

# 穴位贴敷联合常规西药治疗冠心病稳定性心绞痛临床研究

袁玲玲, 张丹

舟山市中医院, 浙江 舟山 316000

**【摘要】目的:** 观察穴位贴敷联合常规西药治疗冠心病稳定性心绞痛(SAP)的临床效果。**方法:** 将114例SAP心血瘀阻证患者随机分为对照组和观察组各57例。2组均服用阿司匹林肠溶片、富马酸比索洛尔片,硝酸甘油片必要时舌下含服,同时给予控制血糖、血压和血脂的措施。观察组加用宣痹逐瘀贴贴敷心俞、内关或膻中、至阳。2组均连续观察4周。记录每周心绞痛发作次数、每次发作持续时间和每周硝酸甘油片用量,治疗前后评定心血瘀阻证评分、西雅图心绞痛量表(SAQ)评分,行心电图检查。**结果:** 治疗后,观察组临床疗效优于对照组( $P < 0.05$ )。观察组每周心绞痛发作次数少于对照组( $P < 0.01$ ),每次发作的持续时间短于对照组( $P < 0.01$ ),每周硝酸甘油片用量少于对照组( $P < 0.01$ )。2组胸痛、胸闷、心悸评分及心血瘀阻证积分均较治疗前下降( $P < 0.01$ ),观察组4项分值均低于对照组( $P < 0.01$ )。2组SAQ量表各维度评分均较治疗前升高( $P < 0.01$ ),观察组各项分值均高于对照组( $P < 0.01$ )。**结论:** 在常规西药治疗的基础上加用宣痹逐瘀贴治疗SAP能进一步减轻心绞痛症状,减少心绞痛发作,改善心血瘀阻症状,提高患者的生活质量,临床疗效优于单纯使用药物治疗。

**【关键词】** 稳定性心绞痛(SAP);心血瘀阻证;中西医结合疗法;宣痹逐瘀贴;穴位贴敷

**【中图分类号】** R541.4; R244.9 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0256-7415(2019)06-0294-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.06.090

## Clinical Study on Point Application Combined with Routine Western Medicine for Stable Angina Pectoris of Coronary Heart Disease

YUAN Lingling, ZHANG Dan

**Abstract: Objective:** To observe the clinical effect of point application combined with routine western medicine for stable angina pectoris(SAP) of coronary heart disease. **Methods:** A total of 114 cases of SAP patients with heart blood stasis obstruction syndrome were randomly divided into the control group and the observation group, 57 cases in each group. Both groups were given aspirin enteric-coated tablets and bisoprolol fumarate tablets for treatment, sublingual administration of nitroglycerin tablets when necessary, and measures to control blood glucose, blood pressure and blood lipid. The observation group was additionally applied with Xuanbi Zhuyu paste to *Xinshu*(BL15) and *Neiguan*(PC6) or *Danzhong*(CV17) and *Zhiyang*(GV9). Both groups were observed for four weeks. The frequency of angina pectoris attacks per week, the duration of each attack and the dosage of nitroglycerin tablets per week were recorded. The scores of heart blood stasis obstruction syndrome as well as the scores of Seattle Angina Questionnaire(SAQ) before and after treatment were evaluated, and the electrocardiographic examination was performed. **Results:** After treatment, the clinical effect in the observation group was superior to that in the control group ( $P < 0.05$ ). The frequency of angina pectoris attacks per week in the observation group was less than that in the control group ( $P < 0.01$ ); the duration of each attack in the observation group was shorter than that in the control group ( $P < 0.01$ ), and the dosage of nitroglycerin tablets per week was less than that in the control group ( $P < 0.01$ ). The scores of chest pain, chest oppression and palpitations as well as the scores of heart blood stasis obstruction syndrome in the two groups were decreased when compared with those before treatment ( $P < 0.01$ ), and the above four scores in the observation group were lower than those in the control group ( $P < 0.01$ ). The scores of SAQ in the two groups were increased when compared with those before treatment ( $P < 0.01$ ), and the scores in the observation group were higher than those in the control group ( $P < 0.01$ ). **Conclusion:** The additional application of *Xuanbi Zhuyu* paste based on the routine western medicine for SAP can further alleviate the symptoms of angina pectoris, reduce angina pectoris attacks, improve the symptoms of heart blood

**【收稿日期】** 2019-03-07

**【作者简介】** 袁玲玲(1990-),女,初级护师,主要从事心血管疾病的临床护理工作。

stasis obstruction and enhance the quality of life of patients, whose clinical effect is superior to that of simple medicine.

