

# 自拟附子救心方治疗闽西地区慢性心力衰竭的临床研究<sup>※</sup>

● 杨福龙\* 姚木铭 林丹华 谢景华

**摘要** 目的:探讨自拟附子救心方治疗闽西地区慢性心力衰竭的有效性。方法:将150例符合纳入标准的慢性心力衰竭患者随机分为治疗组和对照组各75例,2组均给予利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)/血管紧张素受体拮抗剂(ARB)、 $\beta$ 受体阻滞剂、洋地黄、醛固酮拮抗剂等常规治疗,治疗组在常规治疗上加用自拟附子救心方,两组均治疗2周,治疗前、后观察患者心衰Lee氏计分、N末端前脑利钠肽(NT-proBNP)、超声心动图左室射血分数(LVEF)和左室容积(LVEDD)等指标变化。结果:治疗组总有效率98.70%,对照组总有效率84.00%,治疗组总有效率高于对照组( $P < 0.05$ );治疗后两组患者LVEDD无明显变化,治疗组LVEF高于对照组( $P < 0.05$ )、NT-proBNP低于对照组( $P < 0.05$ )。结论:自拟附子救心方治疗慢性心力衰竭有显著疗效,达到了“专病专方”应有的疗效。

**关键词** 慢性心力衰竭 附子救心方 心衰Lee氏计分 NT-proBNP 超声心动图

慢性心力衰竭(CHF)是由于心脏结构或功能异常导致心室充盈或射血能力受损而引起的一组复杂临床综合征,其主要临床表现为呼吸困难和乏力(活动耐力受限),以及液体潴留(肺淤血和外周水肿),在原有慢性心脏疾病基础上逐渐出现心衰症状和体征。CHF的治疗自20世纪90年代以来已有重大的转变:从旨在改善短期血液动力学状态转变为长期的修复性策略,以改变衰竭心脏的生物学性质;从采用强心、利尿、扩血管药物转变为神经内分泌抑制剂,并积极应用非药物的器械治疗。治疗目标不仅是改善症状、提高生活质量,更重要的是防止和延缓心肌重构的发展,从而降低心衰的病死率和住院率<sup>[1]</sup>。本研究在CHF规范化治疗基础上,加用自拟附子救心方,取得较好的治疗效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 150例患者均来源于2013年1月至

2015年2月福建省龙岩市中医院心病科,随机分为对照组(常规西药治疗组)75例、治疗组(常规西药治疗加用“附子救心方”组)75例。对照组男42例,女33例;年龄45岁~78岁,平均年龄(65.85±8.81)岁;NYHA心功能分级IV级37例、III级38例,平均分级(3.49±0.50);病程1年~10年,平均病程(6.83±2.00)年。治疗组男41例,女34例;年龄48岁~84岁,平均年龄(67.29±9.20)岁;NYHA心功能分级IV级43例、III级32例,平均分级(3.57±0.50);病程1年~11年,平均病程(6.52±2.31)年。两组患者性别、年龄及病情严重程度(NYHA分级、病程)上差异没有统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 CHF诊断标准参照2007年中华医学会心血管病学分会《慢性心力衰竭诊断治疗指南》<sup>[2]</sup>。心衰程度的诊断和心功能分级的标准美国纽约心脏病学会(NYHA)分级标准:I级,日常活动无心衰症状;II级,日常活动出现心衰症状(呼吸困难、乏力);III级,低于日常活动出现心衰症状;IV级,在休息时出现心衰症状。

1.2.2 中医辨证标准 参照2002年卫生部《中药新药临床研究指导原则》关于治疗CHF的辨证分型标

※基金项目 福建省龙岩市科技局项目(No.2013LY95)

\*作者简介 杨福龙,男,副主任医师,副教授。主要从事心血管病诊疗及研究。

•作者单位 福建省龙岩市中医院(364000)

准<sup>[3]</sup>,即心肺气虚证、气阴两亏证、心肾阳虚证、气虚血瘀证、阳虚水证泛、痰饮阻肺证、阴竭阳脱证。

1.3 纳入标准 ①符合 CHF 诊断标准和中医辨证标准;②NYHA 心功能分级Ⅲ-Ⅳ级;③年龄≤50 岁者血浆 NT-proBNP > 400ng · L<sup>-1</sup>、年龄 > 50 岁者血浆 NT-proBNP > 900ng · L<sup>-1</sup>;④签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①证实存在增加死亡风险因素者:如心源性休克、恶性心律失常(如Ⅱ度Ⅱ型以上房室传导阻滞、严重室性心律失常)、尚未控制的高血压(收缩压 > 180mmHg 或舒张压 > 100mmHg)、缩窄性心包炎、心包填塞、急性心肌梗死不稳定性心绞痛等;②严重肺肝肾功能障碍者;③造血系统等方面的严重疾患者;④过敏体质及对中药口服剂不能耐受者;⑤未按规定服药或资料不全等影响安全性、疗效性评估者。

