

稳心颗粒治疗室性期前收缩 58 例临床观察

林雄

(浙江省三门县中医院 三门 317100)

关键词 室性期前收缩 中医药疗法 稳心颗粒; 临床观察

中图分类号 R 541.7

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)06- 0017-01

我们于 2001 年 7 月~2003 年 7 月使用稳心颗粒治疗室性期前收缩 58 例,并与心律平(普罗帕酮)作疗效对比观察,现将结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 88 例病例均为我院门诊患者,均符合《内科疾病诊断标准》中室性期前收缩标准<sup>[1]</sup>,均有心悸不宁、气短乏力、头晕胸闷、怔忡、失眠多梦、精神不振、纳食乏味等症状,经 24h 动态心电图监测证实为室性期前收缩。排除房性期前收缩和交界性期前收缩。随机将 88 例分为 2 组,治疗组 58 例,对照组 30 例。2 组性别、年龄、病程见表 1。

表 1 2 组性别、年龄、病程比较(χ<sup>2</sup>检验)

| 组别  | 男  | 女  | 年龄/岁       | 病程/年      |
|-----|----|----|------------|-----------|
| 治疗组 | 30 | 28 | 40.61依5.56 | 3.01依5.51 |
| 对照组 | 15 | 15 | 41.61依5.69 | 3.06依8.82 |

注:2 组性别、年龄、病程比较无显著性差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组用步长稳心颗粒(由山东步长恩奇制药有限公司生产),每袋 9g,每日 3 次,每次 1 袋;对照组用心律平 0.1~0.2g,每日 3 次,口服。2 组均以 4 周为 1 疗程,连续服 3 个疗程。治疗期间均停用其他药物,忌饮酒、咖啡、浓茶等。

1.3 疗效制定标准 参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》中有关室性期前收缩的疗效判定标准<sup>[2]</sup>。采用计分法,分主次症分别计分。主症积分方法:心悸不宁、头晕胸闷、气短乏力按无或消失、轻、中、重分别计 0、2、4、6 分。次症积分方法:失眠多梦、精神不振、怔忡、纳食乏味按无或消失、轻、中、

重分别记 0、1、2、3 分。24h 动态心电图监测记分标准:室性期前收缩 <10 次、≥10 次、呈 2—4 联律、≥10 次连续出现分别记 3、2、1、0。

2 结果

2.1 2 组临床疗效比较 见表 2。

| 表 2 2 组疗效比较 |    |      |    |    |    |        | 例 |
|-------------|----|------|----|----|----|--------|---|
| 组别          | 例数 | 临床治愈 | 好转 | 有效 | 无效 | 有效率(%) |   |
| 治疗组         | 58 | 25   | 18 | 10 | 5  | 91.38  |   |
| 对照组         | 30 | 4    | 8  | 10 | 8  | 80.00  |   |

注:χ<sup>2</sup>检验与对照组比较, $P<0.01$ 。

2.2 2 组临床症状、体征积分比较 见表 3。

| 表 3 2 组治疗前后临床症状、体征积分比较(χ <sup>2</sup> 检验) |              |          |          |          |          |          |          |  |
|-------------------------------------------|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
| 组别                                        | 心悸不宁         | 头晕胸闷     | 气短乏力     | 失眠多梦     | 精神不振     | 怔忡       | 纳食乏味     |  |
| 治疗组                                       | 治疗前 4.5依0.8  | 3.30依.57 | 2.94依.70 | 1.87依.03 | 1.42依.02 | 1.82依.92 | 1.17依.00 |  |
|                                           | 治疗后 1.45依.36 | 0.59依.05 | 0.83依.10 | 0.58依.76 | 0.44依.69 | 0.52依.63 | 0.24依.51 |  |
| 对照组                                       | 治疗前 4.86依.23 | 3.20依.34 | 3.17依.13 | 1.20依.87 | 2.17依.99 | 1.80依.96 | 1.04依.94 |  |
|                                           | 治疗后 1.46依.42 | 1.01依.12 | 1.13依.20 | 0.57依.64 | 0.68依.79 | 0.63依.65 | 0.51依.58 |  |

经  $t$  检查,2 组治疗前后临床症状、体征比较均有显著性差异( $P<0.05$ , $<0.01$ )。

2.3 2 组 24h 动态心电图监测指标比较 见表 4。

| 表 4 2 组 24h 动态心电图监测指标比较(χ <sup>2</sup> 检验) |             |            | 次 |
|--------------------------------------------|-------------|------------|---|
| 组别                                         | 24h 动态心电图监测 |            |   |
| 治疗组                                        | 治疗前         | 8.71依6.68  |   |
|                                            | 治疗后         | 4.81依.52*  |   |
| 对照组                                        | 治疗前         | 10.91依.72  |   |
|                                            | 治疗后         | 8.80依.98** |   |

注:与本组治疗前比较 \*\* $P<0.05$ ,\* $P<0.01$ 。

3 讨论

室性期前收缩虽可发生于正常人,但大(下转第 20 页)

