◆临床证治◆

芪冬颐心颗粒联合西医常规疗法治疗冠心病合并心律失常临床研究

徐陆贞，张汝锋

浙江省医疗健康集团衢州医院，浙江 衢州 324000

［摘要］**目的：**观察芪冬颐心颗粒联合西医常规疗法治疗冠心病合并心律失常的临床疗效。**方法：**选取2024年12月—2025年7月浙江省医疗健康集团衢州医院收治的110例冠心病合并心律失常患者，按照随机数字表法分为对照组和观察组各55例。最终，对照组完成52例（脱落3例），观察组完成53例（脱落2例）。对照组采用西医常规治疗措施，观察组在对照组治疗基础上联合口服芪冬颐心颗粒。2组均接受为期4周的治疗。评价2组临床疗效，比较2组中医证候积分、心功能指标［左室射血分数（LVEF）、左室收缩末期容积（LVESV）、左室舒张末期容积（LVEDV）］、24 h动态心电图变化（QTc间期、短阵室性心动过速次数、室性期前收缩次数）、血流动力学指标（血浆纤维蛋白原、血浆比黏度、血细胞比容）、心肌酶指标［肌钙蛋白Ⅰ（cTnⅠ）、乳酸脱氢酶（LDH）］、炎症因子［白细胞介素-6（IL-6）、超敏C-反应蛋白（hs-CRP）］水平以及不良反应情况。**结果：**观察组总有效率94.34%（50/53），高于对照组78.85%（41/52）（$P<0.05$）。治疗2周、治疗4周后，2组主症评分、次症评分及总分逐渐降低（$P<0.05$），且观察组主症评分、次症评分及总分低于同时间点对照组（$P<0.05$）。治疗2周、治疗4周后，2组LVEF逐渐升高，LVESV、LVEDV逐渐降低（$P<0.05$）；且观察组LVEF高于同时间点对照组，LVESV、LVEDV低于同时间点对照组（$P<0.05$）。治疗2周、治疗4周后，2组短阵室性心动过速次数、室性期前收缩次数、QTc间期逐渐降低（$P<0.05$），且观察组短阵室性心动过速次数、室性期前收缩次数、QTc间期低于同时间点对照组（$P<0.05$）。治疗2周、治疗4周后，2组血浆纤维蛋白原、血浆比黏度、血细胞比容逐渐降低（$P<0.05$），且观察组血浆纤维蛋白原、血浆比黏度、血细胞比容低于同时间点对照组（$P<0.05$）。治疗2周、治疗4周后，2组cTnⅠ、LDH、IL-6、hs-CRP水平逐渐降低（$P<0.05$），且观察组cTnI、LDH、IL-6、hs-CRP水平低于同时间点对照组（$P<0.05$）。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**芪冬颐心颗粒联合西医常规疗法治疗冠心病合并心律失常患者，可有效缓解临床症状，改善心功能指标和心脏血流动力学状况，降低心肌酶水平，同时缓解机体的炎症反应，用药安全有效。

［关键词］冠心病合并心律失常；芪冬颐心颗粒；心功能；心脏血流动力学；心肌酶；炎症反应
［中图分类号］R541 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2026）07-0015-08
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.07.003

Clinical Study on Qidong Yixin Granules Combined with Conventional Western Medicine Therapy in Treating Coronary Heart Disease Complicated by Arrhythmia

XU Luzhen, ZHANG Rufeng

Zhejiang Medical and Health Group, Quzhou Hospital, Quzhou Zhejiang 324000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effects of Qidong Yixin Granules combined with conventional

［收稿日期］2025-11-07
［修回日期］2026-01-20
［基金项目］浙江省医学会临床医学科研专项资金项目（2024ZYC-A539）
［作者简介］徐陆贞（1983-），女，副主任医师。

