

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2016.03.015

益气回阳、固脱逐水法辅助治疗慢性心力衰竭急性发作合并心源性休克 30 例疗效观察

吕东^{*}, 汪海霞, 吕宏, 王红霞

(巴彦淖尔市中医医院, 内蒙古自治区巴彦淖尔市临河区光明西街 5 号, 015000)

摘要 目的 观察益气回阳、固脱逐水法辅助治疗慢性心力衰竭急性发作合并心源性休克临床疗效。方法 选取慢性心力衰竭急性发作合并心源性休克患者 60 例, 随机分为治疗组和对照组各 30 例。对照组给予西医常规治疗; 治疗组在对照组治疗的基础上给予益气回阳、固脱逐水中药汤剂, 每日 1 剂。两组均治疗 48 h, 比较两组治疗前后心率、血压及尿量, 治疗后评价临床疗效。结果 治疗组临床疗效总有效率和治愈率分别为 93.3%、70.0%, 对照组分别为 73.3%、23.3%, 两组总有效率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗组治愈率高于对照组 ($P < 0.05$)。两组治疗后 30 min、1 h、3 h、6 h、12 h、24 h 及 48 h 收缩压、舒张压均较本组治疗前明显升高, 心率明显降低 ($P < 0.05$); 治疗组治疗后各时间点收缩压和舒张压、心率改善情况均优于对照组 ($P < 0.05$)。两组治疗后 2 h、6 h、12 h、24 h 及 48 h 尿量均较本组治疗前明显增多 ($P < 0.05$); 治疗组治疗后各时间点尿量明显多于对照组 ($P < 0.05$)。结论 益气回阳、固脱逐水法辅助治疗慢性心力衰竭合并心源性休克患者疗效显著, 能明显升高血压、降低心率、增加尿量。

关键词 心力衰竭; 益气回阳; 固脱逐水; 心源性休克

慢性心力衰竭 (简称“心衰”) 是多种心血管疾病导致心脏心室充盈及 (或) 射血能力受损而引起的一组临床综合征, 是各种心脏疾病的终末阶段, 临床以呼吸困难、心慌胸闷、夜间气短不能平卧或睡中易憋醒、下肢水肿、乏力等为常见症状。中医学从整体观念辨证施治, 多途径、多靶点干预, 在减轻心衰患者的临床症状、改善疾病预后、提高生活质量、减少住院率及降低死亡率方面有其独特优势^[1]。我们应用益气回阳、固脱逐水法治疗心衰急性发作合并心源性休克, 报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准及中医辨证标准

西医诊断标准: 心衰诊断标准参照《心力衰竭中西医结合治疗学》中慢性心力衰竭急性发作的诊断标准^[2]。心源性休克诊断标准参照《实用内科学》^[3]: 1) 有休克病因; 2) 意识异常 (意识不清、精神不振甚至昏迷); 3) 脉细速, 脉搏 > 100 次/min 或不能触知; 4) 四肢湿冷, 胸骨部位皮肤指压阳性 (压后再充盈时间 > 2 s), 皮肤有花

纹、黏膜苍白或发绀, 尿量 < 30 ml/h 或无尿; 5) 无低血容量条件收缩压 < 80 mmHg; 6) 脉压 < 20 mmHg; 7) 原有高血压病者收缩压较原有水平下降 $\geq 30\%$; 凡符合 1)、2)、3)、4) 中的 2 项, 并符合 5)、6)、7) 中的 1 项, 即可成立诊断。

中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[4], 结合专家指导意见, 辨证为“心阳欲脱水停证”。主症: 心慌胸闷, 口唇发绀, 四肢湿冷, 神志淡漠或烦躁不安, 少尿或无尿; 次症: 四肢逆冷, 喘息不能平卧, 面色苍白, 气息微弱或气促; 舌脉: 舌质暗红, 舌苔薄, 脉沉细或微细欲绝或不能及。具备主症 3 项, 次症 2 项, 结合舌脉即可诊断。