<sup>[3]</sup>,故积极的扩张冠状动脉和抗凝治疗极为重要。常规抗心肌缺血制剂硝酸甘油是控制心绞痛症状的首选药,但长期应用易产生耐药性,影响疗效。而葛根素注射液可通过下列途径改善心肌的血液供应而减少心绞痛的发生:(1)可减慢心率,这可能是 β 受体阻滞的结果;(2)可使正常及痉挛的冠状动脉扩张;(3)降低血液粘度,改善微循环,提高心肌氧摄取能力;(4)改善正常及缺血心肌代谢。另外,葛根素可抑制血小板聚集,修复内皮细胞,提高前列环素(PGI<sub>2</sub>)及降低血栓素(TXA<sub>2</sub>)的作用,降低儿茶酚胺生成,从而抑制血栓形成及解除冠脉痉挛,阻止 UAP 病情发展。速避凝具有良好的抗凝血酶 III、抑制 Xa 因子活性、防止血小板粘附、溶解纤维蛋白、促进侧支循环形成等作用,可有效治疗及预防冠状动脉内附壁血栓的形成,缓解 UA 病情。

速避凝与葛根素联用治疗不稳定心绞痛,作用协同,加强了抗心绞痛的作用,从而缓解心绞痛或减少心绞痛发作次数,缩短心肌总缺血时间。观察过程中,治疗组患者未出现出血并发症,用药前后肝功能、肾功能、血常规等检查均无异常改变,说明速避凝与葛根素联合应用无明显的副作用。

参考文献

[1]中华医学会心血管病学学会.全国心绞痛及心肌缺血学术研讨会纪要[J].中华心血管病杂志,2000,28(6):405~408  
[2]范振云,靳萍奎.葛根素注射液治疗不稳定型心绞痛疗效观察[J].临床荟萃,2003,18(11):640~641  
[3]彭赞,杨丹鹰.低分子肝素与灯盏细辛注射联合治疗不稳定型心绞痛疗效观察.实用中西医结合临床,2004,4(3):1~2

(收稿日期: 2004 -04-06)

9 例,肝胃郁热 11 例,脾胃虚弱 4 例,脾虚气滞 4 例,气虚血瘀 2 例。对照组 26 例,其中男 16 例,女 10 例;年龄 18~68 岁,平均 32.5 岁;病程 2 个月~6 年,平均 8.6 个月;胃镜检查浅表性胃炎 22 例(其中胃窦炎 17 例)残胃炎 2 例,萎缩性胃炎 2 例;食管内镜检查 0 级 12 例,Ⅰ级 10 例,Ⅱ级 2 例,Ⅲ级 2 例;中医辨证分型:肝胃不和 8 例,肝胃郁热 9 例,脾胃虚弱 4 例,脾虚气滞 4 例,气虚血瘀 1 例。2 组患者临床资料差异无显著性,具有可比性。

**2.4 治疗方法** 对照组指导改变生活方式:嘱睡眠时抬高床头 15~20cm(单纯垫高枕头无效),避免饱食及睡眠前进食,避免进食降低食道下段压力食物(脂肪、咖啡、巧克力、薄荷、汽水)以及高酸性食物(柠檬果汁、番茄汁),忌烟酒。西药口服:雷尼替丁胶囊 0.15g,早餐前 0.5h 及睡前各 1 次;西沙必利 5mg,3 餐饭前 0.5 h 各 1 次;硫酸铝 1.0g,3 餐饭前 1 h 及睡前服;疗程 6 周。治疗组在采用对照组治疗方案的同时配合中药治疗。肝胃不和证:疏肝理气,和胃降逆。处方:柴胡疏肝散加减:柴胡 10g,枳壳 15g,香附 12g,玄胡 10g,郁金 10g,苏梗 10g,甘草 5g。嗝气频繁者加沉香、白蔻仁,呕吐者加代赭石、柿蒂。脾胃郁热证清热泻火,和胃降逆。处方:左金丸加味:黄连 6g,吴茱萸 3g,栀子 10g,黄芩 15g,法夏 15g,砂仁 10g,乌贼骨 20g,甘草 5g。脾虚气滞证健脾行气,和胃降逆。处方:丁香柿蒂汤加味:丁香 3g,柿蒂 20g,党参 15g,白术 10g,茯苓 15g,半夏 12g,苏梗 15g,枳壳 12g,玄胡 10g,生姜 10g。胸膈满闷者加薤白、厚朴。脾胃虚弱证温中健脾,降逆止吐。处方:理中汤加味:党参 30g,黄芪 20g,白术 20g,干姜 10g,炙甘草 5g,陈皮 10g,半夏 10g,木香 10g,砂仁 10g。气虚血瘀证益气健脾,化瘀散结。处方:启膈散合橘皮竹茹汤加减:太子参 20g,白术 15g,茯苓 10g,丹参 15g,浙贝母 10g,郁金 12g,砂仁 6g,荷叶蒂 15g,桃仁 10g,降香 10g,陈皮 10g,竹茹 10g,甘草 5g。以上每日 1 剂,水煎服,疗程 6 周。2 组患者均在治疗 6 周后复查胃镜,对治疗过程中症状缓解情况进行统计观察。

