

活血化瘀法对心血瘀阻型 ACS 血清 GMP-140 的影响[※]

● 王 婷 熊尚全 林 超

摘 要 目的:观察活血化瘀法中药治疗心血瘀阻型急性冠脉综合征(acute coronary syndromes, ACS)血清 GMP-140 的影响。方法:60 例 ACS 患者随机分为治疗组及对照组各 30 例,对照组予西医常规治疗,治疗组予中药配合西医常规治疗;检测两组患者治疗前后 CTnT 水平、血清 GMP-140 的水平。结果:1. 两组患者治疗后 CTnT 水平均较治疗前有明显改善,差异有非常显著性意义($P < 0.01$);两组治疗后比较,差异无显著性意义($P > 0.05$);2. 两组患者治疗后血浆 GMP-140 水平均较治疗前有明显改善,差异有非常显著性意义($P < 0.01$);两组治疗前后差值比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。结论:活血化瘀法可以降低心血瘀阻型 ACS 患者血清 GMP-140 水平。

关键词 活血化瘀法 心血瘀阻 GMP-140

急性冠脉综合征是冠状动脉粥样硬化的基础上,粥样斑块破裂或糜烂,并发血栓形成,导致病变血管完全性或非完全性闭塞。在我国每年因 ACS 死亡的人数超过 30 万,其发病急、病情重、病死率高,已经成为威胁健康的主要疾病。血清 GMP-140 参与了从白细胞的粘附到不稳定斑块及血栓形成与破裂的全过程,故降低其水平可达到治疗及预防 ACS 的目的^[1]。现将我们观察活血化瘀法对心血瘀阻型 ACS 患者血清 GMP-140 水平影响的结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有病例筛选自 2014 年 9 月 1 日至 2015 年 4 月 30 日,在福建中医药大学附属人民医院心内科就诊的 ACS 患者。本研究共选取符合标准的 60 例患者,年龄 39~78 岁,平均(62.83 ± 9.57)岁。其中男性 33 例,平均(58.18 ± 9.44)岁;女性 27 例,平均(71.77 ± 5.80)岁。其中急性心肌梗死 41 例,不稳定心绞痛 19 例;ST 段抬高者 25 例,ST 段压低者 28 例,ST 段无明显抬高或压低者 7 例。按照患者就诊顺序,随机分为对照组、治疗组,每组各 30 例。

两组患者在性别、年龄、病因等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照 2007 年公布的《不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高心梗诊断和治疗指南》^[2],及 2011 年公布的《急性心肌梗死诊断和治疗指南》^[3]制定。

1.2.2 中医辨证标准 心血瘀阻证参照中国中西医结合研究会活血化瘀学术会议制定的《血瘀证诊断标准》制定,包括心绞痛,舌质紫暗或有瘀斑,口唇及牙龈紫暗,舌下脉络曲张,脉弦、涩、结代或无脉等症状或体征。

1.3 纳入标准 ①符合中西医诊断标准者;②年龄在 30~80 岁之间。

1.4 排除标准 ①经冠状动脉造影术证实为心肌桥或 X 综合征者;②合并心脏瓣膜病变、心房纤颤等需要使用口服华法林者;③血小板 $< 100 \times 10^9/L$ 者;④严重凝血功能障碍者。

1.5 治疗方法 对照组予以西医常规治疗,包括抗血小板聚集、抗凝、调脂稳定斑块、硝酸酯类、控制血压、控制血糖等;STEMI 患者可予以再灌注治疗,包括溶栓、PCI 术等,NSTEMI 和 UAP 可予 PCI 术等。治疗组在对照组的基础上加予活血化瘀中药内服治疗。

※基金项目 福建中医药大学校管课题(No. XB2014011)

• 作者单位 福建中医药大学附属人民医院(350004)

每组均治疗 1 个月。

活血化瘀中药:血府逐瘀汤(当归 9g,生地 9g,桃仁 12g,红花 9g,枳壳 6g,赤芍 6g,柴胡 3g,川芎 4.5g,桔梗 4.5g,牛膝 9g),为我院全成分颗粒,相当于上述药材原生药饮片剂量,加温开水 150mL 充分溶解,每日早晚饭后温服。

1.6 疗效评价 检测治疗前后 CTnT 水平,同时记录发病 1 月内心血管事件(包括死亡、顽固性心绞痛、急性心肌梗死)。治疗前后各采上肢肘静脉血 1.5mL,并予以编号,采用双抗体两步夹心酶联免疫吸附法(ELISA)法检测 GMP-140 活性。

