

中医不同疗法治疗稳定型心绞痛的对照研究

刁利红¹ 严洁² 易受乡² 常小荣² 林亚平²

摘要 目的:观察中医不同疗法治疗稳定型心绞痛的效果。方法:通过电针内关穴、口服复方丹参滴丸及针药结合3种不同治疗方法记录稳定型心绞痛患者心电图(ECG)和动态心电图(Holter)缺血性ST-T的改变,进行客观疗效比较,找出最佳中医治疗方法,并为电针内关穴治疗稳定型心绞痛提供依据。结果:3种治疗方法均能不同程度地改善稳定型心绞痛患者ECG和Holter缺血性ST-T,尤以针药组疗效显著($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论:(1)单纯运用电针或口服复方丹参滴丸治疗稳定型心绞痛均有较好疗效,但针药结合效果更好;(2)电针内关穴对稳定型心绞痛具有良好的调整作用。

主题词 心绞痛/中医药疗法

Clinical Study on TCM Different Therapies for Treatment of Stable Angina Pectoris

Diao Lihong¹, Yan Jie², Yi Shouxiang², et al.

(1. Guangzhou University of TCM, Guangzhou 510405; 2. Department of Acupuncture, Hunan College of TCM)

Objective: To search for the best TCM therapeutic method for stable angina pectoris. **Methods:** The patients of stable angina pectoris were treated with electroacupuncture(EA) at Neiguan(PC 6), oral administration of Danshen Dripping Pills and their combination, respectively. Changes of ischemic ST-T in the patients with stable angina pectoris were recorded with ECG and Holter. Their therapeutic effects were compared. **Results:** All of the three therapeutic methods could improve ischemic ST-T of ECG and Holter in the patient of stable angina pectoris in varying degrees, effect of combined treatment of acupuncture and drug being more remarkable, with significant differences($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion:** (1) EA or Danshen Dripping Pills has therapeutic effect on stable angina pectoris, and combination of acupuncture with Danshen Dripping Pills has a better therapeutic effect than that of EA or Danshen Dripping Pills; (2) EA at Neiguan(PC 6) has a good regulative action on stable angina pectoris.

Key Words Angina pectoris/TCM therapy

近年来,我们用电针手厥阴心包经内关穴配合中药治疗稳定型心绞痛患者30例,收到较好疗效,同时进行了相关的对比研究,现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准:西医诊断标准参照1980年12月全国内科学术会议建议,采用国际心脏病学会及世界卫生组织临床命名标准化联合组报告《缺血性心脏病的命名及诊断标准》、陈灏珠《实用内科学》(人民卫生出版社,2001年,第11版)。中医诊断标准参照1997年发布的《中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语证候部分》及王永炎《中医内科学》(上海科学技术出版社,2000年,第6版)。

1.2 纳入标准:(1)稳定型心绞痛患者;(2)年龄40~65岁;(3)缺血性心电图或动态心电图阳性。

1.3 排除标准:(1)不符合上述西医诊断标准及中医诊断标准;(2)3个月内患急性心肌梗死或非稳定性心

绞痛;(3)收缩压/舒张压 $< 90/60$ mmHg;或 $> 180/110$ mmHg;(4)严重心、脑、肾疾病及精神病患者;(5)糖尿病及更年期综合征患者;(6)不能耐受针刺刺激者。

1.4 病例的剔除、脱落及中止观察标准:(1)不能坚持治疗者;(2)出现严重不良事件;(3)临床试验过程中出现其它严重并发症者;(4)症状恶化,必须采取紧急措施者;(5)合并使用了本方案禁止使用的药物者。

1.5 一般资料:90例观察患者采用随机对照试验设计分为3组。电针组30例,其中男性8例,女性22例;年龄45~65岁,平均 (56.60 ± 6.28) 岁;药物组30例,其中男性6例,女性24例;年龄44~65岁,平均 (57.43 ± 5.37) 岁;针药组30例,其中男性9例,女性21例;年龄45~65岁,平均 (57.27 ± 6.18) 岁。3组性别、年龄经统计学处理,组间均衡性良好,具有可比性($P > 0.05$)。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法

2.1.1 电针组:主穴为内关(单侧)。随症加减:寒凝心脉、手足不温等,加足三里(单侧);气滞心胸如胸闷、噎气,加太冲(单侧);痰浊闭阻如纳呆、恶心、咯痰,加丰

基金项目:湖南省自然科学基金资助项目(00JJY1006)

