

发。

5 讨论

现代医学认为原发性低颅压头痛的发病机制主要是由于颅内压降低减弱了脑脊液正常的“液垫”作用，脑组织下沉，牵拉或者压迫颅底硬脑膜、血管神经等疼痛敏感组织而引起^[4]。本病属于中医学的头痛、头风范畴^[5]，笔者在临床上发现该病多见于女性，尤其是体质虚弱，形体消瘦的年轻女性，此类患者往往伴有头晕，神疲乏力，少气懒言，面色无华，舌质淡、苔白，脉细弱等气血亏虚证候，气虚则清阳不升，不能上达于脑，故见头痛，动则耗气，故头痛动则尤甚，故而临证治疗上以补中益气，升举清阳为基本原则，投以补中益气汤加减进行辨证论治。方中重用黄芪补中益气、升举清阳；升麻、柴胡协同参、芪升举清阳使其上达于脑；太子参、白术、甘草补益脾胃以助后天气血生化之源；陈皮调理气机，当归补血，方中重

用炙甘草取其补脾益气之功，现代医学药理研究证实甘草具有类糖皮质激素样作用，同时可以调节机体免疫功能。诸药合用，共奏补中益气，升举清阳之功效，随证加减配伍，每获良效。

[参考文献]

- [1] 国家中医药管理局. ZY/T001.1-001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [2] 沈沸, 李焰生. 原发性低颅压头痛 15 例临床分析[J]. 中国临床神经科学, 2011, 19(1): 42-45.
- [3] 李国庆. 23 例原发性低颅压头痛治疗体会[J]. 中国中医急症, 2004, 13(7): 468-469.

(责任编辑: 马力)

中药生脉饮口服液联合西药治疗冠心病心肌梗死临床观察

邹彦¹, 应岩富², 林才毓¹

1. 台州市路桥区中医院, 浙江 台州 318050; 2. 台州市立医院, 浙江 台州 318000

[摘要] 目的: 观察中药生脉饮口服液联合西药治疗冠心病心肌梗死的临床疗效与安全性。方法: 将 64 例冠心病心肌梗死患者分为 2 组各 32 例。对照组给予抗缺血、调脂及抗血小板聚集等治疗; 观察组于对照组治疗基础上加用中药生脉口服液治疗。观察 2 组患者治疗前后超声心电图变化和溶血磷脂酸水平及心血管事件发生、临床疗效、不良反应、中医证候积分。结果: 2 组患者左心射血分数 (LVEF) 和左心室缩短分数 (FS) 及 E/A 较治疗前改善 ($P < 0.05$); 观察组改善更为显著 ($P < 0.05$)。2 组治疗后溶血磷脂酸水平较治疗前下降 ($P < 0.05$), 观察组下降更为明显 ($P < 0.05$)。2 组总有效率、心血管事件发生率比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗后中医证候积分较治疗前均明显下降 ($P < 0.05$), 观察组中医证候积分改善优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中药生脉饮口服液联合西药治疗冠心病心肌梗死可改善患者心肌梗死症状, 降低溶血磷脂酸水平, 减少心血管事件发生, 提高临床疗效, 安全。

[关键词] 冠心病; 心肌梗死; 中药生脉饮口服液; 中西医结合疗法

[中图分类号] R541.4 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)06-0014-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.007

冠心病心肌梗死是多发病, 具有较高发病率、死亡率, 乃因心肌缺血而导致的一种临床综合征。临床主要表现为绞痛样和胸骨后闷痛及窒息样感等, 严重威胁患者生命健康。临床主要采用西药控制心绞痛等症状来减轻患者痛苦, 但需长期服药且存在较多不良反应。中医药治疗具有独特优势, 笔者采用中

药生脉饮口服液联合西药治疗冠心病心肌梗死, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入台州市路桥区中医院 2011 年 2 月—2014 年 2 月收治的 64 例冠心病心肌梗死患者为研究对象。按照入

