

自拟附蒯强心汤治疗阳虚水泛型慢性心衰 35 例

赵艳 符兰英

【摘要】 目的 观察自拟附蒯强心汤治疗阳虚水泛型慢性心衰的临床疗效。**方法** 将 70 例确诊为阳虚水泛型慢性心衰的患者按照随机数字表法分为治疗组与对照组,每组 35 例患者,对照组根据病情采用常规西医治疗,治疗组给予自拟附蒯强心汤治疗,30 天后观察两组疗效及不良反应。**结果** 心功能疗效比较,治疗组总有效率高于对照组($P<0.05$);中医症候积分比较,两组治疗后均较治疗前有明显改善($P<0.05$),且治疗组改善更明显,治疗组中医症候疗效总有效率高于对照组($P<0.05$);两组治疗后左室射血分数与左室舒张末期内径均较前有明显改善($P<0.05$),且治疗组优于对照组($P<0.05$);半年内在住院率治疗组明显低于对照组。两组所有患者治疗期间均未出现不良反应,其血常规、尿常规、肝肾功能检测均在正常范围。**结论** 自拟附蒯强心汤治疗阳虚水泛型慢性心衰临床疗效显著,可有效改善阳虚水泛型慢性心衰患者的临床症状和体征。

【关键词】 自拟附蒯强心汤; 慢性心衰; 阳虚水泛

【中图分类号】 R969.4 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.09.029

随着人们生活压力的增大及饮食作息的失常,心血管疾病发病率不断升高,慢性心衰作为心血管疾病最主要的终末病程,严重降低了患者的生存质量并时刻威胁着患者的生命,此类患者大多需长期服用强心、利尿、扩血管等药物以维持正常生命活动,但此类西医药物往往具有较大的不良反应,容易引起电解质失常,并对肝肾功能等造成损害,而中医疗法则因其具有较高的安全性及整体调节性越来越多地引起人们的关注,因此寻求适宜的中医辨证论治思路及方剂,改善慢性心衰患者的生存

质量,具有一定的临床意义。笔者现在在长期临床实践中总结的自拟附蒯强心汤治疗阳虚水泛型慢性心衰的临床观察报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选取 2007 年 1 月至 2012 年 12 月于本院内科确诊为阳虚水泛型慢性心力衰竭的 70 例患者。其中,治疗组包括男 20 例,女 15 例,最小 42 岁,最大 74 岁,平均(51.43 ± 14.27)岁;心功能Ⅱ级 20 例,Ⅲ级 15 例;病程 2 年到 12 年,平均(6.46 ± 3.13)年。对照组包括男 19 例,女 16 例;年龄最小 41 岁,最大 75 岁,平均(52.74 ± 14.22)岁;心功能Ⅱ级 22 例,Ⅲ级 13 例;病程 2 年到 13 年,平均(6.14 ± 3.36)年。两

作者单位: 572600 海南省东方市中医院内科

作者简介: 赵艳(1975-),女,硕士,副主任中医师。研究方向: 中西医结合治疗内科杂病。E-mail:bctcm92045@163.com

组患者性别、年龄、心功能分级、病程差异不明显,具有可比性。

1.2 纳入标准

(1) 满足《2007 年中国慢性心力衰竭诊断治疗指南》^[1] 慢性心力衰竭诊断标准。(2) 满足《中药新药临床研究指导原则——心力衰竭》^[2] 阳虚水泛证诊断标准。主症:心悸气喘或不得卧,咯吐泡沫痰,面肢浮肿,畏寒肢冷。次症:烦躁出汗,颜面灰白,口唇青紫,尿少腹胀,或伴胸水、腹水。舌脉:舌暗淡或暗红,苔白滑,脉细促或结代。符合主症至少一项、次症至少一项、舌、脉至少一项者即可诊断为阳虚水泛证。(3) 满足 1928 年美国纽约心脏病学会(NYHA)心功能 II 级和 III 级诊断标准^[2]。(4) 签署知情同意书。(5) 年龄 40~75 岁。

1.3 排除标准

(1) 合并出血性疾病或严重肝、肾脏器疾病患者。(2) 妊娠及哺乳期妇女。(3) 不能按要求完成 30 天治疗者。

1.4 治疗方法

治疗组给予自拟附劳强心汤治疗,方剂组成:炮附子^{先煎} 20 g、葶苈子 30 g、黄芪 30 g、泽泻 20 g、丹参 30 g、当归 20 g、桑白皮 20 g、人参 20 g、五味子 9 g,以上诸药由本院中药制剂房熬制成浓缩煎剂,1 剂汤汁分为 2 袋真空密封包装,规格 150 mL/袋,每天 1 剂,分早晚 2 次服用。对照组根据病情给予常规西医强心、利尿、扩血管等西医基础治疗。两组患者均给予低盐低脂饮食。疗程均 30 天。

