

医证候的改善显著优于对照组。

综上所述,采用天麻钩藤饮联合硝苯地平控释片治疗肝阳上亢型高血压病,不仅降血压效果显著,还可以明显缓解患者头晕、头痛、急躁易怒、少寐多梦、口苦等临床症状,提高了患者的生存质量,预防和减少了靶器官的损害,充分发挥了中医药的特色,值得临床推广。

参考文献

[1]吴少俊,熊丽玲,李胜涛.益气活血法治疗原发性高血压病的研究进展[J].江西中医药,2013,44(8):73-75

[2]陈明嘉.高血压病(肝阳上亢型)的中医治疗及研究近况[J].中医药导报,2006,12(1):80-82

[3]中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南 2010[J].中华高血压杂志,2011,19(8):701-708

[4]Guidelines Subcommittee.1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension [J].J Hypertension,1999,17 (2): 151-183

[5]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.74-77

[6]孔利环.中西医结合治疗肝阳上亢型高血压病临床观察[J].中国社区医师(医学专业),2013,15(10):213

[7]杨晓忱,熊兴江,王阶.高血压病辨证分型及证候客观化研究概况与展望[J].中国中药杂志,2014,39(2):157-161

[8]李锐.天麻钩藤饮联合卡托普利治疗高血压 44 例疗效观察[J].实用中西医结合临床,2014,14(5):17-18

[9]祝应俊.天麻钩藤饮加减辅助治疗肝阳上亢型高血压疗效观察[J].实用中西医结合临床,2015,15(3):14-15

(收稿日期: 2015-09-30)

中西医结合治疗心肾阳虚型冠心病慢性心衰 50 例临床观察

熊水才

(江西省进贤县人民医院内一科 南昌 331700)

摘要:目的:分析探讨采用中西医结合治疗心肾阳虚型冠心病慢性心衰的临床疗效。方法:纳入我科 2013 年 6 月~2015 年 7 月收治确诊的心肾阳虚型冠心病慢性心衰 100 例为研究对象,采用随机数字表法分为对照组(50 例)与研究组(50 例),对照组给予常规西医治疗,研究组给予全真一气汤+常规西医治疗,对比观察两组心功能疗效、中医证候积分,以及超声心动图检查相关指标。结果:研究组心功能总有效率、中医证候积分,CI、LVEF、SI 水平均显著优于对照组($P<0.05$)。结论:心肾阳虚型冠心病慢性心衰患者在常规西医治疗基础上联合全真一气汤治疗,疗效显著,能够有效提高治疗疗效,改善患者心功能。

关键词:冠心病;慢性心力衰竭;心肾阳虚型

中图分类号:R451.61

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.007

冠心病属中医胸痹心痛范畴^[1],由于心肌长期缺氧、缺血,造成心功能减退,心室扩大,进而出现胸闷气短等心力衰竭表现^[2]。冠心病导致的慢性心力衰竭基本病理为心肾阳虚^[1]。临床上多采用单纯西药对心肾阳虚型冠心病慢性心衰进行治疗,但效果并不理想,我院采用中西医结合治疗方案,获得了较为满意的治疗效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入我科 2013 年 6 月~2015 年 7 月收治确诊的心肾阳虚型冠心病慢性心衰 100 例为研究对象,采用随机数字表法分为对照组与研究组各 50 例。对照组男 28 例,女 22 例;年龄 48~84 岁,平均(65.4± 3.4)岁;病程(6.8± 1.8)年;根据美国纽约心脏学会(NYHA)心功能分级:II级 12 例,III级 26 例,IV级 12 例。对照组男 31 例,女 19 例;年龄 48~83 岁,平均(64.7± 3.8)岁;病程(7.0± 2.0)年;NYHA 心功能分级:II级 14 例,III级 23 例,IV级 13 例。两组患者上述基本资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),组间具有可比性。

