

中西医结合治疗冠心病心绞痛 40 例临床研究

赵文婷¹ 刘玉平² 赵笑东¹

(1.苏州市中医医院,江苏苏州 215009; 2.苏州大学附属第一医院,江苏苏州 215006)

摘要 目的:观察中西医结合治疗冠心病心绞痛的临床疗效。方法:80例冠心病心绞痛患者,随机分为2组。对照组40例予常规西药治疗,治疗组40例在对照组治疗基础上予中药健脾养心通脉方口服。2组均于治疗4周后观察心绞痛症状疗效、心电图疗效、硝酸甘油停减率以及血清超敏C-反应蛋白(hs-CRP)水平变化情况。结果:治疗组心绞痛疗效显著优于对照组,心电图疗效及硝酸甘油减停率与对照组相仿;治疗组较对照组能显著降低hs-CRP水平($P<0.01$)。结论:中西医结合治疗冠心病心绞痛,能显著提高心绞痛疗效及降低hs-CRP水平,对改善患者预后具有一定价值。

关键词 冠心病 心绞痛 心电图 健脾养心通脉方 中西医结合疗法 hs-CRP

中图分类号 R541.405 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2015)04-0018-02

心绞痛是冠状动脉供血不足,心肌急剧、暂时的缺血缺氧所引起的以发作性胸痛或胸闷不适为主要表现的临床综合征,当前发病率有逐年上升的趋势。近年来,我们在常规西药治疗基础上,应用导师戴小华教授经验方“健脾养心通脉方”治疗冠心病心绞痛患者40例,取得了良好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2013年9月至2014年4月苏州市中医医院、苏州大学附属第一医院内科门诊及住院患者,共80例,随机分为2组。治疗组40例:男26例,女14例;平均年龄(60.1 ± 9.2)岁;稳定型心绞痛17例,不稳定型心绞痛23例。对照组40例:男25例,女15例;平均年龄(62.1 ± 8.6)岁;稳定型心绞痛12例,不稳定型心绞痛28例。2组患者一般资料比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 冠心病心绞痛诊断符合《实用内科学》^[1]中诊断标准,并经心电图、心肌酶谱、心脏彩超等排除急性心肌梗死及其他心脏病,部分患者经冠脉造影确诊。全部患者均有胸闷、心前区疼痛等典型心绞痛表现,发作时心电图有ST-T改变。中医辨证心脾两虚、气虚血瘀证候诊断参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定。主症:胸闷或胸痛。次症:心悸、气短、疲乏、失眠。舌脉:舌质淡暗或有瘀点,苔白少津或有齿印,脉细涩或细弱。主症必备,兼见次症1项或1项以上,结合舌脉即可诊断。

1.3 排除标准 感染、全身免疫性疾病、手术、创

伤、外周血管病、严重肝肾功能不全及恶性肿瘤患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予肠溶阿司匹林、硝酸酯类、 β -受体阻滞剂和(或)钙拮抗剂、他汀类调脂药等西医常规治疗。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加服健脾养心通脉方。方药组成:白术10g,茯苓10g,陈皮10g,广木香10g,黄芪20g,党参15g,赤芍6g,薤白9g,枳壳10g,丹参3g,炙甘草6g。由本院中药房提供煎剂,每日1剂,分早晚2次温服。

2组治疗期间,如出现药物不良反应者,予以相应对症处理,因不能耐受而导致无法继续接受治疗者,则退出观察。

2组患者除上述药物治疗外,同时积极地加以生活方式的干预治疗,包括低盐饮食,控制体重,调畅情志;改善睡眠,避免劳累;戒烟酒及适当运动等。

2组患者均以治疗4周为1个疗程,1个疗程结束后进行疗效观察。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)疗效指标:①心绞痛症状疗效;②心电图疗效;③硝酸甘油停减率;④血清超敏C-反应蛋白(hs-CRP)水平变化。(2)安全性指标:①一般体检项目,包括患者心率、血压等指标的变化;②血、尿、粪常规检查;③肝、肾功能检查。所有观察指标均于治疗前后分别检测1次,其中hs-CRP水平

