

## 参 考 文 献

- [1] 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. 不稳定型心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断与治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35: 295-304.  
Chinese Society of Cardiology of Chinese Medical Association, Editorial Board of Chinese Journal of Cardiology. Guideline for diagnosis and treatment of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction (no abstract)[J]. Chin J Cardiol, 2007, 35(4): 295-304.
- [2] Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes[J]. Eur Heart J, 2007, 28(13): 1598-1660.
- [3] Van de Werf F, Bax J, Betriu A, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation[J]. Eur Heart J, 2008, 29(23): 2909-2945.
- [4] Antman EM, Hand M, Armstrong PW, et al. 2007 Focused update of the ACC/AHA 2004 guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines: developed in collaboration with the canadian cardiovascular society endorsed by the American Academy of Family Physicians: 2007 writing group to review new evidence and update the ACC/AHA 2004 guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction, writing on behalf of the 2004 writing committee[J]. Circulation, 2008, 117(2): 296-329.
- [5] Anderson JL, Adams CD, Antman EM, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing committee to revise the 2002 guidelines for the management of patients with unstable angina/Non-ST-elevation myocardial infarction) developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the society for cardiovascular angiography and interventions, and the society of thoracic surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine[J]. J Am Coll Cardiol, 2007, 50(7): e1-e157.
- [6] Thygesen K, Alpert JS, White HD, et al. Universal definition of myocardial infarction[J]. Eur Heart J, 2007, 28: 2525-2538.
- [7] 张萍, 李晓玉, 楚卡琳, 等. 老年冠心病患者冠状动脉病变特点及相关危险因素分析[J]. 中国综合临床, 2007, 23(9): 769-771.  
Zhang P, Li XY, Chu KL, et al. Features and risk factors of coronary artery lesion in elderly patients with coronary heart disease[J]. Clin Med China, 2007, 23(9): 769-771.
- [8] 王晋军, 杨超慧, 张颖, 等. 老年冠心病患者冠状动脉病变特点及其危险因素的多元回归分析[J]. 中华老年医学杂志, 2002, 21(3): 172-174.  
Wang JJ, Yang CH, Zhang Y, et al. Analysis of the angiographic features and the cardiovascular risk factors in elderly patients with coronary heart disease[J]. Chin J Geriatrics, 2002, 21(3): 172-174.
- [9] White HD, Barbash GI, Calif RM. Age and outcome with contemporary thrombolytic therapy-Results from the GUSTO-I trial[J]. Circulation, 1996, 94(8): 1826-1833.
- [10] Rosengren A, Wallentin L, Simoons M, et al. Age, clinical presentation, and outcome of acute coronary syndromes in the Euroheart acute coronary syndrome survey[J]. Eur Heart J, 2006, 27(7): 789-795.
- [11] 赵玉生, 王士雯, 吴兴利, 等. 年龄及性别对急性心肌梗死住院期病死率的影响[J]. 实用老年医学, 2003, 17(7): 317-320.  
Zhao YS, Wang SW, Wu XL, et al. Influence of age and sex on the in-hospital mortality of patients with acute myocardial infarction[J]. Pract Geriatr, 2003, 17(6): 317-320.
- [12] Devlin G, Gore JM, Elliott J, et al. Management and 6-month outcomes in elderly and very elderly patients with high-risk non-ST-elevation acute coronary syndromes: the global registry of acute coronary events[J]. Eur Heart J, 2008, 29(10): 1275-1282.

(收稿: 2009-12-11)

## 老年急性冠脉综合征介入术后的中医药干预

徐 浩



急性冠脉综合征(ACS)起病急、进展快、病死率高,是心血管病防治领域的焦点问题。老年 ACS 患者有其独特的临床特点,如部分患者症状不典型、陈旧性心肌梗死(心梗)多、左室功能受累多、并存疾病较多等,因此治疗难度较大。经皮冠状动脉介入治疗

(percutaneous coronary intervention, PCI) 的开展与普及,明显改善了 ACS 患者的预后,但也存在一些尚待解决的问题,在面对老年 ACS 患者时的个体化治疗也有待进一步加强。中医药以其辨证论治、整体调节的优势,在老年 ACS 患者 PCI 术后的治疗中具有重要的作用。

