

心衰合剂治疗充血性心力衰竭 30例临床观察

北京中医医院内三病房心血管组

许心如 魏执真 许信国 韦懿馨 高育华 黄丽娟

1980年3月至1981年4月,我们以心衰合剂为主治疗充血性心力衰竭30例收到良好效果,现报告如下:

一、一般资料

本组男9例,女21例。20~40岁6例,41~60岁18例,61~80岁6例。原发病为风湿性心脏病者19例,冠心病者10例,充血性心肌病者1例。心衰程度^(注)属II°者2例,III°者28例。病程在1年以内者3例,1~2年者12例,2⁺~3年者3例,3⁺~4年者5例,4⁺~5年者3例,5⁺~6年者2例,10年以上2例。入院前有21例已用过西药强心、利尿和抗感染治疗,但心衰仍未能控制。

本组30例均有心悸、气短、咳喘、有稀薄泡沫痰或夹血丝、胸胁腹部胀满、纳谷不香、尿少浮肿等症状和体征。除1例外,29例均不能平躺。舌质均暗淡或暗红,白苔24例,黄白相兼苔6例。数脉8例,促脉22例。

二、观察方法

本组病例辨证属心气虚衰,血脉瘀阻,水饮停聚,肺气壅塞,以泻肺利水、益气养心、活血通脉为法,方用心衰合剂。

处方:葶苈子30克,桑白皮30克,车前子30克(包),泽泻15克,生黄芪30克,太子参30克,五味子10克,麦冬15克,紫丹参30克,全当归10克。

冠心病合并有消化系统症状者临床不在少数,尤其在某些急性心肌梗塞初期,不一定有典型的疼痛,亦无明显心脏并发症,反而表现为胃肠症状。遇平素没有心胃病史的老年人,尤应提高警惕,应考虑有无心肌梗塞的可能。

以上为1剂量。每剂浓煎成200毫升。病情重时,每日服2剂,分4次服;病情转轻后,改为每日1剂,分2次服。心衰缓解后仍可继续服用,以巩固疗效。

本组病人采用自身前后对照观察。入院后卧床休息,低钠饮食,在严密观察保证安全的基础上,继续服用入院前药物,记录主要观察指标3~5天作为服药前对照;以后加服心衰合剂,继续记录有关指标,以资比较。有8例因病情紧急,提前加服了心衰合剂;有4例在对照期,值班医生临时注射了速尿或西地兰,均从注射药物的作用消失后算起,再观察3天,作为服药前对照。

三、观察结果

(一)疗效标准:服心衰合剂后当日或次日,临床症状明显改善(包括尿量增加,心率快有所减慢,憋气好转),治疗1~2周心衰基本缓解者(包括憋气消失,肺部罗音基本消失,肝大明显缩小,水肿消失,尿量正常,能够平躺,心率下降到90次/分钟以下)为有效;服药后3日病情无改善者为无效;服药后症状加重乃至死亡者为恶化。

(二)治疗结果:对21例继服原来西药而心衰不能控制者,加服心衰合剂后全部有效;9例未用西药者,单纯服用心衰合剂后7例有效,2例无效。附表为主要观察指标及自身前

心胃(脾)同病的病因病理较为复杂,常多虚实错杂,辨证用药更须圆机活法。本文所论偏于中虚证者,运用建中、理中、补中三个法则随证治疗,取得了较好效果。临床亦可见其他性质者,又当别论。

附表 心衰合剂治疗前后主要临床指标变化

项 目	例数	治疗前 1~5天 均 值	治疗后 10 天 均 值	治疗前后差值 (均差±标准误)
心率(次/分)	30	101.43	82.06	-19.37±3.55**
尿量(毫升/天)	29	541.03	1465.52	924.49±180.91**
肝界肋下(厘米)	30	4.57	2.88	-1.69±0.34**
肝界剑下(厘米)	18	7.53	5.17	-2.36±0.60*
静脉压(厘米水柱)	11	29.90	14.66	-15.24±2.75**
心搏量(毫升/次)	6	31.74	53.65	21.91±2.45*
心输出量(升/分)	6	2.44	4.37	1.93±0.51*
心脏指数 (升/分/米 ²)	6	1.64	3.01	1.37±0.39*

