

引用:杨林,谢钢,吴超,苏菊鸿. 管通汤治疗射血分数保留的心衰患者 40 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2021,37(5):5-8.

管通汤治疗射血分数保留的心衰患者 40 例临床观察

杨 林,谢 钢,吴 超,苏菊鸿
(邵阳市中医医院,湖南 邵阳,422000)

[摘要] 目的:观察西医常规疗法联合管通汤治疗射血分数保留的心衰(HFpEF)患者的临床疗效。方法:选取气虚血瘀、痰浊内阻型 HFpEF 患者 80 例,将其随机分为 2 组,对照组采用西医常规治疗,治疗组在对照组基础上加用管通汤治疗。2 组均治疗 3 个月。观察比较 2 组中医证候疗效与氨基末端 B 型脑钠肽前体(N-proBNP)、6 min 步行试验(6MWT)、心脏超声各项指标[二尖瓣舒张早期血流 E 和舒张晚期血流 A 的比值(E/A)、二尖瓣舒张早期血流 E 和组织多普勒舒张早期速度 EI 的比值(E/E')、左房内径(LA)、E 峰减速时间(DT)]及明尼苏达生活质量量表(MLHFQ)评分。结果:中医证候总有效率治疗组为 92.5%(37/40),对照组为 72.5%(29/40),组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组 NT-proBNP、6MWT、心脏超声各项指标、MLHFQ 评分治疗前后组内比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);治疗后组间比较,NT-proBNP、6MWT、MLHFQ 评分差异有统计学意义($P<0.05$),心脏超声各项指标组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:在西医常规疗法基础上联合管通汤治疗可有效改善患者的中医证候、心功能、运动耐力及生活质量,值得推广。

[关键词] 射血分数保留的心力衰竭;气虚血瘀;痰浊内阻;中西医结合治疗;管通汤

[中图分类号] R259.416 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.05.002

Clinical effect of Guantong decoction in treatment of patients with heart failure with preserved ejection fraction: An analysis of 40 cases

YANG Lin, XIE Gang, WU Chao, SU Juhong

(Shaoyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shaoyang 422000, Hunan, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of conventional Western medicine treatment combined with Guantong decoction in the treatment of patients with heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF). Methods: A total of 80 HFpEF patients with Qi deficiency and blood stasis and phlegm obstruction syndrome were randomly divided into treatment group and control group. The patients in the control group were given conventional Western medicine treatment, and those in the treatment group were given Guantong decoction in addition to the treatment in the control group. The course of treatment was 3 months for both groups. The two groups were compared in terms of outcome of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome, N-terminal pro-B-type natriuretic peptide (NT-proBNP), six-minute walk test (6MWT), echocardiography parameters [ratio of early mitral blood inflow velocity to late mitral blood inflow velocity, ratio of early mitral blood inflow velocity to early diastolic mitral annular velocity on tissue Doppler imaging, left atrial diameter, and E deceleration time], and Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) score. Results: There was a significant difference in the overall response rate of TCM syndrome between the treatment group and the control group [92.5% (37/40) vs 72.5% (29/40), $P<0.05$]. Both groups had significant changes in NT-proBNP, 6MWT, echocardiography parameters, and MLHFQ score after treatment ($P<0.05$), and there were significant differences in NT-proBNP, 6MWT, and MLHFQ score between the two groups after treatment ($P<0.05$), while there were no significant differences in echocardiographic parameters between the two groups after treatment ($P>0.05$). Conclusion: For patients with HFpEF, conventional

基金项目:湖南省中医药科研计划项目(201843)

第一作者:杨林,男,主任医师,研究方向:中西医结合治疗心血管疾病

通讯作者:谢钢,男,医学硕士,主任医师,研究方向:中西医结合治疗心脑血管疾病, E-mail: 852363229@qq.com

Western medicine treatment combined with Guantong decoction can effectively improve TCM syndrome, cardiac function, exercise tolerance, and quality of life and thus holds promise for clinical application.

[Keywords] heart failure with preserved ejection fraction; Qi deficiency and blood stasis; phlegm obstruction syndrome; integrated traditional Chinese and Western medicine therapy; Guantong decoction

