

益气养阴活血化痰中药治疗缺血性室性心律失常的疗效观察

李海聪¹ 史载祥¹ 张铁忠¹ 杨毅玲² 吕晋萍¹

王临惠¹ 胡继玲¹ 毛建生¹

近年来, 我们根据中医的基本理论, 运用益气养阴活血化痰中药治疗缺血性室性心律失常 11 例, 同时采用慢心律治疗 9 例作为对照观察, 发现本中药治疗缺血性室性心律失常具有较好的疗效, 且无毒副作用, 现报告如下。

临床资料

1 病例选择 随机选择 1989~1994 年于我科住院的患者, 经 24 h 动态心电图记录证实有频发的室性早搏(室早), 同时普通心电图检查发现有 2 个导联以上的 ST-T 改变者, 经同意配合临床观察后, 随机编号对应用药。

2 一般资料 治疗组 11 例, 男 8 例, 女 3 例; 年龄 41~70 岁, 平均 55.49 ± 15.71 岁; 病程 2~7 年, 平均 4.27 ± 1.68 年; 其中冠心病心绞痛者 6 例, 陈旧性心肌梗塞者 3 例, 无症状心肌缺血者 2 例; 伴有脑血栓形成 3 例, 糖尿病 3 例, 高血压病 2 例; 中医辨证: 气阴不足, 痰瘀交阻者 7 例, 肝阳上亢者 2 例, 脾虚湿困者 1 例, 阳虚水泛者 1 例。对照组 9 例, 男 7 例, 女 2 例; 年龄 46~74 岁, 平均 56.14 ± 11.64 岁; 病程 0.5~5 年, 平均 2.64 ± 1.60 年; 冠心病心绞痛者 6 例, 陈旧性心肌梗塞者 2 例, 无症状心肌缺血 1 例; 伴有脑血栓形成 2 例, 糖尿病 4 例; 中医辨证: 气阴不足、痰瘀交阻者 5 例, 脾虚水泛者 2 例, 肝阳上亢者 2 例。

治疗方法

治疗组给予益气养阴活血化痰的中药治疗。处方: 西洋参 8~10 g(另煎兑入) 沙参 15 g 麦冬 12 g 五味子 10 g 丹参 30 g

川芎 18 g 秫米 20 g 当归 12 g 夜交藤 20 g 煅龙骨 30 g 煅牡蛎 30 g 半夏 10 g 石菖蒲 12 g 远志 12 g 生地 30 g; 若大便干燥者加大黄 10 g, 黄柏 10 g; 苔黄厚腻加生薏仁 30 g, 苍术 12 g; 双下肢浮肿加白茅根 40 g, 益母草 30 g, 泽兰 30 g; 每天 1 剂, 水煎取汁 250 ml, 分 2 次服用, 连续服药 30 天。对照组给予慢心律每次 200 mg, 每天 3 次, 连续服药 30 天。两组用药前 1 周均停用其他抗心律失常药, 直至疗程结束, 用药期间如出现其他情况, 可临时对症处理。活动, 饮食同常。

观察指标 (1)临床症状积分: 参照 1986 年长春全国中医、中西医结合第 3 次老年医学研究协作会议通过的标准^[1]。(2)24 h 动态心电图记录(仪器为 HP43420A 动态心电图仪)计算 24 h 室早总数、心率总数, 最大心率、最小心率、P-R 间期和 Q-T 间期。(3)超声心动图(仪器为 ULTRAMARK9, 日本国生产), 主要测量心搏出量(SV)和射血分数(EF)。

结果

1 疗效判定标准: (1)心电图改变: 以治疗后 24 h 动态心电图记录为根据^[2]。显效: 室早总数比治疗前减少 >90%; 有效: 室早总数减少 50%~90%; 无效: 室早总数减少未达到有效标准者; 恶化: 室早总数较治疗前增加。(2)症状积分标准: 显效: 治疗后积分下降 >2/3; 有效: 治疗后积分下降 1/3~2/3; 无效: 治疗后积分下降不到 1/3。

2 综合疗效 治疗组显效 6 例, 有效 3 例, 无效 2 例, 总有效率 81.82%。对照组显效 5 例, 有效 2 例, 无效 2 例, 总有效率

1. 中日友好医院中医心肾科(北京 100029); 2. 北京中医药大学诊断教研室

77.78%。

3 24 h 动态心电图变化 见表 1。

3.1 室早变化 治疗结束后两组室早均较治疗前显著减少($P < 0.01$, $P < 0.05$), 但

表 1 两组患者治疗前后 24 h 动态心电图的变化比较 ($\bar{x} \pm S$)

