

疾病均有良好的治疗效果。胺碘酮联合美托洛尔可强化抗心律失常效果,利于改善预后。

本研究结果显示,治疗后,观察组 LVEDV、LVESV 均低于对照组,LVEF 高于对照组,且治疗期间不良反应发生率低于对照组,表明胺碘酮联合美托洛尔可有效提高快速心律失常患者心功能指标,降低不良反应发生率。综上所述,将胺碘酮联合美托洛尔方案应用于快速心律失常患者中,可有效改善其心功能,减少不良事件发生,利于改善预后。

参考文献

[1]江玲,陈日锦,何就明,等.美托洛尔联合胺碘酮治疗 AMI 并发快速心律失常的可行性及安全性[J].现代诊断与治疗,2017,28(21):3986-3988.
[2]魏显敬,谢莲娜,王凯君.胺碘酮联合美托洛尔静脉注射治疗快速性心律失常疗效及安全性评价[J].陕西医学杂志,2018,47(6):796-799.
[3]万学红,卢雪峰.诊断学[M].第 9 版.北京:人民卫生出版社,2018:506.

[4]景国强.盐酸胺碘酮片、盐酸美心律片治疗老年冠心病伴快速心律失常对照分析[J].中国心血管病研究,2018,16(6):546-549.
[5]董海花.胺碘酮治疗急性心衰并快速心律失常的疗效评估[J].实用中西医结合临床,2018,18(12):65-67.
[6]刘纪敏,王强,尚小景.急诊应用胺碘酮治疗冠心病并发快速心律失常的疗效观察[J].中国医院用药评价与分析,2018,18(6):777-778,781.
[7]陈新光,曹钰琨,朱娅楠.胺碘酮治疗急诊危重症合并快速心律失常患者的疗效及安全性研究[J].中国医药导刊,2017,19(10):1014-1017.
[8]高波,许红阳.胺碘酮联合 β 受体阻滞剂治疗急性心肌梗死并发快速心律失常的疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(8):882-884.
[9]葛晓平,华崇俊,杨俊.胺碘酮联合琥珀酸美托洛尔缓释片治疗对快速心律失常患者血压和心率的影响[J].中国慢性病预防与控制,2017,25(6):463-465.
[10]张文艳,胡钢英,陈素琴.胺碘酮联合美托洛尔治疗快速心律失常疗效和安全性的 Meta 分析[J].疑难病杂志,2017,16(11):1141-1144.

(收稿日期:2020-08-26)

定悸方联合西医治疗阵发性房颤气阴两虚证的疗效观察

杨俊国¹ 郭会军^{2#}

(1 中国人民解放军联勤保障部队第九八八医院 河南郑州 450007;

2 河南中医药大学第一附属医院 郑州 450000)

摘要:目的:探讨定悸方联合西药治疗气阴两虚证阵发性房颤的临床疗效。方法:将 2016 年 10 月~2018 年 3 月接受胺碘酮治疗的 49 例阵发性房颤患者纳入对照组,同期接受胺碘酮联合定悸方治疗的 49 例患者纳入观察组。两组均连续治疗 8 周,比较两组临床疗效、中医证候积分及血清炎症介质水平。结果:观察组临床总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗 8 周后,两组中医证候积分及超敏 C-反应蛋白、白介素-6、肿瘤坏死因子- α 水平均较治疗前降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:气阴两虚证阵发性房颤采用定悸方与西药联合治疗可提升临床疗效,缓解临床症状,减轻炎症反应。

关键词:阵发性房颤;气阴两虚证;定悸方;炎症介质

中图分类号:R541.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.04.032

房颤即心房颤动,属于较为常见的心律失常,随着病情不断进展,可引发心力衰竭、脑卒中等严重后果,甚至导致患者死亡^[1]。目前,临床上对于房颤的治疗已不仅仅局限于控制患者发病率及病死率,还应积极预防及治疗阵发性房颤,以缓解患者临床症状,消除心室重构,延缓心房重建,避免阵发性房颤发展为持续性房颤^[2]。近年来,中医药在房颤的治疗中广泛应用,且取得良好的成效。本研究主要探讨定悸方联合西药治疗气阴两虚证阵发性房颤的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2016 年 10 月~2018 年 3 月接受治疗的阵发性房颤患者 98 例,根据治疗方案分为对照组和观察组各 49 例。对照组男 27 例,女 22 例;年龄 61~82 岁,平均年龄(72.06 \pm 4.73)岁;体质量指数 19~26 kg/m²,平均体质量指数(22.56 \pm 1.06)kg/m²;病程 2~8 年,平均病程(4.19 \pm 1.14)年。观察

