

〔文章编号〕 1007-0893(2020)19-0036-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.19.015

## 血府逐瘀汤联合胺碘酮对不稳定心绞痛的疗效观察

卢晨君

(郑州市中医院, 河南 郑州 450007)

〔摘要〕 **目的:** 探究血府逐瘀汤联合胺碘酮对不稳定心绞痛患者的治疗效果。**方法:** 选取2017年6月至2019年9月郑州市中医院收治的不稳定心绞痛患者83例, 采用随机数字表法分为两组, 对照组采用胺碘酮治疗, 观察组采用血府逐瘀汤联合胺碘酮治疗, 比较两组患者的心功能、血清脑尿钠肽(BNP)水平及主要心血管不良事件(MACE)发生率。**结果:** 观察组患者总有效率为97.67%高于对照组的80.00%, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗前两组患者的左室射血分数(LVEF)、心排血量(CO)、左室舒张末内径(LVEDD)及血清BNP水平比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后两组患者的LVEF、CO均较治疗前升高, LVEDD及血清BNP水平较治疗前降低, 且观察组均优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组MACE发生率低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:** 血府逐瘀汤联合胺碘酮可有效改善不稳定心绞痛患者心功能, 降低血清BNP水平及MACE发生率。

〔关键词〕 不稳定心绞痛; 血府逐瘀汤; 胺碘酮

〔中图分类号〕 R 541 〔文献标识码〕 B

不稳定心绞痛作为临床急性冠状动脉综合征的常见类型之一, 若治疗不及时, 极易转化为急性心肌梗死、心律失常等不良事件, 威胁患者生命安全。近年来随着中医发展, 中西医结合治疗不稳定心绞痛逐渐受到临床重视。中医辨证认为不稳定心绞痛患者多表现为气虚血瘀证, 而血府逐瘀汤为活血化瘀经典方, 对此本研究对不稳定心绞痛患者采用血府逐瘀汤联合胺碘酮治疗, 并观察其治疗效果, 以期为临床治疗提供重要依据, 现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 研究对象

选取2017年6月至2019年9月本院收治的不稳定心绞痛患者83例, 采用随机数字表法分为两组。观察组43例, 男28例, 女15例, 年龄39~74岁, 平均(62.57±8.42)岁; 病程3~15月, 平均(8.62±2.35)月, 疾病类型: 初发型心绞痛19例, 恶化型劳力性心绞痛24例。对照组40例, 男27例, 女13例, 年龄40~76岁, 平均(63.39±8.90)岁; 病程3~17月, 平均(8.29±2.61)月, 疾病类型: 初发型心绞痛17例, 恶化型劳力性心绞痛23例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

#### 1.2 纳入标准与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 均符合中西医诊断标准, 中医诊断参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>, 西医诊断参照《不稳定性心绞痛和非ST段抬高心肌梗死诊断与治疗指南》<sup>[2]</sup>;

(2) 女性患者未处于妊娠期或哺乳期; (3) 患者均知晓并

自愿参与。

1.2.2 排除标准 (1) 心力衰竭、心肌梗死及心律失常等疾病; (2) 合并严重胃溃疡或消化道出血; (3) 合并感染、恶性肿瘤或自身免疫性疾病; (4) 家族遗传史及精神疾病; (5) 对本研究药物过敏及未按规定服药, 影响疗效判定者。

#### 1.3 方法

1.3.1 对照组 注射胺碘酮(赛诺菲(杭州)制药有限公司, 国药准字J20180044), 负荷量以体质量 $3 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$ 为标准, 先以 $1.0 \sim 1.5 \text{ mg} \cdot \text{min}^{-1}$ 维持, 6 h后可减至 $0.5 \sim 1.0 \text{ mg} \cdot \text{min}^{-1}$ , 每日总剂量不超过2000 mg, 静脉滴注4 d, 同时口服胺碘酮, 每日3次, 1周后改为 $0.4 \text{ g}$ 维持, 1个疗程为2周, 共治疗2个疗程。

1.3.2 观察组 在对照组基础上给予血府逐瘀汤, 方剂组成为桃仁12 g, 红花9 g, 赤芍6 g, 牛膝9 g, 桔梗4.5 g, 枳壳6 g, 生地黄9 g, 川芎4.5 g, 当归9 g, 甘草6 g, 柴胡3 g。水煎服, 每日1剂, 分早晚2次服用, 4周为1个疗程。

#### 1.4 观察指标

(1) 心功能: 治疗前后使用飞利浦心悦心脏彩超诊断仪(iE33型, 荷兰)测定左室射血分数(left ventricular ejection fraction, LVEF)、心排血量(cardiac output, CO)及左室舒张末内径(left ventricular end-diastolic dimension, LVEDD)。(2) 血清脑尿钠肽(brain natriuretic peptide, BNP)水平: 治疗前后于患者空腹状态下抽取静脉血3 mL, 采用化学发光免疫法检测血清BNP水平, 按照试剂盒说明书操作。(3) 主要心血管不良事件(major adverse

〔收稿日期〕 2020-07-16

〔作者简介〕 卢晨君, 男, 主治医师, 主要从事心内科工作。

cardiovascular events, MACE) 发生率: 观察并记录两组患者住院期间再发心绞痛、急性心力衰竭、再发心肌梗死或心源性猝死发生情况。

1.5 临床疗效

参照《中药新药临床指导原则》<sup>[3]</sup> 评价, 主要临床症状消失, 心电图恢复正常或达到大致正常评定为显效; 主要临床症状减轻, 心电图改善接近有效标准评定为有效; 主要症状无变化, 心电图基本与治疗前相同, 甚至病情加重则评定为无效。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。

