

和糖尿病的患者常规给予相应的药物治疗。

观察指标 (1)每天心绞痛发作次数及持续时间。(2)常规静息心电图 ST-T 变化情况。(3)动态心电图。(4)记录合用 β -阻滞剂、钙拮抗剂及硝酸甘油的例数和药量。统计学方法采用 χ^2 检验及 t 检验。

结 果

1 疗效判定标准 按卫生部《心血管系统药物临床研究指导原则草案》做出评价。

2 两组综合疗效及不同类型心绞痛疗效 见表 1。治疗组 100 例,总有效率为 84.0%;对照组 60 例,总有效率为 68.3%。自发性心绞痛疗效治疗组优于对照组 ($P < 0.05$),其他两种类型心绞痛疗效两组比较差异无显著性。

表 1 两组患者不同类型的心绞痛疗效比较 (例%)

组别	例数	显效	有效	无效	加重
治疗					
劳力性	30	8(26.7)	14(46.7)	6(20.0)	2(6.7)
自发性	30	20(66.7)*	8(26.7)*	2(6.7)*	0*
混合性	40	24(60.0)	10(25.0)	5(12.5)	1(2.5)
合计	100	52(52.0)	32(32.0)	13(13.0)	3(3.0)
对照					
劳力性	20	6(30.0)	9(45.0)	4(20.0)	1(5.0)
自发性	15	4(26.7)	4(26.7)	4(26.7)	3(20.0)
混合性	25	6(24.0)	12(48.0)	4(16.0)	3(12.0)
合计	60	16(26.7)	25(41.7)	12(20.0)	7(11.7)

注:与对照组同型比较,* $P < 0.05$

3 两组患者治疗前后心绞痛发作次数、持续时间、ST 段下移幅度和硝酸甘油用量比较 见表 2。与治疗前比较,两组治疗后心绞痛发作次数减少、持续时间缩短、ST 段下移幅度减小、硝酸甘油用量减少,治疗前后比较差异均有显著性 ($P < 0.05$)。治疗后两组间比较差异无显著性。

表 2 两组患者治疗前后心绞痛发作次数、持续时间、ST 段下移幅度和硝酸甘油用量比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	心绞痛发作次数 (次/d)	心绞痛持续时间 (s)	ST 段下移幅度 (mV)	硝酸甘油用量 (mg)
治疗				
治疗前	7.6 $\pm$ 0.2	36.4 $\pm$ 2.1	0.24 $\pm$ 0.03	40.2 $\pm$ 3.7
(100) 治疗后	2.1 $\pm$ 0.1*	10.2 $\pm$ 1.0*	0.05 $\pm$ 0.01*	11.8 $\pm$ 1.0*
对照				
治疗前	7.4 $\pm$ 0.1	38.2 $\pm$ 3.1	0.26 $\pm$ 0.07	42.3 $\pm$ 4.1
(60) 治疗后	3.2 $\pm$ 0.2*	18.4 $\pm$ 1.0*	0.08 $\pm$ 0.03*	15.4 $\pm$ 2.4*

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$ ()内数据为例数

4 需加用 β -阻滞剂和钙拮抗剂的例数 治疗组 16 例 (16%) 对照组 19 例 (31.7%),两组比较差异有显著性 ($P < 0.05$)。

5 不良反应 两组患者治疗前后均未见有不良反应发生。

体 会 本研究通过对比观察发现参麦注射液对各种类型心绞痛均有一定疗效,可明显减少硝酸甘油的用量,尤其对自发性心绞痛。参麦注射液的主要成分是红参和麦冬,具有大补元气、益气生津、复脉固脱和回阳救逆的功效,可以解除血管痉挛,从而使冠脉血流量增加,降低心肌耗氧量,并有保护和修复心肌细胞及一定的抗心律失常作用,鉴于该药有提高心率和增加心肌收缩力的作用,对高血压性心绞痛患者疗效较差,但对合并糖尿病、高血脂症及伴有肝肾功能障碍的心绞痛患者可安全应用,并有较好疗效。

万方数据

(收稿 2002-08-24 修回 2003-03-20)

小儿腹泻合剂治疗婴幼儿轮状病毒性肠炎 40 例

湖北省襄樊市中医院(湖北 441000) 乐才文 刘文运

2000 年 10 月—2002 年 2 月,我们用本院自制的小儿腹泻合剂治疗婴幼儿轮状病毒(HRV)性肠炎 40 例,并与用思密达治疗的 40 例作对照,现报告如下。

临床资料

1 入选病例 参照《中国腹泻病诊断治疗方案》[中国实用儿科杂志 1998(6):380]标准,发病于秋冬季,大便为水样或蛋花汤样,腹泻次数每天数次或数十次,可伴有呕吐、脱水、酸中毒、水电解质紊乱;大便 HRV 抗原阳性,大便细菌培养阴性。排除 (1)重度营养不良,或伴有其他全身疾病者 (2)其他感染性腹泻如大肠杆菌或沙门氏菌性肠炎者 (3)未按标准服药,中途换药或加药,资料不全者。

