

# 桂枝甘草龙骨牡蛎加味汤治疗冠心病室性早搏 30 例临床观察

张宇云<sup>1</sup> 陈小紫<sup>2</sup>

(1 海南省海口市中医医院心电功能科,海口,570000; 2 海南省海口市第三人民医院心血管内科,海口,570000)

**摘要** 目的:探析冠心病室性早搏患者进行桂枝甘草龙骨牡蛎加味汤疗法的临床效果观察。方法:选取我院 2013 年 5 月至 2014 年 3 月冠心病室性早搏患者 60 例,根据随机数字表法分为研究组、对照组,每组 30 例,对照组进行常规冠心病疗法,研究组在常规冠心病疗法基础上服用桂枝甘草龙骨牡蛎加味汤,2 组均治疗 1 个月,比较 2 组治疗后的临床效果情况;比较 2 组治疗前后的中医临床症状评分情况;比较 2 组治疗前后的动态心电图室性早搏总数、S-T 段压低数、T 波改变数、S-T 段压低幅度等临床指标的评估。结果:研究组治疗后的临床有效率为 96.7%、对照组的临床有效率为 60.0%,2 组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ );2 组治疗后的中医临床症状评分情况均有改善,但研究组治疗后的中医临床症状评分情况显著优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );2 组治疗后的动态心电图室性早搏总数、S-T 段压低数、T 波改变数、S-T 段压低幅度均有改善,但研究组治疗后的动态心电图室性早搏总数、S-T 段压低数、T 波改变数、S-T 段压低幅度等临床指标显著优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:冠心病室性早搏患者进行桂枝甘草龙骨牡蛎加味汤疗法,可显著改善患者心功能状态,临床效果确切,值得临床推广。

**关键词** 室性早搏;冠心病;桂枝甘草龙骨牡蛎加味汤

## Clinical Observation of Guizhi Gancao Longgu Muli Decoction in the Treatment of 30 Cases of Coronary Heart Disease with Ventricular Premature Beat

Zhang Yuyun<sup>1</sup>, Chen Xiaozhi<sup>2</sup>

(1 Department of ECG Function, Haikou City Hospital of traditional Chinese Medicine, Haikou 570000, China;

2 Department of Cardiovascular Medicine, the Third People's Hospital of Haikou, Haikou 570000, China)

**Abstract Objective:** To observe the clinical effect of Guizhi Gancao Longgu Muli Decoction therapy on patients with ventricular premature coronary heart disease. **Methods:** Sixty patients with coronary heart disease accompanied by ventricular premature beat due to treated in our hospital from May 2013 to March 2014 were selected and were randomly divided into the study group and the control group with 30 cases in each group. Patients in the control group were treated by the conventional coronary heart disease therapy, while Guizhi Gancao Longgu Muli decoction was added for patients in the study group accompanied with conventional coronary heart disease therapy. Patients in both the two groups received one-month treatment and the clinical effects of the two groups were compared after treatment. TCM clinical symptom scores were compared between the two groups before and after treatment. The total number of dynamic electrocardiogram of ventricular premature beat, S-T segment depression, T wave change number, and S-T segment pressure evaluation of clinical indicators of low amplitude before and after treatment were compared between the two groups. **Results:** The clinical efficiency after treatment in the study group was 96.7%, and that of the control group was 60.0%. There was significant difference between two groups ( $P < 0.05$ ). The clinical symptom scores of the two groups were improved after treatment, but the study group was significantly better than those of the control group, showing statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). After treatment, two groups of the total number of dynamic electrocardiogram of ventricular premature beat and S-T segment depression, T wave change number, S-T segment depression range were improved, but in the study group, the total number of dynamic electrocardiogram of ventricular premature beat, S-T segment depression, T wave change number, and S-T segment depression clinical parameters of amplitude were significantly better than those of the control group with statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Guizhi Gancao Longgu Muli Decoction therapy in the treatment of coronary heart disease with premature ventricular contractions may significantly improve cardiac function in patients with exact clinical effect, which is worth of clinical promotion.

