

- (4) 马军杰, 谢秋萍, 张茅林, 等. 胸前入路全腔镜下甲状腺手术中神经监测技术的应用研究 (J). 中华内分泌外科杂志, 2018, 12(1): 14-19.
- (5) 姜庆贺, 王爱芝, 徐彬. 甲状腺系膜切除术在老年甲状腺乳头状癌病人中央区淋巴结清扫中的应用效果 (J). 蚌埠医学院学报, 2017, 42(9): 1180-1182.
- (6) 林歆胜, 庄夏衍, 温国封, 等. 甲状腺乳头状癌累及喉返神经的处理方法 (J). 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2018, 24(4): 377-380.
- (7) 丁新华, 李静, 董明辉. 甲状腺低分化鳞状细胞癌 1 例 (J). 中国超声医学杂志, 2017, 33(6): 574.
- (8) 李浩, 石岩, 王业庆, 等. 甲状腺癌术后声带麻痹的 CT 诊断 (J). 现代仪器与医疗, 2017, 23(1): 1-3.
- (9) 蒋波, 彭瑶, 王浩, 等. 颈部入路切除胸骨后甲状腺肿 57 例临床分析 (J). 中国普通外科杂志, 2017, 26(3): 347-351.
- (10) 高寅秋, 贾擎, 谢坤, 等. 不同穴位不同刺激方式针刺辅助麻醉用于甲状腺手术的临床研究 (J). 针刺研究, 2017, 42(4): 332-337.
- (11) 张彩举, 周民涛, 李曼. 电针对颈丛阻滞下甲状腺手术患者围术期镇痛的临床研究 (J). 中国针灸, 2018, 38(12): 1261-1265.

(文章编号) 1007-0893(2021)06-0054-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.06.022

## 心脉康联合阿托伐他汀对急性冠脉综合征患者疗效及血脂的影响

侯焯均 陈建兴 赖惠东 盛文娟 苏志远 叶小汉

(广州中医药大学附属东莞中医院, 广东 东莞 523000)

**【摘要】** **目的:** 观察心脉康片联合常规剂量阿托伐他汀对急性冠脉综合征 (ACS) 患者血清炎症标记物和血脂的影响。**方法:** 选择广州中医药大学附属东莞中医院 2019 年 5 月至 2020 年 5 月期间收治的 100 例 ACS 患者, 通过随机数字表法分为对照组与观察组, 各 50 例。观察组给予阿托伐他汀钙片联合心脉康片, 对照组强化剂量阿托伐他汀钙片治疗。监测治疗前后患者血脂及炎症因子变化, 观察主要不良心血管事件 (MACE) 及评价生活质量。**结果:** 治疗前两组患者的总胆固醇 (TC)、三酰甘油 (TG)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后两组患者 TC、TG、LDL-C、HDL-C 水平均有不同程度改善, 且观察组改善优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗前两组患者的血清超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)、白细胞介素-6 (IL-6)、肿瘤坏死因子 (TNF- $\alpha$ ) 水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后观察组患者的血清 hs-CRP、IL-6、TNF- $\alpha$  水平均有不同程度降低, 且观察组优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者的 MACE 发生率为 8.00% 低于对照组的 22.00%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 心脉康片联合阿托伐他汀治疗对 ACS 患者的降脂效果更好。

**【关键词】** 急性冠脉综合征; 心脉康片; 阿托伐他汀

**【中图分类号】** R 541 **【文献标识码】** B

急性冠脉综合征 (acute coronary syndrome, ACS) 患者病理学特征为不稳定粥样硬化斑块破裂、血小板聚集、血栓形成<sup>[1]</sup>。他汀类药物在被广泛应用于 ACS 治疗中, 具有效果确切等特点, 可使患者近期及远期心血管事件发生风险及死亡率得到有效抑制, 有利于促进 ACS 患者预后改善<sup>[2]</sup>。但是, 他汀类药物相关不良反应发生率较高。因此, 本研究探索中西医结合的治疗模式对 ACS 患者的临床疗效, 现报道如下。

