

# 中医药治疗慢性心力衰竭研究进展<sup>※</sup>

● 靳春兰 沈雁<sup>▲</sup>

**摘要** 通过分析近年来有关中医药治疗慢性心力衰竭的文献,笔者从病因病机、中医药治疗、实验研究等方面阐述慢性心力衰竭中医药治疗的研究进展。

**关键词** 慢性心力衰竭 中医药治疗 综述

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)又称慢性充血性心力衰竭。随着人口老龄化,大多数心血管疾病的最终转归——慢性心力衰竭,日益成为严重威胁人类健康的重要问题之一,而高血压及冠心病等心血管疾病的急性死亡率显著降低。慢性心力衰竭的发病率高,其五年存活率与恶性肿瘤相仿。在美国,心力衰竭已经成为主要的公共卫生问题,有临床症状的人群患病率为1.3%~1.8%,无症状性心力衰竭患病率达到1.5%~2%。美国心力衰竭的患者大约有500万人,每年新增50万人。流行病学资料显示,全球心力衰竭患病人数高达2250万,每年新增20万<sup>[1]</sup>。

心力衰竭属中医学“心悸”、“喘证”、“水饮”、“积聚”及“胸痹”等范畴,其病名最早见于宋朝《圣济总录·心脏门》中:“心力衰竭则健忘,心热则多汗,不足……

惊悸恍惚,少颜色”。临床表现为胸闷心悸,动则气短,甚则喘息不能平卧,颜面及四肢水肿,颜面发绀,烦躁不安,脘痞腹胀,形寒肢冷,大便溏泻,小便短少,舌质淡或淡暗,苔白,脉沉细无力或结代等。

## 1 病因病机

近年来,对心衰病因病机的认识虽仍各有侧重,但逐渐趋于一致:

严世芸教授<sup>[2]</sup>结合多年的医疗实践提出了自己治疗心衰的学术见解:在心衰的发病中,心气虚是病理基础,心阳虚是疾病发展的标志,心肾阳虚则是疾病的重笃阶段,而瘀血、水停是病程中所必然出现的病理状态。气虚阳衰、瘀血、水停,三者密不可分。朱明军等<sup>[3]</sup>在对心衰病因病机的分析中提出CHF的病机为本虚标实之证,本虚为气虚、阳虚、阴虚,标实为血瘀、痰饮、水停,标本俱病,虚

实夹杂。心气虚是CHF的发病基础,气虚血瘀贯穿CHF的始终,阴阳失调是CHF病理演变基础,痰饮水停是CHF的最终产物。邓铁涛教授<sup>[4]</sup>指出:心力衰竭的病位在心,却不局限于心,与五脏相关,以心为本,他脏为标。其病机可以概括为本虚标实,以心之阳气(或兼心阴)亏虚为本,瘀血水停为标。严夏<sup>[5]</sup>认为,慢性心力衰竭主要是由于心病迁延日久,或先天不足、外邪入侵、情志内伤及年老体衰等造成心之气血阴阳受损,脏腑功能失调,血脉通行受阻,水湿、痰湿、瘀血等浊邪内生,但正虚邪实贯穿于本病的始终。在其病变过程中均离不开脏腑气机运行障碍、气机升降失常这一基本病机变化。汪慰寒教授<sup>[6]</sup>认为脏腑功能虚衰、忧思劳倦、外邪侵袭、饮食所伤是慢性心衰的主要病因。脏腑功能虚衰是本病的基础,在此基础上复感风、寒、湿、热诸外邪,很容易影响心脏功能和血脉运行,忧思过度,心血暗耗,劳累过度,心气耗伤,均能引起心悸气短。饮食不节,损伤脾胃,积湿生痰,痰湿阻遏心阳,则发为心悸、咳喘。

※基金项目 上海市基础研究重点项目(No:09JC1413400)

▲通讯作者 沈雁,女,医学博士,硕士研究生导师。主要从事中医药防治慢性心功能不全的临床和基础研究。

●作者单位 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院(200437)

