

• 临床报道 •

复方逐瘀汤治疗稳定型心绞痛
合并高脂血症 33 例

申俊岭

(河南省中牟县中医院, 451450)

近年来,我们在西医常规治疗的基础上,加用复方逐瘀汤治疗稳定型心绞痛合并高脂血症患者,收到较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

入选标准:稳定性心绞痛的诊断符合 1979 年 WHO《缺血性心脏病的命名及诊断标准》^[1]。中医诊断标准符合 1993 年卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则》^[2]。高脂血症诊断依据 1997 年中华心血管病杂志编委会制定的《血脂异常防治建议》中异常血脂指标,即总胆固醇(TC) > 5.75mmol/L,甘油三酯(TG) > 1.7mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C) > 3.64mmol/L,符合其中一项或一项以上者^[3]。排除标准:①重度神经官能症及精神病;②有严重肝、肾功能损害;③近 3 个月内发生急性心肌梗死(AMI)、严重心肺功能不全、重度心律失常;④主动脉夹层瘤;⑤未控制的高血压;⑥出血性疾病。

1.2 一般资料

2006 年 1 月~2008 年 9 月将我院住院患者符合上述标准的 63 例稳定性心绞痛合并高脂血症患者随机分为两组,治疗组 33 例,男 22 例,女 11 例;平均年龄 54.3 岁;病程 5 个月~12 年,平均 4.20 年;心绞痛平均每日发作(4.0±2.8)次。对照组 30 例,男 20 例,女 10 例;平均年龄 53.8 岁;病程 6 个月~11 年,平均 4.18 年;心绞痛平均每日发作(4.0±2.6)次。两组的性别、年龄、病程、血脂水平及心绞痛发作情况差异无显著性(P>0.05),具有可比性。

2 治疗方法

对照组给予常规治疗:休息,吸氧,β受体阻滞剂,钙离子拮抗剂,抗血小板制剂,口服消心痛片每次 10mg,每日 3 次;有高血压、糖尿病行降压、降糖治疗。

治疗组在对照组治疗的基础上加服复方逐瘀汤加减。药物组成:当归、生地黄各 20g,川芎、桃仁、枳壳、牛膝各 12g,赤芍 30g,红花 10g,柴胡、炙甘草、桔梗各 6g。加减:气短,乏力,舌淡、苔薄,脉沉细,气虚明显者加黄芪 50g,胸痛有定处、舌紫暗、舌有瘀斑、舌底脉络瘀滞,血瘀甚者加丹参 30g,三七粉 2g(吞服);胸闷痛,憋气,舌质稍暗,苔厚或腻,脉弦滑,气滞痰浊者加檀香 6g,沉香、降香各 5g,竹沥、半夏各 12g,瓜蒌 30g。每日 1 剂,煎取药汁 400ml,早晚 2 次分服。两组疗程均为 4 周。

3 疗效观察

3.1 疗效判断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》中胸痹(冠心病心绞痛)及心电图的疗效标准^[2]评定。显效:临床症状消失,心电图各导联 S-T 段、T 波恢复正常或心电图明显改善(如 T 波由倒置变为直立等)。有效:症状改善 1 级或 1 级以上,心电图虽有改善但未达到标准,如下降的 S-T 段回升 0.05mV 以上或抬高的

S-T 段下降 0.05~0.01mV,T 波由倒置变浅或低平,或由低平变直立;心电图虽无改善,但临床症状明显改善。无效:症状和心电图均无改善。

3.2 临床疗效比较

治疗组 33 例,显效 19 例,有效 13 例,无效 1 例,总有效率为 96.97%,治疗后每日心绞痛平均发作次数为(0.6±0.1)次。对照组 30 例,显效 12 例,有效 6 例,无效 12 例,总有效率为 60%,治疗后每日心绞痛平均发作次数为(1.1±0.3)次。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组(P<0.01)。

3.3 两组治疗前后血脂变化比较

治疗组 33 例,治疗前后 TC 分别为(8.75±2.6)mmol/L、(3.26±1.8)mmol/L;TG 分别为(3.12±2.7)mmol/L、(1.78±1.2)mmol/L。对照组 30 例,治疗前后 TC 分别为(8.69±1.9)mmol/L、(4.58±1.5)mmol/L;TG 分别为(2.68±1.8)mmol/L、(2.39±1.2)mmol/L。两组 TC、TG 指标治疗后比较,治疗组疗效明显优于对照组(P<0.05)。