### 1 资料和方法

#### 1.1 一般资料

选择本院 2019 年 5 月至 2020 年 5 月期间收治的 100 例 ACS 患者, 通过随机数字表法分为对照组与观察组, 各 50 例。全部病例均为按照有关诊断标准确诊为 ACS 患者, 其中观察组患者男性 28 例, 女性 22 例, 年龄 42 ~ 67 岁, 平均年龄 (53.87 ± 2.64) 岁, 病程 1 ~ 8 年, 平均病程 (4.06 ± 0.67) 年; 对照组男性 30 例, 女性 20 例, 年龄 41 ~ 69 岁, 平均年龄

**【收稿日期】** 2021-01-23

**【基金项目】** 东莞市社会科技发展 (一般) 项目立项 (201950715002610)

**【作者简介】** 侯焯均, 男, 副主任医师, 主要从事中医心血管内科工作。

(54.16 ± 2.53) 岁, 病程 1 ~ 9 年, 平均病程 (4.14 ± 0.62) 年; 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, 见表 1。

表 1 两组患者一般资料与病例分布特征比较 ( $n = 50$ , 例)

组别	高血压	糖尿病	高脂血症
对照组	23	16	36
观察组	25	19	37

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 符合《急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南 (2019)》<sup>[3]</sup> 中 ACS 相关诊断标准<sup>[3]</sup>; (2) 患者发病后 24 h 内即接受治疗; (3) 患者均对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 合并晚期消耗性病变患者; (2) 重度肝肾损伤患者; (3) 有精神疾病患者; (4) 合并活动性溃疡及高血压等抗凝治疗禁忌证者; (5) 入组前 3 个月内接受过冠状动脉介入手术或者搭桥手术者; (6) 合并严重心力衰竭、风湿性心脏病等心脏病变者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予强化剂量阿托伐他汀钙片 (Pfizer Ireland Pharmaceuticals, 国药准字 H20051408) 40 mg · d<sup>-1</sup> 治疗。疗程 1 个月。

1.3.2 观察组 给予常规剂量阿托伐他汀钙片 20 mg · d<sup>-1</sup> 联合心脉康片 (本院制剂室提供, 粤药制字 Z20110041), 每次 2.25 g, 每日 3 次。疗程 1 个月。

1.4 观察指标

两组患者均在治疗前、治疗 1 个月后抽取静脉血。(1) 检测并比较两组炎症因子水平, 包括白细胞介素 -6 (interleukin-6, IL-6)、血清超敏 C 反应蛋白 (hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP) 及肿瘤坏死因子 (tumor necrosis factor, TNF-α), 采用酶联免疫法进行测定。(2) 观察并比较两组患者血脂指标水平变化情况, 包括三酰甘油 (triglycerides, TG)、总胆固醇 (serum total cholesterol, TC)、低密度脂蛋白胆固醇 (low density lipoprotein cholesterol, LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇 (high density lipoprotein cholesterol, HDL-C)。(3) 统计两组主要不良心血管事件 (major adverse cardiovascular events, MACE) 发生情况, 如心肌梗死、心源性猝死等。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 19.0 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 两组患者治疗前后血脂水平比较

治疗前两组患者的 TC、TG、LDL-C、HDL-C 水平比较,

差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后两组患者 TC、TG、LDL-C、HDL-C 水平均有不同程度改善, 且观察组优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后血脂水平比较 ( $n = 50$ ,  $\bar{x} \pm s$ , mmol · L<sup>-1</sup>)

