

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2018.04.005

• 临床报道 •

益气活血汤对慢性心力衰竭患者中医证候积分、NT-proBNP 水平及心功能的影响

李晓博

三门峡市渑池县中医院, 河南三门峡 472400

慢性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临床综合征, 多因冠心病、高血压等疾病引起, 其病情较为危重, 预后较差。随着病情进展, 心功能不全将导致血流动力学异常, 神经内分泌细胞因子系统的过度激活会引起心肌重塑等失代偿性病理变化, 将对患者生命安全以及生活质量造成不利影响^[1]。故寻求有效治疗方案以控制疾病进展、改善心功能显得尤为重要。基于此, 本研究旨在探讨益气活血汤对慢性心力衰竭患者中医证候积分、NT-proBNP 水平及心功能等指标的影响。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2016 年 2 月—2018 年 3 月本院收治的慢性心力衰竭患者 92 例, 随机分为观察组和对照组, 每组 46 例。观察组, 其中男 26 例, 女 20 例; 年龄 52~71 岁, 平均年龄 (61.92 ± 3.22) 岁。对照组, 其中男 25 例, 女 21 例; 年龄 53~71 岁, 平均年龄 (62.09 ± 3.28) 岁。2 组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可对比性。

1.2 诊断标准

符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2] 中气虚血瘀证相关诊断标准, 主症为心悸气短, 胸胁作痛, 颈部青筋暴露, 肋下痞块, 下肢浮肿; 次症为面色晦暗, 唇甲青紫; 舌脉为舌质紫暗或有瘀点、瘀斑, 脉涩或结代。

1.3 纳入及排除标准

纳入标准: ①符合上述中医证候诊断标准; ②符合美国纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级标准中 II~III 级的轻、中度慢性心力衰竭患者; ③经胸部 X 线片、心电图、心脏彩超等检查确诊。排除标准: ①重度心力衰竭, 心功能分级属 IV 级者; ②合并梗阻性心肌病、室性心律失常、完全性房室传导阻滞、缩窄性心

包炎等疾病者; ③合并有肝、肾及内分泌系统、造血系统等严重原发疾病者; ④精神异常或无法配合者; ⑤过敏体质或对本研究所用药物存在过敏史者; ⑥妊娠及哺乳期妇女。

1.4 治疗方法

对照组患者采用: ①螺内酯片(江苏正大丰海制药有限公司, 国药准字 H32020077)口服, 40 mg/次, 3 次/d; ②呋塞米片(上海朝晖药业有限公司, 国药准字 H31021074)口服, 20 mg/次, 1 次/d; ③注射用环磷腺苷(悦康药业集团有限公司, 国药准字 H20063544)静脉滴注, 40 mg/次, 1 次/d; ④地高辛片(太极西南药业股份有限公司, 国药准字 H50020121)口服, 0.25 mg/次, 1 次/d; ⑤酒石酸美托洛尔片(上海信谊百路达药业有限公司, 国药准字 H31021417)口服, 6.25~12.5 mg/次, 2 次/d。观察组患者在对照组治疗基础上, 采用益气活血汤治疗, 方药组成为红花、黄芪、当归、桃仁、川芎各 10 g, 甘草、牛膝、柴胡、枳壳、赤芍各 15 g。加水煎煮, 去渣留汁 400 mL, 1 剂/d, 早晚温服。2 组患者均连续治疗 28 d, 治疗期间实时观察患者病情, 依据患者实际情况, 酌情调整用药剂量。

1.5 观察指标

①心功能相关指标检测: 采用上海西唐生物科技有限公司提供的试剂盒测定血浆氨基末端脑钠肽前体(NT-proBNP); ②左心室功能检测: 采用美国 GE Vivid 7 型彩色多普勒超声心动分析仪测定射血分数(EF)、每搏指数(SI)、心脏指数(CI); ③中医证候积分: 参照文献^[2]的中医证候诊断标准, 评估 2 组患者中医证候积分, 对患者主症(心悸、乏力、气短、胸痛), 依次按无、轻、中、重情况, 分别记为 0、2、4、6 分。

