

次妊娠,其中 1 例因输卵管妊娠而行患侧输卵管切除术,另 1 例孕足月因要求剖宫产分娩,而行剖宫产术,分娩正常活婴。

6 两组不良反应观察 治疗组无一例有不良反应发生,对照组有 8 例出现恶心、呕吐和轻度的骨髓抑制现象。

讨论 氨甲喋呤是叶酸的拮抗剂,可以和二氢叶酸的还原酶结合,使四氢叶酸形成障碍,干扰 DNA 合成,从而抑制滋养细胞增殖。宫腔镜下患侧输卵管插管注入氨甲喋呤,局部药物浓度高,作用快,迅速杀胚胎使之溶解,减少了粘连的形成,且氨甲喋呤不破坏输卵管组织和干扰管壁的修复,因而治疗后输卵管再通率高,且局部用药毒副作用小。中药:没药、天花粉、蜈蚣有杀胚的作用,而丹参、赤芍、桃仁等有活血化瘀的作用,故配合中药治疗,在促进包块吸收方面有显著的疗效。

注意事项:输卵管插管要准确熟练,要在 B 超的监视下,最大可能到达输卵管妊娠部位后注药,注药时间不可太快,以 5 min 为佳,太快可能由于输卵管内压力突然增加而导致输卵管破裂。

(收稿:2005-04-08 修回:2005-08-05)

中西医结合治疗小儿消化性溃疡 160 例

山东大学医院(济南 250100) 郑丽莉

自 1987 年 7 月—1999 年 6 月,我院采用中西医结合治疗小儿消化性溃疡 160 例,并与单用西医治疗 172 例作对照,现报告如下。

临床资料 全部病例均行胃镜检查确诊,诊断参照小儿消化性溃疡胃镜诊断标准。排除:(1)婴儿型急性消化性溃疡;(2)继发性消化性溃疡;(3)溃疡穿孔。按患儿就诊时间先后随机分为两组。治疗组 160 例,男 98 例,女 62 例;年龄 3~14 岁,平均 (10.32 ± 2.61) 岁;病程 0.3~5 年,平均 (2.51 ± 0.36) 年;溃疡类型:胃溃疡 27 例,十二指肠溃疡 133 例;合并症:上消化道出血 15 例,幽门梗阻 3 例,慢性贫血 17 例;Hp 阳性 95 例。对照组 172 例,男 102 例,女 70 例;年龄 2~14 岁,平均 (9.76 ± 2.59) 岁;病程 0.5~5 年,平均 (3.21 ± 0.76) 年;溃疡类型:胃溃疡 32 例,十二指肠溃疡 140 例;合并症:上消化道出血 17 例,幽门梗阻 6 例,慢性贫血 21 例;Hp 阳性 109 例;两组资料比较差异无显著性,具有可比性。

方 法

1 治疗方法 两组西医疗法:采用雷尼替丁每

天 1~3 mg/kg,每 12 h 1 次口服,羟氨苄青霉素每天 50 mg/kg,分 2 次口服,硫糖铝每天 10~20 mg/kg,分 4 次口服,疗程 4~8 周。治疗组加服中药,处方:党参 12 g 白术 12 g 茯苓 15 g 炙甘草 6 g 陈皮 8 g 黄连 10 g 黄芩 8 g 连翘 8 g 枳壳 6 g 当归 6 g,加水浓煎取汁 150 ml,每天分 2 次口服。治疗组疗程为 17~41 天,平均 (28 ± 11) 天;对照组只用西医疗法,疗程为 42~66 天,平均 (56 ± 9) 天。

2 观察指标 (1)临床主要症状:无明显节律性腹痛;次要症状:食欲不振、恶心、贫血与便血、反复呕吐、疲乏、消瘦等。(2)胃镜检查:临床主要症状显效后 2 周复查。(3)Hp 转阴。

