

李延教授通阳祛痰化瘀方治疗慢性心力衰竭的临床研究

王琪 吴限

(黑龙江中医药大学附属第一医院心血管内科, 哈尔滨, 150040)

摘要 目的:评价分析通阳祛痰化瘀方治疗慢性心力衰竭的临床研究。方法:将我院收治的80例慢性心力衰竭患者按照入院先后顺序分为常规组和通阳组,常组给予慢性心力衰竭常规药物治疗,而通组在常组基础上再加用“通阳祛痰化瘀方”,记录并比较2组治疗方式和临床效果。结果:治疗后2组患者在中医证候、LVEF 症状积分、心功能分级 6MWT 距离与治疗前比较均有显著提高,并且通组显著优于常组($P < 0.05$)。结论:通阳祛痰化瘀方治疗慢性心力衰竭效果显著,长期疗效稳定,显著提高生活治疗,值得临床推广使用。

关键词 慢性心力衰竭;通阳祛痰化瘀方;临床研究

Clinical Study on the Treatment of Chronic Heart Failure with Professor Li Yan's Tongyang Qutan Huayu Fang

Wang Qi, Wu Xian

(Cardiovascular Department of Internal Medicine, First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, China)

Abstract Objective: To evaluate the clinical study on Tongyang Qutan Huayu Fang in the treatment of chronic heart failure. **Methods:** A total of 80 cases of chronic heart failure in our hospital were divided into control group and treatment group according to the order of admission. Patients in control group were given conventional drug therapy for chronic heart failure, and the treatment group was added Tongyang Qutan Huayu Fang. The treatment methods and therapeutic effects of the two groups were observed and compared. **Results:** After treatment, TCM syndrome score, LVEF symptom score, heart function grading 6MWT distance of 2 groups were significantly increased. The treatment group was significantly better than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Tongyang Qutan Huayu Fang is effective in treating chronic heart failure, with stable and long-term effect, significantly improve the treatment of life, which is worthy of clinical application.

Key Words Chronic heart failure, Tongyang Qutan Huayu Fang, Clinical research

中图分类号:R285.6 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.02.039

慢性心力衰竭(Chronic Heart Failure, CHF)多是由内外因素所致的心脏正常功能异常或缺失者^[1]。调查数据显示^[2],其已成为每年死亡患者最多的,在各种疾病之中居首位。在此报告中提示,随着年龄的增长,我国该病的患病率呈现上升趋势。相关研究显示^[3],由于老年人生理功能退化,相应的激素水平也呈现下降趋势,其心脏功能也会受到累及,多数患者出现循环功能障碍或不全,从而使得多数组织器官血供不足带动氧供缺乏,故容易诱发此症,如若老年患者出现心力衰竭,病情恶化速度快,救治保护不及时可能危机生命。西药治疗应用于CHF是目前较为可靠的治疗方法,由于分子生物学的发展,20世纪90年代以后,对CHF的发生发展机制的研究和认识不断深化,近年来从病理生理的角

度认为CHF与神经内分泌过度激活有关^[4],因而在西医疗治CHF中,除传统的正性肌力药^[5]、血管扩张剂^[6]、利尿剂^[7]外,开始应用血管紧张素转换酶抑制剂^[8],但其较高的复发率以及不良反应和生命质量偏低等问题也随之而来。在中医药在长期发展中,很多治疗慢性心力衰竭的临床经验被积累下来,李延等人根据中医气血理论,对慢性心力衰竭阳虚血瘀痰阻的基本病机创制的“通阳祛痰化瘀法”在临床上治疗慢性心力衰竭患者取得了显著的疗效。本次研究旨在评价分析通阳祛痰化瘀方治疗慢性心力衰竭的临床研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年4月20日至2016年4月20日黑龙江中医药大学附属第一医院心内科

基金项目:2014年度黑龙江中医药大学科研基金项目(201401)——李延教授运用通用祛痰化瘀法治疗慢性心力衰竭的临床研究

作者简介:王琪(1982.11—),女,主治医师,硕士研究生,研究方向:心血管内科研究

通信作者:吴限(1965.11—),女,主任医师,博士,研究方向:心血管内科研究, E-mail: zixuanqier@126.com

收治的 CHF 患者 80 例作为研究对象。将本组 80 例患者按入院先后顺序分为常组和通组,其中常组 39 例患者年龄 53 ~ 86 岁,平均为 (71.95 ± 6.48) 岁;病程 1 ~ 5 年,平均为 (5.30 ± 7.08) 年,通组 41 例患者年龄 54 ~ 89 岁,平均为 (72.28 ± 6.64) 岁;病程与常组相同,平均为 (6.04 ± 9.14) 年,通过对照,2 组患者的基本资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照 Framingham^[9] 研究 CHF 诊断标准与纽约心脏病学会 (NYHA) 心功能分级的标准诊断。

