

化痰消瘀法联合常规西药治疗冠心病心绞痛临床观察

张华丽^{1,2}, 孙涛²

1. 甘肃省中医药研究院, 甘肃 兰州 730050; 2. 甘肃省中医院老年病科, 甘肃 兰州 730050

[摘要] 目的: 观察化痰消瘀法联合常规西药治疗冠心病心绞痛的临床疗效。方法: 纳入 528 例冠心病心绞痛患者, 按照随机数字表法分为对照组和观察组各 264 例。观察组采用常规西药加化痰活血法治疗, 对照组单纯使用常规西药治疗。治疗后比较 2 组临床疗效, 观察患者临床症状、心绞痛发作次数、心绞痛持续时间及心电图指标的改善情况。结果: 观察组治疗总有效率 85.94%, 对照组治疗总有效率 66.02%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗后, 2 组心绞痛发作次数均较治疗前减少 ($P < 0.05$), 心绞痛发作时间均较治疗前缩短 ($P < 0.05$); 观察组心绞痛发作次数少于对照组 ($P < 0.05$), 心绞痛发作时间短于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组胸痛、胸闷、气短、心悸评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$); 观察组 4 项症状评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 ST 段下移导联数、T 波低平导联数及 T 波倒置导联数均较治疗前降低 ($P < 0.05$); 观察组 ST 段下移导联数、T 波低平导联数及 T 波倒置导联数下降均较对照组更明显 ($P < 0.05$)。结论: 化痰消瘀法联合常规西药治疗冠心病心绞痛, 能有效改善患者的心绞痛症状, 减少发作时间, 效果优于单纯使用西药治疗。

[关键词] 冠心病心绞痛; 中西医结合疗法; 化痰消瘀; 心绞痛发作次数; 心绞痛持续时间; 心电图指标

[中图分类号] R541.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 03-0050-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.03.013

Clinical Observation of Phlegm-resolving and Stasis-eliminating Method Combined with Routine Western Medicine for Angina Pectoris of Coronary Heart Disease

ZHANG Huali, SUN Tao

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of phlegm-resolving and stasis-eliminating method combined with routine western medicine for angina pectoris of coronary heart disease. **Methods:** Selected 528 cases of patients with angina pectoris of coronary heart disease, and divided them into the control group and the observation group according to the random number table method, 264 cases in each group. The observation group was given routine western medicine and additional phlegm-resolving and blood-activating method for treatment, while the control group was simply given routine western medicine for treatment. After treatment, compared clinical effect in the two groups, observed the improvement of clinical symptoms, frequency of angina pectoris, duration of angina pectoris and electrocardiogram indexes of patients. **Results:** The total effective rate was 85.94% in the observation group and was 66.02% in the control group, the difference being significant ($P < 0.01$). After treatment, frequency of angina pectoris in both groups was both decreased when compared with that before treatment ($P < 0.01$). Onset time of angina pectoris in both groups was shorter than that before treatment ($P < 0.01$). Frequency of angina pectoris in the observation group was less than that in the control group ($P < 0.01$) and onset time of angina pectoris was shorter than that in the control group ($P < 0.01$). After treatment, scores of chest pain, chest distress, shortness of breath and palpitation in two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.01$). The four symptom scores above in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.01$). After treatment, the lead numbers of ST segment depression, T-wave flat lowering and T-wave inversion were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.01$). The lead numbers of ST segment depression, T-wave flat lowering and T-wave inversion in the observation group were decreased more obviously when compared with those in the control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** The therapy of phlegm-resolving and stasis-eliminating method combined with routine western medicine for angina pectoris of coronary heart disease can effectively improve symptoms of angina pectoris of patients and reduce the

[收稿日期] 2017-09-30

[作者简介] 张华丽 (1980-), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 中西医结合防治老年病。

actuation time, which is superior to simple treatment of western medicine.

