

疏肝解郁方治疗冠心病不稳定型心绞痛气滞血瘀证的临床观察

顾勇清, 李晓倩, 姚祖培
(南通市中医院心内科, 江苏南通 226001)

摘要: 目的 观察疏肝解郁方治疗冠心病不稳定型心绞痛气滞血瘀证的临床疗效。方法 将符合纳入标准的患者 120 例, 随机分为治疗组和对照组各 60 例, 对照组为西医常规药物治疗, 治疗组在对照组治疗基础上加用疏肝解郁方口服, 每次 1 袋(200mL), 1 日 2 次。治疗 4 周后对比 2 组临床疗效。结果 治疗组心绞痛、心电图改善优于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 两组中医证候积分比较差异有统计学意义($P<0.01$); 2 组中医证候疗效比较, 差异有统计学意义($P<0.05$); 治疗组硝酸甘油停减率明显高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 疏肝解郁方治疗冠心病不稳定型心绞痛气滞血瘀证疗效确切。

关键词: 冠心病; 不稳定型心绞痛; 气滞血瘀; 疏肝解郁

中图分类号: R256.22 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2014)05-0080-04

冠心病属中医“胸痹”、“心痛”范畴, 病位在心, 发病涉及肝、脾、肾三脏。病机关键为心脉痹阻, 不通则痛。其病性有虚实两端, 虚者多见气虚、阴虚、阳虚、血虚; 实者无外气滞、寒凝、痰浊、血瘀^[1]。现代临床发现, 不稳定型心绞痛患者多伴有焦虑、抑郁, 表现出心胸满闷、隐痛, 时欲太息, 遇情志不遂时症状加重等典型气滞血瘀证的特点^[2]。同时, 情志不畅、精神焦虑也是不稳定型心绞痛的诱发原因。两者相互影响, 容易导致恶性循环, 加重患者病情^[3]。而情志因素往往在不稳定型心绞痛治疗中被忽视, 易致病情反复发作甚至加重^[4]。本研究意在观察疏肝解郁方治疗冠心病不稳定型心绞痛气滞血瘀证的临床疗效, 探讨疏肝解郁法治疗冠心病不稳定型心绞痛的有效性及其安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究的病例选自 2011 年 12 月—2013 年 12 月间我院收住入院的 40~79 岁的冠心病不稳定型

心绞痛气滞血瘀证患者, 将符合病例纳入标准的患者随机分为 2 组。其中, 治疗组 60 例, 男性 38 例, 女性 22 例; 平均年龄(68.40 ± 8.38)岁; 病程平均(4.75 ± 4.36)年; 合并高血压病 48 例, 合并糖尿病 32 例。对照组 60 例, 男性 37 例, 女性 23 例; 平均年龄(64.70 ± 9.92)岁; 病程平均(4.70 ± 3.78)年; 合并高血压病 44 例, 合并糖尿病 28 例。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

不稳定型心绞痛诊断标准: 参照中华医学会心血管病学分会和中华心血管病杂志编辑委员会制定的《不稳定型心绞痛诊断和治疗建议》的诊断标准^[5]。

中医诊断标准: 参照 2002 年国家药品监督管理局修订的《中药新药临床研究指导原则》中所制定的胸痹诊断和辨证分型标准^[6]。

中医证候计分标准: 参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]和《冠心病中医辨证标准》^[7]制订, 具体见表 1。

表 1 中医证候计分标准

症状	计分标准			
	0	3	6	9
胸痛	无	休息后缓解, 日常活动无影响	口服药物后缓解, 可继续正常活动	发作影响日常活动
胸闷	无	偶感胸闷, 可自行缓解	胸闷时作, 药物能缓解, 可继续工作	胸闷持续, 影响生活和工作
	0	2	4	6
胸胁胀满	无	偶发, 可自行缓解	情绪激动时发生	两胁胀痛持续
心悸	无	偶发, 可自行缓解	心悸时作, 但能坚持工作	心悸持续, 影响生活和工作

收稿日期: 2014-06-14

作者简介: 顾勇清(1985-), 男, 江苏南通人, 主治中医师, 研究方向: 心血管内科。

1.3 纳入标准

①冠心病不稳定型心绞痛诊断标准,中医诊断为胸痹心痛,辨证为气滞血瘀证为主者,或兼夹其他证型;

②年龄在 40~79 岁之间并且签署知情同意书;

③每周发作 2 次或 2 次以上的心绞痛患者;

