

加味当归补血汤对慢性心力衰竭伴贫血患者生活质量的影响

房玉涛 胡元会 刘桂芳

(中国中医科学院广安门医院心血管科, 北京, 100053)

摘要 目的:观察加味当归补血汤对慢性心力衰竭伴贫血患者生活质量的影响。方法:选取我院 72 例慢性心力衰竭伴贫血患者,随机分为对照组和治疗组,每组 36 例。对照组给予常规西药治疗,治疗组在常规治疗的同时联合应用加味当归补血汤,2 组均治疗 4 周。观察 2 组患者治疗前后中医症状积分、血色素(Hb)、左心室射血分数(LVEF)、明尼苏达心功能不全生活质量量表(MLHFQ)积分。结果:2 组治疗后,治疗组证候疗效总有效率为 80.56%,对照组为 55.56%,治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$);治疗组与对照组比较,Hb 显著升高,MLHFQ 积分下降,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:加味当归补血汤能纠正慢性心力衰竭患者的贫血、改善心功能,提高生活质量。

关键词 慢性心力衰竭;贫血;加味当归补血汤;生活质量

Effect of Supplemented Angelica Blood-Tonifying Decoction on Quality of Life of Patients with Chronic Heart Failure Combined with Anemia

Fang Yutao, Hu Yuanhui, Liu Guifang

(Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical sciences, Beijing 100053, China)

Abstract Objective: To observe the effect of Supplemented Angelica Blood-Tonifying Decoction on quality of life of patients with chronic heart failure combined with Anemia. **Methods:** Total 72 cases of chronic heart failure combined with anemia were randomized into treatment group (36 cases) and control group (36 cases). Treatment group was given Supplemented Angelica Blood-Tonifying Decoction on the basis of western medicine, control group was given western routine medicine, both groups were treated for 4 weeks. Before and after treatment, Chinese medicine symptom score, hemoglobin, LVEF, MLHFQ score were observed. **Results:** The total effective rate of symptom score of the treatment group and control group was 80.56% and 55.56% respectively, with significant difference between the two groups ($P < 0.05$). The levels of Hb in both groups were improved after treatment, especially in the treatment group ($P < 0.05$), the scores of MLHFQ in both groups decreased after treatment, especially in the treatment group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Supplemented Angelica Blood-Tonifying Decoction could correct anemia in chronic heart failure patients, as well as improve heart function and quality of life.

Key Words Chronic Heart Failure; Anemia; Supplemented Angelica Blood-Tonifying Decoction; Quality of life

中图分类号:R256.2 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.07.022

近年来,贫血与慢性心力衰竭(Chronic Heart Failure, CHF)之间的关系正逐渐受到关注。多项临床研究表明,贫血已成为 CHF 患者死亡率升高的独立危险因素^[1-3],有效纠正贫血,可改善 CHF 患者预后^[4]。因此,如何纠正 CHF 患者的贫血,改善患者生活质量,在临床上尤为重要。CHF 伴发贫血的发病机制尚不明确,目前认为多与以下几个方面相关:1)促红细胞生成素(EPO)的丢失或生成不足;2)铁元素丢失或摄入减少;3)稀释性贫血;4)营养不良。其治疗方法仅限于:EPO、铁剂、输血等,缺乏特效治疗措施。目前,中医药改善 CHF 伴贫血的临床研究

不多,尤其鲜见改善患者生活质量的报道。我们根据多年临床经验,发现加味当归补血汤对 CHF 合并贫血患者可能有效,因此本研究旨在观察加味当归补血汤对 CHF 患者贫血及心功能的临床疗效,以及对生活质量的影响,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月至 2015 年 6 月在中国中医科学院广安门医院心血管科住院及门诊 CHF 合并贫血者 72 例,按照随机数字表法随机分为治疗组和对照组,每组 36 例。对照组中男 18 例,女 18 例,年龄 54 ~ 80 岁,平均年龄 (69.82 ± 12.07)

基金项目:国家自然科学基金青年项目(编号:81302964/H2708)

作者简介:房玉涛(1972.11—),男,医学博士,副主任医师,研究方向:中药防治心血管病,E-mail:fangyutao@sohu.com

通信作者:刘桂芳(1975.01—),女,医学博士,主治医师,研究方向:中药防治糖尿病及其血管并发症,E-mail:lgf31@126.com

岁,平均病程(4.97 ± 2.07)年;治疗组中男 16 例,女 20 例,年龄 50 ~ 79 岁,平均年龄(8.98 ± 11.79)岁,平均病程(5.31 ± 1.79)年。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准采用《慢性心力衰竭诊断治疗指南》(2007 年中华医学会心血管病学分会制定)^[5],心功能分级标准参照 1994 年 NYHA 分级标准^[6]。中医证候诊断标准及证候评分标准参照 2002 年版《中药新药临床研究指导原则》^[7]心力衰竭肾阳虚证:主症:心悸,乏力气短,动则气喘,身寒肢冷;次症:水肿尿少,便溏腹胀,面色灰青,舌淡胖或有齿印,脉沉细或迟。

