

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2020.05.008

五苓散加减联合参附注射液治疗老年急性心力衰竭 临床观察

郝丽娜

安阳市中医院心病二科,河南安阳 455000

关键词 五苓散加减;参附注射液;急性心力衰竭;心功能

中图分类号 R541.6⁺1 **文献标识码** A

急性心力衰竭是临床常见急危重症,主要是由于心脏结构、功能异常造成心排血量急骤降低导致组织器官灌注不足和急性瘀血的综合征,临床常见呼吸困难、急性肺水肿、心源性休克、心率增快、低血压等,严重危及患者生命安全^[1]。现代医学治疗本病主要以吸氧、强心、利尿、正性肌力、扩张血管等为主,以缓解呼吸困难、肺水肿、心源性休克等致命威胁。本病属中医学“心悸”、“胸痹”等范畴,老年患者多为虚证,如心肾阳虚、阳虚水泛等,治疗应以温补肾阳、振奋心阳为主。参附注射液具有回阳救逆、益气固脱、振奋心阳的功效,是临床治疗急性心力衰竭的常用药^[2],本研究在参附注射液基础上加用五苓散加减治疗急性心力衰竭取得较为满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 2017 年 12 月—2018 年 12 月于本院就诊的 128 例老年急性心力衰竭患者作为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组,每组 64 例。对照组男 29 例,女 35 例;年龄 63~77 岁,平均(69.72±3.11)岁;病程 5~16 h,平均(10.83±0.98)h;基础病:高血压 29 例,糖尿病 22 例,高血脂 24 例。观察组男 33 例,女 31 例;年龄 65~73 岁,平均(69.58±3.20)岁;病程 7~15 h,平均(11.05±0.81)h;基础病:高血压 32 例,糖尿病 20 例,高血脂 22 例。2 组患者基础资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入患者均符合《急性心力衰竭基层诊疗指南(实践版·2019)》^[3]中急性心力衰竭诊断标准,中医诊断参考《中医内科学》^[4]胸痹之心肾阳虚证,年龄>

60 岁,纽约心脏学会(NYHA)心功能分级为Ⅲ~Ⅳ级,本研究所选患者均通过医院伦理委员会批准,患者及家属签署知情同意协议书。排除先天性心脏病、心肌梗死、心脏瓣膜病、恶性肿瘤、肝肾功能不全、严重感染以及对本研究所用药物存在相关禁忌证者。

1.3 治疗方法

2 组患者入院后均接受吸氧、强心、利尿、扩张血管等基础治疗,同时对照组采用参附注射液(华润三九药业有限公司,国药准字 Z51020664)静脉滴注治疗,每次 20 mL 加入 250 mL 葡萄糖注射液中,2 次/d。观察组在对照组基础上加用五苓散加减治疗,组方:泽泻 10 g,猪苓 9 g,茯苓 20 g,白术 20 g,桂枝 6 g,薏苡仁 15 g,甘草 10 g,丹参 10 g,桃仁 10 g,红花 10 g,水煎服,1 剂/d,早晚分服。2 组均以 1 周为 1 疗程,持续治疗 2 个疗程。

1.4 观察指标与疗效判定

2 组均于治疗前后进行心脏彩超检查,检测患者左心射血分数(left ventricular ejection fraction, LVEF)及每搏出血量(stroke volume, SV)。采用无创血流动力学监测仪检测 2 组患者治疗前后外周血管阻力指数(systemic vascular resistance index, SVRI)、每搏输出量指数(stroke volume index, SVI)、心率(heart rate, HR)、心输出量(cardiac output, CO)及心脏指数(cardiac index, CI)。记录 2 组患者用药期间不良反应发生情况。

依据《中医病证诊断疗效标准》^[5]评价临床疗效,显效:临床症状、体征消失,心功能至少改善 2 级;有效:临床症状、体征减轻,心功能改善 1 级;无效:临床症状、体征及心功能未见改善或加重。总有效率=[(显效+有效)例数/总例数]×100%。

1.5 统计学方法

本研究数据均经 SPSS 21.0 软件分析,计量资料

以均值±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 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组心功能指标比较

治疗后,2 组患者 LVEF 及 SV 明显升高($P<0.05$),且观察组显著高于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者治疗前后心功能比较($n=64, \bar{x}\pm s$)

组别	时间	LVEF(%)	SV(mL)
对照组	治疗前	40.36±3.11	51.02±4.18
	治疗后	45.07±4.15*	58.83±6.04
观察组	治疗前	40.51±3.02	50.79±4.41
	治疗后	49.04±4.86*△	67.75±6.89*△