1 广州中医药大学博士后流动站,广东省广州市机场路12号(510405)

2 湖南中医学院针灸系

收稿日期:2006-02-12

隆(单侧);瘀血闭阻如胸闷、心痛甚,加郄门(单侧);心气不足如心悸、气短,加膻中;心阴亏损如烦热、盗汗,加阴郄(单侧);心阳不振如神疲、自汗、怯汗,加气海。选用上海产 G6805-II 型电针仪,疏密波型(疏波为 2~5 次/秒,密波为 50~100 次/秒),刺激强度以患者能耐受为度,电针 30 分钟,每日 1 次,每次选用一侧穴位,左右穴位交替使用,每周 6 次,连续 4 周。

2.1.2 药物组:口服复方丹参滴丸(天津天士力制药股份有限公司生产,每粒 25mg,相当于生药量 0.109g,批准文号:95 卫药准字 Z-01 号),每次 10 粒,每日 3 次,连续 4 周。

2.1.3 针药组:即电针内关穴配合口服复方丹参滴丸。穴位与治疗方法同电针组,每日 1 次,每周 6 次,同时口服复方丹参滴丸,每次 10 粒,每日 3 次,连续 4 周。

2.2 统计学方法:将所有等级资料数据输入 SAS V8.2 软件进行处理。等级资料用秩和检验。计数资料用卡方检验。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准^[1,2]

3.1.1 心电图疗效判定标准:显效:心电图恢复至大致正常(即正常范围)或达到正常心电图;有效:ST 段的降低,以治疗后回升 0.05mV 以上,但未达到正常水平,在主要导联倒置 T 波改变变浅(达 25%以上者);或 T 波由平坦变为直立,房室或室内传导阻滞改善者;无效:心电图基本与治疗前相同;加重:ST 段较治疗前降低 0.05mV 以上,在主要导联倒置 T 波加深(达 25%以上)或直立 T 波变平坦,平坦 T 波变倒置,以及出现异位心率、房室传导阻滞或室内传导阻滞。

3.1.2 动态心电图疗效判定标准:显效:动态心电图恢复至大致正常(即正常范围)或达到正常心电图;有效:ST 段的降低,以治疗后回升 1mm 以上,但未达到正常水平,在主要导联倒置 T 波改变变浅(达 25%以上者);或 T 波由平坦变为直立,房室或室内传导阻滞改善者;无效:动态心电图基本与治疗前相同;加重:ST 段较治疗前降低 1mm 以上,在主要导联倒置 T 波加深(达 25%以上)或直立 T 波变平坦,平坦 T 波变倒置,以及出现异位心率、房室传导阻滞或室内传导阻滞。

3.2 3 组患者心电图疗效比较:表 1 示,针药组心电图疗效总有效率(89.29%)与电针组(59.26%)、药物组(57.69%)比较差异有显著性($P < 0.05$);电针组与药物组间差异无显著性($P > 0.05$)。提示针药组心电图疗效明显优于电针组与药物组。

表 1 3 组患者心电图疗效比较(例)

组别	例数	显效	有效	无效	加重
电针组	27	6	10	11	0
药物组	26	5	10	11	0
针药组	28	11	14	3	0

表 2 3 组患者动态心电图疗效比较(例)

组别	例数	显效	有效	无效	加重
电针组	30	7	13	10	0
药物组	30	6	11	13	0
针药组	30	13	15	2	0

3.3 3 组患者动态心电图疗效比较:表 2 示,针药组动态心电图疗效总有效率(93.33%)与电针组(66.67%)、药物组(56.67%)差异有显著性($P < 0.01$);电针组与药物组差异无显著性($P > 0.05$)。提示针药组动态心电图疗效明显优于电针组与药物组。

4 讨论

稳定型心绞痛患者休息时心电图 50%以上正常,疼痛发作时心电图可呈典型的缺血性 ST 段下移的改变。部分患者仅在作运动试验或动态心电图监测时出现明显的心电图缺血改变而无症状,称为无症状心肌缺血。近年来,对心肌缺血的认识有了新的概念^[3,5],以心绞痛代表心肌缺血的概念得到了更新,代之以“总缺血负荷”(TIB)。它是指所有的缺血事件发作,不论是否有缺血的症状发生。有症状的缺血事件是心绞痛发作,无症状的缺血事件是无症状的心肌缺血(SMI)发作。两者的危害相似,其临床意义相同。

