

· 临床论著 ·

中医辨证施治改善冠状动脉搭桥患者 生活质量的临床观察

阮新民 林 宇 江 巍 胡佳心 陈秋雄 吴焕林 陈伯钧 周汉槎 黄春林[△]

摘要 目的 评价中医辨证施治对冠状动脉搭桥术(CABG)后患者临床疗效及生活质量的影响。方法: 82 例拟行冠状动脉搭桥手术的患者, 对照组(39 例)采用常规西医治疗, 治疗组(43 例)在西医治疗的基础上进行中医辨证施治。应用西雅图心绞痛量表, 观察各组患者术后临床症状及生活质量的改善情况。结果 治疗 2 个月后, 治疗组临床症状总积分值与对照组比较差异有显著性($P < 0.01$) 生活质量量表总积分值亦显著高于对照组($P < 0.01$), 其中在心绞痛稳定状态、心绞痛发作情况、治疗满意程度及疾病认识程度等方面治疗组均明显优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论 中医药治疗可以促进 CABG 术后患者的康复过程, 改善临床症状, 从而提高患者的生活质量。

关键词 中医辨证施治 冠状动脉搭桥手术 西雅图心绞痛量表 生活质量

Clinical Observation on Quality of Life in Coronary Artery Bypass Grafting Patients Treated According to Syndrome Differentiation of TCM RUAN Xin-min, LIN Yu, JIANG Wei, et al *Heart Center, Guangdong Provincial Hospital of TCM, Guangzhou (510105)*

Objective: To evaluate the clinical effect and quality of life (QOL) in coronary artery bypass grafting (CABG) patients treated according to syndrome differentiation of TCM. **Methods:** Eighty-two CABG patients were allocated in the control group ($n = 39$) treated with conventional method of western medicine, and the TCM-treated group ($n = 43$) treated according to syndrome differentiation of TCM based on the conventional western medicine. The Seattle Angina Questionnaire (SAQ) was used to assess the clinical effect and quality of life. **Results:** After 2 months treatment, the TCM syndrome score in TCM-treated group was better, and the score of SAQ was higher than that in the control group (all $P < 0.01$). In the aspects of anginal stability, anginal frequency, treatment satisfaction and disease perception, there was significant difference between the two groups ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion:** TCM treatment could promote recovery, improve symptoms and elevate QOL of CABG patients.

Key words treatment according to syndrome differentiation of TCM, coronary artery bypass grafting, Seattle Angina Questionnaire, quality of life

冠状动脉搭桥手术(coronary artery bypass grafting, CABG)是冠心病的主要治疗手段之一。我国自 1974 年开展 CABG 手术以来, 现每年手术量约 2 000 例左右^[1]。我院 1998 年 12 月—2002 年 10 月期间行 CABG 手术 82 例, 其中 43 例手术前后在常规西医处理的基础上配合应用中医辨证治疗, 与常规西医处理的 39 例作对照, 并应用西雅图心绞痛量表

(Seattle Angina Questionnaire, SAQ), 对手术前后患者的生活质量进行了初步探讨, 现报告如下。

临床资料

1 病例入选 所有病例均符合世界卫生组织(WHO)1987 的制订的冠心病诊断标准^[2], 经冠状动脉造影证实需行 CABG 手术。排除: (1) 经检查证实为其他心脏疾病、重度神经官能症、更年期症候群、甲亢、颈椎病、胆心病、胃及食管反流等所致胸痛者; (2) 合并重度高血压、重度心肺功能不全、重度心律失常, 肝、肾、造血系统等严重原发性疾病, 精神病患者; (3) 妊娠

广东省中医院心脏中心(广州 510106)

