

• 论著 •

益气活血法治疗充血性心力衰竭的临床研究

孙伯青

(江苏省昆山市中医医院, 江苏 昆山 215300)

【摘要】目的:观察中医益气活血法治疗充血性心力衰竭(CHF)的临床疗效。**方法:**将依据纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级标准,判定心功能为Ⅲ级或Ⅳ级的63例CHF患者,按2:1随机分为观察组和对照组,两组一般治疗相同。观察组加用中药汤药(由党参、麦冬、丹参、葶苈子等组成)口服,黄芪注射液足三里穴位注射,15d为1个疗程。**结果:**观察组显效率为71.43%,有效率为21.47%,总有效率为92.90%;治疗前后左室射血分数(LVEF)分别为 0.32 ± 0.04 与 0.48 ± 0.07 ($P < 0.001$);左室短轴缩短率($\Delta FS(\%)$)分别为 $(19.29 \pm 2.23)\%$ 与 $(27.10 \pm 4.10)\%$ ($P < 0.001$);左室舒张期E点至室间隔距离(EPSS)分别为 $(15.89 \pm 4.25)\text{mm}$ 与 $(7.64 \pm 3.57)\text{mm}$ ($P < 0.001$);E峰/A峰比值(E/A)分别为 0.89 ± 0.24 与 1.38 ± 0.32 ($P < 0.01$);心力衰竭各指标积分均明显降低(P 均 < 0.05)。以上各指标与对照组比较差异均有显著性($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),观察组疗效优于对照组。**结论:**中医益气活血法对CHF有良好的治疗效果,且未见明显不良反应。

【关键词】 益气活血法;中药内服;穴位注射;辨证治疗;心力衰竭;充血性

中图分类号: R256.2; R242 **文献标识码:** A **文章编号:** 1008-9691(2006)01-0044-04

Clinical research on congestive heart failure treated by Qi-supplementing and blood-activating method (益气活血法) SUN Bo-qing, Kunshan Traditional Chinese Medical Hospital, Kunshan 215300, Jiangsu, China

【Abstract】 Objective: To observe the clinical therapeutic effects of Qi-supplementing and blood-activating method (益气活血法) for congestive heart failure (CHF). **Methods:** Sixty-three patients with CHF [observation cardiac function Ⅲ or Ⅳ according to the grande scale of cardiac function-New York Heart Association (NYHA)] were randomly divided into the observation group ($n=42$) and the control group ($n=21$). The general therapy of the two groups was the same. In addition, orally to the observation group was administered a decoction, which includes Radix Ginseng (人参), Radix Ophiopogonis (麦冬), Radix Salviae Miltiorrhizae (丹参) and Semen Lepidii seu Rescurainiae (葶苈子), and astragalus injection (黄芪注射液) was injected in the Zushanli (ST 36) point, 15 days constituting one therapeutic course. **Results:** In the observation group, the obviously effective rate being the 71.43% and the effective rate was 21.47%, the total effective rate being the 92.90%; ejection fraction (EF) of left ventricle was 0.32 ± 0.04 and 0.48 ± 0.07 before and after treatment ($P < 0.001$) respectively; fractional shortening of short axis of left ventricle [$\Delta FS(\%)$] was $(19.29 \pm 2.23)\%$ before treatment and $(27.10 \pm 4.10)\%$ after treatment ($P < 0.001$); the distance of E point at diastolic stage to interventricular septum in left ventricle (EPSS) was $(15.89 \pm 4.25)\text{mm}$ before treatment and $(7.64 \pm 3.57)\text{mm}$ after treatment ($P < 0.001$); E/A was 0.89 ± 0.24 before treatment and 1.38 ± 0.32 after treatment ($P < 0.01$). The scores of indexes for heart failure were all lowered significantly (all $P < 0.05$). The differences of above parameters were significant between the two groups, and they were superior in observation group than those in the control group. **Conclusion:** Qi-supplementing and blood-activating method has good effects on CHF, and no side-effects are found.

