组均术后 5 d、10 d、3 个月随访。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件进行统计学处理，计量资料用($\overline{X}\pm S$) 表示，采用 t 检验，计数资料用卡方检验。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 临床疗效判定标准参照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》耳鼻咽喉科病证中慢喉喑的诊疗标准和 1997 年国家中医药管理局颁布的《中药新药临床研究指导原则》(第三辑)中慢喉喑的诊疗标准。临床痊愈：症状和体征消失，符合临床疗效治愈标准，声时和嗓音声学参数正常。显效：症状和体征基本消失，符合临床疗效显效标准，声时和嗓音声学参数明显改善。有效：症状和体征部分消失，符合临床疗效有效标准，声时和嗓音声学参数有改善。无效：主要症状及体征无明显改善或反而加重。

2.2 症状总积分 两组治疗前后症状总积分比较见表 1。试验组和对照组治疗前症状总积分经 t 检验 $P>0.05$，两组之间差异无统计学意义，具有可比性。试验组治疗前后症状总积分经 t 检验 $P<0.01$，差异有统计学意义；对照组治疗前后症状总积分经 t 检验 $P<0.05$，差异有统计学意义。试验组和对照组治疗后症状总积分经 t 检验 $P<0.05$，两组之间差异有统计学意义。表明试验组治疗声带息肉的疗效明显优于对照组。

表 1 两组声带息肉患者治疗前后症状总积分比较 ($\overline{X}\pm S$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
试验组	60	18.70± 6.49	5.77± 5.03
对照组	60	18.75± 6.38	13.06± 6.23

2.3 临床疗效 见表 2。经 Ridit 分析，$P<0.05$，两组临床疗效比较，有显著性差异。表明试验组疗效优于对照组。

表 2 治疗 2 周后两组综合疗效比较 例

分组	n	痊愈	显效	有效	无效	愈显率(%)
试验组	60	49	8	2	1	95
对照组	60	30	9	4	17	65

3 讨论

声带息肉属中医“慢喉喑”、“久喑”的范畴。中医主要采用中药汤剂、中药蒸气吸入、针刺、按摩等治疗，西医采取药物加手术治疗。目前对于声带息肉围手术期的中医药干预研究很少，临床上主要单纯采用手术、药物疗法等，这些疗法对于声带充血、边缘肥厚者临床效果不佳，治疗时间偏长。谢强教授采用针刺“开音 1 号”穴、“开音 2 号”穴为主的中医平衡康复疗法具有舒郁安神、舒利咽喉、活血化瘀、益气悦音的功效[5-7]。通过该疗法对声带息肉围手术期的干预治疗，调理全身功能，从而调动人体的抗病御邪功能，达到术前平衡阴阳、平衡心理和术中安全度过手术及术后修复创伤、康复嗓音的目的。该治疗方法是在继承传统医学基础上的创新，谢强中医围手术期平衡康复疗法结合电子喉镜手术治疗声带息肉，明显提高了治疗效果。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准•慢喉喑[S].南京:南京大学出版社,1994.127
[2]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第三辑)[S].1997.160-161
[3]邓琤琤.针刺开音 1 号穴为主治疗急性运动创伤性喉炎风热证的疗效分析[J].听力学及言语疾病杂志,2005,13(3):194-195
[4]张剑云.谢强针刺开音 2 号穴为主治疗发声疲劳症的经验[J].上海针灸杂志,2004,23(1):35
[5]王芳,谢强.谢氏围手术期平衡康复疗法对声带息肉 / 小结围手术期的干预研究[J].中医耳鼻喉科学研究杂志,2011,10(2):53-55
[6]谢强,陈丹,龙平,等.消肿散结利喉饮对声带息肉术后康复干预及声学分析[C].杭州:第 15 届全国中医耳鼻喉科学术研讨和继续教育年会论文汇编,2009.223
[7]肖永涛,谢强,杨淑荣.谢强教授针灸治疗耳鼻喉科疾病经验介绍[J].新中医,2006,38(2):9-10

