

# 舒张性心衰患者应用芪苈强心胶囊治疗的效果分析

胡鹏, 朱定君, 曹学敏, 陈志强

黄石市中心医院 湖北理工大学附属医院心内科, 湖北 黄石 435000

**摘要:** **目的** 观察舒张性心衰患者采用芪苈强心胶囊治疗的临床疗效。**方法** 选取心内科 2014 年 5 月至 2015 年 6 月期间收治的 84 例舒张性心衰患者作为临床治疗对象, 采用随机数字表法将 84 例患者均分为治疗组与对照组, 治疗组 42 例患者采用芪苈强心胶囊治疗方案, 对照组 42 例患者采用贝那普利联合美托洛尔治疗方案, 观察两组患者临床疗效及治疗前后左室舒张末期内径(LVEDD)、左室射血分数(LVEF)、N 末端 B 型利钠肽原(NT-proBNP)、C-反应蛋白(CRP)水平差异。**结果** 经不同药物方案治疗后, 治疗组治疗总有效率达 93.86%, 对照组治疗总有效率为 78.58%, 两组比较差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗后, 两组患者的 NT-proBNP、CRP 水平均得到了显著改善( $P$  均  $< 0.05$ ), 但治疗组两项指标水平均显著低于对照组, 差异具有统计学意义( $P$  均  $< 0.05$ ); 两组患者 LVEF、LVEDD 指标相比治疗前均得到了明显改善( $P$  均  $< 0.05$ ), 但治疗组 LVEF 水平显著高于对照组, 而 LVEDD 水平低于对照组, 差异具有统计学意义( $P$  均  $< 0.05$ )。**结论** 舒张性心衰患者应用芪苈强心胶囊治疗方案, 具有着确切的临床疗效, 可有效减少血管炎性反应, 强化患者心脏舒张功能。

**关键词:** 芪苈强心胶囊; 左室舒张末期内径; 左室射血分数; N 末端 B 型利钠肽原; C-反应蛋白

**中图分类号:** R 541.6 R 256.2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)07-0957-03

舒张性心衰是心血管内科临床较为常见的一类心力衰竭症状, 主要是由于心室肌松弛、顺应性较低、心室充盈压增高, 导致体循环、肺循环淤血等临床综合症状, 现实致病诱因相对复杂, 且临床治疗难度较大, 易导致患者不良疾病后果, 亟待合理关注<sup>[1]</sup>。本研究为强化舒张性心衰患者治疗效果, 切实改善患者心功能, 选取我院 2014 年 5 月以来收治的 42 例舒张性心衰患者作为治疗对象, 给予了芪苈强心胶囊治疗, 另纳入了我院同期收治的 42 例舒张性心衰患者设为对照组, 实施了贝那普利联合美托洛尔治疗方案, 采用对比分析法对两组患者疗效差异实施了综合比较, 现将研究结果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院心内科 2014 年 5 月至 2015 年 6 月收治的 84 例舒张性心衰患者作为临床治疗对象。所有患者均满足欧洲心脏病学会《急性心力衰竭指南》中有关舒张性心力衰竭的临床诊断标准: 84 例患者均存在典型的心衰症状, 主诉反应为不同程度心绞痛、乏力、呼吸困难症状, 肺部可闻湿罗音, 左室收缩功能正常抑或呈轻度受损情况, 左焯、左室射血分数(LVEF)  $\geq 50\%$ , 舒张功能异常征象明

显。中医诊断参照“中药新药治疗心力衰竭的临床研究指导原则”实施, 具体症候为阳气虚乏、血瘀水停证<sup>[2]</sup>。剔除急性心衰, 心肌梗死, 严重肝、肺、肾等脏器功能不全, 过敏体质及妊娠哺乳期患者。84 例患者均于治疗前签署知情同意书, 自愿纳入本研究; 采用随机数字表法将 84 例患者均分为治疗组与对照组。治疗组 42 例患者中, 男性 22 例, 女性 20 例, 年龄 42 ~ 74(58.7  $\pm$  12.4) 岁, 心功能分级 II 级患者 24 例, III 级 18 例。对照组 42 例患者中, 男性 23 例, 女性患者 19 例, 年龄 43 ~ 73(59.9  $\pm$  11.8) 岁, 心功能分级 II 级 23 例, III 级 19 例。两组患者性别、年龄、病情等一般资料对比无明显差异( $P$  均  $> 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 方法** 本研究 84 例患者入院后, 积极引导患者作心电图、心脏彩超检查, 观察了解患者病情; 对照组 42 例患者均应用西医常规药物贝那普利联合美托洛尔治疗, 控制房颤心率、心律, 改善左心室舒张功能。给药方法: 盐酸贝那普利片(先声药业有限公司生产, 国药准字 H20063041, 药品规格 10 mg/片) 口服药 10 mg/次, 1 次/d<sup>[3]</sup>; 美托洛尔片(远大医药有限公司生产, 国药准字 H20073972, 药品规格 25 mg/片) 12.5 mg/次, 2 次/d, 持续用药 4 周<sup>[4]</sup>。观察组 42 例患者, 均给予芪苈强心胶囊治疗(石家庄以岭药业股份有限公司生产, 国药准字 Z20040141, 药品规格 0.3 g/粒), 给药方法: 4 粒/次, 3 次/d, 饭后 30 min 口服药, 持续治疗 4 周<sup>[5]</sup>。

