

基础治疗联合“真武强心汤”治疗老年慢性心力衰竭43例临床研究

朱媛媛¹ 李 侠² 赵 莉² 韩 锦²

(1. 西安交大医学院附属市九院, 陕西西安 710054; 2. 西安交通大学第二附属医院, 陕西西安 710004)

摘 要 目的:探讨基础治疗联合真武强心汤治疗老年慢性心力衰竭的临床疗效。方法:将86例老年慢性心力衰竭患者随机分为治疗组和对照组,每组43例。对照组予常规治疗,治疗组在对照组基础上联合中药汤剂真武强心汤治疗。比较2组患者治疗前后心功能指标、生活质量评分等,并评估临床疗效。结果:治疗组总有效率为93.02%,明显优于对照组的72.09% ($P<0.05$);2组治疗后6min步行试验距离均较治疗前明显增加 ($P<0.05$),且治疗组步行距离明显大于对照组 ($P<0.05$);2组治疗后生活质量评分均较治疗前明显降低 ($P<0.05$),且治疗组评分明显低于对照组 ($P<0.05$);2组治疗后左室舒张末期内径(LVEDD)、左室收缩末期内径(LVESD)均较治疗前均明显降低 ($P<0.05$),左心室射血分数(LVEF)均较治疗前明显增高 ($P<0.05$),且治疗组各项心功能指标改善情况均明显优于对照组 ($P<0.05$)。结论:基础治疗联合真武强心汤治疗老年慢性心力衰竭有效,可改善患者心功能指标,缓解心衰症状,提高运动耐力及生活质量,值得临床推广应用。

关键词 老年人;心力衰竭;真武强心汤;中西医结合疗法;心功能;生活质量

中图分类号 R541.610.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2019) 12-0035-03

心力衰竭是由于心脏收缩功能或(和)舒张功能发生障碍后影响静脉回心血排出,血液淤积后造成动脉系统血液灌注不足,从而形成的心脏循环障碍症候群,也是多种心血管疾病的终末表现^[1-2]。临床常见的心衰患者多为老年人,心血管系统增龄性改变及心肌收缩力降低等多种因素是促使老年心衰患者致死、致残的主要原因^[3]。目前临床常用抗心衰药物常存在不同程度的负性变力作用及脏器毒副作用。近年来我们临床采用基础治疗联合真武强心汤治疗老年慢性心力衰竭患者取得较好疗效,现将相关研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院2018年1月至2019年1月病房收治的老年慢性心力衰竭患者86例,采用随机数字表法分为治疗组和对照组,每组43例。治疗组男29例,女14例;年龄60~81岁,平均年龄(67.62 ± 4.19)岁;平均病程(1.44 ± 0.45)年;其中心功能Ⅱ~Ⅲ级25例,Ⅳ级18例。对照组男30例,女13例;年龄60~79岁,平均年龄(68.21 ± 3.98)岁;平均病程(1.47 ± 0.67)年;其中心功能Ⅱ~Ⅲ级26例,Ⅳ级17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 诊断及分级标准 参照《急性心力衰竭的诊治进展:2016ESC急性心力衰竭诊断和治疗指南》^[4]中相关内容拟定。

1.3 纳入标准 符合上述慢性心力衰竭诊断标准者;心衰分级Ⅱ~Ⅳ级者;年龄60周岁以上,性别不限;签署知情同意书者。

1.4 排除标准 急性心力衰竭者;急性肺栓塞、呼吸衰竭、慢性阻塞性肺疾病等引起呼吸困难者;近期出现急性心肌梗死、急性冠脉综合征者;甲状腺功能亢进者;近1个月内行血管重建或手术治疗瓣膜病者。

2 治疗方法

2.1 对照组 予慢性心力衰竭基础治疗。包括使用常规降压、降糖、降脂药控制患者血压、血糖、血脂水平,根据患者病情使用强心剂、利尿剂等对症治疗,并指导适当进行康复运动。

2.2 治疗组 在对照组基础上联合真武强心汤治疗,药物组成:生黄芪30g、薏苡仁30g、丹参20g、白术15g、煅牡蛎15g(先煎)、红参15g、茯苓15g、炮附子10g、桂枝10g、炙甘草10g。水煎服,早晚2次温服。

2组均治疗1个月后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 6min步行试验 治疗前后在医师监护下要求2组患者在平直的路段尽可能快的行走,测定6min的步行距离,此指标能有效评估中、重度心肺疾病患者的功能状态,也是患者生存率的预测指标之一^[5]。

