

(上接第19版)

冠脉痉挛综合征 中西医结合治疗再认识

▲厦门大学附属福州第二医院心血管内科 林绍彬 林敏瑜



林绍彬 教授

冠脉痉挛(CAS)是由于冠脉紧张度增加引起心肌供血不足所致临床症候群。其表现出的一系列临床症状,包括典型变异

急性发作期稳定期 CASS 中西医结合优势互补

急性发作期的治疗原则为迅速缓解CAS状态。首选硝酸甘油舌下含服或口腔内喷雾,如连用2次无效应尽快予静脉或冠脉内用药。其他可选钙拮抗剂维拉帕米、尼卡地平和地尔硫草;阿司匹林+氯吡格雷双联抗血小板治疗,以及维持心率、血压等对症支持处理。

稳定期除按常规西医疗法外,应充分发挥中医中药优势,根据辨证论治的证型予以个体化治疗:即心血瘀阻证,治以活血化瘀,理气通络止痛,方用血府逐瘀汤加味;气阴两虚证,治以益气养阴,活血通络,方用生脉散合益气温阳汤加味;痰浊痹阻证,治以益气温阳泄浊化痰,方用瓜蒌半夏薤白汤加味;寒凝血脉证,治

稳定期 CASS 现代医学治疗

祛除病因 一旦确诊均应坚持长期治疗,包括危险因素和诱发因素控制。

西药治疗 (1)钙拮抗剂(CCB)如地尔硫草、硝苯地平、氨氯地平等。(2)钾通道开放剂:尼可地尔,在增加冠脉血流量的同时不影响血压、心率及心脏传导系统,无耐药性;当疗效不佳时可与硝酸酯类药物联用。(3)硝酸酯类药物:其预防CASS复发的疗效不如CCB,仅用于不能使用CCB时的替代或当CCB疗效不佳时与之联合。因有耐药性,硝酸酯类药物不宜连续使用。(4)他汀类药物:可显著降低

心绞痛、非典型性痉挛性心绞痛、急性心肌梗死、猝死、心律失常、心力衰竭以及无症状性心肌缺血等,统称为冠脉痉挛综合征(CASS)。CASS发病机制复杂,包括血管内皮细胞结构和功能紊乱、血管平滑肌细胞收缩反应性增高、氧化应激反应、慢性炎症反应、遗传易感性以及自主神经功能障碍等。目前对CASS患者不主张介入治疗,其治疗有其特殊性,是临床难点,部分患者的疗效欠佳,而中医药在这方面有其独特优势。

以辛温通阳,活血散寒,方用瓜蒌薤白白酒汤加味;心阳暴脱证,治以温补心阳,回阳救逆,方用参附汤合右归饮、四逆汤加味;肾水凌心证,治宜温肾通阳,益气通脉,方用真武汤加味;心肾阴虚证,治以滋阴益肾,养心安神,方用左归饮加味;气滞胸膈痛,治宜理气止痛,方用柴胡舒肝散加味。

实际上,临床更多见的是复合证型,如气虚合痰瘀证、气阴两虚合血瘀证、心阳衰脱合痰瘀证等,治宜辨证论治,多法联用。络病研究认为,血管痉挛机制与络气虚滞、脉络瘀阻、络脉细急及络脉瘀阻有关。有研究显示,中成药通心络和麝香保心丸、复方丹参滴丸等用于CAS性心绞痛治疗有效,但有待循证医学证实。

CASS的发作频率并改善血管内皮功能。(5)抗血小板治疗:如无禁忌症CASS患者均应双联抗血小板治疗,即口服阿司匹林/氯吡格雷,以防急性冠状动脉事件发生。(6) β 受体阻滞剂:对于合并有冠脉器质性狭窄或严重心肌桥,且临床主要表现为劳力性心绞痛的患者,若CCB和硝酸酯类药物疗效不佳时可以慎重联合使用高选择性 β 受体阻滞剂。对于冠脉无显著狭窄的CASS患者禁忌单独使用。

综上所述,CASS治疗应充分发挥中医、西医、中西医结合各自优势,取长补短,活用活用,以便到达最佳疗效。

经皮冠脉介入治疗 围手术期心肌损伤中医诊疗专家共识解读

▲首都医科大学附属北京中医医院心血管科 刘红旭



刘红旭 教授

共识制定背景

经皮冠脉介入治疗(PCI)已成为冠心病的重要治疗方法。2016年报告显示2015年我国内地PCI治疗达到56万余例。近年来,中医药对PCI干预的相关研究得到快速的发展。研究显示,中药对择期PCI围手术期的心肌损伤(PMI)具有保护作用。为了规范冠心病PCI围手术期中医药干预治疗策略,世

界中联、中华中医药学会、中国医师协会中西医结合分会、中国中西医结合学会的介入心脏病学专家,以传统中医辨证论治为基本点,结合临床研究进展和专家经验,制订了PCI围手术期心肌损伤中医诊疗专家共识。

PMI 的诊断

共识的PMI诊断参照AHA/AHA/ESC/WHF《全球心肌梗死新定义》制定。中医辨证采用了陈可冀院士对PCI术后证候规律的研究及刘红旭关于AMI中医证候规律的研究,即气虚、血瘀、痰浊等多见,临床上以气虚血瘀、痰瘀互阻证、气虚痰瘀互阻证多见。

