

温通煎能预防冠心病患者介入治疗后再狭窄

张志民¹, 高艳霞², 刘怀霖³, 袁义强³, 于力³

(郑州市第七人民医院 1. 中医内科, 2. 急诊科, 3. 心内科, 河南省郑州市 450006)

[关键词] 中医学; 温通煎; 冠状动脉疾病; 介入性治疗后再狭窄/药物预防

[摘要] 目的 就如何利用中西医两种医学防治心血管病的优势, 进一步提高临床疗效。从辨证与辨病、整体观念与综合调控治疗、传统中医理论和现代药理研究相结合等方面, 寻找提高中医药防治临床心血管病疗效的具体方法和有效途径。方法 500例冠心病介入性治疗术后随机分为温通煎组250例, 选用由制附子、山楂、决明子、丹参、水蛭、黄芪、麦门冬等组成的温通煎口服与常规温通煎组250例作对照, 6个月后观察总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、体质指数、运动平板试验后心电图的变化, 临床表现及是否有再狭窄或再堵塞。结果 温通煎组与常规用药组血压、总胆固醇和甘油三酯无差异($P > 0.05$)。高密度和低密度脂蛋白胆固醇、体质指数和空腹血糖有差异($P < 0.05$)。温通煎组有13例未完成6个月的治疗; 常规用药组有14例中途改用中药治疗, 另有6例死亡。温通煎组运动平板试验5 min后感心前区不适(心前区闷痛)者11例, 但心电图无病理性改变; 常规用药组运动平板试验5 min后感心前区不适者46例, 心电图S-T段水平压低者29例, 斜下压低者12例, 5例心电图未改变。经冠状动脉造影证实冠状动脉狭窄与上次比较加重20%以上者16例。温通煎组无再狭窄或再堵塞病例, 明显优于常规用药组($P < 0.05$)。结论 温通煎可以预防冠心病介入性治疗后再狭窄及再堵塞。并能调节冠心病人的脂质代谢紊乱, 改善冠心病介入治疗后的生活质量。

[中图分类号]

[文献标识码] A

Wentongjian in Prevented Coronary Restenosis of Percutaneous Coronary Intervention

ZHANG ZhiMin¹, GAO YaiXia², LIU HuaLin³, YUAN YiQiang³, and YU Li³

(1. Traditional Chinese Medical Science and Internal Medicine, 2. Emergency department, 3. Department of Cardiology, The 7th People's Hospital in Zhengzhou city, Zhengzhou 450006, China)

[KEY WORDS] Traditional Chinese Medicine Science; Wentongjian; Coronary Disease; Coronary Restenosis after Percutaneous Coronary Implantation; Prevent

[ABSTRACT] Aim To study how to take advantages of Chinese medicine and western medicine on preventing and cure coronary heart disease; to find an effective way to prevent and cure clinical heart disease with Chinese medicine; Dialectics, entity concept and synthesis adjust and control, traditional Chinese medicine theory combined modern pharmacologic study and so on are through the study. Methods 500 patients after coronary intervention were randomly divided into two groups. One group ($n = 250$) to receive wentongjian which were made from Zhifuzi, shanzha, jue mingzi, danshen, shuizhi, huangqi and maimendong.

The other group (control group, $n = 250$) to receive routine medical treatment. Changes were observed six months later on total cholesterol (TC), triglyceride (TG), high density lipoprotein (HDL), low density lipoprotein (LDL), body mass index (BMI), electrocardiogram (ECG), after the exercise treadmill test (ETT), clinical symptom and whether there was a coronary restenosis or reblocked. Results The blood pressure, TC and TG had no difference ($P > 0.05$) in two groups. HDL, LDL, BMI, fasting blood glucose (FBG) had difference ($P < 0.05$). 13 cases in Wentongjian group didn't persist with the 6 months, treatment, 14 cases changed into the treatment of traditional Chinese Medicine and 6 cases died in the control group.

In Wentongjian group, 11 cases felt uncomfortable after 5 min during treadmill test, but there no changes on electrocardiogram. In control group, 46 cases felt uncomfortable after 5 min during treadmill test, 29 cases' S-T sections were evenly lowered and 12 cases S-T sections lowered like slope, five cases have no changes, there were more than 20% restenosis in 16 cases. These were no restenosis or reblocked cases in Wentongjian group. They are significantly better than those in the control group.

