中西医结合治疗慢性心力衰竭 40 例临床研究

邱振伟¹ 王隆卉²

(1.上海中医药大学附属曙光医院,上海 200020; 2.上海市中医医院,上海 200071)

摘要 目的:观察心衰方对慢性心力衰竭患者的临床疗效及 ET、ALD、心脏超声的影响。方法:将 80 例患者随机分为 2 组,对照组 40 例采用西医常规治疗,治疗组 40 例在对照组治疗的基础上应用心衰方,2 组疗程均为 4 周。分别观察 2 组患者心功能疗效、中医证候疗效及治疗前后 ET、ALD、心脏超声等指标的变化。结果:治疗组心功能总有效率 87.5%,中医证候总有效率 90.0%,均高于对照组的 77.5%和 80.0%;治疗组 ET 水平下降较对照组显著;对心脏超声方面的影响,2 组 LEDD、LVESD 水平均显著降低,LVEF 水平提高,且治疗组优于对照组。结论:心衰方治疗慢性心力衰竭不仅有助于增强心功能,改善中医临床症状,且有助于保护血管内皮及降低血清醛固酮,改善心脏结构及提高心脏射血分数,值得临床应用。

关键词 慢性心力衰竭 中西医结合疗法 心衰方 血清内皮素 血清醛固酮 彩色超声心动图
中图分类号 R541.610.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2015)06-0038-03

慢性心力衰竭(CHF)是由于心脏结构性或功能性疾病导致的一组复杂的临床综合征,属于各种心血管疾病的终末阶段,是一种进行性病变,其 5 年存活率与恶性肿瘤相近^[1]。研究表明,血管内皮功能障碍在心力衰竭的发病过程中起着十分重要的作用,可能是慢性心力衰竭患者病情恶化的重要因素之一^[2]。近年来,笔者在常规西药治疗基础上,运用我院名老中医王左教授经验方——心衰方治疗气阳两虚、水湿内停型慢性心力衰竭,发现其能较好地保护血管内皮功能及改善心脏功能,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均来自 2010 至 2014 年上海中医药大学附属曙光医院急诊观察室及门诊,共 80 例,随机分为 2 组。治疗组 40 例:男 24 例,女 16 例;平均年龄(57.64±5.63)岁;平均病程(8.24±4.22)年;冠心病 24 例,冠心病合并高血压 16 例;心功能Ⅱ级 21 例,心功能Ⅲ级 19 例。对照组 40 例:男 22 例,女 18 例;平均年龄(58.94±4.39)岁;平均病程(7.92±4.25)年;冠心病 22 例,冠心病合并高血压 18 例;心功能Ⅱ级 22 例,心功能Ⅲ级 18 例。2 组患者一般资料比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 慢性心力衰竭及心功能分级参照中华医学会心血管病分会 2007 年《慢性心力衰竭诊断与治疗指南》^[3]中相关标准。

1.2.2 中医证候诊断标准 中医心衰病气阳两虚、水湿内停证候诊断标准参照 2002 年版《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]中相关标准拟定。主症:心悸气短、面浮肢肿、胸闷胸痛、畏寒肢冷、小便短少。次症:自汗、腹胀、烦躁。舌脉:舌质暗淡或暗红,苔白腻,脉细促或结代。

1.3 纳入标准 (1)符合 CHF 诊断标准,心功能分级属Ⅱ~Ⅲ级,且中医辨证为气阳两虚、水湿内停证;(2)年龄小于 70 岁;(3)原发病冠心病或合并高血压病者;(4)签署知情同意书,自愿接受临床试验。