1.3 纳入与排除标准 纳入标准:1)符合上述诊断标准及辨证标准,心功能为Ⅱ~Ⅲ级(NYHA)者;2)年龄 40 ~ 80 岁;3)血红蛋白低于 120 g/L(男)、110 g/L(女),且大于 60 g/L 的患者;4)心力衰竭病史在贫血之前者;5)签署知情同意书。

排除标准:1)心源性休克和急性心力衰竭患者;2)合并有急性心肌梗死者;3)合并有严重心律失常(如室速、Ⅱ度和Ⅲ度房室传导阻滞)者;4)高血压患者经强化降压治疗,血压仍 $> 160/100$ mmHg 者;5)合并有血糖控制不佳的糖尿病及其他代谢性疾病者;6)合并有严重感染者;7)合并有造血系统和肝脏等严重的原发性疾病者;8)血肌酐超过正常范围者;9)萎缩性胃炎合并贫血、肿瘤患者合并贫血。

1.4 治疗方法 对照组给予西医基础治疗,包括强心剂(地高辛片 0.125 mg,1 次/d)、利尿剂(呋塞米 20 ~ 40 mg,1 次/d,螺内酯 20 ~ 40 mg,1 次/d)、ACEI(福辛普利钠片 10 mg,1 次/d)或 ARB 制剂(缬沙坦 40 ~ 120 mg,1 次/d 或氯沙坦 50 ~ 100 mg,1 次/d)、β-阻滞剂(酒石酸美托洛尔片 12.5 ~ 25 mg,1 次/d 或卡维地洛片 5 ~ 10 mg,1 次/d)、硝酸酯类(单硝酸异山梨酸片 20 mg,2 次/d)。治疗组则在对照组基础上加用加味当归补血汤(药物组成:黄芪 30 g、当归 6 g、淫羊藿 12 g、桑寄生 12 g、丹参 15 g、茯苓 30 g。由煎药室煎取 200 mL,按 100 mL 装袋,100 mL/次,2 次/d。2 组疗程均为 4 周。

1.5 主要疗效指标

1.5.1 心力衰竭中医症状积分 参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]心力衰竭的心肾阳虚证对胸闷、心悸、气短、乏力、舌脉等症状体征进行评分。治疗前后各记录 1 次。

1.5.2 全血细胞分析 观察血红蛋白,红细胞总数、红细胞比积。治疗前后各检测 1 次。

1.5.3 超声心动图 采用 Aloc10 型彩色多普勒超声仪,由专人操作。测定 2 组患者的心功能,包括收缩功能指标:左心室射血分数(LVEF)、左心室短轴缩短率(FS)。治疗前后各检测 1 次。

1.6 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》拟定的心力衰竭的疗效判定标准。显效:主症、次症基本或完全消失,治疗后证候总积分减少 $\geq 70\%$ 或为 0;有效:治疗后证候总积分减少 $\geq 30\%$;无效:治疗后证候总积分减少 $< 30\%$;加重:治疗后总积分超过治疗前总积分。

1.7 生活质量指标 明尼苏达心功能不全生活质量量表(MLHFQ)积分^[8],治疗前后各检测 1 次。

1.8 统计学方法 采用 SPSS 16.0 统计软件处理分析数据。计量资料采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,应用 t 检验,计数资料采用卡方检验,等级计数资料比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者中医证候疗效比较 治疗组中医证候总有效率为 80.56%,对照组为 55.56%。2 组患者中医证候总有效率比较差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组优于对照组。见表 1。

表 1 2 组心力衰竭合并贫血患者治疗前后中医证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	恶化	总有效率
治疗组	36	7(19.44)	22(61.11)	5(13.89)	2(5.56)	80.56%
对照组	36	4(11.11)	16(44.44)	14(38.89)	2(5.56)	55.56%

2.2 2 组患者治疗前后 LVEF、Hb 比较 治疗前 2 组患者 LVEF、Hb 比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组 Hb 水平明显升高,且治疗组 Hb 明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);而 2 组 LVEF 值有升高趋势,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组心力衰竭合并贫血患者治疗前后 LVEF、Hb 比较

组别	治疗组($n=36$)		对照组($n=36$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
LVEF(%)	45.87 ± 6.31	48.93 ± 6.39	45.93 ± 6.74	46.17 ± 6.98
Hb(g/L)	89.49 ± 14.56	$102.12 \pm 8.76^{**\Delta}$	91.53 ± 13.06	$96.43 \pm 8.07^*$

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

2.3 2 组患者治疗前后 MLHFQ 积分比较 治疗前 2 组患者 MLHFQ 积分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后 2 组 MLHFQ 明显降低,差异有统计学意义($P < 0.01$),且治疗组 MLHFQ 积分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表3 2组心力衰竭合并贫血患者治疗前后 MLHFQ 积分比较

