

- Stroke, 1989, 7(20):864-870.
- [6] Van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, et al. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients[J]. Stroke, 1988, 19(5):604-607.
- [7] Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation[J]. J Clin Epidemiol, 1989, 42(8):703-709.
- [8] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:104.
- [9] 贾杰. 脑卒中后手功能康复现状[J]. 老年医学与保健, 2015, 21(3):129-131.
- [10] 张宝瑞, 王龙安, 秦历杰. 丁苯酞联合溶栓治疗老年人急性脑梗死的疗效分析[J]. 中华老年医学杂志, 2021, 40(9):1126-1129.
- [11] 张黎雪, 王洁, 孙军. 醒脑开窍针刺联合高压氧对急性脑梗死介入溶栓术后神经功能恢复及氧化应激水平的影响[J]. 上海针灸杂志, 2021, 40(7):807-813.
- [12] 罗开涛, 朱佳浩, 徐颖梅, 等. 针刺对MCA供血区急性脑梗死患者侧支循环及肢体功能康复的影响[J]. 中华全科医学, 2016, 14(5):841-843.
- [13] 陈安, 曹霄, 张慧林, 等. 针灸辅助治疗对急性缺血性脑卒中患者外周血炎症因子水平及神经功能的影响研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(3):331-335.
- [14] 李超然, 刘德柱, 蒋希成. 近10年针刺干预脑缺血再灌注损伤分子机制研究概况[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(8):3526-3528.
- [15] 邹兆鹏, 范锦因, 何治. 同型半胱氨酸对缺血性脑卒中的影响[J]. 生命的化学, 2020, 40(3):351-357.
- [16] 吴艳艳, 刘贝贝, 邝笑笑, 等. hs-CRP对缺血性卒中预测价值的研究进展[J]. 牡丹江医学院学报, 2021, 42(1):172-174.
- [17] 尤永红. 丁苯酞注射液对急性脑梗死患者血清炎症因子和血管内皮功能的影响分析[J]. 中国现代药物应用, 2022, 14(4):97-99.
- [18] 陈光希, 姚涛, 何静, 等. 醒脑开窍针刺法联合丁苯酞治疗急性基底节脑梗死的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2022, 20(13):2449-2452.
- [19] LIU M, PAN Y, ZHOU L, et al. Predictors of post-thrombolysis symptomatic intracranial hemorrhage in Chinese patients with acute ischemic stroke [J]. PloS One, 2017, 12(9):e0184646.

(收稿日期 2022-08-21)

附子汤加味联合西医治疗冠心病急性心绞痛(寒凝心脉证)的疗效观察

杨克勤 王相东 秦 源

(江苏省泰州市第四人民医院, 江苏 泰州 225300)

中图分类号:R541.4 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2023)01-0117-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2023.01.028

【摘要】 目的 观察附子汤加味联合西医治疗冠心病急性心绞痛(寒凝心脉证)的临床疗效。**方法** 将冠心病急性心绞痛(寒凝心脉证)患者62例按照随机数字表法平均分为两组,每组各31例。对照组进行常规西医治疗,治疗组在常规西医治疗基础上予附子汤加味,两组连续治疗14 d。记录两组的心绞痛发作频率和时间、寒凝心脉证证候评分、心功能指标、心电图疗效。**结果** 治疗后,两组心绞痛发作频次、持续时间均明显减少,且治疗组明显低于对照组($P<0.01$);两组寒凝心脉证证候评分明显减少,治疗组明显低于对照组($P<0.01$);两组心功能指标左室射血分数、心排血量、6分钟步行距离较前明显增加,且治疗组显著高于对照组($P<0.01$);治疗组的心电图总有效率为94.44%,高于对照组的72.22%($P<0.05$)。**结论** 附子汤加味治疗冠心病急性心绞痛(寒凝心脉证)可进一步缓解心绞痛发作,改善寒凝心脉证证候以及心功能,提高临床疗效。

【关键词】 冠心病 心绞痛 寒凝心脉证 附子汤 心功能

冠心病急性心绞痛是由于冠状动脉供血不足,使心肌急剧缺血或者缺氧后引发的以胸痛、胸部不适等为主要表现的一类心血管疾病,给患者的日常生活及工作造成严重不良影响^[1]。目前对冠心病急性心绞痛患者常采用介入手术疗法或药物内服扩张冠状动脉血管,手术介入治疗有损伤较大等弊端,常规西药可减少心血管事件发生的概率,但一些患者会产生药物抵抗,且长期服药可增加不良反应率^[2-3]。中药治疗冠心病

