

· 中医 · 中西医结合 ·

通脉调脂方联合瑞舒伐他汀治疗冠心病并高脂血症的临床疗效及其对血清炎性因子水平的影响

王冬梅, 李嵩岩, 李 良

【摘要】 目的 观察通脉调脂方联合瑞舒伐他汀治疗冠心病并高脂血症的临床疗效, 探讨其对血清炎性因子水平的影响。**方法** 选取2013年6月—2015年12月在上海嘉定区中医医院心内科住院治疗的冠心病并高脂血症患者129例, 采用随机数字表法分为对照组、调脂方组和联合组, 每组43例。在常规西医治疗基础上, 对照组患者加用瑞舒伐他汀片治疗, 调脂方组患者加用通脉调脂方治疗, 联合组患者加用瑞舒伐他汀联合通脉调脂方治疗; 3组患者均连续治疗4周。比较3组患者治疗前后血液流变学指标〔血浆比黏度(η_p)、红细胞沉降率(ESR)、纤维蛋白原(Fib)、血细胞比容(HCT)、高切变率下全血黏度(η_{bH})、低切变率下全血黏度(η_{bL})〕、血脂指标〔三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)〕及血清炎性因子〔超敏C反应蛋白(hs-CRP)、白介素18(IL-18)〕、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白介素1 β (IL-1 β)水平, 并观察治疗期间3组患者不良反应发生情况。**结果** 治疗前3组患者 η_p 、ESR、Fib、HCT、 η_{bH} 及 η_{bL} 比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后联合组患者 η_p 、ESR、Fib、HCT、 η_{bH} 及 η_{bL} 低于调脂方组和对照组, 调脂方组患者 η_p 、ESR、Fib、HCT、 η_{bH} 及 η_{bL} 低于对照组($P<0.05$)。治疗前3组患者血清TG、TC、LDL-C及HDL-C水平比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后联合组患者血清TG、TC和LDL-C水平低于调脂方组和对照组, 血清HDL-C水平高于调脂方组和对照组($P<0.05$); 调脂方组患者血清TG水平低于对照组, 血清HDL-C水平高于对照组($P<0.05$); 调脂方组与对照组患者血清TC和LDL-C水平比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗前3组患者血清hs-CRP、IL-18、TNF- α 、IL-1 β 水平比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后联合组患者血清hs-CRP、IL-18、TNF- α 、IL-1 β 水平低于调脂方组和对照组($P<0.05$); 而调脂方组与对照组患者血清hs-CRP、IL-18、TNF- α 、IL-1 β 水平比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗期间3组患者均未出现明显肝肾功能损伤, 亦未发生明显不良反应。**结论** 通脉调脂方联合瑞舒伐他汀对冠心病并高脂血症患者的调脂效果和血流动力学改善效果优于单用通脉调脂方或瑞舒伐他汀, 两药联用能更好地降低患者血清炎性因子水平。

【关键词】 冠心病; 高脂血症; 通脉调脂方; 瑞舒伐他汀; 炎性因子

【中图分类号】 R 541.4 R 589.2 **【文献标识码】** B DOI: 10.3969/j.issn.1008-5971.2016.09.022

王冬梅, 李嵩岩, 李良. 通脉调脂方联合瑞舒伐他汀治疗冠心病并高脂血症的临床疗效及其对血清炎性因子水平的影响[J]. 实用心脑血管病杂志, 2016, 24(9): 84-87. [www.syxnf.net]

Wang D M, Li S Y, Li L. Clinical effect of tongmai - tiaozhi prescription combined with rosuvastatin in treating coronary heart disease patients complicated with hyperlipidaemia and the impact on serum inflammatory cytokines levels [J]. Practical Journal of Cardiac Cerebral Pneumal and Vascular Disease, 2016, 24(9): 84-87.

