

中西医结合治疗充血性心力衰竭疗效观察

蔡海坚

(广东省博罗县人民医院 博罗 516100)

摘要:目的:观察中西医结合治疗充血性心力衰竭的临床疗效。方法:将 75 例充血性心力衰竭患者随机分为 2 组,其中对照组 30 例采用常规西药治疗,治疗组 45 例在对照组基础上加用益气活血、温阳利水中药治疗,2 周后观察疗效。结果:治疗组总有效率 82.2%,明显高于对照组的 70.0%($P<0.05$)。结论:中西医结合疗法能明显改善充血性心力衰竭的症状、体征,较单用西药治疗临床效果好,并可减少地高辛的用量。

关键词:心力衰竭;充血性;中西医结合疗法;疗效观察

中图分类号:R 541.6¹

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0016-02

心力衰竭(心衰)是各种心脏病发展到最后阶段的一种临床并发症,是内科常见危急重症之一。笔者自 2002 年 12 月~2005 年 7 月应用中西医结合的方法治疗充血性心力衰竭 45 例,取得较好疗效。现报道如下:

1 一般资料

选择 75 例住院患者,随机分治疗组和对照组。治疗组 45 例,男 30 例,女 15 例;年龄 47~82 岁,平均 56.5 岁;病程 1~15 年,平均 5.6 年;发病原因:冠心病 21 例,肺心病 13 例,高血压性心脏病 5 例,风湿性心脏病 4 例,心肌病 2 例;心衰类型:左心衰 13 例,右心衰 18 例,全心衰 14 例;心功能Ⅲ级 27 例,Ⅳ级 18 例;伴有糖尿病 4 例。对照组 30 例,男 21 例,女 9 例;年龄 49~81 岁,平均 54.8 岁;病程 1~14 年,平均 5.9 年;发病原因:冠心病 15 例,肺心病 10 例,高血压性心脏病 2 例,风湿性心脏病 2 例,心肌病 1 例;心衰类型:左心衰 8 例,

表 3 治疗 8 周末 2 组正常、有效例数及总有效率比较 例(%)

组别	n	正常	有效	总有效
伊贝沙坦组	57	21(36.8)	15(26.3)	36(63.1)
伊贝沙坦联合组	56	34(60.7)*	13(23.2)	47(83.9)*

注:与伊贝沙坦组比较,* $P<0.05$ 。

3.2.4 安全性分析 不良事件的发生,伊贝沙坦组 21.1%(12/57),伊贝沙坦联合组 26.8%(15/56),2 组无显著差异($P>0.05$)。不良事件多为轻中度头晕、头痛、乏力、嗜睡,多于 48~72h 内缓解或减轻,无严重不良事件发生。血清钾、血尿酸治疗前后统计学处理无差异($P>0.05$),见表 4。

表 4 治疗前、治疗 4 周末及治疗 8 周末 2 组血生化检查 ($\bar{X}\pm S$)

组别	n	血清钾/ $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$			血尿酸/ $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$		
		治疗前	治疗 4 周末	治疗 8 周末	治疗前	治疗 4 周末	治疗 8 周末
伊贝沙坦组	57	4.7±0.9	4.5±1.1	4.9±1.4	226.4±27.7	231.5±30.5	232.1±26.4
伊贝沙坦联合组	56	4.6±1.2	4.9±1.2	4.8±1.2	229.4±29.5	234.3±28.9	230.8±28.5

4 讨论

研究表明,单药治疗使高血压患者血压达标(<140/90mmHg)的比率仅为 40%~50%,而两种药物合用可使 70%~80%患者血压达标。血管紧张素 α 受体拮抗剂和利尿剂通过对 RAAS 的激活,可产生更强有力的降压效果;此外,血管紧张素 α 受体拮抗剂可使血钾稍上升,从而防止利尿剂长期应用所致的电解质紊乱^[1]。文献提示:伊贝沙坦与氢氯噻嗪降压幅度明显大于伊贝沙坦,伊贝沙坦 150~300mg 联合氢氯噻嗪 12.5mg 的 SeDBP 平均下降幅度较伊贝沙坦 150~300mg 大 2.3mmHg;伊贝沙坦联合氢氯噻嗪与伊贝沙坦不良事件发生率相似^[2-5]。

本观察显示:治疗 8 周末伊贝沙坦联合组较伊贝沙坦组

右心衰 12 例,全心衰 10 例;心功能Ⅲ级 18 例,Ⅳ级 12 例;伴有糖尿病 3 例。西医诊断标准均符合《实用内科学》^[6]中有关慢性心功能不全的诊断标准,心功能分级按美国纽约心脏病学会(NYHA)的分级方案。