④静息 12 导联心电图检查有明确心肌缺血证据:两个肢体导联或相邻胸导联 ST 段压低 $\geq 0.05\text{mv}$,或 T 波倒置。

1.4 排除标准

①年龄 40 岁以下或 80 岁以上患者;

②合并 3 级以上高血压 [血压 $\geq 180/110\text{mmHg}$ (24/14.7kPa)], 重度心肺功能不全, 重度心律失常(房扑、阵发性室速、室上速、Ⅲ°房室传导阻滞等)患者,合并肝、肾、造血系统等严重原发性疾病,精神病患者;

③妊娠或哺乳期妇女,过敏体质及对多种药物过敏者;

④病例纳入后未按规定用药,无法判断疗效或资料不全等影响疗效或安全性判断者;

⑤经检查证实为冠心病稳定型心绞痛或急性心肌梗死以及其它心脏疾病所致胸痛患者。

1.5 治疗方法

2 组患者均给予不稳定型心绞痛常规药物治疗,包括阿司匹林、氯吡格雷、抗凝药物、硝酸酯类、 β 受体阻滞剂、他汀类药物等。针对危险因素给予控制血压、血糖等。药物剂量根据病情调整。心绞痛发作时含服硝酸甘油 0.5mg。治疗组在此基础上给予疏肝解郁方口服,在煎药机上一次加工煎取,高压封装,每次 1 袋(200mL),1 日 2 次。疏肝解郁方药物组成:柴胡 15g,川芎 10g,香附 10g,枳壳 12g,郁金 12g,延胡索 15g,生白芍 12g,生甘草 6g。2 组观察时间均为 4 周。

1.6 疗效标准

1.6.1 心绞痛疗效评定标准

参照 1979 年中西医结合治疗冠心病心绞痛及

心律失常座谈会制定的《冠心病心绞痛及心电图疗效评价标准》^[8]:心绞痛发作次数及持续时间减少 $\geq 80\%$ 为显效; $\geq 50\%$ 、 $<80\%$ 为有效; $<50\%$ 为无效。心绞痛发作次数及持续时间较前增加为加重。

1.6.2 心电图疗效评定标准

参照 1979 年中西医结合治疗冠心病心绞痛及心律失常座谈会《冠心病心绞痛及心电图疗效判定标准》。

1.6.3 中医证候疗效评定标准

治疗后临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$ 为显效; $\geq 30\%$ 、 $<70\%$ 为有效; $<30\%$ 为无效。证候积分增加者为加重。

1.6.4 硝酸甘油停减率

停药:治疗后完全停用硝酸酯类药物;减量:治疗后较治疗前硝酸酯类药物用量减少 50% 以上;不变:治疗后硝酸酯类药物用量减少不足 50%。加重:治疗后硝酸酯类药物用量增加^[9]。

1.7 统计学方法

所有计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,先行 K-S 正态性检验,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,不符合正态分布者采用非参数检验。本研究数据采用统计软件 SPSS17.0 处理,计算 P 值,显著水准 α 设为 0.05。

2 结果

2.1 心绞痛疗效

如表 2 所示,2 组患者治疗后心绞痛疗效比较,治疗组显效率、总有效率高于对照组,无效率低于对照组,说明治疗组心绞痛疗效明显优于对照组 ($P<0.05$)。

2.2 心电图疗效

如表 3 所示,2 组患者治疗后心电图疗效比较,治疗组总有效率 83.33%,疗效优于对照组,有统计学意义 ($P<0.05$)。

2.3 中医证候疗效

2.3.1 中医证候积分比较

如表 4 所示,治疗前后比较,2 组证候积分较治

表 2 心绞痛疗效比较

组别	n	显效		有效		无效		加重		总有效率	P 值
		例	%	例	%	例	%	例	%		
治疗组	60	30	50.00	20	33.33	10	16.67	0	0	83.33	0.023
对照组	60	10	16.67	34	56.66	16	26.67	0	0	73.33	

注:2 组数据经卡方检验比较, $P<0.05$ 。差异有统计学意义。

表 3 心电图疗效比较

组别	n	显效		有效		无效		加重		总有效率	P 值
		例	%	例	%	例	%	例数	%		
治疗组	60	32	53.33	18	30.00	10	16.67	0	0	83.33	0.025
对照组	60	12	20.00	34	56.67	14	23.33	0	0	76.67	

注:2 组数据经卡方检验分析,差异有统计学意义($P<0.05$)

