通腑泄浊法治疗兼有便秘的慢性心衰 51 例 临 床 研 究

付 达 刘 真 王 强 郝晓丹
(石家庄市中医院,河北石家庄 050051)

摘 要 目的:观察通腑泄浊法治疗兼有便秘的慢性心力衰竭患者的临床疗效及对心脏功能的影响。方法:选取兼有便秘的慢性心力衰竭患者 100 例,随机分为治疗组 51 例和对照组 49 例。对照组单纯应用常规西药治疗,治疗组在对照组基础上加用通腑泄浊中药汤剂。2 组均以 7 日为 1 个疗程,治疗 2 个疗程,观察心脏功能疗效、中医证候疗效及心脏功能相关指标的改善情况。结果:治疗组在心功能分级、左室射血分数、血浆 BNP 水平以及中医证候改善方面均优于对照组,有统计学差异($P < 0.05$)。结论:通腑泄浊法可有效改善兼有便秘的慢性心力衰竭患者的心脏功能。

关键词 慢性心力衰竭 便秘 通腑泄浊 中药复方 中西医结合疗法 心功能
中图分类号 R259.416.105 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2015)09-0030-03

心力衰竭是由于任何心脏结构或功能异常导致心室充盈或射血能力受损所致的一组复杂临床综合征,其主要临床表现为呼吸困难、乏力及液体潴留,是各种心血管疾病的严重或终末阶段。中医学有关心力衰竭的论述可见于“胸痹”、“心悸”、“怔忡”、“喘证”、“痰饮”、“水肿”等病症中,病机多主张本虚标实,因气虚血瘀、阳虚水停致病,治则多以温阳利水及益气活血为主。近年来,笔者在充分总结临床治疗心衰病经验基础上,从中医整体观念出发,结合中医三焦理论,认为本病的病机关键是心气(阳)虚衰、三焦壅塞、水气运行不畅,临证以通利三焦作为“心衰病”的治疗法则,尤其应用通腑泄浊法通利下焦治疗慢性心力衰竭兼有便秘的患者,每可获取良效,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均为 2014 年 1 月至 12 月期间我院住院患者,共 100 例,随机分为 2 组。治疗组 51 例:男 26 例,女 25 例;平均年龄(64.6±4.5)岁;原发病为冠心病者 24 例,肺源性心脏病者 13 例,高血压性心脏病者 14 例。对照组 49 例:男 25 例,女 24 例;平均年龄(64.5±5.3)岁;原发病为冠心病者 23 例,肺源性心脏病者 12 例,高血压性心脏病者 14 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 心力衰竭诊断参照 2007 年《慢性

心力衰竭诊断治疗指南》^[1]相关诊断标准;心功能分级采用 1928 年美国纽约心脏病学会(NYHA)心功能分级标准为 II、III、IV 级的患者。便秘诊断参照罗马 III 标准^[2]:除外肠道或全身器质性病因以及药物因素所致的便秘,诊断之前症状出现至少 6 个月,且近 3 个月症状符合以下诊断标准:(1)具备以下 2 个或 2 个以上症状:①>1/4 的时间有排便费力;②>1/4 的时间有粪便呈团块或硬结;③>1/4 的时间有排便不尽感;④>1/4 的时间有排便时肛门阻塞感或肛门直肠梗阻;⑤>1/4 的时间有排便需要用手法协助;⑥>1/4 的时间有每周排便<3 次。(2)不应用泻药时很少出现稀便。(3)不符合肠易激惹综合征的表现。

1.3 排除标准 合并有严重肝肾疾患、低血压(收缩压<90mmHg,舒张压<60mmHg)或心率持续低于 60 次/min 者、急性左心衰竭、过敏体质者。

2 治疗方法

2.1 对照组 按照《年中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014》^[3]推荐,给予利尿剂、神经内分泌抑制剂(ACEI 或 ARB、醛固酮受体拮抗剂)、β-受体阻滞剂、正性肌力药物、血管扩张剂等常规治疗。临证中可根据病情的不同程度酌情调整治疗方案,但需坚持指南指导的药物治疗。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加服通腑泄浊中药治疗。方药组成:厚朴 20g,枳实 15g,瓜蒌 20g,

基金项目:河北省中医药管理局科研计划项目(2013963)

炒槟榔 15g,郁李仁 15g,麦芽 15g,大黄 6~9g。化裁法:气虚者加黄芪 30g,党参 10g;阳虚者加附子 9g,肉苁蓉 30g;阴虚者加玄参 15g,生地 15g,麦冬 15g。每日 1 剂,水煎取 400mL,分 4 次服用。

