強心複脈湯治療慢性心力衰竭伴室性心律失常的臨床研究

Clinical research on *Qiang-Xin-Fu-Mai* Decoction for the treatment of chronic heart failure with ventricular arrhythmia

黃 露 *HUANG Lu*

（蕪湖市中醫醫院心內科，安徽 蕪湖 241000）

[摘要] 目的 探討強心複脈湯治療慢性心力衰竭伴室性心律失常84例患者臨床研究。方法 隨機選取2018年06月-2019年11月期間我院心內科收治的由於各種基礎心臟疾病發展至晚期導致的慢性心力衰竭伴有室性心律失常的患者84例，將其隨機分為觀察組與對照組各42例，對照組患者採取西醫常規的治療方案，觀察組患者在西醫常規治療的基礎上加用強心複脈湯聯合治療，連續服用4周後，比較兩組患者心功能NYHA分級、NT-proBNP、6MIN步行試驗、24小時動態心電圖等指標。結果 兩組患者治療後各項觀測指標較治療前均有明顯改善，但兩組患者改善情況有差異，該差異經統計學分析有統計學意義（P<0.05）。結論 慢性心力衰竭伴有室性心律失常的患者予以強心複脈湯具有良好的治療效果，在實際臨床工作中可以選擇辨證使用。

[關鍵詞] 強心複脈湯；慢性心衰；室性心律失常 ；臨床研究

各種心臟疾病發展至晚期均會出現不同程度的慢性心力衰竭，而呼吸道感染以及各種類型的心律失常是慢性心力衰竭發生、發展、加重的重要誘發因素，患者臨床表現為：胸悶氣喘、呼吸困難、心悸怔忡、下肢水腫、頭暈乏力、納呆便溏等症狀，活動耐量以及生活品質嚴重下降，目前臨床上西醫針對慢性心力衰竭的常規的治療包括「血管緊張素轉化酶抑制劑、β受體阻滯劑、醛固酮拮抗劑」等聯合利尿劑、血管擴張劑以及洋地黃製劑等藥物，由於慢性心力衰竭患者多伴有器質性心臟病，當慢性心力衰竭伴有室性心律失常時，臨床能選用的抗心律失常藥物非常有限，針對慢性心力衰竭伴室性心律失常的藥物除了β受體阻滯劑外，臨床常用的主要是鹽酸胺碘酮等藥物，但是前者同時又屬於臨床常用的一線降血壓藥物，對於慢性心衰晚期伴有低血壓、心動過緩、高度房室傳導阻滯、支氣管哮喘等患者在使用時常常顧此失彼，增加了治療的風險，後者經循證醫學證實在改善患者預後，降低患者住院率以及死亡率方面無明顯改善作用[1]。慢性心力衰竭伴室性心律失常患者是我院心內科收治的主要病種之一，我科針對慢性心力衰竭伴室性心律失常的患者在西醫常規治療的基礎之上，加用強心複脈湯進行治療，臨床取得了較好的療效，現報告如下：

1 資料與方法

1.1 一般資料 選取2018年06月-2019年11月我院心內科收治的慢性心力衰竭伴室性心律失常患者84例，隨機分為觀察組與對照組，觀察組42例，男20例，女22例，年齡41歲-74歲，平均年齡（61.55±2.25）歲年；對照組42例，男25例，女17例，年齡43歲-78歲，平均年齡（63.12±3.46）歲，經比較和分析患者的各項基礎資料，包括兩組患者性別、年齡、心臟功能等各項基礎資料，均無統計學意義（P>0.05），具有可比性。

表一：兩組患者臨床療效比較：（n）、百分數（%）

組別	例數	顯效	有效	無效	總有效率
對照組	42	12	19	11	73.81
觀察組	42	18	20	4	90.48

表二：兩組患者NT-proBNP 、6-MWT比較：

香港醫科中醫學會 版權所有 Copyright HKPCMA All Rights Reserved

組別	n	時間	NT-proBNP (pg/ml)	6MWT/M
對照組	42	治療前	1556.56±126.67	202.1±32.2
		治療後	592.26±69.73	309.8±51.2
觀察組	42	治療前	1605.6±137.79	165.9±42.2
		治療後	392.8±57.28	398.3±69.1

表三：兩組患者室性早搏療效比較：(n)、百分數(%)

組別	例數	顯效	有效	無效	總有效率
對照組	42	14	19	9	78.57
觀察組	42	18	21	3	92.86

1.2 診斷標準

1.2.1 診斷標準：符合新修訂的《實用心血管病學》第五版中慢性心力衰竭和室性心律失常的臨床診斷標準[2]，並結合患者病史、臨床症狀、體征、入院後心臟彩超、NT-proBNP、ECG等檢查結果的確認，心律失常均在治療前經常規心電圖、24小時動態心電圖確診。

1.2.2 心功能分級標準：參照紐約心臟病學會心功能分級方法（NYHA分級）[3]。

1.3 納入標準：符合新修訂的《實用心血管病學》第五版中慢性心力衰竭和室性心律失常的臨床診斷標準，且符合紐約心功能分級為Ⅲ-IV級患者，年齡範圍在18-80歲，患者簽字同意遵醫囑服藥並定期門診隨診。

1.4 排除標準：慢性心功能不全合併有低血壓、竇性心動過緩、心臟瓣膜中度以上狹窄、雙側腎動脈狹窄、支氣管哮喘、二度及以上房室傳導阻滯等，以及服藥前、後有肝腎功能不全的患者。

