

七味丹萆饮治疗 2 型糖尿病合并慢性心力衰竭的临床观察



周会明

摘要:目的 观察七味丹萆饮治疗 2 型糖尿病合并慢性心力衰竭的临床疗效。方法 选取 2 型糖尿病合并慢性心力衰竭病人 82 例,将其按随机数字表法分为两组,对照组采用内科常规治疗,治疗组在内科常规治疗基础上联合七味丹萆饮治疗,两组均治疗 8 周。观察两组治疗前后糖化血红蛋白(HbA1c)、三酰甘油(TG)、血浆 N 末端脑钠肽前体(NT-proBNP)、血浆黏度、红细胞聚集指数、纤维蛋白原、左室射血分数(LVEF)、每搏量(SV)、心排血量(CO)变化。结果 两组治疗后 HbA1c、TG、血浆 NT-proBNP 均较治疗前降低($P < 0.05$),LVEF、SV、CO 较治疗前均升高($P < 0.05$),治疗组降低及升高程度优于对照组($P < 0.05$);治疗组治疗后血浆黏度、红细胞聚集指数、纤维蛋白原均较治疗前降低($P < 0.05$),对照组治疗后血浆黏度、红细胞聚集指数、纤维蛋白原与治疗前比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗组降低程度优于对照组($P < 0.05$);治疗组总有效率高于对照组(92.11%与 75.00%, $P < 0.05$)。结论 七味丹萆饮治疗 2 型糖尿病合并慢性心力衰竭,能够更好地控制血糖与血脂,改善血液流变学特性,提高临床疗效。

关键词:2 型糖尿病;慢性心力衰竭;七味丹萆饮;血脂;N 末端脑钠肽前体;左室射血分数

中图分类号:R541.6 R289.5 **文献标识码:**B **doi:**10.12102/j.issn.1672-1349.2019.13.023

2 型糖尿病以持续高血糖及胰岛素 β 细胞功能衰竭为特征,可并发心肌病、冠心病、心律失常及高血压等心血管疾病,进而通过多种作用机制与途径促使心脏收缩与舒张功能下降,诱发和加重心力衰竭进程,是心力衰竭发生的独立危险因素^[1-3]。有研究表明,血糖控制情况是影响心力衰竭预后的重要因素^[4],采用正确的中西医结合诊治方案对改善糖尿病合并心力衰竭的预后具有重要意义^[5]。本研究采用七味丹萆饮治疗 2 型糖尿病合并慢性心力衰竭,取得了较好的临床疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择标准

1.1.1 诊断标准 依据《中国 2 型糖尿病防治指南(2013 年版)》^[6]确定 2 型糖尿病诊断标准;依据《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014》^[7]确定慢性心力衰竭诊断标准;依据《慢性心力衰竭中医诊疗专家共识》^[8]确定气阴两虚、痰瘀痹阻证诊断标准。

1.1.2 纳入标准 符合上述诊断标准,且先患 2 型糖尿病后发生慢性心力衰竭;年龄 18~80 岁;就诊前 1 周内未采取可能影响疗效评价的措施;病人或家属签署知情同意书。

1.1.3 排除标准 急性心力衰竭、严重室性心律失常、完全房室传导阻滞等;合并肝、肾及血液系统等严重原

发性疾病、精神障碍性疾病及感染性疾病;妊娠或哺乳期女性;对试验药物过敏;正在参加其他临床试验。

1.2 临床资料 选取 2015 年 1 月—2016 年 12 月就诊于我院的 82 例 2 型糖尿病合并慢性心力衰竭病人,采用随机数字表法将其分为对照组和治疗组。对照组 41 例,1 例违背用药方案终止试验研究,有效病例 40 例,其中男 23 例,女 17 例;年龄 49~76(65.73 \pm 8.49)岁;糖尿病病程 5~18(11.55 \pm 4.80)年;慢性心力衰竭病程 3~10(6.64 \pm 2.23)年;美国纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级 II 级 13 例,III 级 19 例,IV 级 8 例。治疗组 41 例,2 例违背用药方案终止研究,1 例因交通意外死亡,有效病例 38 例,其中男 24 例,女 14 例;年龄 45~79(66.20 \pm 8.75)岁;糖尿病病程 3~20(12.06 \pm 5.13)年;慢性心力衰竭病程 3~12(6.96 \pm 2.52)年;NYHA 心功能分级 II 级 12 例,III 级 17 例,IV 级 9 例。两组年龄、性别等资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组参照《中国 2 型糖尿病防治指南(2013 年版)》^[6]及《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014》^[7]采用控制血糖、强心、利尿及扩血管等内科常规治疗。治疗组在内科常规治疗的基础上联合七味丹萆饮治疗,七味丹萆饮组成:黄芪 20 g,党参 15 g,茯苓 15 g,炒白术 12 g,陈皮 12 g,葛根 12 g,麦冬 10 g,五味子 10 g,薤白 12 g,丹参 20 g,川芎 15 g,瓜蒌 15 g,郁金 12 g,红花 6 g,甘草 3 g。每日 1 剂,水煎至 400 mL,早晚饭后 1 h 各服 200 mL。两组均治疗 8 周。

1.4 观察指标 观察两组治疗前后糖化血红蛋白(HbA1c)、三酰甘油(TG)、血浆 N 末端脑钠肽前体(NT-proBNP)、血浆黏度、红细胞聚集指数、纤维蛋白

作者单位 河北省唐山市工人医院(河北唐山 063000),E-mail:zhm-dyjc@126.com

引用信息 周会明.七味丹萆饮治疗 2 型糖尿病合并慢性心力衰竭的临床观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(13):2008-2010.