western medicine therapy in treating coronary heart disease (CHD) complicated by arrhythmia. **Methods**: A total of 110 patients with CHD complicated by arrhythmia admitted to Zhejiang Medical and Health Group, Quzhou Hospital from December 2024 to July 2025 were selected and randomly divided into the control group and the observation group using the random number table method, with 55 cases in each group. Ultimately, 52 cases completed the study in the control group (3 dropped out) and 53 cases completed it in the observation group (2 dropped out). The control group received conventional western medicine treatment, while the observation group received oral Qidong Yixin Granules in addition to the control group's treatment. Both groups were treated for 4 weeks. Clinical effects were evaluated. Comparisons were made between the two groups in terms of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, cardiac function indices [left ventricular ejection fraction (LVEF), left ventricular end-systolic volume (LVESV), left ventricular end-diastolic volume (LVEDV)], changes on 24-hour Holter ECG (QTc interval, number of short runs of ventricular tachycardia, number of premature ventricular contractions), hemodynamic parameters (plasma fibrinogen, plasma specific viscosity, hematocrit), levels of myocardial enzyme [cardiac troponin Ⅰ (cTnI), lactate dehydrogenase (LDH)], levels of inflammatory factors [interleukin-6 (IL-6), high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP)], and incidence of adverse reactions. **Results**: The total effective rate was 94.34% (50/53) in the observation group, higher than that of 78.85% (41/52) in the control group ($P<0.05$). After 2 and 4 weeks of treatment, the scores for main symptoms, secondary symptoms, and total scores were gradually decreased in both groups ($P<0.05$), and these scores in the observation group were lower than those in the control group at the same time points ($P<0.05$). After 2 and 4 weeks of treatment, LVEF levels were gradually increased, while LVESV and LVEDV levels were gradually decreased in both groups ($P<0.05$); furthermore, the LVEF level in the observation group was higher than that in the control group at the same time points, while the LVESV and LVEDV levels were lower ($P<0.05$). After 2 and 4 weeks of treatment, the number of short runs of ventricular tachycardia, the number of premature ventricular contractions, and the QTc interval were gradually decreased in both groups ($P<0.05$), and these values in the observation group were lower than those in the control group at the same time points ($P<0.05$). After 2 and 4 weeks of treatment, plasma fibrinogen, plasma specific viscosity, and hematocrit were gradually decreased in both groups ($P<0.05$), and these values in the observation group were lower than those in the control group at the same time points ($P<0.05$). After 2 and 4 weeks of treatment, levels of cTnI, LDH, IL-6, and hs-CRP were gradually decreased in both groups ($P<0.05$), and these levels in the observation group were lower than those in the control group at the same time points ($P<0.05$). There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion**: Qidong Yixin Granules combined with conventional western medicine therapy can effectively alleviate clinical symptoms, improve cardiac function and hemodynamic status, reduce myocardial enzyme levels, and mitigate the inflammatory response in patients with CHD complicated by arrhythmia, demonstrating safety and efficacy.

Keywords: Coronary heart disease complicated by arrhythmia; Qidong Yixin Granules; Cardiac function; Cardiac hemodynamics; Myocardial enzymes; Inflammatory response

冠心病是指冠状动脉粥样硬化性心脏病，是由于冠状动脉粥样硬化导致心肌缺血、缺氧或坏死而引发的心脏病，该病在老年群体中较为常见，且近年来发病率不断上升，已成为心脑血管疾病死亡的主要原因之一[1]。心律失常是冠心病常见的并发症，可表现出期前收缩、心房颤动、心脏血流动力改变等多种症状，发病的主要原因是心肌缺血时，心肌细胞的营养供应受阻，导致心肌萎缩、坏死，进而

影响心脏的电生理功能，导致节律紊乱[2]。既往研究发现，炎症系统的激活在冠心病以及心律失常的发病与病情推进过程中具有至关重要的作用，其中白细胞介素-6(IL-6)和超敏C-反应蛋白(hs-CRP)是重要的炎性因子，其不但会引发机体的炎症反应，还会促使冠状动脉粥样硬化进一步发展[3]。目前针对冠心病合并心律失常，临床上采用抗血小板凝聚、β-受体阻滞剂进行治疗，可降低心律失常的发生率[4]。但常规西药治疗方案仍存在一定的局限性，如治疗效果不理想，无法调节患者身体状态，且需长期服药来稳定病情，增加患者负担[5]。冠心病心律失常属于中医学胸痹、心悸范畴，病位在心，病机为气阴两虚、血脉瘀滞，应以益气养阴、活血化瘀作为主要的治疗准则[6]。芪冬颐心颗粒由黄芪、麦冬、人参等组成，能益气养心，安神宁心，既往研究表明芪冬颐心颗粒可有效改善冠心病心绞痛患者的心功能指标，减轻心肌损伤，降低炎症反应[7]。本研究观察芪冬颐心颗粒联合西医常规疗法治疗冠心病合并心律失常的临床疗效，报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《冠心病CT检查和诊断中国专家共识》[8]中冠心病诊断标准，且经冠状动脉造影证实存在至少1支主要冠状动脉狭窄≥50%；参考《2020室性心律失常中国专家共识(2016共识升级版)》[9]中的标准，合并心律失常者需满足12导联静息心电图和/或24 h动态心电图出现频发室性期前收缩(≥30次/h)、短阵室性心动过速(≥3个连续室性搏动)、阵发性心房颤动等之一，并经心血管专科医师确诊。