【Key words】 Qi-supplementing and blood-activating method; acupoint injection; syndrome differentiation of tradition Chinese medicine; congestive heart failure

以往对心力衰竭(心衰)的治疗多重视血流动力学的变化,而随着循证医学概念的引入,其结果是使心衰的治疗走出了传统误区,但仍有治疗方案的局限性,如药物不良反应等,种种因素限制了心衰病情的进一步改善和预后。中医学对治疗心衰经验丰富,临床实践证明,中医学与现代医学相结合治疗心衰

有增效解毒、截断变证、改善预后的作用,据此我们进行了中医益气活血法治疗慢性充血性心衰(CHF)的临床研究,报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例:选取1999年5月—2003年5月急诊留观或内科住院治疗的63例CHF患者。依据纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级分为Ⅲ级或Ⅳ级,按

入院顺序以 2:1 比例随机分为观察组和对照组。

1.1.1 观察组:42 例中男 24 例,女 18 例;年龄 35~82 岁,平均(66.42±12.15)岁。心衰病因:冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)22 例(其中陈旧性心肌梗死 6 例),高血压心脏病(高心病)5 例,肺源性心脏病(肺心病)9 例,风湿性心脏病(风心病)4 例,扩张性心肌病 2 例。心衰病程:3 周~8 年,平均(2.84±2.30)年。心功能:Ⅲ级 28 例,Ⅳ级 14 例。依据参考文献[1]标准中医辨证为气阴两虚型 4 例,气阴两虚挟瘀型 13 例,气阴两虚挟痰型 15 例,气阴两虚挟痰瘀型 10 例。心室率:88~156 次/min,平均(115.48±14.34)次/min。

1.1.2 对照组:21 例中男 12 例,女 9 例;年龄 26~81 岁,平均(66.62±9.85)岁。心衰病因:冠心病 11 例(其中陈旧性心肌梗死 3 例),肺心病 4 例,风心病 2 例,高心病 3 例,扩张性心肌病 1 例。心衰病程:2 个月~7.5 年,平均(2.86±2.12)年。心功能:Ⅲ级 14 例,Ⅳ级 7 例。中医辨证:气阴两虚型 3 例,气阴两虚挟瘀型 6 例,气阴两虚挟痰型 6 例,气阴两虚挟痰瘀型 6 例。心室率:92~148 次/min,平均(108.94±13.56)次/min。

1.1.3 两组患者治疗前性别、年龄、心衰病程、心功能、心室率、中医证型经统计学处理差异均无显著性(P 均 >0.05),具有可比性。

1.2 治疗方法:两组基础治疗相同,均予以低盐饮食、卧床休息、必要时吸氧等。依据病情常规用西药强心、利尿、血管扩张剂。地高辛 0.25 mg,每日 1 次;开博通 6.25~12.50 mg,每日 2~3 次;严重者用西地兰稀释缓慢静脉注射,无效者静脉滴注多巴酚丁胺 7.5~15.0 $\mu\text{g}/\text{min}$,或加用硝酸甘油;水肿明显肌肉注射或静脉注射速尿 20~40 mg,水肿消退后改间断交替使用氨苯喋啶或氨体舒通、双氢克尿噻。肺感染者用抗生素,其他对症处理。

观察组以益气活血为治则贯穿始终,以达纠正心衰、缩短病程的目的。药用党参、麦冬各 20 g,丹参、葶苈子各 30 g 为基础,气阴两虚者党参改人参 20 g;心阳虚者加附子 10 g;瘀血者加红花 10 g;心神不宁者加枣仁 10 g;频发期前收缩者加苦参 10 g;肺部感染者加黄芩 10 g。每日 1 剂,3 煎共取药汁 400 ml,混匀分 3 次温服。双侧足三里穴位(小腿前外侧外膝眼下 3 同身寸,胫骨前脊外侧一横指处)隔日交替注射(直刺 3~4 cm)黄芪注射液 0.5 ml。15 d 为 1 个疗程,两组均使用 1 个疗程后判定疗效。

1.3 观察指标及方法:密切检测两组患者治疗过程

中的心室率、心律、血压、心电图、临床症状、体征及心功能变化,治疗前后用超声心动图测定左室收缩与舒张功能。采用目前公认的评价指标^[2],评估治疗前后左室收缩与舒张功能改善情况,如左室收缩功能以左室射血分数(LVEF)及左室短轴缩短率($\Delta\text{FS}\%$)表示,而左室舒张功能以 E 峰/A 峰比值(E/A)及左室舒张期 E 点至室间隔距离(EPSS)表示。

1.4 疗效判定:按卫生部 1993 年颁布的《心血管系统药物临床研究指导原则》^[3]中相关标准进行评定。

1.4.1 心功能不全疗效:①显效:心功能改善 2 级或心排血量指数较治疗前升高 $1.0 \text{ L} \cdot \text{min}^{-1} \cdot \text{m}^{-2}$;②有效:心功能改善 1 级或心排血量指数较治疗前升高 $0.5 \text{ L} \cdot \text{min}^{-1} \cdot \text{m}^{-2}$;③无效:未达有效标准者。

