

◆ 临床研究论著 ◆

养心通脉饮对慢性心衰患者心室重构及 NT-ProBNP 影响临床研究

何新兵, 卢健棋, 刘雪玲, 潘朝铎, 王庆高, 温志浩, 张振千

广西中医药大学第一附属医院心血管内科, 广西 南宁 530023

[摘要] 目的: 观察养心通脉饮对慢性心力衰竭 (CHF) 患者左心室重构及 N 末端 B 型脑钠肽前体 (NT-ProBNP) 的影响。方法: 将 72 例患者随机分为 2 组, 对照组 36 例用规范西药治疗; 治疗组 36 例在对照组治疗基础上加服养心通脉饮, 疗程 6 周。观察 2 组左室重量 (LVM)、左室重量指数 (LVMI)、左室射血分数 (LVEF) 及 NT-ProBNP 水平的变化。结果: 2 组治疗后 LVEF 均提高, NT-ProBNP 均下降, 与治疗前比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 且治疗组下降较对照组更显著 ($P < 0.05$)。2 组治疗后左室重量指数 (LVMI) 较治疗前减少, 但与治疗前比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$); 2 组治疗后比较, 差异也无显著性意义 ($P > 0.05$)。结论: 养心通脉饮能够明显改善 CHF 患者心功能, 提高生活质量; 有改善 CHF 患者左心室重构的趋势, 有待进一步研究。

[关键词] 慢性心力衰竭 (CHF); 养心通脉饮; N 末端 B 型脑钠肽前体 (NT-ProBNP); 心室重构

[中图分类号] R541.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 07-0025-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.07.012

心力衰竭 (Heart Failure, HF), 简称心衰, 是一种由各种心脏疾病导致心功能不全的复杂的临床综合征, 可由任何损害心室充盈或射血能力的结构性或功能性心脏疾病所引起, 其主要表现是呼吸困难、疲乏和液体潴留。导致慢性心力衰竭 (CHF) 发生发展的基本机制是心室重构, 它是决定充血性 HF 发病率、病程进展和死亡率的主要因素。CHF 的治疗已成为中西医临床研究的难点和热点, 本科采用全国名老中医李锡光教授的经验方养心通脉饮治疗 CHF, 取得了较好疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 中医诊断参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[1] 中 HF 的中医辨证分型属气阴两虚证。中医证候包括主症和次症。主症: ①胸闷隐痛, 时作时止; ②心悸; ③气短、喘息, 遇劳则甚; ④神疲乏力; ⑤自汗或盗汗; ⑥舌红少苔; ⑦脉细数无力或结代。次症: ①头晕心烦; ②失眠多梦; ③口干颧红。凡具备主症中任意 4 条和次症中任意 2 条者可诊断为气阴两虚证。西医诊断标准符合中华医学会心血管病分会推荐的 HF 患者的临床评定标准^[2] 及 1928 年 NYHA 心功能分级标准。

1.2 排除标准 急性冠脉综合征 (急性 ST 段抬高性心肌梗死、

急性非 ST 段抬高性心肌梗死、不稳定性心绞痛)、急性肺水肿、未能控制的 3 级以上高血压; 合并有其他严重疾病如肿瘤、肝肾功能不全等; 其他全身性疾病如尿毒症、自身免疫性疾病所导致的 HF。

1.3 一般资料 观察病例均为 2009 年 5 月~2011 年 12 月本院心血管内科门诊和住院患者, 共 72 例, 按随机数表法分为 2 组。治疗组 36 例, 男 20 例, 女 16 例; 年龄 (66.3 ± 6.9) 岁; 病程 (10.1 ± 1.1) 年; 其中高血压性心脏病 19 例, 冠心病 12 例 (陈旧性心肌梗死 5 例), 肥厚性心肌病 2 例, 风湿性心脏瓣膜病 1 例, 扩张性心肌病 2 例。对照组 36 例, 男 17 例, 女 19 例; 年龄 (64.5 ± 7.2) 岁; 病程 (8.9 ± 0.9) 年; 其中高血压性心脏病 16 例, 冠心病 15 例 (陈旧性心肌梗死 4 例), 肥厚性心肌病 1 例, 扩张性心肌病 3 例, 风湿性心脏瓣膜病 1 例。2 组一般资料经统计学处理, 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 按照《慢性心力衰竭诊断治疗指南》^[3] 规定, 对每例患者采用规范的治疗: 积极控制血压、血糖, 改善心肌缺血, 抗血小板。具体药物包括以下几类: ①利尿剂: 呋塞米片, 每天 1 片; ②改善心肌缺血药物: 单硝酸异山梨酯片,

