



· 论 著 ·

瓜蒌薤白半夏汤加减治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病不稳定型心绞痛的临床疗效评价

李娟娟 (容县人民医院 广西容县 537500)

摘要:目的 分析瓜蒌薤白半夏汤加减治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病不稳定型心绞痛的临床疗效。方法 纳入 2018 年 12 - 2020 年 12 月我院符合标准的冠状动脉粥样硬化性心脏病不稳定型心绞痛患者 60 例, 随机分为观察组和对照组, 对照组接受常规方法治疗。观察组在对照组基础上加服瓜蒌薤白半夏汤加减治疗。治疗 2 周, 分别记录治疗前后患者的疗效、治疗前后心功能指标、中医证候积分结果。**结果** 观察组治疗疗效高于对照组, $P < 0.05$ 。治疗前二组患者中医证候积分、心功能指标比较, $P > 0.05$, 而治疗后观察组中医证候积分、心功能指标改善程度大于对照组改善程度, $P < 0.05$ 。**结论** 瓜蒌薤白半夏汤加减治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病不稳定型心绞痛的疗效确切, 可有效改善心功能和患者症状, 值得推广。

关键词: 瓜蒌薤白半夏汤加减治疗; 冠状动脉粥样硬化性心脏病; 不稳定型心绞痛; 临床疗效

中图分类号: R541.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2021) 02-040-02

由于动脉粥样硬化损伤所致的冠状动脉狭窄或阻塞所致的心脏疾病, 导致心肌缺血、缺氧或心肌坏死, 常被称为冠状动脉粥样硬化性心脏病。但是, 冠状动脉粥样硬化性心脏病可有更广泛的范围, 包括炎症、栓塞以及其他引起管腔狭窄或闭塞的因素。人们的生活水平不断提高, 老龄问题日益突出, 越来越关注自身的健康。但心血管疾病作为常见病, 已严重影响了人们的生活, 特别是心肌的新陈代谢血流不足, 它可引起短暂的心肌缺血和缺氧, 从而引起心绞痛。本研究纳入 2018 年 12 - 2020 年 12 月我院符合标准的冠状动脉粥样硬化性心脏病不稳定型心绞痛患者 60 例, 评价瓜蒌薤白半夏汤加减治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病不稳定型心绞痛的临床疗效。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 2018 年 12 - 2020 年 12 月我院符合标准的冠状动脉粥样硬化性心脏病不稳定型心绞痛患者 60 例, 采用随机数字表法分为对照组、观察组, 每组 30 例。其中, 对照组男 18 例, 女 12 例, 年龄 32-78 (53.61±2.26) 岁。病程 1.5 ~ 11.7 年, 平均 (5.24±1.21) 年。观察组男 17 例, 女 13 例, 年龄 31-78 (53.01±2.20) 岁。病程 1.4 ~ 11.3 年, 平均 (5.45±1.25) 年。两组一般资料差异无统计学意义。

1.2 方法

对照组: 给予常规治疗, 60mg 鲁南欣康混合 5% 葡萄糖溶液 250ml 静脉滴注治疗, 每天 1 次, 治疗 2 周。

观察组: 在对照组西医治疗基础上, 加用瓜蒌薤白半夏汤加减, 薤白 15g、瓜蒌 15g、半夏 15g、白术 15g、陈皮

15g、黄芪 15g, 若患者伴有口渴喜饮现象, 需在此基础上加用花粉、天冬和麦冬; 若患者伴有头晕现象, 则加用石决明、钩藤及天麻; 若患者伴有言语蹇涩现象, 则加用远志和菖蒲。水煎服, 1 剂 / 日, 每剂分早晚两次服用, 治疗 2 周。

1.3 观察指标

恢复正常心电图, 心绞痛发作次数减少 80% 以上, 显效; 恢复 0.05mV 及以上的心电图, 心绞痛发作次数减少 50%-80% 有效; 达不到以上标准为无效。显效率 + 有效率 = 总有效率^[1]。

中医证候积分每一项均是 0-3 分, 0 分表示没有症状, 1 分表示轻度, 2 分表示中度, 3 分表示重度。

1.4 统计学方法

SPSS22.0 软件统计, 计数 χ^2 统计, 计量 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

观察组中医疗效 93.33% 高于对照组, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1: 两组总有效率比较 [例数 (%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组 (30)	10	11	9	21 (70.00)
观察组 (30)	18	10	2	28 (93.33)
χ^2				6.452
P				0.012

