

二字尽之矣。盖寐本乎阴，神其主也。神安则寐，神不安则不寐；其所以不安者，一由邪气之扰，一由营气之不足耳。有邪者多实，无邪者皆虚。”高血压病伴随之失眠，多为肝阳上亢或为阴虚阳亢，虚热上扰心神而致，治疗当以养血柔肝，滋阴安神为主。养血清脑颗粒选用四物汤为主方加味而成。方中熟地黄、白芍养血平肝；钩藤、珍珠母清热平肝，镇惊安神；决明子、夏枯草清肝明目，泻火安神。当归、鸡血藤、川芎补血活血，舒筋通络；延胡索、细辛散风止痛。诸药相合，标本兼治，共奏养血平肝、活络安神之功。全方有补血养阴、平肝潜阳、活血止痛、通经宁神之功效。现代药理实验也证实，钩藤既有明显的降压作用，又有显著的镇静作用，但却不产生嗜睡的副作用，钩藤、白芍均有不同程度的镇静及协同延长睡眠时间的作用。

研究结果显示，养血清脑颗粒可以显著改善高血

压病失眠症状，与其改善脑部微循环，增加脑血流量，改善血液流变性、降低全血黏度、减少血小板聚集作用，及多种中药协同产生较强的镇静作用有关。本临床观察初步证实，应用养血清脑颗粒可明显改善失眠，且无不良反应发生，提示中药养血清脑颗粒在治疗高血压病失眠方面疗效确定，口服方便，具有一定优势，值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南(修订版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 21.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第 1 辑[S]. 1993: 171.
- [3] 许良. 失眠症从肝论治 - 附 1000 例临床资料分析[J]. 上海中医药杂志, 2001, 35(9): 16.

(责任编辑: 骆欢欢)

健脾益气化痰方对急性心肌梗死 PCI 术后患者心肌酶谱及脑钠素、C- 反应蛋白的影响

孙剑光, 郜俊清, 陈弢, 于宏梅, 赵德强

上海中医药大学附属普陀医院老年科, 上海 200062

[摘要] 目的: 观察健脾益气化痰方(黄芪瓜蒌薤白半夏汤)对急性心肌梗死经皮冠状动脉介入术(PCI)后患者住院期间心肌酶谱及脑钠素(BNP)、C-反应蛋白(CRP)的影响,为痰浊内阻型急性心肌梗死 PCI 后患者提供临床治疗依据。方法: 本研究纳入 96 例痰浊内阻型的急性心肌梗死患者,经过急诊 PCI 治疗后,随机将患者分为 2 组,西医治疗组和中药干预组,干预周期为 2 周,观察对急性心肌梗死 PCI 后患者肌酸激酶(CK)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)、肌钙蛋白(CTnI)、谷草转氨酶(AST)、BNP、CRP 的影响。结果: 药物干预 14 天后,2 组 CK、CK-MB、CTnI、AST、BNP、CRP 水平值均有显著升高($P < 0.05$),而与西医治疗组治疗后比较,中药干预组较低($P < 0.05$)。2 组峰值回落时间比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。结论: 健脾益气化痰方具有减少心肌损伤,改善患者心功能的作用。

[关键词] 健脾益气化痰方;急性心肌梗死(AMI);经皮冠状动脉介入术(PCI);肌酸激酶(CK);肌酸激酶同工酶(CK-MB);肌钙蛋白(CTnI);脑钠素(BNP);C-反应蛋白(CRP)