组别	室早数 (次/24 h)	总心率 (次/24 h)	24 h 最大心率 (次/min)	24 h 最小心率 (次/min)	P-R 间期	Q-T 间期 (s)
治疗 疗前	11079.4±8751.3	102997.8±11189.6	136.5±19.0	52.1±10.0	0.150±0.029	0.390±0.020
(11 例) 疗后	1250.7±931.1**	105314.3±10190.2△	139.2±27.3△	54.3±6.9△	0.140±0.019△△	0.380±0.020△△
对照 疗前	10399.5±9017.3	102347.5±7507.6	136.9±20.1	55.4±6.8	0.140±0.019	0.390±0.016
(9 例) 疗后	968.1±830.9*	93691.2±8014.4*	110.7±26.5*	47.0±7.7*	0.180±0.017**	0.410±0.018*

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, △ $P < 0.05$, △△ $P < 0.01$; () 内为例数

两组治疗后组间比较无显著性差异($P > 0.05$)。

3.2 心率变化 治疗组 24 h 最大心率, 24 h 最小心率治疗后均较治疗前有所提高, 但无显著性差异($P > 0.05$); 而对照组上述两项指标治疗后比治疗前明显下降($P < 0.05$); 两组间比较, 对照组亦均较治疗组明显下降(P 均 < 0.05)。

3.3 P-R 间期和 Q-T 间期变化 治疗组治疗前后均无明显变化($P > 0.05$), 对照组治疗后均较治疗前显著延长($P < 0.01$ 和 $P < 0.05$)。两组间治疗后比较, 对照组较治疗组均显著延长(P-R、Q-T P 均 < 0.01)。

4 超声心动图 SVEF 的变化 见表 2。

4.1 SV 的变化 治疗组治疗后 SV 较治疗前明显提高($P < 0.01$), 对照组治疗后亦较治疗前有所提高, 但无显著性差异($P > 0.05$); 治疗后两组间比较, 治疗组较对照组显著提高($P < 0.01$)。

4.2 EF 的变化 治疗组治疗后 EF 比治疗前提高($P < 0.01$), 对照组治疗后较治疗前有所提高, 但无显著性差异($P > 0.05$); 两组

表 2 两组患者治疗前后超声心动图 SV 和 EF 变化的比较 ($\bar{x} \pm S$)

组别	例数	SV(ml/次)		EF(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗	11	59.7±8.7	80.9±10.1*△	44.4±10.6	76.0±9.8*△
对照	9	60.1±9.9	62.8±7.0	44.7±10.8	49.0±10.3

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, △ $P < 0.01$

间比较, 治疗组 EF 提高非常显著($P <$

0.01)。

5 临床症状积分变化 治疗组 11 例, 服药前平均积分值为 15.69±8.11 分($\bar{x} \pm S$, 下同), 治疗后为 5.01±3.13 分($P < 0.01$)。对照组 9 例, 治疗前为 16.17±7.54 分, 治疗后为 12.33±4.51 分($P > 0.05$), 两组治疗前后积分差值比较, 治疗组减少更为显著($P < 0.01$)。

6 毒副反应 全部患者在观察前后分别进行 GPT、TTT、BUN、Cr、CO₂CP、血尿便常规、空腹血糖、心肌酶谱、血压、肝、胆、胰、脾、双肾 B 超、X 线等指标观察, 均未发现异常变化, 证明治疗组中药无毒副反应, 安全可靠。

讨 论

本研究治疗组室性心律失常患者的病程均较长, 且大多都是服用过多种抗心律失常药物而未能奏效者, 而口服益气养阴活血化痰中药共有 9 例有效(占 81.82%), 而对照组共有 7 例有效(占 77.78%)。两组治疗前后 24 h 室早数下降无明显差异, 说明本中药对缺血性室性心律失常, 包括曾用过其他抗心律失常药物无效者, 均具有一定疗效, 其有效率及显效率与慢心律基本相同。

慢心律对 24 h 心率总数、最大心率、最小心率均有明显的减低, 对 P-R 间期和 Q-T 间期有明显的延长, 说明慢心律对心肌有抑制作用^③。而本中药对上述指标均无明显的影响, 且无毒副反应, 因此本中药比慢心律具有明显的优越性。

本中药对改善或提高心脏 SV 和 EF 亦有显著的作用。而慢心律在这方面作用不明显。

本中药对改善临床症状亦明显优于慢心律。缺血性室性心律失常主要见于一些缺血性心脏病的患者。本研究病例中, 临床症状多表现为胸闷憋气、胸痛、心悸、疲倦乏力、出汗、口干而不欲饮, 咯痰, 舌暗红, 苔厚腻, 脉弦滑等气阴不足, 痰瘀交阻的征象, 中药治疗仍以益气养阴活血化瘀为原则, 此亦正是本研究遣方用药

之意, 故能改善和消除临床症状。

参 考 文 献

1. 周文泉, 王 巍, 霍玉书. 延缓衰老中药的筛选规程和临床观察规范. 中西医结合杂志 1986; 6(11): 682—686.
2. 黄伟民, 千以庆, 任建英. 黄连素治疗室性快速心律失常. 中华心血管病杂志 1990; 18(3): 155—157.
3. 徐淑云. 临床药理学. 上海: 上海科学技术出版社, 1983: 1011—1012.

