

# 加味补阳还五汤治疗慢性充血性心力衰竭疗效观察

赵贵儒

正宁县中医院, 甘肃 正宁 745300

**【摘要】**目的: 观察加味补阳还五汤煎剂治疗慢性充血性心力衰竭气虚血瘀证的临床疗效及安全性。方法: 将210例慢性充血性心力衰竭患者随机分为治疗组126例和对照组84例。对照组常规剂量服用硝酸酯类及血管紧张素转换酶抑制剂; 治疗组在对照组治疗的基础上, 加服加味补阳还五汤。2组患者均在治疗前和治疗2疗程后观察左心室舒张末期容积、收缩末期容积、每搏输出量(SV)及左心室射血分数(LVEF), 并比较2组中医证候疗效。结果: 2组治疗前各项心功能指标比较, 差异均无显著性意义( $P>0.05$ ), 治疗后各组指标均优于治疗前( $P<0.05$ ); 治疗后治疗组在左室收缩末期容积、SV及LVEF方面均优于对照组, 差异均有显著性意义( $P<0.05$ ), 提示加服加味补阳还五汤较单纯西药治疗效果显著。治疗组治疗后126例中显效88例, 占69.8%, 有效27例, 占21.4%, 无效11例, 占8.7%, 总有效115例, 占91.3%; 对照组治疗后84例中显效18例, 占21.4%, 有效29例, 占34.5%, 无效37例, 占44.0%, 总有效47例, 占56.0%。2组比较, 差异有显著性意义( $P<0.05$ ), 治疗组疗效明显优于对照组。2组患者治疗前后均检查血、尿、粪常规及肝肾功能, 未见服用治疗药物和对照药物对上述指标有不良影响, 同时未发现其他不良反应。结论: 加味补阳还五汤合并西药治疗慢性充血性心力衰竭疗效肯定。

**【关键词】**慢性充血性心力衰竭; 加味补阳还五汤; 气虚血瘀证

**【中图分类号】** R541.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0256-7415 (2013) 12-0035-03

慢性充血性心力衰竭(以下简称慢性心衰)是临床常见的危重病, 为多数器质性心脏病死亡的主要原因。是指由于各种慢性心肌病变和长期的心室负荷过重, 使心肌收缩力原发或继发地减弱, 在静脉回流正常的情况下, 心脏不能搏出与静脉回流及身体组织代谢需求相适应的血液供应, 临床上出现以体循环和肺循环瘀血及器官和组织灌注不足为主要特征的一组临床综合征。治疗心衰的传统强心药虽能改善心功能, 但长期应用可产生毒副作用<sup>[1]</sup>。笔者对本院2007年1月~2010年12月住院的126例慢性心衰患者配合中药进行治疗, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 慢性心衰西医诊断标准依据中华医学会《临床诊疗指南·心血管分册》<sup>[2]</sup>进行诊断。诊断要点: 左心室扩大, 左心室收缩期末容量增加, 左

心室射血分数(LVEF) $\leq 45\%$ ; 有基础性心脏病史, 症状和体征; 呼吸困难; 全身体液潴留的表现(如下肢水肿、肝脏增大等)。中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>心衰的气虚血瘀证相关标准。具备面色淡白或晦暗, 气短心悸, 神疲乏力, 口唇或甲床紫暗, 舌暗淡或有瘀点、瘀斑, 脉沉细涩的证候中的一项以上即可诊断。

**1.2 纳入标准** 符合慢性心衰西医诊断标准和中医气虚血瘀证辨证标准者; 心功能II~IV级者; 年龄18~70岁; 签署知情同意书者。

**1.3 排除标准** 急性重度心力衰竭或慢性心衰急性加重期者; 由于肝、肾、肺等重要脏器功能衰竭导致心力衰竭者; 妊娠或哺乳期妇女及对所用药物有过敏史者; 合并有严重心律失常、急性心肌梗死、梗阻性心肌病、重度瓣膜病及其他系统严重疾病者; 精神异