1 PCI 术后的证候分布特点 有研究<sup>[1]</sup>表明,冠心病 PCI 术后患者的主要证候要素为血瘀、气虚、阴虚、痰浊、阳虚、热蕴,气虚血瘀作为主要证候贯穿冠心病 PCI 术后的始终;中青年最主要的证候要素为血瘀,老年人最主要的证候要素为气虚。我们以往的研究<sup>[2]</sup>也提示,血瘀、气虚、痰浊是冠心病 PCI 术后最常见的证候

作者单位:中日友好医院全国中西医结合心血管病中心(北京 100029)

Tel: 010-84205137, E-mail: xuhao2005@yahoo.com.cn

要素,而相比未进行 PCI 治疗的冠心病患者,气虚、阳虚可能是冠心病介入治疗后患者本虚的主要特点。

2 抑制 PCI 术后再狭窄 PCI 尽管可以开通冠脉血管,但由于术后内膜增殖、血管重构等因素,部分患者可以出现再狭窄,多发生在 PCI 术后 6~9 个月。在经皮冠状动脉球囊扩张术(PTCA)时代,再狭窄率高达 30%~50%,血管内支架使其降至 20%~30%,药物涂层支架的问世进一步将其降至 10% 以下,但治疗费用也成倍增加。中医药干预介入后再狭窄的探索始于 20 世纪 90 年代初期,陈可冀等<sup>[3]</sup>运用循证医学方法证实,在规范化西医治疗基础上加用活血化瘀中药芍药胶囊,可明显降低 PCI 术后的再狭窄率和靶血管的再次血运重建;老年亚组分析也显出治疗组可明显增加术后半年冠脉造影随访时的管腔直径,提示该药具有抑制 PCI 术后再狭窄的作用。进一步分析<sup>[4]</sup>提示,血瘀程度轻重是再狭窄发生与否的重要影响因素,为活血化瘀中药干预再狭窄提供了依据。尽管在涂层支架时代文献报道再狭窄率已明显降低,但老年人冠脉造影多支血管病变、复杂病变、弥漫病变较为多见,真实世界(real world)的再狭窄率并不乐观,中医药干预仍有其应用前景。而对于涂层支架尚难推广的基层医院,中西医结合治疗的卫生经济学价值毋庸置疑。此外,目前还有中药涂层支架的尝试,值得深入研究。

3 减少 PCI 术后心绞痛复发 PCI 术后仍有部分患者心绞痛复发,其原因包括血运重建不完全、术后再狭窄及新病变等。中医药除抑制 PCI 术后再狭窄形成外,还可以明显减少 PCI 术后心绞痛复发,如加用芍药胶囊在 PCI 术后 3、6 个月时心绞痛复发率均明显低于安慰剂组<sup>[3]</sup>。临床也发现,对部分 PCI 术后仍反复发作的顽固心绞痛患者,在常规西药基础上辨证给予中药治疗,常可以起到很好的疗效,其机理有待于进一步阐明。

4 防治 PCI 术后无复流现象 临床发现,约 10%~30% (尤其多见于 ACS) 患者 PCI 成功后,心肌组织水平无再灌注,即无复流现象,是 PCI 后死亡和心肌梗死的独立预测因素,也成为现代医学尚待解决的难题。无复流产生的病理生理机制还不清楚,但其结局是由于微循环损伤或功能障碍使微血管水平血流受阻所致已被公认。微循环与中医“络脉”有共通之处,研究<sup>[5]</sup>表明,具有益气活血通络作用的通心络胶囊可明显促进急性 ST 抬高心肌梗 PCI 术后心肌无复流患者的 ST 段回落,改善心肌有效再灌注,减轻无复流,进而改善急性心肌梗后心脏收缩功能。

