

## 临床研究

## 依据证候要素辨证组方治疗慢性心力衰竭的疗效观察

李彬<sup>1</sup> 陈静<sup>2</sup> 赵慧辉<sup>2</sup> 王居新<sup>3</sup> 李婷<sup>3</sup> 王娟<sup>2</sup> 王伟<sup>2</sup>

(1 北京中医药大学第一临床医学院东直门医院心内科, 北京, 100700; 2 北京中医药大学, 北京, 100029;

3 北京昌平区中医医院心内科, 北京, 102200)

**摘要** 目的:评价基于证候要素辨证论治慢性心力衰竭的疗效及对超声 LVEF 值、6 min 步行试验(6MWT)、患者生活质量的改善。方法:将 55 例慢性心衰患者随机分为试验组和对照组,对照组给予常规西药治疗,试验组在西药常规治疗基础上通过证候要素辨证给予相应的中药治疗。观察患者治疗前后的中医证候疗效、超声 LVEF 值、6 min 步行试验结果、慢性心衰生存质量量表总积分的变化。结果:试验组的有效率为 66.67%,对照组为 72%,差异无统计学意义( $P>0.05$ );2 组超声 LVEF 值、6 min 步行试验、慢性心衰生存质量量表总积分较治疗前均有提高,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),组间比较无统计学差异( $P>0.05$ )。结论:以证候要素辨证论治慢性心衰可以改善中医症状,提高 LVEF 值及慢性心衰患者的生存质量,值得进一步研究。

**关键词** 慢性心衰;证候要素;生存质量;慢性心衰;生存质量量表

**Observation of the Clinical Efficacy on Chronic Heart Failure on Basis of Syndrome Essence Differentiation**Li Bin<sup>1</sup>, Chen Jing<sup>2</sup>, Zhao Huihui<sup>2</sup>, Wang Juxin<sup>3</sup>, Li Ting<sup>3</sup>, Wang Juan<sup>2</sup>, Wang Wei<sup>2</sup>

(1 Department of Cardiology, Dongzhimen Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China;

2 Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 3 Hospital of Traditional Chinese Medicine

of ChangPing District in Beijing, Beijing 102200, China)

**Abstract Objective:** To observe the clinical efficacy of syndrome essence differentiation based treatment in chronic heart failure (CHF) and the improvement in LVEF value, 6MWT and life quality of patients. **Methods:** Patients with chronic heart failure of 55 cases were randomly divided into two groups: treatment group and control group, both groups were given conventional western medicine treatment while the treatment group were also given Chinese medicine treatment based on Chinese medicine syndrome essence differentiation. Then the Chinese medicine symptom (TCM), LVEF, 6MWT and quality of life were observed. **Results:** Clinical total effective rate of the two groups were not significant different, for treatment group, it was 66.67% and control group 72% ( $P>0.05$ ). LVEF, 6MWT and the quality of life were promoted in each group with significant differences ( $P<0.05$ ), but without statistic significances between two groups ( $P>0.05$ ). **Conclusion:** It needs further study to figure out the treatment based on syndrome differentiation in improving Chinese medicine symptoms, LVEF and the quality of life.

**Key Words** Chronic heart failure; Syndrome essence; Quality of life; Chronic heart failure; Life quality evaluating scale

中图分类号: R256.2 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2015.09.009

心力衰竭(简称心衰)是由于各种原因导致的任何心脏结构或功能异常,进而导致心室充盈或射血能力受损的一组复杂临床综合征。心衰为各种心脏病发展的终末期,发病率高,是当今最重要的心血管病之一<sup>[1]</sup>。其主要的临床症状为呼吸困难、乏力(活动耐量受限)、液体潴留(肺瘀血和外周水肿)

等。慢性心衰为各种心脏病发展的终末期,发病率高,患者需要常年服药,为国家和个人带来了沉重的经济负担。目前我国慢性心衰多采用中西医结合的治疗方案,中医药的使用必然是在辨证论治的原则下指导进行的,由于辨证论治的效果与临床医生的辨证思维密切相关。为了便于临床医生在纷繁复杂

