

阿托伐他汀联合益气活血方对不稳定型心绞痛的影响

吴昕 陈源 漆冬梅 骆玉玲

(广东省河源市中医院内一科 河源 517000)

摘要:目的:观察阿托伐他汀联合益气活血方治疗不稳定型心绞痛患者的临床疗效及对炎症介质的影响。方法:选取 2018 年 1 月~2019 年 8 月收治的不稳定型心绞痛患者 60 例作为研究对象,按随机数字表法将其分为对照组与研究组,各 30 例。对照组给予阿托伐他汀口服等常规西医治疗,研究组在对照组基础上联合益气活血方治疗,比较两组临床疗效及炎症介质水平。结果:研究组临床总有效率为 93.33%,高于对照组的 76.67%,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗前,两组患者降钙素、白介素-6 和超敏 C 反应蛋白等血清炎症介质水平无显著性差异($P>0.05$);治疗后,两组患者降钙素、白介素-6 和超敏 C 反应蛋白指标水平均明显降低,且研究组下降程度较对照组更显著,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:阿托伐他汀联合益气活血方能显著降低患者血清炎症介质,对治疗不稳定型心绞痛患者临床疗效显著。

关键词:不稳定型;心绞痛;阿托伐他汀;益气活血方;炎症介质

中图分类号:R541.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.005

不稳定型心绞痛是介于稳定型心绞痛与急性心肌梗死之间的一组临床综合征,主要是致心脑血管发生粥样硬化的相关危险因素所诱发,引起冠状动脉内不稳定的粥样斑块发生破裂,从而导致冠状血栓形成,患者临床主要表现为发作性胸痛^[1-2]。不稳定型心绞痛具有发病率高和发展迅速的特点,极易发展成急性心肌梗死以及猝死的情况,严重危害患者生命安全^[3-4]。目前西医主要是采用阿托伐他汀进行治疗,以调节血脂水平和抑制炎症反应,临床上取得一致认可^[5-6]。本研究探讨阿托伐他汀联合益气活血方治疗不稳定型心绞痛患者的临床疗效及对炎症因子的影响,旨在为临床治疗不稳定型心绞痛探索更为有效的治疗方法。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月~2019 年 8 月我院收治的不稳定型心绞痛患者 60 例作为研究对象,按随机数字表法将其分为对照组与研究组,每组 30 例。对照组男 17 例,女 13 例;年龄 55~75 岁,平均(66.33 ± 6.03)岁。相关病史:糖尿病 14 例,高血压病 14 例,高脂血症 11 例,吸烟史 11 例。研究组男 16 例,女 14 例;年龄 56~78 岁,平均(67.82 ± 5.98)岁。相关病史:糖尿病 12 例,高血压病 11 例,高脂血症 12 例,吸烟史 10 例。两组患者一般资料相比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。纳入标准:(1)静态下心电图有出现 2 个及以上相邻的导联 ST 段下移均 ≥ 0.1 mV;(2)在正常休息情况下发作心绞痛,同时疼痛的时间持续 20 min 以上;(3)入选前未接受相关心绞痛药物治疗;(4)年龄 55 岁以上;(5)患者及家属自愿参与本研究并签署知情同意书。排除标准:(1)近期有接受相关心绞痛药物治疗;(2)患有恶性肿瘤;(3)合并有严重心、肝、肾功能不全及血液系统疾病。本研究经我院医学伦理委员会

审批通过。

1.2 治疗方法 两组均采取对症常规治疗,给予氯吡格雷抗血小板聚集、阿司匹林肠溶片和低分子肝素抗凝等相关治疗,以及日常的低脂饮食,针对患者具体病症适当给予 β 受体阻滞剂、硝酸酯类制剂,血管紧张素转换酶抑制剂等相关治疗。