组别	治疗组(<i>n</i> = 36)		对照组(<i>n</i> = 36)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
MLHFQ 积分	76.05 ± 12.09	38.20 ± 7.78 **△	76.56 ± 9.39	42.24 ± 9.46 **

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

随着现代医学模式的不断发展,以“患者为中心”的治疗观念,正逐步被医学界广泛接受,客观评价患者生活质量,对于评估慢性疾病的医疗结局和预后具有重要的临床意义^[9]。1987年,美国 Jay Chon 博士开发了明尼苏达心功能不全生活质量量表(MLHFQ)^[8],目前已经在世界范围广泛应用,近期具有良好的信度和疗效评价量表的中文版逐渐应用于临床。CHF 是大多数心血管疾病的终末阶段。随着社会的发展和老龄化时代的来临,CHF 的患病率逐年升高,而且随着医疗技术的不断进步,其生存时间不断延长。因此 CHF 患者的生活质量及康复治疗问题引起越来越多学者的重视^[10]。

中医学注重天人相应,整体观,中医药治疗疾病具有多途径、多渠道、多靶点的特点,强调证候观察,根据患者临床症状的变化以评价疗效,与生活质量的观察有异曲同工之妙。长期以来,CHF 与贫血之间的关系一直未受到足够重视。中医药在贫血及 CHF 方面均已进行了大量卓有成效的临床及实验工作,但有关中医药纠正 CHF 患者贫血的临床及实验却鲜见报道。从中医领域深入探讨 CHF 合并贫血的病因病机,进而制定相应治法进行中药干预,寻找有效的中医药非常必要。我们根据多年临床经验,认为 CHF 伴贫血辨证属本虚标实,本虚以气虚、阳虚为主,标实以瘀血、水饮为多,病位在心、肾、脾。治法以益气温阳、活血利水为主,方选当归补血汤加味。方中黄芪配当归益气生血,淫羊藿配桑寄生温肾益髓生精;丹参、茯苓,活血利水。诸药相伍,补虚

去实,以达标本同治。

本研究结果显示:本方可有效改善 CHF 伴贫血患者心肾阳虚证候,改善贫血及心功能,提高生活质量,在治疗 CHF 合并贫血方面具有广阔的临床应用前景,但其作用机制需要进一步研究探讨。

参考文献

[1]Tanner H,Moschovitis G,Kuster GM,et al. The prevalence of anemia in chronic heart failure[J]. Int J Cardiol,2002,86(1):115-121.

[2]Silverberg DS,Wexler D,Iaina A. The importance of anemia and its correction in the management of severe congestive heart failure[J]. Eur J Heart Fail,2002,4(6):681-686.

[3]He SW,Wang LX. The impact of anemia on the prognosis of chronic heart failure;a meta-analysis and systemic review[J]. Congest Heart Fail,2009,15(3):123-130.

[4]Ponikowski P,van Veldhuisen DJ,Comin-Colet J,et al. Beneficial effects of long-term intravenous iron therapy with ferric carboxymaltose in patients with symptomatic heart failure and iron deficiency[J]. Eur Heart J,2015,36(11):657-68.

[5]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性心力衰竭诊断治疗指南[S]. 中华心血管病杂志,2007,35(12):1076-1095.

[6]AHA medical/scientific statement. 1994 revisions to classification of functional capacity and objective assessment of patients with diseases of the heart[J]. Circulation,1994,90(1):644-645.

[7]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:77-85.

[8]Rector TS,Kubo SH,Cohn JN. Patients' self-assessment of their congestive heart failure:Content, reliability and validity of a new measure. The Minnesota Living with Heart Failure questionnaire[J]. Heart Failure,1987,3:198.

[9]Rodríguez-Artalejo F,Guallar-Castillón P,Pascual CR,et al. Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with heart failure[J]. Arch Intern Med,2005,165(11):1274-1279.

[10]任疏桐,苗志林. 心力衰竭康复治疗现状[J]. 中国实用内科杂志,2014,34(7):658-661.

(2016-03-14 收稿 责任编辑:王明)

(上接第 1241 页)

[9]Bisoendial RJ,Boekholdt SM,Vergeer M,et al. C-reactive protein is a mediator of cardiovascular disease[J]. European heart journal,2010,31(17):2087-2091.

[10]Buckley DI,Fu R,Freeman M,et al. C-reactive protein as a risk factor for coronary heart disease;a systematic review and meta-analyses

for the U. S. Preventive Services Task Force[J]. Annals of internal medicine,2009,151(7):483-495.

[11]中华医学会心血管病学分会,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 2014[S]. 中华心血管病杂志,2014,42(2):98-122.

(2016-06-10 收稿 责任编辑:徐颖)