Keywords: Angina pectoris of coronary heart disease; Integrated Chinese and western medicine therapy; Phlegm-resolving and stasis-eliminating; Frequency of angina pectoris; Duration of angina pectoris; Electrocardiogram index

冠心病心绞痛是临床常见的心血管疾病之一,属中医学胸痹心痛范畴。痰、瘀是较为常见的致病因素,有研究认为,痰瘀共同为患在冠心病的病因病机和治疗方面都有重要的意义^[1-2]。痰浊为脏腑功能失调,水液代谢障碍形成的病理产物;瘀血则是由于外伤或其他原因引起出血,离经之血或血行不畅,凝滞脉中而产生。杨荣来^[3]总结王凤荣教授对冠心病的诊治经验,认为该病发生应重视痰瘀互结,因气血津液等病理产物易阻滞气机,聚久生痰,痰饮积聚又可阻滞气机而致瘀,两者互为因果,痹阻于心,发为胸痹心痛。本研究根据痰瘀互结型冠心病心绞痛的病机特点,采用化痰消瘀法进行治疗,并与常规西药治疗进行比较,研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》^[4]中的相关诊断标准。

1.2 辨证标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]中气虚血瘀证和痰阻心脉证的辨证标准,辨为痰瘀互结型冠心病心绞痛。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准和辨证标准;年龄 < 70 岁;美国纽约心脏病学会(NYHA)心功能分级 I ~ III 级;签署知情同意书。

1.4 排除标准 其他疾病所致胸痛;合并肝、肾、造血系统等严重原发性疾病;同时参与其他临床试验者;精神异常不能配合完成研究者;妊娠或哺乳期女性。

1.5 一般资料 根据上述纳入、排除标准,选取甘肃省中医院心血管内科 2012 年 1 月—2015 年 1 月治疗的 528 例痰瘀互结型冠心病心绞痛患者,按照随机数字表法分为对照组和观察组各 264 例。对照组男 194 例,女 70 例;年龄(58.24 ± 10.00)岁;病程(4.90 ± 2.01)年;心功能分级: I 级 37 例, II 级 70 例, III 级 157 例。观察组男 195 例,女 69 例;年龄(59.72 ± 9.13)岁;病程(5.25 ± 1.89)年;心功能分级: I 级 40 例, II 级 69 例, III 级 155 例。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 单纯使用常规西药治疗:阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司),每天 1 次,每次 100 mg;阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司),每天 1 次,每次 10 mg;单硝酸异山梨酯缓释片(阿斯利康制药有限公司),每天 3 次,每次 10 mg。2 组均连续服用 7 天。

2.2 观察组 采用常规西药联合化痰活血法治疗,药物组成:薤白、法半夏、桃仁各 12 g,瓜蒌壳、茯苓、川芎各 15 g,桂枝 8 g,枳壳、当归、橘红各 10 g,山楂 30 g,蜈蚣 2 条。每天 1 剂,水煎取汁 400 mL,早晚各服 1 次。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①比较 2 组临床疗效;②比较 2 组每周心绞痛发作次数和每次心绞痛发作时间;③中医症状评分,包括胸痛、胸闷、气短、心悸 4 项,根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]制订中医症状评分量表,分无、轻、中、重度,分别计 0、2、4、6 分;④记录治疗前后 ST 段下移导联数、T 波低平导联数和 T 波倒置导联数。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件分析所得数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]拟定。显效:心绞痛等主要症状消失,心电图恢复至正常或大致恢复正常;有效:心绞痛等主要症状减轻,心电图有所改善;无效:心绞痛等主要症状无改善,心电图与治疗前无差别;加重:心绞痛等主要症状较治疗前加重。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组治疗总有效率 85.94%,对照组治疗总有效率 66.02%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

4.3 2 组治疗前后心绞痛发作次数及心绞痛持续时间比较 见表 2。治疗前,2 组心绞痛发作次数及心绞痛发作时间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

