

表示, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料采用 t 检验。

2 结果:

2.1 完成病例观察情况

对照组共 6 例退出观察, 其中 1 例出现 T3、T4 升高考虑甲亢, 3 例心律 <50 次/min, 2 例谷丙转氨酶升高 2 倍以上, 前后完成病例观察 81 例。治疗组共 2 例退出观察, 其中 1 例恶心、呕吐、纳差拒绝服用中成药, 1 例心律 <50 次/min, 最后完成

病例观察 111 例。

2.2 两组患者房颤累计复律观察结果

见附表。2 组患者 6 个月内房颤累计复律率治疗组高于对照组, 且在 1 个月内即已显示统计学差异并持续至 6 个月观察结束。房颤复律患者的平均复律时间治疗组为 (30.6 ± 20.3) 天, 对照组为 (51.7 ± 41.2) 天, 两组比较, 差异有显著性 ($P < 0.05$)。

附表 两组患者房颤累计复律比较[例 (%)]

组别	例数	房颤累计复律					
		1 个月	2 个月	3 个月	4 个月	5 个月	6 个月
对照组	81	24 (29.63)	32 (39.51)	35 (43.21)	36 (44.44)	38 (46.91)	39 (48.15)
治疗组	111	50 (45.05)	64 (57.66)	66 (59.46)	69 (62.16)	73 (65.77)	77 (69.37)

注: 与对照组同期相比较, $*P < 0.05$, $**P < 0.01$

2.3 两组患者脑栓塞并发病观察结果

治疗组 1 例, 对照组 3 例发生脑栓塞, 差异有显著性 ($P < 0.05$)。

2.4 两组患者不良反应发生情况

对照组 87 例中, 心率异常 8 例, 甲状腺功能异常 3 例, 恶心、呕吐、纳差 2 例, 肝功能异常 6 例, 睡眠障碍 3 例, 共发生 22 例, 治疗组 113 例中, 心率异常 3 例, 甲状腺功能异常 1 例, 恶心、呕吐、纳差 5 例, 肝功能异常 1 例, 总发生 10 例。治疗组总发生率 8.85%, 对照组 25.29%, 差异有显著性 ($P < 0.01$)。

3 讨论

房颤是中老年人群中最常见的心律失常, 发生率随年龄的增长而大幅提高。房颤可以导致心悸、气促、乏力和心前区不适感, 严重时可出现晕厥、急性肺水肿、心源性休克或心绞痛等症^[2], 更为重要的是房颤可以引起血流动力学和血液流变学的不利变化, 心房内容易形成血栓、脱落, 造成诸多脏器栓塞性并发症, 是房颤致残和致死的最主要的原因之一。经导管射频消融术 (RFCA) 是经导管应用射频电流使产生心律失常的关键部位心肌发生凝固性坏死, 从而根治房颤的一种治疗方法, 但由于成本较高, 且分别有 39% 和 54% 的阵发性和持续性房颤患者在术后早期复发房颤, 因此, 寻求对恶性心律失常的有效药物至今仍是临床追求的目标。胺碘酮虽然有良好的抗房颤作用, 但文献显示既没有足够的证据显示其可遏制心律失常及降低心律失常的死亡率或总死亡率, 也没有充分的证据说明它提高死亡率^[4]。这就为中医防治房颤供了机遇。

传统医学认为房颤属“心悸”、“怔忡”范畴, 心房颤动时出现的强弱、快慢不等的心律与中医促脉及雀啄脉等脉象相类似, 一般认为是心率的增快与减慢达到阴阳不相顺接的程度或因气滞、血瘀、痰湿阻遏心阳所致。结合病人心悸、胸闷、气短、乏力等气阴两虚的症状, 说明房颤的主要原因是阴虚不能敛阳

^[5]。且中医认为心悸(心律失常)与失眠互为因果, 互相影响, 这一点笔者于临床也多有发现, 这与西医的心脏传导系统、心肌细胞的自律性及自主神经功能失调具有内在相关性。故治疗房颤当益气养阴、活血通络、清心安神。参松养心胶囊是多离子通道阻滞剂, 作用与胺碘酮类似, 尤其其中的甘松具有膜稳定作用, 能抑制钠钾通道, 降低心肌细胞的自律性, 延长动作电位时程, 打断折返形成, 是该中成药房颤复律的药理作用基础。参芪五味子片加强了炒枣仁、五味子及人参的作用, 改善睡眠, 促进房颤复律。

