

· 临床研究 ·

中西医结合治疗慢性充血性心衰疗效观察

何艳

(广东省广州市中医医院心内科, 广州市 510130)

【摘要】 目的 探讨中西医结合治疗慢性充血性心力衰竭(心衰)的临床效果,为临床治疗提供参考依据。**方法** 选择76例慢性充血性心衰患者作为观察对象,采用随机数表法将其分为观察组和对照组,每组38例。对照组患者采取常规药物ACEI、 β 受体阻滞剂等进行西医治疗;观察组患者在此基础上加用中药汤剂进行治疗。比较两组患者治疗前后的心率、左室射血分数变化情况以及临床治疗效果。**结果** 观察组患者治疗后的左室射血分数改善优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者的治疗总有效率(97.37%)高于对照组(81.58%),差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 中西医结合治疗慢性充血性心衰患者具有很好的临床效果,可以更好地改善患者的临床症状和心功能,值得推广应用。

【关键词】 慢性充血性心力衰竭;治疗;中西医结合

【中图分类号】 R 541.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-7768(2016)01-0072-03

DOI:10.16121/j.cnki.cn45-1347/r.2016.01.25

慢性充血性心力衰竭是临床常见的心血管疾病,为多重因素造成患者的心肌收缩功能与舒张功能不全,导致心排血量不能满足机体的需求,造成器官、组织的血流灌注流量不足^[1]。患者临床主要表现为胸闷、咳嗽、双下肢水肿,具有较高的病死率,对患者的生活质量与生命健康造成严重的威胁。随着我国人口老龄化速度不断加快,罹患心衰的人数不断增加^[2],但常规治疗效果并不理想,为提高疗效,笔者应用中西医结合的方法,对慢性充血性心力衰竭患者进行了治疗观察,结果取得了较好的临床效果,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2013年1~12月我院收治的慢性充血性心衰患者76例作为观察对象,患者的临床症状和体征符合慢性充血性心衰诊断标准^[3],彩色多普勒超声检查提示左心室增大、左心室收缩末期容量增大且射血分数小于40%,双肺纹理增粗、肺部水肿。采用随机数表法将纳入研究的76例患者随机分为观察组和对照组,每组38例。观察组患者男21例,女17例;年龄37~69岁,平均(48.35 ± 9.71)岁。对照组患者男20例,女18例,年龄38~68岁,平均(48.77 ± 9.24)岁。两组患者的性别、年龄、病程等比较差异不具有统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

表1 两组患者一般资料比较 ($n, \bar{x} \pm s$)

组别	n	性别		年龄(岁)	病程(年)
		男	女		
观察组	38	21	17	48.35 ± 9.71	5.14 ± 1.27
对照组	38	20	18	48.77 ± 9.24	5.06 ± 1.31
χ^2/t		0.053		0.193	0.270
P		0.818		0.847	0.788

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予单纯西药治疗:(1)血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI),从最小剂量开始,缓慢增加到有效剂量^[4];(2)氢氯噻嗪利尿剂,从小剂量开始逐渐增加,待患者的病情稳定之后以最小剂量维持治疗;(3) β 受体阻滞剂选用美托洛尔,以四分之一剂量作为起始剂量,逐步增加至最大耐受量;(4)地高辛,0.125 mg/d。

1.2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用中药汤剂治疗。处方:红参15克、丹参10克、五味子10克、茯苓12克、麦冬15克、葶苈12克、白术10克、白芍10克、生姜6克、附子6克以及大枣6枚,用水煎服,每日服用1剂。对合并肺部感染的患者在方剂中加杏仁、炙甘草、鱼腥草以及石膏^[5];对高度水肿患者加用泽泻、车前子、桂枝以及防己;若患者舌质紫黯或发绀则加用红花、生地黄、当归、桃仁、桔梗、川穹、牛膝、甘草等。两组患者均治疗20d作为1个疗程。

1.3 观察指标 治疗1个疗程后观察比较两组患者的心率、左室射血分数以及临床治疗效果。

1.4 疗效评价 根据美国纽约心脏病协会制定的NYHA分级标准^[5]对患者的心功能进行评价。1级:日常活动不出现心衰表现;2级:日常活动有呼吸困难、乏力等心衰症状;3级:活动量在少于日常活动的状态下出现心衰症状;4级:在静止休息的状态下有心衰表现。临床疗效评定,显效:患者的心功能改善在2级以上;有效:患者心功能改善1级以下;无效:未达到以上标准。治疗总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

1.5 统计学处理 采用SPSS 18.0统计学软件包进行

数据分析,计量数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间均数的比较采用 t 检验,同组治疗前后比较采用配对 t 检验;等级资料比较采用秩和检验;计数资料以 % 表示,比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组患者治疗总有效率为 97.37%,对照组为 81.58%,两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$);秩和检验结果显示,观察组患者疗效与对照组比较差异无统计学意义 ($u = 1.618, P = 0.053$)。

