

黄芪、生脉注射液与复方丹参注射液合用 治疗急性心肌梗塞 99 例

北京中医药大学东直门医院(100700)

李 雁 陈立新 刘清泉

近年来,我们分别运用黄芪注射液加复方丹参注射液及生脉注射液加复方丹参注射液治疗心肌梗塞(AMI)175 例,观察其恶性心律失常、严重心力衰竭及 30 天死亡率的发生情况,现将结果报告如下。

1 临床资料

病例选择:全部病例均为 1997 年 1 月~2002 年 12 月在本院治疗的急性心肌梗塞患者,共 175 例,根据症状、心电图、心肌酶学检查均符合 WHO 关于急性心肌梗塞的诊断。采用单盲对照法,随机分为:(1)治疗 1 组(常规治疗加黄芪注射液及丹参注射液);(2)治疗 2 组(常规治疗加生脉注射液及复方丹参注射液);(3)对照组(常规治疗)。其中治疗 1 组 41 例,男 24 例,女 17 例,年龄 45~81 岁,平均 66 岁;治疗 2 组 58 例,男 30 例,女 28 例,年龄 46~83 岁,平均 69 岁;对照组 76 例,男 52 例,女 24 例,年龄 42~88 岁,平均 65 岁。3 组患者的年龄、性别、心梗部位、中医辨证分型等临床资料差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

3 组患者入院后均给予吸氧、止痛、稳定心肌细胞膜、抗凝、减轻心肌耗氧及镇静等治疗,有适应症者给予溶栓治疗。在上述治疗的同时治疗 1 组用 5%葡萄糖液 250ml 加黄芪注射液 20ml、复方丹参注射液 20ml。治疗 2 组用 5%葡萄糖液 250ml 加生脉注射液 20ml、复方丹参注射液 20ml(均为北京双鹤制药厂出品)。两组均每日静脉滴注 2 次,连用 2 周。

观察指标:(1)心律失常及恶性心律失常的发生率(多源性室早,RonT 室性早搏,室性心动过速,心室颤动,心室停搏);(2)严重心力衰竭的发生率(按照 Killip 分级 III 级以上为严重心力衰竭);(3)心肌梗塞后 1 个月内死亡率。

3 治疗结果

3 组恶性心律失常发生率比较:治疗 1 组 41 例患者中,4 例发生恶性心律失常,占 9.7%;治疗 2 组 58 例患者中,10 例发生恶性心律失常,占 17.2%;对照组 76 例中,26 例发生恶性心律失常,占 34.2%。治疗 1 组、治疗 2 组与对照组比较,差异均有显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$),两治疗组比较,差异无显著性($P>0.05$)。3 组严重心力衰竭发生率比较:治疗 1 组 41 例中有 2 例发生心力衰竭,占 4.8%;治疗 2 组 58 例中无心力衰竭发生;对照组 76 例中,有 8 例发生心力衰竭,占 10.5%。治疗 1 组、治疗 2 组与对照组比较,差异无显著性($P>0.05$)。3 组患者住院 30 天的死亡率比较:治疗 1 组死亡 1 例(2.4%),治疗 2 组死亡 1 例(1.7%),对照组死亡 8 例(10.5%)。治疗 1 组、治疗 2 组与对照组比较,差异均无显著性($P>0.05$)。

4 讨论

急性心肌梗塞后心肌缺血心室重构致心室顺应性下降进而影响心功能。心肌缺血坏死导致心肌电生理不稳定极易引起

折返活动而触发室性心律失常。心肌梗塞后心律失常的发生多在起病 1~2 周内,尤其 24 小时内,以室性心律失常多见,严重的心律失常是主要的死亡原因之一。

心肌梗塞中医属“真心痛”范畴,辨证多为心血瘀阻、痰瘀互结证,临床上以心阻血瘀证更为多见。中药黄芪具有补气升阳、益气固表、利水消肿作用。大量实验表明,补气药黄芪和活血药丹参能明显改善异常的血液流变学指标及降低血小板聚集功能,黄芪能增强丹参的活血化瘀作用,丹参能增强黄芪的补气强心作用。生脉注射液中人参有升高血压强心作用,麦冬可稳定心肌细胞膜,有正性变力作用,五味子有助于心脏活动,对动物有强心作用。实验研究表明,生脉注射液具有调节血压、增加心搏出量、提高心肌耐缺氧能力、抗疲劳、抗心律失常作用。丹参有扩张血管,抗凝防止血栓形成,促进血液循环并有清除自由基作用,丹参与生脉注射液联用,益气活血通脉,保护心肌细胞,作用互补和相加。治疗 1 组、治疗 2 组恶性心律失常的发生率均显著低于对照组($P<0.01$)。提示黄芪加丹参注射液组、生脉加丹参注射液组均可降低 AMI 恶性心律失常的发生率,对稳定心肌细胞膜、维持心律起到了良好的作用,且未发现明显毒副作用,安全有效。但治疗 1 组、治疗 2 组组间差异无显著性。心肌梗塞后严重心衰的发生率治疗 1 组、治疗 2 组与对照组相比无统计学意义,30 天病死率治疗 1 组、治疗 2 组与对照组相比无统计学意义。但一些临床结果表明,黄芪生脉有改善心功能,降低死亡率的作用,这可能与观察例数少有关,有待于进一步观察。

