

· 临床论著 ·

# 芪参益气滴丸联合心脉通贴散对 PCI 术后患者临床疗效及炎症因子的影响

刘敏<sup>1,2</sup> 张培影<sup>3</sup> 王忠良<sup>1,2</sup> 梁田<sup>1,2</sup> 卢磊<sup>1,2</sup> 张庆<sup>1,2</sup> 夏伟<sup>4△</sup> 王娟<sup>3</sup>

**摘要 目的** 观察芪参益气滴丸联合心脉通贴散对经皮冠脉介入治疗(PCI)术后患者生活质量、凝血功能、超敏-C 反应蛋白(hs-CRP)、髓过氧化物酶(MPO)的影响。**方法** 选择 160 例行 PCI 术的心绞痛患者,采用随机数字表法分为对照组和治疗 A、B、C 组,每组 40 例。四组均采用常规西药治疗,治疗 A 组在此基础上加用心脉通贴散;治疗 B 组在此基础上加用芪参益气滴丸;治疗 C 组在此基础上加用芪参益气滴丸及心脉通贴散贴敷,疗程均为 4 周。观察患者西雅图心绞痛量表[包括躯体活动受限程度(PL)、心绞痛稳定状态(AS)、心绞痛发作情况(AF)、治疗满意程度(TS)、疾病认知程度(DP)]、凝血功能[包括凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、凝血酶时间(TT)、纤维蛋白原(FIB)]、hs-CRP 和 MPO 水平变化。**结果** 与本组治疗前比较,各组治疗后 PL、AS、AF、TS、DP 评分升高,血 FIB、血 hs-CRP 和 MPO 水平降低(均  $P < 0.05$ ),PT、APTT、TT 均有不同程度延长,但差异无统计学意义( $P > 0.05$ );与对照组同期比较,治疗后治疗各组 PL、AS、AF、TS、DP 评分均升高( $P < 0.05$ ),FIB、血 hs-CRP 和 MPO 水平降低( $P < 0.05$ ),且治疗 C 组优于治疗 A、B 组( $P < 0.05$ )。**结论** 芪参益气滴丸联合心脉通贴散可以改善 PCI 术后患者的生活质量,改善凝血功能,降低炎症因子(hs-CRP、MPO)水平。

**关键词** 芪参益气滴丸;心脉通贴散;经皮冠脉介入治疗术后;超敏-C 反应蛋白;髓过氧化物酶

Clinical Effect of Qishen Yiqi Pills Combined with Xinmai Tongtie Powder on Post-PCI Patients and Inflammatory Factors LIU Min<sup>1,2</sup>, ZHANG Pei-ying<sup>3</sup>, WANG Zhong-liang<sup>1,2</sup>, LIANG Tian<sup>1,2</sup>, LU Lei<sup>1,2</sup>, ZHANG Qing<sup>1,2</sup>, XIA Wei<sup>4</sup>, and WANG Juan<sup>3</sup> 1 First Clinical Medical College, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing (210023); 2 Department of Cardiology, Affiliated Xuzhou Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Xuzhou City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu (221003); 3 Department of Cardiology, Xuzhou Center Hospital, Jiangsu (221009); 4 Department of Geriatrics, Jiangsu Province on Intergration of Chinese and Western Medicine, Nanjing (210028)

**ABSTRACT Objective** To explore the effect of Qishen Yiqi Pills (QSYQP) combined with Xinmai Tongtie Powder (XTP) on patient's quality of life, coagulation function high sensitive C-reactive protein (hs-CRP) level and myeloperoxidase (MPO) level after percutaneous coronary intervention (PCI). **Methods** Totally 160 PCI patients were assigned to 4 groups, namely the control group, group A, group B and group C, according to the random digit table, 40 cases in each group. All patients received routine Western medicine, but with the combination of XTP for group A, QSYQP for group B and both XTP and ASYQP for group C. All medication lasted for 4 successive weeks. Then via the Seattle Angina Questionnaire (SAQ) [including physical limitation (PL), angina stability (AS), angina frequency (AF), treatment satisfaction (TS) and disease perception (DP)] were observed. Their coagulation function [including prothrombin time (PT), activated partial thromboplastin time (APTT), thrombin time (TT), fibrinogen (FIB)], hs-CRP level and