[△]指导

通讯作者 阮新民, Tel 020-87351238-3422, E-mail: Ruanxinmin-

MD@yahoo.com

万方数据

或哺乳期妇女 ;(4) 不能配合研究者,资料不全等影响判定者。

2 一般资料 82 例采用数字表法随机分为两组,治疗组 43 例,男 34 例,女 9 例;年龄(62.84 ± 8.27)岁 病程(3.33 ± 5.03)年 纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级:I 级 3 例,II 级 22 例,III 级 15 例,IV 级 3 例;超声心动图测量左室射血分数为(58.44 ± 11.02)% 冠状动脉单支病变 1 例,2 支病变 4 例,3 支病变 38 例;心肌梗死 14 例;合并高血压 24 例,糖尿病 11 例,高脂血症 13 例;术前血清肌酐 $37 \sim 904 \mu\text{mol/L}$,平均(115.71 ± 109.12) $\mu\text{mol/L}$;行非体外循环下 CABG 17 例,行体外循环下 CABG 26 例;体外循环时间平均为(112.10 ± 109.22)min,主动脉阻断时间平均为(69.62 ± 65.04)min;1 次最多搭桥 6 条,最少 1 条,平均(3.52 ± 1.12)条,共搭桥 152 条,其中内乳动脉桥 36 条,桡动脉桥 6 条,大隐静脉桥 110 条;术中同时合并室壁瘤切除手术 2 例,合并瓣膜手术 2 例,合并其他手术 1 例;术前中医辨证(按文献^[3,4])属痰浊闭塞证者 5 例,气滞血瘀证者 15 例,阴血虚证者 11 例,阳气虚证者 12 例。对照组 39 例,男 34 例,女 5 例;年龄(63.33 ± 9.90)岁 病程(3.77 ± 5.40)年;NYHA 心功能分级:I 级 1 例,II 级 20 例,III 级 13 例,IV 级 5 例;超声心动图测量左室射血分数为(52.39 ± 15.93)%;冠状动脉单支病变 2 例,2 支病变 5 例,3 支病变 32 例;心肌梗死 20 例;合并高血压 27 例,糖尿病 6 例,高脂血症 14 例;术前血清肌酐 $33 \sim 733 \mu\text{mol/L}$,平均(143.13 ± 141.34) $\mu\text{mol/L}$;行非体外循环下 CABG 15 例,行体外循环下 CABG 24 例;体外循环时间平均为(112.10 ± 109.22)min,主动脉阻断时间平均为(80.35 ± 62.79)min;1 次最多搭桥 6 条,最少 2 条,平均(3.41 ± 1.19)条,共搭桥 135 条,其中内乳动脉桥 35 条,桡动脉桥 4 条,大隐静脉桥 96 条;术中同时合并室壁瘤切除手术 4 例,合并瓣膜手术 1 例,合并其他手术 1 例;术前中医辨证属痰浊闭塞证者 6 例,气滞血瘀证者 13 例,阴血虚证者 10 例,阳气虚证者 10 例。两组资料比较差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

方 法

1 治疗方法 临床观察均在我院心脏中心病房及专科门诊进行。根据病情两组患者均予相应的强心、利尿、扩冠、抗凝、抗感染等西医常规治疗。治疗组则在西医治疗的基础上进行中医辨证施治:痰浊闭塞证者予栝蒌薤白半夏汤加减(栝蒌皮、薤白、法半夏、橘络、茯苓、桂枝、白术、炙甘草、川芎);气滞血瘀证者予

血府逐瘀汤加减(生地、红花、当归、牛膝、桃仁、桔梗、枳壳、甘草、赤芍、川芎、柴胡、田七);阴血虚证者予生脉散加减(太子参、麦冬、五味子、熟地、当归、白芍、川芎、甘草);阳气虚证者以参附汤加减(熟附子、黄芪、人参、白术、川芎、桂枝、茯苓、炙甘草)。以上各证型合并心水者合用葶苈大枣泻肺汤(葶苈子、茯苓、白术、甘草、大枣、桂枝、泽泻、黄芪、猪苓、人参);合并心悸者合用炙甘草汤(生地、炙甘草、麦冬、阿胶、大枣、桂枝、党参);合并心脱者合用四逆汤(人参、熟附子、干姜、炙甘草、黄芪);合并痰热咳嗽者合用止嗽散(北杏仁、前胡、浙贝母、桔梗、百部、鹿含草、黄芩、鱼腥草、甘草)。两组患者均于术前 1 周开始,每日 1 剂水煎分两次服用,至术后 2 个月为治疗终点。

2 手术方法

2.1 非体外循环下 CABG 常规取内乳动脉、大隐静脉或桡动脉作为移植血管。胸骨正中切口入路,切开心包,吊线吊起心包,予半量肝素,根据术前诊断探查并确定所需搭桥的冠状动脉血管。使用 CTX 心脏稳定器或 Medtronic 心脏稳定器系统相对固定冠脉吻合部位。切开前行血流阻断试验,以 Prolene 线将旁路血管与冠脉作端侧吻合,升主动脉前壁以侧壁钳夹,将旁路血管近端以 Prolene 线端侧吻合于主动脉前侧壁。术中为不影响冠脉供血,可使用血管分流器(Shunt)。中和肝素,常规安装起搏器导线及心包纵膈引流管。

