

● 临床报道 ●

附辛汤治疗稳定型心绞痛阳气亏虚证 40 例疗效观察

彭仲祥, 张保国, 温淑端

(广东省广州市黄埔区中医医院, 广东 广州, 510700)

[摘要] 目的: 观察附辛汤治疗稳定型心绞痛阳气亏虚证的临床疗效。方法: 选取稳定型心绞痛阳气亏虚证患者 80 例, 随机分为 2 组各 40 例。对照组予以西医常规治疗, 治疗组在对照组治疗的基础上加附辛汤治疗。观察 2 组临床综合疗效、中医证候疗效和心电图疗效。结果: 2 组临床综合疗效、心电图疗效及中医证候疗效总有效率比较, 治疗组均优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 附辛汤治疗稳定型心绞痛阳气亏虚证有较好疗效。

[关键词] 稳定型心绞痛; 阳气亏虚证; 中西医结合疗法; 附辛汤

[中图分类号] R259.414 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.07.025

稳定型心绞痛是冠状动脉粥样硬化致使血管狭窄或阻塞, 冠状动脉血运障碍, 反复引起心肌急剧的、暂时的缺血缺氧, 导致发作性胸痛或胸闷。本病是中老年人的多发病、常见病。如果治疗不当, 会发展至急性心肌梗死, 严重威胁患者生命。笔者采用附辛汤治疗稳定型心绞痛阳气亏虚证 40 例, 取得较好效果, 现介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2014 年 6 月至 2017 年 2 月我院门诊和住院的稳定型心绞痛阳气亏虚证患者 80 例, 采用随机数字表法分为 2 组。治疗组 40 例, 男 22 例, 女 18 例; 年龄 50 ~ 75 岁, 平均 (62.72 ± 7.87) 岁; 病程 1 ~ 10 年, 平均 (4.62 ± 1.97) 年; 心绞痛 II 级 13 例, III 级 27 例。对照组 40 例, 男 19 例, 女 21 例; 年龄 50 ~ 75 岁, 平均 (61.91 ± 8.03) 岁; 病程 1 ~ 10 年, 平均 (4.25 ± 1.88) 年; 心绞痛 II 级 15 例, III 级 25 例。2 组性别、年龄、病程、心绞痛程度等比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《中药新药临床研究指导原则》^[1] 中稳定型心绞痛标准。反复短暂性胸痛发作, 胸骨后压榨痛或者憋闷感, 可放射至心前区甚至左上肢尺侧, 休息或含服硝酸甘油, 疼痛可迅速消失, 病程稳定 1 个月以上。心绞痛分级。I 级: 日常活动无症状, 较日常活动重的体力活动引起心绞痛, 如平地小跑或持重上三楼、上坡等诱发心绞痛; II 级: 日常体力活动即引发心绞痛, 如在正

常条件下常速步行 1 ~ 2km, 上三楼、上坡等引起心绞痛; III 级: 较日常活动轻的体力活动引发心绞痛, 日常活动明显受限, 如在正常条件下常速步行 0.5km, 上二楼、小坡诱发心绞痛; IV 级: 轻微体力活动即引起心绞痛, 严重者休息也发生心绞痛。

1.2.2 中医辨证标准 符合《中药新药临床研究指导原则》^[1] 中胸痹心痛阳气亏虚证标准。胸痛胸闷, 心悸, 气短, 神疲乏力, 腰膝酸软, 畏寒, 肢冷, 肢体水肿, 面色苍白, 舌淡紫, 脉沉细。

1.3 纳入标准 (1) 符合稳定型心绞痛 II、III 级诊断标准; (2) 中医辨证为阳气亏虚证; (3) 每天发作心绞痛 ≥ 3 次; (4) 心电图异常: 明显缺血性改变, ST 段下移 $\geq 0.05\text{mV}$ 及/或 R 波为主导联 T 波倒置, 且深度 $> 0.2\text{mV}$; (5) 签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1) 血压超过 180/110mmHg; (2) 严重肝肾功能不全、重度心力衰竭等危重症; (3) 妊娠及哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗, 包括硝酸酯类、 β 受体阻滞剂、他汀类、阿司匹林、控制基础病等。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用附辛汤治疗。处方: 制附子 15g, 细辛 5g, 桂枝 15g, 薤白 15g, 黄芪 30g, 川芎 10g, 瓜蒌皮 10g。均采用一方制药厂生产的中药配方颗粒, 每天 1 剂, 分 2 次冲服。

