

中医药治疗窦性心动过缓的研究进展

靳宏光¹ 王义强¹ 齐锋¹ 李哲山²

(1. 长春中医药大学附属医院, 吉林 长春 130021; 2. 长春市中医医院, 吉林 长春 130022)

摘 要: 近些年, 中医药对窦性心动过缓从辨证论治入手, 结合现代医学对本病的认识, 在治疗上取得显著疗效, 显示出个性化与灵活性, 值得我们深入研究。对窦性心动过缓的中医病因病机、临床分型、治疗方法等进行归纳总结。

关键词: 中医药; 窦性心动过缓; 综述; 研究进展

中图分类号: R541.72

文献标志码: A

文章编号: 1673-7717(2014)05-0068-03

Progress of Chinese Medicine in Treating Sinus Bradycardia

JIN Hongguang¹, WANG Yiqiang¹, QI Feng¹, LI Zheshan²

(1. The Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese Medicine, Changchun 130021, Ji'lin, China;

2. Changchun Hospital of Traditional Chinese Medicine, Changchun 130022, Ji'lin, China)

Abstract: In recent years, the research on sinus bradycardia of Chinese medicine starting from syndrome differentiation and treatment, combining with the understanding of modern medicine, has achieved remarkable curative effects in treatments, showing individuation and flexibility. These are worthy of intensive study. This article summarizes the etiology and pathogenesis of Chinese medicine, clinical type, therapeutic method and so on of sinus bradycardia.

Key words: Chinese medicine; sinus bradycardia; summary; research progress

窦性心动过缓是临床上常见的缓慢性心律失常之一, 它以成人心室率低于 60 次/min 为特征。临床表现为不同程度的心悸、气短、乏力、胸闷、头晕, 可伴有畏寒肢冷, 严重者出现反复晕厥史, 心源性休克、猝死等。本病常见于健康的成年人、运动员与睡眠状态, 其他原因包括颅内疾患、严重缺氧、低温、甲状腺功能减退、阻塞性黄疸, 以及应用拟胆碱药物、胺碘酮、 β 受体阻滞剂、非二氢吡啶类的钙通道阻滞剂或洋地黄等药物^[1]。目前现代医学对本病的病因研究较明确, 但治疗上无显著突破, 仍然依靠的阿托品、氨茶碱、异丙肾上腺素等, 虽能提升心室率, 但大量临床资料表明: 这些药物在纠正原有心律失常的同时, 又会诱发新的心律失常, 不能长期服用。安装起搏器作为一种重要的治疗手段, 在消除症状、预防心源性猝死、改善生活质量方面的作用是肯定的, 但需长期服用抗栓药物以及远期疗效尚存在疑虑, 同时由于经济、技术等原因其临床应用受到限制。与此相比, 中医药对本病从辨证论治入手, 结合现代医学对本病的认识, 在治疗上取得显著疗效, 显示出个性化与灵活性, 值得我们深入研究。现就中医药治疗窦性心动过缓的近况综述如下。

1 病因病机

窦性心动过缓属祖国医学“心悸、迟脉证、胸痹、厥脱”等范畴。历代医家认为本病的发生与阳气虚损、寒凝气滞、气滞血瘀、痰湿阻滞、气虚阴亏有关。《素问·举痛论》曰“经脉流行不休, 环流不休, 寒气入经而稽迟”。《临证指南

医案》称胸痹“若夫胸痹, 则但因胸中阳虚不运, 久而成痹”。《诊家枢要》曰“迟为阴寒阳亏之候, 为寒为不足”。梁君昭^[2]认为本病病位实质在心之络脉, “久病入络”、“久虚入络”、“久瘀入络”, 病程日久, 由“经脉继及络脉”, 而络脉易滞易瘀, 络瘀日久化浊生毒, 形成脏络并病, 滞、瘀、浊、毒互结。赵卫^[3]等认为本病的病机多由大气下陷, 心阳不振所致。莫学德^[4]等认为, 有临床意义的窦性心动过缓都属于“虚劳”范畴。周亚滨等^[5]认为本病以虚为本, 初期多以气虚或气阴两虚为主, 后期则往往转至阳虚, 由于心气不足, 心血推动乏力, 故血脉瘀阻, 痰浊阻脉, 因此因虚致实。