1.7 统计学分析 用 SPSS13.0 软件包进行统计学分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,治疗前后及组间比较采用 *t* 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗过程中对照组 1 例女患者中途放弃治疗,治

疗组 2 例男患者中途失去联系,57 例患者完成实验。

2.1 两组 CTnT 水平比较 两组患者治疗后 CTnT 水平均较治疗前均有明显改善,差异有非常显著性意义($P < 0.01$);两组治疗后比较,差异无显著性意义($P > 0.05$),说明两组治疗后 CTnT 水平相当。见表 1。

表 1 两组 CTnT 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	29	1.17 ± 0.25	0.13 ± 0.04 *
治疗组	28	1.16 ± 0.42	0.15 ± 0.02 *

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.01$ 。

2.2 两组血浆 GMP-140 水平比较 两组患者治疗后血浆 GMP-140 水平较治疗前均有明显改善,差异有非常显著性意义($P < 0.01$);且治疗组在降低血浆 GMP-140 水平方面优于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组血浆 GMP-140 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗前后差值
对照组	29	10.82 ± 0.36	4.33 ± 0.22 *	6.26 ± 0.32
治疗组	28	11.23 ± 0.45	2.12 ± 0.12 *	9.68 ± 0.34 [△]

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组治疗后差值比较,[△] $P < 0.05$ 。

3 讨论

ACS 是否发生主要取决于粥样斑块的稳定性,与斑块大小无直接关系,炎症在导致斑块不稳定中扮演了重要角色。不稳定的斑块在外因如情绪激动、剧烈运动或寒冷刺激作用下,使纤维帽破裂,脂质溢出,血小板和内皮下的粘附因子发生聚集和粘附,形成富含血小板的白血栓,使管腔发生闭塞。血小板黏附聚集是造成冠脉完全或不完全阻塞的前提条件,在稳定性心绞痛演变为 ACS 中扮演了关键角色^[4]。

GMP-140 是目前所知反映血小板活化与释放反映最特异的标志物^[5]。ACS 患者的血浆 GMP-140 表达明显增加,其参与了从白细胞的粘附到不稳定斑块的破裂及血栓的形成全过程^[1]。临床研究证实,急性冠脉综合征患者血清 GMP-140 水平明显升高。

ACS 属于中医学“胸痹”、“心痛”的范畴,其病位在心。有研究发现 ACS 中医证型以虚实夹杂最为多见,血瘀与气虚是最常见的标实与本虚证型^[6-8];亦

有临床实践证实 ACS 中气滞血瘀证所占比例最高^[9-10]。因此可见心血瘀阻证是 ACS 的最主要证型。血脉运行不畅为瘀,其阻滞于心,心脉痹阻,不通则痛,则发为胸痹心痛。血瘀为胸痹的基本病机,贯穿于 ACS 发生发展过程中。因此,活血化瘀是治疗的关键。故本实验选用活血化瘀中药来治疗 ACS。血府逐瘀汤为活血化瘀的代表方剂。其既行血分瘀滞,又解气分郁结,祛瘀与养血同施,则活血而无耗血之虑,行气又无伤阴之弊。合而用之,使血活瘀化气行,为治胸中血瘀证之良方。

本实验结果显示两种治疗方法在降低 CTnT 含量上均有明显效果,且两者在降低 CTnT 水平的效果相当。但是治疗组对 ACS 心血瘀阻型在降低血浆 GMP-140 水平方面明显优于对照组,可推测活血化瘀法治疗心血瘀阻型 ACS,可能通过降低 GMP-140 水平,起到抗血小板聚集、抗炎等疗效,到达治疗目的。

参考文献

- [1] 杨丽霞. 冠心病患者血清 P-选择素变化的临床意义[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2007, 9(2): 135.
- [2] 中华医学会心血管病学分会. 不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断与治疗指南[S]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(4): 295.
- [3] 中华医学会心血管病学分会. 急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南[S]. 中华心血管病杂志, 2010, 38(8): 675-690.
- [4] Moliterno DJ. Advances in antiplatelet therapy for ACS and PCI[J]. J Interv Cardiol, 2008, 21(1): 18-24.
- [5] 刘芳, 沈小梅. 老年急性冠脉综合症病人血小板 P 选择素与血小板参数的变化及相关性探讨[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2008, 6

(4): 388-390.

