

引用:成钰,李建宁,张瑞英,赵国平. 益气扶正方对冠心病介入术围手术期患者的影响[J]. 湖南中医杂志,2020,36(6): 6-8,29.

益气扶正方对冠心病介入术围手术期患者的影响

成钰,李建宁,张瑞英,赵国平

(宁晋县中西医结合医院,河北 宁晋,055550)

[摘要] 目的:观察益气扶正方对经皮冠状动脉介入(PCI)术围手术期患者的影响。方法:将80例冠心病行PCI术成功患者随机分为治疗组和对照组,每组各40例。对照组于围手术期予西医常规治疗,治疗组在对照组基础上加用益气扶正方治疗。观察2组治疗前后中医证候积分、凝血功能及PCI术后6个月冠状动脉再狭窄发生率。结果:2组中医证候积分及血液流变学指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。冠状动脉再狭窄率治疗组为7.5%(3/40),对照组为27.5%(11/40),2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:PCI术围手术期运用中西医结合治疗可改善患者气虚血瘀症状,减少术后并发症发生。

[关键词] 冠心病;PCI术;围手术期;益气扶正方

[中图分类号]R259.414 **[文献标识码]**A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.06.002

Effect of Yiqi Fuzheng prescription on patients with coronary heart disease in the perioperative period of percutaneous coronary intervention

CHENG Yu, LI Jianning, ZHANG Ruiying, ZHAO Guoping

(Integrated Traditional Chinese and Western Medical Hospital of Ningjin County, Ningjin 055550, Hebei, China)

[Abstract] Objective: To investigate the effect of Yiqi Fuzheng prescription on patients with coronary heart disease in the perioperative period of percutaneous coronary intervention (PCI). Methods: A total of 80 patients with coronary heart disease who underwent successful PCI were randomly divided into treatment group and control group, with 40 patients in each group. The patients in the control group were given conventional Western medicine treatment in the perioperative period, and those in the treatment group were given Yiqi Fuzheng prescription in addition to the treatment in the control group. The two groups were compared in terms of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score before and after treatment, coagulation function, and incidence rate of coronary artery restenosis at 6 months after PCI. Results: Both groups had significant changes in TCM syndrome score and hemorheological indices after treatment, and there were significant differences in these indices between the groups after treatment ($P < 0.01$ or $P < 0.05$). There was a significant difference in the incidence rate of coronary artery restenosis between the treatment group and the control group [7.5% (3/40) vs 27.5% (11/40), $P < 0.05$]. Conclusion: Integrated traditional Chinese and Western medicine therapy in the perioperative period of PCI can improve the symptoms of Qi deficiency and blood stasis and reduce postoperative complications.

[Keywords] coronary heart disease; percutaneous coronary intervention; perioperative period; Yiqi Fuzheng prescription

冠状动脉粥样硬化性心脏病简称冠心病,亦称缺血性心脏病,《中国心血管病报告2015》^[1]发布的数据估计,中国有心血管病患者约2.9亿。目前经

皮冠状动脉介入(percutaneous coronary intervention, PCI)术是治疗冠心病的有效手段,可显著降低患者的病死率和病残率,但约有15%~20%的患者接受

基金项目:河北省中医药管理局科研计划项目(20171057)

第一作者:成钰,男,主治医师,研究方向:中西医结合临床

通讯作者:赵国平,男,副主任医师,研究方向:中西医结合临床, E-mail:148125975@qq.com

PCI术后3~6个月后仍会出现不同程度的血管再狭窄^[2]。

冠心病心绞痛、急性心肌梗死归属于中医学“胸痹心痛”“真心痛”“厥心痛”等范畴,为本虚标实之证。薛增明等^[3]对冠心病患者冠状动脉支架植入术前后中医证型的演变进行分析后发现,本虚标实的病机贯穿于整个围手术期,本虚以气虚、阳虚为主,标实以热蕴、痰浊为主,提示对于冠心病支架术患者的治疗需重视益气、清热。本研究主要观察了益气扶正方对PCI术围手术期患者临床症状、凝血功能的影响,并探讨了扶正益气方在PCI术围手术期的疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 40例均为2016年3月至2019年3月于本院住院的冠心病患者,将其随机分为治疗组和对照组,每组各40例。治疗组中,男22例,女18例;平均年龄(54.71±7.52)岁;平均病程(11.86±5.31)年;不稳定型心绞痛26例,非ST段抬高型心肌梗死5例,ST段抬高型心肌梗死4例,稳定型心绞痛5例;高脂血症23例,高血压病19例,糖尿病6例,脑血管病5例。对照组中,男23例,女17例;平均年龄(55.26±6.77)岁;平均病程(11.42±5.26)年;不稳定型心绞痛25例,非ST段抬高型心肌梗死5例,ST段抬高型心肌梗死6例,稳定型心绞痛4例;高脂血症19例,高血压病20例,糖尿病8例,脑血管病5例。2组性别、年龄、病程、病情等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 根据文献^[4-6]诊断为心绞痛、心肌梗死,并行近期冠状动脉造影证实冠状动脉有显著狭窄(>50%),且均成功行PCI术治疗。