3 治疗结果

治疗组的临床症状开始缓解时间和治愈率都明显高于对照组,而复发率(停药 0.5 年内症状、体征又复发或加重)则明显低于对照组(见表 1、2),2 组疗效经统计学分析, $P$

<0.01,有显著差异。

| 表 1 2 组治疗中症状开始缓解时间( $\bar{x} \pm s$ ) |                   |                   |                   |                    | d    |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|------|
| 组别                                    | 呃逆                | 反酸                | 烧心                | 胸痛                 |      |
| 治疗组                                   | 5.2 $\pm$ 3.3(17) | 4.5 $\pm$ 6.6(16) | 3.2 $\pm$ 8.8(30) | 3.5 $\pm$ 2.2(26)  |      |
| 对照组                                   | 8.6 $\pm$ 4.4(14) | 5.9 $\pm$ 8.8(15) | 5.3 $\pm$ 7.2(26) | 12.1 $\pm$ 3.3(18) |      |
| 表 2 2 组疗效观察和远期疗效观察                    |                   |                   |                   |                    | 例(%) |
| 组别                                    | 治愈                | 好转                | 无效                | 复发                 |      |
| 治疗组                                   | 19(63.33)         | 11(36.60)         | 0                 | 6(20.00)           |      |
| 对照组                                   | 10(38.46)         | 14(53.84)         | 2(7.69)           | 12(46.15)          |      |

4 讨论

食道内镜阴性 GERD(症状反流)和内镜阳性 GERD(病理性反流或反流性食管炎),其病理改变西医学认为:(1)食道下括约肌(LES)静息压力降低为发病最主要因素;(2)食道蠕动和廓清能力降低;(3)胃排空延迟,胃内压力增高;(4)反流物的损伤作用。病变中 LES 功能不全、食管动力异常和食管炎可互为因果,形成恶性循环。西药抑酸剂、促动力药、粘膜保护剂联合应用取得一定疗效。中医学认为:该病的病位在胃、食道,但与肝、脾有密切关系。肝主疏泄,胃主受纳与和降,脾主运化,脾气宜升,胃气宜降,肝气舒畅则气机条达,而胃气和降。胃与脾相表里,共司升降清浊之职。若郁怒伤肝,或脾病及肝,则肝木失却条达,肝气横逆犯胃,胃失和降,胃气上逆则出现胸胁疼痛、嗝气、呃逆,吞酸嘈杂等症。因此本病主要病机是肝失疏泄,胃失和降,肝胃(脾)不和。治疗组运用中医辨证分型中药治疗和常规西药治疗并配合指导生活方式,较对照组单纯西药常规治疗的疗效高。2 组比较,治疗中临床症状缓解开始时间,治疗组较对照组早、快;治愈率(63.33%)和有效率(100%)明显高于对照组;半年复发率治疗组明显低于对照组。因此中西医结合治疗本病是有效途径,具有临床和推广应用的广阔前景。

参考文献

[1]王伟岸,岳恒志.消化系统疾病诊治新概念[M].北京:科学技术文献出版社,2003.82~89  
[2] 彭勃. 中西医临床消化病学 [M]. 北京: 中国中医学出版社, 1997.129~136  
[3]中华医学会消化内镜学会.反流性食管病 / 反流性食管炎诊断及治疗方案(试行)[J].中华消化内镜杂志,1999,16: 326~327  
(收稿日期: 2004 -09-23)

(上接第 17 页)多数与各类心脏疾病有密切关系。现代医学治疗本病常用各类抗心律失常药物,而抗心律失常药本身具有致心律失常作用,疗效也不确切。祖国医学把本病归属于“心悸、怔忡”范围,在中医理论指导下,进行辨证的复方制剂治疗,往往能取得显著的疗效。稳心颗粒主要成分是党参、三七、黄精、琥珀、甘松。现代药理研究证明<sup>[3]</sup>:三七所含的三七皂甙对多种心律失常均有一定对抗作用,能抑制室性期前收缩;党参、黄精能改善心肌能量代谢,增强心肌收缩力而不影响心率;甘松所含的缬草酮有抗心律不整作用,对异位性室性节律较强,且较为安全<sup>[4]</sup>。故本品对心律失常有较好的调整,可改善微循环,并增强心肌收缩力,其治疗室性期前收缩

有显著疗效,服用方便,剂量小,治疗中未发现明显副作用,但远期治疗有待进一步观察。

参考文献

[1]贝政平.内科疾病诊断标准[M].北京:科学出版社,2001.189  
[2]中国人民解放军总后勤部卫生部.临床疾病诊断依据治愈好转标准[M].北京:人民军医出版社,1987.222~223  
[3]沈映君.中药药理学[M].北京:人民卫生出版社,2000.601,877, 947  
[4]刘新存,刘忠玉.步长稳心颗粒治疗阵发性房颤疗效观察[J].实用中西医结合临床,2004,4(2).50~51  
(收稿日期: 2004 -04-16)