

· 临床报道 ·

熄风止悸汤治疗阵发性心房纤颤 30 例

韩婧 邓悦 陈竞超 马晓婷

【摘要】 目的 观察熄风止悸汤联合琥珀酸美托洛尔治疗阵发性心房纤颤的疗效。**方法** 将 60 例阵发性房颤患者随机分为两组, 每组 30 例。对照组给予琥珀酸美托洛尔缓释片, 剂量从 23.75mg 到 95mg 不等, 根据心率及血压调整剂量。治疗组在对照组基础上加用熄风止悸汤, 疗程 4 周。治疗前后对比观察两组患者房颤发作情况、中医症状疗效, 综合评定患者疗效。**结果** 2 组患者在房颤发作情况、中医症状疗效方面比较均有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组的疗效优于对照组。**结论** 熄风止悸汤配合琥珀酸美托洛尔能够明显减少阵发性房颤患者的房颤复发率, 改善中医症状, 提高患者生活质量, 减轻患者经济负担。

【关键词】 熄风止悸汤; 阵发性心房纤颤; 临床疗效

【中图分类号】 R541.7+5 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.05.028

心房颤动 (atrial fibrillation, AF), 简称房颤, 是最常见的心律失常, 发生率在 1% ~ 2% 左右, 并且未来 50 年至少增加 1 倍^[1]。随着年龄增长房颤的发生率不断增加, 75 岁以上人群可达 10%。Chugh 等^[2]分析全球共有 3350 万人患有房颤, 占世界人口的 0.5%, 心律失常将对患者残疾和死亡产生巨大的影响。房颤对临床的主要危害是增加血栓栓塞的危险, 房颤患者与非房颤患者比较, 脑卒中发生率增加 5 倍, 病死率增加 2 倍, 且房颤发作时心排量下降, 日久可导致各种心肌病。阵发性房颤是房颤的一种, 指能在 7 天内自行转复为窦性心律者, 一般持续时间 < 48 小时, 多为自限性。因此, 探索对阵发性房颤作出诊断并采取积极有效的防治措施, 是阻止阵发性房颤复发的重要措施, 对提高患者生活质量、延长寿命、改善患者预后转归具有重大意义。本研究选用熄风止悸汤联合琥珀酸美托洛尔治疗阵发性房颤, 取得了较好的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2013 年 1 月至 2013 年 12 月长春中医药大学附属医院门诊及住院阵发性房颤患者 60 例, 治疗前 1 周内均未服用过抗心律失常药物, 按随机数字表法分为两组, 治疗组 30 例, 其中男性 19 人, 女性 11 人, 年龄 42 ~ 68 岁, 平均年龄 (54.7 ± 6.9) 岁, 病程 3 ~ 48 个月; 合并高血压病 14 例, 冠心病 12 例, 糖尿病 6 例。对照组 30 例, 其中男性 16 人, 女性

14 人, 年龄 45 ~ 69 岁, 平均年龄 (55.3 ± 6.3) 岁, 病程 6 ~ 42 个月; 合并高血压病 11 例, 冠心病 15 例, 糖尿病 4 例。两组患者在年龄、性别、病程、合并病方面比较均无统计学差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照第七版《内科学》^[3]中阵发性房颤诊断标准制定; 中医诊断标准参照新世纪全国高等中医药院校规划教材《中医诊断学》^[4]中心悸诊断标准制定。

1.3 纳入标准

(1) 符合中西医诊断标准; (2) 年龄在 40 ~ 70 岁; (3) 房颤发作时有明显的心悸、胸闷、头晕等自觉症状; (4) 平均每月房颤发作 ≥ 2 次, 且可准确描述房颤发作次数。

1.4 排除标准

(1) 不符合纳入标准者; (2) β 受体阻滞剂禁忌症及药物过敏者; (3) 合并病态窦房结综合征、房室传导阻滞、预激综合征等心律失常者; (4) 合并有肝、肾、造血系统、内分泌系统等严重原发性疾病者; (5) 药物中毒引起者及严重电解质紊乱者; (6) 哺乳妊娠或正准备妊娠的妇女、过敏体质及精神病患者。