Conclusions Wentongjian could prevent coronary restenosis and reblocked after percutaneous coronary implantation, adjust the serum lipids metabolism out of disorder.

[收稿日期] 2005-03-14 [修回日期] 2006-07-14

[作者简介] 张志民, 副主任医师, 从事心血管病的中西医结合治疗工作, 联系电话 0371-66549389 或 68856527, E-mail 为 zhangzm57@126.com。刘怀霖, 主任医师, 中华医学会郑州市心血管内科专业委员会主任委员, “全国百佳医生”, 享受国务院特殊津贴。袁义强, 博士, 副主任医师, 研究方向为心血管病的介入治疗。

在我院心血管病介入治疗中心, 每年行冠状动脉造影术(coronary arteriography, CAG)、经皮腔内冠状动脉成形术(percutaneous transluminal coronary angioplasty, PTCA)和冠状动脉内支架置入术(implantation of intracoronary stent, STENT)的患者800余例。但这些患者术后在较长时间内仍需服用调脂降压、

扩张血管和抗凝等药物以防止再狭窄或再堵塞,给患者带来心理压力和经济负担。为此,寻找有效而经济的预防介入治疗后再狭窄的药物是当前值得关注的问题。中医认为,以心前区阵发性不适、压榨痛、闷痛为主要临床表现的冠心病,乃属多虚多瘀、心阳不振、正虚邪实症候。按照“治痿以通为用”机理,我们选用具有理气活血、抑制脂质吸收及合成、促进脂类排泄的药物,组成降脂降压、扶正祛邪、温阳通脉方剂,命名为温通煎,用来预防介入治疗后再狭窄,取得满意效果,现予报告。

1 对象与方法

1.1 对象

500 例病人均符合冠心病(coronary heart disease CHD)的临床表现及诊断标准^[1],并通过运动平板试验(exercise treadmill test, ETT)心电图监测有阳性表现者,经 CAG 证实冠状动脉狭窄均 $\geq 50\%$,同时选择 PTCA 及 STENT 者纳入本研究。随机分为温通煎组和常规用药组各 250 例,温通煎组男 163 例,女 87 例,平均 55.6 ± 20.4 岁;常规用药组男 166 例,女 84 例,平均 54.3 ± 17.7 岁。经统计学处理两组无差异,具有可比性。

1.2 标准及指标

参照 WHO^[2]、NCEP-ATP III^[3]、欧洲 IR 研究所(EGIR)^[4]及美国临床内分泌医师协会(AACE)^[5]诊断代谢综合征(MS)或以胰岛素抵抗(IR)综合征命名的诊断标准:体质指数(BMI) ≥ 25 为肥胖或超重;收缩压/舒张压 ≥ 140 mm Hg/90 mm Hg 者为高血压;总胆固醇(TC) ≥ 5.7 mmol/L、甘油三酯(TG) ≥ 1.70 mmol/L、高密度脂蛋白(HDL) < 1.04 mmol/L(男)或 < 1.30 mmol/L(女)和低密度脂蛋白(LDL) ≥ 4.13 mmol/L 者为血脂紊乱;空腹血糖(FBG) ≥ 6.1 mmol/L 为高血糖。两组治疗前血压、TC、TG、HDL、LDL、BMI 和 FBG 的水平见表 1,经统计学处理,两组上述指标无差异,具有可比性。

上述两组病例排除未完成 6 个月的治疗或中途选用其它方法者。

1.3 两组治疗前冠状动脉病变情况

温通煎组经 CAG 见一支或多支冠状动脉狭窄在 50%~70% 者 147 例,70% 以上 103 例,PTCA 147 例,STENT 一个者 47 例,两个者 42 例,三个者 7 例,四个者 6 例,五个者 1 例;常规用药组经 CAG 见一支或多支冠状动脉狭窄在 50%~70% 148 例,70% 以上 102 例,PTCA 148 例,STENT 一个者 44 例,两个

