

芪葛地黄汤治疗频发室性早搏 60 例

袁泉英

(江西省宜春市中医院 宜春 336000)

关键词: 频发室性早搏; 芪葛地黄汤; 中西医结合疗法

中图分类号: R 541.7

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.036

笔者自 2009 年以来, 采用芪葛地黄汤治疗频发室性早搏 60 例, 疗效显著。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择频发室性早搏患者 120 例, 对洋地黄类药物中毒、电解质紊乱及酸碱平衡失调引起的室性早搏、伴有显著心动过缓 (心率 <55 次/min)、病态窦房结综合征、II 度以上房室传导阻滞除外。随机分为对照组和治疗组。治疗组 60 例中男 32 例, 女 28 例; 年龄最小 14 岁, 最大 75 岁, 平均 55 岁; 冠心病 15 例, 风湿性心脏病 10 例, 病毒性心肌炎 13 例, 原发性高血压 10 例, 功能性 12 例。对照组 60 例中男 31 例, 女 29 例; 年龄最小 13 岁, 最大 76 岁, 平均 54 岁; 冠心病 14 例, 风湿性心脏病 9 例, 病毒性心肌炎 12 例, 原发性高血压 11 例, 功能性 14 例。两组患者的临床资料经统计学处理无差异, 有可比性 ($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组患者除病因治疗外, 口服盐酸胺碘酮 0.2 g, 每日 3 次, 根据早搏减轻程度逐渐减为 0.2 g, 每日 2 次, 后以 0.2 g, 每日 1 次维持。治疗组在对照组的基础上加用芪葛地黄汤治疗, 基本方: 黄芪 30 g、葛根 30 g、丹参 30 g、熟地 10 g、山药 10 g、山茱萸 10 g、泽泻 10 g、丹皮 10 g、茯苓 15 g, 夹痰热者加黄连、法夏、竹茹, 腹胀纳呆者加广木香、砂仁。水煎服, 日 1 剂, 连服 4 周为 1 个疗程。

1.3 观察方法 用药前后及服药期间详细记录患者的临床症状、心率、血压, 服药前及服药结束后分别查血常规、大小便常规、肝肾功能、甲状腺功能以及 12 导心电图和 24 h 动态心电图。

1.4 疗效评定标准 显效: 心悸等症状消失, 早搏次数比治疗前减少 80% 以上; 有效: 症状改善, 早搏次数比治疗前减少 60% 以上; 无效: 未达到上述指标或加重。

粥样斑块内炎症反应的强度。不稳定心绞痛患者颈动脉不稳定斑块及血 hs-CRP 含量均高于非不稳定心绞痛的患者, 说明不稳定斑块和炎症与不稳定心绞痛发生密切相关。颈动脉斑块的稳定性与血 hs-CRP 含量相结合, 对不稳定心绞痛评价有较大的意义, 可为冠心病的诊治及评价提供必要的依据。

1.5 统计学方法 两组总有效率比较, 采用 χ^2 检验。

1.6 治疗结果 两组患者治疗前后血常规、大小便常规、肝肾功能、甲状腺功能无明显变化。治疗组 60 例中, 显效 41 例, 有效 15 例, 无效 4 例, 总有效率 93.3%。对照组 60 例中, 显效 30 例, 有效 15 例, 无效 15 例, 总有效率 75.0%。两组总有效率差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

2 讨论

室性早搏是一种最常见的心律失常^[1]。近年来的研究资料表明室早是心性猝死的一个重要预测指标, 约 83% 的猝死病人有室早病史^[2]。无器质性心脏病、无明显症状者可不必用药。但频发室性早搏极易发展成室速而危及生命, 故需要干预治疗, 因此被中西医专家列为重要的攻关课题。室性早搏属中医学“心悸”范畴。心悸的形成多数医家认为由脏腑气血阴阳亏虚、心神失养所致^[3]。笔者经过临床观察发现频发室早常由肝肾阴亏所致, 心主血脉, 肝藏血, 肝阴不足, 肝血亏耗, 使心血亏虚, 心失所养而心悸。肾水亏虚, 水不济火, 心火偏亢则心悸。治疗应以滋补肝肾之阴为主。六味地黄汤具有滋补肝肾之功, 加用黄芪益气生血, 葛根生津, 心神失养则心气易虚, 气虚则血瘀, 加用丹参活血化瘀: 诸药合用切中病机。

总之, 芪葛地黄汤配合胺碘酮片治疗频发室性早搏疗效明显优于单纯西药治疗。对于不能使用西药抗早搏的患者, 可单用本方, 有推广价值。

参考文献

[1]叶任高.内科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2001.197
[2]杨均国.心律失常的近代概念[M].上海:上海科学技术出版社,1990. 77
[3]胡寿信.稳心颗粒联用阿替洛尔治疗频发室性早搏的疗效观察[J].实用中西医结合临床,2008,8(5):6-7,10

(收稿日期: 2012-08-13)

参考文献

[1]Demircan S,Tekin A,Tekin G,et al.Comparison of carotid intima-media thickness in patients with stable angina pectoris versus patients with acute coronary syndrome [J].Am J Cardiol,2005,96: 643-644
[2]丁士芳,张运,蒋彦彦.颈动脉粥样斑块稳定性与急性脑梗死发病机制关系的临床研究[J].中华超声影像学杂志,2006,15 (8):597-600

(收稿日期: 2012-11-15)