基金项目:中医药行业科研专项(编号:200807007)——慢性心衰社区普适中医诊治方案研究:以证候要素为基础的慢性心衰中医诊治方案推广应用研究

作者简介:李彬(1982.2—),女,博士研究生,研究方向:中医药防治心血管病, E-mail: baizhifenglan@sohu.com

通信作者:王伟(1964.9—),男,医学博士、博士后,主任医师,研究方向:中医药防治心血管疾病的药理研究, E-mail: wangwei0926@126.com

的临床表现中抓住重点进行辨证论治,提高辨证效率,有医家提出将证候要素应用到慢性心衰的诊疗过程中,试图将中医证候规范化。本研究将观察依据证候要素辨证应用中药对慢性心衰患者的中医症状积分、有效率、超声 EF 值、6 min 步行试验及生活质量的影响。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 于 2013 年 12 月至 2014 年 9 月在北京 3 家中医院及河南省郑州中医院心内科门诊与病房收集的慢性心衰患者 55 例,随机(中心分层区组随机法,SAS 软件产生随机数字编码,)试验组(30 例)与对照组(25 例)。试验组男 19 例,女 11 例,对照组男 15 例,女 10 例。试验组年龄最小 53 岁,最大 79 岁,平均 $(67.26 \pm 7.34)$ 岁,对照组年龄最小 45 岁,最大 80 岁,平均 $(68.16 \pm 10.36)$ 岁。

### 1.2 诊断标准

1.2.1 中医辨证标准 参照 2002 年《中药新药治疗心力衰竭临床研究指导原则(试行)》,纳入本次研究的主要证候包括气虚、血瘀、水饮、阳虚,上述 4 个证型的证候要素如下。1)气虚。主症:心悸,气短,乏力,活动后加重。次症:神疲,面色无华,自汗。兼症:咳嗽,水肿。2)血瘀。主症:心悸,胸闷,胸痛,颈部青筋暴露,肋下痞块。次症:面色晦暗,唇甲发绀。兼症:气短,下肢水肿。3)水饮。主症:心悸,气短,倚息不得卧,咳吐泡沫痰,面肢水肿。次症:面色灰白,口唇发绀,尿少,胸水,腹水。兼症:烦躁,汗出。4)阳虚。主症:心悸,气短,乏力,动则气喘,畏寒肢冷。次症:尿少水肿,腹胀便溏,面色晦暗。兼症:口唇发绀,汗出,胸水,腹水。

1.2.2 西医诊断标准 慢性心力衰竭诊断标准(2007 年中国慢性心力衰竭诊断治疗指南):1)有基础心脏病的病史、症状及体征;2)有呼吸困难、乏力和液体潴留(水肿);3)左室增大、左室收缩末期容量增加及 LVEF $\leq 50\%$ 。

1.2.3 纳入标准 1)符合上述慢性心衰的诊断标准,基础心脏病为冠心病或高血压;2)心功能为 II 级、III 级(NYHA 心功能);LVEF $\leq 50\%$ ;3)中医辨证属气虚、血瘀、阳虚、水饮四证之中者;4)年龄在 45~80 岁;5)自愿参加本项研究。

1.2.4 排除标准 1)合并严重瓣膜疾病、心包疾病、心肌病、先天性心脏病、急性心肌梗死(4 周内)、心源性休克、急性心肌炎、严重心律失常伴有血流动力学改变;2)合并肺心病、急慢性肺栓塞引起的肺动脉高压、近半年内脑卒中者;3)合并严重的肝功能不

全(肝功能指标值 $>$ 正常值 2 倍)、肾功能不全(Cr $>20\%$ ,Scr $>3$  mg/dL 或 $>265$   $\mu$ mol/L)、血液系统等原发病、恶性肿瘤、糖尿病合并严重并发症、甲亢、甲减等严重内分泌疾病;4)目前并发感染:a. 发热,b. 血象升高,白细胞计数 $>10 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞 $>85\%$ ,c. 胸片提示有片状阴影,三者之一;5)妊娠或哺乳期妇女,精神病、传染病患者。