1.2.1 对照组 在常规治疗基础上给予口服阿托伐他汀(国药准字 J20150080),每晚 1 次,20 mg/次,治疗周期共 8 周。

1.2.2 研究组 在对照组的基础上,结合益气活血方治疗,药方组成:天麻 15 g,知母 12 g,郁金 12 g,丹参 15 g,红花 15 g,黄精 10 g,黄芪 30 g,川芎 10 g,玉竹 15 g,赤芍 15 g,甘草 6 g。将药剂浸泡数刻,进行煎熬,取过滤汁液 400 ml,早晚各 200 ml 服用,1 剂/d,4 周为 1 个疗程,连续治疗 8 周。

1.3 临床疗效评定标准 无效:患者心绞痛症状未出现明显改变,心电图未达到改善标准值,甚至出现加重趋势;有效:患者心绞痛症状有所减轻,日常发作次数减少一半以上,且持续的时间明显缩短,显示心电图 ST 段降低回升达到 50%以上,但仍未达到正常水平,倒置 T 波显示变浅;显效:患者自我感觉心绞痛症状明显消失,甚至基本消失,体力活动耐量增加,静息心电图显示 ST 段压低或 T 波倒置显示恢复正常。

1.4 观察指标 (1)比较两组临疗效。(2)比较两组血清中相关炎症介质水平,采用酶联免疫吸附法对治疗前后血清中的炎症介质相关指标进行测定,包括降钙素(PCT)、白细胞介素(IL-6)和超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)指标水平。

1.5 统计学方法 数据采用 SPSS21.0 统计学软件进行分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异

有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 研究组治疗总有效率为 93.33%，显著高于对照组的 76.67%，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	9(30.00)	14(46.67)	7(23.33)	23(76.67)
研究组	30	12(40.00)	16(53.33)	2(6.67)	28(93.33)
χ^2					7.327
P					<0.05

2.2 两组血清中相关炎症因子水平比较 治疗前，相关炎症因子水平指标 PCT、IL-6 和 hs-CRP 比较，无显著性差异 ($P>0.05$)；治疗后，两组血清 PCT、IL-6 和 hs-CRP 指标水平均明显下降，且研究组下降程度较对照组显著，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组血清中相关炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	PCT(μg/L)	IL-6(μg/L)	hs-CRP(mg/L)
对照组	30	治疗前	0.09± 0.02	99.85± 9.78	4.08± 0.68
	30	治疗后	0.05± 0.02	87.20± 7.05	3.52± 0.43
			5.321	5.787	5.371
t			<0.05	<0.05	<0.05
P					
研究组	30	治疗前	0.07± 0.01	100.14± 10.95	4.11± 0.74
	30	治疗后	0.04± 0.00*	73.58± 8.02*	2.66± 0.45*
			5.443	6.597	4.779
t			<0.05	<0.05	<0.05
P					

注：与对照组治疗后比较，* $P<0.05$ 。

3 讨论

不稳定型心绞痛是一种介于慢性稳定型心绞痛和急性心肌梗死之间的一种状态，具有发病率高、病情进展快的特点，在未采取有效控制病情手段的情况下，极易发展成急性心肌梗死，甚至出现猝死，对人体健康危害极大。有相关研究表明，该病症也可通过有效治疗手段使病情逆转为稳定型心绞痛，从而减轻病痛和减缓病症发展^[7]。

相关实践病理特性证实，血脂和炎症水平能显著体现患者病症程度情况，以往大量的临床治疗实践表明，通过调节血脂水平和采用积极抗炎症治疗可以明显稳定患者粥样斑块，有效防止不稳定型心绞痛的发生。针对不稳定型心绞痛的临床治疗，关键在于有效调节血脂水平和炎症因子水平，稳定动脉粥样斑块，预防血栓形成^[8-9]。

近年来，阿托伐他汀被更多应用在临床治疗不稳定型心绞痛中，它能很好地调节血脂水平，同时能抑制炎症反应，稳定粥样硬化斑块，被广泛认可^[10]。本研究结果显示，研究组的相关炎症因子水平(PCT、IL-6 和 hs-CRP)都出现明显下降 ($P<0.05$)，

