

(10%), 基本痊愈 9 例(45%), 显效 7 例(35%), 好转 2 例(10%); 对照组 20 例, 痊愈 1 例(5%), 基本痊愈 3 例(15%), 显效 6 例(30%), 好转 8 例(40%), 无效 2 例(10%)。两组痊愈及基本痊愈率比较, 差异均有显著性( $P < 0.05$ )。

3 两组治疗前后临床评分比较 绝对评分(分) 治疗组治疗前、后分别为  $18.7 \pm 3.5$ 、 $3.3 \pm 0.9$ , 对照组分别为  $17.5 \pm 3.1$ 、 $5.7 \pm 1.8$ ; 两组分别与治疗前比较, 差异有显著性( $P < 0.05$ ); 两组治疗后比较, 差异亦有显著性( $P < 0.05$ )。相对评分(分) 治疗组为  $0.806 \pm 0.233$ , 对照组为  $0.601 \pm 0.252$ , 两组比较, 差异有显著性( $P < 0.01$ )。

4 两组肌无力症状反复出现情况比较 治疗组有 1 例, 出现在激素减量过程中。对照组有 6 例, 其中 1 例为中剂量冲击早期出现, 3 例出现在激素减量过程中, 2 例出现在发生上感过程中。两组比较差异有显著性( $P < 0.05$ )。

### 讨论

糖皮质激素是治疗 MG 的一线药物, 虽其近期疗效较为确切, 但在治疗的同时也带来了难以纠正的缺点: (1) 初期大剂量冲击治疗可导致的肌无力一过性加重现象; (2) 长期应用不良反应较大, 易产生耐药; (3) 停药后常常复发。

我们根据多年的临床经验及中医学理论认为, 脾肾亏虚是引起 MG 的主要原因, 病机以脾肾气血两虚为主, 兼有血瘀, 以此为组方原则, 研制了瘫痪胶囊, 全方调补脾肾、气血, 兼活血通络, 使气血两旺、肾精充足、脉络通畅、肌有所养, 则重症肌无力症状改善。本临床研究未设瘫痪胶囊单独应用组且样本量较小, 又未做双盲对照及远期随访, 但研究结果初步显示 MG 在泼尼松治疗的基础上加用瘫痪胶囊是可以提高疗效, 减少复发, 缩短疗效并减轻泼尼松的不良反应。

(收稿: 2003-09-15 修回: 2004-07-25)

## 参芪扶正注射液治疗不稳定型 心绞痛 46 例

湖南省益阳市人民医院(湖南 413001) 姜义武

我们采用参芪扶正注射液治疗不稳定型心绞痛(UA)取得较满意的疗效, 现报道如下。

### 资料与方法

1 临床资料 86 例患者均符合我国 UA 诊断和治疗建议, 且符合下列条件: (1) 50 岁以上。 (2) 心绞痛日发作 3 次以上。 (3) 持续时间 5min 以上。 (4) 静息

心电图有明显 ST-T、T 波异常, ST 段抬高者除外。 (5) 排除严重心肝肾肾功能异常。 86 例分为治疗组和对照组, 治疗组 46 例, 男 30 例, 女 16 例; 年龄 50~78 岁, 平均 64.23 岁, 病程 8 个月~10 年, 平均 6.53 年。 对照组 40 例, 男 25 例, 女 15 例; 年龄 51~81 岁, 平均 64.9 岁; 病程 9 个月~9 年, 平均 6.44 年。 两组性别、年龄、病程比较, 差异无显著性( $P > 0.05$ )。

2 治疗方法 对照组采用常规治疗, 予低脂饮食, 肠溶阿司匹林 100mg 口服, 每天 1 次; 消心痛 10mg 口服, 每天 3 次; 心绞痛发作时吸氧, 舌下含化硝酸甘油 1 片, 若无效, 在 3~5min 之内追加 1 次, 到 3~4 片仍不能控制疼痛症状则应用强镇痛剂并随即采用硝酸甘油静脉滴注; 美托洛尔(倍他乐克) 25mg, 每天 2 次口服。 治疗组在常规治疗的基础上加用参芪扶正注射液(丽珠集团利民药厂生产, 每瓶 250ml, 含党参、黄芪各 10g, 批号 20000627A), 静脉滴注, 每天 1 次, 连用 10 天为 1 个疗程。 观察治疗前后心绞痛发作次数及持续时间、静息 12 导联心电图(ECG)、血小板聚集率(PAR)、血浆黏度(PV)、纤维蛋白原(Fg)含量及硝酸甘油日用量。

