

中西医结合治疗 痰热瘀阻型冠心病合并室性期前收缩 31 例总结

何慧敏¹, 谢海波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: 观察柴胡陷胸汤加减联合美托洛尔治疗痰热瘀阻型冠心病合并室性期前收缩的临床疗效。方法: 选取痰热瘀阻型冠心病合并室性期前收缩患者 61 例, 随机分为治疗组 31 例和对照组 30 例。2 组均行冠心病基础治疗, 对照组另加美托洛尔治疗, 治疗组在对照组基础上配合柴胡陷胸汤加减治疗, 比较 2 组治疗前后综合疗效、室性期前收缩频率、中医证候积分及不良反应。结果: 总有效率治疗组为 93.55%, 对照组为 73.33%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组室性期前收缩频率、中医证候积分改善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, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 柴胡陷胸汤加减联合美托洛尔治疗痰热瘀阻型冠心病合并室性期前收缩疗效优于单用美托洛尔。

[关键词] 冠心病; 室性期前收缩; 痰热瘀阻证; 中西医结合疗法; 柴胡陷胸汤; 美托洛尔

[中图分类号] R259.414 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.06.002

Clinical effect of integrated traditional Chinese and Western medicine therapy in treatment of coronary heart disease with phlegm - heat and blood stasis syndrome complicated by premature ventricular contraction: An analysis of 31 cases

HE Huimin¹, XIE Haibo²

(1. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410208, Hunan, China;

2. The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410007, Hunan, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of Chaihu Xianxiong decoction combined with metoprolol in the treatment of coronary heart disease with phlegm - heat and blood stasis syndrome complicated by premature ventricular contraction. Methods: A total of 61 patients with coronary heart disease with phlegm - heat and blood stasis syndrome complicated by premature ventricular contraction were randomly divided into treatment group with 31 patients and control group with 30 patients. The patients in the control group were given basic treatment of coronary heart disease combined with metoprolol, and those in the treatment group were given Chaihu Xianxiong decoction in addition to the treatment in the control group. The two groups were compared in terms of clinical outcome, frequency of premature ventricular contraction, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, and adverse events. Results: There was a significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group (93.55% vs 73.33%, $P < 0.05$). Both groups had significant improvements in frequency of premature ventricular contraction and TCM syndrome score after treatment ($P < 0.05$), and there were significant differences in the two indices between the two groups after treatment ($P < 0.05$). There was no significant difference in the incidence rate of adverse events between the two groups ($P > 0.05$). Conclusion: Chaihu Xianxiong decoction combined with metoprolol has a better clinical effect than metoprolol alone in the treatment of coronary heart disease with phlegm - heat and blood stasis syndrome complicated by premature ventricular contraction.

[Key words] coronary heart disease; premature ventricular contraction; phlegm - heat and blood stasis syndrome; integrated traditional Chinese and Western medicine therapy; Chaihu Xianxiong decoction; metoprolol

冠心病是由冠状动脉粥样硬化引起心肌缺血和缺氧而引发的疾病,该病可引起心电激动的异常和(或)异常传导,形成室性心律失常,严重威胁患者的健康^[1-2]。二者合病则起病较急、进展较快,若不及时救治,将有导致患者死亡的风险。近年来,中医药在防治心血管疾病方面,因其疗效显著、不良反应较少等优势在临床上获得了广泛应用。本研究采用柴胡陷胸汤加减联合美托洛尔治疗痰热瘀阻型冠心病合并室性期前收缩患者31例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年3月至2018年3月于湖南中医药大学第一附属医院门诊接受治疗的痰热瘀阻型冠心病合并室性期前收缩患者61例,随机分为治疗组31例与对照组30例。治疗组中,男18例,女13例;年龄55~71岁,平均 (62.53 ± 4.17) 岁。对照组中,男19例,女11例;年龄56~69岁,平均 (62.97 ± 3.59) 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 符合《内科学》^[3]中的诊断标准:1)劳力性或自发性心绞痛,伴或不伴有发作时心电图一过性ST-T段压低($\geq 0.1\text{mV}$);2)运动负荷试验阳性;3)冠状动脉CTA或造影提示狭窄($\geq 50\%$);4)动态心电图提示室性期前收缩 ≥ 100 次/24h。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》^[4]拟定:1)胸痛、胸闷,气短疲乏或有黄痰;2)时发心悸、胸痛,烦躁,口干苦;3)舌红或暗,或有瘀斑,苔薄黄或厚黄腻,脉弦滑或涩或结或代。同时具备1)或(和)2)并符合3)者即可明确辨证为痰热瘀阻证。

