

从先天伏寒论治冠心病心绞痛 126 例临床观察

崔英子¹ 郭家娟² 指导:黄永生²

(1. 长春中医药大学 2007 级博士研究生, 吉林省长春市净月潭旅游经济开发区博硕路 1035 号, 130117;

2. 长春中医药大学附属医院心内科)

[摘要] **目的** 观察伏寒方加血府逐瘀汤治疗冠心病心绞痛先天伏寒证兼有心血瘀阻证的临床疗效。**方法** 248 例冠心病心绞痛辨证属伏寒证的患者随机分为治疗组 126 例与对照组 122 例, 对照组口服血府逐瘀汤, 治疗组口服伏寒方加血府逐瘀汤合方, 两组均治疗 28 天为 1 个疗程, 1 个疗程后比较两组患者硝酸甘油减停率, 心绞痛、心电图及伏寒证、心血瘀阻证各临床症状疗效。**结果** 治疗组硝酸甘油减停率为 15.87%, 对照组为 10.66%, 两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗组心绞痛总有效率为 82.54%, 对照组为 76.23%, 两组疗效比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗组心电图总有效率为 46.03%, 对照组为 40.98%, 两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。伏寒症状中, 治疗组足凉或手足凉、口干、心烦、疲乏、畏寒、恶冷喜热食、胃痛或胀、腰膝酸软等临床症状均优于对照组($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。心血瘀阻症状中, 治疗组胸痛、胸闷、入夜加重、心悸等症状疗效优于对照组($P < 0.05$)。**结论** 针对“先天伏寒”病因并结合活血化瘀法治疗冠心病心绞痛先天伏寒证兼有心血瘀阻证患者较单纯应用活血化瘀法治疗能够取得更好的临床疗效。

[关键词] 先天伏寒; 伏寒方; 血府逐瘀汤; 心血瘀阻; 冠心病心绞痛

Treatment Based on the Theory of Congenital Latent Cold for Angina Pectoris of the Coronary Heart Disease—A report of 126 cases

CUI Yingzi¹, GUO Jiajuan², HUANG Yongsheng²

(1. Changchun University of Chinese medicine, Changchun 130117; 2. Affiliated Hospital of Changchun University of Chinese medicine)

ABSTRACT **Objective** To observe the effect of Fuhan Recipe (Recipe for latent cold syndrome) plus Xuefu Zhuyu Decoction (Decoction for removing blood stasis in chest) on the coronary heart disease in congenital latent cold syndrome complicated with the symptom of heart blood stasis. **Methods** Totally 248 cases of coronary heart disease with angina pectoris in latent cold syndrome were randomized into a treatment group ($n = 126$) and control group ($n = 122$). The control group was prescribed Xuefu Zhuyu Decoction and the treatment group was administered Fuhan Recipe plus Xuefu Zhuyu Decoction, 28 days as one course. After one course of treatment, the stopping and decreasing of nitroglycerin, angina pectoris, ECG, and changes of clinical symptoms of two groups were compared. **Results** The rate of stopping and decreasing of nitroglycerin was 15.87% in the treatment group and 10.66% in the control group, without significant difference ($P > 0.05$). The total effective rate of angina pectoris in the treatment group was 82.54% and 76.23% in the control group, the difference was significant ($P < 0.05$). The total effective rate of ECG in the treatment group was 46.03% and 40.98% in the control group, without significant difference ($P > 0.05$). Of the latent cold symptoms, in the treatment group, the effect on cold extremities, dry mouth, irritability, fatigue, aversion to cold, preferring hot food to cold food, gastric pain or distention, soreness and weakness in lumbus was better than in the control group ($P < 0.01$ or $P < 0.05$). Of the heart blood stasis symptoms, the effect on chest pain, chest fullness, being worse at night, and palpitation in the treatment group was better than in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The treatment of Fuhan Recipe plus Xuefu Zhuyu Decoction is better in effect for the coronary heart disease in congenital latent cold syndrome complicated with the symptom of heart blood stasis than that of only Xuefu Zhuyu Decoction.

