

重症充血性心力衰竭几种治法的对比分析

杭州市中医院(杭州 310006) 楼正家 祝光礼 孙西璐 陈智新

内容提要 单用西药和中西药结合治疗观察 127 例重症充血性心力衰竭(CHF), 西药 3 组分别用地高辛加双氢克尿噻或开搏通加心痛定或多巴酚丁胺。中西药结合 3 组分别在上述西药基础上用济生肾气丸加减。通过对各组的治理结果分析, 笔者认为: (1) CHF 的治疗必须做到个体化用药, 才能取得最佳疗效。(2) 中西药结合治疗能明显提高疗效, 减少毒副作用, 降低病死率。(3) 济生肾气丸能明显改善心室舒张功能, 其机理可能是使下降的 β_1 受体密度增高。

关键词 重症充血性心力衰竭 中西药结合 济生肾气丸 开搏通

重症充血性心力衰竭(CHF)是临床常见的急重病症, 我科自 1988 年 10 月~1991 年 10 月对收治的 127 例重症 CHF 患者进行西药或中西药结合治疗, 现将临床资料进行对比分析, 以期对 CHF 的临床治疗提供参考。

资料与方法

一、一般资料 127 例均为住院患者, 男 76 例, 女 51 例, 年龄 35~82 岁, 平均 53.28 岁。心衰病因: 风湿性心脏病 28 例, 冠心病 34 例, 高血压性心脏病 18 例, 肺原性心脏病 39 例, 扩张型心肌病 8 例。心衰病史 1~5 年 10 例, 6~10 年 46 例, >10 年 71 例。心功能〔按 NYHA 分级标准⁽¹⁾〕 III 级 56 例, IV 级 71 例。

二、分组及治疗 127 例患者按入院时间随机分为 6 组, I、III、V 组为西药组, II、IV、VI 组为中西药结合组。各组入院时临床症状、体征、心功能均无明显差异。(1) I 组: 25 例, 常规服用地高辛和双氢克尿噻。(2) II 组: 20 例, 在 I 组的基础上加中药。(3) III 组: 31 例, 用开搏通 12.5~25 mg, 心痛定 10 mg, 每日 3 次。(4) IV 组: 29 例, 在 III 组基础上加中药。(5) V 组: 12 例, 用多巴酚丁胺 5~10 $\mu\text{g}/\text{kg} \cdot \text{min}$ 持续静脉滴注 5~10 天。(6) VI 组: 10 例, 在 V 组基础上加中药。各组中药均为济生肾气丸加减:

桂枝 9 g 附子 15 g 熟地 15 g 牛膝 15 g 山萸肉 15 g 白术 10 g 黄芪 20 g 泽泻 30 g 炙甘草 10 g 车前子 10 g, 每日 1 剂煎服。各组均用药 5 天为 1 疗程, 连用 2~3 个疗程。

三、观察项目 包括心悸气短症状、心率、肺罗音、浮肿程度、肝肿大程度、彩色多普勒超声心动图测定心脏指数(CI)、每搏输出量(SV)、左室射血分数(EF)、心脏短轴缩短率(FS)、A 峰与 E 峰比值(A/E)。

四、资料处理 各组疗效经判定统计后, 用 χ^2 检验, 治疗前后心功能指标先求出均数和标准差($\bar{x} \pm S$), 然后用 t 检验进行统计数处理。

结 果

一、疗效判定标准 根据临床症状和心功能指标变化情况综合判定: 心功能进步 2 级为显效, 进步 1 级为有效, 无变化或恶化死亡为无效。

二、疗效 127 例患者总有效率为 82%, 显效率为 43%。单用西药治疗总有效率 77%, 显效率为 36%, 其中以开搏通加心痛定组显效率最高($P < 0.01$); 中西药结合治疗有效率为 88%, 显效率为 53%, 其中以开搏通加心痛定加中药组显效率最高。中西药结合组显效率和有效率均明显高于西药组($P < 0.01$)。见表 1。

表1 各组疗效对比 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	P 值
I	25	8(32)	12(48)	5(20)	<0.01
II	20	10(50)	8(40)	2(10)	
III	31	12(39)	13(41)	6(20)	
IV	29	16(55)	10(35)	3(10)	<0.01
V	12	4(33)	3(25)	5(42)	
VI	10	5(50)	3(30)	2(20)	

表2 各组治疗前后心功能指标变化 ($\bar{x} \pm S$)