1.2 诊断标准 所有病例经诊断符合《中药新药治

疗冠心病心绞痛临床研究指导原则》(2002 年)^[3],心力衰竭诊断与中医诊断(心肾阳虚)参照《中药新药治疗充血性心力衰竭的临床研究指导原则》^[3],主症为心悸,短气乏力,身寒肢冷,动则气喘;次症为精神萎靡,脘腹胀满,颜面、肢体出现水肿,大便溏泻;舌淡胖或者舌苔留有齿印,脉沉细或迟。

1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准 符合西医及中医诊断,心功能分级为II~IV级;年龄在 40 岁以上;自愿参与本次研究并签署知情通知书的患者。

1.3.2 排除标准 急性心肌梗死所致的心力衰竭患者;肝、肾等重要脏器功能衰竭致心衰者;合并造血系统、肝肾严重原发疾病者;感染明显,高血压未得到控制者(SBP>100 mm Hg 或 DBP>160 mm Hg);伴有严重室性心律失常、心源性休克等增加死亡率病史者;未按治疗方案服药者;自然脱落数据不全者;患者擅自服用其他药物;失访。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 给予常规西医治疗。(1)冠心病基础治疗:口服消心痛(国药准字 H32024005),10 mg/

次, 3 次 /d; 口服卡托普利(国药准字 H46020126), 12.5 mg/次, 2 次 /d; 口服安体舒通(国药准字 H20064815), 20 mg/次, 2 次 /d, 连续服用 5 d, 停药 2 d 后继续服用; 口服美托洛尔, 6.25 mg/次, 2 次 /d。(2)心衰基础治疗: 口服地高辛, 0.25 mg/次, 1 次 /d, 5 个半衰期后剂量减半; 口服呋塞米(国药准字 H31021074), 20 mg/次, 隔天服用; 针对重度心衰患者硝普钠静脉滴注, 心功能 IV 级患者给予 β 受体阻滞剂。1 个月为 1 个疗程。

1.4.2 研究组 研究组在对照组基础上联用全真一气汤治疗, 组方: 熟地黄 15 g、麦冬、白术、人参、熟附子(先煎)、牛膝与五味子各 10 g。加减: 尿少肿甚者, 加木瓜与桂枝各 10 g; 心阳欲脱者, 加牡蛎与龙骨各 30 g, 山茱萸 15 g。连续服用 1 个月(1 个疗程)。

1.5 评价标准 (1)心功能疗效: 参照《中国心力衰竭诊断和治疗指南》^[4]相关标准判定: 显效: 心功能改善 ≥ 2 级; 有效: 心功能改善 1 级; 无效: 心功能改善 < 1 级; 恶化: 性能恶化 ≥ 1 级。总有效率 = 显效率 + 有效率。(2)中医证候积分: 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]相关标准对治疗前后患者中医证候变化进行计分, 采用计分法对中医证候变化进行观察, 根据无、轻、中、重, 主症分别赋值 0、2、4、6 分; 次症分别赋值 0、1、2、3 分。(3)中医证候疗效: 疗程结束后参照《中药新药临床研究指导原则》对中医证候疗效进行评价: 控制: 患者症状消失, 积分为 0 或者积分较治疗前减少超过 70%; 好转: 症状积分较治疗前减少 30%~70%; 无效: 证候积分较治疗前减少低于 30%, 或者症状加重。(4)采用超声心动图对患者治疗前后相关指标进行检查: 心脏指数(CI)、左室舒张末期内经(LVEDD)、左室射血分数(LVEF)、每搏指数(SI)。

1.6 统计学分析 上述两组所获得的数据均采用 SPSS17.0 进行处理分析, 治疗有效率等计数资料与中医证候积分等计量资料分别用百分率与均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组间采用卡方检验或采用 t 检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者心功能疗效对比 研究组总有效率 96.0%, 与对照组 80.0% 相比, 显著更高, 差异具有显著性($\chi^2=6.06, P=0.014 < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者心功能疗效对比[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	恶化	总有效
研究组	50	23(46.0)	25(50.0)	2(4.0)	0(0)	48(96.0)
对照组	50	13(26.0)	27(54.0)	7(14.0)	3(6.0)	40(80.0)