1.4.2 左室收缩功能:LVEF 正常参考值为 0.45~0.76, $\Delta\text{FS}\%$ 正常参考值为 $\geq 25\%$ 。若 LVEF <0.45 ,或 $\Delta\text{FS}\%<25\%$,则为左室收缩功能异常。

1.4.3 左室舒张功能评定标准:E/A 比值正常参考值为 $>1.0\sim 2.0$,EPSS 正常参考值为 $\leq 5 \text{ mm}$ 。若 E/A 比值 ≤ 1.0 ,或 EPSS $\geq 10 \text{ mm}$,则表示左室舒张功能异常。

1.5 统计学处理:计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示, t 检验,等级资料用 Ridit 分析,计数资料用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心功能疗效比较(表 1):观察组总有效率明显优于对照组($P<0.01$)。

表 1 两组心功能疗效比较

Table 1 Comparison of cardiac function between

		two groups				例(%)	
组别	例数(例)	显效	有效	无效	总有效	R 值	P 值
观察组	42	30(71.43)	9(21.47)	3(7.14)	39(92.86)	0.824 8	<0.01
对照组	21	2(9.52)	12(57.14)	7(33.33)	14(66.67)	0.500 0	($u=4.19$)

2.2 两组治疗前后左室收缩功能及舒张功能变化比较(表 2):两组治疗后收缩、舒张功能障碍均有非常显著的改善(P 均 <0.001);观察组对收缩功能障碍改善程度显著优于对照组($P<0.05$),舒张功能障碍改善两组间差异无显著性($P>0.05$)。观察组 42 例收缩功能指标异常者治疗后 29 例恢复正常,而对照组 21 例异常者治疗后 7 例恢复正常,两组差异有显著性($\chi^2=7.291 7, P<0.01$)。观察组 28 例舒张功能指标异常者治疗后 12 例恢复正常,对照组 14 例异常者治疗后 7 例恢复正常,两组差异有显著性($\chi^2=12.477 5, P<0.01$)。

2.3 两组心衰各项指标积分变化(表 3):观察组治疗前后各项心衰指标改善均优于对照组,以呼吸困难、肺部啰音和肝肿大的改善明显(P 均 <0.05)。

3 讨论

心衰是指由不同病因引起的心脏舒缩功能障碍,发展到使心排血量在循环血量与血管舒缩功能正常时不能满足全身代谢对血流的需要,从而导致具有血流动力学异常和神经激素系统激活两方面特征的临床综合征。

现代医学利用强心、利尿、扩血管等药物降低心脏前后负荷,提高心肌收缩力,达到改善血流动力学,纠正心衰的目的。但各类心衰治疗药物都有其各自的不良反应,如血管紧张素转化酶抑制剂引起的干咳;利尿剂引起的电解质紊乱; β 受体阻滞剂不用于重度心衰患者的治疗;洋地黄制剂过量引起的不良反应;而非洋地黄正性肌力药物如磷酸二酯酶抑制剂虽可短期改善心功能,但长时间应用又增加病死率;还有抗心律失常药物致心律失常的作用等^[4]。

祖国医学认为心衰的发生主要是心脏自病或它脏病累及于心,使心之气阴不足或阳气受损,无力鼓动血脉,从而使血脉瘀阻,而痰、水、瘀等病理产物又进一步损及心之阴阳,从而形成恶性循环,其病机是本虚标实,本虚是心之阴阳气血不足,标实是指血瘀、痰饮、水停。如上所述,本病以心气虚为本,痰、血、饮为标,二者贯穿于整个病理过程,且相互影响,互为因果,导致疾病缠绵难解。心气虚主要指心之气阳虚,亦有阳损及阴,或素体阳虚,或饮停日久伤阴者,故临床也有部分属心之气阴两虚者。水饮、痰湿均为气(阳)虚继发引起,乃因虚致实,血水相关,瘀饮互化,相兼为病,临床上中医辨证 CHF 患者为心