1.2 辨证标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》[10]辨证为气阴两虚证。主症：胸痛，胸闷，心悸；次症：气短，神疲乏力，失眠多梦，自汗盗汗；舌淡红、少苔或无苔，脉弱而细数。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准；年龄＞18岁，且依从性较好；入院前1周未接受任何心血管活性药物或抗心律失常药物治疗；患者及家属均签署知情同意书。

1.4 排除标准 存在严重肝、肾、脑功能损伤；合并病毒性心肌炎、风湿性心肌炎等心功能异常或合并恶性肿瘤；对本次研究使用的药物过敏者；因电解质紊乱、肾功能不全、药物等引起的心律失常；既往存在心血管手术史。

1.5 脱落标准 因受试者自身等原因不能配合者；自动退出试验者；失访者。

1.6 一般资料 选取2024年12月—2025年7月浙江省医疗健康集团衢州医院收治的冠心病合并心律失常患者110例，按随机数字表法分为对照组和观察组各55例。对照组最终完成52例(脱落3例)，观察组完成53例(脱落2例)。对照组男32例，女20例；平均年龄(67.21±12.14)岁；心律失常类型：阵发性心房颤动27例，室性心动过速14例，室性期前收缩11例。观察组男27例，女26例；平均年龄(65.75±13.09)岁；心律失常类型：阵发性心房颤动32例，室性心动过速12例，室性期前收缩9例。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经浙江省医疗健康集团衢州医院医学伦理委员会批准(浙医健衢州医院伦审2025论第9号)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西医常规治疗措施。持续跟踪血压、心电图等心血管关键指标，安排患者卧床休息，开放静脉输液通路；药物治疗主要包括阿司匹林、硝酸酯类药物、他汀类药物、美托洛尔、血管紧张素转化酶抑制剂或血管紧张素受体阻滞剂等；合并糖尿病或高血压者，分别给予降糖或降压药物维持治疗。

2.2 观察组 在对照组基础上联合芪冬颐心颗粒(沈阳东新药业有限公司，国药准字Z20050680，规格：5 g/袋)口服。颗粒剂成分为黄芪、麦冬、人参、茯苓、生地黄、龟甲(烫)、煅紫石英、桂枝、淫羊藿、金银花、丹参、郁金、枳壳(炒)。每次1袋，开水冲服，每天3次。

2组均治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②中医证候评分。参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》[10]，在治疗前、治疗2周、治疗4周评价中医证候。主症(胸痛、胸闷、心悸)视病情轻重分别计0、2、4、6分，次症(气短、神疲乏力、失眠多梦、自汗盗汗)视病情

轻重分别计0、1、2、3分，总积分为主症评分和次症评分之和，舌脉象作为必备征象不计入评分，评分越高表明患者病情越严重。③心功能指标。在治疗前、治疗2周、治疗4周后采用PHLIPHS公司生产的彩色多普勒超声仪（型号IE33）对2组患者的心功能进行检测，记录左室射血分数（LVEF）、左室收缩末期容积（LVESV）、左室舒张末期容积（LVEDV）。④24 h动态心电图变化。在治疗前、治疗2周、治疗4周后使用日本光电公司生产的导联心电图检测仪（型号ECG-2360）进行检查，纸速设置25.0 mm/s，实时记录2组患者24 h心电图，记录短阵室性心动过速次数、室性期前收缩次数，并用电子书显卡尺记录校正后QT（QTc）间期值。⑤血流动力学指标。在治疗前、治疗2周、治疗4周后使用丹麦制造的无创血流动力学检测仪（型号Innocor）对2组患者的血流动力学指标进行测定，检测血浆纤维蛋白原、血浆比黏度、血细胞比容等指标。⑥心肌酶指标与炎症因子。在治疗前、治疗2周、治疗4周后抽取2组患者空腹状态静脉血5 mL，常规取血清。采用干式免疫荧光法测定心肌钙蛋白I（cTnI）水平，采用全自动生化分析测定乳酸脱氢酶（LDH）水平，采用酶联免疫吸附法测定IL-6、hs-CRP水平。⑦不良反应发生率。治疗期间记录2组不良反应发生情况，计算不良反应发生率。

