

通阳法治疗冠心病不稳定型心绞痛临床观察

侯新蕊¹ 陈典璇²

(1 中国人民解放军总医院心内科,北京,100853; 2 中国人民解放军总医院中医科,北京,100853)

摘要 目的:观察通阳法结合西药治疗冠心病不稳定型心绞痛临床疗效。方法:选取 2010 年 3 月至 2013 年 3 月在我科住院患者 258 例,随机分为对照组和治疗组。对照组采用西药治疗,治疗组在对照组基础上加用自拟通阳舒心汤口服。治疗 4 周后进行疗效统计分析。结果:在心绞痛发作次数、持续时间及硝酸甘油用量上,两组自身治疗前后比较差异有统计学意义($P < 0.05$),在以上 3 方面及心电图疗效、总有效率方面两组间比较,差异也有统计学意义($P < 0.05$)。结论:通阳法结合西药治疗冠心病不稳定型心绞痛优于单纯使用西药治疗,值得临床推广。

关键词 冠心病不稳定型心绞痛;通阳法;中西医结合

Clinical Observation on Activating Yang Method in Treating Unstable Angina Pectoris of Coronary Heart Disease

Hou Xinrui¹, Chen Dianxuan²

(1 Department of Cardiology General Hospital of PLA, Beijing 100853, China; 2 Department of Traditional Chinese Medicine General Hospital of PLA, Beijing 100853, China)

Abstract Objective: To observe the clinical effect of activating Yang method combined with western medicine to treat unstable angina pectoris of coronary heart disease. **Methods:** The 258 admitted in our department from 2010 March to 2013 March were randomly divided into treatment group and control group. The control group applied western medicine, and the treatment group gave patients extra application of Tongyangshuxin decoction. Statistical analysis of the effect was made after 4 weeks of treatment. **Results:** Both group showed significant differences before and after treatment in terms of the frequency of angina attack, duration and dosage of nitroglycerin ($P < 0.05$); there were also significant differences in terms of the total curative rate, in the above 3 aspects and ECG between the two groups ($P < 0.05$). **Conclusion:** Activating Yang method combined with western medicine in the treatment of unstable angina pectoris of coronary heart disease is better than single application of western medicine treatment, and it is worthy of clinical application.

Key Words Unstable angina pectoris; Activating Yang method; Integrated traditional Chinese and Western Medicine

中图分类号:R259;R243 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2014.03.024

冠心病是指冠状动脉粥样硬化使血管管腔狭窄或阻塞,或因冠状动脉痉挛或功能性改变导致心肌缺血、缺氧、坏死而引起的心脏病的统称。冠心病可分为急性冠脉综合征和慢性冠脉病。而急性冠脉综合征包括不稳定型心绞痛、非 ST 段抬高性心肌梗死和 ST 段抬高性心肌梗死。不稳定型心绞痛是指由于冠脉内不稳定的粥样斑块继发病理改变,使局部心肌血流量明显下降,导致缺血加重,而引起的临床症状。现代研究认为其处在稳定型心绞痛和急性心肌梗死之间的中间状态^[1]。目前西医治疗主要硝酸酯类或 β 受体阻滞剂、钙通道阻滞剂扩张血管,抗凝及调脂等治疗,但有部分患者对以上药物治疗反应并不明显,而且容易出现不良反应^[2]。我科自 2010 年 3 月至 2013 年 3 月运用自拟通阳舒心汤配合西药治疗冠心病不稳定型心绞痛患者 132 例,取得了较好临床效果。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2010 年 3 月至 2013 年 3 月收入我科住院治疗的冠心病不稳定型心绞痛患者 258