[收稿日期] 2015-01-25

[作者简介] 邹彦 (1979-), 男, 主治医师, 研究方向: 消化内科。

院时间先后顺序分为2组各32例。对照组男20例,女12例;年龄45~72岁,平均(60.5±1.0)岁;合并症:高血压病15例,糖尿病17例;病程2.1~6.8周,平均(3.5±1.1)周;房颤15例,心律失常15例,休克2例。观察组男22例,女10例;年龄47~75岁,平均(61.0±1.0)岁;合并症:高血压病18例,糖尿病14例;病程2.2~6.7周,平均(3.4±0.9)周;房颤17例,心律失常14例,休克1例。2组性别、合并症、病程、年龄等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 病例选择 西医诊断符合WHO冠心病诊断标准^[1];临床表现为绞痛样和胸骨后闷痛等症状,同时心绞痛者病程>2周,且每周发作次数>5次;Killip分级属Ⅰ~Ⅱ级。中医辨证属气阴两虚型,2组患者均可自理及配合医生治疗;排除严重肝肾和神经系统等疾病、精神疾病、妊娠期或哺乳期妇女、药物过敏、恶性肿瘤、不能配合治疗者。本次研究方案经台州市路桥区中医院伦理委员会批准且患者自愿参与研究,签署知情同意书。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予抗缺血和调脂及抗血小板聚集等治疗;静脉溶栓治疗;溶栓后,口服阿司匹林肠溶片,每次100mg,每天1次;口服卡托普利,每次12.5mg,每天3次;口服酒石酸美托洛尔,每次25mg,每天2次;口服单硝酸异山梨酯片,每次20mg,每天3次;肌肉注射肝素,每次50mg,每天2次。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用中药生脉口服液(国药准字Z36021197,江西汇仁药业有限公司,批号:11701107)治疗,每次10mL,每天3次;如患者病情严重则服用10~20mL。

2组均治疗30天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组患者治疗前后超声心电图变化和溶血磷脂酸水平及心血管事件发生、临床疗效、不良反应、中医证候积分。于治疗前后分别于清晨空腹下采集静脉血液3mL测定血浆溶血磷脂酸水平,并对患者进行心脏彩超检测。血浆溶血磷脂酸所使用试剂盒为Promeg[®]公司所生产,采用放免法检测。中医证候评分标准^[2]:0分为无症状;1分为稍有症状,程度轻微;2分为经常有症状;3分为症状明显影响工作或生活质量。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0分析数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。计数资料采用率表示,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)》^[3]进行评定。显效:治疗后患者心绞痛发作次数较治疗前减少80%以上,经心电图检测提示静息心电图恢复正常且运动耐量提升到2级。有效:治疗后患者心绞痛发作次数较

治疗前减少50%以上,经心电图检测提示静息心电图在缺血性ST段回升>1.5mV,但未达正常,运动耐量上升到1级。无效:治疗后患者心电图和发作次数无改善,甚至更为严重。

4.2 2组超声心动图结果比较 见表1。2组患者左心射血分数(LVEF)和左心室缩短分数(FS)及E/A较治疗前改善($P < 0.05$);观察组改善更为显著($P < 0.05$)。

表1 2组超声心动图结果比较($\bar{x} \pm s$)

指标	观察组(n=32)		对照组(n=32)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
LVEF(%)	0.34±0.05	0.62±0.09 ^{①②}	0.35±0.04	0.48±0.07 ^①
FS(%)	0.22±0.05	0.45±0.07 ^{①②}	0.23±0.03	0.36±0.05 ^①
E/A	0.75±0.04	1.23±0.05 ^{①②}	0.76±0.06	1.01±0.04 ^①

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

4.3 2组溶血磷脂酸水平比较 见表2。2组治疗后溶血磷脂酸水平较治疗前下降($P < 0.05$),观察组下降更为明显($P < 0.05$)。

表2 2组溶血磷脂酸水平比较($\bar{x} \pm s$) $\mu\text{mol/L}$

组别	n	治疗前	治疗后	t值	P
对照组	32	4.41±0.11	3.59±0.17	4.987	<0.05
观察组	32	4.37±0.09	3.27±0.23	7.981	<0.05
t值		0.751	5.021		
P		>0.05	<0.05		

4.4 2组临床疗效、心血管事件情况比较 见表3。观察组:心绞痛发作1例、心力衰竭1例、心源性死亡1例、脑卒中1例,心血管事件发生率为12.5%;对照组:心绞痛发作2例、心力衰竭2例、心源性死亡2例、脑卒中1例、非致死性心肌梗死2例,心血管事件发生率为28.1%。临床治疗总有效率观察组为87.5%,对照组为65.6%,2组总有效率、心血管事件发生率比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组临床疗效、心血管事件情况比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)	心血管事件发生率(%)
对照组	32	16	5	11	65.6	28.1
观察组	32	19	9	4	87.5	12.5
χ^2 值					5.12	6.67
P					<0.05	<0.05

4.5 2组中医证候积分比较 见表4。2组治疗后中医证候积分较治疗前均明显下降($P < 0.05$),观察组中医证候积分改善优于对照组($P < 0.05$)。

4.6 2组不良反应比较 治疗期间2组患者均未发生明显不良反应。

表4 2组中医症候积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

主要症状	观察组(n=32)		对照组(n=32)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
心悸	3.41± 1.17	1.21± 0.85 ^{①②}	3.38± 1.21	1.69± 0.75 ^①
气短	2.91± 0.69	0.97± 0.29 ^{①②}	2.88± 0.71	1.21± 0.35 ^①
口渴	2.72± 0.48	0.91± 0.17 ^{①②}	2.69± 0.51	1.30± 0.24 ^①
头晕	2.71± 0.59	0.85± 0.18 ^{①②}	2.67± 0.64	1.27± 0.27 ^①

