

〔文章编号〕 1007-0893(2022)14-0036-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.14.011

益气养阴通脉汤治疗冠心病心力衰竭患者的临床疗效

吕亚娟 吕旭东

(郑州新华医院, 河南 郑州 452370)

〔摘要〕 **目的:** 观察益气养阴通脉汤治疗冠心病心力衰竭(CHD-HF)患者的临床疗效。**方法:** 选取郑州新华医院2018年1月至2021年12月期间收治的82例CHD-HF患者, 随机分为观察组和对照组, 各41例。对照组患者予以西药常规治疗, 观察组患者在西药常规治疗基础上予以益气养阴通脉汤治疗。比较两组患者治疗后临床疗效及治疗期间不良反应, 比较治疗前后中医症状积分、收缩末期左心室容积(ESV)、收缩末期左室内径(LVEDD)、左心室射血分数(LVEF)、心率(HR)、心排血量(CO)、中心静脉压(CVP)、N端脑钠肽前体(NT-proBNP)和超敏C反应蛋白(hs-CRP)改善情况。**结果:** 观察组患者治疗总有效率为92.68%, 高于对照组的75.61%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后两组患者的各项中医症状积分均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者的各项中医症状积分均低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后两组患者的LVEF均有不同程度升高, ESV、LVEDD有不同程度下降, 且治疗后观察组患者的LVEF高于对照组, EDV、LVEDD低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后两组患者的CO均有不同程度升高, HR、CVP有不同程度下降, 且治疗后观察组患者的CO高于对照组, HR、CVP低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后两组患者的NT-proBNP、hs-CRP均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者的NT-proBNP、hs-CRP均低于对照组, 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:** 益气养阴通脉汤可改善CHD-HF患者血流动力学水平, 改善心功能, 提升治疗效果。

〔关键词〕 冠心病; 心力衰竭; 益气养阴通脉汤

〔中图分类号〕 R 541 〔文献标识码〕 B

心力衰竭是一种常见的心血管疾病, 也是各种心血管疾病最终阶段, 且致死率高^[1]。冠心病心力衰竭(coronary heart disease and heart failure, CHD-HF)是心脏结构或者心脏功能产生病变, 使心脏泵功能受损导致心排血量不足, 进而导致组织缺血影响组织的正常代谢^[2]。多以呼吸困难、无力、水肿等临床表现, 严重者危及生命。目前, 临床常规治疗包括戒烟、戒酒、注意饮食等生活习惯的改变以及利尿剂(呋塞米片)、环氧酶抑制剂(阿司匹林)、硝酸酯类药物等常规西药治疗, 但由于病程、基础病等具有个体性差异, 西药对部分患者作用不大, 另外研究表明, 长期服用西药对肝肾功能产生不利影响^[3], 故而积极寻找新的方法替代治疗。中医无冠心病表述, 称之为胸痹、心悸、痰饮等, 此病理基础为本虚, 后受外邪侵袭致心气、心阳、心阴皆虚弱后发展为心力衰竭, 故中医认为应以活血化瘀为本, 根据病情发展情况辨证论治, 急症治标为主, 平稳期治本为主或标本兼治^[4]。益气养阴通脉汤为纯中药制剂, 其中所含有的党参、生黄芪可补中益气清润滋阴, 丹参、红花、桃仁可活血化瘀, 川芎、制香附可行气止郁。目前临床报道关于益气养阴

通脉汤治疗CHD-HF病例较少, 本研究从中医理论和实际病例出发, 探讨使用益气养阴通脉汤治疗冠心病心力衰竭的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取郑州新华医院2018年1月至2021年12月期间收治的82例CHD-HF患者, 随机分为观察组和对照组, 各41例。对照组男性22例, 女性19例; 年龄42~79岁, 平均年龄(57.31 ± 7.08)岁; 病程1~8年, 平均病程(3.92 ± 1.42)年; 纽约心脏病协会(New York Heart Association, NYHA)分级: II级20例, III级21例。观察组男性23例, 女性18例; 年龄40~77岁, 平均年龄(55.72 ± 6.32)岁; 病程2~8年, 平均病程(4.45 ± 1.23)年; NYHA分级: II级24例, III级17例。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 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 符合欧洲CHD-HF诊断标

