

苓桂术甘汤治疗充血性心力衰竭随机对照试验之 Meta 分析*

黄丽芳, 陈 明[△]

(北京中医药大学基础医学院, 北京 100029)

摘要: **目的** 在具有相同研究内容及目的基础上将苓桂术甘汤及中西医结合治疗充血性心力衰竭的随机对照试验文献资料分类, 共分为 3 组; 采用 RevMan 基础 Meta 分析研究 3 组治疗充血性心力衰竭的疗效对比。**方法** 运用自 1949 年—2013 年的 3 大数据库 CNKI、CBM、VIP 查检所需相关文献资料, 全面筛选、整理符合苓桂术甘汤治疗充血性心力衰竭的随机对照试验之 Meta 分析评价的研究文献。然后使用 RevMan5.2 进行 Meta-analysis 处理 3 组苓桂术甘汤治疗充血性心力衰竭的疗效对比研究, 包括 OR、RR、RD 等。**结果** 共纳入 36 篇临床随机对照研究文献, 计 733 例患者, 经 Meta 分析后得知组间较有显著性差异。其中, ①苓桂术甘汤+西医三联疗法 VS 西医三联疗法: OR=3.54, 95% CI 为 [1.92, 6.56], Z 检验=4.03, $P<0.0001$; RR=1.25, 95% CI 为 [1.12, 1.40], Z 检验=4.07, $P<0.0001$; RD=-0.18, 95% CI 为 [-0.26, -0.10], Z 检验=4.36, $P<0.0001$ 。②苓桂术甘汤+西医四联疗法 VS 西医四联疗法: OR=4.83, 95% CI 为 [1.51, 15.41], Z 检验=2.66, $P=0.008$; RR=1.16, 95% CI 为 [1.04, 1.30], Z 检验=2.67, $P=0.008$; RD=-0.13, 95% CI 为 [-0.23, -0.04], Z 检验=2.81, $P=0.005$ 。③苓桂术甘汤+西医六联疗法 VS 西医六联疗法: OR=2.54, 95% CI 为 [1.28, 5.05], Z 检验=2.67, $P=0.007$; RR=1.22, 95% CI 为 [1.04, 1.43], Z 检验=2.49, $P=0.01$; RD=-0.15, 95% CI 为 [-0.27, -0.004], Z 检验=2.66, $P=0.008$ 。**结论** 苓桂术甘汤结合西药比单纯西药治疗充血性心力衰竭安全有效。

关键词: 苓桂术甘汤; 充血性心力衰竭; 水心病; Review Manager; Meta 分析

中图分类号: R259 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2016)01-0059-06

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2016.01.014

“心力衰竭 (heart failure, HF)” 属于西医学病名, 葛均波曰^[1]: “心功能不全 (cardiac dysfunction) 或心功能障碍理论上是一个更广泛的概念, 伴有临床症状的心功能不全称之心力衰竭 (简称心衰)”。

充血性心力衰竭 (Congestive Heart Failure, CHF) 是指因心室泵血功能低下或充盈功能低下, 心脏的排血量不能提供机体足够的代谢需要, 机体组织及器官的血液灌注不足, 又同时出现肺循环和/或体循环的淤血, 是各种心脏病发展到严重阶段的临床综合征。苓桂术甘汤出自《伤寒论》第 67 条: “伤寒若吐若下后, 心下逆满, 气上冲胸, 起则头眩, 脉沉紧, 发汗则动经, 身为振振摇者, 茯苓桂枝白术甘草汤主之。” 本方具有振奋心阳、健脾化饮的作用, 临床常用于治疗心血管及水液代谢失调性疾病^[2]。本文对苓桂术甘汤治疗充血性心力衰竭的疗效进

行系统评价和 Meta 分析, 并根据统计结果, 为中药治疗充血性心力衰竭设计一套建议方案。

1 研究资料与方法

1.1 资料来源

数据库之检索: 运用自 1949 年—2013 年的 3 大数据库 CNKI、CBM、VIP 查检所需相关文献资料; 通过手工检索补充会议论文、期刊、杂志及其未发表资料。

