

17 家中医医院慢性心力衰竭患者 临床特征及治疗情况调查

罗良涛¹ 王 娟¹ 赵慧辉¹ 徐学功² 郭淑贞¹ 陈建新¹ 张 鹏^{1,3}
陈 婵^{1,4} 毕立夫¹ 王 伟¹

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)是一种复杂的临床症状群,是各种心脏疾病导致心功能不全的一种综合征,为各种心脏病的严重阶段,发病率较高。据我国 50 家医院住院病历调查,心力衰竭住院率只占同期心血管病的 20%,但病死率占 40%,严重患者存活不到 1 年,对人民健康危害甚大,预后差,年病死率达 15%~50%^[1]。心力衰竭的发病率仍将继续增长,成为 21 世纪最重要的心血管病^[2]。中医药在 CHF 治疗过程中发挥着重要作用,中医医院和中西医结合医院作为中医药治疗的主要医疗机构,为 CHF 的中医药治疗提供支持保障。因此,本研究调查全国 17 家中医医院 CHF 患者临床特点、治疗情况,为中医医院治疗 CHF 提供借鉴。

资料与方法

1 诊断标准 CHF 诊断依据 2007 年慢性心力衰竭诊断治疗指南^[2];心功能分级参照美国纽约心脏病学会(New York Heart Association, NYHA)制定的标准^[3]。中医辨证分型标准:血瘀证诊断参照 1986 年中国中西医结合学会活血化瘀研究委员会制定的血瘀证诊断标准^[4];气虚证、血虚证、阳虚证、阴虚证诊断参照中医虚证辨证参考标准^[5];气滞证、痰浊证、水停证诊断参照《中医临床诊疗术语——证候部分》^[6]。

2 纳入及排除标准 纳入标准:(1)符合 CHF 诊断;(2)CHF 分阶段标准为 C 阶段^[7];(3)年龄 18~80 岁;(4)签署知情同意书。排除标准:(1)合并

急性心肌梗死、心源性休克、急性心肌炎、严重心律失常伴有血流动力学改变;(2)并发感染:发热、血象升高(白细胞计数 $>10 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 $>85\%$)、胸片提示有片状阴影;(3)合并严重肝、肾功能不全,血液系统及恶性肿瘤等原发病;(4)妊娠或哺乳期妇女;(5)精神病、传染病患者。

3 一般资料 本研究共纳入 1 088 例 CHF 患者,来自于 2009 年 5 月—2012 年 8 月国内 17 家三级甲等中医医院(北京中医药大学东直门医院 35 例,卫生部中日友好医院 60 例,北京中医药大学东方医院 45 例,湖北省中医院 143 例,吉林省长春中医药大学附属医院 76 例,新疆医科大学附属中医医院 100 例,河南省郑州市中医院 158 例,浙江省杭州市中医院 48 例,四川省成都市中西医结合医院 49 例,湖北省宜昌市中医医院 65 例,山东省淄博市中医院 48 例,河南省中医院 27 例,江苏省常州市中医院 31 例,江苏省无锡市中医院 28 例,江苏省中医院 30 例,中国中医科学院广安门医院 79 例,湖北省武汉市中医医院 66 例),其中男性 622 例(57.17%),女性 466 例(42.83%),男女比例为 1.33:1,平均年龄为 (66.99 ± 10.33) 岁,其中住院患者共 944 例,占 86.76%。平均 CHF 病史为 (3.32 ± 5.00) 年。

4 观察指标及方法 根据文献[8]研究结果,结合 3 轮三级甲等中医院心内科主任医师论证,制定 CHF 临床流行病学调查表,同时对参加研究的医生、研究生进行统一培训,由培训合格的研究者根据入组患者情况如实填写观察表。观察指标主要为基础病因、心功能分级、合并疾病、西药治疗情况、中医证候要素及中药汤剂、成药使用情况,并对 886 例 CHF 患者的发病诱因进行分析。所有观察表表格统一汇集至北京中医药大学课题组相关负责人。调查过程中,指定专门的临床监察员对观察表资料进行监督。