急性心绞痛具有多靶点、作用温和等特点,临床采取西医常规措施联合中药治疗可提高治疗效果^[4]。中医临床将冠心病急性心绞痛纳入“胸痹心痛”范畴论治,认为寒凝、血瘀、气滞等导致的胸阳痹阻、心脉瘀滞是导致本病的原因,其中寒凝心脉证是临床常见证型之一^[5]。附子汤出自《伤寒论》,功效温经散寒,笔者近年在常规治疗基础上采取附子汤加味治疗冠心病急性心绞痛(寒凝心脉证)患者,获得良好效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 冠心病急性心绞痛的诊断参照《实用内科学》^[6]:有冠心病史;伴典型心绞痛症状以及心电图ST-T改变;可由运动、情绪等因素诱发;通过舌下含服硝酸甘油能让病情获得缓解。寒凝心脉证的诊断参照《冠心病稳定型心绞痛中医诊疗指南》^[7]:胸痛遇寒而发;肢冷拘挛;腰骶寒冷;腹部冷痛;舌青暗或紫;面色苍白;面色青;脉沉或迟。心功能分级诊断参照美国纽约心脏病学会(NYHA)^[8],属于Ⅱ~Ⅲ级。排除标准:合并其他脏腑器质性疾病者;不能正常沟通者;合并有急性心肌梗死者;对本研究所用中药过敏者;有心脏介入治疗史者。

1.2 临床资料 选取江苏省泰州市第四人民医院2020年2月至2022年2月收治的冠心病急性心绞痛(寒凝心脉证)患者62例,按照随机数字表法平均分为两组,各31例。对照组男性15例,女性16例;年龄55.3~64.9岁,平均(60.93±7.37)岁;冠心病病程1.4~6.3年,平均(3.71±0.49)年;本次心绞痛急性发作病程10~18 h,平均(14.60±2.81) h;NYHA分级为Ⅱ级22例,Ⅲ级9例;饮酒史13例,吸烟史11例。治疗组男性13例,女性18例;年龄55.1~64.4岁,平均(60.74±7.36)岁;冠心病病程1.2~6.2年,平均(3.77±0.50)年;本次心绞痛急性发作病程9~19 h,平均(15.03±2.85) h;NYHA分级为Ⅱ级19例,Ⅲ级12例;饮酒史15例,吸烟史10例。两组临床资料差异未见统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院伦理委员会批准,所有患者及家属签署知情同意书。

1.3 治疗方法 对照组:参照指南^[9]对患者进行常规治疗,美托洛尔(阿斯利康制药有限公司,国药准字H32025391)25 mg/次,每日2次;阿司匹林(广东九明制药有限公司,国药准字H44021139)100 mg/次,每日1次;阿托伐他汀(辉瑞制药有限公司,国药准字H20051408)20 mg/次,每日1次;单硝酸异山梨酯片(上海信谊万象药业股份有限公司,国药准字H19990113)10 mg/次,每日3次,均为口服给药。心绞痛发作时予硝酸甘油(北京益民药业有限公司,国药准字H11021022)舌下含服,0.5 mg/次。治疗组:常规治疗与对照组相同,另予附子汤加味(制附子6 g,茯苓12 g,人参10 g,白术12 g,白芍9 g,当归15 g,桂枝9 g,细辛6 g,香附9 g,川芎12 g),每日1剂,水煎分早、晚口服。两组均7 d为1个疗程,连续治疗14 d。

1.4 观察指标 1)记录两组的心绞痛发作频率和时间。2)寒凝心脉证候评分参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[10],按4级即无、轻度、中度、重度对胸痛遇寒而发、肢冷拘挛、腰骶寒冷、腹部冷痛进行评分,分为0、1、2、4分,得分越低,改善越佳。3)超声心动图检测左室射血分数(LVEF)、心排血量(CO)。4)治疗

前后进行6分钟步行距离(6MWD)测试。

1.5 心电图疗效标准^[10] 显效:心电图恢复至大致正常或正常;有效:ST段下降经治疗之后升高0.05 mV,但未恢复至正常,主要导联T波从平坦变成直立或者倒置T波变浅;无效:心电图未见明显好转。总有效率=(显效+有效)÷总例数×100%。

