

# 强心颗粒治疗顽固性心力衰竭 30 例临床观察

王清海, 陈 宁, 黄 琳, 李爱华, 李桂明, 李典鸿, 黄河清

(广东省第二中医院, 广州 510095)

中图分类号: R256.3 文献标识码: D 文章编号: 1005-9903(2001)04-0052-02

顽固性心力衰竭至今仍是对慢性心脏病患者生命威胁最大的疾病之一。现代医学尽管发展很快,但在临床方面仍未取得重大突破。中医药治疗顽固性心力衰竭的临床报道也不多,研究成果能够用于临床的更少。自1999年6月~2000年10月应用我院内科心衰课题组自行研制的中药复方制剂强心颗粒治疗顽固性心力衰竭30例,取得了满意的临床疗效。现报道如下。

## 1 研究对象

按照美国心脏病协会(AHA)标准委员会1994年修订的心功能评价标准<sup>[1]</sup>,在住院治疗的心衰患者中属于III、IV级,心脏评分<sup>[2]</sup>(以病史、物理检查、胸部X线检查的结果评分),总积分在8分以上的重度心衰患者60例,作为研究对象,纳入研究的病例标准及排除标准<sup>[3]</sup>均按卫生部制定的《中药新药治疗充血性心力衰竭的临床研究治疗原则》执行,随机(查随机数字表法)分为强心颗粒组(以下简称治疗组)和西药治疗组(以下简称对照组)各30例。治疗前两组的基本情况比较如下。

**1.1 治疗前两组性别、年龄比较** 治疗组30例,男18例,女12例,年龄最大88岁,最小57岁,平均69.4岁,其中50~59岁者4例,60~69岁者11例,70~79岁者9例,大于80岁者6例。对照组30例,男16例,女14例,年龄最大86岁,最小56岁,平均68.8岁,其中50~59岁者6例,60~69岁者10例,70~79岁者10例,大于80岁者4例。经 $X^2$ 检验, $P > 0.05$ ,表明差异无显著性意义。

**1.2 两组病种构成及病程比较** 治疗组冠心病9例,高心病5例,风心病3例,扩张型心肌病5例,肺心病8例,病程最长35年,最短6年,平均14.6年;对照组冠心病10例,高心病6例,风心病2例,扩张

型心肌病5例,肺心病7例,病程最长32年,最短5年,平均16.4年。经 $\chi^2$ 检验, $P > 0.05$ ,表明差异无显著性意义。

**1.3 治疗前两组心功能积分比较** 表明两组心功能积分比较,差异无显著性意义,具有可比性。

表1 治疗前两组心功能积分比较( $n = 30$ )

组别	8~10	11~13	14~16	$\geq 18$ 分	$P$ 值( $\chi^2$ 检验)
治疗组	5	9	13	3	$> 0.05$
对照组	4	9	14	3	

**1.4 中医证候比较** 中医证候诊断标准<sup>[4]</sup>,按照《中药新药治疗充血性心力衰竭的临床研究治疗原则》的要求,分为心肾阳虚、气虚血瘀、阳虚水泛、心阳虚脱四个证型。两组治疗前证候比较表明两组证状积分比较,差异无显著性意义,具有可比性。

表2 两组治疗前证候分布比较( $n = 30$ )

组别	心肾阳虚	气虚血瘀	阳虚水泛	心阳虚脱	$P$ 值( $\chi^2$ 检验)
治疗组	6	13	8	3	$> 0.05$
对照组	5	14	7	4	

**1.5 治疗前两组主要症状积分比较** 治疗前,患者的主要临床症状按轻、中、重、极重程度进行分级<sup>[5]</sup>记分,例如气喘,平卧时不明显,活动后明显者为轻度,记为1分;稍稍活动即喘者为中度,记为2分;不活动亦喘者为重度,记为3分;端坐呼吸,必须立即抢救者为极重度,记为4分。两组比较表明两组证候分布比较,差异无显著性意义,具有可比性。

表3 治疗前两组主要症状积分比较( $n = 30$ )

组别	6~8分	9~11分	12~14分	15~17分	$\geq 18$ 分	$P$ 值( $\chi^2$ 检验)
治疗组	2	9	12	4	3	$> 0.05$
对照组	3	9	13	3	2	