1.3 纳入标准 1)符合冠心病合并室性期前收缩的西医诊断标准及痰热瘀阻证的中医辨证标准;2)对本研究所使用的药物均无过敏史和用药禁忌证;3)参与此次研究的患者及家属对本次研究过程均知情,且同意接受本治疗方案并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)对本研究使用药物有过敏史及禁忌证;2)有严重的心力衰竭、心肌梗死及心律失常者;3)有严重肝肾功能疾病,晚期肿瘤和代谢性疾病者;4)研究中途退出者。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 2组患者均行冠心病的基本规范

药物治疗。1)拜阿司匹林(Bayer S. p. A,批准文号:国药准字J20080078,规格:0.1g/片)口服,1片/次,1次/d;2)阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司,批准文号:国药准字H20051408,规格:20mg/片)口服,1片/次,1次/d,睡前服。

2.2 对照组 在基础治疗上另加酒石酸美托洛尔治疗。酒石酸美托洛尔片(阿斯利康制药有限公司,批准文号:国药准字H32025391,规格:25mg/片)口服,1/4~1片/次,2次/d,根据患者病情调整用量。

2.3 治疗组 在对照组治疗的基础上联合柴胡陷胸汤加减治疗。方药组成:醋柴胡15g,法半夏10g,黄芩10g,黄连6g,瓜蒌皮20g,麸炒枳实10g,制远志10g,川芎10g,当归尾10g,醋延胡索10g。气滞胸闷者加黄芪30g,丹参20g;失眠者加炒酸枣仁30g,夜交藤30g;阴虚火旺者加黄柏10g,知母10g;心阳虚衰者加桂枝10g,党参10g。以上药物采用常规高压煎煮出400ml/剂的药液,每次200ml,分早晚2次温服。

2组治疗周期均为4周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)心律失常指标。对比分析各组治疗前后及2组之间24h之内的室性期前收缩频率。2)中医证候积分。参照《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》^[4],根据患者的临床症状轻重按4级进行评分。主症:胸痛、胸闷、心悸、烦躁、黄痰等分别根据症状从无到重计0、2、4、6分;次症:身重、疲乏、失眠、口干苦等分别根据症状从无到重计0、1、2、3分。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]制定。显效:胸闷气短、心悸、疲乏等主要症状完全消失,与治疗前相比室性心律失常频数减少 $\geq 90\%$;有效:临床症状有明显改善,心律失常频数减少 $\geq 75\%$ 、但 $< 90\%$;无效:临床症状无明显改善,心律失常频数减少 $< 75\%$,甚至病情加重。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

3.3 统计学方法 采用SPSS 17.0软件进行统计分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验;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93.55%,对照组为73.33%,2组比较,差异有统计学意义。(见表1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	31	18(58.07)	11(35.48)	2(6.45)	29(93.55) ^a
对照组	30	6(20.00)	16(53.33)	8(26.67)	22(73.33)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后室性期前收缩频率比较

2 组室性期前收缩频率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 2)

表 2 2 组治疗前后室性期前收缩频率比较($\bar{x}\pm s$,次/24h)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	31	10936 $\pm$ 2838	1471 $\pm$ 380 ^{ab}
对照组	30	10872 $\pm$ 3068	1972 $\pm$ 528 ^a

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

3.4.3 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 3)

表 3 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	31	53.29 $\pm$ 6.65	7.94 $\pm$ 1.72 ^{ab}
对照组	30	52.62 $\pm$ 6.40	15.85 $\pm$ 2.70 ^a

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

3.4.4 2 组不良反应发生情况比较

治疗组患者中出现恶心 2 例,不良反应发生率为 6.5%;对照组患者中出现恶心 1 例、心动过缓 2 例、Ⅰ型房室传导阻滞 1 例,不良反应发生率为 13.33%。结果显示,治疗组不良反应发生率低于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。

4 讨 论

冠心病在临床上十分常见,其发病率高,发病人群也有年轻化的趋势^[6]。急性或慢性心肌缺血缺氧所致的细胞膜离子通道改变、心电激动快速传导和不应期缩短等,均可导致心律失常,其临床表现为胸闷、气促、心悸等,大大增加了猝死的风险。因此,对于冠心病合并心律失常的患者,应及时进行诊治。 β 受体阻滞剂具有抗高血压和抗心律失常的作用,它能拮抗 β 受体的兴奋作用,抑制交感神经兴奋,降低血压和心率等,从而减少心肌耗氧量,改善心肌血供,减少心律失常发生次数及总频率,降低猝死率。美托洛尔是 β 受体阻滞剂中的临床常用药物,疗效确切,但不同患者对该药的敏感性差异较大,大剂量使用会增加不良反应的发生率,如心动过缓、低血压、房室传导阻滞等。因此,有严