治疗后,2组心绞痛发作次数均较治疗前减少,心绞痛发作时间均较治疗前缩短,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组心绞痛发作次数少于对照组,心绞痛发作时间短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	加重	总有效率(%)
观察组	256	79	141	36	0	85.94 ^①
对照组	256	20	149	87	0	66.02

与对照组比较,① $P < 0.01$

表2 2组治疗前后心绞痛发作次数及心绞痛持续时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	心绞痛发作次数(周/次)	心绞痛发作时间(s)
观察组	256	治疗前	13.2±3.4	7.5±2.0
		治疗后	6.3±1.9 ^{①②}	2.8±0.9 ^{①②}
对照组	256	治疗前	12.9±3.7	7.8±1.6
		治疗后	9.2±2.1 ^①	5.1±1.3 ^①

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后中医症状评分比较 见表3。治疗前,2组胸痛、胸闷、气短、心悸评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组胸痛、胸闷、气短、心悸评分均较治疗前降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组的4项中医症状评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后中医症状评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	胸痛	胸闷	气短	心悸
观察组	256	治疗前	4.9±0.8	4.6±0.7	2.3±0.5	3.1±1.2
		治疗后	1.3±1.1 ^{①②}	1.8±1.3 ^{①②}	0.8±0.2 ^{①②}	1.2±0.9 ^{①②}
对照组	256	治疗前	4.8±0.9	4.8±0.6	2.4±0.6	3.0±1.3
		治疗后	2.1±1.3 ^①	2.6±1.5 ^①	1.3±0.4 ^①	1.3±0.7 ^①

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

4.5 2组治疗前后心电图指标比较 见表4。治疗前,2组ST段下移导联数、T波低平导联数及T波倒置导联数比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组ST段下移导联数、T波低平导联数及T波倒置导联数均较治疗前降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组的ST段下移导联数、T波低平导联数及T波倒置导联数均较对照组下降更明显,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表4 2组治疗前后心电图指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	ST段下移导联数	T波低平导联数	T波倒置导联数
观察组	256	治疗前	4.7±0.6	2.6±0.9	2.3±0.8
		治疗后	2.5±1.0 ^{①②}	1.8±0.9 ^{①②}	1.3±0.7 ^{①②}
对照组	256	治疗前	4.8±0.7	2.7±0.8	2.4±0.6
		治疗后	3.1±1.2 ^①	2.1±0.6 ^①	1.9±0.7 ^①

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

5 讨论

冠心病是冠状动脉粥样硬化狭窄导致心肌缺血、缺氧引起的一类疾病。冠心病心绞痛是在冠状动脉粥样硬化基础上,心肌耗氧量增加或斑块不稳定性增加、冠状动脉供血不足而引起,以发作性胸痛或胸部不适为主要表现。若不在发作时及时采取有效的治疗措施,患者的病情将逐渐恶化,最终可出现心肌梗死,导致心功能不可逆性损伤。鉴于冠心病心绞痛给患者带来的巨大危害,临床医师对此病给予了极大关注。西医治疗主要包括抗血小板制剂、 β 受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂、硝酸酯类药物等^⑥。这些药物治疗可缓解患者的症状,但是长期使用对患者的治疗作用有限。为了更好地改善冠心病心绞痛患者的病情,不少临床医生开始倾向于中西医结合治疗,获得了满意效果^⑦。

中医学无冠心病心绞痛病名,归属于胸痹心痛范畴,最早见于《内经》。《灵枢·五邪》有云:“邪在心,则病心痛”;《素问·痹论》中提到:“心痹者,脉不通,烦则心下鼓”。胸痹心痛的发生多与寒邪内侵、饮食不当、情志波动、劳倦过度、年老体虚等因素有关。基本病机为心脉痹阻,病理特点为本虚标实,本虚以心阳虚为主,标实有寒邪、痰湿、气滞、血瘀等。人至老年,脏腑日渐衰微,五脏俱虚,以致气血津液输布失调而致痰瘀同病。痰瘀互结是冠心病心绞痛的常见证型,痰瘀同治是其主要治疗法则,遣方以薤白、法半夏、桃仁等药物为主,共奏活血化痰、宣痹通阳之效。方中薤白辛温,通阳散结、化痰散寒,能散胸中寒凝之阴寒、化上焦结聚之痰浊、宣胸中阳气以宽胸,是治疗胸痹的要药;法半夏辛温,有燥湿化痰之功,瓜蒌壳功善宽胸散结,枳壳理气宽中、化痰消积。此3味药与薤白合用,能增强祛痰宽胸之功。桂枝通阳散寒、降逆平冲;川芎、桃仁、当归、山楂活血化痰;橘红、茯苓理气化痰;蜈蚣化痰

