

中西医结合治疗慢性充血性心力衰竭的疗效观察

董明兴¹ 姜金凤¹ 李宗敏²

(1 湖北省阳新县中医院 阳新 435200; 2 湖北省嘉鱼县人民医院 嘉鱼 437200)

摘要:目的:观察中西医结合治疗慢性充血性心力衰竭(CHF)的临床疗效。方法:治疗组 60 例患者给予芪苈强心胶囊合常规强心、利尿、扩管剂治疗;对照组 54 例患者给予常规治疗。结果:治疗组和对照组临床总有效率分别为 88.3%和 72.7%,芪苈强心合常规治疗在缓解心衰症状、改善心肌缺血、提高射血分数等方面均优于对照组,治疗期间未发生严重不良反应。结论:芪苈强心胶囊治疗心力衰竭有较好的临床应用效果。

关键词:充血性心力衰竭;芪苈强心胶囊;中西医结合疗法

中图分类号:R 541.61

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.007

心力衰竭是不同原因所致的各种心脏病发展的最终结果,表现为一组复杂的临床综合征。充血性心力衰竭是指在静脉回流正常的情况下,由于原发的心脏损害引起的心排血量绝对或相对低于机体代谢需要和心室充盈压升高,临床上出现以组织灌注不足以及肺循环和(或)体循环淤血为主要特征的一组综合征。笔者观察到芪苈强心胶囊配合强心、利尿、扩管等常规治疗用药能明显改善心衰,提高临床疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 全部病例均为 2007 年 10 月~2011 年 9 月在本院住院临床确诊为慢性充血性心力衰竭患者。入选病例共 114 例,其中男 68 例,女 46 例;年龄 55~80 岁,平均 71.5 岁;病程最短 9 个月,最长 15 年。心功能分级(NYHA):Ⅱ级 43 例,Ⅲ级 40 例,Ⅳ级 31 例。随机分为芪苈强心胶囊合常规治疗组(简称治疗组,60 例)和常规治疗组(简称对照组,54 例),两组患者年龄、性别、病程比较无显著差异,心功能分级相近。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 充血性心力衰竭的诊断参考《心血管病诊疗指南》中标准^[1]。按美国纽约心脏病协会(NYHA)的心功能分级标准分级^[2]。

1.2.2 中医诊断标准 参考《国家标准应用·中医内科疾病诊疗常规》^[3] 充血性心力衰竭的中医分型气虚血瘀、水饮内停者,证见心悸气短、动则加剧、夜间不能平卧、下肢浮肿、倦怠乏力、小便短少、口唇青紫、畏寒肢冷、舌质淡紫、脉弱而结。

1.3 纳入标准 符合充血性心力衰竭诊断标准;符合中医辨证分型气虚血瘀型者;年龄 55~80 岁;心功能Ⅱ~Ⅳ级;心衰竭病程在 6 个月以上。

1.4 排除标准 新近发生的心肌梗死(3 个月以内未控制好的严重心律失常,如室速、心动过缓等);并发有肝、肾和造血系统等严重原发性疾病;有明显感染者;妊娠或哺乳期妇女;对本药过敏者;有精

神异常及不愿意合作者。

1.5 治疗方法 对照组:强心(地高辛 0.125 mg,每天 1 次),β 受体阻断剂(倍他乐克 12.5 mg,每天 2 次,注意禁忌证),利尿(螺内酯 20 mg,每天 1 次),扩张血管(硝酸异山梨酯 10 mg,每天 2 次),高血压患者使用 ACE 抑制剂(依那普利 10 mg,每天 1 次),消除心衰诱因,吸氧,卧床休息,低盐饮食。治疗组在对照组口服药物治疗的基础上,同时给芪苈强心胶囊(国药准字 Z20040141)口服,4 粒/次,3 次/d。连续使用 4 周为 1 个疗程。

1.6 观测指标及方法

1.6.1 超声心动图 所有患者治疗前后均接受超声心动图检查,仪器采用 GE-LOGIQ500pro 彩色多普勒超声心动图,探头频率 2.5 MHz。患者左侧卧位,取胸骨旁长轴切面,超声心动图观察心腔内结构;M 型图像按美国超声协会推荐方法测量各房室内径和室壁厚度;测患者用药前后每搏输出量(SV)、每分输出量(CO)、每搏指数(SI)、心指数(CI)、左室射血分数(EF)等左心功能指标的变化。

1.6.2 12 导联心电图 每周描记常规 12 导联心电图 1 次。

1.6.3 安全性指标 血、尿、粪常规及电解质、肝肾功能。

1.7 疗效评定标准

1.7.1 临床疗效 显效:治疗后心衰的症状或体征消失,心功能达到Ⅰ级或提高 2 级以上;有效:心衰的症状和体征大部分消失或减轻,心功能提高 1 级以上;无效:未达到有效标准或恶化。

1.7.2 心电图疗效 显效:心电图恢复至正常或大致正常。有效:ST 段的降低,治疗后回升 0.05 mV 以上,但未达正常水平;主要导联倒置 T 波改变变浅(达 25%以上),或直立;房室或室内传导阻滞改善。无效:心电图基本与治疗前相同。

1.8 统计方法 计量资料显著性检验采用 t 检验,计数资料的比较用 χ² 检验。

缠绕疗法结合针药治疗脑卒中后复杂性区域疼痛综合征

刘宝国

(湖北省十堰市武当山特区医院 十堰 442714)

