

综 述 ·

不稳定型心绞痛治疗现状

韩永继¹ 指导:盛小刚²

(1. 广州中医药大学2005级硕士研究生, 广州市机场路12号, 510405; 2. 广东省中医院心内科)

[摘 要] 就近年来现代医学对不稳定型心绞痛(UA)发病机制及治疗策略的研究进展, 以及中医药对不稳定型心绞痛的病因病机及临床辨证治疗等方面的现状做一综述。总结了具有代表性的各家观点和临床经验及特色, 为UA的中西医治疗提供一些借鉴与依据。

[关键词] 不稳定型心绞痛; 综述; 中医药治疗

冠心病是目前危害人类生命健康的重大疾病。由于人口老龄化及不健康的生活方式, 我国心血管病危险因素明显增多, 心脑血管发病率及死亡率均呈增长趋势, 心血管疾病已成为威胁我国城乡居民生命及健康的主要疾病之一。流行病学研究显示^[1], 我国冠心病的发病呈明显上升趋势, 城市以每年约7.5%的速度增长, 冠心病病死率已占循环系统疾病的17%、城市占26%。据卫生部《2005年中国卫生统计提要》显示, 在城市前10位疾病死亡原因及构成中心血管疾病排名第三, 占18.8%, 其中男性排名第三, 占17.23%, 女性则上升到第一位, 占20.87%; 这一数值在农村为第四位。有关研究指出^[2]: 我国冠心病的发病率呈逐年上升趋势, 未来20年冠心病将呈高发态势。

1 现代医学对不稳定型心绞痛(UA)的认识

1.1 急性冠脉综合征的概念、发病机制及危险分层

UA是介于稳定型心绞痛和急性心肌梗死(AMI)之间的一组临床心绞痛综合征。研究表明, UA的病理基础为不稳定斑块, 其生理病理基础包括内膜损伤、斑块破裂、血管痉挛、血小板聚集、炎症反应以及血栓形成等诸多因素。主要发病机制为冠脉粥样斑块破裂, 继而血小板聚集导致冠状动脉内非闭塞性血栓形成。为尽快明确UA病情的危重程度, 制定相应的治疗策略, 中华医学会心血管病学分会^[3], 将UA分为低危险组、中危险组、高危险组; 2002年美国心脏病学会(ACC)和美国心脏学会(AHA)《关于UA及非ST段抬高心肌梗死(NSTEMI)的治疗指南》, 将该类患者早期危险分层分为低度危险、中度危险、高度危险; Antman等^[4]提出心肌梗死溶栓性试验(TIMI)危险评分法, 根据TIMI

危险评分将UA患者分为低危组(0~2分)、中危组(3~4分)和高危组(5~7分)。

1.2 治疗策略

早期保守和有创干预均被用于UA的治疗。早期保守策略是指患者早期以药物保守治疗为主, 而冠脉造影仅用于强化药物治疗后仍有反复心肌缺血发作(静息心绞痛或动态ST段变化)或有强阳性负荷试验结果的患者; 早期有创干预为只要在临床上无明显血运重建禁忌证者, 均早期进行冠脉造影, 若有可能, 可以直接进行血运重建治疗包括经皮冠脉介入治疗(PCI)或冠脉旁路移植术(CABG)。

不稳定心绞痛保守治疗的目的是稳定粥样硬化斑块, 缓解缺血症状, 改善心肌需氧和供氧之间的平衡, 防止血栓形成。药物包括: (1) 抗血小板治疗, 如阿司匹林、波立维; (2) 抗凝治疗, 如肝素、低分子肝素; (3) 硝酸酯类药物, 如硝酸甘油、消心痛等; (4) β 受体阻滞剂, 如美托洛尔、比索洛尔、阿替洛尔等; (5) 钙拮抗剂, 硝苯地平、地尔硫䓬等^[3]。近年来循证医学证据表明, 他汀类药物、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)类药物、GP IIb/IIIa的使用可明显改善UA患者的预后, 降低心血管事件风险。近年来, 我国PCI发展迅速, 据调查, 1984~1996年我国的PCI仅为6213例, 而2005年我国完成的PCI达95912例^[5]。

