

中西医结合治疗阵发性房颤射频消融术后患者40例临床研究

赵文婷¹ 刘玉平² 余家玉¹

(1.苏州市中医医院,江苏苏州 215009; 2.苏州大学附属第一医院,江苏苏州 215006)

摘要 目的:观察建中复脉汤联合阿托伐他汀钙片对阵发性房颤射频消融术后患者的疗效。方法:将80例阵发性房颤射频消融术后患者随机分为治疗组和对照组各40例,对照组给予阿托伐他汀治疗,治疗组在对照组基础上加用建中复脉汤。治疗4周后检测血清IL-6、TNF- α 水平并通过超声心动图计算左房容积指数。结果:治疗组总有效率90.0%,高于对照组的75.0%($P<0.05$);2组IL-6、TNF- α 水平及左房容积指数均显著降低($P<0.05$),且治疗组降低幅度大于对照组($P<0.01$)。结论:建中复脉汤联合阿托伐他汀钙片治疗阵发性房颤射频消融术后患者疗效显著,有助于减轻炎症反应,延缓左房内径扩大,维持窦性心律,预防阵发性房颤的复发。

关键词 阵发性房颤 射频消融术 阿托伐他汀钙片 建中复脉汤 超声心动图 白介素-6 肿瘤细胞坏死因子- α
中图分类号 R541.750.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2017)07-0020-03

阵发性房颤是临床上常见的心律失常,可出现心慌、气短、眩晕,甚至晕厥、休克、心力衰竭等临床症状。射频消融术是近年来发展起来的治疗房颤的有效方法之一,尤其对阵发性房颤取得了较好的疗效,手术成功率约80%左右。但术后房颤复发一直是困扰临床医生和增加患者治疗费用的不良因素^[1-2]。研究表明,炎症反应可促使房颤的发生,增加其发作频率及持续性。他汀类药物是公认的抗动脉粥样硬化药物,除调脂作用外,且有抑制炎症反应、改善血管内皮功能、稳定斑块及抗心律失常等作用^[3]。吴门医派名医奚凤霖根据多年的临床经验,提出“心胃同治”法治疗心律失常^[4-5],且自拟建中复脉汤应用于临床,取得了一定疗效。基于此,笔者近年来采用建中复脉汤联合阿托伐他汀钙片治疗气虚血瘀型阵发性房颤患者40例,取得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年1月至6月期间苏州市中医医院及苏州大学附属第一医院心内科门诊或住院的阵发性房颤患者,共80例,采用随机数字表法分为2组。治疗组40例:男30例,女10例;年龄40~63岁,平均年龄(51.4 $\pm$ 1.2)岁;病程5个月~6年,平均病程(3.5 $\pm$ 0.5)年。对照组40例:男26例,女14例;年龄45~68岁,平均年龄(56.0 $\pm$ 2.8)岁;病程6个月~6年,平均病程(3.8 $\pm$ 0.7)年。2组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《内科学》^[6]中阵发性房颤的诊断标准,且心脏彩超提示左房内径 ≤ 45 mm,心功能NYHA分级属I-II级。

1.2.2 中医诊断标准 参照文献^[7]拟定心悸气虚血瘀证候标准。主症:心悸气短,胸胁作痛,颈部青筋暴露,肋下痞块,下肢浮肿;次症:面色晦暗,唇甲青紫;舌脉:舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,脉涩或结代。主症见3项或3项以上,兼见次症1项或1项以上,结合舌脉即可诊断。

1.3 排除标准 (1)左心房血栓;(2)既往行房颤射频消融术者;(3)严重心衰(NYHA III~IV级);(4)感染、发热者;(5)凝血功能障碍;(6)严重肝肾功能损害;(7)冠心病者。

2 治疗方法

所有患者均在术前完善经胸心脏彩超、经食道心脏彩超、左房重建、心电图、动态心电图、超敏C反应蛋白、白介素-6(IL-6)、肿瘤细胞坏死因子- α (TNF- α)、血压等检查,排除手术禁忌后于苏州大学附属第一医院心内科行房颤射频消融术治疗,术后给予常规西药治疗。

2.1 对照组 给予阿托伐他汀钙片(立普妥,辉瑞制药有限公司,批号H20051408,20mg/片)口服,20mg,每晚1次。

2.2 治疗组 在对照组基础上加服建中复脉汤。方

基金项目:苏州市“科教兴卫”青年科技项目(KJXW2016001)

药组成:生黄芪 20g,白芍 20g,炙甘草 15g,桂枝 10g,干姜 3g,党参 15g,丹参 15g,甘松 10g,煅龙骨 30g(先煎),煅牡蛎 30g(先煎)。由本院中药房提供,每日 1 剂,水煎,分 2 次服。

2 组患者均以 4 周为 1 个疗程,疗程结束后进行疗效观察。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)每周检查心电图,检查心律、心率、血压,了解房颤有无复发;(2)治疗前后分别行动态心电图、肝肾功能及经胸心超检查,通过经胸心超二维超声探查左房容积的变化,并计算左房容积指数(LAVI);(3)治疗前后分别空腹抽取肘静脉血 5mL,采用 ELISA 法测定血清 IL-6 和 TNF- α ,试剂盒由深圳晶美生物工程有限公司提供。