表 1 Framingham 的诊断标准

序号	主要标准	次要标准
1	夜间出现呼吸困难,或由于骤发性呼吸困难而憋醒	少尿症状明显,同时伴有足部周围水肿
2	颈静脉曲张,触诊发现搏动有力	上呼吸道无感染症状,夜间睡眠平稳无咳嗽症状
3	肺部罗音和(或)呼吸音减弱	劳力性呼吸困难
4	心脏扩大	淤血性肝肿大,触诊时肝脏区域疼痛
5	出现急性肺部水肿	胸腔积水较为严重
6	第三心音异常	肺活量减少较为严重
7	非洋地黄所致交替	心动过速(心率 > 120 次/min)

表 2 纽约心脏病学会的心功能分级

序号	表现
I 级	曾有心脏疾病,不影响正常体力活动且活动后无明显症状。
II 级	正常生活劳动受到一定限制,休息时无明显症状,但体力劳动即出现相应心力衰竭症状。
III 级	从事体力劳动过程明显受限,一般活动下即能够引起典型症状。
IV 级	不能从事劳动,休息时也无法缓解,活动后症状恶化。

1.2.2 中医诊断标准 根据 2014 版《中药新药临床研究指导原则》,制定阳虚血瘀痰阻的诊断标准。主要症状:心悸、胸疼痛(闷痛),疲劳,面部水肿、咳嗽无法平卧。次症:慢咳有痰,腹部胀痛,食欲减退,口腔咽部干渴,睡眠紊乱。舌脉:舌苔白,舌质紫黯。具备其中主要症状 4 项及次要症状 2 项,结合舌苔和脉象可诊断为阳虚血瘀痰阻证。

1.3 纳入标准 1) 根据西医诊断标准的慢性心力衰竭患者;2) NYHA 心功能分级 II、III、IV 级;3) 中医辨证为心力衰竭阳虚血瘀痰阻证;4) 取得知情同意。

1.4 排除标准 1) 心脏其他严重疾病者;2) 孕妇、精神疾病以及其他系统重大疾病者;3) 研究过程中

死亡病例;4) 不配合治疗者;5) 肝肾功能不全者。

1.5 治疗方法 常组:采用 2014 年急慢性心力衰竭诊疗指南推荐的药物进行常规治疗。通组:在常组基础上加用“通阳祛瘀化痰方”(主要方剂为,红参、当归、川芎、延胡索、半夏、瓜蒌、黄芪、地龙、赤芍)1 次/d(浓煎),早晚分 2 次服。疗程为 1 个月。

1.6 观察指标 观察治疗前后相应的中医证候和 LVEF、心功能分级 6 MWT 距离,症状积分。

1.7 疗效判定标准 NYHA 心功能分级评价 CHF 疗效:1) 显效:慢性心力衰竭的症状明显减轻甚至痊愈,同时伴有心功能恢复至 2 级。2) 有效:心功能明显改善至 1 级,但未到达 2 级。3) 无效:心功能未改善且未达到 1 级。4) 恶化:心功能不仅未改善甚至加重^[10]。

1.8 统计学方法 对本次研究数据由专门人员采用 SPSS 22.0 统计软件进行处理分析。计量资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,差异比较采用 t 检验(符合正态分布)或非参检验(不符合正态分布);等级资料比较采用秩和检验;计数资料(有效率)比较使用卡方检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候积分治疗前后比较 治疗后,2 组中医证候积分较前都有所下降,通组下降水平大于常组。见表 3。

表 3 中医证候积分治疗前后比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	治疗前	治疗后
通组 ($n = 41$)	11.98 ± 3.95	6.03 ± 2.99
常组 ($n = 39$)	11.87 ± 4.75	8.64 ± 3.12
t	0.264	2.124
P	> 0.05	< 0.05

注:通组与治疗前比较 $P < 0.05$,与常组比较, $P < 0.05$,常组与治疗前比较 $P < 0.05$

2.2 中医证候疗效治疗前后比较 经过资料取证以及统计学分析可知,通组有效率 86% 高于对照组 59%。见表 4。

表 4 中医证候疗效

分组	显效(例)	有效(例)	无效(例)	加重(例)	有效率(%)
通组 ($n = 41$)	22	17	2	0	86
常组 ($n = 39$)	17	18	4	0	59