3.1.2 生活质量评分 治疗前后使用明尼苏达心衰生活质量评分量表对2组患者生活质量进行评分,总分0~105分,共有21个条目,包括体力、社会、情绪和经济方面的限制性项目,其中8个问题主要与呼吸困难和疲劳有关,涉及体力方面的估测,5个问题主要与情绪有关,涉及情绪方面的估测^[6]。

3.1.3 心功能指标 治疗前后使用飞利浦5500型彩色多普勒超声检测仪检测2组患者心功能指标左室舒张末内径(LVEDD)、左室收缩末期内径(LVESD)、左心室射血分数(LVEF)。

3.1.4 心衰症状 治疗前后参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]中心力衰竭症状分级量化表对2组患者心衰症状进行评估。

3.2 疗效判定标准 显效:心衰症状消失或明显改善,心功能分级改善 ≥ 2 级;有效:心衰症状有改善,心功能分级改善 ≥ 1 级;无效:心衰症状及分级无改善甚至加重。

3.3 统计学方法 使用SPSS 19.0对数据进行统计学分析处理,计数资料使用(%)表示,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较使用 χ^2 或 t 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者临床疗效比较 见表1。

表1 治疗组与对照组临床疗效比较					
组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	43	26	14	3	93.02 [#]
对照组	43	21	10	12	72.09

注:与对照组比较,[#] $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组患者治疗前后6min步行距离及生活质量评分比较 见表2。

表2 治疗组与对照组治疗前后6min步行距离及生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	例数	6min步行距离(m)		生活质量评分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	43	316.38 $\pm$ 68.52	451.59 $\pm$ 73.46 [#]	67.84 $\pm$ 13.24	50.16 $\pm$ 10.33 [#]
对照组	43	320.17 $\pm$ 69.11	408.54 $\pm$ 70.34 [*]	68.11 $\pm$ 13.46	61.24 $\pm$ 11.90 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P < 0.05$ 。

3.4.3 2组患者治疗前后心功能指标比较 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	时间	LVEDD(mm)	LVESD(mm)	LVEF(%)
治疗组	43	治疗前	57.87 $\pm$ 6.68	46.71 $\pm$ 5.16	0.38 $\pm$ 0.05
		治疗后	46.62 $\pm$ 4.81 [#]	38.05 $\pm$ 3.81 [#]	0.48 $\pm$ 0.06 [#]
对照组	43	治疗前	57.91 $\pm$ 7.06	46.67 $\pm$ 5.11	0.37 $\pm$ 0.05
		治疗后	51.36 $\pm$ 5.67 [*]	42.29 $\pm$ 4.22 [*]	0.43 $\pm$ 0.05 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P < 0.05$ 。

4 讨论

慢性心力衰竭是一种自发进展性疾病,患者存在一定的心脏结构和/或功能异常,从而造成心室舒张和/或收缩功能障碍,是各种器质性心脏病的终末期并发症。慢性心力衰竭归属于中医学“胸痹”“心悸”“怔忡”等范畴,病机关键在于心气阳虚,瘀血内停。心气虚是心力衰竭的最初发展阶段,心气亏虚则血液循环障碍,临床表现为心悸、气短、倦怠乏力、动则尤甚等一系列心气虚症状,心阳虚则是在心气虚基础上的进一步发展。治疗上应以强心益气、温阳滋补的药物为主。真武强心汤是我们科室治疗慢性心理衰竭的常用方,是在真武汤基础上加味而来,加强了其益气利水之效,方中附子强心温阳;红参大补元气;黄芪、白术、炙甘草补肺健脾,配合茯苓、薏苡仁利水消肿;佐以丹参活血祛瘀,桂枝通阳化气利水,白术养血敛阴,煅牡蛎收敛潜降,宁心安神。诸药合用,共奏益气温阳、活血利水之功。

本研究结果显示,治疗组总有效率为93.02%,明显优于对照组的72.09%($P < 0.05$);2组治疗后6min步行试验距离均较治疗前明显增加($P < 0.05$),且治疗组步行距离明显大于对照组($P < 0.05$);2组治疗后生活质量评分均较治疗前明显降低($P < 0.05$),且治疗组评分明显低于对照组($P < 0.05$);2组治疗后LVEDD、LVESD均较治疗前均明显降低($P < 0.05$),LVEF均较治疗前明显增高($P < 0.05$),且治疗组各项心功能指标改善情况均明显优于对照组($P < 0.05$)。表明基础治疗联合真武强心汤治疗老年心力衰竭有效,可改善心功能,缓解心衰症状,提高患者运动耐量及生活质量。下一步拟进一步研究其具体作用机制,并进行长期随访观察。

参考文献

- [1] 中国医师协会急诊医师分会,中国心胸血管麻醉学会急救与复苏分会.中国急性心力衰竭急诊临床实践指南(2017)[J].中华急诊医学杂志,2017,26(12):1347.
- [2] 中华医学会心血管病学分会.慢性心力衰竭诊断治疗指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(12):1093.