1.2.2 中医辨证标准 根据《中药新药临床研究指导原则》^[7]辨证为气虚血瘀证。症见胸痛胸闷,心悸气短,自汗,神倦乏力,面色紫暗,舌淡紫,脉弱而涩。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准和中医辨证标准;2)年龄>45岁、且<75岁;3)临床资料完整。

1.4 排除标准 1)合并重度高血压病、心肺功能不全及肝、肾、造血系统等严重原发病;2)妊娠及哺

乳期妇女;3)精神病;4)不能配合治疗;5)过敏体质或对所研究药物过敏。

2 治疗方法

2组均于气管插管全麻下行PCI术,术后送重症监护室监护。

2.1 对照组 于围手术期采用西医常规治疗。术前3d开始服用阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司,批准文号:国药准字J20130078,规格:100mg/片)每次1片,每天1次;硫酸氢氯吡格雷片(杭州赛诺菲安万特民生制药有限公司,批准文号:国药准字J20130083,规格:75mg/片)每次1片,每天1次。术中予肝素,用量为100IU/kg。术后继续予阿司匹林和氯吡格雷治疗,剂量同术前。术前术后对合并症患者均予对症支持治疗。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用益气扶正方治疗。药物组成:人参12g,白术12g,茯苓12g,当归12g,川芎12g,白芍12g,熟地黄12g,甘草12g,黄芪18g,女贞子18g,生姜12g,附子6g,肉桂6g。辨证加用活血化瘀之品,瘀血轻者加丹参、红花、桃仁、郁金等;瘀血重者加三七、血竭、虻虫等。以上中药由本院中药煎药室制备成袋,每袋100ml,每次1袋,每天2次。

2组均以2周为1个疗程,观察1个疗程后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)中医证候积分。分别于治疗前后记录中医证候积分,胸痛、胸闷、心悸、气短、自汗、神疲、乏力按无、轻、中、重分别计0、1、2、3分^[7]。2)凝血功能。观察治疗前后血液流变学指标的变化,包括血液黏度、高切全血黏度、低切全血黏度、纤维蛋白原。3)再狭窄发生率。PCI术6个月后进行随访,行冠状动脉造影,根据《经皮冠状动脉介入治疗指南》^[8]中的要求(原扩张部位周围5mm处血管腔直径狭窄 $\geq 50\%$,若2支或3支血管同时被扩张,则1支血管原扩张部位扩张部位周围5mm处血管腔直径狭窄 $\geq 50\%$)确定是否出现再狭窄。

3.2 统计学方法 采用SPSS 22.0统计学软件进行分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较符合正态分布者采用配对 t 检验,不符合正态分布者采用两相关样本秩和检验;组间比较,符合正态分布者采用独立样本 t 检验,不符合正态分布者采用两独立样本秩和检验。计数资料以率

(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组治疗前后中医证候积分比较 治疗前

表1 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	胸痛	胸闷	心悸	气短	自汗	神疲	乏力
治疗组	40	治疗前	3.61 ± 0.55	3.94 ± 0.43	2.67 ± 0.26	2.57 ± 0.33	2.61 ± 0.65	2.63 ± 0.35	3.56 ± 0.38
		治疗后	0.62 ± 0.15 ^{ab}	0.22 ± 0.25 ^{ab}	0.52 ± 0.28 ^{ab}	0.68 ± 0.22 ^{ab}	0.24 ± 0.15 ^{ab}	0.82 ± 0.23 ^{ab}	0.81 ± 0.28 ^{ab}
对照组	40	治疗前	3.66 ± 0.41	3.35 ± 0.52	2.61 ± 0.43	2.53 ± 0.42	2.59 ± 0.42	2.71 ± 0.32	3.74 ± 0.26
		治疗后	1.89 ± 0.12 ^a	1.64 ± 0.22 ^a	1.17 ± 0.20 ^a	1.46 ± 0.19 ^a	1.14 ± 0.32 ^a	1.07 ± 0.35 ^a	1.56 ± 0.57 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.01$ 。

