

· 综 述 ·

慢性心力衰竭中医辨证现代研究概况

徐慧聪 吕渭辉 任 毅

(广东省中医院, 广东省广州市大德路 111 号, 510120)

[关键词] 慢性心力衰竭; 中医; 辨证

慢性心力衰竭(CHF)是一类复杂的临床症候群,为各种心脏病的严重阶段。导致心力衰竭发生发展的基本机制是心肌重构。后者是由于一系列复杂的分子和细胞机制造成心肌结构、功能和表型的变化。在初始的心肌损伤以后,肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)和交感神经系统兴奋性增高,多种内源性的神经内分泌和细胞因子激活,其长期和慢性激活促进心肌重构,加重心肌损伤和心功能恶化,又进一步激活神经内分泌和细胞因子等,形成恶性循环。

根据心力衰竭的临床表现,可属于中医学心悸、水肿、喘证、痰饮、心痹、胸痹等范畴。1997 年 10 月由国家技术监督局颁布实施的国家标准,其中关于“中医临床诊疗术语”,肯定了“心衰”的病名。心衰乃心(肺)气虚渐及心阳虚,心气虚不能行血,心阳虚不能温通血脉,血脉瘀阻,心脉失养而发心悸、气短、喘促等症,日久累及脾、肾阳虚,不能化气行水,水饮上凌心肺,故见咯痰,并出现水肿、尿少等症。心、肺、脾、肾气虚阳虚为本,而血瘀、水饮、痰浊为标。目前国内尚无统一的心衰中医辨证分型标准。大多数临床研究采用中华人民共和国卫生部制订的《中药新药治疗心力衰竭的临床研究指导原则》,分为心肺气虚证、气阴亏虚证、心肾阳虚证、气虚血瘀证、阳虚水泛证、痰饮阻肺证、阴竭阳脱证。

近年来,有关 CHF 中医辨证的现代研究思路是通过研究 CHF 中医辨证分型与 CHF 心脏收缩/舒张功能及心脏结构等指标、CHF 相关神经内分泌及细胞因子、CHF 不同病因等的相关性,试图用现代医学的指标,来体现 CHF 的中医证候变化的规律,从而使 CHF 的中医辨证分型客观化。主要的研究内容可归纳为以下 4 点:①研究 CHF 中医辨证分型与心功能分级的关系。②研究 CHF 中医辨证分型与心脏收缩舒张功能相关指标及心脏结构相关指标的关系。③研究 CHF 中医辨证分型与神经内分泌、细胞因子的相关性。④研究 CHF 中医辨证分型与 CHF 不同病因的关系。现将近年来关于 CHF 中医辨证的现代研究概况介绍如下。

1 CHF 的中医分型与西医的心功能分级之间存在一定的联系

心功能分级低的 CHF 患者中医证候类型相对较轻,而心功能分级高的 CHF 患者中医证候类型较重。随着心功能逐渐恶化,CHF 中医证型的演变规律一般是先出现心气虚或心气阴两虚,逐渐由阴及阳,由心及肾,因虚致实而出现阴阳两虚、心阳虚、心肾阳虚、阳虚水泛等证候。尤其以气虚-阳虚证表现得更为明显。

一项对 408 例 CHF 患者进行的分组研究发现,心功能Ⅱ级

在各证型组之间的分布顺序为:气虚血瘀证>心气阴两虚证>心阳气虚证>阴阳两虚证>心肾阳虚证>阳虚水泛证;心功能Ⅲ级为:心阳气虚证>阴阳两虚证>心气阴两虚证>阳虚水泛证>心肾阳虚证>气虚血瘀证;而心功能Ⅳ级在各证型组之间的分布顺序与心功能Ⅱ级正好相反<sup>[1]</sup>。对 168 例中医辨证为气(阴)虚痰(饮)瘀阻、阳虚痰(饮)瘀阻以及阳虚水泛的 CHF 患者进行研究,阳虚时心功能分级高于气虚时心功能分级,以气虚为主的心衰患者心功能大多Ⅱ~Ⅲ级,而以阳虚为主的心衰患者心功能大多Ⅲ~Ⅳ级以上<sup>[2]</sup>。339 例 CHF 患者 NYHA 分级随中医证型加重而升高,中医证型由轻到重依次为心肺气虚证、气阴两亏证、气虚血瘀证、心肾阳虚证、阳虚水泛证、痰饮阻肺证、阴竭阳脱证,脑利钠肽(BNP)水平逐渐升高<sup>[3]</sup>。