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较△ $P<0.05$

2.2 2 组血流动力学指标比较

治疗后,2 组患者 SVRI、HR 较前降低($P<0.05$),SVI、CO 及 CI 较前升高($P<0.05$),且观察组上述指标改善程度大于对照组($P<0.05$)。见表 2。

2.3 2 组临床总有效率比较

治疗后,对照组显效 22 例,有效 25 例,无效 17 例,总有效率为 73.44%(47/64);观察组显效 29 例,有效 30 例,无效 5 例,总有效率 92.19%(59/64);观察组总有效率显著高于对照组($P<0.05$)。2 组患者治疗期间均未发生严重不良反应。

3 讨论

急性心力衰竭归属于中医“胸痹”、“心悸”、“怔忡”等范畴,其病因主要有体虚劳倦、七情所伤、感受外邪、药食不当等,病理性质主要有虚实两端,而老年患者多以虚证为主。《素问·六节藏象论》中记载“心者,生之本,神之变也,为阳中之太阳,通于夏气”,由此

可见心为生命之本,主血脉,主宰神明变化,而心的生理功能依赖于阳气推动,阳气充足则心脏搏动有序,血流通畅,神明得养。而老年患者因年老体虚、肾气自半,精血渐衰,阳气不足,复因久病伤正,致使阳气衰微。心阳虚损则无以推动心脏搏动,症见心脏搏动紊乱,血脉瘀阻,神明失养,发为心悸。肾阳虚衰则气化失司,水湿内停,水饮外溢肌肤,症见肢体浮肿,小便不利,心肾阳虚则形体失于温煦,脏腑功能衰退,症见形寒肢冷、神疲乏力、腰膝酸软;治疗当以温补肾阳、振奋心阳、利水消肿、通脉祛瘀为要。参附注射液是由人参、附子组成的中成药注射剂,方中人参味甘大补元气、补脾益肺,为补气强肾之要药;附子辛热,既能上助心阳而通脉祛瘀,又能下壮肾阳而行水消肿,为回阳救逆、补火助阳之要药;二者配伍得当能瞬息化气于乌有之乡,顷刻生阳于命门之内,临床被广泛应用于心悸、胸痹、怔忡、喘咳等阳虚之证^[6]。然而,受中成药药味单一、无法随症加减的影响,参附注射液的临床疗效受到一定限制^[7]。

五苓散出自张仲景所著《伤寒论》“太阳病……若脉浮,小便不利,微热,消渴者,五苓散主之”,由茯苓、白术、猪苓、泽泻、桂枝组成,方中泽泻甘淡,入肾、膀胱经,善利水渗湿,重用为君药;茯苓甘淡渗利,入心、脾、肾经,善健脾宁心、渗湿利水,猪苓甘淡渗利,入肾、膀胱经,专于渗利水湿,为治水湿内停之要药,二者合为臣药,以助君药利水消肿;佐以炒白术甘补渗利,善健脾益气、燥湿利水,桂枝辛温发散,能温通心脉、助阳化气,二者合为佐药,既助君臣渗湿利水,又能温阳益肾,助膀胱气化,促进水湿代谢,且桂枝辛温能佐泽泻甘寒之性。在五苓散基础上加以丹参、桃仁、红花,三者合用可活血祛瘀、通脉止痛;全方配伍,以利水消肿、健脾渗湿为主,以活血祛瘀为辅。参附注射液与五苓散加减相结合,参附注射液长于温肾助阳、振奋心阳,五苓散加减长于渗湿利水、健脾消肿、活血祛瘀,二者相合,互补互用,共奏益气温阳、健脾渗

表 2 2 组患者治疗前后血流动力学指标比较($n=64, \bar{x}\pm s$)

组别	时间	SVRI (dyn·sec·m ² /cm ⁵)	SVI (mL/m ²)	HR (bpm)	CO (L/min)	CI [L/(min·m ²)]
对照组	治疗前	4589.74±404.60	30.74±3.05	104.86±10.32	3.15±0.89	2.18±0.70
	治疗后	3735.57±321.09*	34.96±3.89*	89.94±8.45*	4.09±1.05*	2.91±0.85*
观察组	治疗前	4592.45±402.03	31.02±2.71	105.19±10.05	3.27±0.74	2.25±0.67
	治疗后	3016.41±253.71*△	38.94±4.18*△	77.15±5.37*△	5.17±1.36*△	3.30±0.94*△

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较△ $P<0.05$

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)