* P<0.05; ** P<0.01

后对照情况。

四、病案举例

胡××，男，67岁，病历号1245。

患者患冠心病7~8年。近1个月来常有心悸气短、咳痰白粘或有泡沫，某医院反复用抗感染治疗，病情一直未见好转。1周来出现尿少、水肿、咳嗽不能平卧、胸胁腹部胀满、纳谷不香。1天来诸症加重并有恶心呕吐，于1980年3月13日急诊入院。体温36.8℃，血压130/90毫米汞柱，半卧位，心律齐，心率100次/分钟，两肺可闻及干湿罗音，肝在右肋缘下4厘米，下肢见可凹性水肿(+)，静脉压32厘米水柱，心排出量减低。舌暗淡，苔黄白相兼，脉细数。证属心气虚衰，血脉瘀阻，水饮犯肺，肺气壅塞，除继续应用入院时抗感染药外，加服心衰合剂100毫升，每日3次(未用强心利尿药)。服药2次后，恶心呕吐止，尿量明显增加，第3天尿量1300毫升/24小时(入院时尿量200毫升/24小时)，心率下降到90次/分钟，喘息减轻。1周后能平卧，肺部罗音消失，肝在右肋缘下2厘米。治疗2周下肢浮肿消失，肝在肋缘下1厘米。静脉压5厘米水柱。心衰缓解后，继续服心衰合剂100毫升，每日2次，1个月后出院。

五、讨论与体会

(一) 根据心衰的临床表现，可归属中医的心悸、怔忡、水肿、喘证、痰饮、症瘕等范畴。其发病机理，主要是脾肾亏虚，心气不足，血脉瘀阻、气血俱伤，水饮停聚，肺气壅

塞，常以外感风寒或劳倦等为诱因。根据《素问·经脉别论》“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱”的记载，可以说人体水的代谢与三焦气化有关，而三焦之气化要靠肺的通调、脾的转输、肾的开阖完成，而各脏司职又无不依赖于心主血脉的通达。脾肾亏虚，尤其是心气虚衰时，必将影响三焦之气化，而使水饮停聚为患。

当心衰较轻时，患者主要表现为心悸气短、四肢沉重略有浮肿、遇劳则加重等心脾肾虚症，常用益气养心、温肾健脾法，选用苓桂术甘汤、肾气丸、真武汤、生脉散等加减常能有效。心衰较重时(如III°心衰)，患者以心悸憋气、喘息不得平卧、咳痰稀薄有泡沫夹有血丝、肋下支满胀痛、尿少浮肿、四肢发冷、舌暗、脉细数或促为主，此时既是脾肾亏损，心气虚衰，血脉瘀阻，又有明显的水饮停聚，肺气壅塞，宗气受阻的证候，治法应宗急则治标、扶正固本的原则，主以泻肺利水，佐以益气养心，活血通脉。心衰合剂中葶苈子能泻肺行水，祛痰定喘(汤药中常用30~60克，分4次服，未见不良反应)；桑白皮泻肺平喘、利水消肿；车前子利水祛痰；泽泻利水渗湿。四药合用能泻肺利水，使聚水得行，肺气清宣，而获通调水道，下输膀胱之效。肺气清，宗气畅，心气乃复。黄芪配太子参、麦冬、五味子可以益气养心，兼补脾肾；黄芪配当归益气补血；当归配丹参养血通脉活血化瘀。总之本方起到了聚水除、心气复、血脉通、水道利的作用，可使多数心衰患者得到缓解。

(二) 心肌缺血严重、心肌炎、巨大心脏等病人，常对洋地黄类药物敏感，临床用药较困难，剂量不好掌握，用心衰合剂可弥补其不足。本组病人中，服心衰合剂长者，达6个月之久，均未发现不良反应。此外服心衰合剂后，尽管尿量明显增加，但未出现低血钾现象。表明心衰合剂治疗心衰既有较明显的临床效果，又未发现有毒副作用，值得进一步研究。

注：心衰分级标准根据黄大有主编《物理诊断学》。第一版，人民卫生出版社，1976。