[收稿日期] 2014-01-19

[基金项目] 广西壮族自治区卫生厅中医药科技专项课题 (编号: GZPT13-13)

[作者简介] 何新兵 (1968-), 男, 副主任医师, 研究方向: 中医药防治急慢性心力衰竭。

每次 20 mg, 每天 2 次; ③血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI): 培哚普利, 每次 4 mg, 每天 1 次; ④ β -受体阻滞剂: 倍他乐克, 每次 25 mg, 每天 2 次; ⑤抗血小板药: 阿司匹林肠溶片, 每次 100 mg, 每天 1 次。

2.2 治疗组 在西医治疗基础上加用养心通脉饮, 处方: 红参、麦冬、玉竹、赤芍、炙甘草各 10 g, 五味子、木香各 6 g, 丹参 15 g, 黄芪 20 g。免煎制剂, 江阴天江药业有限公司提供中药配方颗粒, 每天 1 剂, 分 2 次冲服。

疗程 6 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 每例患者治疗前后检测 N 末端 B 型脑钠肽前体(NT-ProBNP)。左室射血分数(LVEF)及左室重量(LVM)、左室重量指数(LVMI)采用美国超声心动学会推荐标准, 由专人负责于治疗前后, 采用 Philips IE 33 彩色多普勒超声心动图仪(S5-1 探头)测定: 连续测定 3 个心动周期, 舒张末左室内径(LVDd), 舒张末室间隔厚度(IVST), 左室后壁厚度(PWT), 左室射血分数(LVEF)得出平均值, 然后采用 Devereux 校正公式计算 LVM 及 LVMI。BSA=0.006 1×身高(cm)+0.012 8×体重(kg)-0.152 9(m²); LVM=0.8×1.04[(IVST+LVDd+PWT)×3-LVDd×3]+0.6, LVMI=LVM/BSA, LVMI 以男性 > 135 g/m²、女性 > 120 g/m² 为左室肥厚。

3.2 统计学方法 计量资料采用 *t* 检验, 所有计量资料均采用($\bar{x} \pm s$)表示。

4 治疗结果

2 组治疗前后 NT-ProBNP 及 LVEF、LVMI 变化比较, 见表 1。治疗组 1 例治疗 1 周后失访。2 组治疗后 LVEF 均提高, NT-ProBNP 均下降, 与治疗前比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$), 且治疗组下降较对照组更显著($P < 0.05$)。2 组治疗后 LVMI 较治疗前减少, 但与治疗前比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$), 2 组治疗后比较, 差异也无显著性意义($P > 0.05$)。

表 1 2 组治疗前后 NT-ProBNP 及 LVEF、LVMI 变化比较

指标	治疗组(<i>n</i> =35)		对照组(<i>n</i> =36)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
NT-ProBNP(pg/mL)	781.2±67.9	643.2±60.1 ^{①②}	801.5±73.5	679.1±70.5 ^①
LVEF(%)	39.7±3.2	44.9±3.5 ^{①②}	41.1±2.7	43.1±3.1 ^①
LVMI(g/m ²)	151.6±23.1	140.9±22.9	148.2±21.9	138.4±20.7

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

5 讨论

最近 10 多年来, 随着社会经济的发展, 疾病谱发生了重大变化, 心血管疾病等慢性非传染性疾病的发生率大幅上升, 由此导致的 HF 的发生也呈加速上升趋势, HF 已成为我国心血管病领域的重要公共卫生问题。临床上治疗 HF 的主要目的是防止和延缓心室重构的发生和发展, 从而降低 HF 的死亡率

