

理气宽胸通阳散结法治疗软斑块 PCI 术后 再狭窄病人的临床疗效及生存质量研究



李 理¹, 楚妍峰²

摘要:目的 观察理气宽胸、通阳散结法治疗软斑块经皮冠状动脉内介入治疗(PCI)术后再狭窄病人的临床疗效,并进行生存质量评估,探讨其临床意义。方法 入选住院治疗的 80 例 PCI 术成功的冠心病病人,随机分为观察组与对照组,每组 40 例。对照组予以常规西药治疗;观察组在常规西药治疗的基础上给予理气宽胸、通阳散结法方药治疗。疗程均为 6 个月。对病人治疗后的生存质量、心功能左室射血分数(LVEF)变化、症状改善情况、心绞痛症状发作率、术后再狭窄情况发生率进行评估与观察。结果 两组病人治疗后在生存质量改善、心功能 LVEF 变化、症状改善、心绞痛症状发作率、术后再狭窄情况发生率等方面均优于治疗前($P < 0.05$);治疗后组间比较,观察组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 理气宽胸、通阳散结法能显著改善病人心绞痛症状,提高 PCI 术后的临床疗效,并且能够明显降低 PCI 术后再狭窄发生率。

关键词:冠心病;理气宽胸通阳散结;软斑块;经皮冠状动脉内介入治疗;瓜蒌薤白半夏汤;生存质量

中图分类号:R541.4 R256.2 **文献标识码:**B **doi:**10.12102/j.issn.1672-1349.2019.03.021

近年来,经皮冠状动脉内介入治疗术(PCI)已成为医学领域公认的治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病的首选方法,随访发现仍有部分病人存在不同程度的心绞痛等不适症状,有研究证实,PCI 术后 1 年内血管狭窄再次发生率高达 20%~30%^[1],严重影响病人的生存质量和预后^[2]。如何预防及治疗 PCI 术后再狭窄已经成为医学界研究的热点,随着药物洗脱支架(DES)等新技术的诞生,虽然降低了再狭窄率,但发生的概率仍在 10%左右。近年来中医通过其特有的辨证论治对 PCI 术后再狭窄的发病原因及机制做了大量研究,中医药的治疗优势也逐渐显现。本研究观察中医理气宽胸、通阳散结法联合西医药物治疗 PCI 术后病人的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 收集 2013 年 3 月—2016 年 3 月在心血管内科住院的冠心病病人共 80 例,均行 PCI 术且成功。将其随机分为观察组与对照组,各 40 例。观察组,男 22 例,女 18 例;年龄(61.7±2.2)岁;合并 2 型糖尿病 6 例,高血压 13 例,心律失常 9 例。对照组,男 19 例,女 21 例;年龄(62.1±2.6)岁;合并 2 型糖尿病 4 例,高血压 12 例,心律失常 11 例。两组病人在年龄、病程、性别、手术方式、合并疾病发病等方面差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准 西医诊断标准,依据《内科学》^[3]冠心

病诊断标准:胸痛病史由缺血造成;有明显的心电图变化,呈缺血的动态演变过程;病人满足冠心病的相关诊断标准以及符合 PCI 适应证病人。中医诊断标准,依据国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[4],符合痰浊血瘀型胸痹的诊断:心悸、肢体困重、胸闷乏力、头重如裹、气短眩晕、脘痞、吐痰涎、形体多肥胖、口淡纳呆、寐差,舌淡胖,苔滑腻有瘀斑,脉弦滑。

1.3 排除标准 患有严重心律失常、脏器功能严重不全的临床病人;合并有肝、肾、造血系统危重疾患、患有精神疾病;处在妊娠期、哺乳期女性病人;过敏体质病人;四肢关节严重变形、活动受限丧失劳动能力病人。