## 2 中医药治疗

**2.1 辨证治疗** 由于 CHF 病理机制较复杂,涉及脏腑较多,症状和体征各异,故临床尚无统一的辨证分型。吕世春<sup>[7]</sup>将慢性心衰分为 4 型施治:气阴两虚证,治当益气养阴、养血活血,方选生脉饮合炙甘草汤加减,此法主要用于 CHF 早期;心肾阳虚证,治当温阳补肾、阴中求阳,方选真武汤合左归饮加减,此法主要用于 CHF 晚期;水饮内停证,治当通阳利水,方选五苓散或苓桂术甘汤加减,此法主要用于 CHF 晚期;心血瘀阻证,治当活血化瘀,以冠心 II 号方加减。汪慰寒教授<sup>[6]</sup>将本病主要分为 6 个证型:心气亏虚证,治当补益心气,方用养心汤或保元汤加减;气阴两虚证,治当益气敛阴,方用生脉散和炙甘草汤加减;肺肾两虚、肾不纳气证,治当补肾纳气,方用人参蛤蚧散、大补元煎;气虚血瘀证,治当益气化瘀,方用生脉散加血府逐瘀汤治之;阳虚水泛证,治当温阳利水,方用真武汤合五苓散;心阳虚脱证,治当回阳救逆,方用参附汤或参附龙骨牡蛎汤。连林芳<sup>[8]</sup>将心力衰竭辨证总结归纳为 4 型:心肺亏虚、痰浊壅阻型,治宜遵“急则治其标”之原则,先治以燥湿化痰,方用二陈汤、三子养亲汤加减;心脾两亏、气血不足型,治宜益气健脾、补血养心,方用归脾汤或人参养荣汤加减;心肾阳虚、饮邪上泛型,治宜温补心肾,化气行水,方用真武汤加减;心肝同病、湿瘀互结型,治宜疏肝理气、活血化水,方用四逆散、桃红四物汤合苓桂术甘汤加减。张元<sup>[9]</sup>在临床中用生脉散、桂甘龙牡汤加减以益其虚损,补其不足,治疗心悸气短型心衰;用葶苈大枣泻肺汤加减以泻肺逐饮、补

益心肺,治疗心咳喘满型心衰;用真武汤、桂枝茯苓丸加减以温阳利水、活血化瘀,治疗心水肿胀型心衰;用参附龙牡汤、独参汤或四逆散以益气回阳固脱,治疗心脱肺绝型心衰。

**2.2 专方治疗** 李庆海<sup>[10]</sup>教授认为临床上应治病求本,谨守病机,持简驭繁。治疗慢性心衰应抓住气阴两虚、水瘀互结之主要病机,并以益气养阴、活血利水为基本治则,以经验方参麦宁心合剂(人参 20g,麦冬 30g,五味子 10g,葶苈子 30g,云苓 30g,玉竹 15g,车前子 30g,桑白皮 30g,当归 30g,丹参 30g,枳实 10g,生龙骨 30g,生牡蛎 30g)治疗为主方,临床随证增减,灵活运用,经过多年临床观察疗效满意。顾颖敏等<sup>[11]</sup>研究生脉散(人参,麦门冬,五味子)对心衰患者心室重构的作用,发现生脉散袋泡剂作为主要干预因素,对心衰患者的症状、体征、心室重塑指标和生活质量等方面有明显的促进作用。具有统计学意义。治疗组在改善中医证候和提高生活质量方面,与对照组比较具有统计学意义。生脉散袋泡剂可能通过干预 SNS 和 PASS 的生物学性能,改善血管内皮功能,减少心肌氧耗,从而抑制心肌细胞肥厚和减弱心肌纤维化的作用机制,达到心功能改善和逆转心室重塑的治疗效应。张燕等<sup>[12]</sup>研究温心汤(附子,红参,黄芪,葶苈子,红花等)对慢性心力衰竭患者血清脑钠肽(BNP)水平的影响及治疗效果,温心汤以参附汤、芪附汤、人参黄芪汤、真武汤、苓桂术甘汤为基础方加减化裁组成。温心汤通过抑制 TNF- $\alpha$ 、IL-6、血管紧张素 II、血浆内皮素、血浆醛固酮等神经内分泌因子,对心力衰竭的患者有疗效,血清 BNP