原、左室射血分数(LVEF)、每搏量(SV)、心排血量(CO)变化,治疗后评价临床疗效。

1.5 疗效评定标准 依据《中药新药临床研究指导原则》^[9]以心功能改善情况评价疗效。显效:心力衰竭基本控制或心功能提高 2 级以上;有效:心功能提高 1 级,但不及 2 级;无效:心功能提高不足 1 级或恶化。

1.6 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计

数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 HbA1c、TG、NT-proBNP 比较 两组治疗后 HbA1c、TG、NT-proBNP 较治疗前均降低 ($P < 0.05$),治疗组降低程度优于对照组 ($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 两组治疗前后 HbA1c、TG、NT-proBNP 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	HbA1c(%)	TG(mmol/L)	NT-proBNP(pg/mL)
治疗组	38	治疗前	11.23±1.46	3.34±0.88	1 245.60±249.63
		治疗后	6.50±0.83 ¹⁾²⁾	1.10±0.75 ¹⁾	132.37±55.84 ¹⁾²⁾
对照组	40	治疗前	10.97±1.52	3.29±0.93	1 308.47±283.03
		治疗后	9.12±0.95 ¹⁾	2.17±0.62 ¹⁾²⁾	374.96±90.52 ¹⁾

与本组治疗前比较,1) $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,2) $P < 0.05$

2.2 两组治疗前后血浆黏度、红细胞聚集指数、纤维蛋白原比较 治疗组治疗后血浆黏度、红细胞聚集指数、纤维蛋白原均较治疗前降低 ($P < 0.05$),对照组治疗后血浆黏度、红细胞聚集指数、纤维蛋白原与治疗前

比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),治疗组治疗后血浆黏度、红细胞聚集指数、纤维蛋白原低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组治疗前后血浆黏度、红细胞聚集指数、纤维蛋白原比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	血浆黏度(mPa·s)	红细胞聚集指数(%)	纤维蛋白原(g/L)
治疗组	38	治疗前	1.89±0.16	2.95±0.19	4.23±0.47
		治疗后	1.60±0.12 ¹⁾²⁾	2.26±0.15 ¹⁾²⁾	2.76±0.30 ¹⁾²⁾
对照组	40	治疗前	1.91±0.20	2.90±0.17	4.28±0.53
		治疗后	1.86±0.15	2.84±0.14	4.16±0.45

与本组治疗前比较,1) $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,2) $P < 0.05$

2.3 两组治疗前后 LVEF、SV、CO 比较 两组治疗后 LVEF、SV、CO 较治疗前均升高 ($P < 0.05$),治疗组升

高程度优于对照组 ($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 两组治疗前后 LVEF、SV、CO 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	LVEF(%)	SV(mL)	CO(L/min)
治疗组	38	治疗前	35.73±4.69	43.66±7.40	3.63±0.91
		治疗后	58.46±7.33 ¹⁾²⁾	67.28±6.15 ¹⁾²⁾	4.99±0.74 ¹⁾²⁾
对照组	40	治疗前	35.30±4.77	44.09±7.83	3.70±0.96
		治疗后	49.61±6.92 ¹⁾	59.74±5.52 ¹⁾	4.32±0.78 ¹⁾

与本组治疗前比较,1) $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,2) $P < 0.05$

2.4 两组临床疗效比较(见表 4)

表 4 两组临床疗效比较

组别	例数	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	38	23	12	3	92.11
对照组	40	16	14	10	75.00

注:两组总有效率比较, $P < 0.05$

3 讨论

临床针对 2 型糖尿病合并慢性心力衰竭尚无特异性治疗方法,主要分别针对 2 型糖尿病和慢性心力衰竭给予对症支持治疗。监测糖化血红蛋白及 B 型钠尿肽水平,对 2 型糖尿病合并慢性心力衰竭的病情诊断、预后评估具有重要价值^[10]。血浆黏度、红细胞聚集指数及纤维蛋白原含量是反映血液流变学的重要指标,LVEF、SV、CO 是反映心脏射血功能的直接指标。

