

· 临床经验 ·

自拟补气活血煎联合西药治疗稳定型心绞痛 60 例

牛国民

【摘要】 目的 观察自拟补气活血煎联合西药对稳定型气虚血瘀型冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)心绞痛患者的影响。**方法** 将 120 例辨证为气虚血瘀型的冠心病稳定型心绞痛患者随机分为两组,观察组和对照组各 60 例。两组患者均常规服用单硝酸异山梨酯缓释片、酒石酸美托洛尔片、阿司匹林肠溶片,观察组加服自拟补气活血煎治疗。2 个月后观察治疗效果,检测患者心电图、血脂、C 反应蛋白(CRP)、白细胞介素 6(IL-6)的变化。**结果** 治疗后 2 组总疗效比较差异有统计学意义($P<0.05$),心电图疗效相当($P>0.05$)。中西医结合治疗能调节血脂代谢,降低患者血 CRP 水平,IL-6 水平,治疗后高密度脂蛋白(HDL-C)、CRP、IL-6 与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 自拟补气活血煎联合西药对气虚血瘀型冠心病稳定型心绞痛有较好的治疗效果,其作用机制之一可能是通过调整脂代谢、抑制炎症标志物 CRP、IL-6。

【关键词】 自拟补气活血煎; 冠状动脉粥样硬化性心脏病; 稳定型心绞痛; 气虚血瘀证; 中西医结合; 血脂; C 反应蛋白; 白细胞介素 6

【中图分类号】 R256.22 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.07.018

冠心病心绞痛是心内科常见疾病,主要由冠状动脉供血不足、心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧引起^[1]。在相当长的一段时间(≥ 1 个月)内病情比较稳定,心绞痛发生的频率、持续的时间诱因及缓解方式均相当固定者称为稳定型心绞痛。随着社会老龄化和生活方式的改变、生活压力的增加,冠心病心绞痛的患病率不断上升。笔者自 2010 年 1 月至 2012 年 1 月采用自拟中药方联合西药治疗,并与单独西药治疗相比较,疗效较满意。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 一般资料

所有患者均来自于涿州市医院住院患者,符合 ISFC/WHO 制定的冠心病稳定型心绞痛的标准以及中医气虚血瘀证证候诊断标准。共 120 例,用信封法随机分为 2 组,各 60 例。观察组男 39 例,女 21,年龄 43~75 岁,平均(53.6±5.2)岁,病程 0.8~19.8 年,平均(9.5±3.8)年;对照组男 37 例,女 23 例,年龄 43~75 岁,平均(52.8±4.9)岁,病程 0.6~19.5 年,平均(9.8±4.2)年。两组患者性别、年龄、病程比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断标准根据 1979 年国际心脏病学会/世界卫生组织(ISFC/WHO)临床命名标准化联合专题组所提出的“缺血性心脏病的命名及诊断标准”^[2];中医证候诊断由两名主

治以上中医师进行,辨证为气虚血瘀者纳入试验。

1.3 排除及排除标准

纳入符合以上冠心病心绞痛诊断标准,中医辨证属气虚血瘀型患者,排除有严重肺功能、肝肾功能不全患者、妊娠及哺乳期妇女、不能按规定用药、年龄小于 28 岁或大于 75 岁者。

1.4 治疗方法

两组患者均常规服用单硝酸异山梨酯缓释片(上海新亚药业闵行有限公司,国药准字 H20010005)每次 30 mg,每天早晨服 1 次;酒石酸美托洛尔片(阿斯利康制药有限公司,国药准字 H32025391)每次 25 mg,每天 2 次;阿司匹林肠溶片(桂林南药股份有限公司,国药准字 H45021385)每次 100 mg,每天 1 次。心绞痛发作难耐时含服硝酸甘油片。观察组加服自拟补气活血煎:黄芪 30 g,党参 15 g,丹参 10 g,赤芍、白芍各 15 g,桃仁 10 g,红花 10 g,川芎 10 g,五味子 10 g,木香 10 g,枳壳 10 g,炙甘草 6 g。水煎服,日 1 剂。2 个月后观察疗效。

