

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.07.009

临床研究

通脉补心膏方联合西药治疗急性心肌梗死
气虚血瘀证 50 例回顾性队列研究龚兆会¹, 李荣¹, 吴伟^{1*}, 吴辉¹, 褚庆民¹, 赵新军¹, 李楠²

(1. 广州中医药大学第一附属医院, 广东省广州市白云区机场路 16 号, 510405; 2. 暨南大学中医学院)

摘要 目的 评价通脉补心膏方联合西药治疗急性心肌梗死气虚血瘀证患者的临床疗效及安全性。方法 采用回顾性队列研究的方法, 通过广州中医药大学第一附属医院的电子病历系统, 采集 2016 年 1 月至 2017 年 12 月就诊的急性心肌梗死气虚血瘀证患者, 选择接受通脉补心膏方联合常规西医治疗的 50 例患者为膏方组, 匹配以仅接受常规西医治疗的 49 例患者为西药组。比较两组治疗前后中医证候疗效、Killip 心功能分级、NYHA 心功能分级、血清 B 型脑钠肽 (BNP) 水平、心脏彩超情况 [左室射血分数 (EF)、左室舒张末内径 (LVEDD)、左室收缩末内径 (LVESD)], 并进行生活质量评价。结果 治疗后膏方组中医证候疗效总有效率 (96.00%) 高于西药组 (83.67%) ($P < 0.01$)。治疗后两组 Killip 心功能分级及 NYHA 心功能分级均较治疗前降低 ($P < 0.01$), 且膏方组优于西药组 ($P < 0.01$); 治疗后两组 LVEDD、LVESD 均较本组治疗前增大 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 膏方组的 LVESD 比西药组小 ($P < 0.05$); 西药组治疗后 EF 较治疗前下降 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者血清 BNP 水平和生活质量评分较治疗前均明显改善 ($P < 0.01$), 且膏方组治疗后比西药组治疗后改善更明显 ($P < 0.01$)。两组患者在治疗期间均无明显不良反应。结论 通脉补心膏方联合西药治疗急性心肌梗死气虚血瘀证患者临床疗效良好, 可有效改善心功能、减缓心肌重构、改善生活质量, 安全性好。

关键词 急性心肌梗死; 通脉补心膏方; 气虚血瘀证; 回顾性队列研究

急性心肌梗死 (AMI) 为心肌急性持续缺血导致的心肌细胞坏死, 属于心内科中较为常见的危重病^[1-2], 具有致残率高、病死率高的特点^[3]。AMI 属于中医“真心痛”范畴, 而气虚血瘀证尤为常见^[4]。院内制剂膏方是广州中医药大学第一附属医院的特色之一, 其中基于国医大师邓铁涛教授学术经验传承, 针对胸痹心痛气虚血瘀证患者研制出的通脉补心膏方。为了进一步探讨通脉补心膏方的有效性, 对 2016 年 1 月至 2017 年 12 月使用通脉补心膏方治疗的 AMI 气虚血瘀证患者进行回顾性分析, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究采用回顾性队列研究的方法, 通过广州

中医药大学第一附属医院的电子病历系统, 于 2018 年 3 月收集在广州中医药大学第一附属医院心血管科 2016 年 1 月至 2017 年 12 月就诊的 AMI 气虚血瘀证患者使用通脉补心膏方治疗的 AMI 患者作为膏方组, 未使用通脉补心膏方的作为西药组。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照 2012 年心肌梗死全球统一定义^[5], 即血清心肌标志物 (主要是肌钙蛋白) 升高 (至少超过 99% 参考值上限), 并至少伴有以下 5 项临床指标中的 1 项: 1) 缺血症状; 2) 新发生的缺血性心电图改变 (新的 ST-T 改变或左束支传导阻滞); 3) 心电图病理性 Q 波形成; 4) 影像学证据显示有新的心肌活性丧失或新发的局部室壁运动异常; 5) 冠状动脉造影或尸检证实冠状动脉内有血栓。

中医辨证标准参照《急性心肌梗死中西医结合诊疗专家共识》^[6] 中气虚血瘀证辨证标准, 具体

基金项目: 国家自然科学基金 (81774260, 81673923)