2 临床分型

中医在临床上对心动过缓的分型比较复杂, 各家对此均提出不同的见解。马宝梅^[6]将其分为阳虚寒凝、气阴两虚、气滞血瘀、心肾阳虚、气血不足、肾阳衰微、水气凌心; 汪勇^[7]将其分为气滞血瘀、心肾阳虚、心气不足、痰热内蕴。孙光祥^[8]将窦性心动过缓分为瘀瘀内阻型、心脾气虚型、心肾阳虚型。王玉霞^[9]将其分为气阴两虚、肝阳上亢、痰浊阻滞。祝兴超^[10]将其分为心阳不振、脾阳亏虚、肾阳虚衰、心脉瘀阻、痰浊阻络、阴阳两虚。高洪春^[11]将其分为心阳不振、胃阳虚衰、脾阳不足。王松龄^[12]认为以阳虚寒凝血瘀、气虚血瘀、气阴两虚血瘀、阴阳两虚痰瘀、阴虚痰热为心动过缓的主要证型。各家分型不一, 但总体可分为虚、实、虚实夹杂三证。虚者为阳虚、气虚。实者为血瘀、痰瘀、气滞、寒凝。

3 治疗方法

3.1 古方化裁

诸多医者通过中医辨证, 采用古方化裁治疗本病, 疗效显著。李禾花^[13]采用补益心气、温通心阳之法, 以保元汤

收稿日期: 2013-12-20

基金项目: 吉林省中医药管理局项目(YJS-0109)

作者简介: 靳宏光(1980-), 男, 吉林长春人, 主治医师, 硕士, 研究方向: 心血管疾病的防治。

加味治疗窦性心动过缓 58 例,心电图总有效率 87.9%,症状疗效总有效率 93.1%,临床疗效显著。莫学德^[4]等遵从《素问·至真要大论》“劳者温之”,“损者益之”之义,以补中益气汤加减治疗心动过缓 58 例,治愈 31 例;显效 15 例;有效 9 例;无效 3 例。王海申^[14]采用麻黄细辛附子汤,治疗 1 例由少阴感寒,心阳受损,阴寒痹阻,心脉血瘀致心动过缓,疗效显著。王廷治^[15]等采用调补阴阳两虚,振奋心阳之法,以桂枝加龙骨牡蛎汤加味治疗心动过缓 12 例,显效 7 例,有效 4 例,无效 1 例。赵卫^[3]等采用升陷汤合桂枝甘草汤治疗窦性心动过缓 48 例,心宝丸对照组 48 例,结果治疗组总有效率 87.50%,对照组总有效率 64.58%,两组总有效率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。李伟^[16]采用炙甘草汤合麻黄附子细辛汤治疗气虚血少致窦性心动过缓 53 例,心宝丸对照组 53 例,治疗组和对照组总有效率分别为 92.45% 和 67.31%,经统计学处理 $P < 0.05$,二组有显著性差异。高峰^[17]等采用炙甘草汤加附子治疗心动过缓 22 例,治疗 3 个疗程(18 剂)后 22 例患者心率全部恢复正常。