组男 26 例,女 23 例;年龄 60~81 岁,平均年龄(71.93 \pm 4.67)岁;体质量指数 19~27 kg/m²,平均体质量指数(22.61 \pm 1.09)kg/m²;病程 2~9 年,平均病程(4.23 \pm 1.18)年。两组一般资料比较无显著差异($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 诊断标准 西医诊断参考《心房颤动:目前的认识和治疗建议—2015》^[3]中阵发性房颤诊断标准。中医诊断参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]制定,辨证为气阴两虚证,主证:心悸、神疲乏力、失眠;次证:气短、懒言、口干烦躁、少寐多梦、自汗盗汗;舌红、少苔,脉细数,无力。

1.3 入选标准 纳入标准:房颤持续时间不超过 7 d;签署知情同意书;精神正常可正常交流。排除标准:合并肝、肾等功能不全者;对本研究药物过敏者;治疗依从性较差者。

1.4 治疗方法 两组均采取营养支持、降压、降糖、

通信作者:郭会军, E-mail: 961777680@qq.com

抗感染、纠正电解质紊乱等基础治疗。对照组采用胺碘酮(国药准字 H36020916)治疗,初始剂量:0.2 g/次,3 次/d;5 d 后剂量:0.2 g/次,2 次/d;10 d 后剂量:0.2 g/次,1 次/d,并维持。在此基础上,观察组加用定悸方治疗,药方组成:黄芪 30 g,太子参 15 g,麦门冬 15 g,五味子 9 g,丹参 30 g,川芎 15 g,赤芍 15 g,红花 9 g,黄连 10 g,佛手 9 g,香附 9 g,生龙骨 30 g,生牡蛎 30 g。1 剂/d,水煎,取汁 250~300 ml,分早晚 2 次温服。两组均治疗 8 周。

1.5 观察指标 (1)中医证候积分:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》将两组治疗前后主证及次证进行量化评分,主证根据轻、中、重计为 2 分、4 分、6 分,次证根据症状轻、中、重计为 1 分、2 分、3 分,计算总分。(2)炎症介质:采集两组治疗前后空腹静脉血 3~5 ml,通过贝克曼 AU5800 全自动生化分析仪检测超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)、白介素-6(IL-6)及肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平。(3)疗效。

1.6 疗效判定标准 显效:患者临床症状消失,心电图检查明显改善,中医证候积分降低至少 90%;有效:患者临床症状明显改善,心电图检查有所改善,中医证候积分降低至少 70%;无效:临床症状、心电图、中医证候积分均无改善或者加重。临床总有效=显效+有效。

表 3 两组炎症介质水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	hs-CRP(mg/L)		IL-6(pg/ml)		TNF- α (pg/ml)	
		治疗前	治疗 8 周后	治疗前	治疗 8 周后	治疗前	治疗 8 周后
对照组	49	15.76 \pm 4.28	8.29 \pm 2.24*	17.13 \pm 4.35	10.49 \pm 2.64*	3.16 \pm 0.72	2.88 \pm 0.56*
观察组	49	16.03 \pm 4.17	6.38 \pm 1.89*	16.82 \pm 4.23	8.23 \pm 2.15*	3.22 \pm 0.74	2.04 \pm 0.53*
t		0.316	4.562	0.358	4.647	0.407	4.903
P		0.753	0.000	0.721	0.000	0.685	0.000