3 统计学方法 采用  $t$  检验和  $\chi^2$  检验。

### 结果

1 疗效评定标准 显效: 同等劳力程度不引起心绞痛或发作次数及硝酸甘油日用量减少 80% 以上; 静息 ECG 恢复正常。 有效: 心绞痛发作次数及硝酸甘油日用量减少 50%~80% 或静息 ECG 未完全恢复正常, 但 ST-T 段较原来下移  $\geq 1$ mm 恢复到  $\leq 0.5$ mm 或 T 波倒置变浅 50% 以上, 或 T 波由平坦变为直立。 无效: 心绞痛发作次数及硝酸甘油日用量均减少不到 50% 或增加, 静息 ECG 较前相同或 ST 段下降  $< 0.5$ mm 或倒置 T 波加深 50% 以上, 或 T 波由直立变为倒置。

### 2 结果

2.1 两组疗效比较 治疗组 46 例中显效 30 例(65.2%), 有效 14 例(30.4%), 无效 2 例(4.3%), 总有效率 95.7%; 对照组 40 例中显效 12 例(30.0%), 有效 22 例(55.0%), 无效 6 例(15.0%), 总有效率 85.0%。 两组比较, 差异有显著性( $P < 0.01$ )。

2.2 两组硝酸甘油日用量治疗前后比较 治疗组治疗后较治疗前硝酸甘油日用量平均少用 4.43mg。 对照组治疗后较治疗前硝酸甘油日用量平均少用 3.85mg。 两组比较差异有显著性( $P < 0.05$ )。

2.3 两组治疗前后 Fg、PAR 和 PV 比较 见表 1。

2.4 不良反应 对照组血压下降 5 例, 有灼烧感、面部潮红 3 例; 而治疗组仅 1 例低热。

表 1 两组治疗前后 Fg, PAR, PV 比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别例数	Fg(g/L)	PAR(%)	PV(mPa·s)
治疗 46	治疗前 3.90±0.47	68±21	2.56±0.49
	治疗后 2.72±0.44**	54±18**	2.07±0.51**
对照 40	治疗前 3.87±0.55	69±20	2.63±0.47
	治疗后 3.36±0.38 <sup>△△</sup>	62±17* <sup>△</sup>	2.40±0.4* <sup>△△</sup>

注:与本组治疗前比较,\*P<0.05,\*\*P<0.01;与治疗组治疗后比较,<sup>△</sup>P<0.05,<sup>△△</sup>P<0.01

讨论

病理研究显示 UA 主要发病机理为冠状动脉粥样斑块破裂、出血导致局部血小板黏附聚集,诱发腔内不全堵塞性血栓形成,内膜损伤诱发血管痉挛,可单独存在亦可与血栓形成并存;斑块因脂质浸润而迅速增大,或内皮下血肿压迫管腔使其管腔狭窄,导致冠状动脉供血不足,心肌急剧暂时的缺血、缺氧。

参芪扶正注射液中药参能抑制血小板聚集,调节血栓素 A<sub>2</sub> 及前列环素的平衡,具有改善细胞能量代谢作用。黄芪降低纤维蛋白原及血浆黏度,从而阻止血栓形成;该注射液还可调节 Na<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-ATP 酶活性,增加心肌收缩力,减慢心率,降低心肌耗氧量,稳定细胞膜及超微结构,减轻心肌缺血,保护心肌细胞,从而延缓 UA 患者的病情发展,改善预后。

本结果表明,参芪扶正注射液能降低血液黏度,减少 Fg 含量,促进纤溶,抑制血栓,提高心肌对缺氧的耐受力,降低耗氧量。UA 患者在长期治疗中,因使用硝酸酯类、ACEI、抗血小板聚集药而出现血压下降、面部潮红等不良反应,加用参芪扶正注射液治疗 UA 后,单用西药治疗所致的血压下降得到有效防治,可改善全身症状,提高了疗效。至于中西医结合是否可降低西药耐受性以及单用参芪扶正注射液疗效是否依然可靠,都值得进一步探讨。

