

益心饮联合西药治疗冠心病伴慢性心力衰竭临床观察

石磊, 刘果果, 杨坚毅

柳州市中医院, 广西 柳州 545000

[摘要] 目的: 观察益心饮联合西药治疗冠心病伴慢性心力衰竭患者的临床疗效。方法: 选取本院收治的 76 例气虚血瘀型冠心病伴慢性心力衰竭患者为研究对象, 按随机单盲法分为对照组与观察组各 38 例, 对照组给予常规西药治疗, 观察组在对照组用药基础上加用益心饮治疗, 观察 2 组的临床疗效以及治疗后心功能、心肌损伤指标的改善情况。结果: 治疗总有效率观察组为 94.74%, 高于对照组的 71.05%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 2 组心脏射血分数 (EF)、心脏指数 (CI)、每搏指数 (SD)、肌酸激酶同工酶 (CK-MB) 及脑钠肽 (BNP) 指标水平比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组 SI、CI、EF 水平均较治疗前上升, CK-MB、BNP 水平均较治疗前改善, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组各指标的改善程度均优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗期间, 2 组均无严重不良反应情况发生。结论: 采用益心饮联合西药治疗冠心病伴慢性心力衰竭, 可发挥心肌保护作用, 改善患者心功能, 且安全性高。

[关键词] 冠心病; 慢性心力衰竭; 气虚血瘀证; 中西医结合疗法; 益心饮; 心功能

[中图分类号] R541.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 07-0014-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.007

冠心病伴慢性心力衰竭为超负荷心肌细胞疾病, 与冠脉内脂质沉积、血管胶原细胞、平滑肌细胞增殖, 致血管堵塞, 引起心肌缺氧、缺血, 造成心肌重塑有关。西医治疗上多采用扩血管、利尿、强心等方式, 但易产生耐药。中医治疗则强调整体调治, 且疗效持久、不易耐药, 无明显毒副作用, 可保护内皮细胞及心肌细胞结构, 延缓心室重构, 改善心肌功能, 在冠心病伴心力衰竭的治疗中有其应用优势^[1]。中西医结合治疗不仅可发挥强心、利尿作用, 同时可充分利用中药对心肌细胞的保护作用, 强化疗效。本研究为观察益心饮联合西药治疗冠心病伴慢性心力衰竭患者的临床疗效, 特选取本院收治的 76 例患者作为观察对象展开研究, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①符合《实用内科学》^[2]中冠心病的诊断标准; ②符合《中医病证诊断疗效标准》^[3]中胸痹心痛的辨证标准, 辨为气虚血瘀证, 临床表现为心胸阵痛, 如刺如绞, 固定不移, 入夜尤甚, 伴有胸闷心悸, 面色晦暗, 身倦乏力, 面色淡白, 气少懒言等症。舌质淡暗或紫暗, 舌下脉络青紫, 脉沉弱或结代; ③心功能分级 I~II 级; ④入组前 1 周末服用过影响研究的药物; ⑤患者及家属知情同意并签署知情同意书。

1.2 排除标准 ①急性心功能不全及心力衰竭 III 级者; ②伴致命性心律失常及心源性休克者; ③合并严重肝、肾、肺功能障碍者; ④合并造血及内分泌系统疾病者; ⑤妊娠、哺乳期妇

女; ⑥过敏体质者; ⑦合并严重精神疾病者; ⑧依从性差者。

1.3 一般资料 选取本院 2011 年 11 月—2015 年 6 月收治的 76 例冠心病伴慢性心力衰竭患者为研究对象。按随机单盲法分为对照组与观察组各 38 例。对照组男 21 例, 女 17 例; 年龄 41~77 岁, 平均(54.3±5.6)岁; 病程 1~11 年, 平均(5.6±1.3)年; 心功能分级: I 级 14 例, II 级 24 例。观察组男 22 例, 女 16 例; 年龄 42~78 岁, 平均(54.5±5.7)岁; 病程 1~10 年, 平均(5.7±1.4)年; 心功能分级: I 级 15 例, II 级 23 例。2 组性别、年龄、病程与心功能分级等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规西药治疗。①呋塞米片(吉林市东北虎制药有限责任公司), 每天口服 1 次, 每次 20 mg; ②螺内酯片(扬州中宝制药有限公司), 每天口服 1 次, 每次 20 mg; ③阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司), 每天口服 1 次, 每次 20 mg; ④阿司匹林肠溶片(黑龙江乌苏里江制药有限公司哈尔滨分公司), 每天口服 1 次, 每次 0.1 g; ⑤美托洛尔片[远大医药(中国)有限公司], 初始剂量每天口服 2~3 次, 每次 6.25 mg, 后视病情增至每天 2~3 次, 每次 6.25~12.5 mg, 最大剂量可用至每天 2 次, 每次 50~100 mg, 但不超过每天 300~400 mg; ⑥福辛普利钠片(上海现代制药股份有限公司), 初始剂量为每天口服 1 次, 每次 10 mg, 视病情可增至每天 1 次,