2.2 体外循环下 CABG 常规取内乳动脉、大隐静脉或桡动脉作为移植血管。胸骨正中切口入路,切开心包,吊线吊起心包,肝素化后行升主动脉,右房插管,建立体外循环,转流降温。主动脉根部抽血,阻断升主动脉,在主动脉根部顺灌混合血停搏液,至心脏完全停跳,并行冠状动脉窦持续灌液,冷心肌保护液,心脏表面加冰保护心肌。显露所需搭桥血管,先将远端血管以 Prolene 线吻合好后,再将内乳动脉吻合于左冠状动脉前降支上,旁路血管近端端侧吻合于升主动脉前侧壁(也可开放升主动脉阻断钳后再吻合)。吻合好旁路血管后,开放主动脉阻断钳,复温,辅助循环后停机,中和肝素,常规安装起搏器导线及心包纵膈引流管。

3 生活质量量表测评方法 SAQ 包含 19 个问题,分为 5 个方面:躯体活动受限程度(physical limitation, PL)、心绞痛稳定状态(anginal stability, AS)、心绞痛发作情况(anginal frequency, AF)、治疗满意程度(treatment satisfaction, TS)和疾病认识程度(disease perception, DP)。在医生对患者进行必要的解释后,

由患者独立完成。评分时先将各条目进行正向化处理,按上述 5 个方面,每一个方面逐项计分,再将得分按下列公式转化成标准积分(百分制),评分值越高,说明患者的生活质量越好^[5]。

标准积分(分) = (实际得分 - 该方面最低得分) / (该方面最高得分 - 该方面最低得分) × 100

4 统计学方法 采用 SPSS 10.0 统计软件,计数资料采用 Crosstabs 检验,等级资料采用 Mann-Whitney *U* 检验,计量资料采用 *t* 检验。

结 果

1 临床症状评分及疗效判定 将胸痛(包括发作次数、持续时间、疼痛程度)、胸闷、气短、乏力、心悸、肢冷、纳差等临床主要症状按其轻重程度分为 4 级,无症状者计 0 分,胸痛、胸闷等主要症状按轻、中、重程度分别计为 2、4、6 分,气短、乏力、心悸、肢冷、纳差等其他症状按轻、中、重程度分别计为 1、2、3 分。

2 临床疗效 临床症状计分总分:治疗组治疗前为(20.86 ± 4.52)分,治疗后为(5.05 ± 2.95)分($P < 0.01$)。对照组治疗前为(21.77 ± 5.34)分,治疗后为(8.05 ± 4.28)分($P < 0.01$)。治疗前两组间比较差异无显著性。治疗 2 个月后,治疗组临床症状总积分较对照组低($P < 0.01$)。

3 两组患者生活质量(PL、AS、AF、TS、DP 和 SAQ 量表总分)改善情况 见表 1。两组患者治疗后生活质量均较治疗前显著改善($P < 0.01$)。治疗后治疗组患者生活质量改善情况均明显优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

4 不良反应情况 在观察过程中,治疗组患者无主观不适,血及大、小便常规以及血清电解质等均未出现异常改变。

讨 论

1 中医辨证治疗 CABG 患者的临床疗效 冠状动脉搭桥手术在我国开展的比较晚,我国患者多首先采用内科药物保守治疗,病情得不到控制或加重之后迫不得已才寻求外科手术治疗,故病史较长,病情较重,多伴有慢性肺部疾患,或脑、肾等重要脏器功能不

全^[6],加之中老年人由于自身的生理特点,对于大手术、创伤、感染及体外循环的应激反应适应能力降低,对剧烈的刺激作出不相称的低水平的应答,致内环境稳定性受到破坏,器官功能受损甚至衰竭,以致术后并发症多,病情严重,变化迅速,不利于患者的术后恢复^[7]。中医辨证施治是根据不同个体对同种外来致病因素的不同反应,通过对机体功能状态的整体调节,纠正失衡的功能,从而达到治疗疾病的目的。这正符合 CABG 术后并发症多、病情多变的特点。