* 通讯作者: gztcm3@qq.com

证候特点如下: 心胸刺痛, 胸部闷滞, 动则加重, 伴乏力、短气、汗出, 舌质黯淡或有瘀点瘀斑, 舌苔薄白, 脉虚无力。

1.3 纳入标准

1) 符合上述西医诊断标准及中医辨证标准; 2) 年龄 18 ~ 80 岁; 3) 膏方组患者要求使用通脉补心膏方的疗程为 8 周; 4) 西药组患者按照性别、年龄、病程、心肌肌钙蛋白 I (cTnI) 水平、是否心电图 ST 段抬高、是否经介入血运重建等与膏方组匹配。

1.4 排除标准

1) 失访或关键资料不齐全者; 2) 有恶性肿瘤或精神疾病者; 3) 有严重肝肾功能不全及血液系统、神经系统等原发疾病者; 4) 妊娠或哺乳期妇女; 5) 入组前 1 周内或入组后会服用其他膏方者; 6) 未能控制的糖尿病 (糖化血红蛋白 > 8%) 患者。

1.5 干预方式

两组均予以常规西医治疗, 包括抗血小板聚集、改善冠状动脉供血、调节血脂、控制血压、控制血糖以及条件允许时行血运重建治疗等。膏方组在常规治疗基础上加用通脉补心膏方, 于接诊次日开始服用, 组成: 红参 20 g、黄芪 100 g、黄芩 20 g、毛冬青 50 g、丹参 50 g、赤芍 50 g、川芎 30 g、瓜蒌 30 g、法半夏 30 g、茯苓 20 g、白术 20 g、枳壳 20 g、陈皮 20 g、酒黄精 100 g、麦冬 50 g、五味子 50 g、三七 20 g、红花 10 g、木香 10 g、薤白 20 g、降香 10 g、燀桃仁 10 g、醋延胡索 10 g、郁金 20 g、姜黄 10 g、醋乳香 10 g、醋香附 10 g、阿胶 50 g、元贞糖 50 g (饴糖为主配制的食用糖)。由广州中医药大学第一附属医院药剂科制备成约 500 g 的膏方, 口服每次 20 g, 每日 3 次。疗程为 8 周。

1.6 观察指标及方法

收集患者干预前 1 周内检查及干预结束后 2 周内完成复查结果。

1.6.1 临床疗效指标 包括中医证候积分、Killip 心功能分级和纽约心功能分级 (NYHA)。

1) 中医证候积分及疗效判定, 参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[8] 中冠心病心绞痛部分症状分级量化法制定: 根据患者症状轻重程度分为无 (0 分)、轻 (1 分)、中 (2 分)、重 (3 分), 满分 27 分。疗效判定: 显效, 临床症状、体征明显改善, 证候积分减少 $\geq 70\%$; 有效, 临床症状、体征明显改善, $30\% \leq$ 证候积分减少 $< 70\%$; 无效, 临床症状、体征无明显改善, 甚或加

重, 证候积分减少 $< 30\%$ 或无减少; 加重, 临床症状、体征均有加重, 证候积分较前增加。

2) Killip 心功能分级^[9], I 级: 无明显心功能损害证据; II 级: 轻、中度心力衰竭主要表现为肺底啰音 ($< 50\%$ 肺野)、第三心音及 X 线胸片上肺瘀血表现; III 级: 重度心力衰竭, 肺部啰音 ($\geq 50\%$ 肺野); IV 级: 心源性休克。

3) 纽约心功能分级 (NYHA)^[10]: I 级: 日常活动无心力衰竭症状; II 级: 日常活动出现心力衰竭症状; III 级: 低于日常活动出现心力衰竭症状; IV 级: 在休息时亦出现心力衰竭症状。

1.6.2 心室重构的观察 通过 PHILIPS iE33 心脏彩超仪器进行心脏彩超检查, 包括左室射血分数 (EF)、左室舒张末内径 (LVEDD)、左室收缩末内径 (LVESD)。

1.6.3 心功能实验室指标 收集患者血清, 要求以化学发光法检测 B 型脑尿钠肽 (BNP)。

1.6.4 生活质量评价 根据 SF-36 调查表^[11] 评估患者生活质量情况。

1.6.5 安全性指标 治疗前后检测血常规、尿常规、大便常规、血糖、肝功能、肾功能、凝血四项。

1.7 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件分析数据, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 满足正态性分布且方差齐时, 组间比较采用独立样本 t 检验; 不满足正态性或方差不齐时用非参数检验; 疗效比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