明显下降。张希<sup>[13]</sup>研究生脉饮(人参,麦冬,五味子)合炙甘草汤(生地,炙甘草,人参,大枣,阿胶,麦冬,麻仁,桂枝,生姜)治疗慢性心衰气阴两虚证 48 例,研究结果表明,生脉饮合炙甘草汤能降低气阴两虚证患者血中 BNP 水平,还可能抗心肌重塑的作用,所以认为生脉饮合炙甘草汤可作为 CHF 气阴两虚证患者的重要用药,值得临床推广使用。封海波<sup>[14]</sup>在常规治疗基础上应用益气温阳法治疗 102 例心力衰竭患者,方药:党参 30g,桂枝 15g,当归 20g,黄芪 30g,麦冬 15g,五味子 15g,随证加减,治疗组的总有效率 95.10%,明显优于对照组 89.58% ( $P < 0.05$ )。蒋梅先等<sup>[15]</sup>观察坎离煎(黄芪 30g,附子 10g,葶苈子 30g,白术 12g,白芍 12g,茯苓 15g,三棱 10g 等)对慢性心衰患者活动耐量、生活质量及心衰加重次数的影响,选择了 60 例 CHF 心肾阳虚证患者按 2:1 分为坎离煎组和对照组,坎离煎组是在西药治疗的基础上加用坎离煎,对照组则只用西药,研究表明西药治疗基础上加用中药坎离煎能显著提高 CHF 患者的生活质量和运动耐量,改善心功能,减少利尿剂、地高辛的使用,减少心衰急性加重的住院次数。陈勇<sup>[16]</sup>用自拟加味真武汤(熟附子 10g,白芍 15g,生姜 9g,炒白术 10g,麻黄 9g,石膏 15g,大枣 5 枚,甘草 6g,白茅根 15g,车前子 15g,桃仁 10g,红花 6g)治疗慢性心衰 50 例,其治疗组总有效率为 90%,对照组给予西药常规治疗总有效率为 72.9%,两组总有效率比较,治疗组明显优于对照组 ( $P < 0.05$ ),结果表明加味真武汤有显著抗心衰疗效,并可提高 CHF 患者的生活质量。张琪教授<sup>[17]</sup>认为

慢性心衰以心肾阳虚为本,血瘀水停为标,治疗当以温阳化瘀为主,其以验方温阳益心饮(人参、附子各 15g,泽泻、丹参各 20g,红花 15g,葶苈子 20g,甘草 15g)和调心饮子(人参 15g,黄芪 25g,甘草 20g,小麦 50g,红枣 5 枚,附子(先煎)、桂枝、麦冬、五味子、红花各 15g,丹参 20g,鸡血藤 30g,赤芍 15g)治疗心衰效果满意。若病人表现为心悸气短、周身乏力、手足不温、形寒肢冷、口唇舌质紫黯、脉象沉迟或出现结代,辨证为心阳虚衰,血络瘀阻,治以益气温阳、活血通络,用调心饮子加减。若病人表现为心悸气短、手足厥冷、自汗乏力、小便不利、双下肢浮肿、呼吸困难不能平卧、舌质滑润、口唇青紫,脉沉细涩,辨证为心肾阳衰,水气凌心,血络淤阻,治以益气温阳利水,方用温阳益心饮加减。经过临床实践证明,效果满意。张建昌等<sup>[18]</sup>用速效救心丸加自拟固本利水汤(人参 15g,白术、云苓、黄芪各 30g,桂枝、附子、猪苓、泽泻、防己、红花、海藻、桃仁、当归、泽兰各 10g,葶苈子 20g)治疗重症心衰,心功能 IV ~ V 级,临床症见:心慌、气短、胸憋满而喘、不得平卧、全身水肿、按之没指,大腹胀满、纳差尿少、舌淡白、唇紫色黯,脉细弱而迟者。标本兼施,达到邪祛正安而使心衰治愈。

### 2.3 单味药治疗

2.3.1 人参 李庆海教授<sup>[10]</sup>认为人参甘温,大补元气、补脾益肺、养阴生津,其有效成分为人参皂甙,人参皂甙能明显地提高心肌细胞的耐缺氧能力,促进心肌细胞 DNA 的合成,对劳损心肌超微结构有保护作用。

