

夫定联合阿德福韦酯治疗乙型肝炎肝硬化可长期有效地抑制 HBV-DNA 的复制,降低耐药性,缓解病情发展,且药物安全性好。恩替卡韦属于第三代药物,其在体内经磷酸化后转化为具有活性的三磷酸盐形式,发挥抑制 HBV 多聚酶和逆转录酶作用,从而进一步抑制 HBV 复制,但价格相对昂贵,大部分患者家庭无法长期承担^[8]。

本研究结果显示,经治疗后,两组患者各指标均明显下降;用药 3 个月、6 个月及 1 年时两组患者血清 ALT、AST 水平、HBV-DNA 水平及 HBeAg 阳性情况、Child-Pugh 评分下降程度比较无显著性差异 ($P>0.05$);用药 2 年后,观察组各指标水平低于对照组 ($P<0.05$)。说明拉米夫定联合阿德福韦酯与恩替卡韦治疗失代偿乙型肝炎肝硬化的疗效相当,这两个方案均适用于失代偿乙型肝炎肝硬化患者,但联合用药远期疗效优于单一用药,且价格相对合理,具有重要

的现实意义。

参考文献

- [1]王伟新.拉米夫定治疗老年失代偿期乙型肝炎肝硬化的疗效观察[J].中国医学创新,2016,13(33):31-33
- [2]陈鹏飞,王晓旦,李学海.替比夫定治疗失代偿期乙型肝炎肝硬化的临床疗效观察[J].中国现代药物应用,2016,10(5):124-125
- [3]翟学敏.乳果糖治疗对轻微肝性脑病患者血氨、肝功能及 CHiLd-puGH 评分的影响[J].中国实用医刊,2016,43(8):63-64
- [4]冯因克,刘亚敏,陈启龙.慢性乙型肝炎后肝硬化中西医结合治疗研究进展[J].中国医药导报,2016,13(29):28-31
- [5]古川,宋美怡,孙文静,等.2016 年肝硬化领域基础与临床研究进展[J].中华肝脏病杂志,2017,25(1):5-8
- [6]欧阳雅博,李庆,魏飞力,等.慢性肝病患者拉米夫定耐药毒株突变模式特征分析[J].中华实验和临床病毒学杂志,2017,31(1):31-34
- [7]高晓红.拉米夫定联合阿德福韦酯治疗乙型肝炎肝硬化 84 例 10 年临床分析[J].中西医结合肝病杂志,2016,26(3):150-152
- [8]周素敏,高普均,张延军,等.恩替卡韦治疗乙型肝炎相关性肝衰竭的临床疗效观察[J].中华临床医师杂志(电子版),2017,11(1):12-16

(收稿日期:2017-08-22)

慢性心力衰竭患者中医证型与心功能及相关指标的关系

崔萍

(江苏省常州市武进中医医院 常州 213161)

摘要:目的:探讨慢性心力衰竭患者不同中医证型与心功能及血肌酐水平的相关性,为中医辨证提供客观依据。方法:选取 102 例纽约心脏病学会(NYHA)心功能分级为 II~IV 级的患者入院后进行中医辨证分型,测血浆 N 末端脑钠肽前体(NT-proBNP)、血肌酐(Scr)水平,行超声心动图测左室射血分数(LVEF),行 6 min 步行试验(6MWT),检验不同证型与心功能分级、NT-proBNP、LVEF、Scr 及 6MWT 的关系。结果:心肺气虚证心功能 II 级占比最高(59.26%),气虚血瘀证心功能 III 级占比最高(64.52%),而心阳虚衰证心功能 IV 级居多(79.55%)。慢性心力衰竭患者的 NT-proBNP 按心肺气虚证→气虚血瘀证→心阳虚衰证顺序升高,NT-proBNP 水平与中医证型成正相关,相关系数 $r=0.682(P<0.05)$ 。LVEF、Scr、6MWT 在心肺气虚证、气虚血瘀证与心阳虚衰证之间差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论:NT-proBNP、LVEF、Scr、6MWT 可作为慢性心力衰竭中医辨证分型的客观指标,随着心肺气虚证→气虚血瘀证→心阳虚衰证转化,心功能呈恶化趋势。