2 CHF 中医辨证分型与超声心动图心脏收缩、舒张功能及心脏结构相关指标的关系

CHF 中医证候与超声心动图心脏收缩、舒张功能及心脏结构指标的关系类似于中医证候与心功能分级的关系,中医证候越重或越复杂,以上指标异常越明显,具体表现为涉及气阴阳虚损越多越重,或合并血瘀水泛等标实因素越多,左室内径(LV)、室间隔厚度(IVS)、舒张晚期血流峰值和二尖瓣口舒张早期之比(A/E)、射血分数(EF)、左室短轴缩短率(FS)、左室重量指数、左室后壁厚度、E 峰减速时间(EDT)、左室等容舒张时间(IVRT)、平均圆周纤维缩短速度(mVcf)、Tei 指数等超声心动图指标的异常就越明显。对 408 例 CHF 患者中医证型组之间心脏超声检查 LV、IVS 比较发现,CHF 不同中医证型组之间 LV 值的顺序分别为阳虚水泛证>心肾阳虚证>阴阳两虚证>心阳气虚证>心气阴两虚证>气虚血瘀证,IVS 测值的顺序依次为心气阴两虚证>阴阳两虚证>气虚血瘀证>心阳气虚证、心肾阳虚证和阳虚水泛证<sup>[1]</sup>。对 67 例心气、阳虚证 CHF 患者的超声心动图检查结果进行分析的结果显示心气虚证组患者 E/A 值(二尖瓣口 E 峰、A 峰比值)、EF 值高于心阳虚证组<sup>[4-6]</sup>;对 78 例 CHF 患者的中医证型、超声心功能及结构指标的分析结果表明,心肺气虚证、气阴两虚证、气虚血瘀证的左室射血分数(LVEF)、FS 高于心肾阳虚证比较;其 LVEF、FS、左室舒张末内径(LVEDD)分别与阳虚水泛证、痰饮阻肺证、阴竭阳脱证比较,差异均有非常显著性意义。心肾阳虚证左心室各项功能参数与阴竭阳脱证比较,差异有显著性意义。提示随着中医证型的复杂化及加重,CHF 患者的超声心功能及结构指标的异常也更为明显<sup>[7]</sup>。比较 95 例 CHF 患者与 20 例心功能正常的同期住院患者(对照组)的相应指标,CHF 组中医不同证型均存在不同程度的左室重量指数增加,左室重量指数、室间隔厚度及左室后壁厚度以气阴两虚型增加最为明显。心阳虚型、阳虚水泛型 LVd 较对照组增加。CHF 组中医不同证型与 BNP 呈正相

关,与LVEF 呈负相关<sup>[8]</sup>。将80 例CHF 患者分为4 个证型组,测量各组患者的LVEF、A/E、EDT、IVRT 等参数及Tei 指数,并与对照组(25 例)相同的测定指标进行比较分析。结果CHF 兼水肿血瘀证、兼血瘀证、兼阴虚证患者LVEF(%)均明显低于对照组;兼阴虚证组、兼血瘀证、兼水肿血瘀证组的A/E 比值较对照组均明显增高。Tei 指数依心气虚证、兼阴虚证、兼血瘀证、兼水肿血瘀证逐渐升高<sup>[9]</sup>。将100 例CHF 患者分为4 个证型组,检测各组心功能参数[LVEF、平均周缘纤维缩短速度(mVcf)、A/E]并与对照组(23 例)相同指标比较。结果CHF 兼水肿血瘀证患者LVEF、mVcf 较心气虚证、兼阴虚证、兼血瘀证组均明显降低;心气虚证组、兼阴虚证组、兼血瘀证与水肿血瘀证组的A/E 比值较对照组均明显增高<sup>[10]</sup>。