检索词: 设定 3 个主题词: 苓桂术甘汤、苓桂术甘汤加减方、复方苓桂术甘汤。2 个关键词: 充血性心力衰竭、充血性心力衰竭治疗, 以免错检与漏检具有相同研究之目的的相关文献资料。

1.2 研究方法

排除标准: 在收集到的所有文献资料中, 排除苓桂术甘汤治疗充血性心力衰竭的非随机对照试

* 基金项目: 2015 北京中医药大学新奥基金

收稿日期: 2015-10-11

作者简介: 黄丽芳 (1958-), 女, 广东潮阳人, 在读博士研究生, 新加坡注册执业中医师、针灸师, 研究方向: 《伤寒论》六经辨治规律研究。

[△]通信作者: 陈明, E-mail: cmwg185@sina.com

验的研究文献及仅具有个人经验的文献。

纳入标准:根据 Cochrane 协作网中的文献偏倚风险质量评价,纳入评价标准的临床研究文献。

制定研究方案:苓桂术甘汤+西医三联疗法 VS 西医三联疗法;苓桂术甘汤+西医四联疗法 VS 西医四联疗法;苓桂术甘汤+西医六联疗法 VS 西医六联疗法。

统计方法:采用 Cochrane 协作网之统计软件 RevMan5.2 进行 Meta 分析及从漏斗图进行发表性偏倚的检测。同时以计数资料进行二分类变量:比值比 OR、相对危险度 RR 及率差 RD 的分析;根据研究的异质性检验结果采用固定效应模型,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 “苓桂术甘汤+西医三联疗法 VS 西医三联疗法”治疗充血性心力衰竭的疗效对比

2.1.1 文献资料评价

通过 3 大数据库检索出苓桂术甘汤治疗充血性心力衰竭相关文献资料共计 36 篇,经阅读、整理、分类规纳之后,以苓桂术甘汤+西医三联疗法 VS 西医三联疗法治疗充血性心力衰竭之临床随机对照研究文献,将每一篇研究文献按 Cochrane 中的 7 项文献质量评价检测逐一建档记录后,删除风险过高的偏倚研究文献,最终获得 3 篇文献资料^[3-5]。见图 1。

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
刘胜贤2008	?	?	?	+	?	+	+
王兆为2007	?	?	?	+	?	+	+
蒋再秋2006	+	?	?	+	?	+	+

图 1 苓桂术甘汤+西医三联疗法 VS 西医三联疗法
Cochrane 偏倚风险总结图

2.1.2 比值比 OR

治疗组共 162 人参与苓桂术甘汤+西医三联疗法,治愈 146 人;对照组共 164 人参与西医三联疗法,治愈 118 人。

这 3 篇苓桂术甘汤+西医三联疗法 VS 西医三联疗法 RevMan 中 OR 的漏斗图形较为对称,说明该研究具有较小的偏倚。

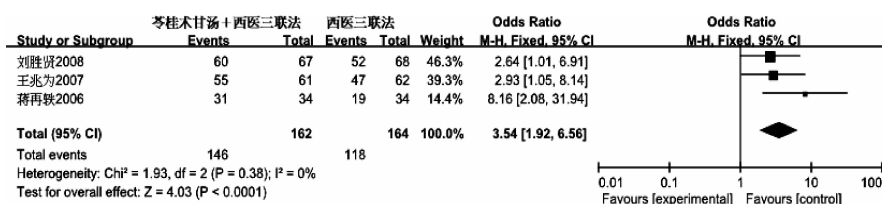


图 2 苓桂术甘汤+西医三联疗法 VS 西医三联疗法 RevMan 中 OR 的森林图

根据图 2 分析结果显示,这 3 篇苓桂术甘汤+西医三联疗法治疗充血性心力衰竭患者的研究资料,具有异质性检验 $\chi^2 = 1.93$, $P = 0.38$,合并效应量采用固定效应模型,OR=3.54,95%CI 为[1.92,6.56],合并效应量的检验 $Z = 4.03$, $P < 0.0001$,差异具有统计学意义。从统计结果得出:苓桂术甘汤+西医三联疗法治疗充血性心力衰竭患者是有效的;且治疗效果:苓桂术甘汤+西医三联疗法>西医三联疗法。

