

通冠降浊汤联合阿托伐他汀钙片治疗稳定型心绞痛合并高脂血症临床观察

张碧辉¹, 罗涟²

1. 西溪街道社区卫生服务中心, 浙江 杭州 310012; 2. 杭州西溪医院内科, 浙江 杭州 310023

[摘要] 目的: 观察通冠降浊汤联合阿托伐他汀钙片治疗稳定型心绞痛合并高脂血症患者的疗效。方法: 将 98 例患者按随机数字表法分为对照组和中西医结合组各 48 例。对照组口服阿托伐他汀钙片, 中西医结合组在对照组治疗基础上加用通冠降浊汤, 疗程为 3 月。记录每周心绞痛发作次数及硝酸甘油用量, 治疗前后进行心电图检查, 检测血脂 4 项。结果: 降脂疗效愈显率中西医结合组达 85.4%, 对照组为 64.6%, 经比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。心电图疗效总有效率中西医结合组为 89.6%, 对照组为 70.8%, 经比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。中西医结合组心绞痛发作次数、硝酸甘油用量均少于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗后, 2 组总胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG) 和低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 水平均较治疗前下降 ($P < 0.01$), 高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 水平较治疗前升高 ($P < 0.01$); 中西医结合组 TC 水平低于对照组 ($P < 0.01$), HDL-C 水平高于对照组 ($P < 0.01$), 2 组 LDL-C、TG 水平比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 通冠降浊汤联合阿托伐他汀钙片对稳定型心绞痛合并高脂血症患者的脂代谢有调节作用, 并能减少心绞痛发作, 降脂疗效和心电图疗效均显著, 值得临床使用。

[关键词] 稳定型心绞痛; 高脂血症; 中西医结合疗法; 通冠降浊汤; 阿托伐他汀钙片

[中图分类号] R541.4; R589.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0038-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.018

世界卫生组织 2011 年的报告指出, 中国冠心病死亡人数已居世界第二位。冠心病的诱因有很多种, 胆固醇增高是主要危险因素。血脂代谢异常是动脉粥样硬化(AS)斑块形成的主要原因, AS 是导致心、脑血管疾病的基础, 因此针对冠心病合并高脂血症患者进行调脂治疗, 对于防治 AS、延缓冠心病进程有着重要的意义^[1-2]。西医常规使用他汀类药物治疗有较好的疗效, 但长期使用副作用明显^[3]。本研究观察了自拟经验方通冠降浊汤联合阿托伐他汀钙片治疗稳定型心绞痛(SAP)合并高脂血症的疗效, 报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 共选择 96 例患者, 均来源于 2013 年 2 月—2014 年 5 月西溪街道社区卫生服务中心与杭州西溪医院内科门诊。采用随机数字表法分为对照组和中西医结合组各 48 例。对照组男 25 例, 女 23 例; 年龄 47~69 岁, 平均(59.4±10.2)岁; 冠心病病程 4~12 年, 平均(6.5±5.3)年; 高脂血症病程 1~17 年, 平均(10.4±8.6)年。中西医结合组男 27 例, 女 21 例; 年龄 45~70 岁, 平均(60.2±9.5)岁; 冠心病病程 5~14 年, 平均(7.1±5.8)年; 高脂血症病程 2~13 年, 平均(11.4±8.2)年。2 组性别、年龄、冠心病病程和高脂血症

病程等比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 SAP 诊断标准参照《慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》^[4]; 高脂血症诊断标准参照《中国成人血脂异常防治指南》^[5]。

1.3 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]相关标准辨证属气虚痰瘀阻络证, 症见: 胸闷疼痛, 痛引肩背, 气短喘促, 神倦乏力, 肢体沉重, 形体肥胖, 舌苔油腻, 脉弱而涩。

1.4 纳入标准 ①符合 SAP 西医诊断标准; ②符合原发性高脂血症诊断标准; ③中医辨证属气虚痰瘀阻络证; ④年龄 45~70 岁; ⑤进行调脂治疗者, 中药停药 2 周, 他汀类降脂药物停用 2 月; ⑥取得患者知情同意。

1.5 排除标准 ①药物或糖尿病、甲状腺功能减退等导致的继发血脂代谢异常者; ②合并急性心肌梗死、急性心包填塞、严重室性心律失常、未修补的瓣膜病、高度房室传导阻滞、狭窄性心包炎等疾病的患者; ③各种恶性肿瘤患者和精神病患者; ④伴有重度心肺功能不全、慢性肾功能衰竭、肝功能不良、造血系统异常等严重疾病者; ⑤合并急慢性感染、风湿性疾病及免疫系统疾病者。