5 统计学方法 利用 Epidata 3.1 建立数据库,并对数据库进行录入测试修改,采用双人背对背录入,然后进行一致性检验,对不一致的结果,根据原始资料进行校正。运用 SPSS 17.0 统计软件对调查资料进

基金项目:国家中医药管理局中医药行业科研专项资助项目(No. 200807007);北京中医药大学科研创新团队项目(No. 2011-CXTD-06)

作者单位:1. 北京中医药大学基础医学院(北京 100029);2. 河南省郑州市中医院(郑州 450000);3. 湖北省武汉市中医院心血管科(武汉 430014);4. 浙江省杭州市萧山区中医院(杭州 311201)

通讯作者:王 伟, Tel: 010-64286508, E-mail: wangwei26960@163.com

DOI: 10.7661/CJIM.2014.06.0754

行描述性统计分析。

结 果

1 基础病因及心功能分级分布情况 1 088 例 CHF 患者中,基础病因为冠心病的共 924 例(84.93%),高血压性心脏病共 381 例(35.02%),扩张性心肌病共 73 例(6.71%);病因为冠心病的 CHF 患者中,有陈旧性心肌梗死病史的患者共 260 例(23.90%)。依据 NYHA 心功能分级,心功能 I 级患者 15 例(1.38%),心功能 II 级患者 280 例(25.74%),Ⅲ级患者 636 例(58.46%),Ⅳ级患者 150 例(13.79%),不详 7 例(0.64%)。

2 发病诱因分布情况(表 1) 对 886 例 CHF 患者中,发病诱因由高到低依次为过度劳累、原有心脏病加重、感染、情绪波动、心律失常、摄盐过多、气候变化、用药不当、输液过多过快、电解质紊乱(酸碱平衡失调)。

表 1 CHF 患者发病诱因分布列表

发病诱因	例数	百分比(%)
过度劳累	491	55.42
原有心脏病加重	243	27.43
感染	204	23.02
情绪波动	191	21.56
心律失常	74	8.35
摄盐过多	38	4.29
气候变化	36	4.06
用药不当	26	2.93
输液过多、过快	20	2.26
电解质紊乱、酸碱平衡失调	8	0.90

3 合并疾病分布情况 合并疾病主要有:糖尿病 275 例(25.28%);心律失常 242 例(22.24%),其中房颤 133 例(12.22%);脑血管疾病 128 例(11.76%);血脂异常 115 例(10.57%)。

4 西药治疗情况(表 2) CHF 患者中,西药使用率前 11 位由高到底依次为血管紧张素转化酶抑制

表 2 CHF 患者西药治疗情况

西药名称	例数	百分比(%)
ACEI/ARB	550	50.55
阿司匹林	524	48.16
β受体阻滞剂	485	44.58
利尿剂	433	39.80
硝酸酯类	353	32.44
降脂药物	284	26.10
醛固酮受体拮抗剂	281	25.83
CCB	230	21.14
洋地黄类强心药	228	20.96
氯吡格雷	139	12.78
曲美他嗪	130	11.95

注:本表中仅列出使用次数在 10% 以上的西药

剂(ACEI)/血管紧张素 II 受体拮抗剂(ARB)、阿司匹林、β受体阻滞剂、利尿剂、硝酸酯类、降脂药物、醛固酮受体拮抗剂、钙离子拮抗剂(CCB)、洋地黄类强心药、氯吡格雷、曲美他嗪。钙离子拮抗剂中氨氯地平、非洛地平使用患者共 156 例(67.83%)。

5 中医证候要素分布情况(表 3) CHF 患者总体证候要素分布从高到低依次为气虚、血瘀、水停、阴虚、痰浊、阳虚、血虚、气滞。

表 3 CHF 患者中医证候要素分布情况

证候要素	例数	百分比(%)
气虚	887	81.53
血瘀	832	76.47
水停	339	31.16
阴虚	294	27.02
痰浊	266	24.45
阳虚	216	19.85
血虚	49	4.50
气滞	15	1.38