2.1.3 相对危险度 RR

治疗组共 162 人参与苓桂术甘汤+西医三联疗法,治愈 146 人;对照组共 164 人参与西医三联疗法,治愈 118 人。

这 3 篇苓桂术甘汤+西医三联疗法 VS 西医三联疗法 RevMan 中 RR 的漏斗图形相对较为对称,说明该研究具有较小的偏倚。

根据图 3 分析结果显示,这 3 篇苓桂术甘汤+西医三联疗法治疗充血性心力衰竭患者的研究资料,具有异质性检验 $\chi^2 = 3.79$, $P = 0.15$,合并效应量 RR 采用固定效应模型,RR=1.25,95%CI 为[1.12,1.40],合并效应量的检验 $Z = 4.07$, $P < 0.0001$,差异具有统计学意义。从统计结果得出:苓桂术甘汤+西医三联疗法治疗充血性心力衰竭患者是有效的;且治疗效果:苓桂术甘汤+西医三联疗法>西医三联疗法。

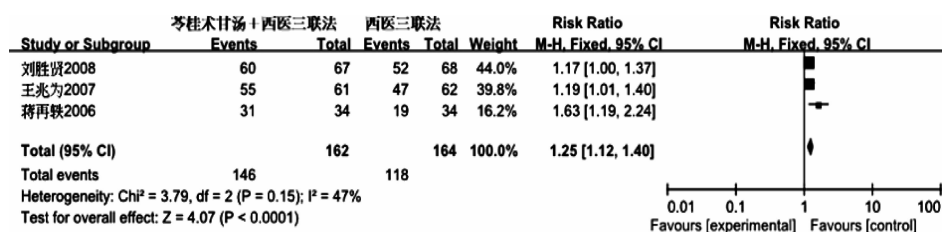


图3 苓桂术甘汤+西医三联疗法 VS 西医三联疗法 RevMan 中 RR 的森林图

2.1.4 率差 RD

治疗组共 162 人参与苓桂术甘汤+西医三联疗法,未治愈人数 16 人;对照组共 164 人参与西医三联疗法,未治愈人数 46 人。

这 3 篇苓桂术甘汤+西医三联疗法 VS 西医三联疗法 RevMan 中 RD 的漏斗图形相对较为对称,说明该研究具有较小的偏倚。

根据图 4 分析结果显示,这 3 篇苓桂术甘汤+西医三联疗法治疗充血性心力衰竭患者的研究

资料,具有异质性检验 $\chi^2=4.02$, $P=0.13$,合并效应量 RD 采用固定效应模型, $RD=-0.18$, 95% CI 为 $[-0.26, -0.10]$, 合并效应量的检验 $Z=4.36$, $P<0.0001$,差异具有统计学意义。从统计结果得出:苓桂术甘汤+西医三联疗法治疗充血性心力衰竭患者是有效的;且治疗效果:苓桂术甘汤+西医三联疗法>西医三联疗法。

2.2 “苓桂术甘汤+西医四联疗法 VS 西医四联疗法”治疗充血性心力衰竭的疗效对比

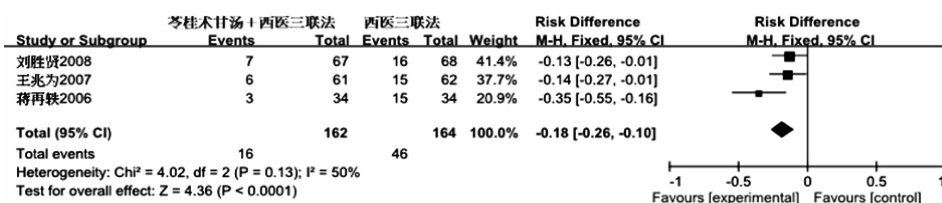


图4 苓桂术甘汤+西医三联疗法 VS 西医三联疗法 RevMan 中 RD 的森林图

2.2.1 文献资料评价

通过 3 大数据库,查检苓桂术甘汤治疗充血性心力衰竭相关文献资料共计 36 篇。经笔者阅读、整理、分类规纳之后,以苓桂术甘汤+西医四联疗法 VS 西医四联疗法治疗充血性心力衰竭之临床随机对照研究文献,将每一篇研究文献按 Cochrane 中的 7 项文献质量评价检测逐一建档记录后,删除风险过高的偏倚研究文献,最终共获得 2 篇文献资料^[6-7]。见图 5。