1.5 观察指标

评价两组患者临床疗效、心电图疗效。测定患者治疗前后血脂情况以及血清 C 反应蛋白(CRP)和白细胞介素 6(IL-6)含量。心电图检测由涿州市医院功能科进行,实验室指标测定由涿州市医院检验科进行。

1.6 疗效评价标准

疗效评判标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]1993 版“胸痹”条自拟。显效:心绞痛等主要症状基本消失,发作频率减少 90% 以上,心电图恢复至正常或大致正常。有效:心绞痛主要症状基本缓解或减轻,发作频率减少

作者单位:072750 河北省涿州市医院

作者简介:牛国民(1956-),本科,副主任中医师。研究方向:心脑血管及消化系统疾病。E-mail:gmn1026@sina.com

表 1 两组患者治疗前后 TC、TG、LDL-C、HDL-C、CRP、IL-6 水平的影响($\bar{x} \pm s$)

组别	TC (mmol · L ⁻¹)	TG (mmol · L ⁻¹)	LDL-C (mmol · L ⁻¹)	HDL-C (mmol · L ⁻¹)	CRP (mg · L ⁻¹)	IL-6 (pg · ml ⁻¹)
观察组 (n=60)						
治疗前	5.89±0.56	2.29±0.73	3.93±0.78	1.05±0.24	13.58±5.36	54.08±5.86
治疗后	5.63±0.62 ^a	2.06±0.71 ^a	3.66±0.69 ^a	1.18±0.28 ^{ab}	6.35±2.21 ^{ab}	49.84±6.06 ^{ab}
对照组 (n=60)						
治疗前	5.85±0.61	2.34±0.69	3.82±0.80	1.06±0.25	13.86±5.28	55.23±6.03
治疗后	5.49±0.68 ^a	2.19±0.74 ^a	3.18±0.64 ^a	1.10±0.26	9.68±2.56 ^a	54.69±6.58 ^a

注:与治疗前比较, ^a $P<0.05$;与对照组比较, ^b $P<0.05$ 。

>50%,心电图改善达到有效标准。无效:心绞痛等主要症状无改善或加重,发作频率减少<50%,心电图基本无改善。心电图疗效参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]。

1.7 统计学处理

采用 SPSS 17.0 统计软件,计数资料用卡方检验,计量资料用平均值±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 实验室检查结果

经治疗,两组患者实验室指标均较治疗前有所改善,治疗后组间比较,HDL-C、CRP、IL-6 水平差异明显,有统计学意义($P<0.05$)。结果见表 1。

2.2 临床疗效比较

经治疗,观察组总有效率 91.7%,对照组总有效率 83.3%。两组比较, $P<0.05$,差异有统计学意义,观察组优于对照组。结果见表 2。

表 2 两组冠心病心绞痛患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	60	41(68.3%)	14(23.3%)	5(8.3%)	55(91.7%)
对照组	60	28(46.7%)	22(36.7%)	10(16.7%)	50(83.3%)

2.3 心电图疗效

经治疗,观察组心电图总有效率 58.3%,对照组总有效率 56.7%。两组比较, $P>0.05$,差异无统计学意义,两组疗效相当。结果见表 3。

表 3 两组冠心病心绞痛患者心电图疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	60	12(20.0%)	23(38.3%)	25(41.7%)	35(58.3%)
对照组	60	10(16.7%)	24(40.0%)	26(43.3%)	34(56.7%)

3 讨论

冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛属中医学“胸痹”、“心痛”范畴,以胸部闷痛不适,甚者胸痛彻背为主症。中医学认为,心主血,心气推动血液在脉管中正常运行。气与血互相依存,相互影响。“气为血之帅”,“气行血乃行”。气虚

