

表 1 两组患者血脂水平比较 (mmol/L,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	TG	TC	HDL-C	LDL-C
观察组	43	治疗前	3.25± 0.82	6.19± 0.52	1.65± 0.51	3.91± 0.46
对照组	43		3.31± 0.85	6.23± 0.56	1.59± 0.47	3.86± 0.43
t			0.333	0.343	0.567	0.521
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	
观察组	43	治疗后	1.28± 0.41	4.86± 0.43	2.57± 0.63	2.08± 0.34
对照组	43		2.09± 0.63	5.37± 0.49	2.04± 0.58	2.87± 0.39
t			7.066	5.130	4.059	10.012
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	

2.2 两组患者 hs-CRP 水平比较 治疗后,观察组 hs-CRP 明显低于对照组, 差异有统计学意义,  $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组 hs-CRP 水平比较 (mg/L,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	43	30.85± 8.17	19.68± 4.35
对照组	43	31.02± 8.23	28.53± 5.76
t		0.096	8.040
P		>0.05	<0.05

### 3 讨论

不稳定型心绞痛主要由进行性冠状动脉狭窄、血栓形成诱发,相比于稳定型心绞痛,患者疼痛更为剧烈,持续时间较长,且诱发迅速,严重者可导致急性心肌梗死、二尖瓣反流性杂音等,严重威胁患者生命健康。中医认为不稳定型心绞痛属于“胸痹、心痛”范畴,主要由机体肾、肝、脾功能失调所致,且老年人多伴心气亏虚、情志失节、阴寒血瘀等本虚标实症候,故中医治疗不稳定型心绞痛以化痰逐饮、益气活血为主<sup>[9]</sup>。

丹参粉针属于新型冻干粉针,其中丹参常用于治疗心痛、胸痹等病症,具有行气止痛、清心除烦作用,通过抑制血小板释放及聚集,降低血液黏度,改

善微循环,加速血流流动,改善组织缺氧;同时,丹参还可预防垂体后叶素所致心肌缺氧,减轻血管痉挛,避免心肌受损<sup>[4-5]</sup>。灯盏细辛注射液主要成分为野黄芩苷及总咖啡酸酯,可清除氧自由基,增强机体耐氧力,抑制细胞膜脂质过氧化,减少心肌耗氧量,促进机体血脂代谢,改善血流动力学状态;可通过促进纤维酶活性,扩张冠状动脉,降低血管阻力,抑制血小板及红细胞聚集,防止血栓形成;还可保护血管内皮细胞结构与功能,减缓动脉粥样硬化进程,具有通脉止痛之功效。研究结果显示, 治疗后观察组患者 TG、TC、LDL-C 及 hs-CRP 水平均低于对照组, HDL-C 明显高于对照组,这一结果与其他研究结果相似<sup>[9]</sup>。综上所述,采用灯盏细辛注射液与丹参粉针联合治疗不稳定型心绞痛,可有效调节患者血脂,降低 hs-CRP 水平,改善循环,减轻机体炎症反应,具有重要的临床价值。

#### 参考文献

[1]彭惠媚,胡中华,李惠,等.灯盏细辛联合氯吡格雷治疗不稳定型心绞痛疗效及其对血液学指标的影响[J].海南医学,2014,25(13):1890-1893

[2]葛均波,徐永健.内科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013:236-241

[3]陈红娟,殷泉忠.丹参川芎嗪联合前列地尔对老年不稳定型心绞痛患者内皮功能的影响[J].中国老年学,2015,35(15):4210-4211

[4]王凤姣,谢雁鸣,廖星,等.灯盏细辛注射液佐治冠心病心绞痛随机对照试验的系统评价和 Meta 分析[J].中国中药杂志,2015,40(16):3298-3307

[5]冯艳.复方丹参滴丸与辛伐他汀治疗不稳定型心绞痛临床观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(1):22-23

[6]孙利强.灯盏细辛对急性冠脉综合征老年患者血清 C 反应蛋白与白细胞介素-6、-12、-18、-23 的影响[J].中国老年学,2014,34(1):249-250

(收稿日期: 2017-03-17)

## 参麦联合舒血宁注射液治疗急性病毒性心肌炎疗效观察

张向东

(河南省周口市太康县人民医院重症医学科 太康 461400)

