

• 临床报道 •

二乌温阳贴穴位贴敷治疗慢性心力衰竭患者 30 例

任路辉^{1*} 王皓光²

(1. 山东中医药大学第一临床学院, 山东省济南市历下区经十路 53 号, 250300;

2. 山东省烟台市中医医院)

* 通讯作者: renluhui342035950.163.com, 15064525358

[关键词] 二乌温阳贴; 穴位贴敷; 慢性心力衰竭

慢性心力衰竭是由各种疾病引起心肌收缩能力减弱, 从而使心脏的血液输出量减少, 不足以满足机体的需要, 并由此产生一系列症状和体征。现代医学对慢性心力衰竭的治疗是根据病情需要选择使用利尿剂、肾素-血管紧张素-醛固酮系统抑制剂、 β 受体阻滞剂及正性肌力药等, 但口服西药有一定的副作用。我们采用纯中药制成二乌温阳贴穴位贴敷治疗临床慢性心力衰竭 30 例, 以探讨此药的临床应用价值, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医疾病诊断标准参照《内科学》^[1]中慢性心力衰竭的诊断标准。

中医证候诊断标准参照《中医内科学》中“心悸”、“喘症”、“水饮”、“积聚”及“胸痹”等病心肾阳虚证候的诊断标准。临床表现为: 胸闷心悸, 动则气短, 甚则喘息不能平卧, 颜面及四肢水肿, 颜面发绀, 形寒肢冷, 脘痞腹胀, 烦躁不安, 大便溏泻, 小便短少, 舌质淡或淡暗、苔白, 脉沉细无力或结代等^[2]。

1.2 排除标准

重度心力衰竭, 心功能属 IV 级者; 具有能增加死亡率的因素如心源性休克、严重室性心律失常、完全性房室传导阻滞、梗阻型心肌病、未修补的瓣膜病、心包积液、缩窄性心包炎、心包填塞、先天性心脏病、肺栓塞、没有控制的高血压病等患者; 支气管哮喘患者; 由于肾、肝等重要脏器功能衰竭导致心力衰竭的患者; 合并肝、肾及内分泌系统、造血系统等严重原发疾病者; 肝硬化腹水伴下肢水肿患者; 妊娠或哺乳期妇女; 精神异常者; 过敏体质, 对多种药物过敏者; 皮肤对胶带过敏者; 近 4 周内做过手术及有出血倾向者; 近 1 个月内参加其他临床试验者。

1.3 一般资料

2010 年 11 月至 2011 年 4 月在山东省烟台市中医医院心内科及 ICU 住院治疗的慢性心力衰竭心肾阳虚证的患者。符合上述纳入标准的病例共 60 例, 随机分成治疗组与对照组各 30 例, 治疗组男性 21 例, 女性 9 例; 平均年龄 (64.45 ± 12.57) 岁。对照组男性 19 例, 女性 11 例; 平均年龄 (62.95 ± 10.51) 岁。两组性别、年龄、临床症状、体征、X 线胸片、心脏彩超及 B 型脑钠肽 (BNP) 资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。以上患者均签订知情同意书。

2 治疗方法

两组患者均根据病情给予常规治疗: ①病因治疗: 基本病因的治疗; 消除诱因。②一般治疗: 休息; 控制钠盐摄入。③药物治疗: 根据病情需要选择使用利尿剂、肾素-血管紧张素-醛固酮系统抑制剂、 β 受体阻滞剂及正性肌力药等。治疗组在常规治疗的基础上加用二乌温阳贴穴位贴敷, 20 天为 1 个疗程。二乌温阳贴组成: 川乌 6g, 草乌 6g, 人工麝香 0.5g, 冰片 2g, 降香 6g, 沉香 3g, 檀香 9g。以上药物共为粉末, 以蜂蜜调和, 置于两层纱布之间, 制成膏贴状。用时将其置于患者内关、心俞穴处, TDP 治疗仪加热, 每日 1 次, 时间为 30 分钟。本剂由山东省烟台市中医医院制剂室提供。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

根据《中药新药临床研究指导原则》^[3]将患者症状、体征及 X 线胸片检查结果计分, 每项按无、轻、中、重、危分别计 0、1、2、3、4 分。治疗前与疗程结束后各评估 1 次证候总分。显效: ①治疗后积分减少 $> 75\%$; ②心脏左室射血分数 (LVEF) $> 50\%$, $E/F \geq 1.2$ ^[4]; ③ BNP $< 100 \text{ pg/ml}$ 。以上 ① 必备, ②、③具备 1 项即可判定。有效: ①治疗后积分减少