2.2.2 比值比 OR

治疗组共 94 人参与苓桂术甘汤+西医四联疗法,治愈 90 人;对照组共 78 人参与西医四联疗法,治愈 64 人。

这 2 篇苓桂术甘汤+西医四联疗法 VS 西医四联疗法 RevMan 中 OR 的漏斗图形相对较为对称,说明该研究具有较小的偏倚。

根据图 6 分析结果显示,这 2 篇苓桂术甘汤+西医四联疗法治疗充血性心力衰竭患者的研究资料,具有异质性检验 $\chi^2=0.00$, $P=0.96$,合并效应量 OR 采用固定效应模型, $OR=4.83$, 95% CI 为

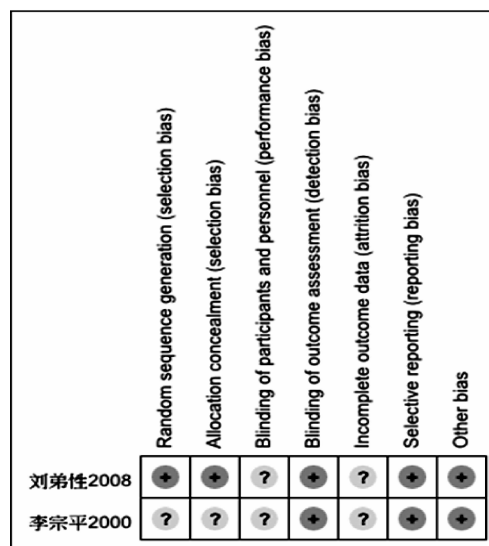


图5 苓桂术甘汤+西医四联疗法 VS 西医四联疗法 Cochrane 偏倚风险总结图

$[1.51, 15.41]$, 合并效应量的检验 $Z=2.66$, $P=0.008$, 差异具有统计学意义。从统计结果得出:苓桂术甘汤+西医四联疗法治疗充血性心力衰竭患者是有效的;且治疗效果:苓桂术甘汤+西医四联疗法>西医

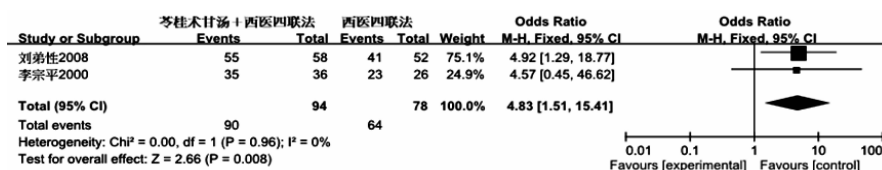


图6 苓桂术甘汤+西医四联疗法 VS 西医四联疗法 RevMan 中 OR 的森林图

四联疗法。

2.2.3 相对危险度 RR

治疗组共 94 人参与苓桂术甘汤+西医四联疗法,治愈 90 人;对照组共 78 人参与西医四联疗法,

治愈 64 人。

这 2 篇苓桂术甘汤+西医四联疗法 VS 西医四联疗法 RevMan 中 RR 的漏斗图图形相对较为对称,说明该研究具有较小的偏倚。

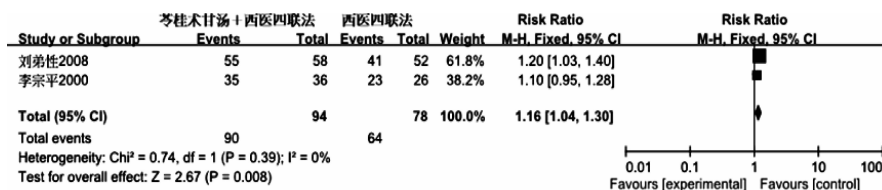


图7 苓桂术甘汤+西医四联疗法 VS 西医四联疗法 RevMan 中 RR 的森林图

根据图 7 分析结果显示,这 2 篇苓桂术甘汤+西医四联疗法治疗充血性心力衰竭患者的研究资料,具有异质性检验 $\chi^2=0.74$, $P=0.39$,合并效应量 RR 采用固定效应模型,RR=1.16,95% CI 为 [1.04, 1.30],合并效应量的检验 $Z=2.67$, $P=0.008$,差异具有统计学意义。从统计结果得出:苓桂术甘汤+西医四联疗法治疗充血性心力衰竭患者是有效的;且治疗效果:苓桂术甘汤+西医四联疗法>西