1.5 治療方法：對照組患者採取西醫常規的治療方案，採用口服鹽酸貝那普利、琥珀酸美托洛爾緩釋片、螺內酯，聯合祥利尿劑呋塞米、單硝酸異山梨酯片等藥物口服治療。藥物的選擇和劑量調整依據患者的病情以及耐受情況酌情增減,直至達到靶劑量。觀察組患者在常規西醫治療的基礎上加用強心複脈湯:成分由人參10g、黃芪30g、川芎12g、當歸15g、制附子10g、細辛6g、葶藶子10g、桂枝12g、生地黃12g、組成，服用方法：水煎服，每日一劑，每日兩次，療程共4周。患者在服藥治療期間，謹遵醫囑，合理安排飲食和生活作息，同時密切監測患者的血壓水準、肝腎功能、電解質、6MWT、NT-proBNP、心電圖等指標。

1.6 療效觀察：觀察治療前後的如下指標：心功能NYHA分級、6-MWT、NT-proBNP、24小時動態心電圖。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

1.6.1 心功能不全療效判定：根據NYHA心功能分級評價患者臨床療效。

顯效：患者心功能改善提高2級或者2級以上，胸悶氣喘、心慌心悸、呼吸困難等症狀明顯改善。

有效：患者心功能改善提高1級，呼吸苦難、心悸怔忡、下肢水腫等症狀較前改善，活動耐量較前提高；

無效：患者胸悶氣喘、呼吸困難、下肢水腫等臨床症狀無改善，甚至自覺服藥後症狀較前加重。

總有效率=（顯效+有效）/總例數×100%。

1.6.2 室性心律失常的療效判定標準：參照「心血管藥物臨床試驗評價方法的建議」[4]。

顯效：24小時動態心電圖檢查，室性早搏較治療前減少≥90%。

有效：90%>室性早搏較治療前減少≥50%。

無效：室性早搏較治療前減少<50%，沒有變化或者較治療前增加。

1.7 統計學處理：採用統計學軟體SPSS 24.0統計學軟體對資料進行處理分析，計量資料以「±s」表示，採用t檢驗，計數資料以例數(n)、百分數(%)表示，採用x2檢驗， P<0.05表示兩組資料差異有統計學意義。

2 結果

2.1 兩組患者總有效率對比：兩組患者予以不同治療方法後，對照組患者治療有效率為73.81%，而觀察組患者治療有效率為90.48%，且差異經檢驗具有統計學意義（P<0.05），詳情見表一。

3 討論

慢性心力衰竭合併有室性心律失常，中醫辨證法中多為陰血陽氣虛弱，心脈失養症。辯證多屬本虛標實之證，本虛以心氣虧虛為主，常兼有陽虛、陰虛，標實以血瘀為主，常兼有水飲、痰濁。病機可用「虛」「瘀」「水」概括，益氣、活血、利水為根本治療大法[5]。患者除了表現為心血不足、水飲淩心之心慌心悸之外，還會伴有胸悶氣喘、咳嗽咳痰、咽幹口渴、心悸怔忡、脘痞納差、疲倦乏力、小便不利、納呆便溏等症狀，臨床可考慮在中醫辨證的基礎之上，選擇使用強心複脈湯辨證治療，以提高療效。本文針對84例慢性心力衰竭伴有室性心律失常患者進行臨床研究，在西醫常規治療的基礎上聯合使用強心複脈湯治療可進一步改善患者臨床症狀和生活品質，減輕患者由於心力衰竭產生的水腫、心律失常等症狀。方中的人參、黃芪既可補益心氣，以資氣血生化之源；改善心悸怔忡、胸悶氣短等心氣虛衰症狀，又可補益肺脾腎之氣，改善倦怠乏力、食少便溏、脘痞納差、食欲不振、小便不利等症狀。生地黃、當歸、川芎、桂枝聯用可滋心陰，養心血，溫心陽，通血脈。制附子、細辛、葶藶子等合用有振奮心陽、化氣利水、利水消腫之效。諸藥聯用上助心陽，通血脈、止悸動，中溫脾陽，以助運水濕，利水消腫，下溫腎陽，逐水濕痰飲之邪，以上諸藥合用對治療陰血陽氣虛弱導致的水飲痰濁內停、心脈失養證，對於心動悸、喘促、倦怠乏力、納呆便溏、下肢水腫、小便不利等具有顯著效果。綜上所述，在常規治療心衰的基礎上加用強心複脈湯治療慢性心力衰竭伴室性心律失常，可以進一步提高療效，改善預後，從整體上改善患者的臨床症狀，值得我們在中醫辨證的基礎之上選擇使用。

版權所有 Copyright ©中醫藥學會 All Rights Reserved

參考文獻

[1] 梁峰,胡大一,沈珠軍,姚遠.2015年歐洲心臟病協會關於室性心律失常患者治療和心臟性猝死預防指南的解讀[J].中國醫院用藥評價與分析,2016,16(06):721-727.

[2] 陳灝珠,何梅先,魏盟,葛均波[M].實用心臟病學第5版.上海:上海科學技術出版社,2016:708.

[3] 陳灝珠,鐘南山,陸再英[M].內科學第9版.北京:人民衛生出版社,2018:168.

[4] 劉國仗,吳甯,胡大一,等.心血管藥物臨床試驗評價方法的建議[J].中華心血管病雜誌,1998,26(6):405-413. [5]中國中西醫結合學會心血管專業委員會.中國醫師協會中西醫結合醫師分會心血管病學專家委員會.慢性心力衰竭中西醫結合診療專家共識[J].中國中西醫結合雜誌,2016,36(2):133-141.

（編委：徐大基審校2022.01.04）