1.5 观察指标

(1) 治疗前当天及治疗 30 天后当天,各症候按严重程度进行积分比较。主症各项:无:0 分;轻度:2 分;中度:4 分;重度:6 分。次症各项:无:0 分;轻度:1 分;中度:2 分;重度:3 分;舌、脉按有、无各计 1 分或 0 分。(2) 治疗前当天及治疗 30 天后当天做心脏彩超,测量左室射血分数(left ventricular ejection fraction, LVEF)及左室舒张末期内径(left ventricular end diastolic diameter, LVDD)。(3) 安全指标:治疗前当天及治疗 30 天后当天进行血常规、尿常规、肝肾功能检查,治疗期间如出现不良反应及时记录。(4) 随访半年,记录各组因心衰加重而再次住院的人数。

1.6 疗效标准

根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2] 制定疗效标准,并以显效、有效统计总有效率。

1.6.1 心功能疗效标准 按 1928 年 NYHA 心功能分级判定心功能疗效。显效:心衰基本控制或者心功能提高 2 级。有效:心功能提高 1 级,但不足 2 级者。无效:心功能提高不足 1 级、无改变或死亡者。

1.6.2 中医证候疗效标准 显效:主症及次症完全或基本消失,经治疗证候积分为 0 或减少不少于 70%。有效:经治疗证候积分减少不少于 30%。无效:经治疗证候积分减少少于 30%。

1.7 统计学处理

以 SPSS 17.0 统计软件处理所有数据。计数资料采用

卡方检验,组内计量资料比较采用配对样本 t 检验,组间计量资料比较采用独立样本 t 检验。 $P<0.05$ 时,认为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗后心功能疗效比较

治疗组显效 19 例,有效 14 例,无效 2 例,总有效率 94.29%;对照组显效 15 例,有效 11 例,无效 9 例,总有效率 74.29%,两组总有效率差之间的异具有统计学意义($\chi^2=5.29, P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组心功能疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	35	19	14	2	94.29 ^a
对照组	35	15	11	9	74.29

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

2.2 治疗前后中医证候积分比较

两组积分较治疗前均明显减少($P<0.05$),治疗后治疗组证候积分显著低于对照组,治疗前后差值比较,治疗组显著高于对照组($P<0.05$),且治疗组中医证候疗效显效 18 例,有效 15 例,无效 2 例,总有效率 94.29%;对照组显效 14 例,有效 13 例,无效 8 例,总有效率 77.14%,两组总有效率之间的差异具有统计学意义($\chi^2=4.20, P<0.05$)。见表 2、表 3。

表 2 两组中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗组	35	32.40 \pm 6.04	21.54 \pm 6.43 ^{ab}	10.86 \pm 2.11 ^b
对照组	35	31.09 \pm 6.92	25.54 \pm 6.77 ^a	5.54 \pm 1.48

注:与治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$ 。

表 3 两组中医证候疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	35	18	15	2	94.29 ^a
对照组	35	14	13	8	77.14

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

2.3 治疗前后 LVEF、LVDD 比较

两组 LVEF、LVDD 均较治疗前有所改善($P<0.05$),治疗后二者差别($P<0.05$)。见表 4。

2.4 半年内再住院率比较

随访半年,因心衰加重而再次住院的人数治疗组有 6 人,再次住院率 17.14%,对照组 15 人,再次住院率 42.86%,治疗组再次住院率显著低于对照组($P<0.05$)。见表 5。

表 4 两组左室射血分数(LVEF),左室舒张末期内径(LVDD)比较($\bar{x}\pm s$)			
组别	例数	左室射血分数(LVEF)(%)	左室舒张末期内径(LVDD)比较(mm)
治疗组	35		
治疗前		37.00 \pm 2.45	61.03 \pm 2.47
治疗后		44.54 \pm 2.78 ^{ab}	55.09 \pm 2.37 ^{ab}
对照组	35		
治疗前		36.83 \pm 2.41	60.83 \pm 2.51
治疗后		40.80 \pm 2.36 ^a	58.23 \pm 2.84 ^a