者 40 例,三个者 11 例,四个者 7 例,五个者 0 例。比较无差异。

1.4 治疗用药

1.4.1 温通煎组 在 PTCA 和 STENT 术后 12 h 开始服用温通煎。药物组成为制附子 6 g、山楂 15 g、决明子 15 g、丹参 30 g、水蛭 6 g、黄芪 18 g、麦门冬 12 g、茯苓 18 g、远志 12 g,武火煎沸后,文火再煎 30 min,两次煎取 600 mL;每次 200 mL,每日 3 次口服,也可用电脑煎药机一次煎取 10 日量,服法同上,观察周期为 6 个月。胸闷不舒加菖蒲、郁金开胸利气,失眠多梦加酸枣仁、珍珠母养心安神,纳差便秘加莱菔子、肉苁蓉理气润肠通便。血压高者加天麻、生石决明镇潜降压,血糖高者加葛根、天花粉降糖止渴。

1.4.2 常规用药组 针对病情采用调血脂、降血压、扩张血管以改善冠状循环、抗凝血以预防血栓形成等常规治疗方法,满 6 个月计入观察病例。

1.5 统计学方法

计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料以例数和百分比表示。用 SPSS 软件进行处理,计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组治疗前后各项检测指标的比较

两组治疗前后高血压、血脂紊乱超重或肥胖和高血糖患者的例数及平均值见表 1。经统计学处理后发现,TC 和 TG 两组的变化无差异($P > 0.05$);HDL、LDL、BMI 和 FBG 等改变两组有显著性差异($P < 0.05$),温通煎组的疗效比常规用药组好。

2.2 两组其它指标的比较

温通煎组有 13 例未完成 6 个月的治疗;常规用药组有 14 例中途改用中药治疗,另有 6 例死亡。温通煎组 ETT 5 min 后感心前区不适(心前区闷痛)者 11 例,但心电图无病理性改变;常规用药组 ETT 5 min 后感心前区不适者 46 例,心电图 S-T 段水平压低者 29 例,斜下压低者 12 例,5 例心电图未改变。经 CAG 证实冠状动脉狭窄与上次比较加重 20% 以上者 16 例。

3 讨论

冠心病近年有年轻化趋势。随着国人生活水平的提高,在各种死因中由 1957 年的 10.0% 上升到 1997 年的 39.4% 的心脑血管病倍受人们关注。从

表 1. 两组治疗前后高血压、血脂紊乱、超重或肥胖和高血糖比较(例数、占总例数的百分比及 $\bar{x} \pm s$)

指 标	温通煎组						常规用药组					
	治疗前(n=250)			治疗后(n=237)			治疗前(n=250)			治疗后(n=230)		
SBP 升高	196	78.4%	175±35	63	26.6%	169±29	187	74.8%	177±37	87	37.8%	165±25
DBP 升高	196	78.4%	105±15	63	26.6%	101±11	187	74.8%	104±14	87	37.8%	103±13
TC 升高	202	80.8%	8.45±2.75	33	13.9%	7.58±1.88	199	79.6%	7.84±2.14	66	28.7%	7.77±2.07
TG 升高	223	89.2%	6.79±5.09	54	22.8%	5.38±4.13	218	87.2%	6.84±5.14	85	37.0%	6.49±4.79
HDL 降低	33	13.2%	0.73±0.31	3	1.3% ^b	0.86±0.18	35	14%	0.74±0.30	30	13%	0.79±0.25
LDL 升高	231	92.4%	5.92±1.79	41	17.3% ^a	5.87±1.74	22	90.4%	6.03±1.90	102	44.3%	5.99±1.86
BMI ≥25 (kg/m ²)	218	87.2%	—	47	19.8% ^b	—	220	88.0%	—	158	68.7%	—
FBG 升高	69	26.7%	12.62±6.52	6	2.5% ^b	11.70±5.60	64	25.6%	12.5±6.4	32	13.9%	12.1±6.40

