

〔文章编号〕 1007-0893(2021)13-0022-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.13.010

苓桂术甘汤治疗慢性心力衰竭临床疗效观察

周 龙¹ 胡国恒^{2*}

(1. 湘南学院附属医院, 湖南 郴州 423000; 2. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙 410000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨慢性心力衰竭应用苓桂术甘汤加减治疗的有效性。**方法:** 将2018年1月至2019年10月在湘南学院附属医院及湖南中医药大学第一附属医院治疗的98例慢性心力衰竭患者随机分为两组, 各49例。对照组使用常规西医治疗, 在此基础上观察组使用苓桂术甘汤加减治疗, 比较两组患者的临床疗效、中医证候积分变化、心功能及脑钠肽(BNP)水平变化。**结果:** 观察组患者治疗总有效率为91.84%, 高于对照组的73.47%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 治疗前两组患者的中医证候积分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后观察组患者中医证候积分低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前两组患者的心功能及BNP水平比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后观察组患者的心功能及BNP水平均优于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 慢性心力衰竭应用苓桂术甘汤加减治疗的有效性显著, 能明显减轻中医证候, 提高心功能, 抑制心肌受损进展。

〔关键词〕 慢性心力衰竭; 苓桂术甘汤; 中西医结合疗法

〔中图分类号〕 R 541.6¹ 〔文献标识码〕 B

慢性心力衰竭是各种心脏疾病发展至终末期的一种综合征, 也是导致患者死亡的病因。本病病情重、治疗困难、预后差, 至今无特效治疗方法, 多依靠药物治疗控制症状, 抑制病情进展。目前临床的治疗主要包括强心、利尿、扩张血管、抑制心室重构等, 利尿剂降低血容量、减轻心脏负荷、控制液体潴留是基础治疗, 但西医治疗的效果有限^[1]。中医认为, 本病的发病与心阳虚衰、阳虚水泛有关, 苓桂术甘汤是治疗痰饮的名方, 具有良好的温阳利水之效^[2]。本研究进一步分析慢性心力衰竭应用苓桂术甘汤加减治疗的有效性, 现具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2018年1月至2019年10月在湘南学院附属医院及湖南中医药大学第一附属医院治疗的98例慢性心力衰竭患者随机分为两组, 各49例。观察组男27例, 女22例, 年龄42~86岁, 平均年龄(64.7±8.5)岁, 病程1~12年, 平均病程(6.8±2.7)年; 原发疾病中, 冠心病16例、肺源性心脏病8例、风心病7例、高血压性心脏病14例、其他心脏病4例; 对照组男26例, 女23例, 年龄44~85岁, 平均年龄(64.5±8.3)岁, 病程1~10年, 平均病程(6.6±2.5)年; 原发疾病中, 冠心病17例、肺源性心脏病7例、风心病7例、高血压性心脏病13例、其他心脏病5例; 所有患者均符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南2018》中慢性心力衰竭诊断^[3], 心功能分级在III~IV级, 左心室射血

分数(left ventricular ejection fraction, LVEF) ≤ 40%, 中医辨证属于心阳亏虚, 症见心悸气短、动则气喘、疲乏无力、面浮肢肿、畏寒肢冷、头晕耳鸣等; 排除严重肝肾功能障碍、药物过敏、精神异常等; 两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规西医治疗, 吸氧、限制水盐摄入、控制血压、血糖等, 并采取规范化用药治疗, 呋塞米片(天津力生制药股份有限公司, 国药准字H12020163) 80~100 mg·d⁻¹, 螺内酯(国家集团武汉中联四药药业有限公司, 国药准字H42020343) 20~40 mg·d⁻¹, 美托洛尔(阿斯利康制药有限公司, 国药准字H32025391) 25~50 mg·d⁻¹, 贝那普利(北京诺华制药有限公司, 国药准字H20030514) 75 mg·d⁻¹或氯沙坦钾片(杭州默沙东制药有限公司, 国药准字J20180054) 50~100 mg·d⁻¹, 地高辛片(赛诺菲安万特制药有限公司, 国药准字H33021738) 0.25 mg·d⁻¹, 根据患者的病情变化及时调整剂量, 治疗2周。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上给予苓桂术甘汤加减, 药用茯苓15 g, 桂枝10 g, 白术10 g, 甘草6 g, 黄芪30 g, 人参10 g, 淫羊藿15 g, 丹参20 g, 桃仁10 g, 炒葶苈子15 g, 车前子30 g^[4]。1剂·d⁻¹, 水煮取汁200 mL·剂⁻¹, 100 mL·次⁻¹, 分早晚2次温服, 治疗2周。

1.3 疗效判断标准

显效: 症状及体征基本消失, 中医证候积分减少 ≥ 70%, 心功能提高2级; 有效: 症状及体征有所减轻,

〔收稿日期〕 2021-04-26

〔作者简介〕 周龙, 女, 主治医师, 主要研究方向是中西医结合治疗心脑血管疾病。

〔*通信作者〕 胡国恒 (E-mail: 357751238@qq.com; Tel: 13875514989)

