

温阳强心汤联合西药对阳虚水泛型慢性心力衰竭患者心功能及血清相关指标的影响

王萍萍 王娟 赵奇

(河南省省立医院, 河南 郑州 451162)

〔摘要〕 **目的:** 探究温阳强心汤联合西药在阳虚水泛型慢性心力衰竭(CHF)患者中的治疗效果。**方法:** 选择河南省省立医院2018年6月至2020年10月期间收治的98例CHF患者,采用随机数字表法分为观察组与对照组,各49例。对照组采用西药治疗,观察组在对照组的基础上联合温阳强心汤治疗。比较两组患者的临床疗效、治疗前后中医证候积分、心功能指标及血清相关指标、生活质量评分及不良反应。**结果:** 观察组患者的治疗总有效率为95.92%,高于对照组的81.63%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,左心室收缩末期内径(LVESD)、左心室舒张末期内径(LVEDD)观察组均小于对照组,左心室射血分数(LVEF)观察组高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,胸闷胸痛、心悸气短、喘促无力、畏寒肢冷、唇甲青紫、小便短少、下肢水肿症状积分观察组均低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,白细胞介素-6(IL-6)、氨基末端脑钠肽前体(NT-proBNP)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)观察组均低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,明尼苏达心力衰竭生活质量调查表(MLHFQ)评分观察组低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论:** 温阳强心汤联合西药在阳虚水泛型CHF患者治疗中可有效提高心功能状态,改善各临床症状,减轻炎症反应,提高生活质量,无明显不良反应,安全性高。

〔关键词〕 慢性心力衰竭;温阳强心汤;地高辛;美托洛尔

〔中图分类号〕 R 541 **〔文献标识码〕** B

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)是心脏病的终末期,是在多种原因下引发的心脏功能受损、心肌损伤或心脏结构失代偿,随着患者病情进一步发展,可导致心室泵血及充盈程度的下降,从而导致患者出现呼吸困难、水钠潴留等症状,若不及时干预,将对患者生命安全构成威胁,且患者预后较差。因此,给予CHF患者积极治疗尤为重要^[1-2]。目前,西医对于CHF的治疗给予对症及改善心功能为主,虽可以有效控制病情进展,提高患者的生活质量,但长时间服药易增加药物不良反应,影响服药依从性,同时西医在防止或延缓心肌重构的发展及降低死亡率中效果仍不理想,存在一定局限性。中医学依据CHF症状表现,将其归结为“水肿”“喘证”等范畴,中医在CHF治疗中历史悠久,以整体观念及辨证论治为原则,认为CHF阳虚水泛型属水饮瘀闭、心气虚损,临床治疗中不仅需强心利尿,同时还需改善患者的机体功能,改善预后^[3-4]。鉴于此,本研究选择河南省省立医院2018年6月至2020年10月期间收治的98例CHF患者,其中49例采用温阳强心汤联合西药治疗阳虚

水泛型CHF,旨在探究对其心功能及血清相关指标的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择河南省省立医院2018年6月至2020年10月期间收治的98例CHF患者,采用随机数字表法分为观察组与对照组,各49例。观察组男28例,女21例;年龄48~75岁,平均年龄(61.28±3.34)岁;病程1~5年,平均病程(3.80±0.67)年;体质量指数20.15~27.64 kg·m²,平均体质量指数(23.88±0.84) kg·m²;纽约心脏病协会(New York Heart Association, NYHA)分级:30例II级,19例III级。对照组男27例,女22例;年龄48~76岁,平均年龄(61.30±3.29)岁;病程1~7年,平均病程(3.91±0.64)年;体质量指数20.20~27.49 kg·m²,平均体质量指数(23.90±0.86) kg·m²;NYHA分级:28例II级,21例III级。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),

〔收稿日期〕 2021-12-03

〔基金项目〕 河南省医学科技攻关计划(联合共建)项目(LHGJ20190841)

