

# 心梗救逆汤联合西药治疗急性心肌梗死疗效评价

高天巍, 马建忠, 汪建英

杭州市第一人民医院吴山院区, 杭州市肿瘤医院 ICU, 浙江 杭州 310001

**[摘要]** 目的: 观察心梗救逆汤联合西药治疗急性心肌梗死的临床效果。方法: 将 114 例患者随机分为研究组与对照组各 57 例, 研究组采取心梗救逆汤联合西药治疗, 对照组采用常规西药治疗, 2 组均治疗 3 月后观察症状积分改变、心功能指标及炎症因子水平的变化。结果: 治疗后, 2 组超敏 C-反应蛋白 (hs-CRP)、基质金属蛋白酶-9 (MMP-9)、左室舒张末期内径 (LVEDD)、左心射血分数 (LVEF) 与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。研究组 hs-CRP、MMP-9、LVEDD 均低于对照组 ( $P < 0.05$ ), LVEF 高于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 2 组胸部刺痛、心悸、胸闷、气促症状积分均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ), 研究组各项症状积分均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 心梗救逆汤联合西药治疗急性心肌梗死疗效确切, 可显著提高心功能, 降低炎症因子表达, 改善症状, 具有较高的临床应用价值。

**[关键词]** 急性心肌梗死; 阳脱厥逆型; 中西医结合疗法; 心梗救逆汤

**[中图分类号]** R542.2<sup>2</sup> **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 10-0026-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.10.012

近年来, 急性心肌梗死的诊断及治疗已取得较大进步, 如溶栓、支架植入术等一系列治疗在临床得到广泛应用并取得满意疗效, 溶栓治疗仍为主要方式, 但溶栓仍有难以解决的问题, 如溶栓再通率较低、再灌注创伤大等。中医治疗急性心肌梗死已得到临床重视, 急性期以治标为主, 结合其邪实闭脉、气机骤闭的特点, 建议先缓解患者的疼痛或其他不良反应, 后给予补气活血、活血化瘀等方药治疗, 从而缩小梗死面积, 避免相关并发症出现。心梗救逆汤为传统中医药方剂, 本研究将其与常规西药联合用于治疗急性心肌梗死, 现将结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 纳入标准** ①符合《急性心肌梗死诊断和治疗指南》<sup>[1]</sup>中的诊断标准; ②符合《胸痹心厥(冠心病心肌梗塞)急症诊疗规范》<sup>[2]</sup>中的辨证标准, 辨为阳脱厥逆型, 症见: 四肢厥逆, 出汗多, 心悸气喘加重, 张口抬肩, 喘促不能卧, 神志淡漠及不安, 甚则神志模糊不清, 可见唇甲青紫, 脉沉微细; ③75 岁以下; ④知情同意并签署知情同意书; ⑤心电图 ST 段首次抬高, 冠状动脉造影确诊。