2 治疗方法

2 组患者西药治疗方法相同,常规应用强心、利尿及血管扩张剂,必要时吸氧和抗感染等。口服地高辛 0.125~0.25mg,每天 1 次;消心痛 10mg,每天 3 次;卡托普利 6.25~25mg,每天 3 次;速尿 20mg,每天 1 次;病情危急适当使用西地兰、速尿静注或硝酸甘油 10~25mg/d 静滴。治疗组加用中药治疗,中药以益气活血、温阳利水为主。基本方:党参 30g、北芪 30g、当归 15g、川芎 12g、泽泻 20g、白术 15g、茯苓 25g、桂枝 10g、陈皮 12g、炙甘草 5g。随症加减:脾肾阳虚加熟附子 12g(先煎)、干姜 8g、车前子 15g,阴虚内热加沙参 20g、生地 SeSBP 下降(18.6mmHg/15.2mmHg)、SeDBP 下降(13.5mmHg/11.0mmHg)有显著差异, ($P<0.05$);其中 SeDBP 的下降幅度伊贝沙坦联合组较伊贝沙坦组大 2.5mmHg,与文献报道一致。对于血压降至正常比率和总有效率,伊贝沙坦联合组明显高于伊贝沙坦组。2 组不良事件发生率无显著差异,均无低血钾和血尿酸的增加。估计原因为伊贝沙坦可纠正氢氯噻嗪引起的低血钾和高尿酸,同样与文献报道一致^[2-6]。因此,伊贝沙坦与小剂量氢氯噻嗪联合治疗轻中度高血压的降压效果强于伊贝沙坦,安全耐受。

参考文献

[1]王耀吉,廖二元,胡品津,等.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.233~240
[2]Kochar M,GuthrieR,Triscari J,etal.Matrixstudy of irbesartan with hydrochlorothiazide in mild to moderate hypertension [J].Am J Hypertens,1999,12: 797~805
[3]Raskin P,GuthrieR,Flack J,etal.The long term antihypertensive activity and tolerability of irbesartan with hydrochlorothiazide[J].J Hum Hypertens,1999,13: 683~687
[4]Pool J L,Guthrie R M,Little john T W ,etal.Dose related antihypertensive effects of irbesartan in patients with mild to moderate hypertension[J].Am J Hypertens,1998,11: 462~470
[5]Rosenstock J,Rossi L,Lin C S,etal.The effects of irbesartan added to hydrochlorothiazide for the treatment of hypertension in patients on 2 response to hydrochlorothiazide alone [J].J Clin Pharm Ther,1998,23: 433~440
[6]唐斌,诸骏仁,蔡乃绳,等.复方伊贝沙坦治疗轻中度高血压的疗效和安全性[J].中国循环杂志,2004,12(3): 430~432

(收稿日期: 2005-11-02)

肺部 CT 检查低剂量与常规剂量的对照研究

陈明华¹ 钱明山² 杨少平¹ 蔡磊¹ 王洪生¹

(1 浙江省杭州市萧山区中医院 杭州 311201; 2 浙江省中医院 杭州 311000)

摘要:目的:探讨低剂量螺旋 CT 扫描技术在胸部体检中的诊断与防护价值。方法:对高度怀疑胸部病变者 178 例行常规及低剂量胸部多层螺旋 CT 扫描,观察比较其对病变的定量及定性诊断的差异和辐射剂量的差异。结果:与常规剂量多层螺旋 CT 扫描相比,多层螺旋 CT 低剂量扫描对病变的定性定量诊断无明显差异,但是辐射剂量有大幅度下降。结论:21mAs 可得到满意的影像质量,有利于患者胸部的辐射防护,成本低效益高,应开展低剂量 CT 筛查肺癌。

关键词:低剂量;常规剂量;CT;对照

Abstract:Objective: To evaluate Low- dose MSCT scanning in detection chest disease and its significance in radioprotection. Methods: Conventional and Low- dose MSCT scanning were performed in 178 cases of adult with suspected chest disease. The accuracy in the lesion detection and characteristic diagnosis were compared and dose difference was analyzed. Results: There were no significant difference between two ways of MSCT scans in lesion detection and characteristic diagnosis. The radiation dose was greatly decreased in minor dose staged MSCT scanning. Conclusion: Low-dose MSCT (21mAs) showed satisfactory imaging quality in our study and it plays an important role in radioprotection. Low-dose CT screening for lung cancer may applied if situation permits.