**摘要:**目的:探讨参麦注射液联合舒血宁注射液治疗急性病毒性心肌炎患者的临床疗效。方法:选取我院 91 例急性病毒性心肌炎患者,随机分为对照组和观察组。对照组 45 例予以钾镁能量极化液+辅酶 Q10 胶囊治疗,观察组 46 例给予参麦注射液+舒血宁注射液治疗。比较两组治疗效果、心肌酶肌酸激酶同工酶(CK-MB)、心肌肌钙蛋白 I(cTnI)水平及不良反应发生率。结果:观察组治疗总有效率高于对照组,CK-MB 及 cTnI 水平均低于对照组,差异具有统计学意义,  $P < 0.05$ ; 两组患者不良反应发生率无显著性差异,  $P > 0.05$ 。结论:参麦注射液联合舒血宁注射液治疗急性病毒性心肌炎效果显著,可改善心肌功能,且安全性高。

**关键词:**急性病毒性心肌炎;参麦注射液;舒血宁注射液

中图分类号:R542.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.004

病毒性心肌炎是由病毒感染引起的心肌疾病,临床多表现为心慌、胸闷、乏力等,严重者甚至引发心力衰竭、心律失常、心源性休克等。既往临床多采用抗病毒、抗感染、调节机体免疫等治疗,但效果不

甚理想。舒血宁注射液可有效减少心肌细胞损伤,改善患者心功能,应用于急性病毒性心肌损害患者效果较佳。有学者指出<sup>[1-2]</sup>,参麦注射液治疗病毒性损害效果更佳,可改善患者心功能及心肌酶谱。本研究

将参麦注射液联合舒血宁注射液应用于急性病毒性心肌炎患者中,取得良好的临床效果。现报道如下:

## 1 资料和方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 1 月~2016 年 12 月收治的 91 例急性病毒性心肌炎患者,随机分为对照组和观察组。观察组 46 例,男 26 例,女 20 例;年龄 20~55 岁,平均年龄(40.88±10.10)岁。对照组 45 例,男 27 例,女 18 例;年龄 22~57 岁,平均年龄(41.91±10.07)岁。对比两组基线资料,差异无统计学意义, $P>0.05$ ,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组给予辅酶 Q10 胶囊口服,20 mg/次,3 次/d;钾镁能量极化液(氯化钾 5 ml+维生素 C 2.0 g+5%葡萄糖注射液 250 ml+25%硫酸镁 5 ml+能量合剂 1 支)静脉滴注,1 次/d;利巴韦林 15 mg/(kg·d)+5%葡萄糖注射液 250 ml 静脉滴注,1 次/d,用药 14 d。观察组给予参麦注射液(国药准字 Z20093647)30 ml+舒血宁注射液(国药准字 Z11021350)15 ml 加入 5%葡萄糖注射液 250 ml 中静脉滴注,1 次/d,用药 14 d。

1.3 观察指标 比较两组治疗效果、心肌酶肌酸激酶同工酶(CK-MB)、心肌肌钙蛋白 I(cTnI)水平及不良反应发生率。(1)疗效评估标准<sup>[3]</sup>:症状加重或无改善,心电图未改善为无效;症状有所好转,但体力活动后可见胸闷等症状,T 波由平坦转为直立或变浅超过 50%,心电图显示 ST 段回升 0.5 mV 为好转;心电图恢复正常,症状基本消失为显效。总有效率=(好转+显效)/总例数×100%。(2)抽取 5 ml 空腹股静脉血,以酶联免疫荧光法测定 CK-MB、cTnI 水平。

1.4 统计学分析 采用 SPSS19.0 统计软件对数据进行分析,以( $\bar{x} \pm s$ )、率表示计量资料、计数资料,进行  $t$ 、 $\chi^2$  检验, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组治疗总有效率高于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	n	无效	好转	显效	总有效
观察组	46	3(6.52)	11(23.91)	32(69.57)	43(93.48)
对照组	45	11(24.44)	14(31.11)	20(44.44)	34(75.56)
$\chi^2$					5.613
P					<0.05

2.2 两组患者 CK-MB、cTnI 水平比较 治疗后观察组 CK-MB 及 cTnI 水平均低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者 CK-MB、cTnI 水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	CK-MB(U/L)		cTnI(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	56.15±6.84	20.17±4.33	15.19±6.75	0.73±0.12
对照组	45	54.22±5.78	32.21±4.79	15.14±5.95	3.49±0.77
t		1.452	12.584	0.038	24.017
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组患者不良反应发生率比较 两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患者不良反应发生率比较[例(%)]

