

真武汤加减联合螺内酯、卡托普利对慢性充血性心力衰竭患者心功能的影响

王贞

(河南省人民医院省直第一医院 郑州 450003)

摘要:目的:探讨真武汤加减联合螺内酯、卡托普利对慢性充血性心力衰竭患者心功能的影响。方法:选取 2018 年 1 月~2019 年 4 月收治的慢性充血性心力衰竭患者 89 例,按照随机数字表法分为观察组 45 例和对照组 44 例。对照组采用螺内酯联合卡托普利治疗,观察组采用真武汤加减联合螺内酯、卡托普利治疗。比较两组疗效、治疗前后中医证候积分、6 min 步行距离及心功能指标。结果:观察组总有效率为 95.56%,高于对照组 79.55%,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后观察组中医证候积分、6 min 步行距离及心功能指标均得到明显改善,且改善程度大于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:真武汤加减联合螺内酯、卡托普利治疗慢性充血性心力衰竭疗效确切,可有效改善患者心功能,提高运动耐量。

关键词:慢性充血性心力衰竭;真武汤;螺内酯;卡托普利;心功能

中图分类号:R541.61

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.09.005

慢性充血性心力衰竭 (Congestive Heart Failure, CHF) 致残率、致死率均较高,严重威胁患者生命安全,临床多采用醛固酮受体拮抗剂 (SARA)、血管紧张素转换酶抑制剂 (ACED) 等药物治疗,能抑制神经激素激活、心肌重塑过程,但疗效有限^[1]。近年来,临床研究发现,中西医结合治疗 CHF 在改善患者心功能方面有显著疗效^[2]。CHF 属中医“心衰、惊悸”范畴,主要病机为血行滞缓、血脉瘀阻,治疗原则为活血利水,真武汤具有温阳利水之效^[3]。本研究选取例 CHF 患者为研究对象,旨在进一步探讨真武汤加减联合螺内酯、ACEI 对 CHF 患者心功能的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月~2019 年 4 月我院收治的 CHF 患者 89 例,按照随机数字表法分为观察组 45 例和对照组 44 例。观察组男 28 例,女 17 例;年龄 54~77 岁,平均 (64.27 ± 3.62) 岁;基础疾病:冠心病 28 例,肺源性心脏病 3 例,风湿性心脏病 5 例,高血压心脏病 7 例,扩张型心肌病 2 例;美国纽约心脏病协会 (NYHA) 心功能分级:II 级 9 例,III 级 25 例,IV 级 11 例;心力衰竭病程 1~8 年,平均 (5.14 ± 1.13) 年。对照组男 26 例,女 18 例;年龄 52~78 岁,平均 (63.85 ± 3.47) 岁;基础疾病:冠心病 29 例,肺源性心脏病 2 例,风湿性心脏病 5 例,高血压心脏病 7 例,扩张型心肌病 1 例;NYHA 心功能分级:II 级 7 例,III 级 25 例,IV 级 12 例;心力衰竭病程 1~7 年,平均 (4.93 ± 1.01) 年。两组一般资料均均衡可比 ($P>0.05$)。本研究经我院伦理委员会审核通过。

1.2 纳入及排除标准 (1) 纳入标准:确诊为 CHF^[4];左心室射血分数 (LVEF) $\leq 40\%$,超声显示心脏缺血,冠状动脉造影显示存在主要分支血管狭窄 $\geq$

50%;NYHA 心功能分级为 II~IV 级;根据《中医病证诊断疗效标准》属阳虚水泛证^[5];患者签署知情同意书。(2) 排除标准:原发性心肌病;重度主动脉瓣狭窄、关闭不全;肝肾功能不全;有药物过敏史。

1.3 治疗方法 两组均给予卧床休息、低流量吸氧、低盐饮食、抗血小板聚集、利尿剂、基础疾病对症治疗等常规处理。

1.3.1 对照组 给予螺内酯 (国药准字 H32020049) 口服,20 mg/次,2 次/d;卡托普利 (国药准字 H61020165) 口服,25 mg/次,3 次/d。持续用药 1 个月。

1.3.2 观察组 给予真武汤加减联合螺内酯、卡托普利治疗,螺内酯、卡托普利剂量方法同对照组。真武汤药方组成:制附子 (先煎) 15 g,茯苓 30 g,黄芪 20 g,桂枝 12 g,白术 12 g,白芍 12 g,生姜 9 g;心阴虚者加用酸枣仁 15 g,炙百合 12 g,柏子仁 12 g;肺阴虚者加用南沙参 15 g;脾阴虚者加用黄精 12 g;瘀血者加用益母草 20 g,丹参 20 g,桃仁 15 g,红花 10 g;水肿者加用冬瓜皮 30 g,葶苈子 30 g,泽泻 30 g。1 剂/d,以 500 ml 水煎煮取汁 300 ml,分早晚 2 次温服。持续用药 1 个月。

1.4 观察指标 (1) 疗效。疗效评估标准^[6]:对胸闷心悸、畏寒肢冷、疲倦乏力、面肢浮肿、咳嗽、盗汗评分,每项 0~3 分,中医证候积分 0~18 分,积分越高,病情越严重。减分率 $\geq 75\%$,NYHA 心功能分级改善 ≥ 2 级为显效;30% $<$ 减分率 $<75\%$,NYHA 心功能分级改善 1 级为有效;未达到以上标准为无效。总有效 = 显效 + 有效。(2) 比较两组治疗前后中医证候积分、6 min 步行距离。(3) 比较两组治疗前后 LVEF、左心室舒张末期容积 (LVEDV) 等心功能指标。

