

比较 表 2 统计结果显示,HLD 患者三个不同中医证型在 SCL-90 上比较均无显著性差异 ($P>0.05$)。与痰湿内阻型比较,肝肾阴虚型和气血亏虚型在 LSIA 方面均有显著性差异 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 HLD 患者不同中医证型与 LSIA、SCL-90 结果比较(分, $\bar{x} \pm s$)

	痰湿内阻型	肝肾阴虚型	气血亏虚型	F	P
LSIA	8.17± 4.25	7.13± 3.88*	6.13± 3.71#	2.787	0.033
SCL-90	159.03± 40.58	169.36± 47.23	168.13± 38.57	1.839	0.161

注:与痰湿内阻型比较,* $P<0.05$,# $P<0.01$ 。

3 讨论

本研究结果显示,本组 HLD 患者中医证型分布中,肝肾阴虚型所占比例最高,其次是痰湿内阻型,气血亏虚型所占比例最少。肝肾阴虚型和痰湿内阻型在生理领域上比较有显著性差异 ($P<0.05$);与痰湿内阻型比较,肝肾阴虚型和气血亏虚型在 LSIA 方面均有显著性差异 ($P<0.05$)。HLD 患者多青少年起病,由于对本病的诊断尚未被多数医生认识,可能导致误诊,甚至出现锥体外系症状,影响生理功能,因此出现肝肾阴虚型所占比例较高。肝肾阴虚以致肝风内动,出现运动障碍,导致日常活动受限,生活质量中的生理领域受到影响,生活满意度差,生活质量较差。HLD 患者病机属于脏腑功能失调,其后气渐衰,气化不足,易于水湿停聚,痰湿内生,壅塞脑络。痰湿和铜浊均为毒邪,毒邪损伤脑络,络脉破损,气血渗灌失常,致脑神失养,神机失守,其人健忘,导致包括“神衰健忘”在内的一系列病理变化和证候表现^[7]。HLD 患者由于父母体质素虚,致胎儿先天禀赋不足、肾精亏虚。《医方集解》曰:“人之精与志,皆藏于肾,肾精不足则肾气衰,不能上通于心,故迷惑善忘也。”因肾为先天之本,先天肾精亏虚,致后天脾

胃运化失常,泌别清浊功能受损,铜浊积聚体内伤及脾胃,健运失司,聚湿生痰,阻于脑络以至痰湿内阻,痰浊蒙闭清窍,脑神被扰,使神明失用,此为 HLD 患者生理功能障碍的中医证型。

综上所述,HLD 患者生活质量下降,主要由于生理功能障碍和生活满意度差所致。其病位在脑,涉及肝、肾、心、脾。其病性为本虚标实,虚实夹杂。以肾精亏虚为本,痰、湿为标,病机为多脏腑功能失调,致脑络瘀塞、髓海失养、灵机失用。肝肾阴虚、气血亏虚为本,痰湿内阻为标。在考虑如何提高患者生活质量时,应该把现代医学研究和祖国传统医学理论结合起来,重视中医学辨证论治。HLD 的整个病变过程体现了正虚邪恋、虚实夹杂的特点^[8]。因此在治疗过程中,扶正不忘驱邪,驱邪不忘扶正,调补气血贯穿整个治疗的始终,不同的时期治疗应有侧重。病变早期注重疏肝健脾、涤痰化湿,中期注意调补阴阳、鼓舞正气,晚期重在调补气血、化瘀和络。

参考文献

[1]Komal Kumar RN,Taly AB,Nair KP,et al.Quality of life in Wilson's Disease[J].Ann Indian Acad Neurol,2008,11(1):37-40
[2]马心锋,王共强,胡纪源,等.肝豆状核变性患者的生活质量及影响因素[J].中华行为医学与脑科学杂志,2011,20(11):1022-1024
[3]Sternlieb.Perspectives on Wilson's disease [J].Hepatology,1990,12(5):1234-1239
[4]张作记.世界卫生组织生存质量测定量表简表[C].中国行为医学科学编辑委员会编.行为医学量表手册[M].北京:中华医学电子音像出版社,2005.213-214
[5]王征宇.症状自评量表 SCL-90[J].上海精神医学,1984,2(2):68-70
[6]汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册[J].中国心理卫生杂志社,1999,13(S):73-81
[7]李澎涛,王永炎,黄启福.“毒损脑络”病机假说的形成及其理论与实践意义[J].北京中医药大学学报,2001,24(1):1-6
[8]杨任民,杨兴涛,鲍远程,等.中西医结合治疗肝豆状核变性 418 例分析[J].中西医结合杂志,1990,10(3):134-136

