



· 论 著 ·

芪苈强心胶囊联合比索洛尔治疗慢性心力衰竭三焦湿热证临床研究

刘圆月¹ 任炜炜² 王娜^{1*} (1 文安县医院心内科 河北廊坊 065800 2 文安县康复医院内科 河北廊坊 065800)

摘要：目的 探讨芪苈强心胶囊联合比索洛尔治疗慢性心力衰竭的临床疗效。方法 选取 2016 年 10 月-2017 年 12 月我院收治的冠心病慢性心力衰竭三焦湿热证患者 106 例，随机分为观察组和对照组，各 53 例，对照组使用西医常规治疗，所药物为比索洛尔片，观察组患者在此基础上使用芪苈强心胶囊进行联合治疗，对比两组治疗疗效，对两组冠心病慢性心力衰竭三焦湿热证患者左心室射血分数 (LVEF) 和收缩末期内径 (LVESD) 和 6min 步行试验行走距离进行比较，并观察两组患者所发生的不良反应。**结果** 观察组患者中 27 例显效，23 例有效，3 例无效，治疗总有效率 94.33%；对照组 21 例显效，23 例有效，9 例无效，总有效率 83.02%，两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)；治疗前，两组患者 LVEF 和 LVESD 水平无显著差异 ($P>0.05$)；治疗后两组患者均明显改善，且观察组改善程度更加明显，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；治疗前，两组 6min 步行试验行走距离无显著差异 ($P>0.05$)；治疗后观察组患者行走距离明显多于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$) **结论** 芪苈强心胶囊联合比索洛尔治疗慢性心力衰竭具有可靠效果，患者左心室射血分数和收缩末期内径改善明显，且患者发生不良反应情况较少，值得推广。

关键词：芪苈强心胶囊 比索洛尔 慢性心力 临床疗效

中图分类号：R541.6 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187 (2018) 09-014-02

基金项目：项目来源：河北省中医药管理局，项目名称：芪苈强心胶囊联合比索洛尔治疗慢性心力衰竭的临床研究，项目编号：2018532。

冠心病慢性心力衰竭三焦湿热证多发于老年人，患者病情一般较严重，5 年生存状况与恶性肿瘤相似，严重威胁患者生命^[1]。传统治疗一般采用西医常规药物治疗，但均属于温阳药物，但血瘀痰饮在大量温阳的情况下可转化为湿热壅滞三焦，故近年来加用中药联合治疗比单独使用西医药物治疗效果往往更佳^[2-3]。本文芪苈强心胶囊联合比索洛尔治疗慢性心力衰竭的临床疗效，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2016 年 10 月-2017 年 12 月我院收治的冠心病慢性心力衰竭三焦湿热证患者 106 例，纳入标准：①所有患者均符合所有患者均符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014》中慢性心力衰竭三焦湿热证的诊断标准；②患者均经相关检查确诊；③本研究经医学伦理委员会审核通过；④患者及家属对本研究知情同意。排除标准：①患者合并有心、脑、肺等严重疾病；②对所用药物过敏者；③肝、肾功能有严重障碍者；④治疗和随访过程中未遵医嘱者。根据随机数表法，随机分成观察组和对照组，每组患者各 53 例。其中观察组患者男 28 例，女 25 例，年龄 59-77 岁，平均 (69.13±2.57) 岁；病程 2-11 年，平均 (6.05±1.31) 年；心功能分级：II 级 27 例，III 级 26 例。对照组男 27 例，女 26 例，年龄 61-73 岁，平均年龄 (67.91±2.59) 岁；病程 1-10 年，平均病程为 (6.15±1.64) 年；心功能分级：II 级 29 例，III 级 24 例。两组患者年龄、病情、病程等一般资料无明显统计学差异 ($P>0.05$)，可以进行对比。

1.2 研究方法

对照组患者给予比索洛尔治疗，起始剂量为每天 2.5mg，按照患者心功能分级情况 1-2 周递增 1 次用量，最高不超过 10mg。观察组患者在对照组基础上给予芪苈强心胶囊进行联合治疗，每次 1.2g，每天 3 次。两组疗程均为 1 个月。

