

枳实薤白桂枝汤合人参汤治疗冠心病心绞痛（气滞心胸型）的临床观察

孙晓丽 杨濮钟

(黑龙江省大庆市中医医院 黑龙江大庆 163000)

摘要:目的:观察枳实薤白桂枝汤合人参汤治疗冠心病心绞痛(气滞心胸型)的临床疗效。方法:将符合筛选标准的60例患者,按照随机数字表法分为治疗组和对照组,两组各30例。对照组采用西医常规药物对症支持治疗,治疗组在对照组常规治疗的基础上加用枳实薤白桂枝汤合人参汤方口服,每次1袋(150mL),早晚分服。治疗30天后对比2组患者的临床效果。

结果:治疗组患者心绞痛的发作次数减少程度优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);治疗组中医证候积分改善程度优于对照组,两组中医证候积分比较差异有统计学意义($P < 0.01$);治疗组硝酸甘油停减率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

结论 枳实薤白桂枝汤合人参汤治疗冠心病心绞痛(气滞心胸型)疗效确切。

关键词:冠心病;心绞痛;气滞心胸;

冠心病属于中医“胸痹”范畴,病位在胸部,内经中尚无“胸痹”出现,胸痹一词最早出现在《金匮要略》胸痹心痛短气病脉证治中。内经中虽无胸痹相关论述,但对心痹、肺痹却各有描述,二者相合与胸痹的临床表现完全吻合。例如:“肺痹者,胸背痛甚,上气烦满喘呕;心痹者,脉不通。。暴上气而喘。。厥气上则恐;”诊疗中发现,本病常虚、实并见,虚者多见气、血、阴、阳之不足;实者多为气滞、寒凝、痰浊、血瘀等病理产物产生作用^[1]。气滞血瘀因经隧不同,心脉痹阻,不通则痛,故发作常剧,以邪实为主,治疗则重在宣通,调畅气血,通则不痛。临床中常常发现,部分患者以冠心病心绞痛入院就诊,胸闷、胸痛为其来就诊的主要临床表现。详细追问下部分患者常伴有善太息,脘腹胀满,暖气,两肋不舒,每遇情志不遂,精神焦虑后临床症状加重。枳实薤白桂枝汤合人参汤来源于《金匮要略》中,原文所述“胸痹心中痞。。胸满,胁下逆强心,枳实薤白桂枝汤主之,人参汤亦主之”用枳实薤白桂枝汤泻上冲之肝气,人参汤以扶土抑木。本研究意在观察枳实薤白桂枝汤合人参汤治疗冠心病心绞痛(气滞血瘀证)的临床疗效,探讨扶土抑木治疗冠心病心绞痛的有效性。目前,稳定型心绞痛的治疗原则主要是改善患者冠脉供血、降低心肌氧耗,改善症状,预防不良事件,延长生存周期^[2],中医药的介入治疗,为提高患者生存质量又开辟了一条新的路径。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次临床实验的病例选自2022年2月—2023年2月期间,我院收住的冠心病心绞痛(气滞心胸型)病患,将上述患者随机分为2组。其中,治疗组30例,男患18例,女患12例;平均年龄分布(65.40 ± 6.38)岁;病程平均分布(6.72 ± 3.32)年;合并高血压病18例,合并糖尿病10例。对照组30例,男性20例,女性10例;平均年龄(63.50 ± 6.61)岁;病程平均(6.50 ± 2.42)年;以上2组患者一般资料经过对比,差异无统计学意义($P < 0.05$),可以作为比较对象。

1.2 诊断标准

稳定型心绞痛诊断标准:参照2018年《稳定性冠心病诊断与治疗指南》^[3]。

中医诊断标准:参照2002年国家药品监督管理局修订的《中药新药临床研究指导原则》和《中医内科学》标准拟定^[4]:

主症:心胸满闷不适,疼痛阵发性发作,每遇情志不遂时容易诱发或使临床症状加重。

兼症:善太息,脘腹胀闷不舒服,时有暖气。

舌脉:舌苔薄或薄腻,脉细弦。

具有胸闷、胸痛的临床主症之一,其他症状2项加舌脉支持者,既可作为诊断。

中医证候计分标准:参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]和《冠心病中医辨证标准》^[5]制订,具体见表1。

1.3 纳入标准

①符合西医诊断为冠心病稳定型心绞痛诊断标准,心绞痛分级为I级、II级、III级。

②符合中医胸痹为气滞心胸证的诊断标准。

③年龄在55~70岁之间;

④未进行规范化治疗;

⑤4周内未服用过相关类似作用的中药汤剂或者中成药。

⑥患者及家属自愿参加本实验。

1.4 排除标准

①失代偿的心力衰竭较为严重、心肌梗死急性发作期、正处于活动性心肌炎、心包炎以及心脏瓣膜病的临床患者;

②同时合并其他系统较为严重的原发性疾病的临床病患。

③精神病患者;

④妊娠或哺乳期妇女。

⑤过敏体质及对多种药物过敏者

1.5 治疗方法:

对照组:阿司匹林肠溶片(拜耳药业)100mg日1次口服,瑞舒伐他汀钙片(南京正大天晴)10mg,日1次口服,琥珀酸美托洛尔缓释片(阿斯利康)47.5mg,日1次口服。实验患者在心绞痛急性发作时期可以给予舌下含服硝酸甘油(山东信谊制药)。

