

临床报道 ·

益气温阳汤治疗慢性心力衰竭62例

黄 斌

(河南省中医院内一科, 450002)

慢性心力衰竭(CHF)是由于心脏器质性或功能性疾病损害心室充盈和射血能力而引起的一组临床综合征,是各种病因所致心脏病的终末阶段。我院心内科在常规治疗基础上加服益气温阳汤治疗CHF患者62例,现报告如下。

1 临床资料

选取2008年1月~2009年6月我院心内科收治的CHF患者120例,所有病例均符合WHO规定的CHF诊断标准^[1]。超声心动图示左室舒张末期内径(LVEDd)男性>55mm,女性>50mm,左室射血分数(LVFF)<40%,心功能Ⅱ~Ⅳ级(美国纽约心脏病学会, NYHA)。中医证候主症:心悸,短气乏力,动则气喘,身寒肢冷,心悸气短,胸胁作痛,颈部青筋暴露,肋下痞块,下肢浮肿。次症:尿少浮肿,腹胀便溏,面色灰青;面色晦暗,唇甲青紫。舌脉:舌淡胖或有齿印,脉沉细或迟或舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,脉涩或结代。排除标准:急性心肌梗死,急性肺水肿,肥厚型心肌病,围产期心肌病,血压 $\leq 90/60$ mmHg,心率<55次/min,Ⅱ~Ⅲ度房室传导阻滞,合并有慢性阻塞性肺疾病,高钾血症(>5.5 mmol/L),有严重的肝肾功能不全及严重合并症的糖尿病。

随机双盲法分为两组:治疗组62例,男37例,女25例;年龄42~85岁,平均(63.2±10.6)岁;其中冠心病34例,高血压心脏病28例,风湿性心脏病11例,扩张性心脏病6例,老年心脏瓣膜病3例;心功能分级:心功能Ⅱ级19例,心功能Ⅲ级31例,心功能Ⅳ级12例;病程2.4~14.7年,平均(5.5±1.7)年。对照组58例,男35例,女23例;年龄43~84岁,平均(62.7±11.4)岁;其中冠心病29例,高血压心脏病27例,风湿性心脏病9例,扩张性心脏病5例,老年心脏瓣膜病3例;心功能分级:心功能Ⅱ级18例,心功能Ⅲ级29例,心功能Ⅳ级11例;病程(2.2~13.1)年,平均(5.3±1.8)年。两组患者性别、年龄、疾病类型、心功能分级和心力衰竭病程等比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

对于不同的基础心脏病,积极针对病因及诱因予以相应治疗,两组均给予休息、吸氧、限制钠盐摄入,常规西医治疗口服地高辛(0.125~0.250 mg/次,每日1次)、卡托普利(12.5~25.0 mg/次,每日2次)、氢氯噻嗪(25.0 mg/次,每日2次)、螺内酯(10.0 mg/次,每日1次)及对症治疗。治疗组在此基础上加服益气温阳汤,方剂组成:炙黄芪、炙党参、葶苈子各20g,制附子、赤芍、麦冬各10g,茯苓15g,丹参30g,泽泻12g,陈皮5g。加减:风湿性心脏病心力衰竭加用香附;高血压病心力衰竭加用白芍、天麻;冠心病心力衰竭加用薤白、郁金;心悸加生牡蛎;水肿少尿加车前子。每日1剂,水煎服。两组疗程均为6个月。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

依据卫生部药政局制定的《中药新药临床研究指导原则》疗效标准评定,按NYHA标准进行心功能分级。显效:心功能改善2级以上,或达心功能Ⅰ级,症状及体征基本消失;有效:心功能改善1级以上,症状及体征有所改善;无效:心功能改善不足1级,或心功能无改善或恶化^[2]。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组62例,显效25例,有效33例,无效4例,总有效率为93.5%;对照组58例,分别为16例、27例、15例、74.1%。两组比较治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.2 两组心功能指标比较

治疗组治疗6个月后与治疗前比较,LVEDd、LVEF、6分钟步行距离结果及血清B型尿钠肽(BNP)均有所改善($P<0.05$ 或 $P<0.01$);与对照组比较,治疗6个月后LVEDd、LVEF、6分钟步行距离结果及BNP改善的程度,治疗组优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

