

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.14.024

养心活血汤治疗老年心力衰竭的长期疗效研究*

胡龙涛¹, 蔡芳妮², 任耀龙³, 吴 晖⁴, 陈 锐⁵, 苏 建⁶, 郭靖辉^{7△}

陕西中医药大学第二附属医院:1. 呼吸科;2. 检验科, 陕西咸阳 712000;3. 陕西中医药大学附属医院

心内科, 陕西咸阳 712000; 陕西省安康市中医医院:4. 老年病科;5. 脑病科;

6. 心内科, 陕西安康 725000;7. 西安思源学院医院, 陕西西安 710038

摘要:目的 评价养心活血汤治疗老年心力衰竭(气阴两虚血瘀证)患者的长期疗效。方法 选择老年心力衰竭患者 72 例, 分为对照组和治疗组各 36 例。两组均给予西医常规治疗。治疗组加用养心活血汤每日一剂, 两组患者均治疗 14 d, 治疗结束后随访 6 个月, 剔除失访病例。比较两组患者治疗前、治疗结束后 6 个月心脏功能、生活质量及治疗安全性。结果 治疗结束后 6 个月内, 治疗组再次因心力衰竭住院治疗发生率(6.9%)明显低于对照组(17.2%), 差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗结束后 6 个月, 两组患者的左室舒张末期容积(LVEDV)、左室收缩末期容积(LVESV)均明显降低, 左室射血分数(LVEF)明显升高, 差异有统计学意义($P<0.05$), 且治疗组的心脏功能指标改善程度明显优于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后, 治疗组 6MWT 较治疗前明显变长, MLHFQ 评分较治疗前降低, 差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后, 对照组 6MWT、MLHFQ 评分较治疗前差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后, 治疗组的 6MWT 明显长于对照组, MLHFQ 评分明显低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 在西医治疗的基础上, 应用养心活血汤治疗老年心力衰竭(气阴两虚血瘀证)患者能有效提高老年心力衰竭患者的心脏功能, 提高患者的生活质量, 降低患者再次因心力衰竭住院的风险。

关键词:心力衰竭; 生活质量; 心功能; 心脏超声

中图分类号:R252.2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2022)14-1975-04

心力衰竭作为临床常见的内科疾病, 是多种心脏疾病发展到终末期的临床综合征, 具有发病率高、致死率高等特点^[1]。随着年龄的增长, 心力衰竭的患病率明显升高, 心力衰竭已经成为老年人住院和死亡的主要原因之一^[2]。虽然心力衰竭的西医标准治疗方案在不断修订, 但对于患者的生活质量及病死率仍没有明显的改善^[3]。养心活血汤为国医大师雷忠义治疗心系疾病的经验方, 对于心力衰竭具有良好的临床效果^[4]。本研究应用养心活血汤联合常规抗心力衰竭西药治疗老年心力衰竭患者, 取得了良好的临床效果, 现就其长期疗效报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 1—12 月于安康市中医医院心内科及老年病科住院治疗的老年心力衰竭患者 72 例作为研究对象。(1)纳入标准:①符合心力衰竭诊断标准者;②符合气阴两虚血瘀证辨证标准者;③年龄 65~80 岁者;④美国纽约心脏病学会(NYHA)心功能分级Ⅱ~Ⅲ级者;⑤可配合完成干预及随访复查方案者。(2)排除标准:①生命体征不平稳者;②精神异常无法配合完成治疗方案者;③受试

