

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 叶云丹
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。

万方数据

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,

根据 Frank-Starling 机制,增加心脏的前负荷,使回心血量增多,心室舒张末期容量增加,表明心室扩张,以维持心输出量。心室容积和左心功能被认为是决定患者生存预后的最重要因素。LVEDV、LVESV 及 LVEF 可敏感反映 AMI 后左室结构和功能的变化。

急性心肌梗死的中医辨证基本病机是本虚标实,气虚痰瘀构成了大部分患者的基本病机。参麦注射液具有大补元气、强心固脱、安神生津功效,与活血化瘀药川芎嗪配伍,遵循了辨证施治原则,对缺血心肌的保护作用优于两药单用也得到实验与临床研究的证实。本文临床资料表明参麦注射液与川芎嗪注射液配伍可抑制 AMI 后早期左室重构的发生,并利于心功能改善。其作用机理可能与益气活血中药能改善心脏血流动力学、干预心脏局部分泌、抑制心肌细胞凋亡、降低外周血肿瘤坏死因子水平、以及通过改善心肌线粒体三羧酸循环和氧化磷酸化过程、解决了心衰心肌的能量供应等作用有关。

(收稿:2005-05-27 修回:2005-08-01)

黄芪注射液联合多抗甲素治疗 再生障碍性贫血 33 例

河北省廊坊市中医医院
中国中医血液专病医疗中心 (河北 065000)

王茂生 李振丽 杨淑莲 侯伟 阎金玉
赵小民 邱海峡 孙长勇

2000 年 1 月—2003 年 10 月,我们在采用常规治疗的基础上加用黄芪注射液和多抗甲素治疗再生障碍性贫血(下简称再障)33 例,并与常规治疗的基础加用黄芪注射液治疗的 35 例作对照,现报道如下。

临床资料 参照张之南编著《血液病诊断及疗效标准》第 2 版诊断标准,纳入:(1)符合再障诊断标准;(2)系统治疗 4 个月以上者;(3)患者具有知情同意权。排除:对黄芪注射液或多抗甲素存在过敏或不能耐受的不良反应者。85 例患者按数字表法随机分为两组,治疗组 33 例,男 18 例,女 15 例;年龄 10~70 岁,中位年龄 38 岁;病程 0.43~170 个月,平均 (27.82 ± 17.44) 个月;急性再障 9 例,慢性再障 24 例;重度贫血 11 例,中度贫血 18 例,轻度贫血 4 例;重度出血 9 例,中度出血 7 例,轻度出血 10 例,无明显出血 7 例;合并感染 13 例。黄芪组 35 例,男 20 例,女 15 例;年龄 11~63 岁,中位年龄 36 岁;病程 0.43~197 个月,平均 (27.68 ± 18.63) 个月;急性再障 7 例,慢性再障 28 例;重度贫血 10 例,中度贫血 19 例,轻度贫血 6 例;重

度出血 7 例,中度出血 13 例,轻度出血 10 例,无明显出血 5 例;合并感染 11 例。两组患者资料比较差异无显著性,具有可比性。

方 法

1 治疗方法 两组患者均给予常规治疗:即每天应用康力龙 6 mg 或安雄 40 mg,急性患者加用环孢 A (华北制药厂生产)3~5 mg/kg,每天最大量为 200 mg。黄芪组在常规治疗基础上加用黄芪注射液(10 ml/支,相当生药黄芪 20 g,成都地奥制药公司生产)40~60 ml 加 5% 葡萄糖注射液(或 0.9% 氯化钠)200 ml 静脉滴注,每天 1 次,15 天为 1 个疗程。治疗组在黄芪组治疗的基础上同时配合多抗甲素(甘露聚糖肽,每 2 ml 含生药 5 mg,成都利尔药业生产)15~20 mg 加 5% 葡萄糖注射液(或 0.9% 氯化钠)250~300 ml 静脉滴注,每天 1 次,15 天为 1 个疗程,两组均间隔 7~10 天行下 1 个疗程,应用 4 个月以上。支持治疗:黄芪组输血 16 例,输血小板 18 例,抗感染 11 例;治疗组输血 21 例,输血小板 15 例,抗感染 13 例。

2 检测指标与方法 两组治疗前后主要症状及体征变化;血常规每周查验 1 次,两组治疗前后输血及输血小板间隔时间或完全脱离输血时间;骨髓常规形态每月查验 1 次。统计学方法:采用 χ^2 检验。

结 果

1 疗效标准 按前述文献标准,基本治愈:出血消失,血红蛋白男 ≥ 120 g/L,女 ≥ 100 g/L;白细胞 $\geq 4 \times 10^9$ /L,血小板 $\geq 80 \times 10^9$ /L,随访 >1 年未复发者。缓解:出血症消失,血红蛋白男 ≥ 120 g/L,女 ≥ 100 g/L;白细胞 3.5×10^9 /L 左右,血小板也有一定程度的增长,随访 3 个月病情稳定或继续进步者。明显进步:贫血和出血明显好转,不输血,血红蛋白较治疗前 1 个月内常见值增长 30 g/L 以上,并能维持 3 个月以上者。无效:未达到明显进步者。

2 两组疗效 治疗组 33 例,基本治愈 11 (33.3%),缓解 12 例 (36.4%),明显进步 8 例 (24.2%),无效 2 例 (6.1%),总有效率 93.9%。黄芪组 35 例,基本治愈 9 例 (25.7%),缓解 9 例 (25.7%),明显进步 12 例 (34.3%),无效 5 例 (14.3%),总有效率 85.7%。两组总有效率比较差异有显著性 ($P < 0.05$)。

3 随访结果 两组患者随访至 2004 年 10 月,治疗组随访 31 例,失访 2 例;其中基本治愈 15 (48.4%),缓解 13 例 (41.9%),明显进步 2 例 (6.4%),无效 1 例 (3.2%),总有效率 96.8%。黄芪组随访 29 例,失访 6 例,其中基本治愈 12 例