3.2　统计学方法　采用SPSS21.0统计学软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用独立样本t检验，组内比较采用配对样本t检验。重复测量的计量资料，先采用Mauchly′s球形检验评估球形假设，若$P\geqslant0.05$，满足球形假设；若$P<0.05$，球形假设不成立，则采用Greenhouse-Geisser校正自由度及P值。涉及多个时间点测量，使用重复测量方差分析，不同时间点两两比较采用Bonferroni法进行检验。计数资料以百分比（%）表示，采用χ^2检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4　疗效标准与治疗结果

4.1　疗效标准　参考《中药新药临床研究指导原则（试行）》[10]和《室性心律失常中国专家共识》[11]制定疗效标准。显效：临床症状基本消失，发作次数、持续时间、动态心电图显示早搏发生频率减少＞90%；24 h动态心电图、中医证候主症积分、LVEF中至少1项有较明显好转，较治疗前改善30%及以上，或恢复为正常水平。有效：临床症状有所改善，发作次数、持续时间、动态心电图显示早搏发生频率减少50%～90%；24 h动态心电图、中医证候主症积分、LVEF中至少2项有所改善，改善幅度大于10%但小于30%。无效：发作次数、持续时间、动态心电图显示早搏发生频率减少＜50%，或发作次数、持续时间、早搏次数增多，症状没有任何改善甚或加重；24 h动态心电图、中医证候主症积分、LVEF较治疗前改善幅度小于等于10%，或无改善，甚至有所上涨。总有效率=（显效+有效）例数/总例数×100%。

4.2　2组临床疗效比较　见表1。观察组总有效率94.34%，高于对照组78.85%（$P<0.05$）。

表1　2组临床疗效比较　例（%）

组　别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	52	17（32.70）	24（46.15）	11（21.15）	41（78.85）
观察组	53	23（43.40）	27（50.94）	3（5.66）	50（94.34）
χ^2值					5.453
P值					0.020

4.3　2组不同时间点中医证候评分比较　见表2。治疗前，2组中医证候主症评分、次症评分及总分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗2周、治疗4周后，2组主症评分、次症评分及总分逐渐降低（$P<0.05$），且观察组主症评分、次症评分及总分均低于同时间点对照组（$P<0.05$）。

4.4　2组不同时间点心功能指标比较　见表3。治疗前，2组LVEF、LVESV、LVEDV比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗2周、治疗4周后，2组LVEF逐渐升高，LVESV、LVEDV逐渐降低（$P<0.05$）；且观察组LVEF高于同时间点对照组，LVESV、LVEDV低于同时间点对照组（$P<0.05$）。

4.5　2组不同时间点24 h动态心电图比较　见表4。治疗前，2组短阵室性心动过速次数、室性期前收缩次数、QTc间期比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗2周、治疗4周后，2组短阵室性心动过速次数、室性期前收缩次数、QTc间期逐渐降低（$P<0.05$），且观察组短阵室性心动过速次数、室

性期前收缩次数、QTc间期低于同时间点对照组（$P<0.05$）。

表2　2组不同时间点中医证候评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

组　别	时　间	例数	主症	次症	总分
对照组	治疗前	52	13.73±2.69	15.10±3.40	28.83±5.04
	治疗2周	52	10.46±3.11①	10.46±3.32①	20.92±4.73①
	治疗4周	52	8.81±2.89①	6.71±2.12①	15.52±3.66①
观察组	治疗前	53	14.38±2.32	15.04±3.34	29.42±4.08
	治疗2周	53	8.87±3.10①②	7.98±2.04①②	16.85±3.67①②
	治疗4周	53	5.74±1.92①②	4.02±1.13①②	9.75±2.29①②
$F_{时间}/P_{时间}$			F=192.543，$P<0.001$	F=311.140，$P<0.001$	F=441.428，$P<0.001$
$F_{组别}/P_{组别}$			F=15.634，$P<0.001$	F=41.989，$P<0.001$	F=49.229，$P<0.001$
$F_{交互}/P_{交互}$			F=14.260，$P<0.001$	F=6.982，P=0.001	F=17.250，$P<0.001$