基金项目:徐州市科技支撑计划(No. 社会发展项目:KC16SH044)

作者单位:1.南京中医药大学第一临床医学院(南京 210023);2.南京中医药大学附属徐州医院,徐州市中医院心血管科(江苏 221003);3.江苏省徐州市中心医院心血管科(江苏 221009);4.江苏省中西医结合医院老年科(南京 210028)

通讯作者:张培影,Tel:13952130988,E-mail:569870339@qq.com

△现单位为南京市江宁医院老年科(南京 211100)

DOI: 10. 7661/j.cjim. 20180509. 049

MPO level were simultaneously examined. Results Compared with before treatment in the same group, the scores of PL, AS, AF, TS, and DP all increased, the levels of FIB, hs-CRP and MPO decreased in each group after treatment (all  $P < 0.05$ ). PT, APTT, and TT were also extended in varying degrees, but the difference was not statistically significant ( $P > 0.05$ ). Compared with the control group at the same time point, the scores of PL, AS, AF, TS, and DP of group A, B and C all improved after treatment ( $P < 0.05$ ). The levels of FIB, blood hs-CRP, and MPO of the three groups declined ( $P < 0.05$ ), with group C being better than group A and B in this respect ( $P < 0.05$ ). Conclusion QSYQP combined with XTP could improve the PCI patient's quality of life, enhance their coagulation function, and lower the levels of the inflammatory factors (hs-CRP, MPO).

**KEYWORDS** Qishen Yiqi Pills; Xinmai Tongtie Powder; post-PCI; high sensitive C-reactive protein; myeloperoxidase

不稳定性心绞痛 (unstable angina pectoris, UAP) 是介于急性心肌梗死和稳定性心绞痛之间的、有心肌缺血症状的症候群,可进展为急性心肌梗死并危及生命,发病有逐年升高趋势<sup>[1]</sup>。目前 UAP 治疗以双联抗血小板、调脂抗炎、稳定斑块联合经皮冠状动脉介入治疗 (percutaneous coronary intervention, PCI) 或搭桥术为主,尤其是 PCI,是目前临床上经常使用的最快捷最有效的治疗方法。但有不少患者虽然成功地实施了 PCI,术后仍然常伴胸痛、胸闷、心悸、乏力等症状的发生。这些症状仍归属中医学“胸痹”范畴。

中药治疗具有多途径、多环节、多靶点的特点<sup>[2]</sup>,其中芪参益气滴丸作为益气活血的代表药物,治疗冠心病,病证药对应,有良好的疗效<sup>[3]</sup>。中药穴位贴敷给药是目前国际上重点开发的给药途径,是传统针灸疗法和中药疗法的有机结合产物,其实质是融经络、穴位、药物为一体的复合性治疗方法。因此,西药加中药的内服及外用能否进一步改善症状,减轻炎症,改善预后,值得进一步探讨,但临床上关于三者合用的研究较少。本研究旨在探讨 PCI 术后常规西药治疗加芪参益气滴丸及心脉通贴散穴位贴敷对西雅图量表 (Seattle Angina Questionnaire, SAQ) 以及凝血功能、超敏-C 反应蛋白 (high sensitive C-reactive protein, hs-CRP)、髓过氧化物酶 (myeloperoxidase, MPO) 的影响。

## 资料与方法

### 1 诊断标准

1.1 西医诊断标准 参考《不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高型心肌梗死诊断与治疗指南》<sup>[4]</sup>。

1.2 中医诊断及辨证标准 气虚痰瘀互阻型胸痹心痛的中医诊断参考《中医内科常见病诊疗指南:中医病证部分》<sup>[5]</sup> 及 2014 年《经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) 术后胸痛中医诊疗专家共识》<sup>[6]</sup> (以下简称共识) 中的有关

标准执行。中医辨证由至少两名中医或中西医结合内科主治以上医师进行,有争议时由上级医师裁定。

2 纳入标准 (1)符合冠心病 UAP 诊断,并成功行 PCI 治疗者;(2)中医辨证为气虚痰瘀互阻型胸痹的患者;(3)年龄 30~80 岁;(4)心、肾、肝和造血系统功能正常者;(5)受试者知情,自愿签署知情同意书。