### 3 CHF 中医辨证分型与神经内分泌、细胞因子的相关性研究

导致心力衰竭发生发展的基本机制是心肌重构。在初始的心肌损伤以后,RAAS 和交感神经系统兴奋性增高,多种内源性的神经内分泌和细胞因子激活,其长期和慢性激活促进心肌重构,加重心肌损伤和心功能恶化,又进一步激活神经内分泌和细胞因子等,形成恶性循环。在慢性心力衰竭中,神经内分泌的变化主要有以下几个方面:交感-肾上腺素系统、循环肾素-血管紧张素-醛固酮系统、下丘脑-神经垂体系统激活。细胞因子的变化研究较多的有以下几个方面:血管内皮素(ET-1)释放增多,心房利钠多肽(ANP)和BNP 分泌增多、肿瘤坏死因子 $\alpha$ TNF- $\alpha$ 和白细胞介素6(IL-6)增加等等。内皮素(ET)和一氧化氮(NO)是一对具有拮抗效应的血管活性物质,两者合成释放作用的协调是维持血管张力的主要因素之一。ET 为体内目前已知作用最强的血管支气管平滑肌收缩剂,而降钙素基因相关肽(CGRP)是体内作用最强的血管扩张剂<sup>[11]</sup>。对CHF 中神经内分泌因素与中医辨证分型关系的诸多研究表明:随CHF 病情加重,证型的进一步复杂,神经内分泌的相关指标呈现出逐渐增高的趋势。实验表明,在诸虚证中,以阳气虚脱最明显,而在标实诸证中以血瘀兼水停痰浊证最明显。其水平的增高反映CHF 病情加重,中医辨证分型由简单而复杂化。

#### 3.1 ANP 和BNP

多项研究表明,ANP/BNP 在心功能正常与心功能不全、心功能不全Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ各级之间均有差异,且在中医辨证为气虚、阳虚及气虚合并血瘀、气虚合并水肿血瘀证的CHF 患者之间均有差异,阳虚证高于气虚证,气虚合并水肿血瘀证高于气虚合并血瘀证<sup>[2,3,8,9,12,13]</sup>。

对168 例中医辨证为气(阴)虚痰(饮)瘀阻、阳虚痰(饮)瘀阻以及阳虚水泛的CHF 患者进行BNP 测定,心功能Ⅱ级患者BNP 平均水平为340.3pg/ml、Ⅲ级患者BNP 平均水平为1197.8pg/ml;Ⅳ级患者BNP 平均水平为3886.4pg/ml。以气虚为主的心衰患者BNP 平均水平为867.8pg/ml,心功能大多Ⅱ~Ⅲ级;而以阳虚为主的心衰患者BNP 平均水平为3309.3pg/ml,心功能大多Ⅲ~Ⅳ级以上。提示阳虚时BNP 水平明显高于气虚时BNP 水平( $P<0.05$ )<sup>[2]</sup>。339 例CHF 患者的血浆BNP 水平显著高于正常对照组(140 例),与中医证型和NYHA 分级显著相关<sup>[3]</sup>。比较95 例CHF 患者与20 例心功能正常的同期住院患者(对照组)的相应指标,CHF 组BNP 为(1363.33 $\pm$ 1584.74)pg/ml,对照组BNP 为(45.58 $\pm$ 39.93)pg/ml。BNP 在CHF 组中医不同证型间随着心气虚证、气阴两虚证、心阳虚证、阳虚水泛证的演变而逐步增高<sup>[8]</sup>。将80 例CHF 患者分为4 个证型组,测量各组患者的血浆BNP 浓度水平,并与对照组(25