Key Words Congenital latent cold; Fuhan Recipe (Recipe for latent cold syndrome); Xuefu Zhuyu Decoction (Decoction for removing blood stasis in chest); Heart blood stasis; Coronary heart disease with angina pectoris

冠心病心绞痛属中医“胸痹”、“心痛”范畴。多属本虚标实之证, 其中尤以血瘀为重^[1], 所以临床治疗多以活血化瘀为主。然而在临床中发现一部分患者除具有心血瘀阻证的特征外还具有特征性的病情演变规律^[2], 即“先天伏寒”证。因此, 本研究以“先天伏寒”病因理论为主要研究内容, 对“先天伏寒”病因并结合活

血化瘀法治疗冠心病心绞痛的疗效进行评价, 以期为冠心病心绞痛的中医药治疗找到新的突破口, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

冠心病心绞痛诊断标准及心血瘀阻证辨证标准均参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]制定; 先天伏寒证诊断标准根据黄永生教授临床经验并结合临床回顾性流行病学调查结果^[2]制定。主症: 足凉或手足凉, 疲

乏,善太息,口干,心烦;次症:畏寒,恶冷喜热食,气短,背痛,胃痛或胀,腰膝酸软;舌脉:舌尖红体暗或舌淡隐青,苔薄白,脉沉弱或沉弦细弱;病史:女患者从月经来潮(14岁左右)即有痛经、足凉或手足凉,男患者从16岁左右出现足凉或手足凉、少腹疼痛或遗尿,至35岁(女)或40岁(男)左右即出现胃痛、胃胀、纳呆、恶冷食或泛酸、暖气,至49岁(女)或64岁(男)以上即出现心痛症状。主症、病史必备,次症兼具2项以上,结合舌象、脉象,即可诊断先天伏寒证。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:冠心病心绞痛辨证为先天伏寒兼有心血瘀阻证者;年龄40~70岁。排除标准:冠心病急性心肌梗死、Ⅳ级心绞痛以及其他心脏疾病、重度神经官能症、更年期症候群、颈椎病所致胸痛者;收缩压≥180mmHg、舒张压≥110mmHg者;重度心肺功能不全、重度心律失常者;合并有肝、肾、造血系统等严重原发性疾病、精神病患者;妊娠或哺乳期妇女;过敏体质及对多种药物(包括本药)过敏者;资料不全等影响疗效或安全性判断者。

1.3 一般资料

纳入病例为2007年9月~2008年12月就诊于长春中医药大学附属医院、吉林省中医中药研究院、长春市中医院、辽源市中医院、敦化市中医院内科门诊的患者,共248例。按照随机数字表分为治疗组126例、对照组122例。治疗组男42例,女84例;年龄40~70岁,平均(58.15±5.91)岁;病程1~12年,平均(3.55±2.94)年;合并1级高血压39例,合并高脂血症37例,合并糖尿病13例。对照组男35例,女87例;年龄40~69岁,平均(58.90±5.45)岁;病程2~10年,平均(3.46±2.33)年;合并1级高血压26例,合并高脂血症24例,合并糖尿病5例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组给予伏寒方(组成:仙茅10g,巴戟天10g,砂仁10g,当归15g,知母10g,青皮10g,黄芪30g,淫羊藿15g,白术15g,黄柏10g,枳壳10g,半夏7.5g)和血府逐瘀汤(当归15g,赤芍10g,川芎10g,桃仁10g,红花10g,牛膝10g,柴胡10g,桔梗10g,枳壳10g,生地黄30g,甘草5g)的合方,水煎服,每次150ml,每日2次,28天为1个疗程。对照组给予血府逐瘀汤,剂量及疗程同治疗组。观察1个疗程。试验期间禁止用除硝酸甘油外其他治疗冠心病心绞痛的中西药物。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 观察指标 ①心绞痛症状:疼痛次数、程度、持

续时间、诱发原因、硝酸甘油服用量及其停减率。②先天伏寒证症状(主症及次症)、心血瘀阻证症状(主症:胸痛,胸闷,入夜加重;次症:心悸,头晕目眩,因恼怒胸闷痛加剧)的变化情况。③心电图:治疗前后分别进行心电图检查。

2.2.2 计分方法 伏寒证及心血瘀阻证各症状计分方法参考文献[3]并结合临床自拟:主症按症状无、轻、中、重度分别计为0、2、4、6分,次症按症状无、轻、中、重度分别计为0、1、2、3分。

2.3 疗效判定标准

速效扩冠药物(硝酸甘油)减停标准(自拟):停药:治疗后完全停药;减量:治疗后较治疗前用量减少50%以上;不变:治疗后用量减少不足50%。

心绞痛疗效判定标准及心电图疗效判定标准均参照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》^[3]制定。心绞痛疗效判定标准:显效:症状消失或基本消失或重度减轻至轻度;有效:疼痛发作次数、程度及持续时间有明显减轻;无效:症状基本与治疗前相同;加重:疼痛发作次数、程度及持续时间有所加重。心电图疗效判定标准:显效:心电图恢复大致正常(即正常范围)或达到正常心电图;有效:治疗后ST段的降低回升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:治疗后ST段降低加重(较治疗前降低0.05mV以上),倒置T波加深(达25%以上),或直立T波由平坦,T波由平坦变倒置,以及出现异位心律、房室传导阻滞或室内传导阻滞。

