

## 中西医结合治疗心肌梗死后慢性心力衰竭伴 频发室性期前收缩的临床疗效观察

王荣忠, 王顺民, 王润林, 李守孝, 冉科岗, 栗慧玲

(甘肃省会宁县中医医院, 甘肃 会宁 730700)

**【摘要】** 目的:探讨中西医结合治疗对心肌梗死(心梗)后慢性心力衰竭(心衰)伴频发室性期前收缩(室早)患者的治疗作用机制及效果。方法:采用随机原则将 76 例心梗后慢性心衰伴频发室早患者分为中西医结合组(40 例)和胺碘酮组(36 例)。两组基础治疗相同,中西医结合组加服加味炙甘草汤,药物组成:炙甘草 12 g,生地 60 g,人参 10 g,生姜 6 g,麦冬 6 g,炮附子 6 g,细辛 6 g,黄芪 20 g,桂枝(酒炒)6 g,川芎(酒炒)10 g,丹参 10 g,麻仁 15 g,栝楼 15 g,阿胶(烔化)10 g,大枣 3 枚;每日 1 剂,水煎 2 次,取汁 400 ml 分两次口服,均以 30 d 为 1 个疗程。于治疗前后采用美国纽约心脏协会(NYHA)心功能分级评定心功能;采用 6 min 步行试验监测运动能力;运用 Lown 分级法评价频发室早,二、三联律及短阵室速;运用多普勒彩色超声心动图测定左室射血分数(LVEF)。结果:与治疗前相比,两组治疗后心功能分级及运动耐力均提高,LVEF 增加,频发室早、短阵室速及二、三联律的发生率明显减少,差异均有显著性( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ );与胺碘酮组治疗后比较,中西医结合组改善更明显,差异均有显著性( $P$  均  $< 0.05$ )。结论:中西医结合能提高心梗后慢性心衰伴频发室早患者的心功能、运动耐力及生活质量,对延缓或逆转心室重塑、阻滞或阻断心肌电重构均有一定作用。

**【关键词】** 心力衰竭;室性期前收缩,频发;中西医结合疗法

中图分类号:R242;R541.61 文献标识码:A 文章编号:1008-9691(2007)03-0147-04

**Observation on clinical therapeutic efficacy of integrated traditional Chinese and Western medicine for treatment of chronic heart failure accompanied by frequent occurrence of ventricular premature beats after myocardial infarction** WANG Rong-zhong, WANG Shun-min, WANG Run-lin, LI Shou-xiao, RAN Ke-gang, LI Hui-ling. Huining Hospital of Traditional Chinese Medical, Huining 730700, Gansu, China

**【Abstract】** **Objective:** To observe the clinical therapeutic effects of integrated traditional Chinese and Western medicine for treatment of chronic heart failure (CHF) and frequent occurrence of ventricular premature beats (VPB) caused by myocardial infarction. **Methods:** Seventy-six myocardial infarction patients with CHF and VPB were randomly divided into integrated traditional Chinese and Western medicine group (integrated group,  $n=40$ ) and amiodarone group ( $n=36$ ). All patients were treated with general therapy. Augmented licorice root decoction (加味炙甘草汤) including 12 g radix et rhizoma glycyrrhizae praeparata cum melle (炙甘草), 60 g radix rehmanniae (生地), 10 g radix et rhizoma ginseng (人参), 6 g rhizoma zingiberis recens (生姜), 6 g radix ophiopogonis (麦冬), 6 g radix aconiti lateralis praeparata (炮附子), 6 g radix et rhizoma asari (细辛), 20 g radix astragali (黄芪), 10 g ramulus cinnamomi (桂枝), 10 g rhizoma chuanxiong (川芎), 10 g radix et rhizoma salviae miltiorrhizae (丹参), 15 g fructus cannabidis (麻仁), 15 g fructus trichosanthis (栝楼), 10 g colla corii asini (阿胶) and 3 pieces of fructus jujubae (大枣) was given to the integrated group. Four hundred ml decoction made by one dose of the above herbal medicine was divided into two parts to be taken once one part for twice a day; 30 days constituted one therapeutic course. Cardiac function was evaluated by the gradation of cardiac function made by New York heart association (NYHA), and sports ability was monitored by walking in 6 minutes. VPB, bigeminy, trigeminy and ventricular tachycardia were evaluated by Lown's grade evaluation. Left ventricular ejection fraction (LVEF) was determined by Doppler colorful ultrasound cardiogram in all the patients. **Results:** After treatment, the cardiac function, sports ability and LVEF were significantly higher, while VPB, ventricular tachycardia, bigeminy and trigeminy were less than those before treatment in both groups ( $P < 0.05$  or  $P < 0.01$ ). The improvement of integrated group was much better than that of amiodarone group (all  $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Integrated traditional Chinese and Western medicine therapy can improve cardiac function, sports ability, and life quality of patients with CHF and frequent occurrence of VPB caused by myocardial infarction. That means integrated traditional Chinese and Western medicine therapy has specific curative efficacy and plays an important role in delaying and reversing cardiac ventricular remodeling and preventing myocardium electro-remodeling.

