

中西医结合治疗急性冠脉综合征临床观察

王敏¹, 梁梦², 朱圣文³

1. 浙江中医药大学附属第三医院急诊科, 浙江 杭州 310000

2. 浙江中医药大学附属第三医院病理科, 浙江 杭州 310000

3. 浙江中医药大学附属第三医院干部科, 浙江 杭州 310000

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗急性冠脉综合征 (ACS) 的临床疗效。方法: 随机双盲法将 100 例患者分为对照组与观察组, 各 50 例, 对照组患者采取常规西医治疗, 观察组患者则行中西医结合治疗, 比较 2 组临床疗效、治疗前后中医症状积分、心功能指标及不良事件发生情况。结果: 观察组总有效率 96.0%, 与对照组的 80.0% 比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗后心悸、气短、胸闷及胸痛症状积分较治疗前明显下降 ($P < 0.05$); 且观察组治疗后气短、胸闷及胸痛症状积分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。2 组治疗后左室射血分数 (LVEF)、舒张早期值流速 (EPFV)、舒张晚期峰值流速 (APEV)、心输出量 (CO) 较治疗前明显改善, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组治疗后 LVEF、CO 明显优于对照组 ($P < 0.05$)。观察组发生不良心血管事件 3 例 (6.0%), 心肌缺血、心肌梗死复发、死亡各 1 例; 对照组发生不良心血管事件 11 例 (22.0%), 死亡、心肌梗死各 3 例, 心肌缺血 5 例。2 组不良心血管事件发生率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗能明显改善患者临床症状及心功能, 降低不良心血管事件发生率, 可作为 ACS 治疗的重要手段。

[关键词] 急性冠脉综合征 (ACS); 中西医结合疗法; 左室射血分数 (LVEF); 舒张早期值流速 (EPFV); 舒张晚期峰值流速 (APEV); 心输出量 (CO)

[中图分类号] R541.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0026-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.012

急性冠脉综合征 (ACS) 主要由冠脉斑块破裂形成血栓引起, 有不稳定心绞痛、急性心肌梗死 2 种类型, 是导致患者死亡的高危因素之一^[1]。目前临床治疗 ACS 以抗栓、斑块稳定为主, 但尚无特效疗法。中医学认为, ACS 属于胸痹、心痛等范畴, 与血瘀内阻密切相关, 治疗以活血化瘀为主。近年来中医药在冠心病等心血管疾病中应用越来越多且疗效明显, 基于此, 本研究对本院收治的 ACS 患者行中西医结合治疗, 效果令人满意, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 符合不稳定心绞痛、急性心肌梗死相关诊断标准^[2]; 肝肾功能正常; 知情并签订协议书。

1.2 排除标准 自身免疫性疾病; 恶性肿瘤; 妊娠期或哺乳期妇女; 精神疾病史或老年痴呆症; 相关药物过敏者。

1.3 一般资料 选择本院收治的 ACS 患者共 100 例, 随机双盲法将其分为 2 组, 各 50 例。对照组男 28 例, 女 22 例, 年龄 42~76 岁, 平均 (57.5 ± 4.3) 岁, 病程 1~10 年, 平均 (5.0 ± 1.5) 年; 急性心肌梗死 14 例, 不稳定心绞痛 36 例。观

察组男 26 例, 女 24 例, 年龄 41~77 岁, 平均 (58.2 ± 4.2) 岁, 病程 2~12 年, 平均 (5.4 ± 1.3) 年; 急性心肌梗死 15 例, 不稳定心绞痛 35 例。2 组患者病程、疾病类型等经统计学处理, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 采取常规西医治疗, 每次 80~300 mg 阿司匹林肠溶片 [华东医药 (西安) 博华制药有限公司生产, 国药准字 H61022252], 每天 1 次; 每次 150 mg 氯吡格雷片 (Sanofi Winthrop Industrie 生产, 国药准字 J20130083), 每天 2 次; 5000 U 低分子肝素钙注射液 (Glaxo Wellcome Production 生产, 国药准字 J20090006) 皮下注射, 每天 2 次; 根据患者具体病情调整用药量。同时根据患者情况行降血脂、降压等对症治疗。

2.2 观察组 行中西医结合治疗, 其中西医用药方案同对照组, 另外加用自拟活血清热汤, 处方: 红花、川芎、赤芍、白芍、降香各 10 g, 黄芩 15 g, 毛冬青、丹参各 30 g。每天 1 剂, 每天 2 次, 取汁 300 mL 温服。

[收稿日期] 2015-01-26

[作者简介] 王敏 (1983-), 男, 住院医师, 研究方向: 心血管内科疾病的研究。

3 周为 1 疗程, 治疗 1 疗程, 疗程结束后观察疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察和记录 2 组患者治疗前后中医症状(心悸、气短、胸闷、胸痛)积分、心功能指标[左室射血分数(LVEF)、舒张早期值流速(EFV)、舒张晚期峰值流速(APEV)、心输出量(CO)]及不良心血管事件发生率。其中心功能指标通过超声心动图测定。