奇宁注射液治疗晚期恶性肿瘤 26 例

解放军第一六一中心医院肿瘤科(430010)

宁 昌 王志刚 付木昌 彭德清 华 艳 余治国

我科自 2002 年 8 月~2003 年 5 月对收治的晚期肿瘤病人,使用奇宁注射液治疗,与单纯对症支持治疗患者进行对照研究,现报告如下。

1 临床资料

入选的患者共 41 例,其卡氏评分 30 分,预计生存时间超过 3 个月以上;将其随机分为两组,治疗组 26 例,对照组 15 例,其中肝癌 21 例,肺癌 15 例,乳腺癌 3 例,胃癌 1 例,恶性淋巴瘤 1 例。全组男性 25 例,女性 16 例,男女比例 1.6:1;两组年龄分布为 32~75 岁,平均年龄 49.6 岁,两组间经统计学处理,无显著差异($P>0.05$)。两组均经病理或细胞或影像学确诊,并根据具体疾病的 UICC 制定的 TNM 分期标准进行临床分期,其中 III 期 17 例,IV 期 24 例。

2 治疗方法

治疗组用贵州神奇制药有限公司的奇宁注射进行治疗,批号 101548,规格 2ml/支。将奇宁注射液 10ml 加入生理盐水或葡萄糖液 250~500ml 中静脉滴注,每日 1 次,14 天为 1 个疗程,间歇 14 天,不加用放、化疗及其它抗肿瘤药物,可加用退热、护肝、祛痰、抗生素、营养、止痛等药物;对照组单纯使用退热、护肝、祛痰、抗生素、营养、止痛药物。以奇宁注射液治疗 2 个疗程结束时进行统一评价。

疗效评定标准:(1)肿瘤客观疗效评定标准:分为好转

(CR+PR)、稳定(NC)、恶化(PD)。(2)疼痛变化:依据主诉,按4级疼痛分级法。0级:无痛;Ⅰ级:轻度疼痛;Ⅱ级:中度疼痛;Ⅲ级:重度疼痛。好转为疼痛减轻 $\geq$ Ⅰ级或疼痛程度不变而止痛药减量;稳定为不变;恶化为疼痛增加 $\geq$ Ⅰ级或疼痛程度不变而止痛药增量。(3)卡氏评分:好转:卡氏评分增加 $\geq$ 10分;稳定:卡氏评分无明显变化;恶化:卡氏评分减少 $\geq$ 10分。(4)体重变化:除外体腔积液、浮肿等因素引起的体重变化。好转:体重增加 $\geq$ 2kg;稳定体重增加或减少在2kg以内;恶化:体重减少 $\geq$ 2kg。

3 治疗结果

3.1 肿瘤影像学疗效比较:对治疗前后两组患者进行影像学检查,治疗组好转2例,稳定14例,有效率(好转+稳定)为61.5%,恶化10例;对照组好转0例,稳定5例,有效率33.3%,恶化10例。经统计学分析,两组对比差异无显著性($P>0.05$)。

3.2 疼痛变化比较:全组共41例,有疼痛者33例,其中治疗组21例,好转4例,稳定12例,有效率76.2%,恶化5例;对照组12例,好转0例,稳定4例,有效率33.3%,恶化8例。统计学分析,两组间差异有显著性($P<0.05$)。

3.3 卡氏评分变化比较:治疗组好转9例,稳定11例,有效率76.9%,恶化6例;对照组好转1例,稳定5例,有效率40%,恶化9例。经统计学分析,两组间差异有显著性($P<0.05$)。

3.4 体重变化比较:治疗组体重增加4例,稳定15例;有效率73.1%,恶化7例;对照组体重增加1例,稳定4例,有效率33.3%,恶化10例。经统计学分析,两组间差异有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

奇宁注射液是用斑蝥酸钠精制而成的抗肿瘤注射剂。斑蝥酸钠有抑制肿瘤细胞蛋白质和核酸合成、抑制肿瘤细胞的生成和分裂的作用,从而达到抗肿瘤的目的,对肝癌、肺癌、乳腺癌、食管癌、胃癌细胞均有抑制作用。本临床研究发现,治疗组与对照组的肿瘤客观疗效无明显差异,但治疗组有效率61.5%,高于对照组33.3%。在疼痛缓解程度、卡氏评分及体重增加程度等方面,治疗组都明显优于对照组,两组资料对比差异有显著性,表明奇宁注射液在提高晚期肿瘤患者生存质量方面有显著疗效;同时奇宁毒副作用轻,可广泛应用于临床。

