

[12]叶细标, 阚东海, 桂永浩. 环境与儿童健康[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 57-58.

[13]Diel P. Tissue-specific estrogenic response and molecular mechanisms[J]. Toxicol Lett, 2002, 127(1-3): 217-224.

[14]Jefferson WN, Padilla-Banks E, Clark G, et al. Assessing estrogenic activity of phytochemicals using transcriptional activation and immature mouse uterotrophic responses[J]. J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci, 2002, 777(1-2): 179-189.

[15]Laws SC, Carey SA, Ferrell JM, et al. Estrogenic activity of octylphenol, nonylphenol, bisphenol A and methoxychlor in rats[J]. Toxicol Sci, 2000, 54(1): 154-167.

(收稿日期: 2008-08-01; 修回日期: 2009-01-24)

[编辑: 行之]

加味回阳救急汤治疗急性心肌梗死合并休克 20 例

曾启全 周 波

(合浦县中医院内科, 广西壮族自治区合浦县廉州镇定海北路 66 号, 536100)

急性心肌梗死(AMI)患者合并休克的发生率为 10%~15%, 应用常规药物治疗病死率高达 80%以上, 约 50%的患者在休克发生 10 小时内死亡, 80%的患者在 1 周内死亡, 是 AMI 患者的重要致死原因^[1]。我们运用加味回阳救急汤治疗 AMI 合并休克取得较好的临床疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

符合入选条件的 40 例患者均来源于我院 2008 年 3~12 月病房及门诊, 中医诊断为厥脱, 诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》制订^[2], 西医诊断标准参照《实用内科学》制订^[3]。所有入选病例按就诊时间顺序随机分为治疗组和对照组, 每组 20 例。治疗组男 15 例, 女 5 例; 平均年龄(68.40±14.89)岁。对照组男 16 例, 女 4 例; 平均年龄(66.95±11.72)岁。两组在性别、年龄、血压、脉搏、尿量等方面差异均无显著性($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: 符合诊断标准; 引起休克的病因为心肌梗死; 年龄 18~90 岁。

排除标准: 妊娠或哺乳期妇女, 合并有精神病者; 对试验药物过敏者。

2 治疗方法

对照组予以西医常规综合治疗, 包括心电监护、吸氧、纠正酸中毒、维持水电解质平衡、应用血管活性药物(缩血管药物尽量少用或不用), 适当补充血容量, 酌情应用止痛剂以及溶栓、PTCA 等介入疗法。24h 为 1 个疗程, 连续治疗两个疗程。治疗组在治对照的基础上予以加味回阳救急汤(熟附子 9g, 干姜 5g, 肉桂 3g, 人参 20g, 白术 15g, 茯苓 15g, 陈皮 10g, 五味子 3g, 半夏 9g, 桃仁 10g, 红花 10g, 川芎 6g, 黄芪 30g, 甘草 6g), 每日 1 剂, 水煎服, 分 2 次灌服或鼻饲, 24h 为 1 个疗程, 连续口服两个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参照全国中医急症厥脱证协作组制订的《中医厥脱证疗效评定标准》, 临床治愈: 血压回升(收缩压较治疗前升高 20mmHg, 且收缩压>80mmHg, 脉压差>20mmHg), 厥脱证改善(脉有力, 肢温回升, 尿量增加; 停药后血压症状稳定)。显效: 用药 3h 后血压回升 4-12h 厥脱证改善, 24h 内血压症状稳定。有

效: 用药 3h 后血压回升, 24h 厥脱证改善, 48h 内血压症状稳定。无效: 用药后血压不回升, 厥脱证情况不稳定。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 20 例, 痊愈 5 例, 显效 6 例, 有效 3 例, 无效 6 例, 总有效率为 70%。对照组 20 例, 痊愈 2 例, 显效 5 例, 有效 3 例, 无效 10 例, 总有效率为 50%。两组间经统计学处理差异有显著性($P<0.05$), 治疗组疗效明显优于对照组。

3.3 两组患者治疗前后血压、脉搏、尿量比较

两组患者治疗后较治疗前血压、脉搏、尿量均有明显改善, 治疗后组间比较, 治疗组优于对照组($P<0.05$)。

3.4 两组患者治疗前后症状改善比较

治疗组治疗前神萎、面色苍白、口唇发绀、肢冷、出汗、烦躁例数分别为 18 例、15 例、18 例、17 例、17 例、19 例, 治疗后分别为 3 例、2 例、3 例、2 例、4 例、3 例; 对照组治疗前分别为 17 例、16 例、16 例、15 例、18 例、17 例, 治疗后分别为 9 例、10 例、9 例、9 例、11 例、10 例。治疗组单项症状改善程度均明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

AMI 合并休克的主要病理生理为心排血量的减少与全身微循环的障碍, 中医病机为阳气衰微, 血脉瘀阻。加味回阳救急汤既有回阳救逆、益气固脱之功, 又有活血化瘀、通行血脉之效。本临床观察显示, 加味回阳救急汤与常规西药治疗 AMI 合并休克有明显疗效, 既能提高患者生存率、降低本病的病死率, 又能稳定血压, 减慢心率, 增加尿量, 改善肢冷、发绀、出汗等症状。提示治疗 AMI 合并休克, 可考虑从中医着手, 运用中西医结合的方法, 常规应用扩血管药物与加味回阳救急汤, 尽量减少或不用缩血管药, 对于稳定血液动力学, 改善微循环, 挽救和保护濒死的心肌细胞, 防止心肌梗死的再扩大有着重要的作用与意义。

参考文献

[1]黄从新. 心血管病急症治疗指南·急性心肌梗死并发心源性休克[J]. 中国实用内科杂志, 2002, 9(20): 515-517.

[2]中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 1993: 37-39.

[3]陈灏珠. 实用内科学[M]. 10 版. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 256-257.

(收稿日期: 2008-12-31; 修回日期: 2009-03-05)

[编辑: 黄健]