

- [3] 李春香,王春燕,武淑霞. 桂枝茯苓丸辅助抗生素治疗慢性盆腔炎的临床疗效观察[J]. 世界中医药, 2016, 11(7): 1257-1260.
- [4] 王泽华. 妇产科学[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 196-201.
- [5] 罗颂平. 中医妇科学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 112-113.
- [6] 张福梅. 金刚藤联合妇科千金片对慢性盆腔炎的疗效及其对患者血清细胞因子 IL-6 和 GM-CSF 水平的影响[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(13): 2606-2608.
- [7] 冯彦君,谢京蕊,陈继兰. 慢性盆腔炎的中医药研究进展[J]. 光明中医, 2016, 31(14): 2142-2144.
- [8] 纵艳艳,陈衍秋,胡赛玲. 中西医结合治疗慢性盆腔炎合并盆腔积液的临床分析[J]. 中华全科医学, 2016, 14(6): 1059-1060.
- [9] 张丽,李彦娟. 超声诊断盆腔炎性疾病的影像学分析[J]. 中国医药指南, 2017, 15(19): 137-138.
- [10] 满玉晶,张萌,吴效科. 桂枝茯苓丸的药理作用及其临床应用[J]. 中医临床研究, 2017, 9(28): 141-143.

(本文校对:薛红梅 收稿日期:2019-01-14)

中医分型论治冠心病心绞痛临床观察

苟文亮

摘要:目的 观察分析中医方药治疗冠心病心绞痛的效果及优势。方法 选取2010年1月—2018年12月接治的180例冠心病心绞痛患者,随机分成A、B 2组,每组90例,即A组(中药组)90例,B组(西药组)90例。B组采用常规西药治疗,A组90例采用中医理法方药分型论治,痰浊阻络型12例、阴寒凝滞型20例、心肾两虚型9例、心脉瘀阻型38例、气虚血瘀型11例。分别采用通阳散结,宽胸豁痰;辛温通阳,宣痹散寒;滋阴益肾,通脉宁神;活血化瘀,通脉止痛;益气养阴,活血通络等治法进行治疗。结果 A组总有效率81.11%,B组总有效率71.11%,A组有效率明显高于B组($P < 0.05$),差异具有统计学意义。B组有12例出现恶心、呕吐、头晕等不良反应,而A组未见明显不良反应。结论 中医分型论治在缓解患者心绞痛症状、ECG改善方面,以及心绞痛发作次数方面比纯西药治疗具有明显优势,且无西药治疗的胃肠道反应、低血压或潜在出血风险。

关键词:心悸;胸痹;分型论治;冠心病心绞痛;中医药疗法

doi: 10.3969/j.issn.1003-8914.2019.09.007 文章编号:1003-8914(2019)-09-1319-04

Clinical Observation on the Curative Effect of Traditional Chinese Medicine Classification in the Treatment of Angina Pectoris of Coronary Heart Disease

GOU Wenliang

(Department of TCM Internal Medicine, Qingchuan County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Sichuan Province, Qingchuan628100, China)

Abstract: Objective To observe and analyze the efficacy and advantages of TCM formulas in the treatment of angina pectoris of coronary heart disease. **Methods** 180 patients with angina pectoris of coronary heart disease admitted to our hospital from January 2010 to December 2018 were randomly divided into group A and group B, with 90 cases in each group, namely group A (traditional Chinese medicine group) and group B (western medicine group). Group B was treated with conventional western medicine, 90 cases in group A were treated with TCM herbs, 12 cases were phlegm turbidity blocking collaterals, 20 cases were yin and cold stagnation, 9 cases were heart and kidney deficiency, 38 cases were heart and blood stasis, 11 cases were qi deficiency and blood stasis. The Tongyang Sanjie, Kuanxiong Huotan, Xinwen Tongyang, Xuanbi Sanhan; Ziyin Yishen; Huoxue Huayu, Tongmai Ningshen; Yiqi Yangyin, Huoxue Tongluo herbs were used. **Results** The total effective rate of group A was 81.11%. The total effective rate of group B was 71.11%, and the effective rate of group A was significantly higher than that of group B ($P < 0.05$), and there had statistical significance. 12 patients in group B had nausea, vomiting, dizziness and other adverse reactions, while no significant adverse reactions were observed in group A. **Conclusion** Classification and Treatment of Traditional Chinese Medicine has a significant advantage over group B in relieving angina symptoms, improving ECG, and the frequency of angina attacks, and there is no gastrointestinal reaction, hypotension or potential bleeding risk of Western medicine treatment. **Key words:** palpitation; thoracic obstruction; classification and treatment; angina pectoris of coronary heart disease; therapy of TCM