中医证候积分减少 ≥ 30%，心功能提高 1 级；无效：症状及体征无明显改善，中医证候积分减少不足 30%，心功能无明显提高^[5]。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

1.4 观察指标

采用中医证候积分评估治疗前后证候变化，包括心悸气短、疲乏无力、面浮肢肿、畏寒肢冷、头晕耳鸣等共五项，每项 3 分，总分 0 ~ 15 分，得分越高则证候越严重；治疗前后 LVEF、6 min 步行试验 (6-minute walking test, 6MWT)、脑钠肽 (brain natriuretic peptide, BNP) 水平，评估心功能改善情况。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 91.84%，高于对照组的 73.47%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较 (n = 49, 例)

组别	显效	有效	无效	总有效 / n (%)
对照组	8	28	13	36(73.47)
观察组	18	27	4	45(91.84) ^a

与对照组比较，^a*P* < 0.05

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组患者的中医证候积分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后观察组患者中医证候积分低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 (n = 49, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后
对照组	12.28 ± 2.51	8.79 ± 2.83
观察组	12.34 ± 2.46	4.37 ± 2.58 ^b

与对照组治疗后比较，^b*P* < 0.05

2.3 两组患者治疗前后心功能及 BNP 水平比较

治疗前两组患者的心功能及 BNP 水平比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后观察组患者的心功能及 BNP 水平均优于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后心功能及 BNP 水平比较 (n = 49, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	LVEF/%	6MWT/m	BNP/ng · L ⁻¹
对照组	治疗前	36.5 ± 4.9	274.3 ± 19.6	4769.6 ± 428.7
	治疗后	39.2 ± 5.7	320.6 ± 18.4	3156.9 ± 343.2
观察组	治疗前	36.3 ± 5.1	273.9 ± 19.2	4770.3 ± 431.2
	治疗后	46.7 ± 6.8 ^c	384.2 ± 11.9 ^c	2341.6 ± 385.7 ^c

与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05

注：LVEF — 左心室射血分数；6MWT — 6 min 步行试验；BNP — 脑钠肽

3 讨论

中医认为，本病属“心水、水肿、怔忡、心痹”等范畴，心阳虚衰、肾元虚损为发病之本，导致脏腑失于温煦，脾失健运，水饮内停，血运不畅，使得水饮、痰湿、瘀血等阻滞心脉而发。其病位在心，与脾、肾等密切相关，虚实夹杂贯穿疾病始终。苓桂术甘汤为张仲景创制的治疗痰饮的经典方剂，方中茯苓利水渗湿，桂枝温通经脉，白术健脾利湿，甘草调和药性，四药共奏温阳利水之效。本研究在此基础上加味，黄芪、人参益气行血，促进水湿代谢；淫羊藿补肾阳、祛风湿；丹参、桃仁活血化瘀，并能防温补太过；葶苈子、车前子利水消肿、泻肺平喘，体现分经论治的思想。全方增强了益气行水、活血化瘀之力，使心阳、肾阳得补，有助于水肿的快速消退，恢复心脉的血液运行，使诸证自除^[5]。现代药理研究显示^[6]，本方可增强心肌收缩力，改善血液循环，降低血液黏稠度，扩张血管，增加心肌的供血供氧，有助于心功能的改善。同时可调节水液代谢，平衡机体阴阳，达到利水消肿的目的，有助于减轻心脏负荷，增强心肌收缩功能^[7]。

综上所述，慢性心力衰竭应用苓桂术甘汤加减治疗的有效性确切，能有效减轻中医证候，提高心功能。

[参考文献]

- (1) 钟晓莹, 陈国铭, 赵金龙, 等. 苓桂术甘汤治疗慢性心力衰竭的靶点预测与机制探讨 (J). 时珍国医国药, 2018, 29(11): 2792-2797.
- (2) 周旭. 血府逐瘀汤合苓桂术甘汤治疗慢性心力衰竭 30 例 (J). 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(14): 62-64.
- (3) 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.
- (4) 王本泽. 真武汤合苓桂术甘汤治疗老年心功能衰竭的临床研究 (J). 中国冶金工业医学杂志, 2019, 36(1): 63.
- (5) 高蕊, 郑刚, 任耀龙, 等. 加味苓桂术甘汤治疗肾虚血瘀型慢性心力衰竭合并利尿剂抵抗的临床研究 (J). 中国中医急症, 2019, 28(9): 1505-1508.
- (6) 张国芳, 张玉芝, 栗晓乐. 苓桂术甘汤加减治疗慢性心力衰竭的疗效观察 (J). 中医临床研究, 2017, 9(5): 34-35.
- (7) 朱梓铭, 张因彪, 郑景辉, 等. 基于网络药理学探究苓桂术甘汤治疗慢性心力衰竭的作用机制 (J). 临床心血管病杂志, 2019, 35(2): 154-161.