

参附强心汤治疗阳虚血瘀型心力衰竭 36 例疗效观察^{*}

李红英, 陈少军, 马友合, 王万卷

(北京市怀柔区中医医院, 北京 101400)

[摘 要] 目的: 观察参附强心汤联合西药治疗阳虚血瘀型心力衰竭的临床疗效。方法: 选择心衰患者 72 例, 随机分为治疗组与对照组各 36 例, 2 组均采用西医常规治疗方案, 治疗组在此基础上加用中药参附强心汤治疗, 2 组均以 4 周为 1 个疗程, 观察两组临床症状、心功能改善情况, 并进行超声心动图检查。结果: 治疗组临床疗效明显优于对照组, 且治疗过程中未发生任何不良反应。经统计学处理, 差异有显著性。结论: 在常规西药治疗的基础上加服参附强心汤治疗阳虚血瘀型心力衰竭的疗效优于单纯西医治疗。

[关键词] 参附强心汤; 阳虚血瘀型; 心力衰竭

中图分类号: R256.22 文献标志码: A 文章编号: 1000-2723(2012)06-0035-03

慢性心力衰竭 (CHF) 是一种由各种心脏疾病导致心功能不全的复杂临床综合征, 是各种心脏疾病终末阶段的临床表现, 属中医学惊悸、怔忡、喘证、水肿、痰饮等范畴。本研究通过观察参附强心汤对 36 例阳虚血瘀型心力衰竭患者临床症状、生活质量、超声心动图及心功能分级等指标的变化, 评价参附强心汤治疗的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

72 例 CHF 患者均为我院 2008 年 5 月 ~ 2011 年 4 月心内科住院及门诊病例, 按随机分为治疗组和对照组。治疗组 36 例, 其中男性 19 例, 女性 17 例, 平均年龄 (59.14 ± 9.36) 岁, 平均病程 (5.84 ± 3.64) 年。对照组 36 例, 其中男性 18 例, 女性 18 例, 平均年龄 (59.46 ± 8.98) 岁, 平均病程 (5.92 ± 4.23) 年。两组在病情、病程, 以及治疗前一般体检项目如心率、血压、NYHA 心功能分级、心电图、实验室指标及中医舌象、脉象等均无显著差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

心衰诊断标准参照中华医学会 2007 年颁布的“慢性心力衰竭的诊断治疗指南”。

1.2.2 中医诊断标准

参照《实用中西医结合内科学》慢性心力衰竭诊断标准^[1]。

1.3 纳入标准

符合心衰诊断标准及中医辨证标准、心功能分级 II ~ III 级 (按 NYHA 分级^[2])、年龄在 30 ~ 75 岁、符合中医阳虚血瘀水停证候和知情同意愿受试者。

1.4 排除病例标准

心功能 I 级或 IV 级者; 非冠心病引起的心衰, 伴有心源性休克、心律失常、传导阻滞、心动过缓 (< 60 次/min)、急性心梗的患者, 心衰合并未控制的感染; 合并严重的肺、肝、肾功能障碍, 内分泌系统及造血系统等严重原发性疾病者; 血压 $\geq 180/110$ mmHg (24.0/14.7 kPa) 或未控制好的高血压, 需加用相关药物者; 因洋地黄中毒所导致的心衰症状加重者。

1.5 疗效标准

参照 2002 年 5 月第一版《中药新药临床研究指导原则》中“中药新药治疗心力衰竭的临床研究指导原则”制定^[3]。

1.5.1 心功能疗效判定标准

显效: 心功能达到 I 级或心功能提高 2 级; 有效: 心功能提高 1 级以上, 但不足 2 级者; 无效: 心功能分级无变化或恶化。

* 收稿日期: 2012-04-23 修回日期: 2012-05-28

作者简介: 李红英 (1970 ~), 女, 北京人, 副主任医师, 研究方向: 心血管内科。

1.5.2 中医证候疗效判断标准

显效：临床主要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，证候积分减少在 30% ~ 70%；无效：治疗后证候积分减少 <30%。