Key words: Tomography, X-ray computed; chest; Radioprotection

中图分类号: R 445.3

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0017-03

螺旋 CT 检查是发现肺部早期和隐蔽部位病变的有效手段,随着临床应用的增多群体辐射剂量也明显增加^[1]。辐射对人体的损害程度与剂量正相关,低剂量扫描是减少直接照射剂量的最佳方法。很多低剂量肺部 CT 检查报道中未说明

其剂量选择的依据及患者实际吸收剂量减少的量化值。低剂量肺部 CT 体检是否会遗漏病变,这个问题阻碍着低剂量肺部 CT 体检工作的开展,我们采用 178 例大样本病例对照的方法进行了研究。现报告如下:

15g, 麦冬 15g, 肺热痰盛加黄芩 12g、鱼腥草 30g、冬瓜仁 20g, 痰瘀互阻加丹参 20g、泽兰 15g、法夏 15g、瓜蒌皮 15g。每天 1 剂,水煎分 2 次服。2 组疗程均为 2 周,疗程结束后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准^[2] 临床近期治愈:心功能纠正到 I 级,症状、体征基本消失,各项检查基本恢复正常;显效:心功能进步 2 级以上,而未达到 I 级心功能,症状、体征及各项检查明显改善;有效:心功能进步 1 级,而未达到 I 级心功能,症状、体征及各项检查有所改善;无效:心功能无明显变化,或加重,或死亡。

3.2 治疗结果 见表 1。

表 1 2 组疗效比较			例(%)			
组别	n	临床近期治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	45	6(13.3)	15(33.3)	16(35.6)	8(17.8)	37(82.2)
对照组	30	3(10.0)	7(23.3)	11(36.7)	9(30.0)	21(70.0)

从表 1 可见,经 χ^2 检验,治疗组与对照组总有效率相比, $P<0.05$,具有显著性差异。说明治疗组疗效较好。

治疗组用药后 1~4d 心悸、气促、肺底罗音、浮肿等临床症状及体征有明显改善,尿量明显增多,无 1 例出现地高辛中毒反应、肝肾功能损害及电解质紊乱,地高辛停减率达 43.5%;对照组用药多在 3~7d 起效,有 5 例因地高辛过量而致各种心律失常,电解质紊乱 11 例,地高辛治疗好转停减率为 0。治疗组死亡 3 例,1 例为心衰合并 III 度房室传导阻滞、陈旧性心肌梗死、心脏骤停,另 2 例为 III 度心衰、呼吸循环衰竭死亡;对照组死亡 4 例,2 例严重电解质紊乱及地高辛中毒,另 2 例心源性休克和肺部感染。

4 讨论

充血性心力衰竭属中医“怔忡、喘证、水肿”等病的范畴。

祖国医学认为,心衰与心、肺、脾、肾等脏器虚损有关,主要是心气不足,脾肾阳虚,水泛血瘀^[3]。在病变过程中,心气亏虚,鼓动无力,血行滞缓,血脉瘀阻;气虚日久,损及心阳,火不生土,脾必亏损,导致运化失职;心脾亏虚,穷必及肾,肾气渐衰,肾阳不足,温煦气化无权,加之肺气虚弱,血瘀阻肺,不能通调水道,水湿不能运化排泄,浸渍于脏腑经脉,泛滥为肿;从而形成血瘀、水湿。反之,血瘀、水湿亦可遏阻心气,阳气亏虚进一步加剧,形成恶性循环,使病情进一步恶化。因此,气虚、阳虚、血瘀、水湿为充血性心力衰竭的主要病机,四者互为因果,针对上述本虚标实的病机,故应以扶正祛邪、标本同治为原则,治以益气活血、温阳利水。

基本方中党参、北芪健脾益气为主药;白术、茯苓健脾利水,泽泻利水渗湿,当归养血活血,川芎活血行气,共为辅药;桂枝温通经脉、通阳化气,陈皮行气健脾燥湿,共为佐药;炙甘草调和诸药为使。故全方共奏益气活血、温阳利水之功效,标本同治。治疗结果表明,治疗组不仅疗效优于对照组,而且地高辛停减率高,毒副作用少,病死率低。说明该方药具有明显的改善心功能作用,与西药相伍,增加西药的强心、利尿和扩张血管的作用,使衰竭的心脏得以恢复,心力衰竭诸症缓解;在改善心功能的同时,对机体内环境干扰甚少,多不引起水电解质紊乱,减少地高辛的用量,发挥了中西医结合之长,弥补两者之短,使其相得益彰。

参考文献

[1] 戴自英. 实用内科学 [M]. 第 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 1993.965~984
[2]陈佑邦,王永炎.中医急诊医学[M].福州:福建科学技术出版社, 1995.562
[3] 许运明. 心力衰竭治疗中值得注意的几个问题 [J]. 中医杂志, 1990,31(1):39

(收稿日期: 2005-09-02)