(收稿: 1995—07—24 修回: 1996—02—30)

气阴两虚型冠心病心率变异性时域分析

张宏伟¹ 黄 敏¹ 赵国欣² 南柏松³ 王双伟⁴ 程贤德⁴

自 1994 年以来, 我们对 84 例冠心病气阴两虚型患者的心率变异(HRV)作了时域分析, 以探讨气阴两虚型冠心病 HRV 特征。

对象与方法

1 对象 选择健康人 50 例作为正常对照组, 均为本所职工及体检者, 经体检、心电图等除外器质性疾病患者, 其中男 33 例, 女 17 例, 年龄 39 ± 9 岁。

气阴两虚组 84 例中男 59 例, 女 25 例, 年龄 47 ± 6 岁; 均符合冠心病诊断标准(陈可冀主编, 心脑血管疾病研究, 第 1 版, 上海: 上海科学技术出版社, 1988: 311)及气阴两虚证特点(肖相如, 时振声论气阴两虚证. 陕西中医 1990; 11(5): 215)。

2 方法 仪器采用西安蓝港电子公司 Holter Star 回放系统及 HS-1 型固态记录仪, 选择 Cm-V₅、Cm-V₁、Cm-V₃ 导联, 以人机对话方式分析心电信号, 用回放系统中的 HRV 软件程序自动检出窦

性心率进行 HRV 分析, 所分析的参数为: (1)24 h 所有心搏的 RR 间期的平均值(Mean)及其 RR 间期的标准差值(SD); (2)相邻 RR 间期之差的绝对值的平均值(MSD); (3)相邻 RR 间期之差的绝对值的均方根值(rMSSD); (4)相邻 RR 间期之差大于 50 ms 的心搏数占心搏总数的百分比, 即爱丁堡指数(Edinburgh Index, PNN50); (5)某一时间内 RR 间期的总数目/占比例最大的 RR 间期的数目, 即 HRV 指数(HRV index); (6)24 hRR 间期的变异系数, 即差异指数(DI)。

结 果 气阴两虚组 SD、MSD、PNN50、HRVindex 均显著低于正常对照组($P < 0.05$), Mean、rMSSD 略低于正常对照组; 但无统计学差异($P > 0.05$), 而 DI 则高于正常对照组($P < 0.05$)。表明气阴两虚型冠心病患者虽然心率稍快, 但其 HRV 仍较健康人减低。见附表。

附表 两组各项指标测定结果比较 ($\bar{x} \pm S$)

组别	例数	Mean (ms)	SD (ms)	MSD (ms)	rMSSD (ms)	PNN50	HRV index	DI
正常对照	50	833.56±46.46	137.13±19.66	20.41±7.67	28.44±10.85	7.77±4.64	78.71±16.57	11.09±4.03
气阴两虚	84	829.74±59.54	128.30±21.84*	17.55±6.04*	24.52±12.35	5.12±4.27*	64.13±14.75*	15.12±6.21*

注: 与正常对照组比较, * $P < 0.05$

讨 论 有学者认为, HRV 的机理是神经体液因素对心血管精细调节的结果。自主神经系统(ANS)按日常生理活动调节心血管功能, 使心动频率有相当大的差异。影响 HRV 的因素即为影响交感和迷走神经相互平衡的因素。临床上 HRV 分析主要用于评估 ANS 功能, 辅助预测心性猝死, 早期诊断与

ANS 活性有关的疾患, 如冠心病、高血压、心功能衰竭、糖尿病、甲状腺机能亢进等。

中医认为冠心病以气阴亏损、精血虚衰为本, 血液瘀阻、痰浊闭塞为标, 临床以气阴两虚型多见。气虚则脉动无力, 阴虚则阴精不足, 脉亏而弱; 阴阳失衡; 心阳相对偏亢, 故 Mean 略低, 心率稍快。但从总体看, 气阴两虚则心脏动力缺乏, 反应迟缓, 故气阴两虚型冠心病 HRV 减低, 其 ANS 活性低下。

(收稿: 1995—09—20 修回: 1996—02—10)

1. 西安市东郊第二职工医院(西安 710004); 2. 第二炮兵西安中医多学科研究所; 3. 第四军医大学唐都医院; 4. 西安蓝港电子仪器仪表有限公司