组别	例数	HR (次/min)	SV (ml)	CI (L/min · m ²)	EF (%)	FS (%)	A/E
中西药	59	治前 108.23 ± 11.19	44.61 ± 9.50	1.76 ± 0.50	47.35 ± 6.43	32.80 ± 3.63	1.01 ± 0.18
		治后 83.64 ± 10.45***	64.87 ± 6.96***	2.74 ± 0.75***	64.44 ± 4.81***	37.92 ± 3.37***	0.68 ± 0.06***
西药	68	治前 105.05 ± 13.80	57.3 ± 12.16	1.97 ± 0.49	56.85 ± 9.92	31.05 ± 4.11	0.90 ± 0.27
		治后 85.05 ± 14.13***△	67.1 ± 14.26**△	2.47 ± 0.58***△	61.05 ± 8.36*△△	32.07 ± 2.86*△△	0.80 ± 0.22*△△△

注: 与治前比, * $P > 0.05$, ** $P < 0.05$, *** $P < 0.01$; 与中西药组治疗后比, △ $P > 0.05$, △△ $P < 0.05$, △△△ $P < 0.01$ 。两组治前各项指标比较, P 均 > 0.05

四、病死率 127 例重症 CHF 中死亡 11 例, 病死率 8.66%。心衰病史 6~10 年者 46 例, 死亡 3 例(6.5%); >10 年者 71 例, 死亡 8 例(11.3%)。心功能 III 级 56 例, 死亡 4 例(7.1%); IV 级 71 例, 死亡 7 例(9.9%)。西药组死亡 8 例(11.7%), 其中 I 组 4 例(16%), III 组 1 例(3.2%), V 组 3 例(25%), 以 V 组病死率最高; 中西药结合组死亡 3 例(5%), 其中 II 组 2 例(10%), IV 组 1 例(10%)。

五、毒副反应 I 组 4 例、II 组 1 例出现洋地黄中毒, III 组 3 例出现尿素氮升高, 停药后恢复, V 组 2 例出现难以忍受的心动过速。

讨 论

CHF 的治疗已有不少进展, 近年来又推出了一些抗心衰新药。但临床实践发现, 有些药物短期血流动力学效应很好, 而临床应用效果却与之不一致^[2]。目前更无一种特效药物或固定方案对所有 CHF 都具有优越疗效。我们所观察的单用西药治疗 68 例中显效 24 例, 其中 I 组 8 例为心胸比率 $< 60\%$, 心肌无严重缺血, 无机械性梗阻, 非肺心病; III 组 12 例为血压偏高, 有不同程度心肌缺血, 心脏扩大; V 组 4 例

三、心功能指标 治疗前各组之间心功能指标均无明显差异($P > 0.05$)。用中西药结合治疗者治疗后心功能指标均有明显改善($P < 0.01$)。单用西药治疗者治疗后 HR、SV、CI 改善较明显, 其他指标虽不同程度改善, 但差异不明显($P > 0.05$)。中西药结合治疗后在改善 EF、FS、A/E 方面明显优于单用西药组。见表 2。

为血压正常或偏低, 心率偏慢, 其中有肺心病 2 例。由此可见, CHF 用西药治疗必须根据具体病情, 选择适当的药物才能取得最佳疗效。我们认为用地高辛的指征是: (1)无洋地黄禁忌症; (2)心胸比率 $< 60\%$; (3)无严重心肌缺血; (4)无机械性梗阻; (5)肺心病心衰最好不用(本组 5 例肺心病有 2 例发生洋地黄中毒)。用开搏通的适应症为: (1)血压偏高; (2)心脏扩大; (3)心肌缺血; (4)低血钾; (5)有房室传导阻滞或室性心律失常而不宜用洋地黄。有人把开搏通作为首选药物^[3], 本结果亦以开搏通疗效最好。多巴酚丁胺的适应症: (1)血压偏低, 心率偏慢; (2)尤其适用于肺心病心衰^[4]; (3)心肌梗塞; (4)有洋地黄禁忌症者。有人认为对 CHF 伴快速房颤者用地高辛加氨酰心安具有特别优越的疗效^[5], 我们在实践中亦有同样体会。