3.2 自拟方治疗

王丽茹^[18]自拟参芪复脉汤(党参 15 g,黄芪 15 g,丹参 30 g,川芎 15 g。阳虚者加柏子仁 10 g,枸杞子 15 g;血虚者加阿胶 10 g,当归 20 g;失眠者加酸枣仁 30 g,夜交藤 30 g)治疗窦性心动过缓 80 例,总有效率为 90%。张建华^[19]自拟温阳活血复脉汤(炙黄芪 30 g,制附片 6 g,细辛 3 g,桂枝 3 g,丹参 30 g,红花 12 g)治疗心动过缓属虚寒型 46 例,总有效率 82.6%。郑军^[20]自拟益气温阳活血方(黄芪 60 g,附子 10 g,当归 15 g,赤芍 15 g,炙甘草 12 g)治疗窦性心动过缓气阳虚证 48 例,心宝丸对照组 48 例,治疗组总有效率 91.7%,对照组总有效率 54.2%,两组之间有显著统计学差异($P < 0.01$)。李嵩岩^[21]等将 49 例阳气亏虚型窦性心动过缓随机分为 2 组,治疗组 28 例予益心升率方(制附子 6 g,红花 10 g,土鳖虫 5 g,瓜蒌皮 20 g,当归 10 g,桂枝 10 g),对照组 21 例予特布他林,两组临床疗效比较,治疗组总有效率 75.00%,对照组总有效率 90.48%,有统计学意义($P < 0.05$)。宫进亮^[22]等自拟心病五号方(桂枝 12 g,炙甘草 6 g,细辛 3 g,制附子 9 g,麻黄 6 g,红参 9 g,麦冬 12 g,五味子 6 g。脾气虚者加黄芪、白术;心血虚者加当归、阿胶;肾阳虚者加仙茅、补骨脂;挟瘀者选川芎、红花;挟痰者选瓜蒌皮、薤白)治疗心动过缓 36 例,痊愈 23 例,好转 9 例,无效 4 例,总有效率 88.9%。

3.3 中成药治疗

李静^[23]等使用步长稳心颗粒联合茶碱缓释片治疗老年窦性心动过缓 68 例,对照组 64 例予茶碱缓释片。观察症状缓解情况、动态心电图变化结果治疗组总有效率 85.2%,对照组总有效率 65.6%,两组治疗效果相比有显著性差异($P < 0.05$)。比较两组不良反应总发生率为,治疗组 13.3%,对照组 23.4%,两组间差异显著($P < 0.05$)。观察结果表明此治疗方法安全有效,不良反应少。沈晓旭^[24]将 48 例窦性心动过缓气虚血瘀证患者随机分为参松养心胶囊治疗组与心宝丸对照组,观察病情改善情况及 Holter 疗效结果表明:中医症状疗效总有效率分别为 79.17% 和 66.66%,24 h 动态心电图疗效比较总有效率分别为 78.00% 与 54.16%。两组间比较均无显著性差异($P > 0.05$),但有效率均高于对照组。王瑞华^[25]等将起搏胶囊与心宝丸对照治疗 48 例窦性心动过缓气阳虚证的临

床观察表明:中医症状疗效总有效率分别为 90.5% 和 78.3% ($P > 0.05$);治疗组和对照组在最低心率、最高心率、平均心率、总心率增加值方面没有统计学差异($P > 0.05$);两组对血、尿、便常规及肝肾功能均无明显的不良影响。高晓慧^[26]等使用参仙升脉口服液治疗窦性心动过缓 32 例,总有效率 93%,而心宝丸对照组总有效率为 83%,疗效优于对照组。

3.4 针灸及其他治疗方法

赵树玲^[27]等采用单灸膻中穴治疗 63 例心动过缓患者,每次灸 7 壮,每日 1 次,10 次为 1 疗程,疗程间休息 3 d,治疗 2 个疗程后观察效果示有效率为 84.1%。崔广治^[28]等使用苯肾上腺素造成家兔实验性心动过缓,并针刺“内关”穴,观察对心动过缓的影响实验结果显示非电针期 R-R 间期最大值出现时间晚;电针期则出现时间早,两者的均值相差 17 min,电针期与非电针期 R-R 间期恢复时间均值相差 60.5 分,经统计学处理 $P < 0.01$,差异有非常显著意义。唐巍^[29]等针刺治疗窦性心动过缓患者 30 例,以膻中、关元、双侧内关、神门为主穴,心阳虚衰者配命门,阳虚血瘀者配双侧膈腧,痰湿壅塞者配双侧丰隆,结果示治疗前平均心率为 53.3 ± 2.61 ,治疗后为 58.3 ± 3.20 ,经统计学处理 $P < 0.05$,有显著差异。王浩^[30]选心俞、内关、厥阴俞、素髻,每次选 2~3 个穴位,注射 1 mL 参麦注射液治疗窦性心动过缓 40 例,结果治愈 30 例,有效 6 例,无效 4 例,总有效率 90.00%。