〔收稿日期〕 2022-05-14

〔作者简介〕 吕亚娟, 女, 主治医师, 主要研究方向是中西医结合内科学。

准^[5]；(2)符合《中药新药临床研究指导原则》^[6]辨证标准，辨证为气虚血瘀证，主症为心悸、胸痛、气短，次症为尿少、面浮肢肿、疲倦乏力，脉涩或弦；(3)患者对本研究知情同意；(4)年龄 40~80 岁。

1.2.2 排除标准 (1)由高血压性心脏病、心肌梗塞等非冠心病导致的心力衰竭；(2)孕期及哺乳期妇女；(3)凝血功能障碍者；(4)免疫功能障碍者；(5)既往 1 个月内正在服用与研究中药功能相似或者相克者；(6)对本研究药物成分过敏者。

1.3 方法

两组患者治疗期间均需要给予抗血小板、抗心肌缺血及强心利尿等常规药物治疗，并注意叮嘱戒烟限酒、注意饮食等生活习惯。

1.3.1 对照组 给予阿司匹林(石药集团欧意药业有限公司，国药准字 H20153035)，口服，100 mg·次⁻¹，1 次·d⁻¹；呋塞米片(上海朝晖药业有限公司，国药准字 H31021074)口服，20 mg·次⁻¹，1 次·d⁻¹；氯吡格雷(乐普药业股份有限公司，国药准字 H20123116)，口服，150 mg·次⁻¹，2 次·d⁻¹；琥珀酸美托洛尔缓释片(瑞典 AstraZeneca AB，国药准字 J20150044)，口服，47.5 mg·次⁻¹，1 次·d⁻¹等常规西药规范治疗，若发生心绞痛时给予硝酸甘油片(河北医科大学制药厂，国药准字 H13022503)，舌下含服，每 5 min 可重复服用 0.5 mg，持续治疗 8 周。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上给予益气养阴通脉汤剂，组方：黄芪 30 g，丹参 20 g，党参 15 g，川芎、红花、降香各 10 g，三七粉 6 g。根据兼证酌情加减，阳虚甚者，可加用桂枝 10 g、附子 5 g；阴虚甚者，可加用生地黄 10 g、麦冬 10 g；气血两虚者，可加用生脉散(人参 9 g，麦冬 9 g，五味子 6 g)；咳嗽白痰甚者，可加用杏仁 10 g、桔梗 10 g；痰湿壅甚者，可加用陈皮 10 g、半夏 10 g；1 剂·d⁻¹，水煎服，取汁 400 mL，200 mL·次⁻¹，分早晚服用，持续治疗 8 周。

1.4 观察指标

(1)根据《中药新药临床研究指导原则》^[6]对治疗前后心悸、胸痛、气短等中医症状进行评分，按症状无、轻、中、重计 0、2、4、6 分。(2)临床疗效：治疗 8 周后患者临床症状改善明显且心肺功能明显提高为显效，患者部分症状改善且心肺功能有提高为有效，患者症状未改善且心肺功能无提高为无效。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。(3)采用 PHILIPS IU22 彩色多普勒超声诊断仪测量左心室射血分数(left ventricular ejection fraction, LVEF)、收缩末期左心室容积(end systolic volume, ESV)、收缩末期左心室内径(left ventricular end diastolic dimension, LVEDD)，采用无创血流动

力学分析仪检测中心静脉压(central venous pressure, CVP)、心排血量(cardiac output, CO)、心率(heart rate, HR)。(4)治疗前后取静脉血 5 mL 离心 20 min 后，采用酶联免疫吸附试验检测血清中心力衰竭指标 N 端脑钠肽前体(N terminal pro pro-brain natriuretic peptide, NT-proBNP)和炎症因子超敏 C 反应蛋白(hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP)。(5)观察并记录患者不良反应。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 18.0 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 92.68%，高于对照组的 75.61%，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=41, n(%))

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	6(14.63)	25(60.98)	10(24.39)	31(75.61)
观察组	11(26.83)	27(65.85)	3(7.32)	38(92.68) ^a

