

## · 临床经验 ·

## 强心克喘汤对心肾阳虚型慢性心力衰竭急性失代偿的疗效观察

曲燕 曲志刚 孔立

**【摘要】 目的** 观察强心克喘汤对心肾阳虚型慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)急性失代偿的治疗效果。**方法** 以随机、对照的原则,将 91 例患者分为对照组 45 例和治疗组 46 例,主要观察治疗前后患者的中医症候积分、心脏彩超测定心功能的指标。**结果** 治疗组总有效率 91.2%;对照组总有效率 71.1%;治疗组在改善 CHF 急性失代偿患者的临床症状疗效优于对照组( $P < 0.05$ ),心脏彩超测定心功能的指标两组无明显差异( $P > 0.05$ )。**结论** 强心克喘汤的药物组成既符合心肾阳虚型 CHF 急性失代偿的治则,又与当代中药药理学的研究成果相一致,因此在临床使用中明显改善患者的症状和体征。

**【关键词】** 慢性心力衰竭; 失代偿; 心肾阳虚; 强心克喘汤

**【中图分类号】** R541.6 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.11.016

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)急性失代偿常危及生命,近年来随着左西孟旦和冻干重组人脑利尿钠肽的临床使用,西医治疗心衰取得可喜进展,但仍然存在部分问题,如:(1)医疗费用昂贵;(2)药物副作用导致使用受限:应用血管紧张素转化酶抑制剂(angiotension converting enzyme inhibitors, ACEI)类药物时部分患者不能耐受咳嗽的副作用, $\beta$ 受体阻滞剂会使部分患者乏力症状加重;(3)部分症状无法改善:如口渴、失眠、纳差、怕冷等<sup>[1]</sup>。

可是中医药在治疗心力衰竭方面历史悠久,积累了丰富的临床经验,有肯定的疗效,中药及其组成方剂的最大特性就是其药理作用的多靶点效应,而临床治疗作用也更为全面<sup>[2]</sup>。心力衰竭属于中医学的“喘证”、“怔忡”、“痰饮”、“胸痹”等范围。最近几年来全国中医专家对心衰病机的大体认识基本达成一致,多数学者认为该病是以气虚为本,心血瘀阻、痰湿水停为标。病位主要在心<sup>[3]</sup>,与脾肾关系密切。山东省中医院孔立主任医师经过多年临床实践,总结经验,认为心肾阳虚,水停血瘀为急性心力衰竭的主要病机;气虚、阳虚为本,补充了既往对急性心衰的中医认识不足之处。并据此理论拟定了强心克喘汤来治疗本病,临床上收到了较好疗效。本研究就是为了进一步了解该方剂的疗效,为临床

使用提供科学依据。

## 1 对象与方法

### 1.1 一般资料

所选病例来源于蓬莱市中医院 2010 年 10 月至 2012 年 1 月的住院患者。91 例心肾阳虚型 CHF 急性失代偿患者诊断明确,符合纳入标准采用随机数字表法随机分为治疗组 46 例,对照组 45 例。治疗组:治疗组男 24 例,女 22 例,年龄 40~80 岁,平均(63.4 $\pm$ 7.9)岁,心衰临床严重程度 II 级 22 例,III 级 24 例。对照组男 23 例,女 22 例,年龄 40~80 岁,平均(63.7 $\pm$ 9.2)岁,心衰临床严重程度 II 级 20 例,III 级 25 例两组患者的一般病情资料均经统计学分析,差异无显著性意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

西医诊断标准:参考 2010 年中华医学会心血管病学分会的《急性心力衰竭诊断和治疗指南》<sup>[4]</sup>,根据基础的心血管系统疾病、诱发因素、临床表现和辅助检查,包括心电图、胸部 X 线检查、血气分析、超声心动图和 N 末端脑钠肽前体(NT-proBNP)作出急性左心衰竭的诊断。

中医证候诊断标准:参考 2002 年 5 月中国医药科技出版社出版的《中药新药临床研究指导原则》(试行)中的《中药新药治疗心力衰竭的临床研究指导原则》制定的心肾阳虚证标准<sup>[5]</sup>。主症:心悸,短气乏力,动则气喘,身寒肢冷,憋喘,呼吸困难,肢冷汗出。次症:尿少浮肿,腹胀便溏,面色灰青。舌脉:舌淡胖或有齿印,脉沉细。中医辨证具有心肾阳虚主症中的 1 条以及尿少浮肿、舌淡胖及脉沉细者即符合诊断标准。

### 1.3 纳入标准

(1)达到急性左心衰的诊断标准并且属于慢性心力衰

作者单位:265600 山东省蓬莱市中医院功能科(曲燕);南京军区福州总医院侨医科(曲志刚);中国人民解放军总医院南楼心血管一科[曲志刚(博士研究生)];山东省中医院急诊、危重病科(孔立)

作者简介:曲燕(1978-),女,硕士,主治医师。研究方向:中西医结合心血管。E-mail:quyan\_2007@163.com

通讯作者:孔立(1963-),博士,教授,主任医师。研究方向:重症医学。E-mail:konglizi2@163.com

竭急性失代偿发作的,心衰临床严重程度分级为 II ~ III 级者;(2)年龄 40 ~ 80 岁;(3)中医辨证具有心肾阳虚主症中的一条加尿少浮肿、舌淡胖及脉沉细者;(4)原发病为冠心病,且病情三个月内无明显变化;(5) NT-proBNP > 1500 ng/L;(6)左室射血分数(left ventricular ejection fractions, LVEF) < 50%。