重心动过缓、甲亢、Ⅱ-Ⅲ度房室传导阻滞等疾病的患者慎用。

冠心病合并室性期前收缩属中医学“胸痹心痛”“心悸”范畴。明·龚信在《古今医鉴》中提到:“心脾痛着,素有顽痰死血……^[7]”,指出痰、瘀是导致胸痹心痛的重要病理因素。又如明·罗周彦《医宗粹言》所言:“先因伤血……痰与血相聚,名曰瘀血夹痰……后因伤血……与痰相聚,名曰痰夹瘀血。^[8]”说明痰瘀互为因果。中医学认为患者素常饮食不节,喜食膏粱厚味,久则伤脾;或者素来脾气虚弱,脾运失司,痰浊内生,气机不畅,血行凝涩成瘀,痰瘀互结,或脉络损伤,瘀血阻滞,影响气机运行,凝津为痰,痰瘀相聚,日久化热,痰、热、瘀阻滞心脉,心脉不畅,发为胸痹心痛。痰热烦扰心灵,引起心神不宁,则心悸动不安。故治疗冠心病合并室性期前收缩之痰热瘀阻证,须运健脾胃之气,清痰热、祛瘀血。本研究所用柴胡陷胸汤加减是出自于《重订通俗伤寒论》并结合导师临床经验而成。方中柴胡和解清热,法半夏燥湿化痰、开结消痞,黄连、黄芩味苦性寒,泻热降火,清心除烦;瓜蒌皮味甘微苦,性寒,清热化痰,利气宽胸;枳实理气化痰;当归活血,使瘀血自去;川芎、醋延胡索行气,气行则血行,三药合用以通为补,通补结合;制远志安神宁心;辨证加减,各药物合用,具有清热化痰、活血通脉、宁心安神之效。现代研究表明,痰、热、瘀与心肌缺血、心功能异常关系密切^[9],并且与肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、肿瘤坏死因子- β (TNF- β)等炎症因子水平呈正相关^[10],可损伤血管内皮细胞;而小陷胸汤可通过调节代谢、减轻血管内皮细胞炎症反应及稳定斑块等多靶点来治疗冠心病^[11],联合小柴胡汤的通利枢机、和解表里之功,对痰热瘀阻证有显著疗效。

从本研究结果可看出:治疗组的疗效显著优于对照组($P<0.01$),而且不良反应发生较少。柴胡陷胸汤加减联合美托洛尔治疗痰热瘀阻型冠心病并室性期前收缩比单用美托洛尔疗效更好,不仅能有效降低患者室性期前收缩发生率,还可减少不良反应事件的发生。中医学在治疗上注重“个体化”治疗,可根据患者症状、体质、就诊时间、治疗时长等不同,对经方进行灵活地加减化裁,必要时还可辅助针灸等治疗手段,以获得更好疗效,相较于单用西药的治疗方法,更具优势。(下转第 18 页)

内的湿热浊毒之邪。肺主宣发,将脾胃运化的水谷精微及津液向上向外输布全身,且将代谢废物以汗液的方式排出体外;慢性肾衰肺脏亏虚,肺失宣发,邪郁于内,浊毒内生。牛教授常选发汗之桂枝、防风,使湿热、浊毒之邪由皮毛、腠理排出。此外,还嘱咐患者注重日常生活调理,饮温热水,适当运动,使遍身微微汗出为宜,进一步促使浊毒排出。

3.6 清热化湿解毒法 慢性肾病进行性进展,湿浊蕴热成毒,湿热、浊毒互为因果,弥漫三焦,久病入络,久病多瘀,血脉不畅,朱丹溪曾云“湿热熏蒸而为瘀”,牛教授认为化瘀的同时应该清化湿热解毒,故擅长选用鬼箭羽、白花蛇舌草、六月雪等以清解湿热之毒^[5]。

4 典型病案

贾某,男,76岁。主因“间断双下肢水肿1年,加重伴双足麻木2个月”于2017年5月15日初诊。患者于1年前无明显诱因出现双下肢水肿,伴腰痛、尿中泡沫多,就诊于当地医院。查尿常规:尿蛋白(++),UTP4.0g/24h,血蛋白白蛋白25g/L。肾功:血肌酐176μmol/L。诊断为“肾病综合征”“慢性肾衰竭代偿期”。既往有糖尿病病史,血糖控制欠佳,西医给予对症治疗,症状时轻时重;2个月前无明显诱因出现双下肢水肿加重,前来牛教授处就诊。诊见双足麻木、憋胀、腰困乏力,皮肤瘙痒,大便溏薄,每天1次,纳眠可,小便频,夜尿2~3次,尿量3000ml/d,舌暗淡中有裂纹,苔黄厚,脉弦滑。辨证为脾肾气阴亏虚、浊瘀互阻证,处方:黄芪30g,太子参15g,白术15g,茯苓15g,木瓜15g,红花15g,炒桃仁15g,当归10g,川牛膝15g,酒苡蓉15g,杜仲15g,莪术10g,三棱10g,地黄15g,白花蛇舌草30g,鬼箭羽30g,金樱子30g,芡实30g,大黄(后下)15g,制何首乌10g,白鲜皮20g,炒僵蚕10g,蝉蜕10g,槟榔15g,稀莪草30g,徐长卿30g,六月雪30g。10剂。水煎服。二诊:患者双下肢水肿、双足憋胀、腰困乏力减轻,尿中泡沫仍多,觉腰背部发凉,舌淡苔黄,脉

