

Mechanism Study of Lingui Zhugan Decoction in Intervention of Heart Kidney Syndrome Mediated by Congestive Heart Failure

Gao Xiaohong^{1,4} Yang Yuxiu^{2,4} Yang Miao^{3,4*}

1. Beijing Jingmei Group General Hospital, Beijing, 102300, China
2. Wulituo Street Community Health Service Center, Beijing, 100042, China
3. Xiyuan Hospital, Chinese Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing, 100089, China
4. Miaoyang Famous Traditional Chinese Medicine Inheritance Studio, Beijing, 100041, China

Abstract

Objective: To evaluate the value of conventional Western medicine combined with Lingui Zhugan Decoction in treating cardiorenal syndrome mediated by congestive heart failure. **Methods:** A total of 76 patients with cardiorenal syndrome mediated by congestive heart failure were selected from our hospital from December 2022 to December 2024. The conventional group (38 cases) received standard Western medical treatment, while the intervention group (38 cases) was treated with Lingui Zhugan Decoction in addition to the conventional therapy. The outcomes were compared. **Results:** After 4 weeks of treatment, the intervention group showed higher clinical total effective rate, left ventricular ejection fraction (LVEF) level, and Activities of Daily Living (ADL) score compared to the conventional group ($p < 0.05$). After 4 weeks of treatment, the intervention group exhibited lower serum creatinine (SCr), serum N-terminal pro-B-type natriuretic peptide (NT-ProBNP) concentration, and Traditional Chinese Medicine (TCM) syndrome score compared to the conventional group ($p < 0.05$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** Lingui Zhugan Decoction demonstrates superior efficacy in treating patients with cardiorenal syndrome mediated by congestive heart failure, effectively improving symptoms, cardiac and renal function, and enhancing quality of life.

Keywords

Ling Gui Zhu Gan Decoction; congestive heart failure; cardiorenal syndrome; cardiac and renal function

苓桂术甘汤干预充血性心力衰竭介导的心肾综合症的机制研究

高晓红^{1,4} 杨玉秀^{2,4} 苗阳^{3,4*}

1. 北京京煤集团总医院, 中国·北京 102300
2. 石景山区五里坨街道社区卫生服务中心, 中国·北京 100042
3. 中国中医科学院西苑医院, 中国·北京 100089
4. 北京市石景山区苗阳名中医传承工作室, 中国·北京 100041

摘要

目的: 分析常规西医+苓桂术甘汤对充血性心力衰竭介导的心肾综合症的价值。**方法:** 选取我院2022年12月~2024年12月充血性心力衰竭介导的心肾综合症患者76例, 传统组(38例)采用常规西医治疗, 干预组(38例)在常规基础上采用苓桂术甘汤治疗。对比效果。**结果:** 治疗4周后, 干预组的临床治疗总有效率、LVEF水平、ADL评分高于传统组($p < 0.05$)。治疗4周后, 干预组血清SCr、血清NT-ProBNP浓度水平、中医证候积分低于传统组($p < 0.05$)。两组不良反应发生率比较无差异性($P > 0.05$)。**结论:** 苓桂术甘汤治疗充血性心力衰竭介导的心肾综合症患者, 疗效更好, 更利于改善充血性心力衰竭介导的心肾综合症患者症状以及心肾功能, 提高生活质量。

关键词

苓桂术甘汤; 充血性心力衰竭; 心肾综合症; 心肾功能

1 引言

心肾综合症是充血性心力衰竭常见的并发症^[1]。本病一般以呼吸困难、咳嗽、乏力、水肿等为最常见的症状, 严重的情况下, 患者还可能会全身代谢异常、功能紊乱, 生命

质量显著降低^[2]。若不及时治疗, 会增加心源性休克、尿毒症、骨骼病变等并发症风险, 影响生命安全^[3]。针对充血性心力衰竭介导的心肾综合症, 西医治疗方法比较多样性, 包括一般性治疗、药物等。药物方面, 对于充血性心力衰竭介导的

