

中西医结合治疗慢性心力衰竭 28 例

★ 张铁甲 王芳 成向进 (天津中医药大学 2006 级硕士研究生 天津 300193)

关键词: 中西医结合疗法; 心力衰竭; 分型论治

中图分类号: R 256.51 文献标识码: B

心力衰竭是临床为常见的危重病, 是器质性心脏病的严重阶段, 有着较高的发病率和死亡率。尽管循证医学试验证实 ACEI、 β -受体阻滞剂等药物可以降低患者的病死率, 但临床实际收效并不理想, 其住院率和死亡率仍然很高。笔者自 2006 年 12 月 ~ 2007 年 9 月对 28 例住院患者, 在心力衰竭常规西药治疗的基础上, 根据患者的辨证分型加用中药进行干预, 取得了很好的效果, 现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 所有心衰患者均来自天津中医药大学第一附属医院心内科病房, 治疗组 28 例, 其中男 17 例, 女 11 例; 年龄 44 ~ 82 岁, 平均 64.12 岁; 其中冠心病 16 例, 高心病 5 例, 风心病 5 例, 肺心病 1 例, 扩心病 1 例; 病程 5 ~ 36 年; 心功能 II 级 6 例,

III 级 16 例, IV 级 6 例; 辨证分型为 3 型, 其中气虚血瘀 12 例, 气阴两虚 9 例, 阳气虚衰 7 例。对照组 28 例, 其中男 15 例, 女 13 例; 年龄 41 ~ 80 岁, 平均 63.47 岁; 其中冠心病 15 例, 高心病 6 例, 风心病 4 例, 肺心病 1 例, 扩心病 2 例; 病程 4 ~ 40 年; 心功能 II 级 5 例, III 级 17 例, IV 级 6 例; 辨证分型为 3 型, 其中气虚血瘀 14 例, 气阴两虚 8 例, 阳气虚衰 6 例。两组经 χ^2 检验 $P > 0.05$, 无显著差异, 有可比性。

1.2 诊断标准 慢性充血性心力衰竭的诊断标准: 以《临床心脏病学》^[1] 中有关充血性心力衰竭的诊断标准及 Framingham 的心衰诊断标准^[2] 为依据; 心功能分级: 参照美国纽约心脏病学会 (NYHA) 分级^[3]; 中医辨证参照《中药新药治疗充血性心力衰竭临床研究指导原则》。

中, 致经脉壅遏不通或因风寒湿邪、损伤经脉而脉痹血凝、阻塞脉道所致。

研究表明, 在血栓形成时, 机体反馈性使纤溶酶原激活因子的产生和释放增加, 通过纤溶激活生成纤溶酶, 加速纤维蛋白降解, 从而使已形成的血栓溶解。D-二聚体作为纤维蛋白的一种稳定而特异的降解产物, 目前已用于多种血栓性疾病的辅助诊断^[4]。DVT 患者在急性期检测血浆 D-二聚体具有高度的敏感性。D-二聚体是纤溶酶被激活后, 降解交联纤维蛋白多聚体的特异性产物, 它的存在表明体内有纤维蛋白形成和溶解, 甚至纤溶亢进的存在, 是反映体内血液高凝和纤溶亢进的理想分子标志物之一^[5]。中医学认为 DVT 的发病机理为气滞血瘀、湿热蕴结而致, 故临床上应根据辨证论治以活血化瘀、利湿清热为主要治则, 据报道, 活血化瘀、清热利湿的中药具有抗凝、促纤溶和改善血液高凝程度的作用^[6]。笔者根据辨证论治理论将其分为三型, 主要以活血化瘀、利湿清热为主要治则, 并辅以溶栓、祛聚等方法治疗, 动态检测 D-二聚体的变化情况, 治疗前 D-二聚体明显升高, 与临界值比较差异有显著性 ($P < 0.05$), 提示 D-二聚体与 DVT 的发病有明显相关性, 这与文献报道相符^[7]; 在治疗后的第 2 天 D-二聚体明显升高, 与治疗前比较差异有显著性, 提示

继发性纤溶亢进的存在, 血栓迅速溶解; 第 20 天 D-二聚体明显下降, 差异有显著性。通过对本文治疗和检测结果的分析, 笔者发现: 中西医结合疗法是改善 DVT 血液高凝的有效方法。动态监测 DVT 患者治疗过程中血浆 D-二聚体的变化, 可以作为评价疗效及判断预后的特异性指标。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会周围血管疾病专业委员会. 周围血管疾病诊断及疗效标准[S]. 临床荟萃, 1990(增刊): 29-30.
- [2] 尚德俊, 秦红松. 中西医结合治疗周围血管疾病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1989: 156.
- [3] 翁维良. 血液流变学理论及其临床应用[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1989: 156.
- [4] 李丽娜, 王晓宁, 熊红梅. D-二聚体的检测与临床意义[J]. 现代诊断与治疗, 2001, 12(1): 63.
- [5] 张钥, 张正广, 孙连庆. D 二聚体在急性期下肢深静脉血栓形成中的变化规律[J]. 血栓与止血, 2005, 11(16): 273-274.
- [6] 胡双通. 脉散治疗血栓性静脉炎的血液流变学观察及疗效分析[J]. 天津中医, 1987, (5): 26-27.