3.3.2 2组治疗前后血液流变学指标比较 治疗前

2组血液流变学指标比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后2组各指标水平均较治疗前降低,且治疗组低于对照组,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	血浆黏度 (mpa/s)	高切全血黏度 (mpa/s)	低切全血黏度 (mpa/s)	纤维蛋白原 (g/L)
治疗组	40	治疗前	1.78 ± 0.22	4.58 ± 0.71	10.73 ± 0.55	5.26 ± 0.41
		治疗后	1.39 ± 0.16 ^{ab}	3.56 ± 0.52 ^{ab}	8.12 ± 1.15 ^{ab}	3.18 ± 0.36 ^{ab}
对照组	40	治疗前	1.91 ± 0.17	4.74 ± 0.35	10.82 ± 0.49	5.32 ± 0.26
		治疗后	1.65 ± 0.21 ^a	4.24 ± 0.86 ^a	10.13 ± 0.72 ^a	4.33 ± 0.14 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.3.3 2组冠状动脉再狭窄发生率比较 2组 PCI

术后6个月随访冠状动脉造影结果显示,治疗组出现再狭窄3例(7.5%),对照组出现再狭窄11例(27.5%),2组再狭窄发生率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

随着介入治疗的适应范围不断拓宽,复杂病变介入治疗成功率不断提高,目前PCI术已成为冠心病血运重建治疗的重要手段。尤其是药物涂层支架的出现,使得再狭窄事件的发生率显著降低。然而,冠脉介入及介入术后仍然存在一些需要关注和解决的问题,如术中无复流、缺血再灌注损伤、术后支架内再狭窄等。研究显示,约40%~44%的患者在PCI术后1年内复发过心绞痛,超过50%的患者术后出现不同程度的气短、乏力等问题,严重影响远期预后,因此如何更好地降低PCI术后相关并发症的发生率已成为临床亟需解决的问题。

有相关研究表明,在介入治疗围手术期采用中医药辨证施治有着改善血流状态、抑制血小板聚

2组中医证候积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后2组中医证候积分均较治疗前降低,且治疗组低于对照组,差异均有统计学意义。(见表1)

集、保护血管内皮、调节神经内分泌等多重效应,对于预防和治疗围手术期出现的急、亚急性血栓,无复流、慢复流,下肢静脉血栓形成等均具有良好的效果^[9-11]。

中医学认为心主血脉,心气推动血液运行,并维持脉管的充盈和通利。冠心病患者多数既往有心气不足,而介入手术可导致扩张部位络脉损伤,从而导致心气虚衰,对心气产生新损伤,使心气虚加重,运血无力,络脉失养,瘀血内停,极易发生冠脉再狭窄^[12]。陈伯钧等^[13]对冠心病介入治疗围手术期中医辨证分型研究结果显示,介入手术前后均以气虚证、血瘀证及痰浊证多见,且术后实证不断减少,虚证逐渐增多。

本研究结果显示,治疗组治疗后中医证候积分及血液流变学指标水平均较治疗前降低,且治疗组降低幅度优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。2组PCI术后6个月随访,冠状动脉再狭窄率治疗组为7.5%,对照组为27.5%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明PCI术围手术期运用中西医结合治疗可改善患者气虚血瘀症状,减少术后并发症发生,值得临床进一步研究。

参考文献

[1] 陈伟伟. 中国心血管病报告2015[J]. 中华医学信息导报, 2016,31(12):11.

[2] 杨蕾,王丽娟. 冠状动脉支架内再狭窄的相关性因素分析[J]. 中国动脉硬化杂志,2013,21(5):449-453.

[3] 薛增明,李长生,宁美芳,等. 42例冠心病患者冠状动脉支架植入术前后中医证型的演变[J]. 山东中医杂志,2005,24(12):719-720.

[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. 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):195-206.

所产生的一种应激性反应^[2]。心主神明,疼痛的发生与心神关系密切,若患者长期处于慢性疼痛状态,势必引起其情绪变化,如忧思郁结、心神不定、神不守舍、七情内伤,使其出现失眠、多梦、疑虑、焦灼或是情绪起伏跌宕。陈教授认为欲治痛必先治心,常采用解郁安神法治疗,并在方药中逐加合欢皮、茯苓、五味子、丹参、远志、酸枣仁等药物。方中合欢皮、远志可安神解郁,而对于心脉虚者可重用丹参养血宁心安神。

2.3 内外兼治 《外科精义·辨疮疽疔肿证候法》曰:“大抵敷贴之法,欲消散肿毒,血脉疏通,寒热逆从断其去就焉”,首次将八纲辨证应用于中医外治法。《正体类要·序》云:“肢体损于外,则气血伤于内,营卫有所不贯,脏腑由之不和,岂可纯任手法,而不求之脉理,审其虚实,以施补泻哉!”清代吴师机明确指出:“外治之理,即内治之理,外治之药,亦即内治之药,所异者法耳”,说明外治法同样需要在辨证论治理论指导下进行才能取得良效。腰椎间盘突出症是由于脊椎的内外平衡系统遭到破坏,内源性稳定(骨、关节、椎间盘)和外源性稳定(肌肉)失衡导致的,建议患者进行适当腰背肌功能锻炼,以打破失稳-稳定-再失稳这一病理循环,重新建立腰椎的内外平衡。

