

著的特点是潜伏与复发。据研究报导, PIC 能温和地治疗和有效地预防 HSK, 但其保护程度与病毒侵袭数量成反比, 当 HSV 的组织培养剂量达 50 时, PIC 的抗病毒作用被抵销。故单以 PIC 点眼治疗 HSK, 疗程较长, 而采用 PIC 与 ACV 合用, 二者可产生协同作用, 比单用任何一种疗效都好。临床上将 HSK 78 例 86 眼随机分成四组: A 组用 0.1% ACV 点眼, q2h; B 组 ACV 点眼加 0.1% PIC 点眼, q2h; C 组 ACV 点眼加 0.1% PIC 肌注 2ml, 每周 2 次; D 组 ACV 点眼加 LMZ 50mg 口服, tid, 每周连用 3d, 停药 4d, 用药 3mo。结果四组的总有效率为 93.3%, 愈后视力有明显提高。平均治愈天数, 浅层型以 B 组最短 (7.5d), A 组最长 (10.4d), 有显著性差异 ($P < 0.05$), C、D 组与 A 组相近。深层型除 B 组外, 三个组治愈天数相近。从控制复发看, ACV + LMZ 较理想, 且疗效较单用 LMZ 为好。

3. 阿糖胞苷与 LMZ、糖皮质激素联用 54 例 60 眼 HSK 深层病例 (复发者占 81.6%), 用 0.05~0.1% 阿糖胞苷点眼, q2h, 少数严

重者以 0.5ml 结膜下注射 2~4 次 (每周 2 次), 病情稳定后始服 LMZ 加地塞米松点眼。结果浅实质层型的治愈率为 86.36%, 深实质层型为 87.50%, 角膜葡萄炎型 66.67%, 疗效优于单用阿糖胞苷和 LMZ 者。

参考文献

- [1] 庞国祥. 国外医学(眼科学分册), 1986, 10(6): 235
- [2] 舒锦荣等. 药学通报, 1986, 21(2): 105
- [3] 张冻等. 中华眼科杂志, 1985, 21(4): 242
- [4] 郭丽等. 实用眼科杂志, 1988, 6(5): 268
- [5] 王香兰等. 中华眼科杂志, 1985, 21(5): 261
- [6] 黄叔仁等. 实用眼科杂志, 1984, 2(1): 30
- [7] 范德彰. 中华眼科杂志, 1983, 19(6): 332
- [8] 倪明保等. 实用眼科杂志, 1987, 5(12): 756
- [9] 杨占秋等. 中国医院药学杂志, 1985, 5(5): 13
- [10] 刘玘昌. 国外医学(流行病学, 传染病学分册), 1983, 7(1): 7
- [11] 吴志浩. 眼科研究, 1985, 3(2): 108
- [12] 瞿志然摘. 国外医学(药学分册), 1985, 12(3): 189
- [13] 金梅玲等. 实用眼科杂志, 1987, 5(2): 87
- [14] 周金黄等主编. 中药药理学. 第 1 版. 上海: 科学技术出版社, 1986, 148
- [15] 邢美玉等. 眼科新进展, 1987, 7(1): 43
- [16] 何玉兰等. 眼科研究, 1985, 3(2): 90

抗心绞痛药物选择与临床正确应用

南京军区总医院(南京 210002) 赵仲坤 赵宏轩

心绞痛, 通常分稳定型(Stable effort angina)、不稳定型(unstable angina)和变异型(Variant angina)三种。前者多见, 系由冠状动脉硬化, 血管腔变窄或闭塞所致, 患者即使在安静状态下心肌供血就不充分, 当情绪紧张、劳力或寒冷时就可诱发心绞痛。