例)相同的测定指标进行比较分析。结果CHF 兼水肿血瘀证、兼血瘀证、兼阴虚证患者血浆BNP 明显高于对照组<sup>[9]</sup>。对63 例心功能Ⅲ~Ⅳ级CHF 患者进行的研究表明,在虚证中各证型CHF 患者ANP 浓度均较对照组显著增高,并且大致呈单纯气虚<气阴两虚(气阴两虚)<阳气虚脱趋势,其中阳气虚脱组增高最为明显<sup>[12]</sup>。将100 例CHF 患者分为4 个证型组,检测各组ANP,并与对照组(23 例)比较。结果CHF 兼水肿血瘀证患者血浆ANP 明显高于对照组<sup>[13]</sup>。

#### 3.2 肾素(PRA)、血管紧张素Ⅱ(AngⅡ)、醛固酮(ALD)

一项对63 例心功能Ⅲ~Ⅳ级的CHF 患者进行的研究表明,在虚证中各证型CHF 患者PRA、AngⅡ、ALD 浓度均较对照组显著增高( $P<0.05$ , $P<0.01$ ),并且大致呈单纯气虚<气阴两虚(气阴两虚)<阳气虚脱趋势,其中阳气虚脱组增高最为明显。ANP、PRA、ALD 在气阴两虚和气阴两虚两组之间则无明显差别。而气阴两虚组AngⅡ、ET 较气阴两虚组显著增高。CHF 的虚实辨证的不同证型与ANP、PRA、AngⅡ、ALD 等多种血管活性肽密切相关。随病情加重,证型的进一步复杂,血管活性肽呈现出逐渐增高的趋势<sup>[12]</sup>。有学者将112 例CHF 患者分为心病组(气阴两虚型、气虚血瘀型)和心肾同病组(心肾阳虚型、阳虚水泛型和心阳虚脱型)研究,发现心病组CHF 患者血浆ANP 增高,而RAAS 指标无显著变化;心肾同病组CHF 患者除ANP 增高外尚有RAAS 显著激活的证据,尤其是AngⅡ明显增高,与心病组相比有非常显著的差异<sup>[13]</sup>。对88 例心肺气虚的CHF 患者的研究发现,其血浆AngⅡ有所升高,而PRA、ALD 只有轻度的升高<sup>[14]</sup>。

#### 3.3 TNF- $\alpha$ 和IL-6

对67 例心气、阳虚证CHF 患者的研究表明,心阳虚证患者血清TNF- $\alpha$ IL-6 浓度高于心气虚证者( $P$ 均 $<0.05$ ),而TNF- $\alpha$ 差异更加显著<sup>[5]</sup>。心阳虚证组患者血清TNF- $\alpha$ IL-6 水平高于心气虚证组;心阳虚证组患者血清IL-10 水平低于心气虚证组<sup>[4-6]</sup>。

#### 3.4 ET、CGRP、NO

一项对63 例心功能Ⅲ-Ⅳ级的CHF 患者进行的研究表明,在虚证中各证型CHF 患者ET、CGRP 浓度均较对照组显著增高,并且大致呈单纯气虚<气阴两虚(气阴两虚)<阳气虚脱趋势,其中阳气虚脱组增高最为明显。CGRP 在阳气虚脱作用较其他虚证组显著增高,其他3 组之间无明显差别,CHF 的虚实辨证的不同证型与ET、CGRP 等多种血管活性肽密切相关<sup>[12]</sup>。76 例慢性心力衰竭患者按中医辨证分为心气阳虚、气虚血瘀、心肾阳虚、阳虚水犯、心阳虚脱<sup>5</sup>型,并进行相关指标检测,与24 例健康人对照,CHF 患者血浆NO 含量较正常对照组增高,各中医证型组中从心气阳虚、气虚血瘀、心肾阳虚、阳虚水犯到心阳虚脱各组,血浆NO 含量呈依次升高趋势<sup>[15]</sup>。