3.4 不良反应

两组中共有5例患者出现与血管紧张素转换酶抑制剂相关的轻微咳嗽,但可耐受,均未影响继续治疗。未发现与中药相关的不良反应。两组患者治疗前后的肝肾功能、血常规均无显著差异。

4 讨论

中医学认为,本病属“胸痹”、“心悸”、“喘证”、“水肿”等病证范畴。方中党参、黄芪能补气健脾,附子能温补肾阳;茯苓、泽泻、葶苈子能泻肺利水;丹参、赤芍活血化瘀;麦冬能滋阴养心;陈皮行气健脾。诸药合用益心气,扶正固本,助心阳以鼓动血运;活血通络,祛除心脉之瘀滞,则气旺血行,脉络畅通,针对心力衰竭的基本病机,达到标本兼治的效果。

参考文献

- [1]陈灏珠.实用内科学[M].第12版.北京:人民卫生出版社,2005:1333-1335.
- [2]郑筱英.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2007:77-80.

坤和毓麟丹治疗排卵障碍性不孕症110例

庞保珍¹ 庞清洋² 庞慧卿¹ 赵焕云³

(1. 山东省聊城市中医医院, 252000; 2. 山东中医药大学2008级七年制中医学专业; 3. 山东省莘县实验高级中学医务室)

排卵障碍的发病率较高,临床上可造成闭经、子宫出血与不孕等,西医恢复排卵功能的方法尚不理想。中医学治疗不孕症有丰富的临床经验,为了客观地评价坤和毓麟丹治疗排卵功能障碍性不孕症的临床疗效,自2003年6月~2009年12月我们将其与氯米芬进行了对照研究,报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

按卫生部制定发布的《无排卵致不孕症的西医诊断标准》^[1], 中医辨证标准属肾阳虚证兼血瘀证。

1.3 一般资料

本组213例均为门诊病例。将213例不同类型的无排卵致不孕患者随机分为两组: 治疗组110例, 年龄24~38岁; 结婚时间2~20年; 其中1度闭经12例, 2度闭经19例, 无排卵功能性子宫出血9例, 无排卵月经55例, 多囊卵巢综合征15例, 中医辨证均为肾阳虚证兼血瘀证。对照组103例, 年龄24~39岁; 结婚时间2~19年; 其中1度闭经12例, 2度闭经17例, 无排卵功能性子宫出血7例, 无排卵月经52例, 多囊卵巢综合征15例, 中医辨证均为肾阳虚证兼血瘀证。在样本病例数达到预定数85%左右时进行均衡性检验, 两组间对影响疗效的因素, 如年龄、结婚时间、疾病的类型、中医辨证等项目进行了均衡性检验, 两组间差异无显著性($P>0.05$)。

2 治疗方法

治疗组用坤和毓麟丹: 鹿茸、杜仲、肉桂、枸杞子、续断、熟地黄、阿胶、白芍、当归、延胡索、益母草、红花、柴胡研末为水丸, 每服9g, 每天3次。月经第5天开始, 连服20天。闭经者采用连服20天, 停药10天, 再连服20天, 再停药10天的服药方法。对照组用枸橼酸氯米芬胶囊(广州康和药业生产, 国药准字H44021970), 月经第5天开始, 每日50mg, 连服5天。闭经者采用连服5天, 停药30天, 再服5天的服药方法。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

按卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则》标准^[1]判定疗效。

3.2 治疗后两组排卵疗效比较

患者用药1个或几个周期, 经检测有1个周期有排卵, 该例即列为有排卵统计。治疗组110例, 排卵82例, 无效28例, 排卵率为74.6%; 对照组103例, 分别为74例、29例、71.8%。两组疗效比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。

3.3 治疗后两组痊愈疗效(妊娠疗效)比较

治疗组110例, 痊愈41例, 无效69例, 痊愈率为37.27%; 对照组103例, 分别为18例、85例、17.48%。两组疗效比较, 治疗组明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

