

## ◆ 临床研究论著 ◆

## 人参三七琥珀颗粒联合胺碘酮治疗阵发性心房颤动临床研究

袁洪文 指导：袁今奇

河南中医学院第一附属医院急诊内科，河南 郑州 450000

**[摘要]** 目的：观察人参三七琥珀颗粒联合胺碘酮治疗阵发性心房颤动（房颤）的临床疗效。方法：将 92 例阵发性房颤气阴两虚型患者随机分为治疗组 47 例与对照组 45 例。对照组予胺碘酮口服治疗，治疗组在对照组基础上加用人参三七琥珀颗粒，均治疗 3 月。比较 2 组临床疗效，中医证候疗效及证候积分变化。结果：临床疗效治疗组总有效率为 93.62%，对照组为 73.33%，2 组比较，差异有显著性意义（ $P < 0.05$ ）。证候疗效治疗组总有效率为 95.74%，对照组为 75.56%，2 组比较，差异有显著性意义（ $P < 0.05$ ）。2 组治疗后中医证候积分与治疗前比较，差异均有显著性意义（ $P < 0.05$ ）。治疗后 2 组中医证候积分比较，治疗组低于对照组，差异也有显著性意义（ $P < 0.05$ ）。结论：人参三七琥珀颗粒联合胺碘酮治疗阵发性房颤气阴两虚患者，具有显著的临床疗效，且优于单用胺碘酮治疗。

**[关键词]** 阵发性房颤；人参三七琥珀颗粒；胺碘酮

**[中图分类号]** R541.7+5 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 06-0030-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.015

心房颤动(房颤)是临床上最为常见的心律失常，在心血管临床中发病率较高。现代医学治疗阵发性房颤转复窦性心律起效快，成功率较高。但复律后防止其复发，仍是临床上较为棘手的问题。因患者房颤的反复发作，对工作和生活造成很大的影响。笔者运用当代著名中西医结合专家陈可冀院士介绍的已故岳美中老中医治疗冠心病心绞痛喜用人参三七琥珀末的经验<sup>[1]</sup>，将其改为颗粒剂与胺碘酮联用，观察对阵发性房颤复发的影响，现报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 西医诊断标准** 参照《内科学》<sup>[2]</sup>标准拟定。心电图表现：P 波消失，代之以小而规则的基线波动，形态与振幅均变化不规则的 f 波；频率约(350~600)次/min；QRS 波群形态通常正常，当心室率过快，发生室内差异性传导，QRS 波群增宽变形。体征：第一心音强度变化不定，心律极不规则，脉短绌。

**1.2 中医诊断标准** 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[3]</sup>、《中医内科学》<sup>[4]</sup>中心悸气阴两虚证有关标准。主症：时有自觉心中急剧跳动，惊慌不安，不能自主；次症：常伴有胸闷，头晕眼花，乏力，口渴，心烦失眠；舌脉：舌淡或舌红少苔，脉沉细或数。符合以上主症及舌脉表现，2 项或以上次

症即可诊断。

**1.3 纳入标准** 经 24 h 动态心电图或普通心电图检查符合房颤的心电图表现；阵发性房颤病程至少 3 月，发作频率至少每月 1 次，每次发作时间不超过 48 h；阵发性房颤经休息或治疗，目前已转复为窦性心律；房颤发作时有明显的心悸、胸闷、头晕等症状；未服用相关抗心律失常药物或已停药至少 5 个半衰期；年龄 35~70 岁；中医辨证分型属气阴两虚型。

**1.4 排除标准** 妊娠或哺乳期妇女；对碘或胺碘酮过敏者；甲状腺功能异常；电解质紊乱所致房颤；心功能≥ Ⅱ级；严重肝、肾功能不全者。

**1.5 一般资料** 92 例观察对象均为本院急诊内科及心内科病房 2010 年 8 月~2012 年 8 月收治的患者，按随机数字表法分为治疗组与对照组。治疗组 47 例，男 30 例，女 17 例；年龄 38~70 岁，平均(60.38±9.12)岁；病程 3~42 月，平均(26.22±15.68)月；原发疾病为高血压病 15 例，冠心病 20 例，风心病 4 例，肺心病 6 例，先心病 2 例。对照组 45 例，男 28 例，女 17 例；年龄 42~70 岁，平均(61.25±8.14)岁；病程 4~40 月，平均(24.45±14.51)月；原发疾病为高血压病 13 例，冠心病 21 例，风心病 4 例，肺心病 5 例，先心病 2 例。2 组一般资料经统计学处理，差异无显著性意义( $P > 0.05$ )，具