1.6 统计学处理

采用 SPSS 18.0 进行统计处理, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验; 计数资料以率(%)表示, 采用 χ^2 检验; 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血浆 NT-proBNP 水平比较

治疗前,2 组患者血浆 NT-proBNP 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2 组患者血浆 NT-proBNP 水平均较治疗前明显降低,且观察组降低程度显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 心功能比较

治疗前,2 组患者 EF、SI、CI 值比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2 组患者 EF、SI、CI 值均较治疗前明显升高,且观察组升高程度显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 1 2 组患者治疗前后 NT-proBNP 水平比较

($n=46$, pg/mL, $\bar{x}\pm s$)

组别	治疗前	治疗后
对照组	23.43 $\pm$ 1.69	22.15 $\pm$ 1.75*
观察组	23.71 $\pm$ 1.58	19.71 $\pm$ 1.49* Δ

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较 $\Delta P<0.05$

2.3 中医证候积分比较

治疗前,2 组患者中医证候积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2 组患者中医证候积分均较治疗前明显下降,且观察组降低程度显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 2 2 组患者治疗前后心功能比较($n=46$, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	EF(%)	SI[mL/(搏·cm ²)]	CI[L/(min·cm ²)]
对照组	治疗前	45.37 $\pm$ 3.19	18.52 $\pm$ 5.63	1.62 $\pm$ 0.33
	治疗后	51.20 $\pm$ 2.44*	30.46 $\pm$ 6.15*	2.15 $\pm$ 0.41*
观察组	治疗前	45.62 $\pm$ 3.26	19.22 $\pm$ 5.38	1.58 $\pm$ 0.31
	治疗后	53.39 $\pm$ 2.71* Δ	33.98 $\pm$ 5.25* Δ	2.59 $\pm$ 0.53* Δ

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较 $\Delta P<0.05$

表 3 2 组患者治疗前后中医证候积分比较($n=46$, 分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	心悸	乏力	气短	胸痛
对照组	治疗前	5.04 $\pm$ 0.78	4.54 $\pm$ 0.63	5.51 $\pm$ 1.01	4.94 $\pm$ 0.79
	治疗后	2.33 $\pm$ 0.71*	3.61 $\pm$ 0.68*	4.72 $\pm$ 1.21*	3.61 $\pm$ 0.78*
观察组	治疗前	5.11 $\pm$ 0.73	4.37 $\pm$ 0.86	5.65 $\pm$ 0.98	4.03 $\pm$ 0.81
	治疗后	1.45 $\pm$ 0.52* Δ	2.95 $\pm$ 1.07* Δ	2.98 $\pm$ 1.02* Δ	2.85 $\pm$ 1.02* Δ

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较 $\Delta P<0.05$

3 讨论

老年人为慢性心力衰竭的主要患病群体,随着老龄化进程的不断加速,本病已成为威胁人类生命健康的一种重要心血管疾病,受到学术界广泛重视。目前,临床多采用血管紧张素转换酶抑制剂、 β -受体阻滞剂、利尿剂等药物治疗本病,虽可有效缓解临床症状,但经长期服药,易产生多种不良症状,不利于患者接受。慢性心力衰竭患者体内肾血流量以及心排血量降低,刺激及兴奋球旁感受器,促使神经内分泌细胞因子系统被过度激活。NT-proBNP 是脑钠肽激素原分裂后无活性的 N 端片段,当心肌细胞受到增高的容量负荷和压力负荷时由左心室分泌,近年来已广泛应用于心衰的诊断、治疗及危险分层。慢性心力衰竭患