疗前均降低,有显著统计学意义($P<0.01$),治疗后 2 组证候积分比较具有显著统计学意义($P<0.01$)。

表 4 中医证候积分比较

组别	n	治疗前 ($\bar{x}\pm s$)	治疗后 ($\bar{x}\pm s$)	组内 P 值	组间 P 值
治疗组	60	21.20 $\pm$ 9.535	6.200 $\pm$ 4.055	<0.01	0.002
对照组	60	20.80 $\pm$ 9.434	9.833 $\pm$ 4.793	<0.01	

注:经 t 检验显示,差异有统计学意义($P<0.01$)。

2.3.2 中医证候疗效比较

如表 2-5 所示,经统计学分析,治疗组总有效率 83.33%,明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)

表 5 中医证候疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	加重	总有效率	P 值
治疗组	60	34	16	10	0	83.33	0.014
对照组	60	12	30	18	0	66.67	

注:经卡方检验分析,2 组总有效率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.4 硝酸甘油停减率

如表 6 所示,治疗组硝酸甘油停减率 83.33%,明显高于对照组,2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

冠心病不稳定型心绞痛在中医学中属于“胸痹、心痛”范畴。随着生物-心理-社会医学模式的发展,人们逐渐认识到心理因素对于不稳定型心绞痛的影响^[10]。而中医学认为“胸痹、心痛”的发生与情志因素关系密切,意志消沉、抑郁苦闷、恼怒无常、悲

观失望皆可以造成脏腑功能紊乱、阴阳失衡,从而影响气血的正常运行,血行不畅、脉络瘀阻,可导致胸痹的发生或加重^[11]。五脏之中,肝藏血而主疏泄,充养脉道、条畅气机,为气机之总枢纽,忧思郁怒首先伤肝^[12]。肝郁日久,疏泄失司,气机郁滞,无力调畅气血,则气血津液输布失常,瘀血、痰浊等病理产物应之而生,闭阻心络,心痛乃作^[13]。可见“胸痹、心痛”的发生、发展与肝的关系最为密切。

本研究在常规西药组基础上加用疏肝解郁汤治疗冠心病不稳定型心绞痛,取得较好疗效。说明疏肝解郁法是胸痹的重要治法^[14]。方中柴胡苦辛凉,主入肝胆,功擅条达肝气而疏散郁结,用为君药^[15];川芎味辛气雄,主入肝胆,能疏肝开郁,行气活血,止胁痛^[16];香附苦辛平,专入肝经,长于疏理肝气,并有良好的止痛作用。二药相合,共助柴胡以解肝经郁滞,而增行气活血止痛之效,为臣药。枳壳主入脾胃经,功专破气消积、化痰除痞,兼能和胃导滞;郁金主入肝胆,善活血止痛,行气解郁;延胡索主归肝经,能活血行气止痛;白芍、甘草相伍能养血柔肝,缓急止痛。诸药相合,佐助君、臣药以加强疏肝解郁、行气止痛之效。甘草调和药性,兼做使药。诸药相合,共奏疏肝解郁、行气止痛之功。本方以大队辛散入肝经之理气药为主,辅佐以养血柔肝、活血通脉、和胃降逆之品,疏肝之中兼以养肝,理气之中兼以调血,调肝兼行和胃,是为疏肝理气解郁之良方。

参考文献:

- [1] 姜唯鸣. 柴胡疏肝散治疗肝气郁结型冠心病心绞痛 99 例[J]. 中国实用医药, 2011, 6(27): 162-164.
- [2] 赵吉萍, 李莉. 解郁汤治疗冠心病伴发抑郁焦虑症状 30 例[J]. 中医研究, 2013, 26(1): 23-25.

表 6 硝酸甘油停减率

组别	n	停药		减量		不变		加重		停减率	P 值
		例	%	例	%	例	%	例	%		
治疗组	60	32	53.33	18	30.00	10	16.67	0	0	83.33	0.027
对照组	60	12	20.00	32	53.33	16	26.67	0	0	73.33	