血压的单位为 mm Hg, 血脂和血糖的单位为 mmol/L。a 为 $P < 0.05$, b 为 $P < 0.01$, 与常规用药组治疗后比较。

理论上讲, 代谢综合征(MS)可增加发生冠心病的危险^[7], 有研究表明, 在怀疑冠心病的患者中, MS 发生率为 40.2%^[8]。在高血压、血脂紊乱、高血糖、肥胖的人群中, CAG 是诊断冠状动脉狭窄的最有效方法之一。我院心血管病介入治疗中心年行 CAG、PT-CA、STENT 800 例, 术后患者在较长的时间内仍需服用降脂、降压、扩冠、抗凝等药物以防止其再狭窄或再堵塞, 降脂药的副作用, 抗凝药的出血倾向与防治形成一对矛盾, 给患者带来一定的心理压力和经济负担。冠心病属祖国医学“真心痛”、“胸痹”的范畴, 《灵枢·厥病》篇:“真心痛, 手足青至节, 心痛甚, 旦发夕死, 夕发旦死。”《素问·灵兰秘典论》:“心者, 君主之官也, 神明出焉”, “邪费能克也, 克之则心伤, 心伤则神去, 神去则死矣”。多虚多瘀、心阳不振、经脉气血不通、正虚邪实是本病病机。治疗按照“血遇寒者凝, 遇热者行”、“治疼以通为用”之机理, 《金匱要略·胸痹心痛短气病》:“心痛彻背, 背痛彻心, 乌头赤石脂丸主之。”我们选用具有温通经脉、理气活血、抑制脂质吸收及合成、促进脂类排泄的药物, 组成温通煎降脂降压、扶正祛邪、温阳通脉之方剂, 应用于临床预防冠心病介入性治疗后再狭窄, 效果满意。方中制附子辛热, 现代药理研究具有增加心肌收缩力的作用, 为君药, 黄芪补气, 丹参活血, 取其“气行血行”的作用, 为臣药, 水蛭具有抗凝血作用, 山楂^[9], 决明子^[9]具有增加肠蠕动抑制脂肪和胆固醇吸收, 抑制 3-羟基-甲基戊二酰辅酶 A 还原酶, 从而抑制胆固醇合成, 促进脂质转运和清除, 为佐药, 麦门冬养阴, 茯苓、远志养心安神, 为使药。全方共奏温阳通脉、扶正祛邪、养心安神之效。

本研究表明服用温通煎 6 个月后, 冠心病患者

的血脂、血压、BMI、FBG 均有明显的改善, 与常规用药组比较血压、TC 和 TG 无显著差异 ($P > 0.05$), HDL、LDL、BMI 和 FBG 有显著性差异 ($P < 0.05$)。温通煎组未发现有再狭窄和再堵塞病例, 常规用药组经 CAG 证实冠状动脉狭窄与观察前比较加重 20% 以上者 16 例, 死亡 6 例。有报道肥胖是 MS 发病的源头, IR 是 MS 的重要发病机制, 而 MS 的主要后果是心血管病^[10]。温通煎是否通过改善 MS 的发病机制, 从而使冠心病患者的脂代谢紊乱、IR 得以纠正及其良好的降压效果和降低 BMI 的机制有待进一步研究证实。

[参考文献]

- [1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 第 10 版, 北京: 人民卫生出版社, 1997; 1 225-250
- [2] World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complication. WHO/NCD/NCS, 1999, 31-32
- [3] Cleeman JJ. Executive summary of the third report of the national cholesterol education program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. (adults treatment Panel) [J]. JAMA, 2001, 285: 2 486-497
- [4] The European Group for the Study of insulin Resistance (EGIR). Frequency of the WHO metabolic syndrome in European cohorts, and an alternative definition of an insulin resistance syndrome [J]. Diabetes Metab, 2002, 35: 376
- [5] Alexander CM, Landsman PB, Teutsch SM. NCEP defined metabolic syndrome, diabetes, and prevalence of coronary heart disease among NHANES participants age 50 years and older [J]. Diabetes, 2003, 52: 1 210-214
- [6] 顾复生. 高血压病诊断治疗最新进展[J]. 中国实用内科杂志, 2000, 20 (1): 4
- [7] Reaven G. Metabolic syndrome. Pathophysiology and implications for the management of cardiovascular disease [J]. Circulation, 2002, 106: 186-188
- [8] 朱中玉, 高传玉, 黄克钧, 张嘉莹, 张静, 牛振民, 等. 代谢综合征对冠心病的预测价值[J]. 中国心血管病研究杂志, 2004, 2 (3): 201-203
- [9] 史大卓. 现代中医临床治疗心血管病的难点与对策[J]. 中医杂志, 2004, 45 (11): 809-812
- [10] 中华医学会糖尿病学分会代谢综合征研究协作组. 中华医学会糖尿病学分会关于代谢综合征的建议[J]. 中华糖尿病杂志, 2004, 12 (3): 156-161

(此文编辑 胡必利)