

◆ 临床研究论著 ◆

中西医结合治疗心绞痛 48 例临床观察

张礼辉

杭州经济技术开发区白杨街道社区卫生服务中心, 浙江 杭州 310018

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗心绞痛的临床疗效。方法: 收集符合诊断标准的 88 例病例, 采用随机分组方法, 将患者分为治疗组和对照组。对照组 40 例给予西医常规治疗, 治疗组 48 例在对照组治疗基础上给予丹红注射液治疗, 观察 2 组治疗前、治疗 14 天后的血液流变学指标, 评定 2 组的临床疗效与中医证候疗效。结果: 临床疗效总有效率治疗组为 95.8%, 对照组为 80.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。中医证候疗效总有效率治疗组为 91.7%, 对照组为 75.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组血液流变学指标均较治疗前不同程度下降 ($P < 0.05$); 2 组血浆黏度和血小板聚集率比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 丹红注射液结合西药常规治疗心绞痛的疗效确切, 对患者的血液流变学指标有较好的改善。

[关键词] 心绞痛; 中西医结合疗法; 丹红注射液; 临床疗效

[中图分类号] R541.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0019-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.009

冠心病是中老年人的常见疾病, 心绞痛是常见的症状之一, 该症状多由冠状动脉硬化, 引起心肌缺血等不适症状。目前认为该症状的治疗原则为增加冠状动脉血流、降低心肌耗氧、恢复心肌缺血, 并防治动脉粥样硬化^[1]。临床上以改善心肌缺血、调脂、抗血栓等药物治疗手段为主, 本研究针对性选择中西药结合治疗心绞痛患者获得较好疗效, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 采用《缺血性心脏病命名及诊断标准》中自发性心绞痛的诊断标准。

1.2 辨证标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]中冠心病心绞痛血瘀夹痰型的辨证标准。

1.3 纳入标准 符合临床诊断标准与辨证标准, 自发性心绞痛每周发作 2 次以上, 心电图检查出现暂时性 ST 段压低或 T 波改变; 患者知情同意。

1.4 排除标准 18 岁以下或 75 岁以上者; 心、肺、肾功能不全及造血系统功能严重损害者; 急性心肌梗死, 严重心律失常, 慢性心力衰竭者; 急性脑血管意外, 合并严重凝血功能障碍者。

1.5 一般资料 病例来源于 2014 年 7—12 月期间到本中心

就诊的 88 例血瘀夹痰型心绞痛患者, 按就诊顺序随机分为治疗组 48 例和对照组 40 例。治疗组男 26 例, 女 22 例; 年龄 43~73 岁, 平均(61.6±7.5)岁; 病程 0.7~7 年, 平均(5.5±3.9)年; 病情程度: 轻度 16 例, 中度 19 例, 重度 13 例; 劳累性和自发性心绞痛分别为 24 例。对照组男 20 例, 女 20 例; 年龄 45~75 岁, 平均(63.8±8.7)岁; 病程 0.5~8 年, 平均(5.3±2.6)年; 病情程度: 轻度 13 例, 中度 15 例, 重度 12 例; 劳累性和自发性心绞痛分别为 22 例和 18 例。2 组性别、年龄、病程和病情比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西医常规治疗及对症处理, 包括吸氧、心电监护及饮食护理; 同时给予口服药物, 包括肠溶阿司匹林片(拜耳医药保健有限公司生产, 批号 20140205), 每次 300 mg, 每天口服 1 次; 单硝酸异山梨酯片(丽珠集团丽珠制药厂生产, 批号 201403031), 每次 10 mg, 每天 3 次; 氯吡格雷片(乐普药业股份有限公司生产, 批号 20140325), 每次 75 mg, 每天 1 次。连续给药 14 天。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上, 给予丹红注射液(山东丹红制药有限公司生产, 批号 20130928)30 mL 加入 5% 葡萄

[收稿日期] 2015-06-08

[作者简介] 张礼辉 (1975-), 男, 副主任医师, 研究方向: 全科医疗。

糖注射液 250 mL 中静脉滴注，每天 1 次，连续给药 14 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察患者的临床症状、体征、心电图、血液流变学指标。中医证候积分评定：以胸痛、胸胁胀满为主要指标，疲倦乏力、畏寒肢冷、唇舌紫暗，脉涩为次要指标，按症状改善情况评分，症状消失为 0 分，症状明显好转或减轻为 1 分，症状好转或减轻为 2 分，症状无改善或加重为 3 分。