1.4 方法 对照组给予常规西药口服对症治疗,阿司匹林肠溶片(国药准字 J20080078)0.1 g,每日 1 次口服;替格瑞洛片(药品注册证号 H20120486)90 mg,每日 2 次口服;阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司)20 mg,每日 1 次口服,治疗周期 6 个月。观察组在西医常规治疗的基础上,给予理气宽胸、通阳散结方药瓜蒌薤白半夏汤加减治疗,药物组成:瓜蒌实 12 g,薤白 9 g,半夏 9 g,丹参 12 g,三七 6 g,紫苏梗 12 g,枳壳 10 g,葛根 12 g,连翘 10 g,白酒 60 mL。嘱病人每日 1 剂,水煎服早、晚 2 次温服。治疗周期为 6 个月。

1.5 疗效评定标准

1.5.1 临床疗效评定 依据《中医心病诊断疗效标准与用药规范》^[5]进行评价。显效:治疗前后对比症状全部消失或积分数值下降>70.0%;有效:治疗前后对比症状基本消失或积分数值下降 50.0%~70.0%;无效:治疗后症状无改善,积分数值下降<50.0%。

1.5.2 心脏超声检查 药物治疗后 6 个月复查彩色多普勒心脏超声,观察并记录 PCI 术后左室射血分数

作者单位 1.辽宁中医药大学附属医院(沈阳 110032),E-mail:lnlili@163.com;2.青岛市市南区人民医院
引用信息 李理,楚妍峰.理气宽胸通阳散结法治疗软斑块 PCI 术后再狭窄病人的临床疗效及生存质量研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(3):400-402.

(LVEF)的变化。

1.5.3 心绞痛症状发生率 PCI 术治疗后心绞痛症状发作次数和发作人数是描述治疗效果的重要指标,统计所有病人在临床观察期间心绞痛症状发作次数和发作人数。

1.5.4 再狭窄发生率 药物治疗后 6 个月复查冠状动脉造影,统计支架内再狭窄发生率。

1.5.5 生存质量评价 通过普适性生存质量量表对 PCI 术后病人生存质量进行评价,普适性量表根据中文版 SF-36 量表进行评分^[6],从精神健康、情感职能、躯体疼痛等 8 方面进行评价分析。通过评分的高低来评价病人生存质量的好坏,评分越高代表生存质量越好。

1.6 观察项目 生存质量、心功能 LVEF 变化、症状改善情况、心绞痛症状发作率、PCI 术后再狭窄情况发生率。

1.7 统计学处理 应用 SPSS 20.0 统计学软件进行分析与统计。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组比较采用 t 检验。计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组临床疗效比较(见表 1)

表 1 两组临床疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
		例	例	例	%
观察组	40	28	10	2	96.6 ¹⁾
对照组	40	20	10	10	75.0

与对照组比较,1) $P < 0.05$

2.2 两组 PCI 术后支架内再狭窄率比较 观察组再狭窄率为 5.0%(2 例),低于对照组的 25.0%(10 例),差异有统计学意义($\chi^2 = 7.52, P < 0.05$)。

2.3 两组心脏彩超 LVEF 结果比较 观察组 40 例,显效 23 例(57.5%),有效 10 例(25.0%),无效 7 例(17.5%),总有效率 82.5%;对照组 40 例,显效 14 例(35.0%),有效 12 例(30.0%),无效 14 例(35.0%),总有效率 70.0%。两组总有效率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.4 两组心绞痛发作次数比较 观察组发作次数 145 次,发作人数 9 例,发生率 22.5%;对照组 40 例,发作次数 200 次,发作人数 16 例,发生率 40.0%。两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 两组生活质量评分 两组治疗后生活质量评分均较治疗前显著提高,且观察组生存质量评分高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$)

