

中药制剂贴敷穴位治疗冠心病心绞痛 54 例

刘彦荣* 王婷婷* 张 军*

主题词 冠状动脉疾病/穴位疗法 心绞痛/穴位疗法
穴位贴敷法

内病外治是中医传统的治疗方法之一。我们用纯中药制剂贴敷穴位,治疗冠心病心绞痛,收到较好效果,现报告如下:

1 一般资料

54 例心绞痛患者中,男性 35 例,女性 19 例。年龄最大 79 岁,最小 33 岁;其 31~40 岁 3 例,41~50 岁 9 例,51~60 岁 22 例,61 岁以上 20 例。病程最长 29 年,最短 0.5 年;其中 0.5~5 年 31 例,6~10 年 14 例,11 年以上 9 例。中医分型属气虚阳虚型 29 例,气滞血瘀型 25 例。

2 治疗方法

药物组成:麝香、川芎、三七、细辛等。

药物制备:上药后 3 味提取浸膏, pH7.5~8, 插度 200~300。麝香另研备用。

用药方法:选择贴药穴位,75%酒精穴位局部皮肤擦拭,后用艾条灸所选穴位 3~5 分钟/穴,至皮肤稍红,将药膏按压固定在穴位上,保留 24 小时,每周贴药两次,每 6 次为一疗程。

穴位选择:第 1 组:膻中、膻窗、乳根、玉堂、紫宫、内关(双)。第 2 组:心俞(双)、膈俞(双)、至阳、内关(双)。根据病情两组穴位交替加减使用。

3 观察方法及结果

疗效标准:根据 1979 年中西医结合防治冠心病座谈会修订的冠心病心绞痛的诊断及疗效判定标准判定疗效:(1)显效:劳力型心绞痛治疗后心绞痛症状分级降低两级。原为 I、II 级者心绞痛基本消失(即在较重的超过日常活动的体力活动时也基本不出现心绞痛),不用硝酸甘

油。非劳力型心绞痛症状消失或基本消失,心绞痛发作每周不多于两次,基本不用硝酸甘油。心电图休息时恢复正常、大致正常。双倍二阶梯运动试验由阳性转为阴性。次极量分级运动试验(一),或运动耐量上升二级(+)。(2)改善:劳力型心绞痛治疗后心绞痛症状降低 I 级,硝酸甘油减用一半以上。原为 I 级者心绞痛基本消失,不用硝酸甘油。非劳力型心绞痛治疗后心绞痛次数或硝酸甘油用量减少一半以上。心电图休息时或双倍二阶梯运动试验 ST 段下降,在治疗后回升 0.05mV 以上,但未正常。主要导联倒置 T 波变浅达 50%以上或 T 波由平坦转为直立,次极量分级运动试验较治疗前耐量上升一级(+)。(3)基本无效:症状及硝酸甘油用量无改变,或有所减少,但未达到改善程度者。心电图休息时或运动试验与治疗前基本相同,或虽有改善但未达到改善的规定者。(4)加重:疼痛发作次数、程度及持续时间加重,或心绞痛升级,硝酸甘油用量增加。心电图休息时或双倍二阶梯运动试验 ST 段较治疗前下降 0.05mV 以上,主要导联倒置 T 波加深达 50%以上或直立 T 波变为平坦,平坦 T 波变为倒置,次极量分级运动试验较运动前运动量下降一级出现(+).

症状疗效:显效 25 例,占有 46.3%;改善 21 例,占 38.9%;无效 8 例,占 14.8%,总有效率 85.2%。

心电图疗效:54 例中治疗前后心电图大致正常 14 例及陈旧性心肌梗塞而无 ST-T 改变者 1 例(均不在统计之列),有意义心电图 39 例。有意义心电图,其中显效 9 例,占 23.1%;改善 11 例,占 28.8%;无改善 11 例,占 28.2%;加重 8 例,占 20.5%,总改善率为 51.3%。

甲皱微循环改善情况:其中 15 例治疗前后进行微循环测试,做为辅助观察指标。明显改善

* 中国中医研究院针灸研究所,北京市东城区北新仓 18 号(100700)

收稿日期:1995-05-31

4 例,占 26.7%;改善 8 例,占 53.3%;加重 3 例,占 20%,总改善率 80%。其中血液流速改善率 86.7%;红细胞聚积改善率 73.3%;血色改善率 93.3%。