(收稿:2004-06-30 修回:2004-08-06)

愈心汤治疗慢性肺原性心脏病  
并发心力衰竭 50 例

贵阳中医学院第二附属医院(贵阳 550002) 徐新毅

笔者从 2002 年开始,运用愈心汤治疗慢性肺心病心力衰竭患者,取得了良好的疗效,现总结如下。

临床资料

表 1 两组治疗前后心功能比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	CO(L/min)	SV(ml)	CI	EF(%)	LVEDV(cm <sup>3</sup> )	
治疗	治前	50	3.27±1.17	44.61±4.23	1.52±0.45	41.91±5.78	77.43±7.52
	治后		5.50±1.10** <sup>△</sup>	64.80±3.80** <sup>△</sup>	2.48±0.54** <sup>△</sup>	62.32±3.87** <sup>△</sup>	39.87±8.60** <sup>△</sup>
对照	治前	50	3.41±1.12	45.31±3.27	1.75±0.47	42.33±5.57	79.31±9.21
	治后		4.01±1.18**	58.91±4.51**	2.21±0.42*	56.78±4.52*	53.70±11.6*

注:与本组治疗前比较,\*P<0.05,\*\*P<0.01;与对照组治疗后比较,<sup>△</sup>P<0.01

按 1997 年全国肺心病专业会议制定的诊断标准诊断,并选择心功能Ⅲ级~Ⅳ级(NYHA 分级法)患者 100 例,分为两组。对照组 50 例,其中男 30 例,女 20 例;年龄 50~89 岁,平均 69.5 岁;病程 12~40 年,平均 26 年;心功能Ⅲ级 32 例,Ⅳ级 18 例;心律失常 32 例,肺性脑病 7 例。治疗组 50 例,其中男 32 例,女 18 例;年龄 49~90 岁,平均 69.5 岁;病程 14~37 年,平均 25.5 年;心功能Ⅲ级 28 例,Ⅳ级 22 例;心律失常 29 例,肺性脑病 6 例。两组基本情况差异无显著性(P>0.05),具有可比性。

治疗方法

两组均给予卧床休息、吸氧、限盐、口服利尿剂、ACEI 制剂(卡托普利 12.5mg,每天 2 次口服)。心率过快(>125 次/min)者,临时静脉注射西地兰 0.2~0.4mg。治疗组同时给予愈心汤煎剂(制附子 10g 干姜 10g 桂枝 8g 黄芪 20g 白术 12g 茯苓 20g 猪苓 30g 防己 20g 泽泻 20g 泽兰 12g 益母草 30g 丹参 12g 川芎 12g 当归 10g 沙参 20g 麦冬 20g 葶苈子 12g)100ml,每天 3 次口服。对照组给予地高辛 0.125mg,每天 1 次口服;对照组有 12 例加用非洋地黄类药物多巴酚丁胺静脉滴注。两组均 1 个月为 1 个疗程。观察治疗前后症状、体征及心功能[心搏量(SV)、心输出量(CO)、心脏指数(CI)、心脏射血分数(EF)、左心室终末舒张容积(LVEDV)]。

统计学方法:采用 t 检验及  $\chi^2$  检验。

结果

1 疗效评定标准 参照中国心力衰竭学会第一届学术会议制定的疗效判定标准。显效:能达到心衰完全缓解标准,或心功能改善二级以上者。有效:能达到部分缓解标准,或心功能改善一级,症状和体征减轻,但仍有若干心衰的症状。无效:心功能改善不足一级,或症状及体征无改善,甚至恶化、死亡者。

2 两组临床疗效比较 治疗组 50 例,显效 25 例,有效 23 例,无效 2 例,总有效率为 96%;对照组 50 例,显效 23 例,有效 20 例,无效 7 例,总有效率为 86%。两组间疗效比较差异有显著性(P<0.05)。

3 两组治疗前后心功能比较 见表 1。两组 5 项心功能指标治疗后均较治疗前改善(P<0.01);治疗