医四联疗法。

2.2.4 率差 RD

治疗组共 94 人参与苓桂术甘汤+西医四联疗法,未治愈人数 4 人;对照组共 78 人参与西医四联疗法,未治愈人数 14 人。

这 2 篇苓桂术甘汤+西医四联疗法 VS 西医四联疗法 RevMan 中 RD 的漏斗图图形相对较为对称,说明该研究具有较小的偏倚。

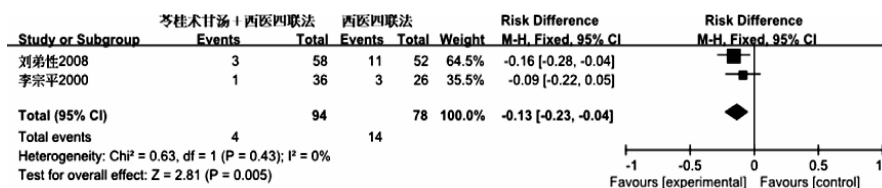


图8 苓桂术甘汤+西医四联疗法 VS 西医四联疗法 RevMan 中 RD 的森林图

根据图 8 分析结果显示,这 2 篇苓桂术甘汤+西医四联疗法治疗充血性心力衰竭患者的研究资料,具有异质性检验 $\chi^2=0.63$, $P=0.43$,合并效应量 RD 采用固定效应模型,RD=-0.13,95% CI 为 [-0.23, -0.04],合并效应量的检验 $Z=2.81$, $P=0.005$,差异具有统计学意义。从统计结果得出:苓桂术甘汤+西医四联疗法治疗充血性心力衰竭患者是有效的;且治疗效果:苓桂术甘汤+西医四联疗法>西医四联疗法。

2.3 “苓桂术甘汤+西医六联疗法 VS 西医六联疗法”治疗充血性心力衰竭的疗效对比

2.3.1 文献资料评价

通过 3 大数据库,查检苓桂术甘汤治疗充血性心力衰竭相关文献资料共计 36 篇。经笔者阅读、整理、分类规纳之后,以苓桂术甘汤+西医六联疗法 VS 西医六联疗法治疗充血性心力衰竭之临床随机对照研究文献,将每一篇研究文献按 Cochrane 中的 7 项文献质量评价检测逐一建档记录后,删除风险过高的偏倚研究文献,最终共获得 3 篇文献资料^[8-10]。见图 9。