注：①与本组前一个时间点比较，$P<0.05$；②与对照组同时间点比较，$P<0.05$。

表3　2组不同时间点心功能指标比较（$\bar{x}\pm s$）

组　别	时　间	例数	LVEF（%）	LVESV（mL）	LVEDV（mL）
对照组	治疗前	52	39.04 ± 3.73	120.71 ± 16.89	198.24 ± 24.59
	治疗2周	52	42.67 ± 3.81①	108.46 ± 15.65①	184.55 ± 21.06①
	治疗4周	52	45.30 ± 3.46①	98.68 ± 15.35①	172.32 ± 18.76①
观察组	治疗前	53	38.89 ± 4.91	119.34 ± 18.05	196.81 ± 22.64
	治疗2周	53	45.87 ± 4.38①②	97.62 ± 15.74①②	168.41 ± 19.83①②
	治疗4周	53	50.65 ± 4.52①②	79.34 ± 12.18①②	151.21 ± 16.10①②
$F_{时间}/P_{时间}$			F=151.779，$P<0.001$	F=105.719，$P<0.001$	F=82.365，$P<0.001$
$F_{组别}/P_{组别}$			F=26.007，$P<0.001$	F=32.977，$P<0.001$	F=28.575，$P<0.001$
$F_{交互}/P_{交互}$			F=14.184，$P<0.001$	F=8.873，$P<0.001$	F=6.684，P=0.002

注：①与本组前一个时间点比较，$P<0.05$；②与对照组同时间点比较，$P<0.05$。

表4　2组不同时间点24 h动态心电图比较（$\bar{x}\pm s$）

组　别	时　间	例数	短阵室性心动过速次数（次）	室性期前收缩次数（次）	QTc间期（ms）
对照组	治疗前	52	124.50±12.28	2 973.68±456.24	473.27±33.93
	治疗2周	52	76.45±8.87①	2 208.44±216.10①	453.64±35.51①
	治疗4周	52	29.83±4.58①	1 235.32±116.89①	437.26±40.83①
观察组	治疗前	53	122.64±10.79	2 869.43±545.37	470.84±36.29
	治疗2周	53	63.14±6.48①②	1 903.21±135.52①②	432.27±27.81①②
	治疗4周	53	15.05±3.34①②	972.54±92.71①②	397.17±31.95①②
$F_{时间}/P_{时间}$			F=3 954.397，$P<0.001$	Greenhouse-Geisser校正 F=978.583，$P<0.001$	F=71.245，$P<0.001$
$F_{组别}/P_{组别}$			F=108.222，$P<0.001$	Greenhouse-Geisser校正 F=33.133，$P<0.001$	F=26.067，$P<0.001$
$F_{交互}/P_{交互}$			F=19.505，$P<0.001$	Greenhouse-Geisser校正 F=3.322，P=0.038	F=8.381，$P<0.001$

注：①与本组前一个时间点比较，$P<0.05$；②与对照组同时间点比较，$P<0.05$。

4.6　2组不同时间点血流动力学指标比较　见表5。治疗前，2组血浆纤维蛋白原、血浆比黏度、血细胞比容比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗2周、治疗4周后，2组血浆纤维蛋白原、血浆比黏度、血细胞比容逐渐降低（$P<0.05$），且观察组血浆纤维蛋白原、血浆比黏度、血细胞比容低于同时间点对照组（$P<0.05$）。

4.7　2组不同时间点心肌酶与炎症因子水平比较　见表6。治疗前，2组cTnI、LDH、IL-6、hs-CRP水平比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗2周、治

疗4周后，2组cTnI、LDH、IL-6、hs-CRP水平逐渐降低($P<0.05$)，且观察组cTnI、LDH、IL-6、hs-CRP水平低于同时间点对照组($P<0.05$)。

表5　2组不同时间点血流动力学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组　别	时　间	例数	血浆纤维蛋白原(g/L)	血浆比黏度(mPa·s)	血细胞比容(%)
对照组	治疗前	52	385.51 ± 51.74	2.23 ± 0.45	53.37 ± 10.01
	治疗2周	52	355.43 ± 32.24①	1.99 ± 0.34①	48.79 ± 8.43①
	治疗4周	52	328.96 ± 20.26①	1.75 ± 0.32①	45.27 ± 5.94①
观察组	治疗前	53	388.02 ± 46.23	2.19 ± 0.37	53.52 ± 8.96
	治疗2周	53	332.71 ± 28.97①②	1.67 ± 0.42①②	42.05 ± 6.79①②
	治疗4周	53	296.13 ± 22.47①②	1.14 ± 0.26①②	32.14 ± 5.68①②
$F_{时间}/P_{时间}$			F=106.091，$P<0.001$	F=127.386，$P<0.001$	F=91.069，$P<0.001$
$F_{组别}/P_{组别}$			F=23.345，$P<0.001$	F=51.676，$P<0.001$	F=59.619，$P<0.001$
$F_{交互}/P_{交互}$			F=6.327，P=0.002	F=17.495，$P<0.001$	F=18.425，$P<0.001$

