

参麦注射液治疗原发性低血压 69 例疗效观察

孙梅雪

(浙江省嵊泗人民医院内科 嵊泗 202450)

关键词 原发性低血压 ; 中医药疗法 ; 参麦注射液 ; 疗效观察

中图分类号 R544.2

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)06- 0041-01

参麦注射液源于古方生脉饮,由人参、麦冬组成。具有益气固脱、养阴生津、补心复脉之功效。在治疗各种心血管疾病已取得较好的疗效。笔者用参麦注射液对我院近 2 年来原发性低血压患者进行治疗,取得一定疗效。报告如下:

1 资料与方法

1.1 病例选择 本组共 69 例,其中男性 24 例,女性 45 例;年龄 30~71 岁,平均 (45.0 $\pm$ 1.4) 岁;病程最短 3d,长者达 10 余年,平均 (2.3 $\pm$ 1.4) 年。每例血压均低于 12/8 kPa,同时除外心血管疾病、内分泌疾病、慢性消耗性疾病、高原性低血压及体位性低血压等各种继发性低血压。患者均有不同程度的头昏、疲乏、心悸或胸前区不适等症状。4 例曾有晕厥史。

1.2 治疗方法 参脉注射液 (杭州正大青春宝药业有限公司生产),每日 1 次,每次 40mL (每 mL 注射液相当于红参及麦冬各 0.1g) 加入 5%GS 250mL 中静脉点滴,疗程 10~14d,1 个疗程后观察疗效,每日门诊随访病人血压及心率的变化,并作记录。

1.3 疗效评定标准 显效:自觉症状消失,血压上升且 $\geq$ 15.2kPa;有效:自觉症状基本消失,血压上升 $\geq$ 12.5kPa;无效:症状无明显缓解,血压无上升。

2 结果

本组显效 52 例,占总数的 75.4%;有效 13 例,占总数的 18.8%;无效 4 例,占总数的 5.8%;总有效率为 94.2%。随访 1

年,38 例无复发;症状明显好转 22 例,复发 9 例。治疗前后血压经 t 检验有显著差异 $P<0.01$ 。见表 1。

表 1 治疗前后血压心率比较 ($\bar{X} \pm s$)

	收缩压 /kPa	舒张压 /kPa	心率次 $\cdot$ min ⁻¹
治疗前	10.6 $\pm$ 1.3	7.0 $\pm$ 1.1	69
治疗后	12.8 $\pm$ 1.5	8.5 $\pm$ 1.8	70

注:治疗前后血压比较, $P<0.01$ 。

3 讨论

原发性低血压是一种临床综合征^[1],常见于瘦弱的人,以女性多见,患者经常有头晕、心悸等症。目前西药尚无理想的治疗药物,低血压在中医属“心肺两虚”所致,参脉注射液为纯中药制剂。人参具有大补元气、补气健脾、生津止渴、宁神益智的作用;麦冬润脉滋水。据现代药理研究表明,参脉注射液有抗休克、改善微循环、增强心功能及升血压作用。本组观察显示,经参脉注射液治疗后患者的收缩压和舒张压均有明显增高,治疗前后比较差异显著,说明参脉注射液在治疗原发性低血压上效果显著,同时无任何毒副作用,有在临床应用价值。

参考文献

[1]中国医学百科全书编辑委员会.中国医学百科全书·心脏病学[M].上海:上海科学技术出版社,1982.165

(收稿日期: 2004 -08-04)

中西医结合治疗慢性乙型肝炎 125 例

彭德禄 刘镇中

(江西省吉安县人民医院 吉安 343100)

关键词 乙型肝炎 ; 慢性肝炎 ; 中西医结合疗法 ; 慢肝汤

中图分类号 R512.6²

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)06- 0041-02

笔者近年来,以自拟慢肝汤联合西药治疗慢性乙型病毒性肝炎 125 例,疗效满意。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 本组 207 例,为门诊及住院病例,按 1995 年北京第 5 次全国传染病寄生虫病学术会议《病毒性肝炎防治方案》诊断标准^[1],确诊为慢性乙型病毒性肝炎。随机分为 2 组,治疗组 125 例 (轻度 81 例,中度 44 例),男 73 例,女 52 例;平均年龄 39.4 岁;病程 1~10 年,平均病程 4.5 年;丙氨酸转氨酶 (ALT) 98~282U/L, 其中血清 HBsAg、HBeAg、抗