**1.2 排除标准** ①75 岁以上患者; ②有肝、肾、血液系统原发性疾病者; ③有恶性肿瘤及精神疾病病史者; ④药物过敏者; ⑤有心力衰竭、心律失常或心肌病、严重瓣膜疾病者; ⑥治疗依从性差或无法随访者。

**1.3 一般资料** 选取 2012 年 8 月—2014 年 11 月本院治疗的 114 例急性心肌梗死为研究对象, 均满足上述纳入标准, 将上述患者抽签随机分为研究组与对照组各 57 例。研究组男 40 例, 女 17 例; 年龄 41~73 岁, 平均(58.02±4.31)岁; 前壁梗死 35 例, 下壁梗死 22 例; 心功能 Killip 分级: Ⅰ级 21 例, Ⅱ级 20 例, Ⅲ级 16 例; 入院至血运重建时间 4~11 h, 平均(7.33±1.45)h; 即刻冠状动脉介入术(PCI)55 例, 2 例行静脉溶栓治疗。对照组男 39 例, 女 18 例; 年龄 42~72 岁, 平均(57.62±4.28)岁; 前壁梗死 32 例, 下壁梗死 25 例; 心功能 Killip 分级: Ⅰ级 21 例, Ⅱ级 18 例, Ⅲ级 18 例; 入院至血运重建时间 4~10 h, 平均(7.21±1.47)h; 即刻 PCI 56 例, 1 例行静脉溶栓治疗。2 组性别、年龄、梗死部位、心功能分级等基线资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 阿司匹林肠溶片(海南碧凯药业有限公司), 每次口服 50 mg, 每天 2 次; 硫酸氢氯吡格雷片[国药赛诺菲(杭州)制药有限公司], 每天口服 75 mg, 每天 1 次, 另给予 β-受体阻断剂、血管紧张素转换酶抑制剂等, 逐渐加至高剂量, 另给予他汀类降脂药、硝酸酯类药物治疗。

**2.2 研究组** 在对照组治疗基础上给予心梗救逆汤治疗, 处方: 红参、熟附子各 15 g, 当归、山茱萸各 18 g, 瓜蒌 12 g,

**[收稿日期]** 2015-05-19

**[作者简介]** 高天巍 (1981-), 女, 住院医师, 研究方向: 危重症医学。

薤白、红花、降香各 6 g, 煅龙骨、煅牡蛎各 30 g。每天 1 剂, 水煎至 200 mL, 分早晚 2 次口服。

2 组均治疗 3 月或达临床研究终点。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2 组患者治疗前后空腹采集静脉血 4 mL, ELISA 法检测超敏 C- 反应蛋白(hs- CRP)、基质金属蛋白酶-9 (MMP- 9); 另以美国 GE Vividi 便携式彩色多普勒超声仪检测左室舒张末期左室(LVEDD)、左心射血分数(LVEF); 参照《胸痛心厥(冠心病心肌梗塞)急症诊疗规范》<sup>[2]</sup>相关标准评定 2 组

患者主要症状的症状积分。

3.2 统计学方法 选用 SPSS19.0 统计学软件对研究数据进行分析和处理, 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组间对比进行 *t* 检验。

### 4 治疗结果

4.1 2 组治疗前后心功能及炎症因子指标比较 见表 1。治疗前, 2 组各指标比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后, 2 组各指标与治疗前比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。研究组 hs- CRP、MMP- 9、LVEDD 均低于对照组( $P < 0.05$ ), LVEF 高于对照组( $P < 0.05$ )。

表 1 2 组治疗前后心功能及炎症因子指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	hs- CRP(mg/L)		MMP- 9(%)		LVEDD(mm)		LVEF(%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	14.23± 4.10	6.26± 1.06 <sup>②</sup>	185.36± 19.25	101.36± 10.25 <sup>②</sup>	61.58± 6.17	45.36± 3.82 <sup>②</sup>	37.25± 5.06	53.36± 6.58 <sup>②</sup>
对照组	14.06± 4.32	8.97± 1.25 <sup>①</sup>	186.24± 20.01	131.58± 13.05 <sup>①</sup>	62.03± 6.20	51.58± 4.03 <sup>①</sup>	38.11± 5.14	45.28± 5.36 <sup>①</sup>

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

4.2 2 组治疗前后症状积分比较 见表 2。治疗前, 2 组症状积分比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后, 2 组症状

积分均较治疗前降低( $P < 0.05$ ), 研究组症状积分均低于对照组( $P < 0.05$ )。

表 2 2 组治疗前后症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	胸部刺痛		心悸		胸闷		气促	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	2.26± 0.25	0.75± 0.14 <sup>②</sup>	2.16± 0.41	0.51± 0.21 <sup>②</sup>	2.52± 0.51	0.75± 0.25 <sup>②</sup>	2.10± 0.34	0.64± 0.25 <sup>②</sup>
对照组	2.33± 0.71	1.58± 0.26 <sup>①</sup>	2.20± 0.43	1.21± 0.36 <sup>①</sup>	2.49± 0.64	1.23± 0.25 <sup>①</sup>	2.06± 0.41	1.16± 0.36 <sup>①</sup>

