

参芪转律胶囊治疗冠心病慢性收缩性心力衰竭 合并室性早搏 30 例

鲁宪凯, 冯连明, 周海峰, 赵林颖, 刘继东*

(玉田县中医医院, 河北 玉田 064100)

[摘要] 目的: 观察参芪转律胶囊配合西药常规治疗冠心病收缩性心力衰竭合并室性早搏的临床疗效。方法: 根据就诊顺序将 60 例患者随机分为两组, 各 30 例; 两组均采用扩张冠脉、抗血小板聚集、降压、利尿及血管紧张素转换酶抑制剂等常规治疗, 治疗组在常规治疗基础上加服参芪转律胶囊, 对照组在常规治疗基础上加服美托洛尔抗心律失常治疗。两组疗程均为 21 d, 1 疗程后分别观察心功能恢复情况、室早恢复情况、中医证候改善情况及不良反应发生情况。结果: 心功能改善有效率: 治疗组 73.3%, 对照组 60%; 室早有效率: 治疗组 90%, 对照组 66.7%; 中医证候有效率: 治疗组 83.3%, 对照组 56.7%; 不良反应发生率治疗组 3.33%, 对照组 26.67%。两组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组室性早搏均有不同程度减少, 但治疗组室性早搏减少更为显著, 与对照组比较差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 参芪转律胶囊治疗气阴两虚型冠心病收缩性心力衰竭合并室性早搏疗效显著, 可改善患者心功能, 具有明显抗心律失常作用。

[关键词] 参芪转律胶囊; 慢性收缩性心力衰竭; 室性早搏

[中图分类号] R285.6 [文献标识码] B [文章编号] 1005-9903(2010)18-0210-03

冠心病慢性收缩性心力衰竭是心血管疾病的终末阶段, 是临床常见的危重症之一, 较多合并室性心律失常, 死亡率高, 严重威胁人类的生命和健康。目前使用传统的强心、利尿、扩张血管、血管紧张素转换酶抑制剂联合抗心律失常药物治疗, 不能从根本上阻止疾病的进展, 且长期服用副作用大、维持时间短、产生耐药性, 甚至因副作用而被迫停药。鉴于西药以上局限性, 我院自拟参芪转律胶囊应用于临床, 取得了较满意疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 自 2009 年 1 月 - 2010 年 5 月, 共纳入 60 例经玉田县中医院内二科确诊为冠心病慢性收缩性心力衰竭合并室早患者, 根据就诊顺序随机分为两组。治疗组 30 例, 男 16 例, 女 14 例; 年龄 43 ~ 78 岁, 平均 65.35 岁; 病程最短 20 d, 最长 22 d, 平均 21.10 d。对照组 30 例, 男 15 例, 女 15 例; 年龄 43 ~ 79 岁, 平均 65.27 岁; 病程最短 20 d, 最长 22 d, 平均 20.80 d。两组病例性别、年龄构成差异无统

计学意义, 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《内科学》^[1] 冠状动脉粥样硬化性心脏病的诊断标准及《内科学》^[1] 心力衰竭心功能分级 (NYHA 分级) 标准, 级: 患者有心脏病, 但体力活动不受限制, 一般体力活动不引起过度疲劳、心悸、气喘或心绞痛; 级: 患者有心脏病, 以致体力活动轻度受限制, 休息时无症状, 一般体力活动引起过度疲劳、心悸、气喘或心绞痛; 级: 患者有心脏病, 以致体力活动明显受限制, 休息时无症状, 但小于一般体力活动即可引起过度疲劳、心悸、气喘或心绞痛; 级: 患者有心脏病, 休息时也有心功能不全或心绞痛症状, 进行任何体力活动均使不适增加。

1.2.2 室性早搏诊断标准 参照《内科学》^[1] 室性期前收缩的诊断标准 提前发生的 QRS 波群, 时限通常超过 0.12 s、宽大畸形, ST 段与 T 波的方向与 QRS 波群主波方向相反; 配对间期恒定, 代偿间歇完全; 可成多源性、多形性、联律性。

1.2.3 中医诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2] 心悸的诊断标准, 证见心悸不安, 气短易汗, 倦怠懒言, 面色无华, 口干, 少寐多梦, 大便干, 舌淡暗或有齿痕, 苔薄白, 脉弱或结代。

1.3 纳入标准 年龄在 43 ~ 79 岁; 符合中西

[收稿日期] 2010-09-09

[第一作者] 鲁宪凯, 副主任医师, 研究方向为中医内科, 从事中医心血管及呼吸系统疾病临床, Tel: 0315-6159658, E-mail: xman.form@163.com