表 1 两组患者治疗前后证候评分、LVEF、E/F 值、BNP 均值比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	证候积分(分)	LVEF(%)	E/F	BNP(pg/ml)
治疗组	治疗前	30	12.30±4.52	42.63±5.95	0.81±0.05	349.67±58.46
	治疗后	30	3.50±3.35**△	58.27±13.18**△	1.24±0.23*△	185.77±130.23*△
对照组	治疗前	30	13.07±4.35	40.77±6.31	0.81±0.07	375.67±63.39
	治疗后	30	5.37±4.03**	50.67±13.73**	1.07±0.24*	279.50±140.15*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$

50%~75%;②LVEF>40%但≤50%,E/F≥1.0但<1.2;③BNP<400pg/ml但≥100pg/ml。以上①必备,②、③具备1项即可判定。无效:①治疗后积分减少<50%;②LVEF≤40%,E/F值<1.0;③BNP≥400pg/ml。以上①、②、③具备两项即可判定。加重:治疗后积分超过治疗前积分。

3.2 两组患者治疗前后证候评分、LVEF、E/F 值、BNP 均值比较

表 1 示,两组治疗后证候评分明显下降($P<0.01$),LVEF 上升($P<0.01$),E/F 值上升($P<0.05$),BNP 降低($P<0.05$)。治疗组证候评分、LVEF、E/F 值及 BNP 改善优于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组综合疗效比较

治疗组 30 例,显效 19 例,有效 7 例,无效 4 例,加重 0 例,总有效率 86.7%;对照组 30 例,显效 9 例,有效 11 例,无效 8 例,加重 2 例,总有效率 66.7%,两组总有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

4 讨论

慢性心力衰竭又称慢性充血性心力衰竭,是大多数心血管疾病的最终归宿,也是最主要的死亡原因。根据我国 2003 年的抽样统计,成人心力衰竭患病率为 0.9%^[1]。流行病学资料显示,全球心力衰竭患者数高达 2250 万,每年新增 20 余万人^[4]。

心力衰竭属中医学“心悸”、“喘症”、“水饮”、“积聚”及“胸痹”等范畴。严世芸^[5]认为,在心力衰竭的发病中,心气虚是病理基础,心阳虚是疾病发展的标志,心肾阳虚则是疾病的重笃阶段,而瘀血、水停是病程中必然出现的病理状态。气虚阳衰、瘀血、水停,三者密不可分。二乌温阳贴是以心肾阳虚的病机为切入点而研制的中药外敷贴剂,功效为温阳散寒,宽胸理气。方中川乌、草乌为君,性味辛热,擅辛散,温通散寒。臣以麝香开通走窜,行血中之瘀滞,开经络之壅遏,冰片以开窍醒神。沉香、檀香、降香三香共为佐使,以温通心阳,理气调中。现代药理研究表明^[6],川乌、草乌有明显的抗炎、强心作用。麝

香具有明显的强心作用,能兴奋心脏,增加心脏收缩振幅,增强心肌功能。冰片中的主要成分龙脑、异龙脑均有耐缺氧及镇静作用;冰片局部应用对感觉神经有轻微刺激,有一定的止痛及温和的防腐作用。降香挥发油及其芳香水有抗血栓作用,黄檀素有微弱的抗凝作用,能显著增加冠状动脉流量,减慢心率,轻度增加心跳振幅,且不引起心律不齐。沉香气芳香走窜,味辛行散,性温祛寒,善散胸腹阴寒,行气以止痛。檀香辛散温通而芳香,善理脾胃,调肺气,利膈宽胸,有行气止痛、散寒调中之功。心俞属足太阳膀胱经,为心之背俞穴,主治惊悸、健忘、心烦、咳嗽、吐血及风湿性心脏病、冠心病、心动过速或过缓、心律不齐、心绞痛等症。内关属手厥阴心包经,为其络穴;并为八脉交会穴,通阴维脉,有治疗心痛、心悸、胸闷的功效。

中药穴位贴敷外治法是集中药的药理作用、穴位刺激及中医理论为一体的治疗方法,安全有效,副作用小,患者易于接受,并且与现代医学治疗方法相一致,两者可同时使用,是治疗慢性心力衰竭的一种新的治疗方法。本次研究的结果表明,该组方合理,针对性强,无明显毒副作用,且组方药源丰富、制备工艺简单、用药量少,疗效确切可靠。本研究为中医药外治法治疗慢性心力衰竭提供了客观的佐证。

参考文献

[1] 陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:170-173.
[2] 新春兰,沈雁.中医药治疗慢性心力衰竭研究进展[J].中医药通报,2011,10(3):62-66.
[3] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国中医药科技出版社,2002:77-85.
[4] Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult; a Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; Developed in Collaboration With the American College of Chest Physicians and the International Society for Heart and Lung

Transplantation; Endorsed by the Heart Rhythm Society
[J]. Circulation, 2005, 112(12): e154-e235.