冠心病是临床常见缺血性心脏病,心绞痛是各种

诱发因素下导致的冠脉血供减少,心肌急剧短暂的缺血、缺氧而引起一种临床常见心脏缺血缺氧性疾病。许多病因可诱发冠心病心绞痛的发生,其临床特点为

发作性前胸压榨疼痛或憋闷感,主要位于胸骨后部或心前区,少数患者可放射至左上肢尺侧^[1],本病男性多于女性。中医理论认为该病属“厥心痛”“真心痛”“胸痹”“卒心痛”“心悸”的范畴^[2],中医经典《伤寒杂病论》认为胸痹的病机主要为“阳微阴弦”。冠心病不稳定型心绞痛可分为气虚血瘀、瘀血阻络、心脾气血两虚、痰瘀互结、肝胃不和等类型,病位主要在心^[3],与肝、脾、肾亦有关。瘀血与痰浊是冠心病的重要发病因素。现代医学研究表明冠心病患者多数存在浓、稠、黏、凝、聚的瘀血状态。西医多采用硝酸甘油片含服,抗血小板、降脂等治疗,本研究通过症状及舌苔、脉象辨证综合分析,笔者采用分型论治的方法治疗心绞痛取得了较为满意的疗效,因为中医治疗冠心病不仅能改善患者症状且能从整体调节脏腑功能平衡,减少痰湿、瘀血的发生,阻断各种发病高危因素,故能收良效,以此供同道参考,提供些许思路。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2010 年 1 月—2018 年 12 月在本科治疗的 180 例心绞痛患者,随机分为 A、B 2 组,每组 90 例。其中 A 组 90 例中男 73 例,女 17 例;年龄 48~77 岁,50 岁以下者 8 例,51~60 岁患者 17 例,61~70 岁患者 57 例,71~77 岁患者 8 例;其中 A 组稳定型心绞痛 72 例,不稳定型心绞痛 13 例,变异型心绞痛 5 例。B 组 90 例中男 68 例,女 22 例;年龄 46~79 岁,50 岁以下者 11 例,51~60 岁患者 27 例,61~70 岁患者 47 例,71~77 岁患者 5 例;其中 B 组稳定型心绞痛 78 例,不稳定型心绞痛 10 例,变异型心绞痛 2 例。2 组患者的年龄分布、性别、心绞痛类型等基本情况比较无明显差异($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 西医诊断标准:诊断标准参照《心绞痛诊断和治疗建议》^[4]。心绞痛的诊断标准主要包括:1) 症状及体征:发作性心前区绞痛胸痛胸闷,发作时间数秒、数分钟不等,不超过 15 min,疼痛可以放射至左肩及左上肢;伴随心悸心慌;发作时面色苍白、大汗淋漓、心率加快,心尖部第一心音有所减低。2) 心电图改变:若为劳力性心绞痛,则 S-T 段压低,T 波减低或倒置,若为自发性心绞痛,则 S-T 段压低,T 波改变,若为变异型心绞痛,则部分导联 S-T 段抬高,常常伴有室性心律失常。3) 冠状动脉 CTA。4) 冠状动脉造影:诊断心绞痛的金标准,利用造影剂原理,打入冠脉内进行冠脉 CT,进行冠脉 DSA 造影,确诊度较高,当造影结果为阴性,心绞痛发病几率较小;造影结果为阳性,狭窄超过 75%,为重度心绞痛。中医辨证