4 展望

祖国医学对本病有着几千年的认识,历代名家对本病均有不同的见解,并积累下丰富的临床经验。但到目前为止对本病的病因、辨证分型缺乏系统的研究,如若系统讨论病因、辨证、治疗,并将现代医学先进的检查技术作为中医四诊的延伸,确立最佳诊疗方案,形成共识,将有助于本病治疗的标准化及科学性。此外,加强中医药动物实验方面的研究,将几千年临床经验应用现代实验方法充分验证疗效的同时也为中医药走向世界提供强有力的实验证据。

参考文献

- [1] 陆再英, 终南山. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 188.
- [2] 梁君昭. 从脏络论治缓慢性心律失常的临证思路与方法[J]. 中医药学报, 2008, 36(6): 23-25.
- [3] 赵卫, 张军, 刘炜. 升陷汤合桂枝甘草汤加味治疗窦性心动过缓 48 例[J]. 河北中医, 2010, 32(10): 1501-1502.
- [4] 莫学德, 何青松. 补中益气汤加减治疗心动过缓 58 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志, 2004, 25(6): 24.
- [5] 周亚滨, 王岩, 李姝花. 病窦综合征的中医药治疗进展[J]. 中国现代医生, 2007, 45(2): 72-73.
- [6] 马宝梅. 心动过缓临床辨治体会[J]. 陕西中医, 1995, 16(3): 120-121.
- [7] 汪勇. 心动过缓辨治体会[J]. 浙江中医杂志, 2006, 41(9): 543.
- [8] 孙光祥. 冠心病窦性心动过缓分型辨治[J]. 江西中医药, 2004, 35(256): 47.
- [9] 王玉鑫. 病窦综合征的中医药治疗[J]. 天津中医, 2001, 18(3): 51-52.
- [10] 祝兴超. 病态窦房结综合征中医证治浅析[J]. 甘肃中医, 2006, 19(4): 9-10.
- [11] 高洪春. 周次清教授三法通变治病窦经验[J]. 新中医, 1994, 26(5): 1.

脊柱平衡法治疗青少年特发性脊柱侧凸症的随机对照研究

魏晖 杜红根 叶树良 徐金元 蒋忠 郁继伟

(浙江省中医院推拿科 浙江 杭州 310006)

摘 要:目的:评价脊柱平衡法综合治疗青少年特发性脊柱侧凸症的有效性、安全性及优势。方法:收集2008年5月—2012年6月间确诊为AIS门诊病例90例,随机分为治疗组(脊柱平衡法)55例和对照组(支具法)35例,两组性别、年龄、Cobb角差异无显著性。所有患者均对治疗知情同意。治疗组采用①脊柱平衡导引:2次/d,40 min/次,每天坚持,12个月;②平衡手法:2次/周,25 min/次,12个月;③针刀整体松解:1次/周,10次。对照组应用Milwaukee支具治疗,22h/天,12个月。观察指标为12个月治疗前后的Cobb角改善情况、sEMG的AEMG比值变化、对肺功能指标的影响及安全性,并进行两组的比较。结果:两组治疗后Cobb角均有显著减小,矫正率分别为52%、47%,组间比较无显著差异($P>0.05$);治疗组治疗后AEMG比值明显减小($P<0.01$),表明侧凸两侧的肌张力趋于平衡,对照组治疗后AEMG比值增大($P<0.05$),表明侧凸两侧的肌张力不平衡加剧;治疗组治疗后各项肺功能均有明显改善($P<0.05$),对照组的各项指标均有下降($P<0.05$)。治疗中未发现所采用治疗方法对生命体征如血压、心率、心律、呼吸频率等产生不良影响;也未出现骨折、脱位、晕针、出血、病情加重的病例。结论:基于中医理论的脊柱平衡综合疗法安全、有效,且能显著改善侧凸两侧肌力的不平衡,阻止侧凸进展,提高肺功能,并有较好依从性。