3.2 统计学方法 SPSS 19.0 软件录入分析数据, 计数资料以(%)表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 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)》^[4]。显效: 心绞痛等临床症状基本消失, 血栓明显减少; 好转: 心绞痛等临床症状有所改善, 血栓有所减少; 无效: 心绞痛等临床症状不变或加重。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组总有效率 96.0%, 与对照组的 80.0% 比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

例

组别	n	显效	好转	无效	总有效率(%)
观察组	50	20	28	2	96.0 ^①
对照组	50	9	31	10	80.0

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组中医症状积分变化比较 见表 2。2 组治疗后心悸、气短、胸闷及胸痛症状积分较治疗前明显下降($P < 0.05$); 且观察组治疗后气短、胸闷及胸痛症状积分明显低于对照组($P < 0.05$)。

表 2 2 组中医症状积分变化比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	n	时间	心悸	气短	胸闷	胸痛
观察组	50	治疗前	1.28 ± 0.90	3.97 ± 2.26	4.93 ± 2.85	4.11 ± 2.76
		治疗后	0.54 ± 0.31 ^①	1.51 ± 1.00 ^{①②}	2.02 ± 1.50 ^{①②}	1.62 ± 1.04 ^{①②}
对照组	50	治疗前	1.27 ± 0.88	4.02 ± 2.00	5.10 ± 2.30	4.20 ± 2.75
		治疗后	0.66 ± 0.34 ^①	2.00 ± 1.32 ^②	2.79 ± 1.36 ^②	2.10 ± 1.26 ^②

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

4.4 2 组心功能指标变化比较 见表 3。2 组治疗后 LVEF、EPFV、APEV、CO 较治疗前明显改善, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组治疗后 LVEF、CO 明显优于对照组($P < 0.05$)。

4.5 不良心血管事件 观察组发生不良心血管事件 3 例(6.0%), 心肌缺血、心肌梗死复发、死亡各 1 例; 对照组发生不良心血管事件 11 例(22.0%), 死亡、心肌梗死各 3 例, 心肌缺血 5 例。2 组不良心血管事件发生率比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

5 讨论

ACS 发病机制较为复杂, 根本原因在于冠脉斑块破裂引

表 3 2 组心功能指标变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	LVEF(%)	EPFV(m/s)	APFV(m/s)	CQL(min)
观察组	50	治疗前	51.20 ± 7.34	0.50 ± 0.11	0.58 ± 0.12	4.30 ± 1.04
		治疗后	63.64 ± 8.48 ^{①②}	0.62 ± 0.17 ^①	0.50 ± 0.16 ^①	5.22 ± 1.15 ^{①②}
对照组	50	治疗前	50.78 ± 8.25	0.50 ± 0.10	0.58 ± 0.13	4.31 ± 1.12
		治疗后	56.17 ± 9.30 ^②	0.56 ± 0.15 ^②	0.52 ± 0.15 ^②	4.88 ± 1.26 ^②

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

发血栓形成, 而炎症反应在 ACS 发病过程中起参与作用^[4]。目前临床常见药物包括阿司匹林、低分子肝素、氯吡格雷, 虽能有效抗凝溶栓, 但不良心血管事件发生较多, 整体疗效不是很理想^[5]。

中医学中对冠心病、ACS 病名无记载, 但《黄帝内经》中对心绞痛、急性心肌梗死症状、病因进行了描述, 《素问·痹论篇》中记载“心痹者, 脉不通”, 认为“心痹”由冠脉阻塞引起; 《灵枢·五邪》云: “邪在心则病心痛”, 提出外邪入侵可能引发心痛。对此建议中药治疗以活血、祛邪为主^[6]。张俊彪等^[7]通过对照实验表明, 常规西医治疗基础上加用通心络胶囊(人参、蜈蚣、全蝎、水蛭、檀香等成分)能明显降低 ACS 患者不良心血管事件发生率, 疗效明确, 能有效改善患者预后。这是因为通心络胶囊不仅有活血通络、稳定斑块作用, 而且还能有效抑制炎症反应。本研究行常规西药结合活血清热汤治疗, 方中红花、川芎为活血祛瘀常用药引; 赤芍具有止痛、散瘀之功效; 降香主要功效为化瘀、止血、行气、止痛; 黄芩为清热解毒之良药; 毛冬青有清热解毒、活血通络、止痛作用; 丹参具有止痛、通络之功效, 实验研究发现丹参可通过阻断钙离子内流以减少腺苷三磷酸分解, 降低自由基等异常代谢物质含量, 进而以保护缺血心肌, 同时现代药理学表明丹参中含有的丹参素成分能有效抑制血小板聚集, 改善微循环^[8]; 各成分协同达到活血祛瘀、清热解毒作用。另外, 动物实验表明川芎对冠脉内皮、心肌功能有明显保护作用, 主要是通过抑制内皮素-1、血浆 P-选择素起作用。

本研究发现, 观察组 ACS 患者经西药结合活血清热汤治疗后, 心痛、气短等临床症状明显改善, 且能有效促进患者心功能恢复, 降低不良心血管事件发生, 安全可靠。因此中西医结合治疗方案可能成为 ACS 治疗的主要手段, 具体效果需进一步研究证实。

[参考文献]

- [1] 毛静远, 毕颖斐, 王恒和, 等. 急性冠脉综合征中西医结合单元疗法临床疗效的评价[J]. 北京中医药, 2010, 29(1): 10-13.
- [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. 不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断与治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(4): 295-304.

