

• 临床报道 •

益气活血通络方治疗冠心病心绞痛 30 例

李忠志^{1*} 韩宁林¹ 张君合² 董昌武² 李雪苓¹ 胡业彬¹

(1. 安徽中医学院第一附属医院, 安徽省合肥市梅山路 117 号, 230038; 2. 安徽中医学院)

基金项目: 安徽中医学院青年科学研究基金(2011qn021)

* 通讯作者: lzz, hefei@yahoo.com.cn, 13856011824

[摘要] 目的 观察益气活血通络方对冠心病稳定性心绞痛气虚血瘀证患者的影响。方法 将 60 例随机分两组, 两组均给予西医基础治疗, 治疗组加服中药益气活血通络方, 每日 1 剂, 连续 4 周, 治疗前后监测心绞痛发作情况及心电图、血液流变学、中医证候疗效等指标。结果 治疗组在改善患者心绞痛发作情况、血液流变学、心电图及中医证候特征等方面优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论 益气活血通络方治疗冠心病稳定性心绞痛气虚血瘀证疗效满意。

[关键词] 益气活血通络方; 冠心病稳定性心绞痛; 气虚血瘀证

冠心病心绞痛是由于冠状动脉硬化和(或)痉挛致管腔狭窄, 使冠状动脉供血不足, 心肌急性、短暂性缺血、缺氧所引起的临床综合征, 是临床最常见的心血管疾病。现代医学对本病有特效药物缓解心绞痛, 但常易复发, 而中医药的应用为该病的治疗提供新的契机。我们采用中西医结合治疗冠心病稳定性心绞痛气虚血瘀证患者, 临床疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择 2011~2012 年在我科住院的冠心病稳定性心绞痛气虚血瘀证患者 60 例, 随机分为治疗组和对照组, 各 30 例, 治疗组男 13 例, 女 17 例; 年龄 45~80 岁, 平均 65.32 岁; 病程 5~30 年, 平均 8.9 年; 对照组男 14 例, 女 16 例; 年龄 40~79 岁, 平均 62.56 岁; 病程 5~25 年, 平均 8.2 年。两组性别、年龄和病程经统计学检验, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

均符合《内科学》第七版^[1]相关诊断标准。气虚血瘀证标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[2], 排除冠心病急性心肌梗死、重度心律失常、重度心肺功能不全、以及合并有肺部、肝脏、肾脏、造血系统等严重疾病者等。

2 治疗方法

两组患者均给予西医基础治疗, 即阿司匹林肠溶片 0.1g, 每日 1 次; 单硝酸异山梨酯 20mg, 每日 2

次; 辛伐他汀 10mg, 每日 1 次, 合并高血压或糖尿病患者分别给予降压、降糖处理。治疗组患者服用益气活血通络方, 黄芪 20g, 丹参 10g, 川芎 10g, 赤芍 10g, 当归 15g, 山楂 15g, 白芍 10g, 全蝎 6g 水煎服, 200ml/袋, 每日两次, 每次 1 袋, 连续服用 4 周。中药全部来自安徽中医学院第一附属医院中草药房, 并由煎药室统一煎制中药, 服中药期间禁酒, 忌辛辣食物, 同时注意休息, 避免受凉、过劳、精神刺激等, 两组患者治疗期间心绞痛急性发作者给予硝酸甘油 0.5mg 舌下含服。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]①心绞痛疗效标准: 显效: 治疗后心绞痛症状分级降低 2 级或 2 级以上, 原为轻、中、重者心绞痛基本消失(即在较重的超过日常活动的体力劳动时也基本上不出现心绞痛), 不用硝酸甘油。有效: 治疗后心绞痛症状分级降低 1 级, 硝酸甘油减用一半。无效: 症状及硝酸甘油用量无改变, 或虽有所减少, 但未得到改善。②心电图疗效: 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 段降低, 治疗后回升 0.05mV 以上, 但未达正常水平, 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