动态心电图为检出无症状心肌缺血的最佳选择。由于动态心电图不受体位和活动的限制,在 24 小时甚至更长的时间内监测心电图,通过观察 ST 段的改变,可以大大提高对短暂性心肌缺血的检出率。而且能充分反映检查者的活动、症状、用药与心电图的关系,有助于心肌缺血及其程度的判定。由于心绞痛历时短暂,常规偶测心电图往往难以捕捉到发作时的 ST-T 改变,而动态心电图则可达到此目的。由于与常规心电图的互补性,动态心电图已被广泛运用于临床监测心肌缺血^[6,7]。

本研究 ECG、Holter 结果显示:(1)临床上我们观察到,动态心电图对心肌缺血的检出率远远高于静息心电图,与上述吻合。(2)3 种不同治疗方法均能使缺血 ST 段在一定程度上回升,改善倒置 T 波,其中针药组对 ECG、Holter 改善情况最明显。说明单纯电针或口服复方丹参滴丸对冠心病心肌缺血均有治疗作用,若针药结合则临床疗效更为显著,可见针药结合对心

肌缺血患者的治疗具有协同作用。(3) 电针内关穴为主治疗心肌缺血疗效确切, 从而为手厥阴经与心包相关的理论提供了临床依据。

参考文献

- 1 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则. 北京: 中国医药科技出版社, 2002; 72~73.
- 2 张季平. 临床内科学. 天津: 天津科学技术出版社, 1999; 1141.

- 3 王茂斌, 曲镭. 心脏疾病的康复医学. 北京: 人民卫生出版社, 2000; 45~46.
- 4 陈在嘉. 临床冠心病学. 北京: 人民军医出版社, 1994; 103~105.
- 5 张兆国. 心肌缺血的动态心电图检测. 临床心电学杂志, 2003, 12(1): 3~6.
- 6 杨庭树. 冠心病实验诊断学. 北京: 科学技术文献出版社, 2002; 116.
- 7 彭章平, 朱建华. 现代缺血性心脏病学. 北京: 人民军医出版社, 2000; 337~338.

乐胃饮对小鼠胃肠动力的影响

徐 珊* 聂红明* 成信法* 许家鸾*

胃肠功能性疾病是近年来医学界关注的热点之一, 我们采用经验方乐胃饮进行了胃肠动力的实验研究, 现报道如下。

1 材料

- 1.1 实验动物分组: 清洁级昆明种小鼠 150 只(分 3 批), 雌雄各半, 体重 19~21g(浙江中医学院实验动物研究中心提供)。随机分为空白对照组、药物对照组、乐胃饮高剂量组、乐胃饮中剂量组和乐胃饮低剂量组 5 组, 每组 10 只。
- 1.2 药物制备: 乐胃饮由怀山药、薏苡仁、陈皮等组成。上述药物按 3:3:1 的用量, 加水煎煮两次, 减压浓缩至生药浓度为 25kg/L, 分装, 灭菌。香砂六君丸为厦门中药厂生产。

2 方法

空白对照组灌服等体积生理盐水(20ml/kg), 药物对照组灌服香砂六君丸(2.25g/kg), 乐胃饮高、中、低剂量组分别灌服乐胃饮 28.4g/kg、14.2g/kg、7.1g/kg, 每天 1 次。

- 2.1 胃排空: 各组动物连续用药 7 天, 禁食不禁水 16 小时, 第 8 天每鼠灌服 0.1% 甲基橙溶液(0.2ml/10g), 20 分钟后脱颈处死动物, 剖腹, 结扎幽门, 取出胃, 将胃内容物用 10ml 蒸馏水稀释, 洗净胃内容物, 过滤到试管中, 用 5% 碳酸氢钠溶液调 pH 至 6.0~6.5, 然后以 2000 转/分离心 10 分钟, 取上清液用 751-GW 型分光光度计比色(波长 420nm)测光密度。以 0.1% 甲基橙溶液 0.2ml 加入 10ml 蒸馏水的光密度作为基数, 以下列公式计算甲基橙胃残留率。甲基橙残留率(%) = 胃甲基橙光吸收度/基数甲基橙光吸收度 $\times 100\%$ 。