HBc 阳性者 96 例,HBsAg、抗 -HBe、抗 -HBc 阳性者 29 例。对照组 82 例 (轻度 58 例,中度 24 例),男 49 例,女 33 例;平均年龄 37.6 岁;病程 8 个月~9.3 年,平均病程 4.1 年;ALT 84~276U/L, 其中血清 HBsAg、HBeAg、抗 -HBC 阳性者 58 例,HBsAg、抗 -HBe、抗 -HBc 阳性者 24 例。2 组在性别、年龄、病程、症状、体征及理化检查等方法均无显著性差异 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组维生素 K 38mg, 肌肉注射,1 次/d; 维生素 C 0.2g, 3 次/d; 齐墩果酸片 60mg, 3 次/d,; 甘利欣

150mg,3 次/d,或甘利欣 150mg、10%门冬氨酸钾镁 30mL 加入 10%葡萄糖 500mL 中静脉点滴,1 次/d; 维生素 B6 20mg、三磷酸腺苷 40mg、辅酶 A100 加入 10%葡萄糖 500mL 中静脉点滴,1 次/d; 必要时加用促肝细胞生长素静脉点滴。治疗组在此基础上,根据情况口服自拟慢肝汤加减。慢肝汤组方:黄芪 15g,白术 10g,当归 10g,柴胡 10g,枳壳 10g,土茯苓 30g,虎杖 20g,绣花针 20g,半枝莲 15g,赤芍 30g,丹参 20g,甘草 10g。加减法:身目发黄、口苦口干、尿黄赤、舌红苔黄腻加茵陈、黄芩、蚤休、大黄;腹胀、恶心呕吐、便溏、苔白腻加陈皮、白蔻仁、厚朴、薏苡仁、茯苓;倦怠、纳差加太子参、茯苓、炒麦芽;肢冷畏寒、腰膝酸软、脉细加巴戟、川断;口干咽燥、心烦失眠、舌红少苔、脉细数合二至丸加北沙参、麦冬、枸杞、枣仁;胸胁刺痛,或见肝掌、蜘蛛痣,或舌紫暗、有瘀点加桃仁、莪术。水煎服,每日 1 剂。2 组疗程均为 60d。

1.3 观察指标和方法 观察患者治疗前后临床症状与体征的变化,肝功能(ALT、TBIL、A/G)复常率和乙肝病病毒复制(HBV-M)的变化。

1.4 疗效标准 参照《病毒性肝炎中医疗效标准》^[2]分为临床基本治愈、显效、好转、无效。

2 治疗结果

2.1 2 组综合疗效比较 见表 1。

表 1 2 组综合疗效比较						例(%)
组别	病例数	基本治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	125	65 (52.0)	48 (38.4)	5 (4.0)	7 (5.6)	94.4
对照组	82	30 (36.6)	18 (21.9)	14 (17.1)	20 (24.4)	75.6

注:治疗组治疗后基本治愈率、总有效率均优于对照组($P<0.05$)。

2.2 2 组患者治疗后临床症状与体征有效率比较 见表 2。

2 组患者治疗后临床症状与体征有效率比较							例
		肝区不适	腹胀	倦怠	纳差	目黄	肝脾肿大
治疗组	治疗前	90	90	80	72	23	17
(n=125)	治疗后	6	0	10	8	0	7
对照组	治疗前	58	56	50	45	14	10
(n=82)	治疗后	14	10	12	9	2	6

治疗前 2 组临床症状与体征无显著性差异($P>0.05$),治疗后治疗组症状与体征有效率明显优于对照组($P<0.05$)。

2.3 2 组病例 ALT、TBIL、A/G 复常时间及复常率的比较情况 见表 3。治疗后治疗组 ALT、TBIL、A/G 复常率均优于对照组($P<0.05$)。

2.4 2 组患者治疗后 HBV-M 的变化

表 3 2 组患者治疗后 ALT、TBIL、A/G 复常比较 例(%)

组别	疗程	ALT	TBIL	A/G
治疗组	1 个月	95/125 (75.2)	19/23 (82.6)	17/25 (68.0)
	2 个月	117/125 (93.6)	22/23 (95.7)	24/25 (96.0)
对照组	1 个月	50/82 (60.0)	7/14 (50.0)	6/13 (46.1)
	2 个月	60/82 (73.2)	12/14 (83.3)	11/13 (84.6)