6 中药汤剂、成药使用情况 1 088 例患者中服用中药汤剂的共 642 例(59.01%),主要以益气、活血、利水、滋阴、化痰等方法为主,使用方剂主要有生脉散、保元汤、五苓散、真武汤等;服用中成药的共 306 例(28.13%)(表 4),治法主要为益气强心、活血化瘀、

表 4 CHF 患者中成药使用情况

中成药	例数	百分比(%)
麝香保心丸	41	3.77
复方丹参滴丸	38	3.49
冠心丹参滴丸	37	3.40
芪苈强心胶囊	34	3.12
速效救心丸	26	2.39
血府逐瘀片	17	1.56
稳心颗粒	12	1.10
心可宁胶囊	11	1.01
血塞通软胶囊	10	0.92
通心络胶囊	9	0.83
参松养心胶囊	7	0.64
血脂康胶囊	5	0.46
补心气口服液	5	0.46
振源胶囊	4	0.37
银杏叶片	4	0.37
心可舒胶囊	4	0.37
珍珠降压	2	0.18
血栓通	2	0.18
心通口服液	2	0.18
心宝丸	2	0.18
脑心痛胶囊	2	0.18
地奥心血康	2	0.18
参桂胶囊	2	0.18

注:使用频率为 1 次的中成药未列出

温阳利水、养阴等,其中中成药使用频率前 10 位依次为麝香保心丸、复方丹参片、冠心丹参滴丸、芪苈强心胶囊、速效救心丸、血府逐瘀片、稳心颗粒、心可宁胶囊、血塞通软胶囊、通心络胶囊。

讨 论

本次调查 CHF 患者一般资料与 2000 年 42 家西医医院调查资料^[9]中 CHF 患者比较,中医医院 CHF 患者年龄、男女比例基本一致,病程 $[(39.6 \pm 60.0)$ 月]少于西医医院 $[(46.6 \pm 77.4)$ 月]。本研究中 CHF 患者基础病因分布比例为冠心病:高血压性心脏病:扩张性心脏病为 12.7:5.2:1.0,与西医医院^[9]CHF 患者基础病因(冠心病:高血压性心脏病:扩张性心脏病=5.9:1.7:1.0)比较,冠心病 CHF 患者所占比例较高;本研究中 CHF 患者 NYHA 心功能分级以Ⅲ级为多,其次是Ⅱ级、Ⅳ级、Ⅰ级,与西医医院调查资料^[9]相似。本次研究与西医医院 CHF 患者特点的差异可能与本次调查中对 CHF 患者的年龄、心力衰竭的发生发展阶段、合并疾病进行了一定限制相关。

从调查结果看出,过度劳累、原有心脏病加重、感染、情绪波动作为 CHF 的主要发病诱因,均会增加心肌耗氧量,加重心脏负担,进而诱发心力衰竭。CHF 主要的合并疾病为糖尿病、心律失常(房颤为主)、脑血管疾病、血脂异常等,本研究患者基础病因多为冠心病,而糖尿病、血脂异常是冠心病的主要危险因素有一定相关性。

CHF 的常规治疗主要是联合使用 3 大类药物,即利尿剂、ACEI 或 ARB 和 β 受体阻滞剂。大型的临床试验 SOLVD^[10]、AIRE^[11]、SAVE^[12]证实 ACEI 类药物能够明显降低 CHF 患者的病死率。Garg R 等^[13]汇总分析 32 项随机临床试验,结果显示:与安慰剂组比较,ACEI 组病死率降低 23% ($P < 0.01$),病死或心力衰竭恶化住院的合计发生率降低 35% ($P < 0.01$),为 ACEI 类药物治疗心力衰竭提供循证医学证据,各国指南一致推荐其为一类治疗药物。本调查中,17 家中医医院中 ACEI/ARB 使用率为 50.55%,与欧美国家 90 年代已有 60%~90% 的心力衰竭患者使用 ACEI 比较,仍存在一定差距,但略高于 2000 年 42 家西医医院的调查结果(44.9%)^[9]。 β 受体阻滞剂从 CHF 治疗的禁忌症转变为基础药物,主要因其能够显著降低病死率、改善患者生活质量和左心室重构,提高 CHF 患者的左心室射血分数。本调查中 β 受体阻滞剂的使用率为 44.58%,与重庆医科大学附属第二医院 2010 年调查结果 43.72% 基本一致^[14],高于 2000

