

健脾化浊汤治疗 冠心病合并脂肪肝脾虚痰瘀证 30 例

袁恒佑¹, 丁秀丽¹, 尹 萍¹, 刘建和²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙, 410007)

[摘要] 目的: 观察健脾化浊汤治疗冠心病合并脂肪肝脾虚痰瘀证的临床疗效。方法: 将 60 例冠心病合并脂肪肝脾虚痰瘀证患者随机分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组给予健脾化浊汤加西医常规治疗, 对照组给予单纯西医常规治疗。观察 2 组的各方面疗效和相关指标的变化。结果: 2 组中医证候疗效、心绞痛疗效、心电图疗效比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组中医证候积分、肝脏彩超分级、血脂水平治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 健脾化浊汤治疗冠心病合并脂肪肝脾虚痰瘀证, 疗效显著, 且未发现明显不良反应。

[关键词] 冠状动脉粥样硬化性心脏病; 脂肪肝; 脾虚痰瘀证; 中医药疗法; 健脾化浊汤

[中图分类号] R259.414, R259.756

[文献标识码] A

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.07.027

冠心病是指冠状动脉(冠脉)发生粥样硬化引起的管腔狭窄或闭塞, 从而导致血管所供养的心肌细胞缺血、缺氧、坏死而引起的一种心脏疾病^[1]。在冠心病众多危险因素当中, 血脂异常首当其冲。同样, 脂肪肝的形成也与血脂异常密切相关, 是一组以肝细胞脂肪变性和脂肪(主要为三酰甘油)蓄积为特征的临床病理综合征。近年来, 随着生活水平提高, 饮食结构和生活习惯的改变, 在体力劳动的减少以及大量油脂含量偏高食物的摄入等多种因素的共同作用下, 脂肪肝的发病率日益增高, 并且其发病年龄有年轻化的趋势。因此冠心病合并脂肪肝的防治研究显得十分重要。中医学认为胸痹合并脂肪肝为虚实夹杂之证, 在气虚、脾虚的基础上产生痰浊瘀血, 闭阻心脉则成胸痹, 沉积于肝脏则成脂肪肝, 主要病机为脾虚痰瘀互结。因此在治疗中应以健脾益气、祛痰化瘀为主要治法, 通心脉同时清肝浊、化肝瘀。根据此病因病机, 笔者跟随刘建和教授采用健脾化浊汤治疗冠心病合并脂肪肝 30 例, 取得了满意的疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2016 年 3~12 月湖南中医药大学第一附属医院心血管内科住院的冠心病合并脂肪肝患者 60 例, 随机分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组中, 男 14 例, 女 16 例; 平均年龄 52.63 岁; 对照组中, 男 16 例, 女 14 例; 平均年龄 51.92 岁。2 组一般资料比较, 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“缺血性心脏病的命名及诊断标准”^[2]制定, 冠脉造影结果显示, 心外膜冠状动脉及其主要分支至少有一支狭窄程度达 50% 以上, 则可以称为冠心病。脂肪肝诊断标准参照“非酒精性脂肪肝诊疗指南”^[3]及“酒精性肝病诊疗指南”^[4]制定。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]拟定。主症: 胸闷, 胸痛, 食少, 胁痛; 次症: 肢体沉重, 气短, 腹部胀满, 呕吐痰涎, 口淡, 眩晕; 舌苔脉象: 舌质暗红或紫, 苔腻, 脉弦滑。主症具备 2 项以上, 次症具备 2 项以上, 舌苔脉象必备即可明确辨证。

1.3 排除标准 (1) 年龄 <35 岁或 >80 岁; (2) 合并其他严重原发疾病; (3) 妊娠或哺乳期妇女; (4) 精神病; (5) 参加了其他临床研究; (6) 对此类药物过敏。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西医常规治疗。(1) 阿司匹林肠溶片(拜阿司匹灵, 生产厂家: Aspirin Enteric Coated Tablets, 批准文号: 国药准字 H20050059, 规格: 100mg 片) 口服, 每次 100mg, 每天 1 次; (2) 阿托伐他汀钙胶囊(尤佳, 生产厂家: 天方药业有限公司, 批准文号: 国药准字 H20051984, 规格: 20mg 粒) 口服, 每次 20mg, 睡前服用; (3) 单硝酸异山梨酯片(欣康, 生产厂家: 鲁南贝特制药有限公司, 批准文号: 国药准字 H10940039, 规格: 20mg 片) 口服, 每次

20mg,每天2次;(4)酒石酸美托洛尔(倍他乐克,生产厂家:阿斯利康制药有限公司,批准文号:国药准字H3202539,规格:25mg/片)口服,每次6.25mg,每天2次。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加健脾化浊汤治疗。处方:大黄10g,柴胡15g,枳实15g,竹茹10g,黄芩15g,半夏10g,白芍20g,丹参20g,茯苓15g,陈皮10g,甘草10g。以上中药均由我院煎药房统一制成浓缩剂,每剂中药制成2袋,每袋150mL,口服,每次1袋,每天2次。