注：①与本组前一个时间点比较，$P<0.05$；②与对照组同时间点比较，$P<0.05$。

表6　2组不同时间点心肌酶与炎症因子水平比较($\bar{x}\pm s$)

组　别	时　间	例数	cTnI(μg/L)	LDH(IU/L)	IL-6(pg/mL)	hs-CRP(mg/L)
对照组	治疗前	52	0.30 ± 0.05	189.24 ± 33.16	55.37 ± 6.71	10.78 ± 3.14
	治疗2周	52	0.27 ± 0.06①	166.73 ± 27.31①	48.82 ± 6.90①	8.23 ± 3.09①
	治疗4周	52	0.23 ± 0.06①	146.10 ± 25.59①	41.53 ± 8.34①	6.62 ± 2.08①
观察组	治疗前	53	0.29 ± 0.05	191.45 ± 30.87	54.28 ± 7.99	11.05 ± 3.89
	治疗2周	53	0.23 ± 0.04①②	145.48 ± 23.94①②	43.05 ± 6.61①②	6.06 ± 2.37①②
	治疗4周	53	0.17 ± 0.03①②	102.94 ± 20.41①②	31.22 ± 5.56①②	3.75 ± 1.35①②
$F_{时间}/P_{时间}$			F=102.340，$P<0.001$	F=158.955，$P<0.001$	F=181.775，$P<0.001$	F=111.562，$P<0.001$
$F_{组别}/P_{组别}$			F=39.331，$P<0.001$	F=42.997，$P<0.001$	F=49.747，$P<0.001$	F=27.634，$P<0.001$
$F_{交互}/P_{交互}$			F=8.992，$P<0.001$	F=18.876，$P<0.001$	F=11.344，$P<0.001$	F=8.870，$P<0.001$

注：①与本组前一个时间点比较，$P<0.05$；②与对照组同时间点比较，$P<0.05$。

4.8　2组不良反应发生率比较　见表7。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

表7　2组不良反应发生率比较　例(%)

组　别	例数	胃肠道不适	轻度头晕	皮肤瘙痒	心悸加重	合计
对照组	52	4(7.69)	2(3.85)	1(1.92)	2(3.85)	9(17.31)
观察组	53	5(9.43)	3(5.66)	2(3.77)	1(1.89)	11(20.75)
χ^2值						0.202
P值						0.653

5　讨论

中医认为，冠心病合并心律失常的病机特点为本虚标实。本虚主要指机体的阴、阳、气、血出现亏虚；标实则以痰邪为主，同时伴有血瘀、阴寒等因素。痰邪在发病过程中起着关键作用，会致使脾、肺、肾及三焦的气化功能失调，进而引发水液代谢障碍，形成痰浊，阻滞气机，导致气滞，进一步影响血液运行，形成血瘀[12]。芪冬颐心颗粒源自全国中医急诊学奠基人任继学教授的经验方，在长春中医药大学第一附属医院黄永生教授的引领下进一步研制开发而成。该方剂中的黄芪、人参、麦冬、生地黄、龟甲、淫羊藿具备气阴双补的功效，紫石英、茯苓能够安神止悸，而桂枝、丹参、郁金、枳壳、金银花则起到活血祛瘀、行气宽中的作用，全方具有益气养心、安神止悸的功效。现代药理学研究显示，黄芪的有效成分有助于改善心律失常，减轻对心肌细胞的损害[13]。丹参在降低心肌耗氧量、改善血流量与循环、扩张冠状动脉等方面成效显著[14]。生地黄富含多种活性物质，具备扩张血管、增强免疫功能、抑制血管内皮炎症等功效[15]。此外，人参、茯苓

等中药材还具有免疫调节、抗氧化、抗炎等药理特性，这表明芪冬颐心颗粒在冠心病合并心律失常的治疗中具备多靶点优势以及良好的应用前景[16-17]。周中淑等[7]的研究也证实，芪冬颐心口服液能够有效改善患者的临床症状、心功能指标以及LDH、cTnI水平，这与该方养心、补气、养血的药效相关，辅助西药治疗可起到协同增效的作用。本研究发现，观察组治疗后不同时间点的cTnI、LDH、IL-6、hs-CRP水平均低于对照组，其作用机制可能与芪冬颐心颗粒降低冠状动脉阻力、增加冠脉流量有关，还能够有效降低心肌需氧量，对缺血心肌起到保护作用。