5 提高 PCI 术后生活质量 老年患者因多病共存,因此手术并发症较多,PCI 术后恢复也较慢,影响

了老年人的生活质量。而且,PCI 治疗虽对血瘀证有一定的改善作用,却在一定程度上加重了气虚证。中医药以整体调节见长,针对不同患者阴阳气血偏盛偏衰给予个体化治疗,在改善症状方面疗效显著。如有研究表明,具有益气活血作用的通冠胶囊可明显改善冠心病介入术后患者的生命质量<sup>[6]</sup>。此外,中药在改善老年 ACS 患者 PCI 术后活动耐量方面,也显示出很好的疗效,很多具有血管新生作用的中药如红景天、降香等值得深入研究。

6 改善 PCI 术后心功能 ACS 患者尤其是急性心梗患者心功能会不同程度受到影响,取决于心梗的部位、心梗面积大小、开通冠脉时间、年龄及合并病等多种因素,而老年人独特的临床特点决定了其心功能常常受累。血管紧张素转换酶抑制剂在逆转左室重构、延缓心功能减退等方面的作用已被公认。在此基础上,加用中药能否进一步改善心功能? 有研究报道,冠心病患者 PCI 术后加用通冠胶囊,术后 6 个月的射血分数明显高于对照组,并能改善室壁运动指数,提示通冠胶囊能促进冠心病 PCI 术后左心室整体收缩功能和局部收缩功能的恢复<sup>[7]</sup>。

7 其他 PCI 术后需联合应用阿司匹林及氯吡格雷,部分患者不能耐受,甚至出现消化道大出血,还有患者出现阿司匹林及氯吡格雷抵抗现象,这些方面中医治疗都做了很好的尝试,有待于进一步扩大样本加以验证。

徐浩等<sup>[8]</sup>曾对北京、天津三级甲等中医或中西医结合医院 1 864 例老年冠心病住院患者进行随访研究,结果表明中西医结合治疗有降低老年冠心病患者终点事件发生率的作用,与近年来提倡的多因素复杂干预理念是一致的。需要引起注意的是,老年 ACS 患者并存疾病较多,使用药物也较为繁杂,在中西医结合治疗提高疗效的同时,对中西药的相互作用及安全性研究也有待加强。尽管中医药在 PCI 术后患者的获益证据大部分并非直接来自老年人群,但鉴于老年 ACS 患者的临床特点,中西医结合治疗可以充分发挥二者优势互补的作用,在规范化治疗同时兼顾患者的个体化需求,无疑具有良好的应用前景。

## 参 考 文 献

- [1] 王师藩,王阶,何庆勇,等. 冠心病介入术后中医证候要素分布规律及相关因素分析[J]. 世界科学技术——中医药现代化, 2008, 10(6): 11-15.  
Wang SH, Wang J, He QY, et al. Distribution regularity of TCM syndrome factors after percutaneous coronary inter-