**【Key words】** heart failure; frequent occurrence of ventricular premature beats; integrated traditional Chinese and Western medicine

慢性心力衰竭(心衰)也称充血性心力衰竭(CHF),是大多数心血管疾病的最终归宿,亦是最主要的死亡原因之一<sup>[1]</sup>,缺血性心脏病引起室性心动过速(室速)、心室纤颤(室颤)等恶性室性心律失常仍是导致患者猝死的主要原因之一<sup>[2]</sup>。我院于2004年1月—2006年6月采用加味炙甘草汤治疗40例心肌梗死(心梗)后慢性心衰伴频发室性期前收缩(室早)的患者,取得了满意疗效,现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料:**按照《内科学》中心梗<sup>[1]</sup>、《慢性收缩性心力衰竭治疗建议》中心衰的分类<sup>[3]</sup>,Lown 分级法<sup>[4]</sup>Ⅱ~ⅣB级(Holter 监测室早)且符合频发室早诊断标准,并用多普勒彩色超声心动图测定左室射血分数(LVEF)≤0.40的心梗1个月出现慢性心衰伴频发室早患者共76例入选本研究。按随机原则将患者分为中西医结合组和胺碘酮组,中西医结合组40例患者中男23例,女17例;年龄38~74岁,平均(55.67±14.09)岁。胺碘酮组36例患者中男21例,女15例;年龄40~76岁,平均(56.05±14.04)岁。经统计学处理,两组患者的年龄、性别、治疗前的LVEF、心功能分级、6 min步行试验测定的心脏储备功能以及Lown 分级等方面比较差异均无显著性( $P$ 均>0.05),具有可比性。

## 1.2 给药方法

**1.2.1 胺碘酮组:**在纠正心衰及其并发症(如心肌缺血、电解质紊乱)的同时,采用静脉注射或口服胺碘酮治疗积极干预频发室早。胺碘酮静脉负荷量150 mg,注射10 min;然后按1.0~1.5 mg/min维持静脉滴注,6 h后再减量至0.5~1.0 mg/min;连用3~4 d后改为口服治疗,初始5~7 d内负荷剂量为600 mg/d,每日3次,之后400 mg/d,每日2次,维持5~7 d,减至200 mg/d维持<sup>[4]</sup>。30 d为1个疗程。

**1.2.2 中西医结合组:**在胺碘酮组治疗基础上加用加味炙甘草汤。药物组成:炙甘草12 g,生地60 g,人参10 g,生姜6 g,麦冬6 g,炮附子6 g,细辛6 g,黄芪20 g,桂枝(酒炒)6 g,川芎(酒炒)10 g,丹参10 g,麻仁15 g,栝楼15 g,阿胶(烊化)10 g,大枣3枚。每日1剂,水煎2次,取汁400 ml分两次口服,30 d为1个疗程。

**1.3 观察指标:**于治疗前后进行测定:①Holter 检查:以心梗后室早的Lown 分级法选择Ⅱ~ⅣB级并符合频发室早诊断标准的连续12 h作为对应观察指标,观察频发室早,二、三联律及短阵室速;

②6 min步行试验监测运动能力(按规定能合格完成试验者);③美国纽约心脏协会(NYHA)心功能分级评定心功能(除去心功能Ⅳ级和Ⅰ级以下,且能够合格完成6 min步行试验者);④采用多普勒彩色超声心动图测定LVEF。

**1.4 统计学处理:**计量资料用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用两组独立样本 $t$ 检验;计数资料采用 $\chi^2$ 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组治疗前后心功能分级变化比较(表1):**中西医结合组治疗前后心功能Ⅲ级和Ⅰ级及以下和胺碘酮组比较差异均有显著性( $P$ 均<0.05),且中西医结合组心功能改善较胺碘酮组为优,差异有显著性( $P < 0.05$ )。

