

新编乡村医生系列丛书
XINBIAN XIANGCUN YISHENG XILIE CONGSHU

常见病症

中西药治疗实用验方

CHANGJIAN BINGZHENG
ZHONGXIYAO ZHILIAO SHIYONG YANFANG

卫生部乡村医生培训中心◎编 张会常◎主编

 人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

新编乡村医生系列丛书

常见病症中西药治疗实用验方

CHANGJIAN BINGZHENG ZHONGXIYAO ZHILIAO SHIYONG YANFANG

主 编 张会常

副主编 李鲜花



人 民 军 医 出 版 社

People's Military Medical Press

北 京

图书在版编目(CIP)数据

常见病症中西药治疗实用验方/张会常主编. —北京:人民军医出版社,
2007. 6

(新编乡村医生系列丛书)

ISBN 978-7-5091-0816-1

I. 常… II. 张… III. 常见病—验方—汇编 IV. R289.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 072127 号

策划编辑:丁 震 文字编辑:贡书君 责任审读:黄栩兵

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

电话:(010)66882586(发行部)、51927290(总编室)

传真:(010)68222916(发行部)、66882583(办公室)

网址:www. pmmp. com. cn

印刷:北京国马印刷厂 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:14.75 字数:264 千字

版、印次:2007 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~3500

定价:27.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

电话:(010)66882585、51927252

序

乡村医生是我国卫生技术队伍的重要组成部分,他们在保护农民健康、提高农民生活质量方面发挥着重要作用。各级党组织和政府对于乡村医生的从业管理、业务培训,都给予了很大重视。卫生部先后颁布了《1991—2000年全国乡村医生教育规划》、《2001—2010年全国乡村医生教育规划》,在对全国在岗乡村医生进行“系统化、正规化教育”的基础上,提出到2010年,在经济和教育发达地区,30%以上的乡村医生接受专科以上的高等医学教育。所有的乡村医生都应具有中专学历。卫生部等五部委联合颁发的《关于加强农村卫生人才培养和队伍建设的意见》中指出:到2010年全国大多数乡村医生要具备助理执业医师及以上执业资格。2004年国务院颁发的《乡村医生从业管理条例》首次将乡村医生的在岗培训纳入了法制管理的轨道。“在岗培训”是指以接受过学历或非学历教育,经考核取得乡村医生资格证书、在当地卫生行政部门注册后在乡村医生岗位上工作的乡村医生为对象,通过多种培训形式,以巩固和更新知识,提高实际工作能力的长期受教育过程。

现在,农村卫生工作仍比较薄弱,一些重点传染病、地方病发病率还比较高,严重危害着农村居民的健康。看病难仍然是困扰农民健康的主要问题。目前这个问题已引起了有关部门的极大关注。解决农民“看病难、看病贵”问题的最好方法之一是让农民“小病不出村,大病有转诊”。提高广大乡村医生对常见病及多发病的诊治水平,让他们担负起“首诊医生”的职责。目前从全国乡村医生整体水平和能力来看,离这种要求还有一定差距,“在岗培训”就是要提高他们的水平,缩短这种差距。但乡村医生多地处偏远,缺少学习条件,可利用的信息和资源有限。这对他们业务的提高形成了阻碍。

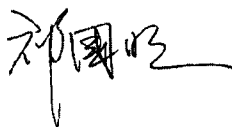
鉴于以上情况,卫生部乡村医生培训中心组织中国医科大学等近百位专家编写了这套丛书,可作为乡村医生培训教材,也可作为乡村医生案头书,在实际工作中参考。

这部丛书的特点是吸收了当前医学科学发展的先进理论和成熟技术,系统总结了经过实践检验的临床诊治经验,力求体现科学性和实用性。以临床常见病、多发病的诊治为主,坚持让读者看得懂、学得会、用得上的原则。编者们在本书的编写过程中,还充分考虑了我国乡村医生和城市基层医生目前所处的诊疗环境条件和他们的服务性质、工作范围、服务对象等情况,注重临床基本技能的讲解,强调运用适宜技术,同时融进了全科医学的学术思想,以帮助他们建立全科医学的理念和全科医疗的临床思维方法,转变服务模式,尽量使他们在普通医疗设备条件下实现诊治要求,为广大农民和基层提供经济、可及的优质服务。