**【收稿日期】** 2013-05-30

**【作者简介】** 赵贵儒 (1965-), 男, 主治医师, 研究方向: 心血管内科。

常者。

**1.4 一般资料** 研究对象为本院收治住院的210例慢性心衰患者,随机分为治疗组126例和对照组84例。治疗组男68例,女58例;年龄34~70岁,平均(64.5±5.4)岁;缺血性心肌病69例,扩张性心肌病57例;心功能Ⅱ级29例,Ⅲ级68例,Ⅳ级29例。对照组男45例,女39例;年龄35~71岁,平均(62.5±4.2)岁;缺血性心肌病61例,扩张性心肌病23例;心功能Ⅱ级32例,Ⅲ级43例,Ⅳ级9例。2组患者年龄、性别、病情等方面经统计学处理,差异均无显著性意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 给予常规抗心力衰竭西药口服,洛汀新(贝那普利),每次10mg,每天1次;单硝酸异山梨酯片,每次20mg,每天3次;酒石酸美托洛尔片,每次12.5mg,每天1次;地高辛片,每次0.125mg,每天1次;氢氯噻嗪片,每次12.5mg,每天1次。

**2.2 治疗组** 在对照组基础上加服加味补阳还五汤,处方:炙黄芪12g,当归尾、炙甘草各6g,赤芍5g,地龙、川芎、桃仁、红花各3g,红参、丹参、炮附子(先煎)各15g,鸡血藤、桂枝各10g。每天1剂,水煎至200mL,分2次服。

均治疗30天为1疗程,共观察2疗程。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 超声心动图测量左室舒张末期容积,左室收缩末期容积,每搏输出量(SV)及LVEF;参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>行证候积分,按轻、中、重分级分别计2、4、6分。

**3.2 统计学方法** 统计学分析采用SAS6.12统计学软件,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示。

## 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 中医证候疗效标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>拟定。显效:证候基本消失或完全消失,治疗后证候积分为0分或减少 $\geq 70\%$ ;有效:30% $\leq$ 治疗后证候积分减少 $< 70\%$ ;无效:治疗后证候积分减少 $< 30\%$ ;加重:治疗后的证候积分超过治疗前的证候积分。

**4.2 2组治疗前后心功能指标比较** 见表1。2组治疗前各项指标比较,差异均无显著性意义( $P>0.05$ ),治疗后各组指标均优于治疗前( $P<0.05$ );治疗后治

疗组在左室收缩末期容积、SV及LVEF方面均优于对照组,差异均有显著性意义( $P<0.05$ ),提示加服加味补阳还五汤较单纯西药治疗效果显著。

表1 2组治疗前后心功能指标比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间	n	左室收缩末期容积(mL)	左室舒张末期容积(mL)	SV(mL/beat)	LVEF(%)
治疗组	治疗前	126	76.32±6.21	95.53±3.74	56.23±4.51	31.15±2.51
	治疗后	126	54.38±4.92 <sup>①②</sup>	87.98±5.11 <sup>①</sup>	70.61±4.96 <sup>①②</sup>	46.38±3.57 <sup>①②</sup>
对照组	治疗前	84	77.65±4.63	95.84±4.46	56.89±5.11	31.48±4.12
	治疗后	84	71.66±5.98 <sup>①</sup>	83.68±5.86 <sup>①</sup>	60.56±5.44 <sup>①</sup>	34.98±4.28 <sup>①</sup>

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

**4.3 2组气虚血瘀证候疗效比较** 治疗组治疗后126例中显效88例,占69.8%,有效27例,占21.4%,无效11例,占8.7%,总有效115例,占91.3%;对照组治疗后84例中显效18例,占21.4%,有效29例,占34.5%,无效37例,占44.0%,总有效47例,占56.0%。2组比较,差异有显著性意义( $P<0.05$ ),治疗组疗效明显优于对照组。

**4.4 安全性评估** 2组患者治疗前后均检查血、尿、粪常规及肝肾功能,未见服用治疗药物和对照药物对上述指标有不良影响,同时未发现其他不良反应。

## 5 讨论

慢性心衰是指由不同病因引起的心脏舒缩功能障碍,发展到使心排血量在循环血量与血管舒缩功能正常时不能满足全身代谢对血流的需要,从而导致具血流动力学异常和神经激素系统激活两方面特征的临床综合征。现代医学利用强心、利尿、扩张血管等药物降低心脏前后负荷,提高心肌收缩力,从而达到改善血流动力学、纠正心衰的目的。但各类心衰药物都有不同程度的不良反应。