**Key Words** Premature ventricular contractions; Coronary heart disease; Modified Guizhi Gancao Longgu Muli Decoction

基金项目:海南省卫生厅科学研究课题(编号:1421000320A2004)

作者简介:张宇云(1984.01—),女,本科,海南省海口市中医医院心电功能科,研究方向:心电图学,E-mail:chenzpo889@126.com

通信作者:陈小紫(1978.01—),男,大学本科,副主任医师,研究方向:心血管临床,E-mail:jmxxf@163.com

中图分类号: R285.6; R541.4 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2016.09.014

临床室性早搏有生理性,也有病理性,其发病机制不同,发病轻重程度也不同,但其致死率最高者为与急性心肌梗死相关的室性心律失常,临床最严重且最常见者为冠心病伴有室性早搏<sup>[1]</sup>。冠心病室性早搏患者如未能及时有效诊治,对患者的生命健康及质量产生严重影响。传统医学认为,冠心病室性早搏属于虚劳、晕厥、胸痹、怔忡、心悸范畴,其主要病因病机为“阳微阴弦,心脉瘀阻”,对冠心病室性早搏进行中西医结合疗法已广泛应用于临床<sup>[2]</sup>。有文献显示,对冠心病室性早搏患者进行桂枝甘草龙骨牡蛎加味汤与西医常规疗法联合治疗,可显著改善心功能状态,临床效果确切<sup>[3]</sup>。探析冠心病室性早搏的最佳治疗方式具有重要的临床价值,故我院2013年5月至2014年3月冠心病室性早搏患者进行桂枝甘草龙骨牡蛎加味汤疗法,效果满意,现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 入选我院2013年5月至2014年3月冠心病室性早搏患者60例,其中男40例,女20例,年龄50~70岁,平均年龄(52.4±3.6)岁。

1.2 纳入标准 符合中华医学会心脑血管疾病科学会制定的冠心病室性早搏的诊断标准<sup>[4]</sup>:提前出现QRS波,其前无异位P波;QRS波时间延长,成人超过12s,宽大畸形;QRS波的主波与T波方向相反;大多数室性早搏后完全性代偿间歇;符合中医症候诊断标准:主症:心悸,心胸痛或憋闷;次症:面唇发绀或面色苍白;肢冷畏寒;乏力神疲,舌质紫暗或胖大,自汗,脉结代或弱,苔白滑;24h心电监测为室性早搏频发型,24h早搏次数超过2000次;患者心功能NYHA分级低于II级。全部患者中医诊断为心悸(胸阳不振型)。

1.3 排除标准 合并病态窦房结综合征、房扑、房颤、室内传导阻滞或房室阻滞等恶性心律失常;合并精神病患者、造血系统、肝肾、脑部原发性严重疾病;哺乳期或妊娠期女性;室性早搏Lown分级超过4B级者;甲状腺功能亢进、贫血、电解质紊乱、肺源性心脏病、先天性心脏病、病毒性心肌炎、风湿性心肌病、心脏病;不稳定性心绞痛、重度心力衰竭、急性心梗;根据随机数字表法随机分为研究组和对照组各30例,研究组男20例,女10例,年龄50~70岁,平均年龄(52.4±3.7)岁,对照组男20例,女10例,年龄50~70岁,平均年龄(52.4±3.5)岁,2组的性别、平

均年龄等临床资料大体一致( $P > 0.05$ ),具有可比性。

## 1.4 判断和评估标准 中医症状积分评估标准<sup>[5]</sup>:

1)心悸:频发,平静时发作,持续时间长(9分);活动后发作,持续时间长,时有发生(6分);症状轻微,偶有心悸(3分);无(0分);2)胸闷:叹息不止,平静下亦发作胸闷,如窒息(9分);叹息样呼吸,休息后缓解,活动后发作(6分);偶有胸闷胸痛,可自行缓解(3分);无(0分);3)肢冷畏寒:靠近热源无法缓解,触诊患者肢冷(9分);自觉整日畏寒(6分);偶有肢冷畏寒(3分);无(0分);4)脉象:频率较高,结代脉显著(9分);脉结代或滑数弦细,服药后无法改善(6分);脉结代或滑数弦细,服药后可改善(3分);平脉(0分);5)面色:面色紫暗或恍白(6分);面色淡白无华(4分);面色淡白(2分);正常(0分);6)乏力神疲:精神萎靡(6分);懒言喜卧,精神不振(4分);不喜多言,精神疲倦(2分);正常(0分);7)自汗:经常出汗,活动则出汗如水(6分);皮肤平常微潮,稍动则出汗(4分);平常皮肤微潮,活动则甚(2分);无(0分);8)脉象舌象:典型者4分,不典型者2分,正常0分。临床效果评估标准<sup>[6]</sup>:显效:临床症状、体征显著改善,症状积分降低超过90%;有效:症状体征显著改善或大部分消失,症状积分降低70%~89%;无效:症状、体征无改善,症状积分降低低于30%。临床效果=(显效+有效)/例数×100%。