注:与常组比较, $P < 0.05$

2.3 LVEF 治疗前后比较 2 组 LVEF 在治疗后均有明显提高,通组从 (41.04 ± 8.11)% 提升至 (48.34 ± 6.09)% ($P < 0.05$),常组从 (40.65 ± 6.75)% 提升至 (45.30 ± 5.17)% ,通组优于常组。见表 5。

表5 治疗后2组LVEF比较($\bar{x} \pm s$)

分组	治疗前	治疗后
通组(n=41)	42.85 ± 8.09	49.27 ± 6.10
常组(n=39)	43.22 ± 6.35	44.29 ± 5.02
t	0.354	2.569
P	>0.05	<0.05

注:治疗后,与常组比较,P<0.05

2.4 心功能分级 按照心功能分级疗效判定的指标,常组的有效率低于通组,差异显而易见。见表6。

表6 治疗前后心功能分级疗效

分组	显效(例)	有效(例)	无效(例)	加重(例)	有效率(%)
通组(n=41)	21	12	8	0	86.66
常组(n=39)	18	14	7	0	64

注:治疗后,与常组比较,P<0.05

2.5 6 MWT 距离 6 MWT 距离治疗后,通组明显提高高于常组。见表7。

表7 6 MWT 距离($\bar{x} \pm s$)

分组	治疗前	治疗后
通组(n=41)	169.13 ± 110.87	328.11 ± 73.83
常组(n=39)	173.50 ± 121.02	282.80 ± 64.52
t	1.875	18.394
P	>0.05	<0.05

注:治疗后,与常组比较,P<0.05

3 讨论

3.1 慢性心力衰竭的临床表现及发病机制分析 中医认为 CHF 属怔忡、心悸、水肿、喘证范畴,如:《素问·逆调论》云:“夫不得卧,卧则喘者,是水气客也”。《素问·痹论》曰:“脉痹不已,复感于邪,内舍于心”。又曰:“心痹者,脉不通,烦则心下鼓,暴上气而喘”。《华佗中脏经》曰“心有水气,则身肿不得卧,烦躁”。证候虚实夹杂,病机较为复杂,常合并心、肺、脾、肾等多脏器疾病,CHF 的基本证型为瘀血内阻、心气虚衰、水湿内停^[11]《黄帝内经》中这样论述心力衰竭的发病机制,“夫脉者血之府也……代则气衰”。《黄帝内经》方面指出,心气衰弱,气无法支持血液致血行不通,气滞血瘀,血瘀后水滞致水肿,水肿累及肺喘不得卧,因此可知 CHF 是由于气血瘀滞所致。东汉张仲景最先将中医基础理论与临床实践相结合,其在《金匱要略痰饮咳嗽病脉证并治第十二》中指出:“恶水不欲饮”,即说明血瘀与水停具有一定的关联,水气及心累心力衰竭。其在《血证论·吐血》中说:“凡系离经之血,血积既久,亦能化为痰水,水病累血”。这说明,气虚可致血脱,血脱即为血瘀,血瘀则血不通致水停,气水关系异常,终久致病。

王科军等^[12]研究指出,CHF 在中医层面病机实为气虚阳虚,此病可牵涉其他脏腑。刘龙涛等^[13]研究表明:张文高教授在治疗 CHF 时提出慢性心力衰竭是“心气亏虚”的基本病机。马连珍^[14]认为,慢性心力衰竭病机为心气衰弱,且肾阳久病入络,指出治疗慢性心力衰竭需要从温通心肾,活血通络等方向入手。张晓华等^[15]认为心气虚是慢性心力衰竭的发病病机,他认为发病初起为气虚,疾病逐渐发展至气阳虚、气阴虚,如因失治、误治,则会逐步发展为阳虚血瘀痰阻。苏钊^[16]报告指出,慢性心力衰竭的致病机制为气虚致水滞。龚少愚等^[17]认为慢性心力衰竭的病机为气(阳)虚,血瘀、水饮是表现在外的证候。张鹏^[18]等通过对我国十余家中医心血管专科医院 596 例冠心病慢性心力衰竭的患者进行分析,气虚血瘀频数最高,其次为气虚、血瘀、阴虚、水停、痰。任建歌等^[19]认为,气虚、血瘀、水停是主要证候。通过历代医家及现代医家研究总结,认为阳虚血瘀痰阻为慢性心力衰竭的基本病机。据此分析,我们认为慢性心力衰竭的基本病机是阳虚血瘀痰阻。