- [6] 吴焕林, 阮新民, 杨小波, 等. 319 例冠心病患者证候分布规律分析[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(6): 498-500.
- [7] 袁敬柏, 董绍英, 王阶, 等. 2689 例冠心病心绞痛证候要素的文献统计分析[J]. 中国中医药信息杂志, 2006, 13(5): 100-101.
- [8] 石刚, 刘婷. 冠心病常见临床流行病学调查[J]. 中国中医药刊, 2007, 25(8): 1675-1676.
- [9] 张鸥, 马涵英, 张维君. 急性冠状动脉综合征患者中医辨证分型与冠状动脉造影结果的关系研究[J]. 中国医药, 2012, 7(5): 532-534.
- [10] 马涵英, 张鸥, 王立群, 等. 急性冠状动脉综合征中医辨证分型与冠状动脉 SYNTAX 积分及短期预后的关系[J]. 中国医药, 2013, 8(2): 154-156.

医政资讯

探索针灸健康服务新模式

针灸治疗已覆盖 16 个临床学科 532 个病症, 针灸国家标准占中医药国家标准总数的 85%。《中医药健康服务发展规划(2015-2020 年)》的发布更为中医针灸创造了新的历史机遇。8 月 15~16 日, 1500 余位国内外针灸工作者齐聚 2015 中国针灸学会年会, 共同研讨如何进一步发挥针灸特色优势、创新服务模式, 并将之融入中医药健康服务发展大局。国家卫生计生委副主任、国家中医药管理局局长王国强出席, 并就针灸发展和学会建设提出五点建议。

第一, 坚持针灸原创思维, 重视中医理论对针灸的指导作用。一要以中医理论为指导, 以临床实践为基础, 系统梳理和继承古代医家针、灸、药并用治疗疾病的经验和方法, 不断完善和发展中医针灸理论。二要以提高疗效为先导, 以技术创新为关键, 积极吸收借鉴现代医学及其他学科的技术方法, 大力开展临床评价。三要以市场需求为导向, 以产品研发为突破, 将针灸的原创思维与新技术、新方法有机结合, 开发针灸器械产品以及健康产品。

第二, 发挥针灸独特优势, 创新中医针灸服务模式。一要针药结合、针灸结合, 充分发挥针灸优势, 探索改革以针灸科为单元的基本服务模式, 采取多种形式推动针灸进入临床各科室, 在各种疾病不同阶段采用针灸疗法, 形成中医疗法“组合拳”。二要积极推动针灸技术与中医治未病、健康保健、养生养老、特色康复等融合, 制定相关标准及规范, 提升中医药健康服务能力和水平, 让群众就近享受规范、便捷、有效的中医针灸服务, 探索建立中医针灸健康服务的新模式。

第三, 掌握前沿科研方法, 引领针灸国际发展。一要深化针灸科学原理的研究, 借鉴国外先进科学技术和方法, 加强与国外相关研究机构和团队的合作, 促进中医针灸的创新发展。二要主动出击, 引领针灸研究的方向, 在经络腧穴实质、针灸作用机制以及临床研究方面, 始终站在学科发展的前沿, 加强顶层设计, 出课题, 找结点, 共同参与、以我为主, 发挥引领作用。三要利用数字信息技术, 搭建针灸临床研究的技术支撑平台, 全面提升针灸临床研究质量。遵守国际通行规则开展针灸科学研究, 以大数据和可信的证据展示针灸实际疗效。

第四, 坚持以针灸为突破口, 推动中医“走出去”。一要善于讲好故事, 宣传针灸的科学价值、临床疗效、学科发展等。二要密切与国际组织联系, 充分利用联合国教科文组织“中医针灸”项目的国际通行证, 使针灸医疗和科学研究发挥示范、引领和辐射作用, 赢得主动权。三要着眼服务于国家“一带一路”战略, 提出针灸海外发展战略思考与发展规划, 并纳入中医药“走出去”战略规划, 使针灸真正成为中医药“走出去”的突破口。

第五, 不断提升学会服务能力。要抓住改革机遇, 创新发展协会组织。坚持服务为本, 持续提升学会服务创新驱动、服务社会和政府、服务科技工作者、服务自我发展的能力, 扩大社会影响力和公信力, 做到让政府放心, 让行业和社会认可, 让科技工作者满意。

(摘自《中国中医药报》)