1.5 治疗方法

对照组: 给予西药琥珀酸美托洛尔缓释片 (倍他乐克, 每片 47.5 mg, 阿斯利康制药有限公司生产, 国药准字 J20100098, 生产批号 UACF) 口服治疗, 用法: 从 23.75 mg 到 95 mg 不等, 根据患者心率及血压调整剂量。

治疗组: 给予琥珀酸美托洛尔联合中药汤剂治疗, 其中琥珀酸美托洛尔用法和剂量同对照组, 同时加用熄风止悸汤, 组成: 白附子 10 g、僵蚕 10 g、党参 30 g、丹参 25 g、蝉蜕 30 g、生龙骨 30 g、生牡蛎 30 g、远志 15 g、酸枣仁 30 g、苦参 20 g、甘松 20 g。心烦明显者加百合 20 g、知母 20 g; 伴有失眠者加黄连 15 g、肉桂 10 g。统一在长春中医药大学附属医

作者单位: 130021 长春中医药大学附属医院心内科 [韩婧 (硕士研究生)、邓悦、陈竞超 (硕士研究生)、马晓婷 (硕士研究生)]

作者简介: 韩婧 (1986 -), 女, 2012 级在读硕士研究生。研究方向: 中医内科学心血管方向 307600081@qq.com

通讯作者: 邓悦 (1962 -), 博士, 教授, 博士生导师。研究方向: 心血管研究与防治 dyue7138@sina.com

院使用煎药机煎煮打包,每剂 2 包,每次 1 包,每包 150 mL,2 次/天。

两组患者疗程均为 4 周,治疗期间均维持抗凝治疗(拜阿司匹林,100 mg/次,1 次/天,口服,拜耳医药保健有限公司生产,国药准字 J20080078,生产批号 BJ07315)。合并高血压病、冠心病、糖尿病患者对症给予降压、扩血管、降糖西药治疗。

1.6 观察指标

1.6.1 房颤发作情况(发作次数):(1)治疗开始前记录患者最近 1 个月房颤发作次数(次/月);(2)治疗开始后至少每周复诊 1 次,每次复诊记录患者血压、心率、脉率等各项体征,记录近 1 周房颤发作次数。

1.6.2 中医症状积分:治疗前后分别记录两组患者的中医症状积分变化。积分方法参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]制定,主症包括心悸、气短、乏力,次症包括胸闷、头晕、心烦、失眠。具体计分见表 1。舌象、脉象正常为 0 分,异常为 1 分。

1.7 疗效判定标准

1.7.1 房颤发作情况判定标准:参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]中的相关标准拟定。临床控制:治疗期间无房颤发作;显效:治疗期间出现房颤发作,但发作次数治疗前 1 个月相比减少 $\geq 70\%$ 但 $< 100\%$;有效:治疗期间出现房颤发作,但发作次数与治疗前 1 个月相比减少 $\geq 50\%$ 但 $< 70\%$;无效:治疗期间出现房颤发作,发作次数与治疗前 1 个月相比减少 $< 50\%$,甚至超过治疗前发作次数。

1.7.2 中医症状疗效判定标准:参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]中心悸的相关标准拟定。临床控制:临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 90\%$;显效:临

床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$ 但 $< 90\%$;有效:临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$ 但 $< 70\%$;无效:症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少 $< 30\%$ 。

1.8 统计方法

采用 SPSS 19.0 统计软件,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用 Mann-Whitney 秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后房颤发作次数比较

两组患者治疗前房颤发作次数比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);两组治疗前后自身比较,房颤发作次数均减少,对照组 $t = 14.533, P = 0.000$,治疗组 $t = 20.086, P = 0.000$,均有统计学意义($P < 0.05$);且治疗组优于对照组, $t = -2.156, P = 0.035$ 。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后房颤发作次数比较
(次/月, $\bar{x} \pm s, n = 30$)

| 组别 | 治疗前 | 治疗后 |
|-----|---------------|----------------------------|
| 治疗组 | 8.1 \pm 1.3 | 1.0 \pm 1.5 ^a |
| 对照组 | 7.8 \pm 1.5 | 2.0 \pm 1.9 |