[通讯作者] * 刘继东, 主任医师, 从事中医神经内科临床, Tel: 0315-6159638, E-mail: xman.form@163.com

医诊断标准, 纽约心脏病协会心功能分级心功能
~ 级者; 中医辨证为气阴两虚型。

1.4 排除标准 年龄在 43 岁以下, 79 岁以上;
心力衰竭合并室上性早搏、室上性心动过速、室
速、室颤者; 极度衰竭不能服药者; 经检查证实
由先天性心脏病、心脏瓣膜病、心肌病、高血压心脏
病引起的心衰合并室性早搏者; 纽约心脏病分级
心功能 级、 级者及急性左心衰者; 由肝、肾、
造血系统和内分泌系统疾病引起的心衰合并室性早
搏者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 常规硝酸异山梨酯 10 mg, 口服,
tid; 阿司匹林 0.1 g, 口服, qd; 辛伐他汀 10 mg, 口服,
qn; 根据血压、电解质予适量血管紧张素转换酶抑制
剂及利尿剂治疗。并予参芪转律胶囊(由太子参、黄
芪、桂枝、麦冬、五味子、龙骨、牡蛎、酸枣仁、茯苓、地
龙、牛膝组成, 由本院制剂室制备, 批号 Z20050867)
每粒 0.5 g, 每次 4 粒, 口服, bid。疗程 3 周。

1.5.2 对照组 西药治疗同治疗组, 并予美托洛尔
12.5 mg 口服, tid 抗心律失常治疗。疗程 3 周。

1.6 疗效标准

1.6.1 西医疗效标准 心功能疗效判定标准:
参照心功能分级(NYHA 分级)标准, 治疗后与治疗
前相比, 心功能改善 级或 级者为显效; 心功能改
善 级者为有效; 心功能改善不足 级或未达到有
效标准者为无效; 心功能恶化 级以上者为恶化。

室早疗效判定标准: 参照 1979 年全国中西医结
合防治冠心病心绞痛心律失常研究座谈会制定的心
律失常疗效标准: 治愈: 症状及心律失常消失, 24 h
动态心电图等实验室检查恢复正常; 好转: 症状减轻
或发作间歇时间延长, 24 h 动态心电图及实验室检
查有改善; 未愈: 症状及心律失常无变化。

表 4 两组患者不良反应比较 (n=30)

组别	胃肠反 应/例	神经系统如头晕、疲乏、 抑郁、头痛失眠等/例	心血管系统如肢端冷、 雷诺现象等/例	瘙痒症 /例	呼吸系统如气急、 哮喘/例	不良反应 发生率/%
治疗	1	0	0	0	0	3.33 ¹⁾
对照	2	3	1	1	1	26.67

3 讨论

根据中医学理论, 冠心病慢性收缩性心力衰竭
合并室性早搏可归属中医学“胸痹”、“心悸”范畴,
多由禀赋不足, 素体虚弱, 或久病失养、劳欲过度、中
气外泄, 气血阴阳亏虚, 心脉不通, 心失所养, 而发为

1.6.2 中医证候疗效判定标准 参照《中医病证诊
断疗效标准》^[4]: 治愈: 症状消失, 心电图及有关实
验室检查恢复正常; 好转: 症状减轻, 发作次数减少,
间歇期延长, 实验室检查有改善; 未愈: 主要症状及
心电图无改变。

1.7 统计学方法 统计分析采用 SPSS13.0 软件,
计量资料正态分布用 *t* 检验, 偏态分布用秩和检验,
计数资料采用 ² 检验。

2 结果

治疗 3 周后, 心功能恢复总有效率: 治疗组 73.3
%, 对照组 60.0%; 室性早搏改善总有效率: 治疗组
90.0%, 对照组 66.7%; 中医证候改善总有效率: 治
疗组 83.3%, 对照组 56.7%; 不良反应发生率: 治疗
组 3.33%, 对照组 20.00%。两组比较, 差异均有统
计学意义(*P* < 0.05)。见表 1 ~ 表 4。

表 1 两组患者 NYHA 心功能改善情况 (n=30)

组别	显效 /例	有效 /例	无效 /例	恶化 /例	总有效率 /%
治疗	14	8	8	0	73.3 ¹⁾
对照	11	7	11	1	60.0

注: 与对照组比较¹⁾ *P* < 0.05 (表 2 ~ 4 同)。

表 2 两组患者室性早搏改善情况 (n=30)

组别	治愈/例	好转/例	未愈/例	总有效率/%
治疗	26	1	3	90.0 ¹⁾
对照	19	1	10	66.7

表 3 两组患者中医证候改善情况 (n=30)