卫生部乡村医生培训中心成立近 20 年来,为我国乡村医生培训做了大量工作,这次他们又组织此套丛书的编写,为乡村医生自学提高起到很好作用。

在这套丛书的编写过程中得到了人民军医出版社的大力支持,在丛书出版之际表示谢意。

卫生部科教司司长



2006 年 11 月

前 言

由于经济条件制约,农民享有的医疗保健、医疗资源与城市相比还有一定差距,广大乡村医生担负着繁重的医疗、保健重任。为是提高农村医生对常见病、多发病的诊治水平,更好地为广大农民服务,人民军医出版社组织了以中国医科大学为主的一批专家编写了这套《新编乡村医生系列丛书》。

《常见病症中西药治疗实用验方》是该丛书的一个分册。全书按内科、外科、皮肤病、五官科、妇产科、儿科等9个部分,介绍了450余种病症的2600余种实用验方。所选病症均为人们在日常生活中遇到的常见病、多发病。所有的验方都是在查阅了大量的国内文献的基础上整理、归纳而成的,经临床验证,使用便捷、价格低廉、效果明显。因此,本书特别适合于广大基层医务工作者尤其是乡村医生阅读、参考。

本书引用了许多在国内医学期刊发表的相关诊治经验,在此谨向原作者表示感谢。编写过程中还存在很多的不足,望广大读者批评指正。

张会常
2006年9月

目 录

第1章 内科疾病治验	(1)
第一节 循环系统疾病治验	(1)
一、心脏疾病	(1)
二、血管方面疾病	(17)
三、诊断与实验	(23)
第二节 呼吸系统疾病治验	(24)
一、气管支气管疾病	(24)
二、肺、胸疾病	(31)
第三节 消化系统疾病治验	(34)
一、胃肠疾病	(34)
二、肝、胆、胰、腹疾病	(41)
三、食管疾病	(44)
四、其他疾病	(45)
第四节 泌尿生殖疾病治验	(48)
一、肾、尿路疾病	(48)
二、男性疾病	(55)
第五节 脑、神经精神疾病治验	(57)
一、脑、脊髓疾病、脑血管疾病	(57)
二、神经精神疾病	(65)
三、外周神经疾病	(69)
四、其他疾病	(70)
第六节 血液系统疾病治验	(72)
第七节 内分泌、代谢性疾病治验	(76)
一、血糖方面	(76)
二、其他腺体方面	(79)
三、代谢及其他方面	(80)
第八节 免疫、传染、地方与流行病治验	(83)

一、免疫	(83)
二、传染病、流行病	(89)
三、寄生虫病、地方病	(97)
第2章 外科疾病治验	(107)
第一节 骨、关节、椎间盘病治验	(107)
一、骨折	(107)
二、炎症	(107)
三、椎间盘	(109)
四、颈椎、肩、腰、足病	(110)
第二节 肌肉、皮肤病治验	(113)
一、肌肉	(113)
二、皮肤	(114)
第三节 囊肿、积液、组织膜炎、脂肪瘤治验	(118)
一、囊肿	(118)
二、积液	(119)
三、组织膜炎、脂肪瘤	(120)
第四节 神经、血管病治验	(121)
一、神经	(121)
二、血管	(124)
第五节 肝、胆、肾、尿路、肠病治验	(126)
一、肝胆	(126)
二、肾、尿路结石、睾丸炎、附睾炎	(127)
三、胃肠	(129)
第六节 感染与其他病治验	(133)
一、全身感染	(133)
二、局部感染	(134)
三、特殊标记物、术后并发症	(135)
第3章 皮肤病治验	(138)
第一节 疹类、癣类、皮炎疾病治验	(138)
一、皮肤疹类	(138)
二、皮炎、皮炎炎	(141)
三、癣、疮、疣	(142)
第二节 疱疹、痤疮、湿疣治验	(144)
一、疱疹	(144)
二、扁平疣、寻常疣	(146)

第三节 皮病、斑病治验	(147)
一、皮病	(147)
二、色素病、毛发(囊)病	(148)
三、其他疾病	(151)
第4章 五官科疾病治验	(154)
第一节 眼科疾病治验	(154)
一、眼内疾患	(154)
二、眼外疾患	(157)
第二节 咽喉、口腔、面疾治验	(158)
一、咽喉疾患	(158)
二、口腔黏膜疾患	(160)
第三节 耳鼻疾病治验	(163)
一、耳部疾患	(163)
二、鼻部疾患	(164)
第5章 妇产科疾病治验	(167)
第一节 妊娠、避孕治验	(167)
一、妊娠、分娩	(167)
二、妊娠并发症、产科杂症	(171)
三、痛经、月经过多、月经不调、闭经	(174)
第二节 妇科疾病、更年期综合征治验	(176)
一、卵巢、子宫疾病	(176)
二、乳腺病	(179)
第三节 阴道、外阴病治验	(182)
一、阴道病变	(182)
二、外阴病变	(183)
三、尿失禁、性欲、红斑	(184)
第6章 儿科疾病治验	(187)
第一节 脑与神经疾病治验	(187)
一、脑部病变	(187)
二、脊髓、神经病变	(189)
第二节 呼吸循环系统疾病治验	(189)
一、呼吸系统	(189)
二、循环系统	(192)
第三节 血液与发育病治验	(192)
一、血液系统	(192)

