

益气活血法对冠心病室性早搏疗效及心脏自主神经功能的影响

刘振义* 曹祥* 孙莉* 席红* 王素芳*

我们于2008年3月~2009年10月对脉平片进行了临床试验研究,观察其对冠心病室性早搏疗效及心脏自主神经功能的影响,现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

①冠心病诊断标准参照1979年9月全国中西医结合防治冠心病、心绞痛、心律失常研究座谈会修订标准制定;②室性早搏诊断标准参照《实用内科学》第10版制定^[1];③心悸中医诊断标准、室性早搏中医辨证标准及临床症状、体征分析计分方法参照卫生部颁布《中医新药临床研究指导原则》制定^[2];④室性早搏分级采用Lown Woff分级方法^[1]。

1.2 纳入标准

符合西医冠心病诊断标准,室性早搏Lown分级在2级至4A级之间;符合中医诊断心悸,辨证为气阴两虚、心络瘀阻证;年龄40~70岁;自愿接受治疗。

1.3 排除标准

①妊娠或哺乳期妇女;②患者原有其他心脏病和其他系统疾病如贫血、甲状腺机能亢进等,及病因不明导致的室性早搏;③急性心肌梗死3个月以内者;④室性早搏Lown分级在4B级以上者及其他恶性心律失常;⑤合并脑、肝、肾及造血系统等严重原发性疾病及心功能Ⅳ级者;⑥3级高血压或属高危以上者;⑦精神疾病患者,大量饮酒、吸烟患者;⑧服用与治疗心律失常有关的中药2周以内,西药5个半衰期以内者。

1.4 一般资料

治疗组50例,其中男32例,女18例;年龄40~70岁,平均(58.3±6.4)岁;室性早搏病程3周~15年,平均(2.6±1.8)年;室性早搏Lown分级:2级18例,3级12例,4A级20例;合并高脂血症21例,高血压16例,糖尿病2例。对照组30例,其中男20例,女10例;年龄42~70岁,平均(59.8±7.2)岁;室性早搏病程2周~12年,平均(2.4±1.3)年;室性早搏Lown分级:2级12例,3级9例,4A级9例;合并高脂血症12例,高血压5例,糖尿病3例。以上两组患者治疗前基线资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组给予脉平片(甘肃独一味生物制药股份有限公司生产,批号:Z20025366)每次4片,每日3次;对照组口服心律宁片(每片含苦参总碱100mg,黑龙江恒久制药厂生产,批号:20010103),每次2片,每日3次,均4周为1个疗程。原治疗冠心病的药物剂量不变或酌情减量。

2.2 观察指标

2.2.1 室性早搏疗效 观察治疗前后24h动态心电图室性早搏变化情况。

2.2.2 中医证候疗效 观察治疗前后中医症状和体征总积分变化情况。

2.2.3 心率变异(HRV)指标分析 按照1998年中华医学会全国心率变异性协作组规定的统一方法^[3],采用动脉心电图及HRV分析软件。频域指标分析:SDNN(ms)、SDANN(ms)、SDNN Index(ms)、RMSSD(ms) DNN⁵⁰(%);QT离散度(QTd)分析:QTd=最大QT间期-最小QT间期,根据治疗前后24h动态心电图记录测量最大QT间期和最小QT间期。

2.2.4 安全性观察指标

观察治疗前后一般体检项目情况,血、尿、便常规,肝、肾功能、心电图的变化等,详细记录用药期间不良反应。

2.3 统计学方法

采用SPSS 10.0统计软件进行了数据处理,采用计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验或确切概率法,等级资料采用Wilcoxon秩和检验,采用双侧检验。

3 结果

3.1 疗效评定标准

中医证候疗效判定标准:采用尼莫地平方法,即[(治疗前积分-治疗后积分)÷治疗前积分]×100%,以百分数表示。临床痊愈:症状、体征基本消失,总积分减少≥90%;显效:症状、体征大部分消失或明显减轻,总积分减少>70%;有效:症状、体征减轻,总积分减少30%~70%;无效:症状、体征无好转,总积分减少<30%。

3.2 冠心病室性早搏疗效

治疗组 50 例, 显效 24 例(48.0%), 有效 18 例(36.0%), 无效 8 例(16.0%); 对照组 30 例, 显效 4 例(13.3%), 有效 12 例(40.0%), 无效 14 例(46.6%)。两组总有效率及显效率比较差异均有统计学意义($P < 0.01$), 治疗组室性早搏疗效优于对照组。

3.3 中医证候疗效

治疗组 50 例, 临床痊愈 5 例(10.0%), 显效 18 例(36.0%), 有效 22 例(44.0%), 无效 5 例(10.0%), 总有效率为 90.0%, 愈显率为 46.0%; 对照组 30 例, 临床痊愈 1 例(3.3%), 显效 5 例(16.7%), 有效 14 例(46.7%), 无效 10 例(33.3%), 总有效率为 66.7%, 愈显率为 19.7%。两组总有效率及愈显率比较差异有统计学意义($P < 0.01$), 治疗组中医证候疗效优于对照组。