[收稿日期] 2015-01-23

[作者简介] 张碧辉 (1978-), 女, 主治医师, 主要从事慢性病管理和防治工作。

2 治疗方法

2组患者均接受基础治疗,根据具体情况给予阿司匹林、硝酸酯类药物、血管紧张素转换酶抑制剂及β受体阻滞剂等药物。

2.1 对照组 阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司),每次20mg,每天1次,晚餐后服用。

2.2 中西医结合组 在对照组治疗的基础上加用通冠降浊汤,药物组成:黄芪、太子参、荷叶、瓜蒌各30g,丹参、炒山楂各20g,银杏叶15g,薤白、川芎、檀香、僵蚕各10g,三七粉4g(冲)。每天1剂,水煎煮2次,取药液300mL,分2次服用。

2组疗程均为3月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①心绞痛:记录每周心绞痛发作次数及硝酸甘油用量;②心电图:治疗前后进行心电图检查;③血脂水平:治疗前后检查总胆固醇(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)。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0软件统计分析数据。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 ①降脂疗效评定标准参照《中国成人血脂异常防治指南》^[5]拟定。临床控制:血脂检测恢复正常;显效:血脂检测达到以下任何一项者:TC下降 $\geq 20\%$,TG下降 $\geq 40\%$,或HDL-C上升 ≥ 0.26 mmol/L;有效:血脂检测达到以下任何一项者: $10\% \leq$ TC下降 $< 20\%$, $20\% \leq$ TG下降 $< 40\%$, 0.104 mmol/L \leq HDL-C上升 < 0.26 mmol/L;无效:血脂检测未达到以上标准者。②心电图疗效评定标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]拟定。显效:静息心电图恢复正常;有效:静息心电图缺血性ST段下降,治疗后回升0.05mV以上,但仍未恢复正常;或主要导联倒置T波变浅达25%以上;或T波由平坦转为直立;无效:静息心电图与治疗前基本相同。

4.2 2组降脂疗效比较 见表1。降脂疗效愈显率中西医结合组达85.4%,对照组为64.6%,经比较,差异有统计学意义($\chi^2=5.56, P < 0.05$)。

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	愈显率(%)
对照组	48	20	11	10	7	64.6
中西医结合组	48	29	12	6	1	85.4 ^①

与对照组比较,①P<0.05

4.3 2组心电图疗效比较 见表2。心电图疗效总有效率中西医结合组为89.6%,对照组为70.8%,经比较,差异有统计学意义($\chi^2=5.31, P < 0.05$)。

4.4 2组治疗后每周心绞痛发作次数及硝酸甘油用量比较 见表3。中西医结合组每周心绞痛发作次数、硝酸甘油用量均少于对照组,差异均有统计学意义(P<0.01)。

表2 2组心电图疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	48	16	18	14	70.8
中西医结合组	48	21	22	5	89.6 ^①

与对照组比较,①P<0.05

表3 2组治疗后每周心绞痛发作次数及硝酸甘油用量比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	心绞痛发作次数(次)	硝酸甘油用量(mg)
对照组	48	1.85 \pm 0.69	20.9 \pm 4.5
中西医结合组	48	1.13 \pm 0.62 ^①	11.6 \pm 3.2 ^①

与对照组比较,①P<0.01

4.5 2组治疗前后血脂水平比较 见表4。治疗后,2组TC、TG和LDL-C水平均较治疗前下降(P<0.01),HDL-C水平较治疗前升高(P<0.01);中西医结合组TC水平低于对照组(P<0.01),HDL-C水平高于对照组(P<0.01),2组LDL-C、TG水平比较,差异均无统计学意义(P>0.05)。

表4 2组治疗前后血脂水平比较 $(\bar{x} \pm s, n=48)$ mmol/L

组别	时间	TC	TG	LDL-C	HDL-C
对照组	治疗前	6.41 \pm 0.77	3.25 \pm 0.64	5.44 \pm 1.09	1.12 \pm 0.23
	治疗后	5.62 \pm 0.62 ^①	2.28 \pm 0.59 ^①	3.02 \pm 0.87 ^①	1.37 \pm 0.30 ^①
中西医结合组	治疗前	6.41 \pm 0.77	3.21 \pm 0.71	5.42 \pm 1.17	1.08 \pm 0.26
	治疗后	5.07 \pm 0.53 ^{②①}	1.95 \pm 0.57 ^①	2.85 \pm 0.76 ^①	1.59 \pm 0.35 ^{②①}