伏寒症状疗效判定标准及心血瘀阻症状疗效判定标准均根据《中药新药临床研究指导原则》^[3]并结合临床制定:痊愈:临床症状消失或基本消失,症状积分减少≥95%;显效:临床症状明显改善,症状积分减少≥70%而<95%;有效:临床症状均有好转,症状积分减少≥30%而<70%;无效:临床症状无明显改善,甚或加重,症状积分减少<30%。

2.4 统计学方法

采用DAS1.0统计分析软件进行数据处理。计量资料以均数±标准差表示,计数资料采用频数及百分数进行描述。计量资料的组间比较用 t 检验,等级资料用 $Ridit$ 检验、秩和检验,计数资料用卡方检验。

3 结果

3.1 两组患者硝酸甘油停减情况比较

表1示,治疗组硝酸甘油停减率为15.87%,对照

组率为 10.66%, 两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 两组患者硝酸甘油停减情况比较[例(%)]

组别	例数	停药	减量	不变	停药+减量
治疗组	126	12(9.52)	8(6.34)	106(84.12)	20(15.87)
对照组	122	9(7.38)	4(3.28)	109(89.34)	13(10.66)

3.2 两组患者心绞痛及心电图疗效比较

两组患者心绞痛疗效比较, 治疗组 126 例中显效 54 例, 有效 50 例, 无效 22 例, 总有效率为 82.54%; 对照组 122 例中显效 28 例, 有效 65 例, 无效 29 例, 总有效率为 76.23%, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

两组患者心电图疗效比较, 治疗组 126 例中显效 26 例, 有效 32 例, 无效 68 例, 总有效率为 46.03%; 对照组 122 例中显效 14 例, 有效 32 例, 无效 76 例, 总有效率为 37.70%, 两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3.3 两组患者各项伏寒症状疗效比较

表 2 示, 治疗组足凉或手足凉、口干、心烦等症的疗效明显优于对照组($P < 0.01$), 疲乏、畏寒、恶冷喜热食、胃痛或胀、腰膝酸软等症疗效亦优于对照组($P < 0.05$)。善太息、气短、背痛等症疗效两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3.4 两组患者各项心血瘀阻症状疗效比较

表 3 示, 治疗组胸痛、胸闷、入夜加重、心悸等症疗效优于对照组($P < 0.05$)。头晕目眩、因恼怒而胸闷痛加剧等症疗效两组比较差异无统计学意义($P >$

0.05)。

4 讨论

黄永生教授通过多年的临床实践发现, 冠心病心绞痛部分患者除具有心血瘀阻证的特征外还具有特征性的病情演变规律, 且在整个过程中存在着顽固性的足凉或手足凉^[2], 即“先天伏寒”证。黄教授认为, 先天伏寒是这类患者的共同病因所在。在后天环境和社会等因素的影响下, 表现出动态的发病规律, 并可引发伏痰、伏瘀、气滞等后天伏邪的逐渐产生, 形成同一疾病共性的不同个性。此漫长的演变过程中, 同一患者即从亚健康发展到疾病的过程, 但其先天伏寒之共性不变。在先天伏寒病因致病的长期的病理过程中, 阴寒在下, 阴火上冲, 故患者一方面表现为顽固性的手足冷, 同时又兼见口干、心烦等症。结合动态时空理论, 在冠心病的发生发展中, 肝气郁滞、气机不利是一个重要阶段, 故其证候特点为脾肾阳虚, 气虚气滞。伏寒病因长期不去, 因寒生瘀, 因虚生瘀, 故临床上多兼见心血瘀阻之证, 因此在治疗上, 一方面以温补脾肾之阳为首要任务, 同时补益中气以协助脾肾阳虚的恢复, 特别是要应用辛开苦降之法, 引阳归阴, 同时注意疏肝理气法应贯彻治疗的始终^[4]; 另一方面要重视活血化瘀, 二者共同应用则会使临床疗效得到明显提高。