对于UA患者是采用有创干预或早期保守治疗, 近年来一直引起学者关注, 早期的临床试验, 如VAN-QWISH试验认为, 多数非Q波心肌梗死(NQMI)患者不能从常规早期有创治疗中受益, 即使对高危者, 保守的抗缺血治疗仍是安全有效的; 新近的临床试验结果却显示, 早期有创干预对无ST段抬高ACS的患者有

益。如 FRISC-II、TACTICS-TIMI¹⁸、RITA-3 均表明对高危患者有创干预优于保守治疗,能减少远期复合终点的发生。赵明中等^[6]通过临床研究认为,在 TIMI 危险评分高及中分组无 ST 段 ACS 患者中,早期有创干预较早期保守治疗策略能明显降低复合心血管事件,改善预后;对于 TIMI 危险积分低分组者,两种干预策略无明显差别。

De Winter 等^[7]则认为,在给予最佳药物治疗的基础上,对伴有肌钙蛋白 T 水平升高的非 ST 段抬高急性冠状动脉综合征患者行早期治疗并不优于择期介入治疗。Breema 等^[8]对冠心病患者长达 10 年的随访研究表明,在校正基线变量差异后,有创治疗不再与长期死亡率降低相关,保守治疗不再是长期死亡率增高的显著预测因素。

目前对 UA 常规早期有创治疗仍有争议,临床试验结果不一致。而对比强化药物治疗与 PCI+强化药物治疗的 COURAGE 试验正在进行,该试验将会提供更多关于药物治疗+PCI 与单纯药物治疗的比较结果,并且会提供生活质量和经济成本方面的详细信息^[9]。

结合我国幅员辽阔,经济发展程度差别极大,大部分地区是农村的实际情况,不能广泛开展 PCI 或 CABG 术。因此,切实用好证据支持的药物,包括阿司匹林、他汀类、 β 受体阻断剂、钙拮抗剂和 ACEI,完全可以给该类患者带来预后改善、降低死亡率的切实利益。

2 中医药对 UA 的认识

中医虽没有 UA 相关病名,但本病早已客观存在,古代医家通过长时间的临床观察,对该病已有一定的认识。UA 属于《黄帝内经》、《金匱要略》所述“胸痹”、“心痛”范畴。

中医对于冠心病的认识,目前已基本趋于一致,认为本虚标实是其基本病机。在此基础上,各家从不同角度进行了不同的阐述。邓铁涛^[10]通过对冠心病的深入研究,结合岭南地区气候的特点,认为冠心病的病机为:(1)正虚为本,邪实为标;(2)五脏相同,心脾相关;(3)痰瘀相关,以痰为主。

2.1 自拟方辨证治疗

活血宁心:王保申等^[11]将 132 例冠心病心绞痛患者随机分为治疗组 68 例与对照组 64 例,两组均予西医常规治疗,治疗组加用宁心通脉汤,4 周后评价疗效,以观察宁心通脉汤治疗冠心病心绞痛的临床疗效。结果治疗组在临床疗效及心电图、血脂、血液流变性改善方面均优于对照组。

健脾化痰,活血祛瘀:叶建芳等^[12]运用健脾化痰活血法治疗 UA。其中对照组予以抗心绞痛常规西药治疗;治疗组在对照组治疗基础上加用健脾化痰活血中药。结果治疗组总有效率为 90.0%,对照组为 69.8%,差异有显著性意义($P < 0.05$);治疗组在心电图疗效、血脂调节、C 反应蛋白方面均优于对照组($P < 0.05$);表明了健脾化痰活血法有较好的调脂、抗炎及改善供血、稳定动脉粥样硬化斑块的作用。

益气活血:邓宝澄^[13]治疗 UA 86 例,对照组(4 例)予西医常规治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加用自拟冠心通汤。结果治疗组心绞痛、心电图及血脂疗效优于对照组($P < 0.05$);治疗组治疗后全血黏度、血浆黏度、纤维蛋白原均值均低于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。黄启辉等^[14]将 54 例 UA 患者随机分为治疗组 26 例,对照组 28 例。对照组以内科常规治疗,治疗组在内科治疗的基础上加用自拟益气活血汤,疗程均为 4 周。以探讨自拟益气活血汤治疗 UA 的临床疗效。结果表明,治疗组心绞痛总疗效及心电图疗效、中医症状疗效计分治疗前后差值比较,治疗组优于对照组,认为中西医结合可提高治疗 UA 的效果。