表 1 两组患者治疗前后血液流变学比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	全血黏度高切 (mPa·s)	全血黏度低切 (mPa·s)	血浆黏度 (mPa·s)	红细胞压积(%)	血小板聚集率	纤维蛋白原 (g/L)
治疗组	治疗前	30	4.46±0.72	8.52±0.26	7.31±0.64	49.12±0.12	52.16±14.82	4.65±0.56
	治疗后	30	3.62±0.27*	6.48±0.35*	1.43±0.26**	40.65±4.78*	28.57±13.65**△	3.78±0.34*
对照组	治疗前	30	4.42±0.35	8.43±0.24	6.89±0.32	49.27±4.03	51.73±4.92	3.91±0.63
	治疗后	30	4.39±0.14	8.06±0.52	6.71±0.73	48.65±3.52	47.23±3.65*	3.85±0.52

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$

现异位心律、房室传导阻滞或室性传导阻滞。③证候积分主症无为 0 分,轻为 2 分,中为 4 分,重为 6 分。中医证候疗效标准:疗效指数(n)=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%,显效 n≥70%,有效 n≥30%但<70%,无效 n<30%。

3.2 两组患者治疗前后血液流变学比较

表 1 示,治疗组治疗后全血高切黏度、低切黏度、血浆比黏度、红细胞压积、血小板聚集指数、纤维蛋白原等各项指标对比治疗前有明显下降($P<0.05$ 或 $P<0.01$);而对照组除血小板聚集率外($P<0.05$),其余指标改善差异均不明显($P>0.05$)。

3.3 两组患者心绞痛症状疗效比较

表 2 示,治疗组改善患者心绞痛发作总有效率明显高于对照组(对照组($P<0.01$))。

表 2 两组患者心绞痛疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	13(43.33)	15(50.00)	2(6.67)	28(93.33)
对照组	30	6(20.00)	13(43.33)	11(36.67)	19(63.33)

3.4 两组患者心电图疗效比较

表 3 示,治疗组改善患者心电图总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。

表 3 两组患者心电图疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	加重	总有效
治疗组	30	7(23.33)	14(46.67)	9(30.00)	0	21(70.00)
对照组	30	4(13.33)	8(26.67)	17(56.67)	1(3.33)	12(40.00)

3.5 两组患者中医证候积分比较

表 4 示,治疗组中医证候改善优于对照组($P<0.05$)。

表 4 两组患者治疗前后中医证候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	24.96±3.06	7.65±4.37**△
对照组	30	24.73±4.35	10.48±3.26*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$

3.6 两组患者中医证候疗效比较

表 5 示,治疗组中医证候疗效总有效率优于对照组($P<0.05$)。

表 5 两组患者中医证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	10(33.33)	18(60.00)	2(6.67)	28(93.33)
对照组	30	6(20.00)	15(50.00)	9(30.00)	21(70.00)

4 讨论

冠心病心绞痛属中医学“胸痹”、“心痛”范畴,该病病机复杂,总属本虚标实。治疗以益气为主,辅以活血通络,以达到气旺血行,络通痛止之目的,故常用益气活血、化瘀通络之法。本方中黄芪补气升阳,使气旺则血行,血行则滞通,具有增强体液免疫,保护心血管系统作用;丹参凉血活血,祛瘀止痛,能扩张冠脉、改善微循环,降血脂,抗凝,抑制血小板聚集等;川芎为“血中之气药”,活血行气,祛风止痛,可以扩张冠状动脉,改善冠脉供血,降低心肌耗氧量,抑制血小板聚集等;赤芍清热凉血,散瘀止痛,能扩张冠脉,抗心肌缺血,提高耐缺氧能力,改善微循环,解痉等作用;当归补血活血、散寒止痛,能抗心肌缺血,降血脂,改善微循环,调节免疫等;山楂行气散瘀止痛,能强心、抗心律失常、扩张冠脉、降血脂等;全蝎通络止痛,有明显镇静、解痉作用等,白芍养血敛阴、平肝止痛,能镇静解痉、扩张冠脉等。全方共奏益气活血,通络止痛之功。本研究发现,使用益气活血通络在改善患者心绞痛发作情况、血液流变学、心电图及中医证候体征及疗效等方面疗效肯定。

参考文献

[1]陆再英,钟南山.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:274-282.

[2]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.

(收稿日期:2011-12-26;修回日期:2012-03-22)

[编辑:黄健]