#### 3.5 CHF 中其他内分泌因素与中医辨证的关系

一些学者还对CHF 中较少涉及的内分泌指标与CHF 中医证型的关系进行了研究,包括甲状腺激素(T<sub>3</sub>、T<sub>4</sub>、TSH)、血清类洋地黄因子(sEDF)、胰岛素抵抗指数、血液相对淋巴细胞水平等。

将100 例CHF 患者分为4 个证型组,检测各组甲状腺激素(T<sub>3</sub>、T<sub>4</sub>、TSH),并与对照组(23 例)相同指标比较。结果CHF 兼水肿血瘀证患者T<sub>3</sub>较对照组心气虚证组、兼阴虚证组与兼血瘀证组明显降低;心气虚证组、兼阴虚证组与兼血瘀证组的T<sub>4</sub>水平较兼水肿血瘀证组均明显升高;心气虚证组、兼阴虚证

组、兼血瘀证与水肿血瘀证组的 A/E 比值较对照组均明显增高。T<sup>3</sup> 与 LVEF、T<sup>4</sup> 均呈正相关。T<sup>4</sup> 与 A/E 呈负相关。提示 T<sup>3</sup>、T<sup>4</sup> 降低与 ANP 增高可能是 CHF 兼水肿血瘀证患者 LVEF 下降的重要原因之一。T<sup>4</sup> 降低则可能为 CHF<sup>4</sup> 型中医分型患者 A/E 比值逐步增高而导致左室舒张功能不全逐渐加重的重要原因之一<sup>[10]</sup>。sEDF 是存在于人和哺乳类动物体内的一种微量激素,目前利用放射免疫法能准确检测其血清含量,sEDF 因其化学结构、性质和作用与地高辛等洋地黄类药物相似而得名,它在人体具有强心、利尿和缩血管等功能。冠心病 CHF 组 sEDF 含量比正常对照组明显降低,冠心病 CHF 患者不同中医证型 sEDF 含量从血瘀胸阳痹阻型、气虚血瘀型到气血瘀阻阳虚水泛型,其 sEDF 含量逐渐递减<sup>[6]</sup>。120 例慢性心衰患者分心气虚型 22 例,心阳虚型 46 例,气阴两虚型 34 例,阳气虚脱型 18 例,分别抽取空腹血糖、空腹胰岛素,计算胰岛素抵抗指数。结果表明,慢性充血性心力衰竭患者存在胰岛素抵抗,且胰岛素抵抗指数变化可作为判定慢性心衰患者严重程度的参考指标,血胰岛素抵抗指数可作为中医辨证分型的参考<sup>[17,18]</sup>。观察 54 例不同中医证类 CHF 患者血液相对淋巴细胞水平,与健康人比较,结果显示,气虚血瘀证较心气阴虚证与健康人组相对淋巴细胞数降低更为显著<sup>[19]</sup>。

4 CHF 中医辨证分型与 CHF 不同病因的关系

王硕仁等研究心肌梗死后心力衰竭模型大鼠的中医证候特点及心脏的结构和功能变化,将大鼠随机分为模型组和假手术组,采用结扎左冠状动脉主干造成心梗后心衰模型,动物模型的中医证候评价根据中国中西医结合学会虚证和老年病专业委员会 1986 年 5 月修订的《虚证辨证参考标准》,进行脏腑和虚证的具体辨证;两组动物在 8 周观察期中将中医定性的问诊内容替代以同等意义的定量指标对疾病动物模型进行辨证评价。心气虚证将上述标准中的心虚、气虚证的必备诊断标准“心悸或胸闷”、“神疲乏力”分别以心率、呼吸、力竭性游泳时间测定表示;心功能障碍的参考标准以超声心动图检查心脏功能指标表示。血瘀证的诊断根据中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会 1986 年 11 月修订的《血瘀证辨证标准》的主要依据(血管阻塞)和实验室依据,分别以心电图、超声心动图对大鼠进行测定。将上述标准中的血瘀证诊断标准的主要依据(血管阻塞)和实验室依据,分别以心电图 ST 段升高、异常 Q 波出现个数(冠脉阻塞后心肌缺血坏死)、超声心动图(心室壁梗死变薄、心腔瘀血扩张)检查表示。结果与假手术组比较,模型组术后 8 周呼吸频率和心率加快,力竭性游泳时间缩短,超声心动图参数室间隔舒张末期厚度、左室后壁舒张末期厚度、左室后壁收缩末期厚度、左室射血分数、左室短轴缩短率均下降,左室舒张末期内径、左室收缩末期内径明显增大。12 导联心电图 ST 段抬高、异常 Q 波发生的导联个数增多。同时全心重/体重高于假手术组。心梗后心衰模型大鼠术后 8 周的中医证候为气虚血瘀,其病理学表现为左室重构和功能损伤<sup>[20]</sup>。