伏寒方由淫羊藿、仙茅、巴戟天、黄芪、白术等药组成。方中淫羊藿、仙茅、巴戟天补脾肾之阳, 肾阳充则五脏之阳得生, 黄芪、白术补气健脾, 补益气血生化之源, 使中气充足; 当归辛甘, 补血活血, 与黄芪相配, 可助其益气健脾之效; 半夏辛温发散、醒脾开胃, 主开主降, 畅

表 2 两组患者各项伏寒症状疗效比较(例)

伏寒症状	例数	治疗组			例数	对照组			组间比较	
		痊愈	显效	有效		痊愈	显效	有效	U	P
足凉或手足凉	126	54	42	16	122	30	40	24	3.463	0.001
疲乏	126	48	39	28	122	34	41	22	2.008	0.045
善太息	126	51	29	34	122	46	28	31	0.653	0.514
口干	126	56	34	22	122	32	36	29	3.091	0.002
心烦	126	43	38	22	122	28	22	39	2.921	0.003
畏寒	98	36	28	24	100	24	27	33	2.183	0.029
恶冷喜热食	102	38	42	20	102	28	38	24	2.245	0.025
胃痛或胀	114	42	28	22	107	26	25	28	2.108	0.035
腰膝酸软	104	46	28	26	103	32	27	36	2.205	0.027
气短	115	38	46	24	109	32	42	23	0.927	0.354
背痛	101	26	28	43	94	28	26	28	0.104	0.917

表 3 两组患者各项心血瘀阻症状疗效比较(例)

心血瘀阻 症状	例数	治疗组			例数	对照组			组间比较	
		痊愈	显效	有效		痊愈	显效	有效	U	P
胸痛	121	14	16	42	118	18	26	40	2.1	0.036
胸闷	116	11	29	40	109	17	35	32	1.984	0.047
入夜加重	100	10	28	20	99	17	31	23	1.987	0.047
心悸	102	12	20	24	102	25	19	26	2.287	0.022
头晕目眩	106	23	22	28	103	24	29	22	0.901	0.367
因恼怒而 胸闷痛加剧	111	12	27	34	109	16	33	29	1.35	0.177

达气机升降之路,使肺气宣降,阴火下行畅达无阻—具有辛开之效;知母、黄柏苦寒而降,引阳归阴,是为反佐法,二药盐炒入肾经,甘苦合化,既可降火又可滋阴,苦燥而不伤阴,苦寒反佐以降上浮之虚阳(阴火)—具有苦降之效,使壮火归位,恢复少火生气之功,少火温土而脾气生化无穷。砂仁理气温中助半夏以疏泄气机,醒脾开胃,使气虚得补、气滞得疏、气道通畅。枳壳理气而不伤气,合青皮理气行滞而止痛。全方阴阳合治,寒热共调,标本兼顾,辛开苦降,阴阳调和。

本研究结果提示,伏寒方合血府逐瘀汤立足于先天伏寒证的本质,对冠心病和伏寒症的主要症状都有显著改善,因此疗效确切,较单纯应用活血化瘀法具有

更稳定的优势。由于本研究为单盲观察,故仍有待于设计严密的双盲随机对照试验来进一步支持和验证结论。

参考文献

[1]周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2003:142—150.
[2]黄永生,郭家娟,邓悦. 先天伏寒证理论内涵及其对临床指导意义[J]. 实用中医内科杂志,2007,21(6):3—4.
[3]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—73,380—383.
[4]黄永生. 冠心病心绞痛临床诊治体会[J]. 长春中医学院学报,2005,21(1):16—17.
(收稿日期:2009—10—10;修回日期:2009—12—31)

[编辑:崔京艳]

• 临床解惑 •

怎样选用中成药治疗股骨头坏死

胡献国 胡 皓

(湖北省远安县中医院,444200)

