

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2018.05.013

# 针药联合治疗老年痰瘀互结型胸痹心痛的临床观察

孙芳芳

辽宁中医药大学附属医院, 沈阳 110032

冠状动脉粥样硬化性心脏病简称冠心病,是指由于冠状动脉粥样硬化使管腔狭窄或阻塞导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏病,为动脉粥样硬化导致器官病变的最常见类型。近年来,国内冠心病发病率及病死率呈快速上升趋势,对国民生命健康构成重大威胁。目前西医治疗本病主要通过抗血小板聚集、稳定斑块、降血脂、冠脉内支架介入手术等方式,存在治疗周期较长、费用较为昂贵的不足,且有部分患者症状改善不明显,远期效果不理想。

“胸痹心痛”的中医病名,始见于《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》:“阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,则其极虚也。今阳虚知在上焦,所以胸痹心痛者,以其阴弦故也。”从原文中可知其病机为“阳微阴弦”。“胸痹”以病机和病位命名,“心痛”以症状和病位命名,二者均为疼痛,且发病部位相近,病因病机相似,故张仲景将“胸痹心痛”合一而论。中医“胸痹心痛”与现代医学中的冠心病心绞痛在症状及病因病机等方面极为相似,故冠心病心绞痛属于中医“胸痹心痛”范畴。中医通过整体观念及辨证论治在治疗冠心病中具有独特优势。逍遥通脉汤为本科室治疗冠心病的经验方,经临床实践发现,此方能显著提高冠心病患者的生活质量,并有效降低心血管相关风险。本研究探讨逍遥通脉汤联合针刺治疗老年痰瘀互结型胸痹心痛的临床疗效及相关机制,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2016 年 6 月—2017 年 3 月于本院住院治疗的老年冠心病患者 120 例,采用随机数字表分为治疗组和对照组,每组 60 例。对照组,其中男 28 例,女 32 例;年龄 60~75 岁,平均年龄(68.12±5.28)岁;病程 3~9 年,平均病程(4.92±1.87)年;植入支架者 36 例,非植入支架者 24 例。治疗组,其中男 32 例,女 28 例;年龄 62~77 岁,平均年龄(69.28±4.35)岁;病程 2~7 年,平均病程(4.58±1.51)年;植入支架者 40 例,非植入支架者 20 例。2 组在性别、年龄、病程及植

入支架情况方面比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

参照中华医学会 2007 年发布的《慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》<sup>[1]</sup>。即有明确的陈旧性心梗病史,或有明确 PCI 术病史,或心脏搭桥史;冠脉造影或冠脉 CT 有 1 支或以上主要血管狭窄程度 $\geq 50\%$ ;心绞痛发作时有典型心肌缺血心电图表现;心绞痛 CCS 分级为 II~III 级,心绞痛发作病史 $\geq 1$  个月;心绞痛发作次数 $\geq 3$  次/周且 $\leq 5$  次/日。

### 1.3 纳入与排除标准

纳入标准:西医诊断符合冠心病稳定性心绞痛的诊断标准;中医诊断符合痰瘀互结型胸痹心痛诊断标准<sup>[2]</sup>,其中主症为胸痛、胸闷;次症为心悸、气短喘促,胸胁胀满,倦怠乏力,活动后加重,痰多,形体肥胖;舌苔黄腻,舌质紫暗或有瘀点、瘀斑;脉滑或弦涩。上述主症兼有 2 项及以上次症,并结合舌苔及脉象即可诊断为胸痹心痛痰瘀互结型。

排除标准:合并重度心、肺功能不全及其他恶性心律失常;急性心肌梗死或其他心脏疾病、消化性溃疡、神经官能症或胆石症等引起的胸痛;不能耐受硝酸酯类药物;严重感染性疾病;过敏体质或对中草药过敏;依从性较差,不按医嘱服药者;正在参加其他临床药物试验者。

### 1.4 治疗方法

对照组采用常规西药治疗:①单硝酸异山梨酯缓释片(鲁南贝特制药有限公司,国药准字 H19991039)口服,40 mg/次,1 次/日;②阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司,国药准字 J20080078)口服,100 mg/次,1 次/日;③阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司;国药准字 H20051408)口服,20 mg/日,1 次/日。