2组均治疗4周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)于治疗前后观察中医症状,并记录中医证候的分值以及疗效变化;(2)观察治疗前后心绞痛发作的变化:疼痛程度、持续时间、发作次数、硝酸甘油用量;(3)观察治疗前后心电图(12导联)的情况;(4)观察肝脏彩超,记录肝脏的影像学变化;(5)观察治疗前后血脂水平及疗效。

3.2 疗效标准 (1)中医证候疗效标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]。临床控制:中医证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:70% $\leq$ 中医证候积分减少 $<95\%$;进步:30% $\leq$ 中医证候积分减少 $<70\%$;无效:中医证候积分减少 $<30\%$ 。(2)心绞痛及心电图疗效标准参照“冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准”^[6]拟定。①心绞痛疗效标准。显效:疼痛等症状完全消失或基本消失;有效:疼痛发作次数、程度及持续时间有明显减轻;无效:疼痛等症状无改善;加重:疼痛发作次数、程度及持续时间加重。②心电图疗效标准。显效:休息时心电图恢复至“正常心电图”或为“大致正常心电图”;有效:ST段的降低在治疗后回升0.05mV以上,但未达到正常水平,在主要导联倒置的T波变浅(达25%以上),或T波由平坦变直立,房室或房内传导阻滞改善;无效:心电图基本无改善;加重:ST段较治疗前降低0.05mV以上,在主要导联倒置的T波有深达25%以上,或直立的T波变平坦变,平坦的T波变倒置,以及出现异位心律,房室或室内传导阻滞。(3)肝脏超声的分级判定标准参照“脂肪肝超声诊断的探讨”^[6],将肝脏新超分为正常、轻度、中度、重度4个级别。临床控制:临床症状、体征消失,血脂水平检测恢复至正常范围;显效:血脂水平符合以下任何一项:TC下降 $\geq 20\%$,TG下降 $\geq 40\%$,HDL-C上升 $\geq 0.26\text{mmol/L}$, $(\text{TC}-\text{HDL}-\text{C})/\text{HDL}-\text{C}$ 下降 $\geq 20\%$;有效:血脂水平符合以下任何一项:TC下降 $\geq$

10%, $<20\%$,TG下降 $\geq 20\%$, $<40\%$,HDL-C上升 $\geq 0.104\text{mmol/L}$, $<0.26\text{mmol/L}$, $(\text{TC}-\text{HDL}-\text{C})/\text{HDL}-\text{C}$ 下降 $\geq 10\%$, $<20\%$;无效:治疗后血脂水平未见明显好转无改善。(4)血脂检测疗效标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]拟定。

3.3 统计学方法 所有数据采用SPSS 20.0软件进行分析。计量资料采用 t 检验,方差不齐采用校正 t 检验,非正态分布者采用Wilcoxon秩和检验;计数资料采用 χ^2 检验;等级资料采用Wilcoxon秩和检验或Ridit分析。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组中医证候疗效比较 总有效率治疗组为93.33%,对照组为73.33%,2组比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组中医证候疗效比较[n(%)]

组别	n	临床控制	显效	进步	无效	总有效
治疗组	30	3(10.00) ^a	17(56.67) ^a	8(26.66)	2(6.67)	28(93.33) ^a
对照组	30	1(3.33)	14(46.67)	7(23.33)	8(26.67)	22(73.33)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组心绞痛疗效比较 总有效率治疗组为80.00%,对照组为60.00%,2组比较,差异有统计学意义。(见表2)

表2 2组心绞痛疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	加重	总有效
治疗组	30	7(23.33)	17(56.67)	5(16.67)	1(3.33)	24(80.00) ^a
对照组	30	4(13.33)	14(46.67)	10(33.33)	2(6.67)	18(60.00)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.3 2组心电图疗效比较 总有效率治疗组为60.00%,对照组为40.00%,2组比较,差异有统计学意义。(见表3)

表3 2组心电图疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	加重	总有效
治疗组	30	5(16.67) ^a	13(43.33) ^a	10(33.33)	2(6.67)	18(60.00) ^a
对照组	30	2(6.67)	10(33.33)	16(53.33)	2(6.67)	12(40.00)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.4 2组治疗前后中医证候积分比较 2组中医证候积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表4)

表4 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后	差值
治疗组	30	23.3 $\pm$ 2.89	15.5 $\pm$ 2.66 ^{ab}	7.8 $\pm$ 2.26 ^b
对照组	30	23.6 $\pm$ 3.02	19.3 $\pm$ 2.61 ^a	4.2 $\pm$ 2.50

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.5 2 组治疗前后肝脏彩超分级比较 2 组肝脏彩超分级治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 5)

表 5 2 组治疗前后肝脏彩超分级比较(n)

