

管紧张素 II 受体(AT1)拮抗剂(ARB),通过和血管平滑肌 AT1 受体结合来抵抗血管紧张素 II 受体激活而引起的血管收缩、血压上升、交感神经兴奋等生理效应,从而起到降低血压、减轻心脏前后负荷及心肌收缩,并阻断血管紧张素促细胞生长的作用<sup>[3]</sup>。由于血管紧张素有升压的作用,以及较强的促细胞生长作用,可直接作用于心肌,增强交感神经的活性,以促进心室增厚<sup>[4]</sup>。因此,ARB 的使用成为目前治疗高血压的重点研究对象。

复方丹参滴丸是一种以通络止痛、活血化瘀为主的纯中药制剂,其主要成分是丹参、三七、冰片。中医认为高血压左心室肥厚多因先天肾气不足、血脉阴气亏损,后天情志、起居、饮食失调,从而导致心体胀大、血脉阻瘀、瘀血互结、脂浊,其发病机制主要与阴阳失调、痰瘀相关<sup>[5]</sup>。因此,复方丹参滴丸用于高血压左心室肥厚的治疗原则是平肝潜阳、祛痰化瘀及通络活血。医学研究证实,丹参复方制剂可改善左心室肥厚及其功能、心肌缺血、血脂异常及消退动脉粥样硬化等功效,并在保护血管内皮及抗损伤方面有一定的优势,说明该药治疗高血压左心室肥厚有确切的疗效<sup>[6]</sup>。

在本研究中将坎地沙坦与复方丹参滴丸联合治疗高血压左心室肥厚后, 研究组患者的舒张压与收缩压较对照组有明显的降低( $P<0.05$ ),且左心室舒张末期内径、后壁厚度以及室间隔厚度较对照组有明显的改善( $P<0.05$ ),说明中西药结合治疗的效果较西药单药治疗有更好的疗效,并提示中西医结合可降低心脏前后负荷、减轻心肌肥厚与血管增殖,达到改善心脏结构及功能的目的。综上所述,坎地沙坦与复方丹参滴丸联合治疗高血压左心室肥厚有较好的疗效,可有效降低患者血压、改善心室肥厚,值得临床推广和使用。

参考文献

[1]靳荣.复方丹参滴丸临床新用近况[J].实用中医药杂志,2012,28(7):610-611  
 [2]王翠云,刘厚林.坎地沙坦联合卡维地洛治疗高血压合并左心室肥厚的临床观察[J].中国药房,2012,23(32):3 007-3 009  
 [3]邓庆才,刘亚辉.复方丹参滴丸治疗心血管疾病的临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2010,29(22):7-8  
 [4]叶舒婷,谭超,谭元生.中医药对高血压病左室肥厚的临床研究进展[J].中医药导报,2013,19(1):91-94  
 [5]陈应军,丁国强.坎地沙坦与依那普利联合治疗高血压合并左心室肥厚的临床疗效观察[J].华西医学,2010,51(1):5-6  
 [6]陈金平,仇新军,于华,等.坎地沙坦联合复方丹参滴丸治疗高血压左心室肥厚[J].临床误诊误治,2013,13(1):66-69

(收稿日期: 2014-03-10)

## 瓜蒌皮注射液联合西药治疗冠心病心绞痛(痰瘀互阻证)合并心衰患者的临床研究

谢玉霞 晋卫军 程璐 张静 曲天华 乔瑞

(新疆医科大学附属中医医院心血管二科 乌鲁木齐 830000)

**摘要:**目的:观察瓜蒌皮注射液联合西药治疗冠心病心绞痛(痰瘀互阻证)合并心衰患者的疗效。方法:采用随机平行对照组,将 60 例住院患者随机分为两组。对照组 30 例给予阿司匹林肠溶片、氯吡格雷、血管紧张素转换酶抑制剂、 $\beta$  受体阻滞剂、硝酸酯类、利尿剂、洋地黄制剂及他汀类调脂药物等;治疗组 30 例在上述西药治疗基础上给予瓜蒌皮注射液 8 mL+5%葡萄糖注射液或 0.9%氯化钠注射液 250 mL 静滴,1 次/d。连续治疗 7~10 d,观察心绞痛、心衰、中医证候等变化情况。结果:心绞痛疗效:治疗组显效 20 例,有效 8 例,无效 2 例,总有效率 93.33%;对照组显效 12 例,有效 14 例,无效 4 例,总有效率 86.67%;治疗组总有效率优于对照组( $P<0.05$ )。心衰疗效:治疗组显效 24 例,有效 4 例,无效 2 例,显效率 80.00%;对照组显效 16 例,有效 12 例,无效 2 例,显效率 53.33%;治疗组显效率优于对照组( $P<0.05$ )。中医证候疗效:治疗组痊愈 19 例,显效 8 例,有效 2 例,无效 1 例,总有效率 96.67%;对照组痊愈 12 例,显效 10 例,有效 5 例,无效 3 例,总有效率 90.00%;治疗组总有效率优于对照组( $P<0.05$ )。结论:瓜蒌皮注射液联合西药治疗冠心病心绞痛(痰瘀互阻证)合并心衰患者能明显改善心绞痛症状、提高活动耐量、缓解中医证候。