对于冠心病合并心绞痛患者，血清中的炎性因子水平可在一定程度上反映病情的严重程度。IL-6、hs-CRP会引发组织局部的炎性反应，并促使巨噬细胞、嗜酸性粒细胞向心肌间转移[18]。既往研究证实，芪冬颐心口服液可抑制炎症反应、延缓动脉粥样硬化进展，并显著降低IL-6、肿瘤坏死因子-α、hs-CRP等炎症因子水平[19-20]。分析可能的原因是该方剂可以调节免疫系统，提高CD4和CD8等免疫细胞的水平，增强机体的免疫功能，进而减少炎症细胞的浸润，最终减轻心肌的炎症反应，且方剂中多种中药具备抗氧化作用，可以缓解氧化应激反应，抑制活性氧生成，进而通过NF-κB信号通路减少炎症因子的产生，减轻炎症反应[21-22]。

本研究证实，在规范西药治疗的基础上，加用芪冬颐心颗粒，能够进一步提升临床有效率、改善心电稳定性并降低炎症因子水平。这提示其疗效优势与抗炎、改善微血管功能以及多靶点调控作用相关。方中生地黄、麦冬、龟甲可滋阴复脉，丹参、郁金、桂枝能活血行气，与美托洛尔等β受体阻滞剂协同作用，共同降低心肌耗氧量并改善冠脉微循环。因此，观察组在治疗2周、4周后，LVEF水平均高于对照组，LVESV、LVEDV同步下降，心脏重构得到有效遏制[23]。黄芪、人参、金银花等组分通过抑制NF-κB信号通路，下调炎症因子水平，减轻缺血再灌注后的炎症反应。随着炎症的缓解，cTnI、LDH的水平降低，心肌细胞电稳定性提高，具体表现为室性早搏次数、短阵室速及QTc间期相较于对照组进一步缩短。纤维蛋白原和血浆比黏度的同步降低，可能与丹参酮ⅡA、地黄多糖改善红细胞变形能力及抑制血小板聚集有关，进而优化血液流变学，减少心律失常的发生[24]。芪冬颐心颗粒并非简单的药物叠加，而是通过“抗炎-抗氧化-改善微循环”的多重机制，与西药协同作用，这也解释了中医证候积分在相同时间内下降更为显著的现象。

综上所述，芪冬颐心颗粒联合西医常规疗法治疗冠心病合并心律失常患者，可有效缓解临床症状，改善心功能指标和心脏血流动力学状况，降低心肌酶水平，同时缓解机体的炎症反应，用药安全有效。

[参考文献]

[1] OKOBI O E, NWOGWUGWU E, IHEZIE C O, et al. Cardiovascular disease patterns, mortality, and hospitalization trends in adults over 18: insights from the behavioral risk factor surveillance system database[J]. Cureus, 2024, 16(8): e66604.

[2] 卢杨，葛蓓蓓，黄翔. 冠心病心律失常的危险因素及cTnⅠ、NT-proBNP、MMP-9的预测价值[J]. 川北医学院学报，2024，39(5)：624-627.

[3] MEHTA N N, DEGOMA E, SHAPIRO M D. IL-6 and cardiovascular risk: a narrative review[J]. Curr Atheroscler Rep, 2024, 27(1): 12.

[4] 中华医学会心血管病学分会，中华心血管病杂志编辑委员会. 冠心病合并心房颤动患者抗栓管理中国专家共识[J]. 中华心血管病杂志，2020，48(7)：552-564.

[5] 秦焕，井晓峰，薛剑，等. 养心定悸胶囊联合比索洛尔治疗气阴两虚型慢性心力衰竭合并室性早搏疗效观察及对NT-pro-BNP、LVEF的影响[J]. 中药药理与临床，2020，36(1)：194-198.

[6] 史金炀. 中药汤剂治疗冠心病室性早搏的Meta分析及临床特点的回顾性分析[D]. 哈尔滨：黑龙江中医药大学，2022.

[7] 周中淑，曾永春，徐春美. 芪冬颐心口服液联合尼可地尔治疗冠心病心绞痛的临床研究[J]. 现代药物与临床，2023，38(6)：1388-1392.

