

中西医结合治疗心衰的疗效研究

王晓垒

(河南省许昌市中医院 许昌 461000)

摘要:目的:研究分析采用中西医结合疗法治疗心衰患者的临床疗效。方法:选取 2015 年 8 月~2016 年 8 月我院收治的心衰患者 52 例作为研究对象,按照随机数字表法分为观察组和对照组,每组 26 例,对照组采用单纯西医治疗,观察组采用中西医结合疗法治疗,观察比较两组的疗效。结果:观察组的临床总有效率优于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:中西医结合治疗心衰患者临床疗效较为理想,值得临床借鉴。

关键词:心衰;中西医结合疗法;临床疗效

中图分类号:R541.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.029

为进一步研究分析采用中西医结合治疗心衰患者的临床疗效,本研究比较单纯采用西医治疗和中西医结合治疗心衰患者的临床疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 8 月~2016 年 8 月我院收治的心衰患者 52 例作为研究对象,按照随机数字表法分为观察组和对照组,每组 26 例。观察组男 16 例,女 10 例,年龄 62~84 岁,平均年龄 (73.14 ± 2.54) 岁,病程 0.4~9 年,平均病程 (5.4 ± 1.2) 年;对照组男 15 例,女 11 例,年龄 64~85 岁,平均年龄 (71.24 ± 3.21) 岁,病程 0.8~8 年,平均病程 (5.5 ± 1.1) 年。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 (1) 临床诊断为高血压性心脏病者;(2) 临床诊断为冠状动脉粥样硬化性心脏病者;(3) 临床诊断为扩张型心脏病者;(4) 心功能在 II~IV 级者;(5) 符合中医辨证心气(阳)虚、血瘀水停证者。

1.3 排除标准 (1) 存在语言表达障碍的患者;(2) 患有严重精神类疾病的患者;(3) 患有严重肝肾功能不全的患者。

1.4 治疗方法 对照组给予单纯西医治疗:使用药物是地高辛、卡托普利、氢氯噻嗪和螺旋内酯。其中地高辛 0.125~0.25 mg/次,1 次/d;卡托普利 12.5~25 mg/次,2 次/d;氢氯噻嗪 25 mg/次,1 次/d;螺旋内酯 10 mg/次,1 次/d。叮嘱患者充分休息并给予患者饮食指导,必要时给予患者吸氧和抗生素治疗。观察组在对照组的基础上加用中药联合治疗,中药组方为:远志、当归、大腹皮、肉桂、麦冬、茯苓、熟地、白术、陈皮各 15 g,人参、制附子各 10 g,猪苓、川芎各 20 g,黄芪、丹参各 30 g,五味子 9 g。加水煎熬取汁 300 ml,早晚各服 1 次,1 剂/d。若患者出现四肢寒战、尿量少及明显浮肿等临床症状时,加桂枝 10 g 和车前子 30 g。两组患者连续治疗 3 个疗程,2 周为

1 个疗程。叮嘱患者定期复诊,1 次/2 周,待病情稳定 3 个月后可改为 1 次/月。

1.5 判定标准 治疗后患者的脑尿钠肽 (BNP) 水平为 80~221 ng/L 时判定为显效;治疗后患者的 BNP 水平为 221~459 ng/L 时判定为有效;治疗后不符合以上标准时则视为无效。显效率+有效率=总有效率。

1.6 数据处理 所有临床数据采用 SPSS19.0 统计学软件进行分析,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较 观察组的临床总有效率优于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效比较					
组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组	26	18	7	1	96.15
对照组	26	7	9	10	61.54
χ^2					9.339 2
P					<0.05

2.2 两组患者治疗后的血浆 BNP 水平比较 治疗后观察组患者的血浆 BNP 水平 (117.95 ± 16.22) ng/L,对照组患者的血浆 BNP 水平 (182.54 ± 22.55) ng/L,经过统计学分析, $t=11.856 5$, $P<0.05$,差异有统计学意义。

3 讨论

充血性心力衰竭是临床上较为常见和多发的疾病,属中医“胸痹、心悸、水肿”的范畴^[1],临床症状主要有呼吸困难和体液潴留,并伴有不同程度的乏力症状,尤其是在运动时,患者的运动会受限,其发病率随着老龄化社会的进程加快呈现出逐年上升的趋势,其作为心脏疾病常见的终末期表现严重威胁患者的生命安全。相关文献报道指出,血浆 BNP 释放量可以直接影响到患者心室压力负荷程度和心室容

积扩张,并能反映出患者心室受损和早期心功能不全的程度^[2],临床上将其作为反映心衰敏感性的指标。

临床上西医主要采用利尿、强心和扩血管等药物进行治疗^[3],并采用抗血小板及他汀类调制药物给予患者冠心病二级预防,并对患者的药物反应进行密切监测。中医主要采用益气助阳、活血化瘀的药物进行治疗,中西医结合治疗的临床作用是强心、利水和扩血管^[4],可以显著提升临床疗效,并改善患者的临床症状。

