

从态靶辨证角度运用靶方靶药治疗心血瘀阻型非瓣膜病房颤的疗效观察

郭晓陆 王跃 勾昱衡 王佳一 邵文茜

山东中医药大学, 山东济南, 250355;

摘要: 从态靶辨证角度探讨心血瘀阻型非瓣膜病房颤患者应用靶方靶药治疗对于病情好转的影响。方法: 以2024年10月至2025年10月间我院收治的80例心血瘀阻型非瓣膜病房颤作为研究对象, 以治疗方案差异平均分组, 对照组实施常规西医治疗, 观察组在此基础上实施靶方与靶药(口服心速宁胶囊、中药微针)治疗, 对比两组治疗效果。结果: 治疗前组间对比中医症候积分、左房内径与凝血功能指标无明显差异($P>0.05$), 治疗后观察组各指标较对照组均更优($P<0.05$); 观察组不良事件发生率较对照组更低($P<0.05$)。结论: 心速宁胶囊联合中药微针治疗心血瘀阻型非瓣膜病房颤与态靶辨证的治疗理念相契合, 二者协同可降低患者中医症候积分, 优化左房内径与凝血功能, 降低血栓栓塞与出血等不良事件发生率。

关键词: 心血瘀阻型; 非瓣膜病房颤; 态靶辨证; 靶方; 靶药; 治疗效果

DOI: 10.69979/3029-2808.26.03.064

非瓣膜病房颤是临床发生率较高心律失常类型, 以心悸、胸闷、乏力为主要症状, 对于患者生活质量造成负面影响^[1]。随着疾病进展, 还可能诱发心力衰竭、血栓栓塞等心脑血管疾病, 提高临床死亡率。目前, 现代医学治疗该疾病通常采取抗心律失常药物、导管消融术等, 但存在药物不良反应、术后复发等情况, 临床应用具有一定局限性^[2-3]。传统中医将房颤归属于“心悸”“怔忡”范畴, 心血瘀阻是该疾病的重要证型, 需以活血化瘀、通脉定悸为主要治疗原则。态靶辨证作为现代中西医结合的创新理论, 将中医的整体调节理念与现代医学的靶点治疗有机结合, 强调在把握疾病整体发展态势的基础上, 精准依据病理生理特点与指标制定个体化治疗方案, 提高临床疗效, 助力患者远期预后改善^[4]。心速宁源于中医复方黄连温胆汤, 原方包含黄连、半夏、茯苓、甘草、枳实等药材, 具有抗心律失常作用, 可显著缓解非瓣膜病房颤患者临床症状, 治疗效果确切。微针技术兴起与发展, 可实现药物精准缓释与递送于心肌局部, 配合特定电刺激频率, 有效减轻炎症反应, 有助于改善患者左房内径, 延缓心房结构重构。将心速宁复方与中药微针给药相结合, 对于转变患者不良结局、获得理想预后均具有积极意义。鉴于此, 纳入80例心血瘀阻型非瓣膜病房颤患者开展分组研究, 旨在进一步分析靶方靶药的治疗优势。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取80例研究对象入组, 均为2024年10月至20

25年10月间于我院治疗的心血瘀阻型非瓣膜病房颤患者, 依据治疗方式不同分组。40例对照组患者男女之比22:18, 年龄55-72岁, 平均(63.42±2.29)岁; 40例观察组患者男女之比23:17, 年龄53-75岁, 平均(64.17±2.35)岁。组间对比基线资料可比性较高($P>0.05$)。纳入标准: (1) 患者均满足中医、西医诊断标准; (2) 知晓并认可研究内容。排除标准: (1) 依从性较差; (2) 认知障碍、精神疾病史。

1.2 治疗方法

对照组接受西医常规治疗, 具体内容: (1) 患者口服琥珀酸美托洛尔缓释片(生产厂家: 阿斯利康制药有限公司, 国药准字HJ20140780, 规格: 47.5mg/片), 初始剂量11.875mg, 依据患者病情调节用药剂量, 最大剂量不超过190mg, 1次/日。(2) 口服利伐沙班片(生产厂家: 拜尔医药保健有限公司, 国药准字HJ20181084, 规格: 15mg/片; 国药准字HJ20181086, 规格: 20mg/片), 初始剂量15mg, 依据患者病情调节用药剂量, 最大剂量不超过20mg, 1次/日。

治疗组在上述治疗基础上加用靶方靶药治疗, 具体内容: (1) 中成药内服: 患者口服心速宁胶囊(生产厂家: 陕西摩美得气血和制药有限公司, 国药准字Z20050131, 规格: 0.48g/粒), 4粒/次, 3次/日。(2) 中药经皮微针: 提取心速宁复方中的治疗有效成分, 与微针基质材料结合, 制备成载药微针贴片; 选取患者内关穴, 采用75%酒精棉签消毒后, 将一次性微针贴片刺入表皮, 连接电针仪, 调节电磁波频率刺激频率为2/1