[8] 中国医师协会放射医师分会. 冠心病CT检查和诊断中国专家共识[J]. 中华放射学杂志，2024，58(2)：135-149.

[9] 中华医学会心电生理和起搏分会，中国医师协会心律学专业委员会. 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.

[10] 郑筱萸. 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，2002：99-104.

[11] 中华医学会心电生理和起搏分会，中国医师协会心律学专业委员会. 室性心律失常中国专家共识[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志，2016，30(4)：283-325.

[12] 谭学君，刘娟，胡畔，等. 瑞舒伐他汀联合芪苈强心胶囊对老年

冠心病合并心律失常患者的临床疗效及对血清IL-17、IL-6水平的影响[J]. 中国老年学杂志，2022，42(7)：1540-1544.
[13] 张瑞华，张静文，刘玲，等. 黄芪及其有效组分药理作用与临床应用现状[J]. 陕西中医，2021，42(8)：1138-1141，1146.
[14] 屈媛，王婷，付慧婕，等. 丹参有效成分及药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报，2024，26(9)：172-176.
[15] 柴春泉，姜逸，肖思琦. 鲜地黄本草功效考证与现代药理学研究[J]. 上海医药，2024，45(1)：19-22.
[16] PAIK S，SONG G Y，JO E K. Ginsenosides for therapeutically targeting inflammation through modulation of oxidative stress[J]. Int Immunopharmacol，2023，121：110461.
[17] 路平，史汶龙，杨思雨，等. 茯苓化学成分及药理作用研究进展[J]. 中成药，2024，46(4)：1246-1254.
[18] DEMIRBAŞ Z E，ZEREN G，CAN F，et al. Risk factors and clinical outcomes in nonagenarians with acute coronary syndrome：a case-control study[J]. J Clin Med，2025，14(5)：1761.
[19] 孙文，何德英，米虹. 芪冬颐心口服液治疗气阴两虚型稳定性冠心病临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育，2023，21(15)：106-109.
[20] 张景鑫，王霏，常晓烨，等. 芪冬颐心口服液联合氢溴酸西酞普兰用于PCI术后并发焦虑状态患者的效果[J]. 临床和实验医学杂志，2024，23(11)：1149-1153.
[21] 余研，冯茜，翁友飞，等. 芪冬颐心口服液联合盐酸曲美他嗪片对老年冠心病心绞痛患者心肌损伤指标、免疫功能和氧化应激的影响[J]. 现代生物医学进展，2024，24(20)：3990-3992.
[22] 张茂福，张志明，宋忠阳，等. 中药调控氧化应激防治急性肺损伤的研究进展[J]. 中草药，2024，55(9)：3190-3201.
[23] NASOUFIDOU A，BANTIDOS M G，FYNTANIDOU B，et al. Cardioprotective mechanisms of beta-blockers in myocardial ischemia and reperfusion：from molecular targets to clinical implications[J]. Int J Mol Sci，2025，26(20)：9843.
[24] 陈鑫，邵小宝，薛昌雯，等. 丹参酮ⅡA抑制血小板与肿瘤细胞相互作用的实验研究[J]. 临床输血与检验，2024，26(2)：187-195.

[责任编辑：郑锋玲，蒋维超(英文)]

《新中医》杂志征稿

《新中医》是由广州中医药大学与中华中医药学会共同主办的中医药学术期刊，1969年创刊。标准刊号：ISSN 0256-7415，CN 44-1231/R，2020年由原月刊改为半月刊，期刊代号，国内：46-38，国外：SM186。根据国家的有关标准和科技期刊的编排规范，对来稿做出如下要求。**一、征稿内容**　实验研究、网络药理学、用药规律、文献综述、经方古方、临床证治、肿瘤研究、针灸推拿、调研报告、思路方法、名医传承、古籍研究、临证医案等。**二、来稿要求**　主题鲜明，论点明确，论据充分，文字精炼，内容真实，资料可靠，数据准确，数据比较应做统计学处理。**三、来稿格式**　参照本刊格式。**四、投稿方式**　在线投稿。投稿时需同时上传单位投稿证明。网址：http：//xzy.ijournal.cn。**五、文责自负**　作者如有侵权行为，本刊不负连带责任。署名人的顺序由作者决定。依照《著作权法》，本刊对文稿有修改权、删节权，修改稿未按时寄回视作自动撤稿。**六、稿件采用**　需与编辑部签订论文著作权转让书。