冠心病是心内科常见急症之一, 其主要病理基础是冠状动脉内的斑块破裂、出血、血栓形成, 若不及时治疗或急性发作可导致心肌发生急性缺血、坏死, 严重时可导致患者在短时间内死亡。高脂血症是动脉粥样硬化发生发展的主要危险因素^[1-2], 可使患者脂质代谢紊乱并沉积于血管壁中, 造成血管内皮损伤和炎性细胞浸润、动脉硬化发生及进展, 最终导致血

流受阻, 心肌缺血或坏死。因此, 如何积极有效地控制血脂成为治疗冠心病并高脂血症的关键。本研究旨在探讨通脉调脂方联合瑞舒伐他汀治疗冠心病并高脂血症的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年6月—2015年12月在上海嘉定区中医医院心内科住院治疗的冠心病并高脂血症患者129例, 均符合美国心脏学会/美国心脏病协会(ACC/AHA)制定的冠心病诊断标准及1997年中华心血管病学会制定的“血脂异常防治建议”中高脂血症的诊断标准; 排除合并脑卒中、感染性疾病、肿瘤、肝肾功能不全、创伤及免疫性疾病患者。

作者单位: 201815 上海市嘉定工业区社区卫生服务中心(王冬梅); 上海市嘉定区中医医院急诊内科(李嵩岩), 中医内科(李良)

通信作者: 李良, 201800 上海市嘉定区中医医院中医内科;
E-mail: lianglijdzzyy@163.com

采用随机数字表法将所有患者分为对照组、调脂方组和联合组, 每组 43 例。3 组患者性别、年龄、吸烟率、高血压发生率、糖尿病发生率、脑梗死发生率及既往心肌梗死病史阳性率比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$, 见表 1), 具有可比性。

1.2 治疗方法 3 组患者入院后均给予常规西医治疗, 包括卧床休息、持续吸氧、心电监护、止痛镇静治疗, 同时常规给予抗凝、抗血小板聚集、硝酸酯类药物及营养心肌、控制血压、抗心律失常等药物治疗。在上述治疗基础上, 对照组患者给予瑞舒伐他汀片, 10 mg/d, 睡前顿服。调脂方组患者给予本院协定处方通脉调脂方加味治疗, 具体方药如下: 黄芪 30 g、丹参 15 g、当归 12 g、乳香 10 g、白术 12 g、茯苓 12 g、苍术 12 g、川芎 10 g、花椒 10 g、山楂 10 g、荷叶 10 g、泽泻 10 g、(炙) 甘草 10 g, 用水浸泡半小时, 煎取药液 300 ml, 1 剂/d, 分早晚两次口服。联合组患者给予通脉调脂方联合瑞舒伐他汀片治疗, 通脉调脂方用法用量同调脂方组, 瑞舒伐他汀片用法用量同对照组。3 组患者均连续治疗 4 周。

1.3 观察指标

1.3.1 血液流变学指标 采用无创血流动力学检测仪检测 3 组患者治疗前后血液流变学指标, 包括血浆比黏度 (η_p)、红细胞沉降率 (ESR)、纤维蛋白原 (Fib)、血细胞比容 (HCT)、高切变率下全血黏度 (η_{bH})、低切变率下全血黏度 (η_{bL})。

1.3.2 血脂指标 分别于治疗前后抽取患者清晨空腹肘静脉血 4 ml, 离心沉淀后, 留取血清检测三酰甘油 (TG)、总胆固醇 (TC)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 水平。

1.3.3 炎症因子 分别于治疗前后抽取患者清晨空腹肘静脉血 4 ml, 离心沉淀后, 留取血清备用; 采用酶联免疫吸附法检测血清超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)、白介素 18 (IL-18)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α) 及白介素 1 β (IL-1 β) 水平。

1.3.4 不良反应 观察 3 组患者治疗期间不良反应发生情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件包进行数据处理, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 多组间比较采用单因素方差分析, 两两比较方差齐者采用 LSD 法、方差不齐者采用 Dennett's T3 法; 计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血液流变学指标 治疗前 3 组患者 η_p 、ESR、Fib、HCT、 η_{bH} 及 η_{bL} 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后 3 组患者 η_p 、ESR、Fib、HCT、 η_{bH} 及 η_{bL} 比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 其中联合组患者 η_p 、ESR、Fib、HCT、 η_{bH} 及 η_{bL} 低于调脂方组和对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 调脂方组患者 η_p 、ESR、Fib、HCT、 η_{bH} 及 η_{bL} 低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 见表 2)。

