免疫吸附试验。

结 果

1 疗效判断按 1998 年 5 月 22 日全国腹泻病防治学术研讨会制定的腹泻病疗效判断标准的补充建议。显效: 治疗 72h 内粪便性状及腹泻次数恢复正常, 全身症状消失。有效: 治疗 72h 粪便性状及腹泻次数减少 50%, 粪质增多, 全身症状明显改善。无效: 治疗 72h 未达到有效标准, 甚至恶化。

2 两组患儿疗效 治疗组 52 例中显效 51 例, 有效 1 例, 总有效率为 100%。对照组显效 8 例, 有效 35 例, 无效 5 例, 总有效率 89.9%。治疗组疗效优于对照组 ($\chi^2 = 3.72, P < 0.05$)。

3 退热时间 治疗组 1~2 天 (其中 1 天 13 例, 2 天 15 例); 对照组 1~4 天 (其中 1 天 6 例, 2 天 11 例, 3 天 17 例, 4 天 2 例) 两组比较有显著性差异 ($\chi^2 = 5.33, P < 0.05$)。

4 止泻时间 治疗组 2~5 天 (其中 2 天 36 例, 3 天 15 例, 5 天 1 例); 对照组 2~8 天 (其中 2 天 3 例, 3 天 5 例, 4 天 17 例, 5 天 18 例, 6 天 2 例, 7 天 2 例, 8 天 1 例), 两组比较有显著性差异 ($\chi^2 = 65.06, P < 0.05$)。

5 病原学检测 治疗 2 天后送检粪便 HRV: HRV 转阴时间治疗组 2~6 天, 平均 3.65 天 (其中 2 天 6 例, 3 天 18 例, 4 天 19 例, 5 天 8 例, 6 天 1 例)。对照组 HRV 转阴时间 3~8 天, 平均 5.06 天 (其中 3 天 6 例, 4 天 10 例, 5 天 12 例, 6 天 16 例, 7 天 3 例, 8 天 1 例); 3 天内 HRV 转阴比较, 治疗组优于对照组 ($\chi^2 = 11.91, P < 0.01$)。

体会 小儿流行性急性水样腹泻通常发生在秋冬季, 主要病源是轮状病毒。中医学认为“脾虚”, “湿盛”导致, 小儿“稚阴未充, 稚阳未长”和“脾常不足”。腹泻如果治疗不当, 往往导致阴伤及阳, 或阴阳两伤。穿琥宁注射液是从穿心莲叶中提取的有效成分即穿心莲内酯, 与琥珀酸酐反应所得穿心莲内酯琥珀酸半酯单钾盐 (简称单钾盐) 的灭菌水溶液。穿心莲味苦性寒, 归肺、胃、小肠、大肠经, 具有清热、解毒、燥湿的功效。药理研究证明, 单钾盐的化学活性和生理活性均有较大提高。654-2 输入体液能调节植物神经功能, 使周围血管扩张, 局部血流量增加, 改善肠壁微循环, 减少肠壁渗出, 解除肠道痉挛, 减少肠蠕动, 抑制肠腺分泌, 使腹泻次数减少, 两药并用, 具有健脾化湿, 燥湿止泻的良好功效。鱼腥草具有清热解毒利湿的药理作用, 能缓解肠道平滑肌痉挛, 扩张肾动脉和肾小球毛细血管, 增加肾血流量, 促进尿液分泌及外周白细胞的吞噬功能, 提高血清溶菌