

通心络联合消心痛治疗 UAP 疗效观察

杨永超

(浙江省新昌县中医院 新昌 312500)

关键词: 不稳定性心绞痛; 中西医结合疗法; 通心络胶囊; 消心痛; 疗效观察

中图分类号: R 541.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)03- 0047-02

不稳定性心绞痛(UAP)是一种介于稳定型心绞痛和心肌梗死之间的不稳定心肌缺血综合征,极易发展成急性心肌梗死或猝死。我院采用通心络胶囊联合消心痛片治疗 UAP 取得较好疗效。报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 所选 84 例均为门诊或住院患者,入选病例参照 1997 年 WHO 制定的 UAP 的诊断标准,心功能 I~II 级。随机分为 2 组,治疗组 43 例,男 32 例,女 11 例;年龄 37~82 岁,平均 60.2 岁;病程 2~15 年。对照组 41 例,男 30 例,女 11 例;年龄 39~83 岁,平均 60.6 岁;病程 2.5~16 年。2 组用药前一般情况见表 1。

表 1 2 组治疗前一般情况比较										例
组别	n	心绞痛			心电图改变					
		初发型	恶化型	自发型	ST 段下移 >0.05mv	ST 段 抬高	T 波 倒置	房早	房颤	交界早 室早
治疗组	43	9	22	12	30	8	11	9	5	3 9
对照组	41	8	23	10	29	7	13	10	4	3 7

注:2 组各项比较, P>0.05。

1.2 治疗方法 对照组采用消心痛片 10mg, 1d3 次口服;治疗组在上述治疗基础上加用通心络胶囊 4 粒, 1d3 次口服, 4 周为 1 疗程。治疗期间除部分患者心绞痛急性发作临时含服硝酸甘油片外, 均停用其他如钙拮抗剂、β - 受体阻滞剂、调血脂药、抗心律失常药等。

1.3 观察指标 (1)每周临床症状; (2)每周心绞痛发作情况; (3)治疗前后心电图、血压、心率、心律变化; (4)治疗前后血脂变化; (5)治疗前后血、尿常规、肝肾功能、血钾、血镁变化; (6)治疗期间不良反应。

1.4 疗效评定标准

1.4.1 临床疗效评定标准 显效:同等劳累程度不引起心绞痛或心绞痛发作次数减少 >80%;有效:心绞痛发作次数减少 50%~80%;无效:心绞痛发作次数减少 <50%甚至加重。

1.4.2 心电图疗效评定标准 显效:静息心电图缺血性 ST 段或倒置 T 波恢复正常;有效:静息心电图缺血性 ST 段恢复 0.05mV 以上但未达到正常,或主导联倒置 T 波变浅达 50% 以上,或 T 波由平坦转为直立;无效:静息心电图变化达不到上述标准。

1.5 统计学处理 计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ² 检验,等级资料比较采用秩和检验。

2 结果

2.1 心绞痛发作情况 见表 2。

从表 2 中可以看出,2 组治疗前后心绞痛发作频率及每次发作持续时间均明显减少, 并且治疗组比对照组更加明

显。

表 2 2 组心绞痛发作情况比较 (X̄ ± S)

组别	n	发作频率 / 次·周 ⁻¹		持续时间 / min·次 ⁻¹	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	43	14.2± 2.9	4.7± 1.1**	10.9± 8.1	3.3± 2.1**
对照组	41	13.4± 3.0	7.2± 1.4*	10.3± 8.3	6.7± 3.9*
t 值		0.89	2.48	0.94	3.92
p 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.01

注:治疗前后 t 检验, *P<0.05, **P<0.01。

2.2 临床疗效比较 见表 3。

表 3 2 组临床疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	有效率 (%)
治疗组	43	23	14	6	86.05
对照组	41	9	19	13	68.29

2 组临床疗效经统计学处理, Uc=2.99, P<0.01, 有非常显著性差异。

2.3 心电图疗效比较 见表 4。

表 4 2 组心电图疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	有效率 (%)
治疗组	43	18	12	13	69.77
对照组	41	7	13	21	48.78

