

每天 160 mg 阿斯匹林能有效地降低五个星期以后的发病率和死亡率, 因此目前似乎应推荐使用此剂量(见表 5)。

十、结论

心肌梗塞并发症的尽早诊断是重要的, 它们包括显示心肌缺血的心绞痛、显示相对较大心肌损害的充血性心衰和显示心电不稳的室性心律不齐。有持续缺血体征的病人可能要尽早重建血管。低剂量(160mg/日)的阿斯匹林似乎能预防早期和晚期的血管闭塞。ACE 抑制剂对有充血性心衰的病人有益, 当然, 在心衰发生后的最早期可能也有效果。

由于心肌梗塞患者普遍存在血脂异常, 而且和动脉粥样硬化的进程直接有关, 因此提倡用适当的饮食和必要时加用药物纠正血脂异常。降低高血压的理由为降压可能制止动脉粥样硬化的进程, 减轻心肌负荷。 β 受体阻断剂和 ACE 抑制剂可能比其它抗高血压药有更多的优点, 但临床试验尚未在伴高血压的心肌梗塞病人身上给予肯定的证实。在不考虑高血压的情况下, β 受体阻断剂对降低非致命性和致命性复发有效。钙通道阻断剂和抗心律失常药未发现有疗效。抗凝药可能预防非致命性复发。

[Drugs <药物> 88(6): 1000, 1989]

恶性贫血口服维生素 B_{12} 维持疗法的经验

王建译 林一鸣校 张宗润审

恶性贫血的治疗从来就是采用肌肉注射维生素 B_{12} 的治疗方法。近年来已确证, 恶性贫血患者通过口服大量维生素 B_{12} 也能被体内吸收。本文报道了 3 例恶性贫血患者, 每天口服维持剂量有效地预防了贫血的复发。

病例与结果

[病例 1] 男, 68 岁。初诊时红细胞数为 $185 \times 10^4/\text{mm}^3$, 血中维生素 B_{12} 浓度为 138 pg/ml , 住院治疗的 2 个月内先肌肉注射羟钴胺($\text{OH}-B_{12}$)5 次, 每次 1mg; 然后改为口服 DBCC (辅酶 B_{12}), 每天 0.5 mg。患者每月检查一次血象, 经过 4 年 6 个月观察, 结果肌肉注射 $V_{B_{12}}$ 后贫血迅速得到改善, 改为口服后, 红细胞数维持在 $500 \times 10^4/\text{mm}^3$ 以上, 血中 $V_{B_{12}}$ 保持在正常范围。[病例 2] 女, 59 岁。初诊时红细胞数为 $240 \times 10^4/\text{mm}^3$, 血中 $V_{B_{12}}$ 浓度为 203 pg/ml 。开始治疗的 4 年内, 每 4 周肌肉注射一次羟钴胺, 每次

$1000 \mu\text{g}$, 后 3 年改为每天口服 DBCC $1500 \mu\text{g}$ 使红细胞数和血中 $V_{B_{12}}$ 保持在正常范围。[病例 3] 男, 65 岁。初诊时红细胞数为 $149 \times 10^4/\text{mm}^3$, 血中 $V_{B_{12}}$ 浓度为 300 pg/ml 。最初 1 个月隔日肌肉注射 DBCC $500 \mu\text{g}$, 以后 2 年里每天口服 DBCC $500 \mu\text{g}$, 红细胞数和血中 $V_{B_{12}}$ 都能维持在正常范围。

总结:

以上 3 例诊断为恶性贫血患者, 通过肌肉注射 $V_{B_{12}}$ 改善了贫血后, 改为每天口服 $V_{B_{12}}$ $500 \sim 1500 \mu\text{g}$ 作为维持疗法, 分别经过 1 年 2 个月至 4 年 6 个月的观察, 这期间 3 例病人的血象检查及血中 $V_{B_{12}}$ 浓度, 全部保持在正常范围。报告中指出, 恶性贫血患者这样口服大量 $V_{B_{12}}$ 的体内吸收机理认为是与浓度梯度的扩散有关。据此对同类疾病积极采用口服 $V_{B_{12}}$ 维持疗法可得到良好效果。

[<诊断与治疗> 1991: 79(1): 159—162(日文)]