者依从性差, 不能全程参与研究者;④正在参与其他药物临床试验者;⑤拒绝签署知情同意书者;⑥研究过程中出现严重的不良反应或病情发生恶化, 据医生判断需停止试验者;⑦受试者在临床研究过程中不愿意继续进行临床试验, 向研究人员提出中止试验要求者。将患者按照病程、心功能分级进行配对, 应用 SPSS20.0 软件生成随机数字表, 按照随机数字表将患者分为治疗组及对照组, 每组各 36 例。截止治疗结束后 6 个月随访, 治疗组中 2 例患者要求退出研究, 1 例因外伤死亡, 对照组中 4 例患者要求退出研究, 1 例因猝死失访。将退出研究、死亡等失访患者及其配对者剔除, 共纳入有效观察患者 58 例, 每组各 29 例。治疗组中男 19 例, 女 10 例;平均年龄(75.18±6.84)岁;病程 1~12 年, 平均(7.56±1.83)年;基础心脏疾病中冠心病 25 例, 风湿性心脏瓣膜病 4 例, 心肌病 1 例, 原发性高血压 6 例;心功能Ⅱ级 10 例, Ⅲ级 19 例。对照组中男 18 例, 女 11 例;平均年龄(74.91±7.26)岁;病程 1~11 年, 平均(7.31±1.77)年;基础心脏疾病中冠心病 23 例, 风湿性心脏瓣膜病 2 例, 心肌病 1 例, 高血压性心脏病 7 例;心功能Ⅱ级 10

* 基金项目:陕西省教育厅项目(19JK0236);陕西省中医药管理局项目(2019-GJ-LC019);陕西省安康市科技局项目(AK2019-SFZC-08)。

△ 通信作者, E-mail:165328759@163.com。

例,Ⅲ级 19 例。2 组有效观察患者的一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。向所有参与试验患者均告知相关获益及风险,签署临床试验同意书。

1.2 诊断及辨证标准 西医诊断标准参照《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》^[5],心功能分级标准采用 NYHA 心功能分级方法。中医辨证参照 2002 年版《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]及 2016 年《慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识》^[7]中“心气虚证”与“心血瘀阻证”的证候诊断标准。气阴两虚血瘀证诊断标准如下,(1)主症:胸闷、气短。(2)次症:①心悸;②乏力;③倦怠懒言;④自汗盗汗;⑤唇舌紫暗或舌红少苔;⑥舌下瘀点瘀斑;⑦脉细涩或细弱。凡具有主症及次症 4 项以上者,即诊断为气阴两虚血瘀证。

1.3 治疗方法 对照组:参照《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》^[5]推荐的规范疗法,依据患者具体情况选用最合适的治疗方法。(1)利尿剂:呋塞米、螺内酯;(2)血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI):依那普利、贝那普利;(3)血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂(ARB):缬沙坦、厄贝沙坦(不能耐受 ACEI 者改用 ARB);(4) β 受体拮抗剂:美托洛尔;(5)正性肌力药:地高辛;(6)其他:阿司匹林、氯吡格雷、阿托伐他汀钙。治疗组:患者在接受对照组西药规范治疗的基础上应用国医大师雷忠义的经验方养心活血汤:人参 10 g、麦冬 15 g、五味子 10 g、陈皮 10 g、丹参 30 g、三七粉 3 g,中药颗粒剂,温水冲服(200 mL),每日一剂,早晚分服。两组患者疗程均为 14 d,治疗完成后随访 6 个月。

1.4 检测方法 心脏功能指标观察:于治疗前及治疗结束后 6 个月分别行心脏超声检查,比较左室舒张末期容积(LVEDV)、左室收缩末期容积(LVESV)、左室射血分数(LVEF)变化。生活质量评价:采用明尼苏达心力衰竭生活质量调查表(MLHFQ)及 6 min

步行距离(6MWT)对患者入院时、治疗结束后 6 个月的生活质量及运动耐力进行评估。安全性指标观察:治疗结束后 6 个月内随访患者,记录再次因心力衰竭住院次数,并于治疗前及治疗结束 6 个月后检测患者的血常规、肝功能、肾功能指标,观察有无不良反应。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行数据处理及统计学分析。呈正态分布、方差齐的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者随访情况 治疗结束后 6 个月最后一次随访,治疗组中有 2 例(6.9%)再次因心力衰竭住院治疗,对照组中有 5 例(17.2%)再次因心力衰竭住院治疗,两组 6 个月内再次因心力衰竭住院的发生率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组均未发现肝肾功能损害及其他不良反应。