5 其他与 CHF 中医辨证有关的因素

78 例 CHF 患者的中医证型和心率变异性指标的分析结果表明,SDNN(24hR-R 间期标准差)、SDANNi(24h 每 5minR-R 间期标准差)在心功能正常与心功能不全患者之间、心功能Ⅱ、Ⅲ级患者与Ⅳ级患者之间均有差异。心肺气虚证、气阴两虚证、气虚血瘀证的 SDNN、SDANNi 与心肾阳虚证、痰饮阻肺证比较,差异有显著性意义;其 SDNNi(5min 正常 R-R 间期均值的标准差)分别与阳虚水泛证、阴竭阳脱证比较,差异均有非常

显著性意义。阳虚水泛证、阴竭阳脱证的 SDNN、SDANNi、SDNNi 与心肾阳虚证比较,差异均有非常显著性意义。提示随着中医证型的复杂化及加重,CHF 患者的心率变异性指标的异常也更为明显<sup>[7]</sup>。

6 讨论

不论是心功能分级、心脏结构功能指标还是神经内分泌、细胞因子等相关指标,以上因素与 CHF 中医辨证的关系均呈现轻重相关的关系。即指标的异常程度与证型的严重和复杂程度相关,随着证型的加重和复杂化,以上指标也更加偏离正常值,并且以上规律与 CHF 的病因无关,实质上是提示了中医证型与心力衰竭病情轻重的关系,而并非某一指标与某一证型之间有特异相关性。即 CHF 的病程中,随着病情的加重,各项现代医学指标的异常更为明显,CHF 的中医辨证本虚标实也更为严重复杂,具体表现为本虚由气虚—气阴两虚—阴阳两虚—阳脱阴竭逐渐加重,标实合并血瘀、痰浊、水泛更为复杂严重。有所不同的是,一项对于心肌梗死后心力衰竭的动物实验研究证明<sup>[20]</sup>,心肌梗死后 8 周的心力衰竭大鼠表现为气虚血瘀证,这是唯一一个直接与心力衰竭的中医证型相关,并非由于能够体现心力衰竭病情轻重而与心力衰竭中医证型有相关性的因素。但这一研究的局限性在于,该研究是以动物为研究对象进行的,对于动物的中医辨证是以现代医学客观指标来完成的,与传统的中医辨证方法不同,其结果可能出现偏差。我们认为,在今后的研究中,可以借鉴此思路,更多的从临床试验角度,研究 CHF 不同病因是否能够使 CHF 患者更加特异的显示某种证型,更加有助于从现代医学角度发现 CHF 内在的中医辨证规律。

