

舒血宁治疗不稳定型心绞痛 80 例临床疗效观察

司全伟

(河南省洛阳市孟津县中医院 孟津 471100)

关键词:舒血宁;不稳定型心绞痛;中西医结合疗法

中图分类号:R 541.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.034

笔者自 2010 年 3 月~2012 年 9 月,将 160 例不稳定型心绞痛患者随机分两组,分别使用舒血宁联合硝酸甘油和单用西药进行治疗。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 入选标准 (1)过去未发生过心绞痛或心肌梗死,初次发作劳累性心绞痛时间不到 1 个月,疼痛时间 5~15 min; (2)原为稳定型心绞痛,在 3 个月内疼痛频率、程度、时限、诱发因素经常变动,进行性恶化的; (3)休息时或睡眠时发作,舌下含服硝酸异山梨酯片仅出现短暂或不完全性缓解; (4)急性心肌梗死后 1 个月内又出现的心绞痛; (5)疼痛时有缺血性 ST 段改变 (抬高或者下移)。将入选的 160 例住院患者按照 1:1 比例随机分为舒血宁组与西药组各 80 例,两组患者基本情况具有可比性 ($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者基本情况对比 ($\bar{X}\pm S$) 例

组别	n	男	女	年龄(岁)	发病至住院 治疗时间(h)	易患因素			
						高血压	高血脂	高血糖	吸烟
舒血宁组	80	60	20	59±12.5	8.6±6.5	25	18	12	33
西药组	80	61	19	60±11.6	8.8±6.4	26	19	11	30

1.2 治疗方法 两组患者入院后均给予心电监护、吸氧、休息、镇静等,并服用常规剂量肠溶阿司匹林、氯吡格雷、阿托伐他汀、卡托普利、倍他乐克等对其进行常规治疗。西药组在常规治疗的基础上,硝酸甘油 10 mg 加 0.9%生理盐水 50 mL 静脉泵入,每日 1 次,连用 7 d 后改为硝酸异山梨酯片口服维持,每次 5 mg,4 次/d,服药 8 d。舒血宁组在常规治

窗口期,试剂灵敏度和操作人员因素都可能导致病毒传播的发生,还有很多没有被要求检测的病毒都可能在输血过程中发生传播。据报道^[3],采用血清学试验方法,美国输血传播 HBV、HCV 和 HIV 病毒感染的残余风险分别为 1/63 000、1/103 000 和 1/493 000。目前我国国内乙肝感染和携带人数已达到 1.3 亿,占全国人口数近 10%,HIV 的感染和携带也不容乐观,输血后丙肝感染率也是与日俱增,检测方法一直都是血清学试验为主,因此输血后病毒传播风险是无法避免的。

应用亚甲蓝进行病毒灭活能够有效地抑制输血传播病毒,其原理:亚甲蓝是临床用于亚硝酸及

疗的基础上加用舒血宁注射液 (国药准字 Z11021351,规格 5 mL/支)20 mL 加入 5%葡萄糖液 250 mL 中静脉滴注,每日 1 次,疗程 15 d,同时应用硝酸甘油,用法同西药组。

1.3 心绞痛症状缓解疗效判定 在同等劳动强度条件下,显效:心绞痛症状消失或基本消失,重度心绞痛减轻到轻度;有效:心绞痛发作次数、程度及持续时间有明显好转;无效:心绞痛症状与治疗前相同或加重。

1.4 心电图疗效判定 显效:休息时,心电图恢复至大致正常或正常,或运动试验转为阴性;有效:休息时心电图 ST 段回升 0.5 mV 以上但未达正常水平,主要导联 T 波倒置变浅 >50%,或 T 波由平坦变为直立;无效:休息时心电图基本与治疗前相同或加重。

1.5 结果 见表 2、表 3。舒血宁组心绞痛症状缓解率、心电图疗效均明显优于单纯西药组 ($P<0.05$)。

表 2 两组患者心绞痛疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
舒血宁组	80	52	19	9	88.75
西药组	80	38	22	20	75.00

表 3 两组患者心电图疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
舒血宁组	80	50	18	12	85.00
西药组	80	40	19	21	73.75

2 讨论

心绞痛是冠状动脉供血不足引起的心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧的临床综合征。不稳定型心绞痛是介于劳累性稳定型心绞痛与急性心肌梗死氰化物中毒的解毒剂,它能在可见光诱导下使氧化损伤病毒的核酸断裂,包膜破损,从而使病毒失去感染能力。血浆中没有细胞等有形成分,可能残存的病毒含量高,应用亚甲蓝病毒灭活技术处理方便,无残留,不影响血浆中其它成分的含量和功能。

参考文献

[1]张霞,周雯,王友森.环氧乙烷在灭菌物品中残留量测定及毒性研究进展[J].中国消毒学杂志,2005,22(2):217-218
[2]中华人民共和国卫生部,中国国家标准化管理委员会.中华人民共和国国家标准[S].北京:中国标准出版社,2012.11
[3]Schreiber GB, Busch MP, Kleinman SH, et al. The risk of transfusion-transmitted viral infections. The retrovirus epidemiology donor study[J]. N Engl J Med, 1996, 334(26): 1 685-1 690

(收稿日期: 2012-10-26)