## 2 方法

**2.1 治疗方案** 对照组:按照西医常规治疗,口服

收稿日期:2001-02-05

基金项目:广东省中医药局资助课题 NO:099596

地戈辛 0.25mg, 每日1次, 速尿 20mg, 每日3次, 卡托普利 25mg, 每日3次。若患者出现端坐呼吸, 张口抬肩, 频频咳嗽, 咯白色或粉红色泡沫痰, 肺水肿, 则用硝酸甘油 10~25mg 加入 250~500ml 葡萄糖液或生理盐水静脉滴注, 直至症状缓解。疗程1月。

治疗组: 西医治疗措施同对照组, 另用强心颗粒(广东一方制药厂生产) 1包, 每日2次, 早晚冲服。疗程1月。

两组观察期间, 均不用与强心颗粒作用相同或相近的中药和中成药。其它合并症如高血压、糖尿病则对症治疗。

**2.2 统计方法** 分类资料用  $\chi^2$  检验, 等级资料用两样本比较的秩和检验(校正法), 两样本均数比较用  $t$  检验或秩和检验, 自身前后比较用配对  $t$  检验或配对秩和检验。

**2.3 疗效评定标准**<sup>[5]</sup> 临床近期治愈: 心功能恢复至1级, 症状体征基本消失, 各项检查基本恢复至正常; 显效: 心功能进步2级以上, 而未达到1级, 症状体征及各项检查均有明显改善; 有效: 心功能进步1级, 症状体征及各项检查均有所改善; 无效: 心功能无明显变化, 或病情加重或死亡。

### 3 结果

#### 3.1 治疗前后两组心功能改善比较

表4 治疗前后两组心功能改善比较表(n=30)

组别	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	P值
治疗组	4	13	8	5	83.3	< 0.01
对照组	3	9	9	9	70.0	

#### 3.2 治疗前后两组主要症状改善比较

表5 治疗前后两组主要症状改善比较表

症状	组别	n	近期治愈	显效	有效	无效	总有效率	P值
喘促	治疗组	30	4	10	13	3	90	< 0.01
	对照组	30	2	9	12	7	76.6	
心悸	治疗组	18	1	8	6	3	83.3	< 0.05
	对照组	16	0	6	6	4	75	
水肿	治疗组	12	4	4	3	1	91.7	< 0.05
	对照组	13	3	3	5	2	84.6	
肺部湿罗音	治疗组	26	8	8	5	5	80.76	> 0.05
	对照组	25	6	8	6	5	80.0	

表中数据说明, 临床症状疗效治疗组明显优于对照组, 差别有显著性意义; 体征改善二者基本相同, 差异无显著性意义。

**3.3 治疗前后两组心脏超声心脏扩大情况改善比较**见表6。

### 4 讨论

强心颗粒由红参、附子、葶苈子、田七等组成, 具有补气温阳, 活血利水的复合功效, 扶正去邪, 标本兼治。红参补益心气, 附子振奋心阳, 使心脏恢复推动血液在脉管内流动的能力; 葶苈子泻肺行水, 减轻心脏负荷, 使心脏得以休息, 补充能量; 田七活血通脉, 疏通管道, 使血行通畅无阻。诸药合用, 通补兼施, 因此, 能收到理想的临床疗效。

表6 治疗前后两组心脏扩大情况改善比较表( $\bar{x} \pm s/mm$ )

组别	LVDD		LVDS		EF	
	治前	治后	治前	治后	治前	治后
治疗组	42.12 ± 9.14	36.09 ± 8.12* #	63.24 ± 15.10	50.21 ± 12.02* #	0.40 ± 0.12	0.53 ± 0.09* #
对照组	41.11 ± 8.06	39.10 ± 9.13	63.18 ± 13.14	54.25 ± 11.07	0.41 ± 0.09	0.48 ± 0.11

注: 治疗前后自身对照\* P < 0.01; 与对照组比较# P < 0.05

### 参考文献:

[1] 陈灏珠. 内科学. 第4版[M]. 北京: 人民卫生出版社,

1996. 136.

[2] 陈国伟. 现代心脏内科学[M]. 长沙: 湖南科技出版社, 1996. 598.