1.2 纳入标准

符合上述慢性心力衰竭急性发作及心源性休克诊断标准及中医辨证标准; 年龄 20 ~ 90 岁; 心功能分级为 II ~ IV 级^[5]; 签署知情同意书。

1.3 排除标准

急性心肌梗死患者; 恶性肿瘤、痴呆或精神障碍者; 严重肝功能异常者; 妊娠或哺乳期妇女。

* 通讯作者: 1151057901@qq.com, 15648853500

1.4 一般资料

选取 2011 年 6 月至 2014 年 5 月巴彦淖尔市中医院内科慢性心衰急性发作且合并心源性休克患者 60 例,按就诊顺序采用随机数字表分成治疗组和对照组各 30 例。治疗组中男 16 例,女 14 例;年龄 45~85 岁,平均年龄 (65.0 ± 10.2) 岁;引起心衰病因:冠心病 12 例,高血压病 6 例,肺心病 4 例,扩张型心肌病 4 例,病毒性心肌炎 2 例,风湿性心脏病 2 例。对照组中男 15 例,女 15 例;年龄 42~87 岁,平均年龄 (64.6 ± 11.2) 岁;引起心衰病因:冠心病 11 例,高血压病 7 例,肺心病 4 例,扩张型心肌病 4 例,病毒性心肌炎 3 例,风湿性心脏病 1 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组给予常规治疗,包括血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI, 卡托普利片,每次 12.5 mg,口服,每日 2 次,北京京丰制药有限公司,国药准字 H11021517)、 β 受体阻滞剂 (酒石酸美托洛尔片,每次 6.25~12.5 mg,口服,每日 2 次,阿斯利康制药有限公司,国药准字 H32025391)、硝酸酯类 (硝酸异山梨酯片 10 mg,口服,每日 3 次,天津太平洋制药有限公司,国药准字 H12020816) 和强心剂 (地高辛片,每次 0.125 mg,口服,每晚 1 次,上海信谊药厂有限公司,国药准字 H31020678) 等药物规范治疗心衰,并立即予以心电监护,配合吸氧、纠正血压及酸碱平衡失调、补充血容量及血管活性药等常规抗休克治疗。并与治疗组服中药同时口服等量温开水。

治疗组在对照组治疗的基础上给予益气回阳、固脱逐水中药汤剂,基本处方:人参 10 g,炮附片 20 g,炙甘草 20 g,干姜 6 g,龙骨 (先煎) 15 g,牡蛎 (先煎) 15 g,山萸肉 30 g,黄芪 50 g,茯苓 15 g,泽泻 10 g,五味子 15 g,麦冬 15 g,桂枝 10 g。随症加减:伴有尿少或无尿,加猪苓 12 g、冬瓜皮 30 g 等;伴有心慌、心悸或合并快速心律失常如房颤、频发早搏等,加珍珠母 30 g、苦参 15 g 等;出现口干渴、舌光红无苔、烦躁者,加生地 15 g、麦冬 12 g、玄参 12 g、石斛 12 g;伴有纳差、恶心或兼有呕吐者加姜半夏 9 g、砂仁 6 g、陈皮 12 g、佩兰 10 g 等。每日 1 剂,上药加水 2000 ml,武火煎至沸腾,文火久煎 30~60 min,浓煎至 400 ml,

6 h 服药 1 次,每次 100 ml。两组均治疗 48 h。

2.2 观察指标及方法

两组患者休克发生时为治疗前指标,应用心电监护仪 (M8105A, Philips) 记录治疗组口服中药、对照组口服等剂量温开水后 30 min、1 h、3 h、6 h、12 h、24 h 及 48 h 两组患者心率和血压;记录治疗组口服中药、对照组口服等剂量温开水后 2 h、6 h、12 h、24 h 及 48 h 尿量。监测患者每日血、尿、大便常规,肝、肾功能变化。

