

加味栝楼薤白汤治疗 痰瘀互结型慢性稳定型心绞痛 30 例

姚斌¹, 刘瑞², 胡秀娟³, 雷鸣⁴, 刘超峰⁵

- (1. 宁夏回族自治区中宁县中医医院, 宁夏 中宁, 755100;
2. 宁夏回族自治区人民医院, 宁夏 银川, 750001;
3. 宁夏医科大学总医院心脑血管病医院, 宁夏 银川, 750001;
4. 宁夏回族自治区银川市中医医院, 宁夏 银川, 750001;
5. 陕西省中医医院, 陕西 西安, 710000)

[摘要] 目的:观察加味栝楼薤白汤治疗痰瘀互结型慢性稳定型心绞痛的临床疗效。方法:将60例痰瘀互结型慢性稳定型心绞痛患者随机分为治疗组和对照组,每组各30例。2组均予以口服阿司匹林肠溶片治疗,治疗组在此基础上加服加味栝楼薤白汤治疗,对照组在此基础上加服脑心清片治疗。比较2组患者中医证候积分、西雅图心绞痛量表积分、中医证候疗效与心绞痛疗效。结果:中医证候疗效、心绞痛疗效的总有效率治疗组分别为90.0%、86.7%,对照组分别为73.3%、66.7%,2组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);2组患者中医证候积分、西雅图心绞痛量表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($P < 0.05$)。结论:选用加味栝楼薤白汤治疗痰瘀互结型慢性稳定型心绞痛可有效缓解患者胸闷、胸痛、心悸、气短等症状,提高中医证候疗效和心绞痛疗效,并可有效改善躯体受限活动的程度,值得临床推广。

[关键词] 慢性稳定型心绞痛;中西医结合疗法;加味栝楼薤白汤

[中图分类号] R259.414 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.09.002

Clinical effect of Jiawei Kuolou Xiebai decoction in treatment of chronic stable angina with the syndrome of intermingled phlegm and blood stasis: An analysis of 30 cases

YAO Bin¹, LIU Rui², HU Xiujuan³, LEI Ming⁴, LIU Chaofeng⁵

- (1. Zhongning Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhongning 755100, Ningxia, China;
2. The People's Hospital of Ningxia Hui Autonomous Region, Yinchuan 750001, Ningxia, China;
3. Cardiovascular and Cerebrovascular Disease Hospital, General Hospital of Ningxia Medical University, Yinchuan 750001, Ningxia, China;
4. Yinchuan Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yinchuan 750001, Ningxia, China;
5. Shaanxi Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xi'an 710000, Shaanxi, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of Jiawei Kuolou Xiebai decoction in the treatment of chronic stable angina with the syndrome of intermingled phlegm and blood stasis. Methods: A total of 60 patients with chronic stable angina with the syndrome of intermingled phlegm and blood stasis were randomly divided into treatment group and control group, with 30 patients in each group. The patients in the control group were given oral aspirin enteric-coated tablets and Naoxinqing Tablets, and those in the treatment group were given oral aspirin enteric-coated tablets and Jiawei Kuolou Xiebai decoction. The two groups were compared in terms of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, Seattle Angina Questionnaire score, outcome of TCM syndrome, and outcome of angina pectoris. Results: There were significant differences between the treatment group and the control group in the overall response rate of TCM syndrome (90.0% vs 73.3%, $P < 0.05$) and angina pectoris (86.7% vs 66.7%, $P < 0.05$). Both groups had significant changes in TCM syndrome score and Seattle Angina Questionnaire score af-

基金项目:宁夏回族自治区青年科技人才托举工程项目

第一作者:姚斌,男,医学硕士,主治医师,研究方向:中医内科学

通讯作者:刘超峰,男,医学硕士,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中西医结合防治心血管系统疾病, E-mail:

277025076@qq.com

ter treatment, and there were significant differences in these scores between the two groups after treatment ($P < 0.05$). Conclusion: For patients with chronic stable angina with the syndrome of intermingled phlegm and blood stasis, Jiawei Kuolou Xiebai decoction can effectively relieve the symptoms of chest distress, chest pain, palpitation, and short breath, improve the outcome of TCM syndrome and angina pectoris, and effectively improve the degree of limited physical activity. Therefore, it holds promise for clinical application.