表1 两组治疗前后心功能分级比较

Table 1 Comparison of cardiac function grade evaluation before and after treatment between two groups 例

组别	例数	心功能分级			
		Ⅲ级	Ⅰ级	≤Ⅰ级	
中西医结合组	治疗前	40	13	17	0
	治疗后	40	5* $\Delta$	16	19* $\Delta$
胺碘酮组	治疗前	36	11	25	0
	治疗后	36	8*	19	9*

注:与本组治疗前比较:\* $P < 0.05$ ;与胺碘酮组治疗后比较:

$\Delta P < 0.05$

**2.2 两组治疗前后频发室早,二、三联律及短阵室速比较(表2):**与治疗前比较,两组治疗后频发室早,二、三联律,短阵室速发生情况均明显减少,差异均有显著性( $P$ 均<0.01),且中西医结合组治疗后频发室早及二、三联律发生情况显著低于胺碘酮组,差异均有显著性( $P$ 均<0.05)。

表2 两组治疗前后心律失常发生情况比较

Table 2 Comparison of numbers of cases with arrhythmia before and after treatment between two groups 例

组别	例数	心律失常类型			
		频发室早	二、三联律	短阵室速	
中西医结合组	治疗前	40	40	18	8
	治疗后	40	10** $\Delta$	3** $\Delta$	2**
胺碘酮组	治疗前	36	36	17	7
	治疗后	36	18**	9**	5**

注:与本组治疗前比较:\*\* $P < 0.01$ ;与胺碘酮组治疗后比较:

$\Delta P < 0.05$

**2.3 两组治疗前后心功能不全比较(表3):**中西医结合组和胺碘酮组治疗前后重度、轻度心功能不全比较差异均有显著性( $P$ 均<0.01);中西医结合组治疗后由重度、中度心功能不全转为轻度心功能不

全者较胺碘酮组多,差异有显著性( $P < 0.05$ )。

表 3 两组治疗前后 6 min 步行试验心功能结果比较

Table 3 Comparison of cardiac function grade by walking in 6 minutes before and after treatment between two groups 例

组别	例数	心功能不全程度			
		重度	中度	轻度	
中西医结合组	治疗前	40	22	18	0
	治疗后	40	8**	12	20** <sup>△</sup>
胺碘酮组	治疗前	36	17	19	0
	治疗后	36	10**	16	10**

注:与本组治疗前比较:\*\* $P < 0.01$ ;与胺碘酮组治疗后比较:

$\Delta P < 0.05$

2.4 两组治疗前后 LVEF 比较(表 4):中西医结合组治疗前后 LVEF  $< 0.30$  和 LVEF  $> 0.40$  比较差异均有显著性( $P$  均  $< 0.01$ );胺碘酮组治疗前后 LVEF  $< 0.30$  和 LVEF  $> 0.40$  比较差异均有显著性( $P < 0.05$  和  $P < 0.01$ );两组治疗后 LVEF  $> 0.40$  比较差异有显著性( $P < 0.05$ )。

表 4 两组治疗前后 LVEF 比较

Table 4 Comparison of LVEF before and after treatment between two groups 例

组别	例数	LVEF			
		$< 0.30$	$0.30 \sim 0.40$	$> 0.40$	
中西医结合组	治疗前	40	19	21	0
	治疗后	40	4**	11	25** <sup>△</sup>
胺碘酮组	治疗前	36	16	20	0
	治疗后	36	8*	16	12**

注:与本组治疗前比较:\* $P < 0.05$ ,\*\* $P < 0.01$ ;与胺碘酮组

治疗后比较: $\Delta P < 0.05$

### 3 讨论

心梗后或及早再灌注干预存活患者出现慢性心衰伴频发室早临床较多见,近期预后虽佳,但长期预后则较差<sup>[1]</sup>。荟萃分析结果显示<sup>[5]</sup>:在未溶栓治疗年代,心梗经正规治疗后最初 2.5 年的预期病死率高达 15%,其中 75% 的患者死于心律失常,而死亡患者中,70% 有病历记录证实;而对梗死恢复期患者随后 2.5 年的随访中发现,心律失常病死率高达 10%;MERIT-HF(心衰患者美托洛尔控释剂的随机干预临床试验)的研究数据表明,经常规治疗(不包括  $\beta$  受体-阻滞剂),心衰组每年的病死率为 11%,这一研究中陈旧性心梗患者占 50%,在所有死亡患者中,猝死占 60%。