2.3 疗效评价标准

参照《中医厥脱症疗效评定标准》^[8] 拟定,治愈:收缩压 > 120 mmHg,尿量 > 40 ml/h,临床休克症状完全恢复;显效:用药后 3 h 内血压回升,且 90 mmHg $\leq$ 收缩压 ≤ 120 mmHg,12 h 内休克改善, 17 ml/h $<$ 尿量 ≤ 40 ml/h,意识恢复,周围微循环灌注改善,24 h 后逐渐停用升压药,血压 $\geq 90/60$ mmHg;有效: 90 mmHg $\leq$ 收缩压 ≤ 120 mmHg,尿量 ≥ 17 ml/h,意识恢复,24 h 后逐渐停用升压药,血压不稳定,需使用药物维持血压;无效:24 h 后休克症状、体征及血压未见改善,病情不稳定,收缩压 < 90 mmHg,尿量、意识及休克症状无改善,甚至恶化,加重、死亡。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 13.0 软件对数据进行统计分析。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率 (%) 表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较

表 1 示,两组临床疗效总有效率比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组治愈率高于对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 两组慢性心衰急性发作合并心源性休克患者临床疗效比较 例 (%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	21 (70.0)	4 (13.3)	3 (10.0)	2 (6.7)	28 (93.3)
对照组	30	12 (40.0)	7 (23.3)	3 (10.0)	8 (26.7)	22 (73.3)

3.2 两组患者治疗前后血压、心率比较

表 2 示,两组治疗后 30 min、1 h、3 h、6 h、12 h、24 h 及 48 h 收缩压、舒张压均较本组治疗前明显升高,心率明显降低 ($P < 0.05$);治疗组治疗后各时间点收缩压和舒张压、心率改善情况均优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 两组慢性心衰急性发作合并心源性休克患者治疗前后血压、心率比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)	心率 (次/min)
治疗组	治疗前	30	67.6 ± 7.8	43.2 ± 5.9	131.8 ± 9.9
	治疗后 30 min	30	78.6 ± 9.8 ^{*△}	50.4 ± 8.3 ^{*△}	120.5 ± 11.2 ^{*△}
	治疗后 1 h	30	85.1 ± 7.3 ^{*△}	56.5 ± 7.2 ^{*△}	103.5 ± 14.1 ^{*△}
	治疗后 3 h	30	98.2 ± 13.2 ^{*△}	60.8 ± 8.5 ^{*△}	95.8 ± 9.8 ^{*△}
	治疗后 6 h	30	111.8 ± 16.5 ^{*△}	65.6 ± 10.7 ^{*△}	85.9 ± 16.8 ^{*△}
	治疗后 12 h	30	115.6 ± 14.4 ^{*△}	69.5 ± 9.4 ^{*△}	84.7 ± 15.9 ^{*△}
	治疗后 24 h	30	116.3 ± 13.6 ^{*△}	70.1 ± 8.7 ^{*△}	84.1 ± 15.3 ^{*△}
	治疗后 48 h	30	117.1 ± 13.1 ^{*△}	70.8 ± 8.1 ^{*△}	83.7 ± 14.8 ^{*△}
对照组	治疗前	30	67.7 ± 7.2	44.4 ± 5.5	130.1 ± 9.4
	治疗后 30 min	30	73.5 ± 8.9 [*]	48.3 ± 5.4 [*]	125.5 ± 9.8 [*]
	治疗后 1 h	30	80.9 ± 8.2 [*]	50.4 ± 5.7 [*]	117.6 ± 10.5 [*]
	治疗后 3 h	30	88.6 ± 14.7 [*]	53.8 ± 6.5 [*]	109.8 ± 13.2 [*]
	治疗后 6 h	30	97.4 ± 20.5 [*]	55.9 ± 6.6 [*]	100.5 ± 20.9 [*]
	治疗后 12 h	30	102.1 ± 17.4 [*]	60.6 ± 5.9 [*]	95.6 ± 17.3 [*]
	治疗后 24 h	30	102.9 ± 16.7 [*]	61.3 ± 5.4 [*]	94.8 ± 16.8 [*]
	治疗后 48 h	30	103.5 ± 16.1 [*]	69.1 ± 5.1 [*]	94.1 ± 16.3 [*]