2 组心电图疗效经统计学处理, Uc=2.46, P< 0.05, 有显著性差异。

2.4 2 组治疗前后血脂、血镁、心律失常情况 见表 5。

表 5 2 组治疗前后血脂、Mg⁺⁺、心律失常情况 (X̄ ± S) mmol/L

项目	治疗组			对照组		
	治疗前	治疗后	p 值	治疗前	治疗后	P 值
TC	6.29± 0.80	5.13± 0.79	<0.05	6.42± 0.86	6.03± 0.67	>0.05
TG	2.18± 0.51	2.04± 0.54	>0.05	2.27± 0.59	2.09± 0.48	>0.05
LDL-C	4.32± 1.10	3.02± 0.87	<0.05	4.24± 1.07	3.85± 1.16	>0.05
HDL-C	0.98± 0.25	1.25± 0.52	<0.05	0.90± 0.28	0.96± 0.24	>0.05
Mg ⁺⁺	0.75± 0.21	1.00± 0.26	<0.05	0.73± 0.23	0.80± 0.29	>0.05
心律失常总数 / 例	26	12	<0.01	24	19	>0.05

治疗组中血脂、血 Mg⁺⁺、心律失常总数在治疗前后对比有显著性差异,对照组中上述情况无显著性差异。

2.5 不良反应 治疗组在治疗期间有 2 例出现上腹部不适, 加用硫糖铝片口服后好转, 未影响治疗。

3 讨论

UAP 的病理基础是由于冠状动脉内不稳定的粥样斑块表层纤维帽破溃, 出现裂隙, 激活血小板及促凝血因子, 导致冠脉内血栓形成, 同时由于内皮功能减退, 血清 NO 水平下降, 内皮源性收缩因子释放, 引起冠脉痉挛等原因所致。本组资料显示: 通心络胶囊联合消心痛治疗 UAP 可以明显提高治疗效果, 不仅明显减少心绞痛发作频率, 减少心绞痛持续时间, 改善心电图, 而且可以调整血脂, 明显减少心律失常的

甘露消毒丹加味配合西药治疗伤寒 35 例疗效观察

郭维玲

(浙江省苍南县中医院 苍南 325800)

关键词:伤寒;中西医结合疗法;甘露消毒丹;左旋氧氟沙星注射液;疗效观察

中图分类号:R 516.3

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)03- 0048-01

2003 年 3 月~2004 年 3 月,笔者运用甘露消毒丹加味治疗伤寒 35 例,取得良好疗效。现报告如下:

1 临床资料

病例均来源于本院住院患者,符合伤寒的诊断标准(《实用内科学》第 11 版,陈灏珠主编),均经血培养结果阳性予确诊。按上述条件纳入患者 70 例,随机分为治疗组和对照组 2 组。其中治疗组 35 例,男性 19 例,女性 16 例;年龄 16~56 岁,平均(39.07± 11.58)岁。对照组 35 例,男性 18 例,女性 17 例;年龄 16~56 岁,平均(42.19± 13.75)岁。2 组资料之间比较无显著性差异,具有可比性(P>0.05)。

2 治疗方法

2.1 对照组 患者常规予消化道传染病隔离,卧床休息,高热量、高营养、易消化饮食,降温,补液,抗感染应用左旋氧氟沙星针 100mL 静滴,1d 2 次。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用甘露消毒丹加味,组成:滑石 15g、茵陈 30g、黄芩 12g、石菖蒲 10g、木通 10g、藿香 12g、连翘 18g、白蔻仁 6g、射干 10g、薄荷 10g、栀子 10g。加减应用:热重者加黄连 9g,湿浊重苔腻不化者加半夏 9g、草果仁 6g,便血者加地榆炭 10g、侧柏炭 10g、三七(粉)3g 冲服。每日 1 剂,水煎 200mL,分早、晚 2 次服用,中药汤剂由院内中药房统一煎制。