3 排除标准 (1)严重的肝、肾功能不全和造血系统疾病患者;(2)妊娠期或准备妊娠女性,哺乳期女性及对研究药物已知成分过敏者;(3)合并急性脑血管疾病者;(4)恶性肿瘤或患者预期寿命少于 3 年;(5)严重的精神病患者;(6)对心脉通贴散皮肤过敏者;(7)近 3 个月内参加过或正在参加其他临床试验者。

4 脱落标准 所有填写了知情同意书并筛选合格进入随机化试验的受试者,无论何时、何因退出,只要未完成方案所规定的观察周期的受试者,均作为脱落病例。

5 一般资料 参照前瞻性队列研究的公式估算样本的含量。参照本院既往临床研究资料,估计治疗组有效率 90%,对照组有效率 60%~70%<sup>[7,8]</sup>。取 I 类错误  $\alpha = 0.05$ , II 类错误  $\beta = 0.2$ , 设失访率为 0。按照样本量计算公式计算样本量约 160 例。160 例均为 2015 年 11 月—2016 年 8 月在徐州市中医院就诊的 UAP 且行 PCI 患者,采用随机数字表法分为对照组,治疗 A、B、C 组,每组 40 例。各组患者性别、年龄、合并高血压病、合并糖尿病等一般情况比较 (表 1), 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。本研究经徐州市中医院伦理委员会批准 (伦理批号:LZ201511)。

### 6 治疗方法

6.1 经皮冠状动脉介入治疗 选用荷兰飞利浦 DSA, 经桡动脉行 Seldinger 法穿刺,术中由两名有经验的介入医生对造影结果进行判读。冠脉造影术中主要血管狭窄程度  $\geq 70\%$ , 或左主干直径狭窄程度  $\geq 50\%$  视为需行冠脉支架置入术。

表 1 各组患者一般资料比较

项目	对照组(40 例)	治疗 A 组(40 例)	治疗 B 组(40 例)	治疗 C 组(40 例)	P 值
男/女(例)	26/14	27/13	26/14	25/15	0.950
吸烟 [例(%)]	20(50)	18(45)	19(47.5)	20(50)	0.700
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$ )	62.70 $\pm$ 9.75	66.13 $\pm$ 8.26	63.40 $\pm$ 10.75	62.83 $\pm$ 11.37	0.391
高血压病 [例(%)]	22(55.0)	23(55.2)	24(60.0)	20(50.0)	0.829
糖尿病 [例(%)]	11(27.5)	12(30.0)	13(32.5)	12(30.0)	0.971
心力衰竭 [例(%)]	10(25.0)	11(27.5)	12(30.0)	10(25.0)	0.900
胆固醇(mmol/L, $\bar{x} \pm s$ )	4.52 $\pm$ 1.21	4.22 $\pm$ 1.26	4.58 $\pm$ 1.06	4.37 $\pm$ 1.28	0.492
低密度脂蛋白(mmol/L, $\bar{x} \pm s$ )	2.61 $\pm$ 0.72	2.49 $\pm$ 0.88	2.65 $\pm$ 0.6	2.51 $\pm$ 0.74	0.463

6.2 药物干预措施 对照组治疗方法:阿司匹林肠溶片(100 mg/片,北京拜耳医药保健有限公司,批号:B529893),100 mg,1 次/早;硫酸氯吡格雷片[75 mg/片,赛诺菲(杭州)制药有限公司,批号:6A366],术前未使用硫酸氯吡格雷片患者术前给予负荷量 300 mg,嚼服,次日起 75 mg,1 次/早;阿托伐他汀钙片[20 mg/片,辉瑞(大连)制药有限公司,批号:N38137] 20 mg,每晚 1 次;依诺肝素(6000AXa IU/支,杭州九源基因工程有限公司,批号:20160308) 6 000 IU,皮下注射,每 12 h 1 次,5~7 天;倍他乐克缓释片[47.5 mg/片,阿斯利康(无锡)制药有限公司,批号:VCPV] 47.5 mg,每天 1 次,和(或)地尔硫卓(30 mg/片,上海信宜万象药业股份有限公司,批号:01160202)30 mg,每天 2~3 次。