和住院率, 提高患者的生活质量。

根据 CHF 的临床表现, 归属于中医学心衰病、心悸、水肿、喘证、心水等范畴, 关于 HF 的病因病机, 李锡光教授认为, 本病多见于中老年人, 肾气渐衰, 加之广西地处岭南, 气候湿热, 病机多以气虚、气阴两虚居多, 在此基础上逐渐形成标实, 血瘀水停为标、心脉阻滞为其主要病机。养心通脉饮是全国名老中医李锡光教授总结多年临床经验研制而成, 功能益气养阴, 活血通络, 经临床证实, 能够改善 CHF 患者心功能、提高患者的运动耐量^[9]。方中红参大补元气, 黄芪可补气升阳, 益卫固表, 共为主药, 麦冬、玉竹、五味子滋阴润肺、宁心安神; 丹参活血祛瘀, 养血安神; 赤芍清热凉血, 祛瘀止痛, 全方共奏益气养阴, 活血祛瘀, 理气止痛。现代药理研究证实, 黄芪属非洋地黄正性肌力药物, 可提高 LVEF 和峰充盈率, 使左心室构型改善^[4]; 杨海波等^[10]临床研究证实, 黄芪注射液能降低 CHF 患者 LVMI, 提高 LVEF, 提示黄芪注射液能够逆转 CHF 患者左室重构, 并能改善左室收缩功能。王平等^[9]发现, 丹参酮 II A 治疗两肾两夹法高血压大鼠 6 周后显著抑制左心室肥厚的发展, 且高剂量作用显著。

反映患者心室重构的指标是 LVM 及 LVMI, 目前可用彩色多普勒超声心动图仪进行测算获得, 但有研究提示该方法利用其固定的公式来测算变形的心室, 测值偏离实际值, 有一定局限性^[7]; NT-ProBNP 及 LVEF 作为评估 HF 患者心脏功能、治疗效果的重要指标已被列入指南。本研究观察到 2 组治疗后心功能均有改善, 治疗后 LVEF 均提高, NT-ProBNP 均下降($P < 0.05$), 且治疗组下降较对照组更显著($P < 0.05$)。而治疗前后超声心动图检测提示, LVMI 治疗后较治疗前改善不显著($P > 0.05$), 治疗组与对照组相比较, 差异亦无显著性意义($P > 0.05$), 提示益气养阴、活血化瘀中药能改善心衰患者的心功能, 提高其生活质量和运动耐量, 但对心室重构虽有改善趋势, 但并不显著。分析其原因可能因为: NT-proBNP 及 LVEF 灵敏性较高, 短期内容易改变, 故当超声指标改变不显著时 NT-proBNP 已经出现较明显的改变; 其二与测量方法有关, Gopal AS 等^[11]研究表明, 采用二维超声及 M 型超声测量结果与磁共振所测值的相关性相对较低, 三维超声心动图测量的左室收缩功能、二尖瓣瓣环下移距离与磁共振法所测值相关性更好, 本科现正在进行运用实时三维超声观察 HF 患者左心室重构的研究, 可望得出阳性结果; 另外也可能与服药时间、观察时间较短有一定关系, 其具体原因及机制尚需要进一步研究。

【参考文献】

- [1] 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: 79-85.
- [2] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性心力衰竭诊断治疗指南[J]. 中华心血管病杂志

