

● 临床报道 ●

引用:饶文娟,韩育明. 参麦通脉汤治疗急性心肌梗死后低血压34例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2021,37(6):47-48,70.

参麦通脉汤治疗 急性心肌梗死后低血压34例临床观察

饶文娟,韩育明

(湖南省中医药研究院附属医院,湖南 长沙,410006)

[摘要] 目的:观察参麦通脉汤治疗急性心肌梗死后低血压的临床疗效。方法:将68例急性心肌梗死后低血压患者随机分为2组,每组各34例。对照组予以扩冠、抗凝、抗血小板聚集、降脂稳斑、营养心肌等西医常规处理,治疗组在对照组基础上加用参麦通脉汤,疗程均为2周。观察2组综合疗效、血压水平、N端脑钠肽前体(Nt-proBNP)变化及不良反应事件的发生率。结果:总有效率治疗组为88.23%(30/34),对照组为67.65%(23/34);不良反应事件发生率治疗组为8.82%(3/34),对照组为32.35%(11/34),2组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,治疗组血压明显高于对照组,Nt-proBNP降低较对照组显著,2组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:参麦通脉汤治疗急性心肌梗死后低血压效果良好,可有效减轻症状,降低Nt-proBNP,减少不良反应事件发生率,值得推广。

[关键词] 急性心肌梗死;低血压;参麦通脉汤;N端脑钠肽前体

[中图分类号] R259.422⁺.2 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.06.017

急性心肌梗死是指冠状动脉急性、持续性缺血缺氧所引起的心肌坏死。心肌梗死后因心肌损伤、心排量下降、心功能衰竭、迷走神经反射等原因,患者可能出现低血压状态(即血压 $<90/60$ mmHg),但并未出现低灌注表现,而积极纠正低血压状态可有效控制病情进展,减少病死率及恶性事件的发生。中医学认为,心肌梗死后低血压属气阴两虚、瘀血阻络证,采用参麦通脉汤可益气强心、养阴生津复脉,现将采用参麦通脉汤治疗急性心肌梗死后低血压34例的临床观察结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年9月至2019年9月于我院确诊为急性心肌梗死后低血压患者68例,患者血压波动均在80~90/50~60 mmHg,查体或实验室检查无低灌注证据,采用随机数字表法将其随机分为治疗组和对照组,每组各34例。治疗组中,男26例,女8例;年龄47~82岁;心肌梗死部位:前壁8例,前间壁14例,下壁10例,非Q波心肌梗死2例。对照组中,男27例,女7例;年龄49~81岁;心肌梗死部位:前壁11例,前间壁10例,下壁9例,非Q波心肌梗死4例。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照文献[1]拟定。血清心肌标志物(主要为肌钙蛋白)升高(至少超过99%参考值上限),并伴有以下至少1项临床指标:1)缺血症状;2)新发生的缺血性心电图(ECG)改变,新的ST-T改变或左束支传导阻滞(LBBB);3)ECG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)冠脉造影或尸检证实冠状动脉内有血栓。

1.2.2 中医辨证标准 参考《中药新药临床研究指导原则》^[2]中冠心病气阴两虚、瘀血阻络证拟定。胸闷绞痛,固定不移,气短,倦怠懒言,头晕,寐差,失眠多梦。舌暗红或紫,脉弱而细涩。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)血压波动在80~90/50~60 mmHg。

1.4 排除标准 1)已发生休克或循环衰竭、组织灌注不足者;2)有精神障碍或语言障碍;3)伴有严重的肝肾肾功能不全;4)出血或有出血倾向;5)患过敏性疾病和/或过敏体质(对2种或以上的食物、药物过敏);6)不能配合研究。

2 治疗方法

2.1 对照组 予西医常规治疗。予卧床、吸氧、持

续心电监护,低盐、低脂、少食多餐、保持大便通畅。酌情予镇痛、镇静剂,并予西医标准抗心肌梗死药物治疗:阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司,批准文号:国药准字J20130078,规格:100 mg/片)口服,100 mg/次,1次/d;硫酸氢氯吡格雷(Sanofi Winthrop Industrie,批准文号:国药准字J20080090,规格:75 mg/片)口服,75 mg/次,1次/d;阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司,批准文号:国药准字H20051407,规格:10 mg/片)口服,20 mg/次,1次/d;低分子肝素钠注射液(齐鲁制药有限公司,批准文号:国药准字H20030429,规格:0.4 ml:5000 IU/支)皮下注射,120 IU/kg,每12 h 1次;磷酸肌酸钠(哈尔滨莱博通药业有限公司,批准文号:国药准字H20054352,规格:1 g/瓶)稀释后静脉滴注,1瓶/次,1次/d;对 β 受体阻滞剂无禁忌证者可使用酒石酸美托洛尔(黑龙江迪龙制药有限公司,批准文号:国药准字H20093983,规格:25 mg/片)口服,100 mg/次,2次/d。