分型标准:参照《现代中医临床诊断学》及《中药临床研究指导原则》^[5]。

1.3 纳入与排除标准 纳入标准:1) 符合西医冠心病心绞痛诊断标准;该病的症状和体征。心肌缺血的客观依据:发作时 ST-T 的缺血型改变;心电图运动试验阳性;心肌灌注显影试验提示心肌缺血性改变;冠状动脉造影提示有狭窄。2) 症状证候符合中医辨证分型;痰浊阻络型 症见心胸闷塞疼痛,气喘痰多,肢乏体重,素体肥胖,舌肥大边有齿痕,苔浊腻或白滑,脉滑弦。阴寒凝滞型 症见胸痛寒甚发作,心悸气短,面色苍白,舌淡红,苔白,脉沉细紧。心肾两虚型 症见胸闷疼痛,劳则加剧,心悸气短,失眠难安,腰膝酸软,头晕耳鸣,舌红光无苔,脉细数涩。心血瘀阻型 胸闷气短,心胸疼痛较剧,痛有定处,剧则见肢冷唇青,舌苔白,质紫暗,舌下静脉扩张迂曲青紫,脉弦涩、结代促。气虚血瘀型 症见心胸刺痛,劳则加重,神疲乏力,体多倦怠懒言,舌淡暗有齿痕,苔薄白,脉细弱无力、结代。3) 年龄 40~78 岁。4) 签署临床治疗伦理知情同意书。排除标准:1) 血液病、恶性肿瘤、感染等。2) 急慢性心力衰竭、急性心肌梗死、心动过缓、重度心律失常、重度神经官能症、房室传导阻滞、外周血管病者等其他心脏疾病所致胸痛。3) 经皮冠状动脉介入术(PCI) 3 个月以内或 6 个月以内。4) 严重心力衰竭,NYHA 分级Ⅲ级及以上。5) 严重肝功能不全或既往有药物性肝损害的患者^[6]。6) 既往有严重消化性溃疡、慢性胃肠疾病者。

1.4 方法

1.4.1 治疗方法 B 组采用西医常规治疗:1) 一般处理:卧床休息 1~3 天,避免诱发因素刺激,床旁 24 h 心电监护,吸氧。2) 缓解疼痛:给予硝酸甘油片含化,每 5 min 一次,共用 3 次。无效者用硝酸甘油注射液加入 250 ml 或 500 ml 生理盐水静脉输液泵泵入,以 10 $\mu\text{g}/\text{min}$ 开始,每 3~5 min 增加 10 $\mu\text{g}/\text{min}$,直至心绞痛症状缓解。3) 抗凝降脂:阿司匹林肠溶片 100 mg,每日 1 次口服;辛伐他汀 20 mg,每天 1 次口服。4) 必要时给予冠脉介入治疗^[7]。A 组采用中医理法方药分型论治,痰浊阻络型 12 例、阴寒凝滞型 20 例、心肾两虚型 9 例、心脉瘀阻型 38 例、气虚血瘀型 11 例。痰浊阻络型 症见心胸闷塞疼痛,气喘痰多,肢乏体重,素体肥胖,舌苔黄厚腻或白滑,脉滑弦。治予宽胸豁痰、通阳散结兼以止痛,方用瓜蒌薤白半夏汤:瓜蒌 30 g,薤白 30 g,姜半夏 12 g,黄酒 5 ml;加钩藤 15 g,地龙 10 g,延胡索 15 g,建曲 20 g,泽泻 15 g^[8]。瓜蒌薤白半夏汤来源于《金匱要略》,由瓜蒌实、薤白、

