

引用:黄培培,赵燕峰,梁钰芬.瓜蒌薤白半夏汤加減治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛40例[J].湖南中医杂志,2020,36(3):41-43.

瓜蒌薤白半夏汤加減 治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛40例

黄培培,赵燕峰,梁钰芬

(洛阳市第一中医院,河南 洛阳,471000)

[摘要] 目的:观察瓜蒌薤白半夏汤加減治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛(冠心病心绞痛)的临床效果。方法:将80例冠心病心绞痛患者随机分成治疗组和对照组,每组各40例。对照组采用常规西药治疗,治疗组在对照组基础上加用瓜蒌薤白半夏汤加減治疗,比较2组心电图疗效、心绞痛发作次数及持续时间、西雅图心绞痛量表(SAQ)评分。结果:总有效率治疗组为92.50%(37/40),明显高于对照组的75.00%(30/40)($P < 0.05$);2组治疗后心绞痛发作次数、发作持续时间均较治疗前减少,治疗组改善程度优于对照组($P < 0.05$);2组SAQ评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:瓜蒌薤白半夏汤加減可有效缓解冠心病心绞痛症状,改善心电图,且安全无毒副作用,具有良好的应用推广价值。

[关键词] 冠心病心绞痛;中西医结合疗法;瓜蒌薤白半夏汤加減

[中图分类号] R259.414 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.03.016

冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病),是老年人群高发的心血管疾病,病死率高,预后差,目前尚无根治的药物。心绞痛是冠心病最常见的并发症,几乎所有的冠心病患者均会伴发不同程度的心绞痛症状^[1]。冠心病心绞痛发作时表现为前胸压榨性疼痛,剧痛难忍,严重影响着患者的生存质量^[2]。临床上用于治疗冠心病心绞痛的西药较多,但长期使用出现不良反应,影响患者耐

受性。瓜蒌薤白半夏汤被认为是治疗胸痹的中药良方,本研究在西医常规治疗的基础上加用瓜蒌薤白半夏汤治疗冠心病心绞痛患者,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年1月至2017年12月于本院住院治疗的冠心病心绞痛患者80例,将其按照随机双盲法分成治疗组和对照组,每组各40例。

第一作者:黄培培,女,医学硕士,主治医师,研究方向:中医内科学(心血管疾病方向)

参考文献

- [1] 万琪.神经疾病诊断流程与治疗策略[M].北京:科学出版社,2007:64-69.
- [2] 游国雄.失眠的病因及其诊断与治疗[J].中国实用内科杂志,2003,7(7):389.
- [3] 各类脑血管疾病诊断要点[J].中国实用内科杂志,1997,17(5):312.
- [4] 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组.中国成人失眠诊断与治疗指南[J].中华神经科杂志,2012,45(7):534-540.
- [5] 国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学,1996,19(1):55-56.
- [6] 吴勉华,王新月.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2012.
- [7] 李灿东.中医诊断学[M].北京:中国中医药出版社,2016.
- [8] 饶明俐.中国脑血管病防治指南[M].北京:人民卫生出版社,2007:18-21.
- [9] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京
- [10] 孙巧杰.酸枣仁汤加減治疗中风后失眠的临床研究[J].中医临床研究,2018,10(6):57.
- [11] 贾志明.加味归脾汤加穴位敷贴治疗缺血性中风后失眠[D].武汉:湖北中医药大学,2013:34.
- [12] 李从刚.加味丹桅道遥散治疗缺血性中风病恢复期失眠的临床研究[D].昆明:云南中医学院,2017.
- [13] 郭晨晨,王亚丽.卒中后失眠研究进展及治疗现状[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(88):114.
- [14] 佚名.全息论与全息医学[J].中国科技信息,2002(Z2):23-24.
- [15] HE W, WANG X, SHI H, et al. Auricular acupuncture and vagal regulation[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2012(2012):786839.
- [16] 姜岳波,关玲,毕玲玲.宁心安神揸针结合耳穴治疗失眠的疗效分析[J].针灸临床杂志,2018,34(11):6-10.

