

中西医结合治疗稳定型心绞痛36例临床观察

(南通市中医院, 江苏南通 226001)
张锋莉

摘要 目的:观察中西医结合治疗稳定型心绞痛痰瘀互阻证的临床疗效。方法:将72例患者随机分为2组。对照组36例予常规抗血小板药物、降压、降糖、调脂、扩冠、ACEI/ARB、 β 受体阻滞剂等基础西药治疗,心绞痛发作时可临时含服硝酸甘油片;治疗组36例在对照组治疗基础上加服祛痰通络汤。疗程均为1个月。结果:治疗组心绞痛症状缓解总有效率高于对照组,心电图疗效优于对照组。结论:中西医结合治疗痰瘀互阻证稳定型心绞痛疗效确切。

关键词 稳定型心绞痛 祛痰通络汤 中西医结合疗法

中图分类号 R541.405 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2014)07-0041-02

近年来,笔者在常规西药基础上应用自拟方“祛痰通络汤”治疗痰瘀互阻型稳定型心绞痛患者36例,取得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均为我院2010年1月~2013年8月期间住院及门诊患者,共72例,随机分为2组。治疗组36例:男20例,女16例;年龄44~75岁,平均年龄64.1岁;病程1.5~36个月;合并高血压病者17例,高脂血症者25例,2型糖尿病患者14例。对照组36例:男19例,女17例;年龄44~74岁,平均年龄63.5岁;病程2.0~34个月;合并高血压者16例,高脂血症者24例,2型糖尿病患者15例。2组患者一般资料比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断参照文献[1]制定。中医胸痹痰瘀互阻型诊断标准参照文献[2]制定:胸部憋闷疼痛,甚则胸痛彻背,短气喘息,不得安卧;轻者仅感胸闷憋气,呼吸不畅;舌质黯或有瘀斑、瘀点,苔厚腻,脉弦滑。

1.3 纳入标准 (1)年龄40~80岁;(2)符合中、西医诊断标准;(3)病程 ≥ 1 月;(4)有独立行为能力患者签署知情同意。

1.4 排除标准 (1)年龄 <40 岁或 >80 岁;(2)临床资料证实为不稳定型心绞痛、非ST段抬高性心肌梗死和ST段抬高性心肌梗死、冠心病猝死、冠脉正常的心绞痛、无症状性心肌缺血和缺血性心力衰竭;(3)冠状动脉造影结果正常或冠状动脉主干、主要分支管腔狭窄 $<50\%$ 者;(4)严重肝肾功能不全者;(5)纳入病例自行退出者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西医常规治疗。主要包括抗血小板聚集、降压、降糖、调脂、扩冠、ACEI/ARB、 β 受体阻滞剂药物的应用等基础治疗。另外,心绞痛发作时舌下含服硝酸甘油片以缓解症状。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用祛痰通络汤。方药组成:法半夏12g,陈皮6g,炒白术10g,茯苓15g,丹参15g,红花10g,川芎10g,生山楂12g,片姜黄10g,甘草3g。加味法:痞闷较重加用石菖蒲10g;胸痛较重加用延胡索10g。每日1

剂,水煎取400mL,分早晚2次温服。

2组疗程均为1个月,疗程结束后进行疗效观察。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准 (1)心绞痛疗效标准参照文献[3]制定。显效:症状消失或基本消失;有效:疼痛发作次数、程度及持续时间有明显减轻;无效:症状基本与治疗前相同。(2)心电图疗效标准参照文献[4]制定。显效:症状消失,心电图复查ST段及T波恢复正常,平板运动试验由阳性转为阴性;有效:症状减轻,心电图复查ST段低平,T波倒置有所纠正;无效:症状基本与治疗前相同,心电图复查ST段低平或T波倒置未见好转。

3.2 治疗结果

3.2.1 心绞痛疗效比较 治疗组36例中,显效10例,有效22例,无效4例,总有效率88.9%;对照组36例中,显效6例,有效18例,无效12例,总有效率66.7%。2组总有效率比较,具有显著性差异($P<0.05$),提示治疗组在缓解心绞痛疗效方面优于对照组。

3.2.2 心电图疗效比较 治疗组36例中,显效5例,有效19例,无效12例,总有效率66.7%;对照组36例中,显效3例,有效15例,无效18例,总有效率50.0%。2组总有效率比较,具有显著性差异($P<0.05$),提示治疗组在改善心电图的疗效方面亦优于对照组。