中西医结合治疗扩张型心肌病慢性心力衰竭 32 例临床研究

帅凤俊¹ 王道成² 闻婷³ 严士海⁴ 孙有胜² 王国平² 薛刚²
鲁月凤² 胡刚³ 李七一⁴

(1. 江都滨江人民医院, 江苏扬州 225200; 2. 扬州市中医院, 江苏扬州 225009;
3. 扬州大学, 江苏扬州 225009; 4. 江苏省中医院, 江苏南京 210029)

摘要 目的: 观察芪参益气活血方配合常规西药治疗扩张型心肌病 (DCM) 慢性心力衰竭气虚血瘀证的临床疗效。方法: 选取 64 例患者, 随机分为治疗组与对照组各 32 例。对照组给予常规西药治疗, 治疗组在对照组基础上加用芪参益气活血方口服。比较 2 组患者治疗前后心脏左室射血分数 (LVEF)、左室收缩末内径 (LVESD)、左室舒张末内径 (LVEDD)、心功能分级、血浆氨基末端脑钠肽前体 (NT-proBNP) 及中医证候积分的变化。结果: (1) 治疗组心功能分级疗效总有效率为 90.63%, 明显高于对照组的 78.13% ($P < 0.05$); (2) 治疗组中医证候疗效总有效率 87.50%, 明显高于对照组的 62.50% ($P < 0.05$); (3) 2 组均能明显升高 LVEF, 降低 LVESD、LVEDD 及血浆 NT-proBNP 水平 ($P < 0.05$, $P < 0.01$), 且治疗组均明显优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 芪参益气活血方配合常规西药治疗扩张型心肌病慢性心力衰竭气虚血瘀证疗效确切, 能明显改善中医临床症状, 通过提高 LVEF 值, 降低 LVESD、LVEDD 及血浆 NT-proBNP 水平, 显著改善患者心功能分级, 值得推广应用。

关键词 扩张型心肌病; 芪参益气活血方; 慢性心力衰竭; 中西医结合疗法; 气虚血瘀; 心功能

中图分类号 R542.205 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2019) 12-0037-03

基金项目 全国名老中医药传承工作室建设项目——国家中医药管理局中医药科学技术研究专项 (04-05-LP25); 江苏省卫生和计划生育委员会专项课题 (Z201620)

扩张型心肌病 (DCM) 是一类异质性心肌病, 常以心室扩大伴收缩功能减退为特征, 且病因不明, 大多发病后 5~10 年生存率仅为 25%~50%^[1], 而西医目前尚无特效治疗方法。中医药治疗 DCM 具有独特优势, 而中西医结合治疗更是在改善预后方面疗效明显。近年来, 笔者在西医常规治疗的基础上采用导师李七一教授经验方——芪参益气活血方治疗扩张

型心肌病慢性心力衰竭气虚血瘀证患者 32 例, 取得满意疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均来自 2015 年 2 月至 2018 年 5 月期间扬州市中医院心内科住院或门诊患者, 共 64 例, 采用随机数字表法分为 2 组。治疗组 32 例: 男 21 例, 女 11 例; 平均年龄 (48.19 ± 9.66)

- [3] CUI X N, ZHANG J, LI Y B, et al. Effects of qili qiangxin capsule on AQP2, V2R, and AT1R in rats with chronic heart failure[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2015, 2015: 6.
- [4] 田朝伟, 陈晓辉. 急性心力衰竭的诊治进展: 2016 ESC 急性心力衰竭诊断和治疗指南[J]. 中华急诊医学杂志, 2016, 25 (7): 856.
- [5] 张萍. 6 分钟步行试验[J]. 临床心电学杂志, 2007, 16 (3): 236.
- [6] 奚悦文, 范维琥. 明尼苏达心力衰竭生活质量调查表适用性的评价[J]. 上海医学, 2004, 27 (4): 222.

- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 81.

第一作者: 朱媛媛 (1985—), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向为冠心病和心力衰竭的诊疗。

通讯作者: 韩锦, 医学硕士, 主治医师。
hanjin-1123@163.com

收稿日期: 2019-05-23

编辑: 强雨叶