1.5 治疗方法 对照组参照《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2007》关于 CHF 治疗方案,根据病人具体情况,给予利尿剂、ACEI/ARB、β 受体阻滞剂、洋地黄、醛固酮拮抗剂等常规治疗;试验组在对照组治疗基础上加用附子救心方[组成:黑附片 30g(先煎,水开后小火煮至少半小时以上),生牡蛎 30g(先煎),蜜甘草 20g,山茱萸 30g,淮山 30g,麻黄 10g,桂枝 20g,干姜 10g,炮姜 10g,生姜 10g,红枣 10g,细辛 6g,茯苓 20g,白术 10g,瓜蒌 10g,薤白 10g,厚朴 10g,枳壳 10g,杏仁 10g,赤芍 10g,党参 30g(或红参 10g 另炖)],每剂煎煮 3 遍合并,浓煎至 200mL,分 2 次服,日 1 剂。2 组均 2 周为 1 个疗程。

### 1.6 观察指标

1.6.1 心衰疗效计分 采用 Lee 氏于 1982 年根据临床与 X 线改变所制定的计分系统(Lee 氏心衰计分法)<sup>[3]</sup>:1 分:轻度或中度劳力性呼吸困难,一侧肺底啰音,下肢浮肿+,右肋下肝肿大≤1.5cm,颈静脉充盈,肝颈征+,胸片肺淤血征;2 分:阵发性夜间呼吸困难或劳力性呼吸困难,双侧肺底啰音,下肢浮肿++~+++ ,右肋下肝肿大 1.5~3.0cm,颈静脉零度水平 3cm 以上,胸片间质水肿征;3 分:端坐呼吸或夜间咳嗽,啰音范围不限于双肺底,全身性浮肿,右肋下肝肿大 > 3cm,胸片肺水肿并胸腔积液;4 分:休息时呼吸困难并上述表现。

1.6.2 超声心动图(LVEDD、LVEF)检测 采用飞利浦医疗生产的 PHILIPS-IU22、PHILIPS-HD15 进行彩超检测。采用改良 Simpson's 法测量左心室容量,

依据公式测定 LVEF 值。

1.6.3 NT-proBNP 检测 采用丹麦 Radiometer 公司生产的 AQT90 快速免疫分析仪,运用荧光法检测出数值。所有研究对象在清晨空腹安静状态下抽取肘静脉血 3mL 置于 EDTA 抗凝试管内待检测。

1.7 疗效标准 根据心衰疗效计分(Lee 氏心衰计分法)判定:①显效:治疗后积分减少≥75%以上者;②有效:治疗后积分减少 50~75%者;③无效:治疗后积分减少不足 50%者;④加重:治疗后积分超过治疗前积分。

1.8 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计软件进行数据处理。数据采用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,两组计量资料间比较采用 *t* 检验,疗效比较采用秩和检验,*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗后两组患者 Lee 氏心衰计分均较治疗前改善,且治疗组低于对照组(*P* < 0.05);疗效评定治疗组总有效率 98.70%,对照组总有效率 84.00%,治疗组总有效率高于对照组(*P* < 0.05)。见表 1,表 2。

表 1 两组治疗前后 Lee 氏计分比较( $\bar{x} \pm s, n = 75$ )

组别	治疗前	治疗后
治疗组	14.17 ± 1.62	3.69 ± 1.46* <sup>▲</sup>
对照组	14.36 ± 1.74	5.51 ± 3.26*

注:与同组治疗前比较,\**P* < 0.05;与对照组治疗后比较,<sup>▲</sup>*P* < 0.05。

表 2 两组临床疗效比较(*n* = 75)

组别	显效( <i>n</i> )	有效( <i>n</i> )	无效( <i>n</i> )	总有效率(%)
治疗组	40	34	1	98.70*
对照组	32	31	12	84.00

注:与对照组比较,\**P* < 0.05。

2.2 两组患者心脏 LVEF、LVEDD 及血清 NT-proBNP 比较 两组患者治疗后 LVEDD 无明显变化,LVEF 均比治疗前提高(均 *P* < 0.05),且治疗组高于对照组(*P* < 0.05)。两组患者治疗后 NT-proBNP 均比治疗前降低,且治疗组低于对照组(*P* < 0.05)。见表 3。