1.6 统计学处理 应用SPSS22.0统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较进行 t 检验;计数资料以 n 、%表示,组间比较进行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心绞痛发作情况比较 见表1。治疗后,两组心绞痛发作频次、持续时间均明显减少,且治疗组明显低于对照组($P<0.01$)。

表1 两组心绞痛发作情况比较($\bar{x}\pm s$)			
组别	时间	发作频次(次/周)	持续时间(min/次)
治疗组 ($n=36$)	治疗前	11.61±2.22	7.03±0.80
	治疗后7 d	4.90±0.59 [△]	4.81±0.58 [△]
	治疗后14 d	2.41±0.34 [△]	2.33±0.33 [△]
对照组 ($n=36$)	治疗前	11.51±2.21	6.97±0.79
	治疗后7 d	5.93±0.69 [*]	5.88±0.68 [*]
	治疗后14 d	3.94±0.49 [*]	3.83±0.48 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.01$;与对照组治疗后同时间比较,[△] $P<0.01$ 。下同。

2.2 两组中医证候评分比较 见表2。治疗后,两组中医证候评分明显下降,且治疗组明显低于对照组($P<0.01$)。

表2 两组中医证候评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)					
组别	时间	胸痛遇寒而发	肢冷拘挛	腰骶寒冷	腹部冷痛
治疗组 ($n=36$)	治疗前	3.14±0.40	3.16±0.41	3.04±0.40	3.17±0.41
	治疗后7 d	1.76±0.27 [△]	1.72±0.27 [△]	1.68±0.27 [△]	1.79±0.28 [△]
	治疗后14 d	0.83±0.14 [△]	0.81±0.13 [△]	0.78±0.12 [△]	0.85±0.14 [△]
对照组 ($n=36$)	治疗前	3.19±0.41	3.11±0.40	3.09±0.40	3.13±0.40
	治疗后7 d	2.40±0.34 [*]	2.36±0.34 [*]	2.33±0.33 [*]	2.41±0.34 [*]
	治疗后14 d	1.25±0.23 [*]	1.18±0.22 [*]	1.13±0.22 [*]	1.22±0.22 [*]

2.3 两组心功能指标比较 见表3。治疗后,两组心功能指标LVEF、CO、6MWD明显增加,且治疗组高于对照组($P<0.01$)。

2.4 两组心电图疗效比较 见表4。治疗组的心电图总有效率高于对照组($P<0.05$)。

3 讨论

随着人们生活水平提高以及我国社会逐渐步入老龄化,冠心病急性心绞痛呈现逐年上升的趋势^[11]。由

表3 两组心功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	LVEF(%)	CO(L/min)	6MWD(m)
治疗组 (n=36)	治疗前	50.52±6.04	4.23±0.52	240.95±26.07
	治疗后7 d	53.95±6.40 ^{*△}	4.61±0.56 ^{*△}	295.43±31.46 ^{*△}
	治疗后14 d	57.72±6.78 ^{*△}	5.03±0.60 ^{*△}	377.03±39.11 ^{*△}
对照组 (n=36)	治疗前	50.44±6.03	4.19±0.52	241.03±26.09
	治疗后7 d	52.31±6.21 [*]	4.49±0.55 [*]	281.44±30.01 [*]
	治疗后14 d	55.04±6.51 [*]	4.73±0.57 [*]	319.77±33.49 [*]

表4 两组心电图疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	36	15	19	2	34(94.44) [△]
对照组	36	11	15	10	26(72.22)

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

于冠心病急性心绞痛的病机纷繁复杂,现有的临床治疗方案所获取的效果仍有待提高^[12]。目前冠心病急性心绞痛的治疗方案以药物治疗为主,如 β 受体阻滞剂、硝酸酯类等,可有效阻断动脉粥样硬化持续性进展,缓解病情恶化,预防心力衰竭、急性心肌梗死等的发生,但不可避免地产生了较多的不良反应,长期药物治疗还可出现耐药性^[13-14]。中医药治疗冠心病急性心绞痛的疗效确切,且较西药治疗在安全性方面优势明显^[14]。