例,随机分为对照组(西药治疗组)和治疗组(中西医结合治疗组)。其中对照组 126 例,男 75 例,女 51 例,年龄 43~72 岁,平均年龄(55.32 ± 4.68)岁,病程 1~10 年,平均病程(5.36 ± 1.25)年,心绞痛发作次数 1~9 次/d,平均发作次数(4.22 ± 1.64)次/d,心绞痛发作持续时间 2~23 min,平均持续时间(11.32 ± 2.56)min,硝酸甘油服用量为 1~9 片/d,平均(6.02 ± 1.52)片/d,按病情分组,低危组 78 例,中危组 38 例,高危组 10 例;治疗组 132 例,男 80 例,女 52 例,年龄 42~73 岁,平均年龄(56.24 ± 3.85)岁,病程 2~12 年,平均病程(4.96 ± 1.38)年,心绞痛发作次数 1~10 次/d,平均发作次数(4.56 ± 1.57)次/d,心绞痛发作持续时间 1~22 min,平均持续时间(10.98 ± 3.02)min,硝酸甘油服用量为 1~11 片,平均(5.84 ± 1.06)片/d,按病情分组,低危组 85 例,中危组 35 例,高危组 12 例。经统计学处理,两组在性别、年龄、病程、心绞痛发作次数、持续时间、病情上比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 根据2000年中华医学会心血管病学分会关于不稳定性心绞痛诊断及内科学相关内容制定纳入标准如下^[3]:符合冠心病不稳定型心绞痛诊断标准:1)临床症状:胸闷胸痛、心前区压榨或紧缩痛,有时可放射至左肩、左臂内侧达无名指和小指,或原为稳定型心绞痛,在1个月内疼痛发作的频率增加,程度加重,持续时间延长;2)心肌酶谱检查:磷酸肌酸激酶、肌红蛋白、肌钙蛋白等升高;3)心电图检查:以心绞痛发作时ST段的异常变化最具诊断价值,检查发作时及缓解后的心电图,ST段压低或抬高 ≥ 1 mm(胸导联抬高 ≥ 2 mm)。但发作时ST段压低0.5~1 mm时,也需怀疑本病。符合中医胸痹或心痛病的诊断^[4]:心脉挛急或滞涩引起的以膻中部位及左胸膺部疼痛,轻者可感胸闷如窒,呼吸欠畅;重者突然疼痛如刺如绞,面色苍白,大汗淋漓,四肢不温。

1.2.2 排除标准 1)经相关检查诊断为急性心肌梗死及稳定型心绞痛患者;2)合并严重肝、肺、肾功能不全者;3)妊娠及哺乳期女性患者;4)不能配合治疗者,如拒绝服用中药、药物过敏、精神疾病患者。

2 治疗方法

对照组常规使用氯吡格雷75 mg,1次/d,美托洛尔25 mg,2次/d,阿托伐他汀20 mg,睡前1次/d,心绞痛发作时舌下含服硝酸甘油0.5~1.0 mg,效果不佳者可适速静滴。治疗组在对照组常规治疗基础上加用自拟通阳舒心汤加减,1剂/d,分两次温服。方剂以枳实薤白桂枝汤为基础方加减而成:瓜蒌12 g,薤白9 g,枳实12 g,桂枝9 g,厚朴12 g,半夏12 g,陈皮12 g,川芎9 g,田七6 g,甘草3 g。若寒凝明显者,加干姜、附子;气滞明显者,加大厚朴、枳实、陈皮用量;痰浊明显者,加茯苓、橘红健脾祛痰;血瘀明显者,加用地龙、全蝎等。两组患者均治疗4周后进行疗效统计分析。

3 疗效评定标准

3.1 临床疗效标准^[5] 显效:心绞痛等主要症状基本消失,不需要服用硝酸酯类药物;有效:心绞痛等主要症状明显减轻,硝酸酯类药物用量减少一半以上;无效:心绞痛症状和硝酸酯类药物用量无明显改变。

3.2 心电图疗效标准 显效:心电图正常或大致正常;有效:ST段压低上升0.05 mv以上,但尚未达正常;无效:心电图治疗前后基本无变化。

4 统计学处理

本观察所得数据采用SPSS 13.0统计学软件进行分析,计量资料使用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

5 疗效观察及分析

5.1 两组治疗前后心绞痛发作次数情况对比 从表1可以看出,心绞痛发作次数两组治疗后较治疗前均明显减少,但治疗组疗效明显优于对照组。

表1 两组治疗前后心绞痛发作次数比较(次/d)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	132	4.56 ± 1.57	1.66 ± 0.21
对照组	126	4.22 ± 1.64	1.75 ± 0.27