1.5 统计学分析 采用 SPSS22.0 软件对数据进行分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,进行 t 检验,计数资

料以%表示,进行 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 观察组总有效率为 95.56%, 高于对照组 79.55%, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效比较[例(%)]					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	45	16(35.56)	27(60.00)	2(4.44)	43(95.56)
对照组	44	6(13.64)	29(65.91)	9(20.45)	35(79.55)
χ^2					5.265
P					0.022

2.2 两组中医证候积分比较 治疗前观察组中医证候积分为 (12.48± 2.18) 分, 对照组为 (13.06± 2.25) 分, 两组比较, $t=1.235$, $P=0.220$, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后观察组中医证候积分为 (5.31± 1.33) 分, 低于对照组的 (9.46± 1.75), 两组比较, $t=12.613$, $P<0.001$ 。

2.3 两组心功能、6 min 步行距离比较 治疗前两组 LVEF、LVEDV、6 min 步行距离比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后观察组 LVEF、LVEDV、6 min 步行距离均明显改善, 且改善程度大于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组心功能、6 min 步行距离比较($\bar{x} \pm s$)								
组别	n	LVEF(%)		LVEDV(ml)		6 min 步行距离(m)		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
观察组	45	34.03± 2.23	41.51± 2.50	161.88± 7.49	150.16± 5.80	326.59± 54.77	492.84± 51.22	
对照组	44	33.57± 2.19	37.44± 2.39	164.30± 7.63	156.79± 5.42	332.27± 57.06	405.73± 63.07	
t		0.982	7.848	1.510	5.569	0.479	7.160	
P		0.329	<0.001	0.135	<0.001	0.633	<0.001	

3 讨论

CHF 发生、发展过程复杂, 患者交感神经、肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)被过度激活, 促进醛固酮分泌, 增加血管阻力, 引起心力衰竭, 导致心律失常、猝死等不良事件发生。调整交感神经、RAAS, 阻断心肌重塑为临床治疗关键。

螺内酯为 SARA 类药物, 可阻断心肌重塑、抑制神经激素激活; ACEI 为降低心力衰竭常用药, 可延缓心室重塑, 消除交感神经、RAAS 过度激活, 抑制血管紧张素生成, 保护心肌细胞。螺内酯、ACEI 联合虽有一定效果, 但疗效不够满意。中医理论认为, CHF 归属于“心衰、惊悸、胸痹”等范畴, 病因多为七情内伤、风寒湿热入侵, 病位在心, 常累及肺、脾、肝、肾等脏, 痰瘀、气、血、水湿相互为证, 虚实夹杂、标本俱病, 病机为血行滞缓、水饮湿停、血脉瘀阻, 临床应以益气温阳、活血利水为治疗原则。

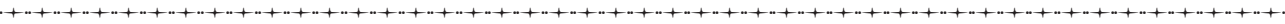
真武汤出自张仲景《伤寒杂病论》, 以北方水神“真武”名之, 具有化瘀活血、温阳利水之效。真武汤方中有附子、茯苓、黄芪、桂枝、白术、生姜等, 主治脾肾阳虚、水湿内停等少阴证。附子、桂枝、生姜具有活血益气之效, 可温五脏之阳; 茯苓、白术可益脾助阳、利水渗湿; 黄芪可消肿利尿、补气升阳。诸药合用, 共奏化痰利水、升阳益气之效。同时根据 CHF 不同病理特点辨证论治, 肺阴虚者加用南沙参, 可养阴

清肺、祛痰益气; 脾阴虚者加用黄精, 可补气养阴、健脾益肾; 水肿者加用葶苈子, 可行水消肿、消痰平喘。现代药理研究表明^[9], 附子具有强心作用, 可增强心肌收缩力, 提高左室射血分数; 白术、茯苓具有强心利尿作用; 生姜、白芍可扩张血管。本研究结果显示, 观察组总有效率高于对照组, 中医证候积分低于对照组 ($P<0.05$)。表明真武汤加减联合螺内酯、卡托普利治疗 CHF 有显著效果。此外, 治疗后观察组 LVEF、LVEDV、6 min 步行距离均明显改善, 且改善程度大于对照组 ($P<0.05$)。综上所述, 真武汤加减联合螺内酯、卡托普利治疗 CHF 疗效确切, 可改善患者心功能, 提高运动耐量。

参考文献

[1]王天秋.温阳利水活血汤对阳虚血瘀型慢性充血性心力衰竭患者心功能的影响[J].中医临床杂志,2019,31(3):509-511.
[2]杜桂琴,刘清娥.中医药治疗慢性充血性心力衰竭的研究进展[J].医学综述,2019,25(9):173-176,181.
[3]张革萍,苗迎春.真武汤加减联合西医常规治疗充血性心力衰竭疗效观察[J].陕西中医,2017,38(7):861-862.
[4]周丽华.慢性心力衰竭的药物治疗进展分析[J].中国医药指南,2017,15(30):20-21.
[5]国家中医药管理局医政司.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国中医药出版社,2017.274-279.
[6]杨柳.益气养阴活血方加减对老年充血性心力衰竭患者血清脑钠肽、内皮素及降钙素原水平影响研究[J].中华中医药学刊,2017,36(8):2203-2205.

(收稿日期: 2019-11-26)



欢迎广告惠顾! 欢迎投稿! 欢迎订阅!