1.6 治疗方法

两组基础治疗相同，均给予低盐饮食，卧床休息，必要时吸氧。

对照组：常规应用洋地黄制剂、利尿剂、ACEI 类、醛固酮拮抗剂、血管扩张剂等。

治疗组：在对照组治疗方法基础上，加服参附强心汤（处方组成：红参 6g，黄芪 30g，制附子 15g，肉桂 10g，丹参 30g，桃仁 10g，红花 20g，水蛭 6g，川芎 10g，三七 10g，泽兰 30g，益母草

30g，葶苈子 20g、枳实 10g、茯苓 30g，炙甘草 10g），肝脾肿大者加鳖甲、三棱、莪术；脘腹胀满者加陈皮、厚朴；浮肿尿少者加冬瓜皮、大腹皮。水煎取汁 300mL，分 2 次服用，1 剂/日，两组 4 周为 1 个疗程，每 2 周复诊一次，每 2 周记录一次。

1.7 统计学处理

采用 SPSS12.0 统计软件进行分析。计量资料用 t 检验，计数资料用 χ^2 检验，等级资料采用秩和检验。

2 结果

2.1 两组患者基线比较

治疗前，比较两组患者性别、年龄、疗前心功能、量化积分和生活质量积分以及病情程度等差异均无显著性意义（ $P>0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者基线比较 ($\bar{x} \pm s$)

组 别	性别 男(例,%)	年龄 (岁)	疗前 心功能	疗前量 化积分	疗前生活 质量积分	病情程度	
						Ⅱ级(例,%)	Ⅲ级(例,%)
治疗组	19(52.78)	59.14 ± 9.36	35.95 ± 7.76	15.14 ± 3.39	52.07 ± 11.76	17(47.22)	19(52.78)
对照组	18(50.0)	59.46 ± 8.98	38.54 ± 6.68	16.23 ± 4.45	52.43 ± 10.14	16(44.44)	20(55.56)

两组患者基线比较经秩合检验 $P>0.05$

2.2 两组患者治疗前后超声心动图测量值比较

治疗后，治疗组 SV、CO、CI、LVEF 等较治

疗前有明显改善（ $P<0.01$ ），治疗组优于对照组（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者治疗前后超声心动图测量值变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组	别	n	SV (mL)	CO (L/min)	CI	LVEF (%)
治疗组	治疗前	36	41.36 ± 3.13	3.41 ± 0.32	1.87 ± 0.15	40.26 ± 5.18
	治疗后	36	57.13 ± 3.62 ²⁾³⁾	4.32 ± 0.37 ²⁾³⁾	2.39 ± 0.18 ²⁾³⁾	50.72 ± 8.64 ²⁾³⁾
对照组	治疗前	36	40.96 ± 3.24	3.37 ± 0.54	2.16 ± 0.12	40.73 ± 5.54
	治疗后	36	53.34 ± 3.31 ²⁾	3.90 ± 0.47 ¹⁾	2.23 ± 0.11 ¹⁾	47.40 ± 6.71 ²⁾

与本组治疗前比较，1) $P<0.05$ ，2) $P<0.01$ ；与对照组治疗后比较，3) $P<0.05$

2.3 两组患者治疗前后心功能改善情况比较

治疗后，治疗组心功能改善总有效率为 86.11%，对照组总有效率为 66.67%，治疗组的疗效优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 两组患者治疗前后心功能改善情况比较

例 (%)					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	36	16 (44.44)	15 (41.67)	5 (13.89)	31 (86.11) ¹⁾
对照组	36	11 (30.56)	13 (36.11)	12 (33.33)	24 (66.67)

与对照组比较，1) $P<0.05$

2.4 两组患者治疗前后中医证候疗效比较

治疗后, 治疗组中医证候疗效总有效率为 91.67%, 对照组总有效率为 61.12%, 治疗组的疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后中医证候疗效比较 ($\bar{x} \pm s$)

		例 (%)			
组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	36	19 (52.78)	14 (38.89)	3 (8.33)	33 (91.67) ¹⁾
对照组	36	11 (30.56)	11 (30.56)	14 (38.89)	24 (61.12)