注:治疗前两组比较无统计学意义, $t = 1.701, P = 0.090, P > 0.05$,具有可比性。两组各自治疗前后对比均 $P < 0.05$,有统计学意义;治疗后两组对比, $t = 2.996, P = 0.003 < 0.05$,有统计学意义。

5.2 两组治疗前后心绞痛发作持续时间对比 从表2可以看出,心绞痛发作持续时间两组治疗后均比治疗前变短,且治疗组疗效优于对照组。

表2 两组治疗前后心绞痛发作持续时间比较(min)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	132	10.98 ± 3.02	1.05 ± 0.23
对照组	126	11.32 ± 2.56	1.13 ± 0.18

注:治疗前两组比较无统计学意义, $t = 0.973, P = 0.331 > 0.05$,具有可比性。两组各自治疗前后对比均 $P < 0.05$,有统计学意义;治疗后两组对比, $t = 3.102, P = 0.012 < 0.05$,提示有统计学意义。

5.3 两组治疗前后服用硝酸甘油用量对比 表3提示,两组治疗后硝酸甘油用量较治疗前均明显减少,且治疗组优于对照组。

表3 两组治疗前后硝酸甘油用量比较(片)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	132	5.84 ± 1.06	1.19 ± 0.25
对照组	126	6.02 ± 1.52	1.28 ± 0.37

注:治疗前两组比较无统计学意义, $t = 1.101, P = 0.269 > 0.05$,具有可比性。两组各自治疗前后对比均 $P < 0.05$,有统计学意义;治疗后两组对比, $t = 2.299, P = 0.022 < 0.05$,提示有统计学意义。

5.4 两组心电图疗效对比 两组治疗后心电图疗效对比显示,治疗组优于对照组。见表4。

表4 两组治疗心电图疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	132	47	73	12	90.91
对照组	126	39	62	25	80.16

注:治疗后心电图疗效总有效率与对照组比较, $\chi^2 = 6.065, P = 0.014 < 0.05$,提示有统计学意义。

5.5 治疗后两组临床疗效对比 见表5。

表5 两组临床疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	132	75	53	4	1.19 ± 0.25
对照组	126	61	54	13	1.28 ± 0.37

注:治疗后两组疗效总有效率比较, $\chi^2 = 5.562, P = 0.018 < 0.05$,有统计学意义。两组治疗后临床疗效对比显示,治疗组优于对照组。

6 讨论

冠心病不稳定型心绞痛是一组临床心绞痛综合征,主要包括除稳定型劳力性心绞痛以外的初发劳力型心绞痛、恶化劳力型心绞痛、静息心绞痛、梗死后心绞痛、变异型心绞痛等亚型^[3]。关于本病发病机制主要有以下几个方面:首先,经研究证实,突发心绞痛经常与斑块破溃出血有关^[6];其次,持续的炎症刺激可导致坏死和纤维组织形成,而且使斑块局部和循环炎症介质浓度升高,导致斑块更易破溃,从而迅速形成血栓^[7];第三,血小板聚集,大量实验和临床观察证实抗血小板聚集治疗可改善患者预后及明显降低急性心梗和猝死的发生率^[8]。

针对本病的症状及病理因素,现代医学内科主要治疗有以下几点:抗血小板治疗,中华医学会心血管病学分会仍推荐首选阿司匹林抗血小板治疗,另外氯吡格雷也有类似功能,可快速抑制血小板聚集^[3];而抗凝治疗,低分子肝素逐渐取代普通肝素成为抗凝治疗首选;硝酸酯类药物,此类药物主要用于控制心绞痛急性发作症状,发作时舌下含服硝酸甘油,若无效亦可静脉滴注。另外 β 受体阻滞剂对缓解心绞痛急性发作症状及远期疗效均有益处,主要药物有美托洛尔、比索洛尔等;而钙离子拮抗剂通过缓解心肌缺血来治疗冠状动脉缺血痉挛引起的心绞痛,变异性心绞痛首选硝苯地平治疗。硝酸酯类、 β 受体阻滞剂、钙离子拮抗剂三者可联合使用来治疗严重不稳定型心绞痛患者;溶栓治疗,运用尿激酶溶栓治疗是否对本病有益,仍须进一步观察和研究;他汀类药物,有明显稳定斑块、预防血栓作用,还能通过降血脂来延缓或逆转动脉粥样硬化进展。