1.6 统计学处理

采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者总有效率为 97.67 % 高于对照组的 80.00 %, 差异有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 (n (%))

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	20(50.00)	12(30.00)	8(20.00)	32(80.00)
观察组	43	28(65.12)	14(32.56)	1(2.33)	42(97.67) <sup>a</sup>

与对照组比较, <sup>a</sup>*P* < 0.05

2.2 两组患者治疗前后心功能比较

治疗前两组患者的 LVEF、CO、LVEDD 及血清 BNP 水平比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后两组患者的 LVEF、CO 均较治疗前升高, LVEDD 及血清 BNP 水平较治疗前降低, 且观察组均优于对照组, 差异有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后心功能比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	LVEF/%	CO /L · min <sup>-1</sup>	LVEDD /mm	BNP /ng · mL <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	37.76 ± 5.68	5.13 ± 0.72	64.02 ± 5.18	189.35 ± 10.23
	治疗后	43.68 ± 8.26 <sup>b</sup>	5.56 ± 0.72 <sup>b</sup>	56.21 ± 5.58 <sup>b</sup>	122.78 ± 8.43 <sup>b</sup>
观察组	治疗前	38.62 ± 6.03	5.08 ± 0.67	63.59 ± 5.64	192.46 ± 8.57
	治疗后	49.72 ± 7.65 <sup>bc</sup>	5.98 ± 0.85 <sup>bc</sup>	53.37 ± 4.51 <sup>bc</sup>	75.58 ± 6.42 <sup>bc</sup>

与同组治疗前比较, <sup>b</sup>*P* < 0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>c</sup>*P* < 0.05  
注: LVEF 一左室射血分数; CO 一心排量; LVEDD 一左室舒张末内径; BNP 一血清脑尿钠肽

2.3 两组患者的 MACE 发生情况比较

观察组 MACE 发生率低于对照组, 差异有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者的 MACE 发生情况比较 (n (%))

组别	n	再发 心绞痛	急性 心力衰竭	再发 心肌梗死	心源性 猝死	总发生
对照组	40	4(10.00)	3(7.50)	2(5.00)	2(5.00)	11(27.50)
观察组	43	2(4.65)	1(2.33)	0(0.00)	1(2.33)	4(9.30) <sup>d</sup>

与对照组比较, <sup>d</sup>*P* < 0.05

3 讨论

胺碘酮注射剂作为 III 类抗心律失常药物, 能够延长动作电位 III 相的时程, 改变传导速率, 增加冠状动脉输出量, 进而可降低急性心肌梗死发生率, 还可改善心肌供血, 以恢复正常心率, 但不足之处在于治疗后复发率高, 部分患者难以获得满意治疗效果<sup>[4]</sup>。因此, 需寻找更为安全有效的治疗药物成为当前治疗关键。

中医认为不稳定心绞痛属于“胸痹、真心痛”范畴, 多因七情所伤、饮食不节以致瘀浊内生、脉络痹阻, 治疗宜滋阴益气、活血化瘀。血府逐瘀汤为活血化瘀方剂, 具有促进血液循环、疏通血络作用<sup>[5]</sup>。方剂中桃仁、红花为君药, 具有活血祛瘀、通经止痛作用。现代药理学研究发现<sup>[6]</sup>, 桃仁、红花具有降低血液黏度, 改善微循环, 保护心肌作用。赤芍、川芎可助君药活血化瘀; 生地黄可发挥清热凉血、养阴生津功效, 且具有止血、抗凝血作用; 当归具有活血祛瘀、益血养阴作用; 牛膝可发挥活血通经、祛瘀止痛、引血下行功效, 桔梗、柴胡具有宽胸行气、疏肝解郁, 方中诸药联合具有活血化瘀行气、抗凝血功效, 主治胸中血瘀证。

本研究结果显示, 观察组总有效率高于对照组, 心功能指标优于对照组, 提示血府逐瘀汤可提高临床疗效, 增强心功能, 推测可能是因为红花、桃仁可降血压黏稠度, 从而降低外周血管血压, 当归可降血脂, 抑制冠状动脉粥样硬化, 诸药合用可发挥缓解心肌缺血, 改善心功能作用。本研究结果显示, 观察组血清 BNP 水平低于对照组, 提示血府逐瘀汤可减轻患者心肌缺血损伤程度, 降低血清 BNP 水平。本研究结果也显示, 观察组 MACE 发生率低于对照组。表明血府逐瘀汤可降低不稳定心绞痛患者心血管不良事件发生率。

综上所述, 不稳定心绞痛患者采用血府逐瘀汤联合胺碘酮治疗可有效改善心功能, 降低血清 BNP 水平及 MACE 发生率, 具有一定的临床应用价值。

[参考文献]

- (1) 国家中医药管理局医政司. 中医病证诊断疗效标准 (M). 北京: 中国中医药出版社, 2017
- (2) 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.
- (3) 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.
- (4) 卢梓添. 胺碘酮治疗急诊冠心病快速心律失常的临床效果 (J). 中国当代医药, 2019, 26(19): 47-50.
- (5) 葛岚, 程晓昱. 血府逐瘀汤对冠心病稳定型心绞痛患者中医证候及 FIB、MMP-9 影响 (J). 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(8): 98-101.
- (6) 孙宏, 刘凯, 蔡国锋, 等. 循经取穴合血府逐瘀汤对瘀血阻络型胸痹心痛患者的临床疗效观察 (J). 中医药信息, 2019, 36(3): 103-106.