心肾综合征患者，可采取利尿剂、血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）、血管紧张素受体拮抗剂（ARB）、β受体阻滞剂、正性肌力药、重组人促红细胞生成素、他汀类药物等治疗。然而在治疗期间，因患者病情的复杂性，难以取得良好的治疗效果。因此，如何进一步改进治疗策略，关系到充血性心力衰竭介导的心肾综合征的疗效及预后。我国传统中医对于充血性心力衰竭介导的心肾综合征的治疗经验比较成熟^[4]，加上近年来中医对于充血性心力衰竭介导的心肾综合征临床研究不断深入，认为充血性心力衰竭介导的心肾综合征患者可实施苓桂术甘汤治疗^[5]。而集合中西医治疗方案，能够弥补单一治疗的不足，可借鉴用于充血性心力衰竭介导的心肾综合征的临床治疗。因此，本研究拟在此基础上，研究常规西医+苓桂术甘汤治疗充血性心力衰竭介导的心肾综合

征的临床效果。具体研究如下。

2 资料与方法

2.1 一般资料

选取我院2022年12月~2024年12月充血性心力衰竭介导的心肾综合征患者76例，采用对比分析法，传统组，女、男各19、19例，52~79岁，平均（66.02±1.04）岁。干预组，女、男各17、21例，51~78岁，平均（66.03±1.06）岁。

纳入标准：①对本研究使用到的药物不过敏；②符合充血性心力衰竭介导的心肾综合征诊断表现^[6]；③符合苓桂术甘汤治疗适应症；④同意治疗方案；⑤无心、肝、肾等重度衰竭者。

排除标准：①合并其他心肺疾病；②有精神障碍；③不配合治疗。

表1 两组资料对比

分组	性别 (例/%)		年龄 (岁)	病程 (个月)	是否有饮酒史 (例/%)		是否有吸烟史 (例/%)		人体质量指数 (kg/m ²)
	女	男			是	否	是	否	
对照组 (n=38)	19/50.00	19/50.00	66.02±1.04	3.41±0.37	17/44.74	21/55.26	15/39.47	23/60.53	26.36±1.17
干预组 (n=38)	17/44.74	21/55.26	66.03±1.06	3.53±0.41	15/39.47	23/60.53	13/34.21	25/65.79	26.31±1.33
t/χ ² 值	0.2111		0.0415	1.3394	0.2159		0.2262		0.1739
p 值	0.6459		0.9670	0.1845	0.6422		0.6343		0.8623

2.2 方法

传统组采取常规西医治疗。包括取利尿剂、血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）、血管紧张素受体拮抗剂（ARB）、β受体阻滞剂、正性肌力药、重组人促红细胞生成素、他汀类药物等治疗

干预组在传统组基础上，采用苓桂术甘汤治疗。方剂基本组成：茯苓12克，桂枝9克，白术9克，炙甘草6克，丹参6克，桃仁6克。二次煎煮200ml，分早晚两次服用，1剂/d，共治疗4周后，评估疗效。

2.3 观察指标

①临床治疗总有效率。②肾功能：血清SCr浓度水平。③心功能：血清NT-ProBNP浓度、LVEF水平。④生活质量（ADL）。最高100分，分值越高，生活质量越好。⑤中医证候积分值。分值越高，病情越重。⑥不良反应发生率。

2.4 统计学处理

经SPSS20.0处理数据，计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用t检验，计数资料用（%）表示，采用χ²检验，P<0.05为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组临床治疗总有效率比较

干预组的临床治疗总有效率更高（p<0.05）。见表2。

3.2 两组治疗前、治疗4周后的血清SCr浓度水平比较

治疗后，干预组SCr浓度水平更低（p<0.05）。见表3。

3.3 两组治疗前、治疗4周后的LVEF水平值比较

治疗后，干预组LVEF水平值更高（p<0.05）。见表4。

3.4 两组治疗前、治疗4周后的血清NT-ProBNP浓度水平比较

治疗后，干预组NT-ProBNP浓度水平更低（p<0.05）。见表5。

3.5 两组治疗前、治疗4周后的生活质量情况比较

治疗后，干预组的ADL评分更高（p<0.05）。见表6。

3.6 两组治疗前、治疗4周后的中医证候积分比较

治疗后，试验中医证候积分更低（p<0.05）。见表7。

3.7 两组不良反应发生率比较

两组不良反应发生率比较无差异性（P>0.05）。见表8。

表2 两组临床治疗总有效率比较

组别	患者(例数)	优(例数/%)	良(例数/%)	可(例数/%)	差(例数/%)	临床治疗总有效率(例数/%)
常规组	38	21/55.26	8/21.06	5/13.15	4/10.53	29/76.32
干预组	38	26/68.42	10/26.31	1/2.63	1/2.63	36/94.74
χ ² 值	-	-	-	-	-	5.2084
p 值	-	-	-	-	-	0.0225

