

活血养心汤联合抗凝剂治疗冠心病临床观察

秦翔, 周丽

1. 杭州市下城区东新街道社区卫生服务中心, 浙江 杭州 310014
2. 杭州市江干区闸弄口街道社区卫生服务中心, 浙江 杭州 310006

[摘要] 目的: 观察活血养心汤联合抗凝剂治疗冠心病的临床疗效。方法: 选取46例气滞血瘀证冠心病患者为研究对象, 随机分为观察组与对照组各23例。对照组给予抗凝剂治疗, 观察组在抗凝治疗基础上联合活血养心汤治疗。3月为1疗程, 治疗2疗程。观察2组临床疗效; 比较2组治疗前后的心功能指标 [左心室 tei 指数、左室射血分数 (LVEF)、舒张期右室内径 (RVED)、右室前臂厚度 (RAWT)、心率 (HR)、呼吸频率 (RR)] 及血流动力学指标 [心输出量 (CO)、心肌收缩力 (MCF)、平均动脉压 (MAP)、左室总泵力 (TPF)、心肌耗氧量 (MVO)]。结果: 观察组总有效率为91.30%, 对照组为65.22%, 2组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 2组左心室 tei 指数、LVEF、RVED、RAWT、HR、RR 及 CO、MCF、MAP、TPF、MVO 比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2组左心室 tei 指数、LVEF、RVED、RAWT 及 CO、MCF、TPF 水平均较治疗前升高 ($P < 0.05$), HR、RR 及 MAP、MVO 水平均较治疗前降低 ($P < 0.05$); 观察组左心室 tei 指数、LVEF、RVED、RAWT 及 CO、MCF、TPF 水平均高于对照组 ($P < 0.05$), HR、RR 及 MAP、MVO 水平均低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 活血养心汤联合抗凝剂治疗气滞血瘀证冠心病, 能有效改善患者的临床症状, 促进患者心脏功能的恢复, 降低心肌细胞的耗氧量, 起到保护心肌细胞的作用。

[关键词] 冠心病; 气滞血瘀证; 抗凝剂; 活血养心汤; 心功能

[中图分类号] R541.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 10-0029-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.012

冠心病是由于冠状动脉粥样硬化引起血管腔狭窄或阻塞, 致心肌发生缺氧、缺血或坏死的心脏病, 临床表现为阵发性胸闷、胸痛。若不能及时治疗, 极有可能引起心肌梗死, 甚至会造成死亡^[1]。临床常采用抗凝、抗血小板药物治疗, 但治疗效果并不理想, 且预后不佳。笔者近年来采用活血养心汤联合抗凝剂治疗气滞血瘀证冠心病, 疗效满意, 报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2012年3月—2014年3月在杭州市下城区东新街道社区卫生服务中心进行长期抗凝治疗的46例冠心病患者为研究对象, 随机分为观察组与对照组各23例。观察组男13例, 女10例; 年龄55~82岁, 平均(68.52±10.76)岁; 病程4~21年, 平均(12.39±5.83)年。对照组男15例, 女8例; 年龄52~84岁, 平均(68.47±10.63)岁; 病程5~19年, 平均(12.27±5.46)年。2组性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。

1.2 纳入标准 ①符合冠心病的诊断标准; ②符合气滞血瘀证胸痹的辨证标准。症见胸闷、气短, 心前区隐痛或刺痛, 甚则胸痛彻背、背痛彻胸, 入夜尤甚, 伴心悸、心慌, 胸胁胀痛

等, 舌紫暗、有瘀斑或瘀点, 脉沉细或结代; ③每周心绞痛发作次数≥2次; ④经本院医学伦理委员会审核批准, 患者自愿参与本研究, 并签署知情同意书; ⑤研究期间不使用其他抗凝药物和抗血小板药物。

1.3 排除标准 ①因急性心肌梗死及其他心脏疾病、甲状腺功能亢进、颈椎病、重度精神官能症等所致胸痛者; ②因感染、外伤或肿瘤而处于严重应激状态者; ③严重肝、肾功能不全者; ④严重心律失常、心功能不全者; ⑤无法坚持长期抗凝治疗者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予抗凝治疗。华法林片(上海信谊药厂有限公司), 每天1次, 每次1.25 mg, 晚饭后口服, 用药前后1 h内禁食其他药物。3月为1疗程, 共治疗2疗程。

2.2 观察组 在对照组抗凝治疗的基础上联合活血养心汤治疗。处方: 五味子6 g, 川芎9 g, 红花、郁金、木香、党参、茯苓各10 g, 香附、赤芍、麦冬各15 g。每天1剂, 水煎取汁500 mL, 分早、晚2次温服, 3月为1疗程, 1疗程结束后间隔1周继续下1疗程, 共治疗2疗程。