据相关文献报道,人参、麦冬、五味子的临床作用是正性肌力,对改善患者的左室功能、降低患者的心肌耗氧量、有效调节患者心肌代谢等均存在积极作用;黄芪作为非洋地黄类正性肌力药物,具有抗冠、抗心律失常及改善患者循环的临床作用^[5],可以显著提升患者的免疫功能;附子的强心效果较为理想,对改善患者的外周血液循环和冠脉血液循环有积极作用;茯苓、车前子、猪苓可有效减少患者的心

脏负荷;丹参可有效扩张血管和促进血小板和红细胞的聚集解散,同时对改善患者的微循环也有积极的作用;白术、肉桂、当归以及熟地均可补血、补肾^[6],同时可显著提升患者的免疫功能。本次研究中,观察组的临床总有效率是 96.15%,明显优于对照组。综上所述,在心衰患者治疗过程中,采用中西医结合治疗可以显著提升患者的临床疗效,改善患者的血浆 BNP 水平,值得临床推广和应用。

参考文献

[1]蔡晓栋.中西医结合治疗心衰疗效的临床观察[J].现代养生,2015,16(22):90
[2]孙武,李景艳.中西医结合治疗心衰疗效的临床观察[J].医学理论与实践,2014,27(2):178-179
[3]于明华,房嫻.中西医结合治疗肺心病合并心衰的疗效观察[J].中西医结合心血管病杂志(电子版),2015,3(24):60-62
[4]姜丽丽,吴润霞,王凯,等.中西医结合治疗心衰的疗效观察[J].中西医结合心血管病杂志(电子版),2015,3(13):6-7
[5]朱立新,真武汤合五苓散治疗阳虚水泛型心衰的疗效分析[J].中西医结合心血管病杂志(电子版),2015,3(33):31
[6]秦英.观察中西医结合治疗心衰伴慢性肾衰的疗效[J].中西医结合心血管病杂志(电子版),2015,3(7):80-81

(收稿日期:2017-01-17)

中西医结合治疗室性早搏临床经验

蒋德琴

(河南省南阳市第三人民医院内科 南阳 473000)

摘要:目的:探讨中西医结合有效治疗室性早搏的临床经验。方法:选取我院 2012 年 2 月~2016 年 2 月收治的 102 例室性早搏患者,按照双盲法,分为对照组和观察组,每组 51 例。对照组首次舌下含服胺碘酮 0.2 g,之后 3 次/d,0.2 g/次口服,治疗 1 周;观察组在对照组基础上,即刻舌下含服复方丹参滴丸 10 粒(270 mg),之后 3 次/d,10 粒/次口服,治疗 1 周。观察两组患者用药后 0.5 h、6 h、7 d 室性早搏次数及疗效。结果:两组疗效比较,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:复方丹参滴丸联合乙胺碘呋酮治疗室性早搏,患者能迅速转为窦性心律,效果显著。

关键词:室性早搏;胺碘酮;复方丹参滴丸

中图分类号:R541.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.030

室性早搏常见症状是心悸、心脏“停跳”感,也可无症状,迅速终止发作是治疗的目的。目前转复室早的方法较多,静脉用西药治疗心律失常,副作用大,容易并发心动过缓、急性心衰等^[1]。目前,临床治疗室性早搏主要目标是短期内能够使患者临床症状得到明显改善,长期内能够有效改善患者的预后。临床常用的治疗药物,包括 β 受体阻滞剂及钙拮抗剂;药物疗效不显著时则采用射频消融术治疗,一般可取得较为稳定的效果。然而,传统西药治疗方案远期疗效不佳,射频消融手术治疗成本较高,也存在一定的不良反应和复发率。本组研究以 102 例室性早搏患者为研究对象,采用中西医结合治疗方法,近期显效快,且患者预后良好。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 2 月~2016 年 2 月我

院内科接诊的 102 例室性早搏患者,按双盲法,分为对照组和观察组,每组 51 例。对照组男 25 例,女 26 例;年龄 48~86 岁,平均年龄(67 $\pm$ 19)岁;室性早搏发作次数平均(14 $\pm$ 8)次/min。观察组男 24 例,女 27 例;年龄 46~84 岁,平均年龄(65 $\pm$ 19)岁;室性早搏发作次数平均(15 $\pm$ 7)次/min。两组患者治疗前血糖、血钾、血脂及年龄等一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。排除严重心衰、急性心梗、药物中毒、电解质紊乱、甲状腺疾病、恶性肿瘤、严重肝肾疾病、血液病等继发的心律失常。所有患者及家属知晓本次研究的目的,并自愿参加。

1.2 治疗方法 对照组给予胺碘酮治疗,首次舌下含服 0.2 g,之后 3 次/d,0.2 g/次,口服,治疗 1 周;观察组在对照组基础上,即刻舌下含服复方丹参滴丸 10 粒(270 mg),之后 3 次/d,10 粒/次,口服,治