2.4.1 2 组患者血清 HBsAg、HBeAg、抗-HBc 阳性者治疗后变化比较 见表 4。

表 4 2 组患者血清 HBsAg、HBeAg、抗-HBc 阳性者治疗后变化情况比较 例(%)

组别	n	HBsAg 转阴	HBsAb 转阳	HBeAg 转阴	抗-HBe 转阳	抗-HBc 转阴
治疗组	96	2 (2.1)	2 (2.1)	46 (47.9)	42 (45.8)	32 (33.3)
对照组	58	0	0	18 (31.0)	14 (24.1)	7 (12.1)

治疗后治疗组 HBsAg、HBeAg、抗-HBc 转阴率,HBsAb、抗-HBe 转阳率均优于对照组($P<0.05$)。

2.4.2 2 组患者血清 HBsAg、抗-HBe、抗-HBc 阳性者治疗后变化比较 见表 5。

表 5 2 组患者血清 HBsAg、抗-HBe、抗-HBc 阳性者治疗后变化比较 例(%)

组别	n	HBsAg 转阴	HBsAb 转阳	抗-HBe 转阴	抗-HBc 转阴
治疗组	29	3 (10.3)	2 (6.9)	16 (55.2)	10 (34.5)
对照组	24	2 (8.3)	0	8 (33.3)	4 (16.7)

治疗后治疗组 HBsAg、抗-HBe、抗-HBc 转阴率,HBsAb 转阳率均优于对照组($P<0.05$)。

3 讨论

慢性乙型病毒性肝炎,乃因人体正气不足,毒邪内侵,日久致湿阻、毒蕴、气滞、血瘀,伐肝脾而成。现代医学认为:“乙型肝炎慢性化主要是人体免疫应答功能低下”^[3]所致。故治疗当从整体观念出发,重在健脾养肝、行气化瘀解毒。慢肝汤中黄芪、白术、当归益气养血,柔肝健脾,以扶助正气,提高机体免疫功能,增强肝脏对白蛋白的合成;柴胡、枳壳疏肝理气,配丹参、赤芍行气活血,化瘀通络,增强肝脏血液循环,改善肝脏缺血、缺氧,消除自由基,抑制肝纤维化增生,促进肝纤维化吸收,减轻肝细胞变性、坏死,促进肝细胞的再生与修复;土茯苓、虎杖、半枝莲、绣花针清热利湿,凉血解毒,抗炎,抗病毒,降酶,退黄,抑制乙肝病毒复制,清除内毒素,恢复肝功能。全方集扶正祛邪于一体,通过调节脏腑功能以增强机体免疫力;通过清利湿热邪毒以抗病毒,降酶恢复肝功能;通过行气化瘀以改善肝脏血液循环,阻止和修复肝纤维化。临床应用疗效颇佳,是治疗慢性乙型病毒性肝炎的有效方法。

参考文献

[1]中华医学会传染病寄生虫病学分会.病毒性肝炎防治方案(试行)[J].中西医结合肝病杂志,1996,6(1):50~53
[2] 中医学会内科肝病专业委员会. 病毒性肝炎中医疗效判定标准(试行)[J].中医杂志,1992,33(6):373
[3]骆抗先.乙型肝炎[M].北京:人民卫生出版社,1997.154~155
(收稿日期:2004-08-12)

(上接第 39 页),瓜子壳粪石嵌塞,常见于肛门前,粪块含多量坚硬有刺状物,运行致直肠水分被吸收形成干粪团。由于刺状物,会刺伤直肠末端肠管引起疼痛,使肛门括约肌痉挛,而恐惧排便,使粪便存留干结而阻塞。

在治疗粪石异物嵌塞导致的肠梗阻时,应注意如下几点:(1)一般保守治疗 8~12h 无效或症状加重的应及时手术;(2)对有刺状异物导致梗阻的应及早手术,手术时应注

意检查肠壁有无刺伤,以防漏诊;(3)部分松软粪石或软性异物(如黑木耳等)可在术中从肠外压碎,并引导通过狭窄至结肠,不必切开肠管取出;(4)对粪块阻塞于肛门前的患者,有时合并有直肠的损伤,粘膜糜烂,甚至形成溃疡,应妥善处理。

(收稿日期:2004-08-15)