表 1 两组患者治疗前后 HRV 和 QTd 变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	SDNN(ms)	SDANN(ms)	SDNN Index(ms)	RMSSD(ms)	PNN ⁵⁰ (%)	QTd(ms)
治疗组	治疗前	50	92.7 ± 26.8	83.7 ± 26.8	38.5 ± 12.3	22.9 ± 12.3	3.7 ± 5.2	56.9 ± 26.7
	治疗后	50	128.9 ± 39.6 * * △	117.3 ± 36.2 * * △△	49.3 ± 15.7 * * △△	29.5 ± 15.7 * *	7.8 ± 8.7 * * △	38.6 ± 23.2 * *
	差值		-36.2 ± 35.2 ▲▲	-33.6 ± 23.5 ▲▲	-10.8 ± 12.6 ▲▲	-6.6 ± 14.2	-4.1 ± 5.3 ▲	18.3 ± 17.6
对照组	治疗前	30	89.6 ± 21.4	81.6 ± 28.3	39.7 ± 18.2	23.5 ± 13.6	4.3 ± 6.8	49.8 ± 25.4
	治疗后	30	108.7 ± 13.6 * *	101.2 ± 16.8 * *	44.3 ± 15.6	27.4 ± 11.8	5.6 ± 7.2	36.5 ± 21.7 * *
	差值		-19.1 ± 18.7	-19.6 ± 17.5	-4.6 ± 11.17	-3.9 ± 12.1	-1.3 ± 2.3	13.3 ± 19.6

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, * * $P < 0.01$; 与对照组治疗前比较, △ $P < 0.05$, △△ $P < 0.01$; 与对照组差值比较, ▲ $P < 0.05$, ▲▲ $P < 0.01$

表 2 治疗前不同室性早搏患者分级与 HRV 频域指标和 QT 离散度分析($\bar{x} \pm s$)

室早分级	例数	SDNN(ms)	SDANN(ms)	SDNN Index(ms)	RMSSD(ms)	PNN ⁵⁰ (%)	QTd(ms)
2 级	30	98.4 ± 25.7	87.5 ± 23.6	39.2 ± 11.8	23.5 ± 16.7	4.2 ± 3.6	42.6 ± 21.6
3 级	21	92.3 ± 32.1	83.2 ± 26.1	35.4 ± 12.1	26.3 ± 12.9	5.8 ± 4.7	46.8 ± 32.3
4 级	29	82.3 ± 23.6 * *	74.8 ± 21.2 * *	34.3 ± 10.2 * *	21.5 ± 12.4	2.3 ± 3.1 *	60.3 ± 26.7

注: 与 2 级比较, * $P < 0.05$, * * $P < 0.01$

3.6 安全性指标观察

两组均未出现与药物有关异常以及其他不良反应, 显示了较好的完全性。

4 讨论

近年来认为 HRV 能定量地反映心脏自主神经的性能及其调节功能。1987 年, Kleiger^[4] 首先提出心肌梗死后其 HRV 下降是预测心脏性猝死和室性心律失常的指标。目前普遍认为 QTd 增加是由于各种原因导致的心室肌复极不均一性增加所致, 应用心内膜 MPA 标测技术, 在临床和动物实验中均已证实, 心室肌复极的离散度增大是引起某些室性恶性心律失常有关^[5]。自主神经系统失调对于启动室性心动过速性心律失常, 最终导致猝死至关重要。

本病病机多为气阴两虚而致络虚不荣, 络脉瘀阻

3.4 两组治疗前后 HVR 和 QT 离散度变化分析

表 1 示, 两组频域指标 SDNN、SDANN、QTd 治疗前后比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$), 表明心脏自主神经功能均有一定的改善。治疗后两组 SDNN、SDANN、SDNN Index、PNN⁵⁰ 变化值比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 治疗组疗效优于对照组。

3.5 治疗前不同室性早搏分级(Lown Woff) 与 HRV 频域指标和 QTd 关系的分析

表 2 示, 在不同室性早搏分级中, Lown 分级 2 级和 4 级的频域指标 SDNN、SDANN、SDNN Index、PNN⁵⁰、QTd 比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 表明室性早搏分级的严重程度与心脏自主神经功能的失调有一定的关联性。

为主, 脉平片具有良好扩冠、防栓、调脂作用, 方中何首乌、当归、银杏提取物等益气通络, 活血安神, 标本兼治, 通补并用, 充分发挥其抗心律失常方面的整体协同作用。本研究表明, 脉平片对室性早搏和中医证候疗效优于对照组。治疗前后 HRV 和 QTd 变化分析表明, 两组均对心脏自主神经功能有一定改善作用; 治疗前后两组间 SDNN、SDANN、SDNN Index、DNN⁵⁰ 变化值比较表明, 治疗组疗效优于对照组。脉平片能明显改善冠心病室性早搏患者的心脏自主神经功能, 从而改善其症状和预后。

参考文献

[1] 陈灏珠主编. 实用内科学[M]. 10 版. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 1139.
[2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药

科技出版社, 2002: 68.

