

中医综合治疗方案对冠心病支架术后康复的影响

史科敏

浙江医院心脏康复及高血压中心, 浙江 杭州 310012

[摘要] 目的: 观察中医综合治疗方案对冠心病支架术后患者康复的影响。方法: 选取 130 例冠心病支架术后患者作为研究对象, 随机分为对照组和综合组各 65 例。对照组予常规西医治疗, 综合组在对照组基础上予中医汤剂、针刺、情志治疗、饮食调理等综合治疗。2 组均连续治疗 10 天。观察 2 组治疗前后汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评分及中医症状评分的变化, 比较 2 组的临床疗效。结果: 对照组治疗前后 HAMD 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 综合组治疗前后 HAMD 评分比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 综合组治疗后 HAMD 评分低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 综合组中医症状 (胸闷、胸痛、气短、乏力、自汗) 评分均低于治疗前、对照组治疗后 ($P < 0.05$)。对照组总有效率 80.0%, 综合组总有效率 95.4%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 冠心病支架术后加用中医综合治疗方案能有效改善患者的情志及临床症状, 提高临床疗效。

[关键词] 冠心病; 支架术后; 中西医结合疗法; 桃红四物汤; 针刺

[中图分类号] R541.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0028-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.013

冠心病为心血管系统最常见的疾病之一, 是指冠状动脉粥样硬化使血管腔狭窄或阻塞, 或冠脉功能性改变(痉挛)导致心肌缺血、缺氧、坏死而引起的心脏病。严重者, 介入支架术治疗可以有效地缓解患者的临床症状及改善患者术后生活质量, 但是术后冠脉管腔再次狭窄也是此类治疗的常见问题之一^[1]。同时, 冠心病支架术后患者往往伴有一定的精神思想负担, 容易导致抑郁焦虑^[2]。故本研究在西医常规治疗的基础上, 予中医综合疗效治法冠心病支架术后患者, 在改善患者情志及临床症状方面取得了一定的效果。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 6 月—2014 年 12 月在本院治疗的 130 例冠心病支架术后患者作为研究对象, 随机分为对照组和综合组各 65 例。对照组男 39 例, 女 26 例; 年龄 36~65 岁, 平均(49.62±3.47)岁; 支架术后病程在 3 月~12 年, 平均(6.46±1.32)年。综合组男 40 例, 女 25 例; 年龄 35~65 岁, 平均(48.80±3.39)岁; 支架术后病程在 5 月~13 年, 平均(6.43±1.37)年。2 组一般资料经统计学处理, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 冠心病支架术后患者; 年龄 18~65 岁; 患者或其家属知情并签署知情同意书。

1.3 排除标准 急性心肌梗死、重度神经官能症、甲状腺功能亢进、颈椎病、更年期综合征等所致胸痛的患者; 伴严

重心肺功能不全、重度高血压病、严重心律失常、严重精神疾病或神经病变的患者; 过敏体质者; 妊娠和(或)哺乳期的患者; 依从性差的患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 基础用药: 拜阿司匹灵(拜耳医药保健有限公司, 规格: 每片 100 mg), 睡前服 1 片, 连续服用。阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司, 规格: 每片 10 mg), 睡前服 10 mg, 连续服用。对症治疗: 心率快者, 予酒石酸美托洛尔片(阿斯利康制药有限公司, 规格: 每片 25 mg), 每次 25 mg, 每天 2 次, 连续服用, 具体用量以心率改变为基础。血压高者, 予苯磺酸左旋氨氯地平片[施慧达药业集团(吉林)有限公司, 规格: 每片 2.5 mg], 每次 2.5 mg, 每天 1 次, 连续服用, 具体用量以血压改变为基础。连续治疗 10 天。

2.2 综合组 西医基础治疗同对照组。中医综合治疗如下:

中药汤剂: 基本方为桃红四物汤, 组成: 白芍 15 g, 生地黄 12 g, 桃仁、川芎、当归各 10 g, 红花 6 g; 伴气虚者, 加黄芪、党参; 伴痰湿者, 加法半夏、白术、茯苓; 伴阳虚者, 加附子、肉桂; 伴阴血亏虚者, 加生地黄、当归、麦冬、女贞子等。所有中药由本院药剂科提供, 每天 1 剂, 每剂药物用水煎成 300 mL, 分 2 袋装, 早晚温服, 每次约 150 mL, 连续服用 10 天。中医分型针刺治疗: 基本穴位取神门、内关、心俞、厥阴俞、膻中; 伴气虚者, 加足三里、百会; 伴痰