摘要:目的:观察缠绕疗法、运动疗法、冰水浸泡结合中药药浴、针灸治疗脑卒中后复杂性区域疼痛综合征的疗效。方法:57 例患者随机分为治疗组、对照组,对照组采用缠绕疗法、运动疗法、冰水浸泡,治疗组在此基础上加用药浴及针灸,于治疗 3 周后进行评估。结果:治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗复杂性区域疼痛综合征疗效显著。

关键词:脑卒中;复杂性区域疼痛综合征;运动疗法;缠绕疗法;针灸;药浴

中图分类号:R 743.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.008

复杂性区域疼痛综合征(CRPS)是脑卒中后常见的并发症,笔者采用缠绕疗法结合针药治疗 32 例脑卒中后 CRPS,效果满意。现报道如下:

1 临床资料

1.1 研究对象 选择 2008 年 10 月~2012 年 7 月武当山特区医院综合科收治的 57 例脑卒中后复杂性区域疼痛综合征患者。纳入标准:(1)符合全国第四届脑血管病学术会议通过的脑血管意外中的脑出血和脑梗死的诊断标准^[1];(2)符合赵国栋^[2]CRPS 的临床表现、诊断标准及分期,且均为 I 期;(3)从发病到接受治疗病程不超过 3 个月;(4)神志清楚,智能正常;(5)患者知情同意。排除标准:(1)合并有

2 结果

2.1 临床疗效 结果见表 1。两组总有效率经统计学处理, $P<0.05$,治疗组疗效优于对照组。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	60	16(26.7)	37(61.7)	7(11.7)	53(88.3)
对照组	54	16(29.6)	23(42.6)	15(27.8)	39(72.2)

2.2 心电图疗效比较 见表 2。经 χ^2 检验,两组总有效率比较有显著性差异($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组。

表 2 两组心电图疗效比较 例(%)					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	60	13(21.7)	39(65.0)	8(13.3)	52(86.7)
对照组	54	13(24.1)	24(44.4)	17(31.5)	37(68.5)

2.3 治疗后对左心功能的影响 结果见表 3。治疗组治疗后左心功能各项指标与对照组比较有显著差异($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组。

表 3 治疗前后左心室射血功能的变化 ($\bar{X}\pm S$)					
观察项目	治疗组				对照组
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
SV/(mL/搏)	61.88±22.32	83.44±30.22* [△]	62.05±21.33	71.55±24.19*	
CO/(L/min)	4.66±1.48	6.53±2.08* [△]	4.32±1.28	5.12±1.46*	
SI/[mL/(搏·m ²)]	40.24±12.31	57.46±18.26* [△]	42.36±11.24	47.75±12.38*	
CI/[L/(min·m ²)]	3.14±1.59	4.27±1.50* [△]	3.06±1.37	3.65±1.24*	
EF(%)	48.22±1.71	62.51±3.61* [△]	46.80±2.31	48.83±3.21*	

注:各组治疗前后自身比较,* $P<0.05$;两组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

2.4 不良反应 治疗组与对照组治疗前后安全指标对比无明显变化,未发现毒副作用。

3 讨论

充血性心力衰竭属中医“心悸、水肿、喘证、痰

其他严重器质性疾病者;(2)由于感染或损伤等原因引起的临床类似症候群。符合上述条件的患者 57 例,男 30 例,女 27 例;年龄 37~72 岁,平均 56.4 岁;脑出血 17 例,脑梗死 40 例。随机数字表分为两组,治疗组 32 例,对照组 25 例。两组患者在治疗前一般情况基本相似,年龄、性别、发病时间、脑血管病类型、危险因素等资料经统计学处理差异无显著性意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 两组均予相对统一的中西药物治疗,如调整血压、控制血糖、颅内压高者予以脱水、防止患手处于下垂位等。均采用如下方法:(1)向心性缠绕压迫手指,用直径 1~2 mm 的绳子从远端向“饮、胸痹”等范畴。主要由于心脾肾阳气虚衰,不能运化水湿鼓动营血,造成水湿内停、瘀血阻络,形成本虚标实的病理改变。

对于阳气虚衰、瘀血水饮内停型心力衰竭,可以采用温阳益气、活血通络、利水消肿治疗方法。在常规强心、利尿、扩管治疗基础上配合芪苈强心胶囊取得较好的临床疗效。芪苈强心胶囊由黄芪、人参、附子、丹参、葶苈子、泽泻、玉竹、桂枝、红花、香加皮、陈皮等组成。以黄芪、附子益气温阳为君;丹参和血活血,人参通补元气,以治络虚,葶苈子泻肺逐水为臣;佐以红花活血化瘀,陈皮舒畅气机,泽泻、香加皮利水消肿,玉竹养阴以防利水伤正;使以桂枝辛温通络、温阳益气;合而共奏心气充、阳气复、脉络通、水肿消之功效,使病人心慌气短、不能平卧、尿少水肿等心衰诸症消除。动物实验表明,芪苈强心胶囊能改善心肌血供,增强心肌收缩力,减少心室重构,阻断神经内分泌恶性循环,纠正水钠紊乱^[4]。

参考文献

[1]马业新,曾和松.心血管病诊疗指南[M].北京:科学出版社,2006.6
[2]贝政平.内科疾病诊断标准[M].北京:科学出版社,1996.8
[3]朱文峰.国家标准应用·中医内科疾病诊疗常规[M].长沙:湖南科学技术出版社,1999.2
[4]刘建勋,马晓斌,王扬慧,等.芪苈强心胶囊对实验性心力衰竭犬心脏功能的影响[J].疑难病杂志,2007,6(3):199-201

(收稿日期:2012-08-23)