活血通络:高积慧等^[15]采用舒心通冠汤治疗 UA,对照组 40 例,以西医常规治疗;治疗组 40 例,在对照组治疗基础上加中药舒心通冠汤。结果显示心绞痛、心电图总有效率治疗组为 85%,对照组为 70%,两组比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

益气养阴,活血祛瘀:张秀梅^[16]运用稳斑汤治疗 UA,将 58 例 UAP 患者,随机分为治疗组 32 例和对照组 26 例。对照组给予常规西药治疗;治疗组在常规治疗基础上加服稳斑汤。结果显示,治疗组主要症状改善率和心绞痛缓解率与对照组比较差异有显著性意义($P < 0.01$),治疗后心电图的变化和硝酸甘油减停率以治疗组为优($P < 0.05$)。

2.2 古方加减

刘洪波^[17]采用加味丹参饮治疗冠心病心绞痛,将 206 例冠心病心绞痛患者随机分成治疗组和对照组。治疗组 120 例用加味丹参饮治疗;对照组 86 例用复方丹参片治疗。结果治疗组在总有效率、心电图疗效、血脂、血液流变学及硝酸甘油减停率方面均优于对照组($P < 0.01$),认为加味丹参饮能改善冠状动脉供血,具有降血脂、降血黏作用,对心肌缺血有抑制作用。李佑新等^[18]运用补阳还五汤加味治疗冠心病心绞痛取得良好疗效。将 97 例患者随机分为两组,治疗组 49 例以补阳还五汤加味治疗,对照组 48 例以常规西药治疗,1 个疗程后观察临床症状及心电图的改善情况。治疗组总有

效率81.6%,对照组总有效率58.3%,两组总有效率比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

2.3 中成药治疗

血脂康:杨静文等^[19]发表了关于血脂康对冠心病二级预防作用的临床试验,试验采用双盲、随机、安慰剂对照长期随访。结果显示在血脂康组冠心病事件和总死亡率分别为4.25%和6.12%,在安慰剂组发生率分别为18.75%和20.83%。两组冠心病事件和总死亡率分别比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。调脂治疗后,血脂康组总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)分别降低19.04%、13.76%、25.52%;对照组TC、TG、LDL-C分别降低3.21%、4.57%、1.21%;血脂康组高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)升高4.35%,安慰剂组升高1.77%,两组间各指标比较差异均有显著性。在临床不良反应和实验室指标异常方面,血脂康组和安慰剂组间差异无统计学意义。

复方丹参滴丸:复方丹参滴丸是由丹参、三七、冰片组成,目前已广泛应用于心血管疾病的防治,研究表明,其具有扩张心脑血管,增加冠状动脉血流量,降低心肌耗氧量;抗血小板聚集,促进纤维蛋白溶解,改善微循环;消除自由基,抗脂质过氧化损伤,钙离子拮抗,改善ATP酶活性等作用。姚萍、周健、蒙莫珂等^[20~22]通过临床研究均表明,复方丹参滴丸在总有效率及改善心绞痛分级、缺血心电图、血流动力学等方面优于单纯西药组,差异具有显著性意义,且无不良反应。显示了复方丹参滴丸是一种有效且副作用小的治疗冠心病、心绞痛药物。

3.2 注射制剂

彭筱平^[23]将108例冠心病UA患者随机分为治疗组56例与对照组52例,对照组予常规西药治疗,治疗组在对照组基础上加用血塞通注射液静滴注,两组均治疗15天。结果治疗组在心绞痛缓解、心电图和血液流变学改善方面明显优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),且治疗中未发现不良反应。赵燕等^[24]运用葛根素治疗老年人UA。对120例老年人UA患者随机分成两组,治疗组60例在基础治疗的同时配合葛根素静脉滴注,对照组60例只行基础治疗,观察心绞痛、心电图、心功能、血脂等改善情况。结果显示,治疗组改善心绞痛症状总有效率为95.0%,心电图总有效率78.3%,并能显著改善左心功能,调节血脂,明显优于对照组($P < 0.05$)。乔松彦^[25]采用生脉注射液加血塞通注射液配合西药治疗UA,将128例UA患者随机分为治疗组64例和对照组64例,治疗组给予生脉注射液加血塞通注射液静

