

● 基层临床 ●

炙甘草汤加减联合稳心颗粒治疗冠心病伴心律失常的临床价值

秦世伟

(河南省南阳市桐柏中医医院 桐柏 474750)

摘要:目的:探讨炙甘草汤加减联合稳心颗粒治疗冠心病伴心律失常的临床价值。方法:选取 2019 年 3 月至 2022 年 3 月桐柏中医医院收治的 200 例冠心病伴心律失常患者,按随机数字表法分为两组,各 100 例。两组均接受常规西医治疗,在此基础上对照组联合稳心颗粒治疗,研究组在对照组基础上联合炙甘草汤加减治疗。对比两组临床疗效,治疗前后心功能相关指标水平、心电图指标,不良反应发生情况。结果:研究组治疗总有效率(93.00%)较对照组(76.00%)高($P<0.05$);两组治疗后室性期前收缩次数、短阵室速次数及 QTd 均较治疗前降低,且研究组低于对照组($P<0.05$);两组治疗后每搏输出量(SV)、左室射血分数(LVEF)及心输出量(CO)水平均较治疗前提高,且研究组高于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生率对比(4.00% vs 6.00%),无显著性差异($P>0.05$)。结论:采用炙甘草汤加减联合稳心颗粒治疗冠心病伴心律失常患者效果明显,且安全性较好。

关键词:冠心病;心律失常;炙甘草汤;稳心颗粒;心功能

中图分类号:R541.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2023.01.027

冠心病属于一种缺血性心脏病,主要是由于提供心脏血液的动脉发生粥样硬化,引起管腔狭窄,甚至闭塞,进而造成心肌损伤。在疾病早期,血流量减少可能不会引起任何症状的出现,但随着冠脉内的斑块不断聚积则会导致冠脉越来越窄,最终诱发冠心病胸痛、心悸等^[1]。心律失常是冠心病患者最为常见的并发症之一,多以心悸、胸闷等为主要表现,当病情发展至一定程度后可诱发晕厥,甚至猝死^[2]。目前,西医针对该病的治疗以药物为主,虽可在短时间内纠正心律失常,但在停药后仍会出现复发情况,且西药长期治疗毒副作用相对较大,影响服药依从性,降低治疗效果^[3]。炙甘草汤是经典名方,具有充养心脉之效;稳心颗粒属于中成药,具有益气养阴、活血化瘀之效^[4-5]。本研究探讨炙甘草汤加减联合稳心颗粒治疗冠心病伴心律失常的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取医院 2019 年 3 月至 2022 年 3 月收治的 200 例冠心病伴心律失常患者,按随机数字表法分为两组。对照组 100 例,男、女分别为 58 例、42 例;年龄 45~78 岁,平均(67.42±7.36)岁;美

国纽约心脏病学会(NYHA)分级:I级、II级、III级分别为 52 例、27 例、21 例;病程 1~5 年,平均(2.48±0.52)年;心律失常类型,房性期前收缩、室性期前收缩、交界性期前收缩分别为 42 例、32 例、26 例。研究组 100 例,男、女分别为 60 例、40 例;年龄 46~79 岁,平均(67.83±7.55)岁;NYHA 分级:I级、II级、III级分别为 50 例、28 例、22 例;病程 1~5 年,平均(2.51±0.49)年;心律失常类型,房性期前收缩、室性期前收缩、交界性期前收缩分别为 43 例、30 例、27 例。两组一般资料比较均衡性良好($P>0.05$)。本研究经桐柏中医医院医学伦理委员会批准[伦理字 2019(00000414)号]。

1.2 诊断、纳入与排除标准 诊断标准:西医符合《内科学(第 9 版)》^[6]中冠心病相关诊断标准,经心电图诊断为心律失常;中医符合《中药新药临床研究指导原则》^[7]中心悸诊断标准,证型为气阴两虚型,主症为胸闷隐痛,时作时止,心悸气短;次症为头晕,失眠多梦;舌红少苔,脉弱而细数。纳入标准:符合上述中西医诊断标准者;自愿参与本研究,签署知情同意书且依从性较好者。排除标准:对本研究所用药物过敏者;严重精神功能障碍、老年痴呆者;严重心功