气(气阳或气阴)虚而挟痰瘀者占绝大多数,在治疗上应予相应的补虚祛邪之法。

我们在多年临床研究基础上,采用中医益气活血法治疗 CHF,以中药党参(或人参)、麦冬、丹参、葶苈子为基础煎服,结合黄芪注射液足三里穴位注射意在标本兼治。现代药理研究表明,方中各药对心血管系统都有不同程度的调节作用,人参中的有效成分人参皂甙对心脏收缩力和血压有双向调节作用,亦可调节神经功能,还可通过刺激下丘脑分泌促肾上腺皮质激素,兴奋肾上腺皮质,提高机体应激能力,增强人体非特异性抵抗力^[5]。党参、麦冬合用具有明确的加强心肌舒缩能力,改善心功能,可增加心排血量,使全身血流量增加,进一步改善血液循环,改善全身缺血、缺氧;同时具有调节植物神经紊乱功能的作用,使迷走神经兴奋性增高,调节全身大中小血管及微血管。丹参一味功同四物,为活血化瘀之圣药,有明确的改善微循环,降低血细胞黏结性、聚集性,加强红细胞流速的作用;同时还可减少丙二醛的产生,保护细胞膜的完整性,维护脏器功能,并能通过抑制内毒素诱导的单核/巨噬细胞分泌炎症细胞因子,抑制组织损伤,增强机体免疫功能^[6]。葶苈子具有强心作用,并能提高肾小球滤过率,促进肾血流量增加而起到利尿作用^[7]。黄芪注射液为黄芪的提取物,含有活性较强的三萜皂甙、黄酮类、多糖类、氨基酸和微量元素,对心肌有正性肌力作用,能显著增加心肌的收缩力,保护心肌细胞,提高心肌抗缺氧能力,提高心排血量、心脏指数、每搏量及每搏指数^[8]。党参、黄芪均能够抑制心肌细胞内磷酸二酯酶,使 cAMP 浓度增高而起到强心作用^[9]。足三里为足阳明胃经的合穴,从古至今为强壮要穴^[10]。诸药合用,

表 2 两组左室收缩功能与舒张功能变化比较($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison of systolic and diastolic function between two groups($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(例)	LVEF	ΔFS%(%)	EPSS(mm)	E/A 比值	
观察组	治疗前	42	0.32±0.04	19.29±0.23	15.89±4.25	0.89±0.24
	治疗后	42	0.40±0.07**	27.10±4.10**	7.64±3.57**	1.38±0.32**
对照组	治疗前	21	0.33±0.04	20.19±1.94	15.21±3.81	0.87±0.09
	治疗后	21	0.40±0.08**	23.71±5.17*	8.21±3.65**	1.25±0.37**

注:与同组治疗前比较:* $P<0.01$,** $P<0.001$

表 3 两组治疗前后心衰各项指标积分的变化($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Changes of scores of heart failure parameters before and after treatment in two groups($\bar{x} \pm s$) 分

组别		例数(例)	呼吸困难	肺部啰音	水肿	肝肿大	颈静脉怒张	X线胸片异常
观察组	治疗前	42	2.26±0.79	1.09±0.76	1.61±1.02	1.28±0.72	1.38±0.95	1.32±0.68
	治疗后	42	1.32±0.51* [△]	0.79±0.87* [△]	1.04±0.84*	0.76±0.95* [△]	0.65±0.79*	0.83±0.75*
对照组	治疗前	21	2.13±0.75	1.16±0.87	1.63±1.00	1.24±0.75	1.33±0.91	1.28±0.64
	治疗后	21	1.67±0.85*	1.08±0.74	1.15±0.88*	1.16±0.83	0.72±0.77*	1.13±0.66

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

针药并施,切中病机,共奏益气活血之功,使心功能改善,心衰得以纠正。中西医结合治疗心衰优势互补,疗效独特,比单用西药取得更佳的临床疗效。

参考文献:

- [1]中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第1辑)[S]. 1993. 57-63.
- [2]张子彬,张开滋. 心力衰竭诊治新进展[J]. 医学综述. 1995, 1: 1-4.
- [3]卫生部药政局. 新药(西药)临床研究指导原则汇编[S]. 1993. 43-46.
- [4]赵永华. 中西医结合救治重度心力衰竭的探讨[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2003, 10: 64-封3.
- [5]周金黄,王筠默. 中药药理学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1986: 238-241, 192-193.

- [6]陶富盛,顾虎,曹世宏,等. 纳络酮和丹参合用对感染性休克的肺保护作用[J]. 临床麻醉学杂志, 2000, 16: 133.
- [7]江苏新医学院. 中药大辞典[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1990: 2320.
- [8]朱伯卿,戴瑞鸿,龚志铭,等. 黄芪注射液对心脏正性肌力作用的研究[J]. 上海中医药杂志, 1987, 21: 47.
- [9]李仪奎,姜名瑛. 中药药理学[M]. 北京:中国中医药出版社, 1992: 109, 185.
- [10]中医辞典编辑委员会. 中医辞典[M]. 北京:人民卫生出版社, 1979: 431.

