

血府逐瘀汤治疗冠心病心绞痛42例临床观察

吴志军

(湖南省涟源市中医院,湖南 涟源,417100)

[摘要] 目的:探讨血府逐瘀汤治疗冠心病心绞痛的临床疗效及对患者血液流变学的影响。方法:选取冠心病心绞痛患者82例,将其随机分为治疗组42例和对照组40例,治疗组给予血府逐瘀汤治疗,对照组给予西药治疗,疗程均为30d。比较2组患者治疗后心绞痛、心电图改善情况及治疗前后血液流变学指标的变化情况。结果:心绞痛疗效、心电图疗效总有效率治疗组分别为92.9%、90.5%,对照组分别为77.5%、72.5%,2组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);2组治疗前血液流变学各项指标比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后2组各指标均较治疗前有改善,且治疗组优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$, $P < 0.05$)。结论:血府逐瘀汤治疗冠心病心绞痛安全有效,能明显减少心绞痛发作次数,缩短心绞痛发作时间,改善患者血液流变学指标,疗效优于西药治疗。

[关键词] 冠心病;心绞痛;血府逐瘀汤;血液流变学

[中图分类号] R259.414 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.021

冠心病心绞痛好发于中老年人群,其主要临床表现有胸部不适或发作性胸痛。冠心病心绞痛患者发作时,若治疗不及时,易发展为急性心肌梗死,严重时可致死^[1]。主要发病原因有劳累过度、饱食受寒、情绪激动、急性循环衰竭等。冠心病的致残率和致死率均较高,对患者身心健康产生严重威胁^[2]。目前临床多采用西药治疗,但产生的不良反应较多,且临床疗效也不甚理想^[3]。笔者对本院收治的42例冠心病心绞痛患者给予血府逐瘀汤治疗,效果较佳,并与采用西药治疗的40例作对照观察,现报告如下。

血脉瘀阻。瘀血即是气虚气化功能不及的病理产物,一旦产生则壅阻心络,是导致心衰发作的重要致病因素。心气亏虚、痰瘀阻络是心力衰竭的病机关键所在,气不化津,津失敷布,凝聚成痰,血不利则为水,水湿聚而成痰,于此则痰瘀互结,阻滞心络。

养心活血通脉膏中人参味甘,能补气以生血、养血,养心益脾,《神农本草经》称其可“补五脏,安精神,定魂魄”;丹参活血化瘀,益心通络,二者共为君药。黄精宽中益气,益脾肾、补精血,加强补气的同时使补而不滞,前人谓黄精得坤土之气,获天地之精,故而名之;红景天益气活血、健脾化痰平喘;绞股蓝益气养心、健脾化痰;甘草补脾益气、祛痰止咳;蒲黄不仅增强人参的益气作用,亦可活血化瘀,汪颖谓之可“补中益气”;三七有止血不留瘀、化瘀

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年1月至2017年1月于我院就诊的冠心病心绞痛患者82例,随机分为2组。治疗组42例中,男25例,女17例;年龄42~75岁,平均 (57.67 ± 5.21) 岁;病程10个月至9年,平均 (3.16 ± 1.02) 年;合并高血压病16例,糖尿病8例,高脂血症18例。对照组40例中,男23例,女17例;年龄43~76岁,平均 (57.71 ± 5.26) 岁;病程11个月至9年,平均 (3.21 ± 1.01) 年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

不伤正之用,且有清心除烦之功;共为臣药。川芎、山楂、鸡血藤、赤芍、葛根、姜黄活血通络;金樱子益肾以助心气,固涩以防心气之耗散,且防出血之虞,以上诸药共为佐药。全方共奏益气养心、活血祛瘀、化痰通络之功效。

参考文献

- [1] Alagiakrishnan K, Banach M, Jones LG, et al. Update on diastolic heart failure or heart failure with preserved ejection fraction in the older adults[J]. Annals of medicine, 2013, 45(1): 37-50.
- [2] 中华医学会心血管病学分会与中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南2014[S]. 中华心血管病杂志, 2014, 42(2).
- [3] 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: 65.
- [4] 张子彬, 郑宗镔. 充血性心力衰竭[M]. 北京:科学文献出版社, 1991: 401-406. (收稿日期: 2018-01-22)

