

黄杨宁并心达康在冠心病治疗中的应用

姜庆文

(青龙满族自治县生殖保健医院, 河北青龙 066500)

[摘要] 目的: 观察在冠心病治疗中应用黄杨宁和心达康的疗效。方法: 130例患者随机分为黄杨宁并心达康治疗组66例(A组), 常规治疗组64例(B组)。对照两种治疗方法的临床症状改善情况、心电图ST-T和血脂的变化。结果: 两组均改善临床症状, 治疗效果显著, 但A组明显优于B组($P < 0.05$)。心电图ST-T及血脂变化说明了A组治疗方法的优越性。结论: 在冠心病治疗中应用黄杨宁和心达康收到显著疗效, 有应用推广价值。

[关键词] 黄杨宁; 心达康; 冠心病; 应用研究

[中图分类号] R541

[文献标识码] B

[文章编号] 1673-7210(2008)06(a)-079-02

冠心病即冠状动脉粥样硬化性心脏病。也包括因炎症、痉挛、栓塞、结缔组织疾病、创伤和先天性畸形等导致心肌缺血、缺氧的冠状动脉病^[1]。中医称为“胸痹”。大多数患者呈现冠状动脉管腔逐渐狭窄, 心肌代偿能力逐渐增强乃至失代偿的慢性发展过程; 少数患者急性发作, 引起心绞痛、心肌梗死和心肌缺血性心肌病, 严重者发生猝死。因此本病的治疗关键在于早期诊断、早期治疗。近几年来, 我院内科门诊在常规治疗慢性冠心病的过程中, 应用了加服黄杨宁和心达康的方法, 收到了显著的疗效, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

2005~2007年我院收治的130例慢性冠心病患者随机分为黄杨宁并心达康治疗组66例(A组), 常规治疗对照组64例(B组)。A组男34例, 女32例, 年龄38~73岁, 平均(55.5±8)岁; B组男31例, 女33例, 年龄39~71岁, 平均(55.0±3.2)岁, 两组患者经统计学分析有可比性($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准

130例患者均符合全国冠心病心绞痛座谈会修订的《冠心病的诊断参考标准》和WHO缺血性心脏病的诊断标准^[2]。排除标准: 严重心律失常、急性心肌梗死、心功能不全、严重肝肾功能障碍和糖尿病患者不列入此研究范围。

1.3 药物

黄杨宁: 陕西雪龙海姆普德药业股份有限公司生产。心

达康: 四川雅达药业股份有限公司生产。常规治疗药物有降血脂药: 藻酸双酯钠、吉非罗奇; 冠状动脉扩张剂: 二硝酸异山梨醇、复方丹参片、冠心苏合丸; 能量合剂: 三磷酸腺苷、辅酶A、肌苷片。

1.4 方法

1.4.1 治疗方法

两组患者同时服用常规治疗药物, A组患者加服黄杨宁(每次2mg, 日3次口服)和心达康(每次2片, 日3次口服)。30d为1个疗程, 一般用2~3个疗程, 疗程之间间隔10~15d。

1.4.2 评定方法

每1~2周进行一次心电图检查和血脂检验, 严密观察病情变化。以用药2个疗程后进行的心电图检查、血脂三项检验结果和临床症状改善情况, 与用药前进行对照。将心电图检查的主要项目ST-T改变分为三级^[3]。级: 左胸导联上T波振幅降低, 右胸导联T波振幅相对升高, 即 $TV_1 > TV_5$ 或 TV_6 , ST段无明显改变。级: 左胸导联上T波振幅显著低平, 甚至倒置。ST段下移或抬高 < 0.5 mV, 或下降程度不显著, 但下移的形态与R波所形成的夹角 $> 90^\circ$; 伴QRS间期增宽, QT间期延长。级: 所有导联T波均低平, 或ST段下降或上升 > 0.5 mV。PTF- V_1 -0.02 mm·s。伴QRS间期增宽, Q-T间期延长或T波倒置。正常心电图用0级表示。血脂三项, 即: 三酰甘油(TG), 正常值0.56~1.70 mmol/L; 胆固醇(CHOL), 正常值3.4~5.7 mmol/L; 高密度脂蛋白(HDL), 正常值1.03~

约30 μ g/ml的最大血浆浓度, 24 min后降到9 μ g/ml, 它可以广泛分布于人体组织和体液中, 在肝中代谢, 在尿中主要以结合物和代谢物排泄, 少量在粪便中排泄。奥硝唑与甲硝唑相比较, 其抗厌氧菌作用更强, 疗程更短, 疗效更高, 且副作用少^[7,8]。