2 组均治疗 4 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察治疗前后的胸闷胸痛等症、肢体水肿及舌脉等体征、24h 心电图、肝肾功能、

电解质等,详细记录不良反应。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]拟定。(1)综合疗效。显效:临床症状、体征基本消失,或心绞痛分级改善了 2 级;有效:临床症状、体征均好转,或心绞痛分级改善 1 级,但不足 2 级;无效:临床症状、体征无明显改善。(2)心电图疗效。显效:心电图示 ST-T 段和 T 波恢复正常或大致正常;有效:心电图示 ST 段降低经治疗后回升 0.05mV 以上,但未达到正常水平,倒置的 T 波变浅(达到 25% 以上);无效:心电图无明显改善。(3)中医证候疗效。显效:主次症基本消失或完全消失,中医证候积分减少 > 70%;有效:胸闷胸痛等症状好转,中医证候积分减少 > 30%,但 ≤ 70%;无效:治疗后症状无明显改善。

3.3 统计学方法 应用 SAS 软件予以相应的 χ^2 检验、t 检验及 Ridit 分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 92.5%,对照组为 82.5%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	20	17	3	92.5 ^a
对照组	40	12	21	7	82.5

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组心电图疗效比较 总有效率治疗组为 85.0%,对照组为 70.0%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组心电图疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	19	15	6	85.0 ^a
对照组	40	10	18	12	70.0

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.3 2 组中医证候疗效比较 总有效率治疗组为 95.0%,对照组为 80.0%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组中医证候疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	26	12	2	95.0 ^a
对照组	40	18	14	8	80.0

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

4 讨 论

稳定型心绞痛属于慢性心肌缺血综合征,是冠心病的常见类型。药物治疗是稳定型心绞痛的主

要治疗方式,目的是缓解患者临床症状,提高生活质量,预防心肌梗死,减少死亡。常规的西医治疗包括硝酸酯类、 β 受体阻滞剂、他汀类、阿司匹林、控制基础病等。

稳定型心绞痛属于中医学“胸痹心痛”范畴,多见于老年人,患者年老体弱多病,久治不愈,耗伤正气,阳气亏虚,导致气滞血瘀。肺脾肾阳气亏虚,水湿运化失调,聚湿成痰。阳虚易感寒邪,寒邪又伤阳气。所以,胸痹心痛的病机是以阳气亏虚为本,气滞、血瘀、痰浊、寒凝痹阻心脉为标。治疗应以温阳益气固本为主,佐以行气活血、化痰通络。附辛汤是我院应用多年的经验方,具有温阳益气、行气活血、化痰通络的功效,能温通心脉,可有效缓解心绞痛,减少复发率。附辛汤由制附子、细辛、薤白、桂枝、黄芪、川芎、瓜蒌皮等组成。方中制附子温阳益气,细辛温通心脉、散寒止痛,二药合为君药;黄芪益气健脾;桂枝辛温,助阳化气,温通心脉;薤白通阳散结,行气导滞,为治疗胸痹要药;川芎辛温,归心肝经,行气活血止痛;瓜蒌皮化痰导滞、宽胸散结。诸药合用,共奏温阳益气、行气活血、化痰通络、散寒止痛之效,又以温阳益气为主,切中稳定型心绞痛阳气亏虚证的病因病机,从而取得较好效果。

现代研究表明:附子含有乌头碱、次乌头碱等多种生物碱,能增强心肌收缩力,扩张血管,增加血流量^[2]。细辛有明显的强心作用,并且能扩张血管,改善循环,抗心肌缺血,强心有效成分主要是去甲乌药碱,细辛挥发油能对抗垂体后叶素所致的心肌缺血^[3]。薤白含有甾体皂甙、挥发油等多种成分,具有扩张血管、保护受损心脏、抗血小板相关炎症、抑制凝血和抗血栓等多种药理作用^[4]。瓜蒌皮可减少内皮素-1 的释放,增加循环血中一氧化氮的含量,改善内皮功能,调节冠状动脉血管张力,改善心肌血液循环,减少心绞痛发作^[5]。川芎的主要有效成分川芎嗪有很好的抗栓、抗缺血作用^[6]。以上研究提示,附辛汤有强心、扩张血管、抗血小板、改善循环、保护心肌等多种功能,能有效改善心绞痛。