推动无力则导致血液瘀阻,瘀血形成。心脉瘀阻,不通则痛,故为心痹。冠心病又多发于中老年人或久病体衰者,往往病程较长,久病气虚,因而常伴有心气虚症状。因此,气虚是冠心病发生、发展的病理基础,气虚血瘀是其病机关键。治疗上需要抓住其病因病机,补气与活血并用,通补并用。不能一味的补气或一味的活血化瘀,若只顾活血化瘀,则会愈通而气愈耗,血愈亏,而若只顾补气,则会愈补而气愈滞,血愈壅,均难以奏效。基于以上治法治则,笔者自拟补气活血煎。方中重用黄芪大补元气,亦可补补胸中大气,配以党参补益中气以助心气,气行则血畅。丹参活血凉血止痛,赤芍芍凉血散瘀止痛,桃仁、红花活血祛瘀止痛;川芎活血行气止痛;五味子益气养阴;木香、枳壳理气通腑,甘草调和诸药。诸药合用,共奏益气养心、活血化瘀之功效。亦有研究者与笔者有相似的认识,从益气活血^[4]论治冠心病心绞痛,也有从痰瘀论治者^[5]。

冠心病的发生与血脂水平的升高密切相关^[6-8]。无论中西医结合治疗,都着重于降低血脂,增加动脉斑块的稳定型,防止易损斑块形成,破裂,造成冠脉痉挛、出血和血栓形成,并导致冠状动脉的部分或完全阻塞,导致心肌供氧量突然减少,表现为急性心肌梗死或心绞痛。本研究也试图探索自拟补气活血煎对患者血脂水平的影响,结果表明,中西医结合治疗对患者血脂有一定的改善,尤其对 HDL-C 的改善,优于单独使用西药。而 HDL-C 是目前公认的冠心病保护性胆固醇。

目前普遍认为炎症在动脉粥样硬化斑块的发生、发展及脱落过程中有至关重要的作用,细胞因子发挥着重要的调节作用。近年来,研究表明 CRP 在血管损伤过程中起着直接作用,在稳定的冠状动脉病患者中,可见 hs-CRP 升高并且与预后有关^[9-10]。IL-6 是 CRP 基因表达的主要诱导者,血循环中的 IL-6 水平与 hs-CRP 的水平具有良好相关性。IL-6 是一种多功能的促炎因子,能诱导急性期蛋白产生,又是淋巴细胞重要激活剂,同时还能促平滑肌细胞增殖和血小板释放。在动脉粥样斑块中有 IL-6 mRNA 大量表达,在冠心病患者血浆内 IL-6 的表达对冠心病的发生起着重要的作用^[11]。本研究表明,中西医结合治疗对患者的血 CRP、IL-6 水平均有明显改善,优于对照组,改善患者 CRP 和 IL-6 可能是药物治疗机制之一。

本研究还表明,观察组总有效率高于对照组,然心电图

疗效与对照组相当,笔者认为疗效的差别主要在于对症状的改善和对心绞痛发作频率改善的差别。此种观点是否正确,还需要进一步研究。笔者认为可以对各个症状分别进行观察,采用症状积分的方式进行疗效评价。自拟方对患者各炎症因子的影响,也有待更深入研究。

参 考 文 献

- [1] 邵耕. 现代冠心病[M]. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1995: 65.
- [2] 国际心脏病学会和协会及世界卫生组织临床命名标准化联合专题组. 缺血性心脏病的命名及诊断标准[J]. 中华心血管病杂志, 1981, 9(1): 75-76.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则, 第一辑[S]. 1995: 41-45.
- [4] 石军民, 罗龙峰. 益气活血法治疗冠心病心绞痛 30 例临床观察[J]. 中国医药导报, 2007, 4(9): 103, 111.
- [5] 齐斌, 李俊毅, 张庚, 等. 解痹涤痰汤治疗血瘀寒凝型冠心病