2.3 观察内容 主要观察平均退热时间、平均血培养转阴时间、平均住院时间、并发症的发生率。

3 结果

3.1 对照组、治疗组 70 例病例均治愈,经血培养阴性予出院。2 组症状控制及平均住院天数比较见表 1。2 组治疗后平均退热时间、平均血培养转阴时间、平均住院时间,治疗组均明显短于对照组。

表 1 2 组症状控制及平均住院天数比较 ($\bar{X} \pm S$) d				
组别	n	体温正常	血培养转阴	平均住院
治疗组	35	6.39± 1.91	16.6± 7.0	16 ± 3.73
对照组	35	10.66± 2.32	22.3± 6.5	26 ± 4.18
P		<0.01	<0.01	<0.01

发生。众所周知,消心痛是临床上常用的抗心绞痛药物,具有一定的临床效果。通心络胶囊是由人参、水蛭、全蝎、蜈蚣等组成的复方中药制剂,中医理论上具有益气活血、通络止痛作用。目前已有研究显示,通心络具有保护内皮细胞功能,升高血清 NO 水平,降低血清 ET-1 作用,稳定斑块,延缓动脉粥样硬化,改善微血管灌注,促进冠脉血流恢复,从而控制心

3.2 2 组并发症的发生率比较见表 2。2 组肠出血、中毒性肝炎的发生率,治疗组均少于对照组。

表 2 2 组并发症的发生率比较 ($\bar{X} \pm S$) 例(%)			
组别	n	肠出血	中毒性肝炎
治疗组	35	1(2.86%)	2(5.71%)
对照组	35	8(22.86%)	13(37.14%)
P		<0.05	<0.01

4 体会

伤寒是由伤寒杆菌引起的急性消化道传染病,临床上以持续高热、腹部不适、肝脾肿大、白细胞低下、部分病人有玫瑰疹和相对缓脉为主要特征。祖国医学认为伤寒属“湿温病”范畴,发病机制多为湿热重浊有形之邪,郁遏清阳之气,阻滞气机,湿热难解,继之则化热化燥,湿热生毒,湿毒弥漫,侵入营血,扰神迫血。其病理机制与“湿、热、毒”有关,基本病机为湿热并重,热毒蕴结。临床多有湿、热、毒之象,治疗以利湿化浊、清热解毒为基本原则,笔者选用《温热经纬》甘露消毒丹为基本方药。本方为主治湿温、时疫之邪留恋气分、湿热并重之证的主方。方中重用滑石清热利湿解暑,茵陈清热利湿而退黄,黄芩清热解毒而燥湿,木通助滑石、茵陈清利湿热,连翘助黄芩清热解毒,石菖蒲、白蔻仁、藿香、薄荷芳香化浊。王士雄赞之“此治湿温时疫之主方”,“暑湿、热疫之邪,当在气分,悉以此丹为之有效”。现代中药药理学研究证实黄芩、茵陈、连翘等清热药对伤寒杆菌有抑菌作用。在治疗细菌感染性疾病时,清热药与抗菌药联合应用,既可发挥抗菌药较强抑杀细菌的作用,又可发挥清热药增强免疫、消除内毒素的作用,这样可达到菌毒主治,发挥两个优势,即可起到祛邪不伤正的效果。在临床应用中结合兼证、变证之不同加味用药,辨证治疗,往往取得较好效果。

通过临床资料观察表明甘露消毒丹加味结合现代医学抗菌药治疗伤寒,可改善症状,缩短疗程,提高疗效,减少并发症的发生,有一定的推广应用价值。

(收稿日期: 2004- 08-24)

绞痛发作。此外,通心络还具有调节血脂,减少心律失常发生,作用机理尚不十分清楚,可能也与稳定内皮功能、升高血 Mg⁺⁺ 有关,有待进一步研究。笔者认为,消心痛片与通心络胶囊合用能起到协同相加作用,明显提高临床疗效。

(收稿日期: 2004 -12-23)