

中西医结合治疗扩张型心肌病 32 例临床观察

孙善东

(江苏省灌云县中医院 灌云 222200)

摘要:目的:观察参芪救心汤治疗扩张型心肌病的疗效。方法:将 64 例扩张型心肌病患者随机分为两组,治疗组 32 例,采用具有益气养心、化痰祛瘀作用的参芪救心汤联合地高辛、利尿剂和 β 受体阻滞剂等西药治疗;对照组 32 例,仅采用地高辛、利尿剂和 β 受体阻滞剂等西药治疗,分别于治疗前和治疗后 8 周利用超声多普勒心动图检测心功能参数的改变。结果:治疗 8 周后,治疗组显效 19 例,有效 10 例,无效 2 例,加重 1 例;对照组显效 9 例,有效 11 例,无效 9 例,加重 3 例。总有效率:治疗组 90.6%,对照组 62.5%,两组比较具显著性差异。与治疗前相比两组左心室射血分数(LVEF)、短轴缩短率(FS)、心搏量(SV)、每分钟输出量(CO)具显著性差异,治疗组与对照组相比 LVEF、SV、CO 改善具有显著性差异。结论:参芪救心汤联合西药治疗扩张型心肌病较单纯西药疗效好。

关键词:中西医结合疗法;扩张型心肌病;参芪救心汤;地高辛;利尿剂; β 受体阻滞剂

中图分类号:R 542.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)06-0009-02

扩张型心肌病(DCM)是一种以左心室或双心室扩张和收缩功能减退为特征的心肌病。笔者在参芪救心汤益气扶正基础上加用常规西药治疗 DCM 32 例,并与单纯西药治疗 32 例作对比,随访 1 年取得满意疗效。现将结果报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 扩张型心肌病患者 64 例 (DCM 诊断符合 1995 年 WHO/ISFC 诊断标准^[1])均为 2004 年 6 月~2008 年 1 月我院住院病人,随机分为两组。治疗组 32 例,男 18 例,女 14 例,年龄 11~69 岁,平均 38.4 岁,心功能 II 级 9 例, III 级 16 例, IV 级 7 例。对照组 32 例,男 19 例,女 13 例,年龄 10~71 岁,平均 40.5 岁,心功能 II 级 10 例, III 级 17 例, IV 级 5 例。两组临床资料比较差异无显著性意义,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用常规吸氧、消除心衰诱因、卧床休息、低盐饮食等治疗外,常规处理为地高辛 0.125mg,1 次/d,口服;倍他乐克片 6.25~12.5mg,2 次/d,口服,1~2 周能耐受后,逐渐倍增,最大剂量 200mg/d;如心衰突然加重可临时加用西地兰 0.2~0.4mg、速尿 20~40mg 静脉推注。治疗组在对照组基础上加用中药参芪救心汤,方用人参 20g(另煎),黄芪 30g,桂枝 10g,茯苓 15g,五味子 10g,麦冬 10g,当归 10g,丹参 10g,赤芍 10g,橘红 10g,法夏 10g,炙甘草 5g,日 1 剂,分 2 次服。两组疗程均为 30d;西药剂量随病情变化而调整,中药随病情变化而略有增减。

1.3 观察指标 常规检查两组治疗前后血、尿、大便常规,肝肾功能,心电图,胸片。超声心动图指标:以飞利浦 M2540-A-SUN 彩色多普勒测量治疗前后左心室射血分数(LVEF)、短轴缩短率(FS)、心搏量(SV)、每分钟输出量(CO)。

1.4 统计学处理 采用 SPSS11.0 统计分析软件。计量资料以 $(\bar{X} \pm S)$ 表示,计量资料采用 t 检验,组间率的比较用 χ^2 检验。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 参照中药新药治疗心衰的临床指导原则^[2]按 NYHA 分级方法评价心功能。显效:心衰基本控制或心功能改善 2 级以上者;有效:心功能改善 1 级,但不及 2 级者;无效:心功能改善不足 1 级者;恶化:心功能恶化 1 级或 1 级以上者。

2.2 两组临床疗效比较 见表 1。

表 1 两组临床疗效的比较 例

组别	n	显效	有效	无效	恶化	有效率(%)
治疗组	32	19	10	2	1	90.6
对照组	32	9	11	9	3	62.5

2.3 两组治疗前后超声心动图指标比较 具有显著性差异,见表 2。

表 2 两组超声心动图指标的变化 $(\bar{X} \pm S)$

n	LVEF/%	CO/L·min ⁻¹	FS/%	SV/mL·次 ⁻¹
治疗组 32	治疗前 30.5±3.5	3.2±1.2	15.1±2.6	28.5±4.4
	治疗后 55.8±3.9* [△]	4.3±0.9* [△]	28.1±2.3*	49.8±5.8* [△]
对照组 32	治疗前 31.1±3.8	3.3±1.1	15.5±2.5	28.8±4.2
	治疗后 45.1±3.7	3.7±1.3	22.9±2.4	43.9±5.6