表3 两组患者心脏 LVEF、LVEDD 及血清 NT - proBNP 比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 75$ )

组别	时间	LVEF (%)	LVEDD (mm)	NT - proBNP (ng · L <sup>-1</sup> )
治疗组	治疗前	40.89 ± 2.80	58.97 ± 3.46	1676.61 ± 583.87
	治疗后	48.70 ± 2.92* <sup>▲</sup>	54.58 ± 2.96	718.43 ± 388.23* <sup>▲</sup>
对照组	治疗前	40.13 ± 2.34	59.81 ± 2.93	1770.59 ± 556.4
	治疗后	46.29 ± 5.03*	58.05 ± 3.14	871.80 ± 413.55*

注:与同组治疗前比较,\*P<0.05;与对照组治疗后比较,<sup>▲</sup>P<0.05。

### 3 讨论

《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014》首次充分肯定了中医药治疗心力衰竭已经取得的初步成绩。在西医基础上结合中医药治疗可改善心力衰竭症状,提高运动耐量,从而提高生活质量,延长生存期。中医药治病多立足于综合作用,中药复方对心力衰竭的治疗起到多环节调节作用<sup>[4]</sup>。NT - proBNP 可用来评估 CHF 的严重程度和预后(I类,A级)<sup>[1]</sup>。超声心动图是评价心功能的一种无创、方便、可重复性强的手段,可准确检测患者血流动力学和形态学改变,目前已于临床中广泛运用,可作为一个直接、量化的指标来诊断和判断 CHF 的严重程度<sup>[5]</sup>。

笔者自 2010 年以来应用自拟附子救心方治疗 CHF,该方本在回阳敛阴救脱,标在散寒通阳、降逆化饮、祛瘀和血等,与心衰患者病多属少阴、阳气衰微、常因外感受寒邪等发作或加重之病机相合,较单纯应用西药者疗效更佳,可以减少西药的一些不良反应或临床使用剂量<sup>[6]</sup>。闽西山区多寒湿,CHF 患者常于季节交替、天气变化时病情反复发作,本实验结果表明自

拟附子救心方能有效改善闽西地区 CHF 患者心衰 Lee 氏计分、降低 NT - proBNP、提高 LVEF 水平,显示有较好的治疗效果,达到了“专病专方”应有疗效,可为该地区 CHF 患者的中西医结合治疗方面提供有效的临床支持。

### 参考文献

[1]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[J].中华心血管病杂志,2014,42(2):98-122.  
 [2]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[J].中华心血管病杂志,2007,35(12):1076-1095.  
 [3]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:77-85.  
 [4]王石,唐蜀华.中西医结合诊治舒张性心力衰竭-结合中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014 探析[J].现代医药卫生,2014,30(24):3809-3812.  
 [5]杨丰肇.超声心动图在评估慢性心力衰竭患者中的意义[J].中国卫生产业,2013,4(10):124-125.  
 [6]杨福龙.自拟附子救心方治疗慢性心力衰竭疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2010,19(7):820-823.



### 中医漫话

## 诗文稿治好韩愈心烦

韩愈是唐代著名的文学家、诗人,唐宋八大家之一。他是唐代古文运动倡导者,宋代苏轼称他“文起八代之衰”,明人推崇他为唐宋散文八大家之首,与柳宗元并称“韩柳”。据说,他生了病不用吃药,读一首诗便可痊愈,这是怎么回事呢?

相传,韩愈出任监察御史时,一天,他偶感心情烦躁、忧虑、头疼脑胀,于是坐在廊檐下闭目养神。忽闻家仆禀报:“门外有一少年来访。”韩愈闻讯,手一挥,说:“告诉他们,我身体不适,不论何人,一律不见!”仆人去而复回,韩愈不耐烦地说:“我不是说了吗?谁也不见,怎么又来禀报?”

仆人说:“我已向来人说过,可那少年执意要见,并呈一本诗稿让您过目。”

韩愈无可奈何地接过诗稿,毫无心思地翻着。映入他眼帘的头一首诗的题目是《雁门太守行》。诗的头一句:“黑云压城城欲摧。”“好大的气魄!”韩愈不由一阵惊喜,又迫不及待地读出下句:“甲光向日金鳞开。”“好壮丽的景观。”韩愈立刻被作者非凡的气魄所感染,不由兴致勃勃起身叫绝。什么忧虑、烦躁,早抛到霄云外。

这只是个传说,究竟诗治病的效果如何,无从考查,但有一点可以肯定:当一个人因忧郁而患病时,倘给他来点心理治疗——比如给他欢乐,往往可以收到“乐到病除”的效果。

(摘自中华中医网)