不稳定型心绞痛 是新近发生或在原有稳定型心绞痛的基础上突然出现缺血缺氧症状。这种病人不论休息还是劳力时均可发

作, 发病原因多由血小板集聚或(和)动脉硬化斑块脱落阻塞冠脉而引起。因为血小板集聚与血栓形成都可能引发血管活性物质——前列腺素、5-HT、血小板活化因子的释放, 使冠状动脉痉挛。如果引发心绞痛的那些硬化斑块碎片附着在血栓上形成大的栓子, 就可能发生心肌梗塞或突然缺血死亡^[1]。

变异型心绞痛 比较少见。系由大的冠状动脉(正常的或患病的)发生痉挛收缩而引

起大片心肌严重缺血。其典型表现是伴有心电图 ST 段升高, 显示跨壁缺血 (transmural ischaemia)。而且发作与劳累和情绪激动无关。

抗心绞痛的药物选择 随着 β -阻滞剂和钙拮抗剂的问世, 抗心绞痛药物的选择余地开阔了。选药依据, 在很大程度上决定于疼痛的性质。

对与劳力有关的稳定型心绞痛, 一般舌下含用硝酸甘油即可迅获缓解; 亦可在预计发作之前服用硝酸酯类长效制剂, 现认为长效制剂对冠心病人的血流动力学确能产生长时间的影响^[2]。

必须定时定量使用硝酸甘油的患者可考虑综合防治。如选用 β -阻滞剂和钙拮抗剂, 可单用, 亦可与硝酸酯类合用。

对不稳定型心绞痛的治疗, 目前临床趋向这样的原则: 给 β -阻滞剂和静注硝酸甘油, 降低心脏工作负荷; 使用钙拮抗剂, 抑制冠状痉挛; 采取冠脉搭桥术、冠状血管成形术以及注射血栓溶解剂链激酶, 增加冠脉血流量; 口服阿斯匹林或注射肝素, 以防止血小板集聚和血栓形成。

多数情况下, 口服硝酸酯类 (硝酸甘油片、亚硝酸异戊酯、长效硝酸甘油——硝酸戊四醇酯、二硝酸异山梨醇等), β -阻滞剂和钙拮抗剂, 或其中任何一种与阿斯匹林并用^[3], 即可奏效。实践证明, 钙拮抗剂通过降低心脏前、后负荷, 减慢心率和抑制心肌兴奋性, 与硝酸酯类合用, 疗效显著; 当硝酸甘油与 β -阻滞剂合用效果不佳时加用钙拮抗剂常获满意疗效^[4]。

中间型冠脉综合征 (intermediate coronary syndrome) 是居于稳定型心绞痛与急性心肌梗塞之间的一种特殊形式表现, 又叫心肌梗死前心绞痛 (preinfarction angina)。此类患者需住院治疗, 常需静脉注射硝酸甘油和抗凝剂, 待病情稳定后, 放置心导管也是常用措施之一。

不同类型心绞痛的药物治疗 (参考表^[1])

类型与发作程度	选用药物	注 释
稳定型心绞痛轻度	需要时, 舌下含硝酸甘油 (1) 舌下含化硝酸甘油 (2) 口服或皮肤用硝酸酯类	血流动力学有改变; 开始用小剂量, 避免低血压
中度一重度	(3) β -阻滞剂 (心得安、美多心安、氨酰心安) (4) 钙拮抗剂 (异搏停、硝苯吡啶、硫氮革酮)	夜间停用, 延缓耐受性发生, 伴心衰哮喘禁用, 长期治疗后应逐渐停药 有明显心衰症候者慎用异搏停
不稳定型心绞痛	(1) 静注或皮肤用硝酸甘油 (2) β -阻滞剂 (3) 钙拮抗剂 (4) 抗凝药 (肝素、阿斯匹林)	控制注入速度, 避免发生低血压
变异型心绞痛	(1) 硝酸甘油 (2) 钙拮抗剂	

临床正确应用

硝酸酯类 用于心绞痛已200多年, 因对各型心绞痛有效, 且副作用少, 仍为心绞痛治疗的第一线药物。为充分发挥药物效能, 减少不良反应, 医师应向患者教授正确用药知识:

1. 当坐式或卧式含服硝酸甘油片时, 不能猛然起立, 以防出现交感体位性低血压与心动过速而引起眩晕; 一旦发生晕厥应立即平卧, 并采取头低脚高姿式。

2. 患口干综合征及老年患者, 因口腔内津液较少, 影响药物溶解扩散, 应在含服片剂之前用温水漱口或含少量开水。

3. 连续含用硝酸甘油3次 (每次间隔5~10 min) 而不能中止心绞痛发作时, 应立即向医生报告。

4. 硝酸甘油片暴露于大气、受潮及贮藏期超过3个月即逐渐变质失效,因此要随时注意更换新品。

5. 告诫患者,强效硝酸甘油使用后可能出现头痛(脑膜血管扩散所致)和舌下灼热感。头痛可用阿斯匹林治疗或减量,一般继续用药数日后也会消失。

β -阻滞剂 虽在稳定型心绞痛治疗中的地位已确立,然对冠脉痉挛所致的变异型心绞痛应禁用,因为它能加重冠脉痉挛。使用 β -阻滞剂还须注意以下几个问题:

1. 每次用药前,检查心率及血压,注意低血压和心动过缓症状出现,治疗期间心率不应 <40 次/min。

2. 有哮喘病史的患者禁用。

3. 伴有下列疾病者慎用:(1)充血性心脏病;(2)糖尿病(已接受胰岛素或口服降糖药)。因 β -阻滞剂阻断了使肝糖元分解的 β 效应,致血糖下降;(3)外周血管病(肢端动脉痉挛症、闭塞性脉管炎等),由于血管上的 β 受体被阻断, α 效应增强,使病情加重;(4)为避免出现戒断综合征(withdrawal syndrome),切莫突然停药;(5)注意观察有无外周血管痉挛的表现(如间歇跛行、感觉异常等)、心绞痛发作频率及严重程度是否增加(尤其稳定型心绞痛)、有否出

现过度疲劳及恶梦现象。

钙拮抗剂 因扩张血管可致头痛、眩晕和低血压,硝苯吡啶对外周血管影响较大,故上述副作用更为明显。

对心脏作用较强的钙拮抗剂是异搏停,使用后可能产生心动过缓,因此,对病窦综合征或II-III AV传导阻滞者慎用。心动过缓多发生于静脉注射或与其他抑制心脏的药物合用时。

钙拮抗剂比单用 β -阻滞剂的好处是不收缩支气管平滑肌,故有哮喘史的患者可安全使用;钙拮抗剂能解除冠状动脉及外周血管痉挛,而 β -阻滞剂则促发冠脉痉挛,两者合用,可大大减少不利于冠脉供血的因素而最大限度地降低心肌耗氧^[4]。

参考文献

- [1] Speight TM eds. *Avery's Drug, Treatment*. 3rd ed. Auckland ADIS Press, 1987. 603
- [2] Girdwood RH eds. *Clinical Pharmacology*. 25th ed. London: Bailliere Tindall, 1984. 308
- [3] Opie LH eds. *Drug's for the heart*. Orlando: Grune & Stratton, 1984. 33
- [4] Vinsant Mo, Spence MI. *Coronary care*. 4th ed. Toronto: C.V. Mosby Co. 1985. 458.

阿司匹林可降低结肠癌死亡率

李小宁摘译 李晓琴校

许多报道表明,非甾体抗炎药(NS-AIDs)对化学致癌物致啮齿目动物结肠肿瘤的生长具有抑制作用。近年来,两项流行病学研究结果证实:阿司匹林能明显降低人类

结肠癌的发生率。本文作者进行大规模的前瞻性研究,旨在进一步确定经常服用阿司匹林与结肠癌死亡率之间的关系。

从1982年秋起,美国癌症协会对