[Key words] chronic stable angina; integrated traditional Chinese and Western medicine therapy; Jiawei Kuolou Xiebai decoction

慢性稳定型心绞痛(stable angina pectoris, SAP)是冠状动脉供血不足,心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧所引起的临床综合征,其特点为阵发性的前胸压榨性疼痛、持续时间短、静卧休息或服用硝酸酯制剂后可有效缓解^[1]。中医学对本病的治疗有着独特的认识,根据临床症状,可将其分为气虚血瘀、气阴两虚、痰瘀互结等证,从而进行辨证施治。临床上选用中成药治疗该病,具有服用方便、患者依从性好等优点,但与传统中药汤剂比较,中成药的药物成分和剂量固定,无法根据患者的不同症状进行加减。而中药汤剂可以进行临证化裁,根据患者的不同症状而加减药物、调整剂量。雷忠义主任医师在上个世纪七十年代便提出了SAP的痰瘀互结理论,并采用加味栝楼薤白汤治疗。本研究采用加味栝楼薤白汤治疗痰瘀互结型SAP患者30例,并与中成药疗效进行比较,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年6月至2018年8月于宁夏回族自治区中宁县中医医院就诊的慢性稳定型心绞痛患者60例,按照随机数字表法将其随机分为治疗组与对照组,每组各30例。治疗组中,男20例,女10例;平均年龄(65.60 ± 4.18)岁。对照组中,男19例,女11例;平均年龄(64.45 ± 3.90)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 参照《慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》^[2]拟定。1)疼痛发生于胸骨后或左前胸,一般呈放射性,可放射至颈、上腹、肩背、左臂等;2)疼痛常呈压榨性,同时伴有胸闷、憋气、窒息感;3)疼痛为阵发性,以持续数分钟为多,一般少于10min;4)常可由劳力或情绪激动诱发,休息或舌下含服硝酸甘油5min后可缓解;5)心电图及超声心动图可明确诊断。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]及雷忠义经验总结^[4]拟定。主症:胸

痛、胸闷、心悸、气短、胸前有灼热感或压榨感;次症:纳呆腹胀、头身困重;舌脉:舌暗、苔黄厚或腻,脉弦涩或滑。其中主症符合2项以上、次症符合1项以上,并具备舌脉特征者,即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)年龄40~80岁,性别不限;3)自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)有严重的肝肾疾病或精神异常者;2)参加本研究前半年内发生过急性心肌梗死,或行血管重建治疗者;3)合并有中度及以上的高血压病,临床判定心功能在3级以上,心律严重失常者;4)对本研究中所用药物过敏者;5)不能按时完成治疗者。

2 治疗方法

2.1 常规治疗 2组患者均予以阿司匹林肠溶片(Bayer Bitterfeld GmbH,批准文号:国药准字H20050059,规格:100mg/片)口服,1片/次,1次/d。嘱患者清淡饮食,调节情志,规律作息。

2.2 治疗组 在常规治疗基础上加用加味栝楼薤白汤治疗。处方:栝楼皮12g,薤白9g,黄芪20g,丹参15g,川芎12g,葛根9g,郁金10g,泽泻10g,骨碎补9g,赤芍12g,炙甘草6g。水煎,1剂/d,200ml/剂,分早晚2次温服。

2.3 对照组 在常规治疗基础上加用脑心清片治疗。脑心清片(广州白云山和记黄埔中药有限公司,批准文号:国药准字Z44021765,规格:0.41g/片)口服,4片/次,3次/d。