1.4 排除标准 (1)妊娠或哺乳期妇女;(2)伴有急性心肌梗死、不稳定型心绞痛、二度Ⅱ型以上传导阻滞、心源性休克、致命性心律失常者,心力衰竭合并有未控制的感染,合并有肝、肾、内分泌、造血系统严重原发性疾病者;(3)因洋地黄类药物中毒导致心力衰竭症状加重者;(4)精神病患者,依从性差以及不配合检查者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗方案,包括应用 ACEI 或 ARB、利尿剂、 β -受体阻滞剂、洋地黄及硝酸酯类药物等药物治疗。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用心衰方口服。方药组成:附子 9g,生晒参 6g,白术 12g,茯苓 15g,桂枝 9g,黄芪 30g,川芎 15g,葶苈子 10g,益母草 10g,大枣 10 枚,泽泻 10g。化裁法:痰甚加半夏

6g; 浮肿甚加猪苓 10g、车前草 15g。每日 1 剂, 水煎取 200mL, 分早晚 2 次各温服 100mL。

对 2 组患者均嘱注意休息、低盐饮食、避免不良情绪刺激。2 组均以 4 周为 1 个疗程, 疗程结束后进行疗效观察。

3 疗效观察

3.1 疗效指标 (1) 中医证候改善情况: 观察心悸、气短、面浮肢肿、畏寒肢冷、小便短少、胸闷胸痛、自汗等证候变化。上述症候依据无、轻、中、重不同程度分别记为 0、1、2、3 分。(2) 实验室指标变化: 观察治疗前后血清内皮素(ET)水平、血清醛固酮(ALD)水平变化, 均分别于治疗前后清晨空腹抽取肘静脉血进行检验。其中 ET 检测采用放射免疫法, ALD 检测采用双抗体一步夹心法酶联免疫吸附试验测定。(3) 心脏超声变化: 分别于治疗前后应用彩色超声心动图检测心脏功能, 包括左心室舒张末期内径(LEDD)、左心室收缩末期内径(LVESD)及左心室射血分数(LVEF)等指标。

3.2 疗效评定标准

3.2.1 心功能疗效评定标准 依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]制定。显效: 心衰基本控制或心功能提高 2 级以上(含 2 级)者; 有效: 心功能提高 1 级, 但不足 2 级者; 无效: 心功能提高不到 1 级或者恶化。

3.2.2 中医证候疗效评定标准 依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]制定。显效: 临床症状基本或完全消失, 证候积分减少 >70%; 有效: 临床症状明显好转, 证候积分减少 30%~70%; 无效: 治疗后证候积分减少 <30%。

3.3 统计学方法 本研究所有数据均采用 SPSS17.0 软件进行处理, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 *t* 检验, 计数资料以百分率表示, 采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为有显著性差异。

3.4 治疗结果

3.4.1 心功能疗效比较 治疗组 40 例中, 显效 18 例, 有效 17 例, 无效 5 例, 总有效率 87.5%; 对照组 40 例中, 显效 7 例, 有效 24 例, 无效 9 例, 总有效率 77.5%。2 组总有效率比较具有显著性差异 ($P < 0.05$), 治疗组改善心功能的疗效优于对照组。

3.4.2 中医证候疗效比较 治疗组 40 例中, 显效 17 例, 有效 19 例, 无效 4 例, 总有效率 90.0%; 对照组 40 例中, 显效 9 例, 有效 23 例, 无效 8 例, 总有效率 80.0%。2 组总有效率比较具有显著性差异 ($P < 0.05$), 治疗组中医临床症状改善优于对照组。

3.4.3 血清 ET、ALD 水平比较 见表 1。

表 1 治疗组与对照组治疗前后血清 ET、ALD 水平比较($\bar{x} \pm s$) pg/mL

组别	例数	时间	ET	ALD
治疗组	40	治疗前	74.3±18.4	190.1±47.2
		治疗后	46.1±16.7*▲	153.5±28.9*
对照组	40	治疗前	75.1±11.3	200.3±50.6
		治疗后	75.2±11.4	156.2±46.8*