2.3.2 比值比 OR

治疗组共 150 人参与苓桂术甘汤+西医六联疗法,治愈 122 人;对照组共 85 人参与西医六联疗法,治愈 60 人。

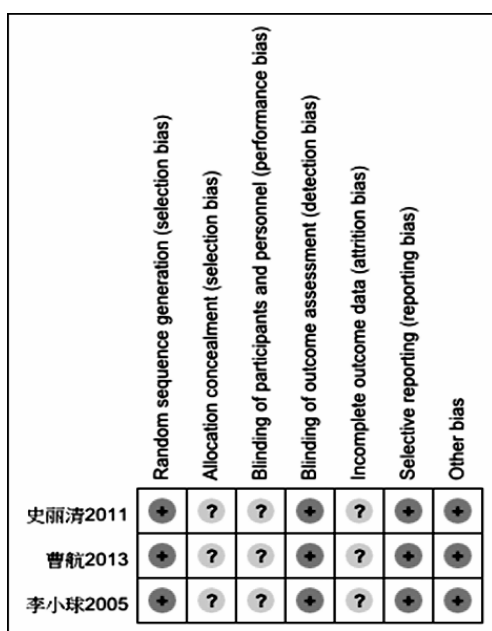


图9 苓桂术甘汤+西医六联疗法 VS 西医六联疗法
Cochrane 偏倚风险总结图

这3篇苓桂术甘汤+西医六联疗法 VS 西医六联疗法治疗中 OR 的漏斗图图形相对较为对称,说明该研究具有较小的偏倚。

根据图10分析结果显示,这3篇苓桂术甘汤+西医六联疗法治疗充血性心力衰竭患者的研究资料,具有异质性检验 $\chi^2=1.36, P=0.51$, 合并效应量 OR 采用固定效应模型, $OR=2.54, 95\% CI$ 为 $[1.28, 5.05]$, 合并效应量的检验 $Z=2.67, P=0.007$, 差

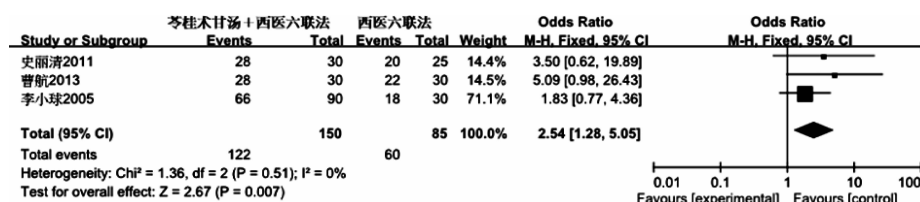


图10 苓桂术甘汤+西医六联疗法 VS 西医六联疗法 RevMan 中 OR 的森林图

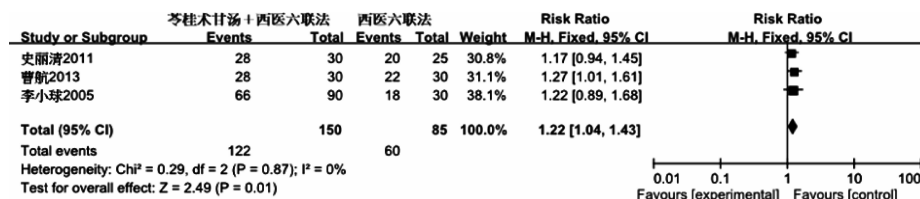


图11 苓桂术甘汤+西医六联疗法 VS 西医六联疗法 RevMan 中 RR 的森林图

根据图12分析结果显示,这3篇苓桂术甘汤+西医六联疗法治疗充血性心力衰竭患者的研究资料,具有异质性检验 $\chi^2=0.43, P=0.84$, 合并效应量 RD 采用固定效应模型, $RD=-0.15, 95\% CI$ 为 $[-0.27, -$

异具有统计学意义。从统计结果得出:苓桂术甘汤+西医六联疗法治疗充血性心力衰竭患者是有效的;且治疗效果:苓桂术甘汤+西医六联疗法>西医六联疗法。

2.3.3 相对危险度 RR

治疗组共150人参与苓桂术甘汤+西医六联疗法,治愈122人;对照组共85人参与西医六联疗法,治愈60人。

这3篇苓桂术甘汤+西医六联疗法 VS 西医六联疗法 RevMan 中 RR 的漏斗图图形相对较为对称,说明该研究具有较小的偏倚。

根据图11分析结果显示,这3篇苓桂术甘汤+西医六联疗法治疗充血性心力衰竭患者的研究资料,具有异质性检验 $\chi^2=0.29, P=0.87$, 合并效应量 RR 采用固定效应模型, $RR=1.22, 95\% CI$ 为 $[1.04, 1.43]$, 合并效应量的检验 $Z=2.49, P=0.01$, 差异具有统计学意义。从统计结果得出:苓桂术甘汤+西医六联疗法治疗充血性心力衰竭患者是有效的;且治疗效果:苓桂术甘汤+西医六联疗法>西医六联疗法。

2.3.4 率差 RD

治疗组共150人参与苓桂术甘汤+西医六联疗法,未治愈人数28人;对照组共85人参与西医六联疗法,未治愈人数25人。

这3篇苓桂术甘汤+西医六联疗法 VS 西医六联疗法 RevMan 中 RD 的漏斗图图形相对较为对称,说明该研究具有较小的偏倚。

0.004], 合并效应量的检验 $Z=2.66, P=0.008$, 差异具有统计学意义。从统计结果得出:苓桂术甘汤+西医六联疗法治疗充血性心力衰竭患者是有效的;且治疗效果:苓桂术甘汤+西医六联疗法>西医六联疗法。