1.3 疗效判定标准

分为显效、有效和无效。显效：心功能提高 2 级或以上；有效：心功能提高 1 级；无效：心功能分级无变化或恶化。总有效率 = 显效率 + 有效率。

1.4 统计学方法

使用 SPSS21.0 进行统计分析。计量资料统计方法采用 t 检验，以 $\bar{x} \pm s$ 表示。计数资料采用 χ^2 检验，以率 / 百分比表示。以 $P<0.05$ 表示两组之间差异有统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者疗效比较

观察组和对照组冠心病慢性心力衰竭患者治疗疗效比较 观察组患者中 27 例显效，23 例有效，3 例无效，治疗总有效率 94.33%；对照组 21 例显效，23 例有效，9 例无效，总有效率 83.02%，两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

2.2 观察组和对照组冠心病慢性心力衰竭患者 LVEF 和 LVESD 比较

治疗前，两组患者 LVEF 和 LVESD 水平无显著差异 ($P>0.05$)；治疗后两组患者均明显改善，且观察组改善程度更加明显，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1：观察组和对照组冠心病慢性心力衰竭患者 LVEF 和 LVESD 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	LVEF (%)		LVESD (mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	53	37.56±4.16	43.05±5.64* [△]	48.73±5.31	42.75±4.29* [△]
对照组	53	37.61±4.29	38.19±4.92 [△]	48.38±5.62	46.28±5.08 [△]

注：与对照组比较，* $P<0.05$ 。与治疗前比较，[△] $P<0.05$ 。

2.3 两组患者 6min 步行试验行走距离比较

治疗前，两组 6min 步行试验行走距离无显著差异 ($P>0.05$)；治疗后观察组患者行走距离明显多于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2：两组患者 6min 步行试验行走距离比较 (m, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	53	221.35±36.18	351.63±53.46* [△]
对照组	53	224.39±37.06	264.28±40.28 [△]

注：与对照组比较，* $P<0.05$ 。与治疗前比较，[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

慢性心力衰竭是由于心脏射血分数进行性下降，导致静脉回流受阻，从而出现一系列临床症状，是大多数心血管疾病的最终归宿，也是引起死亡最主要的原因^[4]。三焦湿热证是中医学说法，湿与热合并入人体三焦，或因湿久留不除而化热，或因“阳热体质”而使湿“从阳化热”^[5]。治疗冠心病慢性心力衰竭三焦湿热证一般采用西医常规药物如马来酸依那普利片治疗，但临床副作用较多，且疗效不甚理想。近年来许多学者提出中西医结合治疗冠心病慢性心力衰竭三焦湿热证取得了良好效果，值得推广^[6]。本病在中医学中属于“心悸”“虚喘”范畴，其病机多见心阳不振、心肺气虚、湿阻、血瘀等^[7-8]。比索洛尔属于高度选择性 β_1 受体阻滞药，该药无膜稳定性，无内源性拟交感，研究显示其能显著改善心衰患者的射血分数、改善心肌缺血，降低心肌耗氧量，起到保护心脏的作用，尤其是对于慢性肺阻塞合并慢性心衰者。芪苈强心胶囊是一种中药制剂，由黄芪、人参、附子、丹

* 通讯作者：王娜。

(下转第 17 页)



A 组患者治疗有效率为 93.3%, B 组患者治疗有效率为 70%, C 组患者治疗有效率为 66.7%, 差异明显 ($P < 0.05$), 详情见表 2。

表 2: 三组治疗疗效对比

组别	痊愈 (n)	显效 (n)	有效 (n)	无效 (n)	总有效率 (%)
A 组 (n=30)	18	6	4	2	93.3
B 组 (n=30)	13	5	3	9	70
C 组 (n=30)	10	7	3	10	66.7
χ^2	--	--	--	--	7.0807
P	--	--	--	--	0.0290