(收稿日期: 2008-06-03 责任编辑: 周茂福)

1.3 纳入及排除标准 纳入标准:符合心力衰竭诊断标准,心功能分级为 II、III、IV 级。排除标准:心功能 I 级患者,急性心力衰竭及急性心肌梗死患者,有严重肝、肾功能障碍及内分泌系统、造血系统等严重原发疾病患者。

2 治疗方法

对照组依据患者病情给予利尿剂、洋地黄制剂、ACEI 类、 β 受体阻滞剂,主要药物有双氢克尿塞、呋塞米、安体舒通、地高辛、西地兰、蒙诺、倍他乐克等。

治疗组在对照组的基础上辨证分型治疗:(1)气虚血瘀型,治以益气活血,化瘀通脉,处方:红参 8 g,炙黄芪 30 g,桃仁 12 g,生地黄 15 g,赤芍 12 g,川芎 15 g,牛膝 9 g,柴胡 10 g,枳壳 10 g,当归 15 g,红花 10 g,炙甘草 9 g;(2)气阴两虚型,治以益气养阴,处方:红参 10 g,麦门冬 15 g,五味子 10 g,生地黄 12 g,太子参 20 g;(3)阳气虚衰型,治以温阳利水,处方:附子 6 g,白术 12 g,茯苓 15 g,生姜 10 g,白芍 12 g,泽泻 15 g,大枣 9 枚。中药每日 1 剂,4 周为一个疗程。

3 观察指标

(1)心功能分级,测定两组治疗前后心功能分级的变化;(2)心功能指标,分别测定两组治疗前及治疗 4 周后彩色超声心动图观察射血分数(EF)、心搏量(SV)。

4 疗效判定

4.1 评定标准 参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》中“中药新药治疗心力衰竭的临床研究指导原则”制定。显效:心功能达到 I 级或心功能提高 2 级;有效:心功能提高 1 级,但不足 2 级;无效:心功能分级无变化;恶化:心功能恶化 1 级或 1 级以上。

4.2 统计学处理 统计软件采用 SPSS 13.0 版,采用 t 检验、Ridit 分析的方法。

4.3 结果

见表 1、2、3。

表 1 两组心功能 NYHA 分级疗效比较 例

组别	n	治疗前			治疗后			
		II	III	IV	I	II	III	IV
治疗组	28	6	16	6	7	14	6	1
对照组	28	5	17	6	1	20	4	3

注:组间治疗后比较 $P < 0.05$ 。

表 2 两组病例疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	28	8	18	2	92.86*
对照组	28	2	19	7	75.00

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

表 3 两组病例彩色多普勒指标比较

组别	时间	EF(%)	SV(ml)
治疗组	治疗前	40.32 $\pm$ 7.14	43.75 $\pm$ 9.95
	治疗后	55.36 $\pm$ 6.18	72.36 $\pm$ 3.58
对照组	治疗前	40.53 $\pm$ 6.89	43.62 $\pm$ 8.12
	治疗后	49.86 $\pm$ 8.63	57.37 $\pm$ 6.35

注:与对照组比较后,治疗后各项指标 P 值均 < 0.05 。

不良反应,两组患者均未发现因药物治疗而引起的肝肾功能损害以及消化系统、神经系统、心律失常等方面的不良反应及毒副作用。

5 讨论

心力衰竭分属中医“胸痹”“心悸”“怔忡”“喘证”“肺胀”“痰饮”“水肿”等范畴。心衰是本虚标实,虚实夹杂之证,发病之本在于正虚,心气虚是基本病理,气虚日久,损伤阳气,气阳亏虚,行血无力,失于温养,可发为血瘀;水津难固,泛滥于身,则为水饮。若气虚耗阴,阴液匮乏,虚火炎灼,亦可发为血瘀、水饮之病。同时可兼见痰浊、火邪等诸邪合而为病,在临床治疗中,气、血、水三者多互相转化;痰饮、血瘀、水饮相互掺杂,故本病辨证较为复杂,治疗必须以扶正为本,兼以祛邪,寒温兼治方能奏效。正如张仲景著《伤寒杂病论》中所谓:“观其脉证,知犯何逆,随证治之。”

近年来,心力衰竭的治疗已从短期血流动力学、药理学措施转变为长期的、修复性的策略,循证医学研究也把心力衰竭的现代治疗推到了一个较高的水平。但是实际收益仍不理想,在本研究当中,在辨证的基础上,结合常规西医用药,使得心衰的治疗取得了比较理想的疗效。一定程度上说明中医辨证合用西药治疗心衰效果优于单用西药,中西药合用发挥了中西所长,体现了中医辨证治疗的优势。中医治疗心力衰竭,更应该突出中医的整体思想,辨证论治的施治原则,调节整体机能,稳定机体的内环境,以求能更好的控制心衰的病情发展,提高心衰患者的生活质量,改善预后。当前中医药治疗心衰还存在着辨证难、用药不规范、制剂单一等等诸多不利于中医药更好应用于临床的因素,这还需要更多的中医药及相关人才的长期努力。

参考文献

- [1]陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2003:1 273 - 1 276.
- [2]许振亚,陈景礼,薛兰英,等.心脑血管病的诊断与治疗[M].北京:科学技术出版社,2000:196 - 197.
- [3]叶任高,陆再英.内科学[M].北京:人民卫生出版,2001:159.

(收稿日期:2008-09-03 责任编辑:曹征)