二、异常发育	(193)
第四节 饮食与消化病治验	(194)
一、饮食异常	(194)
二、消化异常	(195)
第五节 其他疾病治验	(198)
一、泌尿疾患	(198)
二、皮肤疾患	(199)
三、五官	(201)
第7章 肿瘤治验	(203)
第一节 妇科肿瘤治验	(203)
第二节 肺癌、肝癌、胰腺癌、肾癌、膀胱癌、前列腺癌治验	(204)
一、肺癌、肝癌、胰腺癌	(204)
二、肾癌、膀胱癌、前列腺癌	(206)
第三节 多发性骨髓瘤、癌心包积液、肠上皮化生治验	(207)
一、多发性骨髓瘤、癌心包积液	(207)
二、肠上皮化生、皮肤癌	(207)
第四节 消化道癌治验	(208)
一、胃癌、食管癌、肠癌	(208)
二、癌痛、抗肿瘤	(210)
第8章 综合征治验	(213)
第一节 斑替综合征、贝赫切特综合征、骨髓增生异常综合征 治验	(213)
第二节 其他综合征治验	(213)
一、尿道综合征、颞下颌关节紊乱综合征	(213)
二、儿童脑功能障碍综合征、抽动秽语综合征、格林-巴利综合征 ...	(214)
三、呼吸窘迫综合征、睡眠性呼吸暂停综合征、库兴综合征、倾倒 综合征	(215)
四、闭经泌乳综合征、梅尼埃综合征等	(215)
第9章 中毒、戒毒、药物毒性反应治验	(220)
第一节 解毒、戒毒治验	(220)
一、各种中毒	(220)
二、戒毒	(222)
第二节 药物毒性反应治验	(224)

第1章

内科疾病治验

第一节 循环系统疾病治验

一、心脏疾病

(一) 心肌梗死

1. 地西洋 有报道对缺血性心脏病并发左心衰竭者,缓慢静注地西洋 0.1mg/kg,其动脉压平均下降 1.3kPa,左心室舒张压显著降低,心肌耗氧量明显减少,心功能得到改善。心肌梗死后立即静注地西洋 10mg,1h 后改为 15mg 口服,每 8h 1 次,共用 3d,可减少室性心律失常发生,一般 2min 可见效,维持 40min。

2. 硫酸镁 对急性心肌梗死患者,用 25%硫酸镁 40ml 加 10%葡萄糖液 500ml 静滴,3h 内滴完,1/d,10 次为一疗程。有报道用硫酸镁 10~20ml 加入极化液中静滴,用法同上。结果,心律失常发生率为 3/13(23%),而单用极化液时为 10/20(50%),差异有显著性意义($P<0.05$),4 周后病死数前者 1 例,后者 4 例。

硫酸镁可以较快地纠正心肌缺镁,激活 $\text{Na}^+-\text{K}^+-\text{ATP}$ 酶而降低心肌兴奋性;也可阻止钙内流而产生抗心律失常,扩张血管而改善心肌供血。其镇静作用可减轻病人紧张情绪。认为在急性心肌梗死早期,如血镁不高,可常规给硫酸镁治疗。

3. 普萘洛尔 用于急性心肌梗死二级预防时,可在心肌梗死后几天或晚期使用,剂量为 160~240mg/d,可缩小梗死面积。经普萘洛尔治疗的 3 837 例急性心肌梗死恢复后病人,冠心病病死率和猝死率较对照组分别下降 27% 和 28%,对以室性心律失常占优势者可能更好。对未出现心功能不全的急性心肌