2组患者均以1周为1个疗程,共治疗4个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)观察2组患者治疗前后的中医证候积分^[5]。包括胸闷、胸痛、心悸、气短等症状,根据轻、中、重度分别计为2、4、6分,总积分为4项积分之和。2)观察2组患者治疗前后西雅图心绞痛量表积分^[6]。包括躯体活动受限程度、心绞痛稳定状态、心绞痛发作状况、治疗满意程度、疾病认知程

度等。

3.2 疗效标准

3.2.1 中医证候疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3] 拟定。临床控制:中医证候积分减少 $\geq 90\%$;显效:中医证候积分减少 $\geq 70\%$ 、但 $< 90\%$;有效:中医证候积分减少 $\geq 30\%$ 、但 $< 70\%$;无效:中医证候积分减少 $< 30\%$ 。

3.2.2 心绞痛疗效标准 参照《心血管疾病研究》^[7] 中的冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准制定。治疗前后,分别观察患者 SAP 的发作情况,以及心电图显示的变化。显效:静息状态下心电图为正常或大致正常,且疼痛症状基本消失或完全消失;有效:经治疗后心电图 ST 段的降低回升幅度 $\geq 0.05\text{mV}$,距正常水平仍有差距,T波变浅 $\geq 25\%$ (主要导联)或 T 波变直立,房室或房内传导阻滞改善,且疼痛程度明显减轻、疼痛次数以及时间明显减少;无效:治疗后心电图基本无变化,且疼痛症状无缓解。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计学软件进行统计分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率($\%$)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 组中医证候疗效比较 总有效率治疗组为 90.0% ,对照组为 73.3% ,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[例(%)]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	2(6.7)	13(43.3)	12(40.0)	3(10.0)	27(90.0) ^a
对照组	30	1(3.3)	10(33.3)	11(36.7)	8(26.7)	22(73.3)

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 86.7% ,对照组为 66.7% ,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[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	17(56.7)	9(30.0)	4(13.3)	26(86.7) ^a
对照组	30	9(30.0)	11(36.7)	10(33.3)	22(66.7)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.3 2 组治疗前后中医证候积分比较 2 组患者胸闷、胸痛、心悸、气短及总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	时间节点	胸闷	胸痛	心悸	气短	总积分
治疗组	30	治疗前	2.38 $\pm$ 0.22	3.52 $\pm$ 0.22	3.15 $\pm$ 0.44	2.82 $\pm$ 0.59	14.70 $\pm$ 1.78
		治疗后	0.71 $\pm$ 0.13 ^{ab}	1.51 $\pm$ 0.22 ^{ab}	1.47 $\pm$ 0.24 ^{ab}	0.97 $\pm$ 0.31 ^{ab}	4.57 $\pm$ 1.04 ^{ab}
对照组	30	治疗前	2.46 $\pm$ 1.24	3.48 $\pm$ 0.25	3.21 $\pm$ 0.45	3.13 $\pm$ 0.72	15.07 $\pm$ 1.20
		治疗后	1.34 $\pm$ 0.20 ^a	2.27 $\pm$ 0.31 ^a	2.10 $\pm$ 0.28 ^a	1.60 $\pm$ 0.32 ^a	8.87 $\pm$ 1.28 ^a

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

3.4.4 2 组治疗前后西雅图心绞痛量表积分比较

2 组患者躯体活动受限程度、心绞痛稳定状态、心绞痛发作状况、治疗满意程度、疾病认知程度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 组治疗前后西雅图心绞痛量表积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	躯体活动受限程度	心绞痛稳定状态	心绞痛发作状况	满意程度	疾病认知程度
治疗组	30	治疗前	54.93 $\pm$ 1.84	49.37 $\pm$ 2.44	59.80 $\pm$ 1.42	37.10 $\pm$ 0.99	45.47 $\pm$ 1.63
		治疗后	34.83 $\pm$ 3.01 ^{ab}	72.57 $\pm$ 4.33 ^{ab}	44.90 $\pm$ 1.83 ^{ab}	58.63 $\pm$ 3.07 ^{ab}	74.87 $\pm$ 1.94 ^{ab}
对照组	30	治疗前	54.43 $\pm$ 1.74	48.70 $\pm$ 1.78	59.20 $\pm$ 1.45	36.87 $\pm$ 0.97	45.53 $\pm$ 1.70
		治疗后	44.67 $\pm$ 1.83 ^a	61.23 $\pm$ 2.43 ^a	51.97 $\pm$ 1.19 ^a	45.43 $\pm$ 1.48 ^a	61.00 $\pm$ 2.69 ^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

