

参仙升脉液治疗病态窦房结综合征的临床观察

中日友好医院(北京 100029)

许树强 武泽民 史载祥 张铁忠 王临惠 李海聪 黄 力 吕晋萍 杜金行 曹启富
北京中医学院 龙致贤 刘爱琴 杨树芳 马金莲 施雪筠

我们以中医理论为指导,研制了中药参仙升脉液,并运用现代技术方法,对其治疗病态窦房结综合征(病窦)进行了多变量、多指标、多途径的综合性临床观察,现报告如下。

资料和方法

一、资料 治疗 40 例均为 1988~1990 年住院及部分门诊患者。其中男 25 例,女 15 例,年龄 22~77 岁,平均 51.2 ± 11.4 岁。原发病分类:冠心病 18 例,心肌炎 3 例,高血压性心脏病 3 例,原因未明者 16 例。全部病例均符合国内普遍采用的北京地区病窦诊断参考标准⁽¹⁾,其中 37 例加作食道心房调搏(TEAP)($SNRT > 1600$ ms, $SACT > 120$ ms 为异常)进一步证实。

二、治疗方法 参仙升脉液由益气温阳活血的中药组成(由人参、仙灵脾、补骨脂、丹参等药组成),北京中医学院药厂试制。患者每日口服 2 次,每次 20 ml(含生药 45.5 g),2 个月为 1 个疗程,疗程前后全面检查,统计比较。

三、观察指标

1. 舌象 (1)肉眼观察舌质的变化。(2)舌色分析:用舌诊仪(中国科学院生物物理研究所研制,已通过鉴定)进行舌色分光分析,分为红、橙黄、绿、蓝、紫五色,用电压值(mV)表示不同颜色的光强度,反映舌质的光学信息⁽²⁾。(3)舌血流量:用舌表浅血流量测定仪(中日友好医院临床医学研究所研制,已通过鉴定)测量舌表层血流,用产生相同温差电动势变化的模型水流量(ml/s)表示血流量⁽³⁾。

2. 脉象 由两位以上医师一起诊脉而定。

3. 心电图及 24 h 心电监护 记录常规 12 导联心电图,并用日本生产的 Cardio Super ZE 32 A 监护 24 h 心电图,测算出最高心率、最低心率及平均心率和出现的心律失常。其中 17 例同时作了 Holter 监测。

4. 阿托品试验 静脉注射阿托品 2 mg,记录 30 min 内的心电图,观察心率及心律。

5. 食道心房调搏 用 FD-1 A 型多功能心脏程控制激仪调搏。测定窦房结恢复时间($SNRT_1$),并计算出校正窦房结恢复时间($CSNRT_1$)以及窦房传导时间($SACT_1$),同时用心得安 5 mg 和阿托品 2 mg 静脉注射,测定固有心率(IHRO),然后重复测定上述指标($SNRT_2$ 、 $CSNRT_2$ 及 $SACT_2$)。

6. 心电图活动平板试验 用日本生产的 DC-103 Tread mill,采用 HDR 运动方案⁽⁴⁾测定运动中及运动后心率变化。

7. 超声心动图及心机械图测心功能,用日产 Toshiba SSH-40 A 型仪器,以 M 超声图测定左室舒缩期末前后径,用 GIBSON 方案测定每搏量(SV)、心输出量(CO)、心脏指数(CI)、射血分数(EF)。同时用该机描记心机械图(MCG),测定排血前时间(PEP)、左室排血时间(LVET)、PEP/LVET 以及电机械收缩时间(QS_2)、等容收缩时间(ICT)。

结 果

一、临床症状 病窦患者多有气短乏力、时有心慌、眩晕黑蒙、胸闷胸痛、畏寒肢冷等症状,治疗后这些症状明显减轻或消失。

40 例患者服用该药均无明显不良反应,个别患者出现口干、恶心纳差,但经适当调整后均消失。

二、舌象

1. 肉眼观察舌质变化 40 例中 26 例为紫或淡紫舌,14 例为淡白、红、青舌。用参仙升脉液治疗后转为红舌 25 例,紫或淡紫舌 12 例,青舌 3 例。

2. 舌色分析 共观察了 39 例患者,治疗前红色值为 21.15 ± 1.6 mV ($\bar{x} + S\bar{x}$,下同),用药 1 个疗程后变为 23.64 ± 1.3 mV, $P < 0.01$;治疗前紫色值 0.5 ± 0.03 mV,用药后变为 0.36 ± 0.01 mV, $P < 0.001$,这表明用药后紫舌减少而转为红舌,与肉眼观察一致。

3. 舌血流量 共观察了 37 例患者,用药前舌血流量为 0.0238 ± 0.014 ml/s,治疗后为 0.0338 ± 0.0018 ml/s, $P < 0.001$ 。