- vention and associated correlative factors [J]. World Sci Technol-Modernization Tradit Chin Med, 2008, 10(6): 11-15.
- [2] 郑峰, 曲丹, 徐浩, 等. 冠心病稳定期患者中医辨证与超敏 C 反应蛋白相关性研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2009, 29(6): 485-488.
- Zheng F, Qu D, Xu H, et al. Relationship between Chinese medicine syndrome and serum level of high-sensitivity C-reactive protein in patients with stable coronary heart disease[J]. Chin J Integr Tradit West Med, 2009, 29(6): 485-488.
- [3] Chen KJ, Shi DZ, Xu H, et al. XS0601 reduces the incidence of restenosis: a prospective study of 335 patients undergoing percutaneous coronary intervention in China[J]. Chin Med J, 2006, 119(1): 6-13.
- [4] 徐浩, 鹿小燕, 陈可冀, 等. 血瘀证及其兼证与冠脉造影所示病变及介入治疗后再狭窄的相关性研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(1): 8-13.
- Xu H, Lu XY, Chen KJ, et al. Study on correlation of blood-stasis syndrome and its accompanied syndromes with pathological changes showed in coronary angiography and restenosis after percutaneous coronary intervention [J]. Chin J Integr Tradit West Med, 2007, 27(1): 8-13.
- [5] 尤士杰, 杨跃进, 陈可冀, 等. 通心络对急性心肌梗死患者再灌注后心肌和微血管的保护性研究[J]. 中华心血管病杂志, 2005, 33(5): 433-437.
- You SJ, Yang YJ, Chen KJ, et al. The protective effects of Tong-xin-luo on myocardium and microvasculature after reperfusion in acute myocardial infarction[J]. Chin J Cardiol, 2005, 33(5): 433-437.
- [6] 乔治强, 张敏州, 张翔炜, 等. 通冠胶囊改善冠心病介入术后病人生命质量的随机双盲及安慰剂对照研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2006, 4(1): 4-5.
- Qiao ZQ, Zhang MZ, Zhang XW, et al. Randomized double-blind placebo-controlled study on the effect of Tong-guan Capsule on the survival quality in patients after percutaneous coronary intervention[J]. Chin J Integr Med Cardio/Cerebrovas Dis, 2006, 4(1): 4-5.
- [7] 王磊, 张敏州, 程康林, 等. 通冠胶囊对冠心病介入术后左心室收缩功能的影响[J]. 中药材, 2007, 30(2): 247-250.
- Wang L, Zhang MZ, Cheng KL, et al. Effect of Tong-guan Capsule on left ventricular systolic function in patients after percutaneous coronary intervention[J]. J Chin Med Materials, 2007, 30(2): 247-250.
- [8] 徐浩, 高铸焯, 陈可冀. 1864 例老年冠心病患者诊疗状况及其预后的前瞻性研究[J]. 中华老年医学杂志, 2008, 27(8): 617-622.
- Xu H, Gao ZY, Chen KJ. A prospective study on the diagnostic and therapeutic status and prognosis of the 1864 elderly patients with coronary heart disease[J]. Chin J Geriatr, 2008, 27(8): 617-622.

(收稿: 2009-12-10)

## 中医药防治老年急性冠脉综合症的临床思路与方法

徐凤芹



急性冠脉综合征 (acute coronary syndrome, ACS) 是由于冠状动脉粥样硬化斑块不稳定、斑块破裂或溃疡继发血栓形成、冠状动脉痉挛等因素导致冠状动脉管腔严重狭窄甚至完全闭塞, 从而引起急性心肌缺血、损伤、坏死等的临床综合征。与较年轻患者比较, 老年 ACS 患者多同时存在其他疾病, 且冠脉病变更严重, 或伴有左心室收缩或舒张功能受损, 梗死心肌愈合能力低, 对心肌缺血的耐受性差, 因此病死率更高。ACS 属中医“胸痹”、“心痛”、“真心痛”范畴, 为本虚标实证, 在 ACS 发生、发展、变化的整个过程中, 都贯穿着气血阴阳亏虚、瘀血、气滞、痰浊、寒凝、热毒

均存在。而随着年龄的增长, 正气渐衰, 机体各脏腑功能不断衰弱, 因此老年 ACS 在发病机理和临床表现方面有一定的特殊性。治疗时应根据老年人的体质特点及病变各个时期的不同, 分别采用益气养阴、化痰降浊、活血解毒等不同治疗方法。

1 从虚论治, 重在心肾 人至暮年, 脏器虚衰, 正气不足, 脏腑阴阳气血虚损是老年病的主要病理基础。老年 ACS 患者病位在心, 虚多于心之气血阴阳亏虚, 因虚致实, 因虚致瘀。正如王清任所说: “元气既虚, 必不能达于血管, 血管无气, 必停留而瘀”。治疗时应大补元气, 或益气养阴, 或阴阳双补, 在补虚基础上活血通脉, 常用生脉散或保元汤加味。冠心病多发于 40 岁以上及女性绝经后, 中医认为“阳本乎阴, 心本乎肾”, 心主血脉、主藏神的功能有赖肾脏的资助与温养, 故心肾关系尤为密切。心肾相交, 精血互生, 即使患者没有很明显的肾虚表现, 但根据“久病归肾”及老年人的生理特点, 老年 ACS 患者亦应在补心的基础

作者单位: 中国中医科学院西苑医院高干科 (北京 100091)

Tel: 010-62835421, E-mail: xufengqin2000@yahoo.com.cn