2.3.2 黄芪 黄芪是豆科植物蒙古黄芪或膜荚黄芪的干燥根,始载

于《神农本草经》,为“补药之长”,具有益气升阳、利水消肿之功,为临床常用的抗心衰药。黄芪中的皂苷治疗心衰的机制与改善心脏泵血功能、干预心室重塑和调控神经内分泌系统等有关<sup>[19]</sup>。

2.3.3 丹参 丹参可以抑制血小板的粘附和聚集,阻止了血小板的粘附,从而抑制了微血栓的形成,丹参还有促进纤溶酶活性,能够加速已经形成的微血栓的溶解,起到改善微循环的作用,对于肺循环来说,丹参可以解除肺血管的痉挛,提高肺容量,对于冠脉循环来说,丹参可以降低冠脉阻力,增加冠脉的供血量<sup>[20]</sup>。

2.3.4 葶苈子 葶苈子能降低 CHF 大鼠血浆 AngII 和 ALD 的水平,可抑制心力衰竭时神经内分泌系统的过度激活,葶苈子还可以加强心肌收缩力,降低舒张末期容积和压力,改善心脏血流动力学<sup>[21]</sup>。

2.3.5 大黄 大黄具有泻下,保护胃肠道粘膜及其功能的作用,促进肠道对毒物的排除。大黄通过胃肠道抗炎,拮抗 TNF $\alpha$  和 IL-6 等炎性细胞因子,消除氧化应激等因素治疗重度 CHF<sup>[22]</sup>。

2.3.6 川芎 川芎中的川芎嗪可抑制 Ang II 对心肌细胞 ANP 和肌动蛋白- $\beta$ ( $\beta$ -actin)基因表达的增加,具有防止心肌细胞肥大作用,从而改善心功能<sup>[23]</sup>。

2.3.7 麦冬 麦冬甘微寒,清心养阴化痰,其有效成分为各种皂甙,可抑制中性粒细胞呼吸爆发,稳定心肌细胞膜,且具有正性肌力作用<sup>[10]</sup>。

2.3.8 附子 附子小剂量能抑制循环 RAAS 系统,可能有改善心室重构的作用,但附子大剂量可升高左室重量指数( $P < 0.01$ ),有使左室梗塞区变薄、膨展、心室腔面积

扩大的趋势,说明附子大剂量可能加剧左室重构<sup>[24]</sup>。

2.3.9 五味子 甘酸微咸,益气生津、补肾养心,其有效成分为五味子醇甲,能减弱心肌收缩性、减慢心率、减少心肌耗能、提高心肌对缺氧的耐受性、抗心律失常<sup>[10]</sup>。

2.3.10 玉竹 玉竹甘平,滋阴润燥、除烦止渴,其有效成分玉竹总甙具有明显的增强心肌收缩性能,改善心肌舒张功能的作用<sup>[10]</sup>。

### 2.4 注射剂治疗

2.4.1 参附注射液 黄婷<sup>[25]</sup>观察心衰病人 76 例,两组在常规治疗的基础上,治疗组加用参附注射液,治疗组 38 例,总有效率 94.74%;对照组 38 例,总有效率 76.32%。治疗组疗效优于对照组( $P < 0.05$ )。两组患者治疗后的心功能分级较治疗前均明显改善( $P < 0.05$ ),而治疗组改善程度优于对照组( $P < 0.05$ )。结果两组治疗后的 LVEF、FS、E/A、SV、CO 及 CI 均较治疗前有明显的改善,提示参附注射液能增强心脏收缩功能,改善心脏舒张功能。

2.4.2 参麦注射液 杨小玲等<sup>[26]</sup>观察心衰病人 100 例,两组在常规治疗基础上,治疗组加用参麦注射液,两组治疗前后各自比较,心率均减慢,LVEF 均增高( $P < 0.05$ ),两组治疗后结果比较,治疗组 LVEF 显著增高( $P < 0.05$ )。

2.4.3 复方丹参注射液 张春健<sup>[27]</sup>采用自身对照,在原有治疗的基础上加入复方丹参注射液,观察了 70 例,疗效较好,显效率 80%,总有效率 91.46%。复方丹参注射液通过扩张冠脉,增加血流量,增强心肌收缩力,调整心率;缩小心肌梗死范围改善心衰。