心力衰竭是由多种原因引起心脏结构和/或功能的异常改变,使心脏收缩和/或舒张功能发生障碍而导致的一组复杂临床综合征,其主要临床表现为呼吸困难、疲乏和液体潴留(肺淤血、体循环淤血及外周水肿)等。根据左心室射血分数的不同,可将其分为射血分数降低的心衰(HFrEF)、射血分数保留的心衰(HFpEF)和射血分数中间值的心衰(HFmrEF)^[1]。HFpEF目前的治疗策略主要从其发病机制入手,包括减轻容量负荷、改善全身炎症状态、治疗肺血管疾病及右心室功能不全、改善代谢异常、改善细胞或细胞外结构异常等^[2],但目前尚无统一的治疗标准,且无明确的治疗获益。中医疗法在心血管疾病的治疗中被逐渐推广,且其获益地位越来越突出,在现代医学治疗的基础上联合中医药治疗对改善HFpEF患者预后、提高生活质量及生存率均有非常重要的作用。本研究观察了中药通汤治疗HFpEF患者的临床疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年12月至2020年1月于本院心病科门诊及住院部就诊的气虚血瘀、痰浊内阻型HFpEF患者80例,按随机数字表法将其分为2组,每组各40例。治疗组中,男18例,女22例;年龄55~80岁,平均 (67.48 ± 7.77) 岁;美国纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级Ⅱ级者30例,Ⅲ级者10例;冠心病16例,高血压病18例,房颤6例。对照组中,男16例,女24例;年龄54~79岁,平均 (66.45 ± 7.42) 岁;NYHA心功能分级Ⅱ级者31例,Ⅲ级者9例;冠心病17例,高血压病19例,房颤4例。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本项研究已经本院伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 根据2010年《射血分数正常心力衰竭诊治的中国专家共识》^[3]及《中国心力衰竭诊断和治疗指南2014》^[4]中的诊断标准制定。1)有心衰的症状或体征,符合Framingham的心衰诊断标准;2)左室收缩功能基本正常或轻度异常,左室射血分数(LVEF) $\geq 45\%$,左心室舒张末期容积指

数(LVEDI) $< 97 \text{ ml/m}^2$,且左心室大小正常;3)超声心动图提示有心脏舒张功能障碍的证据,舒张早期跨二尖瓣脉冲多普勒血流速度E和组织多普勒舒张早期速度EI的比值(E/E') ≥ 8 ;4)氨基末端B型脑钠肽前体(NT-proBNP) $> 220 \text{ pg/ml}$ 。心功能分级标准参照NYHA心功能分级。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]中心衰“气虚血瘀证”和“痰饮阻肺证”的标准制定气虚血瘀、痰浊内阻证的辨证标准。主症:心悸气短,咳嗽咳痰,疲倦乏力,胸胁作痛,颈部青筋暴露,肋下痞块,下肢水肿。次症:头晕目眩,面色晦暗,唇甲青紫。舌脉:舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,苔腻,脉涩或结代。具备主症2项、次症1项,并结合舌脉即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合HFpEF的诊断标准;2)NYHA心功能分级Ⅱ~Ⅲ级;3)中医辨证为气虚血瘀、痰浊内阻证;4)年龄45~80岁;5)签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)LVEF $< 45\%$;2)伴有严重肝肾功能不全者;3)有慢性阻塞性肺疾病、心脏瓣膜病、限制型心肌病、心包疾病或其他原因所致的孤立性右心衰;4)近期(1个月内)有急性心梗病史;5)有肿瘤、血液病、自身免疫性疾病,近期有手术或创伤史,2周内发现有急慢性感染证据等其他的炎性改变;6)患有精神疾病或沟通困难,不能理解调查问卷内容者;7)妊娠或哺乳期妇女;8)过敏体质或对多种药物过敏者。

2 治疗方法

2组均给予相同的基础治疗,包括控制原发病及诱因,限制水钠摄入,注意水电解质平衡,减少体力活动,必要时吸氧等。

2.1 对照组 予西医常规治疗。依那普利(扬子江药业集团有限公司,批准文号:国药准字H32026568,规格:10 mg/片),口服,初始剂量2.5 mg/次,2次/d,如能耐受则每隔2周调整剂量,直至10 mg/次,其后维持10 mg/次,2次/d;美托洛尔(阿斯利康制药有限公司,批准文号:国药准字H32025391,规格:25 mg/片),口服,初始剂量

6. 25 mg/次,2次/d,如能耐受则每隔2周调整剂量直至50 mg/次,维持50 mg/次,2次/d;螺内酯(江苏正大丰海制药有限公司,批准文号:国药准字H32020077,规格:20 mg/片),口服,20 mg/次,1次/d;有水钠潴留症状时予呋塞米(上海朝晖药业有限公司,批准文号:国药准字H31021074,规格:20 mg/片)口服,20 mg/次,1次/d。

2.2 治疗组 在对照组基础上予以管通汤治疗。药物:人参10 g,黄芪10 g,三七10 g,天麻10 g,丹参10 g,决明子10 g,山楂10 g,葛根10 g。由本院中药房统一用煎药机煎制。每天1剂,分早晚2次温服。