3 统计学方法 采用 χ^2 检验和 t 检验。

结 果

1 疗效标准

1.1 临床疗效标准 治愈:临床主、次要症状消失;显效:临床主要症状消失,次要症状基本消失;有效:临床主要症状明显减轻,次要症状基本消失;无效:未达到有效标准。

1.2 胃镜疗效标准 治愈:溃疡消失及周围炎症消失;显效:溃疡消失,周围炎症未消失;有效:溃疡明显减小 $>1/2$,周围炎症未消失;无效:未达到有效标准。

1.3 Hp 疗效标准 Hp 清除:疗程结束时复查为阴性;Hp 根除:疗程结束后 1 个月复查为阴性。

2 疗效

2.1 两组临床疗效 治疗组 160 例,治愈 138 例(86.3%),显效 12 例(7.5%),有效 8 例(5.0%),无效 2 例(1.3%),总有效率为 98.7%。对照组 172 例,治愈 136 例(79.1%),显效 11 例(6.4%),有效 20 例(11.6%),无效 5 例(2.9%),总有效率为 97.1%;两组临床疗效比较差异无显著性。

2.2 两组胃镜疗效 治疗组 160 例,治愈 132 例(82.5%),显效 10 例(6.3%),有效 15 例(9.4%),无效 3 例(1.9%),总有效率为 98.1%。对照组 172 例,治愈 130 例(75.6%),显效 10 例(5.8%),有效 26 例(15.1%),无效 6 例(3.5%),总有效率为 96.5%;两组胃镜疗效比较差异无显著性。

2.3 两组 Hp 疗效 治疗组 Hp 阳性 95 例,Hp 清除率为 89.5% (85/95 例),Hp 根除率为 86.3% (82/95 例);对照组 Hp 阳性 109 例,Hp 清除率为 49.5% (54/109 例),Hp 根除率为 37.6% (41/109 例)。两组 Hp 清除率和根除率比较差异有显著性($\chi^2=37.39$ 和 $\chi^2=50.20$,均 $P<0.01$)。

2.4 两组复发情况 两组随访时间 1~5 年,治疗组随访 158 例,1~5 年内复发 3 例(3.8%);对照组随访 160 例,1~5 年内复发 33 例(20.6%),两组复发率比较差异有显著性($\chi^2=18.19, P<0.01$)。

3 不良反应情况 治疗组出现恶心 3 例;对照组出现恶心 21 例,一过性 ALT 升高 3 例,头痛、头晕 5 例,粒细胞减少 1 例,但停药后均恢复正常。

讨 论 中医学认为小儿消化性溃疡的腹痛属于小儿虚、寒、积、瘀腹痛范畴,我们采用异功散加减组方,方中党参、炙甘草益胃安中,以复中焦之升降;白术、茯苓健脾燥湿行水;取黄连、黄芩、连翘气薄清上、中焦之热以消痞;佐以陈皮、枳壳、当归行气化痰、消积导滞。本方温寒并用,使阴阳调和,病症得愈。结合西医疗法,可充分地发挥中西医结合治疗的优势,有效地缩短了疗程及其耐受性的产生,提高溃疡愈合质量,降低消化性溃疡的复发率,易于临床上推广应用。

(收稿:2005-01-20 修回:2005-05-28)

参麦注射液合川芎嗪注射液对急性心肌梗死溶栓后患者早期心室重构的影响

浙江大学医学院内科(杭州 310027) 杨 阳 叶牡丹
浙江中医学院附属第二医院 毛黎明

2001 年 10 月—2004 年 9 月,我们用参麦注射液合川芎嗪注射液治疗急性心肌梗死(AMI)溶栓后患者 45 例,对其早期心室重构和左心功能进行观察,现报道如下。

临床资料

1 病例选择 选择在本院急诊和住院首次发病的 AMI 患者 87 例,均符合《急性心肌梗死诊断和治疗指南》(中华心血管病杂志 2001;12:710—725)的 AMI 标准:(1)胸痛持续 20min 以上;(2)心电图检查两个或两个以上相邻导联 ST 段抬高(胸导联 $\geq 0.2\text{mV}$,肢导联 $\geq 0.1\text{mV}$);(3)血清肌钙蛋白试验阳性;(4)血清肌酸磷酸激酶同工酶升高达正常的 3 倍以上。