1.3 疗效判定标准(指标) 1)中医证候疗效。疗效率=(治疗前分值-治疗后分值)/(治疗前分值) $\times 100\%$ 。临床痊愈:证候积分消失或基本消失,疗效率 $>95\%$ ;显效:证候积分明显改善,疗效率 $\geq 70\%$ ;有效:证候积分好转疗效率 $>30\%$ ;无效:证候积分无明显改善,疗效率 $<30\%$ 。在本次研究统计中,总有效率(E)=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数 $\times 100\%$ 。2)超声心动图 EF 值。3)6 min 步行试验。4)慢性心衰生存质量量表积分。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据处理,计量资料行正态性检验,并以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,同组治疗前后的比较采用配对  $t$  检验,组间治疗后的疗效比较采用独立样本  $t$  检验,非正态分布采用秩和检验。计数资料采用卡方检验或秩和检验。以  $P < 0.05$ (双侧)作为检验水准。

1.5 分组与治疗 将入选患者随机分为对照组和试验组,2 组均采用西医常规治疗。西医常规治疗方案参照《慢性心力衰竭诊断治疗指南》(2007 年)<sup>[2]</sup>,即在一般治疗的基础上(包括低盐低脂饮食、限水、戒烟、吸氧、适当运动),酌情予利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素受体拮抗剂(ARB)、 $\beta$ -受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂和洋地黄类药物。试验组在西医常规治疗的基础上根据证候要素辨证组合,针对气虚、血瘀、水饮、阳虚 4 个最主要的证候要素给予相应的中药组合方药,气虚给予黄芪、党参等,血瘀证给予桃仁、红花、丹参、赤芍等,水饮证给予泽泻、猪苓、车前子、葶苈子,阳虚给予肉桂、制附子。所有中药颗粒均由北京康仁堂药业提供,按照每一单味药分别制备。2 次/d,疗程 28 d。

## 2 结果

2.1 中医症状积分比较 与治疗前相比,组内比较,2 组的症状总积分均有提高( $P < 0.05$ ),但组间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1。

2.2 2 组中医证候有效率比较 试验组和对照组总有效率分别为 66.67%、72.00%,经秩和检验,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 2。

| 表 1 2 组中医症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$ ) |               |               |        |            |             |
|--------------------------------------|---------------|---------------|--------|------------|-------------|
| 项目                                   | 试验组           | 对照组           | 统计量    | <i>P</i> 值 | 方法          |
| 0 d                                  | 56.67 ± 19.79 | 50.44 ± 21.82 | 1.109  | 0.273      | <i>t</i> 检验 |
| 28 d                                 | 32.07 ± 19.11 | 33.80 ± 28.00 | -0.364 | 0.716      | 秩和检验        |
| 差值                                   | 24.60 ± 16.97 | 16.64 ± 18.12 | 1.680  | 0.099      | <i>t</i> 检验 |
| 配对 <i>t</i> 值/ <i>P</i> 值            | 7.939/0.000   | 4.593/0.000   |        |            |             |

| 表 2 2 组症状疗效有效率比较(% , $\bar{x} \pm s$ ) |           |           |       |            |      |
|----------------------------------------|-----------|-----------|-------|------------|------|
| 项目                                     | 试验组       | 对照组       | 统计量   | <i>P</i> 值 | 方法   |
| 有效                                     | 20(66.67) | 18(72.00) |       |            |      |
| 无效                                     | 10(33.33) | 7(28.00)  | 0.182 | 0.670      | 卡方检验 |
| N                                      | 30        | 25        |       |            |      |

2.3 超声 EF 值比较 治疗 1 个月后,与治疗前相比,EF 值 2 组组内比较均有提高( $P < 0.05$ ),但组间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 3。

| 表 3 2 组心脏超声 EF 值比较(% , $\bar{x} \pm s$ ) |               |               |        |            |             |
|------------------------------------------|---------------|---------------|--------|------------|-------------|
| 项目                                       | 试验组           | 对照组           | 统计量    | <i>P</i> 值 | 方法          |
| 0 d                                      | 38.67 ± 8.38  | 36.88 ± 7.47  | -0.992 | 0.321      | 秩和检验        |
| 28 d                                     | 42.97 ± 10.11 | 40.64 ± 10.02 | 0.853  | 0.398      | <i>t</i> 检验 |
| 配对 <i>t</i> 值/ <i>P</i> 值                | -3.633/0.001  | -2.132/0.043  |        |            |             |