[收稿日期] 2015-06-09

[作者简介] 史科敏 (1982-), 女, 护师, 主要从事内科护理及康复护理工作。

湿者，加水分、阴陵泉；伴阳虚者，加关元；伴阴血亏虚者，加脾俞、足三里。中医情志治疗：以“喜胜忧”为治则，患者家属或社会团体等予患者心理疏导，给患者听幽默风趣的故事、优美的音乐、欢快的舞曲等；以“静志安神”为原则，如指导患者学习中医养生太极，注意引导患者呼吸与意念的协调，依次以五脏相生的顺序进行：嘘 - 肝，呵(喝音) - 心，呼 - 脾，丝音 - 肺，吹 - 肾，嚅 - 三焦。每次中医情志护理 30 min，每天 1 次，连续 10 天。中医辨证饮食调理：基本食疗为低脂低盐、清淡饮食；伴气虚者，可予红枣瘦肉粥；伴痰湿者，可予薏苡仁粥；伴阳虚者，喝生姜红糖汤；伴阴血亏虚者，可食用红枣、麦片粥。每天 1 顿，连续 10 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组患者的抑郁症状：采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)^[9]在治疗前后对患者进行评分，由 2 位医师分别独立进行，最后取均值。比较 2 组患者治疗前后的中医症状评分^[4]：将临床主要症状胸闷、胸痛按其轻、中、重度分别计 2、4、6 分，次要症状气短、乏力、自汗按其轻、中、重度分别计 1、2、3 分。

3.2 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计分析软件处理数据。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。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[10]中的“冠心病疾病疗效判定标准”拟定，于治疗 10 天后评定。显效：心绞痛等临床主要症状明显好转或消失，心电图大致正常或为完全正常心电图。有效：心绞痛等临床主要症状达到有效标准或较前减轻，心电图较前改善并达到有效标准。无效：心绞痛等临床主要症状无改善，治疗后心电图与治疗前基本相同。加重：心绞痛等临床主要症状及心电图与治疗前相比加重。

4.2 2 组治疗前后 HAMD 评分比较 见表 1。经统计分析，2 组治疗前 HAMD 评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。对照组治疗前后 HAMD 评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；综合组治疗前后 HAMD 评分比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)；综合组治疗后 HAMD 评分低于对照组($P < 0.05$)。

表 1 2 组治疗前后 HAMD 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	65	2.35 ± 0.26	2.26 ± 0.24
综合组	65	2.37 ± 0.25	1.07 ± 0.17

与治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后中医症状评分比较 见表 2。经统计分析，2 组治疗前中医症状(胸闷、胸痛、气短、乏力、自汗)评分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2 组中医症状(胸闷、胸痛、气短、乏力、自汗)评分均低于治疗前；综合组

各项症状评分均低于对照组($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗前后中医症状评分比较($\bar{x} \pm s$, $n=65$) 分

组别	时间	胸闷	胸痛	气短	乏力	自汗
对照组	治疗前	5.47 ± 1.32	4.35 ± 1.06	3.29 ± 0.98	2.86 ± 0.72	1.93 ± 0.61
	治疗后	1.96 ± 0.58	2.04 ± 0.63	2.11 ± 0.72	1.69 ± 0.35	1.53 ± 0.52
综合组	治疗前	5.45 ± 1.33	4.41 ± 1.07	3.32 ± 0.99	2.89 ± 0.71	1.89 ± 0.59
	治疗后	1.02 ± 0.31	1.20 ± 0.42	1.16 ± 0.33	0.97 ± 0.15	0.94 ± 0.23

与治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.05$

4.4 2 组临床疗效比较 见表 3。对照组总有效率 80.0%，综合组总有效率 95.4%，2 组比较，差异有统计学意义($\chi^2 = 7.127$, $P < 0.01$)。

表 3 2 组临床疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	加重	总有效率(%)
对照组	65	24	28	9	4	80.0
综合组	65	31	31	2	1	95.4

与对照组比较，① $P < 0.01$

5 讨论

冠心病，其发病机制为冠脉供血与心肌需血间发生矛盾，冠脉供血不能满足心肌代谢所需，导致缺血缺氧而发病。行冠心病支架术后，支架引起血管内皮炎症性反应，导致血管内膜增生，形成再次狭窄^[11]，不能满足心肌需血，从而再次产生相应临床症状，影响患者生活质量和加重患者思想负担。中医学认为，心绞痛属真心痛、厥心痛、卒心痛等范畴，其病因多为寒凝、血瘀、气滞等，其病机为心脉闭阻，其病性多虚实夹杂，故以标本兼治为治则，治疗上以温经散寒、益气通脉、活血化瘀为治法。同时，中医讲究“整体观”和“辨证论治”，故对于冠心病支架术后患者，不但要采用综合的中西医结合治疗，还要加强患者的情志调理，全面改善患者的临床症状。

本研究结果显示，综合组治疗后 HAMD 评分低于本组治疗前与对照组治疗后($P < 0.05$)。说明中医综合治疗能有效改善患者的情志。冠心病支架术后患者精神压力大，日常生活能力受限，容易产生焦虑或抑郁；而家属、医务人员的精神心理支持，能明显改善患者的情绪，甚至减轻疼痛，提高患者的自我效能感，促进康复^[12]。特别是以“静志安神”中的五脏气息调理，能有效减轻患者焦虑、增强信心；同时，帮助患者调理气息，能通调全身经脉、协调阴阳，使脏腑功能逐渐恢复正常，起到补益五脏、舒经活络的作用。