SAP 属中医学“胸痹”“心痛”的范畴。雷忠义认为该病与痰、瘀有着不可分割的联系,并运用加味栝楼薤白汤进行治疗,多获良效。SAP 多发生于老年人群,因该类人群年老体衰,加之饮食、作息不规律,使脏腑功能失调,气血阴阳亏损,肝气郁结不舒,脾胃运化失职。初期为肝气郁结、血热蕴为热毒,久之则气血失调,血瘀、痰浊从内而生,互相胶结于体内,使心脉气血不得运行,阻塞而成胸痹、心痛。本病的主要病机为痰瘀互结,痰、瘀二者长久郁结于血脉内,影响气血运行,不仅使气滞血瘀更为严重,且更易化热成毒,从而伤气耗血、损伤津液,最终导致营卫不和,气血虚损,脏腑亏损^[8-10]。故治疗应以益气行气、清热化痰、凉血行瘀为原则。痰瘀互结型胸痹心痛以痰、瘀为主要病理基础,故以化痰祛瘀为先,方中栝楼皮利气宽胸、化痰散结,针对于肺热之症,兼有清泻肺热之效;丹参行气活血化瘀,二者为君药。薤白归于心经,性辛温,可通阳散结、行气导滞,助栝楼皮行气利气、散结导滞;川芎为血中之气药,行气活血止痛,可在气分行散,又入血分,下行可达血海,(下转第 21 页)

压低,T波改变。冠状动脉造影:多处严重狭窄。BP 142/86mmHg。诊断:胸痹(肝郁痰瘀证)。治法:疏肝祛瘀,豁痰通络。方以疏肝宁心汤合小陷胸汤加减:白参 12g,川芎 8g,郁金 10g,柴胡 10g,丹参 10g,白芥子 5g,九香虫 5g,瓜蒌皮 10g,法半夏 10g,川黄连 5g。每天 1 剂,水煎,早晚 2 次温服。二诊:胸痹心痛较前减轻,每日阵发性发作次数减少,胁肋部胀痛较前缓解,气促减轻,症状明显改善,但仍感胸闷、乏力,气短,咳嗽,舌脉如前。原方加黄芪 30g、麦冬 15g、五味子 5g,续服 7 剂。三诊,上症皆除,BP: 128/78mmHg。心电图提示正常。冠脉造影:多处斑块较前明显缩小。嘱其守方 7 剂继续治疗,告知患者控制情绪,勿动怒,避免剧烈运动,随访至今,未曾复发。

按语:本案患者因情绪激动、劳累后出现胸部疼痛、胸闷等心系病变,伴有胁肋部胀痛、气短、乏力、咳嗽、纳呆等症,乃肝气郁滞、痰瘀阻络之证。冠心病乃本虚标实之证,以标实为主,本病标实有气滞、血瘀、痰浊。气为血之帅,血为气之母,气行则血行,气滞则血瘀,并与痰互结,阻滞脉道。而患者本虚则为气虚,乏力气短、劳累后加重,气虚则推动无力,可致气机阻滞,痰浊内生,进而痹阻心脉。心主血行有赖于肝的疏泄。肝失疏泄,则易致血瘀痰阻,肝气乘脾,脾失健运,聚湿成痰,因此肝气郁滞与冠心病的发生发展密切相关。本案用疏肝宁心汤合小陷胸汤加减治疗,以白参大补元气,生津养血,郁金、川芎活血行气,柴胡疏肝解郁,川黄连、