[收稿日期] 2016-06-25

[作者简介] 秦翔 (1979-), 女, 主治医师, 主要从事慢性病的社区管理工作。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察2组临床疗效；②比较2组治疗前后的心功能指标[左心室 tei 指数、左室射血分数(LVEF)、舒张期右心室内径(RVED)、右心室前壁厚度(RAWT)、心率(HR)、呼吸频率(RR)]及血流动力学指标[心输出量(CO)、心肌收缩力(MCF)、平均动脉压(MAP)、左室总泵力(TPF)、心肌耗氧量(MVO)]。

3.2 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件处理数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效:胸闷、胸痛消失或明显减轻,心电图检查正常或明显改善,可停用硝酸酯类药物;有效:胸闷、胸痛减轻,发作次数及发作持续时间较治疗前减少 50% 以上,心电图检查有所改善,硝酸酯类药物用量减少 50% 以上;无效:胸闷、胸痛无减轻,心电图检查无变化,硝酸酯类药物用量不变。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率为91.30%,对照组为65.22%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

| 组别 | n | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效[例(%)] |
|------------|----|----|----|----|-----------|
| 观察组 | 23 | 9 | 12 | 2 | 21(91.30) |
| 对照组 | 23 | 7 | 8 | 8 | 15(65.22) |
| χ^2 值 | | | | | 4.600 |
| P | | | | | <0.05 |

4.3 2组治疗前后心功能指标比较 见表2。治疗前,2组左心室 tei 指数、LVEF、RVED、RAWT、HR、RR 水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组左心室 tei 指数、LVEF、RVED、RAWT 水平均较治疗前升高($P < 0.05$),HR、RR 水平均较治疗前降低($P < 0.05$);观察组左心室 tei 指数、RVED、RAWT 水平均高于对照组($P < 0.05$),HR、RR 水平均低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后心功能指标比较($\bar{x} \pm s, n=23$)

| 指标 | 观察组 | | 对照组 | |
|------------|--------------|---------------------------|--------------|---------------------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 左心室 tei 指数 | 0.24±0.06 | 0.61±0.23 ^② | 0.23±0.07 | 0.33±0.17 ^① |
| LVEF(%) | 0.61±0.11 | 0.71±0.13 ^① | 0.59±0.13 | 0.72±0.11 ^① |
| RVED(mm) | 25.15±3.18 | 32.45±4.62 ^② | 25.23±3.42 | 28.41±4.38 ^① |
| RAWT(mm) | 0.78±0.16 | 1.08±0.21 ^② | 0.75±0.14 | 0.94±0.23 ^① |
| HR(次/min) | 147.71±16.54 | 129.34±24.39 ^② | 147.65±16.24 | 139.24±21.54 ^① |
| RR(次/min) | 39.87±6.11 | 29.73±7.64 ^② | 40.04±6.25 | 35.67±6.97 ^① |

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

4.4 2组治疗前后血流动力学指标比较 见表3。治疗前,2组 CO、MCF、MAP、TPF、MVO 水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组 CO、MCF、TPF 水平均较治疗前升高($P < 0.05$),MAP、MVO 水平均较治疗前降低($P < 0.05$);观察组的 CO、MCF、TPF 水平均高于对照组($P < 0.05$),MAP、MVO 水平均低于对照组($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后血流动力学指标比较($\bar{x} \pm s, n=23$)

| 指标 | 观察组 | | 对照组 | |
|------------------------|------------|-------------------------|------------|-------------------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| CO(L/min) | 4.52±1.25 | 6.53±1.89 ^② | 4.62±1.23 | 5.36±1.58 ^① |
| MCF(Ncm ²) | 0.17±0.06 | 0.25±0.08 ^② | 0.19±0.05 | 0.18±0.07 ^① |
| MAP(kPa) | 13.98±2.06 | 11.03±1.65 ^② | 14.03±1.96 | 12.58±1.72 ^① |
| TPF(Ncm ²) | 6.28±1.96 | 8.52±2.18 ^② | 6.27±1.86 | 7.37±1.82 ^① |
| MVO(ml/min) | 19.32±5.94 | 14.27±6.04 ^② | 19.25±5.92 | 17.29±6.43 ^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

中医学认为冠心病属胸痹、心痛等范畴,《类证活人书》记载:“瘀血留滞,胸中隐隐痞痛”,《灵枢·筋脉》记载:“手少阴气绝则脉不通,脉不通则血不流”。可见,冠心病的发病与气滞、瘀血等因素密切相关。气滞、瘀血阻滞心脉,不通则痛。治宜理气活血,化瘀通脉。

以往常单纯使用抗凝剂治疗冠心病,虽能迅速发挥作用,有效控制病情,但长期使用会产生诸多不良反应,无形增加患者痛苦,且会产生耐药,远期疗效不佳^[2]。活血养心汤是根据中医辨证组方,有理气活血,化瘀通脉之效,治疗气滞血瘀证胸痹疗效甚佳。方中五味子敛心气而安心神;川芎可入血分,能活血行气,适宜瘀血阻滞诸证;红花活血通经,散瘀止痛;郁金行气解郁;木香健脾行气,调中导滞;党参补气养血,可用于气血两虚所致的心悸、气短;茯苓益气健脾,养心安神;香附疏肝理气,可用于肝郁气结所致的胸胁胀痛;赤芍清热凉血,散瘀止痛;麦冬清心除烦^[3-4]。诸药合用共奏疏肝理气,活血养心之功。