2.2 两组患者治疗前后心脏功能指标比较 两组患者治疗前 LVEDV、LVESV、LVEF 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组患者的 LVEDV、LVESV 均明显降低,LVEF 明显升高,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,治疗组的心脏功能指标改善程度明显优于对照组,两组 LVEDV、LVESV、LVEF 比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.3 两组患者治疗前后 6MWT、MLHFQ 评分比较 两组患者治疗前 6MWT、MLHFQ 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,治疗组 6MWT 明显变长,MLHFQ 评分明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,对照组 6MWT、MLHFQ 评分较治疗前差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,治疗组的 6MWT 明显长于对照组,MLHFQ 评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者治疗前后心脏功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	LVEDV(mL)		LVESV(mL)		LVEF(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	29	138.27±11.35	102.74±9.16* [‡]	70.64±6.32	50.11±4.48* [‡]	43.71±7.62	56.01±5.79* [‡]
对照组	29	138.13±10.98	121.82±9.69*	70.57±6.29	59.33±5.25*	43.86±7.58	48.14±6.23*

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[‡] $P<0.05$ 。

表 2 两组患者治疗前后 6MWT、MLHFQ 评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	MLHFQ 评分(分)		6MWT(m)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	29	60.85±5.66	25.78±3.97* [‡]	298.76±40.81	395.21±43.67* [‡]
对照组	29	59.87±5.71	55.96±5.83	299.43±40.12	311.72±41.75

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[‡] $P<0.05$ 。

3 讨 论

由于我国人口老龄化进程的进一步加快,老年心力衰竭的发病率与病死率均逐年升高^[8]。不断增加的老年心力衰竭患者给社会造成了极大的经济负担,已成为主要公共卫生问题之一^[9]。随着对心力衰竭研究的进一步深入,对于心力衰竭的治疗策略逐渐由改善血流动力学障碍、减轻临床症状转变为抑制心力衰竭的发生和进展、提高患者日常生活质量、降低恶性心血管事件发生率、改善长期预后^[10]。但是由于老年人脏器功能衰退,常常不能耐受心力衰竭指南规定的药物剂量,临床疗效较差,治疗获益不明确^[11]。

心力衰竭的发生与先天禀赋不足、外感六淫、饮食不当、内伤情志及过劳均有关,是由于一种或多种致病因素互相作用导致心脏的功能虚损,心气亏耗,阴阳损伤,进而导致痰浊、水饮、瘀血等病理产物的蓄积,最终形成正气衰败、邪气壅盛,出现阴阳离决之危重症候^[12]。依据心力衰竭病因不同,可分为虚实两端,虚即心脏之气血阴阳虚损,实即痰浊、水饮、瘀血凝滞。临床研究显示,心力衰竭的基本病机为本虚标实,证型为气阴两虚血瘀证^[13]。因此,在心力衰竭的辨治过程中,应时刻遵循“虚则补之”“实则泻之”的治疗原则^[14]。补虚首重补益心气,取“正气存内、邪不可干”“邪之所凑、其气必虚”之意,同时兼顾补阴养血,使心阴充盈,本脏得养,才能固其本。泻实则应先通气滞、祛血瘀,心主血脉,当心脏虚损,主血脉的能力下降,则出现气滞血瘀。随着血脉瘀阻的进展,水液代谢异常,痰浊、水饮停滞体内,最终形成邪气壅实之象,因此,在活血的同时应兼顾理气、化痰、利水等法,使诸邪尽去,得获邪去正安之效。因此,对于老年心力衰竭的治疗应以益气养阴、化痰祛瘀为基础治法^[15]。

养心活血汤为国医大师雷忠义多年总结拟定的治疗冠心病的经验方,全方由人参、麦冬、五味子、陈皮、丹参、三七粉组成。方中生脉散补气养阴,以扶正为本。因老年人正气虚弱,不耐攻伐,因此先以益气扶正之生脉饮补益患者虚弱的正气,鼓动、协助患者自身的正气抗邪。现代研究证实,生脉饮组方能明显改善患者的心脏收缩及舒张功能、心室重构、瓣膜状态、肺动脉压力,提高患者生活质量^[16]。丹参、三七活血通络,陈皮理气健脾化痰,此三味药针对心力衰竭患者的邪实之证,理气滞、消血瘀、化痰浊。诸药合用,扶正与驱邪并重,得获良效。动物实验证实,养心活血汤具有心肌保护作用,可调节心力衰竭模型大鼠血清钠素、醛固酮、血管紧张素Ⅱ及脑钠肽水平,从而改善心力衰竭^[17-18]。