半夏、黄酒组成,有行气解郁,通阳散结,祛痰宽胸功效。经过现代医学研究表明,瓜蒌、薤白中的有效成分能够抑制血小板功能、改善脂质代谢等作用,进一步达到改善血液流变学目的,降低血管内皮损伤,减少心肌梗死机率^[9]。阴寒凝滞型,症见胸痛寒甚发作,心悸气短,面色苍白,四肢厥冷,冷汗自出,舌淡红,苔白,脉沉细紧。治以辛温通阳、宣痹散寒;方用瓜蒌薤白桂枝汤:枳实 12 g,薤白 30 g,桂枝 20 g,瓜蒌 30 g,厚朴 12 g;加干姜 15 g,黄芪 15 g,附片(先煎 0.5~1 h,嘴尝无麻味即可) 20 g,细辛 3 g。上述药物通过温通全身经脉,鼓动血液流动,对抗阴寒凝滞带来的血液流动缓慢进而引起淤血的状态,改善心脏血流量,防止心肌缺血缺氧。心肾两虚型,症见胸闷疼痛,遇劳加剧,心悸气短,失眠不安,腰膝酸软,头晕耳鸣,舌红光无苔,脉细数涩。治予养心益肾,滋阴安神,通过交通心肾,水火既济,上下得安,故能收良效。方用保元汤加减:人参 10 g,黄芪 15 g,肉桂 5 g,甘草 6 g;加石斛 15 g,丹参 15 g,山萸肉 15 g,茯苓 20 g,天冬 15 g,赤芍 15 g,白芍 15 g。心血瘀阻型,胸闷气短,心胸疼痛较剧,痛有定处,剧则见肢冷唇青,舌苔白,质紫暗,有瘀斑或舌下静脉迂曲青紫,脉弦涩、结代促。治以活血通脉、化瘀止痛。方用血府逐瘀汤:当归 9 g,生地黄 10 g,桃仁 12 g,红花 9 g,枳壳 10 g,赤芍 10 g,柴胡 6 g,桔梗 10 g,川芎 15 g,牛膝 10 g;加郁金 15 g,沉香 10 g,乌梢蛇 20 g,水蛭 8 g。该方出自王清任的《医林改错》,方中药物能够活血化瘀、通经透络,从而降低病人血液黏度、提高血液流动动力及改善心肌血液供应,中药通络类药物具有缓解心脏血管痉挛、舒张血管内皮管径的功能,活血化瘀治疗冠心病的机制是通过抗血小板聚集、抗凝血酶、降低纤维蛋白原、溶解纤维蛋白来实现的。调控血管的舒张功能、调节内皮活性物质分泌、保护内皮功能、改善血液流变学指标。气虚血瘀型,症见心胸刺痛,劳则加重,神疲乏力,体多倦怠懒言,舌淡暗有齿痕,苔薄白,脉细弱无力、结代。治以益气活血、养阴通络,经西医药理学研究证明补阳还五汤具有改善血液流变学、抗血栓、抗动脉粥样硬化、抗脑缺血及再灌注损伤等作用。实验与临床研究证实,补阳还五汤通过降低总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇,加速脂质代谢,从而提高周围组织对胰岛素的敏感性,同时还能抗凝,增强纤溶活性,对抗血小板聚集、抑制冠状动脉血栓形成,改善冠脉血液流变学,降低血液黏稠度,改善心肌缺血缺氧。方用补阳还五汤^[10]:黄芪 50 g,当归尾 15 g,赤芍 10 g,地龙 10 g,川芎 15 g,桃仁 5 g,红花

3 g;加白术 15 g,升麻 10。以上方剂用法,水煎服,100 ml/次,每日 1 剂,分 2 次服用,早晚各 1 次,8 周为一个疗程。

1.4.2 观察指标 观察治疗前后心绞痛发作频率、发作次数、间隔时间以及治疗时心绞痛缓解时间的长短和持续时间。治疗前后每周做相同导联心电图,观察 ST 段和 T 波改变情况。治疗前后行血常规,血液流变学指标(纤维蛋白原、全血黏度中切、红细胞压积、全血黏度高切及全血黏度低切、CTn-I)肝肾功及血脂[血浆总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)和高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)]检查。

