阿魏酸钠、川芎嗪联用治疗冠心病不稳定型心绞痛疗效观察

李俊哲　王沛坚

（广州中医药大学　广东广州 510405）

关键词：不稳定型心绞痛；中西医结合疗法；阿魏酸钠注射液；川芎嗪注射液；硝酸甘油；低分子肝素

中图分类号：R541.4　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2007)01-0011-02

不稳定型心绞痛 (unstable angina pectoris，UAP) 是急性冠状动脉综合征（ACS）的一种，是介于稳定型心绞痛和急性心肌梗死之间的一种疾病，极易发展为急性心肌梗死。2005 年 3 月 ~2006 年 3 月作者在常规治疗基础上应用阿魏酸钠注射液及磷酸川芎嗪注射液联合治疗 UAP 32 例，疗效显著。现报道如下：

1　临床资料

1.1　病例选择　观察病例均符合中华医学会诊断标准[1]，均有心绞痛典型症状（新发生或新近加重），以一般抗心肌缺血药物(硝酸酯类、β 受体阻滞剂、钙通道拮抗剂)治疗效果不明显者。

1.2　一般资料　入选病例共 62 例，随机分为 2 组，其中治疗组 32 例，男 22 例，女 10 例，年龄 42~82（68.34± 10.21）岁。对照组 30 例，男 20 例，女 10 例，年龄 40~78（65.82± 9.52）岁。2 组的基础疾病有高血压病、糖尿病、冠心病及颈椎病等。2 组年龄、性别、病程、基础疾病等一般资料比较均有可比性。

1.3　排除病例　（1）急性或慢性心肌梗死；（2）中、重度心力衰竭；（3）严重心律失常；（4）中、重度慢性阻塞性肺部疾病；（5）严重的肝肾功能不全；（6）急性脑血管病；（7）收缩压 >24kPa(180mmHg)或舒张压 >16kPa(120mmHg)；（8）神经官能症。

2　治疗方法

2.1　对照组　西医常规治疗：持续低流量吸氧，限制吸入量；静脉输入 5%葡萄糖 250mL+ 硝酸甘油 10~15mg，15mL/h 始，视血压、症状维持使用；低分子肝素(速碧林) 4 100U，每 12 小时皮下注射，维持 5~7d；肠溶阿司匹林 100mg，1 次 /d，口服；倍他乐克 25mg，2 次 /d，口服。2 周为 1 个疗程。

2.2　治疗组　在对照组基础上加用阿魏酸钠注射液 300mg、磷酸川芎嗪注射液 120mg 分别溶入 5%葡萄糖 250mL 中（血糖偏高者，以生理盐水代），静脉输入 30 滴 /min，1 次 /d。所有入选者每日记录心绞痛发作次数、部位、程度、持续时间及硝酸甘油消耗量，用药 2 周后进行心电图检查，同时监测肝、肾功能及血、尿常规，记录治疗前后症状及舌脉变化。

3　疗效观察

3.1　疗效标准　参照《中药新药临床研究指导原则》[2]相关部分评定心绞痛、心电图和临床症状的疗效。显效：同等劳累程度下引起心绞痛或心绞痛次数及硝酸甘油用量减少≥80%，心电图恢复正常；有效：心绞痛发作次数及硝酸甘油用量减少 50%~79%，心电图缺血 ST 段回升≥0.05mV，主要导联倒置 T 波变浅达 25%以上；无效：治疗前后症状、心电图相同或见表 1。

表 1　治疗 2、4 周时的止痛疗效　例(%)

时间	n	显效	有效	无效	总有效
2 周	30	17(56.7)	6(20.0)	7(23.3)	23(76.7)
4 周	30	20(66.7)	5(16.7)	5(16.7)	25(83.3)

2.2　心电图改善情况　2 周时显效率为 60.0%，总有效率达 83.3%；4 周时显效率为 66.7%，总有效率为 86.7%。见表 2。

表 2　治疗 2、4 周时心电图改善对比　例(%)

时间	n	显效	有效	无效	总有效
2 周	30	18(60.0)	7(23.3)	5(16.7)	25(83.3)
4 周	30	20(66.7)	6(20.0)	4(13.3)	26(86.7)