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照“缺血性心脏病命名及诊断标准”^[4]制定。心前区有持续性或阵发性疼痛,经实验室检查和心电图检查确诊。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]拟定胸痹瘀血阻络证辨证标准。主症:胸部疼痛,有憋气感;次症:气短且喘,心悸,痰浊,失眠多梦,乏力,四肢困重;舌有瘀斑,唇暗,舌苔腻,脉弦滑或滑或涩。具备主症及次症任 1 项及舌、脉即可明确辨证。

1.3 纳入标准 (1) 经过医学伦理委员会批准;(2) 患者对本次研究知情同意;(3) 符合上述诊断标准,

1.4 排除标准 (1) 不符合西医诊断标准与中医辨证标准;(2) 对治疗不配合;(3) 过敏体质;(4) 合并重度高血压病、重度心肺功能失常;(5) 患者严重神经系统疾病。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用血府逐瘀汤治疗。方药组成:当归 9g,枳壳 12g,生地黄 12g,桃仁 12g,桔梗 6g,红花 6g,甘草 6g,柴胡 6g,赤芍 12g,川芎 6g。心阳不振者加桂枝 6g;胸痛者加瓜蒌壳 12g、郁金 12g;面暗唇青者加丹参 15g;气虚者加黄芪 30g、太子参 18g;心悸者加麦冬 12g、五味子 9g。每天 1 剂,水煎,分早晚 2 次服用。

2.2 对照组 采用西药治疗。单硝酸异山梨酯片 20mg,2 次/d;阿司匹林肠溶片 100mg,1 次/d;辛伐他汀 20mg,每晚睡前 1 次;美托洛尔 12.5g,2 次/d。心绞痛发作时给予硝酸甘油片舌下含服。

2 组均以连续治疗 30d 为 1 个疗程。1 个疗程后比较疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察 2 组患者治疗后心绞痛、心电图改善情况及治疗前后血液流变学指标的变化情况。

3.2 疗效标准

3.2.1 心绞痛疗效标准 参照文献^[6]拟定。显效:患者未察觉心绞痛症状,或有轻微症状,心绞痛发作改善,发作持续时间和次数有明显减少,均减少 70% 以上;有效:患者仍有心绞痛症状,较治疗前减轻,发作持续时间和次数减少,均减少 30% ~ 70%;无效:心绞痛症状无变化甚至加重,发作持续时间、发作次数未发现减少或减少不明显,均减少

30% 以下。

3.2.2 心电图疗效标准 参照文献^[6]拟定。显效:心电图检查正常;有效:T 波直立情况变浅,ST 段回升 $\geq 0.05\text{mV}$;无效:心电图无改善,甚至出现异常心律。

3.3 统计学方法 数据采用 SPSS 20.0 统计软件分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组心绞痛疗效比较 总有效率治疗组为 92.9%,对照组为 77.5%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组心绞痛疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	42	29	10	3	92.9 ^a
对照组	40	23	8	9	77.5

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 90.5%,对照组为 72.5%,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	42	29	9	4	90.5 ^a
对照组	40	22	7	11	72.5

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.3 2 组治疗前后血液流变学指标比较 治疗前各指标比较无明显差异($P > 0.05$),治疗后 2 组血液流变学各指标较治疗前均有明显改善,且治疗组改善优于对照组。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	血浆黏度(mPa/s)	全血黏度(mPa/s)	纤维蛋白原(g/L)	红细胞压积(%)
治疗组	42	治疗前	2.33 $\pm$ 0.45	4.89 $\pm$ 1.13	4.65 $\pm$ 1.17	50.52 $\pm$ 1.59
		治疗后	1.51 $\pm$ 0.22 ^{ab}	3.34 $\pm$ 0.65 ^{ab}	3.11 $\pm$ 0.67 ^{ab}	40.41 $\pm$ 1.23 ^{ab}
对照组	40	治疗前	2.34 $\pm$ 0.46	4.92 $\pm$ 1.15	4.68 $\pm$ 1.15	51.11 $\pm$ 1.43
		治疗后	1.98 $\pm$ 0.28 ^a	4.15 $\pm$ 0.72 ^a	3.89 $\pm$ 0.72 ^a	45.51 $\pm$ 1.14 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨论

冠心病心绞痛属中医学“胸痹心痛”范畴。饮食不节致脾胃损伤,内生痰浊致血行阻滞,痹阻胸中而致心痛。故中医药治疗的原则是通络止痛、活血化瘀。血府逐瘀汤最早出现于清代王清任《医林改错》,方中川芎、当归有活血通经络之功效;桔梗、枳壳、柴胡宣肺利气,疏肝解郁;桃仁、红花、赤芍活