[5] 徐燕, 杨爱东, 唐靖一, 等. 严世芸治疗充血性心力衰竭的经验[J]. 上海中医药杂志, 2006, 40(10): 10-11.

[6] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典(2005 年版). 一部[M]. 北京: 化学工业出版社, 2005.

(收稿日期: 2011-12-05; 修回日期: 2012-01-10)

[编辑: 黄 健]

茵陈蒿汤加减治疗小儿支气管哮喘 32 例

桑 勉* 张 鹏

北京中医药大学东直门医院, 北京市东城区海运仓 5 号, 100700

* 通讯作者: sanger660@sohu.com, 13810429373

[关键词] 支气管哮喘; 茵陈蒿汤; 中医药疗法; 儿科

山东中医药大学附属医院儿科李燕宁主任医师从事临床工作多年, 在经方茵陈蒿汤基础上进行加减化裁, 多年来治疗小儿支气管哮喘, 取得了良好的疗效。现将我们于 2009 年 10 月至 2011 年 10 月采用茵陈蒿汤加减治疗本病 32 例报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

全部 66 例均为北京中医药大学东直门医院儿科门诊患儿, 年龄 3~8 岁, 病程不超过 7 天, 全部病例无并发症, 按就诊顺序分为治疗组与对照组。治疗组 32 例, 男 17 例, 女 15 例; 平均年龄 (4.68 ± 1.21) 岁。对照组 34 例, 男 16 例, 女 18 例; 平均年龄 (4.73 ± 1.17) 岁。两组在性别、年龄、病情严重程度方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 西医诊断标准

参照 2003 年中华医学会儿科分会呼吸学组修订《儿童支气管哮喘防治常规(试行)》制定的支气管哮喘诊断标准^[1]。

1.3 中医证候诊断标准

参考《中医病证诊断疗效标准》、《中药新药临床研究指导原则》(2002 年) 和《中医儿科学》(新世纪版) 哮喘中有关“中医证候诊断标准”内容制定。主症: 咳嗽、喘息、咯痰、哮鸣音。次症: 胸痞腹胀、大便稀溏、倦怠纳差、小便赤涩。舌象脉象: 舌质红、苔黄厚腻, 脉滑数。上述标准中, 主症 2 项, 次症中具备 1 项以上, 舌脉必具 1 项以上者即可诊断为湿热哮喘^[2]。

1.4 排除标准

①支气管哮喘缓解期者; ②支气管哮喘发作期属重度或危重者; ③合并有心血管、肝、肾和造血系统严重原发性疾病、精神病患者。

2 治疗方法

治疗组用茵陈蒿汤加减, 基本药物组成: 茵陈、栀子、苦参、秦艽、石菖蒲、郁金、石韦、车前草、浙贝母、瓜蒌、甘草。用量依据患儿个体年龄、体重、体质等情况而定。每天 1 剂, 水煎取汁, 不拘时间服用。7 天为 1 个疗程。

对照组用生理盐水、地塞米松注射液、盐酸氨溴索注射液, 每日 2 次, 雾化吸入治疗, 用量依据患儿个体年龄、体重、体质等情况而定, 疗程为 3~7 天。血象高伴发细菌感染者可应用抗生素治疗。

两组均给予对症治疗, 体温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ 时视情况给予泰诺林口服退热, 两组均不给予其他平喘的中西药物。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

《中医病证诊断疗效标准》^[2] 及《中药新药临床研究指导原则》^[3] 中规定的哮喘的疾病疗效判定标准和主要症状疗效判定标准为参考, 同时, 结合临床实际及通用疗效指数评价方法, 以主症积分变化为主, 制定疗效标准。显效: 哮喘明显减轻或完全控制, 症状及主要体征明显减轻或消失(++++~+); 症状评分疗效指数 $> 60\%$ 。好转: 哮喘减轻, 症状及主要体征有好转(++++~++ 或 ++~+); 症状评分疗效指数 $30\% \sim 59\%$ 。无效: 哮喘症状及主要体征无明显变化或加重; 症状评分疗效指数 $< 30\%$ 。

3.2 两组临床疗效比较

表 1 示, 治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	32	20(62.5)	11(34.38)	1(3.12)	31(96.88)
对照组	34	12(35.29)	17(50.00)	5(14.71)	29(85.29)