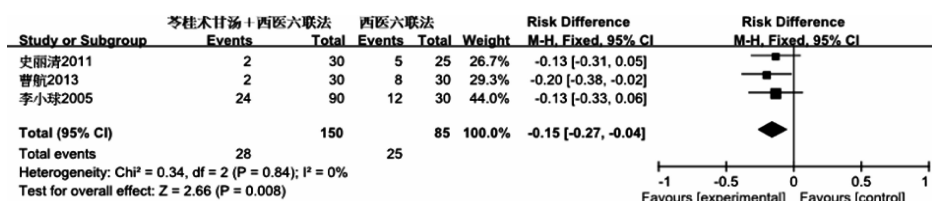


图 12 苓桂术甘汤+西医六联疗法 VS 西医六联疗法 RevMan 中 RD 的森林图

2.4 结论

根据 Meta 分析,苓桂术甘汤结合西药对充血性心力衰竭具有有效的治疗作用,疗效优于单纯各种西医治疗及其它中医药治疗。建议治疗方案,主方:苓桂术甘汤(茯苓、桂枝、白术、甘草),以温补心脾,化饮利湿。兼证:水肿重者,加葶苈子、大腹皮、五加皮、泽泻,利水渗湿;阳气虚重者,加熟附子、人参、黄芪,益气温阳;瘀血重者,加丹参,以活血补血。西医疗法:休息,吸氧,低钠饮食,强心,利尿,扩血管。

3 讨论

历代中医古籍里未见有“心力衰竭”一词,但早在晋代就有“心衰”词在中医著作中出现,如《脉经·卷三·脾胃第三》曰^[11]:“心衰则伏,肝微则沉,故令脉伏而沉”。而《黄帝内经素问·痹论篇第四十三》曰^[12]:“心痹者,脉不通,烦则心下鼓,暴上气而喘,啞干善噫,厥气上则恐”、《黄帝内经灵枢·胀论第三十五》曰^[12]:“夫心胀者,烦心短气,卧不安”等,则是最早记载与“心衰”相关的临床症状。朱丹溪《丹溪手镜·肿胀》曰^[13]:“短气不得卧为心水。”上所指的“心水”为水气凌心上冲的表现。由上述古代医家所道,无论是“心水”或是“心衰”的临床症状均以心悸、短气、卧则喘、身肿等为主。著名伤寒论研究大家刘渡舟教授则首先提出:“冠心病为水气上冲之所致者之谓‘水心病’”^[14]。刘渡舟教授从临床上观察研究此病,总由心、脾、肾阳虚,水气不化而内停,成痰成饮,上凌无制为患。心阳虚衰,坐镇无权,水气上冲,则见胸痛、心悸、气短等心病证候。因此,在治疗水气上充之心衰,首选“苓桂术甘汤”,一是温阳下气而治心悸、胸满,二是利小便以消阴水而治痰饮咳逆。

由于目前可作 Meta 分析研究的中西医结合的临床试验研究资料经排除能纳入分析的文献不多,特别是高质量、大样本、多中心的随机临床研究报道较少,上述文献的评价结果并不能完全得出肯定而准确的临床结论。建议今后多开展大样本、多中心的临床随机对照试验,尽量使用盲法,以能纳入更多高质量的文献进行更精确的 Meta 分析。相信,随着循证医学的普及化和医学研究者对 Meta

的认识加深,对临床试验研究的设计更精密,一定可遵循循证医学规律为每个疾病找出最佳的治疗方案。本研究根据 Meta 分析为中医治疗心脾阳虚水饮内停型之充血性心力衰竭设计的建议治疗方案,能为临床研究提供一定的参考和依据。

参考文献:

