

• 临床报道 •

益心脉颗粒预防心房纤颤 患者血栓栓塞 102 例

广西中医学院瑞康医院(530011)

唐耀平 刘 鹰 方显明

广西壮族自治区人民医院

梁 萍

心房纤颤(AF)是临床上最为常见的一种心律失常,而由 AF 导致的血栓是缺血性脑卒中最重要危险因素之一。血栓栓塞是 AF 患者常见的临床事件,华法林虽能有效减少 AF 患者血栓栓塞的发生,但由于存在着出血等副作用,使其临床使用受到限制。我们对 2003 年 1 月~2006 年 1 月在广西中医学院瑞康医院心内科住院或门诊患者采用益心脉颗粒预防心房纤颤患者血栓栓塞形成,效果显著,现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

所有入选的非瓣膜病慢性心房颤动患者均严格按照欧洲心脏病学会(ESC)和北美心脏起搏和电生理学学会(NASPE)《关于房颤的命名和分类方法(2003)》的标准。

1.2 纳入标准

(1)所有入选的非瓣膜病慢性心房颤动患者,均经静息心电图或动态心电图等证实。(2)具有下列高危因素之一:①原发性高血压病;②糖尿病;③冠心病;④经彩色多普勒超声心动图证实左心房内径大于 45mm;⑤年龄大于 65 岁;⑥心功能不全(心功能Ⅱ~Ⅲ级);⑦既往有栓塞史。(3)入选前 2 周末使用过凝血系统方面药物,未经过规范抗血栓治疗。

1.3 剔除标准

(1)不同意入选者;(2)可逆性病因引起的房颤,包括急性心肌梗死、急性心肌炎,未经治疗的甲状腺机能亢进以及由于电生理检查、血管造影、起搏器手术引起的房颤、近期心胸外科手术史等,经治疗后房颤未再出现;(3)经药物或电复律后没有复发;(4)风湿性心脏瓣膜病;(5)人工瓣膜置换术后;(6)收缩压或舒张压 $\geq 180/100$ mmHg,但血压控制后可入选;(7)心腔内有血栓;(8)感染性心内膜炎;(9)急性心肌梗死后 1 个月内;(10)心脏外因素:6 个月内有脑血管意外者;6 个月内有消化道、泌尿生殖系统的出血;华法林过敏;严重的肝、肾功能不全者;由于其他疾病,需服用华法林或需服用影响华法林疗效的药物;妊娠和恶性肿瘤;确诊或可疑的血液系统疾病。

1.4 一般资料

入选患者共 204 例,采用随机数字表法随机分为观察组和对照组。观察组 102 例,其中男性 71 例,女性 31 例;年龄 43~76 岁,平均 62.4 岁;病程 5~25 年;其中冠心病 61 例,高血压心脏病 20 例,风湿性心脏瓣膜病 17 例,肺源性心脏病 6 例。对

照组 102 例,其中男性 69 例,女性 33 例;年龄 41~77 岁,平均 61.6 岁;病程 6~24 年;其中冠心病 59 例,高血压心脏病 18 例,风湿性心脏瓣膜病 19 例,肺源性心脏病 8 例。2 组患者在性别、年龄、病程、伴随疾病方面差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗组予益心脉颗粒 10g,每日 2 次,口服;对照组予华法林 2.5mg(起始用量),每日 1 次,口服,并根据抗凝国际标准化比值(INR)调整华法林的用量,INR 控制在 2.0~3.0;以 3 个月为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程。华法林由上海九福制药厂生产,国药准字 H31022123。益心脉颗粒统一由瑞康医院制备。

3 治疗结果

3.1 两组给药前后食道超声心动图结果比较

观察组 102 例,给药前血栓数 17 个,血栓直径(40 ± 5.1)mm,自发声影数 80 个;给药 6 个月后分别为 6 个、(22 ± 3.6)mm、26 个。对照组 102 例中有 3 例患者由于无法坚持进行 INR 检测而中途退出试验,余下的 99 例患者中,给药前血栓数 16 个,血栓直径(41 ± 4.2)mm,自发声影数 79 个;给药 6 个月后分别为 5 个、(22 ± 2.1)mm、24 个。两组给药 6 个月后较给药前各项指标均有明显改善($P<0.05$),给药后组间比较差异无显著性意义($P>0.05$)。

