

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2020.05.007

• 临床报道 •

益气祛瘀化浊方联合西药治疗前临床心衰疗效观察

黄 磊

湖北六七二中西医结合骨科医院内科, 武汉 430079

关键词 益气祛瘀化浊方; 前临床心衰; 中西医结合治疗

中图分类号 R259 **文献标识码** A

心力衰竭(简称心衰)是各种心脏疾患发展到了一定阶段,心脏结构和功能发生改变,从而引起一系列症状的综合征。前临床心衰(阶段 B)由美国心脏协会(AHA)和美国心脏病学会(ACC)提出,系指患者已经出现了器质性的心脏病,但尚无心衰的症状和/或体征^[1]。若不进行有效的干预,前临床心衰很可能会发展成为更严重的心衰,从而影响患者生活质量,甚至威胁生命。笔者观察益气祛瘀化浊方联合贝那普利治疗前临床心衰的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 5 月—2019 年 10 月于本院内科就诊的前临床心衰患者 60 例,按照随机数字表法将其分为治疗组与对照组,每组 30 例。治疗组男 15 例,女 15 例;平均年龄(62.74±6.42)岁;高血压病 30 例,冠状动脉粥样硬化性心脏病 8 例,糖尿病 6 例,血脂异常 24 例。对照组男 16 例,女 14 例;平均年龄(63.12±5.92)岁;高血压病 30 例,冠状动脉粥样硬化性心脏病 7 例,糖尿病 7 例,血脂异常 22 例。2 组性别、年龄、基础性疾病等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

诊断标准参照《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》制定:①有明确的心脏病病因或病史;②无胸闷、气促、运动耐量降低、液体潴留等显性心衰表现;③心电图、超声心动图、胸部 X 线片检查显示有心脏结构的改变。

1.3 治疗方法

所有入选的病例均积极治疗原发疾病,同时通过健康教育改善其生活方式,如戒烟、限酒、控制饮食、规律服药等。在此基础上,对照组给予盐酸贝那普利

片(北京诺华制药有限公司,国药准字 H20030514)口服,10 mg/次,1 次/d,服用 8 周。治疗组在对照组基础上加用本科室自拟方益气祛瘀化浊方,组方如下:人参 6 g(或党参 20 g),黄芪 30 g,茯苓 15 g,薤白 10 g,白术 10 g,丹参 30 g,桂枝 10 g,远志 10 g,黄精 10 g,葛根 10 g。并临证加减,瘀血偏重者加用红花 10 g,赤芍 10 g,川芎 10 g,痰浊偏重者加用石菖蒲 10 g、枳壳 10 g、法半夏 10 g。服用 8 周。

1.4 观察指标

观察 2 组治疗前后血浆 B 型利钠肽(B-type natriuretic peptide, BNP)以及超声心动图中左室射血分数(left ventricular ejection fraction, LVEF)、左室舒张末期内径(left ventricular diameter at end diastole, LVDd)、室间隔厚度(interventricular septal thickness at end diastole, IVSd)、左室后壁厚度(left ventricular posterior wall thickness at end diastole, LVPWd)指标的变化。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计软件分析处理数据,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组血浆 BNP 水平比较

治疗后,2 组患者血浆 BNP 水平均有所降低($P<0.05$),且治疗组显著低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者血浆 BNP 水平比较

($n=30$, pg/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	BNP
对照组	治疗前	241.52±38.73
	治疗后	198.76±31.57*
治疗组	治疗前	236.63±36.56
	治疗后	175.43±28.66*△

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较△ $P<0.05$

2.2 2 组超声心动图相关指标比较

治疗后,2 组 LVEF、LVDd、IVSd、LVPWd 等指标均

较治疗前有所改善($P<0.05$),且治疗组 LVDd、IVSd、LVPWd 等指标显著低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者超声心动图相关指标比较($n=30, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	LVEF(%)	LVDd(mm)	IVSd(mm)	LVPWd(mm)
对照组	治疗前	62.77±10.72	49.23±5.39	10.84±3.07	10.07±1.69
	治疗后	65.76±11.65*	47.13±5.27*	10.39±2.97*	9.83±1.61*
治疗组	治疗前	63.82±12.03	48.13±5.81	10.89±3.92	10.12±1.16
	治疗后	65.73±12.65*	44.63±5.56*△	10.01±3.27*△	9.59±1.09*△