〔作者简介〕 王萍萍,女,主治医师,主要研究方向是中西医结合治疗心血管相关疾病。

具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 西医符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》^[5] 中 CHF 诊断标准，经心脏超声检查可见左心室射血分数 (left ventricular ejection fraction, LVEF) ≤ 40%，心脏体积明显增大；伴有乏力、呼吸困难、水肿等临床症状；肺部可闻及啰音；颈静脉怒张等。中医符合《中医病证诊断疗效标准》^[6] 中阳虚水泛型辨证标准。

1.2.2 纳入标准 符合上述诊断标准；NYHA 分级 II~III 级；生命体征平稳；对本研究知情同意。

1.2.3 排除标准 严重感染；其他系统恶性肿瘤；肝、肾功能衰竭；其他心脏疾病；精神疾病，无法完成本研究者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 行西医治疗，口服美托洛尔缓释片 (瑞典 AstraZeneca AB, 国药准字 J20150044)，6.25~12.5 mg·d⁻¹，1 次·d⁻¹；地高辛 (成都第一制药有限公司，国药准字 H51022119)，0.25 mg·次⁻¹，1 次·d⁻¹；呋塞米 (云鹏医药集团有限公司，国药准字 H34020909)，20 mg·次⁻¹，1 次·d⁻¹。连续治疗 4 周。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上联合温阳强心汤治疗，组方：附子 3 g，麦冬 6 g，川芎 6 g，五味子 6 g，赤芍 10 g，人参 10 g，淫羊藿 15 g，丹参 15 g，茯苓 20 g。用水煎煮取汁 200 mL 于早晚餐后服用，100 mL·次⁻¹，2 次·d⁻¹，1 剂·d⁻¹。连续治疗 4 周。

1.4 观察指标

(1) 临床疗效：依据《中医病证诊断疗效标准》^[6]，各症状及体征基本消失，心功能改善 2 级以上，中医证候积分下降幅度为 70%~90% 为显效；各症状及体征均好转，心功能改善 1 级但不足 2 级，中医证候积分下降幅度为 30%~69% 为有效；未达上述标准为无效。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。(2) 中医证候积分：分别于治疗前及治疗 4 周后对患者胸闷胸痛、心悸气短、喘促无力、畏寒肢冷、唇甲青紫、小便短少、下肢水肿症状进行评估，采用 0、2、4、6 分评分法，分别表示无症状、轻度症状、中度症状、重度症状，症状越严重，评分越高。(3) 心功能指标：采用超声心动图分别于治疗前及治疗 4 周后测定患者心功能指

标变化，包括左心室舒张末期内径 (left ventricular end diastolic dimension, LVEDD)、左心室收缩末期内径 (left ventricular end systolic diameter, LVESD)、LVEF。

(4) 血清相关指标：采集患者治疗前及治疗 4 周后清晨 5 mL 空腹肘静脉血，3500 r·min⁻¹，离心 10 min，离心半径 10 cm，留取上层血清，采用酶联免疫吸附试验 (enzyme linked immunosorbent assay, ELISA) 测定血清中白细胞介素 -6 (interleukin-6, IL-6) 及氨基末端脑钠肽前体 (N terminal pro B type natriuretic peptide, NT-proBNP) 水平，另超敏 C 反应蛋白 (hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP) 水平采用免疫透射比浊法测定。(5) 生活质量评分：采用明尼苏达心力衰竭生活质量调查表 (Minnesota living with heart failure, MLHFQ) 评估患者治疗前及治疗 4 周后生活质量，包括身体领域、情绪领域及其他领域，共 21 个条目，采用 Likert 5 级评分法，满分 105 分，生活质量越差，评分越高。(6) 不良反应：包括干咳、腹泻、恶心。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 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

观察组患者的治疗总有效率为 95.92%，高于对照组的 81.63%，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, n (%))

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	19(38.78)	21(42.86)	9(18.37)	40(81.63)
观察组	28(57.14)	19(38.78)	2(4.08)	47(95.92) ^a