3.2 疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]制定临床疗效标准。临床痊愈:症状全部消失,心电图或动态心电图检查正常;显效:心悸症状消失,心电图或动态心电图明显改善,心房颤动发作基本控制或频发转为偶发;有效:心悸症状大部分消失,心电图或动态心电图有所改善,房颤发作较治疗前减少 50%以上,持续时间较前缩短 50%以上,或频发、多发转为偶发;无效:心悸症状和心电图或动态心电图无变化或加重。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计软件处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为有显著性差异。

3.4 治疗结果

3.4.1 临床疗效比较 治疗组 40 例中,临床痊愈 6 例,显效 10 例,有效 20 例,无效 4 例,总有效率 90.0%;对照组 40 例中,临床痊愈 4 例,显效 8 例,有效 18 例,无效 10 例,总有效率 75.0%。2 组总有效率比较具有统计学差异($P < 0.05$),治疗组临床疗效优于对照组。

3.4.2 IL-6、TNF- α 及 LAVI 比较 见表 1。

表 1 治疗组与对照组治疗前后 IL-6、TNF- α 及 LAVI 比较

指标	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
IL-6(pg/mL)	14.61 $\pm$ 4.50	7.35 $\pm$ 3.28 ^{*Δ}	13.81 $\pm$ 2.93	10.12 $\pm$ 4.74 [*]
TNF- α (ng/L)	20.62 $\pm$ 1.44	14.25 $\pm$ 1.75 ^{*Δ}	21.75 $\pm$ 1.29	19.66 $\pm$ 2.37 [*]
LAVI(mL/m ²)	37.25 $\pm$ 5.18	24.08 $\pm$ 6.33 ^{*Δ}	35.62 $\pm$ 2.35	29.97 $\pm$ 5.85 [*]

注:*与同组治疗前比较, $P < 0.05$; Δ 与对照组治疗后比较, $P < 0.01$ 。

3.4.3 不良反应 2 组患者均未有不良反应发生,治疗前后 2 组患者行血常规常规、肝肾功能、凝血功能及血压检测均处正常范围。

4 讨论

阵发性房颤是由于心房失去正常有规律的收缩所致,易形成血流瘀滞导致左房或左心耳血栓,血栓一旦脱落易发生栓塞事件,其中以脑栓塞的发生率、致残率和致死率最高,给患者的生命质量带

来严重的不良影响,亦给社会、家庭带来严重的经济负担。阵发性房颤的治疗主要侧重于复律,目前常用药物是胺碘酮,其不良反应有心动过缓、甲状腺功能异常、肺纤维化等,而射频消融术是根治阵发性房颤的有效方法。研究发现,房颤患者心房组织 CD11b、IL-6 和 TNF- α 的 mRNA 表达显著增加,提示炎症反应可能是房颤发生和维持的因素之一^[9-11]。近年来亦有多项证据表明他汀类药物对于降低房颤射频术后的复发有一定的辅助作用,因而加用他汀类药物有助于窦性心律的恢复和维持^[12]。

阵发性房颤在中医学中可将其归属于“心悸”范畴。心系疾病多与宗气的盛衰相关,而宗气的盛衰又与脾胃有关。所以临床上可见“心胃同病”,宗气不足,胸中阳气式微,不能贯注心脉,血脉凝滞不通而为病。建中复脉汤是苏州吴门医派名医奚凤霖所创立治疗“心胃同病”的著名验方,考虑到心衰患者多系气虚阳衰,血瘀水停,胃失和降所致,该方由炙甘草汤合小建中汤化裁组成,既取小建中汤建中州之虚,又选炙甘草汤滋阴扶阳以加强活血复脉之效。方中黄芪、党参大补元气,复脉固脱;桂枝、炙甘草辛甘化阳,扶助心脾之阳;白芍酸甘化阴,滋养心脾之阴;丹参活血益心,利心脉行瘀滞;干姜温中回阳复脉;煅龙骨、煅牡蛎养心安神;甘松行气止痛,开郁醒脾。全方共奏和胃建中、益气活血、宁心复脉之功。

本临床观察显示,治疗组与对照组 IL-6、TNF- α 水平及左房容积指数均显著降低($P < 0.05$),且治疗组降低幅度明显大于对照组($P < 0.01$)。因此,应用建中复脉汤联合阿托伐他汀钙片治疗气虚血瘀型阵发性房颤射频消融术后患者能显著提高疗效,推测可能系通过减轻炎症反应,抑制左房扩大,进而预防房颤的复发,且药物服用安全,值得临床推广。

参考文献

- [1] 中华医学会心电生理和起搏分会心房颤动防治专家工作组.心房颤动:目前的认识和治疗建议-2012[J].中华心律失常学杂志,2012,16(4):246.
- [2] JANUARY C T, WANN L S, ALPERT J S, et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society[J]. Journal of the American College of Cardiology, 2014, 64(21):2246.
- [3] 严冰.阿托伐他汀对慢性心功能不全合并阵发性房颤患者 C 反应蛋白水平及临床预后的影响[J].中国医刊,2014, 49(5):58.
- [4] 奚凤霖,金森民.房颤治验二则[J].中医杂志,1982,23(11):19.
- [5] 奚凤霖.心脾(胃)同治法治疗心律失常[J].上海中医药杂志,1990,24(7):23.
- [6] 陈灏珠,李宗明.内科学[M].北京:人民卫生出版社, 2013:1386.