3.4 不良反应

服药 4 周后复查血尿常规、血糖、血肌酐、尿素氮、肌酸激酶,2 组均未见异常改变。对照组中 2 例患者丙氨酸氨基转移酶稍有升高,疗程结束后恢复正常,均未中断治疗。治疗组未出现与中药相关的不良反应。

4 讨论

本病属中医“胸痹”范畴,本病的病理变化主要表现为本虚标实,虚实夹杂。治疗以补益心气、活血化瘀、豁痰通阳为法。方中桃仁、赤芍、红花、川芎活血化瘀止痛;枳壳、柴胡行气宽胸解郁;当归、生地黄既能活血,又能益血;黄芪补益心气,心主血脉,气旺血行;炙甘草调和诸药。以诸药相伍,扶正祛邪,标本兼顾,众药配伍共奏补益心气、活血化瘀、行气祛瘀止痛之功效,选用复方逐瘀汤正切中该病病机,故能收到较好的临床效果。

参考文献

[1]国际心脏病学会和协会及WHO 临床命名标准联合专题组.缺血性心脏病的命名及诊断标准[J].中华心血管病杂志,1981,9(1):75-76.
[2]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].第 1 辑.1993:41-45.
[3]中华心血管病编辑委员会血脂异常防治对策专题组.血脂异常防治建议[J].中华心血管病杂志,1997,25(3):169-173.

中西医结合治疗痛风性关节炎 80 例

邢孟涵¹ 王玲²

(1. 山东省滕州市中心人民医院, 277500;
2. 山东省滕州市妇幼保健院)

痛风性关节炎是嘌呤代谢紊乱所致的组织损伤的一组疾病,其临床特点为高尿酸血症、特征性关节炎发作、痛风石沉积,严重者可致关节畸形。目前本病尚无特效疗法,西药虽能改善症状,但复发率高,毒副作用较大。我们采用中西医结合方法治疗本病 80 例,并与西药对照组 80 例相对照,疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

采用 1977 年美国风湿病学会的标准^[1]: A. 关节液中存在特征性的尿酸盐结晶, 或 B. 通过化学方法或偏振光显微镜证实痛风石中含有尿酸盐结晶, 或 C. 符合以下所列 12 条临床表现、实验室检查及 X 线表现中的 6 条: ①急性关节炎发作一次以上; ②在一天内炎症发展至高峰; ③单关节炎; ④可观察到关节变红; ⑤第一跖趾关节疼痛或肿胀; ⑥包括第一跖趾关节的单侧侵犯; ⑦包括跗关节的单侧侵犯; ⑧可疑的痛风石; ⑨高尿酸血症; ⑩一个关节内的非对称性肿胀(影像学); ⑪皮层下的非溃溃性囊肿(影像学); ⑫在关节炎发作期间的关节液微生物培养阴性。

1.2 一般资料

共 160 例患者, 随机分为两组。治疗组 80 例, 男 74 例, 女 6 例; 年龄 43~74 岁, 平均 57 岁; 病程 2 周~12 年。对照组 80 例, 男 76 例, 女 4 例; 年龄 44~77 岁, 平均 58 岁; 病程 3 周~10 年。两组在性别、年龄、病程方面经统计学处理差异无显著性 ($P>0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

对照组给予苯溴马隆每次 50mg, 每日 1 次, 别嘌醇每次 0.1g, 每日 3 次, 塞来昔布每次 0.2g, 每日 2 次, 均口服。治疗组在对照组基础上加服五野五土五石汤(自拟), 土茯苓 20g, 土牛膝 12g, 土防己(大叶藤) 12g, 土萆薢 15g, 土黄连 12g, 石见穿 20g, 石韦 15g, 滑石 20g, 石吊兰 15g, 石泽兰 15g, 野慈菇 15g, 野升麻 6g, 野马蹄根 60g, 野牡丹根 15g, 野大黄(羊蹄根) 10g。水煎服, 每日 1 剂, 每剂煎 2 遍, 分早晚 2 次服。两组均连续治疗 1 个月判定对比疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

选用《中医病证诊疗常规》的标准^[2]: 临床治愈: 症状消失, 理化检查正常; 好转: 关节肿胀消减, 疼痛缓解, 理化检查有改善; 未愈: 症状及理化检查无变化。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 80 例, 临床治愈 40 例, 好转 34 例, 未愈 6 例, 总有效率为 92.5%; 对照组 80 例, 分别为 33 例、29 例、18 例、77.5%。两组疗效比较治疗组明显为优 ($P<0.05$)。