能不全者;其他原因导致的心律失常者。

1.3 治疗方法 两组均给予常规西医治疗,强心、利尿、扩血管等药物治疗,酒石酸美托洛尔片(国药准字 H32025390)12.5~25.0 mg 口服,1~2 次/d。对照组在上述基础上联合稳心颗粒(国药准字 Z10950026)5 g 冲服,3 次/d。研究组在对照组基础上加用炙甘草汤加减治疗,方剂组成:炙甘草 15 g、生地黄 50 g、桂枝 10 g、人参 10 g、生姜 10 g、阿胶 10 g、麦门冬 10 g、火麻仁 10 g、大枣 10 枚。若失眠加合欢皮 10 g、酸枣仁 12 g;若水肿少尿加茯苓 10 g、葶苈子 15 g;若肝肾阴虚加鳖甲 15 g、龟板 10 g;若心血瘀阻加红花 10 g、川芎 6 g、丹参 15 g。加以清酒煎服,早晚各 150 ml,1 剂/d。以 4 周为一个疗程,两组均治疗 2 个疗程。

1.4 观察指标 (1)临床疗效。显效,临床症状消失,心电图检查提示基本正常,心功能改善明显;有效,临床症状较治疗前明显好转,心电图基本恢复,且心功能指标改善;无效,上述临床症状无任何改变,甚至加重,心电图及心功能指标较治疗前无差异。总有效为显效与有效之和。(2)心电图指标。采用 24 h 动态心电图仪检测两组治疗前后室性期前收缩次数与短阵室速次数。行常规导联心电图检查

QT 离散度(QTd),测量以 QRS 波起点至 T 波终点距离,每位患者同一导联连续测定 3 个 R-R 与 QT 间期,取平均值作为最终结果。(3)心功能指标。于治疗前后采用超声心动图仪检测每搏输出量(SV)、左室射血分数(LVEF)及心输出量(CO)水平。(4)不良反应发生情况,包括恶心、头晕、胃部不适等发生情况。

1.5 统计学方法 采用 SPSS23.0 统计学软件分析数据。心功能指标、心电图指标等计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验;计数资料用%表示,行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比 研究组治疗总有效率高于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效对比[例(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
对照组	100	37(37.00)	39(39.00)	24(24.00)	76(76.00)
研究组	100	53(53.00)	40(40.00)	7(7.00)	93(93.00)
χ^2					11.033
P					0.001

2.2 两组心电图指标对比 两组治疗后室性期前收缩次数、短阵室速次数及 QTd 均较治疗前降低,且研究组低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组心电图指标对比($\bar{x} \pm s$)								
组别	<i>n</i>	室性期前收缩次数(次/24 h)		短阵室速次数(次/24 h)		QTd(ms)		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
对照组	100	6 738.54± 1 261.48	3 216.73± 667.26*	8.53± 1.62	2.74± 0.59*	64.83± 6.74	51.64± 5.76*	
研究组	100	6 854.62± 1 347.26	2 418.27± 435.69*	8.26± 1.85	1.13± 0.36*	63.91± 6.78	47.52± 7.21*	
t		0.629	9.915	1.098	23.294	0.962	4.465	
P		0.530	0.000	0.274	0.000	0.337	0.000	

注:与本组治疗前相比,* $P < 0.05$ 。

2.3 两组心功能指标对比 两组治疗前 SV、LVEF、CO 水平对比无显著性差异($P > 0.05$);两组治疗后 SV、LVEF 及 CO 水平均较治疗前提高,且研究组高于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组心功能指标对比($\bar{x} \pm s$)							
组别	<i>n</i>	SV(ml)		LVEF(%)		CO(L/min)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	100	42.83± 5.35	61.84± 3.62*	42.46± 4.70	53.74± 3.61*	3.56± 0.52	3.86± 0.34*
研究组	100	41.62± 5.14	72.45± 3.18*	43.51± 4.85	66.26± 3.48*	3.48± 0.55	4.47± 0.35*
t		1.631	22.020	1.555	24.969	1.057	12.501
P		0.104	0.000	0.122	0.000	0.292	0.000