2.2 两组西医有效性指标比较

治疗前二组患者中医证候积分、心功能指标比较, $P > 0.05$, 而治疗后观察组中医证候积分、心功能指标改善程度大于对照组改善程度, $P < 0.05$ 。如表 2。

表 2: 治疗前后中医证候积分、心功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时期	胸闷胸痛 (分)	心悸 (分)	乏力气短 (分)	心功能等级
观察组	治疗前	2.34±0.24	2.48±0.25	2.58±0.23	3.21±0.21
	治疗后	0.41±0.10	0.42±0.13	0.31±0.12	1.23±0.21
对照组	治疗前	2.36±0.25	2.49±0.26	2.59±0.28	3.24±0.34
	治疗后	1.21±0.12	1.41±0.13	0.92±0.23	2.21±0.42

3 讨论

机械狭窄和冠状动脉阻塞是导致动脉粥样硬化的主要原因, 而冠状动脉痉挛是其中的重要原因。其发生原因至今仍未完全明了。多项研究表明, 本病是一种多病因的疾病, 是由各种因素共同作用于不同环节而引起的, 称为危险因素,

主要危险因素是年龄: 中老年人较为普遍, 尤其 50 岁以上人群。妇女: 绝经前妇女的发病率低于妇女, 但绝经后妇女的发病率与男子基本相同。另外, 血脂、血压和血糖等因素也是影响疾病发生的关键因素^[2]。

(下转第 42 页)



我们将结果分为三个表:住院病人、门诊病人和健康人群。接下来我们删除了从非血液样本中获得的检测数值。最后,我们计算了同一个人 SUA 水平的平均值。图 1 为患者筛查的流程图。

2.1 SUA 水平的分布

本研究共纳入住院病人 46535 人,门诊病人 35641 人,健康人 50418 人(表 1)。只有 0.04% 的健康人有低尿酸血症。低尿酸血症在住院病人中的患病率为 4.92%,在门诊病人中的患病率为 0.42%。

2.2 男性和女性的血清尿酸水平(表 2)

男性的 SUA 水平高于女性。在门诊病人和健康人群中,女性高尿酸血症的患病率高于男性。然而,男性住院患者比女性住院患者高尿酸血症的患病率高。

2.3 低尿酸血症患者的基本特征(表 3)

低尿酸血症患者的平均年龄、男女比例和 SUA 水平平均值见表 3 低尿酸血症住院患者年龄大于门诊患者和健康人。

3 讨论

据我们所知,这是第一个基于大规模中国人口的低尿酸血症患病率的调查研究。在本研究中,住院病人、门诊病人和健康人群中的低尿酸血症患病率分别为 4.92%、0.42% 和 0.04%。高尿酸血症的患病率远高于低尿酸血症。

1988 年, Yanase 等人^[13] 报告了健康人群中的低尿酸血症, 研究中调查了 1 万多名接受健康检查的日本人。在本研究中, 8067 名男性中有 13 名, 3432 名女性中有 8 名 SUA 水平下降 ($\text{sua} < 1.5 \text{mg/dl}$)^[13]。这是第一项关于健康人群中低尿酸血症患病率的研究。在日本进行的最新研究中, 对 2004 年 1 月至 6 月期间接受定期健康检查的 94980 名日本受试者的数据进行了分析^[17]。其中东京某医院(地理位置于太平洋侧)的

低尿酸血症患病率为 172 (0.191%), 和日本南部的医院(日本海侧)的低尿酸血症患病率为 28 (0.579%)。先前的研究表明: 即使在同一个国家和同一种族, 低尿酸血症的患病率也因地域而异。与日本人群相比, 本研究中健康人群的低尿酸血症患病率较低 (0.04%)。

虽然低尿酸血症通常是无症状, 被认为不需要治疗⁽²⁾, 但尿酸是人类重要的抗氧化剂之一^[27]。最新研究表明, 轻度低尿酸血症与肾小球入球小动脉阻力增加显著相关, 这可能导致肾血流动力学异常^[28]。低尿酸血症可能是潜在的危险, 包括引起肾功能下降^[28]。先前的流行病学研究表明: 低尿酸血症可能与肾功能下降有关^[8, 29]。

这仅仅为单一中心的回顾性研究, 但本研究的主要优点是人群规模相对较大。据我们知道, 这项研究是第一项基于大规模中国人口的低尿酸血症患病率的研究。一些低尿酸血症的受试者可能接受了多项血尿酸的检测。如果结果包括低尿酸血症和正常/高尿酸血症, 则该患者在人群基数中计算了两次, 这是本研究的一个局限性。本研究与之前的韩国研究相似^[16], 我们在中国人群中进行了这项调查, 并提供了中国人的数据。本研究另一个的局限性在于缺乏与低尿酸血症相关的潜在原因分析。

4 结论

低尿酸血症在中国健康人群中非常罕见然而, 低尿酸血症在门诊并不少见, 低尿酸血症在住院病人中相对常见。

参考文献

- [1] Steele TH. Hypouricemia. N Engl J Med. 1979;301(10):549-50.
- [2] Esparza Martín N, García Nieto V. Hypouricemia and tubular transport of uric acid. Nefrologia. 2011;31(1):44-50.