**Keywords:** Stable angina pectoris (SAP); Heart blood stasis obstruction syndrome; Integrated Chinese and western medicine therapy; Xuanbi Zhuyu paste; Point application

冠心病稳定性心绞痛(SAP)治疗目的之一是有有效缓解心绞痛等症状,提高患者的生活质量,改善预后,现代医学主要采用药物和血管重建等疗法进行治疗,但仍有相当一部分患者的症状得不到显著改善,且多种药物联合使用大大增加了不良反应的发生率<sup>[1]</sup>。SAP可归属于中医学胸痹、厥心痛、真心痛范畴,为本虚标实之证,由脏腑气血亏损,寒凝、血瘀、气滞等痹阻胸阳,致心脉瘀滞而引发<sup>[2]</sup>。除内服药物,中医外治法也是临床常用的治疗手段,具有操作简便、不良反应少的优点,其中穴位贴敷法是中医治疗SAP的特色治法之一,广泛用于SAP的辅助治疗。系统评价显示,在常规西药治疗基础上加用穴位贴敷治疗冠心病心绞痛,其效果优于单纯予常规药物治疗<sup>[3]</sup>。宣痹逐瘀贴为本院自配制剂,具有通脉活血、行瘀止痛之功,本研究观察了常规西药联合宣痹逐瘀贴贴敷穴位对SAP患者心绞痛症状和生活质量的影响,现将研究结果整理如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 共选择本院心血管内科2016年10月—2018年2月收治的符合要求的114例患者作为观察对象。采用随机数字表法分为对照组和观察组各57例。对照组男37例,女20例;年龄49~73岁,平均(64.85±9.29)岁;冠心病病程2~11年,平均(5.37±2.94)年;心绞痛严重程度分级<sup>[4]</sup>:I级15例,II级31例,III级11例。观察组男35例,女22例;年龄51~75岁,平均(65.25±8.74)岁;冠心病病程1~10年,平均(5.04±2.79)年;心绞痛严重程度分级:I级14例,II级33例,III级10例。2组性别、年龄、病程和心绞痛严重程度等基线资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 诊断标准** SAP诊断标准<sup>[4]</sup>:有典型的心绞痛发作病史,休息或含服硝酸甘油后缓解,发作时心电图检查可见以R波为主的导联中,ST段压低,T波平坦或倒置,可结合动态心电图或冠状动脉造影等辅助检查确诊。

**1.3 辨证标准** 心血瘀阻证辨证标准<sup>[5]</sup>:以心胸疼痛、痛有定处为主症,可兼见胸闷心悸、口唇暗红,舌质暗或有瘀斑,脉涩、结、代。

**1.4 纳入标准** 符合SAP诊断标准;符合心血瘀阻证辨证标准;心绞痛严重程度为I级、II级和III级者;年龄45~75岁,男女不限;同意研究方案,依从性好,并取得知情同意书者。

**1.5 排除标准** 不稳定性心绞痛,急性心肌梗死,急性冠脉综合征患者;合并严重心力衰竭、严重高血压病、恶性心律失常者;合并其他系统严重疾病,需紧急治疗者,精神疾病、恶性肿瘤患者;严重过敏体质者;沟通或认知功能障碍者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 参照《慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》<sup>[6]</sup>给予综合治疗方案。阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司),晚间临睡前服用100mg;富马酸比索洛尔片(默克制药(江苏)有限公司),每次口服5mg,每天1次;硝酸甘油片(北京益民药业有限公司),必要时使用,舌下含服1片,每片0.5mg。同时给予控制血糖、血压和血脂的措施。护理措施:①健康教育:宣教心绞痛发作影响因素和患者如何避免诱因,提高自我保护的能力;宣教规范治疗的重要性,建立日志卡,按时、按量服药;指导患者认识到运动、休息、睡眠的重要性,合理锻炼;让患者明确定期随访的重要性,设立微信群,提醒患者按时随诊。②心理辅导:通过与患者的沟通、交流,加强其对疾病的认识,消除因心绞痛发作而出现的焦虑、紧张、恐惧等情绪,树立信心,配合治疗。③生活方式干预:嘱患者要清淡饮食,戒酒、戒烟,不吃油腻食物,减少高糖、高脂、高盐的摄入;建立良好的作息习惯,适当进行体育锻炼。