- 心绞痛 225 例[J]. 环球中医药, 2009, 2(4): 282-284.
- [6] 张素丽. 舒血宁注射液治疗冠心病心绞痛高脂高黏血症的临床观察[J]. 中国医药导报, 2006, 3(32): 83.
- [7] 陈勇. 中药冠心一号方治疗冠心病 48 例临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2006, 23(2): 118-121.
- [8] 赵水平. 降低 LDL-胆固醇是冠心病防治的首要目标[J]. 老年医学与保健, 2005, 11(1): 8-11.
- [9] 段学忠, 王翔燕, 隋道敬, 等. 脉安舒颗粒对不稳定性心绞痛患者血清 hs-CRP、IL-6 的影响[J]. 环球中医药, 2011, 4(3): 183-185.
- [10] 李建军. C 反应蛋白与冠心病的关系[J]. 心血管病学进展, 1999, 14(5): 319.
- [11] 康兴霞, 范平. 怡心汤治疗冠心病心绞痛疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(7): 5-7.

(收稿日期: 2012-06-27)

(本文编辑: 刘群)

辨证论治联合泽泻汤加味方对高血压病中医症候积分的影响

王春华 高怡 陈建芝 李春禹 王长志 范洪亮

【摘要】 目的 观察辨证论治联合泽泻汤加味方对原发性高血压病患者中医症候积分影响, 明确此种治疗方式更适合何种中医证型的高血压病。**方法** 入选原发性高血压病患者 140 例, 信封法随机分为两组, 一组给予辨证论治方, 另一组给予辨证论治方联合泽泻汤加味方, 汤剂口服治疗, 疗程 28 天, 观察不同天数各证型中医症候积分改善情况。**结果** 两组总体中医症候积分比较, 第 7 天无差异性($P>0.05$), 第 14、21、28 天均有差异性, 以观察组症候积分下降为优, 并随治疗天数增加差异性日渐显著($P_{14}<0.05$ 、 $P_{21}<0.01$ 、 $P_{28}<0.01$)。两组同一证型间比较, 肝火亢盛证第 7、14、21、28 天无差异性($P>0.05$), 其余 3 证型(阴虚阳亢证、痰湿壅盛证、阴阳两虚证)第 7、14 天无差异性($P>0.05$), 第 21、28 天有差异性, 且随治疗天数增加日渐显著; 其中, 阴虚阳亢证: $P_{21}<0.05$ 、 $P_{28}<0.01$, 痰湿壅盛证: $P_{21}<0.05$ 、 $P_{28}<0.01$, 阴阳两虚证: $P_{21}<0.01$ 、 $P_{28}<0.01$ 。**结论** 辨证论治联合泽泻汤加味方较单纯辨证论治具有更好的改善中医症候积分作用, 较适用于阴阳两虚证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证的原发性高血压病患者。

【关键词】 原发性高血压病; 辨证论治; 泽泻汤加味方; 中医症候积分

【中图分类号】 R544.1 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.07.019

辨证论治治疗原发性高血压病是中医临床最具特色的主流方式。存在的主要问题是辨证分型尚未统一。理论上讲, 辨证分型数目再多, 亦不能避免“挂万漏一”。笔者采用

公认的《中药新药临床研究指导原则》^[1] 高血压中医分型标准, 以此为基础, 围绕原发性高血压病病程中普遍存在痰湿阻滞、瘀血阻络、水浊内结的病机^[2], 统一联合施以具有利

作者单位: 065201 河北, 三河市燕郊人民医院中医科(王春华、陈建芝、李春禹), 内科(高怡); 河北联合大学中医学院(王长志); 北京通州区中西医结合骨伤医院国医馆(范洪亮)

作者简介: 王春华(1958-), 本科, 主治医师。主要从事中医内科临床。E-mail: yjmyy@163.com

通讯作者: 范洪亮(1963-), 博士, 主任医师, 硕士生导师。研究方向: 中医药防治高血压病。E-mail: fhl.2006@yahoo.com.cn