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

4.3 安全性评价 2 组均未见明显不良反应出现。

### 5 讨论

心肌梗死属中医学胸痹、心痛等范畴, 为本虚标实之证, 本虚者主要因年迈体衰, 情志所伤, 心之阴阳气血不足; 标实者因情志刺激、嗜食膏粱厚味等, 诱发气滞血瘀, 痰阻寒凝而致胸痹心厥, 应采用回阳救逆, 理气活血法进行治疗<sup>[3]</sup>。

本研究采用的心梗救逆汤, 方中红参可大补元气, 固脱生津; 熟附子可治厥逆亡阳、脉微欲绝; 山茱萸补肝肾, 涩精气, 固虚脱; 当归补血活血; 瓜蒌清热涤痰, 宽胸散结, 可治胸痹心痛, 结胸痞满; 薤白通阳散结, 行气导滞; 红花活血通经, 散瘀止痛; 煅龙骨安神镇惊; 煅牡蛎益阴潜阳, 收敛固涩, 软坚散结; 降香化瘀止血, 理气止痛。全方回阳救逆, 理气活血, 主治心阳不振, 血行失畅, 厥脱。

现代药理学研究显示, 山茱萸可改善急性心肌梗死后心功能, 缩小梗死面积, 对缺血组织有保护作用。动物学研究表明行气活血中药可降低大鼠血清髓过氧化物酶(MPO)、血浆丙二醛(MDA)含量, 具有抗氧化损伤、清除自由基等效果, 并抑制心肌组织炎症因子的表达水平<sup>[4]</sup>; 当归煎剂及流浸膏则可抑制离体蟾蜍心脏, 大剂量可使心跳于舒张期停止, 大鼠实验研究

证实其对心肌缺血再灌注心律失常有保护作用, 当归注射液 0.6 g/kg 腹腔注射可明显降低大鼠早搏等心律失常的发生率<sup>[5]</sup>; 瓜蒌籽内含蛋白质、不饱和脂肪酸、氨基酸、维生素等多种成分, 可扩张心脏冠脉, 提高冠脉流量, 同时瓜蒌注射液可抑制心肌缺血进展, 对可逆性缺血心肌有保护作用, 亦可缩小梗死范围<sup>[6]</sup>; 红花可保护实验性心肌缺血及心肌梗死, 其提取液可提高心肌细胞乳酸脱氢酶活性, 并对黄嘌呤-黄嘌呤氧化酶体系自由基损伤有抑制作用, 红花黄色素则可提高心肌缺血再灌注时乳酸脱氢酶活性, 降低脂质过氧化物生成, 并增强超氧化物歧化酶、谷胱甘肽过氧化物酶活性, 缓解心肌超微结构损伤<sup>[7]</sup>。

本次研究结果显示, 采取心梗救逆汤治疗的研究组患者, 心功能、炎症因子改善均优于对照组, 各症状的缓解亦均优于对照组, 与其药物成分、药理学特点相关, 而配合常规西药治疗可发挥良好的协同作用, 且安全性较高, 2 组均未发生明显不良反应, 但考虑本次研究样本量较少, 时间窗较短, 同时缺少其他实验室检查指标, 对此还需不断完善, 以取得更为可靠的结论。