(收稿日期：2011-08-30)

参附注射液合桃红四物汤治疗缓慢性心律失常的临床观察

董明兴 邢东和
(湖北省阳新县中医院 阳新 435200)

关键词：缓慢性心律失常；参附注射液；桃红四物汤；中医药疗法
中图分类号：R 541.7 **文献标识码**：B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.004

缓慢性心律失常是指成人的心室率 <60 次/min 的心律失常，其中包括窦性心律失常(窦性心动过缓、窦性停搏、窦房阻滞、病态窦房结综合征等)、房室或室内传导阻滞、逸搏心律等种类[1]。目前临床治疗主要的药物有阿托品、异丙肾上腺素、茶碱类药物、硝酸甘油、麻黄素等，虽有一定的疗效，但因药物的副作用常使人不能耐受。安装心脏起搏器的治疗方法适应范围较窄，常受患者接受程度及经济条件限制，制约其广泛应用。笔者根据自己多年中西医结合治疗心脏疾病的经验，采用参附注射液合桃红四物汤治疗缓慢性心律失常，取得了明显的临床疗效。现介绍如下：

1 临床资料

1.1 一般资料 37 例病人来源于本院内科门诊患者，其中单纯性窦性心动过缓 26 例，病态窦房结综合征 4 例，房室传导阻滞 7 例；女性(下转第 31 页)

[5]。疝环填充式和平片式无张力疝修补术是治疗腹股沟疝疗效肯定的方法。疝环填充式无张力修补术符合人体生理解剖结构，修补部位牢固，具有无张力的特点，而且所用材料具有良好的抗感染性和组织相容性，减少了切口感染率及腹股沟疝的复发[6]。平片式无张力疝修补术是将补片置于腹股沟管后壁直接加强腹横筋膜，周围组织很快与其融合，形成一层致密的纤维结缔组织层从而达到修复腹股沟区缺损的目的，真正做到无张力，并消除了疝复发的解剖学基础。与传统的疝修补术相比，扩大了手术适应证，降低腹股沟疝的复发率[7~8]。

本研究将疝环填充式和平片式无张力疝修补术治疗腹股沟疝进行临床对比分析发现，两组手术时间相近，从两组操作难易程度发现平片式无张力疝修补术更为简易，相对容易掌握。两组术后疼痛率、术后局部异物感以及尿潴留发生率均较低且住院时间均不超过 1 周，最短的为 2 d，两组间无明显差异，这提示两种无张力疝修补术并发症少，康复快。随访发现两组复发病例数均为 1 例，这表明两种无张力修补术复发率低，远低于传统手术的复发率。可能原因是疝环填充式以锥形假体充填物修补腹横筋膜缺损，再以补片加强腹股沟管后壁刺激周围组织发生成纤维细胞反应，恢复、加强修补部位的组织强度，无张力，减少了疝复发的解剖学基础[3]；而平片式无张力疝修补术所使用的补片不但本身起作用，还可以刺激成纤维细胞繁殖，生成纤维结缔组织加固其修复作用[9]。通过比较治疗费用，平片式组费用少于疝环填充式组，主要是疝环填充式无张力修补术所用材料费用增加所致。

通过实践，总结在实际过程中需要注意以下几点以减少并发症的发生和复发：(1) 手术严格无菌操作，防止由切口感染所致的修补失败。(2)严密止血，降低渗血所引起的补片与组织的亲和力降低而导致的手术失败。(3)固定补片时避免补片缝扎到神经分布丰富和高度敏感的区域而引起疼痛。(4)建议有慢性尿潴留患者应先保守治疗后手术，以减少尿潴留并发症的发生。(5)补片应固定于耻骨联合及腹股沟韧带或耻骨梳韧带上，以避免补片的滑动引起的复发。

综上所述，疝环填充式和平片式无张力疝修补术总的治疗效果相近，均具有操作简易、创伤少、恢复快、并发症少、复发率低等优点，但平片式无张力疝修补术治疗费用低，值得在临床上推广使用。