1.8 调查质控方法

采用 Excel 2013 进行数据建库, 双人录入, 对比查错。随机从整个样本中选出 10% 进行重复调查, 符合率达 85% 以上认为合格。同时调查其他长期使用的膏方, 避免混杂偏倚及回忆偏倚。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较

膏方组纳入患者 50 例, 其中男 34 例, 女 16 例; 年龄 28 ~ 72 岁, 平均 (58.12 ± 9.58) 岁; 冠心病病程 0 ~ 12 年, 平均 (5.78 ± 2.55) 年; ST 段抬高者 33 例, 非 ST 段抬高者 17 例; 冠状动脉单支病变 34 例, 双支病变 12 例, 三支病变 4 例; 经介入血运重建 39 例。西药组纳入患者 49 例, 其中男 31 例, 女 18 例; 年龄 31 ~ 76 岁, 平均 (56.98 ± 8.39) 岁; 冠心病病程 0 ~ 13 年, 平均 (6.01 ± 3.14) 年; ST 段抬高者 34 例, 非 ST 段抬高者 15 例; 冠状动脉单支病变 32 例, 双支病

变 13 例, 三支病变 4 例; 经介入血运重建 37 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分及治疗后中医证候疗效比较

表 1 示, 治疗前两组中医证候积分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后两组中医证候积分均较本组治疗前明显减少 ($P < 0.01$); 且治疗后膏方组中医证候积分较西药组更小 ($P < 0.01$)。表 2 示, 两组中医证候疗效比较, 膏方组总有效率高于西药组 ($P < 0.01$)。

表 1 两组急性心肌梗死气虚血瘀证患者治疗前后中医证候积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	中医证候积分
膏方组	治疗前	50	16.08 $\pm$ 5.12
	治疗后	50	3.21 $\pm$ 1.02 ^{*Δ}
西药组	治疗前	49	15.41 $\pm$ 4.98
	治疗后	49	6.98 $\pm$ 1.74 [*]

注: 与本组治疗前比较, $* P < 0.01$; 与西药组治疗后比较, $\Delta P < 0.01$

表 2 两组急性心肌梗死气虚血瘀证患者中医证候疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	加重	总有效
膏方组	50	31 (62.00)	17 (34.00)	2 (4.00)	0	48 (96.00)
西药组	49	15 (30.61)	26 (53.06)	8 (16.33)	0	41 (83.67)

2.3 两组患者治疗前后心功能分级比较

表 3 示, 治疗前两组 Killip、NYHA 心功能分级比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后两组 Killip、NYHA 心功能分级均较治疗前明显降低

表 3 两组急性心肌梗死气虚血瘀证患者治疗前后 Killip 心功能分级、NYHA 心功能分级比较 (例, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	Killip 心功能分级				NYHA 心功能分级			
			I 级	II 级	III 级	IV 级	I 级	II 级	III 级	IV 级
膏方组	治疗前	50	21	7	6	3	7	10	17	16
	治疗后	50	44	36	2	0	36	5	6	3
西药组	治疗前	49	18	5	7	5	5	9	18	17
	治疗后	49	34	22	1	0	22	13	10	4

表 4 两组急性心肌梗死气虚血瘀证患者心脏彩超指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	EF (%)	LVEDD (mm)	LVESD (mm)
膏方组	治疗前	50	60.13 $\pm$ 9.88	50.08 $\pm$ 12.39	32.71 $\pm$ 9.85
	治疗后	50	56.95 $\pm$ 13.82	56.21 $\pm$ 15.02 [*]	37.14 $\pm$ 7.64 ^{*Δ}
西药组	治疗前	49	58.98 $\pm$ 10.12	49.14 $\pm$ 13.01	33.58 $\pm$ 11.02
	治疗后	49	53.19 $\pm$ 12.57 [*]	58.92 $\pm$ 16.01 ^{**}	41.12 $\pm$ 8.99 ^{**}