1.3 观察指标 本研究 84 例患者治疗前后,均应用飞利浦 5500 型心脏超声诊断仪监测患者心脏舒张功能,观察治疗前后患者的左心室舒张末期内径(LVEDD)和 LVEF 改善情况<sup>[6]</sup>;同时采用免疫荧光法检测患者血浆 N 末端 B 型利钠肽原(N-proBNP)水平:晨起空腹抽取患者肘静脉血 2 ml,置入乙二胺四乙酸(EDTA)抗凝管,借助 Triage 检测仪实施检测。采用散射比浊法测定血清 C-反应蛋白(CRP)水平,借助 AU2700 全自动生化分析仪操作,试剂由浙江伊利康生物技术有限公司提供<sup>[7]</sup>。详细记录上述各项指标检测结果。

1.4 疗效评价 本研究 84 例患者临床疗效评价,划分为显效、有效、无效 3 级标准,参照《中药新药治疗 CHF 的临床研究指导原则》实施评价。显效:药物治疗 4 周后,患者心绞痛、乏力、肺部湿罗音等症状、体征明显改善,心衰基本控制或心功能相比治疗前改善 2 级以上,但未达到 1 级水平。有效:药物治疗 4 周后,患者各项症状、体征有所改善;心功能进步 1 级。无效:药物治疗 4 周后,患者各项症状、体征未见明显改善或加重,心功能改善不足 1 级。治疗总有效 = 显效 + 有效。

1.5 统计学分析 本研究数据均纳入 SPSS 18.0 软件行统计学分析。计数资料以 % 表示,行  $\chi^2$  检验;计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用成组  $t$  检验,组内比较采用配对  $t$  检验。 $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者 NT-proBNP、CRP 指标水平比较 治疗前,治疗组与对照组患者 NT-proBNP、CRP 水平并无明显差异( $P$  均  $> 0.05$ )。治疗后,两组患者的 NT-proBNP、CRP 水平均得到了显著改善( $P$  均  $< 0.05$ ),但治疗组两项指标水平均显著低于对照组,差异具有统计学意义( $P$  均  $< 0.05$ )。见表 1。

2.2 两组患者心功能指标对比 治疗前,两组患者 LVEF、LVEDD 指标无明显差异( $P$  均  $> 0.05$ )。治疗后,两组患者 LVEF、LVEDD 指标相比治疗前均得到了明显改善( $P$  均  $< 0.05$ ),但治疗组 LVEF 水平显著高于对照组,而 LVEDD 水平低于对照组,差异均具有统计学意义( $P$  均  $< 0.05$ )。见表 2。

2.3 两组患者临床疗效对比 治疗组治疗总有效率达 93.86%,对照组治疗总有效率为 78.58%,两组比较差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 1 两组患者 NT-proBNP、CRP 指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	NT-proBNP (pg/ml)	CRP (g/L)
对照组	42		
治疗前		2276.41 ± 791.22	24.34 ± 6.73
治疗后		1893.15 ± 807.43 <sup>①</sup>	5.21 ± 3.53 <sup>①</sup>
治疗组	42		
治疗前		2245.22 ± 784.53	24.62 ± 6.85
治疗后		1634.45 ± 522.17 <sup>①②</sup>	3.29 ± 3.02 <sup>①②</sup>