2.2 三组患者面部神经功能评分情况比较

三组患者的面部神经功能评分在治疗后均得到提升, 其中 A 组评分高于 B 组和 C 组患者, 详情见表 2。

表 2: 面部神经功能评分对比

组别	治疗前	治疗后
A 组 (n=30)	23.1 ± 4.2	87.2 ± 7.9
B 组 (n=30)	24.2 ± 6.3	71.2 ± 4.9
C 组 (n=30)	23.5 ± 3.5	72.3 ± 5.2

3 讨论

祖国中医学将周围性面瘫归于“口癖”, 致病因是患者卫阳不固, 受风寒之邪侵袭少阳、阳明脉络, 引发经气阻滞、气血运行迟滞, 继而导致患者发病。该疾多发于夏季和冬季, 发病迅速, 在数小时内可发展至病情的高峰期, 多常见一侧的面部发病, 对患者的生活及工作带来严重的影响, 也增加了患者的心理负担。临床治疗的关键在于将面部患侧的经脉进行疏通, 确保经气通畅、气血平衡, 在以此通过及时的治疗帮助患者尽早康复。

研究结果显示: A 组的治疗有效率 93.3% 分别高于 B 组的 70%, C 组的 66.7% ($P < 0.05$); 且 A 组面部神经功能评分高于 B 组和 C 组。分析 PNF 训练联合穴位按摩方法应用效果显著的原因是: 1. PNF 训练

是以发育学、神经生理及解剖学为理论依据的训练方法, 大脑支配的运动并非是单一性肌肉收缩运动, 以运动模式构成的运动, 使得多数肌肉纤维呈现对角线形和螺旋形特点的排列表现, 以该体征为入手点进行对角线、螺旋运动可实现对运动神经元的刺激作用, 提高兴奋性。在借助反复的手接触和语言性刺激, 维持了感受器的兴奋性, 并以健侧的肌肉联动患侧肌肉运动。进而纠正了异常的运动模式, 有利于瘫痪肌力量的增强和协调运动恢复^[5]。2. 穴位按摩中所选穴位, 手足阳明及足厥阴经路线经过患者的面部口、唇部位; 手足少阳及手太阳路线经患者的目外眦; 足阳明及手足太阳经患者目内眦。由此局部选取翳风、鱼腰、太阳、四白、牵正等穴位, 并配合辨证取穴, 改善了局部的微循环, 增加了局部的血流量, 有利于患者气血、脏腑及阴阳平衡。促使神经组织的代谢, 促使患者病损的面部神经功能的快速恢复^[6]。

综上, 在周围性面瘫患者治疗中应用 PNF 训练和穴位按摩方法, 能够缩短患者的病程, 缓解症状, 有效的防止了患者面部肌肉萎缩, 实现面部肌能功能的恢复, 具有较高的临床应用价值。

参考文献

- [1] 杨楠. 面部 PNF 技术联合针刺疗法治疗周围性面神经麻痹的临床疗效观察[J]. 中国民间疗法, 2016, 24(3):70-71.
- [2] 冯美果. 针刺配合 PNF 技术治疗中枢性面瘫疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(1):18-20.
- [3] 廖明霞, 杨春光, 史发林, 等. 针刺结合 PNF 技术治疗脑卒中后中枢性面瘫疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(1):61-62.
- [4] 王声强, 白亚平, 王子臣. 周围性面神经麻痹的临床评估及疗效判定标准方案(修订案)[J]. 中国针灸, 2009, 26(s1):71-73.
- [5] 康玉萍, 刘海永, 白如玉, 等. 中医特色护理方法在急性期周围性面瘫患者中的应用[J]. 中国医药导报, 2016, 13(28):155-158.
- [6] 杜元会, 曾强, 刘丽, 等. 穴位注射疗法治疗周围性面瘫药物的研究进展[J]. 中国当代医药, 2017, 24(3):20-23.