三、脉象 用切脉的方法观察到病窦患者中迟脉38例,结脉19例(其中多数兼有迟脉),治疗后迟脉减少至23例,结脉减至8例。

四、心电图及心电监护

1. 40例患者治疗前后24h心率变化 见表1。

表1 40例患者治疗前后24h心电监护变化
(次/min, $\bar{x} \pm S$)

	最高心率	最低心率	平均心率
治前	65.4±4.92	39.6±2.34	49.89±1.97
治后	79.6±3.99*	4.90±2.06*	58.45±1.68*

注:与治前比较, * $P < 0.001$

表1说明治疗后心率明显提高,平均提高10次/min左右。另外治疗前全部患者平均心率均在60次/min以下,治疗后18例平均心率大于60次/min。

2. 心律失常 40例中窦性心动过缓者35例,窦房阻滞4例,窦性静止25例,交界区心律7例,慢快综合征者5例。治疗后上述心律失常分别减少至16、2、14、5、1例。并且有14例恢复为正常心电图。

表2 患者治疗前后食道心房调搏指标比较 ($\bar{x} \pm S$)

	SNRT ₁	CSNRT ₁	SACT ₁	IHRO	SNRT ₂	CSNRT ₂	SACT ₂
	(ms)			(次/min)	(ms)		
治前	2917.6±387.5	1681.2±364.2	307.4±54.6	66.7±2.9	3847.8±898.9	2698.7±864.7	347.4±138.2
	(37)	(37)	(37)	(27)	(29)	(29)	(30)
治后	2101.5±196.2**	1009.2±188.4**	200.9±32.8**	77.8±2.8***	2493.9±368.7*	1389.6±329.5*	139.7±40.3*
	(37)	(37)	(37)	(27)	(29)	(29)	(30)

注: ()内为例数;与治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$;下表同

七、心电图活动平板试验 见表3。34例中治疗前26例运动后未达到次极量,而治疗后有23例在运动后达到了次极量。运动停止后治疗前心率下降很快,但治疗后心率下降明显延缓。

表3 34例治疗前后活动平板试验结果 ($\bar{x} \pm S\bar{x}$)

	运动前	运动达量	运动停止后心率		
	心率	大心率	1 min	3 min	5 min
治前	51.8±1.7	124.5±5.7	87.1±4.7	65.2±3.1	58.4±2.7
治后	57.5±1.9	139.0±4.8	104.6±5.1	177.5±3.3	71.7±2.7

八、超声心动图(UCG)及心机械图(MCG)测心功能

1. 超声心动图(UCG) 见表4。服用参仙升脉液后SV、CO、CI均有不同程度的增加。

2. 心机械图(MCG) 见表5。治疗后PEP、PEP/LVET均恢复正常, LVET增加,表示每搏量增多,这与UCG测得的结果一致。

3. 心电图ST-T改变 治疗前40例中11例存在ST-T改变,治疗后3例恢复正常,4例改善,4例无变化。

五、阿托品试验 40例中1例因青光眼,2例因前列腺肥大未作此检查,用药前3例因注射阿托品后变为异位心律无法统计。其余的34例治疗前阿托品试验均为阳性,治疗后有18例转为阴性。

六、食道心房调搏 见表2。SNRT₁、CSNRT₁、SACT₁治疗后均明显缩短。治前SNRT₁均大于1600ms,治后有19例SNRT₁小于1600ms。IHRO除5例因患其他病未测外,其余32例中,有2例在治疗前注射阿托品和心得安后变为异位心律,无法测出;但治疗后重复作此检查,这2例转为窦性心律。3例因无心得安未作此检查。阻断植物神经后,重复测定SNRT₂、SACT₂等,也均有显著的改善。40例中1例因咽部疾病,2例因拒绝检查而未作。

表4 35例治疗前后UCG能变化 ($\bar{x} \pm S$)

	SV	CO	CI	EF
	(ml)	(L/min)	(L/min·m ²)	(%)
治前	101.8±4.6	5.1±0.2	3.0±0.1	70.2±1.2
治后	118.1±4.7*	6.6±0.3**	4.0±0.2**	73.4±1.3

表5 32例治疗前后MCG比较 (ms, $\bar{x} \pm S$)

	PEP	LVET	PEP/LVET	QS ₂	ICT
治前	127.2±10.8	306.2±9.3	0.45±0.06	426.1±9.1	47.0±4.2
治后	93.0±4.3*	330.5±5.8*	0.29±0.01*	422.3±7.01	35.2±2.7*

讨 论

病态窦房结综合征是由于窦房结及其周围组织的器质性改变,导致其冲动的形成及传导机能逐渐衰减,引起的一系列心律失常和不同程度的血流动力学障碍的综合征⁽⁵⁾。西医治疗本病主要采用按装人工心