3.2 两组血栓栓塞及出血并发症比较

观察组 102 例中,发生血栓栓塞 2 例(1 例为非致命性脑梗死,1 例为右下肢动脉血栓);对照组 99 例发生血栓栓塞 2 例;观察组未发现出血并发症,对照组出血并发症发生 12 例,其中严重出血 2 例,胃出血 1 例,血尿 1 例,均需输血处理;轻微出血 10 例,表现为皮肤黏膜出血及牙龈出血。

4 讨论

慢性 AF 并发血栓形成当属“血瘀证”,是由于脏气亏虚,气失失调,津液与血营运不畅,痰浊、瘀血内着,痰瘀互结而成。故益气通阳、化痰逐瘀是治疗本病的基本原则。基于这一认识,益心脉颗粒采用人参、桂枝、瓜蒌、水蛭、茯苓等中药。方中人参大补元气、安神益心为君药;桂枝通阳行脉,辅人参以振奋心阳为臣药;瓜蒌化痰;水蛭活血逐瘀、通脉散结,共为佐药;茯苓利湿消痰、宁心安神为使药。诸药合用,共奏补气通阳,化痰逐瘀之功,从而达到防治血栓之目的。

眼针结合头针、体针治疗脑卒中 手部功能障碍 50 例

内蒙古自治区呼伦贝尔市中蒙医院针灸科(021000)

张立涛 于金玲

脑卒中又称中风,是人类严重致残和死亡的重要原因之一。其致残的症状多种多样,包括语言功能障碍,吞咽功能障

碍、肢体功能障碍等等。眼针配合体针有助于肢体功能再现,以达到最大程度上的功能恢复。临床上对于手部功能障碍疗效差,治疗难度大。我们从 2005 年开始,对 50 例临床确诊为中风手部功能障碍的住院患者的临床疗效进行了观察,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组患者 50 例,均来自呼伦贝尔市中蒙医院 2005 年 1 月~2007 年 1 月间的内科住院的脑卒中偏瘫患者,其中男女各 25 例;年龄 50~59 岁 15 例,60~69 岁 19 例,70 岁以上 16 例;病程 1 个月以内 34 例,1~3 个月 16 例;肌力 0 级 14 例,1 级 11 例,2 级 12 例,3 级 13 例。

1.2 诊断标准

西医诊断标准:中风患者的诊断按照 1994 年第四届全国脑血管病学术会议所制订各类脑血管病要点中脑卒中的诊断标准,均经头颅 CT、MRI 及腰穿检查确诊为脑出血或脑梗塞,伴肢体功能障碍。手部肌力分级:0 级:无肌肉收缩;1 级:肌肉有轻微收缩表现,但无关节活动;2 级:在无地心引力时可完成全幅关节活动;3 级:抗地心引力时,能完成全幅关节活动;4 级:能抗一定阻力,完成全幅关节活动;5 级:能抗强阻力,完成全幅关节活动。

1.3 纳入标准与排除标准

纳入标准:符合上述诊断标准,存在手部功能障碍,手部肌力分级标准在 3 级以下,肢体关节没有变形,首次发病的患者。排除标准:严重心肺肝肾功能衰竭,全身极度衰竭及其他非针灸适应证患者和视网膜下腔出血者。

2 治疗方法

所有患者进行脑卒中常规治疗,均要求进行主动或被动的功能锻炼,伴有基础疾病如高血压、糖尿病者常规用药,使血压、血糖保持在正常水平。

2.1 头针

选对侧的运动区下 2/5,选用 0.30mm×40mm 毫针,持针与头皮呈 15~30°角,快速进针达帽状腱膜下层后,使针与头皮平行继续进针 20mm 左右。手法得气后行快速小幅度捻转 3 分钟,每分钟 200 转,边行针边嘱患者活动患手,留针 30 分钟,每 10 分钟行针 1 次。