中西医结合治疗急性性主

髂动脉闭塞4例

天津中医学院第一附属医院外科(300193)

王 军 张学勇 王长智

急性性主髂动脉闭塞是外科危急重症,可引发剧烈的全身性多器官功能障碍连锁反应,对患者肢体和生命有很大的威胁,国外报道临床死亡率为30%~50%。我们采用中西医结合方法治疗本病效果较好,现介绍如下。

1 临床资料

患者4例,男性2例,女性2例,年龄45~76岁,从发病到就诊时间10小时~3天,平均56小时。合并有风心病房颤者1

例,冠心病房颤2例,糖尿病1例,近期心肌梗塞1例,近期出血性脑卒中1例,高血压2例。

诊断标准:突发下肢剧烈疼痛,继而皮肤苍白、感觉麻木、运动障碍,股以下动脉搏动微弱或消失,即“5P”征出现;并有血管彩超证实腹主动脉末段及髂动脉阻塞。

2 治疗方法

前两例患者因有近期脑出血史、心肌梗塞史加之动脉闭塞时间较长而未行手术治疗。例1首先给予低分子肝素钙0.4ml皮下注射,每12小时1次,复方丹参注射液30ml加入5%葡萄糖250ml静脉输入,配合中药活血化瘀,温阳通络。方用血府逐瘀汤加地龙3条、黄芪15g、炙附子6g、细辛4.5g、肉桂10g,其中附子先煎30分钟,余饮片水浸共煎浓缩至80ml,地龙焙干研粉冲入,每间隔1小时频服10ml。1周内患者有下肢温、麻、胀感及皮温皮色渐转,2周内中药理法及主方不变,药味随症加减;西药肝素抗凝两周后改口服培达、华法林。例2中医四诊可见面色苍白、痛苦呻吟、心悸怔忡、乏力喘息、四肢厥冷、湿粘汗出、足趾暗红、扶阳脉消失、舌淡苔剥、脉结代,诊为心肾阳虚、气虚瘀阻之“脱证”。病情危急治当首以四逆汤加味回阳救逆、温固心肾,辅以太少活血止痛,并用参附注射液80ml加入5%葡萄糖液250ml静脉输入,用西药强心、扩冠及尿激酶50万U溶栓1次;待两天后脉律及喘平,继同例1之理法方案治疗。3个月后复查血管彩超,例2双侧髂内动脉、股深动脉侧支循环形成,踝/肱指数可达0.4~0.6。例1经血管造影证实右侧髂总动脉90%狭窄,当时给予球囊扩张并放置支架后造影通畅,左侧股深动脉侧支循环形成良好。例3、例4均采取急症全麻下双侧股动脉切开取栓术,术中游离股动脉,控制近远端血流后,用Fogarty球囊导管分别向上进入左右髂动脉约40cm,取出大量较新鲜血栓,先后经双股动脉近、远心端反复交替取栓,并用肝素盐水反复灌注,待近端喷血好、远端回血良好,缝合并缓慢开放左右股动脉。术后均用复方丹参注射液30ml静脉滴注2周,例3加用参附注射液60ml静脉滴注。均未用肝素等西药抗凝。但两患者分别于术中、术后出现樱桃红色尿、少尿及单下肢肿胀、张力较高的非可凹性水肿等肌肾代谢综合征表现,舌暗红,淡胖少苔,脉沉迟而涩。中医辨证属肾阳虚损、脾阳不利、水瘀难敷之证,治当温阳化水、宣肺利气为主。方用肾气丸并以生地、黄芩、熟地黄、加小蓟、泽泻、桑白皮、葶苈子。两天后下肢肿胀渐消,尿色量正常。

3 治疗结果

4例患者2例手术取栓,2例合并术后肌肾代谢综合征,均未行骨髓膜切开而愈。晚期小腿中下1/3截肢1例,截趾1例,下肢深静脉血栓形成1例,肺栓塞0,死亡0。

4 讨论

急性性主髂动脉闭塞中医虽无对应病名,但属“血瘀”范畴,并为瘀血重症。《内经》有“结者散之,留者攻之。”《景岳全书》指出:“血有蓄而结者,宜破之逐之”,即活血逐瘀。本病虚实夹杂,以瘀实为重,主方血府逐瘀汤加味,在多味活血养血药中加地龙、牛膝引经破血;黄芪、川芎益气导血;细辛、附子、肉桂温阳通络,驱逐瘀血;诸药协同共达目的。