本病按其临床表现属于中医学心悸、怔忡、水肿、喘证等范畴<sup>[4]</sup>,是多种心脏疾病的末期表现,其病机多与气虚血瘀相关<sup>[5]</sup>。本病发生与外邪反复侵袭,水气凌心,过度劳累及思虑等因素有关。中医学认为“心主血脉”、“气为血之帅”、“气行则血行”,当心脏阳气虚损,衰减直至衰竭所致心气动力不足,无力推动血液运行时,则致脉道不利,瘀血阻络,而致心脏负荷加重,发生心衰。治疗以温补阳气提高心肌的活动力,活血通络加强脉道血液顺应流通为基本方法。加味补阳还五汤功能温阳补气,活血通络。方中炙黄芪、红参、炙甘草温阳补气,当归尾、赤芍、

地龙、桃仁、鸡血藤、丹参、红花活血通络，桂枝、炮附子温阳散寒，温通心脉。诸药合用以达到温壮心阳，化瘀通脉之力，使血活气行，瘀化络通而痛止，诸症自愈。而现代药理研究证明，该方特别对气虚血瘀证候的改善有独特的功效，且均未发现明显不良反应，表明加味补阳还五汤治疗慢性心衰安全有效，值得推广。

### [参考文献]

[1] 何家桐, 李飞, 李济芳. 中西药联合治疗慢性充血性心力衰竭的临床研究[J]. 河北医学, 2008, 14(3): 312-

314.

- [2] 中华医学会. 临床治疗指南·心血管分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 1-4.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第 1 辑[S]. 1993: 114.
- [4] 杨林. 中西医结合治疗充血性心衰 50 例临床观察[J]. 中医药导报, 2007, 13(5): 21-22.
- [5] 李丹萍, 陈强, 易莉, 等. 益气活血法对充血性心力衰竭患者疗效和心功能的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2006, 26(6): 552-554.

(编辑: 骆欢欢)

## 活血化瘀治疗对脑微出血及脑梗死复发的影响

林棉, 杨楠, 王本国, 彭慧渊, 何宇峰, 钟原, 吴宗艺, 汪峰

广州中医药大学附属中山中医院神经内科, 广东 中山 528401

**[摘要]** 目的: 观察活血化瘀治疗对脑微出血 (CMB) 及脑梗死复发的影响。方法: 采用前瞻性队列研究, 纳入缺血性脑梗死合并脑微出血患者 92 例, 分成对照组与研究组, 对照组给予基础治疗, 研究组给予田七口服液活血化瘀治疗, 随访观察 2 年, 对比 2 组患者 CMB 数目的变化、脑血管事件复发及死亡情况。结果: 对照组 46 例患者失访 3 例, 脑梗死复发 9 例, 脑出血 0 例, 死亡 0 例。研究组 46 例, 失访 5 例, 脑梗死复发 2 例, 脑出血 1 例, 死亡 1 例 (合并心肌梗死及重症肺炎), 2 组脑梗死复发情况比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前 2 组 CMB 数目比较, 差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ ); 2 年后 2 组 CMB 病灶数目均增多, 与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ ), 2 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 对于合并 CMB 的急性脑梗死患者, 活血化瘀二级预防治疗能相对减少 CMB 增加的数目, 及减少脑梗死复发的比例。

**[关键词]** 脑微出血 (CMB); 活血化瘀; 田七口服液; 脑梗死复发

**[中图分类号]** R743 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2013) 12-0037-03

脑微出血 (cerebral microbleed, CMB) 是常见的脑小血管病之一, 近年来研究提示, CMB 发生发展与脑梗死、脑出血及痴呆相关联<sup>[1-2]</sup>, 而且随着疾病的进展, CMB 数目可能呈现增多的趋势<sup>[3]</sup>, 预防 CMB 数目的进一步增加可能减轻对脑实质损害的影响。前期的研究显示, 无论是脑梗死的急性期还是恢

复期, CMB 与血瘀证均明显相关<sup>[4-5]</sup>, 但目前尚无研究证实活血化瘀治疗能减轻 CMB 进展及降低脑梗死的复发率。本研究纳入了缺血性脑血管病合并 CMB 的患者 92 例, 进行了队列研究, 分成对照组及研究组, 研究组给予田七口服液进行活血化瘀治疗, 随访观察 2 年, 观察 CMB 病灶数目的变化, 同类的相关

**[收稿日期]** 2013-05-30

**[基金项目]** 广东省中医药局基金资助项目 (编号: 2009080); 中山市科技局科技创新基金资助项目 (编号: 20091A029)

**[作者简介]** 林棉 (1961-), 男, 教授, 博士研究生导师, 研究方向: 中医脑病基础与临床。

**[通讯作者]** 王本国, E-mail: wbg2001qq@yahoo.com.cn.