

• 临床报道 •

中西医结合治疗慢性充血性心力衰竭 38 例

李瑞奎 弓莉莉

(黑龙江省黑河市第二人民医院, 164300)

慢性充血性心力衰竭亦称慢性心功能衰竭, 是临床常见心血管疾病, 临床主要表现为心悸、胸闷、喘憋、上腹胀痛、心前区有压迫感、咳嗽、咳痰、咯血、双下肢水肿。属中医心悸、喘证、痰饮、水肿等范畴, 《中医内科疾病诊疗常规》^[1]将其命名为“心衰”。我们自 2003 年 1 月~2008 年 1 月采用中西医结合的方法治疗慢性充血性心力衰竭 38 例, 现报告如下。

1 临床资料

本组病例 76 例, 均为我院住院确诊为慢性心力衰竭的患者。诊断标准: 按照纽约心脏病学会 (NYHA) 标准委员会于 1994 年第 9 次修订标准, 与心力衰竭评分标准相结合^[2], 心功能分级参照目前通用的 NYHA 心功能分级标准。全部病例随机分为治疗组和对照组。治疗组 38 例, 年龄 58~84 岁; 心功能 III 级 24 例, 心功能 IV 级 14 例; 其中冠心病 18 例, 高血压性心脏病 12 例, 肺原性心脏病 6 例, 扩张性心脏病 1 例, 风湿性心脏病 1 例。对照组 38 例, 年龄 60~85 岁; 心功能 III 级 25 例, 心功能 IV 级 13 例; 其中冠心病 17 例, 高血压性心脏病 12 例, 肺原性心脏病 7 例, 扩张性心脏病 1 例, 风湿性心脏病 1 例。两组年龄、心力衰竭病因、心功能分级、病种等经统计学处理, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

对照组予常规治疗, 包括休息、低钠饮食、吸氧、口服利尿剂, 氢氯噻嗪每次 25mg, 安体舒通每次 20mg, 卡托普利每次 25mg, 均每日 2 次, 静脉滴注门冬氨酸钾镁。心率过快者 (110 次/min) 临时静脉注射西地兰 0.4mg, 速尿 40mg, 并给予病因及对症支持治疗。部分病例给予地高辛 0.125~0.25mg, 每日 1 次口服, 必要时静脉滴注硝普钠和多巴胺治疗。

治疗组在对照组治疗基础上加用中药治疗。方用自拟利水强心汤加减, 药物组成: 泽泻 20g, 茯苓 20g, 党参 20g, 桂枝 10g, 山药 10g, 甘草 6g, 黄芪 30g, 猪苓 10g, 白术 15g, 丹参 10g。偏于血瘀者, 可加用川芎、红花、桃仁、赤芍; 偏于痰湿内盛者, 可加川贝母、陈皮、瓜蒌、半夏; 阳虚甚者可加用制附子。每日 1 剂, 水煎成 300ml 分 2 次温服。两组均以 2 周为 1 个疗程。观察 2~4 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

①慢性充血性心力衰竭疗效标准: 参照卫生部《中药新药临床研究指导原则》中有关《慢性充血性心力衰竭的疗效标准》制订。显效: 心力衰竭基本控制, 心功能提高 2 级以上, 症状体征及各项检查明显改善。有效: 心功能提高 1 级, 但不及 2 级, 症状体征及各项检查有所改善。无效: 心功能提高不及 1 级, 甚至恶化。②中医证候积分评定标准。参照《中药新药临床研究指导原

则》拟定。即以气虚证为主, 兼顾阳虚证、血瘀证、水停(泛)证。证候积分按轻、中、重分级分别计 2、4、6 分。显效: 证候基本消失或完全消失。治疗后证候积分为 0 分或减少 $\geq 70\%$; 有效: 治疗后证候积分减少 $\geq 30\%$ 但 $< 70\%$; 无效: 治疗后证候积分减少 $< 30\%$; 加重: 治疗后证候积分超过治疗前积分。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 38 例, 显效 19 例, 有效 16 例, 无效 3 例, 总有效率为 92.1%; 对照组 38 例, 分别为 13 例、15 例、10 例、73.7%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

3.3 两组生活质量评分比较

两组患者生活质量评分比较显示, 两组患者心力衰竭症状均有缓解, 采用《明尼苏达心衰生活质量调查表》进行评分, 两组治疗前后比较差异均有显著性 ($P < 0.05$), 且治疗组生活质量评分下降较对照组更为明显 ($P < 0.05$)。

3.4 中医证候改善情况比较

治疗组 38 例, 显效 20 例, 有效 16 例, 无效 2 例, 总有效率为 94.7%; 对照组 38 例, 分别为 13 例、14 例、11 例、71.1%。两组比较治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