参考文献

[1]贺泽龙,郭振球.充血性心力衰竭中医证型的临床回顾性调查研究[J].湖南中医学院学报,2003,23(5):33-36.  
[2]李健,何怀阳,林晓忠.BNP 在心衰中医辨证分型中的应用[J].辽宁中医杂志,2005,32(9):879.  
[3]朱红俊,龚少愚,邹逊,等.脑利钠肽与中医证型及 NYHA 分级的相关性研究[J].辽宁中医杂志,2006,33(4):385-386.  
[4]陈瑞,廖远芬,梁凤霞,等.充血性心力衰竭心气、阳虚证与肿瘤坏死因子-α 白细胞介素-6 和白细胞介素-10 的关系[J].中国中医药信息杂志,2003,10(8):14.  
[5]陈瑞,廖远芬,梁凤霞,等.充血性心力衰竭心气(阳)虚证与肿瘤坏死因子-α 白细胞介素-6 关系的探讨[J].湖北中医杂志,2003,25(5):10-11.  
[6]陈瑞,梁凤霞,黄艳霞,等.充血性心力衰竭心气虚、心阳虚证与肿瘤坏死因子-α 及白细胞介素关系的研究[J].中国中西医结合杂志,2004,24(10):876-878.  
[7]张军茹,李健,刘超峰.慢性充血性心力衰竭不同中医证型心率变异性与心功能的关系[J].新中医,2006,38(8):38-39.  
[8]潘光明,邹旭,林晓忠,等.心力衰竭患者脑钠肽与中医辨证分型相关性的临床研究[J].新中医,2006,38(4):33-35.  
[9]冯小平,王临光,经先振,等.应用心功能 Tei 指数与血浆 BNP 水平变化评价充血性心力衰竭中医辨证分型[J].中国微循环,2005,9(6):430-432.  
[10]周杰,高晓玲,张宝州,等.充血性心力衰竭中医辨证分型

与心功能参数及甲状腺激素相关性的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2004, 24(10): 872-875.

[11] 李彬, 廖玉华. 慢性心力衰竭的细胞因子变化及其与神经内分泌因子的关系[J]. 临床心血管病杂志, 2002, 18(8): 411-413.

[12] 孙伯青. 益气活血法治疗充血性心力衰竭的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2006, 13(1): 44-47.

[13] 蒋梅先, 彭鹏, 唐静芬, 等. 心肾同病病机与充血性心力衰竭循环因素的关系[J]. 上海中医药大学学报, 2000, 14(1): 28-29.

[14] 齐幼龄, 梁益永, 黄新风, 等. 88 例肺气虚病人血浆肾素、血管紧张素 II 及醛固酮的测定[J]. 广西中医药, 1991, 14(2): 93-94.

[15] 刘革命, 熊尚全, 马成富. 慢性心力衰竭中医辨证分型与血浆 NO 及 TNF- $\alpha$ 含量的关系[J]. 山东中医杂志, 2004, 23(2): 71-72.

[16] 胡节惠, 莫余波, 袁婉丽. 冠心病心力衰竭患者血清类洋地黄因子变化与中医证型关系的研究[J]. 江苏中医药, 2006, 27(11): 16-17.

[17] 王瑶瑶, 陈云志. 慢性充血性心力衰竭患者胰岛素抵抗与中医辨证[J]. 四川中医, 2007, 25(9): 29-30.

[18] 王瑶瑶, 陈云志. 胰岛素抵抗在慢性心力衰竭中医辨证分型中的应用[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(12): 1674-1675.

[19] 黄飞翔, 陈美华, 苗丽娜, 等. 慢性心力衰竭的中医证类与血液相对淋巴细胞水平相关性研究[J]. 中国中医急症, 2003, 12(3): 247.

[20] 吴爱明, 赵明镜, 张冬梅, 等. 心梗后心力衰竭模型大鼠中医证候的超声评价[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(3): 227-230.