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

5 讨论

中医学上, 冠心病心肌梗死属于真心痛等范畴, 发病机制主要为虚实两端, 实则气滞、寒凝、血瘀痹遏胸阳; 虚则为心脾肝肾亏虚, 心脉失养^[4]。研究发现, 在常规西药治疗基础上加用益气养阴活血药物治疗冠心病心肌梗死, 结果发现其可有效降低患者死亡率和并发症发生^[5]。溶血磷脂酸是最新所发现的一种动脉粥样硬化和心肌梗死等疾病发生过程中起重要作用的脂类分子^[6]。经研究发现, 溶血磷脂酸对人体心肌重塑具有重要作用, 其可诱导大鼠心脏体外成纤维细胞增殖和刺激体外培养心肌细胞肥大, 促进心肌细胞外胶原增生与沉积, 还可诱导蛋白合成等^[7]。由于溶血磷脂酸是一种血管活性物质, 其可致多种血管反应, 加速血小板聚积和诱导血管平滑肌收缩等, 进而导致患者发生心肌梗死等症。本次研究采用中药生脉饮口服液联合西药治疗, 其可有效降低患者血浆溶血磷脂酸, 并抑制血管内皮功能损伤和血管炎症反应, 加速梗死血管再通, 增强临床疗效, 避免发生心脏重构。生脉饮口服液主要由人参、麦冬、五味子组成。经现代药理学研究发现, 生脉饮可有效扩张冠状动脉, 增加患者冠状动脉血流量。人参味甘微苦, 性微温, 入脾、肺经, 主补五脏, 安精神, 定魂魄, 止惊悸, 除邪气, 明目开心益智。麦冬其味甘微苦, 性微寒, 归心、肺、肾经, 有养阴润肺, 养胃生津, 清心除烦的功效^[8]。麦冬富含钾离子, 其成分和心肌极化液较为相似, 麦冬注射液对蟾蜍、大鼠和兔离体或在体心脏以及体外培养的乳鼠心肌细胞均有一定的抗心律失常、改善心肌缺血、增强心肌收缩力和减慢心率的作用。五味子味酸, 归心、肾经, 养阴收敛, 安神复脉, 合而为益气养阴、复脉之功^[9]。人参具有增强心肌收缩力, 降低周围血管阻力及心肌耗氧量的作用, 能清除氧自由基, 抑制脂质过氧化反应而保护心肌^[10]。经本次研究发现, 观察组治疗后, 患者临床主要症状改善程度明显优于对照组, 因

此而说明采用中西医结合治疗效果更佳。2组患者溶血磷脂酸水平均较治疗前明显下降, 说明2种治疗方法均具有较好疗效, 但联合治疗下降更为显著; 且中西医结合治疗有效率更高, 说明中药联合西药治疗对冠心病心肌梗死有更好疗效。观察组心功能指标改善更为显著($P < 0.05$); 观察组心血管事件发生率低于对照组, 考虑生脉饮可促进患者梗死区域血管生长因子表达及血管新生, 有效改善心肌梗死患者心功能; 同时还可促进微血管内皮细胞形成管腔结构, 最终可形成供血能力小血管, 减少心血管事件发生。

综上所述, 采用中药生脉饮口服液联合西药治疗冠心病心肌梗死, 不仅可有效改善患者心肌梗死症状和心功能, 还可提高临床疗效, 避免不良心血管事件发生, 具有较高安全性。

[参考文献]

- [1] 国际心脏病学会及世界卫生组织临床命名标准化联合专题组. 缺血性心脏病的命名及诊断标准[J]. 中华心血管杂志, 1981, 9(1): 75.
- [2] 国家中医药管理局胸痹急症协作组东北分组. 胸痹心厥(冠心病心肌梗死)急症诊疗规范[S]. 1995: 1-2.
- [3] 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: 69.
- [4] 中华全国中医学会内科学会. 心痹诊断及疗效评定标准[J]. 中国医药学报, 1988, 3(2): 66.
- [5] 李秋凤, 朱明军, 刘宏飞, 等. 冠心病心肌梗死后慢性心力衰竭心气虚心阳虚证与肿瘤坏死因子- α 及射血分数关系的研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2011, 6(2): 115-118, 121.
- [6] 张辰浩. 116例急性心肌梗死支架术前术后证候变化临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(12): 2879-2881.
- [7] 彭小平. 郑惠伯主任中医师治疗冠心病及急性心肌梗死临床经验[J]. 中国中医急症, 2014, 23(1): 79-80.
- [8] 刘榴, 张白嘉. 麦冬及有效部位药理作用研究进展[J]. 四川中医, 2010, 28(12): 39-41.
- [9] 史琳, 王志成, 冯叙桥. 五味子化学成分及药理作用的研究进展[J]. 药物评价研究, 2011, 34(3): 208-212.
- [10] 任杰红, 陈林芳, 张路晗, 等. 人参皂苷PM的免疫促进作用[J]. 中药新药与临床药理, 2002, 13(2): 92.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)