治疗组在对照组基础上进行内关穴位埋针及内服逍遥通脉汤。①穴位埋针:用镊子将 0.22 mm×1.3 mm 无菌揸针(华佗牌毫针,苏州医疗用品厂有限公司)与胶布从板上揭下来,将针尖对准内关穴,用拇指下按,每隔 4 h 用手按压埋针处 1~2 min,以加强刺

激,留针 1 日,每日更换;②逍遥通脉汤,由辽宁中医药大学附属医院中药病房煎药室提供,方药组成为全瓜蒌 15 g,薤白 15 g,胆南星 10 g,远志 15 g,茯苓 15 g,炙甘草 10 g,丹参 15 g,川芎 15 g,桃仁 12 g,赤芍 15 g,桔梗 15 g,柴胡 15 g,郁金 15 g,牛膝 15 g,桂枝 15 g,1 剂/日,水煎取汁 300 ml,分 3 次口服。

2 组疗程均为 2 周。

### 1.5 观察指标与疗效判定标准

根据《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup> 制定疗效判定标准,①显效:临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$ ;②有效:临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$ ;③无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少 $< 30\%$ ;④加重:临床症状、体征均有加重,证候积分减少 $< 0$ 。总有效率 = [(显效 + 有效)例数 / 总例数]  $\times 100\%$ 。

采用证候积分法观察中医胸痹心痛的证候改善情况:其中主症按照轻、中、重度分别记为 2、4、6 分;次症按轻、中、重分别记为 1、2、3 分;舌苔及脉象按照有或无,分别记 0 或 1 分。

### 1.6 统计学方法

采用 SPSS 18.0 统计学软件进行处理,计量资料用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验,计数资料用率(%)表示,采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 2 组临床疗效比较

治疗后,治疗组总有效率为 93.33%,对照组总有效率为 71.67%,组间比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组患者临床疗效比较( $n=60$ ,例,%)

| 组别  | 显效 | 有效 | 无效 | 加重 | 总有效率                   |
|-----|----|----|----|----|------------------------|
| 对照组 | 9  | 34 | 11 | 6  | 43(71.67)              |
| 治疗组 | 19 | 37 | 3  | 1  | 56(93.33) <sup>△</sup> |

与对照组比较<sup>△</sup> $P < 0.05$

### 2.2 2 组中医证候积分比较

治疗后,2 组中医各项证候积分及总积分均较前降低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );且治疗组上述积

分降低程度较对照组明显,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组患者中医证候积分比较( $n=60$ ,分, $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间  | 胸痛                            | 胸闷                            | 心悸                            | 气短喘促                          | 倦怠乏力                          | 形体肥胖                          | 总积分                           |
|-----|-----|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 4.47 $\pm$ 0.68               | 4.25 $\pm$ 0.91               | 1.61 $\pm$ 0.95               | 1.85 $\pm$ 1.03               | 1.78 $\pm$ 0.57               | 1.75 $\pm$ 0.99               | 16.03 $\pm$ 1.57              |
|     | 治疗后 | 2.88 $\pm$ 0.47*              | 1.99 $\pm$ 0.52*              | 0.96 $\pm$ 0.53*              | 0.98 $\pm$ 0.84*              | 1.29 $\pm$ 0.51*              | 1.35 $\pm$ 0.76*              | 9.17 $\pm$ 1.38*              |
| 治疗组 | 治疗前 | 4.25 $\pm$ 0.53               | 4.12 $\pm$ 0.89               | 1.58 $\pm$ 0.97               | 1.87 $\pm$ 1.12               | 1.76 $\pm$ 0.49               | 1.74 $\pm$ 1.08               | 15.35 $\pm$ 1.68              |
|     | 治疗后 | 1.53 $\pm$ 0.65* <sup>△</sup> | 1.76 $\pm$ 0.45* <sup>△</sup> | 0.71 $\pm$ 0.59* <sup>△</sup> | 0.63 $\pm$ 0.48* <sup>△</sup> | 0.85 $\pm$ 0.54* <sup>△</sup> | 0.88 $\pm$ 0.42* <sup>△</sup> | 6.71 $\pm$ 1.29* <sup>△</sup> |