PMI 的中医治疗

共识依据中医证候

分型提出了中医治法。气虚血瘀证,治法益气活血,推荐方补阳还五汤加减;痰瘀互阻证,治法化痰活血,推荐方栝楼薤白半夏汤合血府逐瘀汤加减;气虚痰瘀互阻证,治法益气活血、化痰通络,推荐方补阳还五汤合栝楼薤白半夏汤加减。兼症治疗:合并阴虚证,加用生脉散或增液汤;合并痰热证,加用黄连温胆汤或小陷胸汤;并热毒症,加用黄连解毒汤。

临床研究提示有益于PCI围手术期心肌保护的中药静脉注射剂有:倍通丹红注射液,丹参冻干粉注射液,丹参酮II A磺酸钠注射液,参附注射液,生脉类注射液。口服中成药有:丹萎片,冠心舒通胶囊,脑心痛胶囊,芪参益

滴丸,麝香保心丸,参芍胶囊,速效救心丸,通心络胶囊,益心舒胶囊,参元益气活血胶囊。

中药治疗的时机

择期PCI围手术期心肌保护至少应在手术前3d开始使用中药,可于手术当日或手术开始动脉穿刺成功时给予一次负荷的静脉制剂。急诊PCI应在手术开始前尽可能早给予中药治疗,口服中药制剂可以一次性给予足量口服,静脉制剂可在手术开始动脉穿刺成功时给予一次负荷的静脉制剂。术后中药可继续使用5~7d。

共识汇聚了PMI中医诊疗已有的初步研究结果,但是PMI的防治研究尚有待于进一步的深入,共识也有待进一步的丰富和修订。

复方丹参滴丸稳定易损斑块的探索

▲山东大学齐鲁医院心血管内科 张梅 陈良 李晓楠 李长江 张运



张梅 教授

研究证实,中药复方丹参滴丸可以影响脂质的代谢,但其对动脉粥样硬化斑块稳定和消退的作用机制尚需进一步研究。笔者研究组将复方丹参滴丸用于兔动脉粥样硬化模型中,观察这些药物对斑块稳定和消退的机制。

30只大白兔经过常规腹主动脉拉伤后给予高脂饮食12周,随机分为三组,分别为对照组、小剂量复方丹参滴丸组、大剂量复方丹参滴丸组。三组分别给予安慰剂,复方丹参滴丸5粒/d,复方丹参滴丸10粒/d,均给予药物治疗12周。

第24周末给予动脉粥样硬化斑块药物转染构建易损斑块,25周末给予药物触发易损斑块破裂。

结果显示,与对照组比较,大剂量复方丹参滴丸组总胆固醇(TC)和低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)显著降低,小剂量复方丹参滴丸组有降低趋势,未达到统计学意义,大剂量复方丹参滴丸组高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)升高达到统计学意义。

与对照组比较,小剂量复方丹参滴丸组内膜-中层厚度(IMT)无明显差异,大剂量复方丹参滴丸组IMT降低达到统计学意义;大、小剂量复方丹参滴丸组声学密度(AIIC%)升高均达到统计学意义。

与对照组比较,大、小剂量复方丹参滴丸组管腔面积(LA)无明显差异;斑块面积(PA)有下降趋势,但未达到统计学差异;血管外弹力膜面积(EEMA)明显减小;大、小剂量复方丹参滴丸组管腔面积狭窄百分比(LAS%)明显下降。药物触发后,自然消退组斑块破裂4例,破裂率57%;大、小剂量复方丹参滴丸组分别破裂2例、3例,破裂率22%、37%。

复方丹参滴丸降低TC、甘油三酯(TG)和LDL-C的水平同时升高HDL-C的水平。对动脉粥样硬化斑块的稳定作用,大剂量的复方丹参滴丸效果会更好,这可能与大剂量能更加充分的调节血脂水平有关。复方丹参滴丸可减小斑块IMT,同时升高声学密度(AIIC%)数值,起到稳定和逆转斑块作用,收缩期血流速度反而升高可能与其较强的活血化淤作用有关。其减少斑块的面积也可能通过减少EEMA和PA,从而改善管腔的负性重构,达到稳定斑块的目的。

表1 24周末各组实验兔血脂的比较($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	TC	TG	LDL	HDL
对照组	13.25±6.82	0.92±0.32	8.41±0.92	0.42±0.12
小剂量复方丹参滴丸组	8.54±2.29	0.79±0.62	6.75±1.73	0.45±0.06
大剂量复方丹参滴丸组	5.29±1.53*	0.65±0.15	3.27±0.66*	0.59±0.17*

注:与对照组比较 *P<0.05, **P<0.01

表2 5周末各组实验兔腹主动脉体表超声测值的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	IMT(mm)	Ds(mm)	Vp(cm/s)	SR(s-1)	AIIC%
对照组	0.87±0.01	5.19±0.58	108.9±7.2	979.79±16.70	0.57±0.06
小剂量复方丹参滴丸组	0.67±0.05	5.25±0.79	130.1±23.7**	1312.48±30.16*	0.64±0.06
大剂量复方丹参滴丸组	0.62±0.11**	4.29±0.44*	123.44±33.2**	1007.90±23.31	0.69±0.06**

注:与对照组比较 *P<0.05, **P<0.01

(下转第21版)