- [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: 72- 73.
- [4] 张蕾, 王承龙, 王培利, 等. 益气活血中药干预急性冠脉综合征介入术后患者的 3 年随访观察[J]. 中国循环杂志, 2014, 10(Z1): 193- 194.
- [5] 王光苏, 张玉琴, 谢美芳, 等. 中药对急性冠脉综合征患者血清 SCD40L、hs- CRP 水平的影响[J]. 中国中医急症, 2012, 21(3): 349- 350, 376.
- [6] 冯庆涛, 尚云涛, 张铁军, 等. 活血清热汤对急性冠脉综合征患者血脂、趋化因子 CXCL16 及血清超敏 C 反应蛋白的影响[J]. 河北中医, 2014, 36(2): 200- 201, 202.
- [7] 张俊彪. 中西医结合治疗急性冠脉综合征[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(2): 217- 218.
- [8] 王培利, 王承龙, 王少丽, 等. 益气活血中药对急性冠脉综合征患者介入治疗后生存质量的影响[J]. 环球中医药, 2012, 5(12): 881- 885.
- (责任编辑: 骆欢欢)

丹田参术汤治疗脾虚痰瘀型高脂血症临床研究

江汉奇, 梁益辉, 温燕, 黄桂莲, 侯舒成, 李乃科, 丁志松, 李兴明, 张聪, 肖慧奇

梅州市中医医院, 广东 梅州 514031

[摘要] 目的: 观察自拟丹田参术汤治疗脾虚痰瘀型高脂血症的临床疗效。方法: 将 120 例高脂血症患者随机分为 3 组各 40 例, 西药组予阿托伐他汀钙片口服; 中药组予自拟丹田参术汤口服; 中西组予阿托伐他汀钙片+自拟丹田参术汤口服。8 周为 1 疗程。检验血脂指标 [甘油三酯 (TG)、总胆固醇 (TC)、高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)], 中医症状积分等。结果: 3 组患者治疗后 TC、LDL-C 均明显下降, 与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 西药组与中药组疗效相近, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 中西组较其他 2 组高, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。中药组及中西组可明显降低 TG, 与西药组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。3 组对 HDL-C 均无显著影响 ($P > 0.05$)。总有效率西药组 77.5%, 中药组 72.5%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 中西组总有效率 95.0%, 与其他 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。3 组治疗后均能显著降低患者的中医证候积分 ($P < 0.01$); 与西药组相比, 中药组及中西组在改善中医证候积分方面具有更好的疗效 ($P < 0.01$); 中药组与中西组疗效比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 丹田参术汤在降低血脂方面与西药疗效相近, 且能够更好的改善脾虚痰瘀型高脂血症患者的临床证候, 安全性好。

[关键词] 高脂血症; 脾虚痰瘀型; 丹田参术汤

[中图分类号] R589.2

[文献标志码] A

[文章编号] 0256- 7415 (2015) 07- 0028- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.013

高脂血症是指各种原因导致的血浆中胆固醇或甘油三酯水平升高, 又称为血脂异常血症, 简称为血脂异常 (dyslipidemia)。我国流行病学研究资料表明: 血脂异常是冠心病发病的危险因素, 其作用强度与西方人群相同; 我国人群血清总胆固醇水平增高不仅增加冠心病发病危险, 也增加缺血性脑卒中发病危险^[1-3]。现代医学对于高脂血症的治疗已取得较大的进展, 但长期用药常引起肝肾功能损害、肌病、胃肠道不适等不良反应, 且停药后常引起反跳, 给本病的治疗带来了一

定的困扰。近年来, 中医药治疗高脂血症, 在临床上起着日益重要的作用。笔者在临床中应用自拟丹田参术汤治疗脾虚痰瘀型高脂血症患者, 疗效确切, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为本院内科 2013 年 6 月—2014 年 9 月门诊及住院患者, 共 120 例, 随机分为 3 组各 40 例。西药组男 21 例, 女 19 例; 平均年龄(56.78 ± 1.92)岁。中药组男 18 例, 女 22 例; 平均年龄(57.15 ± 1.53)岁。中西结合组

[收稿日期] 2015-01-22

[基金项目] 广东省中医药局科研课题 (20131065)

[作者简介] 江汉奇 (1974-), 男, 副主任中医师, 研究方向: 内科常见疾病中西医结合治疗。