2组疗程均为3个月。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1) NT-proBNP、6 min 步行试验(6MWT);2)心脏超声:二尖瓣舒张早期血流E和舒张晚期血流A比值(E/A)、E/E’、左房内径(LA)、E峰减速时间(DT);3)明尼苏达生活质量量表(MLHFQ)评分^[6]。包括体力、社会、情绪和经济方面的限制性项目,计分为21个问题的总和,其中否为0分,很轻至很重之间根据患者的自我感受程度分为1~5分。其中与呼吸困难和疲劳有关的8个问题是相互高度关联的,其总分值被称为体力尺度,其余5个相关联的问题构成情绪尺度,分值越高提示心衰患者生活质量越差^[5]。

3.2 中医证候疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]对证候进行评分。将主要症状按轻、中、重分别计1、2、3分,舌脉有则计1分,无则计0分,计算证候积分减少率以评定证候疗效。证候积分减少率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。显效:症状及体征基本消失,证候积分减少率≥70%;有效:症状及体征减轻,证候积分减少率≥30%、但<70%;无效:症状及体征无改善,证候积分减少率<30%;加重:症状及体征均加重,证候积分无减少。

3.3 统计学方法 采用SPSS 19.0统计学软件对数据进行统计分析,计量资料以均数±以标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用t检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;以P<0.05为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组中医证候疗效比较 总有效率治疗组为92.5%,对照组为72.5%,2组比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组中医证候疗效比较[例(%)]						
组别	例数	显效	有效	无效	加重	总有效
治疗组	40	15(37.5)	22(55.0)	3(7.5)	0	37(92.5) ^a
对照组	40	7(17.5)	22(55.0)	8(20.0)	3(7.5)	29(72.5)

注:与对照组比较,^aP<0.05。

3.4.2 2组治疗前后 NT-proBNP、6MWT 比较 2组 NT-proBNP、6MWT 治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后 NT-proBNP、6MWT 比较($\bar{x}\pm s$)					
组别	例数	NT-proBNP(pg/ml)		6 MWT(m)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	40	672.9±105.9	254.0±43.75 ^{ab}	338.1±28.63	427.6±32.04 ^{ab}
对照组	40	653.3±99.73	399.3±101.0 ^a	339.2±32.29	397.1±35.32 ^a

注:与本组治疗前比较,^aP<0.05;与对照组治疗后比较,^bP<0.05。

3.4.3 2组治疗前后心脏超声各项指标比较 2组心脏超声各项指标治疗前后组内比较,差异均有统计学意义,而治疗后组间比较,差异无统计学意义。(见表3)

表 3 2 组治疗前后心脏超声各项指标比较 ($\bar{x}\pm s$)						
组别	例数	时间节点	E/A	E/E'	LA(mm)	DT(ms)
治疗组	40	治疗前	0.76±0.10	15.15±3.26	44.53±5.81	303.50±39.77
		治疗后	0.83±0.12 ^a	12.53±3.57 ^a	40.53±5.61 ^a	284.10±32.47 ^a
对照组	40	治疗前	0.77±0.09	16.07±3.11	43.73±4.71	314.50±40.63
		治疗后	0.80±0.10 ^a	13.44±3.61 ^a	40.34±4.50 ^a	297.10±28.86 ^a

注:与本组治疗前比较,^aP<0.05。

3.4.4 2组治疗前后 MLHFQ 评分比较 2组 MLHFQ 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表4)

表4 2组治疗前后 MLHFQ 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)			
组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	40	42.43±6.52	31.38±4.38 ^{ab}
对照组	40	44.50±6.83	36.50±5.03 ^a

注:与本组治疗前比较,^aP<0.05;与对照组治疗后比较,^bP<0.05。

4 讨论

心力衰竭在中医学中可归属于“心痹”“心水”“心胀”“心衰”“水肿”等范畴,其与心、脾、肺、肾皆相关。其基本病机是本虚标实,本虚为心气虚、心阳虚,标实为血瘀、水停。慢性心衰初期多属气阴两虚型,中期多以气虚、血瘀、痰阻为主,晚期则以心肾阳虚、血瘀痰凝、阳气虚脱为主^[7]。管通汤是我院内科多年应用于临床治疗 HFpEF 患者的有效中药方剂,尤其对气虚血瘀、痰浊内阻型心衰中期