3.2 通阳祛痰化痰方治疗慢性心力衰竭的作用 通阳祛痰化痰方的药物组成为:黄芪、红参、当归、川芎、延胡索、半夏、瓜蒌、赤芍、地龙。多种药物联合应用,同时注重益气活血利水、扶正祛邪的功效,使得该方更加有效。《神农本草经》:“黄芪,甘微温,无毒……补虚”。现代药理研究表明:黄芪主要成分黄芪皂苷、黄芪多糖、黄酮等具有保护心肌的作用,有利于心肌功能及损伤的修^[20]。《黄帝内经》曰:“壮火食气,少火生气”。红参药用部位具有补中益气、健脾益肺的作用。早期研究发现,人体内随着年龄增长和新陈代谢会产生氧自由基,而其是衰老和患病的微观机制,当心力衰竭时会使心肌细胞能量代谢过程紊乱,从而氧自由基产生增多从而导致心肌细胞功能障碍^[21]。韩春姬^[22]等人研究发现,轮叶党参水提取物可以改善心肌细胞的功能,改善慢性心力衰竭。6 min 步行试验(6 MWT)是一项简便、安全、客观的运动,既是心脏病患者运动康复锻炼的安全选择,有适宜评价心力衰竭患者心功能。研究中发现,通组较常组在治疗后 6 MWT 距离更高,提示通阳祛痰化痰方可以改善患者的心功能,与周小琴等^[23]研究一致。慢性心力衰竭是一种较难痊愈的疾病,在林爽治疗过程中不仅要需要对症治疗还要注重患者的心理活动,有效的治疗和康复能够提高患者的生命质量,通阳祛痰化痰方在治疗慢性心力衰

竭方面可以在西药治疗基础上降低心力衰竭再住院率,改善患者的症状,提高患者的生命质量。

4 结论

本研究论述慢性心力衰竭的现代病机,提出阳虚血瘀痰阻是慢性心力衰竭的基本病机,并对李延教授的通阳祛痰化瘀方的临床疗效加以验证。结果证实了通阳祛痰化瘀方治疗慢性心力衰竭有良好的临床疗效,通阳祛痰化瘀方可降低中医证候和症状积分,增加 6 MWT 距离,在改善慢性心力衰竭患者的心功能方面也有显著的优越性。

参考文献

[1] 杨义明,张瑞霞,李玢,等. 老年慢性心衰患者 N 末端脑钠肽前体和其它生化指标的检测及意义[J]. 中国实验诊断学,2012,16(1):74-76.

[2] 黄波,丁跃有,曹佳齐,等. 促红细胞生成素结合左卡尼汀对老年慢性心衰合并贫血患者心功能的影响[J]. 中国老年学杂志,2015,35(23):6741-6742.

[3] 罗成富. 探讨慢性心衰患者联合检测肌红蛋白和心型脂肪酸结合蛋白的临床价值[J]. 中国实验诊断学,2015,5(3):380-382.

[4] Katz AM. R egression of left ventricular hypertrophy:New hope for dying hearts[J]. Circulation,1998,98(7):623-624.

[5] 曹东来,韩冷,倪杰. 重组人脑钠肽治疗急性左心力衰竭的疗效和安全性研究[J]. 中国医药,2014,9(12):1741-1743.

[6] 王自陶. 血管扩张剂治疗心力衰竭的临床体会[J]. 中国现代物应用,2011,5(9):14-15.

[7] 马田,方方. 利尿剂抵抗心力衰竭患者 26 例临床治疗观察[J]. 现代中西医结合杂志,2009,18(34):4238-4239.

[8] 慢性心力衰竭合并室性心律失常诊治及心脏性猝死预防中国专家共识[J]. 中国医刊,2011,46(3):78.

[9] 马沛然,王长勇,郭雷鸣,等. 关于婴幼儿不同病因所致心力衰竭

诊断标准的探讨[J]. 小儿急救医学,2004,11(4):218-220.

[10] 章小军. 血浆 BNP 检测对心力衰竭患者心功能分级评价中的作用[J]. 中国实验诊断学,2012,16(3):472-474.

[11] 王恒和,程刚,刘兴磊. 慢性心力衰竭中医辨证分型与患者心功能及生存质量的关系[J]. 山东医药,2015,55(34):52-53.

[12] 王科军,张秀荣,苏德成,等. 中医治疗慢性心力衰竭肾阳虚证的疗效研究[J]. 临床合理用药杂志,2011,4(21):53-54.

[13] 李浩,刘龙涛. 基于老年高血压病临床治疗的思考[J]. 中西医结合学报,2009,7(7):607-610.