不稳定心绞痛患者颈动脉斑块的研究

杨妍

(辽宁中医药大学附属第四医院 沈阳 110101)

关键词:彩色多普勒;不稳定心绞痛;颈动脉斑块

中图分类号:R 541.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.035

越来越多的研究证明颈动脉粥样硬化与冠心病、脑卒中的发生密切相关。本文通过分析不稳定心绞痛患者颈动脉斑块的特点及相关炎性因子水平,探讨彩色多普勒超声探查颈动脉斑块的性质在不稳定心绞痛的发生上的意义。

1 资料与方法

1.1 研究对象 对 2010 年 7 月~2011 年 7 月在本院住院患者 81 例进行观察,其中不稳定心绞痛 51 例,男 20 例,女 31 例,年龄 30~82 岁,平均(65.5±12.1)岁;非不稳定心绞痛 30 例,男 17 例,女 13 例,年龄 30~75 岁,平均(48.1±10.7)岁。除外脑卒中、心梗、糖尿病、高血压、急慢性感染、恶性肿瘤、心肾功能不全的患者。

1.2 研究方法

1.2.1 颈动脉超声 采用彩色多普勒超声仪 Philips HDI-5000,探头频率 10~5 MHz。患者仰卧位,颈动脉长轴及短轴断面清晰显示颈动脉,注意观察动脉粥样斑块的形态、性质,按斑块的形态将其分为均质性与非均质性两种,均质性斑块主要由纤维组织构成,不易破溃,较稳定;而非均质性斑块是指斑块内部强弱不等回声同时存在,往往由胶质、脂质、坏死组织、出血以及钙化等多种组织并存^[1]。

1.2.2 血生化指标及炎性因子测定 患者住院后抽取空腹静脉血,测定 hs-CRP,采用免疫透射比浊法进行测定。

之间的临床表现,主要包括初发心绞痛、恶化劳力型心绞痛、变异型心绞痛、卧位型心绞痛、心肌梗死后心绞痛等^[1]。舒血宁注射液是银杏叶有效成分(黄酮醇苷、银杏内酯)的提取制剂。中医认为其具有益气活血化瘀作用,现代药理学研究表明,银杏叶有效成分具有扩张血管、改善血液循环、抗凝、抑制血小板聚集、降低血黏度作用,可增强免疫力,对缺血心肌有保护作用^[2]。心绞痛属中医“胸痹”范畴,临床特征为当胸闷痛,甚则胸痛彻背,气短、喘息,不得安卧,反复发作,严重影响患者的身心健康。中医认为心气虚则气血运行失畅,心脉阻滞,不通则痛发

1.3 统计学方法 计量资料采用($\bar{X} \pm S$)表示,均数比较采用独立样本 *t* 检验,计数资料构成比比较采用 *Z* 检验。

2 结果

由表 1 可见不稳定心绞痛组非均质斑块的发生率高于非不稳定心绞痛组,而主要由纤维组织构成的均质斑块在不稳定心绞痛和非不稳定心绞痛组中无显著差异。hs-CRP 在不稳定心绞痛与非不稳定心绞痛组中存在显著差异。

表 1 不稳定心绞痛和非不稳定心绞痛组的比较 ($\bar{X} \pm S$) 例(%)					
组别	<i>n</i>	年龄(岁)	hs-CRP(mg/L)	非均质斑块	均质斑块
不稳定心绞痛组	51	65.5±12.1	12.6±3.8	38(74.5)	12(23.5)
非不稳定心绞痛组	30	48.1±10.7	4.9±2.4*	4(13.3)*	10(33.3)

注:与不稳定心绞痛组比较,**P*<0.01。

3 讨论

斑块的形成是动脉粥样硬化的明显特征,它反映动脉粥样硬化不同的发展阶段,对颈动脉斑块稳定性的评价可作为预测冠心病一种有价值的检查方法。CRP 作为炎症过程中最具标志性的因子,它直接参与了动脉粥样硬化的炎症反应过程。许多证据表明血液中 CRP 含量不仅与动脉粥样硬化的发生有关,且与动脉粥样硬化斑块的不稳定性也有着密切的联系,hs-CRP 参与了粥样硬化的血管壁炎症及血栓的发展过程^[3],可调理巨噬细胞对 LDL-C 的吞噬,加快泡沫细胞的形成,诱导人血管内皮细胞表达粘附分子,并可通过单核细胞刺激组织因子产生,促进凝血反应的发生。炎症反应强度是影响粥样斑块结构不稳定的重要因素,其含量可反映动脉

为胸痹,而冠心病心绞痛基本病机为气虚血瘀,所以把益气活血作为基本治则^[3]。本研究采用舒血宁注射液联合硝酸甘油治疗冠心病不稳定型心绞痛,总有效率 88.75%,综合疗效优于单纯应用硝酸甘油组。综上所述,采用舒血宁注射液与硝酸甘油联合治疗不稳定型心绞痛,效果显著,无药物不良反应,且简便易行,可在临床上推广应用。

参考文献

[1]叶任高.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.281-294
[2]张立.舒血宁制剂药理研究进展[J].中国中医基础医学杂志,2000,6(9):68-69
[3]张伯叟.中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,1985.108-112
(收稿日期:2012-11-14)