梗死,静注普萘洛尔 0.1mg/kg,止痛药无效的 20 例胸痛病人立即缓解。

对濒临死亡的急性心肌梗死、急性心肌梗死伴持续性胸痛、心率加速、血压升高、反复发作心房扑动或颤动是应用普萘洛尔的指征。一般 1 次静注 $\leq 5\text{mg}$,先静注 1mg,如无不良反应时,可继续以 0.5mg/min 静注。如用药后有严重心动过缓、低血压则立即停止注射,并静注阿托品对抗。静注普萘洛尔 1h 后改为口服,40mg/次,每隔 3~4h,1 次,用药 24h。用药时注意收缩压和心率。

4. 硝酸甘油 降低心肌耗氧量,扩张血管,增加缺血区供血,缩小梗死面积,可显著减轻心肌梗死病人临床症状或使之消失。可使用婴儿输液装置,初始用 5%葡萄糖液 250ml 加硝酸甘油 1mg,静滴速度 8 滴/min($5\mu\text{g}/\text{min}$),以后每 5min 测量血压和心率,以调整剂量。具下例条件时可增加剂量。心绞痛症状控制不佳而又无明显头痛、头胀;心率加快但未高出 20/min 或心率减慢不低于 50/min(与对照值比)。血压不低于对照值的 80%或舒张压不低于 6.65kPa;剂量未超过最大量(12mg/h)。具上述条件可每 5min 增加 8 滴左右,如滴速超过 40 滴/min,可在 100ml 滴完后将浓度增加 1 倍,并使滴速相应减慢至心绞痛症状消失,病情稳定,则以该量维持。以后可延长血压和心率观察时间,一般用药 2~3d。停止静滴前应口服抗心绞痛药保持疗效。用药后多数病人症状在 1h 内消失并保持无痛,一般于 5%葡萄糖液 250ml 中加硝酸甘油 2mg,滴速 24~40 滴/min($25\sim 50\mu\text{g}/\text{min}$)可达满意疗效。

5. 硝普钠 可扩张动、静脉血管,降低心脏前后负荷而降低心肌耗氧量、改善心脏功能。在剂量适当时,动脉压无明显变化而左心室充盈压显著降低。43 例急性心肌梗死并发重度左心衰竭者全部有肺水肿,17 例有心源性休克,用硝普钠治疗后 43 例中 42 例心脏指数增加 29%,心每搏输出量指数增加 32%,左心室充盈压下降 35%,虽有动脉压下降,但心每搏输出量工作指数仍增加。应用剂量宜根据左心室舒张末压水平调整,肝肾功能正常时,本药剂量 $\leq 50\text{mg}/\text{d}$,持续 15d; $\leq 100\text{mg}/\text{d}$,持续 7d; $\leq 200\text{mg}/\text{d}$,持续 5d。对 131 例伴严重心力衰竭病人,用硝普钠初始 $12.5\sim 25\mu\text{g}/\text{min}$ (儿童 $10\sim 15\mu\text{g}/\text{min}$),根据血压和临床征象调整剂量,以达到满意疗效又不出现低血压或其他不良反应的剂量持续滴注,可并用抗心力衰竭药并减少利尿药剂量。用量一般 $\leq 10\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$,其最大剂量为 $400\mu\text{g}/\text{min}$,但大多数病人为 $50\sim 200\mu\text{g}/\text{min}$ 。疗程最短 1h,最长 61d。急性左心力衰竭大多 $\leq 4\text{d}$,慢性心力衰竭大多 $\leq 14\text{d}$ 。总有效率为 87.8%。

6. 治疗肺炎衣原体感染 葛长江等研究认为急性心肌梗死与肺炎衣原体感染有关。1993 年报道 30%病人难找到冠心病的传统危险因素如高血压、糖尿病、高脂血症、肥胖和吸烟。2000 年报道 50 岁男性人群血免疫复合物(CICs)浓度与后来出现的心肌梗死密切相关。动脉硬化症 88 例尸检组织中,34 例检出肺炎衣原体特异性基因扩增物。研究组 AMI 病人血清 IgG 平均几何滴度

明显高于对照组(2.7倍),AMI组 IgG 阳性率 75%,对照组 35.33%,差异有极显著性意义($P<0.01$)。不稳定型心绞痛发作可在几日或几周内心肌断续缺血,可积累变为心肌梗死,也可恢复为稳定型。某些病人中此种断续缺血刺激非常强烈,通过钙拮抗药、硝酸酯类、 β 受体阻断药、阿司匹林、肝素和溶栓药在内的各种治疗均不能阻止其心肌缺血发生发展及向急性心肌梗死发展。冠状动脉粥样斑块处纤维帽很薄弱,其边缘可见大量炎性细胞,如巨噬细胞、T淋巴细胞浸润。肺原衣原体感染血管内皮细胞可直接间接引起内皮损伤,产生大量巨噬泡沫细胞,合成释放许多细胞因子,如白细胞介素-1、白细胞介素-6、肿瘤坏死因子(TNF)、 γ -干扰素等,还可分泌基质金属蛋白酶(mmps),降解纤维帽中胶原纤维,使纤维斑块不稳定而易破裂,导致血栓形成和冠状动脉持续痉挛,促使 AMI 发生发展。