关键词:慢性心力衰竭;中医证型;心功能;血肌酐

中图分类号:R541.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.005

慢性心力衰竭在心血管科门诊及住院患者中占比较高,是临床常见病。心力衰竭是各种心脏病的终末期表现,因心室收缩和(或)舒张功能不全,导致组织器官灌注不足,体循环或肺循环瘀血,表现为呼吸困难、乏力、心悸、胸闷、水肿等。慢性心力衰竭根据临床表现不同可分为不同中医证型。本文旨在探讨慢性心力衰竭不同中医证型与心功能 NT-proBNP、LVEF、Scr、6MWT 等指标的关系,为中医辨证分型提供客观依据。

1 资料与方法

1.1 诊断标准及排除标准 诊断标准:心力衰竭诊断参照《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014》^[1],心功能分级参照 NYHA 分级方法,中医诊断标准及辨证分型参照《慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共

识》^[2]的标准,结合我科慢性心力衰竭中医诊疗常规制定,分为心肺气虚证、气虚血瘀证及心阳虚衰证等 3 个证型。排除标准:(1)急性心肌梗死患者;(2)急性慢性肾小球肾炎、肾病综合征患者。

1.2 研究对象 本研究选取 2015 年 6 月~2017 年 2 月在本院心血管科住院的 102 例慢性心力衰竭患者。男 55 例,女 47 例;年龄 47~88 岁,平均年龄 (69.34 ± 7.21) 岁;冠心病 68 例,高血压性心脏病 17 例,心肌病 8 例,瓣膜性心脏病 6 例,肺源性心脏病 3 例;心功能 II 级 22 例,心功能 III 级 37 例,心功能 IV 级 43 例;心肺气虚证 27 例,气虚血瘀证 31 例,心阳虚衰证 44 例。

1.3 研究方法 所有患者在入院当天由 2 名主治医师以上中医医师根据诊断标准进行辨证分型,采用日

立 7180 全自动生化仪检测血肌酐水平,采用固相免疫层析技术测定 NT-proBNP(由武汉明德生物科技股份有限公司提供),采用美国 GE Vivid 7 彩色超声诊断仪进行心脏彩色多普勒超声检查,使用双平面 Simpson 法测得左室射血分数,行 6 分钟步行试验,计算步行距离。

1.4 统计学方法 应用 SPSS16.0 版统计学软件处理所得数据,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验,计数资料用%表示,采用 χ^2 检验。相关性分析采用 Spearman 法, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证型与心功能分级的关系 心肺气虚证患者中以心功能 II 级占比最高(59.26%),其次是心功能 III 级(29.63%);气虚血瘀证患者中以心功能 III 级占比最高(64.52%),其次是心功能 II 级(19.35%);心阳虚衰证患者中以心功能 IV 级占比最高(79.55%),其次是心功能 III 级(20.45%)。不同中医证型中,心功能分级分布不同,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 不同中医证型与 NYHA 心功能分级的关系[例(%)]

中医证型	n	心功能 II 级	心功能 III 级	心功能 IV 级
心肺气虚证	27	16(59.26)	8(29.63)	3(11.11)
气虚血瘀证	31	6(19.35)	20(64.52)	5(16.13)
心阳虚衰证	44	0(0.00)	9(20.45)	35(79.55)

2.2 中医证型与 NT-proBNP 水平的关系 Spearman 相关分析显示 NT-proBNP 水平按心肺气虚证→气虚血瘀证→心阳虚衰证顺序升高,呈正相关,相关系数 $r=0.682$, $P < 0.05$,差异有统计学意义。见表 2。

表 2 不同中医证型间 NT-proBNP 的比较(pg/ml, $\bar{x} \pm s$)

中医证型	n	NT-proBNP
心肺气虚证	27	1 822.59± 1 336.75
气虚血瘀证	31	2 941.94± 1 351.95
心阳虚衰证	44	5 600.46± 2 920.76

2.3 中医证型与 LVEF、SCr、6MWT 的关系 心阳虚衰证患者 LVEF、6 min 步行距离低于心肺气虚证、气虚血瘀证患者,SCr 水平明显高于心肺气虚证及气虚血瘀证患者, $P < 0.05$,差异有统计学意义。心肺气虚证及气虚血瘀证两组间 LVEF、SCr 水平、6 分钟步行距离差异不明显($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 不同中医证型间 LVEF、SCr、6MWT 的比较($\bar{x} \pm s$)