本临床观察结果显示, 口服奥硝唑治疗急性智齿冠周炎的临床疗效均明显优于甲硝唑, 且奥硝唑副作用小, 而甲硝唑副作用大, 尤其是对胃肠道的刺激性更为显著。因此我们认为在急性智齿冠周炎患者的全身给药时, 采用口服奥硝唑替代甲硝唑值得临床推广使用。

[参考文献]

- [1] 曹彩方. 牙周病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 84-95.
- [2] Kay LW. Investigation into the nature of pericoronitis [J]. Br J Oral Surg, 1996, 4:52.

- [3] 余建红, 武建宁. 灭滴灵治疗急性智齿冠周炎的短期疗效观察[J]. 安徽医科大学学报, 1997, 32(4):514-515.
- [4] 李从荣, 金正江等. 奥硝唑治疗口腔厌氧菌感染的临床与实验研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2004, 14(3):325-327.
- [5] Richle VR, Sctoler HJ, Angehrn P, et al. Grundlagen der chemotherapie von trichomoniasis and amoebiasis mit ornidazole[J]. Arzneimittel Forsch/Drug Res, 1978, 28(1):612-625.
- [6] 潘学田, 张文康. 中国进口药品实用手册[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 1996.
- [7] 田怀平, 王美纳. 奥硝唑的药理作用及临床应用[J]. 中国药房, 2003, 14(1):50.
- [8] 丁俊清, 周海素, 张远芳, 等. 奥硝唑用于口腔厌氧菌感染的临床观察[J]. 临床口腔医学杂志, 2001, 17(2):127.

(收稿日期: 2008-01-19)

1.55 mmol/L。采用定量分级记分法进行记录观察。将检验结果分为4个等级, TG、CHOL, 0级: 每项结果在正常范围内(-); 1级: >正常高值-1.0 mmol(+); 2级: >正常高值 1.0~2.0 mmol(++); 3级: >正常高值 2.0 mmol(+++); HDL, 0级: 在正常高值范围内(-); 1级: 低于正常低值 1.0 mmol(+); 2级: 在正常低值 1.01~2.00 mmol 范围内(++); 3级: 低于正常低值 2.01 mmol 以上(+++)。每个“+”号记1分,“-”号记0分。根据积分值计算均值和标准差(分, $\bar{x} \pm s$)。

1.4.3 疗效判断标准

显效:心悸、心痛、气短、胸闷等症状消失,心电图明显好转或正常,血脂在正常值范围内;有效:症状明显减轻,心电图好转,血脂三项基本正常;无效:症状无改变或略减轻或略加重,心电图无变化或变化不大,血脂三项无改变或略降低或略升高。

1.5 统计学分析

治疗前后比较采用配对 t 检验, 两组间数据采用 t 检验, 计数资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示。

2 结果

2.1 两组患者治疗后疗效比较(表 1)

表 1 两组患者治疗后疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
A	66	54(81.8)	10(15.2)	2(3.0)	64(97.0)
B	64	38(59.4)	18(28.1)	8(12.5)	56(87.5)

两组比较结果总有效率和显效率有明显差异(P<0.05)

2.2 两组患者治疗前后心电图 ST-T 变化比较(表 2)

表 2 两组患者治疗前后心电图 ST-T 变化比较(例)

变化程度	A	B	A	B
0	0	0	32	19
1	23	24	24	22
2	31	29	8	15
3	12	11	2	8

两组比较结果显示治疗前 P>0.05, 治疗后 P<0.05 (治疗前后的心电图均为阶梯运动试验后的心电图结果)

2.3 两组患者治疗前后血脂三项积分值比较

按积分方法经统计, TG: A 组检验结果治疗前 $\bar{x} = 104$, $s^2 = 236$, 治疗后 $\bar{x} = 41$, $s^2 = 79$; B 组检验结果治疗前 $\bar{x} = 102$, $s^2 = 230$, 治疗后 $\bar{x} = 82$, $s^2 = 178$ 。 CHOL: A 组治疗前 $\bar{x} = 113$, $s^2 = 259$, 治疗后 $\bar{x} = 36$, $s^2 = 76$; B 组治疗前 $\bar{x} = 109$, $s^2 = 164$, 治疗后 $\bar{x} = 76$, $s^2 = 164$ 。 HDL: A 组治疗前 $\bar{x} = 79$, $s^2 = 149$, 治疗后 $\bar{x} = 42$, $s^2 = 60$; B 组治疗前 $\bar{x} = 73$, $s^2 = 135$, 治疗后 $\bar{x} = 50$, $s^2 = 84$ 。其算术平均数 ± 标准差(分, $\bar{x} \pm s$)见表 3。