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

2.2 两组患者房颤治疗后疗效比较

两组比较, $Z = -1.979, P = 0.048$,差异有统计学意义,治疗组疗效优于对照组。见表 3。

表 1 中医症状计分量表

| 症状 | | 程度与对应积分 | | |
|----|-----|------------------------|------------------------|---------------------------|
| 主症 | 0 分 | 2 分 | 4 分 | 6 分 |
| 心悸 | 无症状 | 心悸偶有发作,不影响日常生活 | 心悸有时发作,有时影响日常生活 | 心悸频繁发作,影响日常生活 |
| 气短 | 无症状 | 症状较轻,劳累后气短,但不影响日常生活 | 症状较重,稍活动则气短,有时影响日常生活 | 症状明显,静息时气短喘促,影响日常生活 |
| 乏力 | 无症状 | 精神不振,偶尔出现,可坚持日常生活 | 精神疲乏,症状时轻时重,勉强坚持一般日常生活 | 精神极度疲乏,症状经常出现,不能坚持一般日常生活 |
| 次症 | 0 分 | 1 分 | 2 分 | 3 分 |
| 胸闷 | 无症状 | 症状较轻,胸闷偶发,但不影响日常生活和工作 | 症状较重,胸闷较频繁,有时影响日常生活和工作 | 症状明显,静息时胸闷也发作,影响日常生活和工作 |
| 头晕 | 无症状 | 症状较轻,头晕偶发,但不影响日常生活和工作 | 症状较重,头晕经常出现,影响日常生活和工作 | 症状明显,头晕较频繁,不能缓解,影响日常生活和工作 |
| 心烦 | 无症状 | 心烦较轻,不影响工作 | 心烦较重,但尚能坚持工作 | 心烦严重,难以维持正常工作 |
| 失眠 | 无症状 | 睡眠易醒,或睡而不实,或晨醒过早,不影响工作 | 每日睡眠小于 4 小时,难以坚持正常工作 | 彻夜难眠 |

表 3 两组患者治疗后房颤疗效比较[$n(\%)$]

| 组别 | 例 | 临床控制 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率% |
|-----|----|----------|---------|---------|---------|--------------------|
| 治疗组 | 30 | 17(56.7) | 7(23.3) | 4(13.3) | 2(6.7) | 93.3% ^a |
| 对照组 | 30 | 10(33.3) | 8(26.7) | 7(23.3) | 5(16.7) | 83.3% |

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后中医症状积分比较

两组患者治疗前中医症状积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);两组治疗前后自身比较,中医症状积分均减少,对照组 $t = 15.929$, $P = 0.000$,治疗组 $t = 16.866$, $P = 0.000$,均有统计学意义($P < 0.05$);治疗后两组中医症状积分组间比较, $t = -2.049$, $P = 0.045$,治疗组优于对照组。见表 4。

表 4 两组患者治疗前后中医症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$, $n = 30$)

| 组别 | 治疗前 | 治疗后 |
|-----|------------|------------------------|
| 治疗组 | 24.9 ± 3.7 | 7.6 ± 4.3 ^a |
| 对照组 | 25.5 ± 2.9 | 10.1 ± 5.0 |

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

2.4 两组患者治疗后中医症状疗效比较

两组比较, $Z = -2.086$, $P = 0.037$,差异有统计学意义,治疗组疗效优于对照组。见表 5。

表 5 两组患者治疗后中医症状疗效比较[$n(\%)$]

| 组别 | 例 | 临床控制 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 |
|-----|----|--------|--------|----------|--------|--------------------|
| 治疗组 | 30 | 3(10) | 15(50) | 11(36.7) | 1(3.3) | 96.7% ^a |
| 对照组 | 30 | 1(3.3) | 9(30) | 18(60) | 2(6.7) | 93.3% |