**2.2 观察组** 在对照组治疗与护理的基础上加用宣痹逐瘀贴贴敷穴位。药物组成:白芷、赤芍、川芎、桃仁、红花、乳香、没药(2:2:2:1:1:1:1),打细粉备用。用时以姜汁与醋调和。穴位:心俞、内关(A组),膻中、至阳(B组)。方法:以姜汁与醋调和上述药粉;选好穴位、注意保暖,以75%酒精棉签消毒上述穴位的皮肤,待干,用小木棍将药物涂在穴位贴敷贴上,薄厚适中,每天贴敷6h,A组和B组穴位交替使用。贴敷护理要点:施护者要准确定位穴位,详细询问患者的过敏史情况;药膏厚度为0.2~0.4cm,温度适中,胶布固定松紧适宜;贴敷过程中注意观察药物有无渗漏、药贴是否滑脱、局部皮肤是否出现皮疹等,并询问患者有无不适。若有皮肤过敏者,要停止治疗,并作相应对症处理。

2组均连续观察4周。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** ①心绞痛发作情况:记录每周心绞痛发作次数、每次持续时间和每周硝酸甘油用量。②心血瘀阻证评分:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[7]</sup>进行评定。胸痛:无(0分);轻度:有典型心绞痛发作,每次持续时间数分钟,每周疼痛至少发作2~3次,或每天发作1~3次,但疼痛不重,有时需含服硝酸甘油片(2分);中度:每天都有数次较典型的心绞痛发作,每次持续数分钟到10min,绞痛较重,一般需要含服硝酸甘油片(4分);每天有多次典型心绞痛发作,因而影响日常生活(例如大便、穿衣等),每次发作持续时间较

长,需多次含服硝酸甘油片(6分)。胸闷:无(0分);轻度:轻微胸闷(1分);中度:胸闷明显,有时叹息样呼吸(2分);重度:胸闷如窒,叹息不止(3分)。心悸:无(0分);轻度:偶尔发生,不适感轻微(1分);中度:时有发生,持续时间较长,不适感明显(2分);重度:经常发生,惕惕而动,难以平静,甚则影响生活(3分)。其他症状或体征根据有、无分别记0分或1分。于治疗前后各评价1次。③生活质量评价:使用西雅图心绞痛量表(SAQ)<sup>[7]</sup>,包括活动受限程度、心绞痛发作情况、心绞痛稳定状态、疾病认识程度和治疗满意程度5个方面,总分100分,得分越高说明生活质量和机能状态越好,于治疗前后各评价1次。④治疗前后进行心电图检查。

3.2 统计学方法 应用SPSS21.0统计学软件包统计数据。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用t检验;等级资料采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 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 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[8]</sup>和文献[2]制定。显效:心绞痛发作次数减少 $\geq 80\%$ ,静息心电图正常;有效:心绞痛发作次数减少,硝酸甘油用量减少50%~79%,静息心电图与治疗前相同;无效:心绞痛发作次数无减少,硝酸甘油用量减少 $< 50\%$ ,静息心电图与治疗前相同。恶化:病情加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。经秩和检验,观察组临床疗

效优于对照组,差异有统计学意义( $Z = 2.096, P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	恶化
对照组	57	15	30	12	0
观察组	57	24	29	4	0

4.3 2组治疗后心绞痛发作情况比较 见表2。治疗后,观察组每周心绞痛发作次数少于对照组( $P < 0.01$ ),每次发作的持续时间短于对照组( $P < 0.01$ ),每周硝酸甘油用量少于对照组( $P < 0.01$ )。