[3] 中华心血管病杂志编委会心率变异性对策专题组、心率变化异性检测临床应用的建议[J]. 中华心血管杂志, 1998, 26(4): 252-255.

[4] Kleiger RE, Miller JP, Bigger JT, et al. Decreased heart rate variability and its association with increased mortality

after acute myocardial infarction[J]. Am J Cardiol, 1987, 59: 256-262.

[5] 王翔, 姜毅. 充血性心力衰竭患者心率变异频域指标和QT离散度的变化[J]. 中华医学丛刊, 2003, 3(3): 5.

* 安徽省蒙城县中医院(233500)

龙血竭联合红外线治疗Ⅲ期褥疮 21 例

卢 义 琼*

褥疮其实质就是压迫性溃疡或压疮, 褥疮的发生常见于慢性疾病长期卧床及危重患者^[1]。一旦发生较难治愈, 如继发感染可使病情加重, 影响康复, 增加患者痛苦, 严重者可引起败血症甚至危及生命。我科自2008年1月始使用龙血竭+红外线治疗Ⅲ期褥疮患者, 取得了较满意的疗效, 现报告如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料

我科自2008年1月~2009年12月共收治Ⅲ期褥疮患者41例, 共计68处。其中男21例, 女20例; 年龄49~85岁; 部位: 尾骶部21处, 髌部10处, 踝部7处, 足跟部13处, 脊椎3处, 头枕部3处, 股骨大转子11处。面积最小者3cm×3cm, 最大者28cm×9cm。将患者按随机分组方法分成龙血竭联合红外线治疗组(试验组)21例、传统常规治疗组(对照组)20例。两组在试验条件、性别构成比、年龄、病程、合并症分布以及溃疡部位、数量、大小、深度方面经统计学检验, 差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入标准

病程2周以上、创面面积 $>3\text{cm} \times 3\text{cm}$ 的Ⅲ期褥疮患者, 血糖控制在正常范围, 并用外科清创方法将溃疡表面坏死组织清除后。

1.3 治疗方法

观察组: 先将3%过氧化氢(双氧水)溶液擦洗溃疡表面, 然后用无菌生理盐水冲洗干净。用无菌纱布擦干伤口水分, 直接剥开龙血竭胶囊倒出里面的粉末均匀撒在溃疡创面上, 最后用红外线照射溃疡处30min, 每日1次。对照组: 用上述方法清洗溃疡面后, 常规使用庆大霉素外敷, 纱布覆盖创面, 每日2次, 连续4周为1个疗程进行观察。

1.4 统计学方法

用SPSS 11.0统计软件包, 应用 t 检验。

1.5 观察指标及方法

①溃疡表面色泽: 紫暗或苍白, 计为(++++) ; 暗红, 计为(+++) ; 淡红, 计为(++) ; 红润, 计为(+). ②创面渗液量: 浸透纱布5层或5层以上者, 计为(++++) ; 浸透纱布3~4层, 计为(+++) ; 浸透纱布1~2层, 计为(++) ; 未浸透纱布, 计为(+). ③新生肉芽组织: 设初诊创面面积为 s , 新生肉芽组织为 g . $1/4s > g \geq 0$, 计为(++++) ; $1/2s > g \geq 1/4s$, 计为(+++) ; $3/4s > g \geq 1/2s$, 计为(++) ; $1s > g \geq 3/4s$, 计为(+). ④创面愈合时间: 记录从应用药物之日起到创面完全愈合所需时间。

1.6 疗效评定标准

用药4周后进行疗效评定。①痊愈: 创面完全愈合, 临床症状消失。②显效: 创面缩小75%, 临床症状消失。③好转: 创面缩小25%, 临床症状改善。④无效: 创面缩小不足25%, 临床症状无改善。

2 结果

实验组21例中, 痊愈17例, 显效3例, 好转1例, 无效0例, 痊愈率80.95%; 对照组20例中, 痊愈10例, 显效4例, 好转3例, 无效3例, 痊愈率50.00%。试验组的痊愈率明显高于对照组($P<0.01$)。实验组愈合时间(18.76 ± 4.58)天, 对照组愈合时间(30.45 ± 3.61)天。两组愈合时间比较, 差异有统计学意义($P<0.01$)。

3 讨论

褥疮的局部治疗方法很多, 有物理疗法、中西药外敷、外科治疗及其他方法。①传统方法: 传统治疗褥疮的方法是吸收和排除伤口渗液, 尽可能保持创面干燥, 以防止感染。这种方法可使伤口脱水、结痂, 达到痂下愈合目的。在痂皮中混有一些表皮细胞, 这些细胞被迫移向干燥痂皮下深处。痂皮是创口愈合的天然屏障, 表皮细胞在痂下移动缓慢从而延长了愈合的过程。②新式疗法: 将龙血竭粉末均匀撒在组织溃烂且渗出液较多的潮湿伤口表面, 能吸收过多的伤口分泌物、毒素、坏死组织, 提供伤口愈合的湿润环境。保持肉芽组织湿