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较△ $P<0.05$

3 讨论

心衰是各种类型心脏疾患的晚期阶段,其患病率、死亡率均处于较高水平。有统计显示,欧美发达国家成人患心衰的患病率可达 1.5%~2%,并随着年龄增长进一步升高,70 周岁以上的老年人患病率甚至超过 10%^[2],且中国的心血管疾病患病率也在持续上升^[3]。另有研究发现,处于前临床心衰(阶段 B)的患者数量是阶段 C 和阶段 D 患者总数的 4 倍^[4]。许多患者在基础疾病就诊时通过体检发现心脏已出现结构性的改变,此时若无积极有效的干预措施,很可能会进一步发展成为临床心衰,后者的 5 年生存率与恶性肿瘤相当^[5],严重威胁患者生命健康。因此,对前临床心衰患者的早期干预尤为重要。

20 世纪 90 年代以前,心衰的发生发展被认为与血流动力学状态的改变直接相关,因此心衰的治疗强调以强心、利尿、扩血管为主,旨在改善血液动力学状态,以缓解临床症状。后来研究发现,血液动力学的改善并不能降低心衰患者的病死率,并进一步认识到心衰的发生发展与心肌细胞的坏死和神经内分泌细胞因子系统的激活有关^[6],心衰的治疗转变为以改善、修复衰竭心脏的生物学性质为主,并强调早期干预,这与中医“治未病”的思想不谋而合。《金匱要略·脏腑经络先后病脉证第一》中有云:“适中经络,未流传脏腑,即医治之,四肢才觉重滞;即导引、吐纳、针灸、膏摩,勿令九窍闭塞”,这讲的就是当人体感受的病邪尚未深入之时,应及早治疗,防微杜渐,以避免出现变化之端,这体现了中医“既病防变”的思想,也为早期心衰的防治提供了理论基础。

前临床心衰病机多以气虚为主,主要因心脾两脏受损,脾失健运,气血生化乏源兼运行不畅,导致痰、瘀等病理产物形成,从而影响心脏功能^[7]。本研究自拟益气祛瘀化浊方,旨在针对“气虚、血瘀、痰浊”的病理基础,方取人参补益心气、黄芪补益脾气,以纠正心脾之虚损。人参中的人参皂苷 Rg1 及黄芪中的黄芪

甲苷均能通过调节 CaN、PKC、ERK1/2、JNK 等传导通路,降低 TGF-β1、TNF-α、IL-1β 等细胞因子的含量或活性,发挥抑制心肌肥厚的作用^[8-9]。茯苓行滞化浊,其内含多糖可改善左室的收缩和舒张功能^[10],薤白温阳通络,配伍桂枝温阳利水,以减轻心脏负荷。丹参活血祛瘀,兼安心神,川芎活血兼行气。前者活性成分丹参酮 II A 可抑制心肌细胞内的活性氧簇的产生,从而减轻心肌细胞的损伤,防止心肌细胞凋亡^[11]。后者活性成分川芎嗪可通过抑制 TNF-α 在心肌细胞内的 mRNA 和蛋白质表达并抑制 Ang II 诱导的核转录因子-κB(NF-κB)通路的激活,同样有效抑制心肌肥厚的发生^[12]。黄精、葛根清心健脾养阴。诸药配伍,以达补通兼施、痰瘀共治的目的。本研究发现,益气祛瘀化浊方对前临床心衰患者的心功能改善作用明显优于对照组,而且具有调节神经内分泌因子、逆转心肌病理性改变的作用。因此,益气祛瘀化浊方用于防治前临床心衰值得进一步推广和研究。

参 考 文 献

[1] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J]. 中华心血管病杂志, 2018,46(10):760-789.

[2] Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure[J]. Heart. 2007, 93(9):1137-1146.

[3] 胡盛寿. 中国心血管病报告 2013[M]. 北京:中国大百科全书出版社,2014:113-114.

[4] Senior R, Galasko G. Cost-effective strategies to screen for left ventricular dysfunction in the community—a concept[J]. Congest Heart Fail, 2005, 11(4):194-198, 211.

[5] Shenoy M, Chapman CB, Nawaz MZ, et al. Diagnosis and management of stage a heart failure[J]. Congest Heart Fail, 2006, 12(3):146-152.