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组同时间点比较, $\Delta P < 0.05$

表 3 两组慢性心衰急性发作合并心源性休克患者治疗前后尿量比较 (ml, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后 2 h	治疗后 6 h	治疗后 12 h	治疗后 24 h	治疗后 48 h
治疗组	30	23.7 ± 6.4	113.4 ± 11.7 ^{*△}	471.5 ± 16.8 ^{*△}	871.3 ± 19.1 ^{*△}	1558.8 ± 24.8 ^{*△}	3312.3 ± 22.7 ^{*△}
对照组	30	24.2 ± 6.8	81.6 ± 9.1 [*]	369.9 ± 15.9 [*]	634.1 ± 16.8 [*]	1189.4 ± 14.1 [*]	2712.5 ± 14.1 [*]

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组同时间点比较, $\Delta P < 0.05$

3.3 两组患者治疗前后尿量比较

表 3 示, 两组治疗后 2 h、6 h、12 h、24 h 及 48 h 尿量均较本组治疗前明显增多 ($P < 0.05$); 治疗组治疗后各时间点尿量明显多于对照组 ($P < 0.05$)。

3.4 安全性比较

两组患者血、尿、大便常规, 肝、肾功能与治疗前比较无明显变化。

4 讨论

心源性休克为急慢性心衰常见并发症, 是心脏泵功能衰竭的终极表现, 由于心脏射血功能衰竭, 不能维持足够心排出量导致机体血压下降, 机体重要器官和组织严重供血不足, 引起机体的急性微循环障碍, 以缺血、缺氧、代谢障碍及重要脏器损害为特征的一系列病理生理过程。本病是临床常见的急危重症之一, 病死率极高, 国内有报道其死亡率为 50% ~ 80%, 且 30 天内的病死率可达 58% ~ 64%^[4], 及时有效的综合急救有望提高患者的存活率。临床上治疗多在静脉补液的基础上合用多巴胺类血管活性药物, 但是效果存在个体差异。有研究报道心源性休克多巴胺治疗需持续 10 天左右, 存在住院时间长、病情不稳定、费用高、改善症状

不明显等缺点^[5]。临床上中医药针对心衰病机, 用整体观念治疗心源性休克的疗效显著, 尤其是西医常规治疗及血管活性药物治疗效果不佳、临床考虑减量或停药时, 应用中药或中药提取物可取得良好的治疗效果^[6], 能充分发挥中医药优势。

《黄帝内经》中已有许多类似“心衰”“休克”等临床表现的记载, 如《素问·痹论》曰: “心痹者, 脉不通, 烦而心下鼓, 暴上气而喘”。本病隶属于中医学“心悸”“喘证”“水肿”“心痹”等范畴。休克与中医学中的“厥脱证”类似, 概括其病机是由各种原因导致机体阴阳亏虚, 阴寒极盛, 格阳于外, 最终出现导致阴阳离决, 阳脱气亡, 神随气散, 出现神昏等危重证候。急慢性心衰由于心阳虚衰、水邪泛滥, 水饮凌心射肺, 故见心悸、水肿、喘促等症状, 常为本虚标实的虚实夹杂证; 而病情迁延日久, 心脏功能日渐衰竭而出现心阳欲脱水停、阴液衰竭的危重情况, 临床可见有四肢厥逆、冷汗淋漓、息微气短等症。厥脱证治疗宜回阳救逆、益气固脱, 用参附汤类方。

本研究中药方由四逆汤、参附龙牡救逆汤、来复汤加黄芪、茯苓、泽泻、桂枝化裁而来。方中选用有“回阳救逆第一品药”之称的附子, 比人参、白术救脱之功更胜之山萸肉, 敛机体将散之阴阳、

回阳气于垂绝、大补元气之人参；三药益气回阳固脱，共为君药。辅以黄芪、麦冬益气生津；龙骨、牡蛎吸纳上下，固摄滑脱敛汗；茯苓、泽泻逐水化湿；炙甘草和营益阴；五味子既能助龙骨、牡蛎收敛固涩，又能助黄芪、麦冬益气生津；干姜、桂枝温通散寒、助阳通脉；诸药合用，共奏益气回阳、固脱逐水之功。而慢性心衰急性发作合并心源性休克，系心阳欲脱水停、阴液衰竭，归属于中医“脱证”范畴，治疗上应以益气回阳、固脱逐水为法。本研究结果显示，益气回阳、固脱逐水法辅助治疗慢性心衰急性发作合并心源性休克痊愈率明显优于对照组，改善血压（收缩压和舒张压）、心率、尿量效果明显优于对照组。因此，益气回阳、固脱逐水治疗慢性心衰急性发作合并心源性休克疗效确切，且无明显不良反应，值得临床推广应用。

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): 44-45.