中西医结合治疗慢性乙型肝炎肝纤维化 40 例临床研究

杨卓杰¹ 蒋刚²

(1.保定市传染病医院肝病科,河北保定 071000;2.保定市长天药业有限公司药物研究所,河北保定 071000)

摘要 目的:观察中西医结合治疗慢性乙型肝炎肝纤维化的临床疗效。方法:将 80 例入选患者随机分为治疗组和对照组,2 组均给予西医常规保肝、降酶治疗,治疗组在对照组基础上加用鳖甲丹芍化瘀方辨证论治。6 个月后进行疗效评价,观察中医证候疗效、肝功能、肝纤维化、彩超等方面指标。结果:2 组中医证候疗效组内比较存在显著性差异($P<0.01$),治疗后组间比较存在显著性差异($P<0.01$);2 组治疗前后 ALT、AST、TBIL、ALB 比较差异有显著性意义($P<0.05$, $P<0.01$);2 组治疗后都能降低肝脏瞬时弹性指标(Fibroscan)的值($P<0.01$),其中治疗组治疗后降低更显著($P<0.01$);与治疗前比较,2 组患者治疗后门静脉内径、脾脏厚度均较治疗前缩小($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗慢性乙型肝炎肝纤维化具有一定疗效,值得临床推广研究。

关键词 慢性乙型肝炎 肝纤维化 补气健脾 活血化瘀 鳖甲丹芍化瘀方 肝功能 中西医结合疗法
中图分类号 R575.205 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2017)07-0022-03

肝纤维化是由于肝脏反复的炎症反应而导致肝星状细胞(hepatic stellate cell, HSC)增生,肝细胞外基质(extracellular matrix secretion, ECM)成分过度分泌超过其降解、代谢所致。肝纤维化是慢性肝病发展到肝硬化的必经阶段,如何有效逆转肝纤维化,延缓甚至阻断其向肝硬化发展成为我们治疗本病的关键。近年来西医虽然在抗肝纤维化方面取得了一些进展,但尚无疗效肯定的办法解决肝纤维化的问题。目前中医药由于含有多种有效成分,毒副作用小,其抗肝纤维化的作用逐渐受到医家的重视。近年来,我们采用中西医结合治疗慢性乙型肝炎肝纤维化 40 例,取得了一定疗效,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2013 年 1 月至 2016 年 6 月间保定市传染病医院收治的 80 例慢性乙型肝炎肝

纤维化患者,随机分为治疗组 40 例与对照组 40 例。治疗组中男 25 例,女 15 例;年龄 37~65 岁,平均年龄(48.37 ± 7.84)岁;病程 4~20 年,平均病程(10.9 ± 4.4)年。对照组中男 23 例,女 17 例;年龄 35~64 岁,平均年龄(47.75 ± 7.55)岁;病程 3~23 年,平均病程(12.1 ± 5.04)年。2 组在年龄、性别、病程等方面无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 所有病例均符合《慢性乙型肝炎防治指南》^[1]中有关慢性乙型肝炎的诊断标准,及《肝纤维化中西医结合诊疗指南》^[2]、《肝纤维化诊断及疗效评估共识》^[3]中有关肝纤维化的诊断标准。

1.3 中医辨证标准 中医诊断及辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]中的相关标准。(1)胁肋刺痛,或是胀痛,痛有定处;(2)进食后腹胀或腹胀午后加重;(3)肝脾肿大,或有肝掌、蜘蛛

- [7] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:80.
- [8] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第 2 辑)[S].1995:91.
- [9] LIN Y J, TSAO H M, CHANG S L, et al. Prognostic implications of the high-sensitive C-reactive protein in the catheter ablation of atrial fibrillation[J]. Am J Cardiol, 2010, 105(4): 495.
- [10] LIM H S, SCHULTZ C, DANG J, et al. Time course of inflammation, myocardial injury, and prothrombotic response after radiofrequency catheter ablation for atrial fibrillation[J]. Circ Arrhythm Electrophysiol, 2014, 7(1): 83.
- [11] AVILES R J, MARTIN D O, APPERSON-HANSEN C,

et al. Inflammation as a risk factor for atrial fibrillation[J]. Circulation, 2003, 108(24): 3006.

- [12] DEPARTMENT OF CARDIOLOGY, HEARTCENTER, ONZE LIEVE VROUWE GASTHUIS, et al. Antithrombotic therapy during and after percutaneous coronary intervention in patients with atrial fibrillation[J]. Circulation, 2013, 128(18): 2058.

第一作者:赵文婷(1983—),女,医学硕士,主治医师,从事中西医结合治疗心血管疾病及超声心动图的操作和诊断。zwt2142008@163.com

收稿日期:2017-03-18

编辑:王沁凯 岐 轩