注:与治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$ 。

表 5 两组半年内再住院率比较			
组别	例数	再次住院人数	再次住院率(%)
治疗组	35	6	17.14 ^a
对照组	35	15	42.86

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

2.5 两组不良反应及安全性

两组患者治疗期间均未出现不良反应,治疗前后对患者进行血常规、尿常规、肝肾功能检测,均在正常范围,两组患者均按要求完成 30 天治疗。

3 讨论

心力衰竭是指由于各种原因导致心脏泵血或(和)充盈能力受损,并以喘憋、乏力、水肿为主要临床特征的一种临床综合征,现代中医学者往往根据其临床表现将其归属于中医“水肿”“喘证”“心悸”“胸痹”“心胀”“痰饮”等范畴。中医认为,心脏功能减退多属阳虚,人体一切生理机能之正常运转皆依赖于阳气之充沛并运行于周身,心阳不足则泵血乏力,同时水液代谢失常,水饮上泛于肺则喘逆不得平卧,外泛于肌肤则水肿难消,一旦劳累则阳气更伤,诸症即加重。本方采用炮附子温助一身之元阳,葶苈子泻肺平喘、利水消肿,黄芪、人参补益一身之气,共为臣药,佐以泽泻利水渗湿,丹参、当归活血通脉,桑白皮泄肺气之壅滞,五味子补肾敛肺,防止肺气之耗散。现代研究证明,附子的不同制剂均具有强心作用,且在心功能不全的情况下强心作用更明显^[3-5],其强心作用可能与其所含乌头碱、附子苷等有效成分有关^[6-7]。葶苈子能显著增强心肌收缩力和心输出量,并能降低静脉压,同时通过提高肾小球滤过量起到利尿的作用^[8]。黄芪能够增强心肌收缩力,减少心肌耗氧量,改善左室重构和心肌缺血时游离脂肪酸代谢紊乱的状况等^[9]。人参皂苷具有消除氧自由基,减轻缺血、缺氧情况下心肌细胞耐受力的作用^[10]。泽泻含有大量钾盐,具有显著利尿作用,其醇提取物的水溶性部分能在不影响心率的情况下显著增加冠脉血流量,改善心肌供血^[11]。丹参提取物能有效减轻心肌缺血损伤程度并加快心肌细胞恢复,同时具有显著抗血小板聚

集、改善血流动力学的作用^[12]。当归能够抑制胆固醇合成,降低血脂,改善动脉粥样硬化,抗血小板聚集及抗血栓作用^[13]。桑白皮主要含黄酮类化学物质,具有明显的降压、利尿、舒张血管以及抗炎、平喘等作用^[14]。五味子则可具有显著减少心肌耗能及耗氧量的作用^[15]。诸药合用,共奏温阳利水平喘,活血益气消肿之功。

本研究表明,治疗组心功能疗效总有效率高于对照组($P<0.05$);两组治疗后中医症候积分均较治疗前有明显改善($P<0.05$),且治疗组改善更明显,治疗组中医症候疗效总有效率高于对照组($P<0.05$);两组治疗后左室射血分数与左室舒张末期内径均较前有明显改善($P<0.05$),且治疗组优于对照组($P<0.05$);半年内再住院率治疗组明显低于对照组。且两组所有患者治疗期间均未出现不良反应,其血常规、尿常规、肝肾功能检测均在正常范围。自拟附苈强心汤治疗阳虚水泛型慢性心衰临床效果显著,值得临床参考并推广应用。

参 考 文 献

[1] 中华医学会心血管病学分会. 2007 年中国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.

[2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:77-85.

[3] 王立岩,张大方,曲晓波. 附子炮制前后有效部位强心作用的实验研究[J]. 中国中药杂志,2009,34(5):596-599.

[4] 张志仁,张大方,李丽静. 附子炮制前后有效部位对正常及心衰大鼠血流动力学影响[J]. 长春中医药大学学报,2009,25(3):331-332.

[5] 秦永刚,张美荣,张建平. 不同蒸煮时间对附子强心作用及心脏毒性的影响[J]. 医学信息,2002,10(15):618.

[6] 徐敬海,赵洪峰,徐雅娟. 四川江油生附子强心成分的研究[J]. 中草药,2004,35(9):964-966.

[7] 王晓芬,朱英. 附子化学成分分析方法及药理作用的研究进展[J]. 海峡药学,2010,22(11):37-40.

[8] 尚志钧. 神农本草经校注[M]. 北京:学苑出版社,2008:112.

[9] 吴发宝,陈希元. 黄芪药理作用研究综述[J]. 中药材,2004,27(3):232-234.

[10] 冯彦. 人参药理作用及临床应用研究进展[J]. 中医临床研究,2013,(6):121-122.

[11] 徐晖. 泽泻药理作用研究进展[J]. 湖南中医杂志,2004,20(3):77-78.

[12] 谷雨,谷巍,于淑莲. 丹参药理作用的研究进展[J]. 人参研究,2007,19(1):25-27.

[13] 钟小明,陈旭东,余鸿. 当归药理作用的研究进展[J]. 四川解剖学杂志,2007,15(1):44-46,51.

[14] 肖培根. 新编中药志[M]. 北京:化学工业出版社,2002:655.

[15] 赵洪海,王晓蕾,张可兴,等. 五味子的现代药理作用研究进展[J]. 中医药信息,2010,27(4):123-125.

(收稿日期: 2014-06-16)
(本文编辑: 董历华)