中医治疗病毒性心肌炎 50 例临床分析

周运璇

(江苏省响水县人民医院 响水 224600)

关键词: 中医疗法; 黄芪; 病毒性心肌炎

中图分类号: R 542.2

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.036

病毒性心肌炎是由病毒感染所导致的心肌细胞纤维渗出以及心肌细胞变性坏死的一种多发病、常见病。病毒性心肌炎疾病的患病率近年来呈现出不断增多的趋势,给患者带来了极大的痛苦,严重威胁着患者的身体健康,且约有 12.5% 的急性病毒性心肌炎会向扩张性心肌病转化,进而导致患者死亡^[1]。病毒性心肌炎属于中医学“温病”的范畴,主要因湿热邪毒或者感受风热所致,为本虚标实的一种疾病。治疗原则急性期主要为驱邪外出、解毒清热,中后期则主要为解毒,而后遗期主要为通络活血,并且在治疗过程中始终注意益气养阴。本文回顾性分析我院采用中药黄芪治疗的 50 例病毒性心肌炎患者临床资料,报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 随机选取 2009 年 6 月~2013 年 6 月我院收治的 80 例病毒性心肌炎患者,均符合病

均采用 SPSS16.0 统计学软件处理,计量资料采用均数加减标准差表示($\bar{X} \pm S$),采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有显著统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗 2 周后观察组患者显效 28 例,有效 11 例,无效 5 例,有效率为 89%;对照组患者显效 23 例,有效 7 例,无效 14 例,有效率为 68%: 观察组有效率明显高于对照组,差异显著,有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 两组患者血浆 BNP 水平变化比较 治疗前两组患者的血浆 BNP 水平无明显差异($P > 0.05$);用药治疗后观察组患者的血浆 BNP 为 (452 ± 132.8) mol/mL,对照组为 $(1\ 015 \pm 360.5)$ mol/mL,观察组血浆 BNP 水平明显低于对照组,差异显著,有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

冠心病的发生是脂质在动脉内膜的积聚过程,随着脂质的积聚,动脉内壁逐渐增厚,造成管腔狭窄,供血随之减少,随着血流量的减少,动脉内血液中红细胞比容增加,进而增高了血液黏度,恶性循

病毒性心肌炎的诊断标准。所有患者随机分成治疗组 50 例和对照组 30 例:治疗组中女性 11 例,男性 39 例,年龄 17~56 岁,平均 36.5 岁;对照组中女性 8 例,男性 22 例,年龄 18~53 岁,平均 35.8 岁。两组患者性别、年龄、心功能、心肌酶学以及心电图等方面比较差异无统计学意义, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组患者给予静脉滴注抗生素、能量合剂、维生素以及极化液等常规治疗;治疗组患者在对照组基础上给予 20 mL 中药黄芪注射液加入 250 mL 5% 的葡萄糖注射液静脉滴注,维持治疗 15 d 后,再给予 4 mL 中药黄芪注射液肌注,2 次/d。

1.3 疗效判断标准 未愈:临床症状无改善,心功能、心肌酶学检查和心电图检查不正常;好转:临床症状得以减轻,心功能、心肌酶学检查和心电图检查未完全恢复正常;痊愈:临床症状消失,心功能、

环使得冠脉的血运障碍更加严重。血浆 BNP 是一种主要由心室肌分泌的神经内分泌激素,在冠心病发生、心室功能不全时,BNP 分泌受到刺激,进而分裂进入血液循环,促进排钠排尿、扩张血管,有利于降低血压,缓解心脏负荷,在一定程度上反应了冠心病患者的病情严重程度^[2]。本组研究中治疗前两组患者的血浆 BNP 水平无明显差异,用药治疗后观察组患者的血浆 BNP 为 (452 ± 132.8) mol/mL,对照组为 $(1\ 015 \pm 360.5)$ mol/mL,观察组血浆 BNP 水平明显低于对照组,差异显著,有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者有效率为 89%,对照组患者有效率为 68%,观察组有效率明显高于对照组,差异显著,有统计学意义($P < 0.05$)。由此说明中西医结合治疗能够有效调整血浆 BNP 水平,临床效果显著,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]陈红燕,彭绍蓉.中西医结合治疗对冠心病患者血浆 BNP 水平变化的影响[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(8):338-340
- [2]杜同信,王自正,王书奎,等.冠心病患者血浆 BNP、HCY、CRP 水平变化分析[J].放射免疫学杂志,2003,16(5):312-314
- [3]张红,蒋利,吴朝光,等.房颤患者血浆 BNP 水平的变化及临床意义[J].现代生物医学进展,2009,9(1):113-114

(收稿日期: 2013-07-30)