与对照组比较, 1) $P < 0.01$

2.5 两组患者综合疗效比较

治疗后, 治疗组综合疗效总有效率为 91.67%, 对照组总有效率为 77.78%, 治疗组的疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 5 两组综合疗效比较表

		例 (%)			
组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	36	17 (47.22)	16 (44.44)	3 (0.83)	33 (91.67) ¹⁾
对照组	36	13 (36.11)	15 (41.67)	8 (22.22)	28 (77.78)

与对照组比较, 1) $P < 0.05$

3 讨论

笔者根据其临床症状和体征, 将本病的基本病机归纳为心脾阳虚为其本, 血瘀水停为其标, 气虚则无以行血, 血行不利则为水, 瘀血痹阻心脉, 水停胸中故而出现心悸、胸痛、气喘、浮肿、少尿、紫绀等症状, 治疗上采用益气助阳, 祛瘀通络, 活血利水为法则, 扶正祛邪, 通补兼施。本方取黄芪、红参补益心气, 使气旺血行, 活血祛瘀而不伤正气; 附子温肾助阳; 丹参、桃仁、红花、三七活血化瘀; 川芎为血中气药; 益母草、泽兰行血利水; 水蛭活血逐瘀, 散结通络; 葶苈子泄肺利水; 茯苓健脾渗湿; 甘草缓急止痛, 调和诸药。诸药合用, 可达益气助阳, 活血利水, 祛瘀通络之效, 而无耗气伤血之弊, 使气血通畅, 诸症自除。

现代药理研究表明, 红参的人参皂苷具有非洋

地黄正性肌力作用, 加强心肌收缩力, 增强心排血量, 同时减慢心率, 降低外周血管阻力, 减少心脏负荷, 增加心排血量而不增加心肌耗氧量, 且有清除氧自由基、抑制脂质过氧化物、改善心肌缺血缺氧状态、保护心肌作用^[4]。黄芪主要含有黄芪皂甙Ⅳ、黄酮、黄酮类、氨基酸、多糖及微量元素等, 具有明显的增加心肌收缩力, 保护心肌细胞、抗缺氧、能扩张血管、增加心肌血流灌注量、降低血小板粘附率, 改善心功能作用; 可降低肺动脉压和肺循环阻力^[5]; 葶苈子含有强心苷样物质, 能强心利尿; 附子能兴奋心脏 β -受体, 增强心肌收缩力, 有明显的强心作用; 益母草、泽兰能扩张血管, 增加外周及冠脉血流量, 利尿, 改善心功能; 三七、水蛭、红花、川芎等活血化瘀药具有抑制血小板聚集, 降低血黏度, 增强纤溶活性, 抗动脉粥样斑块形成, 改善血流变作用, 枳实亦有强心作用^[6]; 肉桂含挥发油, 主要为桂皮醛及桂皮油等, 桂皮油具有健胃强心利尿作用; 丹参含丹参酮和隐丹参酮等, 能扩张冠状动脉, 增加冠脉血流量增加心脏收缩力, 有心肌钙通道阻滞剂作用^[7]; 茯苓中含有大量钾盐, 利尿又不丢钾。

临床观察表明, 在西医常规治疗的基础上, 加用中药参附强心汤治疗, 可在短期内改善患者症状, 并能改善远期疗效, 有效改善患者心功能, 提高生活质量。

[参考文献]

[1] 陈可冀. 实用中西医结合内科学 [M]. 北京: 北京医科大学. 中国协和医科大学联合出版社, 1998.

[2] 叶任高, 陆再英. 内科学 [M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 165-174.

[3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 77-85.

[4] 魏群, 周萍. 参脉注射液治疗充血性心力衰竭 50 例 [J]. 中国中西医结合杂志, 2000, 20 (1): 30.

[5] 朱伯卿. 黄芪注射液对心脏正性肌力的研究 [J]. 上海中医杂志, 1987, 11 (1): 47.

[6] 翁维泉. 34 种传统活血化瘀药对血液流变性作用的比较研究 [M]. 北京: 学苑出版社, 1990: 11.

[7] 陈可冀. 活血化瘀药代学药理与临床 [M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1995: 60-62.

(编辑: 岳胜难)