表2 2组治疗后心绞痛发作情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	心绞痛发作次数(次)	持续时间(min)	硝酸甘油用量(片)
对照组	57	7.25 ± 2.12	5.66 ± 1.25	6.83 ± 1.55
观察组	57	5.17 ± 1.75 <sup>①</sup>	4.09 ± 0.87 <sup>①</sup>	5.77 ± 1.39 <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P < 0.01$

4.4 2组治疗前后心血瘀阻证评分比较 见表3。治疗后,2组胸痛、胸闷、心悸评分及心血瘀阻证积分均较治疗前下降( $P < 0.01$ )。观察组4项分值均低于对照组( $P < 0.01$ )。

4.5 2组治疗前后SAQ量表评分比较 见表4。治疗后,2组SAQ量表各维度评分均较治疗前升高( $P < 0.01$ )。观察组各项分值均高于对照组( $P < 0.01$ )。

表3 2组治疗前后心血瘀阻证评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	胸痛	胸闷	心悸	心血瘀阻证积分
对照组	57	治疗前	4.21 ± 0.73	1.64 ± 0.57	1.38 ± 0.52	11.27 ± 2.79
		治疗后	2.14 ± 0.58 <sup>①</sup>	1.01 ± 0.45 <sup>①</sup>	0.85 ± 0.35 <sup>①</sup>	4.78 ± 1.17 <sup>①</sup>
观察组	57	治疗前	4.34 ± 0.76	1.56 ± 0.60	1.45 ± 0.47	11.46 ± 2.63
		治疗后	1.43 ± 0.49 <sup>①②</sup>	0.68 ± 0.36 <sup>①②</sup>	0.51 ± 0.24 <sup>①②</sup>	2.49 ± 0.69 <sup>①②</sup>

与同组治疗前比较,① $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.01$

表4 2组治疗前后SAQ量表评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	活动受限程度	心绞痛发作情况	心绞痛稳定状态	治疗满意程度	疾病认识程度
对照组	57	治疗前	39.76 ± 5.37	8.41 ± 1.89	7.26 ± 1.48	14.77 ± 2.64	10.94 ± 1.52
		治疗后	50.16 ± 6.48 <sup>①</sup>	13.69 ± 2.75 <sup>①</sup>	11.59 ± 2.61 <sup>①</sup>	19.51 ± 3.48 <sup>①</sup>	13.73 ± 2.14 <sup>①</sup>
观察组	57	治疗前	40.28 ± 5.46	8.35 ± 1.75	7.13 ± 1.58	14.64 ± 2.79	10.51 ± 1.47
		治疗后	57.83 ± 7.24 <sup>①②</sup>	19.53 ± 3.45 <sup>①②</sup>	15.39 ± 3.05 <sup>①②</sup>	22.92 ± 3.28 <sup>①②</sup>	16.84 ± 2.36 <sup>①②</sup>

与同组治疗前比较,① $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.01$

5 讨论

目前,临床治疗SAP以药物治疗为基础和首选,是否采用血运重建应根据危险评估而定。所用的药物以减轻症状、改善缺血和预防心肌梗死、改善预后为主,而饮食和控制体质量、规律的体育锻炼及戒烟等非药物手段也被认为非常重要<sup>[9]</sup>。但王高频等<sup>[10]</sup>的研究结果显示,除阿司匹林外,患者对其他药物如他汀类调脂药、 $\beta$ -受体阻滞剂、血管紧张素转化酶抑制

剂或血管紧张素受体拮抗剂的长期服药率均不高,导致临床症状难以获得有效的控制,不能有效地降低心血管疾病的发病率、致残率和死亡率。

从中医学角度分析,SAP的病机在于血脉瘀阻,施以通痹诸法,可通过促进缺血区心肌血管新生而起到治疗作用,活血化瘀药物联合西药治疗可使SAP患者获益,甚至可免于或推迟进行冠脉血运重建治疗<sup>[2]</sup>。李贵华等<sup>[10]</sup>基于17家大型医院

