

益气温阳法治疗窦性心动过缓 48 例

★ 郑军 王瑞华 (天津中医药大学第二附属医院心内二科 天津 300150)

关键词: 窦性心动过缓; 益气温阳法

中图分类号: R 541.7⁺2 文献标识码: B

窦性心动过缓是临床常见病之一, 目前临床用药单一, 给治疗带来困难。笔者近一年来采用中药益气温阳法治疗窦性心动过缓 48 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 48 例均为住院和门诊病人, 随机分为治疗组 24 例, 对照组 24 例。其中, 男性 27 例, 女性 21 例; 年龄最小 18 岁, 最大 70 岁, 平均年龄 44 岁; 病史最长 10 年, 最短 1 年, 平均 5.5 年。两组经统计学处理无显著性差异。

病历选择, 参照 2002 年《中药新药治疗病态窦房结综合征的临床研究指导原则》及《实用内科学》11 版制定, 西医诊断标准, 符合西医窦性心动过缓: 心率 ≤ 45 次/分, 平均心率 < 60 次/分 (60 岁以上平均率 < 55 次/分), 最低心率 ≥ 35 次/分; 年龄 18~70 岁。中医辨证标准为心气阳虚证, 主证: 心悸、兼气短、神疲、乏力、畏寒肢冷、自汗、懒言、舌质淡、脉迟缓。

2 治疗方法

治疗组口服自拟益气温阳之芪附胶囊 (药物组成为黄芪、附子), 每次 3 粒, 每日 3 次。对照组口服心宝丸 (广东汕头中药厂生产), 每次 5 粒, 每日 3 次。两组均以 30 天为一疗程。两组满一个疗程后统计疗效。

3 疗效观察

参照 2002 年《中药新药治疗病态窦房结综合征的临床研究指导原则》的标准制定, 心动过缓疗效标准, 痊愈: 24 小时平均心率 60 次/分以上, 且 24 小时平均心率或最低心率提高或访视心率提高 ≥ 5 次/分。显效: 24 小时平均心率或最低心率提高或访视心率提高 ≥ 10 次/分。有效: 24 小时平均心率或最低心率提高或访视心率提高 ≥ 5 次/分。无效: 24 小时平均心率或最低心率提高或访视心率提高 ≤ 5 次/分。中医证候疗效标准: 临床痊愈: 症状消失, 疗效指数 $\geq 90\%$ 。显效: 症状明显好转, 疗效指数 $\geq 70\%$, $< 90\%$ 。有效: 症状好转, 疗效指数 $\geq 30\%$, $< 70\%$ 。无效: 症状无变化或加重, 疗效指数 $< 30\%$ 。

4 治疗结果

见表 1。

表 1 中医症状疗效比较

组别	例数				统计量	P 值
	痊愈	显效	有效	无效		
治疗组	2	5	12	2	$Z = 1.640$	0.144
对照组	1	3	14	5		

由表 1 可知, 两组症状疗效间无统计学差异, 说明两组在中医症状疗效上相近。

表 2 两组心动过缓疗效比较

组别	例数				统计量	P 值
	痊愈	显效	有效	无效		
治疗组	1	4	9	7	$Z = -0.517$	0.605
对照组	1	3	10	9		

由表 2 可知, 两组疗效间无统计学差异 (P 值 > 0.05), 说明两组在心动过缓疗效上相似。治疗组和对照组在治疗过程中均无不良事件发生, 肝肾功能均无不良影响。

5 讨论

窦性心动过缓目前临床上尚无理想的药物治疗, 现代医学多采用阿托品、异丙肾上腺素等缓解症状或安装人工心脏起搏器等治疗, 成为临床棘手问题。而窦性心动过缓病人临床多主要表现为心悸、气短、神疲、乏力、畏寒肢冷, 属于中医的心悸范畴。其病因病机多责之于心气不足, 心阳不振, 阴寒凝滞心脉, 心神失养, 搏动紊乱而致。因此, 治疗应以补益心气, 振奋心阳之法。黄芪、附子益心气, 温心阳, 使血脉充盈, 心有所养, 改善心脏功能, 达到增加心率的作用。现代药理研究证实附子对动物心脏, 不论是正常状态或处于衰竭状态均有明显的强心的作用, 并能增强机体的抗氧化能力。黄芪具有促进加强心肌细胞代谢及补偿能力, 扩张冠状动脉, 改善血液流变性, 抗氧化作用。两药相合能使心肌功能增强, 改善窦房结及房室传导功能, 从而达到提高心率的作用, 收到较好的临床疗效。

(收稿日期: 2006-07-14)