2.4 6 min 步行试验 用药 28 d 后,2 组患者步行距离差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。2 组组内用药后 28 d 与治疗前比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 4。

| 表 4 6 min 步行试验(m, $\bar{x} \pm s$ ) |                 |                 |        |            |             |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|--------|------------|-------------|
| 项目                                  | 试验组             | 对照组             | 统计量    | <i>P</i> 值 | 方法          |
| 0 d                                 | 245.13 ± 105.27 | 289.11 ± 133.67 | -1.194 | 0.240      | <i>t</i> 检验 |
| 28 d                                | 292.72 ± 86.84  | 310.05 ± 114.60 | -0.571 | 0.571      | <i>t</i> 检验 |
| 配对 <i>t</i> 值/ <i>P</i> 值           | -4.341/0.000    | -5.510/0.000    |        |            |             |

2.5 慢性心衰生存质量量表总积分 治疗 1 个月后,与治疗前相比,量表总积分 2 组组内比较均有提高( $P < 0.05$ ),但组间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 5。

| 表 5 慢性心衰生存质量量表总积分比较(分, $\bar{x} \pm s$ ) |               |               |        |            |             |
|------------------------------------------|---------------|---------------|--------|------------|-------------|
| 项目                                       | 试验组           | 对照组           | 统计量    | <i>P</i> 值 | 方法          |
| 0 d                                      | 60.67 ± 19.27 | 60.23 ± 20.71 | 0.081  | 0.936      | <i>t</i> 检验 |
| 28 d                                     | 77.00 ± 18.37 | 71.89 ± 21.33 | -0.812 | 0.417      | 秩和检验        |
| 差值                                       | 16.33 ± 17.24 | 11.66 ± 9.32  | -0.795 | 0.427      | 秩和检验        |
| 配对 <i>t</i> 值/ <i>P</i> 值                | -5.189/0.000  | -6.256/0.000  |        |            |             |

### 3 讨论

慢性心力衰竭的发病率逐年增高,且预后不佳,5 年的生存率与恶性肿瘤相仿<sup>[3]</sup>。中医典籍中无相对应的“心衰”病名,但已有类似的描述,如“心痹”“心胀”“心水”,根据其相似的临床症状,可以将心衰归为“喘证”“心悸”“水肿”等病<sup>[4]</sup>。关于心衰的发病原因,现代中医医家在临床实践中根据自己的

经验提出了不同的发病观点,如毒邪致心衰之说<sup>[5]</sup>、脏腑-玄府功能失衡学说<sup>[6]</sup>、脉络学说<sup>[7]</sup>。有证据表明在常规应用西药治疗慢性心衰的基础上(如  $\beta$  受体阻滞剂、ACEI 等),辨证应用中药不仅可以改善客观生化指标,如肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)<sup>[8]</sup>、血管内皮结构与功能<sup>[9]</sup>、超声心动图相关指标<sup>[10]</sup>等,还可以降低心衰患者的年平均住院次数<sup>[11]</sup>。与此同时,中医临床医生努力寻找中医证型与现代临床指标之间的潜在对应关系,期望在提高中医辨证的准确性方面,现代生化指标能够发挥更大的作用,中医辨证与血浆 N 末端 B 型利钠肽原(NT-proBNP)<sup>[12]</sup>、血尿酸<sup>[13]</sup>、血清同型半胱氨酸及胱抑素 C<sup>[14]</sup>等。由于心衰发病时临床表现复杂,中医症状描述亦多样,本课题组前期对近 30 年关于 CHF 的文献进行筛选和整理后发现,不同证型多达 264 种。但是目前慢性心衰的中医辨证尚无统一标准,证型多而复杂,临床可操作性差<sup>[15]</sup>。辨证论治是中医的精髓,也是中医药流传千年而不衰的法宝之一。如何抓住辨证重点,简化中医辨证过程,提高效率,才是重中之重。因此张志斌等医家提出完善辨证方法体系,其中的核心为证候要素与应证组合相结合<sup>[16]</sup>。证候要素,是指证候的最小分类单元,包括病位(如肝、肺等)和病性(如阳虚、阴虚等)两大类。“要”既有简要之意,又有重要之意,即将稳定性与特异性较强的临床症状和体征作为辨证的主要依据。证候要素具有简约和可随证组合的特点,能够简明扼要的反映疾病的病位和病性特征,便于医生灵活地组合成符合患者实际情况的证候诊断,因此将证候要素的优势应用到慢性疾病的规范化诊疗探索当中,非常有意义。

