

益气活血健脾补肾法治疗不稳定型心绞痛 40 例

★ 袁泉英 (江西省宜春市中医院内科 宜春 336000)

摘要:目的:观察中西药组方对不稳定型心绞痛(UA)的疗效与作用机制。方法:80 例不稳定型心绞痛患者随机分成治疗组 40 例,对照组 40 例。治疗组给予益气活血、健脾补肾之中药煎剂和常规西药治疗,对照组只给予常规西药治疗,观察治疗前后临床症状和实验室检查指标的变化。结果:经治疗 4 周后,心绞痛疗效两组比较,差异有显著性($P < 0.05$);心电图总疗效两组比较,差异有显著性($P < 0.05$);同时治疗组血浆纤维蛋白肽 A、C-反应蛋白降低,与对照组比较差异显著($P < 0.05$ 或 0.01)。结论:以益气活血、健脾补肾为治疗方法的中西药治疗组与对照组相比明显缓解 UA 患者临床症状、改善心电图异常,降低 FPA、CRP 水平,具有保护血管内皮功能、抑制血小板活性、凝血酶功能、抗炎、抗血栓形成的作用。

关键词:不稳定型心绞痛;血栓形成;中西医结合治疗;益气活血健脾补肾法

中图分类号:R 541.4 **文献标识码:**B

不稳定型心绞痛(unstable angia, UA)是指介于稳定型心绞痛和急性心肌梗死之间的一组临床综合征,为心内科常见的急症。目前西药治疗不稳定型心绞痛主要以抗凝、抗血小板聚集、扩冠及减少心肌耗氧、保护血管内皮为主,但上述各种治疗措施有的治疗费用较高,有的副作用多,有的疗效不确切,且作用靶点比较单一,笔者近年来在常规西药治疗的基础上运用益气活血、健脾补肾法治疗该病取得了较好疗效,现报告如下:

1 临床资料

按照中华医学会心血管病学分会制定的不稳定型心绞痛诊断和治疗建议^[1]选取 80 例 UA 患者,均来自我院 2006 年 1 月~2007 年 12 月住院部,其中男 42 例,女 38 例;年龄 39~75 岁,平均(56.57±9.35)岁。随机分成两组,每组 40 例。其中益气活血、健脾补肾法合西药治疗为治疗组,单纯西药治疗为对照组。两组患者性别、年龄、病程和病情程度差异无显著性($P > 0.05$)。排除病例标准:经检查证实为无痛性心肌缺血,稳定型心绞痛,并发糖尿病、神经官能症、心肺功能不全、心律失常以及肝肾、造血系统等原发性疾病者均不列为观察对象。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规西药治疗:(1)阿司匹林 100 mg/天;(2)低分子肝素钙针 4 100 U,皮下注射,12 小时 1 次,用 5 天;(3)消心痛片 10 mg,每日 3 次;(4)倍他乐克片 6.25 mg~50 mg,每日 2 次,从小剂量起逐渐加大用量,依据心率的多少调整用量。

变异心绞痛者用氨氯地平 5 mg,每日 2 次;(5)血脂康胶囊 2 片,每日 2 次;治疗期间心绞痛发作时可临时含服硝酸甘油 0.3~0.6 mg。

2.2 治疗组 在常规西药治疗的基础上加用益气活血,健脾补肾方药:黄芪 30 g,丹参 30 g,檀香 6 g,砂仁 6 g,葛根 30 g,北山楂 30 g,淮山药 15 g,生地 20 g,山茱萸 10 g,丹皮 10 g,泽泻 10 g,茯苓 30 g,甘松 10 g。每日 1 剂,水煎两服。4 周为一个疗程。胸痛明显者可加郁金 10 g、延胡索 10 g;心悸失眠者加生龙齿 20 g、酸枣仁 30 g;阴损及阳见畏寒肢冷、舌淡苔白者可加仙灵脾 15 g。

3 观察指标和统计学方法

3.1 观察指标 安全性观察:①一般项目检查。②血、尿、大便常规治疗前后各检查 1 次。③血丙氨酸氨基转移酶、肌酐、尿素氮治疗前后各检查 1 次。疗效性观察:①心绞痛发作情况:每天观察病情,每周两次记录心绞痛发作次数、频率、持续时间等情况变化。②生化指标:治疗前后各查 1 次,观察 FPA、CRP 指标。③心电图检查:于入院心绞痛发作时及治疗 4 周后各记录 1 次。平时根据病情需要检查,但不记录。

3.2 统计学方法 应用 SPSS11.5 统计分析软件进行,等级资料用 Ridit 检验,计数资料用卡方检验,计量资料用 t 检验。

4 治疗结果

疗效标准参照《中医心病诊断疗效标准与用药规范》^[2]。

4.1 两组患者心绞痛疗效比较 见表1、2。

表1 两组患者心绞痛疗效比较 例(%)

组别	例	显效	有效	无效	加重	总有效率	P 值
治疗组	40	32(80.00)	7(17.5)	1(0.05)	0	97.5	<0.05
对照组	40	17(42.5)	18(45)	5(12.5)	0	87.5	

表2 两组患者治疗前后心绞痛发作
频度(次/周)、持续时间(分/次)($\bar{x} \pm s$)

组别	例	发作频度(次/周)		持续时间(min/次)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	40	16.62 $\pm$ 4.32	2.65 $\pm$ 1.46	4.65 $\pm$ 1.32	0.92 $\pm$ 0.85
对照组	40	15.75 $\pm$ 5.20	4.41 $\pm$ 1.85	3.50 $\pm$ 1.15	1.76 $\pm$ 1.23