注:与本组治疗前相比,* $P < 0.05$ 。

2.4 两组不良反应发生情况对比 两组不良反应发生率对比(4.00% vs 6.00%),无显著性差异($P >$

0.05)。见表 4。

表 4 两组不良反应发生情况对比[例(%)]

组别	n	恶心	头晕	胃部不适	合计
对照组	100	3 (3.00)	2 (2.00)	1 (1.00)	6 (6.00)
研究组	100	2 (2.00)	1 (1.00)	1 (1.00)	4 (4.00)
χ^2					0.421
P					0.516

3 讨论

冠心病是临床较为常见的器质性心脏病，心肌细胞代谢紊乱可导致心肌细胞膜的离子异常，导致电活动不稳定，进而诱发心律失常。通常在合并心律失常后，可导致心脏泵血功能受损，从而威胁患者的生命安全^[8]。现阶段对于该病临床多以药物治疗，如钙通道阻滞剂、β 受体阻滞剂等。其中美托洛尔属于 β₁ 受体阻滞剂，具有减缓心率、抑制心肌收缩力等效果^[9-10]。

冠心病心律失常归属于中医学“胸痹、心悸”等范畴，多以气阴两虚、瘀血阻络为病机，治疗应以活血通络、补血益气为主要原则^[11]。本研究结果显示，研究组治疗总有效率较对照组高 ($P<0.05$)，提示炙甘草汤加减联合稳心颗粒应用于冠心病伴心律失常患者效果明显。分析原因为，稳心颗粒中党参有补血益气、养血生津之效；黄精补气养阴；三七消肿止痛、止血祛瘀；琥珀止血祛瘀、安神；甘松理气镇痛、醒脾健胃。其中党参为君药，黄精助生血养气为臣药，三七、琥珀为佐药，甘松为使药，共奏活血化瘀、益气养阴之效^[12]。炙甘草汤以地黄为君药，有滋阴养血、充养心脉之效；炙甘草、人参、大枣益心气、补脾气，起滋气血生化之源之效；阿胶、麦冬、麻仁滋阴、养心血、充血脉，均为臣药；桂枝、生姜为佐药，温心阳、通血脉；加清酒煎服为使药，温通血脉，以行药力。诸药合用滋而不腻，温而不燥，使气血充足，阴阳调和，则心动悸、脉结代皆得其平^[13]。

SV 是指心室在一次心搏中射出的血流量，受到前负荷、后负荷与心肌收缩力的影响；LVEF 是临床常用反映心功能的重要指标；CO 是指每分钟心室射出的血液总量，多用于衡量心脏射血功能的强弱与是否正常，在心肌收缩力增强、外周血管受阻力减低等因素的影响下而增大^[14]。QTd 可反映心肌复极

化的不均一性，对室性心动过速、室颤等心血管疾病具有良好的预测价值^[15]。本研究结果显示，研究组治疗后室性期前收缩次数、短阵室速次数及 QTd 均比对照组低，而 SV、LVEF 及 CO 比对照组高 ($P<0.05$)。这表明炙甘草汤加减联合稳心颗粒可改善冠心病伴心律失常患者的心功能。现代药理学研究表明，稳心颗粒中党参可降低血液黏稠度，提高心排量；而黄精则利于降低血压水平；甘松能够抑制心律失常，稳定心肌细胞膜；三七可提高心肌的舒缩功能。炙甘草汤中地黄可增强心肌收缩力；炙甘草可发挥保护心血管的作用；阿胶可降低毛细血管的通透性，促进造血，降低血液黏稠度；火麻仁可降低血脂、调控血压；麦冬具有抗心律失常的作用^[16-17]。另外，本研究发现两组不良反应发生率对比无显著性差异，说明炙甘草汤加减联合稳心颗粒治疗的安全性较高。

综上所述，炙甘草汤加减联合稳心颗粒治疗冠心病伴心律失常的疗效确切，可促进患者心功能恢复，改善心电图指标，且安全性较好。

参考文献

[1]Cybulska B,Klosiewicz-Latoszek L.Landmark studies in coronary heart disease epidemiology. The framingham heart study after 70 years and the seven countries study after 60 years [J].Kardiol Pol, 2019,77(2):173-180.