**关键词:**冠心病心绞痛(痰瘀互阻证);心衰;瓜蒌皮注射液

中图分类号:R541.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.008

冠心病心绞痛是心血管专科常见的临床疾病。慢性心力衰竭是大多数心血管疾病的最终归宿,也是最主要的死亡原因<sup>[1]</sup>。冠心病心绞痛合并心衰患者在使用常规用药的基础上,常加用改善微循环的药物静脉注射辅助治疗。冠心病患者证候类型以痰瘀互阻证比例最高,达到 39.6%<sup>[2]</sup>。瓜蒌始载于《神农本草经》,有清热涤痰、宽胸散结的功效,是中医治疗胸痹、心痛的传统药物。药理研究发现,瓜蒌皮可以调节脂代谢、抗动脉粥样硬化、保护血管内皮、提高

心肌抗缺氧能力,具有缺血再灌注损伤保护和钙拮抗作用等。本次研究旨在观察瓜蒌皮注射液辅助治疗冠心病心绞痛(痰瘀互阻证)合并心衰患者的临床效果。现报道如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2013 年 6~12 月新疆医科大学附属中医医院心血管科住院患者 60 例,随机分成治疗组和对照组各 30 例,两组人口学资料及临床特征具有均衡性( $P>0.05$ ),具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者基本资料比较 ( $\bar{X} \pm S$ ) 例

组别	n	男/女	年龄(岁)	平均年龄(岁)	病程(月)	平均病程(月)
治疗组	30	19/11	42~76	60.10±9.30	1~27	9.53±7.85
对照组	30	20/10	43~76	57.90±8.84	1~34	9.13±6.68
组间比较	$\chi^2=0.073$		F=0.881		F=0.045	
P 值	0.500>0.05		0.352>0.05		0.832>0.05	

**1.2 诊断标准** 西医诊断参照 2007 年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制定的相关诊断与治疗指南<sup>[3-4]</sup>。中医诊断参照中国中西医结合学会心血管专业委员会 1990 年 10 月修订的《冠心病中医辨证标准》<sup>[5]</sup>。心功能分级参照纽约心脏病协会 1928 年心功能分级方法。根据诱发症状的用力程度将心功能分为 4 级:1 级:正常人活动水平时出现症状;2 级:日常活动后有症状;3 级:稍活动即有症状;4 级:静息状态下有心衰症状。

**1.3 纳入标准** 年龄 40~80 岁;符合上述中、西医诊断者;心功能 2 级及以上;中医辨证为痰瘀互阻证。

**1.4 排除标准** 对瓜蒌皮注射液过敏者;有严重肝肾疾患者;有严重不良反应、并发症及特殊生理变化等,难以继续治疗者;资料不全无法判定疗效、安全性者。

**1.5 治疗方法** 两组患者均常规给予西药治疗,主要包括阿司匹林肠溶片、氯吡格雷、血管紧张素转换酶抑制剂、 $\beta$  受体阻滞剂、硝酸酯类、利尿剂、洋地黄制剂及他汀类调脂药物等。治疗组在上述用药基础上加用瓜蒌皮注射液 8 mL 溶于 5%葡萄糖注射液或 0.9%氯化钠注射液 250 mL 中静脉滴注,每天 1 次。两组均连续治疗 7~10 d。

**1.6 疗效评定标准**

**1.6.1 心绞痛症状疗效标准** 显效:心绞痛基本消失或减少 80%以上;有效:心绞痛减少 50%以上;无效:心绞痛减少不到 50%。

**1.6.2 心衰症状疗效评定标准** 显效:临床症状、体征完全缓解或心功能改善 2 级以上;有效:临床症状、体征部分缓解或心功能改善 1 级以上,心功能处于 II~III 级,但心力衰竭继续存在;无效:心功能改善不足 1 级,或临床症状、体征无改善。

**1.6.3 中医证候疗效评定标准** 痊愈:疗效指数  $\geq 90\%$ ;显效:疗效指数 70%~90%;有效:疗效指数 30%~70%;无效:疗效指数 <30%。

**1.7 统计学处理** 采用 SPSS17.0 分析软件进行统计分析,计量资料采用均值  $\pm$  标准差 ( $\bar{X} \pm S$ ) 表示,组间比较用单因素方差分析,计数资料采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为有统计学差异。