心脏超声检查作为心力衰竭的常规检查,能够有

效地评价心脏储备功能,评估患者的临床预后,并能够指导治疗方案中的药物选择^[19]。本研究显示,经养心活血汤治疗患者,心脏超声检查提示患者 LVEDV、LVESV 明显降低,LVEF 明显升高,且其改善程度明显优于对照组。提示养心活血汤对于改善心力衰竭患者的远期心脏功能具有较好的作用。

6MWT 是通过患者 6 min 内的步行距离评价患者心肺功能的检查方法,具有实施简便、安全的优点,能够预测患者的再入院率和病死率,目前被广泛作为心脏功能评价和患者生活能力评价的指标之一^[20]。MLHFQ 评分能够主观、全面地体现患者的生活质量。本研究结果显示,治疗组采用养心活血汤治疗结束 6 个月后,6MWT 及 MLHFQ 评分均明显优于对照组,证实养心活血汤能够有效提高老年心力衰竭患者的日常生活质量。随访结果也显示,养心活血汤治疗后患者 6 个月内再次因心力衰竭住院的发生率明显低于对照组($P < 0.05$),说明养心活血汤在老年心力衰竭患者的长期治疗中具有明显的优势。

养心活血汤能够有效提高老年心力衰竭患者的心脏功能,提高患者的生活质量,降低患者再次因心力衰竭住院的风险,具有良好的临床疗效。由于研究所限,样本量较小,在后期可进行多中心、大样本的进一步研究。

参考文献

- [1] BOZKURT B, COATS A J, TSUTSUI H, et al. Universal definition and classification of heart failure: a report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure[J]. Eur J Heart Fail, 2021, 23(3): 352-380.
- [2] 王华, 杨杰孚. 中国心力衰竭防控的回顾与展望[J]. 中华心血管病杂志, 2019, 47(9): 714-717.
- [3] 匡丽萍, 单春燕. 心力衰竭治疗药物研究进展[J]. 慢性病学杂志, 2020, 21(11): 1656-1659.
- [4] 范虹, 安静. 养心活血汤加味治疗慢性充血性心力衰竭 45 例[J]. 安徽中医学院学报, 2007, 26(5): 13-14.
- [5] 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 2018[J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(10): 760-789.
- [6] 郑筱萸. 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: 12-13.
- [7] 陈可冀, 吴宗贵, 朱明军, 等. 慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36(2): 133-141.
- [8] 沈迎, 丁风华, 张瑞岩, 等. 高龄老年(≥ 75 岁)急性冠状动脉综合征患者规范化诊疗中国专家共识解读[J]. 中国循

环杂志,2019,34(S1):13-17.

[9] ZHANG Y,YUAN M,GONG M,et al. Frailty and clinical outcomes in heart failure:a systematic review and meta-analysis[J]. J Am Med Dir Assoc,2018,19(11):1003-1008.

[10] 王华,柴珂,杨杰孚. 2021 年心力衰竭诊治进展[J]. 中国心血管病研究,2021,19(12):1067-1071.

[11] 刘蕊,卜丽梅. 老年慢性心力衰竭的治疗进展[J]. 中国老年学杂志,2013,33(23):6059-6061.

[12] 范红,于小勇,武雪萍. 国医名师雷忠义临证菁华[M]. 北京:中国中医药出版社,2013:52-56.

[13] 张松,廖宪勇,李白雪. 中医治疗慢性心力衰竭的证候分析[J]. 四川中医,2020,38(2):208-211.

[14] 金政,吴伟,皮建彬,等. 国医大师邓铁涛辨治心力衰竭的经验[J]. 中国中西医结合杂志,2020,40(6):754-755.

[15] 俞鹏,文玥,孙伟新,等. 益气养阴方治疗慢性心力衰竭的临床疗效[J]. 辽宁中医杂志,2020,47(1):111-114.

[16] 刘星,吕欢. 生脉胶囊治疗慢性充血性心力衰竭的临床研

究[J]. 中国临床药理学杂志,2018,34(2):127-130.