2.4.4 生脉注射液 陈克和等<sup>[28]</sup>观察心衰病人 70 例,在两组

均用常规治疗基础上,治疗组加用生脉注射液,治疗组 36 例中总有效率 86.10%。对照组 34 例中总有效率 76.47%。治疗组疗效明显高于对照组,所以该药确有改善心力衰竭症状,提高生活质量的效果。

2.4.5 黄芪注射液 冯春林<sup>[29]</sup>观察心衰病人 66 例,在两组均用常规治疗基础上,治疗组加用黄芪注射液。心功能改善情况:治疗组 30 例,总有效率 94%,对照组 36 例,总有效率 79%。黄芪通过抑制心肌细胞  $\text{Na}^{2+} - \text{K}^{+} - \text{ATP}$  酶增强心肌收缩力,扩张血管,可以降低患者的左室收缩或舒张末容量,使射血分数增加,显示黄芪能抑制心力衰竭患者的左心室重塑,并有利于心功能的改善。

2.4.6 参芪扶正注射液 李一代等<sup>[30]</sup>观察心衰病人 60 例,在两组均用常规药物治疗的基础上,治疗组加用参芪扶正注射液(250ml,静滴),治疗后心功能改善的显效率及总有效性与对照组比较差异均有统计学意义;同时采用参芪扶正注射液治疗能显著提高 LVEF 及 CI 等心脏功能指标。表明参芪扶正注射液具有协同强心、改善心功能之功效,且在应用过程中未发现明显不良反应。

2.4.7 葛根素注射液 徐志芳等<sup>[31]</sup>用葛根素注射液治疗充血性心力衰竭 100 例,发现葛根素通过降低全血黏度改善血液流变学指标,使细胞  $\text{Ca} - \text{Mg} - \text{ATP}$  酶活性提高,扩张冠状动脉,使冠状动脉血流量增加,从而改善心肌缺血状况,使心脏功能恢复,缓解心力衰竭。

2.4.8 中药四联注射液 张云建<sup>[32]</sup>用中药四联注射液(生脉注射液 30ml、丹参注射液 20ml、黄芪

注射液 20ml、川芎嗪注射液 20 ~ 40ml)治疗慢性心衰患者 126 例,治疗组病人 126 例,总有效率 86.5%;对照组病人 123 例,总有效率 69.9%。经统计学处理,两组病人的临床治愈率比较有显著性差异,治疗组明显优于对照组( $P < 0.01$ ),临床总有效率治疗组也明显高于对照组。四联注射液中含有的人参和黄芪提取物的有效成分具有明显的扩张冠状动脉、营养心肌、增强心肌收缩力和改善心功能的作用,丹参和川芎注射液的有效成分则能明显扩冠、改善微循环、减轻心脏负荷和心肌耗氧量,防治心肌异构等,从而有效的控制心衰。

### 3 实验研究

沈雁等<sup>[33]</sup>采用皮下多点注射异丙肾上腺素致大鼠心衰模型,研究发现,温心胶囊能明显提高心力衰竭心肌被抑制的基质金属蛋白酶组织抑制物  $\text{ImRNA}$  表达水平,加强抑制基质金属蛋白酶活性,阻止胶原降解及基质改建,调控细胞外基质代谢,提高衰竭心脏的射血功能。张艳<sup>[34]</sup>等观察中药益气活血复方对左冠脉结扎术致心梗后大鼠心衰模型的作用,探讨中药益气活血复方对慢性心衰大鼠心肌组织血管紧张素 II ( $\text{Ang II}$ ) 和蛋白激酶 C (PKC) 介导的信号传导的影响,结果:益气活血复方可降低  $\text{Ang II}$ 、PKC 的含量( $P < 0.01$ )。黄飞翔等<sup>[35]</sup>采用自发性高血压大鼠,观察健心颗粒对自发性高血压大鼠的作用,表明健心颗粒能降低  $\text{Ang II}$ 、ANP、BNP 水平。

### 4 总结

近几年来,中医药治疗慢性心力衰竭已取得了丰硕成果,积累了

颇多的临床经验,但仍有许多不完善之处:

4.1 辨证分型 就辨证论治来说,目前中医对慢性心力衰竭的机理研究及认识尚不充分,尚未形成统一的判定标准,因此,将一些客观化指标引入辨证中,用先进的研究方法和技术,利用循证医学理论,多组分、多环节、多靶点、全方位研究中医药对慢性心力衰竭疾病的作用及其机制将是我们今后的研究重点。

