

## 益心力汤治疗难治性心力衰竭 35 例疗效观察

屈卫玲<sup>1</sup>, 周五生<sup>2</sup>

(1. 湖南省衡阳市中医医院, 湖南 衡阳 421001; 2. 南华大学附属第二医院, 湖南 衡阳 421001)

**摘要:** 目的 观察益心力汤治疗难治性心力衰竭(气虚血瘀证)关于心功能、运动耐量、中医证候的疗效。方法 采用随机、对照方法, 将 70 例难治性心力衰竭患者随机分为治疗组 35 例和对照组 35 例, 对照组单用常规西医治疗, 治疗组在对照组基础上加用中药益心力汤, 20 天为 1 个疗程, 观察彩色多普勒超声心动图测定心功能各项指数、心功能 NYHA 评级、6 分钟步行试验、中医证候疗效。结果 治疗组对改善心功能、中医证候疗效、提高运动耐量, 均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论 合用益心力汤治疗难治性心力衰竭疗效显著。

**关键词:** 心力衰竭; 难治性; 益心力汤

**中图分类号:** R25

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1008 - 1089 (2009) 12 - 0044 - 02

**doi:** 10.3969/j.issn.1008 - 1089.2009.12.018

难治性心力衰竭是指严重的心力衰竭患者, 经常规利尿剂、血管扩张剂、强心剂、血管紧张素转换酶抑制剂治疗后, 心力衰竭症状和体征无明显改善, 甚至恶化, 其血流动力学特征是严重的肺和体循环的瘀血、水肿和每搏量 (SV)、每分钟心排出量 (CO) 的降低。中医属“心衰”范畴, 该病多因心病日久, 心气虚衰, 运血无力, 血瘀水停, 病性多属本虚标实, 虚实夹杂。笔者通过 10 余年对该病的临床治疗观察分析, 总结该病主要病机为: 气虚、血瘀、水停, 涉及的脏腑有心、肺、脾、肾。在常规西医治疗基础上, 合用益心力汤治疗 35 例难治性心力衰竭 (气虚血瘀证), 疗效满意, 并与对照组 35 例进行对照, 现报告如下。

### 1 临床资料

1.1 诊断及纳入标准 诊断标准参照《中医内科疾病诊疗常规》<sup>[1]</sup>, 符合中医“心衰”气虚血瘀证。

1.2 一般资料 所有病例均为 2006 年 1 月至 2008 年 12 月在本院心内科住院病例, 总计纳入 70 例。治疗组 35 例中, 男性 19 例, 女性 16 例, 平均年龄为  $67.5 \pm 9.3$  岁; 冠心病 27 例, 扩张型心肌病 8 例; 心功能 III 级 14 例, 心功能 IV 级 21 例; 平均病程 4.6 年。对照组 35 例中, 男性 18 例, 女性 17 例, 年龄  $66.9 \pm 10.1$  岁; 冠心病 28 例, 扩张型心肌病 7 例; 心功能 III 级 15 例, 心功能 IV 级 20 例; 平均病程 4.5 年。两组患者在人口学特征、心功能分级、病因、病程等方面比较差异均无显著性意义 ( $P > 0.05$ ), 具

有可比性。

### 2 方法

2.1 治疗方法 对照组予以利尿剂 (呋塞米 20mg, 口服, 每日 2 次; 安体舒通 20mg, 口服, 每日 2 次), 洋地黄制剂 (地高辛 0.125 ~ 0.25mg, 口服, 每日 1 次), 血管紧张素转换酶抑制剂 (洛丁新 10mg, 口服, 每日 1 次), 扩血管剂 (欣康 20mg, 静脉点滴, 每日 1 次),  $\beta$  受体阻滞剂 (美托洛尔 6.25 ~ 12.5mg, 口服, 每日 2 次), 抗血小板聚集药 (阿司匹林肠溶片 100mg, 每日 1 次)。

治疗组在对照组基础上, 加服中药益心力汤剂治疗, 每次 100ml, 每日 2 次口服。药物组成: 白参 10g, 炙黄芪 30g, 当归 10g, 川芎 10g, 桃仁 10g, 赤芍 10g, 地龙 10g, 泽泻 10g, 红花 10g, 茯苓皮 15g, 葶苈子 15g, 桑白皮 10g, 大腹皮 10g, 枳实 10g, 杏仁 10g, 益母草 10g, 白术 15g。

两组均以 20 天为 1 个疗程, 观察 1 个疗程的效果。

2.2 观察指标与疗效标准 彩色多普勒超声心动图测定心功能各项指数, 心功能 NYHA 评级, 测定 6MWT 距离, 评价中医证候计分。

心功能按 NYHA 分级法拟定。显效: 心衰基本控制或心功能提高 2 级以上; 有效: 心功能提高 1 级, 但不及 2 级者; 无效: 心功能提高不足 1 级者; 恶化: 心功能恶化 1 级或 1 级以上者。运动耐量按 6MWT 距离分级法。显效: 分级提高 2 级以上; 有