- 2.2 小肠推进运动: 用药同上, 第 8 天各组小鼠均用 10% 炭末(0.2ml/10g)灌胃, 20 分钟后脱颈处死, 剖取小肠, 测量炭末前沿至幽门的距离(小肠炭末推进长度)和幽门至回盲部的距离(小肠总长度), 以下列公式计算炭末推进百分率。肠推进率(%) = 炭末前沿至幽门的距离/幽门至回盲部的距离 $\times 100\%$ 。

- 2.3 全胃肠道推进运动: 各组连续用药 5 天, 第 5 天用药后 1 小时给 10% 炭末混悬液(0.2ml/10g), 然后将动物分别置于透明玻璃钟罩内进行观察, 记录自灌服炭末混悬液至首次出现黑色炭末粪便的时间, 并计算排出黑色炭末粪便所需的时间。

- 2.4 统计学方法: 计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示; 计数资料用百分率表示。多组间均数比较用方差分析, 均数间两两

比较用 q 检验和修正最小显著差异 t 检验法。

3 结果

- 3.1 乐胃饮对正常小鼠胃排空的影响: 空白对照组、药物对照组、乐胃饮低剂量组、中剂量组、高剂量组甲基橙残留率分别为 12.88 ± 1.84 , 15.51 ± 1.52 , 25.40 ± 4.98 , 24.81 ± 2.74 , 25.00 ± 2.30 (%, $\bar{x} \pm s$)。与空白对照组比较, 乐胃饮各组对正常小鼠胃液体排空具有较明显的抑制作用($P < 0.01$), 与药物对照组比较, 差异也具有显著性($P < 0.05$), 乐胃饮各剂量组之间比较, 差异无显著性($P > 0.05$)。

- 3.2 对正常小鼠小肠推进运动的影响: 空白对照组、药物对照组、乐胃饮低剂量组、中剂量组、高剂量组肠推进率分别为 70.36 ± 6.36 , 59.54 ± 11.18 , 54.09 ± 5.52 , 54.78 ± 6.47 , 54.52 ± 10.28 (%, $\bar{x} \pm s$)。经方差分析, 5 组均数间差异有显著性($P < 0.01$)。乐胃饮对正常小鼠小肠推进运动具有较明显的抑制作用($P < 0.01$), 不同剂量组之间对小肠推进运动的抑制作用差异无显著性($P > 0.05$)。

- 3.3 对正常小鼠全胃肠道推进运动的影响: 空白对照组、药物对照组、乐胃饮低剂量组、中剂量组、高剂量组首次排出黑便所需时间分别为(分钟, $\bar{x} \pm s$) 169.3 ± 22.2 , 122.9 ± 11.9 , 114.0 ± 11.0 , 114.0 ± 5.9 , 93.1 ± 9.6 。方差分析显示, 乐胃饮对正常小鼠全胃肠道推进运动具有明显的促进作用($P < 0.01$), 且优于香砂六君丸($P < 0.05$); 而不同剂量组之间的抑制作用差异无显著性($P > 0.05$)。

4 讨论

我们认为, 胃肠功能性动力疾病主要病机特点是脾胃虚弱, 气机阻滞, 升降失司, 病位主要在胃, 涉及肝脾, 基本证型多为肝郁气滞与脾胃虚弱。因而, 从调节脾胃气机升降入手治疗胃肠功能性动力疾病取得了满意的疗效。乐胃饮主要由怀山药、薏苡仁、陈皮等组成。怀山药补脾气而益胃阴; 薏苡仁健脾渗湿, 性微寒而不伤胃, 益脾而不滋腻, 是清补利湿之佳品; 陈皮理气运脾, 更体现了“健脾关键在运脾”的思想, 也反证了脾虚是胃肠功能性动力疾病的病机之本, 健脾运脾法是治疗胃肠功能性动力疾病的根本之法。本实验选用目前较常用的反应胃肠道机械动力的指标, 即胃液体排空实验和小肠推进运动实验。实验结果显示, 乐胃饮对正常小鼠胃液体排空呈抑制作用; 对正常小鼠小肠推进运动也呈抑制作用; 而对正常小鼠全胃肠道推进运动却呈促进作用。故可以认为乐胃饮对胃肠功能有双向的调节作用, 使失常的肠管运动机能趋于正常化。