#### 1.4 排除标准

(1)原发病不是冠心病;(2)同时患有严重的重要脏器功能障碍:内分泌系统、造血系统等存在严重原发病;(3)为减少治疗风险,心衰临床严重程度达到 IV 级的重度心力衰竭列入排除标准;(4)能增加死亡风险的患者:如急性肺栓塞、心源性休克、肥厚型梗阻型心肌病、致命性心律失常、二度 II 型以上房室传导阻滞或者窦房传导阻滞、瓣膜病、严重心包疾病、有明显的感染症状等;(5)已诊断恶性肿瘤的患者;(6)女性患者处于妊娠或哺乳期;(7)洋地黄中毒者;(8)有确切过敏史者;(9)不能按规定服药、无法判定疗效或收集资料不全者。

#### 1.5 治疗方法

对照组给以治疗体位、休息、四肢轮换结扎、吸氧、控制饮食、控制出入量、西医药物治疗包括镇静、解痉平喘、利尿、扩血管、正性肌力药治疗,用法用量参考 2010 年中华医学会心血管病学分会发布的《急性心力衰竭诊断和治疗指南》<sup>[4]</sup>。特别指出的是,其中有正性肌力药如左西孟旦或血管扩张药如冻干重组人脑利钠肽的应用指征并且无应用禁忌症的患者酌情应用。治疗组在上述治疗的基础上加用强心克喘汤(组方为人参 15 g、炮附子 15 g、黄芪 15 g、川芎 15 g、茯苓 15 g、葶苈子 15 g、泽泻 15 g、陈皮 15 g、炙甘草 10 g),采用中药颗粒剂,由培力(南宁)药业提供。疗程为一周。

#### 1.6 观察指标

中医证候积分,并计算总有效率。中医证候疗效判定标准参考《中药新药临床研究指导原则》中的《中药新药治疗心力衰竭的临床研究指导原则》。(1)显效:主次症完全或基本消失,治疗后证候积分降低为 0 或最少减低 70%;(2)有效:治疗后证候积分最少减低 30% 而未达到 70%;(3)无效:治疗后证候积分减低未达到 30% 或反而增加。

心功能的超声指标:每搏输出量(stroke volume, SV) ml,左室短轴缩短率(fractional shortening, FS),LVEF,左室舒张末期内径(left ventricular end-diastolic diameter, LVDd) mm,左房内径(left atrial diameter, LAD) mm。

#### 1.7 统计学方法

所采集的数据均使用 SPSS 16.0 软件进行统计处理,心脏彩超参数改变采用  $t$  检验、中医证候积分疗效采用  $\chi^2$  检验进行统计学处理。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 中医证候疗效比较

两组间的中医证候积分疗效比较采用  $\chi^2$  检验分析。治

疗组总有效率 91.2%,对照组总有效率 71.1%,治疗组在改善 CHF 急性失代偿患者的临床症状疗效优于对照组( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 治疗后两组患者的中医证候疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	45	12(26.7%)	20(44.4%)	13(28.9%)	32(71.1%)
治疗组	46	17(37.0%)	25(54.3%)	4(8.7%)	42(91.2%)

### 2.2 心脏彩超测定心功能比较

两组测定心功能的超声参数比较采用  $t$  检验分析,两组治疗前组间心功能比较无明显差异( $P > 0.05$ ),两组各自治疗前后心脏彩超参数改变无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 2。表明在本研究治疗期间强心克喘汤未明显改善心功能。

表 2 两组患者治疗前后心脏彩超所测指标比较

组别	SV(ml)	FS(%)	LVEF(%)	LVDd(mm)	LAD(mm)
对照组					
治疗前	49.04 ± 2.03	23.04 ± 1.00	42.11 ± 2.48	58.04 ± 6.03	43.43 ± 4.03
治疗后	49.24 ± 2.37	23.24 ± 1.01	42.31 ± 2.55	57.94 ± 5.52	43.25 ± 4.21
治疗组					
治疗前	49.21 ± 2.23	23.10 ± 0.86	42.30 ± 2.29	57.84 ± 6.15	43.39 ± 4.14
治疗后	49.24 ± 2.18	23.16 ± 0.89	42.24 ± 2.98	57.42 ± 6.08	43.08 ± 4.35

## 3 讨论

宋代《圣济总录·心脏门》最早提出了“心衰”的命名,中医认为心力衰竭的病因很多,但主要是外邪侵袭、情志所伤、饮食不节、劳累过度及他脏病变累及心脏。中医辨证为虚实夹杂,本虚标实<sup>[6]</sup>,即心肾阳虚为之本,血瘀水泛,上凌心肺,外溢肌肤为之标,系标本同病。治则当以温阳益气、活血利水为主。强心克喘汤主要由中药人参、炮附子、黄芪、川芎、葶苈子、泽泻、茯苓、陈皮、炙甘草组成。其中参芪合附子益气温阳治其本为君药,川芎活血化瘀、陈皮调畅气机为臣药,葶苈子、茯苓、泽泻利尿消肿治其标为之佐药,炙甘草缓附子刚烈之燥及葶苈子利尿伤阴为之使药。方中数药组方配伍,以便获得温心肾之阳、活心经之血、消肿利水的疗效。主要可以用于心肾阳虚所致 CHF 急性失代偿的治疗。

本研究观察了强心克喘汤对心肾阳虚型慢性心力衰竭(CHF)急性失代偿的治疗效果,并与西医治疗对照组比较,显示两组均有一定的疗效,但是治疗组在改善 CHF 急性失代偿患者的临床症状疗效优于对照组( $P < 0.05$ )。

## 参 考 文 献

- [1] 潘光明,邹旭,盛小刚,等.中医药治疗慢性心力衰竭的优势和切入点[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(4):44.
- [2] 霍根红.中医药治疗心血管病的现代思维[J].河南中医学院