[14] 马连珍,王爱玲,刘和善,等. 黄连的临床应用[J]. 中国民间疗法,2003,11(8):44-45.

[15] 张晓华,董巍,王丽娅,等. 心脉隆注射液对急性心肌梗死介入术后心力衰竭患者的疗效观察[J]. 中国全科医学,2013,16(2):205-207.

[16] 苏钊. 名中医岳良明用温阳利水法治疗慢性充血性心力衰竭的经验[J]. 陕西中医,2013,5(11):1529-1530.

[17] 朱红俊,龚少愚,邹逊,等. 心力衰竭病因对血浆 BNP 水平的影响[J]. 临床荟萃,2007,22(1):27-28.

[18] 陈婵,赵慧辉,王娟,等. 357 例冠心病心力衰竭患者人口学信息与中医证候分布特点的研究[J]. 北京中医药,2012,31(3):163-165.

[19] 张艳,王思尹,任建歌,等. 益气活血中药对慢性心衰患者生活质量的 RCT 研究[J]. 中国循环杂志,2013,6(1):226-227.

[20] 寇建荣. 益气养心汤联合西药治疗对慢性心力衰竭患者心功能、LVEF 及 E/A 的影响[J]. 实验方剂学杂志,2012,18(21):321-323.

[21] 顾东风,黄广勇,何江,等. 中国心力衰竭流行病学调查及其患病率[J]. 中华心血管病杂志,2003,31(1):3-6.

[22] 白雪松,韩春姬,鲍捷,等. 复方轮叶党参预防乙醇性肝损伤作用机制研究[J]. 毒理学杂志,2008,22(1):42-44.

[23] 周小琴,龚泽辉,彭好婕,等. 6 分钟步行在慢性心力衰竭患者康复治疗中的价值[J]. 心血管康复医学杂志,2013,22(3):197-200.

(2016-04-18 收稿 责任编辑:徐颖)

(上接第 402 页)

以附子振奋心阳;生晒参、生黄芪、党参补益元气;麦冬、五味子、玉竹滋养心阴,以达到气旺血行之目的。远志、酸枣仁养心安神;苦参、黄连味苦入心,清热。茯苓、生薏苡仁、猪苓、车前草、大腹皮健脾化痰利水;丹参、赤芍、郁金、三七活血化瘀,通行血脉;延胡索理气和胃止痛。四参汤(太子参、北沙参、苦参、丹参)是翁老治疗冠心病、心律失常的经验方^[11],本案中配合黄连,益气养阴活血,兼以清热燥湿,纠正患者之心律失常。翁老在应用活血化瘀法治疗心血管疾病时,常配以祛风药,如地肤子、天麻、葛根等,取其升、散、行、动等特性,发挥其发散祛邪、开郁畅气、辛温通阳、通行血脉之功,以加强活血化瘀之力。

参考文献

[1] 葛均波,徐永健,梅长林,等. 内科学[M]. 8 版,人民卫生出版社,2013:272-277.

[2] Richardson P, Mc Kenna W, Briston W, et al. Report of the 1995 World Organization/International Society and Federation of Cardiolo-

gy Task Force on the definition and classification of cardiomyop-athies [J]. Circulation,1996(93):841-842.

[3] 陆曙,戴飞.《灵枢》“心胀”探析[J]. 中华中医药杂志,2013,28(11):3172-3173.

[4] 韩丽华,王振涛,莫晓飞,等. “心胀”浅析[J]. 中医临床研究,2013,5(5):62-63.

[5] 朱雄华. 孟河四家医集[M]. 南京:东南大学出版社,2006:75.

[6] 黄官琇. 本草求真[M]. 北京:中国中医药出版社,2008:5.

[7] 严苍山. 增辑汤头歌诀正续集[M]. 上海:上海科学技术出版社,1963:52.

[8] 吴美平,熊旭东,董耀荣,等. 玉竹乙醇提取物对心梗后心力衰竭大鼠血流动力学的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2009,15(11):67-70.

[9] 申浩,艾青华,谢雁鸣等. 参芪扶正注射液联合常规用药治疗心力衰竭的系统评价[J]. 中国中药杂志,2013,38(18):3200-3208.

[10] 李秋艳,高蕊. 翁维良临证实录[M]. 北京:北京科学技术出版社,2016:145-147.

[11] 于大君. 翁维良教授治疗心血管疾病临床用药经验初探[J]. 中华中医药杂志,2011,26(12):2914-2915.

(2016-11-22 收稿 责任编辑:徐颖)