## 2 治疗方法

2.1 药物治疗 2组均予以保暖防寒,避免劳累,活动适度,卧床休息,正确饮食;予以冠心病常规疗法,即20mL丹红注射液(菏泽步长制药有限公司生产,国药准字Z20026866)+250mL0.9%氯化钠注射液(福建南少林药业有限公司生产,国药准字H20046408),静脉点注,1次/d,服用20mg/d辛伐他汀片(北京双鹭药业股份有限公司生产,国药准字H20058534),100mg/d阿司匹林肠溶片(浙江万邦药业股份有限公司生产,国药准字H13023762);研究组在此基础上服用桂枝甘草龙骨牡蛎加味汤,方药组成:醋延胡索10g,远志15g,夜交藤15g,丹参10g,桃仁10g,茯苓15g,生牡蛎30g,生龙骨30g,炙甘草15g,桂枝15g;1剂/d,200mL取汁,水煎服,早晚饭后送服;随证加减:手足心热、夜汗阴虚者加麦冬10g,生地黄10g;如阳虚水湿型加清半夏10g、瓜蒌10g;肾阳虚型(夜尿频)加

制附子 12 g, 胆虚易惊且多梦少寐型加珍珠母 15 g, 中阳虚衰型加干姜 6 g。2 组均治疗 1 个月, 比较 2 组治疗后的临床效果情况; 比较 2 组治疗前后的中医临床症状评分情况; 比较 2 组治疗前后的动态心电图室性早搏总数、S-T 段压低数、T 波改变数、S-T 段压低幅度等临床指标的评估比较。

2.2 统计学方法 采用 SPSS 17.0 软件系统分析所有数据, 计量资料采用  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 组间比较采用  $t$  检验, 计数资料进行  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  则差异具有统计学意义。

### 3 结果

3.1 2 组患者临床效果的评估比较 研究组治疗后的临床有效率为 96.7%, 对照组的临床有效率为 60.0%, 2 组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

3.2 2 组治疗前后的中医症状评分比较 2 组治疗后的中医临床症状评分情况均有改善, 但研究组治疗后的中医临床症状评分情况显著优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 1 2 组患者临床效果的比较 [ $n(\%)$ ]

| 组别       | 例数 | 显效       | 有效      | 无效       | 总有效      |
|----------|----|----------|---------|----------|----------|
| 研究组      | 30 | 23(76.7) | 6(20.0) | 1(3.3)   | 29(96.7) |
| 对照组      | 30 | 13(43.3) | 5(16.7) | 12(40.0) | 18(60.0) |
| $\chi^2$ | -  | -        | -       | -        | 11.88    |
| $P$      | -  | -        | -       | -        | <0.05    |

表 2 2 组治疗前后的中医症状评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别             | 治疗前        | 治疗后        |
|----------------|------------|------------|
| 研究组 ( $n=30$ ) | 23.2 ± 2.5 | 8.3 ± 1.2  |
| 对照组 ( $n=30$ ) | 23.3 ± 2.4 | 11.6 ± 2.1 |
| $t$            | 0.16       | 7.47       |
| $P$            | 0.87       | <0.05      |

3.3 2 组治疗前后心电图各项指标的评估比较 2 组治疗后的动态心电图室性早搏总数、S-T 段压低数、T 波改变数、S-T 段压低幅度均有改善, 但研究组治疗后的动态心电图室性早搏总数、S-T 段压低数、T 波改变数、S-T 段压低幅度等临床指标显著优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 2 组治疗前后心电图各项指标的评估比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 临床指标           |     | 研究组 (例数 = 30)   | 对照组 (例数 = 30)   | $t$  | $P$   |
|----------------|-----|-----------------|-----------------|------|-------|
| 室性早搏个数 (/24 h) | 治疗前 | 4776.2 ± 1643.7 | 4776.3 ± 1643.6 | 0.01 | 0.99  |
|                | 治疗后 | 1987.4 ± 507.6  | 2536.4 ± 871.8  | 2.98 | <0.05 |
| S-T 段压低数 (个)   | 治疗前 | 5.3 ± 1.5       | 5.2 ± 1.6       | 0.25 | 0.80  |
|                | 治疗后 | 0.8 ± 0.6       | 2.8 ± 1.4       | 7.19 | <0.05 |
| T 波改变数 (个)     | 治疗前 | 5.7 ± 1.2       | 5.6 ± 1.3       | 0.31 | 0.76  |
|                | 治疗后 | 2.8 ± 0.5       | 3.7 ± 1.2       | 3.79 | <0.05 |
| S-T 段压低幅度 (mv) | 治疗前 | 0.7 ± 0.3       | 0.8 ± 0.2       | 1.52 | 0.13  |
|                | 治疗后 | 0.3 ± 0.1       | 0.7 ± 0.4       | 5.31 | <0.05 |