LVEF 是包括猝死在内心律失常事件的又一预测指标。一项证实胺碘酮可以长期安全用于心梗后的临床试验 EMIAAT、CAMIAT 等研究数据表明,

人工统计学变量对心梗后 LVEF  $< 0.40$  或频发室早患者的心律失常事件(包括猝死)是极有意义的预测指标。对多项研究荟萃分析证实<sup>[5]</sup>:LVEF 对心梗后 2 年内的总病死率、心律失常和心脏性死亡的发生率具有显著的预测价值;LVEF 提高 0.10,可降低 2 年病死率,其危险比率为 0.61(95% 可信区间为 0.48~0.78, $P < 0.001$ );LVEF 值 0.30~0.40、0.21~0.30 和  $< 0.20$  的患者每年心律失常病死率分别为 3.2%、7.7% 和 9.4%。

室早对猝死、心律失常事件或心脏性死亡也是独立的预测因素。一项包括 680 例患者的研究中,379 例患者接受早期溶栓治疗,心梗后 6~10 d 接受 Holter 监护,随访 1~8 年,结果 1 年发生猝死、心律失常事件或心脏性死亡患者平均室早数明显增加,灵敏性 40%,心脏死亡和心律失常事件组中阳性预测准确率分别为 17.4% 和 25.8%;GISSI-Z(意大利急性心肌梗死研究)研究表明,室早发生频率是急性心梗溶栓后 6 个月猝死的独立危险因素;经校正后,室早频率 10 次/h,仍是心梗 6 个月后猝死有显著意义的独立预测因素;其预测心梗后心律失常事件的灵敏性和特异性分别为 42%~54% 和 74%~82%<sup>[5]</sup>。本研究亦表明,非持续性室速是心梗后总病死率和心律失常病死率的良好预测因素。

心梗后心肌缺血合并有心衰的同时伴有室性心律失常是个很复杂的病理过程,在治疗上除严格实施成熟的循证医学指导下的心衰、心律失常等治疗指南外,还需加强中西医结合对此类疾病的诊治探索,对于提高缺血性心脏病后心衰伴频发室早患者的生活质量、运动耐力和生存率是很有必要的。心梗后心衰并频发室早的中医病名散见于中医内科的“心悸”、“胸痛”、“水肿”、“怔忡”、“喘证”等病证之中。加味炙甘草汤具有补气养血、调阴和阳、活血化瘀、祛痰宣窍、通脉复律的功效。加味炙甘草汤与抗心肌缺血、抗心律失常、抗心衰、纠正电解质紊乱、抑制心肌电重构和结构重塑等药物综合治疗,能够提高患者的心功能、运动能力和生存质量。炙甘草汤出于《伤寒论》,专为“脉结代,心动悸”所设。现代药理研究亦证实,炙甘草提取液腹腔注射对氟仿诱发小鼠室颤、乌头碱或肾上腺素诱发家兔心律失常均有抑制作用,并能减慢心率<sup>[6]</sup>。黄泽民<sup>[7]</sup>运用炙甘草汤治疗 6 例利多卡因不能控制的频发室早(其中 2 例为多源性室早)患者,服药 3 次后室早消失,可能是炙甘草汤具有正性肌力作用,提高心排量,促进缺血区与正常心肌间的电位差,抑制折返,兴奋传导束

支靶受体等作用。方中黄芪通过激活腺苷酸环化酶活性,抑制 ATP 酶活性减少 ATP 消耗,增加环磷酸腺苷的形成和纤溶酶活性,降低纤维蛋白稳定因子(FSF)活性,达到扩张微小动脉、改善微循环、改善血液流变学异常的目的,间接发挥其抗血栓效应,从而改善心梗“边缘带”心肌血供,尤其是在心肌再灌注时能减轻再灌注损伤心肌的电阈值,纠正心律失常<sup>[7]</sup>;附子配人参、麦冬配人参具有增加心肌收缩力,增加心肌氧供量,减少心肌氧耗量,提高心肌耐氧能力,改善心肌代谢,提高 LVEF,改善循环衰竭<sup>[8,9]</sup>;川芎、丹参活血化瘀与黄芪等补气药相配伍;改善异常心电图,减少心肌细胞受损数量及血中肌酸激酶和乳酸脱氢酶含量,对缺血心脏起保护作用<sup>[9]</sup>。有破瘀生新、破不伤正之优点。现代药理研究还表明,黄芪、炮附子、炙甘草、茯苓、川芎、丹参等药物能改善左室舒张末期内径(LVEDD)、左室收缩末期内径(LVESD)、LVEF 和降低血浆脑钠素(BNP)水平,使心室腔明显缩小,心室容量减少,左室舒张压降低,心脏收缩、舒张功能改善,说明心室重构得到一定程度的延缓和逆转,说明中医药干预治疗心衰是有效的<sup>[8]</sup>。