药后大便通畅,同时大便 1~2 次/d 为通腑达标;大便少于 1 次/d 者,加大黄 6~9g(冲服);药后大便超过 2 次/d 者,停用中药 1d。

2 组患者均以 7 天为 1 个疗程,治疗 2 个疗程后进行疗效观察。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)临床症状变化:参照《中药新药临床

床研究指导原则(试行)》中心力衰竭“症状分级量化表”^{[4]77},将中医证候积分按照无、轻、中、重分级分别记为 0、2、4、6 分。记录 2 组治疗前后水肿、气喘、腹胀等中医证候积分并比较。(2)心脏功能变化:记录 2 组治疗前后心功能分级、血浆 BNP 水平及心脏彩超每搏输出量(SV)、左心室射血分数(EF)指数等。(3)安全性监测:2 组治疗前后分别检测平静状态的血压、心率、电解质、肝肾功能、血、尿、粪常规,同时记录不良事件,进行安全性评价。

3.2 疗效评定标准

3.2.1 心功能疗效评定标准 显效:心功能提高 2 级以上或达正常;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 级者;恶化:心功能恶化 1 级或 1 级以上者。^{[4]83}

3.2.2 中医证候疗效评定标准 显效:主次症基本或完全消失,治疗后证候积分为 0 或减少 $\geq 70\%$;有效:治疗后证候积分减少 $\geq 30\%$;无效:治疗后证候积分减少不足 30%;加重:治疗后积分超过治疗前积分。^{[4]84}

3.3 统计学方法 全部数据均采用 SPSS13.0 统计软件进行统计分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用 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 见表 1。2 组疗效比较治疗组明显优于对照组($P < 0.05$)。

表 1 治疗组与对照组心功能疗效比较 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	恶化	总有效率(%)
治疗组	51	23(45.10)	24(47.06)	4(7.84)	0(0)	92.16*
对照组	49	16(32.65)	22(44.90)	11(22.45)	0(0)	77.55

注: * 与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3.4.2 中医证候疗效比较 见表 2。2 组比较治疗

组明显优于对照组($P < 0.05$)

表 2 治疗组与对照组中医证候疗效比较 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	加重	总有效率(%)
治疗组	51	25(49.02)	23(45.10)	3(5.88)	0(0%)	94.12*
对照组	49	19(38.78)	18(36.73)	12(24.49)	0(0%)	75.51

注: * 与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3.4.3 心功能指标比较 见表 3。

表 3 治疗组与对照组治疗前后心功能指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	BNP(ng/L)		SV(mL)		LVEF(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	51	334.65 $\pm$ 68.50	98.50 $\pm$ 68.10*	45.27 $\pm$ 4.55	57.15 $\pm$ 4.50*	48.5 $\pm$ 3.80	59.2 $\pm$ 4.52*
对照组	49	335.65 $\pm$ 69.12	135.65 $\pm$ 66.33	45.35 $\pm$ 4.60	50.55 $\pm$ 3.75	49.1 $\pm$ 3.60	52.7 $\pm$ 4.35

注: * 与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

3.4.4 安全性检测 治疗前后 2 组患者进行血、尿、粪常规及肝肾功能检测均未见明显异常。

4 讨论

《素问·灵兰秘典论》指出,心为“君主之官”,为五脏六腑之大主,心动则五脏六腑皆摇。我们认为心衰病病机为本虚标实,本虚为心气(阳)虚,心肺同居上焦,心病则影响肺的宣发肃降、通调水道,可见咳、喘、肿等诸症;再者心与脾属于“火生土”、“母与子”的关系,心阳旺盛,则脾阳得助,心衰引起心阳亏虚不能温运脾土,影响脾的运化、升清、充养四肢及胃的收纳腐熟、降浊功能,中焦清阳不升、浊阴不降,而见头晕、乏力、脘腹胀满诸症;心与肾必须水火相济,肾阳方能得心阳之助而化气行水,心衰心阳亏虚,将影响肾的化气行水功能,且影响大肠传导、小肠泌别清浊及膀胱气化功能,出现大便不通、尿少肢肿等下焦不利症状。心气(阳)亏虚可至五脏六腑皆病、三焦壅塞不通,故我们认为这是“心衰病”的根本病机所在。心衰病其病位已不完全在心,而在三焦,涉及五脏六腑。三焦作为六腑之一,以通为用,因此,补益心气(阳)是治疗心衰病的基础,而通利三焦、行气利水是控制心衰病发展的关键。