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后中医症状积分比较

治疗后两组患者的各项中医症状积分均有不同程度下降，且治疗后观察组患者的各项中医症状积分均低于对照组，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症状积分比较 (n=41, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	心悸	胸痛	气短
对照组	治疗前	4.42 ± 0.82	4.92 ± 0.91	4.98 ± 0.83
	治疗后	3.02 ± 0.51 ^b	3.11 ± 0.47 ^b	3.25 ± 0.43 ^b
观察组	治疗前	4.73 ± 0.69	5.18 ± 0.83	5.17 ± 0.79
	治疗后	1.46 ± 0.37 ^{bc}	2.23 ± 0.31 ^{bc}	2.43 ± 0.37 ^{bc}

注：与同组治疗前比较，^b*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后心功能指标比较

治疗后两组患者的 LVEF 均有不同程度升高，ESV、LVEDD 有不同程度下降，且治疗后观察组患者的 LVEF 高于对照组，ESV、LVEDD 低于对照组，差异具有统计学意义(*P* < 0.05)，见表 3。

2.4 两组患者治疗前后血流动力学指标比较

治疗后两组患者的 CO 均有不同程度升高，HR、CVP 有不同程度下降，治疗后观察组患者的 CO 高于对照组，HR、CVP 低于对照组，差异具有统计学意义(*P* < 0.05)，见表 4。

表3 两组患者治疗前后心功能指标比较 (n = 41, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	LVEF/%	ESV/mL	LVEDD/mm
对照组	治疗前	35.72 ± 4.28	177.12 ± 25.12	65.37 ± 3.89
	治疗后	54.77 ± 6.72 ^d	140.32 ± 18.73 ^d	52.83 ± 2.37 ^d
观察组	治疗前	34.29 ± 3.73	180.13 ± 28.77	64.01 ± 4.73
	治疗后	60.32 ± 5.63 ^{de}	110.17 ± 15.53 ^{de}	45.33 ± 2.53 ^{de}

注: LVEF—左心室射血分数; ESV—收缩末期左心室容积; LVEDD—收缩末期左室内径。

与同组治疗前比较, ^dP < 0.05; 与对照组治疗后比较, ^eP < 0.05。

表4 两组患者治疗前后血流动力学指标比较 (n = 41, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	CO/L · min ⁻¹	HR/次 · min ⁻¹	CVP/cmH ₂ O
对照组	治疗前	3.15 ± 0.45	120.73 ± 7.14	14.76 ± 1.55
	治疗后	3.41 ± 0.39 ^f	90.26 ± 4.89 ^f	10.47 ± 1.37 ^f
观察组	治疗前	2.98 ± 0.37	119.98 ± 8.01	15.13 ± 1.42
	治疗后	3.98 ± 0.43 ^{fg}	85.73 ± 5.13 ^{fg}	7.78 ± 1.19 ^{ge}

注: CO—心排量; HR—心率; CVP—中心静脉压。

与同组治疗前比较, ^fP < 0.05; 与对照组治疗后比较, ^gP < 0.05。

2.5 两组患者治疗前后心力衰竭指标及炎症因子水平比较

治疗后两组患者的 NT-proBNP、hs-CRP 均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者的 NT-proBNP、hs-CRP 均低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 5。

表5 两组患者治疗前后心力衰竭指标及炎症因子水平比较 (n = 41, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	NT-proBNP/ng · mL ⁻¹	hs-CRP/mg · L ⁻¹
对照组	治疗前	2365.32 ± 99.79	10.54 ± 5.29
	治疗后	1817.62 ± 53.37 ^h	8.33 ± 3.27 ^h
观察组	治疗前	2401.73 ± 105.47	11.72 ± 6.93
	治疗后	1245.77 ± 48.65 ^{hi}	5.42 ± 2.13 ^{hi}

注: NT-proBNP—N 端脑钠肽前体; hs-CRP—超敏 C 反应蛋白。

与同组治疗前比较, ^hP < 0.05; 与对照组治疗后比较, ⁱP < 0.05。

2.6 两组患者不良反应发生率比较

观察组患者不良反应发生率为 7.32%, 其中头晕 2 例 (4.88%), 便溏 1 例 (2.44%), 对照组患者无明显不良反应, 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