[6] 韩颖尔, 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.

湿、活血祛瘀之功效^[8]。现代药理研究表明,参附注射液具有类似强心苷作用,能够增强心肌收缩力,提高心输出量,从而改善心脏射血功能^[9]。五苓散对尿液具有双向调节作用,既能对抗脱水状态机体的利尿作用,又能促进水肿状态机体的利尿作用^[10],另外通过丹参、桃仁、红花等活血祛瘀之品,能扩张冠脉血管,加速心脏血液循环,改善心脏血流动力学,提高每搏输出量。本研究结果显示,治疗后观察组心功能指标 LVEF 及 SV 高于对照组,SVRI、HR 低于对照组,SVI、CO、CI 及总有效率高于对照组,提示五苓散加减联合参附注射液能够有效降低心率,降低外周血管阻力,从而增加心脏每搏输出量,提高心脏射血分数,进而改善患者心功能。

综上所述,五苓散加减联合参附注射液治疗老年急性心力衰竭效果显著,二者联合可改善患者血流动力学指标,增强心功能,并改善预后。

参 考 文 献

- [1] 田庄,何山,张抒扬. 2019 年心力衰竭治疗新进展[J]. 中华心血管病杂志,2020,48(3):252-254.
- [2] 王利红. 参附注射液结合西药治疗慢性充血性心力衰竭 105 例临床观察[J]. 新疆中医药,2017,35(5):7-8.

- [3] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等. 急性心力衰竭基层诊疗指南(实践版·2019)[J]. 中华全科医师杂志,2019,18(10):931-935.
- [4] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2003:131-137.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:30-31.
- [6] 曾德金. 参附注射液的药理研究及临床应用进展[J]. 中西医结合研究,2019,11(3):159-161.
- [7] 卓道勤,闵磊,张丹阳,等. 参附注射液对急性心肌梗死并心源性休克患者血流动力学干预作用的观察[J]. 中国中医药科技,2018,25(3):381-382.
- [8] 张欢,殷可婧,张苗,等. 五苓散加减方联合参附注射液治疗急性心力衰竭临床疗效及对血清脑啡肽酶浓度的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(23):3654-3657.
- [9] 刘瑶,张娜,史社坡,等. 亲水作用色谱-质谱联用法同时测定参附注射液中的 14 种有机酸[J]. 中国中药杂志,2016,41(18):3342-3348.
- [10] 蔡小蓉,杨建云,肖炳坤,等. 茵陈五苓散的药理及临床研究进展[J]. 中国临床药理学杂志,2017,33(9):857-860.

(收稿日期:2020-08-01)

(上接第 320 页)

- [7] 孙丽映,褚庆民,叶桃春,等. 从中医“治未病”理论探讨无症状心力衰竭的防治[J]. 中国中医急症,2019,28(9):1615-1618.
- [8] Deng J, Lv XT, Wu Q, et al. Ginsenoside Rg(1) inhibits rat left ventricular hypertrophy induced by abdominal aorta coarctation; involvement of calcineurin and mitogen-activated protein kinase signalings[J]. Eur J Pharmacol, 2009,608(1-3):42-47.
- [9] 姜文大,梁灵君,顾洁莹,等. 人参皂苷 Rg1 对腹主动脉狭窄致大鼠心肌肥厚和 TLR4 的影响[J]. 中药药理与临床,2013,29(1):35-38.
- [10] 李侠,蒋长兴,胡有东,等. 茯苓多糖对异丙肾上腺素所致

心肌肥厚大鼠心功能的影响[J]. 中华损伤与修复杂志(电子版),2014,9(4):367-371.

- [11] Yang L, Zou XJ, Gao X, et al. Sodium tanshinone IIA sulfonate attenuates angiotensin II-induced collagen type I expression in cardiac fibroblasts in vitro[J]. Exp Mol Med, 2009,41(7):508-516.
- [12] Yu L, She T, Li M, et al. Tetramethylpyrazine inhibits angiotensin II-induced cardiomyocyte hypertrophy and tumor necrosis factor- α secretion through an NF- κ B-dependent mechanism[J]. Int J Mol Med, 2013,32(3):717-722.

(收稿日期:2020-07-15)