注:与同组治疗前比较,*P<0.05。

3 讨论

房颤属于心律失常的一种,其发生与炎症、心房结构改变、心肌缺血、自主神经系统活动异常等密切相关^[5]。房颤在中医中属“心悸、怔忡”等范畴,多由外感、内伤共同引发,常见病因包括饮食不节、劳逸失度、情志抑郁、外邪侵袭等,致气血阴阳受损,病变日久累及心,致心气虚,病久则气阴两虚,心阳不足,若持续恶化,还可造成心阳暴脱、厥脱等^[6],因此治疗应以益气养阴、活血化瘀为主。

相关研究指出,血清炎症介质水平与房颤的发生、发展密切相关^[7]。hs-CRP 属于炎症反应敏感因子,其水平升高将加重炎症反应;IL-6 属于促炎因子,可介导炎症进展、防御及细胞损伤,其水平与房颤持续时间呈正相关;TNF- α 水平升高可引发血管局部急性炎症反应,对内皮细胞造成损伤,引发心肌

1.7 统计学方法 用 SPSS25.0 软件处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验,P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组临床总有效率高于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	49	22(44.90)	17(34.69)	10(20.41)	39(79.59)
观察组	49	28(57.14)	18(36.73)	3(6.12)	46(93.88)
χ^2					4.346
P					0.037

2.2 两组中医证候积分比较 治疗 8 周后,两组中医证候积分均较治疗前降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表 2。

表 2 两组中医证候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗 8 周后	t	P
对照组	49	27.12 \pm 3.54	14.38 \pm 2.75	19.895	0.000
观察组	49	26.87 \pm 3.43	11.26 \pm 2.52	25.673	0.000
t		0.355	5.855		
P		0.723	0.000		

2.3 两组炎症介质水平比较 治疗 8 周后,两组 hs-CRP、IL-6 及 TNF- α 水平均较治疗前降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表 3。

纤维化^[8]。本研究结果显示,观察组临床总有效率高于对照组,治疗后中医证候积分及 hs-CRP、IL-6、TNF- α 水平低于对照组,表明定悸方联合西药治疗气阴两虚证阵发性房颤的临床效果更佳,且可降低中医证候积分及炎症反应。究其原因因为定悸方中重用黄芪,与太子参、麦门冬及五味子配伍共奏补气益气之功;丹参可活血化瘀、通络止痛;川芎可活血祛瘀、祛风、行气止痛;赤芍活血祛瘀、清热凉血;红花具有活血通经、散瘀止痛之效;黄连可泻火燥湿、清热解毒;佛手、香附可理气宽胸、止痛;佐以生龙骨、生牡蛎可清热益阴、镇定安神。诸药合用,共奏益气养阴、活血化瘀之效。且动物实验研究指出,黄芪总黄酮对大鼠心肌缺血再灌注及心律失常具有保护作用^[9]。现代药理研究指出,丹参具有抗纤维化、抗炎、改善心肌缺血损伤等作用^[10]。综上所述,气阴两虚证

阵发性房颤采用定悸方与西药联合治疗可提升临床疗效,缓解临床症状,减轻炎症反应,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1]王利,徐敏,罗细珍,等.盐酸贝那普利对阵发性心房颤动患者自主神经功能的影响[J].实用中西医结合临床,2014,14(4):7-8.
- [2]窦新宇,冯晓敬.注射用益气复脉(冻干)治疗房颤气阴两虚证的临床观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(5):582-584.
- [3]曹克将,陈柯萍,陈明龙,等.心房颤动:目前的认识和治疗建议—2015[J].中华心律失常学杂志,2015,19(5):321-384.
- [4]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002.57-80.

- [5]蔡艳萍,王飞宇.稳心颗粒联合胺碘酮和培哚普利治疗老年阵发性心房颤动的临床效果及安全性[J].河北医药,2017,39(6):847-849,853.
- [6]陈成,邹襄谷,吴松鹰,等.老年阵发性房颤中医证型的客观化研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(15):1708-1711.
- [7]邢玉龙,史云桃,邢建东,等.血清炎症因子和左心房内径与心房颤动的关系[J].江苏医药,2016,42(7):795-797.
- [8]黄瑶,张振贤,陈若宏,等.定悸方对阵发性房颤炎症因子及心肌纤维化影响[J].天津中医药,2018,35(6):408-411.
- [9]赵明,于影,邵慧杰,等.黄芩总黄酮对大鼠实验性心律失常的保护作用[J].中国心血管病研究,2007,5(12):918-919.
- [10]闫瑾,崔志清.丹参及其有效成分的药理作用研究述略[J].中华中医药学刊,2004,22(9):1725-1726.