组别	n	时间	正常	轻度	中度	重度
治疗组	30	治疗前	0	12	13	5
		治疗后	6 ^{ab}	10	11	3 ^{ab}
对照组	30	治疗前	0	11	13	6
		治疗后	3 ^a	11	11 ^a	5

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.4.6 2 组血脂疗效比较 总有效率治疗组为

表 7 2 组治疗前后血脂水平比较($\bar{x} \pm s$,mmol/L)

组别	n	TG		TC		HDL-C		LDL-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
治疗组	30	2.86 ± 0.51	2.12 ± 0.42 ^{ab}	6.48 ± 0.16	5.26 ± 0.40 ^{ab}	0.91 ± 0.16 ^b	1.18 ± 0.16 ^{ab}	4.20 ± 0.14	3.66 ± 0.34 ^{ab}
对照组	30	2.90 ± 0.49	2.33 ± 0.43 ^a	6.49 ± 0.18	5.58 ± 0.33 ^a	0.90 ± 0.14	1.16 ± 0.14 ^a	4.23 ± 0.13	3.68 ± 0.37 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨 论

冠心病合并脂肪肝的临床表现以胸闷、胸痛为主,同时还可伴有肢体倦怠乏力、四肢沉重、腹胀、肥胖、胁肋部不适等。冠心病与脂肪肝的发病均与痰瘀密不可分,因此,化痰祛瘀为基本治疗法则。心主血脉,肝主藏血,心血不行可以致肝血瘀阻;肝血瘀阻也可致心血瘀闭。因此,在治疗上可使用疏肝理气之品,如柴胡、黄芩等,再配以活血化瘀之品,通过疏理肝气,畅通肝血而达到疏通心脉,减轻心脏淤血的作用。其中以气虚为主的患者更容易合并有脂肪肝。气虚主要为脾气亏虚,脾主运化,脾虚则运化无力,水湿内停,聚而生痰,发为痰浊,沉积肝脏而为脂肪肝。因此,益气、健脾、化湿是治疗冠心病合并脂肪肝的有效方法。

综上所述,冠心病合并脂肪肝患者的治疗以祛瘀化痰为主,同时兼以疏肝理气、健脾化湿。健脾化痰汤为刘建和教授的经验用方,由大黄、半夏、竹茹、陈皮、甘草、柴胡、黄芩、枳实、茯苓、白芍、丹参组成。方中大黄、枳实泻热化痰、消积化滞、通瘀血、化痰浊;柴胡、黄芩疏肝理气;半夏、竹茹、茯苓、陈皮化痰除湿、和胃健脾;白芍养血柔肝;丹参活血化瘀;甘草调和诸药。全方共奏祛瘀化痰、疏肝理气、健脾化湿之功。

参考文献

[1] 陈灏珠,林果为,王吉耀.实用内科学(14版)[M].北京:人民卫生出版社,2009:1467.
[2] 缺血性心脏病的命名及诊断标准[S].黑龙江医药科学,1985

85.71%,对照组为 80.00,组间比较,差异无统计学意义。(见表 6)

表 6 2 组血脂疗效比较(n)

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	21	6	8	4	3	85.71 ^a
对照组	20	4	8	4	4	80.00

注:与对照组比较,^a $P > 0.05$ 。

3.4.7 2 组治疗前后血脂水平比较 2 组各项血脂指标治疗前比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。2 组各项指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 7)

(3):243-245.

[3] 中华医学会肝病学会脂肪肝和酒精性肝病学组.中国非酒精性脂肪性肝病诊疗指南[S].中国肝病杂志:电子版,2010,32(4):1-3.
[4] 中华医学会肝病学会脂肪肝和酒精性肝病学组.酒精性肝病诊疗指南[S].药品评价,2007,15(2):4-5.
[5] 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,2002:233-237.
[6] 冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准[S].中国药事,1987,11(2):71.
[7] 刘启华.脂肪肝超声诊断的探讨[J].中华医学丛刊,2002(5):21-22.

(收稿日期:2017-08-16)

盛夏养生防中暑

中暑的预防 尽量避免长时间在烈日下活动。外出时最好穿浅色、宽松的衣服,戴宽边帽或打遮阳伞。室内保持通风,可借助空调来降温,但空调温度不宜过低。在空调环境中工作一段时间后应抽时间到室外活动,进行耐热锻炼。耐热能力较差、身体疲劳或患病时,不要参加剧烈活动,要及时补充水分和增强营养,增强身体的适应能力。

中暑的急救 立即将患者搬离高温环境,移至通风良好的阴凉处;密切观察患者的体温、脉搏、呼吸、血压和意识变化;补充含盐饮料或绿豆汤、酸梅汤、凉茶等。酌情使用清凉油、人丹、藿香正气水等药物,可将清凉油涂双侧太阳穴并轻轻按摩。如中暑症状较重应尽快送往医院进行救治。(http://www.cntcm.com.cn/yskp/2018-07/11/content_46838.htm)