4 讨论

稳定型心绞痛为临床常见病,系指由心肌缺血缺氧而引起的典型心绞痛发作,其临床表现在1~3个月内相对稳定,即每日和每周疼痛发作次数大致相同,诱发疼痛的劳力和情绪激动程度相同,每次发作疼痛的性质和疼痛部位无改变,疼痛时限相仿,应用硝酸甘油后也在相近时间内发生疗效。根据该病的临床表现,可归属于中医学“胸痹”范畴。早在《黄帝内经》中就有记载,至汉张仲景则在《金匮要略》中首列胸痹病专篇论述,且将其病机概括为“阳微阴弦”,治疗上强调宣痹通阳为主,后世医家在此基础上又进一步提出活血化瘀的治疗方法。中医学阐述本病的发生多与寒邪内侵,饮食不当,情志失调,年老体虚等饮食相关。其病机分为虚实两端,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。笔者认为,然随现代生活方式的改变,胸痹的病因病机也相应的发生一定的变化,当前胸痹患者多嗜食烟酒厚腻,生活不节,损伤脾胃,运化失健,聚湿成痰,痰阻气滞,日久成瘀,加之痰浊和瘀血本为脏腑功能失调的病理产物,同时又是致病因素,它们既可以单独致病,又常相兼为患,形成痰瘀互结之证。痰瘀交阻心脉,心脉痹阻,不通则痛,进而发为胸痹。

中西医结合治疗冠心病不稳定型心绞痛 25 例 临 床 观 察

刘 振 王 昕

(连云港市中医院,江苏连云港 222004)

摘 要 目的:观察中西医结合治疗冠心病不稳定型心绞痛患者的临床疗效及对 CXCL16 水平的影响。方法:将 50 例不稳定型心绞痛患者随机分为治疗组和对照组各 25 例。对照组给予西医规范化治疗,治疗组在对照组基础上加服益气逐瘀丸,疗程为 4 周。比较 2 组临床疗效和血清 CXCL16 水平的变化。结果:治疗组和对照组总有效率均为 96.0%,但治疗组显效率为 36.0%,明显高于对照组的 8.0%;治疗组 CXCL16 水平显著低于对照组。结论:中西医结合治疗不稳定型心绞痛疗效确切,且能显著降低患者血清 CXCL16 水平。

关键词 不稳定型心绞痛 益气逐瘀丸 中西医结合疗法 CXCL16

中图分类号 R541.405 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2014)07-0042-02

随着我国人口老龄化及生活方式的改变,冠心病患病率呈递增趋势。近年来,我们采用中西医结合方法,尝试应用我院制剂“益气逐瘀丸”治疗冠心病不稳定型心绞痛患者,观察其临床疗效及其对 CXC 趋化因子 16(CXCL16)水平的影响,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2013 年 3 月至 11 月期间在我院住院治疗的患者,共 50 例,随机分为 2 组。治疗组 25 例:男 15 例,女 10 例;平均年龄(57.9 ± 8.87)

岁;平均体重指数(25.2 ± 3.2);心绞痛程度分级:Ⅱ级 10 例,Ⅲ级 15 例。对照组 25 例:男 13 例,女 12 例;平均年龄(56.2 ± 6.49)岁;平均体重指数(24.8 ± 2.6);心绞痛程度分级:Ⅱ级 11 例,Ⅲ级 14 例。2 组患者一般资料比较无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。
1.2 诊断标准 符合 2012 年 5 月中华医学会心血管病学分会公布的《非 ST 段抬高急性冠状动脉综合征诊断和治疗指南》^[1] 中有关不稳定型心绞痛诊断标准。心绞痛程度分级参照加拿大心血管病学会心绞痛分级制定^[2]。

基金项目:江苏省中医药局科技项目(LZ13172)

祛痰通络汤是南通市中医院心内科治疗心绞痛的常用方之一。方中法半夏、陈皮理气健脾,燥湿化痰,消痞散结,炒白术、茯苓益气健脾,燥湿利水,四药相合,取二陈之意理气和中、燥湿化痰,气顺则痰自消,脾健湿去则痰不生;丹参、红花活血通经,祛瘀止痛,川芎、片姜黄活血行气,祛风止痛,气行则血行,络脉通而不痛,生山楂消食化积,行气散瘀,延胡索活血行气止痛。以上诸药功专活血通络止痛。甘草健脾和中,用以调和诸药。现代药理研究亦证实,半夏和山楂提取物、姜黄具有减低血脂的作用,陈皮、丹参素/酮、红花素、川芎嗪、延胡索醇提取物、山楂提取物均能扩张冠状动脉,增加冠脉血流量,改善心肌缺血缺氧,同时丹参、红花能缩小心肌梗死范围,姜黄素能抑制血小板聚集,降低血浆黏度及全血黏度,延胡索粉有显著的镇痛作用。全方有机配伍,共奏祛瘀化痰、和络止痛之功,具有扩张冠状动脉、改善心肌供血、减少心肌耗氧、抑制血小板聚集、调脂的作用。

本临床观察结果表明,在常规西药基础上,应用祛痰通

络汤治疗痰瘀互阻型稳定型心绞痛,能显著增加疗效,值得临床推广应用。

5 参考文献

- [1] 陈灏珠,林果为.实用内科学.13版.北京:人民卫生出版社,2009:1496
- [2] 田德禄,蔡淦.中医内科学.上海:上海科学技术出版社,2013:108
- [3] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行).北京:中国医药科技出版社,2002:69
- [4] 中华人民共和国卫生部医政司.中国常见心脑血管疾病诊治指南.北京:科学出版社,2000:59

第一作者:张锋莉(1979-),女,医学硕士,主治医师,从事心内科临床工作。15306295036@189.com

收稿日期:2013-09-17

编辑:王沁凯 岐 轩