注：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

治疗前两组患者胸闷胸痛、心悸气短、喘促无力、畏寒肢冷、唇甲青紫、小便短少、下肢水肿症状积分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后观察组胸闷胸痛、心悸气短、喘促无力、畏寒肢冷、唇甲青紫、小便短少、下肢水肿症状积分低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

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	时间	胸闷胸痛	心悸气短	喘促无力	畏寒肢冷	唇甲青紫	小便短少	下肢水肿
对照组	治疗前	5.28 ± 0.45	5.31 ± 0.44	5.29 ± 0.46	5.18 ± 0.52	4.97 ± 0.61	4.82 ± 0.64	4.87 ± 0.65
	治疗后	2.05 ± 0.37	1.98 ± 0.41	1.87 ± 0.42	1.79 ± 0.43	1.74 ± 0.42	1.68 ± 0.51	1.69 ± 0.50
观察组	治疗前	5.30 ± 0.50	5.34 ± 0.45	5.31 ± 0.50	5.20 ± 0.53	4.98 ± 0.62	4.85 ± 0.65	4.86 ± 0.66
	治疗后	1.12 ± 0.36 ^b	1.03 ± 0.38 ^b	1.02 ± 0.34 ^b	0.98 ± 0.11 ^b	0.99 ± 0.13 ^b	0.95 ± 0.12 ^b	0.92 ± 0.09 ^b

注：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指标比较

治疗前两组患者心功能各指标水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后 LVESD、LVEDD 观察组均小于对照组, LVEF 观察组高于对照组, 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指标比较 ($n = 49, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	LVESD/mm	LVEDD/mm	LVEF/%
对照组	治疗前	59.40 ± 6.73	70.39 ± 8.59	41.43 ± 5.32
	治疗后	55.79 ± 6.86	67.43 ± 7.85	50.83 ± 6.14
观察组	治疗前	59.38 ± 6.89	70.52 ± 8.61	41.36 ± 5.20
	治疗后	50.13 ± 6.25 ^c	61.92 ± 7.28 ^c	58.78 ± 6.92 ^c

注: LVESD—左心室收缩末期内径; LVEDD—左心室舒张末期内径; LVEF—左心室射血分数。
与对照组治疗后比较, ^c $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者治疗前后血清相关指标比较

治疗前两组患者血清相关指标水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后 IL-6、NT-proBNP、hs-CRP 观察组均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后血清相关指标比较 ($n = 49, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	IL-6 /ng · mL ⁻¹	NT-proBNP /pg · mL ⁻¹	hs-CRP /mg · L ⁻¹
对照组	治疗前	11.96 ± 1.82	1840.97 ± 594.68	9.71 ± 1.02
	治疗后	5.16 ± 0.69	578.21 ± 137.35	6.43 ± 0.76
观察组	治疗前	12.13 ± 1.36	1999.78 ± 586.83	9.65 ± 1.04
	治疗后	4.89 ± 0.41 ^d	405.16 ± 100.67 ^d	4.74 ± 0.55 ^d

注: IL-6—白细胞介素-6; NT-proBNP—氨基末端脑钠肽前体; hs-CRP—超敏 C 反应蛋白。
与对照组治疗后比较, ^d $P < 0.05$ 。

2.5 两组患者治疗前后 MLHFQ 评分比较

治疗前两组患者 MLHFQ 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后 MLHFQ 评分观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 5 两组患者治疗前后 MLHFQ 评分比较 ($n = 49, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后
对照组	66.29 ± 5.84	47.56 ± 4.79
观察组	65.98 ± 5.91	58.63 ± 4.92 ^e

注: MLHFQ—明尼苏达心力衰竭生活质量调查表。
与对照组治疗后比较, ^e $P < 0.05$ 。

2.6 两组患者不良反应发生率比较

观察组出现干咳 1 例, 腹泻 2 例, 发生率为 6.12% (3/49); 对照组出现恶心 2 例, 发生率为 4.08% (2/49)。两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3 讨论

