

养心通脉饮对慢性心衰患者心室重构及 NT-ProBNP 影响的临床研究

何新兵 卢健棋 刘雪玲 王庆高 潘朝铨 温志浩 张振千
(广西中医药大学第一附属医院心血管内科 广西 南宁 530023)

【摘要】目的 观察养心通脉饮对慢性心力衰竭(CHF)患者左心室重构及 NT-ProBNP 的影响。**方法** 将 72 例患者随机分为 2 组,对照组 36 例用西药治疗;治疗组 36 例在对照组西药治疗基础上加服养心通脉饮 6 周。观察 2 组左室重量(LVM)、左室重量指数(LVMI)、左室射血分数(LVEF)及 NT-ProBNP 水平的变化。**结果** 两组治疗后 LVEF 均提高,NT-ProBNP 均下降,差异有显著性意义($p < 0.01$),且治疗组下降较对照组更显著,差异有显著性意义($P < 0.05$),2 组左室重量(LVM)、左室重量指数(LVMI)较治疗前减少,但差异无显著性意义($P > 0.05$),治疗组较对照组亦无显著性差异($P > 0.05$),**结论** 养心通脉饮能够明显改善 CHF 患者心功能,提高生活质量;有改善 CHF 患者左心室重构的趋势,但无显著差异,其原因有待进一步研究。

【关键词】 养心通脉饮;慢性心力衰竭; NT-ProBNP; 心室重构; 左室射血分数; 左室重量指数

心力衰竭(Heart Failure, HF),简称心衰,是一种由各种心脏疾病导致心功能不全的复杂的临床综合征,可由任何损害心室充盈或射血能力的结构性或功能性心脏疾病所引起,其主要表现是呼吸困难、疲乏和液体潴留。导致 CHF 发生发展的基本机制是心室重构,它是决定充血性心力衰竭发病率,病程进展和死亡率的主要因素。

慢性心力衰竭的治疗已成为中西医临床研究的难点和热点,我科采用全国名老中医李锡光教授的经验方养心通脉饮治疗慢性心力衰竭取得了较好疗效,也发现了一些问题,现总结报道如下。

1 临床资料

1.1.1 中医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]中治疗心力衰竭的中医辨证分型属气阴两虚证。中医证候包括主证和次证。主证:①胸闷隐痛,时作时止;②心悸;③气短、喘息,遇劳则甚;④神疲乏力;⑤自汗或盗汗;⑥舌红少苔;⑦脉细数无力或结代。次证:①头晕心烦;②失眠多梦;③口干颧红。凡具备主证中任意 4 条和次证中任意 2 条者可诊断为气阴两虚证。

1.1.2 西医诊断标准 符合中华医学会心血管病分会推荐的心力衰竭患者的临床评定标准^[2]及参照 1928 年 NYHA 心功能分级标准。

1.1.3 排除标准 排除急性冠脉综合征(急性 ST 段抬高性心肌梗死、急性非 ST 段抬高性心肌梗死、不稳定性心绞痛)、急性肺水肿、未能控制的 3 级以上高血压,合并有其他严重疾病如肿瘤、肝肾功能不全等,并排除其他全身性疾病如尿毒症、自身免疫性疾病所导致的心力衰竭。

1.2 所有观察病例均为 2009 年 05 月—2011 年 12 月我院心血管内科门诊和住院患者,共 72 例,按随机数表法分为 2 组。治疗组 36 例,男 20 例,女 16 例,年龄 42 岁~80 岁,平均(66.3 ± 6.9 岁),病程(10.1 ± 1.1)年;其中高血压性心脏病 19 例,冠心病 12 例(陈旧性心肌梗死 5 例),肥厚性心肌病 2 例,风湿性心脏瓣膜病 1 例,扩张性心肌病 2 例。对照组 36 例,男 17 例,女 19 例,年龄(64.5 ± 7.2)岁;病程(8.9 ± 0.9)年,高血压性心脏病 16 例,冠心病 15 例(陈旧性心肌梗死 4 例),肥厚性病 1 例,扩张性心肌病 3 例,风湿性心脏瓣膜病 1 例,2 组一般资料经统计学处理差异均无显著性意义($p > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组按照 2007 年中华心血管学会《慢性心力衰竭诊断治疗指南》规定,对每个患者采用规范的治疗:积极控制血压、血糖,改善心肌缺血,抗血小板。具体药物包括以下几类①利尿剂:呋塞米片,每天 1 片;②改善心肌缺血药物:单硝酸异山梨酯片 20 毫克,每日二次;③ACEI 制剂:培哚普利 4 毫克,每日一次;④ β -受体阻滞剂:倍他乐克 25 毫克,每日二次;⑤抗血小板药:阿司匹林肠溶片 100 毫克,每日一次。