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$ 。

3 讨论

DCM 是以心脏扩大、心肌收缩功能减低、常伴充血性心力衰竭、心律失常为特征的综合征。该病目前发病原因未明,其病理特征为不明原因的心肌细胞变性、纤维化,导致心腔扩大,室壁变薄,最终使心肌收缩功能下降。目前现代医学对 DCM 的治疗尚无特效药物,仅限于改善症状、预防并发症和阻止或延缓病情进展,提高生存率,包括抗心力衰竭、抗心律失常及预防血栓栓塞的抗凝治疗等。

中医将扩张型心肌病归属“心悸”、“水肿”、“喘证”范畴,其发病以正气虚弱为先决条件和根本原因,“邪之所凑,其气必虚”。或禀赋不足,素体虚弱或久病体虚,正气内亏,致使卫气不能固护于外,营气失守于中,六淫邪毒则乘虚而入,传入于脉,内舍于心。由于失治、误治,邪毒久蕴于心,引起心脉瘀阻,血运不畅,渐致心体胀大。继而心气耗散,心阴受损,终致正气虚衰,心脉瘀阻,水湿泛滥。结合临床,本病病位在心,涉及肺、脾、肾诸脏,以心脏为本,他脏为标,多为因虚致实、虚实错杂之证。参芪救心汤方中人参、黄芪益气养心为君药;臣以桂枝、茯苓温通心阳以化气利水;丹参、当归、赤芍活血化瘀,五味子、麦冬收敛心阴,橘红、法夏理气化痰;诸药合用起到补气养心、温通心阳、化痰祛瘀、活血理气之效。现代药理研究发现黄芪具有扩张血管、降低血压、促进心肌代谢、改善心脏功能及降脂降糖作用,黄芪苷具有正性肌力作用,存在剂量效应关系,黄芪苷 IV 是其有效成分,可以使心肌细胞中 cAMP 升高,激活依赖 ATP 的蛋白激酶,使钙通道蛋白磷酸化,钙离子内流增加;同时细胞内 cAMP 升高,促进肌浆网钙

卡维地洛治疗充血性心力衰竭 78 例临床分析

黄锡亮 何伟平 陈丽萍

(江西省抚州市第一人民医院 抚州 344000)

摘要:目的:观察卡维地洛治疗充血性心力衰竭的疗效。方法:选择充血性心力衰竭(CHF)患者 78 例,随机分为常规治疗组(39 例)和卡维地洛治疗组(39 例),后者在常规抗心衰治疗基础上加用卡维地洛,两组治疗前和治疗 6 个月后均使用超声心动图分别测定左心室舒张末期内径(LVEDD)、左心室收缩末期内径(LVESD)和左心室射血分数(LVEF),并观察 6min 步行距离和心率变化。结果:CHF 患者卡维地洛治疗后,LVEDD、LVESD 和 LVEF 的改善均优于常规治疗组($P<0.05$),6min 步行距离增加较常规治疗组更为显著($P<0.01$),心率有所下降。结论:在心衰常规治疗基础上加用卡维地洛治疗 CHF,可明显提高心衰患者的运动耐量,明显改善心功能。

关键词:心力衰竭;药物疗法;卡维地洛;强心剂;利尿剂;扩血管药

中图分类号:R 541.61

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)06-0010-02

充血性心力衰竭(CHF)发生的基本机制是心肌重塑。第三代非选择性 β 受体阻滞剂卡维地洛除阻断 β -受体外,还有阻断 α -受体的作用,能显著改善心衰患者的临床症状,增加左心室射血分数(LVEF),减轻甚至逆转左室重构,提高运动耐量,降低病死率和住院率。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2007 年 1 月~2008 年 2 月间在内科病房住院的 CHF 患者 78 例,其中男 58 例,女 20 例;年龄 50~80 岁,平均(72±3.16)岁。78 例随机分为常规治疗组 39 例,卡维地洛组 39 例,两组患者年龄、性别、NYHA 心功能分级和心衰病因差别无显著性。

