

心衰患者的 EF 值与中医辨证分型的相关性

王贵会 朱燕 蔡新伦
(云南省昆明市中医医院 昆明 650011)

摘要:目的:了解心衰患者的 EF 值与中医证型的相关性。方法:对我院 120 例诊断为心力衰竭的住院病人,采用临床调查的方法,辨证分析确定证型,分析心衰患者心功能 EF 值与中医证型的相关性。结果:EF 值随着心气阴虚证、心肾阳虚证、气虚血瘀证、阳虚水泛证呈逐渐降低趋势($P<0.05$)。结论:EF 值有可能作为心衰中医辨证量化的临床指标。

关键词:心力衰竭;EF 值;中医证型

中图分类号:R 541.6

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.057

心力衰竭(简称心衰,CHF)是一种复杂的临床症状群,为各种心脏病的严重阶段,其发病率高,5 年存活率与恶性肿瘤相仿。近期内心衰的发病率仍将继续增长,正在成为 21 世纪最重要的心血管病症^[1]。本研究通过临床调查的方法,了解心衰患者的 EF 值与中医证型的相关性,从而在病证结合基础上探讨心衰中医证型与现代客观检查指标的相关性,使中医辨证分型更加客观化与规范化,提高 CHF 中医辨证论治水平与临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 7 月~2012 年 7 月于昆明市中医医院心血管内科住院部就诊、符合心力衰竭西医及中医诊断标准的患者 120 例,其中女性 64 例,男性 56 例;年龄 ≤ 50 岁 10 例,51~60 岁 24 例,61~70 岁 32 例,71~80 岁 36 例,>80 岁 18 例。

1.2 诊断标准 西医诊断标准:参照《内科疾病诊断标准》(第 2 版)中心力衰竭的诊断标准。中医诊断辨证分型标准^[2]:参照中华人民共和国卫生部 2002 年制定发布《中药新药临床研究指导原则》中充血性心力衰竭的辨证分型标准。

1.3 病例选择标准 入选标准:符合心力衰竭诊断及中医辨证者。排除:(1)由于肝、肾等重要脏器功能衰竭导致心力衰竭者。(2)合并有肝、肾和造血系统等严重原发性疾病(如遗传嘌呤核苷酸代谢酶异常疾病、白血病、癌症等)。(3)18 岁以下,妊娠或哺乳期妇女。(4)不符合纳入标准,资料不全者。

1.4 研究方法 将符合纳入标准的 120 例心力衰竭患者按中医辨证分型分为心气阴虚证、心肾阳虚证、气虚血瘀证、阳虚水泛证四个证型。因心阳虚脱证的病例较少,该证型不纳入本研究。对患者进行基本资料的收集、心脏彩色多普勒的检查,记录患者的基本资料、EF 值指标,探讨与中医证型的关系。

1.5 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件进行分析。计量资料采用单因素方差分析方法进行组间比较,皆用(均数 $\pm$ 标准差)表示,计数资料采用秩和检验。所有的统计检验均采用双侧检验, P 值 <0.05

为差异有统计学意义。

2 结果

见表 1。(1)EF 值随着心气阴虚证、心肾阳虚证、气虚血瘀证、阳虚水泛证呈逐渐降低趋势;(2)心气阴虚证与心肾阳虚证的 EF 值差异无统计学意义($P>0.05$);(3)其他各中医证型 EF 值差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 各中医证型之间 EF 值比较 ($\bar{X}\pm S$) %						
证型	n	EF 值	P 值			
			心气阴虚证	心肾阳虚证	气虚血瘀证	阳虚水泛证
心气阴虚证	27	62.85 $\pm$ 10.313		0.063	0.000	0.000
心肾阳虚证	14	56.29 $\pm$ 9.401	0.063		0.047	0.000
气虚血瘀证	51	49.06 $\pm$ 11.754	0.000	0.047		0.000
阳虚水泛证	28	39.39 $\pm$ 8.270	0.000	0.000	0.000	