3.2 统计学方法 采用 SPSS18.0 分析软件。计量资料以(x±s)表示，采用 t 检验；等级资料采用 Ridit 分析；计数资料采用 χ² 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 临床疗效标准^① 显效：心绞痛发作减少 80% 以上；有效：心绞痛发作减少 50%~80%；无效：心绞痛发作减少 50% 以下。

4.2 中医证候疗效标准 按照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^②疗效判定标准拟定。显效：临床症状明显改善，中医证候积分减少 > 70%；有效：临床症状好转，30% ≤ 中医证候积分减少 < 70%；无效：临床症状无明显改善或加重，中医证候积分减少 < 30%。

4.3 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 95.8%，对照组为 80.0%，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

Table with 6 columns: 组别, n, 显效, 有效, 无效, 总有效率(%). Rows for 治疗组 and 对照组.

与对照组比较，①P < 0.05

4.4 2 组中医证候疗效比较 见表 2。总有效率治疗组为 91.7%，对照组为 75.0%，2 组比较，差异有统计学意义(P < 0.05)。

表 2 2 组中医证候疗效比较

Table with 6 columns: 组别, n, 显效, 有效, 无效, 总有效率(%). Rows for 治疗组 and 对照组.

与对照组比较，①P < 0.05

4.5 2 组治疗前后血液流变学指标比较 见表 3。治疗后，2 组血液流变学指标均较治疗前不同程度下降(P < 0.05)；2 组血浆黏度和血小板聚集率比较，差异均有统计学意义(P < 0.05)。

5 讨论

心绞痛往往由心肌缺血导致，其症状发生后病情较急，若处理不当可导致急性心肌梗死，或诱发死亡。目前西药治疗主要包括抗血小板、降脂、抗凝等，药物针对上述环节应用的针

表 3 2 组治疗前后血液流变学指标比较(x±s)

Table with 5 columns: 组别, 时间, 高切(150S⁻¹), 低切(10S⁻¹), 血浆黏度(mPa·s), 血小板聚集率(%). Rows for 治疗组 and 对照组 before and after treatment.

与治疗前比较，①P < 0.05；与对照组治疗后比较，②P < 0.05

对性较好，但对患者的整体临床症状改善欠缺。中医学认为心绞痛属于胸痹、真心痛等范畴，该疾患的发生多由年老体虚、饮食、情志或外邪致使心脉痹阻，多为本虚标实，本虚以气虚为主，标实为血瘀，益气活血是治疗胸痹的基本原则^④。

丹红注射液是由丹参、红花等提取制备而成的一种中药注射液，现代药理研究表明丹参中富含丹参酮、A、B 及丹参酸 A、B、C 等物质，红花具有活血化瘀、通络止痛的作用。丹红注射液具有降低患者血液黏稠度、扩张冠状动脉血管、改善微循环的作用，尤其适用于心绞痛患者；丹红注射液对患者的动脉粥样硬化具有明显的抑制作用，并能有效控制血小板粘附、聚集、激活，抗血栓形成，对内皮细胞有很好的保护作用^⑤。有研究报道，中西医结合治疗心绞痛具有很好的临床效果^⑥。本临床观察结果显示，中西医结合治疗心绞痛，可改善患者的临床症状，提高临床疗效，且在改善患者血液流变学的血浆黏度和血小板聚集率方面优于单纯西药治疗，因此中西医结合治疗心绞痛不仅有良好的临床疗效，还能较好地改善患者的血浆黏度和血小板聚集，体现了丹红注射液的疗效特色。该药物治疗方便，适宜性强，值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 毛焕元, 曹林生. 心脏病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 1067.
[2] 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: 68-72.
[3] 高润霖, 吴宁, 胡大一. 心血管病治疗指南与建议[M]. 北京: 人民军医出版社, 2006: 1-5.
[4] 赵忱, 赵志强, 王强. 中医药治疗冠心病心绞痛的作用机制概述[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(5): 588-589.
[5] 谭善宏, 舒秀群. 丹红注射液在心绞痛中的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2010, 5(5): 166-167.
[6] 柳志兰. 中西医结合治疗冠心病心绞痛 35 例临床观察[J]. 中医药导报, 2011, 17(3): 36-37.

(责任编辑: 吴凌)