- 志, 2007, 37(12): 1076- 1095 .
- [3] 何新兵, 王庆高, 张振干, 等. 6 min 步行试验与心脏彩超评价养心通脉饮治疗慢性心力衰竭[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2010, 8(9): 1027- 1028 .
- [4] 周丽, 黄立武, 刘雪玲. 黄芪对冠心病心绞痛患者左室舒张功能及超氧化物歧化酶的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(12): 723 .
- [5] 杨海波, 李振民, 阚秀莲, 等. 黄芪对慢性心力衰竭患者左室重构的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2010, 8(9): 1031- 1032 .
- [6] 王平, 陈少锐, 王晓炜, 等. 丹参酮IIA 抑制肾性高血压大鼠氧化应激和心肌肥厚[J]. 中华高血压杂志, 2010, 18(3): 229- 234 .
- [7] 刘雪玲, 伍业冬, 雷蓓. 实时三维超声对向心性肥厚构型高血压患者左室收缩功能的评价[J]. 广西医学, 2010, 32(9): 1049- 1050 .
- [8] Gopal AS, King DL, Katz J, et al. Three- dimensional echo- cardio- graphic volume computation by polyhedral surface reconstruction in vitro validation and comparison to magnetic resonance imaging [J]. J Am Soc Echocardiogr, 1992, 5(2): 115- 124 .

(责任编辑: 骆欢欢)

益安宁丸辅助治疗难治性心衰 41 例临床研究

蔡少杭¹, 郑文辉¹, 吴瑞华¹, 何鸿钦²

1. 漳州市中医院心内科, 福建 漳州 363000; 2. 同溢堂药业有限公司技术创新中心, 福建 漳浦 363200

[摘要] 目的: 探讨益安宁丸辅助治疗对难治性心衰患者心功能的疗效及对血清肾素活性 (PRA) 和血管紧张素 II (Ang II) 水平的影响。方法: 根据不同的治疗方式将 68 例患者分为对照组 27 例和观察组 41 例。2 组均给予西药常规治疗。观察组加用益安宁丸。2 组疗程均为 8 周。评价治疗前后 NYHA 心功能分级和 6 min 步行实验 (6MWT), 记录治疗前后 Lee 氏心衰计分, 采用超声心动图测定心室射血分数 (LVEF) 和左室舒张末期内径 (LVEDD), 检测肾素活性 (PRA) 和 Ang II 水平。结果: 经 Ridit 分析, 观察组 Lee 氏心衰疗效、心功能分级疗效均优于对照组 ($P < 0.05$)。2 组治疗后 Lee 氏心衰积分较治疗前下降 ($P < 0.01$), 观察组低于对照组 ($P < 0.01$); 2 组治疗后 6MWT 和 LVEF 均较治疗前增加 ($P < 0.01$), 观察组增加更为显著 ($P < 0.01$); 2 组治疗前后 LVEDD 变化不明显。2 组治疗后血清 PRA 和 Ang II 水平均较治疗前下降 ($P < 0.01$), 观察组 PRA 和 Ang II 水平均低于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 在西医常规治疗的基础上, 加用益安宁丸治疗能改善难治性心衰患者心功能, 提高临床疗效, 可能与降低血清 PRA 和 Ang II 水平有关。

[关键词] 难治性心衰; 益安宁丸; 肾素活性 (PRA); 血管紧张素 II (Ang II); 心功能

[中图分类号] R541.4 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256- 7415 (2014) 07- 0027- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.07.013

慢性心衰作为一种进展性临床综合征, 已成为 21 世纪最重要的心血管疾病之一和心脏病治疗的最后战场^[1]。难治性心衰是慢性心衰不良发展的晚期表现, 亦称终末期心衰, 为经适当病因治疗和常规抗心衰处理, 临床症状和体征仍长期持续无变化或呈进行性加重的心力衰竭; 是一种复杂的临床综合征, 为各种心脏病的严重阶段。随着冠心病、高血压发病率的上升、人口老龄化加速及各种危险因素的增加, 我国难治性心衰

病的发病率显示持续增长趋势。其发病率高, 治疗难度大, 远期预后差, 严重威胁人群的健康水平^[2]。难治性心衰常规治疗效果往往较差, 笔者在常规抗心衰药物治疗基础上加用益安宁丸, 取得了较好的临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 68 例患者来源于 2010 年 9 月~2013 年 5 月漳州市中医院心内科经抗心衰治疗, 临床症状缓

[收稿日期] 2014-02-22

[作者简介] 蔡少杭 (1957-), 男, 主任医师, 教授, 研究方向: 中西医结合心血管病内科。