表 3 两组治疗前、治疗 4 周后的血清 SCr 浓度水平比较

组别	患者 (例数)	血清 SCr 浓度水平 (Umol/L)	
		治疗前	治疗 4 周后
常规组	38	142.52 ± 3.28	101.12 ± 4.16*
干预组	38	142.48 ± 3.34	8.29 ± 4.27*
t 值	-	0.0527	95.9910
p 值	-	0.9581	0.0000

注: * 本组治疗 4 周后, 同治疗前比较。

表 4 两组治疗前、治疗 4 周后的 LVEF 水平值比较

组别	患者 (例数)	LVEF 水平值 (%)	
		治疗前	治疗 4 周后
常规组	38	40.32 ± 2.29	43.03 ± 2.43*
干预组	38	40.53 ± 2.36	46.63 ± 3.12*
t 值	-	0.3937	5.6116
p 值	-	0.6950	0.0000

注: * 本组治疗 4 周后, 同治疗前比较。

表 5 两组治疗前、治疗 4 周后的血清 NT-ProBNP 浓度水平比较

组别	患者 (例数)	血清 NT-ProBNP 浓度水平 (ng/mL)	
		治疗前	治疗 4 周后
常规组	38	33.44 ± 3.08	28.16 ± 2.13*
干预组	38	33.54 ± 3.74	21.18 ± 1.45*
χ ² 值	-	0.1272	16.6987
p 值	-	0.8991	0.0037

注: * 本组治疗 4 周后, 同治疗前比较。

表 6 两组治疗前、治疗 4 周后的生活质量情况比较

组别	患者 (例数)	ADL 量表评分 (分)	
		治疗前	治疗 4 周后
常规组	38	38.23 ± 2.44	71.28 ± 3.16*
干预组	38	38.18 ± 2.39	81.29 ± 4.37*
χ ² 值	-	0.0902	11.4422
p 值	-	0.9283	0.0000

注: * 本组治疗 4 周后, 同治疗前比较。

表 7 两组治疗前、治疗 4 周后的中医证候积分情况比较

组别	患者 (例数)	中医证候积分水平 (分)	
		治疗前	治疗 4 周后
常规组	38	24.42 ± 2.37	15.38 ± 1.59*
干预组	38	24.55 ± 2.46	10.35 ± 1.32*
χ ² 值	-	0.2346	15.0045
p 值	-	0.8152	0.0000

注: * 本组治疗 4 周后, 同治疗前比较。

表 8 两组不良反应发生率比较

组别	患者 (例数)	头晕(例 数/%)	恶心 (例数 /%)	呕吐 (例数 /%)	电解质 紊乱例 数/%)	不良反应 发生率 (例数%)
传统组	38	1/2.63	1/2.63	1/2.63	1/2.63	4(10.53)
干预组	38	1/2.63	1/2.63	1/2.63	0/0.00	3(7.89)
χ ² 值	-	-	-	-	-	0.1573
P 值	-	-	-	-	-	0.6916

4 讨论

现阶段, 充血性心力衰竭介导的心肾综合征等心血管疾病的临床发病率较高^[7]。及时且专业化的治疗, 有助于帮助患者控制病情, 改善肾功能, 避免更严重的并发症发生, 促使生活质量改善。但不重视治疗的情况下, 患者发生并发症的风险非常高, 不仅威胁生命健康, 受到病情的影响, 患者肾功能降低, 无法正常生活, 甚至没有生活自理能力, 影响生活质量。对于此病, 西医方面可予以药物治疗^[8]。但部分患者单纯西医治疗后未取得满意疗效, 且长期大量利尿剂应用, 容易引起的电解质紊乱、代谢性碱中毒等不良反应。从中医的角度而言, 中医药基本无副作用, 耐受性佳, 适合治疗充血性心力衰竭介导的心肾综合征患者。研究表明, 苓桂术甘汤可用于治疗充血性心力衰竭介导的心肾综合征患者。鉴于病情的严重性, 评估中西医结合方案的疗效, 值得研究。为此, 本文将常规西医+苓桂术甘汤治疗方案, 用于充血性心力衰竭介导的心肾综合征患者, 并评价效果。