中医学将 CHF 归结为“心痹”“水肿”“喘证”等范畴,

阳虚水泛型是 CHF 常见证候, 认为心阳不足、心气亏虚等是该病症发病的主要原因。由于患者心气阳虚、心脉失养、血行无力、脉道失利等导致瘀血阻滞气机、闭阻静脉, 造成水液代谢障碍, 最终引发血瘀水停。另血、气、水三者相互作用, 虚实相互转化, 形成恶性循环, 导致病情反复, 迁延难愈^[7-8]。由此可见, 阳虚水泛型 CHF 患者水饮、血瘀是其病理产物, 在治疗中以温阳益气为主, 同时兼以活血化瘀、利水消肿。

西医在 CHF 治疗中给予强心、β-受体阻滞剂等药物治疗, 服药后短期内可获得确切效果, 但随着服药时间的增加, 患者易出现药物耐受性, 使得远期效果欠佳^[9-11]。本研究结果显示, 观察组治疗总有效率高于对照组, 胸闷胸痛、心悸气短、喘促无力、畏寒肢冷、唇甲青紫、小便短少、下肢水肿症状积分低于对照组, LVESD、LVEDD 小于对照组, LVEF 高于对照组, IL-6、NT-proBNP、hs-CRP、MLHFQ 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。表明采用温阳强心汤联合西药在阳虚水泛型 CHF 治疗中获得确切效果, 能够有效改善患者各临床症状, 提升心功能指标, 降低炎症反应, 减轻心肌细胞损伤, 提高患者生活质量, 不良反应少, 安全可靠, 较好的阻止病情进一步恶化。温阳强心汤具有活血化瘀、强心安神之效。组方中附子助阳行水、强心归阳、祛寒止痛; 川芎活血行气; 五味子补肾宁心; 赤芍活血化瘀、清热解毒; 麦冬养阴清热; 人参补气安神、补脾益肾; 淫羊藿祛风除湿、补肾壮阳; 丹参活血化瘀、凉血消肿; 茯苓利水渗湿、健脾宁心^[12-13]。现代药理学研究表明^[14-15], 人参中的人参皂甙能够增强心肌收缩能力, 增加心输出量及冠脉流量; 附子可扩张外周血管, 利于增加血流量; 茯苓中的有效成分茯苓聚糖能够抑制细菌生长, 降低胃酸, 改善心肌代谢, 保护心肌缺血再灌注损伤。

综上所述, 温阳强心汤联合西药在阳虚水泛型 CHF 治疗中获得确切的临床效果, 可改善心功能, 降低血清炎症反应。

[参考文献]

- (1) 谭楠楠, 章轶立, 杜康佳, 等. 慢性心力衰竭患者生存质量及其影响因素的调查研究 (J). 北京中医药大学学报, 2021, 44(2): 159-164.
- (2) 魏钢, 杨晓飞. 生脉散合丹参饮联合西药治疗慢性心力衰竭疗效研究 (J). 陕西中医, 2018, 39(12): 1702-1704, 1708.
- (3) 孟媛, 毛秉豫, 韦汉文. 西医辨病与中医辨证相结合的慢性心衰辨证论治 (J). 浙江中医药大学学报, 2017, 41(6): 474-477.
- (4) 颜蕾, 魏易洪, 周忠焱, 等. 慢性心力衰竭中医证型及其

影响因素相关性分析 (J). 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(7): 97-100.

(5) 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.

(6) 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 (S). 北京: 中国中医药出版社, 2017: 30.

(7) 张卫丽, 高晨, 李劫, 等. 慢性心力衰竭不同病因与中医证型相关性分析 (J). 辽宁中医杂志, 2020, 47(4): 124-126.

(8) 张艺宝. 慢性心力衰竭时心肾综合征患者中医证型分布及肾功能损伤特点 (J). 天津中医药, 2020, 37(8): 880-884.