(收稿日期:2019-04-09)

治疗组中,男22例,女18例;年龄45~76岁,平均 (65.21 ± 2.24) 岁;病程1~8年,平均 (4.24 ± 1.11) 年。对照组中,男21例,女19例;年龄46~75岁,平均 (63.31 ± 2.32) 岁;病程1~9年,平均 (4.25 ± 1.23) 年。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《冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准(中西医结合治疗冠心病心绞痛及心律失常座谈会,1979,上海)》^[3]中的诊断标准。

1)近期(1个月)内症状加重,病情呈进行性恶化;2)轻度活动甚至休息状态下也可出现的心绞痛,应包括卧位型心绞痛;3)心绞痛发作次数增加,程度加重,持续时间延长;4)含服硝酸甘油量增加;5)心电图检查于发作时伴有ST段显著压低,缓解后常有T波倒置;6)冠状动脉造影常示多支或左冠脉主干病变。

1.2.2 中医诊断标准 依据《中医病证诊断疗效标准》^[4]中胸痹心痛诊断标准制定。1)膻中或心前区憋闷疼痛,甚则痛彻左肩背、咽喉、左上臂内侧等部位,呈发作性或持续不解;2)常伴有心悸气短,自汗,甚则喘息不得卧;3)胸闷胸痛一般几秒到几十分钟而缓解;4)严重者可疼痛剧烈,持续不解,汗出肢冷,面色苍白,唇甲青紫,心跳加快,或出现心律失常等危象,可发生猝死。

1.3 纳入标准 1)符合中西医诊断标准;2)年龄 >40 岁,病历资料完整;3)自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并高血压且血压值超过180/110mmHg;2)合并严重的心律失常、心衰、肝肾功能及凝血功能障碍等原发性疾病;3)对本次研究药物过敏。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。1)阿斯匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司,批准文号:国药准字J20130078,规格:100mg/片)口服,100mg/次,1次/d;2)阿托伐他汀钙片(浙江新东港药业股份有限公司,批准文号:国药准字H20133127,规格:10mg/片)口服,20mg/次,1次/d;3)美托洛尔片(常州四药制药有限公司,批准文号:国药准字H32025169,规格:25mg/片)12.5~25mg/次,2~3次/d;4)消心痛片(南京白敬宇制药有限责任公司,批准文号:国药准字H32024005,规格:

5mg/片),5~10mg/次,3次/d。

2.2 治疗组 在对照组基础上予瓜蒌薤白半夏汤加减治疗。组方:瓜蒌25g,薤白15g,丹参15g,法半夏10g,桂枝10g,柴胡10g,郁金10g,延胡索10g。取500ml水浸泡30min后,水煎,沸腾后转慢火煎30min,倒出纯药液,之后再往药渣里加水,水沸后再取汁,2次合计400ml左右。每天1剂,分2次温服。

2组均治疗28d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)观察2组治疗前后心绞痛发作次数、发作持续时间。2)采用西雅图心绞痛量表(SAQ)评价心绞痛改善情况。该量表包括疾病认知、心绞痛发作频率、心绞痛稳定程度、治疗满意度、躯体活动受限程度等,满分100分,得分越高,心绞痛症状改善效果越好。3)不良反应。

3.2 疗效标准 心电图疗效标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]拟定。显效:心电图恢复正常;有效:ST段回升0.05mV以上,但未达到正常;无效:心电图指征未见改善,或ST段下降0.05mV以上。

3.3 统计学方法 采用SPSS 18.0统计学软件对本次研究进行统计学分析,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。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组心电图疗效比较 总有效率治疗组为92.50%,对照组为75.00%,2组比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组心电图疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	40	23(57.50)	14(35.00)	3(7.50)	37(92.50) ^a
对照组	40	12(30.00)	18(45.00)	10(25.00)	30(75.00)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后心绞痛发作次数及发作持续时间比较 2组心绞痛发作次数、发作持续时间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($P < 0.05$)。(见表2)

3.4.3 2组治疗前后SAQ评分比较 2组SAQ评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)

3.5 安全性评价 2组治疗前后均未见胃肠道反应,检查肝肾功能及血尿粪常规,亦未见明显异常。

表2 2组治疗前后心绞痛发作次数及
发作持续时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	发作次数(次)	发作持续时间(min)
治疗组	40	治疗前	5.45 ± 1.51	6.65 ± 1.14
		治疗后	2.01 ± 0.67 ^{ab}	1.89 ± 0.45 ^{ab}
对照组	40	治疗前	5.39 ± 1.48	6.48 ± 1.46
		治疗后	2.73 ± 1.21 ^a	3.57 ± 0.38 ^a

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

表3 2组治疗前后SAQ评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	40	57.18 ± 6.19	84.76 ± 5.08 ^{ab}
对照组	40	55.26 ± 5.23	67.72 ± 7.12 ^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