3.3 两组治疗后症状体征比较

治疗组、对照组治疗后关节疼痛积分分别为 (1.41 ± 0.40) 分、 (1.93 ± 0.42) 分; 关节疼痛数目分别为 (4.10 ± 2.09) 个、 (7.45 ± 3.22) 个; 关节肿胀分别为 (1.36 ± 0.27) 分、 (1.70 ± 0.58) 分; 关节肿胀数目分别为 (4.02 ± 1.99) 个、 (7.22 ± 2.01) 个; 关节活动障碍分别为 (1.34 ± 0.35) 分、 (1.73 ± 0.63) 分; 关节活动障碍数目分别为 (3.33 ± 2.32) 个、 (4.58 ± 3.55) 个。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。治疗组、对照组血尿酸指标分别为 (432.5 ± 51.1) $\mu\text{mol/L}$ 、 (498.7 ± 63.3) $\mu\text{mol/L}$; 血沉分别为 (26.2 ± 13.7) mm/h、 (32.1 ± 15.2) mm/h。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

3.5 两组复发率比较

对临床治愈者进行 3 个月随访(血尿酸增高, 血沉增快或症状体征加重)。治疗组复发 7 例, 复发率为 17.5%; 对照组复发 13 例, 复发率为 39.4%, 经统计学处理差异有显著性 ($P<0.05$)。

4 讨论

根据痛风性关节炎的病因病机, 本着治病求本的原则, 我们制定了清热利湿、泄浊解毒、化瘀通络的治则。并以自拟的五野五土五石汤主治本病。方中野马蹄根、土茯苓、土萆薢、土防己、滑石、石泽兰、石吊兰、石韦清热利湿泄浊; 土牛膝、石见穿、野大黄、野牡丹清热解暑、化瘀通络; 土黄连、野慈菇、野升麻功专清热解毒。结果显示, 该方具有降低血尿酸和血沉的作用, 在减轻关节疼痛肿胀、改善关节功能方面具有明显疗效。无论在症状体征、实验室指标以及总体疗效方面, 治疗组均优于对照组, 两组比较差异有显著性 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

参考文献

- [1] Wallace SL, Robinson H, Masi AT, et al. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of primary gout[J]. Arthritis Rheum, 1977, 20(3): 895-900.
- [2] 陈国桃. 中医病证诊疗常规[M]. 南京: 东南大学出版社, 2008: 110.

针刺加语言康复训练治疗卒中后运动性失语 29 例

郭 振 强

(天津中医药大学第二附属医院康复科, 300150)

语言障碍是脑血管病较为常见的并发症, 临床上大约有 25% 的发生率^[1]。其中以运动性失语最为常见^[2], 给患者语言交流造成极大的不便, 从而影响了患者的社会交往能力和身心健康。笔者从事多年卒中后患者的康复训练, 发现针刺结合语言训练治疗卒中后运动性失语, 疗效满意。现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

58 例均为本院 2006 年 7 月~2008 年 4 月的门诊患者, 其中男 33 例, 女 25 例; 年龄 39~84 岁, 平均 56.7 岁; 病程从发病后 12 天~4 个月不等; 脑梗死 41 例, 脑出血 17 例。所有病例采用随机数字表将符合标准的 58 例患者分为针灸结合语言康复训练治疗组 29 例和单纯针灸对照组 29 例, 两组年龄、性别、病程、疾病性质和血压、血糖差异均无显著性 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

①脑卒中诊断标准符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议《各类脑血管疾病诊断要点》标准, 经脑 CT 或 MRI 诊断为脑梗死或脑出血^[3]。②失语症诊断标准采用中国康复研究中心制定的《汉语标准失语症检查法》确诊为失语症^[4], 并且经过汉语标准失语症检查法鉴别为运动性失语。③中风证候分型标准参考 1996 年国家中医药管理局脑病急症协作组制定的《中风病诊断、疗效评定标准》。

2 治疗方法

2.1 对照组

①选穴: 针刺治疗选头针语言三区、百会、梗死部位的头部投影区、金津、玉液、廉泉、哑门为主穴。血海、通里、悬钟、合谷、太冲为配穴。以辨证取穴为指导思想, 气虚加气海、关元; 阴虚加三阴交、太溪; 痰浊加足三里、丰隆。②针刺手法: 梗死部位的头部投影区采用扬刺法: 穴取损伤侧耳尖直上两寸和上下左右各旁开 1 寸进行针刺, 中央穴位采用直刺, 旁四针采用斜针浅刺, 进针的角度约为 30°。头针三区采用快针刺术(快速进针, 快