组别	n	头痛	失眠	头晕	总不良反应
观察组	46	1(2.17)	2(4.35)	1(2.17)	4(8.70)
对照组	45	1(2.22)	0(0.00)	2(4.44)	3(6.67)
$\chi^2$					0.001
P					>0.05

## 3 讨论

随着生活压力加大、生活环境恶化,近年来急性病毒性心肌炎发病率逐年递增。其主要发病机制为:(1)一氧化氮及多种细胞因子等介导的微血管损害及心肌损害;(2)持续病毒感染及急性病毒感染对心肌造成的损害;(3)病毒所介导的免疫损伤作用。

舒血宁注射液是自银杏叶中提制而成的灭菌性水溶液,含有萜烯类化合物及黄酮苷、银杏内酯、银杏叶提取物等,可增强心肌细胞活力,减少心肌细胞 DNA 及细胞核形态断裂,抑制细胞凋亡,保护心肌细胞;还可降低血液黏稠度,降低血管阻力,改善血流量及微循环,促进心肌代谢,进而减少因心肌缺血缺氧引发的心肌损伤。付生弟等<sup>[4]</sup>研究证实,在采用灯盏花素注射液治疗病毒性心肌炎的同时加用参麦注射液辅助治疗,可改善患者磷酸肌酸激酶等心肌酶谱及肿瘤坏死因子- $\alpha$  等炎性因子水平,治疗总有效率高达 91.7%。这可能是因为:(1)参麦注射液中的甾体皂苷、人参皂苷等生物活性物质刺激免疫系统,促使心肌细胞生成干扰素,阻断病毒复制,进而提高疗效;(2)参麦注射液具有生津养阴、益气固脱的作用,可保护心肌细胞,减少或避免缺氧所致细胞凋亡的发生;(3)参麦注射液可增强结构型一氧化氮酶活性,促进一氧化氮形成,缓解缺血再灌注引发的损伤,进而保护心肌细胞。与舒血宁注射液联合使用可发挥药物间协同作用,增强药效,提高疗效。研究结果显示,观察组治疗总有效率高于对照组,CK-MB 及 cTnI 水平均低于对照组( $P<0.05$ ),提示舒血宁注射液联合参麦注射液治疗急性病毒性心肌炎,效果显著,可改善患者心肌功能。两组不良反应发生率均较低,差异无统计学意义, $P>0.05$ ,说明参麦注射液与舒血宁注射液联合用药具有较高的安全

性。综上所述,舒血宁注射液与参麦注射液联合应用治疗急性病毒性心肌炎疗效显著,可有效改善心肌功能,且安全性较高,值得推广应用。

参考文献

[1]申浩,李昕雪,杨靖,等.参麦注射液联合常规用药治疗小儿病毒性心肌炎的系统评价[J].中国中医基础医学杂志,2014,20(11):1534-1539

[2]陈士利.舒血宁治疗心肌炎 60 例临床观察[J].西部中医药,2014,27(4):92-93

[3]邢成伟,曹树军,胡硕强,等.磷酸肌酸钠联合参麦注射液治疗儿童病毒性心肌炎疗效观察[J].河北医药,2014,36(18):2799-2801

[4]付生弟,谢辉,邹昌群.灯盏花素注射液联合参麦注射液辅助治疗对病毒性心肌炎的临床疗效及机制研究[J].医学综述,2016,22(7):1424-1426

(收稿日期:2017-03-17)

# 中药方剂联合二甲双胍、胰岛素治疗 2 型糖尿病合并骨质疏松症临床疗效

曾燕 唐振媚 林芳

(广西省桂林市第二人民医院内分泌科 桂林 541001)