中医认为冠心病其病位在心, 基础为心脉不通, 气血瘀滞致血流不畅, 进而引发肝脾肺肾诸脏不适, 与现代医学认为其病症主要由冠状动脉粥样硬化造成心血管狭窄致心肌缺血观点一致^[7]。该病病之根本在于本虚, 病发多见于 60 岁以上老人, 《内经》称年过半百, 阴气自半, 心之阴阳不足则血行不利, 易气虚血滞, 心气虚, 心脉无以温养, 则致心悸、气喘^[8]。患者多心悸怔忡,

咳嗽气短, 口唇青紫乃气虚血瘀证候, 应以益气活血化痰养阴为主^[9]。

本研究所纳入患者乃气阴亏虚而致心脉不通, 又因脏腑缺血功能失调而致气滞, 两者之间互为因果致气血不畅, 不通则痛, 故患者时而疼痛不堪, 伴乏力气短, 时发时止, 心悸汗出, 脉细缓、结代、细涩。病由气血瘀滞, 气阴亏虚而致, 故治宜益气养阴, 活血化瘀, 固本培元。方中生黄芪配党参可补中益气, 利尿托毒为君; 红花配降香可祛瘀止痛为臣; 丹参、川芎、三七可活血化瘀, 行气开郁为佐, 合而为方, 共达益气养阴、通络化痰之功。本研究中, 治疗后观察组患者总有效率为 92.68%, 高于对照组 75.61%, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。治疗后观察组患者中医症状积分 (心悸、胸痛、气短) 低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。两组患者的不良反应比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05)。说明益气养阴通脉汤可以加快冠心病患者临床症状改善效率, 且安全性高。李文博等^[4]研究发现益气养阴通脉汤治疗 CHD-HF 可以提升治疗效果, 总有效率为 97.56%, 与本研究结果一致。

冠心病后期发展到心力衰竭阶段, 心脏泵功能受损, 致使射血和心排量不足, 因而心功能指标是评价心力衰竭病症改善的重要指标^[10]。同时, 由于心脏泵功能受损, 组织缺血会导致血液黏稠度增加, 因而血流动力学变化也是判断心功能改善的重要指标。本研究中, 治疗后观察组 LVEF、CO 水平高于对照组, 且 ESV、LVEDD、HR、CVP 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。提示益气养阴通脉汤可以增强 CHD-HF 患者心肌收缩力, 加快冠状动脉血流, 改善心功能, 促进病症消失。现代医理研究表明, 黄芪可使心肌 p38 和核因子 κB 的磷酸化水平下调, 改善心肌纤维化, 增强心肌收缩力, 党参中醇类物质可提高心肌复极速度, 改善心功能, 红花可以加快冠状动脉血流, 保护心肌, 丹参、降香等可活血祛瘀, 抑制心力衰竭患者心室重构, 心肌损伤, 改善冠脉微循环, 同时其有效成分还有活血消炎功效^[11-14]。

NT-proBNP 是利钠肽代谢后的产物, 当心脏受损心功能下降时, 血清 NT-proBNP 水平会代偿性升高。hs-CRP 是敏感性较高的炎症因子, 机体发生炎症反应时会迅速升高, 后随病症消失其水平恢复至正常, 因而血清 NT-proBNP 和 hs-CRP 也可以反映心功能水平。在本研究中, 治疗后观察组患者 NT-proBNP 和 hs-CRP 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。结果表明, 益气养阴通脉汤可以通过加快炎症消失进程, 改善血管舒缩功能, 达到标本兼治的目的。李文茜等^[11]研究发现, 益气养阴方可改善心功能, 与西药联用可加强抗心力衰竭疗效, 本研究与其结果一致。

综上所述,益气养阴通脉汤治疗 CHD-HF 效果理想,可很大程度地改善患者临床症状及心功能,降低 NT-proBNP 水平,且安全性较好。

[参考文献]

(1) 王金秀,夏惠英,张亚艳,等. 通脉汤治疗心梗后心力衰竭患者 82 例临床观察 (J). 世界中医药, 2020, 15(3): 434-437.

(2) 董昕,李建伟,杨朋康. 芪蒯强心胶囊联合比索洛尔治疗冠心病心力衰竭的疗效及对患者血流动力学的影响 (J). 海南医学, 2019, 30(17): 2185-2187.