对照组按照冠心病诊疗指南进行常规治疗。治疗 A 组在对照组治疗基础上加用心脉通贴散(组成比例为麝香:冰片:生白芥子:降香:石菖蒲:全蝎:川芎:三七粉=1:20:100:200:200:200:300:400,徐州中医院制剂室制备,苏药制字 Z04001711,批号:20120615)穴位贴敷,选穴膻中、双心俞、双厥阴俞、双内关、三阴交。每天 1 次,每次 30 min。治疗 B 组在此基础上加用芪参益气滴丸(由黄芪、丹参、三七、降香组成 0.5 g/包,天士力制药集团股份有限公司,批号:160204)1 包,每天 3 次;C 组在对照组基础上加用芪参益气滴丸 1 包,每天 3 次及心脉通贴散穴位贴敷(用法同上),每天 1 次,每次 30 min。每组疗程均 4 周。

## 7 观察指标及检测方法

7.1 生活质量评价 采用 SAQ<sup>[9]</sup> 进行评价。SAQ 分为 5 大项 19 个条目:躯体活动受限程度(physical activity limits, PL, 问题 1),心绞痛稳定状态(angina stability, AS, 问题 2),心绞痛发作情况(angina frequency, AF, 问题 3、4),治疗满意程度(treatment satisfaction, TS, 问题 5~8),疾病认知程度(disease cognition degree, DP, 问题 9~11)。对 5 大项 19 个条目逐项评分,并对每一评分进行正向化处理,标准积分=(实际得分-该方面最低得分)/

(该方面最高得分-该方面最低得分)×100,评分越高患者其生活质量及机体功能状态越好。

7.2 炎症因子(hs-CRP、MPO)及凝血功能中凝血酶原时间(prothrombin time, PT)、活化部分凝血活酶时间(activation of partial thrombin time, APTT)、凝血酶时间(thrombin time, TT)、纤维蛋白原(fibrinogen, FIB)水平的检测 患者入院后 24 h 内及 PCI 术后 4 周于清晨安静空腹状态下抽取肘正中静脉血 4 mL,送至检验科。常温下以 3 000 r/min 离心 15 min,分离血清,贮存于 -20 °C 冰箱,待检测 hs-CRP 和凝血功能。血清 hs-CRP 采用免疫透射比浊法检测。MPO 则使用抗凝血清管采血采用胶体金免疫层析法,于抽血并离心后立即行床边监测。凝血功能的各项指标则是通过血凝仪以磁珠法检测。

8 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,四组均数比较采用方差分析,计数资料采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 结 果

1 各组 SAQ 评分比较(表 2) 与本组治疗前比较,各组治疗后 PL、AS、AF、TS、DP 评分均升高( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ );与对照组同期比较,治疗后治疗 A、B、C 组 PL、AS、AF、TS、DP 评分均升高( $P < 0.05$ ),且治疗 C 组优于治疗 A、B 组( $P < 0.05$ )。

2 各组凝血功能水平比较(表 3) 与本组治疗前比较,各组治疗后 PT、APTT、TT 均有不同程度延长,但差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),FIB 下降( $P < 0.01$ );与对照组同期比较,治疗各组 FIB 下降( $P < 0.05$ ),且治疗 C 组较治疗 A、B 组下降更明显( $P < 0.05$ )。

3 各组治疗前后血 hs-CRP 和 MPO 水平比较(表 4) 与本组治疗前比较,各组治疗后血 hs-CRP 和 MPO 水平降低( $P < 0.05$ )。治疗后与对照组同期比较,治疗组血 hs-CRP 和 MPO 水平明显降低( $P < 0.05$ ),且治疗 C 组均优于治疗 A、B 组( $P < 0.05$ )。