经过历代医家摸索总结,慢性心衰的发病证候特点可以简单的归纳为如下模式:首先表现为气虚,进而血瘀,水停,最后发展为阳虚。从发病时期来看,发作期以标实为主,缓解期以正虚为本,而水饮、血瘀、痰浊等减轻<sup>[17]</sup>。一项现代文献研究认为慢性心衰常见证候要素前四位是阳虚、气虚、血瘀、水停,四个证型可单独出现,亦可有不同的组合<sup>[18]</sup>。在对全国中医医院基础病为冠心病的 CHF 患者的证素特点进行分析后,其结果认为心衰患者最主要的证候要素为气虚、血瘀、水饮、阴虚、痰浊、阳虚,并且随着病情的变化,患者的证素分布也发生改变<sup>[19]</sup>。对 357 例冠心病心力衰竭患者的中医证候分布特点进行研究后发现,常见证候为气虚、水停、血瘀、痰浊<sup>[20]</sup>,上述研究结果从不同角度共同验证阳虚、气

虚、血瘀、水停 4 个证型是慢性心衰发病过程中出现频次最多的,在心衰发展的不同时期,可以观察到这四个证型同时出现或交替出现。在本次临床观察中,以证候要素作为辨证要点,并给予相应的中药,如益气、活血、温阳、利水药,用药如黄芪、党参、桃仁、附子、猪苓等,在中医证候改善方面取得了较好的疗效,说明将证候要素辨证应用于慢性心衰的治疗中是可行的。

6 min 步行试验是一项简单易行、方便、安全的试验,可以用来评价慢性心衰患者的运动耐力及心衰的治疗疗效,而心脏超声 EF 值是反映左室收缩功能的指标。在本次观察中试验组患者的 6 min 步行试验结果及 EF 值较治疗前有所提高。

由于心力衰竭需要长期服药,甚至要反复住院治疗,严重影响患者的身心健康,在慢性心衰患者群中,抑郁、焦虑症的发病率较正常人高<sup>[21]</sup>。一项横断面调查认为女性 CHF 患者的生活质量低于男性<sup>[22]</sup>。以中文版明尼苏达心衰生存质量量表对 76 例 CHF 患者的生活质量进行评价,其结果表明心衰患者的综合评分低于对照组(其他疾病),心功能分级、个人性格、家庭情况是影响 CHF 患者生活质量的主要因素<sup>[23]</sup>。慢性心衰患者的生活质量逐渐受到大家的关注,心衰的治疗重点不仅仅是改善临床指标,更重要的是提高患者的生活质量。本次观察采用的慢性心力衰竭中西医结合生存质量量表是由林谦老师课题组在明尼苏达心衰量表的基础上根据国际通用的原则和程序制定的特异性量表,用于评价我国慢性心衰患者的生活质量。该量表共包含 51 条中医特色条目,经横断面调查结果显示,中医条目可以敏感地反映出接受中西医结合治疗患者的生活质量变化。以 SF-36 量表做参照,慢性心衰生存质量量表具有较好的效度、信度、反应度对比研究,可以用作评价慢性心衰生存质量的工具<sup>[24-28]</sup>。在前期的研究中,采用本心衰量表对慢性心衰的中西医结合治疗疗效进行评价,治疗前后的差值证明慢性心衰生存质量量表可信度高,也印证以证候要素辨证治疗慢性心衰可以提高患者的生活质量<sup>[29]</sup>。改善生存质量是中医药治疗的独特优势,并积累了丰富的经验。有很多对照实验证明,在西医常规治疗的基础上辨证应用中药可以提高心衰患者的生存质量,如中成药补益强心片<sup>[30]</sup>参草通脉颗粒<sup>[31]</sup>等,或辨证应用饮片方法如益气温阳法温阳利水活血法<sup>[32]</sup>等。本研究用其评价两种治疗方案对慢性心衰患者生活质量的改善,结果表明两种方案都可以

提高量表的总积分,改善患者的生活质量。

总之,通过本次研究认为,依据证候要素辨证应用中药治疗慢性心衰,可以改善患者的临床症状,提高生活质量、超声 EF 值和 6 min 步行距离。虽然得出的效果与单纯西药组无明显统计学差异,但考虑到观察期较短,样本量少,如果延长观察期,扩大样本量,2 组的药物疗效发挥还会有一定的提升空间。同时也在一定程度上说明以证候要素辨证应用中药治疗慢性心衰可以取得较好的临床疗效,为中医药治疗其他慢性病的提供借鉴,进而为中医证候标准化和客观化的发展摸索路径。