我们根据以上观点,总结老中医经验,结合临床实际,制订中医辨证施治方案,应用于 CABG 患者围手术期的治疗。研究结果显示,应用中医辨证施治方法,可不同程度地改善 CABG 术后患者各项临床症状,取得了良好的临床疗效。

2 中医辨证施治对 CABG 患者生活质量的影响 SAQ 量表是由美国学者 Spertus 等设计的冠心病特异功能状态及生活质量测量表^[5],将 SAQ 与目前常使用的几种监测方法进行了临床对照研究,认为 SAQ 简洁明了,易于掌握,是一种有效的、重复性及应答性均较好的量表,能更广泛地对疾病进行定量分析,全面了解患者机体活动度受限、症状的发生发展、治疗效果及满意程度等^[8]。我国学者应用 SAQ 对 100 例冠心病患者的机体功能状态及生活质量进行了评估,结果显示 SAQ 量表有良好的重复性,该量表用于我国冠心病患者有较满意的信度,认为 SAQ 是一种适合我国测评冠心病患者机体功能状态、生活质量、治疗效果比较、估计预后等切实可行的方法^[9]。本研究表明,经 2 个月的中医辨证治疗后,治疗组患者在心绞痛稳定状态、心绞痛发作情况、治疗满意程度及疾病认识程度等方面均明显优于对照组,SAQ 量表总分亦显著高于对照组。两组患者在躯体活动受限程度方面差异无显著性,考虑该方面受许多因素的影响,如术后伤口疼痛、患者情绪影响等,可在今后的工作中通过测评前解释及扩大样本量等方法改善。

目前国内开展心脏手术的中医医院较少,故在心脏手术围手术期治疗方面的中医药研究也较少。我们的研究将中医辨证施治与手术相结合,为中医药介入心脏围手术期治疗进行有益的尝试。通过本研究,

表 1 两组患者治疗前后生活质量积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数		PL	AS	AF	TS	DP	总分
治疗	43	治疗前	51.99 ± 17.46	44.19 ± 38.12	47.91 ± 35.89	48.56 ± 20.86	43.79 ± 21.60	49.39 ± 19.02
		治疗后	65.34 ± 12.50**	98.81 ± 7.71** △△	83.09 ± 22.58** △	79.69 ± 12.48** △	71.43 ± 12.37** △	72.48 ± 8.59** △△
对照	39	治疗前	50.14 ± 15.87	43.59 ± 40.44	43.85 ± 35.59	46.46 ± 19.41	44.23 ± 21.64	47.61 ± 18.44
		治疗后	60.53 ± 11.79**	83.55 ± 22.72**	72.37 ± 21.61**	71.52 ± 15.32**	63.59 ± 16.83**	65.46 ± 10.55**

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

我们认为中医药治疗可以促进 CABG 术后患者的康复过程,改善临床症状,从而提高患者的生活质量。

参 考 文 献

- 1 刘维永. 冠状动脉粥样硬化性心脏病外科治疗进展. 中国胸心血管外科临床杂志 2000 ;7(4):266—269.
- 2 叶任高主编. 内科学. 第 5 版. 北京:人民卫生出版社,2002:310—312.
- 3 苏诚炼,沈绍功. 现代中医心病学. 北京:科学技术出版社,1997:529—530.
- 4 国家中医药管理局医政司胸痹急症协作组东北分组. 胸痹心厥(冠心病心肌梗死)急症诊疗规范. 中国中医急症 1995 ;4(4):183—184.

- 5 Spertus JA, Winder JA, Dewhurst TA, et al. Development and validation of the Seattle Angina Questionnaire: a new function status measure for coronary artery disease. J Am Coll Cardiol 1995 ;25:333—341.
- 6 张明杰,刘丹丹,万松,等. 25 例冠状动脉搭桥手术体会. 中华胸心血管外科杂志 1995 ;1(3):163—166.
- 7 顾倬云主编. 老年外科学. 北京:北京人民出版社,1998:87—88.
- 8 饶中和,袁志敏. 一种新的估测冠心病患者机体功能状态的调查表. 国外医学·老年医学分册 1996 ;17(1):14—16.
- 9 刘同想,孔素平,廖忠友,等. 西雅图心绞痛调查量表对冠心病患者机体功能及生活质量的评估研究. 中国行为医学科学 1997 ;6(2):127—129.