4.2 实验研究 心衰模型的制作方法有多种。压力超负荷型:包括腹主动脉缩窄和肺动脉缩窄法;容量超负荷型:包括冠状动脉结扎法、动静脉造瘘法、腔静脉缩窄法、主动脉瓣缩窄法、二尖瓣关闭不全法;心肌缺血型:包括异丙肾上腺素法等;冷冻左心室前臂法;快速起搏法;转基因法;栓塞法;电凝法等等方法。但由于新型 CHF 模型所需成本均较高,所以,冠状动脉结扎术和腹主动脉缩窄术仍将是大多数 CHF 基础研究造模的首选模型。虽然有些模型只能部分模拟慢性心力衰竭的过程,但随着医疗及实验技术的发展,在不久的将来这些都将克服。我们相信经过多方面努力,随着临床、实验方面不断深入的研究,相互为用,中医药不但可以缓解临床症状、控制病情发展,而且能提高患者的生存率和生存质量。

### 参考文献

- [1] Hunt SA. etal. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: Developed in Collaboration With the American College of Chest Physicians and the International Society for Heart and Lung Transplan-

- tation; Endorsed by the Heart Rhythm Society [J]. Circulation, 2005, 112(12): e154 - e235.
- [2] 徐燕, 杨爱东, 唐靖一, 等. 严世芸治疗充血性心力衰竭的经验[J]. 上海中医药杂志, 2006, 40(10): 10 - 11.
- [3] 朱明军, 李彬, 王永霞. 充血性心力衰竭中医病因病机分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2009, 4(1): 11.
- [4] 尹克春, 吴焕林. 邓铁涛治疗心力衰竭经验介绍[J]. 江苏中医药, 2002, 23(7): 9 - 10.
- [5] 陈洁真, 严夏, 李俊. 严夏用升降浊法治疗慢性充血性心力衰竭经验[J]. 中医研究, 2006, 19(1): 60 - 61.
- [6] 武蕾, 何红涛. 汪慰寒教授中医药治疗慢性心衰经验[J]. 中华实用中西医杂志, 2005, 18(23): 1780 - 1781.
- [7] 吕世春. 慢性心衰中医论治探讨[J]. 中华实用中西医杂志, 2005, 18(19): 1108.
- [8] 连林芳. 辨证分型治疗充血性心力衰竭例析[J]. 实用中医内科杂志, 2004, 18(4): 301 - 302.
- [9] 张元. 浅谈“心衰”的临证辨治[J]. 湖南中医药导报, 2004, 10(6): 24 - 25.
- [10] 范立华, 李庆海. 李庆海教授治疗慢性心衰经验[J]. 光明中医, 2009, 24(5): 819 - 820.
- [11] 顾颖敏, 叶穗林, 吴文锋. 生脉散对慢性心衰心室重塑作用的临床研究[J]. 实用中医内科杂志, 2008, 22(5): 63 - 65.
- [12] 张燕, 虞红新, 关继华. 温心汤对慢性心力衰竭患者血清脑钠肽水平的影响及疗效分析[J]. 新疆医科大学学报, 2008, 31(5): 564 - 566.
- [13] 张希, 胡松. 生脉饮合炙甘草汤治疗慢性心衰气阴两虚证 48 例总结[J]. 湖南中医杂志, 2007, 23(6): 11 - 12.
- [14] 封海波. 益气温阳法治心力衰竭 102 例[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2006, 4(8): 708 - 709.
- [15] 阮小芬, 蒋梅先, 徐燕, 等. 加用中药坎离煎对慢性心力衰竭患者活动耐量、生活质量及心衰加重次数的影响[J]. 中医杂志, 2006, 26(9): 505 - 508.
- [16] 陈勇. 加味真武汤治疗慢性心衰 50 例临床观察[J]. 光明中医, 2006, 21(7): 34 - 36.
- [17] 孙元莹, 吴深涛, 姜德友, 等. 张琪治疗充血性心衰经验介绍[J]. 辽宁中医杂志, 2006, 33(11): 1394 - 1395.
- [18] 张建昌, 刘凤. 速效救心丸的临床应用体会[J]. 新疆中医药, 2006, 24(6): 35 - 38.