与治疗前比较\* $P < 0.05$ ;与对照组比较<sup>△</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

“胸痹心痛”相当于现代医学的冠心病心绞痛,是由于机体正气亏虚,血瘀、痰浊、气滞、寒凝等引起心脉痹阻不畅,以膻中或胸中发作性憋闷、疼痛为主要临床表现的病证。随着人们生活水平提高,过食肥甘厚味、生冷之物或过度饮酒等不良生活习惯,日久损伤脾胃,导致运化失健、聚湿生痰;痰饮上犯心胸,阻遏心阳,胸阳失展,气机不畅,心脉痹阻而发为胸痹心痛。中医认为,血脂异常多与“痰湿”、“湿热”、“痰热”相关,而血小板聚集异常、斑块产生、凝血功能障碍多

与血瘀有关<sup>[4]</sup>。因此,本研究选取逍遥通脉汤治疗痰瘀互结型胸痹心痛以祛其痰瘀互结之根本,扬其祛痰除瘀宣痹之功效。方中全瓜蒌、薤白、胆南星祛痰而通心阳;远志祛痰而入心窍;川芎、柴胡、郁金行气活血;丹参、桃仁、赤芍活血化瘀通络;茯苓健脾阳祛湿;桂枝温通心阳;桔梗宣肺祛痰;牛膝活血通经,引邪下行;炙甘草调和诸药。诸药合用,祛痰化瘀通心阳,邪去则心脉痛。

内关为手厥阴心包经络穴,意在经气由此而上,有如关口,首记载于《灵枢·经脉》:“手心主之别,名曰内关,去腕两寸,出于两筋之间,别走少阳,循经以

上系于心包,络心系。实则心痛,虚则为烦心,取之两筋间也”。《针灸甲乙经》中记载:“内关者络脉之一别…手心主络…手心主之本”;“实则心暴痛,虚则烦心。心惕惕不能动,失智,内关主之。”均阐述了邪气盛之暴心痛与正气衰之虚烦心悸均可取之内关。且内关穴为八脉交会穴之一,通于阴维脉,阴维脉联系足太阳脾经、足少阴肾经及足厥阴肝经,会于任脉,还与足阳明胃经相合,有维络诸阴经而主一身之里。这些经脉均循行于胸膈胁腹部,故内关穴是治疗心系疾病的要穴。本研究采用的内关穴位埋针法,由《灵枢·官针》中记载的“十二刺”中“浮刺”针法发展而来。采用皮内针的目的是持续刺激穴位、增强疗效。大量临床研究<sup>[5-7]</sup>表明,针刺内关穴治疗冠心病,临床疗效显著。

本研究结果表明,治疗组和对照组在治疗老年胸痛心痛上均有明显临床疗效,但治疗组疗效明显优于对照组,差异有统计学意义。且在各项证候积分及总积分上,治疗组明显低于对照组,差异有统计学意义。由此可见,在常规西药治疗基础上加上内关穴位埋针及内服逍遥通脉汤,患者胸痛、胸闷、心悸、气短喘促、

倦怠乏力、形体肥胖等症状均得到明显改善,其临床效果明显显著,值得推广应用。

#### 参 考 文 献

- [1] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(3):195-206.
- [2] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.
- [3] 郑筱萸.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.
- [4] 王东生,袁肇凯,黄献平,等.冠心病痰瘀证的微观辨证研究[J].中医杂志,2007,48(9):831-833.
- [5] 刁利红.针刺内关穴为主治疗冠心病心绞痛临床观察[J].辽宁中医杂志,2003,30(8):667-668.
- [6] 王悦,陈波.针刺内关穴治疗冠心病心绞痛的研究概况[J].中医药临床杂志,2016,28(6):889-891.
- [7] 张安东.针刺内关穴为主治疗冠心病心绞痛临床分析[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(82):195.

(收稿日期:2018-06-30)

---

## 欢 迎 订 阅      欢 迎 投 稿