### 4 讨论

室性早搏是指异位起搏点发出冲动过早导致的心脏搏动, 是临床常见的心律失常类型之一, 可出现在异位性心律或窦性心律的基础上<sup>[7]</sup>; 室性早搏可在每几个正常搏动或每一个正常搏动后出现, 可规则性出现, 也可不规则性出现, 形成联律性或二联律过早搏动, 根据起源部位的不同可分为室性、房室交接处性、房性、窦性 4 种, 常见者为室性搏动, 可见于器质性心脏病患者, 也可见于正常人, 如心肌病, 高血压性心脏病、风湿性心脏病、冠心病等, 临床最常见者为冠心病室性早搏<sup>[8]</sup>; 冠心病室性早搏的临床常见症状之一为心悸, 主要源于早搏后的代偿间歇、早搏后心搏增强导致, 患者偶有出现头晕、心前区重击感等临床特征<sup>[9]</sup>; 心悸常促使患者出现焦虑, 焦虑同时可增加儿茶酚胺, 室性早搏更加频繁<sup>[10]</sup>; 室性早搏如触发其他快速型心律失常则可出现晕厥、

黑蒙等症状<sup>[11]</sup>。冠心病伴明显心功能不全者出现频繁或复杂的室性早搏以及短阵性室性心动过速, 其猝死的危险性是较大的。此时应首先处理心肌缺血, 包括药物和非药物措施。如纠正心肌缺血后心律失常仍然存在, 则必须评价心功能<sup>[12]</sup>。若射血分数  $\geq 40\%$ , 则无需进一步治疗; 若射血分数  $< 40\%$ , 则需作电生理检查指导治疗<sup>[13]</sup>。电生理检查诱发出持续性室性心动过速, 予以安置植入型心内复律除颤器 (icd) 治疗<sup>[14]</sup>。未诱发出持续性室性心动过速者予以药物治疗。目前, 对于冠心病室性早搏的中西医结合治疗已广泛应用于临床<sup>[15]</sup>。

本研究结果显示: 研究组治疗后的临床有效率为 96.7%、对照组的临床有效率为 60.0%, 2 组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 2 组治疗后的中医临床症状评分情况均有改善, 但研究组治疗后的中医临床症状评分情况显著优于对照组, 差异有统计

学意义 ( $P < 0.05$ ) ; 2 组治疗后的动态心电图室性早搏总数、S-T 段压低数、T 波改变数、S-T 段压低幅度均有改善, 但研究组治疗后的动态心电图室性早搏总数、S-T 段压低数、T 波改变数、S-T 段压低幅度等临床指标显著优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ) , 与谢勇庆等<sup>[16]</sup>的研究结果大体一致。

中医学认为冠心病室性早搏属于胸痹合并心悸范畴, 其病因病机多种多样, 包括情志不畅、气血失衡、虚实夹杂、因虚致悸、实邪扰心等, 主要为“虚”, 心阳不振型可分为湿、寒、风邪外感他脏阳虚累及心阳或直折心阳, 或小肠、心经郁闭, 心阳不通, 出现心阳不振证, 或劳累过度元阳亏虚、食寒食子盗母气、劳心日久损伤心阳、体弱年老素体阳虚, 临床虚寒痹阻经脉, 心神逆乱; 《金匱要略·胸痹合并心悸短气病》认为冠心病室性早搏为“阳微阴弦”, 下焦阴寒盛, 上焦阳虚, 阴乘阳位, 寒湿射心发作为胸痹心悸; 心阳不振者发作心悸, 如水扰火, 心神跳动, 心阳亏损无法安居浮越于外, 临床出现发作无规律、频繁、持久性快速心律失常; 阳气不足, 无法推动血液, 凝滞经脉, 诱发心脉鼻祖, 出现胸痛胸闷等临床表现; 本研究对冠心病室性早搏患者进行桂枝甘草龙骨牡蛎加味汤疗法, 病机为阳气虚衰, 心阳亏损, 甘草、桂枝为辛甘发散之品, 可对经中火邪进行发散, 可温经通脉, 发散解肌; 牡蛎、龙骨则涩, 可对浮越之正气收敛, 其中龙骨可逐湿敛气, 安神止汗; 牡蛎则解毒安神, 镇惊清心, 对失眠多梦、心悸易惊者效果更佳; 茯苓可定悸安神, 止心下结痛, 利水气; 丹参可濡养心脉, 活心血; 桃仁与丹参具有协同作用; 远志则性温燥味苦, 可消肿解毒, 开窍祛痰, 安神宁心; 现代药理学表明, 桃仁、丹参等药物改善了冠心病缺血状态, 远志、炙甘草、生牡蛎、龙骨等药物可对交感神经兴奋作用进行抑制, 牡蛎、龙骨、炙甘草、桂枝则可养心神、通脉温阳, 显著改善了患者的心脏 ST 段低平状态。短阵室性心动过速和频繁室性早搏对冠心病患者预后的影响取决于心律失常在疾病过程中出现的时间。以往认为, 急性心肌梗死发生后 24 ~ 48 h 内的短阵室性心动过速并不影响急性期及长期预后。