表 3 两组患者治疗前后心率与左室射血分数比较 ($n, \bar{x} \pm s$)

组别	n	心率(次/min)		LVEF(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	38	106.3 ± 8.7	87.4 ± 5.1*	28.46 ± 5.17	40.80 ± 8.74*
对照组	38	109.7 ± 8.9	90.4 ± 5.8*	27.65 ± 5.13	33.79 ± 8.04*
t		1.684	1.803	0.686	3.639
P		0.096	0.076	0.495	0.001

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

慢性充血性心力衰竭患者的心肌收缩能力降低,心血量难以满足机体的需求,血液灌流量不足,心肌细胞的负担加重,严重时可导致死亡^[6]。慢性心力衰竭在中医中属于“心悸”、“痰饮”、“积聚”和“水肿”的范畴^[7],涉及到患者的心脏、肺脏、脾肾器官。临床中医治疗心力衰竭主要原则为温阳、活血与利水,与西医中强心、利尿以及扩张血管治疗有异曲同工之处。中医认为心衰主要由于患者的心脏动力不足,导致淤血停蓄,早期心衰相当于西医诊断的心衰 1 度,在治疗上应当以培补为主;中期相当于心衰 2 度,治疗以活血、利水、化痰为主;晚期则相当于心衰 3 度,中医施治以培补、泻肺、回阳、固脱为主^[8]。使用红参治疗可补元气,人参甘温、具有补元气、安精神、止惊悸的作用。现代医学认为,人参中含有的皂苷对心肌细胞膜中的 $Na^+ K^+ -ATP$ 酶具有强大的抑制作用,能提高钙离子浓度,增强心肌收缩能力^[9];丹参具有活血化瘀、安神宁心的作用,对心绞痛具有很好的效果,配合白芍与白术、茯苓能够增强安神效果,还会益脾祛湿^[10];麦冬味甘微苦,具有养阴润肺、清心除烦的功效^[11];五味子性酸温,与麦冬共同作用,酸甘合化。李文军^[12]报道,加用中药芪苈强心胶囊对慢性充血性心力衰竭患者(观察组)进行治疗,结果显示与单纯接受强心、利尿等基础治疗的对照组患者对比,观察组患者的心功能得到显著改善。本观察结果显示,在西药治疗的基础上,联合应用中药汤剂治疗的观察组

表 2 两组患者临床疗效比较 [$n(\%)$]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	38	22	15	1	37(97.37)
对照组	38	17	14	7	31(81.58)
χ^2					5.029
P					0.025

2.2 两组患者治疗前后心率与左室射血分数比较 治疗后两组患者心率与左室射血分数均得到一定程度的改善 ($P < 0.05$);观察组患者左室射血分数高于对照组 ($P < 0.05$),但两组患者心率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 3。

患者的心功能改善明显优于单用西药治疗的对照组,治疗总有效率(97.37%)高于对照组(81.58%)。提示中西医结合治疗慢性充血性心衰患者,有利于改善心功能,取得更好的临床治疗效果。

参 考 文 献

- [1] 闫秋芬,陈建华. 中西医结合治疗慢性心力衰竭临床疗效的 Meta 分析[J]. 医学临床研究,2012,29(6):1160-1163.
- [2] 董静莲,高洁,郝瑞,等. 洛丁新联用美托洛尔治疗冠心病合并慢性充血性心力衰竭疗效分析[J]. 中国中西医结合急救杂志,2009,16(3):189.
- [3] 袁雪梅. 中西医结合治疗慢性充血性心力衰竭体会[J]. 吉林医学,2013,34(17):3366.
- [4] 刘龙华. 依那普利联合螺内酯治疗慢性充血性心力衰竭 50 例临床观察[J]. 内科,2008,3(5):698-699.
- [5] 钟东. 芪参益气滴丸治疗慢性充血性心力衰竭 74 例的疗效观察[J]. 内科,2010,5(2):135-137.
- [6] 李杰. B 型钠尿肽在中西医结合治疗慢性心力衰竭患者中的评估价值[C]. 2011 年第七届河海之滨心脏病学会议论文集,2011:321-324.
- [7] 夏邦俊,袁先琢,张祥宝. 慢性心力衰竭患者肝功能损伤、肾功能不全发生率及其与心力衰竭严重程度的关系[J]. 实用医学杂志,2009,25(4):580-581.
- [8] 汪艳丽,刘如秀. 中西医结合治疗对慢性充血性心衰患者超声心动图的影响[C]. 全国中医药博士生创新发展学术论坛论文集,2011:243-247.