**[收稿日期]** 2014-01-02

**[作者简介]** 袁洪文 (1966-)，女，副主任医师，副教授，研究方向：中西医结合治疗心血管内科疾病。

有可比性。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 给予口服胺碘酮(每片 0.2 g, 赛诺菲安万特制药有限公司生产, 国药准字 H19993254), 用法: 第 1 周 0.2 g, 每天 3 次; 第 2 周 0.2 g, 每天 2 次; 第 3 周起至疗程结束 0.2 g, 每天 1 次。

2.2 治疗组 给予对照组同样治疗, 同时加用人参三七琥珀颗粒剂内服(颗粒剂由江阴天江药业有限公司生产)。本方由岳美中老中医人参三七琥珀末<sup>[1]</sup>配方改为颗粒冲剂, 处方: 红参 10 g、三七 3 g、琥珀 3 g, 以上为 1 日量, 开水冲后分 2 次服。从第 3 周起至疗程结束, 红参 10 g 改为红参 5 g, 三七和琥珀剂量不变。如气阴不足尤以阴气甚差者, 方中红参可改用西洋参颗粒 12 g 与三七、琥珀颗粒一并冲服。

疗程均为 3 月, 治疗期间均维持原发疾病的相关治疗。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 房颤发作情况: ①治疗开始后第 1 月每周复查 2 次心电图, 以后每月复查 1 次心电图或 24 h 动态心电图, 直至观察结束。②定期随访, 每月 2~4 次复诊, 记录患者的血压、心率、脉搏等各项体征, 如发现心律不齐或心动过速, 应及时行心电图监测。③治疗期间一旦出现心悸、胸闷等不适症状, 应立即到医院检查。中医证候积分: 治疗前后分别记录 2 组患者的中医证候积分变化。计分方法参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[2]</sup>, 包括心悸、胸闷、眩晕、失眠、乏力等症状的变化。

3.2 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件处理。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组间比较采用 *t* 检验, 计数资料采用  $\chi^2$  检验, 等级资料采用秩和检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 临床疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[2]</sup>有关标准制定。临床控制: 治疗期间无经器械检查确认的房颤发作; 显效: 治疗期间出现房颤发作, 但发作次数与治疗前 3 月相比, 70% ≤ 减少 < 100%; 有效: 治疗期间出现房颤发作, 但发作次数与治疗前 3 月相比, 50% ≤ 减少 < 70%; 无效: 治疗期间出现房颤发作, 发作次数与治疗前 3 月相比减少 < 50%, 甚至大于治疗前发作次数。

4.2 中医证候疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[2]</sup>中心悸的相关标准制定。临床控制: 临床症状、体征消失或基本消失, 证候积分减少 ≥ 95%; 显效: 临床症状、体征明显改善, 70% ≤ 证候积分减少 < 95%; 有效: 临床症状、体征有好转, 30% ≤ 证候积分减少 < 70%; 无效: 症状、体征无改善, 甚或加重, 证候积分减少 < 30%。以上系采用尼莫地平法: 证候积分减少 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。

4.3 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 93.62%, 对照组为 73.33%, 2 组比较, 差异有显著性意

义( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	47	35	6	3	3	93.62
对照组	45	16	8	9	12	73.33

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.4 2 组中医证候疗效比较 见表 2。总有效率治疗组为 95.74%, 对照组为 75.56%, 2 组比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组中医证候疗效比较

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	47	18	22	5	2	95.74
对照组	45	8	16	10	11	75.56

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.5 2 组治疗前后中医证候积分比较 见表 3。2 组治疗后中医证候积分与治疗前比较, 差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )。治疗后 2 组中医证候积分比较, 治疗组低于对照组, 差异也有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表3 2组治疗前后中医证候积分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	时间	n	中医证候积分
治疗组	治疗前	47	15.46 ± 4.21
	治疗后	47	3.84 ± 4.12
对照组	治疗前	45	14.18 ± 4.86
	治疗后	45	6.61 ± 5.42

与本组治疗前后比较, ① $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

## 5 讨论

房颤属中医学心悸、心动悸、怔忡范畴, 其病机为本虚标实。本虚为心气虚或心气阴两虚, 标实为心血瘀阻, 脉络不和。中医治疗房颤宜标本兼治及缓则治其本<sup>[3]</sup>, 治疗中还应考虑防止血栓栓塞事件的发生<sup>[4]</sup>, 减少西药的副作用, 改善症状, 巩固疗效并提高临床控制的有效率, 从而达到标本兼治的目的<sup>[5]</sup>。