脉点滴和西药治疗,对照组单用西药治疗。结果显示,治疗组的显效率及总有效率明显高于对照组(P 均 < 0.05)。

其他:吴焕林等^[26]观察邓铁涛教授经验方邓氏冠心病胶囊治疗冠心病心绞痛气虚痰瘀型的临床疗效。心绞痛患者90例,随机分为3组,分别用邓氏冠心病胶囊、消心痛及复方丹参滴丸治疗,疗程6个月。结果表明,3组均能显著改善心绞痛症状,提高硝酸甘油停减率、心电图疗效及动态心电图疗效,但试验组的硝酸甘油停减率及中医证候疗效提高尤为显著,且在改善患者生活质量方面更优。研究显示,邓氏冠心病胶囊是治疗冠心病心绞痛气虚痰瘀型的有效中成药,能减少心绞痛的发作,改善患者生活质量。

3 小结

总而言之,中医对UA的病因病机有了较为深入的认识。目前,中医治疗UA以专病专方为主,大多为中西医结合治疗,在消除症状、控制心绞痛发作、改善心电图及预防心肌梗死方面取得了一定的疗效。但仍存在着不少问题:(1)对UA的诊断、评价及发生机制的认识存在差异,缺乏统一标准,影响了抗心绞痛中药疗效的评价和对病情预后的判断。(2)临床观察多,试验研究少,缺乏以AMI、猝死或总死亡为终点目标的研究;缺乏严格意义上的随机、对照研究;缺乏试验设计严谨的大规模、多中心前瞻性研究。(3)在证候研究方面,虚证方面心肾阳虚研究颇多,脾胃气虚,心脾相关研究较少;实证方面血瘀证、寒凝的研究相对较多,痰浊、痰瘀相关研究较少。

我国实行了中西医并重的方针政策,中医药对冠心病的防治有悠久的历史及丰富的经验。对于UA的诊治,现代医学已有较为完善的诊治。但诸多研究表明,中西医结合能够提高UA的临床疗效,改善预后,提高生活质量;然而由于缺乏大型随机对照的临床试验,中医药的介入是否能给UA的患者带来确切的益处目前尚存争议,需要进一步临床实践,尤其是大型的随机对照的临床试验来证明。

参考文献

- [1] 杨功焕. 中国人群死亡及其危险因素、流行水平、趋势和分布. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2005: 111~113.
- [2] 国家“九五”科技攻关课题协作组. 我国中年人群心血管病主要危险因素流行现状及从80年代初至90年代末的变化趋势. 中华心血管病杂志, 2001, 29(2): 74~79.
- [3] 中华医学会心血管病学分会. 不稳定型心绞痛诊断和治疗建议. 中华心血管病杂志, 2000, 28(6): 409~412.
- [4] Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, et al. The TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI: a method for

prognostication and the rapeutic decision making. JAMA, 2000, 284(7) : 835~842.

- [5] 吕树铮, 宋现涛, 陈韵岱, 等. 中国大陆2005年度经皮冠状动脉介入治疗登记调查研究结果初步分析. 中华心血管病杂志, 2006, 34(11) : 966~970.
- [6] 赵明中, 胡大一, 马长生, 等. 心肌梗死溶栓试验危险评分对无ST段抬高急性冠状动脉综合征不同干预策略的影响. 中华心血管病杂志, 2006, 34(11) : 1001~1004.
- [7] De Winter RJ, Windhausen F, Cornel JH, et al. Early invasive versus selective invasive management for acute coronary syndromes. Engl J Med, 2005, 353(11) : 1095~1104.
- [8] Breeman A, Timmer J, Ottervanger JP, et al. Long-term follow-up after invasive approach of coronary artery disease in daily practice. Int J Cardio, 2005, 105(2) : 186~191.
- [9] 赵水平, 胡大一. 心血管病诊疗指南解读. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 267.
- [10] 杨利. 邓铁涛教授治疗冠心病经验采菁. 湖北民族学院学报医学版, 2005, 22(3) : 35~37.
- [11] 王保申, 宋莉娟. 宁心通脉汤治疗冠心病心绞痛临床观察. 中国中医急症, 2006, 15(8) : 824~825.
- [12] 叶建芳, 刘文胜, 李逢春. 健脾化痰活血法治疗不稳定型心绞痛50例疗效观察. 新中医, 2005, 37(9) : 36~37.
- [13] 邓宝澄. 加用自拟冠心通汤治疗不稳定型心绞痛疗效观察. 广西中医药, 2006, 2(2) : 8~11.
- [14] 黄启辉, 李建军, 陈耀光, 等. 益气活血汤治疗不稳定型心绞痛26例疗效观察. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3