便秘是指大肠传导功能失常,导致大便秘结、排便周期延长;或周期不长,但粪质干结难排。《诸病源候论·大便难候》曰:“大便难者,由五脏不调、阴阳偏有虚实,谓三焦不和则冷热并结故也。”故可知便秘是脏腑功能失调、阴阳失衡形成的病理产物,其阻滞三焦水、气的运行,从而导致心衰病的缠绵反复,久治不愈。故通畅大便可使三焦通利,五脏皆平,也正是《素问·标本病传论》中“小大不利治其标,小大利治其本”含义的体现。而便秘又有虚秘、实秘之分,实者多为邪热、寒积、气滞,虚者多为阴阳气血不足。

桃红四物汤联合曲美他嗪治疗 2 型糖尿病心肌病变 阴虚血瘀证 30 例临床研究

于一江¹ 周冬梅² 李伟²

(1.徐州医学院,江苏徐州 221002; 2.徐州医学院附属医院,江苏徐州 221002)

摘要 目的:观察桃红四物汤联合曲美他嗪对 2 型糖尿病阴虚血瘀证患者心肌病变及脂联素、TNF- α 及 TGF- β 1 的影响。方法:选择 60 例患者,随机分为 2 组,2 组患者均进行生活方式干预及常规降糖药物治疗。对照组 30 例,单纯予曲美他嗪口服;治疗组 30 例,在对照组治疗基础上加用桃红四物汤口服。2 组均以 4 周为 1 个疗程,治疗 5 个疗程后观察并比较临床疗效、FBG、HbA1c、炎性细胞因子脂联素、TNF- α 及 TGF- β 1 水平的变化。结果:治疗组总有效率 83.3%,明显高于对照组的 50.0%;治疗组较对照组更能显著降低 FBG、HbA1c;治疗组较对照组能显著升高血清脂联素水平及降低血清 TNF- α 以及 TGF- β 1 水平。结论:桃红四物汤联合曲美他嗪可以显著改善 2 型糖尿病阴虚血瘀证的临床表现和心电图变化,其作用机制除了与血糖控制有关外,还可能与调节炎性细胞因子脂联素、TNF- α 及 TGF- β 1 水平的表达有关。

关键词 桃红四物汤 2 型糖尿病 心肌病变 炎性细胞因子 阴虚血瘀 曲美他嗪

中图分类号 R587.205 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2015)09-0032-03

糖尿病心肌病变(DCM)是在 1972 年由 Rubler 等首次提出,是由于糖尿病而引起的心肌组织代谢和结构紊乱,而非由于冠状动脉的供血障碍所致,与血管及瓣膜的病理改变无关,是一种独立的糖尿病并发症^[1],且与糖尿病患者心血管疾病的高发生率和高死亡率密切相关。目前认为 DCM 的发病可能包括以下几个方面:如心肌细胞的代谢障

碍、心肌细胞凋亡以及功能的变化、小血管病变、自主神经功能异常、胰岛素抵抗及细胞因子异常等。由于该病机理尚未完全阐明,临床缺少有效的治疗药物,给治疗带来诸多困难。本研究采用经典名方桃红四物汤联合曲美他嗪治疗 2 型糖尿病患者 30 例,重点观察对心肌病变的影响并探讨其可能的作用机制,旨在为糖尿病心肌病变的临床治疗探索一

笔者在多年临床实践中发现,心衰病人因活动受限、乏力、年高等客观因素影响,伴有大便困难者占有很大的比率。依据上述理论,对心衰病兼有便秘症状的患者以通腑泄浊法通利下焦为治则进行临床研究,取得了良好的效果。通腑泄浊方以厚朴三物汤为主方,厚朴、枳实、大黄三味药组成,加入槟榔助厚朴行气导滞、瓜蒌助枳实通下泄浊,加之麦芽消食除满、郁李仁润肠利水。诸药相合,使气滞通畅,实积消除,大便通而小便自利,二便通则腑气通,腑气通则三焦畅,从而令肿消气平,有效改善心衰症状。气虚便秘者大肠传导无力,加黄芪、党参以助益气通便之功;阳虚便秘者凝阴固结,大便不通,加附子、肉苁蓉以助温阳填精通便之功;阴虚者津血亏虚,大肠失荣,加玄参、生地、麦冬以助养阴生津之功。在临床应用时随证加减,严格掌握通利达标标准,则邪实可去,正气兼顾,进而验证了心

衰病心气(阳)虚衰、三焦壅塞、水气运行不畅而发病的相关理论的正确性及科学性。

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. 中华心血管杂志, 2007,35:1076
- [2] 方秀才. 中国慢性便秘的诊治指南(2007,扬州). 中华消化杂志, 2007,27(9):620
- [3] 中华医学会心血管病学分会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014. 中华心血管杂志, 2014,42(2):98
- [4] 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

第一作者:付达(1982—),男,医学硕士,主治医师,从事中西医结合治疗心血管疾病临床研究。
fuda21@126.com

收稿日期:2015-04-14

编辑:王沁凯 岐 轩