2.2 体针

选患侧的合谷、八邪、中渚、阳池,选用 0.30mm×40mm 毫针,快速进针,行提插捻转补法,得气后留针 30 分钟。

2.3 眼针

选取双侧上焦区、双侧大肠区、双侧小肠区,根据辨证分型的不同分别加取。肝阳暴亢加肝区;风痰阻络加脾区;痰热腑实加胃区;气虚血瘀加心区;阴虚风动加肾区。头针、体针治疗起针后行眼针,采用眶外横刺法。在选好穴区后,用 0.35mm×13mm 毫针,先以左手手指压住眼球,并使眼眶皮肤绷紧,距眼眶内缘 2mm 的眼眶上,右手持针迅速准确从穴区的一侧刺入,斜向另一侧,刺入真皮到达皮下,保持针体在穴区内,不用任何手法,留针 1~5 分钟。10 天为 1 个疗程,3 个疗程后统计结果。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

痊愈:手功能肌力达 5 级;显效:手功能肌力提高≥2 级;有效:手功能肌力提高≥1 级;无效:手功能肌力无改变。

3.2 临床疗效

痊愈 13 例,显效 11 例,有效 12 例,无效 14 例,总有效率 72%。

病程 1 个月以内 34 例,痊愈 12 例,显效 6 例,有效 8 例,无效 5 例,病程 1~3 个月 16 例,痊愈 1 例,显效 2 例,有效 4 例,无效 9 例。不同病程疗效比较差异显著($P<0.01$),显示病程短者,疗效较好。

肌力 0 级 14 例,痊愈 1 例,显效 2 例,有效 5 例,无效 6 例,总有效率 57.14%;肌力 1 级 11 例,痊愈 3 例,显效 2 例,有效 2 例,无效 4 例,总有效率 63.63%;肌力 2 级 12 例,痊愈 3 例,显效 3 例,有效 4 例,无效 2 例,总有效率 83.33%;肌力 3 级 13 例,痊愈 6 例,显效 4 例,有效 1 例,无效 2 例,总有效率 84.61%。

4 讨论

中风手部功能障碍属中医阴阳学说之阳缓阴急,三阳经筋脉弛缓,表现为伸力弱,属虚证,三阴经筋脉拘急,表现为握力强,属实证。治疗原则以泻阴补阳为主,眼针取穴根据经络所过,主治所及的循经取穴原则选取上焦区、小肠区、大肠区穴这三条经脉均循行于上肢的阳侧,直达五指末端,针此三个穴区可通调三阳经的经络,补气和血。针刺眼针上焦区可恢复大脑的神窍功能及上肢瘫。另外,根据辨证分型的不同加取肝区穴,以平肝潜阳、熄风通络,取脾区穴以健脾祛痰,取肾区穴以滋阴潜阳,熄风通经络,诸穴合用,调整阴阳经络,肢体功能得以恢复。

牵扳法为主治疗椎动脉型颈椎病 55 例

北京按摩医院(100035)

王金涛

椎动脉型颈椎病是临床常见病,多发病,以头晕、头痛为主要特点,严重影响着人们日常生活及工作的质量,笔者自 2005 年 5 月~2007 年 5 月,采用牵扳法为主推拿治疗椎动脉型颈椎病,获得满意效果,现总结如下。

1 临床资料

本组 106 例均为门诊患者,随机分为两组,治疗组 55 例,其中男性 22 例,女性 33 例;年龄 18~68 岁,平均 43 岁;病程 2 天~15 年。对照组 51 例,其中男性 23 例,女性 28 例;年龄 16~72 岁,平均 43.1 岁;病程 15 天~16 年。两组患者性别、年龄、病程经统计学分析,差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。根据 1993 年全国第二届颈椎病专题座谈会中制订的椎动脉型颈椎病的诊断标准进行诊断:(1)曾有猝倒发作,并伴有颈性眩晕。(2)旋颈试验阳性。(3)X 线片显示颈椎节段不稳,或钩椎关节骨质增生。(4)多伴有交感症状。(5)除外眼原性、耳原性眩晕及排除脑部器质性病变等。除以上依据外,106 例患者大多数经 CT 或 MRI 检查及在治疗前后做经颅多普勒超声(TCD)