抗心律失常和抗血小板聚集预防栓塞是房颤治疗的两个重要治疗措施。参松养心胶囊中的丹参、赤芍、土鳖虫能有效改善内皮功能, 降低血小板表面活性, 抑制血小板黏附和聚集, 抗血栓形成。参芪五味子片中的党参也有抑制血小板聚集的作用^[6]。二者活血化痰通络的联合作用, 结合叶酸、维生素 B 族, 肠溶阿司匹林防治高同型半胱氨酸血症, 从而减少血栓栓塞的形成。为降低房颤的致残率和致死率提供了新的思路。

参考文献

[1] Fuster V, Ruden LE, Asinger RW, et al. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation [J]. Eur Heart J, 2001, 22(20):1852-1923.
[2] 王吉耀, 廖二元, 胡品律. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 200-201, 212-213.
[3] 中国生物医学工程学会心脏起搏与电生理分会, 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会, 等. 胺碘酮抗心律失常治疗应用指南[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志, 2004, 18 (6):401-407.
[4] 史宇广, 单书健. 当代名医临证精华. 心悸怔忡专辑[M]. 北京: 中医古籍出版社, 1999: 89-90.
[5] 秦腊梅, 闫艳芳, 王志春. 党参补气强心作用的实验研究[J]. 中国中药杂志, 1994, (4):238-241.

* 中国南车集团洛阳市机车医院中西医结合科(471002)

生脉散对肝衰竭患者内毒素水平和细胞因子的影响

周小舟 马文峰 孙新锋 黄俏光 徐韶敏

肝衰竭是多种因素引起的严重肝脏损害, 导致其合成、解毒、排泄和生物转化等功能发生严重障碍或失代偿, 出现以凝血机制障碍和黄疸、肝性脑病、腹水等为主要表现的一组临床症候群。

而内毒素血症是肝衰竭患者死亡的重要原因。生脉散出自金代医家张元素所著《医学启源》, 具有益气养阴、敛汗生津的作用, 是治疗气阴两虚证的代表方剂, 也是目前被广泛用于各种

器官和功能衰竭的经典药物,本研究在前期工作基础上观察生脉散对肝衰竭患者内毒素及细胞因子水平的影响,探讨其临床疗效机理,为生脉散的广泛临床应用提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

64 例气阴两虚证肝衰竭患者(符合肝衰竭诊断标准^[1]及中医辨证标准^[2])来自 2006 年 3 月~2008 年 1 月深圳市中医院住院患者。以前瞻性的对照法进行临床研究,随机将患者分为治疗组和对照组各 32 例,年龄 18~65 岁。两组患者治疗前性别、年龄、临床症状、肝功能、血清内毒素、细胞因子水平等情况,经统计学处理无统计学差异,具有可比性。

1.2 治疗方法

生脉散治疗组(治疗组):按诊疗指南在常规治疗基础上口服生脉散中药煎剂。对照治疗组(对照组):按诊疗指南以常规治疗。生脉散组成:人参 9g,麦冬 9g,五味子 6g。制剂:按传统方法将中药浸泡,文火煎 2 次,去渣合并。中药煎剂由深圳市中医院制剂室制备。每日 1 剂,分早晚 2 次顿服,疗程为 4 周,随访 4 周。

1.3 观察指标及检测方法

凝血时间(PT)、凝血酶原活动度(AT)采用我院全自动血液常规分析仪检测;总胆红素(TB)、直接胆红素(DB)、白蛋白(ALB)和总胆固醇(TC)采用我院全自动生化分析仪检测;内毒素(LPS)测定试剂盒购自上海医学化验所;细胞因子水平检测(TNF- α , IL-6, ICAM-1 含量)ELISA 试剂盒购自武汉博士德生物工程有限公司。

1.4 统计学方法

计量数据以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 SPSS 软件方差分析,有效率及死亡率统计采用卡方检验。

2 结果

两组患者治疗后均可显著改善 ALB ($P<0.01$ 或 $P<0.05$);对照组患者治疗后 TB、DB 水平无改善,而治疗组得到有效控制, TB、DB 水平明显降低,与对照组比较均有统计学差异 ($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。