通络。诸药配伍,使胸阳振、痰浊降、阴寒消、气机畅、瘀血除,则胸痹心痛诸症可除。

本研究结果显示,在常规西药治疗基础上加用化痰消瘀法治疗痰瘀互结型冠心病心绞痛,患者的治疗总有效率得到明显提高,心绞痛发作次数少于对照组,发作时间短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组各项症状改善情况均优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组各项心电图指标的改善情况均优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。可见,中西医联合用药能提高临床疗效,改善冠心病心绞痛患者的心绞痛症状,减少发作时间,值得在临床推广应用。

[参考文献]

[1] 卓思源. 中医药治疗冠心病心绞痛近况[J]. 中国中医急

症, 2007, 16(5): 594-595.

[2] 曹洪欣, 张毕敏. 痰瘀互结与冠心病发病机理辨识[J]. 中医药学刊, 2001, 19(6): 544-545.

[3] 杨荣来. 王凤荣教授从“痰瘀相关”论治冠心病经验撷菁[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(6): 136-137.

[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. 慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(3): 195-206.

[5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 67-72.

[6] Custodis F, Laufs U. Conservative therapy of patients with stable coronary heart disease[J]. Herz, 2012, 37(1): 85-96.

[7] 陈永华. 中西医结合治疗冠心病心绞痛临床研究[J]. 中医学报, 2014, 29(2): 269-273.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

活血通窍饮 I 号方联合吞咽功能训练 治疗脑梗死后吞咽障碍临床观察

钟杭科

诸暨市第四人民医院, 浙江 诸暨 311835

[摘要] 目的: 观察活血通窍饮 I 号方联合吞咽功能训练对脑梗死后吞咽障碍患者吞咽功能、神经功能及生活质量的影响。方法: 将 102 例脑梗死后吞咽障碍风痰瘀阻证患者随机分为对照组和观察组各 51 例。对照组给予吞咽功能训练, 观察组则加用活血通窍饮 I 号方内服治疗, 2 组连续治疗 2 周。对比 2 组治疗后的效果, 用洼田饮水试验、美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 及脑卒中专用生活质量量表 (SS-QOL) 评定患者治疗前后的吞咽障碍情况、神经功能缺损程度与生活质量。结果: 治疗后, 观察组总有效率 92.2%, 对照组总有效率 76.5%, 2 组相比, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组洼田饮水试验吞咽功能分级情况优于对照组 ($P < 0.05$)。2 组洼田饮水试验评分、NIHSS 评分均低于治疗前, SS-QOL 评分均高于治疗前, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组洼田饮水试验评分、NIHSS 评分均低于对照组, SS-QOL 评分高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 活血通窍饮 I 号方联合吞咽功能训练治疗脑梗死后吞咽障碍疗效肯定, 有利于减轻患者的吞咽障碍, 改善神经功能, 提高患者的生活质量, 凸显出中西医结合治疗脑梗死并发症的优势与特色。

[关键词] 脑梗死; 吞咽障碍; 风痰瘀阻证; 活血通窍饮 I 号方; 吞咽功能训练; 洼田饮水试验; 神经功能缺损; 生活质量

[中图分类号] R743 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 03-0053-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.03.014

[收稿日期] 2017-11-03

[作者简介] 钟杭科 (1980-), 男, 主治中医师, 主要从事针灸推拿科临床工作。