- [1] 葛均波,徐永健. 内科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:162.
- [2] 陈明,刘燕华,李芳. 刘渡舟验案精选[M]. 2 版. 北京:学苑出版社,2007:30-34.
- [3] 刘胜贤. 中西医结合治疗充血性心力衰竭 67 例临床观察[J]. 中外医疗,2008(22):46,48.
- [4] 王兆为. 中西医结合治疗充血性心力衰竭 61 例临床观察[J]. 医学理论与实践,2007,20(3):283-284.
- [5] 蒋再轶. 中西医结合治疗难治性心力衰竭 34 例临床观察[J]. 中医药导报,2006,12(7):8-9,50.
- [6] 刘弟性. 中西医结合治疗充血性心力衰竭 58 例临床观察[J]. 中医药导报,2008,14(2):12-13.
- [7] 李宗平,陈吉生. 中西医结合治疗充血性心力衰竭 36 例[J]. 山东中医杂志,2000,19(2):96.
- [8] 史丽清. 加味苓桂术甘汤治疗充血性心力衰竭临床观察[J]. 湖北中医杂志,2011,33(10):34.
- [9] 曹航. 苓桂术甘汤加葶苈红景天汤治疗充血性心力衰竭的临床观察[J]. 现代中西医结合杂志,2013,22(19):2090-2091.
- [10] 李小球,耿小茵,王沙燕,等. 苓桂术甘汤治疗充血性心力衰竭的临床研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2004,25(7):721-722.
- [11] 王科军,张秀荣,苏德成. 古代医家对慢性心衰病因病机的认识[J]. 吉林中医药,2011(8):711-712.
- [12] 王洪图. 黄帝内经素问白话解[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:281,266.
- [13] 田思胜. 朱丹溪医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社,2006,1:309.
- [14] 陈明,刘燕华,李芳. 刘渡舟验案精选[M]. 2 版. 北京:学苑出版社,2007:30.

(编辑:徐建平)

(英文摘要见第 69 页)

Meta Analysis Randomized Clinical Trials for Lingguizhugan Decoction on the Treatment of Congestive Heart Failure

HUANG Lifang, CHEN Ming

(School of Basic Medical Science, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

ABSTRACT: **Objective** Base on the same content and purpose, Lingguizhugan Decoction integrative treatment of congestive heart failure, randomized control trials data classification, which is divided into 3 groups. Finally, the use of Review Manager-based Meta-analysis to contrast the efficacy treatment for congestive heart failure. **Methods** Search of relevant documents is required and uses. From 1949—2013 three database CNKI, CBM, VIP. Comprehensive screening of randomized clinical trials and research literature on Lingguizhugan Decoction for treatment of congestive heart failure. Use of Meta-analysis, Comparison and studies on Lingguizhugan Decoction to treat Congestive Heart Failure including OR, RR, RD. **Results** A total of 36 randomized controlled clinical study of literature, on 733 cases of patients, after Meta-analysis showed a significant difference between the groups compared. Among them, (1) Lingguizhugan Decoction+Western triple therapy > Western triple therapy: OR=3.54, 95% CI=[1.92, 6.56], Z=4.03, $P<0.0001$; RR=1.25, 95% CI=[1.12, 1.40], Z=4.07, $P<0.0001$; RD=-0.18, 95% CI=[-0.26, -0.10], Z=4.36, $P<0.0001$. (2) Lingguizhugan Decoction+Western quadruple therapy>Western quadruple therapy: OR=4.83, 95% CI=[1.51, 15.41], Z=2.66, $P=0.008$; RR=1.16, 95% CI=[1.04, 1.30], Z=2.67, $P=0.008$; RD=-0.13, 95% CI=[-0.23, -0.04], Z=2.81, $P=0.005$. (3) Lingguizhugan Decoction+Western six combination therapy >Western six combination therapy: OR=2.54, 95% CI=[1.28, 5.05], Z=2.67, $P=0.007$; RR=1.22, 95% CI=[1.04, 1.43], Z=2.49, $P=0.01$; RD=-0.15, 95% CI=[-0.27, -0.004], Z=2.66, $P=0.008$. **Conclusion** From the above 3 statistical research groups, the best treatment result was obtained from the integrative medicine than with treatment using Western medicine alone.

KEY WORDS: Lingguizhugan decoction; congestive heart failure; Shuixinbing; Review Manager; Meta analysis.