综上, 心梗救逆汤联合西药治疗急性心肌梗死效果显著,

具有较高的临床应用价值。

#### [参考文献]

- [1] 中华医学会心血管分会. 急性心肌梗死诊断和治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2001, 29(12): 705- 720.
- [2] 胸痛协作组. 胸痛心厥(冠心病心肌梗塞)急症诊疗规范[J]. 中国中医急症, 1995, 4(4): 183- 185.
- [3] 王宝君, 张庆翔, 张蕾, 等. 益气活血中药配合双联抗血小板治疗对急性心肌梗死大鼠血栓形成的影响[J]. 中医杂志, 2013, 54(14): 1225- 1229.
- [4] 祖丽菲娅·依克木, 米日班·玉素甫. 行气活血中药配合西药治疗老年糖尿病合并急性心肌梗死 70 例[J]. 陕西中医, 2014, 10(5): 557- 559.
- [5] 刘如秀, 刘宇, 汪艳丽, 等. 当归的药理作用[J]. 西部中医药, 2014, 12(11): 153- 156.
- [6] 姚丽萍. 瓜蒌薤白半夏汤治疗痰浊闭阻型不稳定性心绞痛机制探讨[J]. 吉林中医药, 2012, 32(6): 620- 622.
- [7] 童彩玲, 刘金元, 黄梅, 等. 红花黄色素对阿霉素心肌损伤小鼠缝隙连接蛋白的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2014, 31(2): 272- 274, 323.

(责任编辑: 吴凌)

## 天保宁联合西药治疗心绞痛临床观察

黄黎英, 章琴莺, 包斐丰, 朱小红, 满景华

杭州市江干区采荷街道社区卫生服务中心, 浙江 杭州 310016

**[摘要]** 目的: 观察天保宁联合洛汀新、硝酸甘油片治疗心绞痛的临床疗效。方法: 将 89 例心绞痛患者随机分为治疗组 45 例和对照组 44 例, 治疗组给予天保宁联合洛汀新、硝酸甘油片治疗, 对照组给予硝酸甘油片治疗。给药 28 天后观察疗效。记录 2 组患者治疗前后症状、心绞痛发作次数和硝酸甘油用量情况。结果: 治疗组总有效率为 93.33%, 对照组总有效率为 77.27%, 组间比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。2 组治疗前后心绞痛发作次数、持续时间和硝酸甘油用量比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 2 组心绞痛发作次数、持续时间和硝酸甘油用量比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 天保宁联合洛汀新、硝酸甘油片治疗心绞痛疗效确切, 能减少心绞痛发作次数和硝酸甘油用量, 缩短心绞痛持续时间。

**[关键词]** 心绞痛; 天保宁; 洛汀新; 硝酸甘油片

**[中图分类号]** R541.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 10-0028-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.10.013

心绞痛是中老年人心脏疾患的常见临床症状, 可因心脏冠状动脉硬化、狭窄和梗阻等因素诱发, 引起心肌缺血等临床表现。临床治疗原则包括增加冠脉血流、降低心肌耗氧等<sup>[1]</sup>。就此, 笔者采用天保宁联合洛汀新、硝酸甘油片治疗心绞痛, 取得较好疗效, 现报道如下。

#### 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 参照《缺血性心脏病的命名及诊断标准》中心绞痛的诊断标准。

**1.2 纳入标准** 符合临床诊断标准、每周发作 2 次以上; 患者知情同意。

**1.3 排除标准** 18 岁以下, 心、肺、肾功能不全及造血系统

功能严重损害者。

**1.4 一般资料** 纳入来本中心就诊的 89 例心绞痛患者, 按就诊顺序随机分为治疗组 45 例和对照组 44 例。治疗组男 23 例, 女 22 例; 平均年龄(61.5±5.7)岁; 平均病程(7.1±2.2)年; 稳定型心绞痛 37 例, 不稳定型心绞痛 8 例。对照组男 24 例, 女 20 例; 平均年龄(60.2±4.7)岁; 平均病程(6.5±1.7)年; 稳定型心绞痛 35 例, 不稳定型心绞痛 9 例。2 组性别、年龄、病程、病情比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

#### 2 治疗方法

2 组均采用个体基础给药, 包括予肠溶阿司匹林片抗凝, 美托洛尔降低心脏耗氧, 他汀类药物降脂。

**[收稿日期]** 2015-05-26

**[作者简介]** 黄黎英 (1976-), 女, 主治医师, 主要从事全科临床工作。