弦滑,予上方去杜仲,加制附子6g。10剂。三诊:患者双下肢水肿、腰困乏力、腰背部发凉好转,尿中泡沫减少,无明显下肢憋胀不适感,舌暗淡苔薄黄,脉弦,予上方去木瓜。10剂。继续治疗2个月后,查血肌酐、24h尿蛋白定量下降,余症状明显改善,延缓了患者的病情进展,提高了其生活质量。

按语:牛教授认为本案为本虚标实之证,即脾肾气阴亏虚、浊瘀互阻证,由此确立“扶正祛邪”总治则。方中以黄芪、太子参、白术、茯苓益气健脾,川牛膝、酒苡蓉、杜仲、制何首乌、地黄填精益肾;红花、炒桃仁、当归养血活血,配以莪术、三棱、鬼箭羽加强破血通经之效;金樱子、芡实固精缩尿,减少尿蛋白;白鲜皮、炒僵蚕、蝉蜕祛风止痒;白花蛇舌草、稀莪草、大黄、六月雪清热解毒,祛湿化浊;槟榔善行胃肠之气,与大黄相配共奏通腑泄浊之效;久病必伤及肾阳,附子补肾阳同时又可以发汗以化浊。全方以泄浊排毒为治法,通络化瘀、发汗散浊排毒、清热化湿解毒、通腑泄浊解毒并用。本案例体现了牛教授治疗慢性肾衰竭时祛邪必扶正、益肾必健脾,并以泄浊排毒法贯穿始终的治疗原则。

参考文献

- [1] 裴林,曹东义,刘启泉,等. 浊毒浅识[J]. 河北中医,2010,32(1):24-25.
- [2] 清·顾观光辑. 神农本草经[M]. 哈尔滨:哈尔滨出版社,1999:23.
- [3] 雷洋洋,杨洪涛. 大黄为主中药灌肠治疗慢性肾衰相关机理研究进展[J]. 实用中医内科杂志,2007,21(2):8.
- [4] 清·张璐. 本经逢原[M]. 上海:上海科学技术出版社,1999:85-86.
- [5] 何焯安. 中药白花蛇舌草化学成分及有效成分药理活性的研究进展[J]. 江苏商报·建筑界,2013,15(17):280-281.

(收稿日期:2018-11-10)

(上接第6页)

参考文献

- [1] 谢金玉,黄颖. 动态心电图在老年冠心病心肌缺血和心律失常诊断中的价值[J]. 中国老年学杂志,2017,37(2):340-342.
- [2] 中国心血管病预防指南(2017)写作组、中华心血管病杂志编辑委员会.《中国心血管病预防指南(2017)》冠心病二级预防要点[J]. 实用心脑血管病杂志,2018,26(1):6.
- [3] 葛均波,徐永健. 内科学[M]. 8版. 北京:人民卫生出版社,2013:177-228.
- [4] 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[S]. 北京:中国医药科技出版社,2012:29.
- [5] 郑筱萸. 中药新药中国临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:144-269.
- [6] 陈伟伟,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告2017》概

要[J]. 中国循环杂志,2018,33(1):1-8.

- [7] 明·龚信纂辑,龚廷贤续编,王肯堂订补;熊俊校注. 中医非物质文化遗产临床经典名著:古今医鉴[M]. 北京:中国医药科技出版社,2014:106-107.
- [8] 明·罗周彦. 医宗粹言[M]. 台北:新文丰书局,1982:1065-1068.
- [9] 邱桂佳,吴倩,李怡,等. 心功能指标与心肌缺血痰浊寒热属性的相关研究[J]. 福建中医药,2014,45(2):1-3,6.
- [10] 阮浩坤,曹楚珩,龙雨,等. 冠心病痰热互结证与血清TNF-β水平及TNF-β C804A基因多态性的相关性研究[J]. 时珍国医国药,2016,27(10):2525-2527.
- [11] 周芳,袁庆亮,王阶. 小陷胸汤及小陷胸汤加味治疗动脉粥样硬化的实验研究进展[J]. 湖北中医药大学学报,2016,18(5):122-124.

(收稿日期:2018-08-09)