2.3　心绞痛分级与疗效关系　见表 3、表 4。

表 3　治疗 2 周时各级心绞痛疗效　例(%)

分级	n	显效	有效	无效	总有效
轻度	5	4(80.0)	1(20.0)	0	5(100)
中度	12	7(58.3)	2(16.7)	3(25.0)	9(75.0)
重度	13	6(46.2)	3(23.1)	4(30.8)	9(69.2)

表 4　治疗 4 周时各级心绞痛疗效　例(%)

分级	n	显效	有效	无效	总有效
轻度	5	5(100)	0	0	5(100)
中度	12	8(66.7)	2(16.7)	2(16.7)	10(83.3)
重度	13	7(53.8)	3(23.1)	3(23.1)	10(76.9)

3　讨论

复方丹参滴丸是根据中医传统理论与现代药学新技术研制而成的新型滴丸剂型，具有高效、速效、微量化、多途径给药等优点。其主要成分是丹参、三七、冰片，其中丹参活血通脉，又可祛瘀养血；三七活血化瘀；冰片开窍醒脑，清热止痛。诸药配伍具有活血化瘀、理气止痛之功效。研究证实，复方丹参滴丸有如下作用：（1）扩张冠状动脉，降低血管阻力，增加冠脉血流量[1]；（2）降低血液黏度，加速血流，抑制血小板聚集，改善血液流变学[2]；（3）提高纤溶活性，促进纤维蛋白溶解，改善微循环[3]。

本研究结果表明，复方丹参滴丸对冠心病患者的胸闷、胸痛等症状有明显改善，可很好控制心绞痛的发作。服药 2 周时，总有效率达 76.7%，其中显效率达 56.7%；随着治疗时间的延长，4 周时显效率达 66.7%，总有效率为 83.3%。研究还发现，复方丹参滴丸对心绞痛的疗效与心绞痛的分级似乎无相关关系，推测可能与观察例数较少有关。在用药过程中，复方丹参滴丸未见头痛、头晕、心悸、面红等硝酸酯类药物常见的不良反应，因此是硝酸酯类药物的较好的替代用药。

参考文献

[1]张照，朱伟启，阮鸿刚，等.丹参注射液对心脏微循环的影响[J].病理生理学报，1985，3(2)：19

[2]包铭. 复方丹参注射液对冠心病患者血液流变学的影响[J].实用中西医结合杂志，1992，5(1)：14

[3]王筠默.中药药理学[M].上海：上海科学技术出版社，1985.79

（收稿日期：2006-07-11）

胺碘酮治疗心肺复苏过程中室性心律失常的疗效和安全性

刘秀娟　张谦　曾德珍

（贵州省人民医院　贵阳 550002）

摘要：目的：观察胺碘酮治疗心肺复苏过程中室性心律失常的疗效和安全性。方法：58 例在心肺复苏过程中出现室性心律失常病人，首剂负荷剂量胺碘酮 3~5mg/kg 于 10~15min 内静脉注入，随后以 0.5~1.5mg/min 静脉泵入维持，若心律失常控制不满意，可间隔 30min 再静脉注射首剂负荷剂量，24h 总量为 1 200~1 500mg。结果：有效率为 93.1%，副反应发生率为 6.90%。结论：胺碘酮治疗心肺复苏过程中室性心律失常有效且安全。

关键词：心肺复苏；室性心律失常；胺碘酮

中图分类号：R 541.7　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2007)01-0012-02

心律失常是各种心脏病的主要死亡原因，及时有效地处理各种心律失常是心肺复苏成功的关键步骤之一，胺碘酮是一种安全的抗心律失常药。本文对我院急诊科应用胺碘酮治疗心肺复苏过程中室性心律失常的疗效和安全性进行探讨。

1　资料与方法

1.1　病例选择　58 例中男 32 例，女 26 例；年龄 28~78 岁，平均(50.6± 11.2)岁。患者心肺复苏过程中出现频发室性早搏 31 例，占 53.45%；短阵室性心动过速 20 例，占 34.48%；室颤 7 例，占 12.07%。