[17] 范虹,雷忠义,刘超峰,等. 雷氏养心活血汤加味对心力衰竭大鼠血压、 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶、心钠素、血管紧张素 II 水平的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(13):1956-1960.

[18] 陈金锋,雷忠义,刘超峰,等. 养心活血汤对心力衰竭大鼠左心室指数与血管紧张素 II 及肺水肿影响研究[J]. 四川中医,2019,37(4):51-53.

[19] 李韵. 超声心动图综合参数对慢性心力衰竭心脏整体功能的评估价值[J]. 现代医用影像学,2018,27(8):2843-2844.

[20] ALAHDAB M T,MANSSOUR I N,NAPAN S,et al. Six minute walk test predicts long-term all-cause mortality and heart failure rehospitalization in African-American patients hospitalized with acute decompensated heart failure[J]. J Card Fail,2009,15(2):130-135.

(收稿日期:2021-11-08 修回日期:2022-03-25)

• 临床探讨 • DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2022. 14. 025

综合康复疗法及其不同时间段介入对脑卒中患者生活质量的影响

马元起,成 莹,张婕颖

上海市普陀区人民医院康复医学科,上海 200060

摘要:目的 研究综合康复疗法及其不同时间段介入对脑卒中患者生活质量的影响。方法 选择 2020 年 1 月至 2021 年 1 月该院 98 例急性脑卒中患者为研究对象,按照随机数字表法分为对照组、观察组,每组各 49 例,对照组自行进行康复训练,观察组分为两组分别于生命体征稳定后 2~7 d(T1)和 7 d 后(T2)两个时间段予以综合康复疗法。观察两组患者康复训练前、康复训练结束后随访半年生活质量评分,分析综合康复疗法、康复介入时间与生活质量的相关性。结果 康复训练结束后随访半年较康复训练前,对照组与观察组患者生活质量良好构成比均升高,生活质量不佳构成比均下降,差异均有统计学意义($P<0.05$);康复训练结束后随访半年,观察组生活质量良好构成比(83.67%)高于对照组(67.35%)、生活质量不佳构成比(16.33%)低于对照组(32.65%),差异有统计学意义($P<0.05$)。康复训练结束后随访半年较康复训练前,T1、T2 时间段介入患者生活质量良好构成比均升高,生活质量不佳构成比均下降,差异均有统计学意义($P<0.05$);但康复训练结束后随访半年,T1 时间段介入患者生活质量良好构成比(87.18%)高于 T2 时间段介入患者(70.00%),生活质量不佳构成比(12.82%)低于 T2 时间段介入患者(30.00%),差异均有统计学意义($P<0.05$)。线性相关分析显示脑卒中患者生活质量与康复训练方法、康复疗法介入时间段显著相关($r=0.580,0.511,P<0.05$)。多元线性回归分析模型提示脑卒中患者生活质量与康复训练方法、康复疗法介入时间段具有线性回归关系。结论 早期介入综合康复疗法能促进脑卒中患者生活质量提高。

关键词:脑卒中; 综合康复疗法; 生活质量; 时间

中图分类号:R743 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2022)14-1978-04

脑卒中是一种以脑血管意外或脑部血管受损所致的突发性局部或全脑血液循环异常而诱发的血流减少、中断,从而造成脑组织缺血性坏死或软化的急危重症,具有高致残率和高病死率等特征^[1]。脑卒中后引起的肢体功能活动障碍、感觉异常是造成患者精神和经济负担增加的主要原因,严重影响着患者生活质量^[2]。因此,减轻脑卒中患者肢体功能活动及感觉障碍对提高患者生活质量具有积极推进作用。目前,在众多治疗方法中,临床常以改善脑灌注、激活受损部位受抑制细胞活力、促进神经细胞分化、诱导轴突生长等药物为主,以促进受损区域中枢神经功能恢复^[3]。但有研究显示,脑卒中后受损中枢神经的恢复过程极为缓慢且进度会日益减慢,因此药物治疗并非长久之策^[4]。近年来,随着解剖学、现代生理学和神经学科的发展,大量动物实验证实中枢神经系统结构与功能并非相对固定,脑卒中后受损的中枢神经系统