(8) : 728~729.

- [15] 高积慧, 张晓江. 舒心通冠汤治疗不稳定型心绞痛心血瘀阻证40例疗效观察. 新中医, 2005, 37(2) : 21~22.
- [16] 张秀梅. 稳斑汤治疗不稳定型心绞痛临床观察. 国际中医中药杂志, 2006, 28, (4) : 240~242.
- [17] 刘洪波. 加味丹参饮治疗冠心病心绞痛120例疗效观察. 新中医, 2003, 35(2) : 34~35.
- [18] 李佑新, 丁道猛. 补阳还五汤加味治疗冠心病心绞痛49例疗效观察. 新中医, 2003, 35(4) : 33~34.
- [19] 杨静文, 李江虹, 张伶宋, 等. 血脂康调整血脂对冠心病的二级预防研究. 中国循环杂志, 2006, 21(4) : 276~278.
- [20] 姚萍, 朱江红, 雷艳蓉. 复方丹参滴丸治疗冠心病心绞痛38例. 临床药学, 2005, 4(7) : 81~82.
- [21] 周健. 复方丹参滴丸治疗不稳定型心绞痛76例. 中国中医急症, 2006, 15(8) : 864~865.
- [22] 蒙莫珂. 复方丹参滴丸治疗不稳定型心绞痛临床观察. 中华实用中西医结合杂志, 2005, 18(10) : 1411~1412.
- [23] 彭筱平. 中西医结合治疗不稳定型心绞痛56例临床观察. 中医药导报, 2005, 11(1) : 28~29.
- [24] 赵燕, 韩忠. 葛根素治疗老年人不稳定型心绞痛60例临床观察. 实用中西医结合临床, 2005, 5(1) : 17.
- [25] 乔松彦. 中西医结合治疗不稳定型心绞痛临床观察. 中华实用中西医结合杂志, 2004, 17(10) : 1442.
- [26] 吴焕林, 李新梅, 罗文杰. 邓氏冠心胶囊治疗冠心病稳定型心绞痛随机对照临床研究. 中医杂志, 2006, 47(1) : 24~27.

(收稿日期: 2007-03-23; 修回日期: 2007-06-19)



中医中药中国行公益事业杰出贡献奖
中医中药中国行特约赞助单位

适用范围

广泛适用于诊所、药店、中医院、综合医院、药物研发、临床应用、研究机构、食品饮料加工业、化工行业等及其分支行业的制剂室、实验室、中试阶段研究、小批量生产以及为终端客户服务。

主要功能

- 真空低温煎药;
- 蒸馏浓缩中药, 制作膏剂、粉剂;
- 有机溶剂提取(酒精、乙醚等);
- 果酱、凝胶体(成冻体)等的低温浓缩和提取;
- 芳香剂的提取、各种精油成分的分离;
- 红参制造功能(蒸熟和炖)等。

全国免费垂询热线: 800-310-0359

行业内唯一通过ISO9001: 2000和ISO13485: 2003认证的企业

YZN-50多功能真空(提取 分离 蒸馏)浓缩机

留驻**精**华, 留驻**健**康



北京东华原医疗设备有限公司

电话: 010-89718013

传真: 010-89718021

地址: 北京市中关村昌平科技园园区振超路1号

邮编: 102200

网址: www.donghuagroup.com