[中图分类号] R541.4

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415(2014)01-0035-03

[收稿日期] 2013-06-30

[基金项目] 国家中医药管理局“十二五”重点专科老年科建设项目;上海市科委建设项目(编号:12411961601);上海市普陀区卫生系统自主创新科研资助项目

[作者简介] 孙剑光(1985-),男,住院医师,研究方向:心脑血管病的中西医结合诊治。

[通讯作者] 赵德强, E-mail: Kevingjq@sina.com。

急诊经皮冠状动脉介入术(percutaneous coronary intervention, PCI)为目前国际上治疗急性心肌梗死(AMI)通用的行之有效的的方法之一,挽救了患者的生命和坏死的心肌,但据相关文献报道:对于心肌梗死的患者虽及时采取了相关的介入干预措施,但仍有心血管不良临床事件的发生^[1~2]。AMI中医学称之为胸痹,汉代张仲景《金匱要略》载有胸痹心痛专篇提出瓜蒌薤白半夏汤等作为胸痹(痰浊内阻型)的治疗方法之一,AMI患者往往合并正气亏虚,又行急诊PCI,虽属微创手术亦为中医创伤类致病因素,遂加用黄芪扶助正气,驱邪外出,共为健脾益气化痰方,并观察其对心肌酶谱及脑钠素(BNP)、C-反应蛋白(CRP)的影响,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入2011年4月~2013年3月在本院行直接PCI的AMI患者。直接PCI指征为:持续胸痛 ≥ 30 min,不被硝酸酯类药物缓解;至少两个相邻的胸导联ST段上抬 ≥ 0.2 mV或肢导联ST段上抬 ≥ 0.1 mV;胸痛发作 ≤ 12 h,若 >12 h胸痛仍持续或ST段持续上抬者仍入选;伴有低血压或休克者,予以多巴胺升压及适当补液(临床有失液表现者),若收缩压 >90 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)才行急诊冠脉造影和直接PCI。血管造影结果显示,存在一支以上血管完全堵塞(狭窄为100%),行急诊PCI,术后血流恢复。患者具备:胸闷为主,痰多气短,舌苔浊腻,脉象滑四征,辨证为痰浊内阻型。所有AMI经PCI证属痰浊内阻患者,随机分为2组,中药干预组46例,西医治疗组50例。中药干预组男43例,女3例;年龄(59.6 ± 10.2)岁;吸烟9例,喝酒3例;高血压21例,糖尿病7例,高脂血症7例,陈旧性心梗2例,中风史1例;单支病变24例,双支病变7例,三支病变15例。西医治疗组男43例,女7例;年龄(64.0 ± 9.5)岁;吸烟16例,喝酒2例;高血压28例,糖尿病13例,高脂血症11例,陈旧性心梗2例,中风史2例;单支病变19例,双支病变8例,三支病变23例。2组一般资料经统计学处理,差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 排除标准 ①AMI直接PCI患者纽约心功能分级 级以上;②AMI killips 分级3级以上。

2 治疗方法

2.1 西医治疗组 术前一次嚼服肠溶阿司匹林300 mg

或氯吡格雷300 mg;术中静脉注射普通肝素6000~8000 U,术后以1000 U/h维持24 h;无禁忌症者术后常规应用酒石酸美托洛尔(倍他乐克)、硝酸酯类、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)及阿司匹林、氯吡格雷。

2.2 中药干预组 在西医治疗组基础上加用健脾益气化痰方,处方:黄芪50 g,瓜蒌、薤白各15 g,半夏9 g。每天1剂,水煎服,取汁400~500 mL,早晚分2次服用。

治疗14天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察患者住院期间肌酸激酶(CK)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)、肌钙蛋白(CTnI)、谷草转氨酶(AST)、BNP、CRP等生化指标峰值的变化及峰值回落时间。

3.2 统计学方法 所有数据用SPSS18.0统计软件分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较用非配对 t 检验,非正态分布采取非参数检验。

4 治疗结果

2组各指标住院期间治疗前后峰值及峰值回落时间比较,见表1。药物干预14天后,2组CK、CK-MB、CTnI、AST、BNP、CRP水平值均有显著升高($P<0.05$),而与西医治疗组治疗后比较,中药干预组较低($P<0.05$)。2组峰值回落时间比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。

5 讨论

AMI是心血管疾病中致死率比较高的一种疾病,与静脉溶栓并发症高和外科搭桥创伤性大相比,目前国际公认的治疗方法之一为急诊PCI治疗,但对于最大程度挽救濒死心肌仍具有一定的局限性,时有临床心血管不良事件发生。而瓜蒌薤白半夏汤据相关文献报道其具有调节血脂,降低血液黏滞度,改善心肌缺血再灌注对心肌细胞的破坏,扩张冠状动脉等作用,并有改善缺血心肌左室舒张功能,同时有降低CK-MB的作用^[3~7],而黄芪同样具有抗血小板聚集,抗凝的作用^[8]。基于瓜蒌薤白半夏汤及黄芪具有以上药理作用,故本研究将其应用于AMI的PCI术后患者治疗中。冠状动脉急性闭塞后短时间内心肌细胞坏死,开始出现AMI的病理变化过程,出现心肌细胞的坏死、充血、水肿伴炎性细胞的浸润,根据心肌受损程度的不同,继而出现心功能异常。通常表现为心

表 1 2 组各指标住院期间治疗前后峰值及峰值回落时间比较($\bar{x} \pm s$)