1.4.3 疗效评定标准 现代医学标准,显效:发作次数减少 80% 以上,硝酸甘油消耗量减少 80% 以上,ECG 恢复至“大致正常”;有效:发作次数及硝酸甘油消耗量均减少 50%~80%,ECG 提示 ST 段降低,治疗后回升 0.05 mV 以上,但未达到正常水平,在主要导联倒置 T 波变浅、T 波由平坦变直立;无效:心绞痛发作次数减少到 50%,ECG 基本与前相同;加重:心绞痛症状持续时间、疼痛程度、发作次数增加,及前后 2 次心绞痛症状发作间隔时间缩短,硝酸甘油消耗量增加,ST 段较治疗前降低 0.05 mV 以上,出现倒置 T 波加深或直立 T 波变平坦,平坦 T 波变倒置^[11]。中医疗效标准:显效:心绞痛及其它症状完全缓解,精神体力基本康复,舌脉正常;有效:症状明显改善,心绞痛发作次数减少至治疗前 50% 以上,舌脉明显好转;无效:症状无明显好转。

1.4.4 统计学方法 本研究中的所有数据均采用 SPSS 19.0 统计学软件进行处理,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验,计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者临床疗效对比 A 组 90 例中痰浊阻络型总有效率 72.10%,阴寒凝滞型总有效率 74.30%,心肾两虚型总有效率 69.40%,心血瘀阻型总有效率 92.90%,气虚血瘀型总有效率 93.80%;A 组总有效率 81.11%。B 组 90 例中显效 41 例,有效 23 例,无效 26 例,总有效率 71.11%。见表 1。

表 1 2 组患者临床疗效对比 (例,%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
A 组	90	49	24	17	73(81.11) ¹⁾
B 组	90	41	23	26	64(71.11)

注:与 B 组相比,¹⁾ $P < 0.05$

2.2 2 组患者不良反应对比 A 组患者出现腹泻 3 例 恶心、烧心 2 例 ,经调整用药后症状消失。B 组患者 5 例出现头晕胀痛、恶心呕吐、低血压状态 ,经对症处理后无其他不适。

3 讨论

冠心病为老年人常见心脏病 ,相关资料显示发病年龄有前移趋势 ,与我国经济飞速发展和城乡居民生活水平提高 ,吸烟、熬夜、缺乏运动等不良生活习惯有一定联系 ,肥胖、高血压、高脂血症、糖尿病等心血管发病高危因素随之增加 ,冠心病发病呈增多趋势。心绞痛属于中医学“心悸”“胸痹”“卒心痛”“真心痛”“厥心痛”等范畴 ,病位主要在心 ,其病机有虚实两方面 ,胸痹属本虚标实之证。实为寒凝、气滞、血瘀、痰阻痹遏胸阳 ,阻滞心脉;虚为心脾肝肾亏虚 ,心脉失养。《诸病源候论》云“其久心痛者 ,是心之支别络 ,为冷风所乘 ,痛也 故成疹(病) 。不死 ,发作有时 ,经久不瘥也”^[12]。这些临床表现 ,类似现代医学中冠心病心绞痛发作。治疗方面 ,中药治疗老年冠心病的临床疗效确切 ,在改善患者临床症状、体征和心电图及血脂方面更具优势 ,中药能够活血化瘀、通经透络 ,从而降低病人血液黏度、提高血液流动动力及改善心肌血液供应 ,中药通络类药物具有缓解心脏血管痉挛、舒张血管内皮管径的功能 ,对于调控血管的舒张功能、调节内皮活性物质分泌、保护内皮功能、改善血液流变学指标也有显著效果 ,从而减轻心绞痛症状 ,控制心绞痛发作时间 ,延长发作间隔时间 ,临床仍需进一步探讨中药抗冠心病心绞痛的生物分子学机理 ,以期在中医药防治心血管疾病研究领域具有广阔前景^[13]。而现代医学在冠心病治疗方面多采用经皮冠状动脉介入术(PCI)作为严重冠心病防治的重要手段 ,已广泛应用于临床。然而术后再狭窄影响了介入治疗的效果 ,PCI 术后仍有部分患者会出现再梗死 ,且术后长期服用抗血小板、抗凝药物对胃肠道黏膜带来损伤 ,降脂药物还有可能诱发肌肉溶解综合征 ,严重者引起肾功能衰竭 ,不良作用明显比中药发生率高。而中医药通过发挥综合调治、既病防变的优势 ,降低再狭窄的发生率 ,减少心绞痛发作次数 ,同时将传统文化与中医辨治理论相融合 ,更好地传承中医思维 ,显示出中医药在防治冠心病心绞痛方面的重要作用^[14]。综上所述 ,通过中医辨证论治冠心病心绞痛 ,能针对心绞痛的不同中医证型给予个性化的方药治疗。整体观念和辨证