本研究利用西药胺碘酮阻断房颤起效快之特点, 结合人参三七琥珀颗粒补益心气、活血化瘀、镇心安神及有效改善临床症状之优势进行临床观察<sup>[6]</sup>。方中人参补益心气, 调节心脏功能, 所含人参皂甙对冠状动脉供血不足、心律失常及强壮身体均有明显作用<sup>[7]</sup>。三七活血化瘀, 改善冠脉循环, 抗血小板聚集力, 并可防治血栓栓塞形成。琥珀镇心安神, 行活血化瘀, 与人参、三七相得益彰, 共奏扶正、化瘀、安神、复脉之功, 中医药治疗阵发性房颤的优势主要体现在对其窦性心律的维持, 即防止房颤复发, 并可有效改善患者自觉症状<sup>[8]</sup>。研究结果显

示, 人参与三七琥珀颗粒联合胺碘酮治疗并防止阵发性房颤复发, 取得了比较满意的疗效, 且优于单用胺碘酮治疗。

#### [参考文献]

- [1] 陈可冀. 试谈冠心病心绞痛及急性心肌梗塞的中医治疗[J]. 中华内科杂志, 1977, (4): 232.
- [2] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 195-196.
- [3] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 143-151.
- [4] 陈湘君. 中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2004: 101-103.
- [5] 周育平, 杜羽, 徐承秋. 徐承秋治疗心房颤动经验[J]. 中医杂志, 2012, 53(14): 1187-1188.
- [6] 毛秉豫, 毛绍芬. 桂枝茯苓丸在心房颤抗凝治疗中的应用[J]. 中医杂志, 2009, 50(1): 57.
- [7] 李世新. 中西医结合治疗心律失常 49 例[J]. 中医杂志, 2003, 44(3): 185.
- [8] Yuan Jinqi, Guo Wenzheng, Yang Baijing, et al. 166 cases of coronary angina pectoris treated with powder composed of radix ginseng, Radix notoginseng and succinum [J]. Traditional Chinese medicine, 1997, 17(1): 14-17.
- [9] 王浴生, 邓文龙, 薛春生. 中药药理与应用[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 12-27.
- [10] 王祎晟, 徐瑛. 养阴益心方联合胺碘酮治疗阵发性心房颤动 31 例临床观察[J]. 中医杂志, 2012, 53(21): 1835-1837.

(责任编辑: 骆欢欢)

## 半夏白术天麻汤加味合疏血通注射液治疗椎基底动脉供血不足性眩晕临床观察

黄清苑<sup>1</sup>, 曾志威<sup>1</sup>, 李晓芹<sup>1</sup>, 徐金燕<sup>1</sup>, 郭建红<sup>2</sup>

1. 梅州市人民医院中医科, 广东 梅州 514031; 2. 北京中医药大学, 北京 100029

**[摘要]** 目的: 观察半夏白术天麻汤加味合疏血通注射液治疗痰瘀阻滞型椎基底动脉供血不足(VBI)性眩晕的临床疗效。方法: 将 80 例痰瘀阻滞型 VBI 性眩晕患者随机分为 2 组。对照组 40 例给予口服西比灵胶囊等西医常规治疗, 治疗组 40 例在对照组治疗的基础上给予半夏白术天麻汤加味合疏血通注射液治疗, 疗程 14 天。对 2 组进行临床疗效评价、经颅多普勒(TCD)参数、中医症状体征积分变化比较。结果: 治疗后治疗组总有效率为 90.0%, 对照组为 70.0%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后 2 组患者左椎动脉(LVA)、右椎动脉(RVA)及基底动脉(BA)的收缩期峰流速( $V_s$ )、舒张期末峰流速( $V_d$ )、平均峰流速( $V_m$ )以及血管波动指数(PI)等 TCD 参数与本组治疗前比较, 差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。2 组治疗后比较, 除 PI 外其余指标组间差异也有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后 2 组各项症状体征评分均降低 ( $P < 0.05$ ), 且治疗组各项症状体征评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 半夏白术天麻汤加味合疏血通注射液治疗痰瘀阻滞型 VBI 性眩晕具有确切疗效, 是一种安全有效的治疗方案。

**[关键词]** 眩晕; 椎基底动脉供血不足; 痰瘀阻滞; 半夏白术天麻汤; 疏血通注射液

**[中图分类号]** R681.5+5 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 06-0032-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.016

近年来眩晕的患病率和发病率随着社会压力的增大而不断上升的趋势, 椎基底动脉供血不足(VBI)性眩晕, 是临床上常

见病、多发病, 严重地影响了人们的日常工作和生活。有学者认为, 岭南地区眩晕多以脾虚痰浊为主, 常夹风、夹瘀、

**[收稿日期]** 2013-12-26

**[作者简介]** 黄清苑 (1977-), 女, 副主任医师, 研究方向: 中医心病、脑病、肺病与治未病等。