表 2 各组 SAQ 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	PL	AS	AF	TS	DP
对照	40	治疗前	44.5 ± 17.2	52.6 ± 19.9	46.5 ± 18.3	41.5 ± 10.3	54.3 ± 15.6
		治疗后	49.7 ± 20.1 *	71.3 ± 22.5 *	67.6 ± 22.7 *	71.9 ± 16.7 *	64.3 ± 18.2 *
治疗 A	40	治疗前	46.3 ± 19.6	52.7 ± 21.4	44.8 ± 19.2	42.2 ± 11.6	55.6 ± 13.5
		治疗后	52.1 ± 16.5 *△▲	79.9 ± 13.2 **△▲	80.5 ± 9.4 **△▲	76.7 ± 5.6 **△▲	67.2 ± 19.3 **△▲
治疗 B	40	治疗前	46.9 ± 18.5	52.9 ± 21.5	45.7 ± 17.9	41.9 ± 11.5	56.2 ± 16.3
		治疗后	54.2 ± 16.3 *△▲	83.7 ± 14.1 **△▲	81.2 ± 11.1 **△▲	78.6 ± 5.3 **△▲	68.4 ± 18.1 **△▲
治疗 C	40	治疗前	47.2 ± 19.5	52.7 ± 20.6	45.6 ± 19.3	42.1 ± 12.4	55.9 ± 17.4
		治疗后	58.8 ± 16.6 *△	86.9 ± 13.5 **△	85.1 ± 11.2 **△	89.7 ± 7.6 **△	72.1 ± 19.6 **△

注:与本组治疗前比较, \* $P < 0.05$ , \*\* $P < 0.01$ ;与对照组同期比较,  $\Delta P < 0.05$ ;与治疗 C 组比较,  $\blacktriangle P < 0.05$

表 3 各组凝血功能水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	PT(s)	APTT(s)	TT(s)	FIB (g/L)
对照	40	治疗前	12.53 ± 0.88	30.95 ± 4.96	12.10 ± 2.48	2.91 ± 0.60
		治疗后	13.01 ± 0.54	31.15 ± 5.25	12.40 ± 1.98	2.31 ± 0.32 *
治疗 A	40	治疗前	12.42 ± 1.10	32.18 ± 5.43	11.40 ± 1.98	3.00 ± 0.61
		治疗后	12.99 ± 2.15	33.80 ± 3.12	12.60 ± 3.11	2.01 ± 0.32 *△▲
治疗 B	40	治疗前	12.10 ± 0.87	32.74 ± 6.10	11.84 ± 1.38	2.96 ± 0.56
		治疗后	13.11 ± 0.68	33.95 ± 4.68	12.72 ± 2.26	1.91 ± 0.33 *△▲
治疗 C	40	治疗前	12.25 ± 1.90	30.31 ± 6.33	12.17 ± 2.35	2.70 ± 0.54
		治疗后	13.21 ± 0.59	32.15 ± 4.37	13.01 ± 1.92	1.85 ± 0.29 *△

注:与本组治疗前比较, \* $P < 0.01$ ;与对照组同期比较,  $\Delta P < 0.05$ ;与治疗 C 组比较,  $\blacktriangle P < 0.05$

表 4 各组治疗前后血 hs-CRP 和 MPO 水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	hs-CRP (mg/L)	MPO ( $\mu$ g/L)
对照	40	治疗前	6.21 ± 3.85	77.2 ± 19.5
		治疗后	4.47 ± 2.02 *	40.3 ± 12.4 *
治疗 A	40	治疗前	6.33 ± 3.96	78.9 ± 21.5
		治疗后	3.81 ± 1.88 *△	34.2 ± 13.6 *△▲
治疗 B	40	治疗前	6.29 ± 2.78	77.9 ± 19.3
		治疗后	3.66 ± 1.55 *△	39.7 ± 11.5 *△▲
治疗 C	40	治疗前	6.19 ± 3.96	78.1 ± 19.3
		治疗后	3.21 ± 1.12 *△	23.9 ± 10.5 *△

注:与本组治疗前比较, \* $P < 0.05$ ;与对照组同期比较,  $\Delta P < 0.05$ ;与治疗 C 组同期比较,  $\blacktriangle P < 0.05$