2 一般资料 80 例均为我院门诊及住院患儿,按数字表法随机分为两组。治疗组 40 例,男 23 例,女 17 例;年龄 (15.6 $\pm$ 5.5)个月,病程 1~3 天,平均 (1.2 $\pm$ 0.4)天;发热 (38~39.5 $^{\circ}$ C,平均 38.3 $^{\circ}$ C) 24 例,轻度脱水 26 例,中度脱水 12 例,重度脱水 2 例;大便常规镜检:无白细胞或白细胞 < 4 个/HP,脂肪球 + ~ + + + 28 例;大便 HRV 抗原检测:“+”11 例;“++”29 例。对照组 40 例,男 25 例,女 15 例,年龄 (16.1 $\pm$ 6.2)个月,病程 1~3 天,平均 (1.3 $\pm$ 0.5)天;发热 (38~39.3 $^{\circ}$ C,平均 38.1 $^{\circ}$ C) 23 例,轻度脱水 26 例,中度脱水 13 例,重度脱水 1 例;大便常规镜检:无白细胞或白细胞 < 4 个/HP,脂肪球 + ~ + + + 26 例;大便 HRV 抗原检测:“+”12 例;“++”28 例。两组资料比较差异无显著性 ($P > 0.05$),具有可比性。

治疗方法 两组患儿均根据脱水情况给予口服补液或静脉补液,不使用抗生素和其他止泻收敛药;有高热及呼吸道症状者作对症处理。治疗组加服小儿腹泻合剂(含黄芪、太子参、白术、木香、苍术、苏叶、葛根、车前子等,由湖北省襄樊市中医医院药剂科煎制,每瓶 100ml,每毫升含生药 1g),<1 岁每次 10~15ml,1~2 岁每次 15~20ml,2~3 岁每次 20~30ml,每日 3 次,3 天为 1 个疗程。对照组加服思密达(由博福—益普生制药集团生产),<1 岁每日 1 包,1~2 岁每日 1~2 包,2~3 岁每日 2~3 包,分 3 次服用,3 天为 1 个疗程。

观察指标 (1)实验室指标 治疗前后作血、尿、粪常规,粪便细菌培养,粪便 HRV 抗原检测(采用金标免疫斑点实验法)。(2)止泻情况 每天观察大便次数、性状、量。

统计学方法 计数资料采用卡方检验,计量资料采用 t 检验。

结 果

1 疗效标准 参照前述文献判定标准,显效 治疗 72h 内大便性状、次数均恢复正常,全身症状消失;有效 治疗 72h 内大便性状改善,次数减少 50%,全身症状明显改善;无效 治疗 72h 未达到有效标准者。

2 两组患儿临床疗效比较 治疗组显效 27 例,有效 11

例,无效 2 例,总有效率 95%,对照组显效 15 例,有效 17 例,无效 8 例,总有效率 80%,两组总有效率比较,差异有显著性($\chi^2=19.02, P<0.01$)。

3 两组止泻时间($\bar{h} \pm s$)比较 治疗组 43.2 ± 12.8 ,对照组 52.6 ± 15.1 ,两组比较差异有显著性($t=2.91, P<0.01$)。

4 两组粪便 HRV 抗原转阴率情况 3 天内治疗组粪便 HRV 抗原转阴 33 例(82.5%),对照组转阴 24 例(60.0%),两组比较差异有显著性($\chi^2=4.94, P<0.05$)。

5 不良反应 在治疗过程中两组均未出现不良反应。

讨 论 婴幼儿秋季腹泻主要病原是 HRV,HRV 侵犯小肠粘膜,使小肠绒毛细胞结构破坏、脱落,肠道水电解质转运失调,吸收障碍,从而导致腹泻。该病在中医学属于“泄泻”,发病时节正值秋冬寒冷季节,小儿在“脾常不足”基础上,复感风、寒、湿邪,致脾胃受伤,水反为湿,谷反为滞,合污而致泄泻;“脾虚湿困”是发病的根本原因。我们以辨病论治为基础,自拟小儿腹泻合剂,方用黄芪补益脾肺,益气升阳,白术、茯苓健脾助运以祛水湿之邪,苍术运脾燥湿,宣阳化浊,藿香、苏叶芳化湿浊,葛根发表升阳,与太子参合用益气生津,车前子利水渗湿,诃子涩肠,全方共奏健脾助运、利湿止泻之功,且无不良反应,值得推广应用。

(收稿 2002-11-20 修回 2003-04-10)

中西医结合治疗宫内节育器致经期延长 50 例

浙江大学医学院附属妇产科医院(杭州 310006)