中医认为, 肾主生殖, 肾为天癸之源, 冲任之本, 肾气的盛衰决定着月经是否按时来潮, 从而构成了“肾—天癸—冲任—子宫”的中医生殖轴。现代医学认为, 排卵障碍主要是由于卵巢功能障碍。中医认为, 排卵功能障碍主要是肾虚, 是肾的阴阳失调所致。月经正常是卵泡能够正常发育、成熟及排出的外在表现, 同时也是形成胎孕的前提条件, 若卵泡发育不良、成熟延迟、萎缩、排出障碍及黄体功能不健等可引起诸多月经失调病症, “有诸内者, 必形之于外”, 故卵巢功能障碍性不孕的主症常表现为月经异常。月经的产生以肾为主导, 肾主藏精, 就女子而言, 肾所藏之精, 包括其本身生殖之精, 似与现代医学之“卵子”同属; 又精血同源, 精能化血, 精是形成月经的物质基础。肾中精气充盛, 则天癸产生, 而达充任, 使任通冲盛, 聚阴血以注于胞宫, 周而复始, 形成一月一行之月经。故肾中精气不足, 乃排

卵障碍性不孕的基础病机, 故卵巢功能障碍的不孕患者, 都有着不同程度的肾虚、血瘀表现, 所以坤和毓麟丹中以鹿茸、杜仲、肉桂、枸杞子、续断、熟地黄补肾; 阿胶补肝血滋肾水; 当归补血, 白芍补血柔肝; 肾阳不足则阴寒内盛, 冲任虚寒, 血失温煦推动而致血瘀; 肾阴不足, 虚火内生, 内热灼血亦可致瘀; 而肾水不足, 不能涵木, 则肝失条达, 疏泄失常, 气血不和而致冲任瘀阻。血瘀可导致卵子发育、排出、精卵结合障碍而不孕, 活血可促进卵子的生长与排出, 可促进子宫输卵管正常运动, 促进精卵结合, 可促进补肾药物的功效, “非通不能入”, 故方中用延胡索、益母草、红花活血化瘀; 柴胡疏肝理气。共奏补肾活血, 排卵毓麟之功。

参考文献

[1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 276—279.

不同诱导方案配合中药治疗急性早幼粒细胞白血病临床疗效分析

张 奇 胡晓梅 刘 锋 王洪志
胡乃平 李 柳 刘 驰 麻 柔

(中国中医科学院西苑医院血液科, 100091)

急性早幼粒细胞白血病(APL) 是一种具有特殊染色体 t (15; 17) 异位形成 PML-RAR α 融合基因的急性髓系白血病, 发病急, 病情进展迅速, 易并发感染及弥漫性血管内凝血, 早期死亡率较其他亚型急性髓系白血病高。全反式维甲酸(ATRA) 和砷剂(As_2O_3) 应用, 显著提高了 APL 缓解率和生存率。西苑医院血液科1993年9月~2007年9月15年间收治的以不同诱导方案配合中药治疗的初发 APL 患者, 获得较高的缓解率和长期无复发生存率(RFS) 。现分析如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

符合张之南、沈悌主编《血液病学诊断及疗效标准》(第3版)^[1]。骨髓中以颗粒增多的异常早幼粒细胞增生为主, $>30\%$ 非红系有核细胞。

1.2 一般资料

我院自1993年9月~2007年9月15年间收治的初发 APL 患者56例。其中男33例, 女23例; 年龄10~67岁, 中位年龄33岁; 白细胞(WBC) $\geq 10 \times 10^9 / L$ 12例, $WBC < 10 \times 10^9 / L$ 44例。其中单用 ARTA 20例, 男14例, 女6例, 平均年龄(34.2 ± 4.9) 岁; 单用 As_2O_3 16例, 男8例, 女8例, 平均年龄(35.1 ± 6.5) 岁; ATRA 联合化疗20例, 男11例, 女9例, 平均年龄(31.7 ± 6.3) 岁。3组资料具有可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

①单用 ARTA 组: ARTA(北京嘉德鸿盛生物化学科技有限公司生产) 60~120mg/d, 分3次口服, 45天为1个疗程。②单用 As_2O_3 组: 10% As_2O_3 注射液(哈尔滨医科大学第一附属医院制剂室生产) 10ml 加5%葡萄糖注射液500ml/d, 静脉滴注, 28天为1个疗程。③ATRA 联合化疗组: ATRA 40~60mg/d, 分2~3次口服; 化疗采用 DA 方案: 柔红霉素(DNR, 浙江海正药业有限公司生产) 30~40mg/m²/d, 入壶, 第1~3d; 阿糖胞苷(Ara-C, 意大利法马西亚普强公司生产) 100mg (m² · d)⁻¹, 分2次静