## 2 结果

**2.1 心绞痛疗效比较** 连续治疗 7~10 d,治疗组心

绞痛症状缓解率优于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组心绞痛疗效结果比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	20	8	2	93.33
对照组	30	12	14	4	86.67

注:两组总有效率比较, $\chi^2=4.076$ , $P=0.044 < 0.05$ 。

**2.2 心衰改善程度比较** 连续治疗 7~10 d,治疗组心衰改善程度优于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组心衰症状疗效结果比较 例

组别	n	显效	有效	无效	显效率(%)
治疗组	30	24	4	2	80.00
对照组	30	16	12	2	53.33

注:两组显效率比较, $\chi^2=4.006$ , $P=0.045 < 0.05$ 。

**2.3 中医证候疗效比较** 连续治疗 7~10 d,治疗组中医证候疗效优于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 两组中医证候疗效比较 例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	19	8	2	1	96.67
对照组	30	12	10	5	3	90.00

注:两组总有效率比较, $\chi^2=3.936$ , $P=0.047 < 0.05$ 。

## 3 讨论

瓜蒌皮注射液临床上广泛用于治疗各种类型的冠心病。《本草思辨录》谓:“栝楼实之长,在导痰浊下行,故结胸胸痹,非此不治<sup>[6]</sup>。”瓜蒌皮能够抑制缺血心肌脂质过氧化,提高组织抵抗氧自由基损伤能力<sup>[7]</sup>。现代药理学研究表明,瓜蒌皮提取物可扩张豚鼠离体心脏冠状动脉、增加冠脉血流量、改善心肌供血,同时还能使心肌收缩力减弱、心率减慢,从而减低心肌耗氧<sup>[8]</sup>;瓜蒌皮提取物还能明显降低血清胆固醇、甘油三酯和低密度脂蛋白,从而具有明显的降脂作用<sup>[9]</sup>;此外,瓜蒌皮提取物具有抗血小板聚集<sup>[10]</sup>和保护血管内皮<sup>[11]</sup>的作用。大量临床研究表明<sup>[12-15]</sup>,瓜蒌皮注射液对冠心病心绞痛疗效确切。

本研究结果显示:瓜蒌皮注射液联合西药治疗冠心病心绞痛(痰瘀互阻证)合并心衰患者,治疗组患者在心绞痛缓解程度、心衰改善程度及中医证候改善等方面均明显优于对照组,说明瓜蒌皮注射液对冠心病心绞痛患者具有显著疗效,值得临床应用。

### 参考文献

- [1]叶任高,陆再英.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2006.166
- [2]张京春,谢元华,蒋跃斌,等.陈可冀辨治冠心病医案证法方药的频数分析[J].中医杂志,2008,49(10):901-902,913
- [3]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.慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(3):196-205
- [4]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.不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断与治疗指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(4):295-304
- [5]中国中西医结合学会心血管专业委员会.冠心病中医辨证标准[J].中西医结合杂志,1991,11(5):257
- [6]曹元宇.神农本草经[M].上海:上海科学技术出版社,1987.139
- [7]孙娟,赵启韬,黄臻辉,等.瓜蒌皮对急性心肌缺血大鼠的保护作用[J].中药药理与临床,2013,29(3):114-116 (下转第 20 页)

近年来,脑卒中的发病率越来越高,而且有年轻化趋势。但目前在我国,脑卒中的治疗仍多数以药物治疗为主,尤其在相对落后的地区更是如此,其致残率居高不下,给家庭和社会带来了沉重负担。对于度过急性期的偏瘫患者,最为重要的问题是瘫痪肢体功能如何能早日恢复,提高生活质量。据文献记载<sup>[5]</sup>,早期的康复训练可有效降低致残率,提高生活质量,尤其认为发病前半年是功能康复的黄金阶段<sup>[6]</sup>,不可错过。

除常规运动治疗外,物理治疗亦常用于偏瘫患者的治疗当中,且技术发展越来越成熟,对患者整个治疗疗效起到不可替代的作用。EC-12S 智能通络治疗仪是一款新型的多种输出模式组合中低频电疗设备,它紧密结合了中医关于经络的理论,通过对神经肌肉或经络及穴位进行中低频电刺激及直流电药物导入。据有关医书记载<sup>[7]</sup>,中低频电刺激的临床机理主要从以下几个方面发挥作用:(1) 电能使血管扩张,血流阻力及血液黏度降低,从而改善微循环,增加细胞的储氧及排除二氧化碳的能力,对于心脑血管疾病有较好的功效;(2) 能够增加人体生命电能,提高细胞黏膜吸收能量的速度,调整人体电位平衡,活化多种酵素;(3) 神经、肌肉组织在受到电刺激后,可迅速兴奋活跃起来,肌肉有规律地收缩运动,可减少废用状态,包括肌肉萎缩、关节受限等,对中风后遗症的改善如偏瘫的效果显著;(4) 对多种内分泌腺体具有调节作用,可调节受内分泌腺体控制的脏器,如消化系统;(5) 可使红细胞的数量增加,灭菌能力增强,从而实现消炎作用;(6) 电流刺激神经时,可舒缓因神经过度紧张而引起的各类疼痛。