**摘要:**目的:研究中药方剂联合二甲双胍、胰岛素治疗绝经后女性 2 型糖尿病合并骨质疏松症的临床疗效。方法:收集 2015 年 1 月~2016 年 1 月 2 型糖尿病合并骨质疏松症的绝经后女性患者 46 例,分为西药组和中西药组各 23 例。西药组采用二甲双胍、胰岛素治疗;中西药组采用中药方剂联合二甲双胍、胰岛素治疗。对两组患者治疗前后血糖指标(空腹血糖、餐后 2 h 血糖、糖化血红蛋白),骨转换生化指标 I 型原胶原 N-端前肽(PINP)、血清 I 型胶原交联 C-末端肽(CTX),骨痛评分以及治疗效果进行比较。结果:两组治疗前空腹血糖、餐后 2 h 血糖、糖化血红蛋白、PINP、CTX、骨痛评分无显著差异, $P>0.05$ ;中西药组患者治疗后空腹血糖、餐后 2 h 血糖、糖化血红蛋白、PINP、CTX、骨痛评分均低于西药组, $P<0.05$ ,差异具有统计学意义。中西药组患者治疗效果明显优于西药组, $P<0.05$ ,差异具有统计学意义。结论:中药方剂联合二甲双胍、胰岛素治疗绝经后女性 2 型糖尿病合并骨质疏松症的临床疗效确切,可有效改善患者血糖和骨代谢,减轻患者骨痛,值得临床推广。

**关键词:**2 型糖尿病;骨质疏松症;中药方剂;二甲双胍;胰岛素;临床疗效

中图分类号:R587.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.005

女性 2 型糖尿病患者绝经后常并发骨质疏松症,在临床治疗过程中需兼顾控制血糖和改善骨代谢情况<sup>[1-2]</sup>。本研究探讨中药方剂联合二甲双胍、胰岛素治疗绝经后女性 2 型糖尿病合并骨质疏松症患者的临床疗效。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集 2015 年 1 月~2016 年 1 月绝经后女性 2 型糖尿病合并骨质疏松症患者 46 例,分为西药组和中西药组各 23 例。西药组年龄 50~77 岁,平均年龄(66.56±2.25)岁;BMI 指数 22~27 kg/m<sup>2</sup>,平均 BMI 指数(25.14±1.91) kg/m<sup>2</sup>;糖尿病病程 2~14 年,平均病程(8.13±1.08)年。中西药组年龄 51~75 岁,平均年龄 66.29±2.43 岁;BMI 指数 21~28 kg/m<sup>2</sup>,平均 BMI 指数(25.74±2.26) kg/m<sup>2</sup>;糖尿病病程 3~13 年,平均病程(7.88±1.13)年。两组患者一般资料差异不显著, $P>0.05$ ,具有可比性。

**1.2 治疗方法** 两组患者均控制日常饮食,坚持运动。西药组采用二甲双胍、胰岛素治疗。二甲双胍肠溶片(国药准字 H33020526)口服,0.5 g/次,2~3 次/d,根据血糖及个体差异调整剂量,维持 1~1.5 g/d。甘精胰岛素(国药准字 H20051460)睡前皮下注射或门冬胰岛素 30 注射液(国药准字 S20153001)晚餐前皮下注射,初始剂量 0.10~0.25 U/(kg·d),根据血

糖情况逐渐调整用量。中西药组采用中药方剂联合二甲双胍、胰岛素治疗,二甲双胍、胰岛素使用方法同上。中药方剂:女贞子 18 g,白芍、枸杞、骨碎补、羊藿叶、黄芪各 15 g,大枣、熟地、山药各 10 g;1 剂/d,分早晚 2 次温服。两组均在医院接受 1 周的治疗,出院后遵医嘱继续坚持原来治疗方案,总疗程为 3 个月<sup>[2]</sup>。

**1.3 观察指标** 比较两组患者治疗前后血糖指标(空腹血糖、餐后 2 h 血糖、糖化血红蛋白),骨转换生化指标 I 型原胶原 N-端前肽(PINP)、血清 I 型胶原交联 C-末端肽(CTX),骨痛评分以及治疗效果。

**1.4 疗效标准<sup>[3]</sup>** 显效:血糖达标,骨转换生化指标明显改善,骨质疏松疼痛减轻大于 2 级;有效:血糖改善,骨转换生化指标改善,骨质疏松疼痛减轻 1~2 级;无效:血糖不稳,临床症状未改善甚至加重。

**1.5 统计学处理** 数据处理采用 SPSS19.0 统计软件,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 *t* 检验,计数资料用比率表示,采用  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者治疗前后血糖指标比较** 两组患者治疗前空腹血糖、餐后 2 h 血糖、糖化血红蛋白等指