2.2 治疗组 在对照组基础上加予参麦通脉汤治疗。方药组成:人参15 g,麦冬20 g,五味子6 g,黄芪20 g,丹参20 g,赤芍10 g,川芎10 g,红花6 g,降香8 g,生地黄20 g,北沙参15 g,山茱萸15 g,酸枣仁20 g,知母10 g。水煎,每天1剂,分早晚2次温服。

2组疗程均为2周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)治疗前后血压水平;2)治疗前后Nt-proBNP水平;3)连续观察心律失常(室性早搏、室性心动过速、心房纤颤、窦房传导阻滞、房室传导阻滞等)、心力衰竭、休克、死亡等不良事件的发生率。

3.2 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则》^[2]中冠心病的疗效判定标准制定。显效:心绞痛等主要症状消失或达到显效标准,血压回升 $\geq 90/60$ mmHg;有效:心绞痛等主要症状明显减轻或达到有效标准,血压回升 $\geq 90/60$ mmHg;无效:心绞痛等主要症状未明显减轻,或血压仍 $<90/60$ mmHg,若心绞痛等主要症状疗效与血压不一致,则以疗效低的为综合疗效;加重:心绞痛等主要症状及低血压较治疗前加重;死亡。

3.3 统计学方法 采用IBM SPSS统计学软件进行统计分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,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。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为88.23%,对照组为67.65%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	加重	死亡	总有效
治疗组	34	10(29.41)	20(58.82)	3(8.82)	1(2.94)	0	30(88.23) ^a
对照组	34	5(14.71)	18(52.94)	8(23.53)	2(5.88)	1(2.94)	23(67.65)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后血压比较 2组治疗前收缩压、舒张压比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,治疗组收缩压、舒张压均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表2)

表2 2组治疗前后血压比较($\bar{x}\pm s$, mmHg)

组别	例数	时间节点	收缩压	舒张压
治疗组	34	治疗前	98.38 $\pm$ 16.07	51.38 $\pm$ 4.03
		治疗后	104.41 $\pm$ 13.92 ^a	59.82 $\pm$ 6.22 ^a
对照组	34	治疗前	97.68 $\pm$ 16.03	50.59 $\pm$ 3.96
		治疗后	96.03 $\pm$ 22.56	51.21 $\pm$ 11.00

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.3 2组治疗前后Nt-proBNP比较 2组Nt-proBNP治疗前比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,组间比较及前后差值D比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表3)

表3 2组治疗前后Nt-proBNP比较($\bar{x}\pm s$, pg/ml)

组别	例数	治疗前	治疗后	前后差值D
治疗组	34	1842.09 $\pm$ 1873.31	963.56 $\pm$ 1354.32 ^a	878.53 $\pm$ 1365.48 ^a
对照组	34	1821.21 $\pm$ 1742.32	1449.74 $\pm$ 1345.42	371.47 $\pm$ 955.76

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.4 2组不良反应事件发生率比较 不良反应事件发生率治疗组为8.82%,对照组为32.35%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表4)

表4 2组不良反应事件发生率比较[例(%)]

组别	例数	心律失常	心衰	休克	死亡	总发生
治疗组	34	1(2.94)	1(2.94)	1(2.94)	0	3(8.82) ^a
对照组	34	5(14.71)	3(8.82)	2(5.88)	1(2.94)	11(32.35)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

4 讨论

急性心肌梗死是冠状动脉急性、持续性缺血缺氧所引起的心肌坏死。由于心肌梗死后心肌损伤和收缩功能减退,导致心输出量显著减少,从而导致血压降低,如不及时阻断病情进展,发生心功能衰竭、周围循环衰竭、组织灌注不足、组织缺血缺氧坏死,将会大大增加患者的病死率。急性心肌梗死属中医学“心痛”范畴,其病因病机(下转第70页)

陵泉健脾化湿;三阴交为肝、肾、脾三经之交会穴,可调理冲任、调畅气血、补肾健脾,是治疗妇科疾病的常用穴。诸穴相合,既能活血化瘀、散寒燥湿,又能补肾健脾、扶正祛邪。血瘀是慢性盆腔炎的一个核心病机,瘀阻胞宫胞络,不通则痛,而慢性盆腔炎患者存在不同程度的血瘀证,血液流变学各项指标升高^[9]。有研究表明,热敏灸疗法在改善患者的血液流变情况和血瘀状态时有独特的优势^[10]。热敏灸疗法是一种温热外治法,艾叶燃烧时产生的热力,由体表腧穴深入体内,温通经脉,血得温则行,湿得温则化,瘀去络通则疼痛减轻。现代研究表明,点燃的艾叶所产生的辐射能为红外线,可由体表腧穴通过神经-体液系统深入体内,传递细胞代谢所需的能量,热敏灸在传统艾灸的基础上更强调经气感传,使机体的内在调节功能进一步激发,深入病所,从而进一步提高疗效^[11]。热邪在慢性期已非主要矛盾,多由湿瘀蕴久化热,而非大实热,热敏灸虽为温热疗法,但散寒燥湿则湿去热孤,活血行瘀则郁热难生,再配合败酱汤之清热,并无助热之虞。