对照组 PT、AT 改善不明显,治疗组可显著改善血清 PT、AT 含量 ($P<0.01$ 或 $P<0.05$),治疗后两组比较有统计学差异 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

两组治疗后血清 TNF- α 、IL-6、ICAM-1、LPS 等指标改善均较治疗前有统计学差异 ($P<0.01$),两组间比较亦有统计学差异 ($P<0.01$)。

治疗 4 周后患者临床症状改善情况对照组与治疗组比较有统计学差异 ($P<0.01$);随访 4 周治疗组死亡 0 例,对照组死亡 4 例,疗效明显优于对照组 ($P<0.05$)。

3 讨论

肝衰竭形成的主要原因有病毒在肝细胞内大量复制,致肝细胞溶解、坏死,加重肝损伤,导致肝衰竭;以及各种原因引起肝脏受损 Kupffer 细胞不能清除内毒素,来自肠道的内毒素入门静脉至肝脏,因进入体循环形成内毒素血症,内毒素直接损害肝细胞,激发炎症反应,直接损害肝血窦和微血管内皮细胞,造成肝内微循环障碍,肝细胞缺血缺氧,使肝细胞发生局部缺血性坏死。

肝衰竭患者多正气虚耗,无以抗邪,仅以西医西药治疗,难以得到很好的疗效。多年来,临床上以生脉散用于内毒素性休克疾病的临床治疗并收到显著疗效。本研究发现生脉散对肝衰竭患者具有确切疗效,可显著改善患者血生化学指标,逆转胆红素水平及临床症状进行性加重的趋势,改善肝脏凝血功能及蛋白质和胆固醇合成功能,与对照组比较疗效差异显著。生脉散可加强常规治疗对内毒素水平及细胞因子的影响,从而达到控制炎症反应,保护肝细胞,恢复肝脏功能的作用。结果表明,生脉散能调节血清内毒素水平及 TNF- α 、IL-6、ICAM-1 含量,显著降低 TNF- α 水平,并可直接减轻内毒素水平,不仅可减少炎性介质的产生,而且也阻断了炎性介质及内毒素本身对细胞因子表达的诱导及超量产生,在保护机体免受损伤方面具有多重作用。

参考文献

- [1]中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组,中华医学会肝病学分会重型肝病与人工肝学组.肝衰竭诊疗指南[J].中华内科学杂志,2006,45(12):1053-1056.
 - [2]邓铁涛,郭振球,程绍恩等.中医诊断学[M].上海:上海科学技术出版社,1984:99-100.
- 基金项目:国家中医药管理局留学回国人员科技择优项目(2005LHR06);深圳市科技重大项目(JH200505260247A)
* 广东省深圳市中医院国家中医肝病重点专科(518033)

用抗炎、抗过敏、抗气道变应性炎症效应的方法 治疗支气管哮喘临床

倪靖荣¹ 李文新² 倪莉³

慢阻肺是慢性阻塞性肺疾病的简称,即人们常说慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿、肺心病。主要症状为咳嗽,且长期不愈,严重喘息,肺功能发生改变。其中,尤以慢性支气管炎和肺气肿最为常见。本文重点探索、论证支气管哮喘临床与实验研究。支气管哮喘(bronchia asthma)是由嗜酸性粒细胞,肥大细胞和 T 淋巴细胞等多种炎症细胞参与的气道慢性炎症。

1 临床资料

流行病学:当今全球约有 1.6 亿支气管炎患者。各国患病率 1%~13% 不等。我国发病率 1%~4%,全国五大城市资料显示,

13~14 岁学生的哮喘发病率为 3%~5%,约 40% 的患者有家族史。

据 1978~1979 年,全国普查 7800 万病例证实,慢性支气管炎平均患病率为 4%。而老年支气管炎高于 13%,有的地区甚至在 30% 以上。本病的流行分布地区环境卫生和吸烟因素,有密切关系。北方气候寒冷,患病率高于南方,工矿地区大气层污染严重,高于一般城市,吸烟患者高于不吸烟患者。

据研究表明,慢性支气管炎中绝大多数患者发病加重或复发都与上呼吸道感染有密切关系,第一次患支气管炎的患者中,