3 讨论

现代医学研究证实,冠心病的发病与脂质代谢失常及血液的高凝状态相关^[4], 大多处于慢性病理生理过程, 早期诊断、早期适宜的治疗是防止病情恶化和获得良好预后的关键。传统的常规治疗方法^[5], 即一般治疗(合理膳食、适当的体力

表 3 两组患者治疗前后 TG、CHOL、HDL 积分值比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数		TG	CHOL	HDL
A	66	治前	1.58 ± 0.05	1.71 ± 0.01	1.20 ± 0.92
		治后	0.62 ± 0.91	0.55 ± 0.92	0.64 ± 0.71
		差值	0.96 ± 0.25	1.16 ± 0.01	0.56 ± 0.02
B	64	治前	1.59 ± 0.03	1.70 ± 0.01	1.14 ± 0.91
		治后	1.28 ± 0.37	1.19 ± 0.07	0.76 ± 0.82
		差值	0.21 ± 0.83	0.51 ± 0.68	0.38 ± 0.82

与治疗前比较 P<0.05, 与对照组比较 P<0.05

活动, 注意劳逸结合、合理安排工作和生活, 提倡戒烟、控制体重、积极防治并发症, 如高血压、糖尿病等), 控制高脂血症, 维持正常范围的心率和血压, 应用慢作用的冠状动脉扩张剂, 改善心肌供血, 降低心肌耗氧量、严密随访, 观察发展规律, 及时做出相应的处理等, 能够收到较好的治疗效果。但是, 提高该病的治疗显效率, 最大限度地减轻患者地痛苦, 预防恶性发展, 仍然是一个重要的研究课题。

中医学认为, 冠心病属“胸痹”范畴。其病机特点是本虚标实, 气虚血瘀。治疗原则应先治其标, 后顾其本; 先从祛邪入手, 再以扶正, 必要时标本兼治。祛邪治标常以活血化瘀、辛温通阳、泄浊豁痰为主; 扶正固本常用温阳补气, 益气养阴, 滋阴益肾为法^[6]。在常规治疗的基础上, 应用黄杨宁并心达康进行治疗, 正是基于这一理论和治疗原则。黄杨宁是从植物中提取的生物碱环维素黄杨星 D, 具有强心、增加冠脉流量、增加耐氧能力及抗心律失常作用; 对血液变及血小板凝聚率均有改善, 无毒副作用; 具有行气活血, 通络止痛的作用。心达康是由沙棘总黄酮精制而成, 味微苦, 无毒副作用。纯天然川藏高原无污染野生沙棘能够降低心肌耗氧量, 增加心肌脑组织的供血量, 扩张血管, 降低心脏负荷, 抑制血小板凝集, 直接消除自由基; 对心脑血管缺血及缺氧再灌注所致的细胞损害具有保护作用, 降低胆固醇, 增加高密度脂蛋白的含量。具有补益心气, 化痰通脉、消痰运脾功能。两药并用起到了标本兼治的作用。

本实验研究的无效病例分析, A 组两例均为症状重, 心电图 ST-T 改变为 2 级, 血脂 TG、CHOL 和 HDL 值为 3 级, 可能对药物的敏感程度差或耐药性强有关; B 组 8 例中有 4 例出现频发室早, 2 例出现房颤, 2 例原因不明, 都给予了相应的处理。实验说明, 在治疗冠心病过程中应用黄杨宁并心达康口服, 方法简便, 效果显著, 有推广价值。

[参考文献]

- [1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 第 11 版, 2004. 1367.
- [2] 陈灏珠. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 263- 264.
- [3] 高德恩, 潘景艳. 实用心电图学[M]. 济南: 山东科技出版社, 1979. 171-175.
- [4] 张德宪, 邹彦, 王燕青, 等. 单味西红花治疗冠心病心绞痛 43 例[J]. 中国中西医结合杂志, 1999, 19(12): 753.
- [5] 谢立信. 诊疗常规[M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1985. 69.
- [6] 袁肇凯, 周泽泉, 荡福元, 等. 养心通脉片治疗冠心病心绞痛的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 1999, 19, (12): 753.

(收稿日期: 2008-02-18)