综上所述, 冠心病室性早搏患者进行桂枝甘草龙骨牡蛎加味汤疗法, 可显著改善患者心功能状态, 临床效果确切, 值得临床推广。

**参考文献**

[1] 张萍, 吴立旗, 杨虹婕, 等. 参松养心胶囊治疗冠心病室性早搏搏机对照试验的系统评价[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2015,

4(9):1460-1463.  
 [2] 焦华琛, 张蕴慧, 李运伦, 等. 滋阴清热宁心药物治疗冠心病室性早搏阴虚火旺证临床观察[J]. 中国中医急症, 2015, 24(1):139-140.  
 [3] 乔亮, 叶悦, 谢春毅, 等. 减虑舒心汤联合黛力新干预冠心病气滞血瘀证焦虑状态临床观察[J]. 陕西中医, 2015, 36(7):835-836.  
 [4] 刘建和. 心痹汤治疗冠心病慢性心力衰竭气虚血瘀水停证的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2015, 35(1):57-59.  
 [5] 黄学莲, 韦玉娜, 马凤英, 等. 消渴通冠汤对糖尿病合并冠心病患者高迁移率族蛋白 B1 和血清网膜素 1 水平的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(3):191-195.  
 [4] 王文庆. 栝蒌薤白半夏汤加减治疗冠心病心绞痛临床疗效观察[J]. 河北医学, 2015, 21(6):1033-1035.  
 [5] 杨秀禹. 补心汤用于冠心病心悸(室性早搏)中的价值分析[J]. 中医临床研究, 2015, 7(2):100-101.  
 [6] 江文科, 符玲玲. 补心通络汤联合西药治疗冠心病稳定型劳累性心绞痛的临床研究[J]. 中医临床研究, 2015, 7(20):60-62.  
 [7] Haruta D, Akahoshi M, Hida A, et al. Prognostic Significance of Premature Ventricular Contractions without Obvious Heart Diseases Determined by Standard 12-Lead Electrocardiography Considering their Morphology[J]. Ann Noninvasive Electrocardiol, 2015, 17(10):218-219.  
 [8] 杨华俊, 何正飞. 丹枣宁心汤联合曲美他嗪片治疗室性早搏 30 例[J]. 中国中医药科技, 2013, 20(2):215-216.  
 [9] 黄芪. 养血息风法治疗冠心病室性早搏回顾性队列研究[J]. 中国中医急症, 2013, 22(8):1321-1322.  
 [10] Nakayama M, Tanaka N, Sakoda K, et al. Papaverine-induced polymorphic ventricular tachycardia during coronary flow reserve study of patients with moderate coronary artery disease[J]. Circ J, 2015, 79(3):530-536.  
 [11] 赵红. 四神汤加减治疗冠心病室性早搏疗效观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(7):1110, 1116.  
 [12] Edwards NC, Moody WE, Yuan M, et al. Diffuse left ventricular interstitial fibrosis is associated with sub-clinical myocardial dysfunction in Alström Syndrome: an observational study[J]. Orphanet J Rare Dis, 2015, 24(10):83.  
 [13] 柳艳. 步长稳心颗粒联合比索洛尔治疗室性早搏的疗效观察[J]. 世界中医药, 2013, 8(5):514-515.  
 [14] 张萍, 李博, 徐凤芹, 等. 中医药治疗冠心病室性早搏的系统评价[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(12):1409-1411.  
 [15] 孙文国. 自拟加味炙甘草汤治疗冠心病室性早搏临床分析[J]. 中国中医药咨讯, 2012, 4(5):131.  
 [16] Mavrogeni S, Dimitroulas T, Gabriel S, et al. Why currently used diagnostic techniques for heart failure in rheumatoid arthritis are not enough: the challenge of cardiovascular magnetic resonance imaging[J]. Rev Cardiovasc Med, 2014, 15(4):320-331.