4 安全性分析 治疗组和对照组均未出现脱落病例,且无严重的不良反应,对照组和治疗组 C 组各有 2 例皮肤发红现象,但不影响治疗。

## 讨 论

UAP 是急性冠状动脉综合征的一种,有较高的致残率和病死率。PCI 是治疗 UAP 积极有效的方法,2015 年中国内地冠心病介入治疗达到 500 946 例,仅次于美国居世界第二位<sup>[10]</sup>。研究发现,随着 PCI 的开展,患者血中炎症标志物水平与介入治疗后各种并发症密切相关,故其可以作为早期并发症的预测因子<sup>[11,12]</sup>。CRP 是参与炎症急性时相反应的主要蛋白,与冠脉的急性损伤和病情恶化的发生有密切关系<sup>[13]</sup>。hs-CRP 检测是一种新的 CRP 检测方法,使其检测水平更高、更准确。在 ACS 人群中,入院时 hs-CRP > 3 mg/L 的患者 90 天内 MACE 复发的风险比

Hs-CRP < 1 mg/L 的患者增加了 57.6%<sup>[14]</sup>。

MPO 是存在于中性粒细胞、单核细胞及巨噬细胞中的一种过氧化物酶,可催化多种活性氧的形成。Sugiyama S 等<sup>[15]</sup>发现,在动脉粥样硬化斑块中存在大量活化的 MPO 及其氧化产物,从而推测 MPO 在动脉粥样硬化形成与发展中发挥重要作用。

《金匱要略》云:“阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也。”<sup>[16]</sup>芪参益气滴丸基于传统中医药理论,采用现代工艺,提取黄芪、丹参、三七、降香中的有效成份,具有益气养血,活血化瘀的效果。现代药理学研究表明,芪参益气滴丸具有促进血管新生、抗炎、抗心肌缺血再灌注损伤、抗血小板聚集等作用<sup>[17]</sup>。张晓云等<sup>[18]</sup>、魏万林等<sup>[19]</sup>研究显示芪参益气滴丸能降低急性冠脉综合征患者 hs-CRP 水平。

心脉通贴散是本院研制的散剂,主要成分由麝香、冰片、降香、全蝎、川芎、三七粉、生白芥子、石菖蒲等药物组成,具有温阳、化痰、通络、止痛等作用,用于治疗冠心病心绞痛十余年,效果显著。陈可冀院士对 PCI 术后证候规律的研究表明临床上以气虚血瘀、痰瘀互阻证、气虚痰瘀互阻证多见<sup>[20]</sup>。因此术后单独的补气活血治疗仍然不足,应酌加化痰祛瘀通络之品。PCI 术后口服药已经较多,更多的药物会增加胃肠道的不良反应,心脉通贴散可以满足患者这方面的需求,发挥温阳、化痰、通络、止痛等作用。

本研究发现,单独的西药治疗 PCI 术后的患者,仍然无法根治很多临床不适症状,但联合心脉通贴散

或芪参益气滴丸或三者合用可降低心绞痛的发病率,减轻活动受限程度,提高患者对治疗的满意及疾病认知程度,改善中医临床症状,提高生活质量。本研究提示三者合用可以轻度延长 PT、APTT、TT,降低 FIB,尤其治疗 C 组效果更佳,说明药物联合应用可以改善凝血功能,进一步验证了中医药的活血化瘀之功效,且与共识<sup>[6]</sup>提出“不能耐受阿司匹林药物治疗的患者,可考虑选用芪参益气滴丸”有异曲同工之妙。研究表明在西药治疗的基础上进一步联合应用芪参益气滴丸或心脉通贴散尤其是三者合用,可以进一步降低血液高凝状态,减少血栓形成。

本研究发现各组患者治疗后血 hs-CRP 和 MPO 水平均有不同程度降低,且治疗组优于对照组,其中治疗 C 组疗效最佳。提示降低炎症因子,稳定不稳定性斑块是芪参益气滴丸或心脉通贴散或二者联合应用治疗 UAP 机制之一。因本研究观察时间较短,三者合用是否可以进一步改善凝血功能,减少西药的服用量,降低死亡率,改善预后尚不可知。西医介入治疗的出现和发展是冠心病治疗里程碑式发展,能在一定程度上降低远期终点事件却不能完全治愈患者临床症状。中医药在冠心病的防治方面具有独特优势,并日渐受到重视,但中医药因剂型和使用方式的限制大大影响了其在临床中的使用。本研究提示芪参益气滴丸与心脉通贴散是防治 UAP 疾病的有效药物,具有抗炎、稳定斑块等作用,且使用方便,效果可靠,值得临床推广应用。