孙惠兰 陈 怡

1998 年 8 月—2002 年 2 月笔者运用中西医结合治疗 50 例宫内置节育器后经期延长,疗效满意,现报告如下。

临床资料

1 病例选择 选择来我院门诊就诊的经产妇,经确诊为置环后经期延长(>7 天),通过妇科检查及其他辅助检查,排除其他原因引起的经期延长。

2 一般资料 150 例患者按抽签法随机分为 3 组。中药组 50 例,年龄 25~43 岁,平均(31 ± 6.0)岁;放环 1~20 年,平均(3.0 ± 2.9)年;病程 4~25 个月,平均(8.0 ± 1.6)个月;经期 9~17 天,平均(11.0 ± 6.5)天。西药组 50 例,年龄 23~45 岁,平均(31 ± 8)岁;放环 1~25 年,平均(3.0 ± 3)年;病程 5~23 个月,平均(8.0 ± 3.4)个月;经期 8~18 天,平均(12.0 ± 3.1)天。结合组 50 例,年龄 22~45 岁,平均(32 ± 2)岁;放环 0.5~23 年,平均(3.0 ± 3.0)年;病程 4~22 个月,平均(8.0 ± 2.2)个月;经期 9~18 天,平均(11.0 ± 5.6)天。3 组临床资料比较,差异无显著性($P>0.05$)具有可比性。

治疗方法 中药组:治以清热凉血、祛瘀止血,方拟生化汤合失笑散加减:全当归 15g 桃仁 12g 川芎 12g 炮姜 10g 益母草 15g 蒲黄炭 10g 五灵脂 12g 忍冬藤炭 12g 地榆炭 12g 潞沙参 10g 升麻炭 12g 炙甘草 6g 等,并随症加减,每日 1 剂,煎服两次,每于经期第 3~5 天始服,连服 7 天为 1 个疗程。万方数据

程。西药组:于经期开始口服广谱抗生素,5~7 天为 1 个疗程,同时于经期 3~5 天开始口服止血芳酸片至出血停止(1 个疗程不超过 7 天)。结合组:将以上两组的治疗方法联合使用,3 组均连续治疗 3 个疗程,并随访 0.5 年。

统计学方法:采用孙瑞元教授主编的 NDST 软件,计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验,等级资料用 Ridit 检验。

结 果

1 疗效评定 显效:经期恢复至正常(≤ 7 天),随访 0.5 年无复发。有效:经期较治疗前缩短,但经期仍 >7 天;或经期恢复正常(≤ 7 天),但停药后 0.5 年内复发。无效:经期无明显变化。

2 3 组疗效比较 见表 1。经统计学处理,与中药组和西药组比较,结合组总有效率差异均有显著性($P<0.01$);中药组与西药组比较,差异无显著性。

表 1 3 组患者疗效比较 (例(%))

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
中药	50	12(24)	28(56)	10(20)	40(80)
西药	50	11(22)	26(52)	13(26)	37(74)
结合	50	18(36)	30(60)	2(4)	48(96)* [△]

注:与中药组比较,* $P<0.01$;与西药组比较,[△] $P<0.01$

3 3 组患者治疗前后出血天数比较 见表 2。3 组间两两比较,差异均无显著性。

表 2 3 组患者治疗前后出血时间比较 (例)

组别例数	治疗前			治疗后			组内比较	
	$\leq 7d$	7~10d	$>10d$	$\leq 7d$	7~10d	$>10d$	U	P
中药 50	0	12	38	16	24	10	5.8308	<0.01
西药 50	0	13	37	14	25	11	5.7921	<0.01
结合 50	0	13	37	21	27	2	6.8326	<0.01

4 随访结果 随访 0.5 年期间,中药组复发 4 例,西药组复发 3 例,结合组复发 4 例,3 组比较,差异无显著性。

5 不良反应 用药期间 3 组均未见不良反应发生。

讨 论 放置宫内节育器为近代所创,古籍中并无记载。辨其病症,当属中医“崩漏”中之“漏下不止”范畴,究其病机,有虚有实,其虚为脾肾两虚,冲任不固,阴虚血热而动血,瘀血内阻胞宫,久瘀成漏。其实为异物内存,阻碍气机,血行不畅,不得归经,溢于脉外而成漏。临床多以虚实并见,故治疗当补虚泻实,标本兼顾。笔者拟方生化汤合失笑散加减,方中以全当归为君,养血活血,并炒炭以化瘀止血;以川芎、桃仁、益母草、蒲黄炭、五灵脂、炮姜为臣,以助行气活血、化瘀止血之功,益母草专入血分,功能行瘀血,生新血,行瘀血而新血不伤,益新血而瘀血不滞,蒲黄亦可活血化瘀,炒炭用以增其凉血止血之功;佐以忍冬藤炭清热凉血兼以止血,地榆炭凉血止血,潞沙参、升麻炭益气健脾、固摄止血,炙甘草调合诸药,诸药合用共奏益气凉血、化瘀止血之功效。

西医治疗一般以抗感染、抗纤溶及抑制前列腺素合成和释放的药物为主。本资料提示中西医有机结合相辅相成,治疗放环所致经期延长可明显提高疗效,且治疗成本低,无创伤,易被患者接受,不失为提高宫内节育器续用的一种安全有效的方法。

(收稿 2003-01-14 修回 2003-03-18)