- [2] 吴红金, 袁国会. 心力衰竭中西医结合治疗学 [M]. 北京: 清华大学出版社, 2008: 76-77.
- [3] 陈灏珠. 实用内科学 [M]. 14 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 245.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 [S]. 1993: 37-39.
- [5] 元鹏, 张朝香. ACC/AHA2009 成人心力衰竭诊断与治疗最新指南简介(一) [J]. 中华保健医学杂志, 2010, 12(4): 323-325.
- [6] 中华人民共和国卫生部药政局. 中药治疗厥脱证的临床研究指导原则 [J]. 中国医药学报, 1989, 4(1): 71-73.
- [7] 张雁, 王骏, 王鸣和. 急性心肌梗死并发心源性休克的治疗进展 [J]. 世界临床药物, 2010, 30(2): 121-125.
- [8] 王国军, 郭应军, 侯杰, 等. 多巴胺与去甲肾上腺素治疗心源性休克的疗效比较 [J]. 中国实用医刊, 2011, 38(2): 75-76.
- [9] 张丽丽, 王桂莲, 周宗玉. 参附注射液治疗老年休克患者 35 例临床观察 [J]. 中国中医急症, 2014, 23(10): 1926-1927.

Effects of Tonifying Qi, Restoring Yang, Astringing for Desertion and Dispelling Fluid Methods as Adjuvant Treatment of Acute Exacerbation of Chronic Cardiac Failure with Cardiogenic Shock: 30 Cases Observation
LV Dong, WANG Haixia, LV Hong, WANG Hongxia

(Chinese Medicine Hospital of Bayannur, Inner Mongolia Autonomous Region, 015000)

ABSTRACT Objective To observe clinical curative effects of tonifying qi, restoring Yang, astringing for desertion and dispelling fluid methods adjuvantly treating acute exacerbation of chronic cardiac failure with cardiogenic shock. **Methods** Selected 60 cases of patients with acute exacerbation of chronic cardiac failure with cardiogenic shock. Randomly divided them into the treatment group and the control group with 30 cases each. The control group was given regular western medicine treatment. The treatment group was given Chinese medicine decoction of tonifying qi-restoring Yang and solid doff-hydragogue in addition to treatment of the control group. One dose a day. Two groups were both treated for 48h. Compared heart rate, blood pressure and urine volume of two groups before and after treatment. Evaluated clinical curative effects after treatment. **Results** The total effective rate and cured rates of the treatment group were respectively 93.3% and 70.0%, while those of the control group were respectively 73.3% and 23.3%. The difference of total effective rates between two groups had no statistical significance ($P > 0.05$). Cured rates of the treatment group was higher than that of the control group ($P < 0.05$). Systolic pressure and diastolic pressure of two groups 30 min, 1 h, 3 h, 6 h, 12 h, 24 h and 48 h after treatment remarkably increased, and heart rate remarkably decreased compared with that before treatment ($P < 0.05$); The improvement of systolic pressure, diastolic pressure and heart rate of the treatment group at each time point after treatment were all superior to that of the control group ($P < 0.05$). Urine volume of two groups 2 h, 6 h, 12 h, 24 h and 48 h after treatment all increased compared with that before treatment ($P < 0.05$); Urine volume of the treatment group at each time point after treatment were remarkably more than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Tonifying qi, restoring Yang, astringing for desertion and dispelling fluid methods adjuvantly treating acute exacerbation of chronic cardiac failure with cardiogenic shock had remarkable curative effects, and could obviously increase blood pressure, decrease heart rates and increase urine volume.

Keywords cardiac failure; tonifying qi and restoring Yang; astringing for desertion and dispelling fluid; cardiogenic shock

(收稿日期: 2015-05-06; 修回日期: 2015-07-13)

编辑: 王利芬