## 参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014[S]. 中华心血管病杂志, 2014, 42(2): 98-122.
- [2] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性心力衰竭诊断治疗指南[S]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(12): 1076-1095.
- [3] 褚庆民,陈宇鹏,吴伟,等. 慢性心力衰竭中医简化辨证方案的研究[A]. 中华中医药学会心病分会、北京中医药学会心血管病专业委员会 2012 年学术论文集[C]. 2012: 216-221.
- [4] 慢性心衰合并室性心律失常诊治及心脏性猝死预防中国专家共识[J]. 中国医刊, 2011, 46(3): 78.
- [5] 袁天慧,杨忠奇,李小兵,等. “毒”邪致病及慢性心衰发病特点的相关性[A]. 中华中医药学会 2013 年学术年论文集[C]. 2013: 12-18.
- [6] 郑玲玲,杜武勋,丛紫东,等. 从“脏腑—气液—玄府”管窥心衰之病机[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(10): 2088-2089.
- [7] 张军芳,魏聪,王宏涛,等. 从脉络学说探讨慢性心力衰竭病机[J]. 中医杂志, 2014, 55(13): 1086-1089.
- [8] 邓颖,江玉,秦佰焰,等. 参附强心丸对慢性心力衰竭神经内分泌及相关因子的调节作用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(15): 204-207.
- [9] 尹玲珑,陈新宇,蔡虎志,等. 温阳振衰颗粒对慢性心力衰竭阳虚水泛证患者临床疗效及血管内皮功能的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2014, 34(4): 20-23.
- [10] 刘宝国,李图均,卢敬,等. 温阳益心汤对慢性心力衰竭患者心脏彩超的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2014, 14(2): 7-9.
- [11] 徐重白,贾坚,吴中华,等. 慢性心衰中医辨证分型及规范化治疗与预后的相关性[J]. 江西中医药, 2011, 42(9): 9-11.
- [12] 范倩,杨承芝,鲁卫星,等. 老年慢性心衰证候分型与 NT-proBNP 相关性的临床研究[J]. 世界中医药, 2012, 7(4): 293-295.
- [13] 吴乐文,吕健,杨帆,等. 心力衰竭中医证型与尿酸水平及心力衰竭分期相关性研究[J]. 实用中医药杂志, 2013, 29(12): 988-989.
- [14] 蔡宏文,李洋威,吕淑敏,等. 慢性心力衰竭中医辨证分型与血清胱抑素 C 及同型半胱氨酸的相关性研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 16(5): 386-388.

(下接第 1336 页)

疗排尿障碍多针刺骶尾部 and 远端取穴的观念。运用二者联合,不仅缓解排尿不适等标实之症,而且温补肾气助膀胱气化改善本虚之状,针药并用,脏腑与经络同治,以达到最佳的治疗效果。

#### 参考文献

- [1] 那彦群,叶章群,孙光,等. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南[S]. 北京:人民卫生出版社,2011:187.
- [2] Samson G, Cardenas DD. Neurogenic bladder in spinal cord injury[J]. Phys Med Rehabil Clin N Am,2007,18(2):255-274.
- [3] 田德禄. 中医内科学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2008:309-315.
- [4] 郭军. 神经源性膀胱尿道功能失调如何辨证施治[J]. 中医杂志,1994,35(10):629-630.
- [5] 中华中医药学会糖尿病分会. 糖尿病神经源性膀胱中医诊疗标准[S]. 世界中西医结合杂志,2011,6(4):365-368.
- [6] 严石林,连文,米渠,等. 肾虚证辨证因子等级评判操作标准的研究[J]. 成都中医药大学学报,2001,24(1):39-56.