2 一般资料 87 例按数字表法随机分为两组,治疗组 45 例,男 25 例,女 20 例;年龄 39~75 岁,平均(59.4 $\pm$ 5.07)岁;前间壁及广泛前壁梗死 30 例,下壁梗死 7 例,高侧壁梗死 6 例,右室梗死 2 例;溶栓时间窗为(4.52 $\pm$ 0.70)h。对照组 42 例,男 26 例,女 16 例;年龄 41~74 岁,平均(58.2 $\pm$ 4.97)岁;前间壁及广泛前壁梗死 28 例,下间壁梗死 6 例,高侧壁梗死 5 例,右室梗死 3 例;溶栓时间窗为(4.65 $\pm$ 0.59)h。两组资料比较差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。

治疗方法 AMI 溶栓治疗参照《急性心肌梗死诊断和治疗指南》。两组均用尿激酶(商品名天普洛欣,广东天普生物化学制药有限公司生产)150 万 U 加入 0.9%氯化钠 100 ml 中静脉滴注,30 min 滴完,共 1 次;阿司匹林 0.3 g,每天 1 次口服,3 天后改为每天 0.1 g,长期服用;配合低分子肝素 0.4 ml 皮下注射,每天 2 次,共 10 天;其它 β 受体阻滞剂、硝酸酯类、转换酶抑制剂、调脂类药物按常规治疗。治疗组在用尿激酶同时在另一静脉通路用川芎嗪注射液(无锡第七制药有限公司生产)240 mg 及参麦注射液(每 10 ml 相当于红参、麦冬各 1 g,正大青春宝药业有限公司生产,批号:0106074)40 ml 分别加入 5%葡萄糖注射液(糖尿病患者用生理盐水)250 ml 中 2~2.5h 滴完。其后按上述剂量每天 1 次,连用 4 周。

观察指标:两组患者均于 AMI 后第 1、4 周行超声心动图(ECHO)检查,仪器采用美国惠普 1000 型彩超仪,探头频率为 2.5 MHz,记录左室舒张末期内径(LVD),左室舒张末期容积(LVEDV),左室收缩末期容积(LVESV),射血分数(EF)。统计学方法:采用 t 检验和卡方检验。

结 果

1 临床总疗效 按照无创性冠脉再通标准,治疗组与对照组溶栓再通分别为 28 例(62.2%)和 26 例(61.9%),住院期间死亡分别为 2 例(4.4%)和 3 例(7.1%),两组比较差异均无显著性;发生严重心功能损害(Killip 氏分级Ⅲ或Ⅳ级)分别为 1 例(2.2%)和 7 例(16.7%),两组比较差异有显著性($P<0.05$)。

2 两组治疗后不同时间左室各参数指标变化 见表 1。治疗 1 周时两组各参数比较差异无显著性;治疗 4 周时,对照组 LVEDV、LVESV 较 1 周时升高($P<0.05$),而治疗组治疗后 1、4 周比较差异无显著性;但治疗组 4 周时 LVEDV 和 LVESV 明显低于对照组($P<0.05$),而 EF 较对照明显升高($P<0.05$)。

表 1 两组患者治疗后不同时间左室各参数变化比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	LVD(cm)	LVEDV(ml)	LVESV(ml)	EF(%)
对照 (42)	治疗 1 周	5.2 $\pm$ 0.6	125.5 $\pm$ 31.9	63.8 $\pm$ 26.4	46.6 $\pm$ 10.1
	4 周	5.4 $\pm$ 0.6	143.9 $\pm$ 31.0*	70.7 $\pm$ 29.1*	48.7 $\pm$ 10.7
治疗 (45)	治疗 1 周	5.1 $\pm$ 0.5	124.9 $\pm$ 25.3	62.3 $\pm$ 21.8	47.8 $\pm$ 8.8
	4 周	5.2 $\pm$ 0.5	125.9 $\pm$ 28.5 Δ	59.4 $\pm$ 22.0 Δ	51.6 $\pm$ 9.0 Δ

注:与本组治疗后 1 周比较,* $P<0.05$;与对照组同期比较, $\Delta P<0.05$;()内数据为例数

3 不良反应 治疗期间两组均未发现不良反应。

讨 论 AMI 后早期左室重构主要表现是梗死区室壁变薄、膨胀,造成左室腔局部的膨出、变形、左室扩张和整体形状的改变。AMI 后心肌收缩力减低时,