(上接第 14 页)

参、葶苈子、泽泻、玉竹、桂枝、红花、香加皮、陈皮等中药组成, 具有补气温阳、固表止汗、活血化痰, 通利脉络等作用, 现代药理学研究显示, 芪苈强心胶囊不仅能强心、利尿、扩血管, 改善血流动力学, 缓解心衰症状, 又能干预神经内分泌的过度激活, 减少心室重构, 改善心衰患者的长期预后。本次研究结果表明, 观察组治疗有效率高于对照组, 差异有统计学意义, 表明加入加味三仁汤后治疗疗效值得肯定, 且提高了 LVEF 和 LVESD 水平, 提高步行试验行走距离, 此结果与赵书刚^[9]等相关研究具有一致性。

综上所述, 加味三仁汤治疗冠心病慢性心力衰竭三焦湿热证的临床疗效显著, 可以明显改善患者左心室射血分数和收缩末期径, 且患者发生不良反应情况较少, 值得推广。

参考文献

- [1] 刘晓霞, 杨静, 韩如智. 不同年龄段冠心病患者的临床特点及相关影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2013, 16(18):2082-2084.
- [2] 乔松彦. 真武汤加减治疗冠心病慢性心力衰竭临床观察[J]. 亚太传统医药, 2015, 02:119-120.
- [3] 苏伟青, 冯日芳, 刘华春, 等. 丹红注射液对充血性心力衰

竭患者的临床疗效及对血浆 NPY、CGRP 水平的影响[J]. 陕西医学杂志, 2010, 39(8):976-978.

- [4] 别艾军. 急性冠脉综合征患者 NT-proBNP 与冠脉病变程度及心功能的关系[J]. 中华全科医学, 2013, 11(6):877-879.
- [5] Liao YF, Feng Y, Chen LL, et al. Coronary heart disease risk equivalence in diabetes and arterial diseases characterized by endothelial function and endothelial progenitor cell[J]. J Diabetes Complications, 2014, 28(2):214-218.
- [6] 吴群玫, 马海龙, 孙志君. PCI 对冠心病患者 QT 离散度和心率变异性的影响[J]. 辽宁医学杂志, 2013, 27:174-176.
- [7] 熊水才. 中西医结合治疗心肾阳虚型冠心病慢性心衰 50 例临床观察[J]. 实用中西医结合临床, 2016, 16(1):18-20.
- [8] 韩轶, 陈继红, 高玉, 等. 芪红汤联合美托洛尔治疗冠心病合并慢性心力衰竭的疗效及对心功能、hs-CRP、NT-proBNP 的影响[J]. 陕西中医, 2015, 36(7):800-801.
- [9] 赵书刚, 李厚英, 陈昕, 等. 补气畅络方治疗气虚血瘀型冠心病慢性心衰的疗效观察及对炎症因子的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(3):238-240.

(上接第 15 页)

综上所述, 目前在高血压脑出血的治疗过程中运用微创颅骨钻孔血肿抽吸引流术治疗能够取得比较理想的效果, 产生的并发症比较少, 可以在临床上进行推广应用。

参考文献

- [1] 宋敏鹰. 骨瓣开颅血肿清除和颅骨钻孔血肿引流术治疗老年高血压脑出血的疗效[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015(16):38-39.
- [2] 鲁华山, 于长义, 田志家. 大骨瓣开颅血肿清除术与颅骨钻

孔血肿外引流术治疗高血压脑出血的临床疗效分析[J]. 现代妇女: 医学前沿, 2015:102-102.

- [3] 胡萍. 颅骨钻孔穿刺引流术治疗高血压脑出血的护理要点分析[J]. 中国保健营养, 2015, 25(8):213-214.
- [4] 马金波, 李伟, 陈慧源. 颅骨钻孔尿激酶溶解引流术治疗脑出血的疗效分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015(18):8-9.
- [5] 杨家书. 用小骨窗开颅血肿清除术和颅骨钻孔血肿引流术治疗高血压脑出血的疗效对比[J]. 当代医药论坛, 2015(10):280-281.