(上接第7页)能助丹参行气行血,二者共为臣药。黄芪为益气之药,以补气之亏虚;骨碎补可滋补肝肾,养血而止痛;葛根性凉,可辛散走表,赤芍可清解血热,此二药一为气,一为血,共清气血之热;郁金可行气解郁、凉血破瘀,主治胸腹胁肋诸痛;泽泻可渗湿、泄热化痰;炙甘草调和诸药,以上共为佐使药。诸药同用,可达益气行气、清热化痰、凉血行瘀之功。

综上所述,口服加味栝楼薤白汤治疗痰瘀互结型慢性稳定性心绞痛可有效缓解患者胸闷、胸痛、心悸、气短等症状,提高中医证候疗效和心绞痛疗效,并可有效改善躯体活动受限的程度,稳定心绞痛状态,减少心绞痛发作,提高患者治疗的满意度,疗效肯定,患者依从性好,有良好的临床应用前景。

参考文献

[1] 陆再英,钟南山,谢毅. 内科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:274-275,279.

瓜蒌皮、法半夏、白芥子清热化痰,宽胸散结,丹参活血祛瘀,安神宁心,九香虫理气止痛。二诊时,患者症状较前好转,证明方药已切中病机,辨病辨证正确。患者仍感胸闷、乏力,气短,咳嗽,故加黄芪益气健脾,麦冬、五味子收敛阴津、润肺止咳。嘱患者畅情志,避免剧烈运动。诸药合用,使心脉得通、痰瘀得化,诸症得除。

5 小 结

郑教授运用疏肝化痰法治疗冠心病心绞痛,从肝心论治,在方药中加入补气化痰之药,注重益气豁痰,宽胸开膈,通补兼施,标本兼顾,通而不伤其正,补而不碍其邪,故心病之症自然痊愈,临床疗效满意。

参考文献

- [1] 汤晓丹,严冬. 冠心病心绞痛中药治疗最新研究进展[J]. 辽宁中医药大学报,2014,16(3):105-107.
- [2] 杨俐,许丽平,马洁,等. 郭子光辨治冠心病心绞痛经验[J]. 中医杂志,2010,51(11):971-972.
- [3] 钟宁,方奇志,张翼,等. 人脐静脉血管内皮细胞容量激活和钙激活氯离子通道(英文)[J]. Acta Pharmacologica Sinica, 2000(3):25-30.
- [4] 龚时鹏,赵颖婷,Yan-Hong Yu,等. 胎儿生长受限胎盘血管模型的构建及其临床意义分析[J]. 妇产与遗传:电子版, 2013,3(1):53-58.

(收稿日期:2018-09-28)

- [2] 中华医学会心血管病学分会. 慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南[M]. 北京:中国医药科技出版社,2007.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:68-73.
- [4] 刘超峰,范虹,雷鹏. 名老中医雷忠义治疗冠心病心绞痛痰瘀互结证的经验[J]. 陕西中医,2003,23(8):722-723.
- [5] 姚斌,刘超峰,陈志文,等. 脑心清片联合冠心病标准化治疗冠心病稳定型心绞痛的临床疗效及安全性观察[J]. 光明中医,2015,30(4):823-824.
- [6] 陈德智. 理气活血滴丸治疗冠心病慢性稳定性心绞痛(气滞血瘀、胸阳痹阻证)的临床疗效观察[D]. 济南:山东中医药大学,2018.
- [7] 陈可冀. 心血管疾病研究[M]. 上海:上海科学技术出版社,1998:300-301,311-318.
- [8] 吴勉华,王新月. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:205.
- [9] 王申,刘超峰. 陷胸逐瘀汤治疗痰瘀互结型胸痹心痛之经验[J]. 实用妇科内分泌杂志,2017,4(29):23-24.
- [10] 武雪萍,于小勇,刘超峰. 雷忠义主任医师痰瘀毒并治冠心病心绞痛的经验[J]. 陕西中医,2010,31(11):1507-1508.

(收稿日期:2018-11-08)