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分对比 研究组、对照组患者治疗后中医证候积分与治疗前相比均显著降低, 差异有统计学意义($P < 0.01$); 且治疗后研究组中医证候积分显著低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
研究组	50	34.2 \pm 2.4	14.5 \pm 1.3 [△]
对照组	50	33.9 \pm 2.1	18.6 \pm 1.2 [*]

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$ 。

2.3 两组中医证候疗效对比 研究组疗程结束后, 乏力、心悸与浮肿明显改善, 与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者疗程结束后中医证候疗效对比(例)

证候	研究组(n=50)			对照组(n=50)			χ^2	P
	控制	好转	无效	控制	好转	无效		
乏力	19	18	13	12	16	22	5.36	<0.05
心悸	16	27	7	13	22	15	4.86	<0.05
气喘	13	19	18	16	19	15	2.17	>0.05
气短	30	14	6	8	32	10	3.28	>0.05
身寒肢冷	21	16	13	19	21	10	2.84	>0.05
尿少	21	20	9	14	31	5	3.32	>0.05
浮肿	32	11	7	14	21	15	4.86	<0.05
腹胀便溏	24	14	12	21	14	15	2.35	>0.05

2.4 两组患者治疗后 CI、LVEDD、LVEF、SI 水平对比 研究组治疗后 CI、LVEF、SI 水平均显著优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 4。

表 4 两组患者治疗后 CI、LVEDD、LVEF、SI 水平对比($\bar{x} \pm s$)

组别	CI(L·min·cm ²)	LVEDD(%)	LVEF(mm)	SI(ml·cm ²)
研究组(n=50)	2.36 \pm 0.18 [*]	57.72 \pm 4.65	0.56 \pm 0.06 [*]	24.72 \pm 4.29 [*]
对照组(n=50)	2.19 \pm 0.22	56.45 \pm 3.99	0.53 \pm 0.05	22.84 \pm 2.61

注: 与对照组比较, * $P < 0.01$ 。

3 讨论

冠心病心力衰竭是心肌长期缺血缺氧造成的心功能不全, 心病日久, 心阳虚衰, 心气受损, 血瘀所致。临床主要表现为心悸、喘息、咳吐痰涎、无法平卧与少尿水肿等。中医学认为, 慢性心衰发生的根本机制在于心阳衰微、心气虚乏, 因经络不通、血液瘀滞属于心肾阳虚范畴^[1]。

对冠心病慢性心衰的治疗西医主要采用对症治疗, 中医则重视对整体进行调治。临床实践发现, 单纯采用西药治疗疗效并不理想, 而采用中医药治疗则具有疗效确切, 副作用少的优势, 因此在临床上得到了心血管医生与广大患者的接受与认可^[2-3]。治疗冠心病慢性心衰将“气、血、水同治分消”作为治疗原则, 虚实兼治, 《冯氏锦囊秘录》中“全真一气汤”原为津滋耗竭、气勿藏源、上实下虚、虚火妄升、上热下寒而设^[4-5], 该方由白术、麦冬、熟地、熟附子、人参、五味子与牛膝等组成。方中人参具有温补肾阳、益气健

脾之功效;人参可益气健脾、温补肾阳;附子的有效成分可起到升压、强心、抗缺氧、抗心肌缺血以及抗血栓与抗慢性心律失常的作用;白术补气健脾,熟地黄、麦冬滋阴养津,五味子、牛膝引药归肾,通泻水路。全方育阴化气、补气利水,心脾肾并补,交通心肾。

王丽萍^[3]等在研究中指出,对心肾阳虚型冠心病慢性心力衰竭患者采用全真一气汤联合西药治疗,疗效确切,可有效缓解患者临床症状,改善心功能。近年来,我院采用全真一气汤治疗心肾阳虚型冠心病慢性心力衰竭,获得了显著的疗效,且该治疗方案能够显著改善患者心功能,因此具有进一步研