西药治疗虽能缓解症状,对大部分患者有效,但药物不良反应也比较常见^[9]。长期服用阿司匹林可出现消化道损伤、血小板减少等症;硝酸酯类药物对不稳定型心绞痛疗效并不稳定,且有部分患者出现耐药现象; β 受体阻滞剂和钙离子拮抗剂均有不良反应及较大范围禁忌症^[2-3,10]。因此探讨中西医结合治疗本病以减少患者对西药的依赖,提高药物疗效意义重大。

本病在中医属“心痛”“胸痹”范畴,《素问》中首先论述心痛病机为心脉痹阻不通。张仲景提出“胸痹”,并沿用至今,其提出本病病机为“阳微阴弦”,即素体阳虚,而寒凝阻于心脉,使胸阳痹阻,气机不畅,心脉挛急或闭塞而发病,并在《金匱要略》中提出宣痹通阳法治本病,至今仍广泛运用于临床。后世医家对本病进行更完善的补充,如《症因脉治》提出除了寒凝以外痰浊、气滞、血瘀等均可引起胸痹心痛的发生。而

治疗方面针对疾病的病机,提出芳香温通、活血化瘀等治法,但均不离仲景通阳之法。本病病位在心,涉及肝、肾、脾脏,属虚实兼夹。

本观察中的通阳舒心汤即在《金匱要略》中枳实薤白桂枝汤基础上进行加减而拟成,主治胸痹之胸阳不振而见胸满而痛,甚或胸痛彻背,喘息咳唾、短气,气逆上攻心胸,多舌苔白腻,脉沉弦或紧等症。方中瓜蒌味甘性寒,涤痰散结,开胸通痹;薤白辛温,通阳散结,化痰散寒,能散胸中凝滞之阴寒、化上焦结聚之痰浊、宣胸中阳气以宽胸^[11],两者共为君药,为治疗胸痹要药,在《金匱要略》中因气滞、痰浊偏重用瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤分治,而二者均为君药,可见此组合在胸痹治疗中之重要性;枳实下气破结,消痞除满;厚朴燥湿化痰、下气除满,二者合用,共助君药通阳化痰、宽胸散结、消痞除满。佐以桂枝通阳散寒、降逆平冲,半夏、陈皮燥湿祛痰、理气除满,川芎、田七活血化瘀;甘草调和诸药并有缓急之功效。上药共奏通阳散结、祛痰下气之功用。

本观察提示在冠心病不稳定型心绞痛治疗上,常规西药对症处理结合口服通阳法中药可明显缓解症状,减少药物用量,提高疗效,值得临床推广及进一步研究。

参考文献

- [1] 陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:274-302.
- [2] 许世申,黄维国.舒血宁注射液联合单硝酸异山梨酯静脉滴注治疗不稳定型心绞痛的临床观察[J].临床合理用药杂志,2012,5(8):52.
- [3] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.不稳定型心绞痛诊断和治疗建议[J].中华心血管病杂志,2000,28(6):409-412.
- [4] 田德禄,蔡淦.中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,2006:125-132.
- [5] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:68-73.
- [6] Willerson JT. Conversion from chronic to acute coronary heart disease syndromes, role of platelets products[J]. Tex Heart Inst J,1995,22:13-19.
- [7] 李兴武.急性冠脉综合征发病机制的现代观念[J].国外医学:老年医学分册,2002,23(5):208-211.
- [8] Abrahamsson P, RO sengren A, Dellborg M. Improved long-term prognosis for patients with unstable coronary syndromes 1988-1995[J]. Eur Heart J,2000,21:533-539.
- [9] 聂晓璐,申浩,谢雁鸣,等.灯盏细辛注射液联用西药治疗不稳定型心绞痛的 Meta 分析[J].中国中药杂志,2013,37(18):2768.
- [10] 陈丹,朱宁.冠心病、不稳定型心绞痛的用药分析与药学监护[J].中国医刊,2013,48(2):100.
- [11] 邓中甲.方剂学[M].北京:中国中医药出版社,2003:220-221.