2.2 血脂指标 治疗前 3 组患者血清 TG、TC、LDL-C 及 HDL-C 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后 3 组患者血清 TG、TC、LDL-C 及 HDL-C 水平比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 其中联合组患者血清 TG、TC 和 LDL-C 水平低于调脂方组和对照组, 血清 HDL-C 水平高于调脂方组和对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 调脂方组患者血清 TG 水平低于对照组, 血清 HDL-C 水平高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 调脂方组与对照组患者血清 TC 和 LDL-C 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$, 见表 3)。

2.3 炎症因子 治疗前 3 组患者血清 hs-CRP、IL-18、TNF- α 、IL-1 β 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后 3 组患者血清 hs-CRP、IL-18、TNF- α 、IL-1 β 水平比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 其中联合组患者血清 hs-CRP、IL-18、TNF- α 、IL-1 β 水平低于调脂方组和对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 而调脂方组与对照组患者血清 hs-CRP、IL-18、TNF- α 、IL-1 β 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$, 见表 4)。

2.4 不良反应 治疗期间 3 组患者均未出现明显肝肾功能损伤, 亦未发生明显不良反应。

3 讨论

冠心病是心内科常见急症之一, 近年来其发病率呈逐年上升趋势, 若治疗不及时常合并心律失常, 导致病情加重, 严重时甚至威胁患者的生命安全。高脂血症是诱发冠心病的重要危险因素之一, 血脂代谢紊乱可导致血管内皮损伤, 血小板激活, 动脉粥样硬化发生及进展。近年来有研究发现, 通过降低血清 TC、TG、LDL-C 水平及升高 HDL-C 水平可有效抑制动脉粥样硬化进展, 从而降低心血管疾病发生率及病死率^[3-4]。因此, 降脂治疗对冠心病并高脂血症患者具有重要意义。

表 1 3 组患者一般资料比较

Table 1 Comparison of general information among the three groups

组别	例数	性别 (男/女)	年龄 (岁)	吸烟 [n(%)]	高血压 [n(%)]	糖尿病 [n(%)]	脑梗死 [n(%)]	既往心肌梗死 病史[n(%)]
对照组	43	28/15	65.3 \pm 12.4	19(44.2)	24(55.8)	15(34.9)	0	11(25.6)
调脂方组	43	29/14	66.7 \pm 13.9	18(41.9)	22(51.2)	17(39.5)	0	10(23.3)
联合组	43	27/16	64.5 \pm 14.1	16(37.2)	24(55.8)	19(44.2)	1(2.3)	12(27.9)
$\chi^2(F)$ 值		0.20	0.29 ^a	0.57	0.25	0.78	2.02	0.24
P 值		0.90	0.75	0.75	0.88	0.68	0.37	0.86

注: ^a 为 F 值

表2 3组患者治疗前后血液流变学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison of hemodynamic index among the three groups before and after treatment

组别	例数	ηp (mPa·s)		ESR(mm/h)		Fib(g/L)		HCT(%)		ηbH (mPa·s)		ηbL (mPa·s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	2.45±0.67	2.08±0.33	25.47±4.19	22.76±4.12	409.22±51.26	387.87±45.55	87.88±7.67	79.97±4.16	6.70±1.45	6.23±0.79	15.35±2.14	14.23±1.63
调脂方组	43	2.59±0.77	1.65±0.32 ^a	26.12±4.55	17.33±3.97 ^a	413.21±54.33	345.22±43.21 ^a	86.91±7.13	54.68±5.37 ^a	6.88±1.42	4.35±0.86 ^a	15.56±2.61	13.89±1.77 ^a
联合组	43	2.34±0.56	1.09±0.23 ^{ab}	25.19±4.36	13.22±3.15 ^{ab}	412.98±56.24	313.50±41.09 ^{ab}	86.09±7.66	53.66±5.29 ^{ab}	6.78±1.37	3.99±0.92 ^{ab}	15.06±2.45	11.87±1.98 ^{ab}
F值		1.49	120.33	0.51	69.25	0.07	31.91	0.62	386.58	0.17	84.46	0.47	21.62
P值		0.23	0.00	0.60	0.00	0.93	0.00	0.54	0.00	0.84	0.00	0.63	0.00