分

维度	对照组(n=40)		观察组(n=40)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
生理功能	67.23±16.48	71.02±14.28 ²⁾	68.44±15.93	82.83±14.45 ¹⁾²⁾
生理职能	31.47±9.88	44.22±10.04 ²⁾	32.03±9.59	58.38±12.50 ¹⁾²⁾
躯体疼痛	46.28±10.34	57.47±13.74 ²⁾	46.77±10.10	75.18±17.31 ¹⁾²⁾
总体健康	36.23±11.41	44.25±14.03 ²⁾	36.94±10.99	58.39±13.07 ¹⁾²⁾
精力	30.15±9.47	37.10±12.78 ²⁾	31.01±9.05	67.04±16.64 ¹⁾²⁾
情感职能	50.32±13.63	57.25±13.43 ²⁾	51.31±14.05	85.02±14.52 ¹⁾²⁾
社会职能	53.82±12.42	61.07±11.45 ²⁾	54.13±12.53	76.89±9.32 ¹⁾²⁾
精神健康	38.14±11.44	43.29±11.23 ²⁾	39.28±11.39	58.68±12.48 ¹⁾²⁾

与对照组治疗后比较,1) $P < 0.05$;与本组治疗前比较,2) $P < 0.05$

3 讨 论

PCI 术后再狭窄的发生机制并不明确,通常认为与炎症反应、血管平滑肌细胞过度增殖、血管弹性回缩、血管重塑、血栓形成、基质沉积等因素有关,是局部血管受到损伤后的修复反应,其中血管平滑肌细胞的过度增殖是一种重要的病理机制^[7]。PCI 术后的不合理、不规律用药往往会并发支架内再狭窄,严重威胁病人生命健康。支架内再狭窄的判定标准通常依靠冠脉造影,通过图像观察如果在支架内或支架后 5 mm 范围内血管出现狭窄,血管腔面积狭窄程度大于 50% 即

可判定为支架内再狭窄^[8]。

中医根据其特有的辨证论治,在治疗 PCI 术后再狭窄方面有着独特的优势^[9]。中医将再狭窄归于“胸痹”范畴,其病因多与情志不遂、饮食不节及体质等因素有关,致痰湿内蕴,脉络瘀阻,从而心脉不通,发为胸痹,出现心悸、胸闷乏力、头重如裹、肢体困重等临床表现。其病机认为是多种因素导致痰、瘀等病理产物,寒凝气滞,蒙蔽心阳,多为本虚标实,阳微阴弦之症^[10-11],治疗上多采用理气宽胸、通阳散结等方法^[12-13]。PCI 术后耗气伤血,脉络瘀阻,胸阳不温而致寒痰瘀血凝

滞,辨证多为痰瘀互结证,治以《金匱要略》中具有独特药物配伍^[14-15]的经典方剂瓜蒌薤白半夏汤。本研究采用加味瓜蒌薤白半夏汤即由此加减化裁而来。瓜蒌为此方君药,性甘寒,可清热化痰,行气散结,宣通闭塞,《本草思辨录》曾记载:“瓜蒌实之长,在导痰浊下行,故结胸痹,非此不治。”薤白作为臣药,性辛温,佐君药之寒凉,为治疗寒痰凝滞、胸阳不振胸痹之要药,可散阴寒而温胸阳,《本草求真》记载:“味辛则散,散则能使在上寒滞立消;味苦则降,降则能使在下寒滞立下,气温则散,散则能使在中寒滞立除,体滑则通,通则能使久痼寒滞立解。”君臣相须,加强了行气祛痰、散结通阳之功用。辛温之半夏可燥湿化痰,消痞散结,与薤白共化寒痰,增强了化痰之功,配伍瓜蒌从而达到化痰宽胸、通阳散结之功效^[12,16]。此外丹参可清心除烦、活血化瘀,与三七合用可祛瘀不伤正。紫苏梗理气宽中,枳壳理气化痰,二者均为气药,合用加大了行气之功,有助于胸中之气的升散^[17]。葛根可升举阳气,性辛甘,在加强升阳散结功效的基础上还可配合他药活血化瘀。入心经之连翘性苦寒,清心经之热,泄心经之火,可行气通经活络。以上药物相互配伍,共同组成通阳散结、祛痰宽胸之瓜蒌薤白半夏汤。

