

香芎温胆汤治疗不稳定性心绞痛 50 例临床观察

湖南省衡阳市中医医院(421001) 屈卫玲,周玉生^①

摘要 目的:观察香芎温胆汤治疗不稳定性心绞痛(痰阻心脉证)的临床疗效。方法:对照组 50 例常规使用硝酸酯类、 β 受体阻滞剂、他汀类、抗血小板聚集药等治疗;治疗组 50 例在对照组治疗的基础上加服香芎温胆汤,观察两组心绞痛缓解情况、心电图疗效、中医证候变化情况。结果:治疗组在缓解心绞痛、改善心电图、改善中医证候等方面均明显优于对照组($P < 0.05$)。结论:香芎温胆汤治疗冠心病不稳定性心绞痛(痰阻心脉证)疗效显著。

关键词 心绞痛,不稳定性;冠状动脉疾病;中医药疗法;香芎温胆汤

冠心病不稳定性心绞痛是指介于稳定性心绞痛与急性心肌梗死之间的中间状态,是急性冠脉综合征(ACS)^[1]中的一种,对人体危害很大,如果不及时治疗干预,很容易发展为急性心肌梗死或心脏猝死。该病属于中医“胸痹心痛”范畴,多由于正气亏虚,痰浊、瘀血、气滞、寒凝而导致心脉痹阻不畅,《金匮要略》概括此病的病机为“阳微阴弦”。其病位在心,与肝、脾、肾三脏功能失调有关。笔者在多年的临床工作中发现,该病多表现为本虚标实、虚实夹杂,其中本虚以气虚为主,而标实则痰浊和血瘀多见。笔者采用在常规西医扩冠、抗血小板聚集、降脂、稳定斑块、减少心肌耗氧量等治疗的基础上,加服香芎温胆汤治疗不稳定性心绞痛(痰阻心脉证)50 例,疗效显著,并与单用西医常规治疗的 50 例作对照观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 两组 100 例均为我院心血管内科 2008 年 1 月~2008 年 12 月收治的住院病人。按随机单盲法分为两组,每组各 50 例。对照组 50 例中,男性 28 例,女性 22 例;平均年龄 63.8 岁;平均病程 3.6 年;轻度心绞痛 11 例,中度心绞痛 29 例,重度心绞痛 10 例;伴有高血压病者 34 例,伴有 2 型糖尿病患者 10 例,伴有陈旧性心肌梗死者 6 例。治疗组 50 例中,男性 27 例,女性 23 例;平均年龄 64.2 岁;平均病程 3.7 年;轻度心绞痛 11 例,中度心绞痛 30 例,重度心绞痛 9 例;伴有高血压病者 35 例,伴有 2 型糖尿病患者 8 例,伴有陈旧性心肌梗死者 7 例。两

组患者在人口学特征、病程、心绞痛程度上均无明显差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 中医证候诊断标准参照《中药(新药)临床研究指导原则》^[2]拟定。符合中医“胸痹心痛”痰阻心脉证。不稳定性心绞痛诊断标准参照国际心脏病学会和协会及世界卫生组织(ISFC/WHO)临床命名标准化联合专题组的报告《缺血性心脏病的命名和诊断标准》、中华医学会心血管病分会中华心血管病杂志编辑委员会《不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断与治疗指南》拟定。

2 治疗方法

2.1 对照组 常规使用单硝酸异山梨酯 20mg,静脉滴注,每日 1 次;口服单硝酸异山梨酯缓释片 20mg,每日 1 次;口服美托洛尔 25mg,每日 2 次;口服辛伐他汀 20mg,每日 1 次;口服阿司匹林肠溶片 150mg,每晚 1 次。部分配合降血压、降血糖药物及吸氧治疗,心绞痛发作时,舌下含服硝酸甘油片。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加服香芎温胆汤。药物组成:香附 10g 川芎 15g 半夏 10g 陈皮 10g 枳实 10g 薤白 10g 茯苓 15g 白术 15g 丹参 15g 水蛭 5g。每日 1 剂,水煎服。

两组均以 14 天为 1 疗程,一般治疗 1 个疗程后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察两组心绞痛缓解情况、心电图疗效和中医证候改善情况。