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ▲ $P < 0.01$ 。

3.4.4 心脏超声变化比较 见表 2。

表 2 治疗组与对照组治疗前后心脏超声指标变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	LEDD(mm)	LVESD(mm)	LVEF(%)
治疗组	40	治疗前	66.5±3.5	55.9±6.6	34.7±6.4
		治疗后	50.8±4.3**▲	46.8±9.2**▲	55.8±12.1**▲▲
对照组	40	治疗前	65.3±5.3	57.2±7.7	35.5±8.0
		治疗后	56.7±8.6*	49.2±6.4*	40.2±10.3*

注: 与同组治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ▲ $P < 0.05$, ▲▲ $P < 0.01$ 。

4 讨论

现代医学认为, CHF 不是单纯的血流动力学障碍, 还由于内分泌系统过度激活所致。血流动力学异常可导致血管内膜增厚及冠状动脉微血管结构功能损伤, 而神经内分泌过度激活则是 CHF 的病理基础, 其介导的心肌重构是 CHF 发生发展的分子细胞学基础和共同病理机制。ET 是由 21 个氨基酸组成的多肽物质, 是血管内皮细胞分泌的最强缩血管肽, 具有强大的缩血管及正性肌力作用; 肾素—血管紧张素—醛固酮系统活化, 作为神经内分泌激活的核心, 是促使心肌重构的关键因素。随着 CHF 病理生理及发病机制研究的不断深入, 治疗方法也由传统的“强心、利尿、扩血管”转化为“应用神经内分泌抑制剂, 阻断神经内分泌的激活, 抑制心肌重构的恶性循环”这一治疗 CHF 的新模式, 其中 ACEI 制剂是治疗的基石。

CHF 在中医学中属于“喘证”、“心衰病”范畴, 以心悸气短、难以平卧、畏寒水肿为特征, 病位在心, 与肺、脾、肾等脏关系密切。心力衰竭以气阳虚乏为发病之本, 气虚失于推动, 阳虚失于温煦, 导致脉络瘀阻, 津血互换障碍致水湿内停为关键病理环节。这与现代医学提出的多重因素导致心室重构是心力衰竭发生发展的病理机制相吻合。心衰方根据心衰病机结合现代病理, 由参附汤、葶苈大枣泻肺汤、苓桂术甘汤化裁而来。方中以附子、黄芪为君药, 附子温阳益气强心, 能挽亡阳之陷, 逐阴寒之气, 黄芪益气利水治心气虚乏之本; 生晒参益心气, 助心阳, 培元益气, 协助君药强心固肾, 用为臣药; 茯苓、白术健脾化湿, 川芎、益母

(下转第 42 页)

态及通畅性。本组 60 例患者 112 条输卵管中,显示输卵管不通畅 13 条,其中近段梗阻 8 条,造影表现为输卵管全程不显影,卵巢周围无造影剂弥散;远段梗阻 5 条,造影表现为局部不显影 3 条,局部明显囊性膨大且卵巢周围无造影剂弥散 2 条。而输卵管通畅 67 条,通而不畅 32 条,两者之和占总数的 88.4%,此部分患者多为中医药干预治疗不孕症的适应证。此前,已有大量文献报道对于通而不畅患者通过规范的中医中药治疗多可明显改善通畅性,从而提高受孕率^[7]。