股骨头坏死属中医“痹证”范畴,中医辨证分期一般分为以下几期。

Ⅰ期(气滞血瘀型为主),为早期股骨头坏死。主要症状为髋关节疼痛或向膝关节放射,时轻时重,劳累后加重,休息后减轻。痛有定处,胀痛或刺痛。髋周肌肉紧张或痉挛,行走不利。检查发现髋关节前侧腹股沟中点、内收骨肌腱、大粗隆上部、缝匠肌起点、臀中肌、坐骨结节处有压痛,早期以髋关节内旋活动受限明显,舌紫暗,脉沉涩。X线片可见股骨头及髋臼外形正常,股骨头轻度骨质疏松,或小囊性变,边缘不锐利,模糊毛糙,关节间隙正常。Ⅱ期(肝肾亏损为主),为中期股骨头坏死。主要症状为髋关节疼痛持续不减,下肢乏力,关节活动受限加重,行走不利或轻度跛行,腰背酸软。检查可见上述体征更加明显,肌肉萎缩,髋关节活动受限明显,步态跛行。舌苔薄白,脉沉细。X线表现股骨头变形塌陷,大范围囊性变,新月征、双峰征、囊性变周围有钙化带出现,关节间隙变窄,有骨性关节炎的表现。Ⅲ期(气血两虚为主),为股骨头坏死晚期。主要症状为髋关节疼痛时隐时现或持续性疼痛,下肢无力、肌肉萎缩、变细,或肢体出现短缩,走路跛行,关节活动受限更加严重。神疲气短,舌质淡红,脉弦细。X线表现股骨头塌陷明显,股骨颈变短宽,股骨头碎裂死骨形成,关节间隙更为狭窄。

1 内治法

气滞血瘀型:常见于股骨头坏死早期,患侧髋关节疼痛剧烈,多为胀痛、刺痛,有时表现为休息痛,或久卧、久坐后初动时疼痛加重,稍活动后疼痛减轻,超过髋关节活动范围后疼痛亦加重,痛处固定不移,拒按,舌质暗,有瘀斑,脉涩。当以活血化瘀,通络止痛为治,可选用血府逐瘀口服液,每次1支,每日3次;三七片,每次4片,每日3次;中华跌打丸,每次1丸,每日3次;云南白药胶囊,每次3粒,每日3次。

气虚血瘀型:多见于股骨头坏死中期或后期,患侧髋关节胀疼或轻刺痛,或隐隐作痛,髋关节功能受限,卧床或扶拐行走,患肢及臀部肌肉萎缩,面色无华,少气懒言,活动无力,舌质

淡或暗,苔薄白,脉沉细或涩。当以益气养血,化瘀通络为治,可选用复方丹参片,每次4片,每日2次;黄芪精口服液,每次1支,每日2次;血府逐瘀口服液,每次1支,每日2次;合黄芪颗粒,每次1袋,每日2次;黄芪口服液,每次1支,每日2次,合三七片,每次3片,每日2次。

气血虚弱型:老年人股骨头坏死后期,长期髋关节功能障碍,跛行或行动困难或卧床,髋部隐隐作痛或疼痛较轻,休息时疼痛不明显,活动时髋部疼痛加重,病患部肌肉萎缩,面色苍白,唇甲淡白无华,气短乏力,舌淡苔薄白,脉细弱。当以益气养血为治,可选用补中益气口服液,每次1支,每日2次;八珍口服液,每次1支,每日2次;阿胶补血冲剂,每次10g,每日2次。

脾肾阳虚型:应用激素类股骨头坏死后期,髋部钝性疼痛,有时反射至大腿、膝关节处,活动后疼痛加重,遇冷疼痛加重,跛行或行走不利,精神萎靡,面色㿔白,或有阳痿,泻下完谷不化,浮肿,腰以下为甚,舌淡胖,苔白脉沉弱。当以温阳补肾为治,可选用金匮肾气丸,每次9g,每日3次;鹿茸精口服液,每次1支,每日2次;仙灵脾颗粒,每次10g,每日3次。

肝肾不足型:老年股骨头坏死后期,髋部疼痛较轻,活动时疼痛加重,腰膝无力,患肢肌肉萎缩,自汗或盗汗,健忘失眠,五心烦热,舌红、少苔,脉沉细。当以补益肝肾,强筋壮骨为治,可选用壮骨关节丸,每次9g,每日2次;独活寄生颗粒,每次1袋,每日2次;天麻杜仲胶囊,每次3粒,每日2次。

2 外治法

中华跌打丸:取本品1~3粒,研细,加75%酒精适量调为稀糊状,外敷患处,敷料包扎,胶布固定,每日换药1次,7天为1个疗程,连续2~5个疗程。

七厘散:七厘散1~2支,加75%酒精适量调为稀糊状,外敷患处,敷料包扎,胶布固定,每日换药1次,连续5~7天。

云南白药酊:取本品适量,局部涂抹后,用湿毛巾湿热敷,每日2~3次,连续使用1~2周。正红花油、狮子油、正骨水、万花油、活络油、骨友灵搽剂等。

金黄散:取本品适量,猪胆汁少许,调为稀糊状,摊敷料上,外敷肿胀疼痛处,胶布固定,每日换药1次,连续5~7天。

[编辑:李 巍]