(上接第 40 页)

长久以来, 冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛严重威胁着老年人的生命健康, 如不及时治疗, 极易危及患者的生命。因此临床上合理有效的治疗方法显得尤为重要。对于冠状动脉粥样硬化性心脏病、心绞痛的防治, 中医历来有积极的意义。从临床上看, 冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛属于心前性疼痛, 需要从冠状动脉粥样硬化的角度加以控制。西医通过控制血糖和血脂水平, 一方面可减少血小板凝集, 另一方面可改善心肌血流量, 提高供氧能力, 改善血管舒张。目前常用的治疗心绞痛的药物是鲁南欣康, 它可以减轻心脏的负荷, 可以作为长期的血药浓度^[3]。

中医学认为, 冠状动脉粥样硬化性心脏病属于“胸痹”、“心痛”的范畴, 其治疗应立足于“治标急治、缓治”。快速止痛法可用于发作期控制病情, 缓解期应用活血化瘀法。瓜蒌薤白半夏汤加减有益于改善临床症状, 半夏有抗心律失常作用, 丹参有扩张冠状动脉、加速血流量、预防心肌梗塞。该药合用可提高生存质量, 对心肌梗死、心绞痛治疗有积极作用^[4-5]。瓜蒌薤白半夏汤加减治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病不稳定型心绞痛的疗效确切, 现代药理学证实, 瓜蒌薤白半夏汤加减具有益气活血的作用, 降低心肌细胞兴奋阈值, 活血养血的作用。其中, 黄芪具有降低兴奋性氨基酸 (EAA) 毒性、减轻一氧化氮 (NO) 神经毒性、拮抗细胞内 Ca^{2+} 超载、抑制神经元凋亡、调节血脂、稳定血压、避免血栓形成的作用。药物联合使用, 可达到抗血栓、稳定血压、疏通化瘀的效果, 既能恢复患者的心功能, 又能在一定程度上改善患者整体机体

功能^[6-7]。本研究中观察组治疗疗效高于对照组, $P < 0.05$ 。两组均有较高的安全性。治疗前二组患者中医证候积分、心功能指标比较, $P > 0.05$, 而治疗后观察组中医证候积分、心功能指标改善程度大于对照组改善程度, $P < 0.05$ 。

综上所述, 瓜蒌薤白半夏汤加减治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病不稳定型心绞痛的疗效确切, 可有效改善心功能和患者症状, 值得推广。

参考文献

- [1] 庞瑜, 张国浩, 张家美. 瓜蒌薤白半夏汤加减联合阿托伐他汀钙片治疗冠心病痰浊内阻型患者的疗效 [J]. 山西医药杂志, 2021, 50(01):98-100.
- [2] 吴炳煜, 苏宝华. 瓜蒌薤白半夏汤治疗冠心病心绞痛疗效分析 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(23):45-47.
- [3] 王莉莉, 陈芹, 陈丽. 瓜蒌薤白半夏汤加减联合西药对冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛临床效果及血脂的影响 [J]. 中医临床研究, 2020, 12(32):27-29.
- [4] 朱瑞, 韩影, 何勇, 张静. 瓜蒌薤白半夏汤合血府逐瘀汤加减联合西药治疗胸痹心痛临床研究 [J]. 四川中医, 2020, 38(11):95-98.
- [5] 王晓静, 殷艳丽. 瓜蒌薤白半夏汤加减治疗冠心病心绞痛痰浊痹阻证对于心肌血运重建的影响及效果 [J]. 中国医药指南, 2020, 18(31):139-140.
- [6] 李荣敏, 刘嘉政. 瓜蒌薤白半夏汤加减治疗冠心病心绞痛 (痰浊痹阻证) 的疗效观察 [J]. 内蒙古中医药, 2020, 39(09):24-25.
- [7] 杨卫明. 瓜蒌薤白半夏汤加减改善冠心病患者心功能 56 例临床观察 [J]. 心血管病防治知识, 2020, 10(25):32-34.