年上海地区的调查结果 27.2%^[15]。利尿剂是 CHF 患者最常用的药物之一,是 CHF 治疗的基础药物^[16];洋地黄类药物虽然不再是 CHF 的一线用药,但是其在神经体液调节中有重要的作用,地高辛仍是一种安全有效的治疗 CHF 的药物^[17];硝酸酯类药物主要用于扩张冠状动脉,降低心脏前、后负荷,降低心肌耗氧量。利尿剂、洋地黄类强心药、硝酸酯类在中医医院使用率分别为 39.80%、20.96%、32.44%,均低于 2000 年 42 家医院的调查结果^[9](48.6%、40.3%、53.0%),与重庆医科大学附属第二医院 2010 年调查结果^[14](83.12%、41.13%、29.00%)比较,中医医院硝酸酯类药物使用频率较高。醛固酮受体拮抗剂主要推荐与 NYHA Ⅲ、Ⅳ级的 CHF 患者使用,占本次调查中 784 例 NYHA Ⅲ或Ⅳ级 CHF 患者的 35.84%。CCB 具有扩张全身和冠脉循环阻力型动脉血管的作用,但临床上应用 CCB 未能改善收缩性心力衰竭患者的症状或提高其运动耐量。现有的临床试验仅证实氨氯地平和非洛地平长期治疗心衰具有较好的安全性^[18,19],指南^[2]推荐心衰患者并发高血压或心绞痛而需要应用 CCB 时,可选择氨氯地平或非洛地平。本调查中钙离子拮抗剂的使用率为 21.14%,其中氨氯地平、非洛地平的总使用率占 CCB 总量的 67.83%,因此建议在使用 CCB 类药物时,尽量选择应用氨氯地平或非洛地平。西药使用率中阿司匹林、降脂药物的高使用率与冠心病作为 CHF 的主要基础病因相关。

CHF 患者中医证候要素中虚证以气虚、阴虚、阳虚为主,实证以血瘀、水停、痰浊为主,与 CHF 的中医病机特点相一致,多为本虚标实之证,本虚是 CHF 发生发展的关键,贯穿疾病的始终,本虚与标实之间相互作用、相互影响。这也与既往临床调研^[20]和文献^[21]研究结果一致。中医汤剂治疗原则分布与证候要素分布相一致,以益气、活血、利水、滋阴、温阳为主,同时中成药的治疗原则主要以益气、活血为主,其中仅芪苈强心胶囊主要用于治疗心力衰竭,其他中成药的使用更多的是针对其基础病因或合并疾病进行治疗,如麝香保心丸、丹参滴丸、速效救心丸等主要用于治疗冠心病;参松养心胶囊主要用于治疗心律失常;而血脂康胶囊则用于治疗血脂异常等。多数中成药的治疗对 CHF 并无重要作用,但是对其基础病因或合并疾病的治疗能够发挥一定作用,能够为减轻 CHF 的症状体征、减缓病程有一定作用。

综上所述,中医医院 CHF 患者西药的使用率与西医医院比较,在部分药物的使用上存在一定差异,但在

总体规范化治疗方面与西医医院基本一致,但与国外比较,存在一定差距。因此,我们在中医辨证论治的同时,应进一步加强对 CHF 诊治的规范化,提高指南推荐药物在 CHF 治疗过程中的应用。本调查存在一定的不足之处,在纳入患者时对基础病因和患者年龄进行了一定程度的限制,可能对调查结果造成一定的影响,同时调查时间跨度较长。因此,建议在全国不同级别的中医医院对 CHF 治疗情况进行纵向调查研究,以了解 CHF 用药情况,促进诊疗的规范化。