(9) 邱清艳, 戴闽, 牟英, 等. 美托洛尔联合曲美他嗪对慢性心力衰竭患者血清血管紧张素 II, 血管内皮功能的影响 (J). 实用临床医药杂志, 2021, 25(3): 99-102, 106.

(10) 赵倩, 刘鹏园, 陈秀秀, 等. 小剂量地高辛联合美托洛尔对应用低分子肝素的老年慢性心力衰竭伴心房颤动患者凝血功能的影响 (J). 中国医药, 2020, 15(5): 657-660.

(11) 黄颖, 顾晶. 心衰合剂联合美托洛尔对慢性心力衰竭患者的临床疗效 (J). 川北医学院学报, 2021, 36(4): 459-462.

(12) 张鞠华, 杨波, 严世芸, 等. 强心饮治疗阳虚水泛型慢性心力衰竭疗效观察 (J). 现代中西医结合杂志, 2019, 28(23): 2541-2543.

(13) 袁素萍, 滕加文. 黄芪保心汤联合西医治疗慢性心力衰竭阳虚水泛证临床疗效观察 (J). 四川中医, 2018, 36(3): 100-102.

(14) 肖晓, 高志生, 麻志恒. 真武汤加减对慢性心力衰竭阳虚水泛证病人 MMP-9 和 TIMP-1 水平的影响 (J). 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16(11): 1481-1483.

(15) 陈鹏, 于震寰, 陈曦. 温阳强心汤对阳虚水泛型慢性心力衰竭患者血浆 IL-27, hsCRP 及 NT-proBNP 的影响研究 (J). 世界中医药, 2019, 14(10): 2707-2710, 2715.

〔文章编号〕 1007-0893(2022)04-0041-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.04.012

“边天羽痒疹方”联合氯雷他定治疗老年人皮肤瘙痒病疗效分析

毛海燕¹ 刘斌²

(1. 泰山医院, 山东 泰安 271000; 2. 山东第一医科大学第二附属医院, 山东 泰安 271000)

〔摘要〕 **目的:** 观察“边天羽痒疹方”加减联合氯雷他定对老年人皮肤瘙痒病的临床疗效。**方法:** 选取山东省泰山医院 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间收治的 72 例老年人皮肤瘙痒病患者, 采用随机系统分为观察组与对照组, 各 36 例。观察组给予“边天羽痒疹方”加减联合氯雷他定, 对照组口服氯雷他定片。比较两组患者的瘙痒及焦虑指数、治疗有效率。**结果:** 两组患者治疗前后焦虑自评量表 (SAS) 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后观察组患者的瘙痒评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者治疗总有效率为 86.11%, 高于对照组的 52.78%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。随访 1 个月, 观察组患者的复发率为 9.68%, 低于对照组的 52.63%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 应用“边天羽痒疹方”加减联合氯雷他定治疗血热血瘀型老年人皮肤瘙痒病有效而安全, 副作用小。

〔关键词〕 皮肤瘙痒病; 边天羽痒疹方; 氯雷他定; 老年人

〔中图分类号〕 R 758.3¹ 〔文献标识码〕 B

随着中国人口老龄化的加剧, 老年疾病越来越受到人们的关注。老年人皮肤瘙痒虽然不会威胁到他们的生命, 但它是难以忍耐的。长期患病容易反复发作, 严重影响患者的身心健康, 甚至引起焦虑和抑郁。老年人

皮肤瘙痒的主要原因: (1) 皮肤变性和生理性萎缩; (2) 皮脂腺分泌不足^[1]。目前, 西医治疗老年人皮肤瘙痒病的临床疗效并不理想, 且副作用大, 停药后反复。结合中医治疗方法, 往往能显著提高老年人皮肤瘙痒病的

〔收稿日期〕 2022-01-17

〔基金项目〕 山东省中医药科技发展计划项目 (2019-0336)

〔作者简介〕 毛海燕, 女, 主治医师, 主要研究方向是老年人皮肤病。