(下转第 88 页)

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗后,两组患者症状、体征均得到明显改善,观察组患者治疗总有效率为87.5%,对照组为67.5%,两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$)。秩和检验结果显示,观察组患者临床疗效优于对照组($u = 2.194, P = 0.014$)。见表1。

表1 两组患者临床疗效比较 [n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	16	19	5	35(87.5)
对照组	40	10	16	14	26(67.5)
χ^2					5.591
P					0.018

2.2 不良反应 治疗过程中两组患者均无明显不良反应发生。

3 讨论

相关资料显示,目前中国糖尿病患者已超过9 400万。如此庞大的糖尿病人群中有很大部分患者合并慢性并发症,患者长期高血糖状态对机体多个系统带来严重损害,产生多系统的严重急慢性并发症^[4-5]。糖尿病周围神经病变(DPN)即是其中常见的慢性并发症之一。DPN确切发病机制目前尚不完全清楚,但普遍认为其产生的主要原因是长期高血糖。目前临床相关研究结果大多显示,DPN由多种因素共同作用诱导产生,其中包括血管损伤、相关营养因子缺乏、细胞因子异常等。

甲钴胺是一类维生素B衍生物,临床常用于治疗DPN,其作用时间较长,能直接转运进入神经细胞内,促进结构蛋白、核酸、卵磷脂的新陈代谢,刺激受损组织神经细胞的再生修复以及乙酰胆碱等神经递质的生成,从而使受损区域的神经功能得到改善^[6-7]。依帕司他(唐林)是一种非竞争性的醛糖还原酶抑制剂,能阻断多元醇旁路,并且选择性地抑制醛糖还原酶的活性,阻滞神经组织中山梨醇的蓄积;还能通过抑制蛋白激酶的信号通路,促进内皮细胞中一氧化氮的生成,从而抑制中性

粒细胞的内皮细胞黏附^[8]。依帕司他和甲钴胺可通过不同的机制改善糖尿病患者的神经病变。

本研究结果显示,采用依帕司他片(唐林)联合甲钴胺片治疗的观察组患者其治疗总有效率为87.5%,而单独采用甲钴胺治疗的对照组为67.5%,观察组疗效优于对照组,提示联合应用两种药物可以发挥协同作用,提高临床治疗效果。

综上所述,依帕司他片(唐林)联合甲钴胺片治疗糖尿病周围神经病变的临床疗效确切,无明显副作用,值得在临床,尤其是基层医院、社区门诊推广应用。

参 考 文 献

- [1] 张吉平,徐宁,尹冬,等.血清维生素D水平与2型糖尿病周围神经病变的关系[J].中华内分泌代谢杂志,2014,30(5):385-387.
- [2] 王海澜,冉春风,王明军,等.经皮电神经刺激配合微波治疗痛性糖尿病周围神经病变疗效观察[J].中国康复医学杂志,2013,28(5):431-434,439.
- [3] 魏亚楠,苗儒林.腺苷钴胺联合胰激肽原酶肠溶片在治疗糖尿病周围神经病变中的应用及效果[J].中国生化药物杂志,2012,33(6):885-887.
- [4] 魏剑芬,吴乃君,陈冬,等.糖尿病周围神经病变患者血清铁蛋白与氧化应激反应的相关性[J].广东医学,2014,35(18):2887-2889.
- [5] 谢宝强,周青美.甲钴胺与法舒地尔联合治疗糖尿病周围神经病变的疗效[J].中国老年学杂志,2012,32(5):949-950.
- [6] 郑永玲,金涛.甲钴胺联合硫辛酸、法舒地尔治疗糖尿病周围神经病变的疗效观察[J].激光杂志,2013,34(6):122-123.
- [7] 张春玲,陈露,杨传经.中西医结合治疗糖尿病周围神经病变临床疗效观察及护理研究[J].护士进修杂志,2011,26(7):596-598.
- [8] 高明松,彭聪,谭焱,等.依帕司他联合甲钴胺对糖尿病周围神经病变患者震动感觉阈值的影响[J].广东医学,2012,33(3):408-409.

(收稿日期:2015-10-28 修回日期:2015-12-24)

(上接第73页)

- [9] 罗海明,史菲,邓中龙,等.半乳糖凝集素-3在慢性充血性心力衰竭中的临床价值初探及与中医分型的相关性研究[C].2011中国医师协会中西医结合医师大会论文集,2011:1-6.
- [10] 马俊勇.芪蒯强心胶囊联合西药治疗慢性心力衰竭临床

观察[J].陕西中医,2011,32(10):1283-1284.

- [11] 石林.美托洛尔治疗慢性充血性心力衰竭38例临床疗效分析[J].内科,2013,8(2):127-128.
- [12] 李文军.ACEI类药物治疗慢性心力衰竭的研究进展[J].内科,2011,6(2):152-154.

(收稿日期:2015-10-08 修回日期:2015-12-04)