参考文献

[1]陈宁波,曾杰,陈仿.疝环充填式无张力疝修补术治疗老年腹股沟疝的临床分析[J].中国全科医学,2008,11(2):339
[2]戴光耀,王学平,谈力欣,等.无张力疝修补术治疗腹股沟疝的体会[J].中国全科医学,2008,11(8):1 496
[3]中华医学会外科学分会疝和腹壁外科学组.成人腹股沟疝、股疝手术治疗方案(修订稿)[J].中华普通外科杂志,2004,19(2):1 261
[4]肖乾虎.无张力疝修补术的现代解剖学生理基础[C].中华医学会第十四届全国外科学术会议论文汇编,2001.75-77
[5]Bisgaard T, Bay-Nielsen M, Christen-sen, et a1. Risk of recurrence 5 years or more after primary lichtenstein mesh and sutured inguinal hernia repair[J].British Journal of Surgery,2007,94(8):1 038-1 040
[6]庞瑞忠.疝环充填式无张力修补术治疗腹股沟疝的体会[J].当代医学,2008,14(9):9-10
[7]李伟安,唐德生,周东航,等.平片式无张力疝修补术 68 例临床分析[J].局解手术学杂志,2003,12(2):123-124
[8]王德俊,袁小芳,马晓莉,等.腹膜外平片法无张力疝修补术在复杂腹股沟疝中的应用[J].中国全科医学,2007,10(16):1 367
[9]黄磊,唐健雄,陈革,等.疝环充填和平片式无张力腹股沟疝修补术后复发分析[J].外科理论与实践,2003,6(3):485-487

（收稿日期：2011-07-06）

（上接第 5 页）11 例，男性 26 例。7 例房室传导阻滞患者中，Ⅰ度房室传导阻滞 5 例，Ⅱ度Ⅱ型房室传导阻滞 1 例，Ⅲ度完全性房室传导阻滞 1 例。

1.2 *治疗方法* 参附注射液（国药准字 Z20043116）50 mL，加入 5%GS 200 mL，静脉滴注，1 次 /d，14 d 为 1 个疗程；并予桃红四物汤加减方：桃仁 10 g、红花 7 g、熟地 20 g、当归 15 g、白芍 15 g、川芎 9 g、丹参 15 g、泽兰 10 g、瓜蒌皮 15 g、桂枝 8 g，1 剂 /d，分 2 次煎服。

1.3 *治疗效果* 经上述 2 个疗程治疗观察，单纯窦性心动过缓和Ⅰ度房室传导阻滞患者，均在 2 个疗程内恢复正常，总有效率 100%；病窦综合征患者病情明显好转，症状（心悸、胸闷、晕厥、头晕、乏力、记忆力减退、反应迟钝）明显改善，有效 1 例，显效 3 例；Ⅱ度Ⅱ型、Ⅲ度房室传导阻滞患者的心电图特征消失，但心率仍 <60 次 /min 1 例，有效 1 例，显效 1 例。

2 讨论

心动过缓中医学虽无此病名，但根据其脉象或迟或涩或结代，以及心悸、胸闷、晕厥、乏力、短气、喘促等症状特点，属于中医“心悸、怔忡、胸痹”等范畴，其病位在心，本虚而标实[2]。本虚是心中阳气亏虚，推动血行无力，标实是瘀血水阻为患；法当益气回阳、活血通脉。故以人参益气温阳、调补人身元气，附子温肾回阳救逆为主而固本；辅以桃红四物汤加丹参、泽兰、瓜蒌皮、桂枝活血补血、宽胸散结以通心脉又治其标，标本兼治，正中本病之病机，故可获效。

参考文献

[1]刘国树.参附注射液治疗缓慢心律失常的临床荟萃分析[J].南昌:第十次中国中西医结合学会心血管学术会议论文汇编,2010.203-206
[2]王瑗平,田卫卫.参附注射液有效治疗各型心律失常[J].现代中西医结合杂志,2001,10(6):508-509

（收稿日期：2011-08-31）