近年发现冠心病、高血压发生与幽门螺杆菌、肺炎衣原体、支原体持续感染有关。不稳定型心绞痛或心肌梗死病人,分别应用罗红霉素(150mg,2/d,3~30d)或阿奇霉素(500mg/d,3~6d),随访 0.5~1.5 年,结果发生局部心肌缺血、心肌梗死、心肌缺血死亡者的发生率明显低于安慰药组。短期(3~15d)应用本类药对防治心血管病有效。

7. 丹参注射液 提高急性心肌梗死溶栓疗效,减轻不良反应。刘义等在研究急性心肌梗死治疗中,对实验急性心肌梗死兔分别给以生理盐水(I组)、尿激酶(II组)、尿激酶加丹参注射液(III组),分别在心电图 ST 段抬高后 2~3h 开始给药,结果,静脉溶栓治疗 1h,II组心律失常发生率明显高于 I 组,III组与 I 组相当($P>0.05$),明显低于 II 组($P<0.05$),说明 III 组用尿激酶同时用丹参后再灌注心律失常明显降低;治疗 2h 后,II组肌酸磷酸激酶 μ B 同工酶(CPK-MB)、乳酸脱氢酶(LDH)、MDA 均高于 I 组,而 III 组低于 II 组($P<0.01$),说明 III 组有效对抗尿激酶溶栓引起的脂质过氧化损伤;治疗 2h 后,II组 de/pt max 和心每搏排血量明显低于 I 组($P<0.05$),III组明显高于 II 组,而与 I 组相近($P>0.05$),表明 III 组可有效对抗尿激酶溶栓引起的心肌收缩力减弱和心每搏排血量降低;II组与 I 组比,损伤心肌 MDA 明显增高($P<0.01$),而梗死程度变化($P>0.05$)。III组与 II 组、I 组比,损伤心肌 MDA 明显降低($P<0.01$),梗死程度也明显降低($P<0.05$)。说明 III 组治疗可减轻心肌损害程度,对抗心肌梗死尿激酶溶栓后心肌组织的脂质过氧化,两药合用后丹参注射液提高急性心肌梗死溶栓疗效,减轻不良反应。

8. 葡萄糖-胰岛素-钾极化液 钱学贤报道,临床上葡萄糖-胰岛素-钾极化液(GIK)在急性心肌梗死(AMI)治疗中只是可有可无的辅助治疗方法。但 1992 年后研究认为,给予外源性葡萄糖虽增加心肌糖酵解过程,增加心肌耗氧,但 GIK 极化液可增加心肌细胞 ATP 水平而不加重心肌细胞酸中毒,并可缓解缺血引起的 ATP 匮乏,促进缺血心肌功能恢复;GIK(主要是 I)可降低血液中

游离脂肪酸(FFA)水平,抑制缺血心肌细胞摄取和利用非酯化脂肪酸,使缺血心肌免受非酯化脂肪酸的细胞毒反应,减轻细胞内 Ca^{2+} 超载,改善心肌功能,限制梗死心肌膨胀;胰岛素(及 Mg^{2+})激活 $\text{Na}^{+}\text{-K}^{+}\text{-ATP}$ 酶,增加细胞内 K^{+} 浓度,从而恢复膜极化状态,使急性心肌梗死早期抬高的 ST 段恢复,减少心律失常发生。

1997 年统计,GIK 可使急性心肌梗死病死率在小剂量时降低 28%,大剂量时降低 48%。最近研究认为,胰岛素有非常显著的抗细胞凋亡作用。研究见急性心肌梗死区同时存在着细胞坏死和凋亡,而早期以凋亡为主。胰岛素通过 3 磷脂酰肌醇激酶(PI3K)激活蛋白激酶 B(PKB),参与细胞糖代谢,并活化心肌细胞,发挥抗凋亡、促修复作用。另外胰岛素可通过 PI3K-PKB 激活心肌一氧化氮合成酶(eNOS),使 NO 合成增加,参与胰岛素的抗凋亡和保护心肌作用。