天麻钩藤饮加减治疗 肝阳上亢型原发性高血压病 30 例

夏潮红, 蔡春燕

(广西壮族自治区南宁市西乡塘区新阳上社区卫生服务站, 广西 南宁, 530003)

[摘要] 目的: 观察天麻钩藤饮加减治疗肝阳上亢型原发性高血压病的临床疗效。方法: 将 60 例肝阳上亢型原发性高血压病患者随机分为 2 组。对照组 30 例口服拉西地平治疗, 治疗组 30 例在对照组治疗基础上加天麻钩藤饮加减治疗。结果: 总有效率治疗组为 96.67%, 对照组为 83.33%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组血压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 ($P < 0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 天麻钩藤饮加减治疗原发性高血压病有较好的临床疗效。

[关键词] 原发性高血压病; 肝阳上亢型; 中西医结合疗法; 天麻钩藤饮

[中图分类号] R259.441 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.022

高血压病是指以体循环动脉压(收缩压/或舒张压)增高为主要临床表现(收缩压 ≥ 140 mmHg, 舒张压 ≥ 90 mmHg), 可伴有心、脑、肾等器官的功能或器质性损害的临床综合征。原发性高血压病是指病因不明的高血压, 占总高血压发病率的 90% 以上。高血压病是常见的慢性病, 也是心脑血管疾病最主要的危险因素。根据《中国高血压防治指南 2016 年修订版》推荐, 拉西地平是治疗高血压病的一线药物, 单用易出现头痛、皮肤潮红、水肿、眩晕和心悸等不良反应。随着中医药在社区的广泛推广应用, 笔者采用天麻钩藤饮加减结合拉西地平治疗原发性高血压

病肝阳上亢证 30 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 选取 2015 年 2 月至 2017 年 1 月新阳上社区卫生服务站收治的原发性高血压病肝阳上亢证患者 60 例, 将其随机分为 2 组各 30 例。治疗组中, 男 14 例, 女 16 例; 年龄 53 ~ 83 岁, 平均 (69.5 ± 2.3) 岁; 病程 1 ~ 20 年, 平均 (11.43 ± 1.26) 年。对照组中, 男 13 例, 女 17 例; 年龄 58 ~ 80 岁, 平均 (67.1 ± 3.4) ; 病程 1 ~ 21 年, 平均 (12.51 ± 1.33) 年。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

血化瘀, 养血补气; 甘草调和诸药。全方共奏活血化瘀、益气补血、行气止痛之功。有研究表明, 血府逐瘀汤能破坏血小板聚集, 加快微循环, 使血液黏度降低, 减轻血管痉挛症状, 使冠状动脉血流量增加^[7], 此外, 血府逐瘀汤还能有效改善心肌缺血, 降低心肌负荷, 降低血栓的发生率。

本研究结果显示, 血府逐瘀汤能有效减少心绞痛发作次数和持续时间, 心电图改善明显, 临床疗效优于西药治疗。同时其在改善血液流变学指标方面有着良好的疗效, 由此可见, 血府逐瘀汤是治疗冠心病心绞痛的有效方剂, 值得临床推广。

参考文献

[1] 白焕强, 童亚西. 芪参胶囊联合血府逐瘀汤治疗冠心病心绞痛的临床观察[J]. 中国中医急症, 2014, 23(6): 1195-1196.

[2] 庞业梅. 血府逐瘀汤联合西药治疗冠心病心绞痛的疗效观察及其对血液流变学影响[J]. 中西医结合心血管病杂志, 2016, 4(31): 163.

[3] 刘东方, 宋茂林, 程思佳. 血府逐瘀汤联合西药治疗冠心病心绞痛临床研究[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(22): 148-150.

[4] 国际心脏病学会和协会及 WHO 命名标准化联合专题组. 缺血性心脏病命名及诊断标准[S]. 中华心血管病杂志, 1981, 9(1): 75.

[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: 26-28.

[6] 陈立生. 血府逐瘀汤治疗冠心病心绞痛的临床观察[J]. 陕西中医, 2015, 36(7): 812-813.

[7] 李莲, 余绍清. 血府逐瘀汤治疗冠心病心绞痛心血瘀阻证 30 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(3): 47-48.

(收稿日期: 2017-10-23)