84 697 例患者的调查结果显示,冠心病的中医证候以气阴两虚、气虚血瘀证最为多见,血瘀是比例最高的证候要素,占 79.97%,使用活血化瘀药进行中西医结合治疗已经较为普遍,有 43.46% 的患者共同使用了抗血小板药及活血化瘀类注射液。

中药贴敷穴位利用穴位与药物的相互作用,达到治疗局部或全身性疾病的目的。通过刺激经络腧穴,使经气得以疏通,气血通畅,鼓舞阳气,使胸阳瘀阻得以改善,达到预防胸痹发作或者减少胸痹发作次数的目的<sup>[11]</sup>。本研究所用的宣痹逐瘀贴中,白芷散寒祛风止痛,赤芍、桃仁、红花活血散瘀、通络止痛,川芎活血行气、祛风止痛,乳香、没药破气散瘀定痛。全方奏通脉活血、散瘀止痛之功。

贴敷穴位中,刺激心俞能调理气血、养心安神、宁心定志;内关属手厥阴心包经穴,亦为八脉交会穴之一,通阴维脉,可治疗一切心胸疾患,具有调理气机、活血通络之功;膻中为心包经之募穴,亦为八会穴之气会穴,能调畅气机、宽胸理气,此三穴均为心绞痛患者最为常用的贴敷穴位<sup>[12]</sup>。至阳为督脉要穴,具有激发全身阳气、温化阴寒之功,治疗胸痹疗效最为显著,并沿用至今<sup>[13]</sup>。本研究以两组穴位交替使用,减少了药物对皮肤的不良刺激,有利于长期治疗、观察。

本研究结果显示,治疗后,观察组临床疗效优于对照组,每周心绞痛发作次数少于对照组,每次发作持续时间短于对照组,每周硝酸甘油用量少于对照组,胸痛、胸闷、心悸评分及心血瘀阻证积分均低于对照组,SAQ 量表各维度评分均高于对照组,可见在常规西药治疗的基础上加上宣痹逐瘀贴治疗 SAP 能进一步减轻心绞痛症状,减少心绞痛发作,改善心血瘀阻症状,提高患者的生活质量,临床疗效优于单纯使用药物治疗,值得在临床中使用。

#### [参考文献]

- [1] 丁芳,王亮,付瑞瑞.新冠心苏合活血方辨治慢性稳定性心绞痛的疗效及对 ROS, Periostin, CT-1 的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(6): 198-203.
- [2] 靳文学,何德英,乔秀兰. 冠心颗粒对稳定性心绞痛炎症反应的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2017, 23(12): 182-187.
- [3] 张泽,白瑞娜,陈民,等. 穴位贴敷联合西药治疗冠心病心绞痛有效性及安全性的系统评价[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(10): 3531-3536.
- [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): 195-207.
- [5] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南(西医疾病部分)冠心病心绞痛[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(18): 143-145.
- [6] 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: 68-73.
- [7] 李静,常改. 西雅图量表测量冠心病患者生活质量的评价[J]. 中国公共卫生, 2004, 20(5): 594-596.
- [8] 张永珍,高炜. 稳定性冠心病诊治策略的选择: 欧美指南给我们的提示[J]. 北京大学学报(医学版), 2014, 46(6): 832-835.
- [9] 王高频,刘国奎,杨雪佳,等. 冠心病患者二级预防规范化治疗效果随访研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(8): 831-833.
- [10] 李贵华,姜红岩,谢雁鸣,等. 基于大数据 84697 例冠心病中医证候及其中西药使用分析[J]. 中国中药杂志, 2014, 39(18): 3462-3470.
- [11] 王建明,刘长伟. 穴位贴敷治疗冠心病心绞痛研究进展[J]. 河南中医, 2017, 37(9): 1552-1555.
- [12] 张洁,赵凌,冷俊艳,等. 心绞痛穴位敷贴治疗特点的文献分析[J]. 针灸临床杂志, 2015, 31(4): 72-76.
- [13] 孔莹,周猜,曾白玉,等. 浅谈至阳穴治疗胸痹[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(6): 58.

(责任编辑:吴凌)