阿托伐他汀治疗心肌梗死的临床分析

杨四春

(江西省进贤县人民医院 进贤 331700)

关键词:阿托伐他汀;心肌梗死;临床效果

中图分类号:R541.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.037

心肌梗死是指由于冠状动脉闭塞导致血流中断,心肌长时间持续缺血导致坏死,具有发病急、病情重和致死率高等特点。当前对急性心肌梗死治疗的主要手段是通过静脉溶栓和经皮冠状动脉腔内形成术进行治疗,恢复动脉畅通,降低濒死心肌和病死率。血脂异常是导致心肌梗死患者死亡的重要原因,对其进行控制具有重要意义^[1]。阿托伐他汀为降脂药物,在心肌梗死治疗中的应用取得一定效果。本文选取我院收治的心肌梗死患者 80 例进行研究,对阿托伐他汀治疗心肌梗死的临床效果进行分析。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 1 月~2012 年 1 月我院收治的心肌梗死患者 80 例,男 42 例,女 38 例;年龄 35~76 岁,平均 55.5 岁;前壁心肌梗死 23 例,侧壁心肌梗死 20 例,下壁心肌梗死 17 例,后壁心肌梗死 15 例,合并患者 5 例。随机分为观察组和对照组各 40 例,两组患者在性别、年龄和病情方面对比无显著性差异,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用常规治疗方法进行治疗,包括抗凝剂、硝酸盐、溶栓剂、 β -受体阻滞剂等进行治疗;观察组在对照组基础上,加用阿托伐他

心肌酶学检查和心电图检查均正常。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件分析数据。计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有显著性意义。

1.5 结果 治疗组未愈 2 例,好转 10 例,痊愈 38 例,治疗总有效率 96.0%;对照组未愈 14 例,好转 7 例,痊愈 9 例,治疗总有效率 53.3%。治疗组总有效率明显高于对照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$);两组患者均未出现明显不良反应。

2 讨论

病毒性心肌炎是由多种嗜心性病毒侵犯心脏,进而所导致的以间质炎性细胞浸润、心肌细胞坏死、心肌细胞变性等为主要病理表现的弥漫性或者局限性非特异性心脏炎症性疾病^[2]。病毒性心肌炎的绝大多数患者主诉为心律失常,常见心前区隐痛、胸闷、心悸、乏力、头痛等临床症状。其好发季节为夏季和秋季,以四十岁以下成年人以及儿童居多,并且男性患者明显多于女性患者。现阶段,病毒性心肌炎的发病机制尚待进一步研究证实。

病毒性心肌炎按照病程可以分成四期,也就是急性期、恢复期、迁延期以及后遗症期,该过程体现出疾病整个过程中阴阳盛衰和邪正相争的病理变化。在中医临床上,各个医家也是多分期论治,并且以此为基础进行分型治疗。其中,病毒性心肌炎在急性期的主要表现是舌红脉数、口干咽痛、咳嗽和

发热等风热犯肺证,患者容易出现心络不通、心神不宁、心脉不利、心脉不整、血不养心、心气不足等,如果在急性期能够得到合理有效的治疗,便能够祛病痊愈,而如果误治或者失治,则会出现血脉瘀滞、气行不畅、气阴更虚、水液代谢失常、阴阳失衡,进而使得疾病迁延不愈。其病变过程中的主要病理产物是痰浊、瘀血,在整个疾病过程中还会贯穿气阴两虚的病理变化^[3]。所以,病毒性心肌炎病机的关键便是“毒”、“瘀”、“虚”,治疗应当以养阴益气贯穿始末。其中,急性期应当以驱邪外出和解毒清热为主,中后期应当以解毒为主,而后遗症期则应当以通络活血为主^[4]。西医的主要治疗方法是对症支持治疗,尚未有特效疗法,而我国的中医辨证论治在病毒性心肌炎的治疗上具备着多靶点和整体性等突出特色,有着良好的疗效与独特的优势。中药黄芪注射液有着抗病、免疫调节的作用,可有效改善心电图和异常心肌酶,并且还有助于保护心肌。综上,中药黄芪注射液结合西药治疗病毒性心肌炎效果显著,可提高病毒性心肌炎的治疗水平以及患者的生活质量。

参考文献

[1]刘中华.中医治疗病毒性心肌炎临床浅见[J].光明中医,2011,26(7):1454-1455
 [2]李宪章.中医治疗病毒性心肌炎 80 例[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(3):175-176
 [3]郭昌辉.108 例病毒性心肌炎的中医药治疗分析[J].中国中医药咨讯,2012,4(3):311
 [4]周亚滨,翟文姬.病毒性心肌炎的中医治疗进展[J].中医临床研究,2013,5(3):121-122

(收稿日期:2013-06-17)