注: EF, 左室射血分数; LVEDD, 左室舒张末内径; LVESD, 左室收缩末内径; 与本组治疗前比较, $* P < 0.05$, $** P < 0.01$; 与西药组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

($P < 0.01$); 治疗后膏方组 Killip、NYHA 心功能分级均较西药组更低 ($P < 0.05$)。

2.4 两组患者治疗前后心脏彩超指标比较

表 4 示, 治疗前两组患者 EF、LVEDD、LVESD 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后两组 LVEDD、LVESD 均较本组治疗前增大 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 膏方组患者 LVESD 比西药组减少 ($P < 0.05$)。西药组患者 EF 水平较治疗前下降 ($P < 0.05$)。

2.5 两组患者血清 BNP 水平和生活质量评分比较

表 5 示, 两组治疗前 BNP 水平和生活质量评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后两组 BNP 水平和生活质量评分较治疗前均明显改善 ($P < 0.01$)。治疗后膏方组比西药组的 BNP 水平和生活质量评分改善更明显 ($P < 0.01$)。

表 5 两组急性心肌梗死气虚血瘀证患者 BNP 和生活质量评价比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	BNP (pg/ml)	生活质量评分 (分)
膏方组	治疗前	50	832.13 $\pm$ 256.38	29.58 $\pm$ 15.36
	治疗后	50	79.39 $\pm$ 30.84 ^{*Δ}	69.94 $\pm$ 20.12 ^{*Δ}
西药组	治疗前	49	908.58 $\pm$ 219.95	30.26 $\pm$ 12.85
	治疗后	49	132.85 $\pm$ 37.20 [*]	54.21 $\pm$ 14.28 [*]

注: BNP, B 型脑钠肽; 与本组治疗前比较, $* P < 0.01$; 与西药组治疗后比较, $\Delta P < 0.01$

2.6 安全性评价

膏方组和西药组各出现 2 例轻度的胃肠道不适, 经调查发现与服药无明显关系, 采取对症处理后症状消失并能继续服药, 两组血常规、尿常规、大便常规、血糖、肝肾功能、凝血功能等均未出现异常。

3 讨论

2016 年发布的中国国民心血管疾病相关报告指出 2004 年至 2015 年冠心病死亡率呈现上升趋势, 且 AMI 呈现了年轻化趋势, 今后的 10 年时间里心血管相关疾病发病率还会不断攀升^[9-10]。随着经皮冠状动脉介入(PCI)治疗的广泛开展以及药物治疗的规范使用, AMI 早期死亡率明显下降, 但各种并发症却不断凸显, 尤其是 PCI 术后门诊治疗及康复成为了冠心病治疗的重要战场^[11-12]。因此, 提高 AMI 患者的生存质量也成为了亟待关注的临床问题。

冠心病属中医学“真心痛”“厥心痛”“卒心痛”“胸痹”等范畴,《黄帝内经》曰“真心痛, 手足青至节, 心痛甚, 旦发夕死, 夕发旦死”, 不仅指出冠心病的凶险, 而且描述了胸痹心痛临床表现为胸口闷满、疼痛不得缓解、手足冰冷、口唇紫绀等症状。张仲景《伤寒论》指出, 胸痹病机为“阳微阴弦”, 其当属上焦之阳气虚衰, 下焦阴寒内盛, 故发为此病^[13]。在 2014 年急性心肌梗死中西医结合诊疗专家共识中指出, 心肌梗死患者病机较复杂, 虚实夹杂, 其中气虚血瘀证占重要比例^[4]。我们基于文献研究也发现, 冠状动脉支架术后患者的主要中医证型包括气虚血瘀证, 认为本虚标实贯穿于本病发展的全过程, 需要长期系统治疗^[14]。