与治疗前比较,①P<0.01;与对照组治疗后比较,②P<0.01

5 讨论

冠心病本虚标实的病机为学者广泛认可,本虚主要是指气虚、阳虚,标实有瘀血、气滞、寒凝、痰浊等。气虚则血脉运行不畅,不通则痛,痰浊阻滞胸阳,使血脉不畅而发生心绞痛,气虚、痰浊、瘀血是本病的主要病理基础^[7]。而高脂血症乃肝失疏泄、脾失健运、肾气虚弱,导致津液输布障碍,聚而成湿,湿聚成痰,化为膏脂而入血,痰浊阻滞,气机不畅,脉络瘀阻,为本虚标实之证,脾虚气弱为病之本,痰瘀气滞为病之标^[8]。通冠降浊汤中以黄芪补肺益气行血,太子参补益脾肺、益气生津,三七、丹参、银杏叶活血化瘀血、通络止痛,薤白通阳散结、行气导滞,川芎活血祛瘀、行气开郁,檀香行气温中止痛,荷叶清心、散瘀、化湿,山楂消化化积、行气散瘀,瓜蒌清热涤痰、宽胸散结,僵蚕化痰散结,全方共奏益气活血、化痰消浊、行气止痛之功。

本组资料显示,治疗后中西医结合组平均每周心绞痛发作次数和硝酸甘油用量均少于对照组,心电图疗效优于对照组,提示了通冠降浊汤的使用减少了心绞痛发作次数与硝酸甘油用量,提高了冠心病疗效;治疗后中西医结合组TC水平低于对照组,HDL-C水平高于对照组,其降脂疗效优于对照组,提示了通冠降浊汤联合阿托伐他汀钙片的降脂疗效优于单纯服用阿托伐他汀钙片。

综上,通冠降浊汤联合阿托伐他汀钙片对SAP合并高脂

血症患者的脂代谢有调节作用,并能减少心绞痛发作,降脂疗效和心电图疗效均显著,值得临床使用。

[参考文献]

- [1] 刘婷,肖振东,李培培.理气化痰祛瘀法治疗冠心病合并高脂血症(痰瘀互阻证)45 例[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(8):221-225.
- [2] 骆建文,农小芬,张应团,等.阿托伐他汀钙片和血脂康片治疗冠心病合并高脂血症的效果对比分析[J].白求恩医学杂志,2014,12(4):334-335.
- [3] 陈清杰,杨毅宁.他汀类药物不良反应的研究进展[J].心血管病学进展,2013,34(2):279-281.
- [4] 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.慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(3):195-201.
- [5] 中国成人血脂异常防治指南制定联合委员会.中国成人血脂异常防治指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(5):401-405.
- [6] 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,2002:73.
- [7] 高尚社.国医大师邓铁涛教授辨治冠心病心绞痛验案赏析[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(12):5-7.
- [8] 杨志敏,谢东平.颜德馨膏方治疗高脂血症经验[J].上海中医药,2005,39(12):8-9.

(责任编辑:刘淑婷,吴凌)

步长脑心通胶囊对冠心病心绞痛患者血脂及红细胞沉降率的影响

洪建康,陈浩生,侯晓亮,陈少旭

佛山市中医院三水医院,广东 佛山 528100

[摘要] 目的:观察步长脑心通胶囊对冠心病心绞痛患者血脂及红细胞沉降率的影响研究。方法:80 例冠心病心绞痛合并高脂血症的患者随机分为 2 组,对照组给予常规治疗;治疗组在对照组治疗基础上加用步长脑心通胶囊治疗。用药 12 周后观察患者的血脂及红细胞沉降率的变化。结果:治疗后,2 组总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白(LDL)均较治疗前下降,与治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);2 组治疗后 TG、LDL 比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组治疗前后血液沉降率(ESR)比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后 2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:步长脑心通能改善冠心病心绞痛患者的血脂及红细胞沉降率等作用。

[关键词] 冠心病心绞痛;高脂血症;步长脑心通

[中图分类号] R541.4;R589.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)05-0040-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.019

冠状动脉粥样硬化性心脏病,又称“冠心病”,是世界范围内威胁人类健康的疾患之一,在我国已成为主要的死亡原因之一;而冠心病患者常伴心绞痛发作。步长脑心通胶囊具有益气活血、化痰通络、宣痹止痛等功效^[1-2]。笔者观察步长脑心通胶囊对冠心病心绞痛患者的血脂及红细胞沉降率(ESR)影响,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2014 年 3 月 1 日—9 月 31 日本院心内科门诊患者,共 80 例,随机分为 2 组,对照组 40 例,

男 22 例,女 18 例;年龄 45~73 岁,平均(54.0±6.2)岁。治疗组 40 例,男 20 例,女 20 例;年龄 44~72 岁,平均(57.0±4.5)岁。2 组年龄、性别等比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断与排除标准 符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]胸痹的诊断要点以及缺血性心脏病心绞痛的诊断与分型标准,且合并高脂血症(血清总胆固醇>6.5 mmol/L,甘油三酯>2.1 mmol/L,低密度脂蛋白>3.2 mmol/L)。排除标准:①其他类型的心绞痛,如变异性心绞痛、梗死后心绞痛等;②

[收稿日期] 2014-12-02

[作者简介] 洪建康(1965-),男,副主任中医师,研究方向:心血管病内科。