

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 ^{△△}	62 ± 17* [△]	2.40 ± 0.4* ^{△△}

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与治疗组治疗后比较,[△] $P < 0.05$,^{△△} $P < 0.01$

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。

参芪扶正注射液中党参能抑制血小板聚集,调节血栓素 A_2 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 $Na^+ - K^+ - ATP$ 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 ³)
治疗	50 治前	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** [△]	64.80 ± 3.80** [△]	2.48 ± 0.54** [△]	62.32 ± 3.87** [△]	39.87 ± 8.60** [△]
对照	50 治前	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,[△] $P < 0.01$

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 χ^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

组 CI、EF 改善较对照组显著(P 均 <0.01)。

4 对心律失常的疗效 治疗组 50 例中 29 例发生各种心律失常,以房性及室性心律失常多见,经治疗后 15 例心律失常消失。对照组心律失常增加 5 例,以室性心律失常为主。

5 两组不良反应比较 对照组治疗过程中出现恶心 3 例,黄绿视 2 例,经停用地高辛、补钾等治疗后好转。治疗组治疗过程中未出现明显不良反应。

讨 论

多年来,对慢性肺心病合并心力衰竭患者均采取综合治疗,使一些患者病情得以缓解。但是肺心病并心衰患者大多年老体弱,由于心肌缺氧、肺部感染、内环境失调等因素,用洋地黄及利尿剂疗效较差,且易发生低血钾、低血镁而发生致命性心律失常。本病一般属于中医学“喘证”、“肺胀”、“痰饮”范畴。多是由于长期慢性咳喘气逆,反复发作,以致引起五脏功能失调,气血津液运行敷布障碍。本病病因与外感六淫、痰湿、水饮、瘀血息息相关。本虚标实,虚实错杂是本病的特点。本虚是肺、脾、肾、心俱虚,标实为水饮、痰浊、气滞、血瘀。“心主血脉”,为“阳中之太阳”,心阳可资脾之运化、肾之气化,是全身气血运行的中心。肺朝百脉而助心行血,肺病日久,气虚则无力推动血行致心血瘀阻,出现心悸、胸闷、紫绀、舌暗;心血瘀阻又可使水道壅滞而发生水肿。故心力衰竭又不仅局限于心,多是肺、心、脾、肾多脏同病,如心脾两虚、心肾两虚。笔者根据本病阳气衰竭的病理特点,以补阳益气为主要治法组方愈心汤,配合西药用于慢性肺心病并发心力衰竭的治疗,疗效较满意。方中黄芪、白术具有补肺健脾益气之功效;制附子、干姜味辛大温,能入肾温阳,以固元阳;桂枝辛、甘、温,归肺、心、膀胱经,可温经通脉,通阳化气;茯苓、猪苓、防己、泽泻、葶苈子能化痰蠲饮利水消肿;丹参、泽兰、益母草、当归可行气活血;南沙参、麦冬味甘、性微寒,具有养阴清肺、清心除烦的功效。诸药配伍,切中其病因病机,共奏补肺健脾纳肾、温阳利水化瘀疗效。

(收稿:2004-06-30 修回:2004-07-28)

拉米夫定联合益气凉血解毒 中药治疗慢性乙型肝炎

北京中医医院肝病科(北京 100010)

徐春军 刘 敏 林凌云

为了提高治疗慢性乙型肝炎的抗病毒疗效,降低耐药株的发生率,我们于 2001 年 2 月—2003 年 4 月,

对 130 例慢性乙型肝炎(chronic hepatitis B, CHB)患者进行了拉米夫定(Lamivudine, LAM)联合益气凉血解毒类中药治疗研究,观察对慢性乙型肝炎的近期疗效和对 YMDD 变异的干预作用。

临床资料

1 诊断标准 诊断符合“2000 年病毒性肝炎诊断标准”[中华肝脏病杂志 2000;8(8):324—329]及“拉米夫定临床应用指导原则”[中华肝脏病杂志 2000;8(8):248—249]的要求。乙型肝炎病史 >6 个月,血清 HBsAg、HBeAg、HbcAb 阳性或 HBsAg、HBeAb、HbcAb 阳性,均 HBV-DNA 阳性,中医辨证属于气阴两虚,毒热蕴于血分者,治疗前 3 个月血清 ALT 增高,并排除重叠其他肝炎病毒感染,治疗前 6 个月内未使用其他抗病毒药物者。

2 资料 对 130 例(全部来源于北京中医医院肝病科门诊)患者进行编码,按 5:5:3 的比例随机分入 3 个不同的治疗组,其中 LAM+中药组 50 例,男 36 例,女 14 例;年龄 15~68 岁,平均 32.6 岁;病程 1~25 年,平均 4.6 年;其中 HBsAg、HBeAg、HbcAb 阳性者 37 例,HBsAg、HBeAb、HbcAb 阳性者 13 例;中药组 50 例,男 35 例,女 15 例,年龄 15~66 岁,平均 32.4 岁;病程 1.5~20 年,平均 4.5 年;其中 HBsAg、HBeAg、HbcAb 阳性者 34 例,HBsAg、HBeAb、HbcAb 阳性者 16 例;LAM 组 30 例,男 20 例,女 10 例,年龄 14~65 岁,平均 32.8 岁;病程 1.5~24 年,平均 4.7 年;其中 HBsAg、HBeAg、HbcAb 阳性者 21 例,HBsAg、HBeAb、HbcAb 阳性者 9 例;3 组患者治疗前基本情况比较差异无显著性($P>0.05$),均具有可比性。

方 法

1 治疗方法 LAM 组采用 LAM[商品名贺普丁,每片 100mg,由葛兰素史克(苏州)有限责任公司生产]100mg,每天 1 次口服;中药组服用益气凉血解毒类中药(生黄芪 30g 太子参 15g 赤芍 15g 生地 10g 山豆根 6g 苦参 10g 乌梅 10g 五味子 10g),每天 1 剂水煎 400ml,早晚分 2 次服;LAM+中药组服用 LAM 及中药,剂量与方法同上两组;疗程均为 12 个月,3 组患者停药后均随访 6 个月。

2 标本的采取 抽取患者清晨空腹血 3~5ml,离心分离血清,4℃冰箱保存。

3 观察项目及检测方法 (1)肝功能指标,用 IFCC 法,试剂盒由美国 RANDOX 公司提供,每 1 个月复检 1 次;(2)HBVM 指标,应用酶联免疫法,由科华和澳斯邦公司提供试剂,每 3 个月复检 1 次;(3)HBV-DNA,应用荧光定量聚合酶链反应(PCR)检