GIK 适于急性心肌梗死常规和早期治疗。目前急性心肌梗死治疗时虽溶栓的再灌注率明显低于经皮冠状动脉介入(PCI)治疗,但后者技术条件要求高、价格高。在我国静脉溶栓治疗仍是多数地区首选治疗方法。试验显示,早期单纯 GIK 对急性心肌梗死疗效几乎与溶栓相近,早期溶栓加 GIK 效果更好。用溶栓加 GIK,再联合抗栓(抗血小板)和抗心肌缺血治疗,可能是目前急性心肌梗死早期药物治疗较理想的办法。对无条件介入治疗的急性心肌梗死病人,GIK 有更重要的应用价值。

强化胰岛素治疗对急性心肌梗死合并非胰岛素依赖型糖尿病或糖耐量异常者疗效可能更理想。强化治疗方案常为:GIK(10%葡萄糖液 500ml 加入普通胰岛素 12U 和 10%氯化钾 10ml)或 Mg-GIK(上述 GIK 加 25%硫酸镁 20ml)静点,1/d,1~2ml/min,10~14d 为一疗程。国外推荐强化 GIK 或 MG-GIK 用于急性心肌梗死并发心力衰竭,用 F3~4 号细硅胶管插入上腔静脉近右心房处静滴,剂量为:30%葡萄糖液 1 000ml 中加入普通胰岛素 50U,氯化钾 3g,硫酸镁 15g,1~2ml/min,持续滴 48h。

9. 曲美他嗪 裴志勇报道,急性前壁心肌梗死者溶栓前口服新抗心肌缺血药曲美他嗪,可减轻病人溶栓后再灌注损伤和心律失常,减少梗死面积(但有报道显示并不降低溶栓者近及远期病死率),增加心肌细胞电活动稳定性。

(二)冠心病、心绞痛

1. 曲美他嗪 裴志勇等报道,对稳定性绞痛,单独应用曲美他嗪和普萘洛尔(剂量分别为 60mg/d 和 120mg/d),治疗 3 个月后 2 组无症状运动时间、运动达到 ST 段压低 1mm 时间、最大 ST 段压低程度均有相似改善,但曲美他嗪动态缺血性发作次数明显减少,而普萘洛尔则趋向升高。同时报道在缺血性心脏病传统治疗基础上加用曲美他嗪 60mg/d,6 个月后严重缺血心脏病者临床症状明显改善,射血分数显著增加,可改善和防止休息时心室功能不全。

提示曲美他嗪可作为第一线药;而联合 2~3 种血流动力学药物(β 受体阻

断药、硝酸酯类、钙拮抗药),对稳定型心绞痛疗效与单用曲美他嗪比无显著差异,而血流动力药单独使用无效的心绞痛者联用曲美他嗪,可明显改善疗效;曲美他嗪 60mg/d 加普萘洛尔 120mg/d,比二硝酸异山梨酯 30mg/d 加普萘洛尔 120mg/d,在减轻心绞痛症状、延长运动时间、运动达 ST 段压低 1mm 时间和出现心绞痛的时间均显著优越。

曲美他嗪可抑制线粒体 β 氧化中 3-酮酰辅酶 A 硫解酶(3-KAT)的作用,使氧化代谢产物由脂肪酸转向葡萄糖,使心脏 ATP 生产效率提高 12%。可减轻心肌细胞内酸中毒、纠正细胞内 Ca^{2+} 超载、降低氧自由基产生,维持线粒体功能,抑制心肌中性粒细胞浸润及抗血小板聚集。

2. 联合用药对比 胡国强用黄芪注射液 30ml、盐酸川芎嗪注射液 0.2g 加入 5%葡萄糖液 450ml 静滴,1/d,2 周为 1 个疗程、中间休息 3~5d,共 2 个疗程(治疗组),另用复方丹参注射液 16ml 加入 5%葡萄糖液 500ml 中静滴,1/d,疗程同上(对照组)。两组其他疗法相同,结果,两组治疗心绞痛疗效显效 20 例(66.66%)和 11 例(36.67%),有效 8 例(26.67%)和 10 例(33.33%),无效 2 例和 9 例,总有效率 93.33%和 70%($P<0.05$)。心电改善总有效率 76.67%和 50.0%,差异有显著性($P<0.05$)。