3.2 疗效标准 (1)心绞痛疗效标准。参照 1979

^① 南华大学附属第二医院(421001)

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》拟定。(2)心电图疗效标准。参照1979年中西医结合治疗冠心病心绞痛、心律失常座谈会《冠心病心绞痛及心电图疗效判定标准》拟定。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”者;有效:S-T段降低,以治疗后回升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),或T波由平坦变为直立,房室或室内传导阻滞改善者;无效:心电图与治疗前基本相同者;加重:S-T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,以及出现异位心律、房室传导阻滞或室内传导阻滞者。(3)中医证候疗效标准。参照《中药(新药)临床研究指导原则》^[2]拟定。显效:临床症状、体征明显改善,证候积分减少≥70%者;有效:临床症状、体征均有好转,证候积分减少≥30%者;无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少<30%者;加重:临床症状、体征均有加重,证候积分减少<0者。

3.3 统计学方法 全部数据均采用SPSS13.0统计软件进行处理。

3.4 两组心绞痛缓解情况比较(见表1)

表1 两组心绞痛缓解情况比较

组别	n	显效	有效	无效	加重	总有效率%
治疗组	50	15	29	6	0	88.0*
对照组	50	11	23	16	0	68.0

注:与对照组比较,*P<0.05

3.5 两组心电图疗效比较(见表2)

表2 两组心电图疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	加重	总有效率%
治疗组	50	14	28	8	0	84.0*
对照组	50	9	24	17	0	66.0

注:与对照组比较,*P<0.05

3.6 两组中医证候疗效比较(见表3)

表3 两组中医证候疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	加重	总有效率%
治疗组	50	15	28	7	0	86.0*
对照组	50	11	20	19	0	62.0

注:与对照组比较,*P<0.05

4 讨 论

胸痹心痛的病因病机多因正气不足,痰浊、气滞、寒凝、血瘀痹阻心脉所致,多属本虚标实。在日常生活中,因为人们的不良生活饮食习惯,导致痰浊痹阻心脉所致胸痹心痛者较多。《素问·生气通天论》曰:“味过于甘,心气喘喘”。过食肥甘厚腻,日久可内生痰浊,一旦闭阻心脉,则发胸痹心痛。《素问·痹论》曰:“心痹者,脉不通”。痰浊、气滞、寒凝、气虚等都可导致心脉闭阻,因此,治疗该病必须标本同治。通过总结多年的临床经验,笔者认为,治疗临床常见的痰阻心脉之胸痹心痛,一则化痰泻浊治其本,二则活血化痰治其标,两者双管齐下,可获得甚佳疗效。

朱丹溪云:“痰之为物,随气升降,无处不到”。“百病中多有兼痰者,世所不知也”。而关于治痰,朱丹溪强调“顺气为先”,“善治痰者不治痰而治气,气顺则一身之津液亦随气而顺矣”。所以,笔者根据该病的病理特点,结合多年的临床经验,拟用香芎温胆汤治疗不稳定性心绞痛(痰阻心脉证),其功用为行气化痰,活血化痰,旨在标本同治,以获得更好的临床疗效。

香芎温胆汤中以半夏、陈皮、枳实、薤白行气化痰;茯苓、白术健脾化痰;香附、川芎行气活血;丹参、水蛭活血化瘀。现代药理研究证明,陈皮、枳实均可增加冠脉流量^[3];薤白有抗血小板凝集^[3]、降低动脉脂质斑块等作用;川芎能扩张冠状动脉^[3],增加冠状动脉血流量,改善心肌的缺氧供应,降低心肌的耗氧量,并能降低血小板表面活性,抑制血小板凝集;丹参不但能扩张冠状动脉^[3],还可提高其耐缺氧能力,对缺氧心肌有保护作用;水蛭有较强的抗凝作用^[3],并且可降血脂,消退动脉粥样硬化斑块。

参考文献

[1] 高润霖. 阜外心血管内科手册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006,105.
 [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,2002,69.
 [3] 高学敏. 中药学[M]. 北京:中国中医药出版社,2002,288, 291,365,376,400.

(收稿日期:2010-06-07)