(3) 周燕等. 冠心病与心力衰竭三种不同分型患者的临床特征及预后关系 (J). 中华医学杂志, 2020, 100(15): 1142-1147.

(4) 李文博, 邝春华. 益气通脉汤加减在冠心病心力衰竭治疗中的疗效及对左室功能、血浆 N 端脑钠肽前体水平的影响研究 (J). 贵州医药, 2021, 45(2): 200-201.

(5) Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC (J). Eur Heart J, 2016, 37(27): 2129-200.

(6) 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (M). 北京: 中国

医药科技出版社, 2002: 77-85.

(7) 褚福永, 刘巍, 尚菊菊, 等. 参元益气活血汤治疗冠心病心力衰竭患者临床疗效及对凝血酶、TGF-β1、Col-I、Col-III 水平的影响 (J). 安徽中医药大学学报, 2020, 39(3): 18-22.

(8) 黎鹏程, 卢丽丽, 胡秀清, 等. 基于“血不利则为水”论治冠心病心力衰竭 (J). 中华中医药杂志, 2020, 35(4): 1872-1875.

(9) 李东军, 黄明, 周敏. 益气养阴通脉汤联合美托洛尔对慢性心力衰竭患者左室重塑及血管内皮细胞功能的影响 (J). 中药材, 2021, 44(11): 2702-2706.

(10) 汤祥瑞, 王甲文. 温阳益气活血汤联合心脉隆治疗冠心病心力衰竭的疗效及其对患者血清 BNP、hs-CRP、VEGF 的影响 (J). 海南医学, 2019, 30(17): 2194-2196.

(11) 李文茜, 苑素云, 魏易洪, 等. 益气养阴方联合阿胶对慢性心力衰竭患者心功能及生活质量的作用 (J). 辽宁中医杂志, 2021, 48(3): 59-61.

(12) 孙奇林, 陈雯洁, 赵雪兰, 等. 黄芪多糖下调心肌 p38 和核因子 κB 的磷酸化改善老年糖尿病鼠心脏功能 (J). 老年医学与保健, 2021, 27(2): 399-404.

(13) 李思耐, 林谦, 高群, 等. 黄芪党参对心肌梗死后心力衰竭小鼠心肌复极时间的干预研究 (J). 中国中西医结合杂志, 2018, 38(2): 232-236.

(14) 李安, 汪文龙, 陈兰英, 等. 降香及其替代药材改善急性心肌梗死所致的心肌损伤及冠脉微循环障碍 (J). 中国药理学与毒理学杂志, 2021, 35(10): 743.

[文章编号] 1007-0893(2022)14-0039-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.14.012

祛风安络方治疗风热伤络证小儿过敏性紫癜临床观察

曲亚男 李艳佳 张利果

(河南科技大学第一附属医院, 河南 洛阳 471000)

[摘要] **目的:** 观察祛风安络方治疗风热伤络证小儿过敏性紫癜的临床疗效。**方法:** 选取河南科技大学第一附属医院 2020 年 1 月 1 日至 2022 年 1 月 1 日期间收治的 70 例风热伤络证过敏性紫癜患儿, 随机分为对照组与观察组, 各 35 例。对照组患儿给予常规对症处理, 观察组患儿在对照组的基础上给予祛风安络方口服。观察比较两组患儿治疗前后的中医证候积分、尿检积分变化。**结果:** 治疗后两组患儿的中医证候总积分均有不同程度下降, 且治疗后观察组患儿的中医证候总积分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患儿的尿检总积分均较治疗前有不同程度改善, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 且治疗后两组患儿的尿检总积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察组患儿治疗总有效率为 96.97%, 高于对照组的 81.82%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗期间两组患儿未出现不良反应情况。**结论:** 祛风安络方联合西药治疗风热伤络证小儿过敏性紫癜效果好, 安全性好。

[关键词] 过敏性紫癜; 风热伤络证; 祛风安络方; 儿童

[中图分类号] R 554⁺.6 [文献标识码] B

[收稿日期] 2022 - 05 - 22

[作者简介] 曲亚男, 女, 住院医师, 主要从事儿科工作。