中医证型	n	LVEF(%)	SCr($\mu\text{mol/L}$)	6MWT(m)
心肺气虚证	27	56.35± 7.27	68.65± 9.27	405.72± 78.15
气虚血瘀证	31	52.86± 6.63	72.43± 10.32	382.31± 64.33
心阳虚衰证	44	38.42± 6.82*	112.26± 11.54*	279.54± 69.87*

注:与心肺气虚证组、气虚血瘀证组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

慢性心力衰竭,现代中医病名为“心衰病”,见于中医“喘证、胸痹、心悸、水肿”等相关疾病的记载中。其病位在心,与肺、脾、肾相关。基本证候为本虚标实或虚实夹杂,本虚为气血阴阳亏虚,本虚以气虚、阳虚为主,标实以血瘀、痰饮、水湿为患。此病多因外感六邪、七情所伤、劳累、饮食不节加重。发病初期以心气亏虚为主,可兼肺脾亏虚,以倦怠、乏力、心悸、少气懒言为主要表现。病情进一步发展,除上述气虚表现外,亦可见面色、口唇紫暗,舌暗或有瘀点,脉沉弱无力等血瘀证候表现。当心衰病情严重时,患者可出现心阳、肾阳、脾阳俱损,心阳虚衰,鼓动无力,血行不畅,故见唇甲青紫;脾失运化,肾阳虚衰,气化失司,水湿内停,外泛肌肤,故见面肢浮肿、小便不利;水饮凌心射肺,可见喘促不得卧。本研究发现,心肺气虚证中心功能 II 级比例最高,气虚血瘀证中心功能 III 级比例最高,而心阳虚衰证中心功能 IV 级居多。心肺气虚证、气虚血瘀证、心阳虚衰证可代表心衰发展不同阶段由轻到重的过程。

B 型脑钠肽主要由心室肌分泌,当心室扩张或负荷过重,心室肌细胞受到牵拉时释放入血,是评价心力衰竭病情严重程度及预后的良好指标。NT-proBNP 是 BNP 同一激素前体的不同降解片段,分子量大,半衰期较 BNP 长,血液中水平较稳定;在心力衰竭患者中,NT-proBNP 较 BNP 升高更为显著,更能判断心力衰竭严重程度^[3-4]。本研究发现,血浆 NT-proBNP 水平按心肺气虚证→气虚血瘀证→心阳虚衰证顺序递增,反映了慢性心力衰竭由气虚到阳虚的转化,预示病情由轻到重的转变,可作为慢性心力衰竭中医辨证的客观指标。

左室射血分数是超声心动图评价左室收缩功能的指标,心衰初起时左室射血分数可保留,仅表现为舒张功能不全,随着心肌损害加重、心脏结构功能破坏,左室射血分数逐步下降,心衰程度逐渐加重。本研究提示,心肺气虚证与气虚血瘀证的左室射血分数无明显统计学差异,心阳虚衰证组较其余两组左室射血分数明显下降,差异有统计学意义。当心衰病由气虚转化到阳虚,心、脾、肾三脏阳气俱损时,患者出现喘促日久、唇甲紫绀、面肢浮肿、畏寒等症状,与心力衰竭严重阶段的临床表现相符。LVEF 分数在一定程度上也能反映中医证型的演变规律。

血肌酐是人体肌肉的代谢产物,通过肾小球滤过,在肾小管内很少被吸收,浓度变化主要由肾小球的滤过功能决定。临床观察到,随着慢性心力衰竭疾病进展,心排出量逐步减少,肾脏灌注不足、肾小球滤过率降低导致心肾综合征发生,血肌酐水平进行性升高。本研究中可见心阳虚衰证患者血肌酐水平

较心肺气虚证组、气虚血瘀证组明显升高,表明随着中医证型的加重,血肌酐水平也明显增加。6 min 步行试验简便易行,是评价心功能的传统指标,能较好地反映心力衰竭的程度,可作为心力衰竭中医辨证分型的客观依据^[5]。

综上所述,心力衰竭的中医辨证分型与 NYHA 心功能分级存在一定关系,随着心肺气虚证→气虚血瘀证→心阳虚衰证转化,心功能呈恶化趋势。NT-proBNP、LVEF、SCr、6MWT 与不同中医证型间存在相应的规律,结合这些客观指标,能对慢性心力衰竭患者更好地进行中医辨证分型,以及评价病情