中医学将冠心病心绞痛归入“胸痹”“心痛”范畴,张仲景《金匱要略·胸痹心痛气短病脉证治》中首次提出“胸痹”一说,认为其病机为饮食不节、情志失调、寒邪内侵致胸阳不振,终致心脉痹阻而发病^[5]。本病为本虚标实,本虚以气虚为主,标实以痰实为主,以此引申出痰浊阻络、气虚血瘀等证型。痰浊、瘀血皆为阴邪,共为病因,易伤阳气,致虚者更虚,因虚致实,加剧寒、痰、气、瘀等邪气的蓄积。因此治疗上以活血通络、益气温阳为主。

瓜蒌薤白半夏汤系张仲景针对胸痹所创的经典方剂,方中瓜蒌、薤白开痹散结、化痰通阳、行气止痛,薤白可除去肺与大肠之滞气;瓜蒌、半夏化痰降逆、消痞散结;丹参配伍郁金活血行气、祛瘀止痛;柴胡、郁金解郁疏肝根据临床具体情况可酌情加用桃仁、红花、赤芍、川芎等通行血脉,活血化痰;人参温阳益气;加干姜、细辛温阳化饮、散寒止痛;气虚者加黄芪、党参健脾益气;气陷者加柴胡、桔梗升阳举陷;痰浊者加黄连、黄芩清热化痰;痰热兼阴虚者,加竹茹、玉竹清化痰热。若痰浊闭塞心脉,卒然剧痛,可加苏合香丸芳香温通止痛;若痰热闭塞心脉,可配合猴枣散清热化痰、开窍镇惊止痛。现代药理学研究表明,瓜蒌能够增加冠脉血液流量,促进微循环和血液流变性,达到抗动脉硬化作用^[6];可有效提高动物的缺氧耐性,保护心肌缺血,缓解心绞痛的发生概率;还能缓解主动脉的粥样硬化,抑制血小板聚集。柴胡、葛根素均能扩张冠脉,人参可抗心肌缺血^[7]。

本研究结果显示,治疗组心电图疗效、心绞痛

发作次数及发作持续时间、SAQ评分均优于对照组,说明该方对改善心绞痛症状有着确切的效果。

综上,中西医结合治疗冠心病心绞痛具有协同作用,效果佳,且治疗过程中未见明显毒副作用,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 屈长宏,蒋红心,王小斌,等. 半夏厚朴汤加味联合氟哌噻吨美利曲辛片治疗冠心病心绞痛合并抑郁症40例疗效观察[J]. 中医杂志,2018,59(21):1858-1861.
- [2] 田止学,钱百成,王宝亮. 益气化痰汤治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛痰瘀互阻证临床研究[J]. 中医学报,2017,32(7):1251-1253.
- [3] 冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准(中西医结合治疗冠心病心绞痛及心律失常座谈会,1979,上海)[J]. 中国药事,1987,1(2):17-20.
- [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] 蔡成良,徐志云. 补阳还五汤联合硝酸甘油治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病稳定性心绞痛50例[J]. 河南中医,2014,34(9):1694-1695.
- [6] 陈祖明. 加味半夏瓜蒌薤白汤治疗冠心病心绞痛临床观察[J]. 中国现代药物应用,2016,10(5):254-255.
- [7] 王楠,王凤荣,王帅,等. 通脉降浊汤治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病稳定性心绞痛痰浊血瘀证临床观察[J]. 河南中医,2018,38(2):233-237. (收稿日期:2019-03-06)

外出活动怎样防病毒(二)

远距离出行的人员需事先了解目的地是否为疾病的流行地区。如必须前往疾病流行地区时,应事先配备口罩、便携式免洗洗手液、体温计等必要物品。旅行途中,尽量减少与他人的近距离接触,在人员密集的公共场所或乘坐交通工具时要佩戴KN95/N95及以上的颗粒物防护口罩。口罩在变形、弄湿或弄脏导致防护性能降低时需及时更换。妥善保留赴流行地区时公共交通票据的信息,以备查询。从疾病流行地区返回时应尽快到所在社区居民委员会、村民委员会进行登记并进行医学观察,医学观察期限为离开疾病流行地区后14d。医学观察期间应进行体温、体征等的监测,尽量做到单独居住或居住在通风良好的单人房间,减少与家人的密切接触。(http://www.cntcm.com.cn/yskp/2020-02/13/content_71159.htm)