(收稿日期:2014-09-09)

化瘀解毒法对糖尿病心肌病患者的心功能影响研究

曾宪国

(湖南省常德市西洞庭区人民医院 常德 415137)

摘要:目的:观察化瘀解毒法对糖尿病心肌病患者的心功能改善作用。方法:100 例纳入观察的糖尿病心肌病患者随机分为观察组 52 例和对照组 48 例,两组均接受西医常规治疗,观察组另按化瘀解毒法遣方用药治疗,6 个月后对比两组患者的心功能。结果:两组患者治疗后 HbA1c、BNP、LAD 和 LVEDD 均有不同程度下降,而 LVEF 则均上升,与治疗前相比差异均具有统计学意义 ($P<0.05$); 治疗后观察组的 HbA1c、BNP、LAD 和 LVEDD 均低于对照组,而 LVEF 则高于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论:在西药常规治疗的基础上,采用化瘀解毒法遣方用药治疗糖尿病心肌病能更好地提高临床疗效,改善患者的心功能。

关键词:糖尿病心肌病;心功能;化瘀解毒法

中图分类号:R587.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.02.025

糖尿病心肌病是糖尿病患者远期较严重的并发症及致死原因之一,目前学术界认为本病是一种独

立的心肌疾病,与临床中常见的冠心病及高血压性心脏病有所不同。本病在代谢紊乱及微血管病变基

础上引发心肌广泛灶坏死,早期可出现心脏舒张功能不全,晚期以收缩功能不全为主,最终进展为心力衰竭,重症患者甚至猝死^[1]。自 2012 年以来,笔者在西药常规治疗的基础上,采用化瘀解毒法遣方用药治疗糖尿病心肌病 52 例,取得较好的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2012 年 1 月~2013 年 12 月住院部及门诊收治的糖尿病心肌病 100 例,均符合《中国糖尿病防治指南》2007 版的诊断标准,且出现心脏增大、心律失常,排除高血压性心脏病、冠心病、风心病、甲亢性心脏病、心脏瓣膜病及其他心脏病。100 例患者随机分为观察组 52 例和对照组 48 例。观察组中男 24 例,女 28 例;年龄 53~78 岁,平均 (61.2± 9.7) 岁;糖尿病病程 5~24 年,平均 (12.7± 4.5) 年;按纽约心脏病协会 (NYHA) 进行心功能分级:Ⅱ级 11 例、Ⅲ级 27 例、Ⅳ级 14 例。对照组中男 25 例,女 23 例;年龄 55~75 岁,平均 (62.3± 9.5) 岁;糖尿病病程 5~23 年,平均 (12.5± 4.8) 年;心功能分级:Ⅱ级 10 例、Ⅲ级 26 例、Ⅳ级 12 例。经统计,两组患者一般资料对比差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者均给予口服降糖药物或(和)胰岛素控制血糖达理想水平(空腹血糖<7.0 mmol/L,餐后 2 h 血糖<10.0 mmol/L),同时常规吸氧、应用洋地黄、利尿剂、硝酸酯类药物等抗心衰治疗。观察组在此基础上采用中医化瘀解毒法遣方用药治疗,方药:黄芪 30 g、沙参 15 g、山药 15 g、三七 3 g(兑服)、丹参 10 g、赤芍 10 g、丹皮 10 g、黄连 3 g、甘草 10 g。每日 1 剂,水煎分早晚两次口服,适时辨证加减。两组均以 1 个月为 1 个疗程,共观察 6 个疗程。

1.3 观察指标 分别检测两组患者治疗前后的糖化血红蛋白(HbA1c)、脑钠肽(BNP)水平;并通过心脏彩超测定患者的左房内径(LAD)、左室舒张末内径(LVEDD)、左室射血分数(LVEF);同时观察患者不良反应发生情况。

1.4 统计学方法 对两组数据采用 SPSS15.0 软件进行处理,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,检验标准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 治疗前后 HbA1c 和 BNP 水平对比 两组患者治疗后 HbA1c 和 BNP 均有不同程度下降,与治疗前相比差异均具有统计学意义 ($P<0.05$);治疗后