与上述研究结果一致。另外，中医理论认为不稳定型心绞痛的发生主要是由于气滞血瘀所造成，可以依据通络止痛和益气活血的原则进行治疗^[11]。本研究选用的益气活血方中含天麻、知母、郁金、丹参、红花、黄精、黄芪、川芎、玉竹、赤芍、甘草等药物成分。天麻有平肝息风之功效，知母和玉竹则能芳香辛燥、滋阴润燥和防止川芎伤阴，郁金有疏肝活血之功效，川芎和丹参则有祛瘀和止痛的功效，黄精起益气补血作用，赤芍能清热凉血，甘草作为调和药材，可强化诸药益气健脾和通络化瘀的功效。另外，益气活血方的主要活性成分还具有抗炎作用，而阿托伐他汀则主要是通过抗炎、抗氧化和改善血管内皮的功能及抗血栓从而发挥作用，两者结合则能有效改善患者气滞血瘀，同时还能抑制炎症反应，起到减轻心绞痛症状。

从本研究结果可知，采用阿托伐他汀联合益气活血方治疗的研究组患者治疗总有效率为 93.33%，显著高于对照组的 76.67%，差异具有统计学意义 ($P<0.05$)，表明中西医结合治疗，比单纯采用阿托伐他汀治疗的效果更显著；同时，研究组的 PCT、IL-6 和 hs-CRP 指标水平下降程度较对照组更显著，且差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。综上所述，阿托伐他汀联合益气活血方治疗能显著降低患者血清炎症因子，对治疗不稳定型心绞痛患者临床疗效较单纯采用阿托伐他汀治疗的患者更显著，应用前景广阔。

参考文献

[1]麻京豫.丹红注射液对冠心病不稳定型心绞痛的临床疗效及对患者 Hcy、hs-CRP、NT-proBNP 的影响研究[J].中药药理与临床.2015,31(1):232-234

[2]肖祖华,钟德福,丁富莲,等.心可舒联合氨吡格雷治疗不稳定型心绞痛的疗效观察[J].临床医学工程.2015,22(5):588-589

[3]孙启银,林霞,唐坎凯,等.阿托伐他汀联合补气固脱中药对不稳定型心绞痛虚寒证患者心绞痛发作程度及血流动力学指标的影响[J].中华中医药学刊.2016,34(4):1000-1003

[4]单醇浩.阿托伐他汀治疗高血压伴不稳定型心绞痛的疗效和安全性研究[J].中国处方药.2018,16(6):49-50

[5]薛文鑫,张爱真,许慧,等.瑞舒伐他汀对不同年龄高血压合并高脂血症患者内皮素和血清炎症因子水平的影响[J].中国药物应用与监测.2015,12(3):137-140

[6]李亮昌,喻得蓉.瑞舒伐他汀用于高脂血症合并高血压对临床疗效观察[J].现代诊断与治疗.2015,26(7):1507-1508

[7]刘羿妍,李浦媛,李晟琰,等.参芍胶囊治疗冠心病不稳定型心绞痛的临床观察[J].中国药房.2017,28(11):1541-1544

[8]洋慧俐.不稳定型心绞痛患者血清炎症因子、血管内皮功能和血脂水平变化及临床意义[J].中国基层医药.2019,26(5):560-563

[9]王碧莹,邵炜彦,王治乾,等.灯盏生脉胶囊治疗不稳定型心绞痛的效果[J].广东医学.2014,35(10):1615-1616

[10]李少杰.不同剂量阿托伐他汀对高血压合并高脂血症患者血脂和 hs-CRP 的影响[J].中国民康医学.2015,27(19):63,115

[11]刘晓峰,罗新庆,徐志杰.吡啶帕胺联合益气活血方治疗高血压合并冠心病的临床研究[J].中外医学研究.2015,13(13):117-118

(收稿日期：2019-11-20)