(收稿日期: 2005-07-20 修回日期: 2005-08-18)

(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

注射用双黄连治疗小儿手足口病临床观察

陈永宏,徐 辉,桂金贵

(安徽中医学院第一附属医院儿科,安徽 合肥 230031)

【关键词】 双黄连;手足口病;柯萨奇病毒

中图分类号: R285.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1008-9691(2006)01-0047-01

2003年以来,用注射用双黄连(冻干)治疗小儿手足口病50例,同时以病毒唑治疗作为对照,报告如下。

1 病例与方法

1.1 病例:我科2003—2005年门诊输液留观的典型手足口病患儿100例,按入院顺序单双数随机分为治疗组和对照组,每组50例。治疗组50例中男27例,女23例;年龄8个月~4岁,其中3岁以下有40例,发病时间0.5~2.0d;伴手足皮疹50例,口腔溃疡45例,发热36例,臀部皮疹7例;34例检查血常规,其中白细胞总数 $>10 \times 10^9/L$ 者5例($4 \sim 10$) $\times 10^9/L$ 者20例, $<4 \times 10^9/L$ 者9例,淋巴细胞高于正常者29例;对照组50例中男28例,女22例;年龄1~5岁,其中3岁以下有38例,发病时间1.0~3.0d;伴手足皮疹50例,口腔溃疡46例,发热32例,臀部皮疹9例。32例检查血常规,其中白细胞总数 $>10 \times 10^9/L$ 者5例,($4 \sim 10$) $\times 10^9/L$ 者19例, $<4 \times 10^9/L$ 以下者8例,淋巴细胞高于正常者27例。两组一般情况差异无显著性,有可比性。

1.2 治疗方法:两组均予维生素C口

表1 两组治疗效果比较($\bar{x} \pm s, n=50$)

d

组别	体温恢复正常时间	开始进食时间	手足疱疹消退时间	总病程
治疗组	1.32 $\pm$ 0.47(36)*	1.66 $\pm$ 0.72(45)*	2.96 $\pm$ 0.53(50)*	3.61 $\pm$ 0.72(50)*
对照组	2.89 $\pm$ 0.61(32)	2.50 $\pm$ 0.70(46)	5.71 $\pm$ 0.83(50)	6.71 $\pm$ 0.83(50)

注:与对照组比较,* $P<0.01$;()内为例数

服,口腔溃疡外涂锡类散,手足及臀部疱疹外用炉甘石洗剂,3d为1个疗程。此外,治疗组给予注射用双黄连60mg/kg溶于质量分数为5%的葡萄糖100~250ml中静脉滴注,每日1次;对照组给予病毒唑10mg/kg溶于5%的葡萄糖100~250ml中静脉滴注,每日1次。

1.3 统计学处理:计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

两组体温恢复正常时间、口腔溃疡疼痛减轻开始进食时间、手足疱疹消退时间及总病程(就诊前病程加治疗后主要症状、体征消失时间)比较见表1。

3 讨论

手足口病大都由柯萨奇A₁₆病毒引起,也可由A₅、A₁₀及71型病毒引起,主要发生在4岁以下小儿,夏季多见,主要临床表现为手足出现粟粒大小斑丘疹和疱疹,口腔黏膜出现水泡或溃疡,常伴发热,局部淋巴结多不肿大。目前西医对柯

萨奇A组病毒无特效药物治疗。中医认为手足口病多由邪犯肺脾、湿热蒸盛或心火上炎所引起^[1]。注射用双黄连由连翘、银花、黄芩提取制成。方中银花甘寒,芳香疏散,善清肺经热邪,为君药;黄芩苦寒,善清肺炎及上焦之实热;连翘苦微寒,长于散上焦风热,并有清热解毒之功,为臣药。三药合用,共奏辛凉解毒、清热解毒之功^[2]。

本组资料表明,注射用双黄连疗效明显优于对照组,未发现不良反应,见效快、疗程短,且能克服小儿因口腔疼痛而服药难的问题,是目前治疗小儿手足口病较理想的药物之一。

参考文献:

- [1]汪受传. 中医儿科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2002: 202-203.
- [2]陈永宏,王友敏,刘桂琴,等. 双黄连粉针治疗婴幼儿秋冬季腹泻疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 1999, 6: 276.

(收稿日期: 2005-12-07)

(本文编辑:韩方)

作者简介:陈永宏(1969-),男(汉族),安徽合肥人,主治医师。