4 讨论

慢性心力衰竭是指慢性原发性心肌病变和心室因长期压力或容量负荷过重, 使心肌收缩力减弱, 不能维持心排血量。是临床常见的综合征。近年来现代医学在慢性心力衰竭发病机理的认识和临床治疗方面有了显著进展, 确定了由利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂、 β 受体阻滞剂和洋地黄药物组成的内科治疗基本方案。

利水强心汤以茯苓为君, 淡渗利水, 健脾除湿; 桂枝通阳输水走皮毛, 从汗而解, 平冲逆; 白术健脾以制痰湿, 黄芪利水消肿, 猪苓、泽泻利水渗湿, 党参益气, 丹参活血、生甘草补中调和诸药。诸药合用, 温阳益气, 利水消肿。

参考文献

- [1] 朱文锋, 中医内科疾病诊疗常规[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1999: 239.
- [2] 胸痹心水(冠心病心力衰竭) 中医急症诊疗规范(草案)[J]. 中国中医急症, 1995, 4(4): 179.

固本平喘汤对 30 例支气管哮喘缓解期患者免疫功能的影响

孙建

(江苏省南通市中医院呼吸内科, 226001)

支气管哮喘是临床常见病、多发病, 表现为反复发作的喘息、呼吸困难、胸闷或咳嗽等症状, 常在夜间和清晨发作或加剧, 多数患者可经治疗后缓解, 但日久迁延难愈。近一年来, 笔者使用固本平喘汤治疗该病 30 例, 观察其对免疫功能的影响及临床疗效, 现报告如下。

1 临床资料

60 例选自本院呼吸内科 2007~2008 年住院或门诊患者, 所有病例均符合《实用内科学》(第 11 版) 关于支气管哮喘定义、

诊断标准、严重程度分级判断标准^[1]。随机分为治疗组 and 对照组,各 30 例。治疗组 30 例中,男 12 例,女 18 例;年龄 16~75 岁,平均 42.5 岁;病程 2~35 年。对照组 30 例,男 14 例,女 16 例;年龄 15~73 岁,平均 41.8 岁;病程 1.5~36 年;两组在性别、年龄、病程、病情等方面差异均无显著性($P>0.05$)。

2 治疗方法

两组患者急性期均给予解痉平喘、抗炎吸氧等常规治疗,停用抗炎解痉平喘药物 1 周后进行观察。治疗组给予自拟固本平喘汤,方药组成:南沙参 15g,麦冬 10g,五味子 6g,半夏 10g,陈皮 6g,炒紫苏子 10g,地龙 15g,补骨脂 10g,磁石 25g,丹参 30g。加减:气虚者加生黄芪 30g,炒白术 10g;血虚者加当归 10g;阴虚加生地黄、玄参各 10g;阳虚者合制附子 10g,肉桂 3g;喘甚加麻黄(炙) 3g,蛤蚧 5g;咳甚加浙贝母、炙枇杷叶各 10g。每日 1 剂,水煎服,共煎 2 次,取药汁 400ml,早晚分服。两组均以 10 天为 1 个疗程,连续观察 3 个疗程。对照组服特布他林片,每次 2.5ml,每日 3 次,1 个月为 1 个疗程。两组服药前取外周血 4ml 检查 T 细胞亚群、IgE 指标,1 个月后复查上述指标。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照中华医学会呼吸病学分会《支气管哮喘防治指南》中关于支气管哮喘的定义、诊断、治疗、严重程度分级及疗效判断标准拟定。

3.2 治疗结果

治疗组 30 例中,临床控制 13 例,显效 10 例,有效 6 例,无效 1 例,总有效率为 96.7%。对照组 30 例中,临床控制 8 例,显效 9 例,有效 6 例,无效 7 例,总有效率为 76.7%。两组总有效率比较差异有显著性($P<0.05$),治疗组疗效明显优于对照组。

3.3 两组治疗前后 T 细胞亚群、IgE 指标变化比较

治疗组、对照组治疗前 CD4⁺ 分别为 (42.5±8.4)%、(43.2±8.5)%;治疗后分别为 (32.8±6.8)%、(41.7±8.7)%。治疗组、对照组治疗前 CD8⁺ 分别为 (30.5±6.2)%、(31.6±7.1)%;治疗后分别为 (41.2±9.5)%、(33.4±6.9)%。治疗组、对照组治疗前 IgE 分别为 (710.0±198.8)mg/L、(709.0±211.2)mg/L;治疗后分别为 (548.5±140.2)mg/L、(609.4±175.9)mg/L。两组比较治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