测定方法为:空腹时取静脉血 3mL 分离血清,采用胶乳增强免疫比浊法,用日立-7060 全自动生化分析仪测定。

3.2 疗效评定标准 (1)心绞痛疗效判定。显效:心绞痛症状消失或基本消失,心绞痛评分总分下降 $\geq 70\%$;有效:疼痛发作次数、程度及持续时间有明显减轻,心绞痛评分下降 $\geq 30\%$;无效:心绞痛症状基本无改善,心绞痛症状评分下降 $<30\%$ ^[27]。(2)心电图疗效判定。显效:心电图恢复至“大致正常”(即“正常范围”)或达到“正常心电图”;有效:ST段的降低,以治疗后回升 $>0.05\text{mv}$ 以上,但未达正常水平,在主要导联倒置T波改变变浅(达25%以上者),或T波由平坦变为直立,房室或室内传导阻滞改善者;无效:心电图基本与治疗前相同^[27]。(3)硝酸甘油减停率。停药:治疗后完全停用硝酸甘油;减量:治疗后较治疗前硝酸甘油用量减少50%或以上;不变:治疗后硝酸甘油用量减少不足50%。

3.3 统计学方法 本研究所有数据均采用SPSS14.0软件包进行分析处理。计量资料均以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为有显著性差异。

3.4 治疗结果

3.4.1 心绞痛疗效比较 治疗组40例中,显效28例,有效11例,无效1例,总有效率97.5%;对照组40例中,显效15例,有效17例,无效8例,总有效率80.0%。2组总有效率比较具有高度显著性差异($P<0.01$),表明治疗组疗效优于对照组。

3.4.2 心电图疗效比较 治疗组40例中,显效14例,有效16例,无效10例,总有效率75.0%;对照组40例中,显效10例,有效12例,无效18例,总有效率55.0%。2组总有效率比较无统计学差异($P>0.05$),表明2组对心电图改变的疗效相仿。

3.4.3 硝酸甘油减停率比较 治疗组40例中,停药3例,减量12例,不变25例;对照组40例中,停药4例,减量10例,不变26例。2组比较无统计学差异($P>0.05$),表明2组在硝酸甘油减停率方面疗效相仿。

3.4.4 hs-CRP水平比较 见表1。

表1 治疗组与对照组治疗前后hs-CRP水平比较 $(\bar{x}\pm s)$ mg/L

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	40	4.20 $\pm$ 0.35	3.10 $\pm$ 0.45**▲
对照组	40	4.20 $\pm$ 0.25	3.50 $\pm$ 0.30*

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,▲ $P<0.01$ 。

3.4.5 安全性观测 2组治疗前后进行血、尿、粪常规及肝肾功能等指标检测,均无显著性变化,说明健脾养心通脉方使用安全,无明显副作用。

4 讨论

冠心病心绞痛属中医学“胸痹心痛”范畴,其基本病机为本虚标实,本虚以宗气亏虚为主,标实则气滞血瘀多见。脾胃为后天之本,气血生化之源,气虚无以上奉,久则心阳虚衰;血亏无以灌注,则血脉不充,脉道涩滞,久则脉络不通,不通则痛。故补心重在健脾。健脾养心通脉方中用黄芪、党参补气健脾为君药;白术补气健脾,燥湿利水,茯苓健脾安神,利水渗湿,与白术相配加强补脾益气之功,共为臣药;陈皮理气健脾,木香理气醒脾,两药与补脾养心药合用,使得补不碍胃,补而不滞,薤白、枳壳、赤芍、丹参行气止痛,活血化瘀通脉,诸药共为佐药;炙甘草益气补中,调和诸药,用为使药。诸药合用,共奏健脾益气、养心通脉之效。

现代研究证实,冠心病发病与炎症反应密切相关,反映急性炎症的hs-CRP参与冠心病的损伤过程,随着病情的加重,炎症的发展,血清hs-CRP的浓度也逐渐升高,提示hs-CRP测定可以帮助临床诊断和鉴别急性心肌梗死、不稳定型心绞痛及稳定型心绞痛,同时也提示炎症因素在冠心病的发生、发展及预后方面起着不可忽视的作用。因而,hs-CRP被认为是未来心血管事件最强有力的预测因子之一。本研究表明,健脾养心通脉方联合西医常规治疗不仅可明显改善心绞痛症状,而且可显著降低hs-CRP水平,从而可减轻炎症反应,对于改善患者预后具有较好的治疗价值。

参考文献

- [1] 陈灏珠.实用内科学.11版.北京:人民卫生出版社,2001:1374
 - [2] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行).北京:中国医药科技出版社,2002
- 第一作者:赵文婷(1983-),女,医学硕士,主治医师,研究方向:中西医结合防治心血管疾病。
zwt2142008@163.com

收稿日期:2014-09-22

编辑:王沁凯 岐 轩