- [7] 南登崑,王宁华,励建安. 康复医学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:224,340-343.
- [8] 那彦群,叶章群. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南手册[S]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2011:183-185.
- [9] 廖利民,李建军. 神经源性膀胱治疗中值得重视的问题与未来展望[J]. 中国康复理论与实践,2007,13(7):601.
- [10] 王建芳,年莉. 金匱肾气丸组方及衍变探析[J]. 长春中医药大学学报,2011,27(2):7.
- [12] 赵宇昊,高忠英,史成和,等. 金匱肾气丸主治证候与君药辨析[J]. 中国实验方剂学杂志,2009,15(12):112-114.
- [13] 徐振华,符文彬,薄智云. 从经络学说角度探讨腹针疗法的理论基础[J]. 针灸临床杂志,2011,27(6):59-60.
- [14] 王永洲. 腹针对得气的启示与思考[J]. 中国针灸,2011,31(2):183-185.
- [15] 温木生. 论腹针的治疗机理[J]. 中医外治杂志,2010,19(2):4.
- [16] 刘玮,钱援芳,姚慕昆. 腹针疗法预防产后尿潴留的临床观察[J]. 中国中医药科技,2011,18(1):64.

(2014-07-06 收稿 责任编辑:王明)

(上接第 1331 页)

- [15] 黄飞翔,严萍,叶盈,等. 中西医结合治疗气虚血瘀证慢性心衰临床研究[J]. 中国中医急症,2014,23(4):592-593,631.
- [16] 王永炎,张启明,张志斌,等. 证候要素及其靶位的提取[J]. 山东中医药大学学报,2006,30(1):6-7.
- [17] 朱林平,曹旭焱,刘岩,等. 慢性心力衰竭缓解期中医临床论治思路[J]. 世界中医药,2013,8(7):818-820.
- [18] 张鹏,赵慧辉,陈婵,等. 慢性心力衰竭常见证候和证候要素的现代文献研究[J]. 中华中医药杂志,2011,26(10):2378-2381.
- [19] 罗良涛,赵慧辉,王娟,等. 中医医院冠心病慢性心力衰竭患者中医证候要素分布特点分析[J]. 北京中医药大学学报,2014,37(2):130-134.
- [20] 陈婵,赵慧辉,王娟,等. 357 例冠心病心力衰竭患者人口学信息与中医证候分布特点的研究[J]. 北京中医药,2012,31(3):163-165.
- [21] 唐帅,武文婧,李霞. 慢性心力衰竭患者伴发抑郁障碍的静息态脑功能磁共振研究[J]. 临床心血管病杂志,2014,30(4):291-294.
- [22] 朱正炎,沈彬,张红卫,等. 性别对慢性心力衰竭患者生活质量和社会支持的影响[J]. 心血管康复医学杂志,2011,20(6):501-504.
- [23] 廖霓星. 慢性心力衰竭患者生活质量及其影响因素分析[J]. 广西医学,2013,35(6):766-768.
- [24] 逯金金,林谦,农一兵,等. 慢性心力衰竭中西医结合生存质量量表与 SF-36 简明健康状况量表信度、反应度对比研究[J]. 中

医杂志,2011,52(10):837-840.

- [25] 林谦,农一兵,万洁,等. 慢性心力衰竭中西医结合生存质量量表的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志,2008,15(3):131-134.
- [26] 苏敬泽,逯金金,万洁,等. 慢性心衰中西医结合生存质量量表中医特色条目的评价研究[J]. 北京中医药,2012,31(4):254-256.
- [27] 周鹄,林谦,逯金金,等. 慢性心衰中西医结合生存质量量表与 SF-36 量表的效度对比研究[J]. 安徽中医学院学报,2013,32(2):30-34.
- [28] 林谦,农一兵,王洪源,等. 建立慢性心衰中医疗效评价体系的研究思路[A]. 第八次全国中西医结合心血管病学术会议论文集[C]. 2007:282-284.
- [29] 徐学功,张军鹏,罗良涛,等. 中西医结合治疗对慢性心力衰竭患者生活质量的影响[J]. 中华中医药杂志,2014,29(8):2697-2701.
- [30] 高子任,隋殿军,李坤,等. 补益强心片对慢性心力衰竭患者心功能和生活质量的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2013,19(21):298-301.
- [31] 李宏升,陈苏宁,刘晓蕾,等. 参草通脉颗粒对慢性心衰生活质量的影响[J]. 实验药物与临床,2013,16(2):91-93.
- [32] 江会镇,李成林. 温阳利水活血法改善慢性心力衰竭后期生存质量研究[J]. 吉林中医药,2014,34(3):234-236.

(2015-04-24 收稿 责任编辑:王明)