4 讨论

内病外治的整体观念是中医基本理论之一,现应用于冠心病心绞痛的治疗收到了较好的疗效。采用穴位贴药加灸,旨在温阳、行气、活血,因而选择芳香走窜、活血化瘀、温经通阳、行气止痛的药物;并采取浸膏剂型,其特点为浓度高、用量少,而疗效高。再配合局部穴位艾灸,使毛细血管扩张,更有益于药物的吸收;况灸法本身亦具温经活血止痛之功效。

穴位选择也是提高疗效的关键。膻中穴为气之海;心俞、膈俞为足太阳膀胱经穴位,两穴系于心膈;至阳为督脉穴,督脉统领一身阳气,诸穴合用则可振奋胸阳、温通心气。膻窗、乳根、玉堂、紫宫位于心胸部,诸穴合用可通脉活血、行瘀止痛。内关为八脉交会穴,主治心胸疾病,因此为必用要穴。

心电图及甲皱微循环的检查变化,说明本疗法及药物确有改善冠脉供血、治疗心绞痛的作用。微循环的改善以血液流动状态较为明显,其中又以血液流速及红细胞的聚积、血色改善为突出,证实了本疗法具有改善供血供氧的作用。

增水行舟法新用

余 炯*

增水行舟法属于润下法,用于温病热结津枯的便秘症。代表方为增液汤,方中用大剂养阴药增益津液,使热灼液涸的粪便得以自下。笔者临床借其义,辨证治疗其它病,亦每获良效,举例如下。

1 中风(脑血栓形成)

方××,男,62岁,1992年9月21日诊。代述既往有高血压病史,两月前晨起出现右上、下肢瘫痪,言语不清。送入医院以“脑血栓形成”收住院,经输液、维脑路通、丹参注射液、降压等治疗,病情稍好转,出院后又继续服补阳还五汤等中药20余剂,症状改善不明显而转诊。见右侧肢体活动失灵,口角左斜,身瘦长,皮肤干燥瘙痒,语音不连贯,纳差,口干,大便难、小便短少,舌瘦尖红、苔薄黄,脉弦细。血压22/14kPa。辨证为气阴两虚,瘀血阻络。处方:黄芪40g,川芎25g,生牡蛎20g(先煎),地龙、赤芍、女贞子、川牛膝各15g,玄参12g,水蛭、麦冬、远志各10g,地鳖虫7g,5剂。患者自诉此5剂药于前两月所服,现言语已基本顺畅、右上、下肢能自主活动,但欠灵便。再以前方稍作出入,续服10余剂。服后基本已如常人。

按:诊断患者为“脑血栓形成”及用补阳还五汤等治疗均属正确。然疗效欠佳,大抵因患者本为气阴两虚之体,只补其气,未顾其阴,结果是气无阴液的滋养和

补充,难有后继之力。气行衰弱,瘀血难以速去。后经气阴双补,痰瘀同治,环环相扣,故得显效。按现代医学所述:高血压、脑血栓形成等病多属血液粘稠粘滞范畴。以滋阴活血用药,降低了血液粘稠度,而有利于血液循环和血栓的溶解吸收,亦是增水行舟之意。此后笔者临床每遇血液粘滞的病情并有阴虚见症者,辄用养阴药,亦收桴鼓之效。

2 胁痛(胆石症)

蔡××,女,36岁,1992年4月10日诊。患有胆结石史5年,于1990年已行胆囊切除术。近1年来又复发右胁痛。经B超检查:肝内多发泥沙样结石,肝总管有0.3cm×0.5cm和0.4cm×0.5cm结石各1个。经西药抗炎解痉及中药利胆消炎、利胆排石汤等治疗,胁痛好转,但每月仍复发1~2次。近5天又觉右胁痛,体倦乏力,口苦咽干,大便秘结,食差,小便黄,舌边红、苔黄干,脉弦数。血白细胞 $11.0 \times 10^9/L$ 。证属肝胆湿热,气阴两虚。处方:黄芪、白芍各20g,金钱草、蒲公英各15g,鸡内金、郁金、麦冬、沙参、生地、大黄、川楝子各10g,甘草7g,5剂。药后胁痛大减,口苦乏力、大便干结均明显好转,守原方再服5剂。并以上方加活血养肝药研末炼蜜为丸服3月。两年后复诊,两年来未复发胁痛,复查B超未见结石。

按:患者因胆结石手术后又复发结石,临床表现为气阴两虚,本意为“有是症用是药”,故攻补兼施,不意收效竟捷于单纯利胆排石法。

* 湖北省英山县中医院(436700)

收稿日期:1995-05-04