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

2.5 两组患者治疗前后各症状积分比较

两组患者各症状积分比较可见,治疗组治疗后在心悸、心烦、失眠三个症状上明显优于对照组。见表 6。

表 6 两组患者治疗前后各症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$, $n = 30$)

| | 治疗前 | | 治疗后 | |
|----|-------------|-------------|--------------------------|-------------|
| | 治疗组 | 对照组 | 治疗组 | 对照组 |
| 心悸 | 5.33 ± 0.96 | 5.40 ± 0.93 | 1.27 ± 1.62 ^a | 2.47 ± 2.21 |
| 气短 | 4.20 ± 1.21 | 4.27 ± 1.14 | 1.47 ± 1.28 | 1.47 ± 1.28 |
| 乏力 | 4.27 ± 1.36 | 4.20 ± 0.61 | 1.33 ± 1.21 | 1.67 ± 0.92 |
| 胸闷 | 2.27 ± 0.52 | 2.30 ± 0.47 | 0.27 ± 0.45 | 0.33 ± 0.48 |
| 头晕 | 2.07 ± 0.52 | 2.33 ± 0.48 | 0.60 ± 0.50 | 0.53 ± 0.51 |
| 心烦 | 2.47 ± 0.63 | 2.50 ± 0.57 | 0.23 ± 0.43 ^a | 0.70 ± 0.70 |
| 失眠 | 2.13 ± 0.43 | 2.43 ± 0.50 | 0.43 ± 0.50 ^a | 0.90 ± 0.40 |

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

以上五项结果显示,治疗组疗效优于对照组,且临床控制及显效人数明显优于对照组,对指导临床,改善患者生存质量有重大意义。

3 讨论

目前,关于房颤治疗的三个主要策略为窦性心律的恢复及维持、控制心室率以及抗栓治疗。药物使用上:抗心律失常药物如胺碘酮、普罗帕酮、屈奈达隆等;控制心室率药物如 β 受体阻断剂、钙离子通道阻滞剂等;抗栓药物如阿司匹林、华法林、利伐沙班等。但抗心律失常药物若长期应用,药物副作用较大,复发率较高,治疗效果仍不理想。

该病属中医学中“心悸”“怔忡”范畴,古代医家对心悸的认识如:《诸病源候论》“风邪搏于心,则惊不自安。惊不已,则悸动不定”,强调了风邪对心悸发病的作用。《太平圣惠方》“风邪伤于心经”,强调惊悸由风虚合邪而致,首次明确提出心脏中风可致心悸。导师邓悦教授在现代医学研究的基础上更注重风邪搏于心的理念,认为内风是导致阵发性房颤的主要病机,故在临床治疗从风论治,自拟熄风止悸汤治疗阵发性房颤取得了良好的疗效。

熄风止悸汤以白附子、僵蚕为君药,其中白附子功效祛风痰,定惊搐,通络并息风止痉,主温通,僵蚕息风止痉,祛风止痛,兼可化痰,两药同用,起到息风止痉兼通络的作用。党参功效补中益气,丹参养血活血,蝉蜕、生龙牡均为祛风药,风定则悸自止,共为臣药,增加益气通络之效。远志、酸枣仁佐药发挥养心安神作用,苦参防止上药辛温太过,防止伤阴,为反佐药,三药共为佐药。甘松理气止痛,开郁醒脾,并可调和诸药,为使药。诸药相和,治在熄风止悸,益气活血通络。

本研究结果表明,熄风止悸汤联合琥珀酸美托洛尔能够治疗并防止阵发性房颤的复发,临床疗效显著,且优于单用倍他乐克治疗,尤其针对单纯西药控制不理想,且无法承担射频消融术经济负担的患者,此疗法更具现实可行性,具有复发率较低,明显改善患者自觉症状,提高患者生活质量的优点,以中医辨证论治为指导思想治疗阵发性房颤,标本兼治,疗效可靠,具有深远的临床运用前景和理论指导意义,值得临床推广和应用。

参 考 文 献

- [1] Camm A J, Kirchhof P, Lip G Y H, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) [J]. European heart journal, 2010, 31(19): 2369-2429.
- [2] Chugh S S, Havmoeller R, Narayanan K, et al. Worldwide Epidemiology of Atrial Fibrillation: A Global Burden of Disease 2010 Study[J]. Circulation, 2014, 129(8): 837-847.
- [3] 陆再英,钟南山. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2009: 195-196.
- [4] 朱文峰. 中医诊断学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2002:119.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第二辑)[M]. 1995:91-94.

(收稿日期:2014-03-24)

(本文编辑:蒲晓田)