注： ηp = 血浆比黏度，ESR = 红细胞沉降率，Fib = 纤维蛋白原，HCT = 血细胞比容， ηbH = 高切变率下全血黏度， ηbL = 低切变率下全血黏度；与对照组比较，^a $P < 0.05$ ；与调脂方组比较，^b $P < 0.05$

表3 3组患者治疗前后血脂指标比较 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

Table 3 Comparison of blood lipids index among the three groups before and after treatment

组别	例数	TG		TC		LDL-C		HDL-C	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	3.06±1.19	2.98±0.99	6.32±1.45	4.97±1.23	4.21±0.58	3.32±0.45	1.09±0.41	1.18±0.33
调脂方组	43	3.17±1.32	1.74±0.87 ^a	6.26±1.69	4.28±1.33	4.36±0.79	3.18±0.36	1.06±0.29	1.56±0.46 ^a
联合组	43	3.22±1.14	1.24±0.87 ^{ab}	6.37±1.59	3.98±1.13 ^{ab}	4.49±0.66	2.08±0.31 ^{ab}	1.07±0.34	1.83±0.59 ^{ab}
F值		0.19	41.51	0.05	7.29	1.81	138.94	0.08	20.57
F值		0.82	0.00	0.95	0.00	0.17	0.00	0.92	0.00

注：TG = 三酰甘油，TC = 总胆固醇，LDL-C = 低密度脂蛋白胆固醇，HDL-C = 高密度脂蛋白胆固醇；与对照组比较，^a $P < 0.05$ ；与调脂方组比较，^b $P < 0.05$

表4 3组患者治疗前后血清炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison of serum inflammatory cytokines levels among the three groups before and after treatment

组别	例数	hs-CRP(mg/L)		IL-18(ng/L)		TNF- α (ng/L)		IL-1 β (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	12.06±3.88	6.19±2.13	280.22±30.19	167.32±17.65	1.64±0.90	1.02±0.71	0.84±0.25	0.47±0.19
调脂方组	43	11.71±3.58	5.67±1.43	278.23±29.02	151.33±17.13	1.59±0.87	0.97±0.35	0.83±0.22	0.41±0.12
联合组	43	12.23±3.46	3.21±1.46 ^{ab}	289.32±31.24	102.44±19.23 ^{ab}	1.66±0.90	0.79±0.45 ^{ab}	0.88±0.25	0.26±0.19 ^{ab}
F值		0.23	37.51	1.65	151.21	0.07	19.57	0.52	17.43
P值		0.80	0.00	0.20	0.00	0.93	0.00	0.60	0.00

注：hs-CRP = 超敏C反应蛋白，IL-18 = 白介素18，TNF- α = 肿瘤坏死因子 α ，IL-1 β = 白介素1 β ；与对照组比较，^a $P < 0.05$ ；与调脂方组比较，^b $P < 0.05$

冠心病和高脂血症在传统中医学中均属于“胸痹、血瘀、痰浊”范畴，其病因病机多为体内阴阳寒热失调导致气血逆乱，气滞血瘀痹阻于心脉而发为胸痹。高脂血症多为痰浊雍阻，进一步发展可导致气机不畅、血瘀痹阻，进而导致胸痹症状加重^[5-6]。因此，临床上治疗冠心病和高脂血症应以活血化瘀、通脉调脂为主。通脉调脂方是本院的协定处方，方中黄芪益气，使气足血行；丹参祛瘀止痛，活血通经，两药共为君药。当归补血活血，乳香活血止痛，用于心腹诸痛；白术、茯苓健脾化湿，苍术燥湿健脾，上药共为臣药。川芎为血中之气药，活血化瘀、行气止痛，气行则血行；花椒芳香健胃，温中散寒，除湿止痛；山楂健胃行气散瘀；荷叶清热利湿，泽泻淡寒，利水渗湿，上药共为佐药。（炙）甘草益气复脉，兼调和诸药。全方共奏益气活血、通脉止痛、除湿降脂之功效。