者发生心肌重塑时表现为左室体积扩大、质量增加及心功能减退,NT-proBNP 水平代偿性增高^[3]。

中医并无慢性心力衰竭病名,根据临床表现,可归属于祖国医学“心水”“喘促”“心悸”“心痹”范畴。本病基本病机为本虚标实,本虚以阴虚、阳虚、气虚为主,标实以痰饮、血瘀、水停为主,气虚与痰瘀之间可相互影响,互为因果,进而形成恶性循环^[4-5]。因此,本病治疗应以扶正气、健脾气为主,补血养心安神,抗御清除外邪,调节机体阴阳平衡^[6]。益气活血汤方药组成中,红花散瘀止痛,活血通经;黄芪敛汗固脱,益气固表;当归活血化瘀,润肠通便;桃仁破血行瘀,润燥滑肠;川芎活血行气,祛风止痛;甘草清热解毒,补气益脾;牛膝利尿通淋,逐瘀通经;柴胡疏散退热,疏肝解郁;枳壳理气宽中,行滞消胀;赤芍清热凉血,活血

祛瘀。诸药合用,共奏祛瘀通脉、行气止痛之功,并具养血而不留瘀、活血而不伤正之效^[7-8]。本研究结果显示,治疗后,观察组 NT-proBNP 水平显著低于对照组,心悸、乏力、气短、胸痛等中医证候积分均明显低于对照组,心功能指标 EF、SI、CI 值均显著高于对照组,提示慢性心力衰竭患者采用益气活血汤治疗,具有降低 NT-proBNP 水平,改善心功能,缓解临床症状的积极作用。

综上所述,慢性心力衰竭患者通过益气活血汤治疗,可有效降低 NT-proBNP 水平,保护心功能,改善临床症状,利于患者疾病转归。

参 考 文 献

- [1] 韩额尔德木图,马月宏,王海燕,等.慢性心衰的病理生理及发病机制研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(12):1349-1352.
- [2] 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.

- [3] 杨秀玲,戴妍妍,田桂芳,等.胱抑素 C 及 NT-proBNP 表达水平与慢性心衰病人左室重塑的相关性研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(22):2881-2883.
- [4] 孟媛,毛秉豫,韦汉文.西医辨病与中医辨证相结合的慢性心衰辨证论治[J].浙江中医药大学学报,2017,41(6):474-477.
- [5] 唐咏,侯乐,李辉,等.慢性心衰气虚血瘀证的研究进展[J].重庆医学,2016,45(30):4290-4293.
- [6] 曾垂旭,郭磊磊,谢易瑾,等.温阳化饮方治疗慢性心衰(阳虚水泛证)患者疗效观察[J].中国中医急症,2017,26(12):2184-2186.
- [7] 刘芳,王常林.益气活血方对气虚血瘀型慢性心衰的治疗效果及可能机理[J].中药材,2017,40(1):230-232.
- [8] 刘海,刘娟,丁星华,等.益气活血中药联合西医治疗老年慢性心衰患者临床疗效及对生活质量的影响[J].吉林中医药,2017,37(8):781-783.

(收稿日期:2018-06-20)

《中西医结合研究》编辑部关于处理一稿两投的声明

为维护《中西医结合研究》的声誉和读者的权益,本刊特对一稿两投问题的处理声明如下。

1. 作者向本刊投寄的文稿,经审稿专家、本刊编辑委员会和编辑部审阅,发现已在他刊(其他文种期刊除外)发表,或审稿专家已为他刊审过此稿,尽管两篇文稿在文题、文字的表达和讨论的叙述方面略有不同,但其主要数据和图表相同,本刊则认定此文稿为一稿两投。

2. 作者向本刊投稿,在收到回执满 3 个月后仍未收到退稿或退修通知,系此稿仍在处理中。作者如欲改投他刊,应事先与本编辑部联系并说明理由。如作者未与本刊联系而改投他刊并发表,本刊也视为该作者一稿两投。

3. 一稿两投一经证实,本刊将择期在杂志上刊登其作者单位和姓名以及撤销该论文的通告,并就此事件向作者所在单位进行通报。对该论文第一作者所撰写的一切文稿,2 年内将拒绝在本刊发表。

(本刊编辑部)