(收稿 2003-02-12 修回 2003-08-25)

穴位注射灯盏细辛注射液治疗坐骨神经痛 40 例

罗 明¹ 刘永涛²

2000 年 1 月—2002 年 10 月,笔者应用灯盏细辛注射液穴位注射治疗腰椎间盘突出继发坐骨神经痛 40 例,并与同期单用针刺治疗的 32 例作对照,现报告如下。

临床资料 本病的诊断按照《实用骨科学》(陆裕朴等主编. 北京:人民军医出版社,1994:1153)诊断标准。治疗组 40 例,男 28 例,女 12 例;年龄 24~65 岁,平均 48.8 岁;病程 1 个月~3 年,平均(1.10±0.06)年;病情程度:轻度 7 例,中度 15 例,重度 18 例;部位:左侧 25 例,右侧 15 例。对照组 32 例,男 19 例,女 13 例;年龄 26~68 岁,平均 47.9 岁;病程 1 个月~2.9 年,平均(1.20±0.05)年;病情程度:轻度 5 例,中度 12 例,重度 15 例;部位:左侧 20 例,右侧 12 例。两组患者临床资料经统计学处理差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

治疗方法 治疗组:以患侧 L₄ 和 L₅ 的华佗夹脊穴为主穴,另按疼痛部位分经取穴,以环跳、秩边、殷门、风市、委中、阳陵泉、飞扬等为配穴;每次选 1 个主穴,3~4 个配穴。操作方法:取灯盏细辛注射液(10ml 含总黄酮 45mg,云南生物谷灯盏花药业有限公司生产)10ml,装入一次性注射器,选局部麻醉用针头,皮肤常规消毒后,将药液分别注入穴位,视部位不同,每穴注入药液 1.5~2.5ml,进针时若出现放射感,应将针头向上提起再注射药液。每日注射 1 次,或隔日加针刺治疗 1 次,10 次为 1 个疗程,休息 3 天,再进行第 2 个疗程。对照组:取穴同治疗组,按疼痛放射部位选取前述 4~6 个配穴,采用平补平泻手法,臀部穴进针后使针感下传,但不宜多次重复,以免损伤坐骨神经,每日针刺 1 次,每 10min 行针 1 次,每次留针 30min,10 次为 1 个疗程,休息 3 天,再进行第 2 个疗程,两组均治疗 2 个疗程统计疗效。两组均未用其他相关疗法。

统计学方法 采用 χ^2 检验。

结 果

1 **疗效判断标准** 参照前述文献,显效:腰腿痛及压痛消失,日常生活和工作能力恢复正常,直腿抬高试验阴性;有效:腰腿痛及压痛明显减轻,日常生活和工作能力显著改善,直腿抬高试验 $>60^\circ$;无效:上述症状和体征无变化或只有轻微减轻,直腿抬高试验 $<60^\circ$ 。

2 **疗效** 治疗组 40 例,显效 28 例(70.0%),有效 11 例(27.5%),无效 1 例(2.5%),总有效率为 97.5%。对照组 32 例,显效 16 例(50.0%),有效 9 例(28.1%),无效 7 例(21.9%),总有效率为 78.1%。两组总有效率比较差异有显著性($\chi^2=4.9, P<0.05$)。

3 **随访疗效** 两组有效患者均随访 3 个月,治疗组 1 例、对照组 4 例患者疼痛复发,经再次应用灯盏细辛注射液穴位注射,满 2 个疗程后均获显效。

4 **不良反应情况** 两组患者治疗过程中均未出现明显不良反应。

讨 论 中医学认为本病多由寒湿外袭、气血运行不畅或外伤闪挫、气滞血瘀、经络壅滞,不通则痛。治疗以温经散寒、疏通经络、化瘀止痛为大法。灯盏细辛注射液由菊科短葶苈蓬植物灯盏花中提取出来的,有效成分为灯盏花总黄酮,具有温阳通脉、散寒止痛、活血化瘀等功效,其特点是安全有效,无毒副作用。我们在用其治疗脑梗死等病的同时,开展用其穴位注射治疗一些痛症,收到了较好的疗效,特别是治疗腰椎间盘突出继发坐骨神经痛以及颈椎病等疾病时具有快速止痛的特点,因此患者往往能够坚持治疗,从而收到较满意的疗效,值得推广应用。

(收稿 2003-03-26 修回 2003-08-13)