本研究结果显示,治疗后观察组的总有效率高于对照组($P < 0.05$);左心室 tei 指数、LVEF、RVED、RAWT 及 CO、MCF、TPF 水平均高于对照组($P < 0.05$);HR、RR 及 MAP、MVO 水平均低于对照组($P < 0.05$)。提示活血养心汤联合抗凝药物治疗气滞血瘀证冠心病,能有效改善患者的临床症状,促进患者心脏功能的恢复,降低心肌细胞的耗氧量,起到了保护心肌细胞的作用,有临床推广应用价值。

[参考文献]

[1] 中华医学会心血管病学分会,中国康复医学会心血管病专业委员会,中国老年学学会心脑血管病专业委员会,

- 等. 冠心病康复与二级预防中国专家共识[J]. 中华心血管病杂志, 2013, 41(4): 267-275.
- [2] 杨超君, 杨俊. 冠心病的早期干预及抗血小板、抗凝治疗新进展[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(18): 5292-5294.
- [3] 殷沈华, 唐德才. 益气活血类中药在冠心病治疗中的运用[J]. 时珍国医国药, 2013, 24(2): 500-501.
- [4] 赵磊. 冠心病的中医治疗研究进展[J]. 中国中医急症, 2013, 22(7): 1194-1196.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

无症状成人心血管病危险与中医体质相关性研究

王津, 徐肖娜

广东省中医院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 通过分析无症状人群的临床资料, 明确心血管病高危体质, 为中医辨体防治心血管病提供依据。方法: 收集752例无症状体检人群的一般资料、血压、血脂、吸烟史、糖尿病史以及中医体质等, 评估10年患缺血性心血管病的危险, 筛选中高危及相对高危人群, 运用统计软件分析总结其中医体质特点, 运用 Logistic 回归分析评估心血管病危险与中医体质的相关性。结果: 752例中属中高危及的有42例, 中高危及兼夹体质以气虚兼痰湿质、痰湿质、气虚兼瘀血质、气虚兼痰湿瘀血质多见, 其中气虚兼痰湿质、气虚兼痰湿瘀血质的比例高于低危组, 单一体质依次以气虚质、痰湿质、瘀血质为主, 高危组痰湿质例次比例高于低危组; 相对高危组痰湿质、瘀血质的例次比例较相对低危组高; Logistic 回归分析中, 气虚质、痰湿质、瘀血质3种体质与心血管病危险相关, $OR > 1$ 。结论: 心血管病高危人群的中医体质以气虚质、痰湿质、瘀血质为主, 这三种体质的兼夹体质也多见于高危人群。

[关键词] 心血管病; 危险评估; 中医体质

[中图分类号] R54 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 10-0031-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.013

心血管病(Cardiovascular disease, CVD)病变发展缓慢, 可起于青壮年, 历经多年于中老年发病, 在出现症状时已造成难以纠正的器质性损害, 如急性心脏病发作和脑卒中^[1]。随着心血管病发病率的逐年上升, 对人群进行危险评估, 识别高危并早期干预意义重大^[2]。中医体质(Constitution of Traditional Chinese Medicine)是中医学“治未病”体系的重要内容。体现了个体对某些致病因素的易感性, 以及患病后转归的倾向性^[3]。因此, 在识别无症状心血管病高危人群的基础上, 探索该类人群的中医体质特点, 可以为中医辨体预防心血管病提供依据。本研究以此为出发点进行了调查。

1 研究方法

1.1 研究对象 广东省中医院体检中心2014年7月—2015年1月符合纳入条件的752例无症状体检人群的临床资料。

1.2 纳入标准 ①35岁≤年龄≤75岁, 非妊娠或哺乳期妇女; ②体检资料完整, 包含心血管疾病危险评估所需信息及

中医体质辨识结果; ③问诊记录无心肌缺血相关症状及体征; ④无严重心、肝、肾合并症; ⑤具备一定的文化水平, 能够正确理解、填写或在医务人员帮助下完成中医体质辨识量表。

1.3 资料收集与处理 利用体检系统收集符合纳入条件的无症状体检者资料, 记录体检号、性别、年龄、体质指数、收缩压、血脂、糖尿病与否、吸烟与否等基本资料, 采用2013年10月中华医学会心血管病学分会等编制的《无症状成人心血管病危险评估中国专家共识》中所附查表法进行10年心血管总体危险评估。参考2006年中华中医药学会发布的行业标准《中医体质分类判定标准(试行)》, 综合受检者填写的中医体质量表及体质辨识医师的四诊补充进行判定。

1.4 统计学方法 数据处理采用SPSS17.0软件。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 比较 t 检验; 计数资料比较采用 χ^2 检验, 心血管危险评估与中医体质的相关性采用 Logistic 回归分析。

[收稿日期] 2016-01-23

[作者简介] 王津 (1987-), 男, 住院医师, 研究方向: 心血管疾病的防治。