本研究结果显示，治疗后调脂方组和联合组患者血脂和血液流变学指标改善效果优于对照组，联合组患者血脂和血液流

变学指标改善效果又优于调脂方组，且治疗期间3组患者均未出现明显肝肾功能损伤。提示通脉调脂方可明显改善冠心病并高脂血症患者血脂代谢、血液黏滞度及血小板聚集状态，且与瑞舒伐他汀联合应用效果更佳。

有研究显示，炎症因子在冠心病的发病机制中发挥着重要作用，且动脉粥样斑块进展均伴炎症因子表达增加^[7-8]。提示炎症反应可能诱发或加重动脉粥样斑块，进而导致冠心病的发生及加重。hs-CRP、IL-1 β 、TNF- α 及IL-18均是参与机体炎症反应的重要因子。hs-CRP是非特异性急性时相反应蛋白，有研究显示，冠心病患者血清hs-CRP水平明显升高，且其升高程度与冠心病严重程度呈正相关^[9]。因此，hs-CRP常作为冠心病急性发作时预测其病情严重程度的重要指标。TNF- α 和IL-1 β 主要由活化的巨噬细胞分泌，其作为机体的重要炎症因子，一方面可参与机体的炎症反应；另一方面，还可强力刺激心脏平滑肌细胞增殖，导致hs-CRP大量产生^[10-11]。hs-CRP

可与脂蛋白结合, 激活补体系统, 诱发终末复合物和终末复合物 C5B-9 的大量产生, 进而导致心肌细胞受损, 诱发或加重冠心病。IL-18 作为一种重要的促炎性因子, 可参与并加速动脉粥样硬化斑块形成, 同时增加动脉粥样硬化斑块的不稳定性, 导致斑块破裂, 因此其被认为是冠心病的独立危险因素, 在疾病预防和预后评估中具有重要作用^[12]。本研究结果显示, 治疗后联合组患者血清炎症因子水平高于调脂方组和对照组, 调脂方组和对照组患者血清炎症因子水平间无差异, 提示通脉调脂方与瑞舒伐他汀的抗炎作用相当, 但通脉调脂方联合瑞舒伐他汀可进一步调整机体状态, 抑制炎症反应。

综上所述, 通脉调脂方联合瑞舒伐他汀对冠心病合并高脂血症患者的调脂效果和血流动力学改善效果优于单用通脉调脂方或瑞舒伐他汀, 两药联用能更好地降低患者血清炎症因子水平, 改善机体的炎症状态, 有利于患者病情的稳定及恢复, 值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 周吉利, 钟江华, 陈宇辉. 冠心病合并高脂血症患者血脂水平对主要炎症因子表达的相关性分析 [J]. 中国实验诊断学, 2011, 15 (10): 1696-1698.
- [2] 赖仁奎, 盛小刚, 潘光明. 高脂血症合并高尿酸血症与冠状动脉病变的相关性 [J]. 广东医学, 2016, 37 (6): 895-897.
- [3] 梁嘉晖, 胡经航, 韦继政. 瑞舒伐他汀治疗老年冠状动脉性心脏病合并高脂血症的机制研究 [J]. 重庆医学, 2016, 45 (1): 112-114.
- [4] 徐建红, 赵依农, 周少军. 不同剂量瑞舒伐他汀钙治疗老年人冠

- 心病合并高脂血症的效果比较 [J]. 中国基层医药, 2013, 20 (23): 3644-3645.
- [5] 胡林骅. 不同剂量阿托伐他汀治疗冠心病伴高脂血症的临床疗效观察 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2014, 22 (9): 51-52.
- [6] 胡金梅, 李敏, 张书宁. 六味能消胶囊治疗高脂血症患者中医症状临床观察 [J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2013, 16 (11): 1882-1884.
- [7] 王娟, 崔景晶, 李小梅, 等. 冠心病相关炎症因子与冠心病患者 TIPE2 mRNA 水平的关系 [J]. 实用医学杂志, 2015, 31 (12): 1980-1982.
- [8] 赵伟, 李婷婷, 李莹. 冠心病患者炎症因子水平与急性冠状动脉综合征的相关性分析 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2014, 16 (2): 207-208.
- [9] 李明. 血清 Lp-PLA2、hs-CRP 和 D-二聚体在冠心病患者冠脉病变程度中的评估价值 [J]. 重庆医学, 2015, 44 (9): 1215-1217, 1220.
- [10] 张艳, 张振海, 廖湘凌. 牙周基础治疗对冠心病伴牙周炎患者血清 hs-CRP、IL-1 β 和 TNF- α 水平的影响 [J]. 中国临床医生, 2013, 41 (12): 65-66.
- [11] 张锐, 葛建军. 四种炎症因子与冠心病的关系研究 [J]. 安徽医药, 2014, 18 (4): 695-697.
- [12] 梁美丽, 周新辉. 幽门螺杆菌感染对冠心病患者血清炎症因子的影响及其预防 [J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23 (5): 1018-1020.