关键词:脊柱侧凸;青少年;导引;手法;针刀;肌电图;肺功能

中图分类号:R244.1

文献标志码:B

文章编号:1673-7717(2014)05-0070-04

Randomized Control Study of Spinal Balance Method of TCM in Treatment of Adolescent Idiopathic Scoliosis

WEI Hui, DU Honggen, YE Shuliang, XU Jinyuan, JIANG Zhong, YU Jiwei

(Zhejiang Province Hospital of TCM, Hangzhou 310006, Zhejiang, China)

- [12] 王松龄. 辨证治疗病窦综合征62例[J]. 中医研究, 1995, 8(1): 24-26.
- [13] 李禾花. 保元汤保元汤加味治疗窦性心动过缓58例临床观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(6): 963-964.
- [14] 王海申. 麻黄细辛附子汤临证应用[J]. 河南中医, 2012, 32(6): 680-681.
- [15] 王廷治, 姜文才. 桂枝加龙骨牡蛎汤加味治疗心动过缓12例[J]. 河北中医, 2010, 32(1): 62.
- [16] 李伟. 炙甘草汤合麻黄附子细辛汤治疗窦性心动过缓53例[J]. 现代中医药, 2011, 21(1): 8-9.
- [17] 高峰, 杨文清. 炙甘草汤加附子治疗心动过缓22例疗效观察[J]. 甘肃中医, 2002, 15(6): 28-29.
- [18] 王丽茹. 参芪复脉汤治疗窦性心动过缓80例[J]. 陕西中医, 2012, 33(2): 141-142.
- [19] 张建华. 温阳活血复脉汤治疗心动过缓46例[J]. 北京中医药大学学报, 1997, 20(5): 58.
- [20] 郑军. 益气温阳活血法治疗窦性心动过缓临床观察[J]. 山西中医, 2011, 27(11): 13-14.
- [21] 李嵩岩, 李良. 益心升率方治疗阳虚型窦性心动过缓28例临床观察[J]. 河北中医, 2012, 34(3): 346-348.
- [22] 宫进亮, 赵立红, 杨玉恒. 自拟心病五号方治疗心动过缓36例疗效观察[J]. 临床合理用药, 2012, 5(9A): 87.
- [23] 李静, 李长青, 郑萍. 步长稳心颗粒与茶碱缓释片联用治疗老年窦性心动过缓疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(1): 92-93.
- [24] 沈晓旭. 参松养心胶囊治疗窦性心动过缓24例临床研究[C]//北京中医药大学络病专业委员会2010年学术年会论文集, 2010.
- [25] 王瑞华, 孙兰军, 赵英强. 起搏器治疗窦性心动过缓心气阳虚证的临床观察[J]. 天津中医药, 2008, 25(1): 10-14.
- [26] 高晓慧, 李永红. 参仙升脉口服液治疗窦性心动过缓32例临床分析[J]. 中国实用医药, 2011, 6(25): 39-40.
- [27] 赵树玲, 于德茹, 林发亮. 单灸膻中穴治疗心动过缓[J]. 中国针灸, 2010, 30(2): 169.
- [28] 崔广治, 郭钰, 王文琴. 电针家兔“内关”穴对实验性窦性心动过缓的影响[J]. 锦州医学院学报, 1980, 3: 34-38.
- [29] 唐巍, 陈波, 徐京育. 针灸治疗窦性心动过缓临床观察[J]. 针灸临床杂志, 1999, 15(3): 4-5.
- [30] 王浩. 穴位注射治疗心动过缓40例[J]. 中医外治杂志, 2005, 14(1): 24-25.

收稿日期: 2013-12-12

基金项目: 浙江省中医药科技计划优秀青年人才基金项目 (2012ZQ011)

作者简介: 魏晖(1974-), 男, 浙江杭州人, 主治医师, 学士, 研究方向: 脊柱疾病的手法治疗与研究。

通讯作者: 杜红根(1973-), 男, 浙江富阳人, 副主任医师, 硕士, 研究方向: 青少年脊柱疾病的防治和生物力学研究。E-mail: duhgxy@yahoo.com.cn。