1.2 入选标准 (1)心功能 NYHA 分级 II~III 级,超声心动图 LVEF<0.45;(2)心衰病史至少≥6 个月;(3)院外均未使用 β 受体阻滞剂;(4)无 β 受体阻滞剂应用禁忌证。

1.3 给药方法 常规治疗组继续予强心、利尿、扩血管等常规药物抗心衰治疗;卡维地洛组在常规抗心衰治疗基础上加用卡维地洛治疗,起始剂量 6.25mg/d,每日 2 次口服,每 2 周倍增剂量 1 次,直至目标剂量 25mg, bid 或最大耐受量。最大耐受量以临床症状缓解、稳定,收缩压不低于 90mmHg,心率不低于 50 次/min 为准。如心衰症状加重或出现血压、心率明显变化则暂缓增加剂量或适当减量,症状稳定后再逐渐增加至目标剂量或最大耐受量后维持治疗,两组均于治疗前及维持治疗 6 个月末检测心功能、运动耐量及心率、血压等。

1.4 观察指标 超声心动图检测左室舒张末期内径(LVEDD)、左室收缩末期内径(LVESD)和左室射血分数(LVEF)。运动耐量测定步行 6min 试验,记录 6min 内步行的最大距离、心率及血压。

1.5 统计学方法 应用 SPSS 10.0 软件进行统计学分析,数据以均数±标准差($\bar{X}\pm S$)表示,组间比较采用 t 检验。

2 结果

2.1 超声心动图指标的变化 至 6 个月末,LVEDD、LVESD 下降,LVEF 升高。卡维地洛组较常规治疗组改善更

明显($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后 LVEDD、LVESD 及 LVEF 值变化 ($\bar{X}\pm S$)

组别		LVEDD/mm	LVESD/mm	LVEF
常规治疗组	治疗前	64.31±5.11	54.21±5.91	34.88±5.25
	治疗后	61.58±6.11	50.41±6.72	39.76±6.19
卡维地洛组	治疗前	65.35±5.75	51.90±5.81	33.84±4.62
	治疗后	56.21±5.84 ^{△*}	43.04±5.87 ^{△*}	51.85±6.79 ^{△*}

注:与常规治疗组治疗后比较,[△] $P<0.05$;与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$ 。

2.2 运动耐量的变化 治疗 6 个月后 6min 步行距离较治疗前进一步提高,卡维地洛组较常规治疗组提高更显著 ($P<0.05$)。卡维地洛治疗组较常规治疗组心率明显减慢($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 6min 步行试验、心率及血压结果 ($\bar{X}\pm S$)

组别		6min 步行距离(m)	心率(次/min)	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)
常规治疗组	治疗前	371±62.4	92.2±12.4	115.2±14.4	68.2±7.5
	治疗后	410±112.4	86.2±11.2	107.6±11.5	65.9±6.7
卡维地洛组	治疗前	369±61.4	90.4±12.0	117.6±11.3	70.1±8.0
	治疗后	456±182.4 ^{△*}	74.2±10.4 ^{△*}	98.6±10.6 ^{△*}	62.4±6.8 ^{△*}

注:与本组治疗前比较,[△] $P<0.05$;与常规治疗组治疗后比较,^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

心衰的发生过程多有明确的诱因和心脏结构的改变,因此预防和逆转心室重构可以预防心衰的发生,降低心衰的发病率和病死率^[1]。交感神经兴奋性增强是心力衰竭时机体的重要适应机制之一^[2]。近年在充血性心力衰竭的治疗中,多对交感神经兴奋干预,并认为小剂量 β -受体阻滞剂对充血性心力衰竭有很好的治疗作用。卡维地洛是一种无内源性交感神经活性的非选择性 β -受体阻滞剂,能全面阻滞 β_1 、 β_2 受体,同时阻滞 α_1 受体。它既可改善患者的血液动力学,也可抑制 CHF 患者的神经内分泌异常激活,通过阻断 α_1 受体,扩张外周血管,从而降低血压,减轻心脏后负荷。卡维地洛既可以直接通过肾上腺素能受体阻滞作用抑制心肌重构,又可以间接通过抑制肾素-血管紧张素-醛固酮系统抑制心肌重塑^[3]。卡维地洛能改善心衰患者的心室功能,增加心脏指数,显著延长

参考标准[J].临床心血管病杂志,1995,11(6):324

[2]中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.175

[3]赵智深,刘富喜,杨留振.黄芪注射液辅助治疗充血型心力衰竭[J].中国中西医结合杂志,1998,18(11):26

(收稿日期:2008-09-09)

参考文献

[1]全国心肌炎、心肌病专题研讨会组委会.特发性扩张型心肌病诊断