效:分级提高 1 级,但不及 2 级者;无效:分级提高不足 1 级者;恶化:分级恶化 1 级或 1 级以上者。中医证候按积分评定法。显效:证候基本消失或完全消失,治疗后证候积分为 0 分或减少大于 70%;有效:治疗后证候积分减少大于 30%,但小于 70%;无效:治疗后证候积分减少小于 30%;加重:治疗后证候

积分超过治疗前积分。

2.3 统计学方法 全部数据采用 SPSS13.0 统计软件处理。

3 结果

3.1 两组彩色多普勒超声心动图检测心功能指标比较 见表 1。

表 1 两组治疗前后彩色多普勒超声心动图检测心功能指标比较

组别	n	时间	LA(mm)	LVEDV(ml)	LVESV(ml)	EF
治疗组	35	治前	42.5 ± 4.7	206.8 ± 62.5	165.7 ± 42.9	31.6 ± 8.9%
		治后	37.3 ± 4.4	114.5 ± 43.2	61.8 ± 26.7	41.9 ± 6.3% *
对照组	35	治前	43.4 ± 4.6	204.9 ± 64.7	161.7 ± 43.6	32.1 ± 8.2%
		治后	38.3 ± 4.7	115.9 ± 58.6	57.5 ± 32.8	40.6 ± 3.3%

注: \* 与对照组比较, P < 0.05

3.2 两组心功能 NYHA 分级有效率比较 见表 2。

表 2 两组心功能 NYHA 分级有效率比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	35	6	25	4	88.6% *
对照组	35	4	19	12	65.7%

注: \* 与对照组比较, P < 0.05

3.3 两组运动耐量有效率比较 见表 3。

表 3 两组运动耐量有效率比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	35	6	24	5	85.7% *
对照组	35	3	20	12	65.7%

注: \* 与对照组比较, P < 0.05

3.4 两组中医证候有效率比较 见表 4。

表 4 两组中医证候有效率比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	35	7	25	3	91.4% *
对照组	35	4	20	11	68.6%

注: \* 与对照组比较, P < 0.05

4 讨论

难治性心力衰竭一般归属于中医“心衰”、“心悸”、“胸痹”、“水肿”、“喘证”等范畴。总结该病的病因病机主要为心气亏虚、血瘀水停,病性多属本虚标实,病位在心,涉及肺、脾、肾三脏。《灵枢·天年第五十四》曰:“六十岁,心气始衰,苦忧悲,血气懈惰,故好卧”。这说明年满 60 岁者,心气开始衰减,如果加之患胸痹、心胀等疾患,则可导致心气更衰。而气主行血,气虚则可导致血瘀。在《难经·二十二难》曰:“气主煦之,血主濡之。气留而不行者,为

气先病也;血壅而不濡者,为血后病也”。而血瘀又可导致水停,如《金匱要略·水气病脉证并治》曰:“少阳脉卑,少阴脉细,男子则小便不利,妇人则经水不通,经为血,血不利则为水”。总而言之,该病的一般发展规律为由气至血,由血至水,最终导致“气”、“血”、“水”三者同患。

益心力汤中以人参、炙黄芪补益心气,当归、川芎、桃仁、赤芍、红花、益母草活血化瘀,泽泻、茯苓皮、葶苈子、桑白皮、大腹皮、白术可利水消肿,枳实可行气消胀,杏仁可宣肺平喘,地龙可平喘利尿。

现代药理研究证明:人参、黄芪具有强心功能<sup>[2-3]</sup>,能增强冠脉流量,改善心肌缺血,减少心肌耗氧量。葶苈子具有增强心肌收缩力<sup>[4]</sup>、减慢心率、降低静脉压、利尿等作用。川芎、桃仁、红花、赤芍具有抑制血小板聚集、扩张血管作用。

总结治疗组和对照组治疗结果,治疗组在改善心功能、运动耐量、中医证候及彩色多普勒超声心动图心功能指标,均优于对照组。这说明中西医结合治疗难治性心力衰竭疗效确切,可有效改善这类患者的生活质量,提高他们的生存时间。

参考文献:

[1] 朱文锋. 中医内科疾病诊疗常规 [M]. 长沙: 湖南科技出版社, 1999. 240.  
 [2] 高学敏. 中药学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002. 498, 503, 440.  
 [3] 刘德芬. 中西医结合治疗心衰 30 例临床观察 [J]. 中国临床医生, 2006, 34(5): 47-48.  
 [4] 杨帆. 芪苈强心胶囊治疗慢性心力衰竭 68 例 [J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(11): 1041-1042.

收稿日期: 2009-08-16; 修回日期: 2009-09-26