3 讨论

辨证论治是中医的灵魂,中医对于心力衰竭的治疗最重要的就是辨证论治,心力衰竭的辨证分型主要是依据病因病理的变化进行,由于本病的主要病理机制为本虚标实,所以现代大多医家都以虚实为纲,病变累及脏腑为目,结合临床实践辨证分型。充血性心力衰竭属中医本虚标实之证。该病为心气、心阳不足,推动乏力,气血运行不畅,瘀阻心脉,甚则血瘀水停,致“心主血脉”功能的紊乱和衰退,致心功能不全^[3]。心主血脉,心的泵血功能是由心气作用来完成,只有心气旺盛,血液才能在脉管中运行不息以满足全身的生理功能需要。一旦心气虚衰,不能鼓动血液运行,使心输出量减少,使组织绝对或相对灌注不足。其中最基本的原因是心气虚和心阳虚。

心脏彩色多普勒中 EF 值是反映心泵功能尤其收缩功能的指标,它能客观地反映心功能的变化,评价心衰^[4]。心力衰竭时 EF 值降低使到达外周血管血液减少,与心气阳虚病机一致,故理论上 EF 值应与心气阳虚程度有关。

总之,EF 值是反映心泵功能尤其收缩功能的指标,它能客观地反映心功能的变化,本研究提示 EF 值与中医证型之间有相关性,可作为中医辨证分型的量化指标之一。

分析前质量控制在凝血四项测定中的价值探讨

田玉玲 雷力民 徐文丽
(广西中医药大学附属瑞康医院 南宁 530011)

摘要:目的:探讨分析前质量控制在凝血四项测定中的应用价值。方法:检测样本的血浆凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、凝血酶时间(TT)、纤维蛋白原(FIB)。结果:轻度溶血对检测结果没有明显的干扰,严重溶血状态下会使得 TT 的结果明显延长。采血量过少:PT、APTT、TT 结果明显延长,FIB 含量明显降低;采血量过多:PT、APTT、TT 结果无明显影响,FIB 含量增高。离心后标本室温放置 2 h、4 h,测定结果与即刻测定的结果无显著差异,室温放置 6 h 后 PT 明显缩短,APTT 明显延长,TT、FIB 的测定值没有明显影响。结论:由于溶血、采集量、存储等原因造成的不合格样本对止血指标均有明显的影响,医护人员应该尽可能按照标准操作规程进行样本的采集、运送、保存等,以免造成检验结果的假性结论,误导临床医生做出错误的判断。

关键词:质量控制;凝血酶原;活化部分凝血活酶时间;凝血酶时间;纤维蛋白原

中图分类号:R 446.11

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.058

凝血四项检查是临床上常用的血栓与止血筛查实验,对患者的术前准备、出血性疾病或血栓形成性疾病的初步判断以及用药疗效的评估与监测有直接指导作用。合格的样本是保证检测指标准确性的前提,但在实际工作中,我们经常会遇到标本的溶血、采集量及放置时间等影响结果的因素,本文分析了这些因素与测定结果的关系,以利于我们更好控制这些因素,使得我们的实验数据更准确与可靠。

1 材料与方法

1.1 标本来源 收集我院 2012 年 1~6 月住院患者的不合格标本 330 例,其中溶血标本 130 例,采血量过少标本(血量 <1.4 mL)132 例,采血量过多标本(血量 >2.2 mL)68 例。另采集合格标本 60 例,分别行立即测定和室温放置 2 h、4 h、6 h、8 h 测定。

1.2 标本采集与检测 使用一次性自动定量静脉采血管,抗凝剂为 109 mmol/L 的枸橼酸钠 0.2 mL,采集静脉血 1.8 mL,3 000 r/min 离心 15 min,按操作规程进行测定。检测项目为凝血四项:凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血酶原时间(APTT)、凝血酶时间(TT)、纤维蛋白原(FIB)。