注:2 组经卡方检验分析, $P<0.05$,差异有统计学意义。

- [3] 陈艳娟,李红,韩果. 疏肝解郁、活血通络法对伴焦虑抑郁症状的冠心病心绞痛患者临床疗效分析 [J]. 中国医药导报, 2012, 9(25): 125-126.
- [4] 杨精华. 自拟舒肝解郁汤治疗冠心病合并抑郁症 66 例临床观察[J]. 中医药导报, 2010, 16(2): 22-24.
- [5] 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标准 [J]. 中华心血管病杂志, 2000, 28(6): 409.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 68-74.
- [7] 中国中西医结合学会心血管学会. 冠心病中医辨证标准 [J]. 中西医结合杂志, 1991, 11(5): 257.
- [8] 中西医结合治疗冠心病心绞痛及心律失常座谈会. 冠心病心绞痛及心电图疗效评价标准 [J]. 中国药事, 1987, 1(2): 71.
- [9] 冯家昌. 疏肝活血通痹散治疗冠心病心绞痛 42 例疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2014, 21(1): 93-94.
- [10] 刘芊, 史青. 疏肝宁心汤加减联合心理治疗法对冠心病心绞痛合并焦虑症的临床观察[J]. 北京中医药, 2010, 29(7): 545-546.
- [11] 刘淑芳, 张新军. 伴焦虑抑郁的冠心病患者药物干预治疗的对比研究[J]. 中国实用医药, 2009, 4(4): 159.
- [12] 常艳鹏, 任路, 张明雪, 等. 情志在冠心病发病中的作用 [J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(4): 623.
- [13] 曹晋, 黄文权. 冠心病中医证型的最新研究进展[J]. 中国中医急症, 2009, 16(10): 124.
- [14] 陈银娣, 周天铎, 施慎逊, 等. 老年冠心病病人焦虑、抑郁症状的调查[J]. 上海精神医学, 2000, 12(1): 17.
- [15] 王小官, 胡有志, 肖遥, 等. 宽心软胶囊治疗冠心病心绞痛(气滞血瘀证)临床研究[J]. 湖北中医杂志, 2011, 33(7): 9-10.
- [16] 谢芳. 舒肝解郁胶囊治疗冠心病合并抑郁症的疗效观察 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12(2): 164-165.

(编辑: 岳胜难)

The Clinical Study on Unstable Angina Type of Qi Stagnation and Blood Stasis Treated by Shuganjieyu Decoction

GU Yong-qing, LI Xiao-qian, YAO Zu-pei

(Department of Cardiology Nantong Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nantong 226001, China)

ABSTRACT: **Objective** Observe the Clinical efficacy on unstable angina type of Qi stagnation and blood stasis treated by shuganjieyu decoction. **Methods** Select 120 Patients of unstable angina type of Qi stagnation and blood stasis, randomly divided into treatment group 60 cases and Control group 60 cases. Control group treated with conventional western medicine, treatment group taking shuganjieyu decoction on the basis of conventional western medicine, twice a day. Observe and statistics the changes in the two groups 4 weeks later. **Results** Treatment group is better than Control group in angina and ECG, with significantly different ($P < 0.05$). Reduce the level of TCM symptom score was significantly better in treatment group than in the control group ($P < 0.01$), compared two groups of Chinese medicine symptoms of the total effect was significant ($P < 0.05$), The withdrawal rate of nitrate were significantly different ($P < 0.05$), The treatment group was significantly better than control group. **Conclusion** shuganjieyu decoction can effectively control Angina Type of Qi Stagnation and Blood Stasis.

KEY WORDS: coronary heart disease; unstable angina; Qi Stagnation and Blood Stasis; Shuganjieyu

(原文见第 68 页)

Study on the Influence of the Modified Erchen Decoction on Upper Airway-Esophagus Pressure During the Stage of Sleep

ZHANG Hao-Liang, YU Feng

(Guangzhou Otorhinolaryngol Head Neck Surg Hospital, Guangzhou 510620, China)

ABSTRACT: **Objective** To investigate the dynamic changes in the upper airway that cause the obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome by measuring the variations of upper airway pressures in the treatment of Erchen Decoction. **Methods** 53 patients with OSAHS examined polysomnography with upper airway pressure at the same time. divided into 2 groups, the treatment group was treated with Erchen Decoction, the control group was treated normally such as weight loss, each group treated for 3 months, reexamined polysomnography and upper airway pressure, contrasted the data of before-and-after. **Results** The negative pressure fluctuations of P_1 and P_2 decreased, there are significant difference between before-and-after. **Conclusion** With treatment of Erchen Decoction, the upper airway negative pressure of obstruction reduced, and then eased the data of $LSaO_2$ and AHI, it's invalid to the data of BMI for treatment group.

KEY WORDS: Erchen Decoction; upper airway; pressure; narrow plane