心衰属中医脏气虚损、心悸、怔忡、水肿等范畴, 以心气虚或心阳虚居多。中西药结合组 59 例中有 43 例属心气虚或心阳虚。济生肾气丸为肾气丸加牛膝、车前子组成, 为温补肾阳之要方。方中桂枝、附子为补阳要药, 有人认为有增加心肌收缩力、调节血管活性的作用; 熟地滋补肾阴, 能提高免疫功能; 山萸肉能滋补肝

脾; 泽泻、车前子利尿渗湿, 减轻心脏负荷, 加炙甘草则更能增强心肌收缩力, 故对 CHF 有治疗作用。本组用济生肾气丸加西药治疗 59 例, 无论总疗效或各组间疗效均较单用西药组明显提高, 且毒副作用亦明显减少。表明心室舒张功能的 A/E 比值较单用西药组更有明显改善, 其机理可能是因为心衰时心脏 β_1 受体下降约 50%^[6], 附子等药能兴奋 β 受体^[7], 使下降 β_1 受体上升, 恢复交感神经系统对衰竭心脏的支持作用。另一方面可能阻止或消除了儿茶酚胺的心脏毒性, 减慢心率, 减少心脏能量需求, 松弛心肌, 改善了心脏舒张充盈和顺应性。

降低病死率是判断疗效的重要指标, 据报告 CHF 确诊 5 年后的病死率为 50%, 平均病死率为 22%。68 例单用西药组病死率为 11%, 与国内林氏报告的 8% 近似^[8], 而中西药结合治疗 59 例病死率仅 5%, 明显低于单用西药组

($P < 0.01$)。可见用济生肾气丸加西药治疗 CHF 确有可靠疗效和优越性。

参 考 文 献

1. 戴瑞鸿. 内科疾病诊断标准, 第 1 版. 上海: 上海科技教育出版社, 1991: 167.
2. 刘冶金, 等. 充血性心力衰竭的选择性治疗. 临床荟萃 1988; 2: 83.
3. Ezra A, et al. ACE-I for congestive heart failure. JACC 1989; 13: 143.
4. 徐国光. 多巴酚丁胺治疗肺心病心力衰竭 80 例疗效分析. 实用内科杂志 1991; 11(5): 257.
5. 牛凤珍, 等. 地高辛和阿替洛尔联合应用对心衰伴快速型房颤的疗效观察. 沈阳部队医药 1991; 4: 26.
6. Francis GS. The relationship of the sympathetic nervous system and the renin-angiotensin system in congestive heart failure. Am Heart J 1989; 118: 642.
7. 曹锡荣. 中药附子治疗病态窦房结综合征的近况. 云南中医杂志 1986; 7(6): 36.
8. 林朝胜. 个体化联合用药治疗重症充血性心力衰竭. 实用内科杂志 1991; 11(8): 410.

冠心病本虚标实证与血浆中分子物质含量关系初步研究

解放军第 371 医院(河南新乡 453000) 张三林 方亚伦

第一军医大学生化教研室 王铁丹 肖应庆

为了探讨冠心病本虚标实的病理基础, 我们对 66 例冠心病患者进行了血浆中分子物质(MMS)测定, 并按中医本虚、标实两类型对照分析, 结果报告如下。

对象与方法

按解放军总后勤部卫生部编著《临床疾病诊断依据治愈好转标准》确诊的冠心病患者, 男 44 例, 女 22 例; 年龄 40~65 岁, 平均 58 岁。按中医辨证以本虚为主 38 例。其中心气虚弱 25 例, 气阴两虚 13 例; 标实为主 28 例, 其中气滞血瘀 14 例, 痰浊内阻 14 例。MMS 含量测定采用第一军医大学改进的 Taopu3 π RH 氏紫外线吸收法, 并以我院测得的豫北地区 217 名健康人血浆 MMS 含量对照。

结 果 无论气滞血瘀或痰浊内阻, 标实证血浆 MMS 均明显升高, 而心气虚弱或气阴两虚的本虚证, 血浆 MMS 不同程度降低。见附表。

讨 论 血浆 MMS 参与多种疾病发病机制, 在一定浓度时存在人血中对机体并无损害, 但在患病情况下机体正常调节功能失常, 即阴阳平衡失调, 邪正相争, 血浆 MMS 代谢障碍, 表现为血浆中 MMS 升高或降低。冠心病发病机理中医多认为本虚标实, 邪气旺

附表 冠心病患者与健康人血浆 MMS

含量比较 (u/dl, $\bar{x} \pm S$)