观察组 HbA1c 和 BNP 均低于对照组,差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后 HbA1c 和 BNP 水平对比($\bar{x} \pm s$)					
组别	时间	n	HbA1c(%)	BNP(pg/ml)	
观察组	治疗前	52	8.72± 1.83	672.5± 98.3	
	治疗后	52	6.61± 0.87 [#]	531.8± 79.2 [#]	
对照组	治疗前	48	8.77± 1.85	671.9± 99.6	
	治疗后	48	7.49± 1.12 [*]	562.5± 81.5 [*]	

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

2.2 治疗前后心脏彩超结果对比 两组患者治疗后 LAD 和 LVEDD 均有不同程度下降,而 LVEF 则均上升,与治疗前相比差异均具有统计学意义 ($P<0.05$);治疗后观察组的 LAD 和 LVEDD 均低于对照组,而 LVEF 高于对照组,差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后心脏彩超结果对比($\bar{x} \pm s$)					
组别	时间	n	LAD(mm)	LVEDD(mm)	LVEF(%)
观察组	治疗前	52	48.5± 6.1	62.1± 6.7	37.7± 5.3
	治疗后	52	41.2± 4.5 [#]	56.6± 5.6 [#]	42.9± 5.6 [#]
对照组	治疗前	48	48.9± 6.3	61.8± 6.8	37.5± 5.7
	治疗后	48	44.2± 4.6 [*]	58.9± 5.9 [*]	40.2± 5.9 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

3 讨论

自上世纪 70 年代糖尿病心肌病这一概念提出后,40 余年来大量流行病学调查显示,本病是糖尿病并发症中最为特殊和严重的并发症^[2]。其发病机制复杂,涉及多种代谢紊乱以及心肌间质纤维化、心脏自主神经病变等多种因素^[3]。当糖尿病心肌病患者出现充血性心力衰竭后,再采用强心、利尿等治疗方法效果欠佳。有学者指出本病的治疗主要有三个方面^[4]:(1)严格控制高血糖、血脂紊乱、高血压;(2)改善生活方式,低脂高纤饮食;(3)改善心脏重构,防止心衰恶化。BNP 是反映心室压力及容量负荷变化的最强独立指标,且以往的研究表明,其浓度随着舒张、收缩功能障碍加重逐渐升高,呈正相关^[5]。因此,监测血浆 BNP 水平以及心脏彩超有助于诊断心衰患者及其严重程度。

糖尿病属中医学“消渴”范畴,但据其临床表现,亦属于“胸痹”的范畴。消渴的主要病机是阴虚为主、燥热为标,燥热日久、气机郁滞、血脉失养、血液黏滞、运行不畅成瘀;瘀郁化热毒、久病入络、阻于心脉。病久亦可阴损及阳,见气阴两虚、阴阳两虚之证。因此认为本病治疗当益气活血、清热解毒。所选方药中黄芪能益气补血,善治胸中大气下陷所致胸痹、心悸,与沙参、山药相配,更能补气养阴,清热生津;三七、丹参活血化瘀,配合赤芍、丹皮更能凉血清心,化血中之瘀热,更添少许入心经之黄(下转第 58 页)

表疾病。治疗方法主要为手术切除,本研究观察 42 例(48 眼)翼状胬肉患者术前及术后散光及视力的变化情况。现总结如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 2010 年 1 月~2014 年 1 月翼状胬肉患者 42 例(48 眼),其中男 16 例,女 26 例;年龄 36.5~73 岁,平均(51.4± 6.4)岁。均为初发性胬肉,胬肉侵犯角膜均>2.5 mm。所有患者排除角膜炎、角膜变性、角膜营养不良或角膜瘢痕等相关眼表疾病。

1.2 治疗方法 所有病例均由同一高年资主治医师行翼状胬肉切除及干细胞移植术,术前 1 d 及术后 1 个月角膜地形图及散光检查均由同一医师完成。记录术前及术后角膜地形图平均散光,同时应用 TOPCON 综合验光仪验光,记录术前及术后最佳矫正视力及医学验光的最终屈光度。

1.3 统计学方法 采用 SPSS10.0 软件统计处理,配对 *t* 检验比较手术前、后角膜各参数和医学验光的最终屈光度及最佳矫正视力,*P*<0.05 为有统计学差异。