组别	时间	TC	TG	LDL-C	HDL-C
对照组	治疗前	6.12 ± 0.68	2.01 ± 0.27	3.49 ± 0.29	1.01 ± 0.21
	治疗后	4.27 ± 0.37 <sup>a</sup>	1.78 ± 0.21 <sup>a</sup>	2.13 ± 0.22 <sup>a</sup>	1.88 ± 0.31 <sup>a</sup>
观察组	治疗前	6.04 ± 0.61	1.97 ± 0.22	3.50 ± 0.32	0.93 ± 0.17
	治疗后	3.49 ± 0.47 <sup>ab</sup>	1.53 ± 0.14 <sup>ab</sup>	1.79 ± 0.16 <sup>ab</sup>	2.16 ± 0.26 <sup>ab</sup>

与同组治疗前比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$  注: TC — 总胆固醇; TG — 三酰甘油; LDL-C — 低密度脂蛋白胆固醇; HDL-C — 高密度脂蛋白胆固醇

2.2 两组患者治疗前后血清 hs-CRP、IL-6、TNF-α 水平比较

治疗前两组患者的血清 hs-CRP、IL-6、TNF-α 水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后观察组患者的血清 hs-CRP、IL-6、TNF-α 水平均有不同程度降低, 且观察组优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后血清 hs-CRP、IL-6、TNF-α 水平比较 ( $n = 50$ ,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	hs-CRP /mg · L <sup>-1</sup>	IL-6 /pg · mL <sup>-1</sup>	TNF-α /pg · mL <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	16.52 ± 4.28	18.34 ± 3.12	13.60 ± 1.66
	治疗后	5.84 ± 1.26 <sup>c</sup>	3.97 ± 0.78 <sup>c</sup>	10.10 ± 2.26 <sup>c</sup>
观察组	治疗前	15.87 ± 2.30	18.97 ± 3.89	14.10 ± 1.67
	治疗后	5.69 ± 0.98 <sup>cd</sup>	3.59 ± 0.68 <sup>cd</sup>	9.46 ± 2.24 <sup>cd</sup>

与同组治疗前比较, <sup>c</sup> $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, <sup>d</sup> $P < 0.05$  注: hs-CRP — 超敏 C 反应蛋白; IL-6 — 白细胞介素 -6; TNF-α — 肿瘤坏死因子

2.3 两组患者 MACE 发生情况比较

观察组患者的 MACE 发生率为 8.00 % 低于对照组的 22.00 %, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 4。

表 4 两组患者 MACE 发生情况比较 ( $n = 50$ ,  $n$  (%))

组别	心源性猝死	心肌梗死	心绞痛	卒中	再次血运重建术	发生率 /%
对照组	0(0.00)	3(6.00)	6(12.00)	1(2.00)	1(2.00)	22.00
观察组	0(0.00)	1(2.00)	1(2.00)	1(2.00)	1(2.00)	8.00 <sup>c</sup>

与对照组比较, <sup>c</sup> $P < 0.05$  注: MACE — 主要不良心血管事件

3 讨论

本院省名中医叶小汉教授根据中医学异病同治理论, 临证以脉络积证论治冠心病, 首创软坚散结方 (由鳖甲、三棱、莪术、枳实、制胆星和石斛组成, 由本院制成心脉康片), 方中鳖甲为君药, 具有滋阴清热、软坚散结的功效; 三棱、莪术为臣药, 具有止痛消积、行气破血的功效; 枳实及制胆星共为佐药, 具有除痞化痰以及消积破气的效果, 二者配伍可消痰、助散结; 石斛为使药, 能够发挥扶正、养阴及益气

的作用。诸药合用可取得软坚散结，益气通脉的疗效，能够消散或者减弱散脉络积证。既往已经证实对高血脂症、动脉粥样硬化和炎症因子、冠状动脉介入术后再狭窄等等均有改善及治疗功效<sup>[4-5]</sup>。