1.2　用药方法　胺碘酮首剂 3~5mg/kg 加生理盐水 20mL 稀释后，于 10~15min 静脉注入，随后以 0.5~1.5mg/min 静脉泵入维持，若心律失常控制不满意，可间隔 30min 再静脉注射首剂负荷剂量，对于 7 例室颤患者，均先行除颤，转复后再静脉注射胺碘酮 150mg，然后以 0.5~1.5mg/min 静脉泵入维持，滴注 1~3d，此后依据病情逐渐减量至停用，反复发作病人，加用口服制剂，600mg/d，1 周后减量。

1.3　观察指标　持续心电监护和生命体征监测，每日记录十二导联心电图，随时记录心律失常发生情况及用药前后心律、心率的变化，以室性早搏、短阵室性心动过速或室颤不发作为有效。

2　结果

2.1　心律失常控制　24h 完全控制 12 例（20.69%），24~48h 32 例(55.17%)，72h 10 例(17.24%)，无效为 4 例(6.90%)。其中 2 例广泛前壁心梗病人，心梗后 12h 发生心源性休克及出现室颤，反复多次除颤，并用胺碘酮首剂 150mg 静脉注入，20min 后又给 150mg 静脉注入，并以 0.75mg/min 静脉泵入维持，患者室颤仍反复发作，最终死亡；另有 2 例系药物中毒伴电解

加重，硝酸甘油消耗量增加。

3.2　治疗结果

3.2.1　心绞痛症状疗效　见表 1。

表 1　2 组心绞痛症状疗效比较　例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	32	19(59.4)*	9(28.1)	4(12.5)	28(87.5)*
对照组	30	7(23.3)	14(46.7)	9(30.0)	21(70.0)

注：2 组比较，*P<0.05，有显著性差异。

3.2.2　心电图疗效　见表 2。

表 2　2 组心电图疗效比较　例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	32	8(25.0)	14(43.8)	10(31.2)	22(68.8)*
对照组	30	2(6.7)	10(33.3)	18(60.0)	12(40.0)

注：2 组疗效比较，*P<0.05，有显著性差异。

3.2.3　不良反应　2 组用药前后，肝、肾功能，血、尿常规均无明显变化，全部病例未发生不良反应。

4　讨论

冠心病不稳定型心绞痛，临床表现以心前区闷痛或压榨样疼痛、心悸气短、乏力为主，发病原因多种，机理复杂，报道甚多。一般研究多认为因冠状动脉粥样斑块不稳定、血管内皮损伤，使心肌缺血缺氧而致。该病属中医学“胸痹、心痛”范畴，中医学认为气为血之帅，血为气之母，气赖血载，血赖气行，气行则血行，气滞则血瘀。本病常见于中老年人，“年四十而阴气自半”，阳气渐虚，气虚则无力运血，血行不畅则瘀血内停，痹阻气机，气滞血瘀交结于胸，遂发胸痹之证。本文观察用药川芎嗪及阿魏酸钠都是从中药川芎中提取的活性生物碱，化学名分别是四甲基吡嗪、3- 甲氧基 -4- 羟基 - 苯丙烯酸钠，据研究表明，两药均可清除氧自由基及促进内皮细胞合成一氧化氮(NO)，从而具有保护血管内皮细胞、扩张血管、降低血压、促进纤维蛋白溶解及降低血小板聚集性、增强红细胞变形能力、缓解高凝状态、使血流加快、血流量增加、改善微循环等作用[3-5]。

本研究结果显示，在常规的治疗药物基础上，加用川芎嗪注射液、阿魏酸钠注射液治疗，获得了更好的疗效。结果提示在西药治疗的基础上加用中药，可提高临床疗效，改善患者的生活质量。但尚缺乏大样本长期的临床疗效及预后观察，是否能减少心脑肾靶器官损害，减少急性冠脉综合征、再住院率及死亡率，尚待进一步研究。

参考文献

[1]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.不稳定性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]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[J].中西医结合杂志，1993，13(5)：571

[3]王万铁,林丽娜，徐正祥.川芎嗪对心脏换瓣患者血小板聚集功能的影响[J].中国中西医结合杂志，2000，20(1)：13~14

[4]李盈,严英，周伟生.川芎嗪防治缺血再灌注损伤作用机理的研究进展[J].中药新药与临床药理，2005，16(6)：464~466

[5]赵同峰,邓华聪.阿魏酸钠的药理研究新进展[J].药学杂志,2001，16(3)：135~136

（收稿日期：2006-05-23）