(收稿日期:2020-06-23)

低剂量沙库巴曲缬沙坦在扩张型心肌病心力衰竭治疗中的短期疗效分析

张红瑞

(河南省社旗县人民医院心内科 社旗 473300)

摘要:目的:探讨低剂量沙库巴曲缬沙坦在扩张型心肌病心力衰竭治疗中的短期疗效。方法:选取2018年3月~2019年3月收治的68例扩张型心肌病患者临床资料,所有患者根据相关指南给予常规治疗,将同时给予贝那普利治疗的34例患者临床资料归为对照组,同时给予低剂量沙库巴曲缬沙坦治疗的34例患者临床资料归为观察组。比较两组治疗后心功能指标及药物安全性。结果:治疗前,两组患者左心室射血分数、心排血量、左心室收缩末期内径、左心室舒张末期内径、左室舒张早期与舒张晚期充盈速度比值、血浆N-末端脑钠肽前体比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后,观察组左心室射血分数、心排血量、左室舒张早期与舒张晚期充盈速度比值高于对照组,左心室收缩末期内径、左心室舒张末期内径、血浆N-末端脑钠肽前体均低于对照组($P<0.05$)。两组不良反应发生率比较无显著性差异($P>0.05$)。结论:低剂量沙库巴曲缬沙坦在扩张型心肌病心力衰竭治疗中的短期疗效显著,可明显改善患者心功能。

关键词:扩张型心肌病;心力衰竭;沙库巴曲缬沙坦;低剂量;心功能

中图分类号:R542.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.04.033

扩张型心肌病为一种原发性心肌病,其主要病理表现为心室扩大、心室收缩能力降低,临床管理特别困难,若未采取积极有效的治疗措施,患者一旦出现进行性劳动耐力下降、进行性乏力、端坐呼吸、劳力性呼吸困难等,可导致失代偿性心力衰竭发生,甚至心源性猝死^[1-2]。临床研究显示,ACEI类、MRAs类、ARB类药物在扩张型心肌病的治疗上均可有效延缓患者疾病进展,减轻患者心肌损伤程度,但患者预后仍不理想^[3-4]。沙库巴曲缬沙坦为第一代血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂,近年来临床应用效果显著。本研究以扩张型心肌病患者为研究对象,旨在探讨低剂量沙库巴曲缬沙坦在扩张型心肌病心力衰竭治疗中的短期疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年3月~2019年3月我院收治的68例扩张型心肌病患者临床资料,根据治疗方案不同分为对照组和观察组各34例。对照组男19例,女15例;年龄47~57岁,平均(50.67±

3.22)岁;病程1~6年,平均(3.24±1.33)年;心功能分级:Ⅱ级23例,Ⅲ级11例。观察组男22例,女12例;年龄45~59岁,平均(50.74±3.36)岁;病程1~6年,平均(3.17±1.25)年;心功能分级:Ⅱ级24例,Ⅲ级10例。两组一般资料比较无显著差异($P>0.05$),有可比性。

1.2 入选标准 (1)纳入标准:符合扩张型心肌病的诊断标准,心功能分级在Ⅱ级以上;左室射血分数(LVEF) $<45\%$;无心脏手术史;临床资料完整;服药依从性良好;为首次并发心力衰竭。(2)排除标准:伴肺功能衰竭或肝肾功能障碍者;已知对研究药物不耐受者;仰卧位收缩压低于90 mm Hg者;其他类型心肌病者;伴有高度房室传导阻滞者;合并恶性肿瘤者;冠脉狭窄明显者;合并心肌梗死者。

1.3 治疗方法 两组患者均根据相关指南给予常规治疗,包括限制钠盐摄入、给予抗心衰药物治疗(利尿剂、 β -受体阻滞剂、扩血管药物等)、指导绝对卧床休息等。对照组同时给予盐酸贝那普利片(国