本研究观察心脉康片+ 20 mg 阿托伐他汀治疗 ACS 患者，以 40 mg 阿托伐他汀强化治疗方案作对照，结果显示，治疗后，观察组的降脂效果（TC、TG、LDL-C、HDL-C）优于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组炎症标记物 hs-CRP、IL-6、TNF- $\alpha$  的改善显著优于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；本研究中提示心脉康片软坚散结，益气通脉的组方特点，可以协同西药治疗，显著改善 ACS 患者的临床症状，具有抑制炎症反应，稳定斑块的作用。但其具体的作用机制仍有待进一步研究。

本研究中因纳入病例数量相对较少且检测方法相对简单，存在一定的不足，但是研究结果充分表明，中西医结合治疗 ACS 防治效果确切，有必要进一步探索适合中国人群

的强化他汀治疗方案，为进一步药效经济学评价提供依据。

〔参考文献〕

- (1) 葛均波, 徐永健. 内科学 (M). 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 236-237.
- (2) 霍勇, 葛均波, 韩雅玲, 等. 急性冠状动脉综合征患者强化他汀治疗专家共识 (J). 中国介入心脏病学杂志, 2014, 22(1): 4-6.
- (3) 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. 急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南 (2019) (J). 中华心血管病杂志, 2019, 47(10): 766-783.
- (4) 叶小汉, 董明国, 钟云良, 等. 心脉康对动脉粥样硬化家兔血脂代谢和 MDA、SOD 的影响 (J). 新中医, 2010, 42(10), 117-119.
- (5) 邓志刚, 陈静, 叶小汉, 等. 软坚散结对颈动脉粥样硬化治疗的临床观察 (J). 中医临床研究, 2012, 4(10): 19-20.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)06-0056-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.06.023

## 清热活血止痒汤辅助治疗寻常型银屑病的临床研究

陈红岭 侯定辉

(新乡市第一人民医院, 河南 新乡 453000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨清热活血止痒汤联合窄谱中波紫外线治疗寻常型银屑病血热证的疗效。**方法:** 选取 2018 年 2 月到 2019 年 12 月新乡市第一人民医院收治的 80 例寻常型银屑病血热证患者, 根据治疗方法的不同分为对照组和观察组, 各 40 例。对照组实施窄谱中波紫外线治疗, 观察组在对照组基础上给予清热活血止痒汤治疗。比较两组患者浸润状态、鳞屑状态、红斑状态和皮损面积程度积分, 治疗总有效率和复发率。**结果:** 治疗前, 两组患者浸润状态、鳞屑状态、红斑状态和皮损面积程度的积分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 两组患者的上述指标积分均显著降低, 且观察组各项积分均低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组治疗总有效率 100.0%, 高于对照组的 80.0%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组的复发率为 2.5%, 低于对照组的 20.0%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 寻常型银屑病血热证患者采用清热活血止痒汤联合窄谱中波紫外线治疗可提高治疗总有效率, 改善患者症状, 降低疾病复发率。

〔关键词〕 寻常型银屑病; 血热证; 清热活血止痒汤; 窄谱中波紫外线

〔中图分类号〕 R 758.63      〔文献标识码〕 B

银屑病是一种常见的以鳞状红斑为特征的慢性炎症性皮肤病, 常发生在头皮、背部和四肢。临床表现为皮肤表面呈红色斑块或丘疹, 皮损表面覆盖银白色鳞片。搔抓的时候, 鳞片会脱落<sup>[1]</sup>。发病多为青壮年, 病程长, 复发率高。目前, 窄谱中波紫外线照射是治疗该病的重要方法之一, 已在国内

外得到广泛应用, 但也存在红斑、色素沉着、DNA 损伤等不良反应。中医药在治疗本病方面有独特的疗效, 清热活血止痒汤能有效抑制表皮细胞增殖, 减轻炎症反应, 调节免疫功能。因此, 本研究探讨了清热活血止痒汤联合窄谱中波紫外线治疗寻常型银屑病血热证的效果, 具体如下。

〔收稿日期〕 2021-01-19

〔作者简介〕 陈红岭, 女, 主治医师, 主要研究方向是皮肤病。