

◆临床研究论著◆

小陷胸汤加味辨治急性心肌梗死临床研究

称宏森, 袁琼辉

象山县第一人民医院, 浙江 象山 315700

[摘要] 目的: 观察在常规治疗的基础上用小陷胸汤加味辨治急性心肌梗死患者的临床效果。方法: 将95例痰热互结型急性心肌梗死患者随机分为对照组45例和观察组50例。对照组予常规口服硝酸酯类药物、吸氧等基础治疗, 观察组在对照组常规治疗的基础上以小陷胸汤加味治疗。2周为1疗程, 治疗2疗程。观察2组患者治疗前后超敏C-反应蛋白(hs-CRP)及总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)等血脂指标的变化情况。结果: 治疗后, 2组TC、LDL-C及TG均有所降低($P < 0.05$), HDL-C均升高($P < 0.05$), 但以观察组的改善程度更为明显, 2组各项指标比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。2组血清hs-CRP均有所降低($P < 0.05$), 但以观察组的下降程度更为明显, 2组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。结论: 在常规治疗的基础上用小陷胸汤加味治疗痰热互结型急性心肌梗死患者能有效降低炎症因子hs-CRP水平, 改善血脂代谢, 疗效确切。

[关键词] 急性心肌梗死; 中西医结合疗法; 痰热互结; 小陷胸汤

[中图分类号] R542.2² **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0016-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.008

急性心肌梗死属于中医学胸痹、真心痛的范畴, 因发病急促、病情多变、病况危重、病死率高而成为临床上多见的急危重症心血管病之一。患者多以剧烈而持久的胸骨后疼痛为主要临床表现, 西医检查会发现进行性心电图变化并伴有血清心肌酶活性增高^[1]。近年来, 急诊科急性心肌梗死患者愈来愈多, 对该病预防及诊治成为临床研究的重中之重。笔者在临床上常用小陷胸汤加味对该病进行辨治, 效果满意。现详述如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 经影像学检测并参照《急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南》^[2]中的诊断标准确诊。患者以心痛、胸闷为主要临床表现, 甚者痛连及后背, 痰多, 口苦, 失眠多梦, 大便干结, 舌暗红、苔黄腻, 脉滑数, 中医辨证为痰热互结证。签署知情同意书。

1.2 排除标准 病毒性心肌炎、先天性心脏病患者; 依从性差的患者; 资料不全等影响疗效者; 合并有心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病的患者; 孕期或哺乳期妇女; 痴呆、精神病、严重心理障碍患者; 过敏体质、对所用药物有过敏反应者。

1.3 一般资料 选取2011年3月—2013年10月就诊于本院的95例急性心肌梗死患者。将患者随机分为对照组和观察组。对照组45例, 男27例, 女18例; 年龄43~77岁, 平均(52.5±2.4)岁; 非ST段抬高心肌梗死者16例, ST段抬高心肌梗死者29例, 其中下壁心梗者9例, 前壁心梗者18例, 前壁合并下壁心梗者6例; 合并高血压者5例, 合并糖尿病患者10例。观察组50例, 男28例, 女22例; 年龄44~76岁, 平均(51.9±2.7)岁; 非ST段抬高心肌梗死者19例, ST段抬高心肌梗死者31例, 其中下壁心梗者12例, 前壁心梗者15例, 前壁合并下壁心梗者5例; 合并高血压者12例, 合并糖尿病患者10例。2组性别、年龄、梗死部位等一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 说明2组之间具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 予常规口服硝酸酯类药物、吸氧、镇静、止痛、肝素抗凝、 β 受体阻滞剂等基础治疗, 2周为1疗程, 治疗2疗程。

2.2 观察组 在对照组常规治疗的基础上以小陷胸汤为基础方加味而成的汤药口服治疗。方药组成如下: 茯苓、白芍各

[收稿日期] 2014-10-06

[作者简介] 称宏森 (1980-), 男, 主治医师, 研究方向: 重症医学。

30 g, 黄连、三七末各 4 g, 法半夏 8 g, 瓜蒌、丹参、郁金、海藻各 15 g, 生甘草 6 g。随症加减: 胸闷甚者加入薤白 10 g; 痰多者加入石菖蒲 10 g; 血瘀甚者加入桃仁、当归各 15 g。每天 1 剂, 水煎取汁 250~300 mL, 分 2 次于饭后 30 min 服下。2 周为 1 疗程, 治疗 2 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 检测超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)及总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)等血脂指标的变化情况。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件对数据进行统计分析。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; 等级资料采用 Ridit 分析。