利益冲突:本项目无相关利益方面参与。

### 参 考 文 献

[1] 毛艳阳,王军强,王晨霞,等. 丹参多酚酸盐对不稳定型心绞痛患者血清超敏 C 反应蛋白及肿瘤坏死因子  $\alpha$  水平的影响[J]. 临床荟萃, 2016, 31(2): 191-193.

[2] 张业伟,崔公让. 中药防治血管介入治疗再狭窄的机理探讨[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2001, 7(5): 353.

[3] 张晓云,魏万林,田国祥,等. 芪参益气滴丸对冠状动脉介入术后炎症因子及心脏不良事件的影响[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2013, 5(2): 167-169, 185.

[4] 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. 不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断和治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(4): 295-304.

[5] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南: 中医病证部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 39-42.

[6] 王显. 经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术后胸痛中医诊疗专家共识[J]. 中医杂志, 2014, 55(13): 1167-1170.

[7] 郭盈盈,常丽. 穴位贴敷配合中医护理方案对心衰患者症状改善的效果观察[J]. 湖南中医杂志, 2015, (4): 125-127.

[8] 梅发光,王忠良,张义勤,等. 芪参益气滴丸对不稳定型心绞痛患者 PCI 术后心率变异性影响的临床研究[J]. 中国医药指南, 2015, 13(8): 208-209.

[9] Spertus JA, Winder JA, Dewhurst TA, et al. Monitoring the quality of life in patients with coronary artery disease[J]. Am J Cardiol, 1994, 74(12): 1240-1244.

[10] 刘红旭. 介入心脏病学中西医结合大有可为[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2015, 13(5): 561-562.

[11] Wang Z, Sato A, Akiyama D, et al. Clinical value of plasma pentraxin 3 levels for predicting cardiac troponin elevation after percutaneous coronary intervention[J]. Life sciences, 2014, 95(1): 40-44.

[12] Akpek M, Kaya MG, Lam YY, et al. Relation of neutrophil/lymphocyte ratio to coronary flow to in-hospital major adverse cardiac events in patients with ST-elevated myocardial infarction undergoing primary coronary intervention[J]. Am J Cardiol, 2012, 110(5): 621-627.

[13] 刘丽梅. 超敏 C 反应蛋白与冠心病严重程度的相关性分析[J]. 临床合理用药, 2009, 2(18): 5-6.

[14] Ridker PM, Hennekens CH, Bufing JE, et al. C-reactive protein and other riskers of inflammation is the prediction of cardiovascular disease in women[J]. N Engl J Med, 2000, 342(12): 836-843.

[15] Sugiyama S, Okada Y, Sukhova GK, et al. Macrophage myeloperoxidase regulation by granulocyte macrophage colony-stimulating factor in human atherosclerosis and implications in acute coronary syndromes[J]. Am J Pathol, 2001, 158(3): 879-891.

[16] 孟如. 金匱要略选读[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997, 54.

[17] 陈景瑞,魏静,朱利洁,等. 芪参益气滴丸对心血管系统疾病的药理作用研究进展[J]. 时珍国医国药, 2015, 26(2): 434-437.

[18] 张晓云,魏万林,田国祥,等. 芪参益气滴丸对冠状动脉介入术后炎症因子及心脏不良事件的影响[J]. 中国循证心血管医学志, 2013, 5(2): 167-169, 185.

[19] 魏万林,张薇,张天龙,等. 芪参益气滴丸对急性冠脉综合征患者冠状动脉介入治疗术炎症化因子的影响[J]. 中国循环杂志, 2009, 24(3): 182-184.

[20] 郝瑞席,陈可冀,史大卓,等. 介入术后冠心病中医证候诊断标准的评价[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(8): 1036-1041.

(收稿: 2016-12-12 在线: 2018-08-28)

责任编辑: 白霞