综上所述,我们从临床角度出发,证明了中医药对延缓或逆转心室重塑,阻滞或阻断心肌电重构具

有一定的优势和特色,同时证实中西医结合治疗可提高心梗后慢性心衰伴频发室早患者的心功能、运动耐力和生存质量,且能减少胺碘酮的用量及不良反应的发生。

#### 参考文献:

- [1]叶任高,陆再英.内科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2004:166-175.
- [2]任勇,张存泰,吴杰,等.抗心律失常药对陈旧性心肌梗死室性心律失常的影响[J].中华心血管病杂志,2006,34(9):825-828.
- [3]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.慢性收缩性心力衰竭治疗建议[J].中华心血管病杂志,2002,30(1):7-23.
- [4]黄宛.临床心电图学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2001:267-268.
- [5]中国心脏起搏与心电生理杂志编辑部,中国生物医学工程学会心脏起搏与电生理分会.心脏猝死的防治建议[J].中国心脏起搏与心电生理杂志,2002,16(6):401-406.
- [6]丁安伟,徐立,马红,等.现代中药临床手册[M].南京:江苏科学技术出版社,2000:329-330.
- [7]黄泽民.急性心肌梗死的中医论证[J].中国中西医结合急救杂志,2006,13(4):255-256.
- [8]邹国辉,刘中勇,张丽,等.强心合剂对充血性心力衰竭患者血浆脑钠素水平的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2006,13(2):83-85.
- [9]朱深银,周远大,何海霞.参麦冻干剂对猫心肌梗死的保护作用[J].中国中西医结合急救杂志,2006,13(2):120-122.

(收稿日期:2006-12-29 修回日期:2007-02-08)

(本文编辑:李银平)

#### · 读者 · 作者 · 编者 ·

#### 欢迎订阅 2007 年《中国中西医结合急救杂志》

《中国中西医结合急救杂志》系中国中西医结合学会主办、天津市天和医院承办的全国性科技期刊(为中国中西医结合学会系列杂志之一,由《中西医结合实用临床急救》杂志更名),是我国中西医结合急救医学界权威性学术期刊,已进入国内外多家权威性检索系统。本刊为双月刊,64页,国际通用16开大版本,80克双胶纸印刷。欢迎广大读者到当地邮局办理2007年的订阅手续,邮发代号:6-93,定价:每期7.6元,全年45.6元。

订阅本刊的读者如果遇有本刊装订错误,请将刊物寄回编辑部调换,我们将负责免费邮寄新刊。

《中国中西医结合急救杂志》已经进入美国《化学文摘》(CA)、俄罗斯《文摘杂志》(AJ)、“中国期刊网”、“中国学术期刊(光盘版)”、“万方数据网络系统(China Info)”、“中文科技期刊数据库”、“em120.com 危重病急救在线”以及国家中医药管理局“中国传统医药信息网”(http://www.Medicine China.com)。投本刊论文作者需对本刊以上述方式使用论文无异议,并由全部作者或由第一作者全权代表其他作者在版权转让协议和校稿上签字同意。稿酬已在本刊付酬时一次付清,不同意者论文可不投本刊。

《中国中西医结合急救杂志》开设有述评、专题讨论、博士论坛、论著、研究报告、经验交流、病例报告、治则·方剂·针灸、基层园地、临床病理(病例)讨论、消息、读者·作者·编者等栏目,欢迎广大作者踊跃投稿。同时,本刊倡导学术争鸣,对所投稿件将予以重视,优先考虑。

2006年以前的合订本和单行本请在杂志社发行部电话订购:022-23042150。

地址:天津市和平区睦南道122号天和医院内;邮编:300050。

(本刊编辑部)