注:与治疗前比较,<sup>①</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>②</sup> $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者心功能指标改善情况对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	LVEF (%)	LVEDD (mm)
对照组	42		
治疗前		50.24 ± 6.21	61.74 ± 7.71
治疗后		53.62 ± 6.76 <sup>①</sup>	53.15 ± 6.64 <sup>①</sup>
治疗组	42		
治疗前		50.73 ± 5.25	62.14 ± 7.21
治疗后		58.35 ± 7.43 <sup>①②</sup>	46.27 ± 5.62 <sup>①②</sup>

注:与治疗前比较,<sup>①</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>②</sup> $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者临床疗效比较 例 (%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	42	18(42.86)	15(35.72)	9(21.42)	33(78.58)
治疗组	42	23(54.76)	16(38.09)	3(7.14)	39(93.86) <sup>①</sup>

注:与对照组相比,<sup>①</sup> $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

舒张性心衰是心内科临床较典型的一类心力衰竭症状,患者通常表现为心室射血分数趋于正常,但心室舒张功能呈现异常情况;患者心室舒张功能异常情况的发生,多是由心室功能不全导致心室充盈变慢所致;抑或因心室顺应性不佳,造成心室膨胀受限,而产生心室充盈障碍发生<sup>[8]</sup>。西医临床治疗舒张性心力衰竭患者,主张通过强化左心室充盈压的方式,确保正常心室充盈度及心搏量,因此临床治疗过程中也广泛选用血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、血管紧张素受体拮抗剂(ARB)、钙通道阻滞剂(CCB)、 $\beta$ 受体阻滞剂,以强化患者心室充盈度,改善心室扩张功能<sup>[9]</sup>。

本研究中对照组 42 例患者治疗所用的美托洛尔、贝那普利分别为  $\beta_1$  受体拮抗剂 ACEI,贝那普利可良性抑制心血管紧张素转换酶生成,降低血管紧张素 II 介导作用,强化心输出量同时,提升心室顺应性。而美托洛尔药物无内在拟交感活性,对心脏有较大的选择性作用,可良好拮抗  $\beta_1$ -受体,降低交感神经兴奋与起搏电流,改善患者心衰症状<sup>[10]</sup>。综合来讲,舒张性心衰患者采用 ACEI、 $\beta$ 受体阻滞剂类药物,虽可相应达到改善病情的目的,但同预期效果存在着

## 参考文献

- [1] 雷晓燕, 崔梅花. 溃疡性结肠炎的治疗进展[J]. 山东医药, 2014, 54(6): 99-102.
- [2] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012年, 广东)[J]. 中华消化杂志, 2012, 32(12): 796-813.
- [3] 江学良, 崔慧斐. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见的解析[J]. 世界华人消化杂志, 2008, 16(11): 1141-1143.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(6): 891-895.
- [5] 郭威, 于洋. 柳氮磺胺吡啶联合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎的疗效及其对血清白介素-2 和 C-反应蛋白的影响研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(8): 863-864.
- [6] 王巧玲. 康复新液灌肠联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎临床观察[J]. 山西医药杂志, 2014, 43(5): 539-540.
- [7] 林燕. 解毒化瘀中药灌肠对溃疡性结肠炎活动期及缓解期炎症反应的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2014, 22(2): 61-64.
- [8] 付学源, 王真权. 近 5 年来中药灌肠治疗溃疡性结肠炎的研究进展[J]. 现代中医药, 2012, 32(1): 85-90.
- [9] 陈曦, 田耀州, 夏军权. 溃疡性结肠炎治疗研究进展[J]. 南京中医药大学学报, 2013, 29(3): 293-296.
- [10] 高英杰, 王英南, 赵佛军, 等. 中西药结合治疗溃疡性结肠炎的临床观察[J]. 河北医学, 2015, 21(7): 1187-1189.
- [11] 陆琳琳, 沈洪, 姚宏凤, 等. 清肠化湿方对小鼠溃疡性结肠炎 Th17/Treg 平衡的调节作用[J]. 南京中医药大学学报, 2014, 30(2): 130-133.
- [12] 王叙国, 王淑琴, 向萍, 等. 溃疡性结肠炎的中西医治疗近况[J]. 东南国防医药, 2014, 16(1): 76-77, 85.
- [13] 谢建峰. 中药灌肠配合锡类散及云南白药治疗溃疡性结肠炎临床观察[J]. 浙江创伤外科, 2008, 13(2): 166-167.
- [14] 王新月, 王建云. 溃疡性结肠炎中医治疗的关键问题与优势对策[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(2): 263-267.
- [15] 任秀梅, 刘少宁, 董志强. 云南白药与锡类散保留灌肠联合口服美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的疗效观察[J]. 现代消化及介入诊疗, 2012, 17(14): 231-232.