组别	例数	MMS 含量
本虚		
心气虚弱	25	221.08 $\pm$ 20.41
气阴两虚	13	211.30 $\pm$ 32.56 Δ
合 计	38	217.75 $\pm$ 22.30**
标实		
气滞血瘀	14	269.36 $\pm$ 26.14
痰浊内阻	14	289.39 $\pm$ 22.67 Δ
合 计	28	279.25 $\pm$ 26.57*
健康人	217	230.00 $\pm$ 24.00

注: 与健康人比, * $P < 0.01$; 与心气虚弱型比, $\Delta P > 0.05$; 与气滞血瘀型比, $\Delta P > 0.05$

盛即表现为痰浊或瘀血内阻标实证, 多因过食肥甘厚味, 伤及脾胃, 聚湿生痰, 痰阻血瘀, 机体代谢功能旺盛, 导致血浆分子肽在血中堆积, 导致 MMS 增高。正气虚弱时表现心气虚弱或气阴两虚为主, 机体代谢功能低下, 产生的 MMS 减少, 故本虚为主患者血浆 MMS 明显下降, 从痰浊→血瘀→正常人→心气虚弱→气阴两虚, 血浆 MMS 逐渐下降, 检测血浆 MMS 可为中医辨证分型用药提供一客观指标。

Abstract of Original Articles

Clinical Study of Rotundium in Treating Atrial Fibrillation

Wang Da-jin (汪大金), Mao Huan-yuan (毛焕元), Lei Ming (雷明), et al
Inst. of Cardiovascular diseases, Tongji Medical University, Wuhan (430022)

L-tetrahydropalmatine (Rotundium) is an alkaloid of *Corydalis turtchaninovii*. Some animal experiments had demonstrated that Rotundium had a good antiarrhythmic effect in blocking the calcium channel and that it was a class IV antiarrhythmic agent, similar to that of Bepridil in literatures. This is a clinical report of Rotundium (oral given) on an atrial fibrillation (AF) patients. The therapeutical results were evaluated by 24 hours ambulatory electrocardiographic monitoring and ECG. The results showed that the effective rate of Rotundium on paroxysmal atrial fibrillation and sustained atrial fibrillation of 45 mm (left atrium diameter) or more was 30%, while LAD of less than 45 mm was 80% ($P < 0.01$). Among 8 cases' duration of AF were 6 months or more, 3 cases were effective, the effective rate 37.5%, while among 10 cases' duration of AF were less than 3 weeks, 3 cases were converted to sinus rhythm, 5 cases were effective. There was a significant difference between two groups. Age and sex exerted no effect on efficacy. During taking Rotundium, blood pressure had no apparent changes and no severe side effects were found. The results showed that Rotundium is an effective, safe new drug to treat AF, especially in paroxysmal atrial fibrillation. The antiarrhythmic mechanism of Rotundium might be related to its prolonging of the effective refractory period of atrial and atrioventricular node.

Key words L-tetrahydropalmatine, Rotundium, atrial fibrillation, ambulatory electrocardiographic monitoring, calcium antagonist

(original article on page 455)

Comparative Analysis of Several Treatment Methods for Severe Congestive Heart Failure

Lou Zheng-jia (楼正家), Zhu Guang-li (祝光礼), Sun Xi-lu (孙西璐), et al
Hangzhou TCM Hospital, Hangzhou (310006)

Western medicines (WM) and the combining WM-TCM were used to treat congestive heart failure (CHF). The three groups of WM were: Digoxin with dihydro-chlorothiazide, captopril with nifedipium, and dobutamine. The three groups of combining WM-TCM were: the above-mentioned three groups of WM with Jisen Shenqi Pill (济生肾气丸 JSSQ) respectively. The result observed: Total effective rate was 82%, marked effective rate was 43%, the rates of the WM groups were 77% and 36% respectively, and the groups of combining WM-TCM were 88% and 53%. Total mortality was 8.66% (the WM groups was 11.76%, the groups of combining WM-TCM 5%). Cardio-function indexes observed in the groups of combining WM-TCM were obviously improved, including HR, SV, CI, EF, FS and A/E ($P < 0.01$). HR, CI and SV in the groups of WM were also significantly improved ($P < 0.05$) except for EF, FS and A/E ($P > 0.05$). Conclusions: (1) The treatment of CHF should depend on various conditions and different symptoms in selecting medicines, so that individual treatment could reach the optimal effects. (2) The treatment method of combining WM-TCM could