组别	治愈 /例	好转 /例	未愈 /例	总有效率 /%
治疗	18	7	5	83.3 ¹⁾
对照	14	3	13	56.7

胸痹、心悸。参芪转律胶囊方中太子参甘、平, 微苦,
补气生津, 黄芪甘温, 补气升阳, 二药和而为君以益
气养阴; 麦冬养阴生津、清心除烦, 用于心阴虚心烦
心悸; 五味子滋阴生津、补益心肾、宁心安神; 茯苓益
(下转第 214 页)

2.4 两组患者不良反应比较 对照组 18 例中有 5 例出现腹部绞痛,减少大黄用量后腹痛缓解。治疗组 18 例中有 1 例出现腹痛,呈阵发性加剧,减少大黄用量后亦缓解。两组均未见其他不良反应。

3 讨论

重症急性胰腺炎属于中医学“腹痛”、“厥证”等范畴。临床以痞、满、燥、实为主证,治宜通里攻下,疏肝理气,清热利湿。在西医常规治疗的基础上加用大承气汤加味治疗,方中生大黄、芒硝通里攻下;枳实、厚朴破气消积、除痞满厚;柴胡、黄芩和解清热;金银花、连翘清热解毒。诸药合用,使脏腑气机得以疏利,瘀血得通,实热之邪得解而泄。现代药理学研究证明,大黄对急性胰腺炎患者的胃肠黏膜有很好的保护作用,抑制肠道内细菌移行及毒素吸收,促进肠道内毒素排泄,促进胃肠道新陈代谢和肠道营养的恢复,提高机体免疫力,降低炎性细胞因子和炎性介质的产生,对阻断病源性感染环节有重要作用^[4-5]。芒硝可促进腹腔渗液吸收及减轻肠管肿胀,促进消化道功能的恢复^[6]。枳实、厚朴可增加小肠蠕动,并对多种细菌及真菌有抑制作用^[7]。

本研究在西医常规治疗的基础上采用大承气汤加味治疗急性重症胰腺炎,结果显示治疗组总有效率达 88.9%,临床疗效明显高于对照组,治疗组对血、尿淀粉酶和 CRP 降低的作用均明显强于对照组 ($P < 0.01$);两组体温恢复正常时间,腹痛缓解时

间,血尿淀粉酶恢复正常时间,白细胞恢复正常时间比较,均具有明显差异 ($P < 0.01$)。显示大承气汤加味治疗急性重症胰腺炎可以增强单纯常规西医治疗的疗效,治疗组不良反应明显低于对照组,可见应用该法治疗急性重症胰腺炎,毒副作用小,安全可靠,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] Arvanitakis M, Delhaye M, De Maertelaere V, et al. Computed tomography and magnetic resonance imaging in the assessment of acute pancreatitis[J]. *Gastroenterology*, 2004, 126(3): 715.
- [2] 中华医学会消化病分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南[S]. *中华内科杂志*, 2004, 43(3): 236.
- [3] 曾小粤,王重阳,温志鹏. 中西医结合治疗急性重症胰腺炎 46 例疗效观察[J]. *中国中医急症*, 2005, 14(12): 1173.
- [4] 熊旭东. 通腑活血法治疗急性重症胰腺炎 16 例[J]. *中华实用中西医杂志*, 2003, 16(2): 236.
- [5] 夏彬,向进见. 大黄对重症急性胰腺炎胃肠功能恢复的作用[J]. *医药导报*, 2005, 24: 1136.
- [6] 周国芳. 大黄、芒硝在重症急性胰腺炎中的应用体会[J]. *中国临床医生*, 2005, 33: 50.
- [7] 高学敏. *中药学*[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001: 595.

[责任编辑 何伟]

(上接第 211 页)

心脾而宁心安神;龙骨、牡蛎合用以镇惊安神,与酸枣仁合用加强安神之功;桂枝通血脉、止悸动,共为臣药;地龙、牛膝长于通行经络,为佐药。诸药合用,共奏益气养阴、活血通脉、安神定悸之功。

现代医学认为黄芪多糖具有提高小鼠应激能力、增强免疫功能、保护心血管系统作用;麦冬有抗心律失常和扩张外周血管作用^[3]。临床实践表明,参芪转律胶囊治疗气阴两虚型室性早搏疗效确切,安全可靠,副作用少,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 叶任高,陆再英. *内科学*[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社, 2001: 280.
- [2] 国家中医药管理局. ZY/T001.1 ~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社, 1994: 30.
- [3] 雷载权. *中药学*[M]. 6 版. 上海:上海科学技术出版社, 2000: 281, 307.

[责任编辑 何伟]