4 治疗结果

4.1 2 组治疗前后血脂指标变化比较 见表 1。治疗后, 2 组 TC、LDL-C 及 TG 均有所降低($P < 0.05$), HDL-C 均升高($P < 0.05$), 但以观察组的改善程度更为明显, 2 组各指标比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后血脂指标变化比较($\bar{x} \pm s$) mmol/L

组别	n	时间	TC	TG	HDL-C	LDL-C
观察组	50	治疗前	6.27±0.24	2.52±0.47	1.35±0.26	3.37±0.59
		治疗后	5.03±0.15 ^{①②}	1.82±0.35 ^{①②}	1.84±0.21 ^{①②}	2.54±0.32 ^{①②}
对照组	45	治疗前	6.31±0.26	2.49±0.51	1.39±0.25	3.41±0.58
		治疗后	5.72±0.20 ^①	2.04±0.42 ^①	1.74±0.18 ^①	3.02±0.41 ^①

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

4.2 2 组治疗前后 hs-CRP 水平变化比较 见表 2。治疗后, 2 组血清 hs-CRP 均有所降低($P < 0.05$), 但以观察组的下降程度更为明显, 2 组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后 hs-CRP 水平变化比较($\bar{x} \pm s$) mg/L

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	50	28.42±12.35	19.12±11.45 ^{①②}
对照组	45	27.92±11.56	22.07±12.61 ^①

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

5 讨论

急性心肌梗死是临床常见的急性缺血性心脏病。现代医学研究认为, 局部炎症反应在急性心肌梗死的发生、发展中有非常重要的作用, 是导致血栓形成、引起急性心肌梗死的主要诱因^[3-4], 故临床常采用抗炎、镇痛、口服硝酸酯类药物、吸氧等基础疗法进行治疗。

中医学认为该病属于中医学胸痹、真心痛的范畴, 其病机

以心气虚为本, 以痰、瘀、湿邪为标。笔者在多年临床诊治过程中, 所见心肌梗死急性发作患者的证型以痰热互结型为主, 临床常用小陷胸汤为基础方加减治疗。小陷胸汤出自《伤寒论》, 用以治疗伤寒表邪入里或表证误下, 邪热内陷与痰相结于心下的小结胸证, 其主要病机特点为痰热互结^[5]。方中黄连善泻心脾实火, 清热燥湿, 祛湿邪化痰浊; 法半夏降逆止呕、化痰散结; 瓜蒌清热化痰, 其甘寒不犯胃气, 能降上焦之火, 使痰气下降; 三七通脉化痰; 丹参养血活血, 化痰通脉止痛; 郁金清热燥湿, 疏肝行气; 海藻可散结; 茯苓健脾燥湿; 白芍合甘草为芍药甘草汤, 功可缓急止痛。多药配伍, 共奏清热燥湿、化痰散结之效。现代药理研究也表明, 小陷胸汤能够提高一氧化氮合酶活性, 增加心肌一氧化氮含量, 从而减轻心肌缺血再灌注损伤的程度^[6], 对急性缺血性心脏病具有良好的治疗作用。

本研究结果显示, 治疗后, 2 组 TC、LDL-C 及 TG 均有所降低($P < 0.05$), HDL-C 均升高($P < 0.05$), 但以观察组的改善程度更为明显($P < 0.05$)。2 组血清 hs-CRP 均有所降低($P < 0.05$), 以观察组的下降程度更为明显($P < 0.05$)。由此可以得出, 在常规治疗的基础上用小陷胸汤加味治疗痰热互结型急性心肌梗死患者能有效降低炎症因子 hs-CRP 水平, 改善血脂代谢, 疗效确切。

[参考文献]

- [1] Hansson GK, Hermansson A. The immune system in atherosclerosis [J]. Nat Immunol, 2011, 12(3): 204-212.
- [2] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南 [J]. 中华心血管病杂志, 2010, 38(8): 675-690.
- [3] Yoshizaki T, Umetani K, Ino Y, et al. Activated inflammation is related to the incidence of atrial fibrillation in patients with acute myocardial infarction [J]. Intern Med, 2012, 51(12): 1467-1471.
- [4] Carvalho T, Velada I, Valado A, et al. Phenotypic and functional alterations on inflammatory peripheral blood cells after acute myocardial infarction [J]. J Cardiovasc Transl Res, 2012, 5(3): 309-320.
- [5] 郭双庚. 小陷胸汤加味治疗难治性心脏病经验 [J]. 中医杂志, 2011, 52(21): 1866-1867.
- [6] 韩瑞伟, 何礼, 王一, 等. 小陷胸汤临床应用及药理研究近况 [J]. 中国医药导报, 2011, 8(35): 7-9.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)