- [19] 姬艳, 苏王怡. 黄芪皂苷治疗心力衰竭机制研究现状[J]. 江苏中医药, 2009, 44(4): 78 - 80.
- [20] 程航. 美托洛尔联合复方丹参注射液治疗难治性心衰 42 例疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2009, 3(22): 133 - 134.
- [21] 范春兰, 余迎梅, 张彦卓. 葶苈子提取液对 CHF 大鼠血流动力学和血浆 Ang II、ALD 水平的影响[J]. 中国民族民间医药, 2009, 8 - 9.
- [22] 谭辉, 宋开兰, 刘娅, 等. 大黄对重度充血性心力衰竭患者细胞因子及氧化应激的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2003, 13(22): 99 - 100.
- [23] 郭自强, 王硕仁, 朱陵群, 等. 丹参和川芎嗪对血管紧张素致心肌肥大相关基因的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(4): 342 - 344.
- [24] 王胜林, 董耀荣. 附子水煎液对心梗后心力衰竭大鼠血流动力学的影响[J]. 陕西中医, 2007, 28(6): 745 - 748.
- [25] 黄婷. 参附注射液治疗老年慢性心力衰竭临床研究[J]. 中国中医急症, 2009, 18(8).
- [26] 杨小玲, 何师民, 张振诚. 参麦注射液治疗慢性心衰的疗效观察[J]. 现代中医药, 2007, 27(4).
- [27] 张春健. 复方丹参注射液治疗慢性心衰 70 例的分析[J]. 医学信息, 2008, 21(9).
- [28] 陈克和. 生脉注射液治疗慢性心力衰竭 36 例疗效分析[J]. 浙江中西医结合杂志, 2008, 18(3): 155 - 156.
- [29] 冯春林. 黄芪注射液治疗慢性心衰 66 例疗效观察[J]. 光明中医, 2008, 23(1).
- [30] 李一代, 周丽. 参芪扶正注射液治疗慢性充血性心力衰竭临床观察[J]. 中国医刊, 2007, 42(1): 63 - 64.
- [31] 徐志芳, 赵志玮. 葛根素注射液治疗充血性心力衰竭 100 例[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2006, 4(1): 83.
- [32] 张云建, 何庆华, 于慧玲. 中药四联注射液治疗慢性心衰 126 例临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2004, 23(4).
- [33] 沈雁, 曹洪欣. 温心胶囊对心力衰竭大鼠心肌基质金属蛋白酶组织抑制物 mRNA 表达的干预效应[J]. 中国临床康复, 2005, 9(43): 85 - 87.
- [34] 张艳, 杨硕, 庞敏, 等. 益气活血复方对慢性心衰大鼠心肌组织 Ang II 及 PKC 的影响[J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(11): 999 - 1001.
- [35] 黄飞翔, 叶盈, 蔡晶, 等. 健心颗粒对慢性心衰心肌纤维化影响的实验研究[J]. 中国中医急症, 2007, 16: 192 - 194.

## 中医保健

### 古代餐后养生经

1. 餐后漱口 古代医学家张仲景说：“食毕当漱，令齿不败而口香。”食后漱口，可保持口腔卫生，令口腔湿润、舒畅，并有益齿、固齿之功效。同时还可以刺激舌的味觉，增强味觉功能，有利于防治口腔和牙齿疾病，有益于增进食欲和消化吸收。
2. 餐后慢走 古人说：“饭后百步走，活到九十九。”饭后先休息半小时，然后做户外散步，慢步行走有助于促进胃肠蠕动，增加胃肠消化液分泌，增强胃肠消化吸收功能。
3. 餐后摩腹 唐名医孙思邈说：“食毕摩腹，能除百病。”长期坚持餐后揉腹，能促进血液循环，促进胃肠平滑肌舒缩，调节肠系膜神经感受器，增强胃对食物消化和小肠对食物消化与吸收的功能。
4. 餐后怡情 古人说：“食后不可便怒，怒后不可便食。”进食前后应保持乐观的情绪。食后应在宁静的环境欣赏轻快的音乐，因为优美的音乐对中枢神经系统可产生良性刺激，促进人体消化功能。