2.2 治疗组在西医治疗基础上加用养心通脉饮(由红参、黄芪、麦冬、五味子、玉竹、丹参、赤芍、木香、炙甘草等组成的免煎制剂(江阴天江药业有限公司提供的中药配方颗粒),每日一剂,分二次冲服,疗程 6 周。其中治疗组 1 例治疗 1 周后失访。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 每例患者治疗前后进行检测 NT-ProBNP。

3.2 左室射血分数(LVEF)及左室重量(LVM)、左室重量指数(LVMI)

采用美国超声心动学会推荐标准,由专人负责于治疗前后,采用 Philips IE 33 彩色多普勒超声心动图仪(S5-1 探头)测定:连续测定 3 个心动周期,舒张末左室内径(LVDd),舒张末室间隔厚度(LVST),左室后壁厚度(PWT),左室射血分数

(LVEF)得出平均值,然后采用 Devereux 校正公式计算 LVM 及 LVMI。

$BSA=0.0061 \times \text{身高 (cm)} + 0.0128 \times \text{体重 (Kg)} - 0.1529 (\text{m}^2)$; $LVM=0.8 \times 1.04 [(IVST+LVDD+PWT)^3 - LVDD^3] + 0.6$, $LVMI=LVM/BSA$, LVMI 以男性 $>135\text{g/m}^2$ > 女性 $>120\text{g/m}^2$ 为左室肥厚。

3.4 统计学方法计量资料采用 t 检验,所有计量资料均采用均数±标准差形式($\bar{X} \pm S$)。

4 治疗结果

4.1 2 组治疗前后 NT-ProBNP 及 LVEF 变化见表 1

2 组治疗后 LVEF 均提高, NT-ProBNP 均下降, 差异有显著性意义 ($p < 0.01$), 且治疗组下降较对照组更显著, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。

表 1 2 组治疗前后 NT-ProBNP 及 LVEF

	治疗组 (n=35)		对照组 (n=36)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
NT-ProBNP (pg/ml)	781.2±67.9	643.2±60.1*	801.5±73.5	679.1±70.5*△
左室射血分数	39.7±3.2	44.9±3.5*	41.1±2.7	43.1±3.1*△
LVEF (%)	3.2	3.5*	2.7	*△

注: *与治疗前相比 $p < 0.01$; △与治疗组相比 $p < 0.05$

4.2 2 组治疗前后 LVMI 变化见表 2。

2 组治疗后左室重量指数 (LVMI) 较治疗前减少, 但差异无显著性意义 ($P > 0.05$), 治疗组较对照组亦无显著性差异 ($P > 0.05$)。

表 2 2 组病人治疗后 LVMI 变化

	治疗组 (n=35)		对照组 (n=36)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
左室重量指数	151.6±23.1	140.9±22.9*	148.2±21.9	138.4±20.7*△
LVMI (g/m^2)	23.1	22.9*	±21.9	*△

注: *与治疗前相比 $p > 0.05$; △与治疗组相比 $p > 0.05$

5 讨论

最近 10 多年来,随着社会经济的发展,疾病谱发生了重大变化,心血管疾病等慢性非传染性疾病的发生率大幅上升,由此导致的心力衰竭的发生也率呈加速

上升趋势,心力衰竭已成为我国心血管病领域的重要公共卫生问题。慢性心力衰竭之所以发生发展并不断加重,其主要机制是心室重构,心室重构决定了慢性心力衰竭发病率,病程进展和死亡率。因此临床上治疗心力衰竭的主要目的是防止和延缓心室重构的发生和发展,从而降低心力衰竭的死亡率和住院率,提高患者的生活质量。

根据慢性心力衰竭的临床表现,其归属于中医的“心衰病”、“心悸”、“水肿”、“喘证”、“心水”等范畴,关于心衰的病因病机,李锡光教授认为:本病多见于中老年人,肾气渐衰,加之广西地处岭南,气候湿热,病机多以气虚、气阴两虚居多,在此基础上逐渐形成标实,血瘀水停为标、心脉阻滞为其主要病机。“养心通脉饮”是全国名老中医李锡光教授总结多年临床经验研制而成,功能益气养阴,活血通络,经临床证实能够改善 CHF 患者心功能、提高患者的运动耐量^[3]。