中医学认为,糖尿病属于“消渴”范畴,慢性心力衰竭属于“胸痹”范畴。消渴基本病机为气阴两虚,胸痹基本病机为阳微阴弦,消渴与胸痹在基本病机上具有气(阳)虚的共同点。消渴日久,脾失健运,气血津液生化乏源,则气阴两虚,心失所养;水液代谢异常,痰浊水饮内生,阻碍脉道,血液瘀阻,痰瘀痹阻,胸阳不振,可致胸痹。因此,2 型糖尿病合并慢性心力衰竭以气阴两虚、痰瘀痹阻为常见证候,治疗当益气健脾、祛痰化瘀以化生气阴,扶正祛邪。七味丹萎饮由七味白术散、生脉饮、丹萎片加减化裁而成。方中黄芪、党参健脾益气、固护中焦。茯苓健脾利湿,炒白术健脾燥湿,二者相合增强健脾祛湿功效。陈皮健脾理气、调畅气机。葛根养阴生津,麦冬生津止渴,五味子滋肾生津,三药相伍,显著增强滋养阴津的作用。丹参活血化瘀除烦,川芎理气活血止痛,郁金行气凉血破瘀,瓜蒌利气宽胸化痰,薤白通阳散结行气,红花活血祛瘀通络。甘草缓急止痛,调和诸药。全方共奏宽胸通阳、化痰散结、活血化瘀之功。现代研究表明,党参具有增强机体免疫、强心、抗血小板聚集、抗心肌缺血、降低血浆黏度及改善微循环作用^[11]。丹参素能够抗氧化,延缓心室重构形成,发挥心肌保护作用^[12]。瓜蒌具有抗心肌纤维化、抗心肌缺血、抗缺氧,抑制纤维蛋白形成、血小板聚集及 α -葡萄糖苷酶活性等多种作用^[13]。薤白具有抑制凝血、抗血栓、抗氧化、降低血脂及扩张血管等作用^[14]。川芎能够改善血液流变学,扩张血管,降低血脂,保护受损心肌细胞^[15]。红花具有抑制血细胞聚集,扩张冠状动脉血管,改善心功能的作用^[16]。全方配伍,共同发挥益气养阴、祛痰化瘀功效,达到控制血糖,降低血脂,改善微循环及心功能的作用。

综上所述,七味丹萎饮治疗 2 型糖尿病合并慢性心力衰竭,能够较好地控制血糖、降低三酰甘油,降低血浆黏度,抑制红细胞聚集及纤维蛋白原合成,改善微循环,提高心功能。

参考文献:

- [1] 徐好杰,陈魁.慢性心力衰竭与糖尿病的相关性研究进展[J].现代医药卫生,2017,33(6):837-839.
- [2] 周广朋,陈树.2 型糖尿病胰岛 β 细胞功能衰竭与糖尿病性心力衰竭[J].实用医院临床杂志,2014,11(4):284-287.
- [3] 马静,黄勤.糖尿病病人心力衰竭的发病机制及其治疗的研究进展[J].国际病理科学与临床杂志,2010,30(3):264-268.
- [4] 石献斌,田小平,游青,等.糖尿病血糖控制程度与心力衰竭预后的相关性分析[J].实用心脑血管病杂志,2010,18(3):327-328.
- [5] 符显昭,喻嵘,成细华.糖尿病合并心力衰竭的中西医结合防治思路[J].中国中医急症,2013,22(6):866-868.
- [6] 中华医学会糖尿病学分会.中国 2 型糖尿病防治指南(2013 年版)[J].中国糖尿病杂志,2014,22(8):2-42.
- [7] 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 2014[J].中华心血管病杂志,2014,42(2):98-122.
- [8] 冠心病中医临床研究联盟,中国中西医结合学会心血管病专业委员会,中华中医药学会心病分会,中国医师协会中西医结合医师分会心血管病学专家委员会.慢性心力衰竭中医诊疗专家共识[J].中医杂志,2014,55(14):1258-1260.
- [9] 中华人民共和国卫生部.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,2002:77-85.
- [10] 郝兰香,胡海涛,黄飞,等.糖化血红蛋白和 BNP 检测在糖尿病合并慢性心力衰竭患者中的意义[J].临床和实验医学杂志,2017,16(5):441-443.
- [11] 樊长征,洪巧瑜.党参对人体各系统作用的现代药理研究进展[J].中国医药导报,2016,13(10):39-43.
- [12] 孙大伟,高青,齐新.基于 MPTP 探讨丹参素对心衰大鼠左室重构影响的研究进展[J].辽宁中医杂志,2017,44(5):1103-1107.
- [13] 郭琳,苗明三.瓜蒌化学、药理及临床应用探讨[J].中医学报,2014,29(6):865-868.
- [14] 盛华刚.薤白的化学成分和药理作用研究进展[J].药学研究,2013,32(1):42-44.
- [15] 杜旌畅,谢晓芳,熊亮,等.川芎挥发油的化学成分与药理活性研究进展[J].中国中药杂志,2016,41(23):4328-4333.
- [16] 邵礼梅,许世伟,苏玉娟.红花药物分析、化学成分及现代药理研究进展[J].中医药信息,2017,34(2):123-125.

(收稿日期:2018-03-26)

(本文编辑 郭怀印)