3. 他汀类药物 他汀类药物在防治冠心病等心血管疾病中有非常重要的作用。6 595 例胆固醇在 6.5~8mmol/L 的病人用普伐他汀治疗 6 个月后显著降低,第一次心肌梗死发生危险达 31%。也有报道使高胆固醇血症的冠心病病人显著降低冠心病事件发生的危险率达 51%,可用于冠心病一、二级预防;也可减少胆固醇正常的心肌梗死病人冠状动脉事件;可使卒中发生率降低 30%。

他汀类药物具有如下功能:改善血管内皮细胞功能。实验表明,使用几乎无调脂效应的剂量时已足以改善内皮功能。应用氟伐他汀短期治疗高胆固醇血症伴冠心病者 3 个月,在 LDL-C 明显降低同时,心肌灌注也得到逐步改善。本类药能减少血管紧张素 II-1 型受体(AT-1)基因表达。辛伐他汀、洛伐他汀可激活内皮细胞一氧化氮(NO)合成酶(eNOS)基因转录,产生更多 NO,它们可视为一氧化氮的增强药,对实验性卒中模型产生剂量依赖的保护效应与提高合成酶有关而不是降低胆固醇。本类药可增加血中内皮前体细胞的数量并加强其功能,因内皮前体细胞参与缺血损伤后的再修复,故治疗冠心病临床效果显著。抑制血管平滑肌细胞增殖。本类药抑制羟甲戊酸(主要是 DNA 合成和细胞增殖)途径而抑制血管平滑肌增殖。其中阿伐他汀对平滑肌有直接作用,而普伐他汀则不抑制增殖。多数他汀类药物如氟伐他汀、辛伐他汀等在微摩尔浓度就可明显抑制培养的平滑肌细胞迁移和增殖。在体内抑制血管成型术后新生的内膜增殖,防止再狭窄发生,此作用可能与药物致敏细胞因子诱导的平滑肌细胞凋亡有关。维持粥样斑块的稳定性。阿伐他汀可防止 LDL(低密度脂蛋白)和 VLDL(极低密度脂蛋白)氧化。普伐他汀可使实验动物粥样斑块体积降

低 78%，其坏死内容物相对减少，提高粥样斑块稳定性。抑制炎症反应。动脉硬化早期单核细胞先黏附于内膜，进而侵入内膜分化为巨噬细胞，巨噬细胞与 T-淋巴细胞分泌多种炎性因子，影响内皮功能、平滑肌细胞增殖和血栓形成，管腔狭窄、斑块破裂。他汀类可阻止淋巴细胞和单核细胞生长。辛伐他汀对有高脂血症的冠心病病人，经 20~40mg/d，3 个月治疗，使 c-反应蛋白(CRP)，(具有高 CRP 值的健康人 8 年内心脏病和脑卒中的首次发病是低 CRP 者的 3 倍和 2 倍)、肿瘤坏死因子(TNF)明显降低。说明可抑制炎症反应，多在早期明显，抑制血小板聚集。普伐他汀有抑制血小板聚集，并使纤溶活性增高。洛伐他汀显著降低引起血小板聚集和血栓形成的胶原成分，降低血液黏度。辛伐他汀可降低血管阻力，增加血流量。

4. 菊花 报道用菊花水煎浓缩，治疗心绞痛症状有效率达 80%，近 50% 的心电图好转，胸闷、心悸、头晕、头痛及四肢麻木等有不同程度改善。实验证明菊花可显著扩张兔冠状血管，增加冠脉流量，有明显量效关系，也可使心率减慢。

5. 赤芍汤 郭金广报道，125 例冠心病病人服用赤芍汤 40ml(每毫升含生药 1g)，3/d，5 周为 1 个疗程，连服 2 个疗程，可使心绞痛、心慌、胸闷症及心电图有较明显改善，心绞痛缓解率可达 96%。实验证明赤芍水煎液具有抗血栓形成和抑制血小板聚集作用，并有抗凝血酶，增加冠脉流量的作用。

6. 冰片 报道单味冰片治疗冠心病 173 例，有效率为 64.6%。含冰片的冠心苏合丸治疗心绞痛有效率(118 例)为 91.5%，作用迅速。实验证明冰片可增加冠状动脉流量，减慢心率，降低心肌耗氧量，也具有镇痛抗炎作用。

7. 淫羊藿片 报道用淫羊藿片(0.3g/片)4~6 片，2/d，1 个月为 1 个疗程，治疗 140 例冠心病病人有效率 98.5%，心电图大部分有明显改善，其中有心绞痛的 61 例显效 90.5%。实验证明本药水煎剂可增加冠状动脉流量，对心肌缺血有保护作用，也具有降压、降胆固醇作用。