[收稿日期] 2016-03-25

[作者简介] 石磊 (1973-), 男, 主治医师, 研究方向: 心血管内科。

每次 40 mg。连续治疗 1 月。

2.2 观察组 在对照组用药基础上加用益心饮治疗。处方：黄芪、鸡血藤、葛根、丹参各 30 g，麦冬 20 g，党参、赤芍药、降香、瓜蒌壳、川芎各 15 g，当归、炙甘草各 10 g，桂枝 8 g，三七粉 2 g。每天 1 剂，水煎取汁，分早、晚 2 次服用，连续治疗 1 月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察 2 组的临床疗效；②检测 2 组治疗前后的中医证候积分，包括气喘、痞满腹胀、咯痰、心悸、肢体浮肿、便溏 6 项症状，每项症状 0~3 分，总分 0~18 分，分数越高，提示症状越严重；③观察 2 组治疗前后的心功能指标[心脏射血分数(EF)、心脏指数(CI)及每搏指数(SI)]的变化情况与心肌损伤指标[肌酸激酶同工酶(CK-MB)、脑钠肽(BNP)]的改善情况，抽取清晨空腹静脉血 3 mL 测定；④观察 2 组的不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件进行数据处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，行 t 检验；计数资料以率(%)表示，采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4] 拟定。临床痊愈：症状、体征消失，心功能基本恢复正常，中医证候积分降低 $\geq 90\%$ ；显效：症状、体征明显改善，心功能改善超过 2 级，中医证候积分减少 70%~89%；好转：症状、体征改善，心功能改善超过 1 级，中医证候积分减少 30%~69%；无效：症状、体征及心功能无任何改善，中医证候积分无变化或有增加。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗总有效率观察组为 94.74%，高于对照组的 71.05%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	临床痊愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
观察组	38	11(28.95)	18(47.37)	7(18.42)	2(5.26)	94.74 ^①
对照组	38	4(10.53)	11(28.95)	12(31.58)	11(28.95)	71.05

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后心功能指标值比较 见表 2。治疗前，2 组 SI、CI、EF 指标值比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2 组 SI、CI、EF 指标值均较治疗前上升，观察组的各项指标值均高于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

4.4 2 组治疗前后心肌损伤指标值比较 见表 3。治疗前，2 组 CK-MB、BNP 指标值比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2 组 CK-MB、BNP 均较治疗前改善，观察组以上 2 项指标值均低于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

4.5 2 组不良反应发生情况比较 观察组出现恶心、呕吐 2

例；对照组出现恶心、呕吐 3 例，头痛 1 例，停药后均自行缓解。

表 2 2 组治疗前后心功能指标值比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	SI (mL/m ²)	CI (L/min)	EF (%)
观察组	38	治疗前	20.11 ± 3.74	1.58 ± 0.13	30.44 ± 1.64
		治疗后	31.11 ± 4.98 ^{①②}	2.32 ± 0.20 ^{①②}	51.21 ± 1.45 ^{①②}
对照组	38	治疗前	20.13 ± 3.75	1.59 ± 0.15	30.45 ± 1.66
		治疗后	25.54 ± 3.79 ^①	1.99 ± 0.18 ^①	46.52 ± 2.07 ^①

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

表 3 2 组治疗前后心肌损伤指标值比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	CK-MB (U/L)	BNP (pg/mL)
观察组	38	治疗前	18.21 ± 3.22	215.41 ± 16.52
		治疗后	16.52 ± 0.49 ^{①②}	115.21 ± 18.54 ^{①②}
对照组	38	治疗前	18.24 ± 3.21	215.46 ± 16.57
		治疗后	20.41 ± 1.14 ^①	168.74 ± 15.26 ^①