本临床观察结果证明,理气宽胸、通阳散结法联合 PCI 术后常规西药治疗总有效率明显高于对照组,其改善症状的机制可能是通过改善心肌缺血缺氧状态,调节机体脂异常代谢来达到治疗目的地。理气宽胸、通阳散结法能显著改善心肌缺血症状,提高 PCI 术后的临床疗效与预后,降低 PCI 术后再狭窄发生率,具有治疗优势,值得临床进一步深入研究。

参考文献:

[1] 孙凌刚,余健,何正飞.瑞舒伐他汀对 PCI 术后患者血清 IL - 10、hs - CRP 及 NT - proBNP 的影响[J].中国生化药物杂志,2016,5(11):193 - 194.

[2] 中国成人血脂异常防治指南修订联合委员会.中国成人血脂异常防治指南(2016 年修订版)[J].中国循环杂志,2016,31(10):7 - 28.

[3] 赵涛,赵步长,贾力夫,等.“脑心同治”理论研究进展[J].中医临床

研究,2015,7(27):8 - 13.

[4] 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,2002:1 - 5.

[5] 张福娟,陈立,王珠秀,等.脑心通胶囊治疗冠心病合并血脂异常临床研究[J].河北医学,2014,12(12):2048 - 2049.

[6] 李鲁,王红妹,沈毅.SF - 36 健康调查量表中文版的研制及其性能测试[J].中华预防医学杂志,2002,36(2):109 - 113.

[7] GUILDFORD A L,STEWART H J,MORRIS C, et al .Substrate - induced phenotypic switches of human smooth muscle cells:an in vitro study of instent restenosis activation pathways[J].J R Soc Interface,2011,8(58):641 - 649.

[8] KANG S J,MINTZ G S,PARK D W, et al .Mechanisms of instent restenosis after drug - eluting stent implantation intravascular ultra - sound analysis[J].Circ Cardiovasc Interv,2011,4(1):9 - 14.

[9] 王燕萍,彭丹虹,刘晓琪,等.瓜蒌薤白半夏汤治疗胸痹的 Meta 分析[J].辽宁中医杂志,2016(10):2051 - 2056.

[10] 闫爱国,刘建勋,李欣志,等.瓜蒌薤白半夏汤合血府逐瘀汤组方对小型猪痰瘀互结证冠心病模型心肌细胞凋亡及相关蛋白表达的影响[J].中国中药杂志,2015,40(11):2174 - 2179.

[11] 单自琴,许剑婕.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[J].世界中医药,2017,12(1):53 - 56.

[12] 李新,赵灿灿,潘栋.瓜蒌薤白半夏汤辅助治疗顽固性心绞痛的疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(1):86 - 88.

[13] 杜文婷,刘萍,邓兵,等.基于血管功能及结构探讨瓜蒌薤白半夏汤对痰瘀互结型冠心病合并颈动脉斑块患者的临床疗效[J].中华中医药杂志,2016(10):4325 - 4328.

[14] 周菁,张焱,张倩.瓜蒌薤白半夏汤对心肌梗死后大鼠的心肌保护作用研究[J].辽宁中医杂志,2016(2):410 - 412.

[15] 郭建恩,米树斌,闫秀川,等.瓜蒌薤白半夏汤对 ApoE 小鼠血脂代谢、氧化应激和主动脉 Lox - 1 表达的影响[J].中国中药杂志,2017,42(4):752 - 757.

[16] 吴政远,尹湘君,何庆勇.运用瓜蒌薤白半夏汤治疗急性冠脉综合征经验[J].国际中医中药杂志,2015,37(12):1131 - 1132.

[17] 唐丹丽,刘赛华,崔海峰,等.栝楼薤白半夏汤对心肌缺血再灌注损伤大鼠心肌自噬及凋亡的影响[J].中国中医基础医学杂志,2016(2):177 - 180.

(收稿日期:2017 - 08 - 21)
(本文编辑 王雅洁)