8. 中药方剂 某冠心病病人胸痛 10 余年，每年剧烈发作 2~3 次，服用下方 2 剂后痊愈。方剂之一，酒炒白芍 20g，白豆蔻仁 12g(后下)，黄芪、熟附子各 10g，炙甘草 8g，丹参 16g，水煎服。方剂之二，蒲黄、五灵脂(用布包)各 6g，葛根 10g，丹参 5g，水煎，降香 3g 研末冲服。

9. 麦冬 报道麦冬煎剂口服，治疗 50 例冠心病心绞痛病人，总有效率为 74%，可改善症状。实验证明麦冬有降低心肌耗氧量、缩小梗死面积，促进损伤心肌愈合作用。

10. 酚妥拉明与安慰比较 报道 12 例心绞痛病人，先用 7d 安慰药，期间运动试验均可激发心绞痛，平均激发时间为 208s。7d 后用酚妥拉明 7d，其中 9 例可做较长时间运动，较安慰药平均增加 95s，有 4 例运动后发生心绞痛者，用酚妥拉明治疗后心电图 ST 段压低程度减少。本药可扩张动、静脉，降低心脏负

荷,降低心肌耗氧,增加冠状动脉血流。

11. 雌激素 雌激素对停经后妇女心脏有保护作用,停经后妇女给予雌激素替代治疗,其冠心病危险性显著降低,可使冠心病发病的危险性减少40%~50%。生理剂量的雌激素可降低低密度脂蛋白,升高高密度脂蛋白。减少低密度脂蛋白氧化。对血管内皮有保护,可抑制其平滑肌细胞增殖和向内膜迁移。低剂量结合雌激素隔日0.625mg可使总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、LDL明显降低,可预防冠心病。但长期应用注意乳腺和子宫的检查,以防可能出现的癌变。

12. 复方丹参注射液 用复方丹参注射液治疗心绞痛311例,症状好转有效率达82.1%,心电图改善率达50.9%;本药治疗急性心肌梗死病人61例,结果53例存活,病死率13.1%,而单用西药治疗病死率为其3倍。本药在抢救危重病人特别是其他药无效时可显示特殊作用。

13. 蝮蛇抗栓酶 用蝮蛇抗栓酶0.005U/kg加生理盐水静滴,1/d,10d为1个疗程治疗9例恶性心绞痛病人,用药后7例心绞痛消失,2例改善。心电图显效5例,改善3例。本药有抑制血小板聚集、降低血液黏度、溶栓、扩血管作用。

14. 氨茶碱 氨茶碱3mg/kg静推,可使劳累后心绞痛病人运动耐量显著提高,疼痛缓解。

15. 维生素B₂与异山梨酯 将78例冠心病分为3组,I组给维生素B₂75mg/d口服;II组异山梨酯15mg/d口服;III组用安慰药。均连用4周,停用其他抗心肌缺血药,个别发作时临时用硝酸甘油片。结果I组和II组显效率均达36%,与III组比 $P<0.05$ 。总有效率分别为93%和86%,与对照组比 $P<0.01$ 和0.05,差异显著。维生素B₂疗效维持久,且有抑制血小板聚集作用。

16. 联合用药 治疗30例顽固性心绞痛病人,先用东莨菪碱0.3mg加入10%葡萄糖液100ml中,30滴/min静滴。之后用肝素50mg加入10%葡萄糖液200ml,30滴/min静滴。以上药1/d,10d为1个疗程,连用1~2个疗程。结果总有效率为83.3%,心电图改善总有效率为50%。

17. 姜黄散 (姜黄30g,当归30g,木香和乌药各15g,微炒后制成散)6g/次,可治疗心绞痛。姜黄本身可抑制血小板聚集,增加缺血区血流。

18. 低剂量溶栓药联合应用 高林林等报道急性冠状动脉综合征治疗。在药物治疗方面,除抗血小板药中的阿司匹林、噻氯匹定、氯吡格雷(二磷酸腺苷受体阻断药)外,新进展药有血小板膜糖蛋白IIb/IIIa(GpIIb/IIIa)受体拮抗药,它可抑制血小板血栓形成的最后共同途径,理论上较阿司匹林、肝素等更全面,效果更显著。如单克隆抗体阿昔单抗,肽类受体拮抗药替巴肽、非肽类受体拮抗药替罗非班等。对不稳定型心绞痛(uA)和非Q波急性心肌梗死(NQAMI),用GpIIb/IIIa受体拮抗药治疗可降低30d和6个月后病死率和心肌梗死率。