同时，本研究发现综合组中医症状(胸闷、胸痛、气短、乏力、自汗)评分均低于对照组($P < 0.05$)。说明中医综合治疗能有效改善患者的临床症状，可能与中医辨证施治中的汤剂、针刺、饮食调理有关。中药汤剂具有吸收快、起效迅速，并且能随证加减、应用灵活等特点，被广大患者所接受^[13]。如贾洪

亮等^[9]指出桃红四物汤具有改善血液循环、抗动脉粥样硬化、延长凝血时间等作用；刘金华^[10]指出补阳还五汤益气活血通络，能有效改善患者的心脏功能。另外，针刺治疗中，神门具有定惊安神的作用，为心经原穴；内关具有安神、通络、宁心之功，为心经之络穴；心俞、厥阴俞具有调补心气之功，配膻中，为俞募配穴，有加强改善心脏功能的作用。加之对不同证型患者，予相应穴位加减治疗，能达到局部和整体治疗的效果。同时，饮食在各种疾病的治疗中相当重要，通过饮食调理，可以促进脾胃功能恢复正常，使之发挥升清降浊的功效，从而增加机体对营养物质的吸收，提高机体抗病能力。对冠心病支架术后患者予低脂低盐、清淡饮食，能有效改善患者的血液流变学，可降低血液“浓、黏、凝、聚”的严重程度；配合相应药食调理，加强整体治疗效果。本研究结果显示，综合组疗效优于对照组，提示中医综合治疗可提高临床疗效。

综上所述，传统中医药治疗冠心病支架术后患者具有一定的优势，能明显改善患者的情志及临床症状，提高临床疗效。故在治疗各种慢性病时，是否考虑加入中医综合治疗，尽最大程度改善患者的临床症状及减轻患者的思想负担，值得思考。

[参考文献]

[1] 谢宇晴，杨力强．冠心病支架植入后再狭窄的中医药治疗研究进展[J]．广西中医药大学学报，2013，16(1)：74-76.
 [2] 梁小华．冠心病支架术后并发抑郁症患者抗焦虑治疗的中西医疗效对照研究[J]．河北医药，2015，37(5)：696-

698.
 [3] 张明园．精神科评定量表手册[M]．长沙：湖南科学技术出版社，1993：122-127．
 [4] 解品启，舒琴，李雨真，等．补肾活血汤对冠心病支架置入术后患者生存质量的改善作用[J]．中国中医急诊，2012，23(12)：2265-2267.
 [5] 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，2002：72.
 [6] 邹国辉，黄小燕，曹浪，等．基于炎症反应的中医药干预支架内再狭窄的思考[J]．江西中医药，2015，46(3)：31-34.
 [7] 张霞．焦虑抑郁情绪对脑卒中患者自我效能感的影响研究[J]．中医药导报，2012，10(23)：16-17.
 [8] 朱道勤，雷超，徐惠芳，等．谈中药汤剂的服用方法[J]．中国医药导报，2010，7(28)：142-143.
 [9] 贾洪亮，阮海晶，薛静静．桃红四物汤加味治疗颈内动脉狭窄所致缺血性眼病 19 例[J]．江西中医药大学学报，2015，27(1)：38-39，42.
 [10] 刘金华．补阳还五汤治疗慢性心力衰竭 40 例临床分析[J]．河北中医，2015，37(2)：229-230.

(责任编辑：吴凌)

《新中医》杂志稿约 (2016 年)

《新中医》是由国家中医药管理局主管、广州中医药大学与中华中医药学会共同主办的国家级学术期刊，1969 年创刊。标准刊号：ISSN 0256-7415，CN 44-1231/R，月刊，期刊代号：国内：46-38，国外：M186。根据国家的有关标准和科技期刊的编排规范，对来稿做出如下要求：一、**征稿内容**：本刊设有思路研究论著、名医研究论著、临床研究论著、针灸研究论著、实验研究论著、文献研究论著、养生研究论著、护理研究论著、医案感悟杂谈等专栏。二、**来稿要求**：主题鲜明，论点明确，论据充分，文字精炼，内容真实，资料可靠，数据准确，数据比较应做统计学处理。三、**来稿格式**：参照本刊格式。四、**投稿方式**：用电子邮件将稿件发往本编辑部投稿邮箱：139002863@qq.com。五、**文责自负**：作者如有侵权行为，本刊不负连带责任。署名人的顺序由作者决定。依照《著作权法》，本刊对文稿有修改权、删节权，修改稿未按时寄回视作自动撤稿。六、**稿件采用**：需与编辑部签订论文著作权转让书，并及时寄回《新中医》编辑部档案室。编辑部地址：广州市番禺区广州大学城外环东路 232 号广州中医药大学办公楼《新中医》编辑部。邮编：510006。电话：020-39359588。