0Hz, 持续刺激内关穴, 30min/次, 1次/日。

两组患者治疗周期均为3个月。

1.3 观察指标

(1) 中医症候积分

治疗前后, 依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]评估两组患者心悸、胸闷、胸痛的中医症状, 按严重程度划分无、轻、中、重4级, 分别计0、2、4、6分, 评分降低即症状缓解。

(2) 功能指标

治疗前后, 监测并对比两组患者左房内径与凝血功能指标(凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间)^[6]。

(3) 不良事件发生率

统计两组患者治疗期间是否发生出血性脑卒中、肺栓塞、下肢静脉血栓、缺血性脑卒中的不良事件, 计算并对比总发生率^[7]。

1.4 统计学分析

研究数据均采用SPSS21.0统计软件包分析。 $(\bar{x} \pm s)$ 表述计量资料, t检验, n、%表述计数资料, χ^2 检验, $P < 0.05$ 即数据具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者中医症候积分

以中医症候积分作为评估依据, 治疗前组间比较无差异($P > 0.05$), 治疗后观察组各积分较对照组均更优($P < 0.05$), 见表1。

表1 两组患者中医症候积分比较(分, $\bar{X} \pm s$)

组别	例数	心悸		胸闷		胸痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	4.65±0.82	2.26±0.55	4.79±0.85	2.18±0.59	4.92±0.86	2.31±0.46
对照组	40	4.59±0.84	3.72±0.64	4.86±0.91	3.64±0.75	4.95±0.88	3.82±0.53
t	-	0.323	10.942	0.356	9.677	0.154	13.608
P	-	0.747	0.000	0.723	0.000	0.878	0.000

2.2 比较两组患者功能指标

治疗前组间对比左房内径与凝血功能指标差异较

小($P > 0.05$), 治疗后观察组各指标较对照组均更优($P < 0.05$), 见表2。

表2 两组患者功能指标比较($\bar{X} \pm s$)

组别	例数	左房内径(mm)		凝血酶原时间(s)		活化部分凝血活酶时间(s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	38.86±7.22	43.49±7.65	9.48±2.05	14.65±2.39	26.15±3.27	35.72±4.86
对照组	40	38.95±7.19	40.04±7.33	9.53±2.12	11.89±2.26	26.19±3.24	32.35±4.59
t	-	0.056	2.059	0.107	5.307	0.055	3.188
P	-	0.956	0.043	0.915	0.000	0.956	0.002

2.3 比较两组患者不良事件发生率

观察组不良事件发生率为5.00%低于对照组的20.00%($P < 0.05$), 见表3。

表3 两组患者不良事件发生率比较(n, %)

组别	例数	出血性脑卒中	肺栓塞	下肢静脉血栓	缺血性脑卒中	总发生率
观察组	40	0(0.00%)	0(0.00%)	1(2.50%)	1(2.50%)	2(5.00%)
对照组	40	1(2.50%)	1(2.50%)	4(10.00%)	2(5.00%)	8(20.00%)
χ^2	-	-	-	-	-	4.114
P	-	-	-	-	-	0.043

3 讨论

近年来, 随着人口老龄化问题日益突出, 心血瘀阻型非瓣膜病房颤患病率越发严峻。传统中医指出, 该疾病核心病机是瘀血阻滞心脉, 即血行不畅致使心动失常。然而, 大部分患者往往存在瘀热互结的疾病状态, 即瘀血内阻与痰浊上蒙并存。心速宁原方包括黄连、半夏、茯苓、甘草等药材, 具有清热解毒、化痰散结等功效, 契合患者瘀热互结的复合病机。然而, 口服用药通常经

肝脏代谢, 在心肌局部释放的药物浓度难以达到预期效果, 降低患者治疗依从, 制约远期预后改善。因此, 需要引入中药微针技术, 从心速宁复方中提取治疗有效成分后, 利用微针贴片穿透患者皮肤, 配合电针仪的特定电磁波频率, 实现持续、可控的药物释放, 确保中药复方经皮精准递送, 促使有效成分经血液循环作用于病灶部位, 帮助患者获得良好治疗效益。

本研究结果显示, 治疗后观察组中医症候积分均低于对照组($P < 0.05$)。分析原因: 患者由于瘀血内阻、

心神失养,心悸、胸闷、胸痛等表现尤为突出,在口服心速宁胶囊基础上,提取心速宁复方中的有效成分,采用中药微针经皮给药,持续刺激患者内关穴,实现局部药物浓度显著提升,直接作用于病灶部位,调节自主神经功能的同时,充分发挥抗心律失常作用,抑制炎症因子表达,平衡心脏离子电流,改善心脏能量代谢,纠正神经系统失衡,延缓心肌纤维化进程,协同增效促进其临床症状消退,加快中医证候积分降低。