因此,本次试验中我们采用频率稳定、精确、范围广、多疗程处方的 EC-12S 智能通络治疗仪,其波形、幅度、频率电流互相之间不断交换,在治疗中电极还有明显的束缚、紧压、震颤与抖动感,能促进血液循环,加速新陈代谢,减少代谢产物对组织的刺激,上述反应不仅能促进皮肤血液循环,而且能促进

深层肌肉组织血液循环。此外,在进行低、中频刺激时肌肉产生剧烈收缩舒张的“泵”作用,使 ATP 等物质不断分解和重新合成,这些物质除了满足肌肉收缩的生化需要外,还具有强烈扩张血管的作用,所以能同时使肌肉的血液循环明显增强。同时它还可刺激感觉神经末梢,通过反射引起血管扩张、改善血液循环、升高细胞膜通透性、加快物质代谢、增加组织营养、提高细胞的生活能力。机体内环境的改变,将有助于人体运动功能的改善。

通过在临床上规范化地应用 EC-12S 智能通络治疗仪对卒中偏瘫患者进行治疗,观察组坚持连续治疗 15 d,结果显示偏瘫侧肢体的运动功能得到明显改善,日常生活能力也较治疗前有所提高,虽然常规康复治疗前、后能力亦有改善,但辅助使用通络治疗仪治疗后功能改善更加明显,此外部分诉肩痛患者在辅助治疗后疼痛减轻,采用 FMA 运动能量表和 MBI 量表分别对脑卒中偏瘫患者患侧肢体各项运动功能及日常生活活动能力进行评定,结果显示观察组患者治疗后两项功能情况均得到明显提高。经临床研究证实 EC-12S 智能通络治疗仪对脑卒中后偏瘫患者运动功能和日常生活能力的提高确有疗效。如果治疗周期延长,对患者的康复可能会更大,但要求患者有坚强的毅力及积极的配合,治疗师的积极引导和治疗也至关重要。由此次试验可见,新开发的智能通络治疗仪在康复物理治疗当中发挥着重要的作用,并且在患者的康复治疗过程中应多与其他方式的治疗进行结合。

参考文献

[1]黄文迪,汪莉,赖桂凤,等.协作网康复干预模式对社区卒中后遗症患者运动功能的影响[J].内科,2011,6(2):112-113  
 [2]全国脑血管病会议.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380  
 [3]张丽红,刘静.HY-D03 型电脑中频治疗仪在偏瘫患者中的应用[J].海南医学,2010,21(9):91-92  
 [4]王玉龙.康复功能评定学[M].北京:人民卫生出版社,2008.162-167  
 [5]Brott T,Bogousslavsky J.Treatment of acute ischemic stroke [J].N Engl J Med,2000,343(10):710-722  
 [6]徐碧瑜,乐敏珍,董良瀚.早期康复对急性脑卒中患者运动功能的影响[J].心血管康复医学杂志,2001,10(2):128-129  
 [7]燕铁斌.物理治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2008.340-361

(收稿日期:2014-03-06)

(上接第 17 页)

[8]贝伟剑,赵一.大子栝楼的药理作用[J].时珍国药研究,1995,6(2):20-22  
 [9]史永堂.新通注射液联合低分子肝素治疗不稳定型心绞痛及对血脂的疗效观察[J].中华中医药杂志,2007,22(11):804-805  
 [10]刘岱琳,曲戈霞,王乃利,等.瓜蒌的抗血小板聚集活性成分的研究[J].中草药,2004,35(12):1334-1336  
 [11]罗革灵,陈伟利,谷彬,等.瓜蒌皮提取物对糖尿病大鼠血管内皮的保护作用[J].中国心血管病研究,2009,7(7):549-551

[12]张卫三,刘入源,洪秀芳.瓜蒌皮注射液对冠心病稳定型心绞痛的治疗[J].中华现代内科学杂志,2006,3(8):893-894  
 [13]赵然尊,石蓓,王冬梅,等.瓜蒌皮注射液治疗冠心病稳定型心绞痛合并 2 型糖尿病的临床观察[J].中国新药杂志,2010,19(20):1871-1874  
 [14]宋宏雁,班努·库肯.瓜蒌皮注射液治疗不稳定型心绞痛疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2009,18(31):3820-3821  
 [15]李红.参附注射液合瓜蒌皮注射液治疗心力衰竭 30 例[J].江西中医药,2010,41(3):33-34

(收稿日期:2014-03-11)