收稿日期: 2016-02-17 编辑: 王娜娜

(上接第 958 页)

一定偏颇, 难以治本<sup>[4]</sup>。因此, 越来越多学者开始从中医视角关注舒张性心衰患者的治疗。

从中医络病学来讲, 心气虚乏、运血无力是为舒张性心衰发病之本, 络脉瘀阻为病机重心环节, 因瘀血水饮阻滞络脉, 久之结聚淤积心络, 呈病情加重发展趋势。所以针对舒张性心衰患者治疗, 当以益气温阳、活血通络、利水消肿为主要原则<sup>[11]</sup>。芪苈强心胶囊是临床治疗心血管系统疾病患者常用的一类处方药物, 药物主要成分是为黄芪、红花、陈皮、丹参、桂枝、人参等, 主要药理作用即增加患者的心肌收缩力、心输出量及肾血流量同时, 降低心室壁厚度及心脏指数, 减轻心室重构, 缓解消除舒张性心衰症状。芪苈强心胶囊有效成分, 可抑制神经内分泌免疫系统肾素-血管紧张素-血管紧张素 II 水平, 就患者血管内皮功能作出改善, 抑制炎症因子产生的心肌细胞损伤同时, 强化患者心功能<sup>[12]</sup>。

本研究中, 观察组 42 例舒张性心衰患者, 经芪苈强心胶囊药物治疗 4 周后, CRP 水平明显降低, 提示血管炎性反应减轻。且治疗后患者 NT-proBNP 水平显著下降, LVEDD 呈缩小趋势, 相比对照组 42 例患者各项功能指标改善程度明显更佳, 提示患者左心收缩功能明显提高, 心室重构改善。综上所述, 舒张性心衰患者应用芪苈强心胶囊治疗的确切疗效, 可有效减少血管炎性反应, 强化患者心脏舒张功能。

## 参考文献

- [1] 方美琴, 洪华山, 林晓红, 等. 舒张性心衰和收缩性心衰临床比

较[J]. 心血管康复医学杂志, 2013, 22(3): 241-247.

- [2] 詹莹. 慢性心力衰竭患者的病因及心衰类型分析[J]. 宁夏医学杂志, 2015, 37(2): 158-160.
- [3] 王京, 高燕. 氢氯噻嗪联合贝那普利治疗心衰的疗效分析[J]. 包头医学院学报, 2015, 31(10): 47-48.
- [4] 刘永铭. 左心室射血分数正常心衰的治疗策略[J]. 西部医学, 2015, 27(3): 323-326.
- [5] 陈慧, 李春, 石天娇, 等. 芪参益气滴丸对心衰大鼠 RAAS 系统的实验研究[J]. 北京中医药大学学报, 2014, 37(8): 538-542.
- [6] 胡孟芬, 丁钧, 华坚, 等. 负荷超声心动图对缺血性舒张性心力衰竭疗效的评估价值[J]. 中国医刊, 2015, 50(7): 87-90.
- [7] 刘庆福, 彭慧萍, 叶顺群, 等. C 反应蛋白与 N 末端脑利钠肽原在老年舒张性心力衰竭诊治中的评价分析[J]. 中国医药科学, 2015, 5(9): 127-129.
- [8] 聂慧娟, 黄织春, 张世新, 等. 舒张性心力衰竭 125 例诊治体会[J]. 内蒙古医学杂志, 2013, 45(12): 1430-1432.
- [9] 周鹏, 逮金金, 林谦, 等. 舒张性心力衰竭研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2015, 13(1): 20-22.
- [10] 秦牧, 于胜波, 孔斌, 等. 右心室舒张末期内径对慢性收缩性心力衰竭患者预后的影响[J]. 中华老年医学杂志, 2015, 34(8): 849-853.
- [11] 安东, 余陆娇, 张子新, 等. 慢性心力衰竭患者红细胞压积与脑钠肽关系的临床观察[J]. 心血管康复医学杂志, 2013, 22(4): 345-347.
- [12] 蔡少杭, 吴怡萍, 陈晖, 等. 强心康对 LVEF 降低性心衰患者 BNP, RDW 水平的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2015, 31(2): 126-128.

收稿日期: 2016-03-14 编辑: 王娜娜