究运用的价值。

参考文献

[1]张大程,毛利荣.中西医结合治疗冠心病慢性心力衰竭心肾阳虚型 80 例临床观察[J].河北中医,2010,32(6):866-867

[2]陈浪.中西医结合治疗心肾阳虚型冠心病慢性心衰 51 例临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2015,34(8):60-61

[3]郑筱萸.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,2002.86

[4]中华医学会心血管病分会.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014[J].中华心血管病杂志,2014,42(2):100

[5]王丽萍,郑海,唐海峰,等.全真一气汤联合西药治疗心肾阳虚型冠心病慢性心力衰竭临床观察 [J]. 上海中医药杂志,2014,48(12): 33-36

(收稿日期: 2015-11-26)

参附注射液治疗休克(厥脱证)38 例的临床观察

何木龙¹ 陈少军²

(1 广东省连州市中医院 连州 513400; 2 广东省连州市西岸镇中心卫生院 连州 513400)

摘要:目的:观察参附注射液治疗休克的临床疗效。方法:将 78 例休克患者随机分成两组,对照组 40 例,采用西医综合疗法;治疗组 38 例,在对照组的基础上加用参附注射液治疗。结果:对照组的总有效率为 75.00%,临床治愈率为 22.50%;治疗组的总有效率为 86.84%,临床治愈率为 34.21%,两组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:参附注射液治疗休克能提高总有效率和临床治愈率,临床疗效确切。

关键词:休克;厥脱证;参附注射液;临床观察

中图分类号:R541.64

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.008

休克是机体有效循环血容量减少,组织灌注不足,细胞代谢紊乱和功能受损的病理过程,它是一个由多病种病因引起的综合征。可导致人体微循环衰竭,炎症介质释放,多种脏器的继发性损害,临床死亡率很高^[1]。笔者使用参附注射液治疗多型休克疗效满意。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 1 月~2015 年 10 月在连州市中医院住院,诊断为休克患者共 78 例,随机分为对照组 40 例和治疗组 38 例。对照组男 23 例,女 17 例;年龄 31~79 岁,平均年龄为(60.3±9.1)岁。治疗组男 22 例,女 16 例;年龄 30~77 岁,平均年龄为(58.1±7.4)岁。两组患者年龄、性别等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 休克诊断标准:参照《实用内科学》^[2]:(1)有休克发生的病因。(2)意识异常。(3)脉搏快, > 100 次/min,细或者不能触及。(4)四肢湿冷,胸骨部位皮肤指压阳性(压后再充盈时间 > 2 s),皮肤花纹,黏膜苍白或发绀,尿量 < 17 ml/h 或无尿。(5)收缩压 < 80 mm Hg。(6)脉压差 < 20 mm Hg。(7)

原有高血压者收缩压较原有水平下降 30%以上。凡符合(1),以及(2)、(3)、(4)中的两项,和(5)、(6)、(7)中的一项者,可以成立诊断。厥脱证中医诊断标准:依照中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》^[3]。以四肢厥冷、面色苍白、口唇紫绀、舌质暗红、脉细弱而数为主要症状。

1.3 治疗方法 对照组采用西医综合疗法:(1)紧急处理:平卧位或半坐卧位,下肢抬高 15~20°;保持呼吸道通畅和吸氧;保持病人安静,避免过多搬动;注意做好保温。(2)根据病情选用如下药物:补充血容量;纠正代谢性酸中毒和电解质紊乱;应用血管活性药物;抗菌素;肾上腺素;糖皮质激素;维持重要脏器功能。治疗组在对照组的基础上,加用参附注射液(国药准字:Z51020664)20 ml 加入 5%~10%葡萄糖注射液 20 ml 中,静脉缓慢注射,之后用参附注射液 50 ml 加入 5%~10%葡萄糖注射液 250 ml 中,以 20~60 滴/min 静脉点滴维持。

1.4 疗效标准 临床治愈:治疗后血压回升至正常,休克(厥脱)临床症状改善,病情稳定;显效:治疗后 3 h 之内血压有效回升,12 h 之内休克(厥脱)临床症状改善,24 h 之内病情稳定;有效:治疗后 3 h