本观察结果显示,在西医治疗的基础上,加用附辛汤治疗稳定型心绞痛,能更好地改善患者的临床症状和体征,动态心电图亦证实患者心肌缺血得到了很好的纠正。说明附辛汤对稳定型心绞痛有较好的疗效。本方药性温补,不适合阴虚火旺、痰瘀化热等证,临床上需辨证应用。

通阳益气方治疗冠心病慢性心力衰竭22例临床观察

秦 婷

(江苏省射阳县中医院,江苏 射阳,224300)

[摘要] 目的:观察通阳益气方治疗冠心病慢性心力衰竭气虚痰阻证的临床疗效。方法:将44例冠心病慢性心力衰竭气虚痰阻证患者随机分为2组,对照组22例予西医常规治疗,治疗组22例在对照组治疗的基础上加通阳益气方治疗,疗程均为4个月。比较2组治疗前后心功能分级、心脏超声、血脂等指标。结果:心功能疗效总有效率治疗组为77.27%,对照组为59.09%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组LVEF、LEVDD治疗前后组内比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),LVEF治疗后组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组LDL-C、TG、TC及对照组LDL-C治疗前后组内比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);LDL-C治疗后组间比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论:通阳益气方治疗冠心病慢性心力衰竭气虚痰阻证有较好疗效。

[关键词] 冠心病;慢性心力衰竭;气虚痰阻证;中西医结合疗法;通阳益气方

[中图分类号] R259.416 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.07.026

慢性心力衰竭是绝大多数心血管疾病的最终归宿,全球每年新增近200万心衰患者^[1],是目前临床上最主要的死亡原因之一。经流行病学调查显示,2000年心衰的第一位病因是冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称为冠心病),占55.7%^[2]。由于西医治疗冠心病心衰患者的局限性,中医药整体观念和辨证论治具有一定的优势,已广泛应用于临床。冠心病属中医学“胸痹”“真心痛”范畴,为本虚标实之证,病机可用“虚”“瘀”“水”概括,益气、活血、利水为其治疗大法^[3]。笔者自拟通阳益气方治疗冠心病慢性心力衰竭气虚痰阻证22例,收到较好的临床疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 44例均为2015年1月至2016年1月本院门诊及住院患者,随机分为2组各22例。治疗组中,男13例,女9例;平均年龄(75.00 ± 7.75)岁;平均病程(9.32 ± 2.45)年。对照组中,男11例,女11例;平均年龄(74.00 ± 9.00)岁,平均病程(9.02 ± 2.05)年。2组年龄、病程等一般资料比

较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 冠心病诊断标准参照《冠状动脉粥样硬化性心脏病诊断标准》^[4]拟定。心衰诊断标准参照“慢性心力衰竭诊断治疗指南”^[5]拟定。心力衰竭程度分级标准参照美国纽约心脏病学会(NYHA)标准^[6]制定。有冠心病的病史、症状及体征,同时伴有呼吸困难、乏力和液体潴留;心脏超声提示左室增大及左室射血分数 $\leq 40\%$ 。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医内科学》^[7]辨证为气虚痰阻证。胸部闷痛,痰多气短;肢体沉重,形体肥胖;倦怠乏力,纳呆便溏;舌体胖大且边有齿痕,苔浊腻或白滑,脉滑。

1.3 排除标准 (1)合并严重肝、肾、肺功能不全;(2)其他原发疾病导致的心力衰竭;(3)妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。戒烟,低盐低脂饮食,宣教指导。基础药物治疗包括抗血小板聚

参考文献

- [1] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:68-73.
- [2] 徐红兵. 略述附子的临床药理及应用[J]. 中国中医药现代远程教育,2014,12(5):107-108.
- [3] 丁香,赵万秋,蔡林. 中药细辛的现代临床应用研究[J]. 临床合理用药杂志,2015(30):177-179.

- [4] 盛华刚. 薤白的化学成分和药理作用研究进展[J]. 药学研究,2013,32(1):42-44.
- [5] 刘莉,牛新萍. 瓜蒌皮注射液对稳定型心绞痛痰瘀互结证血管内皮功能的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(1):3-5.
- [6] 吴建华,王刚,金锋. 注射用盐酸川芎嗪治疗冠心病心绞痛50例疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志,2015,25(12):52-53.

(收稿日期:2017-11-15)