参 考 文 献

- [1] 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. 慢性收缩性心力衰竭治疗建议[J]. 中华心血管病杂志, 2002, 30(1): 7-23.
- [2] 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. 慢性心力衰竭诊断治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(12): 1076-1095.
- [3] White PD, Myers MM. The classification of cardiac diagnosis [J]. J Am Med Assoc, 1921, 77(18): 1414-1415.
- [4] 中国中西医结合研究会活血化瘀研究委员会. 血瘀证诊断标准[J]. 中西医结合杂志, 1987, 7(3): 129.
- [5] 沈自尹,王文健. 中医虚证辨证参考标准[J]. 中西医结合杂志, 1986, 6(10): 598.
- [6] 朱文峰,王永炎主编. 中医临床诊疗术语—证候部分[M]. 北京:中国标准出版社, 1997: 8-85.
- [7] Hunt SA, American College of Cardiology, American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines [J]. J Am Coll Cardiol, 2005, 46(6): e1-e82.
- [8] 张鹏,赵慧辉,陈婵,等. 慢性心力衰竭常见证候和证候要素的现代文献研究[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(10): 2378-2381.
- [9] 中华医学会心血管病学分会. 中国部分地区 1980、1990、2000 年慢性心力衰竭住院病例回顾性调查[J]. 中华心血管病杂志, 2002, 30(8): 450-454.
- [10] Francis GS, Benedict C, Johnstone DE, et al. Comparison of neuroendocrine activation in patients with left ventricular dysfunction with and without congestive heart failure. A substudy of the studies of left ventricular dysfunction (solved) [J]. Circulation, 1990, 82(5): 1724-1729.
- [11] Group AS. Effect of ramipril on mortality and morbidity of survivors of acute myocardial infarction with clinical evidence of heart failure[J]. Lancet, 1993, 342(8875): 821-828.
- [12] Rutherford JD, Pfeffer MA, Moya LA, et al. Effects of captopril on ischemic events after myocardial infarction. Results of the survival and ventricular enlargement trial [J]. Circulation, 1994, 90(4): 1731-1738.
- [13] Garg R, Yusuf S. Overview of randomized trials of angiotensin-converting enzyme inhibitors on mortality and morbidity in patients with heart failure [J]. JAMA, 1995, 273(18): 1450-1456.
- [14] 王勤. 1990、2000、2010 年重医附属二医院慢性心力衰竭住院患者药物治疗回顾性分析[D]. 重庆:重庆医科大学, 2011.
- [15] 上海市心力衰竭调查协作组. 上海市稳定性心力衰竭患者药物治疗现状调查[J]. 中华心血管病杂志, 2001, 29(11): 644-648.
- [16] Hunt SA, Baker DW, Chin MH, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adults: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guideline (Committee to revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure) [J]. J Am Coll Cardiol, 2001, 38(7): 2101-2113.
- [17] Krum H, Bigger JT, Packer M. Effect of long-term digoxin therapy on autonomic function in patients with chronic heart failure[J]. J Am Coll Cardiol, 1995, 25(2): 289-294.
- [18] Parker M. Prospective randomized amlodipine survival evaluation (PRAISE-2) [J]. J Am Coll Cardiol, 2000, 36(1): 322-323.
- [19] Cohn JN, Ziesche S, Smith R, et al. Effect of the calcium antagonist felodipine as supplementary vasodilator therapy in patients with chronic heart failure treated with enalapril: V-HeFT-III. Vasodilator-Heart Failure Trial (V-HeFT) [J]. Circulation, 1997, 96(3): 856-863.
- [20] 邹旭,潘光明,盛小刚,等. 慢性心力衰竭中医证候规律的临床流行病学调查研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(7): 903-908.
- [21] 熊丽辉. 充血性心力衰竭中医证候文献分析[J]. 陕西中医, 2008, 29(2): 137-138.

(收稿:2013-05-17 修回:2013-11-11)