的患者效果更显著。此证型患者的临床症状主要表现为:心悸气短,咳嗽咳痰,疲倦乏力,胸胁作痛,下肢水肿,头晕目眩,舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,苔腻,脉涩或结代,乃本虚标实之证。本虚为气虚,而气为血之帅,血液的运行有赖于心气、肺气的推动,心气虚则气之行血功能失调,无力推动血行,易生瘀血,则可见心悸气短、疲倦乏力,故治疗中常配以补气、升提之药物,如方中之人参大补元气、补脾益肺,黄芪补气健脾、升阳举陷、益气固表,从而益气行血。标实为血瘀、痰阻、水停。心主血脉,心气推动血液在脉中运行全身,心气虚则血瘀,不通则痛,则可见胸闷痛,方中三七化瘀止血、活血定痛,丹参活血祛瘀止痛,山楂行气散瘀;痰饮是脾失健运的病理产物,脾失健运,津液输布代谢障碍,水液停聚,或为痰饮,或为水肿,痰饮内阻,心气无以上濡脑窍,则可见胸闷心悸、头晕目眩,水停则见肢体水肿,方中黄芪健脾、利尿消肿,天麻、决明子、葛根通络止眩,从而健脾化痰、利湿止眩。诸药合用,共达益气活血、化痰通络之效,最终改善患者临床症状,提高生活质量。

在现代药理学的研究中,人参可使心搏振幅增大及心率显著增加,在心力衰竭时,其强心作用更为明显;黄芪有明显的利尿作用,能增强心肌收缩力,保护心血管系统,抗心律失常,扩张冠状动脉和外周血管,降低血压;三七具有抗血小板聚集、减慢心率作用,对各种药物诱发的心律失常均有保护作用,能够降低心肌耗氧量和提高氧利用率;天麻可降低外周血管、冠状动脉阻力,并可降压,减慢心率;丹参能扩张冠脉,增加冠脉血流量,改善心肌缺血,提高耐缺氧能力,扩张血管;决明子的水浸出液、醇水浸出液及乙醇浸出液都有降血压、降低血浆总胆固醇和三酰甘油的作用;山楂提取物能扩张冠状动脉,增加冠脉流量,改善心肌缺血缺氧,强心,抗氧化;葛根煎剂、醇浸剂、总黄酮、大豆苷、葛根素均能对抗垂体后叶素引起的急性心肌缺血,葛根总黄酮能扩张冠脉血管,降低心肌耗氧量,改善微循环^[8]。由此可见,现代药理学的研究也为管通汤治疗 HFpEF 的疗效提供了实验证据。

在此项研究中,治疗组在 NT-proBNP、6MWT、MLHFQ 评分、中医证候疗效方面均优于对照组,提示西医常规治疗加用管通汤可改善患者的中医症状、心功能、运动耐量及生活质量。但此研究样本

量偏少,且存在一定的缺陷与不足,尚需进一步开展多中心、大样本的临床研究。

参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018 [J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46 (10): 760.
- [2] 张健, 张宇辉. 射血分数保留的心力衰竭治疗进展 [J]. 心血管病学进展, 2019, 40 (2): 161-165.
- [3] 王珂, 苏德淳. 射血分数正常心力衰竭诊治的中国专家共识 (2010 年 8 月 19 日于大连第二届中国心力衰竭论坛) [J]. 中国医刊, 2010, 45 (11): 63-67.
- [4] 张健, 张宇辉. 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.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 79, 80, 84, 85.
- [6] RECTOR T, KUBO S COHN J. Patient's self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: content, reliability and validity of a new measure, the minnesota living with heart failure questionnaire [J]. Heart Failure, 1987 (3): 198-209.
- [7] 李斯萌, 杨海燕, 金艳蓉, 等. 中医治疗慢性心衰的研究进展 [J]. 中国民族民间医药, 2019, 28 (10): 53-55.
- [8] 高学敏, 李振吉, 邓铁涛, 等. 中药学 [M]. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2010: 78, 92, 270, 296, 321, 408, 424, 428.

(收稿日期: 2020-09-23)

耳鸣的自我保健

点按耳穴法 用拇指或中指点按耳前三穴 (耳门、听宫、听会)、耳后 (翳风、风池) 等穴, 用力点按, 至局部穴位有酸胀感, 每穴 30s。

梳头抹耳法 双手十指由前发际向后梳头, 梳到头后部时两掌心贴住耳郭后部, 两手分别向左右两侧抹耳郭至面颊为 1 次, 连续梳抹几十次。

掩耳鸣鼓法 两掌心分别掩住左右耳, 使耳道与外界空气隔离, 手指置于后脑部, 以食指指腹按压中指背面, 使食指从中指上滑下, 以此弹击后颈发际处, 可听到“咚咚”之声, 如击天鼓, 也叫鸣天鼓, 共击几十次。

掌心震耳法 双手搓热, 双掌心分别贴紧双耳, 再突然松开, 听到“叭”的一声, 达到震耳的目的, 共几十次。

另外, 耳鸣一定要及早治疗。平时应加强日常调护, 例如劳逸结合, 规律作息, 勿熬夜, 调节情绪, 减少噪声刺激等等。 (http://www.cntcm.com.cn/2021-05/10/content_89631.htm)