[2]中华医学会心电生理和起搏分会,中国医师协会心律失常专业委员会.2020 室性心律失常中国专家共识(2016 共识升级版)[J].中国心脏起搏与心电生理杂志,2020,34(3):189-253.

[3]Jiang W,Chen C,Huo J,et al.Comparison between renal denervation and metoprolol on the susceptibility of ventricular arrhythmias in rats with myocardial infarction[J].Sci Rep,2018,8(1):10206.

[4]苗灵娟,杨永枝,邢海燕,等.炙甘草汤联合胺碘酮治疗气阴两虚冠心病室性心律失常疗效观察[J].陕西中医,2017,38(2):169-170.

[5]王新斌,李岚,姜述斌.稳心颗粒联合美托洛尔缓释片对远期老年阵发性房颤病人负荷的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(6):756-757.

[6]葛均波,徐永健,王辰.内科学[M].第 9 版.北京:人民卫生出版社,2018.218-227.

[7]国家食品药品监督管理局.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,2002.65-68.

[8]Carvalho GD,Armaganjian LV,Lopes RD,et al.Relationship between ventricular repolarization parameters and the inducibility of ventricular arrhythmias during electrophysiological study in patients with coronary artery disease[J].Rev Assoc Med (下转第 117 页)

后。

临床发现，部分恶性肿瘤患者对疼痛存在一定程度的错误认知，50%~60%的患者认为疼痛治疗会影响术后恢复，而选择忍受痛苦^[16]。因此，本研究对结直肠癌患者加强健康宣教，通过开展多形式的健康教育，提升患者知识掌握情况，改变患者认知，消除疑虑，缓解不良情绪，有利于疼痛的治疗。另外，本研究结果发现，研究组满意度(95.92%)较对照组(77.08%)高($P<0.05$)，说明疼痛护理联合健康宣教效果得到患者及其家属认可。综上所述，在结直肠癌患者中开展疼痛护理联合健康宣教，可有效提升患者认知，缓解疼痛，改善不良情绪，减轻疲乏程度，提升睡眠质量，提升满意度。

参考文献

[1]卢溪.思维导图与快速康复护理理念在结直肠癌患者阶段性健康教育中的应用[J].长春中医药大学学报,2021,37(2):433-435.
[2]Moriwaki T,Fukuoka S,Taniguchi H,et al.Propensity score analysis of regorafenib versus trifluridine/tipiracil in patients with metastatic colorectal cancer refractory to standard chemotherapy (REGOTAS): a japanese society for cancer of the colon and rectum multicenter observational study[J].Oncologist,2018,23(1):7-15.
[3]李娜,马冬,刘大勇,等.围手术期综合宣教对直肠癌根治术患者治疗依从性、心理状态和生活质量的影响[J].癌症进展,2021,19(12):1284-1286,1291.
[4]黄珏,肖璐璐,谢佳旭.围术期疼痛护理干预对结直肠癌患者术后疼痛及睡眠质量的影响[J].中外医疗,2022,41(6):153-157.
[5]Ye X,He D,Zhao J,et al.Application value of nursing intervention combined with early nutritional support in preventive stoma reversion of low rectal cancer[J].Oncol Lett,2019,17(4):3777-3782.

(上接第 98 页) Bras(1992),2022,68(1):61-66.