3 典型病案

李某,男,62岁,2015年2月14日初诊。患者自述8年前因淋雨感寒后出现两侧腰部疼痛,症状时有反复,现遇凉或阴雨天则疼痛加重,曾就诊于多家医院,常服用散寒祛湿中药及外用膏药敷贴(具体不详),均未见明显效果,腰痛仍反复发作,3d前受寒后病情加重。刻诊见:腰痛难忍,疼痛放射至双下肢,劳累后痛甚,腰部发凉,得温痛减,困倦乏力,口不渴,寐欠佳,二便正常。陈教授辨证为寒湿阻络证,

治法:散寒祛湿,温补肾阳,理气解郁。方用独活寄生汤加味配合适当腰背肌功能锻炼。处方:独活、桑寄生、威灵仙、怀牛膝、杜仲、当归、茯苓各15g,苍术、合欢皮、香附、桂枝、熟地黄各10g,肉桂3g,干姜、甘草各6g。5剂,每天1剂,水煎服。2月20日二诊:患者腰部冷痛明显缓解,但仍有疼痛,肢体困倦、失眠较前缓解,舌苔白微腻,脉濡缓。陈教授认为寒湿之邪稍除,人体正气逐渐恢复。故将方中干姜去除,以防温散太过,另加白芍10g,继服7剂,嘱继续配合腰背肌功能锻炼,避风寒。2月28日三诊:患者自述腰痛基本缓解,唯遇劳后有腰部隐痛,舌质淡、苔白,脉沉。陈教授认为,此乃长期劳累、慢性劳损所致的旧疾,并呈一派肾虚之象,故在原方的基础上加枸杞子、补骨脂各15g,黑附片6g,再服5剂。嘱平素适当行腰背肌功能锻炼,注意保暖休息,忌劳累。

按语:陈教授认为,本病病机主要是寒邪侵袭腰部,腰部经络受阻,气血运行不畅而痛;加之长期的慢性腰痛,耗损肝肾,正气不足,不荣则痛;受长期慢性疼痛困扰,患者忧思郁结,焦虑紧张而出现失眠。本病为典型的寒湿腰痛证,故采用《备急千金要方》之独活寄生汤加味以标本兼顾、扶正祛邪,配合腰背肌功能锻炼进行治疗。独活寄生汤具有祛风除湿、宣痹止痛、补肝益肾、益气养血之效,主治痹证日久、肝肾两虚、气血不足证。久病肾虚,故配伍枸杞子、补骨脂补肝肾、强筋骨;在补阴药中配伍小剂量黑附片,入命门通行督脉及十二经脉,人身阳和之气如冬日暖阳,实乃补虚之高招也。

参考文献

- [1] 侯春福,韦嵩. 经筋理论与临床应用研究进展[J]. 现代中西医结合杂志,2013,22(16):1819-1824.
- [2] 魏萍. 中医定向透药治疗寒湿腰痛36例临床疗效观察[J]. 中国民族民间医药,2014,21(7):78.

(收稿日期:2019-08-25)

(上接第8页)

- [5] 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.
- [6] 张伯礼,薛博瑜. 中医内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:297-300.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:68-72.
- [8] 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. 经皮冠状动脉介入治疗指南[J]. 中华心血管病杂志,2009,37(1):124-126.
- [9] 世界中医药学会联合会介入心脏病专业委员会,中华中医药学会介入心脏病专业委员会,中国中西医结合学会心血管病专业委员会介入心脏病学组,中国医师协会中西医结合医师

分会介入心脏病专家委员会. 经皮冠状动脉介入治疗(PCI)围手术期心肌损伤中医诊疗专家共识[J]. 中国中西医结合杂志,2017,37(4):389-393.

- [10] 褚福永,刘红旭,张大炜,等. 参元益气活血胶囊联合早期冠脉介入干预不稳定型心绞痛患者近期生活质量的临床研究[J]. 世界科学技术——中医药现代化,2014,16(12):2593-2597.
- [11] 陈鹏. 辨证论治冠心病冠状动脉搭桥术围手术期患者30例[J]. 西部中医药,2017,30(10):83-85.
- [12] 黄真奥. 冠心病支架术围手术期证候要素调查及衷敬柏教授治疗支架术后用药经验[D]. 北京:中国中医科学院,2018.
- [13] 陈伯钧,原铁,潘宗奇,等. 冠心病介入治疗围手术期中医辨证分型研究[J]. 江苏中医药,2007,39(7):25-27.

(收稿日期:2019-06-22)