膏方亦可称膏滋, 为中医学的宝贵遗产之一, 民间长期有应用。著名中医名家秦伯未在《膏方大全》中曰: 何谓膏? 正韵泽也。膏方者, 博雅润泽也。盖煎熬药汁或脂液而所以营养五脏六腑之枯燥虚弱者也, 故俗亦称膏滋药^[15]。广州中医药大学第一附属医院心血管科在传承国医大师邓铁涛教授的学术经验基础上, 深入研究冠心病的病因病机, 结合岭南地区气候特点自主研发出通脉补心膏方。方中以红参大补元气、复脉固脱, 黄芪益卫固表、利水消肿; 丹参、赤芍、川芎、三七、红花、燂桃仁活血化瘀、疏通心脉; 木香、降香、薤白、醋延胡索、郁金、姜黄、醋乳香、醋香附理气止痛; 酒黄精、五味子补脾润肺敛阴; 阿胶滋阴补血; 再添瓜蒌皮、法半夏、茯苓、白术健脾化痰, 脾气盛则痰浊生化无源, 陈皮、枳壳行气消积, 健运中焦, 补而不滞, 通补兼施, 以防虚不受补之虞; 予以黄芩、毛冬青、麦冬制约辛热之品以防伤阴。而治疗冠心病又多用活血、通阳、祛痰等药,

容易伤害胃气, 胃为水谷之海, 五脏六腑之大主, 胃气伤则一身之气皆伤, 故在理气健脾药味之后, 该膏方亦加入元贞糖以顾护胃气。

现代研究表明, 人参有效成分人参皂苷对心源性休克有明确作用^[16]。基于黄芪研制的黄芪注射液能有效降低早期 AMI 患者血清 BNP 水平, 改善心功能^[17]。丹参、赤芍、川芎等活血化瘀中药可通过抗血小板活化、改善血液流变学、抗心肌缺血再灌注损伤及心肌保护等方面对冠心病支架术后心肌起保护作用^[18-19]。瓜蒌皮、法半夏、茯苓、白术等健脾化痰中药分别具有纠正脂质代谢紊乱、保护血管内皮细胞及抗自由基损伤等作用^[20]。结合岭南多湿多热的特点, 予以黄芩、毛冬青等以清热祛湿。课题组前期研究亦表明, 黄芩等可改善动脉粥样硬化模型兔的斑块内巨噬细胞凋亡、减少斑块形成, 可降低冠心病患者炎症指标、改善冠心病预后^[21-22]。

本研究结果表明, 经过治疗后, 两组患者 Killip 心功能分级与 NYHA 心功能分级均较前改善, 说明经过药物治疗后患者心力衰竭症状明显好转, 而膏方组改善心力衰竭症状更佳。两组患者心脏彩超 EF 值均较前下降, LVEDD、LVESD 均较前增大, 而膏方组 EF 与治疗前比较差异无统计学意义, LVESD 比西药组减小, 可能提示通脉补心膏方能改善心肌重构, 但也可能是样本量较少的原因, 需进一步深入研究。血清 BNP 水平反映心力衰竭情况, 治疗后降低提示两组患者较急性期在心力衰竭指标上均有所改善, 而具体起作用的药物尚待进一步研究。两组患者中医证候积分、生活质量评分均较前明显改善, 而膏方组更明显, 提示通脉补心膏方在改善症状方面更具优势。

综上所述, 采用通脉补心膏方联合西医治疗 AMI 气虚血瘀证患者, 能有效降低中医证候积分、提高中医疗效, 降低 Killip 及 NYHA 心功能分级, 降低血清 BNP 水平, 在心脏彩超方面, 膏方组能减缓心室扩大, 从而减缓心肌梗死后心肌重构, 有效提高生活质量。因此, 通脉补心膏方联合标准西医处方的中西医结合综合治疗方案, 对 AMI 气虚血瘀证患者有较好的临床疗效。本研究不足之处在于纳入病例偏少, 研究结果有待提供进一步循证医学依据确证及进行更深入的机制探讨。