论治是中医学的特色 ,中药具有多途径、多靶点的优势 ,因此能得到比较满意的效果^[15] ,为冠心病的临床治疗提供了参考。

参考文献

[1] 陆再英,钟南山.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2011:274-275.
 [2] 周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国医药科技出版社,2018:61-63.
 [3] 刘井红.中医治疗冠心病心绞痛的疗效观察[J].中国医药指南,2013,11(31):208-209.
 [4] 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.不稳定性心绞痛诊断和治疗建议[J].中华心血管病杂志,2000,28(6):409-410.
 [5] 朱文锋,何清湖.现代中医临床诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2003:396.
 [6] 何卫士,孙保军,吕松涛,等.中医治疗 88 例冠心病心绞痛患者的体会[J].光明中医,2018,33(17):2471-2472,2475.
 [7] 王跃蕊.中西医结合治疗心绞痛临床观察[J].实用中医药杂志,2018,34(8):972-973.
 [8] 陈仙萍.中西医联合治疗冠心病心绞痛患者的临床观察[J].光明中医,2018,33(16):2425-2427.
 [9] 刘莉.瓜蒌薤白半夏汤结合血府逐瘀汤治疗冠心病心绞痛的临床观察[J].光明中医,2018,33(15):2191-2193.
 [10] 刘利娟.中西医结合治疗冠心病心绞痛疗效分析[J].光明中医,2015,30(8):1723-1725.
 [11] 史焕周.血府逐瘀汤加减联合麝香保心丸对不稳定心绞痛患者症状改善及 ECG 变化的影响[J].首都食品与医药,2018,25(13):137-138.
 [12] 张红霞,张建平,曹旭焱.脏腑辨证治疗冠心病研究概要[J].长治医学院学报,2018,32(4):318-320.
 [13] 李丹,李玉洁,杨庆,等.血管内皮功能障碍与动脉粥样硬化研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(8):272-276.
 [14] 张娜,张军平,徐士欣,等.中西医对冠心病介入术后再狭窄机制的不同认识[J].医学与哲学,2018,39(2):5-7,22.
 [15] 杨园园,高旭杰,闫建玲,等.中医药治疗冠心病稳定型心绞痛研究进展[J].光明中医,2018,33(8):1099-1101.

(本文校对:王厚晋 收稿日期:2019-01-09)

风动物而生于热 ,譬以烈火焰而必吹 此物类感召而不能违间者也。因热而召 ,是为外来 ,久热不散 ,感而自生 ,是为内发。内外为邪 ,惟病则一 ,淫热之祸 ,条已如前。益以风邪 ,害岂纤止 ,风加头痛 ,风加鼻塞 ,风加肿胀 ,风加涕泪 ,风加脑髓沉重 ,风加眉骨酸疼 ,有一于此 ,羌活胜风汤主之。
 ——摘自元·倪维德《原机启微》