由表2可以看出,两组均能明显减少心绞痛发作频度,缩短心绞痛持续时间($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。但治疗组疗效明显优于对照组,两组比较差异有显著性($P < 0.01$)。

4.2 心电图疗效 见表3、4。

表3 两组患者治疗前后心电图总疗效比较 例(%)

组别	例	显效	有效	无效	加重	总有效率	P
治疗组	40	7(17.5)	21(52.5)	12(30.00)	0	70.00	<0.05
对照组	40	4(10.00)	18(45)	18(45)	0	55	

表4 两组患者治疗前后心电图缺血性改变的比较($\bar{x} \pm s$)

	治疗组(n=40)		对照组(n=40)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
ST 下移导联数	5.42 $\pm$ 1.39	1.84 $\pm$ 0.71	4.93 $\pm$ 0.85	2.59 $\pm$ 1.26
T 低平导联数	3.90 $\pm$ 0.89	1.46 $\pm$ 0.65	3.72 $\pm$ 0.73	2.18 $\pm$ 0.82
T 倒置导联数	4.12 $\pm$ 0.17	1.28 $\pm$ 0.54	3.76 $\pm$ 0.98	1.94 $\pm$ 0.87

由表4可以看出,两组患者治疗后心电图缺血性改变均有所改善,而且 ST 段下移导联数、T 波低平导联数和 T 波倒置导联数的改善,治疗组均明显优于对照组,两组比较差异有显著性($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

4.3 对血浆纤维蛋白原 A(FPA)、C-反应蛋白(CRP)的影响比较 见表5。

表5 两组患者治疗前后 FPA、CRP 的变化($\bar{x} \pm s$)

	治疗组(n=40)		对照组(n=40)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
FPA/ $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	4.76 $\pm$ 0.62	3.53 $\pm$ 0.51	4.59 $\pm$ 0.72	4.55 $\pm$ 0.74
CRP/ $\text{mg} \cdot \text{L}^{-1}$	3.78 $\pm$ 2.05	1.21 $\pm$ 0.87	4.02 $\pm$ 2.16	2.13 $\pm$ 1.06

由表5可以看出两组治疗后 FPA、CRP 均较治疗前明显降低,有显著的统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);治疗后两组 FPA、CRP 比较,差异有显著性($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

4.4 安全性评价 2 组治疗过程中均未见明显毒副作用和不良反应。

5 讨论

现代医学研究表明,UA 的发病机制主要与血

管内皮损伤、血小板活化、炎症等因素造成动脉粥样硬化斑块不稳定及继发血栓形成等有关,血管痉挛在 UA 的发病过程中也起一定的作用^[3]。炎症的许多指标都与恶性心血管事件相关,UA 和非 Q 波心肌梗死时 CRP 水平升高与心血管事件(心脏性死亡、新发的心绞痛及再发的心肌梗死)的发生率独立相关^[4]。GRP 增高与再发冠脉不稳定及心肌梗死的发生密切相关,有意义的是,42% 的病人在出院 3 个月后 CRP 仍持续增高状态^[5]。凝血酶决定血管损伤部位血栓形成的程度,凝血酶活性可通过测定 FPA 浓度来评价,实际上 FPA 代表了凝血酶活性对纤维蛋白原作用后的纤维形成;凝血酶活性和血小板活性在急性冠脉综合征中都是增高的,并且在急性临床症状缓解后,活性增高仍持续存在^[6]。

UA 属中医“胸痹”、“心痛”范畴,气虚血瘀、脾肾亏虚是其主要病理机制,治疗上采用益气活血、健脾补肾法为基本治疗法则,治疗 UA 疗效显著。方中黄芪补益心气、通调血脉;丹参、檀香、砂仁合为丹参饮具有活血祛瘀,行气止痛之功效;淮山、生地、山茱萸、丹皮、泽泻、茯苓合为六味地黄丸,具有滋补肝肾作用;葛根透邪生津,舒缓血管;山楂消食化积,活血散瘀;甘松行气止痛,开郁醒脾。诸药合用,共奏益气活血、健脾补肾之功。

本研究结果显示,以益气活血、健脾补肾为治疗方法的中西药治疗组与对照组相比较,明显缓解 UA 患者临床症状、改善心电图异常,降低 FPA、CRP 水平,具有保护血管内皮功能、抑制血小板活性、凝血酶功能、抗炎、抗血栓形成等作用。疗效显著,且无任何毒副作用,值得推广应用。

参考文献

- [1] 中华医学会. 不稳定型心绞痛诊断和治疗建议[J]. 中华心血管病杂志, 2000, 28(6): 409-412.
- [2] 沈绍功, 王承德, 阎希军. 中医心病诊断疗效标准与用药规范[M]. 北京: 北京出版社, 2002: 3-4.
- [3] 【美】Braunwald. 陈灏珠主译. 心脏病学(第五版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1 051-1 073.
- [4] Tommasi S, Carluccio E, Bentivoglio M, et al. C-reactive protein as a marker for cardiac ischemic events in the year after a first, uncomplicated myocardial infarction[J]. Am J Cardiol, 1999, 83: 1 595-1 599.
- [5] 杨新春, 邹阳春, 王乐丰. 急性冠脉综合征基础与临床[M]. 北京: 人民军医出版社, 2003: 29.
- [6] Eisenstein EL, Newby LK, Knight JG, et al. Cost avoidance through early discharge of the uncomplicated acute myocardial infarction patient[J]. J Am Coll Cardiol, 1996, 27: 244-245.

(收稿日期: 2008-02-26)