本研究结果显示,治疗后观察组左房内径与凝血功能指标均优于对照组($P<0.05$)。究其原因:非瓣膜病房颤患者通常伴有左心房扩大,可导致心房结构重构,加速病情恶化。心速宁原方包含黄连、枳实、苦参等成分,发挥益气养阴、活血化瘀作用,与微针经皮给药技术相结合,实现靶位给药,进而有效抑制心房肌细胞凋亡,优化心肌供血供氧状态,缓解心肌细胞应激损伤,为延缓甚至逆转左房扩大创造条件。此外,心血瘀阻型患者往往处于血液高凝状态,血栓形成风险较高,提高心脑血管疾病发生率。心速宁原方中的丹参、三七等具有活血化瘀、消痞散结等功效,有效纠正患者气血瘀滞、痰湿凝聚的病理状态,共同作用于血液系统,可改善血液流变学指标,降低血液黏稠度,进而减少血栓形成风险;利用中药经皮微针给药,促使药物突破皮肤角质层直接递送至内关穴,通过经络循行,实现精准局部给药与药物缓释,延长药理作用时间,维持血药浓度稳定,增强活血化瘀、清热解毒等疗效,有助于调节凝血功能,促使凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间等凝血指标优化,确保抗凝与止血保持动态平衡。

心血瘀阻型非瓣膜病房颤涵盖血液流变学异常、血小板活化、凝血功能失衡等多个病理生理特点,与血栓形成密切相关,患者容易发生血栓栓塞事件,如缺血性脑卒中^[8]。然而,对于年龄偏高、肾功能不全、存在既往出血史等高危患者,规范性不足的抗凝治疗则可能引起出血性卒中^[9]。因此,如何有效预防血栓且规避出血风险,是非瓣膜病房颤治疗的重要问题。本研究结果表明,观察组不良事件发生率较对照组更低($P<0.05$)。这表明心速宁原方包含黄连、半夏、茯苓、甘草等药材,其作用机制与其他抗凝药物不同,不直接干扰凝血因子活性,并且具有改善血液流变学、抑制血小板活化及减少血栓形成风险的多靶点调节优势,兼顾祛瘀与止血的双向调节特性。在此基础上,联合应用中药微针技术,可调节患者自主神经功能,促使其血流动力学趋于稳定,进而改善微循环,进一步保持抗凝与止血平衡,确保病房颤治疗效果确切的同时,降低缺血性脑卒中、出血性卒

中发生率。此外,房颤可导致患者心输出量降低,血流进一步淤滞,增加肺栓塞与下肢静脉血栓的并发症风险。联合实施心速宁口服与中药微针给药,促使药理作用精准作用于血管壁,增强患者血管弹性,减少血液瘀滞,从而调节肢体血液循环,优化血液流变学指标,对于预防静脉血栓具有一定助益。

综上所述,心速宁胶囊联合中药微针应用于心血瘀阻型非瓣膜病房颤患者效果确切,符合态靶辨证治疗理念,可缓解其临床症状,改善左房内径与凝血功能,有效预防不良事件,确保治疗耐受性与安全性。

参考文献

- [1] 邵亚蒙,张冬冬,李菲,等.非瓣膜性心房颤动患者心外膜脂肪组织与心房纤维化相关性研究[J].中国循证心血管医学杂志,2022,14(3):297-300.
- [2] 赵葳,方心月,史秋寅,等.利伐沙班结合优质护理在非瓣膜病心房颤动患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(15):147-149.
- [3] 杨晓菡,袁双燕,郭志华.依度沙班在非瓣膜病心房颤动患者射频消融术后抗凝治疗中的应用价值[J].中国卫生工程学,2025,24(1):137-139.
- [4] 雷婷,李萍,陈锐.从态靶辨证角度运用靶方靶药治疗心血瘀阻型非瓣膜病房颤的疗效观察[J].广州中医药大学学报,2022,39(9):2008-2014.
- [5] 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,2002:70-72.
- [6] 刘小宇,马波,刘赵阳.利伐沙班抗凝治疗在改善高龄非瓣膜病房颤患者轻度认知功能障碍的有效性分析[J].中外医疗,2022,41(33):22-25.
- [7] 张联标,陈桥英,杨荧.达比加群酯与利伐沙班用于老年非瓣膜病房颤患者预防卒中的有效性和安全性比较[J].当代临床医刊,2022,35(6):57-58.
- [8] 左楠楠,王翀.利伐沙班、达比加群与华法林预防老年非瓣膜性房颤血栓栓塞事件的有效性及安全性的对比研究[J].血栓与止血学,2022,28(1):7-10.
- [9] 张小梅,陈健佳,赵强,等.乡村老年非瓣膜病房颤患者抗凝治疗状况研究[J].湖北科技学院学报(医学版),2022,36(1):17-21.

大创项目:本文系山东中医药大学大学生创业训练计划项目“宁心方舟—基于阻抗导航的多靶区电磁中药微针技术治疗房颤的领航者(2025389X)”研究成果。