项 目	中药干预组(n=46)			西医治疗组(n=50)		
	治疗前	治疗后	峰值回落时间(d)	治疗前	治疗后	峰值回落时间(d)
CK(ng/L)	1 241.5± 193.5	1 732.0± 208.9 ^{①②}	4.5± 0.51 ^②	1 102.1± 189.8	1 800.5± 218.9 ^①	5.6± 0.59
CK-MB(ng/L)	115.5± 16.0	137.4± 15.6 ^{①②}	5.0± 0.58 ^②	108.5± 14.5	162.5± 17.0 ^①	6.5± 0.49
CTnI(ng/L)	59.9± 11.4	98.4± 10.1 ^{①②}	6.5± 0.48 ^②	50.0± 9.9	118.9± 16.5 ^①	8.6± 0.96
AST(U/L)	125.4± 19.0	128.5± 18.9 ^{①②}	5.1± 0.82 ^②	144.4± 22.6	148.5± 20.0 ^①	5.4± 0.52
BNP(pg/mL)	140.0± 1.5	325.4± 77.5 ^{①②}	8.5± 0.6 ^②	270.9± 1.26	559.5± 127.9 ^①	12.3± 1.2
CRP(mg/L)	11.8± 1.8	25.0± 5.8 ^{①②}	5.3± 0.6 ^②	21.0± 7.3	37.0± 7.6 ^①	5.7± 0.8

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与西医治疗组比较, ② $P < 0.05$

肌酶释放增多, CRP、BNP 等生化指标的升高。随着近年来对心肌酶检测技术的提高, 在心肌梗死第 3 次全球定义中更加重强调了特异性强的心肌标记物在临床应用上的意义, 回顾过去几十年来心肌梗死的定义的不断变化, 突出了心肌酶谱对于临床预后的重要性, 心肌酶谱峰值的提高, 临床心血管不良事件的发生风险就不断增加, 因此要尽量减少心肌损伤, 降低心肌酶谱峰值^[9]。本观察结果显示, 治疗组心肌酶谱峰值、心肌酶谱峰值回落时间、BNP 及 CRP 的水平均低于对照组, 具有减少心肌损伤, 改善患者心功能的作用, 为优化急诊 PCI 后患者的临床治疗提供了一定的治疗依据。

[参考文献]

- [1] Cram P, House JA, Messenger J, et al. PCI outcomes in US hospitals with varying structural characteristics: analysis of the NCDR[®]. cathPCI registry[®][J]. Am Heart J, 2012, 163(2): 222-229.
- [2] 胡盛涛, 黄方炯. 冠心病外科治疗学[M]. 北京: 北京出版社, 2003.
- [3] 蔺忠梅, 张淑丽, 孔增科, 等. 瓜蒌薤白半夏汤中半夏
- 制品的合理应用[J]. 中外健康文摘, 2012, 9(29): 409-410.
- [4] 连乐葵, 陈汉锐, 郑创华. 瓜蒌薤白类方与心血管系统相关的研究概况[J]. 中医药学刊, 2006, 24(7): 1345-1346.
- [5] 张建敏, 靳秀明, 王世君, 等. 瓜蒌薤白半夏汤治疗急性心肌缺血的实验研究[J]. 中国全科医学, 2004, 8(7): 544-545.
- [6] 李亚娟, 周家伟, 卞卡, 等. 瓜蒌薤白半夏汤舒张血管机制研究[J]. 中药药理与临床, 2010, 26(4): 5-7.
- [7] 张炳填, 李鑫辉. 栝蒌薤白半夏汤对急性心肌缺血大鼠管内皮细胞保护作用的实验研究[J]. 新中医, 2007, 39(3): 104-106.
- [8] 吴发宝, 陈希元. 黄芪药理作用研究综述[J]. 中药材, 2004(27): 2.
- [9] Lyngbæk S, Winkel P, WinkelGötze P, et al. Risk stratification in stable coronary artery disease is possible at cardiactroponin levels below conventional detection and is improved by use of N-terminal pro-B-type natriuretic peptide[J]. Eur J Prev Cardiol, 2013, 20(6): 30.

(责任编辑: 骆欢欢)

诚招疼痛门诊加盟 (免费索取样品 试后满意订货)

北京郎郎康打造品质贴剂市场, 铸造诚信膏药品牌, 巨大的利润空间, 让您销售无忧! 郎郎康全国独家乡镇加盟火热招募中! 率先加盟, 抢占先机! 部分县镇已有独家加盟, 详情请来电咨询! 如果您是基层大夫, 请将您的详细地址、姓名和邮编及联系方式发送到 13720052966, 注明“索取样品”或拨打电话: 010-51289113、51289114, 欢迎您的来信来电! 北京郎郎康生物技术有限公司, 地址: 北京市昌平区北郊农场办公楼 729 室, 电话: 010-51289113、51289114; 手机: 13720052966、13520031196。邮局账号: 6221881000060968005, 户名: 黄艳红。网址: <http://www.langlangkang.com>。