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

5 讨论

中医学认为，冠心病归属胸痹心痛范畴。心气亏虚为心衰的病机，心气虚弱，血脉运行无力，周身失养则心功能降低。心气充盛，血行顺畅，助心气固摄、推动，津液疏布，排泄正常；心气不足，鼓动无力，血行不畅，瘀血阻滞脉络，水湿运化不畅，表现为痰饮水停。而人体水液代谢责于脾、肺、肾三脏，血脉瘀阻于脾、肺，肺宣发失降，脾运化疏布失调则痰饮水停。因此认为气虚血瘀为痰饮水停的关键病因，心阳亏虚，累及肾阳，遂致气不化津，停而为水，水凝则为痰。而先天不足，禀赋薄弱，外邪犯心，劳伤过度，心阴受损，气阳亏虚则为其病理基础。本病病位在心，累及肺、脾、肾，为本虚标实之证，以心阳不振，脾肾阳虚为本，血瘀、痰浊为标，沿心气虚弱、气虚血瘀、心肾阳虚、阳虚水泛演变规律逐渐加重，治法多从水、虚、瘀立论，以温阳利水、益气活血为法。现代医学认为冠心病的发病与心肌供血不足所致的心肌细胞缺氧、缺血有关。冠心病伴心力衰竭患者的心肌细胞功能多伴不同程度的损伤，在治疗方面需重视保护心肌，改善患者的心肌缺血状态，纠正心肌重塑。以往多采用西药抗心衰，疗效欠佳，且患者依从性较差。相对而言，采用利尿剂、 β -受体阻滞剂疗效较佳，而在此基础上辅以中药益气活血、温阳利水，更能优化治疗效果。本研究采用的益心饮，方中重用黄芪大补元气，活血通络，祛瘀且利水；鸡血藤舒筋活络、活血补血；葛根解热；丹参活血化瘀；麦冬清心除烦；党参益气生津；赤芍散瘀止痛；降香理气化痰；瓜蒌壳理气散结；川芎行气开郁、活血止痛；当归补血活血；三七、桂枝通阳化气、化

瘀止痛；甘草调和诸药。诸药合用，共奏益气活血、温阳利水之效。现代药理研究表明，黄芪可降低心肌耗氧，改善人体微循环，保护心肌细胞。

本研究结果提示，观察组的临床疗效与心功能、心肌损伤指标的改善程度均优于对照组，且治疗期间无严重不良反应情况发生。提示益心饮联合西药治疗冠心病伴慢性心力衰竭疗效显著，且安全性高。

[参考文献]

[1] 杨颖, 姜涛, 王凤, 等. 注射用益气复脉(冻干)治疗冠心

病心力衰竭(气阴两虚证)60 例临床研究[J]. 中医药学报, 2012, 40(4): 115-117.

[2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 13 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 1486-1488.

[3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.

[4] 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: 83-84.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

益气活血法治疗室性早搏 30 例疗效观察

夏晓丽

韶关市中医院, 广东 韶关 512026

[摘要] 目的: 探讨益气活血法治疗室性早搏的临床疗效。方法: 将 60 例室性早搏患者随机分成 2 组各 30 例, 对照组采用美托洛尔联合基础疾病治疗进行治疗, 观察组在对照组的基础上加用益气活血方治疗, 观察 2 组治疗效果及临床症状变化情况。结果: 总有效率观察组为 93.3%, 对照组为 70.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组胸闷、心悸、头晕、失眠症状发生率均显著低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 益气活血法治疗室性早搏疗效肯定, 可显著改善患者临床症状, 值得临床推广应用。

[关键词] 室性早搏; 心血瘀阻型; 益气活血法

[中图分类号] R541.4 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 07-0016-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.008

室性早搏指心室异位节律点在窦房结冲动抵达之前提前发出电冲动引起心室的除极的一种心律失常, 目前治疗室性早搏的方法较多, 中医药治疗具有独特优势^[1]。为进一步探讨益气活血法在室性早搏中的应用效果, 笔者观察了益气活血方治疗室性早搏(心血瘀阻型)的临床疗效, 将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均来源于 2014 年 1 月—2015 年 8 月本院内科病房或门诊治疗的室性早搏患者共 60 例, 按照双盲原则将入选病例随机分为 2 组, 每组 30 例。观察组男 18 例, 女 12 例; 年龄 46~83 岁, 平均(67.50±5.72)岁; 病程 3 月~12 年, 平均(5.24±2.04)年。对照组男 16 例, 女 14 例; 年龄 47~81 岁, 平均(65.80±4.79)岁; 病程 5 月~11 年, 平均(6.01±2.33)年。2 组患者性别、年龄、病程、病情等一般

资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 ①符合室性早搏临床诊断标准; ②原发疾病为冠心病; ③经中医辨证属于心血瘀阻型; ④年龄 45~85 岁; ⑤知晓本次研究目的并自愿签署《知情同意书》。

1.3 排除标准 ①合并呼吸衰竭、缩窄性心包炎、肺栓塞、急性心肌梗死、血液病者; ②扩张性心肌病及其他原因引起心力衰竭心功能 3 级以上者; ③严重肝肾功能损害者; ④肿瘤病患者; ⑤精神病患者; ⑥年龄 > 85 岁者或年龄 < 45 岁者。

2 治疗方法

2.1 对照组 在针对基础疾病治疗的基础上采用美托洛尔(阿斯利康制药有限公司)口服, 初次服用剂量为 6.25 mg, 每天 2 次, 随后适当增加药物剂量, 但每天最大剂量不可超过 100 mg, 持续服用 1 月。基础疾病治疗药物包括阿司匹林(拜耳医

[收稿日期] 2015-12-18

[作者简介] 夏晓丽 (1983-), 女, 主治医师, 研究方向: 中医内科学。