本研究结果显示,败酱汤总体疗效较佳,对于腹痛、腰骶胀痛等以痛为主要症状的患者,联合热敏灸治疗能更快地缓解疼痛,缩短疗程,提高疗效。综上所述,热敏灸结合败酱汤用于治疗湿热瘀阻型慢性盆腔炎效果显著,热敏灸对于改善疼痛症状疗

效更佳,能显著降低下腹腰骶疼痛的中医证候积分,提高临床效率,缩短疗程,且操作方便,安全易行,值得临床上推广使用。

参考文献

- [1] 田永杰,汤春生. 急性慢性盆腔炎的药物治疗[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2003,19(9):14-15.
- [2] 中华医学会. 临床诊疗指南·妇产科学分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:25.
- [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,2002:245-247.
- [4] 肖承棕. 中医妇科临床研究[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:157.
- [5] 黄熙理,孙霞,洪丽美,等. 中西医结合治疗解脲支原体感染慢性盆腔炎的临床研究[J]. 福建中医学院学报,2010,20(1):10-12.
- [6] 陈日新,康明非. 腧穴热敏化艾灸新疗法[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:6-7.
- [7] 章海凤,陈日新,付勇. 慢性盆腔炎患者热敏腧穴分布规律[J]. 河南中医,2011,31(2):177-178.
- [8] 陈弦,潘丽贞,王英. 输卵管积水热敏化腧穴分布和热敏化表现规律探究[J]. 世界中西医结合杂志,2018,13(6):854-857.
- [9] 孙霞. 红藤饮治疗慢性盆腔炎的临床研究[D]. 福州:福建中医学院,2007.
- [10] 周玲. 热敏灸加穴位注射治疗血瘀型慢性盆腔炎临床观察[J]. 上海针灸杂志,2013,32(12):1027-1029.
- [11] 杨华元,刘堂义. 艾灸疗法的生物物理机制初探[J]. 中国针灸,1996(10):17-18,59. (收稿日期:2020-05-29)

(上接第48页)主要责之于气、血、阴、阳虚衰,痰浊、血瘀、气滞、寒凝,心肌梗死后低血压状态的患者常见症状有胸闷痛、气短、动则加重、倦怠懒言、头晕、汗多、寐差。中医学认为,患者因心脉瘀阻后引起血行不畅,心失所养,心气虚损,故见气短、动则加重、倦怠懒言、低血压状态;气为血之帅,气行则血行,气虚则血液推动无力,心气不足则瘀阻于心脉之瘀血难以运行,进一步加重心脉瘀阻,故见胸闷痛;心气不足,气不摄津,津液外泄,故见汗多;汗为心之液,汗出过多则导致心阴耗损过多,心阴亏虚,不能润养心神,心神不安,故见寐差;阴津亏虚,不能濡养清窍,故见头晕;汗出后津液耗损,血脉不充,则加重低血压状态。病属本虚标实,以气虚阴虚为本,血瘀为标,治疗应标本兼顾。本研究运用大剂量的抗血小板聚集、抗凝药物治疗,意在治疗标实,采用中医药治疗气阴不足之本虚。参麦通脉汤方中人参大补元气,复脉固脱,益气强心;麦冬养阴生津,清心复脉,共为君药。黄芪益气固脱;生地、黄清热养阴生津;北沙参清热养阴,以上共为臣药。

五味子收敛固涩、益气生津;丹参活血祛瘀、安神宁心;赤芍化瘀止痛;川芎活血行气;红花活血散瘀;降香行气活血止痛;山茱萸滋补肝肾;酸枣仁宁心安神;知母清热泻火生津;上述诸药共为使药。全方共奏益气强心、养阴生津、通络复脉之功。

临床结果显示,参麦通脉汤治疗组总有效率为88.23%,不良反应事件发生率8.82%;对照组总有效率为67.65%,不良反应事件发生率为32.35%;治疗后,治疗组血压明显高于对照组,Nt-proBNP降低较对照组显著,表明参麦通脉汤治疗急性心肌梗死后低血压效果良好,可有效减轻症状,降低Nt-proBNP,减少不良反应事件发生率,安全性高,值得临床推广。

参考文献

- [1] KRISTIAN T, JOSEPH SA, ALLAN SJ, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018) [J]. Glob Heart, 2018, 13(4):305-338.
- [2] 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,2002:72. (收稿日期:2020-11-07)