脏起搏器的方法。中医学长期以来就通过观察脉象来认识本病。中医迟、涩、结、代等脉就包括了病窦的多种心律失常。我们观察到,病窦患者的脉象以迟、结脉为多见;临床表现以气短乏力,眩晕黑蒙、时有心慌、畏寒肢冷为主症;结合舌色分析、舌血流量测定,舌质多为紫或淡紫。舌脉证合参表现病窦患者以气虚、阳虚、血瘀、寒凝为其主导病机及辨证特点。据此,我们用益气温阳活血通脉的参仙升脉液治疗,取得了较为满意的疗效。

从我们的观察可以看出参仙升脉液可以改善窦房结功能,明显提高心率,表明该药可明显提高窦房结的自律性及窦房传导机能。运动试验中运动停止后心率下降较服药前缓慢也说明了这一点。同时也可以看

出该药可以改善心肌供血,改善心功能。本组病例近1/2其原发病为冠心病,服用该药后ST-T的较前改善,并且心功能指标如心输出量(CO)及PEP/LVET等也明显改善或恢复正常。

参 考 文 献

1. 邵耕,等整理.北京地区对病态窦房结综合征的诊断参考标准.中华内科杂志 1977;新2(6):369.
2. 严智强,等.舌诊的物理分析.贵州医药 1984;8(4):1.
3. 周舒,等.关于舌质的探讨.中医杂志 1982;23(4):62.
4. 于秀章,等.多级平板运动“心血管病康复”方案疗效的初步观察.中日友好医院学报 1987;1(2,3):87.
5. Edward K. Chung. 现代心血管病精要.石家庄:河北科学技术出版社,1985.

中西医结合治疗输卵管炎性不孕 50 例

河南省洛阳市计划生育科学研究所(河南 471000)

常玉清 黄国俊 吴婵娟 纪宁

我们自1986年以来,运用中西医结合方法治疗因输卵管炎引起的不孕症50例,临床效果满意,现报告如下。

临床资料 中西医结合治疗组(简称治疗组)50例,年龄26~38岁,平均32岁。夫妻同居2年不孕,经检查基本排除男方因素,而女方做3次输卵管通液仍不通者,最后经子宫输卵管造影检查确诊为输卵管炎及其炎症所引起各种病变而导致不孕,并排除输卵管结核。对照组48例,年龄与发病情况、造影检查均与治疗组相似。

治疗方法 治疗组50例均用中药做宫腔灌注疗法,外阴、阴道、宫颈用新洁尔灭消毒后采用双腔橡皮导管插入宫腔,从侧管注入空气2ml,使气囊膨大,用线扎紧侧管后向下牵拉导管,使气囊堵塞宫颈口,然后从导管注入药液[丹参注射液(每毫升相当于生药1.5g,国营常熟制药厂生产)、鱼腥草注射液(2ml相当生药3g,河南三门峡市第二制药厂)、复方莪术注射液(河南三门峡市第二制药厂生厂,2ml相当于莪术3g,三棱1g)各2ml加入生理盐水],注射量按宫腔大小及输卵管闭塞程度逐渐增加,首次量不宜超过10ml,如患者感下腹疼痛即停止推注;注射液不宜低于室温,以免引起输卵管痉挛;注射速度不能过快,宜1ml/min缓缓推注。注完药液后立即用线缚紧导管,再将导管环绕在宫颈周围,填以纱布卷,并保留导管24h。做完后患者可以下床活动。

在月经干净后3天开始做,隔日1次,每月做5次为1个疗程,共做3个疗程。

对照组48例,灌注液为青霉素80万u,链霉素0.5g,地塞米松10mg,透明质酸酶1500u加入生理盐水。方法同治疗组。

结 果 (1)疗效判断标准:痊愈:行输卵管通液术时通畅,子宫输卵管造影24h摄片发现盆腔有散在不规则的絮状影象,输卵管及宫腔内均无碘油存留。显效:行输卵管通液术时通而不畅,造影24h摄片发现输卵管内及盆腔内均有造影剂。无效:行输卵管通液术不通,造影24h摄片未发现盆腔内有散在造影剂。(2)结果:治疗组50例中痊愈41例(82%),其中受孕28例(56%);显效3例;无效6例。对显效者嘱其避孕,以防止发生宫外孕,并继续治疗。对照组48例中痊愈22例(45%),其中受孕13例(27%);显效5例;无效21例。两组痊愈率比较,差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。

讨 论 输卵管炎除引起输卵管阻塞外可产生输卵管疤痕挛缩,输卵管壁僵硬,输卵管粘膜萎缩性变,使输卵管蠕动受影响。此时即便输卵管通畅,仍可影响精子和卵子结合和输送。而丹参与莪术有活血祛瘀、行气破积、软坚等作用,再加上鱼腥草抗菌消炎及调动机体免疫力,从而达到治疗输卵管炎的目的,而对炎症所引起的病变也可能有作用。特别是对长期应用抗生素治疗无效的患者,能取得较好疗效。