参考文献

- [1] DALEN JE, ALPERT JS, GOLDBERG RJ, et al. The

- epidemic of the 20(th) century: coronary heart disease [J]. Am J Med, 2014, 127(9): 807-812.
- [2] PARK KC, GAZE DC, COLLINSON PO, et al. Cardiac troponins: from myocardial infarction to chronic disease [J]. Cardiovasc Res, 2017, 113(14): 1708-1718.
- [3] CANTO JG, KIEFE CI, ROGERS WJ, et al. Number of coronary heart disease risk factors and mortality in patients with first myocardial infarction [J]. JAMA, 2011, 306(19): 2120-2127.
- [4] 陈可冀, 张敏州, 霍勇. 急性心肌梗死中西医结合诊疗专家共识 [J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(4): 389-395.
- [5] THYGESEN K, ALPERT JS, JAFFE AS, et al. Third universal definition of myocardial infarction [J]. J Am Coll Cardiol, 2012, 60(16): 1581-1598.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 68-73.
- [7] 王吉耀, 廖二元, 黄从新, 等. 内科学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 189-207.
- [8] WARE JE JR, SHERBOURNE CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36), I. Conceptual framework and item selection [J]. Med Care, 1992, 30(6): 473-483.
- [9] 陈伟伟, 高润霖, 刘力生, 等. 《中国心血管病报告 2015》概要 [J]. 中国循环杂志, 2016, 31(6): 521-528.
- [10] 林果为, 王吉耀, 葛均波, 等. 实用内科学 [M]. 15 版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 967-980.
- [11] YANG J, YANG X, LIU W, et al. Effects of percutaneous coronary intervention on the ambulatory blood pressure of patients with hypertension and coronary heart disease [J]. Ir J Med Sci, 2015, 184(4): 845-850.
- [12] BADIMON L, BORRELL M. Microvasculature recovery by angiogenesis after myocardial infarction [J]. Curr Pharm Des, 2018, 24(25): 2967-2973.
- [13] 田芸. 胸痹辨治中“阳微阴弦”含义初探 [J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(3): 451-452.
- [14] 龚兆会. 冠状动脉支架植入术后患者中医证候辨证规范及分布规律研究 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2017: 19-20.
- [15] 朱霖青. 理疗学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2009: 88.
- [16] 刘洁, 吕文伟, 张志伟, 等. 人参皂苷 Rg2 对犬急性心源性休克的治疗作用 [J]. 中国病理生理杂志, 2001, 17(9): 913-915.
- [17] 马可忠, 刘文卫, 汤永谦, 等. 黄芪注射液对早期急性心肌梗塞患者血清 BNP 水平影响的研究 [J]. 时珍国医国药, 2012, 23(10): 2631-2632.
- [18] HUO M, WANG Z, WU D, et al. Using coexpression protein interaction network analysis to identify mechanisms of danshensu affecting patients with coronary heart disease [J]. Int J Mol Sci, 2017, 18(6): 1298.
- [19] GONG P, LI Y, YAO C, et al. Traditional Chinese medicine on the treatment of coronary heart disease in recent 20 years [J]. J Altern Complement Med, 2017, 23(9): 659-666.
- [20] YANG Y, YANG K, HAO T, et al. Prediction of molecular mechanisms for LianXia NingXin Formula: A network pharmacology study [J]. Front Physiol, 2018. doi: 10.3389/fphys.2018.00489.
- [21] 刘勇. 清热解毒中药对兔 AS 巨噬细胞凋亡和 ACS 患者血清 LP-PLA2 的影响 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2014: 77.
- [22] 王嵩, 刘煜德, 李荣, 等. 清热解毒法对 50 例动脉粥样硬化患者血脂、纤维蛋白原、D-二聚体的干预作用 [J]. 山西中医, 2009, 24(6): 46-48, 60.

Tongmai Buxin Ointment (通脉补心膏方) Combined with Western Medicine in Treating 50 Cases of Acute Myocardial Infarction with Qi Deficiency and Blood Stasis Syndrome: A Retrospective Cohort Study

GONG Zhaohui¹, LI Rong¹, WU Wei¹, WU Hui¹, CHU Qingmin¹, ZHAO Xinjun¹, LI Nan²

(1. First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405; 2. School of Traditional Chinese Medicine, Jinan University)

ABSTRACT Objective To evaluate the clinical efficacy and safety of *Tongmai Buxin Ointment* (通脉补心膏方) in the treatment of patients with acute myocardial infarction of *qi* deficiency and blood stasis syndrome. **Methods** A retrospective cohort study was conducted to collect patients of acute myocardial infarction with *qi* deficiency and blood stasis syndrome who were admitted to the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine from January 2016 to December 2017 through the electronic medical record system. A total of 50 patients treated with *Tongmai Buxin Ointment* and conventional western medicine were selected as the ointment group, and 49 patients with conventional western medicine only were western medicine group. The traditional Chinese medicine (TCM) syndrome