方中红参大补元气,黄芪可补气升阳,益卫固表,共为主药,麦冬、玉竹、五味子滋阴润肺、宁心安神;丹参活血祛瘀,养血安神;赤芍清热凉血,祛瘀止痛,全方功能益气养阴,活血祛瘀,理气止痛。现代药理研究证实,黄芪属非洋地黄正性肌力药物,可提高左室射血分数和峰充盈率,使左心室构型改善^[4],杨海波等^[5]临床研究证实黄芪注射液能降低 CHF 患者 LVMI,提高 LVEF,提示黄芪注射液能够逆转 CHF 患者左室重构,并能改善左室收缩功能。王平等¹发现丹参酮 II A 治疗两肾两夹法高血压大鼠 6 周后显著抑制左心室肥厚的发展,且高剂量作用显著。

反映患者心室重构的指标是左室重量(LVM)及左室重量指数(LVMI),目前可用彩色多普勒超声心动图仪进行测算获得,但有研究^[7]提示该方法利用其固定的公式来测算变形的心室,测值偏离实际值,有一定局限性;NT-ProBNP 及 LVEF 是评估心力衰竭患者心脏功能、治疗效果的重要指标而被列入指南。

本研究观察到两组治疗后心功能均有改善,治疗后 LVEF 均提高,NT-ProBNP 均下降,差异有显著性意义($p < 0.01$),且治疗组下降较对照组更显著,差异有显著性意义($P < 0.05$)。而治疗前后超声心动图检测提示:LVMI 治疗后较治疗前有较大改善,但并无统计学意义,治疗组较对照组相比较亦无显著性差异($P > 0.05$),提示益气养阴、活血化瘀中药能改善心衰患者的心功能,提高其生活质量和运动耐量,但对心室重构虽有改善趋势,但并不显著,分析其原因可能因为(1)NT-proBNP 及 LVEF 灵敏性较高,短期内容易改变,故当超声指标改变不显著时而 NT-proBNP 已经出现较明显的改变,(2)与测量方法能关,Gopal^[8]等研究表明这样采用二维超声及 M 型超声测量结果与磁共振所测值的相关性则相对较低,三维超声心动图测

量的左室收缩功能、二尖瓣瓣环下移距离与磁共振法所测值相关性更好，我科现正在进行运用实时三维超声观察心力衰竭患者左心室重构的研究；(3)另外可能也与服药时间较短有一定关系，其具体原因及机制尚需要进一步研究。

参考文献

- [1]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, 2002:79-85
- [2]中华医学会心血管病分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性心衰竭诊断治疗指南 2007, 37 (12): 1076-1095
- [3] 何新兵, 王庆高, 张振千等. 6min 步行试验与心脏彩超评价养心通脉饮治疗慢性心力衰竭中西医结合心脑血管病杂志 2010, 8(9): 1027-1028
- [4]周丽, 黄立武, 刘雪玲. 黄芪对冠心病心绞痛患者左室舒张功能及超氧化物歧化酶的影响. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(12): 723
- [5]杨海波, 李振民, 阚秀莲, 等. 黄芪对慢性心力衰竭患者左室重构的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2010, 8(9):1031-1032.
- [6] 王平, 陈少锐, 王晓炜, 等. 丹参酮IIA 抑制肾性高血压大鼠氧化应激和心肌肥厚[J]. 中华高血压杂志, 2010, 18(3):229-234.
- [7] 刘雪玲, 伍业冬, 雷蓓. 实时三维超声对向心性肥厚构型高血压患者左室收缩功能的评价. 广西医学, 2010, 32(9): 1049-1050
- [8] Gopal AS, King DL, Katz J, et al. Three-dimensional echo-cardiographic volume computation by polyhedral surface reconstruction in vitro validation and comparison to magnetic resonance imaging [J] . JAm Soc Echocardiogr, 1992, 5(2): 115-124.

作者简介: 何新兵(1968年一), 男, 湖北天门市人, 硕士, 湖北中医药大学毕业, 副主任医师, 研究方向: 中西医防治慢性心力衰竭 Tel: 13507710542

丹莪片对 ACS 患者 PCI 术后血脂水平及左心功能的影响

陈鹏 郑佳

(河南中医学院第一附属医院心内一区, 郑州, 450000)

【摘要】目的 探讨丹莪片对痰瘀互结型 ACS 患者 PCI 术后血脂水平及左心功能的影响。**方法** 40 例痰瘀互结型 ACS 患者 PCI 术后, 随机分为西药常规加丹莪片组(治疗组)和西药常规加安慰剂组(对照组), 每组各 20 例。介入治疗前, 两组均接受西医基础治疗且 2 周内不服用他汀类降脂药物。介入治疗后, 两组在西医基础治疗基础上给予他汀类调脂药物, 治疗组给予丹莪片, 5 粒/次, 每日 3 次,