胸痹心痛的病位在心,是由于正气亏虚,饮食、情志、寒邪等所引起的以痰浊、血瘀、气滞、寒凝痹阻心脉,以膻中或左胸部发作性憋闷、疼痛为主要临床表现的一类病证,发作期以标实表现为主,病机关键在于外感引起心脉痹阻,其中寒凝心脉证多见^[15-16]。由于患者素体阳虚,胸阳不振,阴寒之邪乘虚而入,寒凝气滞,胸阳不展,血行不畅,而发本病^[17]。《素问·举痛论》指出“寒气入经而稽迟,泣而不行,客于脉外则血少,客于脉中则气不通,故卒然而痛”。《医门法律·中寒门》记载“胸痹心痛,然总因阳虚,故阴得乘之”。因此,寒邪闭阻心脉是胸痹心痛之重要病机之一,治宜温经散寒、活血通痹为主。附子汤加味方中制附子辛甘大热,具有回阳救逆、补火助阳、散寒止痛的功效;人参补益元气,复脉固脱;茯苓、白术健脾化湿,且白术可增强附子去寒湿之邪的功效;白芍和营止痛,以监附子温热之性;桂枝、细辛温散寒邪,通阳止痛;当归养血活血;香附为气中血药,川芎为血中气药,香附、川芎合用可行气活血止痛;以上药物合用,共奏温经散寒、活血通痹之效。本研究治疗结果显示,治疗后两组心绞痛发作频次、持续时间均明显减少,且治疗组明显低于对照组($P<0.01$);治疗后,两组寒凝心脉证证候评分明显下降,且治疗组明显低于对照组($P<0.01$);治疗后,两组

心功能指标LVEF、CO、6MWD明显增加,且治疗组显著高于对照组($P<0.01$);治疗组的心电图总有效率优于对照组($P<0.05$)。表明在常规治疗措施基础上,附子汤加味治疗冠心病急性心绞痛(寒凝心脉证)能更好地缓解患者心绞痛发作,改善寒凝心脉证症状和心功能,提高临床疗效。但其远期疗效有待进一步的研究。

参考文献

[1] 高伟华. 氯吡格雷对急性心绞痛患者疗效及血清学指标的影响[J]. 中国现代医生, 2020, 58(5): 42-44.

[2] 关晓红. 氯吡格雷治疗急性心绞痛的临床效果观察[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(24): 143-145.

[3] 庞稳泰, 张俊华, 翟静波, 等. 通脉养心丸治疗冠心病心绞痛随机对照试验的系统评价[J]. 中国中药杂志, 2019, 44(11): 2390-2396.

[4] 穆丽婷, 赵英强, 张清. 参芍胶囊为对照加用活血药对稳定型劳累性心绞痛的证候疗效评价[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(6): 789-791, 827.

[5] 夏芮. 中医综合护理措施联合西药干预稳定性心绞痛发作期临床研究[J]. 新中医, 2019, 51(12): 296-299.

[6] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 13版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 1234-1234.

[7] 中华中医药学会心血管病分会. 冠心病稳定性心绞痛中医诊疗指南[J]. 中医杂志, 2019, 60(21): 1880-1890.

[8] 葛均波, 徐永健. 内科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 473-474.

[9] 国家卫生计生委合理用药专家委员会, 中国药师协会. 冠心病合理用药指南[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2018, 10(6): 1-130.

[10] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 68-72.

[11] 宋丁发, 曹金良, 柯秋菊, 等. 宽胸气雾剂缓解冠心病心绞痛临床观察及对心电图改善的影响[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(10): 2519-2522.

[12] 陈飞龙, 王秀玲, 麻斌. 丹参多酚酸盐治疗冠心病心绞痛的效果及其对血液流变学和氧化应激的影响评价[J]. 中华灾害救援医学, 2020, 8(3): 137-141.

[13] 杨科. 丹参片联合阿司匹林治疗老年冠心病心绞痛疗效观察[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(2): 369-371.

[14] 李国林, 姜雪. 冠脉宁通方治疗气虚痰瘀互结证冠心病心绞痛效果及对冠状动脉斑块的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(4): 419-422.

[15] 张文娜, 解琳莉. 许彭龄教授从调理脾肾治疗难治性心绞痛经验[J]. 环球中医药, 2019, 12(5): 789-791.

[16] 寇娜, 曲华, 王铭铭, 等. 史大卓教授辨治心绞痛的经验总结[J]. 世界中医药, 2016, 11(4): 659-661.

[17] 高晟玮, 刘志超, 王振兴, 等. 酒在冠心病心绞痛治疗中的作用[J]. 中医学报, 2021, 36(9): 1858-1862.

(收稿日期 2022-03-21)