[9]吴利娜,秦建宁,丁辉.美托洛尔联合炙甘草汤加减治疗气阴两虚型冠心病心律失常疗效及安全性评价[J].长春中医药大学学报,2018,34(6):1193-1196.
[10]宋榜林,吴芳.炙甘草汤加减联合西医常规治疗冠心病合并心律失常的疗效及安全性观察[J].贵州医药,2022,46(8):1288-1289.
[11]包宇,胡宇才,黄金雨,等.炙甘草汤调控离子通道对室性快速性心律失常作用机制的研究进展[J].中华中医药学刊,2022,40(8):100-102.
[12]高晟玮,王振兴,刘志超,等.稳心颗粒抗心律失常药理机制研究进展[J].中国中医急症,2020,29(8):1501-1504.
[13]王鹏,韩静华,范东娜.加减炙甘草汤辅助治疗对冠状动脉分叉病变术后心律失常患者血流动力学及心肌酶水平的影响[J].国际中医中药杂志,2022,44(7):754-758.

[6]黄倩.围术期差异化阶段护理对腹腔镜结直肠癌患者疼痛及心理状态的影响[J].国际护理学杂志,2018,37(8):1110-1113.
[7]中华人民共和国国家卫生健康委员会.中国结直肠癌诊疗规范(2020版)[J].中华消化外科杂志,2020,19(6):563-588.
[8]娄英歌,申秋香,褚亚婷.综合性护理干预对结直肠癌手术患者术后早期胃肠道功能恢复的影响分析[J].四川解剖学杂志,2019,27(4):152-153.
[9]孙晓乐,徐海霞.五行宫调音乐配合穴位按摩护理对直肠癌 Miles 术后疲劳综合征患者精神心理状态和生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(4):430-435.
[10]Shao W,Wang H,Chen Q,et al.Enhanced recovery after surgery nursing program, a protective factor for stoma-related complications in patients with low rectal cancer[J].BMC Surg,2020,20(1):316.
[11]米雪,张立力,缪景霞.基于指南的肺癌患者疲乏、疼痛、睡眠障碍症状群管理方案的应用及效果评价[J].中国实用护理杂志,2018,34(25):1947-1951.
[12]杨一兰.基于快速康复外科的多模式镇痛管理对腹腔镜结直肠癌病人术后疼痛的影响[J].护理研究,2019,33(17):3038-3041.
[13]薛琴芬,王艳玲,薛玲玲.五行音乐疗法对结直肠癌手术患者负性情绪、睡眠质量及生存质量的影响研究[J].检验医学与临床,2020,17(12):1763-1765.
[14]戴敏智,夏丽敏,左志贵,等.基于知信行理论模式的姑息护理关怀管理对晚期结直肠癌化疗患者的影响[J].中国医药导报,2020,17(1):179-182.
[15]Huang Q,Zhuang Y,Ye X,et al.The effect of online training-based continuous nursing care for rectal cancer-patients undergoing permanent colostomy[J].Am J Transl Res,2021,13(4):3084-3092.
[16]兰福旭,侯希清,陈文龙.同质健康教育模式对结直肠癌造口术后患者自我护理能力、自我效能及心理弹性的影响[J].癌症进展,2021,19(7):753-756.

(收稿日期: 2022-09-08)

[14]Scott PA,Rosengarten JA,Shahed A,et al.The relationship between left ventricular scar and ventricular repolarization in patients with coronary artery disease: insights from late gadolinium enhancement magnetic resonance imaging[J].Europace,2013,15(6):899-906.
[15]胡红平,文媛,张元元,等.稳心颗粒联合 RAS 抑制剂对高血压合并阵发性房颤患者血清 IL-6、hs-CRP、MMP-9、NT-proBNP 及左房重构的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(25):2796-2799.
[16]邓雅文,陈恒文,武庆娟,等.基于网络药理学探讨甘松干预心律失常的作用机制[J].中国现代中药,2020,22(9):1485-1493.
[17]王安铸,马晓昌,郭丽君.炙甘草汤对比抗心律失常药物治疗室性期前收缩的 Meta 分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(14):2193-2200.

(收稿日期: 2022-10-10)