2 结果

2.1 手术前后角膜平均散光的变化 患者术前顺规散光 32 眼、逆规散光 10 眼、不规则散光 6 眼;术后顺规散光 21 眼,逆规散光 23 眼、不规则散光 4 眼。角膜地形图检查平均散光:术前为(4.25± 3.44) D,术后为(2.85± 2.10) D,术后较术前散光减少,差异具有统计学意义(*P*<0.05)。综合验光仪验光平均散光:术前(2.20± 0.75) D,术后(1.20± 0.55) D,术后较术前亦有所减少,差异具有统计学意义(*P*<0.05)。

2.2 最佳矫正视力 术前平均最佳矫正视力为(4.68± 0.24),术后为(4.96± 0.22),术后较术前显著提高(*P*<0.05)。

3 讨论

翼状胬肉是以纤维血管组织慢性增生为特征的常见眼病,其确切发病机制尚不清楚,一般认为最主要的机制是角膜缘干细胞屏障破坏,病理表现是结

膜的变性与增生^[1]。翼状胬肉可干扰角膜上皮的代谢及影响泪膜功能,同时侵入角膜基质造成眼表凹凸不平,并通过对角膜的机械牵拉引起角膜形态的改变,导致散光进而影响视力^[2];严重的翼状胬肉可直接遮挡视区,进而影响视力。

翼状胬肉在术前以顺规散光为主(32/48),术后顺规散光明显减少(21/48)。究其原因,术前胬肉对角膜的水平牵拉造成水平屈光度减少可能是一个重要的原因;同时有人认为胬肉进展时的头部与角膜中央之间形成一个新月形泪膜,这个泪膜相当于一个新月形透镜,它使水平经线变得更平^[3]。术后解除了对角膜的水平牵拉,同时可改善泪膜的分布^[4],因而术后散光明显下降,同时顺规性散光明显减少。

在本组病例中,大部分患者术后最佳矫正视力有不同程度地提高,术后最佳矫正视力明显高于术前(*P*<0.05)。原因在于胬肉术后可以消除视轴区混浊及浸润,同时改善了角膜的散光,因而大部分患眼最佳矫正视力有所提高。个别患者术前有复视、眼干等不适症状,术后得到明显改善,这与术后眼表泪液动力学好转有一定的联系^[4-6]。

综上所述,在考虑手术适应证时不必一定要等到侵犯角膜达 3 mm 以上或者已侵及视轴区,而只要当翼状胬肉引起明显的角膜形态改变而导致视力下降时或者患者有明显的眼部不适症状、泪膜异常时,就可以考虑行手术治疗。

参考文献

[1]葛坚.眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.166
[2]Bradley JC,Yang W,Bradley RH,et al.The science of pterygia [J].Br J Ophthalmol,2010,94(7):815-820
[3]Maheshwari S.Pterygium-induced corneal refractive changes [J].Indian J Ophthalmol,2007,55(5):383-386
[4]岑志敏,钟丘,王青,等.不同手术方式对翼状胬肉患者泪液功能的影响[J].国际眼科杂志,2010,10(2):273-276
[5]Pesudovs K,Figueiredo FC.Corneal first surface wavefront aberrations before and after pterygium surgery [J].J Refract Surg,2006,22(9):921-925
[6]刘祖国,王华.努力提高我国翼状胬肉的手术水平[J].中华眼科杂志,2007,43(10):865-867

(收稿日期:2014-09-23)

(上接第 42 页)连,以加强解毒效;甘草调和诸药。诸药相配,共奏益气活血、清热解毒之效。本研究结果显示,在西药常规治疗的基础上,采用化瘀解毒法遣方用药治疗糖尿病心肌病能更好地提高临床疗效,改善患者的心功能。

参考文献

[1]初杉.益心舒胶囊治疗糖尿病心肌病心力衰竭的临床观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(8):918-920

[2]王旭,洪兵,周学平,等.清化瘀热方治疗糖尿病心肌病的临床研究[J].南京中医药大学学报,2010,26(6):412-414
[3]杨莉.糖尿病心肌病 68 例临床特点分析[J].中国当代医药,2013,20(1):37-38,40
[4]席晓慧,王福文,牟艳玲,等.糖尿病心肌病的药物治疗研究进展[J].山东医药,2014,54(5):93-95
[5]魏进,韩玉亭,高明殿,等.脑钠肽对糖尿病心肌病诊断价值及丹红注射液对其的干预作用分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(3):290-291

(收稿日期:2014-09-09)