efficacy, Killip grading, New York Heart Association (NYHA) cardiac function grading, serum B-type brain natriuretic peptide (BNP) level, cardiac color Doppler ultrasound results including left ventricular ejection fraction (LVEF), left ventricular end diastolic diameter (LVEDD), left ventricular end systolic diameter (LVESD), and quality of life evaluation before and after treatment between groups were compared. **Results** The total effective rate of TCM syndrome efficacy of the ointment group (96.00%) was higher than that of the western medicine group (83.67%) ($P < 0.01$). After treatment, the scores of Killip heart function and NYHA cardiac function grading were lower than those before treatment ($P < 0.01$), and the ointment group was superior to the western medicine group ($P < 0.01$). After treatment, LVEDD and LVESD were increased compared within group before treatment ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The LVESD of the ointment group was smaller than that of the western medicine group ($P < 0.05$). The EF of the western medicine group decreased after treatment ($P < 0.05$). The serum BNP level and quality of life scores of both groups were significantly improved after treatment ($P < 0.01$), and the improvement of the ointment group was more significant than that of the western medicine group ($P < 0.01$). Both groups had no serious adverse reactions during the treatment period. **Conclusion** *Tongmai Buxin Ointment* is effective in treating the patients with acute myocardial infarction with *qi* deficiency and blood stasis syndrome, which can effectively improve cardiac function, slow myocardial remodeling, improve quality of life with good safety.

Keywords acute myocardial infarction; *Tongmai Buxin Ointment* (通脉补心膏方); *qi* deficiency and blood stasis syndrome; retrospective cohort study

(收稿日期: 2018-07-17; 修回日期: 2018-10-09)

编辑: 柴倩云

腰痛宁胶囊临床研究与应用征文通知

腰痛宁胶囊是颈复康药业集团有限公司生产的治疗腰腿痛的首选药品之一。为了总结腰痛宁胶囊多年来研究及临床应用经验,更好地指导临床用药,中医杂志社与颈复康药业集团有限公司联合主办此次有奖征文活动,现将有关事项通知如下。

一、征文内容

1. 腰痛宁胶囊治疗腰椎间盘突出症、坐骨神经痛、腰肌劳损、腰肌纤维炎、风湿性关节炎、症见腰腿痛、关节痛及肢体活动受限等病症的临床经验、体会与分析; 2. 腰痛宁胶囊临床用量、用法的研究与经验总结; 3. 腰痛宁胶囊组方研究、药理研究与探讨; 4. 腰痛宁胶囊临床扩大应用范围的探讨与研究; 5. 名医名家应用腰痛宁胶囊治疗腰椎间盘突出症等腰腿痛经验总结与分析; 6. 包括但不限于以上内容的文章。

二、征文要求

1. 来稿未公开发表,字数不低于 3000 字,请附单位介绍信,来稿不退; 2. 文章中涉及到的计量单位、实验数据等须采用法定标准方法表示; 3. 文题下署作者姓名、单位、通讯地址、邮编、联系电话等,请以 Word 形式投送电子稿件,不接受纸质投稿。

三、奖励办法

由全国中医药界知名专家组成评审委员会,将评出一等奖 1~2 篇,每篇奖励 5000 元; 二等奖 5~10 篇,每篇奖励 4000 元; 三等奖 10~15 篇,每篇奖励 3000 元; 优秀奖若干篇,每篇奖励价值 500 元的精美礼品一份。获奖者将获得由主办单位颁发的获奖证书、奖金或礼品,获奖文章达到刊用标准者将在《中医杂志》等期刊上发表,其他获奖文章达到标准者将在《中医杂志》增刊发表,并赠送样刊 1 册。评选结果将在颈复康药业集团有限公司官网、《中医杂志》《中国医药报》《中国中医药报》等媒体上公布。主办单位将邀请部分获奖者免费参加颁奖大会及学术交流会与知名专家现场交流。颁奖大会具体时间、地点另行通知。

本次征文不收取任何费用,来稿请于 2019 年 12 月 31 日前发至邮箱: jtem@163.com。联系地址: 北京市东直门内南小街 16 号中医杂志社,联系人: 22 号编辑,邮编: 100700,电话: (010) 64035632。