《素问》曰“女子七岁,肾气盛”,“二七而天癸至……月事以时下,故有子”。肾主生殖,肾气旺盛,精血充沛,任通冲盛,两精相搏,故而受孕。此外,女子以肝为先天,肝主疏泄,条畅情志,通调男子排精与女子排卵,若素体情志不畅,易致肝气郁结,疏泄失常,则胞宫不能摄精成孕。因而,不孕症的发生与肝肾关系最为密切。本研究中肾虚组患者(肾阳虚 18 例、肾阴虚 12 例)占 50%,亦说明肾虚是造成不孕的重要原因之一。进一步对中医证型间的输卵管通畅性进行比较,得出肾虚组患者输卵管通畅性明显低于肝郁组。分析其原因可能在于肾虚组患者或因先天禀赋不足、肾元亏虚影响输卵管发育,或因后天房劳多产等损伤肾之阴阳,致正虚邪恋,抗邪无力而导致输卵管功能受损,引起通畅性减低。相对而言,肝郁组患者中输卵管造影结果多为通畅和通而不畅,究其原因可能在于此类患者平素多承受较大的社会及家庭压力,处于长期压抑、情志不畅状态,或突受精神刺激致肝失疏泄,冲任失和,胞宫不能摄精成孕,然肾气未亏,血脉尚通,一般不伴有输卵管器质性病变。借助上述结果从指导中医临床治疗角度上而言,对于临床辨证属肾虚证的不孕症患者,为排除输卵管疾患可优先行输卵管造影检查以

进一步明确病因;而对属肝郁证的患者可先行临床疏肝解郁对症处理,同时配合心理疏导,缓解心理压力,增强受孕信心。若治疗 3~6 个周期仍未受孕,则可再行输卵管造影进一步明确病因。

综上所述,经阴道三维子宫输卵管超声造影在诊断不孕症患者输卵管通畅性上具有较好的敏感性及特异性,同时输卵管通畅性与中医证型间亦存在一定相关性。但由于中医辨证分型复杂、主观性强及本组样本数据较少等原因,尚不能完全诠释输卵管通畅性与中医证型间的内在联系,下阶段需进一步扩大样本量,力求为中医药诊治该病提供更有力的依据。

参考文献

- [1] 张炜,夏和霞.输卵管性不孕的病因和流行病学.实用妇产科杂志,2011,8(27):561
- [2] 程琦,王文娜,王莎莎,等.经阴道子宫输卵管三维超声造影评价输卵管通畅性应用研究.中华临床医师杂志(电子版),2012,6(19):6086
- [3] 王莎莎.子宫输卵管超声造影.北京:军事医学科学出版社,2014:132
- [4] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第一辑).1993:276
- [5] 朱文峰.中医诊断学.北京:中国中医药出版社,2006:30
- [6] 马静丽,程琦,王莎莎,等.经阴道三维子宫输卵管超声造影的输卵管形态学分析.中国超声医学杂志,2013,29(12):1098
- [7] 陈皓,苏艳琼.中医药治疗不孕症的临床经验.湖北中医药大学学报,2013,15(4):57

第一作者:张玫玫(1979—),女,研究生学历,主治医师,主要从事妇产科疾病超声诊断工作。

通讯作者:殷立平,主任医师。yinliping003@aliyun.com。

收稿日期:2014-10-15

编辑:傅如海 岐 轩

(上接第 39 页)

草活血行气,通畅气机,葶苈子、泽泻泻肺强心利水,共为佐药;桂枝温阳通络,引领诸药入心之脉络,大枣甘温培补中焦兼以调和诸药,为使药。诸药合效则心阳复,心气充,水肿消,使湿无所聚,痰无所生,心悸气短、不能平卧、尿少水肿皆可消除。

本研究表明,在西医常规治疗基础上,应用心衰方治疗慢性心力衰竭,能显著提高患者心功能,改善中医临床症状,保护血管内皮及降低血清醛固酮,改善心脏结构,提高心脏射血分数,值得临床应用。

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.慢性心力衰竭诊断治疗指南.中华心血管病杂志,2007,35(12):1076

- [2] 黄妹芬.单硝酸异山梨酯对冠心病心力衰竭患者血管内皮功能的影响.吉林医学,2007,28(2):171
- [3] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行).北京:中国医药科技出版社,2002:79

第一作者:邱振伟(1965—),男,本科学历,主任医师,从事心脑血管病临床工作。

通讯作者:王隆卉,主任医师。zhenweiqiu@hotmail.com

收稿日期:2015-01-27

编辑:王沁凯 岐 轩