1.3 仪器和试剂 应用日本 Sysmex CA-7000 全自动血凝分析仪,试剂为上海太阳生物技术公司生产的配套 CA 系列血凝试剂。

1.4 统计学方法 应用 Microsoft Excel 软件对数据进行统计分析。计量资料以 $(\bar{X} \pm S)$ 表示,样本间比较采用 *t* 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 溶血对检测结果的影响 见表 1。轻度溶血对

检测结果没有明显的干扰,重度溶血状态下会使得 TT 的结果明显延长。

表 1 溶血对检测结果的影响 $(\bar{X} \pm S)$					
检测项目	<i>n</i>	PT(s)	APTT(s)	TT(s)	FIB(g/L)
正常血浆	60	12.8± 0.64	28.6± 6.31	16.1± 3.22	3.05± 0.66
轻度溶血	96	12.6± 0.88	29.0± 6.52	16.9± 3.21	3.14± 0.74
重度溶血	34	12.7± 0.69	29.1± 7.66	19.3± 4.06*	3.16± 0.59

注:与正常血浆比较,**P* < 0.05。

2.2 采血量过少和过多对检测结果的影响 见表 2。采血量过少,PT、APTT、TT 结果明显延长,FIB 含量明显降低;采血量过多,PT、APTT、TT 结果无明显影响,FIB 含量增高。

表 2 采血量过少和过多对检测结果的影响 $(\bar{X} \pm S)$					
检测项目	<i>n</i>	PT(s)	APTT(s)	TT(s)	FIB(g/L)
采血量正常	60	12.8± 0.64	28.6± 6.31	16.1± 3.22	3.05± 0.66
采血量过少	132	15.6± 0.90*	35.3± 6.22*	19.8± 3.58*	2.08± 0.63*
采血量过多	68	12.7± 0.75	29.2± 6.35	16.5± 3.44	4.38± 0.89*

注:与采血量正常比较,**P* < 0.05。

2.3 室温放置时间对检测结果的影响 见表 3。离心后标本室温放置 2 h、4 h,测定结果与即刻测定的结果无显著差异,室温放置 6 h 后 PT 明显缩短,APTT 明显延长,TT、FIB 的测定值没有明显影响。

表 3 室温放置时间对检测结果的影响 $(\bar{X} \pm S)$					
检测项目		PT(s)	APTT(s)	TT(s)	FIB(g/L)
即刻测定		12.8± 0.64	28.6± 6.31	16.1± 3.22	3.05± 0.66
2 h 测定		12.6± 0.77	29.1± 6.22	16.0± 3.12	2.98± 0.69
4 h 测定		12.4± 0.80	30.0± 6.11	16.1± 3.56	2.96± 0.88
6 h 测定		10.5± 0.58*	34.0± 8.32*	15.9± 3.54	2.88± 0.70
8 h 测定		9.3± 0.96*	36.3± 7.24*	16.3± 3.01	2.95± 0.85

注:与即刻测定值比较,**P* < 0.05。

3 讨论

分析前质量控制是全面质量控制中至关重要的前提,所包含的信息很庞杂,如患者准备(饮食、运动)、患者信息的处理(申请单的核对、录入)、样本采集等^[1]。据权威报道,临床反馈不满意的检验结果中,有 80%的报告最终可溯源到标本质量不符合要求^[2],其中最主要的为标本采集的不规范、不准确,

参考文献

[1]张建,华琦.心力衰竭的诊断与治疗[M].北京:人民卫生出版社,2006.11
[2]国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.77-85

[3]王扬,陈希芬,杜立建.中医药治疗慢性心力衰竭临床研究进展[J].河北中医,2007,29(9):858-860
[4]赵三明,郭春风.心衰中西医结合治疗前后 EF 值的对照观察[J].山西医科大学学报,2000,31(3):227

(收稿日期:2012-09-03)