(收稿日期: 2016-06-16; 修回日期: 2016-09-12)

(本文编辑: 谢武英)

· 从医者说 ·

一个医生妻子的情书

历经 3 年辛苦的异地恋, 我终于鼓足勇气与一位医生去民政局领了一纸结婚证, 做了“医嫂”。结婚虽然不足 2 年, 但总是有些难忘的瞬间在我的心头激荡, 它们很像浓缩的生活慢镜头, 用另外一种视角记录着我与医疗系统联结的生活……

那时我们还是异地, 我从北京千里迢迢赶往贵阳他所在的医院去看望他。为了不打扰他的工作, 我几乎将进入他科室的时机精准到了 0.1 秒, 轻快地乘着那将要随着惯性关闭的虚掩的门步入门诊室。在抬头张望的那一瞬间, 我脸上已经准备好的久违的笑容却僵在那里: 一个穿着白大褂的医生, 左手上方输液瓶中的液体顺着透明管一滴滴进入他的体内, 一个面带倦容的医生全神贯注地盯着手中的病案, 边勾画边翻阅, 头也不抬地伴着阵咳说道: “请坐, 您哪里不舒服?” 多年来, 我进过他的科室几次, 但除了这次从来没有哪一次令我感到后背发凉和心灵震撼。原来, 医生也是会生病的, 但当他们生病的时候, 想做那个轻松点享受医疗服务的患者都很奢侈。

不知道是否每位医生家属都有我这样的经历: 爱人在医院永远是一副理性到可以瞬间几秒对生命进行果断的判断和救助, 那时的他们可以做到面无表情全神贯注于生命器官, 似乎忘却了人性, 但对生命的精准衡量与高度理性救治背后又何尝不是对人的终极之爱和最大关怀! 医生的情绪情感常常很压抑, 在医院不容许他们有半点与工作无关的哪怕是常人本该有的情感体验。医生在医院看多了生命的到来与消逝, 他们或者来不及感慨, 而是在下班回家后仰坐在沙发上哀怨与欢喜。久之, 家成为每一位医生医疗故事悲欢离合的叙事工作坊, 家的主旋律也常伴随着医患关系的冷暖余音绕梁, 家更是医生可以真正释放出关乎常人的自然情感的温情港湾。

我相信每位“医嫂”都会有这样的心有余悸和惴惴不安: 每次媒体曝光医闹后, 好一阵牵扯般的“心疼”! 无数次反复热好煮熟的饭菜时, 呆坐在餐桌旁等待, 猜想他是业务拖延、手术不给力、临时接诊了患者或其他必须去的会议……如今的医嫂, 有谁还会仗着爱人是医生而无比高尚骄傲, 却没有任何忧患感? 每次他离家的时候, 我一定是各种千叮万嘱咐: “再累再辛苦也不要流露给患者啊! 再不被理解也要把话放得平和点、压低点声音说啊! 要是真的遇到了医闹千万不能硬来啊!” 看似婆婆妈妈叮嘱背后是忧心忡忡的无助、无奈、担心。因为在这个世界上有这样一个职业, 他们每天要面对不正常、不健康的生命, 他们的职责就是改善他们的生命质量, 他们除了面对生命的阳光的一面, 也要面对对生命的质疑与误解, 甚至是对抗……但当他们面对着风险毅然选择奔赴医院战场时, 留给他们爱人和家庭的是无可奈何又不得不理解的“心疼”。

(作者: 钟芳芳, 史文奇; 来源: “医学界”微信号)