经过本文研究发现, 采取常规西医治疗的基础上, 实施苓桂术甘汤联合治疗后, 各指标水平改善更佳($p < 0.05$)。证明, 在常规西医治疗基础上, 实施苓桂术甘汤治疗充血性心力衰竭介导的心肾综合征, 疗效更好, 可显著减轻充血性心力衰竭介导的心肾综合征的临床症状, 更有效改善肾功能, 且不会增加不良反应风险。分析来看, 中医认为, 充血性心力衰竭介导的心肾综合征多因心主血脉、肺朝百脉、脾主运化、肾主水等功能发生障碍等有关^[9]。采取苓桂术甘汤治疗, 茯苓可利水渗湿、健脾渗湿、健脾补中、助气生生化、宁心安神; 桂枝可平冲降气、温经通脉、助阳化气、平冲降气; 白术可发汗解肌、温通经脉、助阳化气、平冲降气; 炙甘草可止咳化痰、润燥止咳; 丹参可活血通经、祛瘀止痛, 扩张冠状动脉; 桃仁可活血祛瘀、润肠通便、止咳平喘。诸味中药合用, 具温阳健脾利水降逆之功^[10]。联合西医药物治疗, 可提高充血性心力衰竭介导的心肾综合征病情控制效果。且苓桂术甘汤方剂药物在合理剂量内使用, 具有安全性, 协同调整脏腑, 不会增加不良反应风险。

综上所述, 苓桂术甘汤治疗充血性心力衰竭介导的心肾综合征患者, 疗效更好, 更利于改善充血性心力衰竭介导的心肾综合征患者症状以及肾功能, 提高生活质量。

参考文献

- [1] 甘艳,樊才瑞,郑春晓,等. 沙库巴曲缬沙坦治疗 II 型心肾综合征患者疗效及对AECG心率和血清Cys-C、NT-proBNP、cTnT水平的影响[J]. 西部医学,2025,37(2):238-242.
- [2] 陈泽宇,汪燕,康忠俊. 冠心病合并心力衰竭并发心肾综合征的风险预测列线图模型建立与验证[J]. 临床内科杂志,2025,42(1):20-24.
- [3] 徐凡,崔玮璐,李海霞. 基于态靶辨证辨治 II 型心肾综合征[J]. 吉林中医药,2025,45(3):274-277.
- [4] 田新诚,李国臣,傅一鑫,等. 孔立从“三焦理论”论治脓毒症心肾综合征[J]. 辽宁中医杂志,2024,51(4):29-32.
- [5] 林俊佐,唐秀松,张路,等. 经典名方苓桂术甘汤历史沿革与现代临床应用分析[J]. 辽宁中医药大学学报,2025,27(3):135-141.
- [6] 中国医师协会肾脏内科医师分会心肾综合征指南工作组. 心肾综合征诊疗的临床实践指南(2023版)[J]. 中华医学杂志,2023,103(46):3705-3759.
- [7] 李俊,李春霞,李林科,等. 心肾综合征的发病机制及诊疗进展[J]. 中国心血管病研究,2023,21(6):493-498.
- [8] 熊小栓,江文龙,程芳洲,等. 伊伐布雷定治疗慢性心肾综合征的临床疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(12):2063-2067.
- [9] 袁喆平,龚学忠. 心肾综合征的中西医认识及治疗进展[J]. 现代中西医结合杂志,2019,28(32):3645-3648.
- [10] 王华,罗玉环,王越,等. 加味苓桂术甘汤对阳虚水停证慢性心力衰竭患者TGF- β 1、TNF- α 、NT-proBNP及心室重构的影响[J]. 中国中医基础医学杂志,2024,30(5):853-856.