(收稿日期: 2008-11-19)

[编辑: 李 巍]

## 中西医结合治疗泪液缺乏性干眼症

郝 进

(中国中医科学院眼科医院, 北京市石景山区鲁谷路 9 号, 100040)

干眼症是以干涩、羞明、磨痛、视疲劳为主要症状的眼科疾病。笔者采用中西医结合治疗泪液缺乏性干眼症 45 例, 并与对照组 30 例做了对比观察, 现报告如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

治疗组 35 例, 其中男 10 例, 女 25 例; 年龄 38~65 岁, 病程 1 个月~10 年; 均为双眼发病, 共 70 只眼, 其中角膜浅点状染色 25 只眼, 伴有口鼻干燥者 2 例。对照组 30 例, 其中男 7 例, 女 23 例; 年龄 30~62 岁, 病程 20 天~8 年; 均为双眼发病, 共 60 只眼, 其中角膜浅点状染色 18 只眼, 伴有口鼻干燥者 1 例。

#### 1.2 诊断标准

参照 1995 年美国眼科研究所干眼工作组的研究报告中所提出的干眼症的诊断标准<sup>[1]</sup>: ①眼干涩有异物感, 畏光, 可伴有口鼻干燥。②泪膜稳定性改变。③泪液分泌量的测定多次 schimmer 法少于 10mm<sup>5</sup>/min。④角膜荧光染色阳性。⑤排除睑缘炎、瞬目异常、眼睑位置异常等所至蒸发过强性干眼症。

### 2 治疗方法

治疗组局部点用人工泪液 4~6 次/日, 口服 B 族维生素, 早晚眼部热敷 30min, 中药以桑白皮汤加减, 水煎分 2 次服, 每日 1 剂, 1 个月为 1 个疗程。对照组仅局部点用人工泪液。口服 B 族维生素, 早晚眼部热敷 30min。

### 3 疗效观察

#### 3.1 疗效标准

①治愈: 症状消失, 角膜染色消退, schimmer 多次测定大于 10mm<sup>5</sup>/min; ②好转: 症状减轻, 角膜染色减少, schimmer 多次测定泪液分泌量有所增加; ③无效: 症状无改善, 角膜染色无变化或增多, schimmer 多次测定泪液的分泌未增加。

#### 3.2 结果

治疗组 35 例如只眼中治愈 20 只眼, 好转 32 只眼, 无效 18 只眼, 有效率 74.28%。对照组 30 例 60 只眼中治愈 12 只眼, 好转 28 只眼, 无效 20 只眼, 有效率 66.67%, 两组疗效比较差异有显著性 ( $P < 0.05$ )。

### 4 讨论

泪液的主要生理功能是在角膜表面形成泪膜, 维持角膜及结膜上皮细胞的湿润, 保持角膜表面的光滑, 形成正常的光学面, 对角膜的营养代谢起重要作用。老年人群中因泪液分泌减少而引起的水液层不足的干眼病最为常见。美国的调查显示, 在 65~84 岁的人群的发病率为 14.6%。<sup>[2]</sup>随着我国社会老龄化, 干眼症的发病率呈上升趋势。应用人工泪液型的眼药水可起到补充水分、滋润和保护眼球的作用。为了提高治疗效果, 我们在治疗过程中同时结合中医辨证施治。干眼症属中医学“燥证”、“神水将枯”范畴<sup>[3]</sup>, 中医认为“泪为肝液”, 肝肾阴虚、虚火上炎, 津液亏损, 或郁热化火, 上攻于目, 灼津耗液、从而泪液减少。干眼症的病机关键是郁火上攻、肝肾不足、风热化燥耗伤津液, 故治疗以轻宣润燥清热明目为法。方中桑白皮、黄芩、菊花、地骨皮清肺热, 利肺气, 玄参、麦冬滋阴肺, 清伏火; 茯苓、泽泻利湿明目; 诸药共奏润目生津之功。

### 参考文献

[1] Jemp MA. The 1998 Castroviejo Lecture. New strategies in the treatment of dry-eye states. Cornea. 1999, 18(6): 625-632.

[2] Schein OD, Munoz b, Tielsch JM, et al. Am. Prevalence of dry eye among the elderly. Am J Ophthalmol. 1997, 124(6): 723-728.

[3] 王高, 谷安班, 雷世奇. 中药治疗干眼症的临床疗效观察. 中国中医眼科杂志, 2003, 13(3): 143-145. <http://www.cnki.net>

(收稿日期: 2009-02-12)

[编辑: 李 巍]