严重程度和预后。

参考文献

- [1]中华医学会心血管病学分会.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):98-122
- [2]中国中西医结合学会心血管病专业委员会.慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识[J].中国中西医结合杂志,2016,36(2):133-141
- [3]张之栩,魏群.血清 BNP 水平与心衰程度相关性的临床研究[J].中国实验诊断学,2010,14(8):1216-1217
- [4]黄蕾,郑侨克,贾芳,等.BNP 与 NT-proBNP 在老年心力衰竭患者中的诊断价值和临床意义[J].中国老年学,2012,32(22):5034-5035
- [5]王恒和,程刚,刘兴磊.慢性心力衰竭中医辨证分型与患者心功能及生存质量的关系[J].山东医药,2015,55(34):52-53

(收稿日期:2017-06-17)

六君子汤联合苯磺酸氨氯地平治疗老年单纯收缩期高血压

刘天琪

(北京市中西医结合医院 北京 100039)

摘要:目的:观察中西医结合疗法即六君子汤加减联合苯磺酸氨氯地平治疗老年单纯收缩期高血压病的临床疗效。方法:选取 2015 年 1 月~2016 年 8 月在本院门诊治疗的 76 例老年单纯收缩期高血压病患者,按随机数字表法分为对照组和治疗组各 38 例。其中对照组 36 例进入统计,脱落 2 例;治疗组 35 例进入统计,脱落 3 例。对照组予口服苯磺酸氨氯地平治疗,治疗组在对照组基础上辨证后加服六君子汤加减的中药汤剂治疗。观察两组治疗前后血压及证候改善情况。结果:治疗组收缩压、脉压下降幅度均大于对照组($P < 0.05$);治疗组舒张压下降幅度小于对照组($P < 0.05$)。治疗后治疗组中医证候改善优于对照组($P < 0.05$)。结论:采用加味六君子汤联合苯磺酸氨氯地平治疗老年单纯收缩期高血压,能有效降低患者的收缩压,对其舒张压影响不大,使患者脉压减小,并能有效改善患者的中医证候,临床治疗效果较好。

关键词:老年单纯收缩期高血压;六君子汤;苯磺酸氨氯地平;中西医结合疗法

中图分类号:R544.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.006

老年单纯收缩期高血压是老年高血压中常见的类型,根据 2002 年卫生部组织开展的全民营养健康调查结果显示,我国 60 岁以上人群高血压患病率约为 49%,而老年单纯收缩期高血压人数就占老年高血压的 60%。随着年龄的增长,老年单纯收缩期高血压发病率逐年增加^[1]。西医治疗老年单纯收缩期高血压在临床用药选择上有一定难度。降压药的应用,使收缩压下降的同时舒张压也进一步下降,甚至低于维持重要脏器灌注所需要的水平,不利于靶器官的保护^[2]。有研究表明中药辅助治疗老年单纯收缩期高血压,可较明显地降低收缩压,缩小脉压,而对舒张压无明显改变,同时可显著改善高血压患者临床症状。我院采用六君子汤加减联合苯磺酸氨氯地平治疗老年单纯收缩期高血压患者,取得了较为满意的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 76 例高血压病患者均为 2015 年 1 月~2016 年 8 月在我院门诊治疗的老年单纯收缩期高血压病患者,年龄 65~80 岁。按随机数字表法,将 76 例患者随机分成对照组和治疗组各 38 例。对

照组 36 例进入统计(因停药 1 例,失访 1 例,共脱落 2 例),其中男 21 例,女 15 例;年龄 65~80 岁,平均(72.42±4.36)岁;病程 2.0~17.5 年,平均(8.99±4.60)年。治疗组 35 例进入统计(因失访脱落 1 例,未按规定用药 2 例),其中男 19 例,女 16 例;年龄 65~79 岁,平均(71.53±3.02)岁;病程 2.5~18 年,平均(9.63±4.42)年。两组患者的年龄、病程、治疗前一般情况等经统计分析,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 入选标准

1.2.1 临床诊断标准 参照《中国高血压防治指南 2010》老年单纯收缩期高血压诊断标准及用药治疗原则^[3],符合以下标准:(1)65 岁≤年龄≤80 岁;(2)收缩压≥150 mm Hg,60 mm Hg≤舒张压<90 mm Hg。

1.2.2 中医诊断标准 参考中华人民共和国卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则》^[4]辨证符合气虚痰阻型,证见:眩晕、头痛遇劳加重,体倦乏力、气短胸闷、呕吐痰涎、耳鸣、心悸、失眠、舌胖苔腻、脉沉细或滑。