支气管哮喘中医学属“哮证”、“喘证”、“咳嗽”等范畴,本研究入选病例以支气管哮喘缓解期为对象,笔者自拟固本平喘汤,有补益肺肾、化痰通络平喘、标本兼治之功。方中南沙参可补肺益气;麦冬养阴润肺,益胃生津;五味子酸温,入肺肾二经,可敛肺滋肾,生津涩精,实为肺肾双补之要药,用于虚喘尤为适宜;补骨脂辛温,入肾助阳。四药合用,意在滋补肺肾,益气养阴助阳。陈皮、半夏理气化痰止咳,斡旋中焦;紫苏子降气定喘消痰;地龙活血通络,解痉平喘,丹参活血化痰,使肺脉通畅,补中有通之意。磁石辛咸而平,入肺肾二经,可纳气平喘;全方以补益肺肾为主,兼及脾胃,阴阳并补,有化痰理气,活血通络,止咳平喘之效,且性味和平,补而不燥,滋而不膩。

现代医学研究已经证实人体内存在两类 T 细胞亚群,正常情况下二者相互平衡,维持正常的免疫功能;而支气管哮喘患者则二者失衡,主要表现在 CD4⁺T 细胞 (Th2) 的活性增强和

CD8⁺T 细胞 (Th1) 的功能降低、数目减少。当哮喘患者 CD4⁺/CD8⁺T 细胞处于失衡状态时,继而引发一系列由 IgE 介导的变应性炎症^[2]。因此,通过检测 CD4⁺、CD8⁺ 和 IgE 的变化可以观察哮喘患者免疫功能的变化。

参考文献

- [1]陈灏珠主编.实用内科学[M].12 版.北京:人民卫生出版社,2005:1647-1658.
[2]鲍一笑.T 淋巴细胞在支气管哮喘中的作用[J].国外医学 呼吸系统分册,1993,13(2):79-80.

火针与体针结合治疗偏头痛

王 晖¹ 辛 康¹ 吴华清¹ 姜立平²

(1.广东省深圳市第二人民医院针灸科,518035;
2.广州华景医疗门诊部)

偏头痛为周期性发作的半侧头痛,属于血管性头痛的一种。主要特点是发作性剧烈头痛,大多数局限单侧,常先出现视觉异常、恶心、呕吐等先兆症状。本病以女性多见,常于青春

期起病,呈周期性发作。我们在临床治疗中采用火针与体针治疗相结合的方法,与普通体针组及单纯火针组进行比较,其近期疗效明显优于普通体针组,现报道如下。

1 临床资料

170 例门诊患者按就诊序号随机分为 3 组。治疗组 60 例,女 33 例,男 27 例;年龄 21~57 岁,平均 22 岁;病程 1 周~12 年,平均 6 个月;其中单侧头痛 32 例,双侧头痛 28 例。对照 1 组 56 例,女 30 例,男 26 例;年龄 21~63 岁,平均 23 岁;病程 1 个月~11 年,平均 7 个月;其中单侧头痛 30 例,双侧头痛 26 例。对照 2 组 54 例,女 30 例,男 24 例;年龄 20~63 岁,平均 24 岁;病程 2 周~10 年,平均 5.6 个月;其中单侧头痛 25 例,双侧头痛 29 例。所选病例诊断符合 1988 年国际头痛分类及诊断标准。全部病例均排除因全身感染性疾病、高血压、血管病、颅内肿瘤、五官科疾病、颈部疾病所致头痛。

2 治疗方法

①火针治疗:选用直径 0.30mm 长 25mm 针灸针在酒精灯上烧红针尖,在头痛发作部位轻刺,每平方厘米针刺 2 针左右,患者取坐位,每加热一次针具刺 1 针。②体针治疗:针具选用同上,取穴:局部痛点、丝竹空透率谷、颞颥透悬颅、合谷、列缺、足临泣。患者取卧位,各穴位给予 SDZ-II 型电针治疗仪连续波刺激(以患者感觉舒适且耐受为度),留针 30min。治疗组先给予火针治疗,再让患者平卧给予体针治疗,共需时间 40min。对照 1 组火针治疗,需时间 5min。对照 2 组体针治疗,需时间 35min。各组治疗每天 1 次,连续 5 次为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

以视觉模拟尺测分标准(患者根据自己的疼痛程度在 0~10cm 的刻度尺上确定定位点)。治疗后,下降至 0 为痊愈,下降刻度≥3cm 为有效,下降刻度<3cm 为无效。

3.2 治疗结果

①3 组治疗前后疼痛积分比较,治疗组 60 例,治疗前后疼痛积分分别为 (7.89±1.06) 分、(1.68±2.89) 分,对照 1 组 56 例,分别为 (8.02±1.12) 分、(3.25±2.24) 分,对照 2 组 54 例,