治疗组:加服枳实薤白桂枝汤合人参汤。

方药组成:枳实15g 薤白20g 桂枝10g 瓜蒌15g 厚朴15g 干姜12g 人参12g 白术12g 生甘草12g。

服用方法:150ml/次,早晚饭后温服。

两组均治疗30天。

1.6 疗效标准

1.6.1 心绞痛疗效评定标准

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制定的《冠心病心绞痛及心电图疗效评价标准》[6]:心绞痛发作次数及持续时间减少 $\geq 80\%$ 为显效; $\geq 50\%$ 、 $< 80\%$ 为有效且 $< 50\%$ 为无效。心绞痛发作次数及持续时间较前增加为加重。

1.6.2 中医证候疗效评定标准

治疗后临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$ 为显效; $\geq 30\%$ 且 $< 70\%$ 为有效; $< 30\%$ 为无效。证候积分增加者为加重。

1.6.3 硝酸甘油停减率

停药:经过治疗后不需口服硝酸酯类药物;减量:治疗后与治疗前相比较硝酸酯类药物用量减少50%以上;不变:经过治疗后硝酸酯类药物用量同治疗前相比减少不足50%。加重:治疗后硝酸酯类药物用量较治疗前有所增加。

1.7 统计学方法

根据项目完成后所得的临床数据, 根据疗效判定标准进行评分, 评估患者的临床显效、有效, 无效例数, 所得数据运用 spss19.0forwindows 软件进行分析, 计数资料 2 检验, 计量资料运用独立样本 t 检验, $p < 0.05$ 差异有统计学意义, 从而证明治疗组临床疗效优于对照组。

2. 结果

2.1 中医证候疗效

如表 2-1 所示, 通过统计学数据分析, 治疗组的总体有效率为 83.33%, 明显好于对照组, 两组的差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)

表 1 中医证候疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	加重	总有效率	p
治疗组	30	16	9	5	0	83%	0.001
对照组	30	9	11	10	0	67%	

注: 数据经 t 检验显示, 差异具有统计学意义 ($P < 0.01$)。

2.2 心绞痛疗效

如表 2 所示, 以上 2 组患者治疗后心绞痛疗效比较, 治疗组临床显效率、临床总有效率高于对照组, 无效率低于对照组, 说明治疗组心绞痛临床疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 心绞痛疗效比较

组别	显效		有效		无效		加重		总有效率	p
	例	%	例	%	例	%	例	%		
治疗组	30	11	37%	17	57%	2	6%	0	0%	0.035
对照组	30	8	27%	14	47%	8	16%	0	0%	

注: 2 组数据经卡方检验比较, $P < 0.05$ 。差异有统计学意义。

2.3 硝酸甘油停减率

如表 3 所示, 治疗组硝酸油停减率 83.33%, 明显高于对照组, 2 组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 3 硝酸甘油停减率

组别	停药		减量		不变		加重		停减率	P
	例	%	例	%	例	%	例	%		
治疗组	30	9	30%	14	47%	7	13%	0	0%	0.013
对照组	30	6	20%	11	37%	13	43%	0	0%	

注: 通过比较, 以上 2 组数据经卡方检验分析得出, $P < 0.05$, 两组具有统计学意义。

中医证候积分比较

如表 4 所示, 治疗前后比较, 2 组证候积分较治疗前均降低, 有显著统计学意义 ($P < 0.01$), 治疗后, 通过比较, 2 组证候积分对比较有统计学意义 ($P < 0.01$)。

表 4 中医证候积分比较

组别	n	治疗前	治疗后	组内 P 值	组间 P 值
		$\bar{x} \pm s$	$\bar{x} \pm s$		
治疗组	30	24.31 ± 6.323	8.100 ± 3.015	<0.01	0.021
		22.37 ± 6.231	7.623 ± 3.726		
对照组	30			<0.01	

注: 经 t 检验显示, 两组患者差异有统计学意义 ($P < 0.01$)

3. 讨论

冠心病心绞痛是近现代医学的一个医学术语, 在中国几千年来, 并没有被记载在医学书籍中, 但是这并不代表我们的先辈们对这样的一种疾病没有认识与治疗的方法。恰恰相反, 对于这种疾病的了解, 我们越发的深刻且诊治手段也非常的丰富。“师曰: 夫脉当取太过不及。既胸痹而痛。”指出了本病的真正原因, 是本病的圆机活法。阳为寸脉, 为上焦, 阴为尺脉, 上焦宗气虚弱, 正气不足, 下焦风寒湿等邪气偏盛。清阳之窍虚弱, 浊阴痹阻了清阳之位。肝者, 将军之官, 易郁易暴躁。足厥阴肝经的循行路线“环阴器, 抵小腹, 挟胃。上贯膈。循喉咙之后。连目系。与督脉会于巅。”肝气上逆, 上贯膈, 冲于胸阳, 故可逆抢心引起上述症状, 此为肝气实逆而上冲。然土不足, 也可以出现上述临床表现, 为土虚木乘, 即为中气虚也。

本方中, 枳实:《医学启源》:“云, 主心痞。破积坚。”厚朴: 凡气滞于中, 郁而不散。用厚朴最宜。其温可燥湿, 辛可清痰, 苦可下气。二药合用可通胃中淤塞, 因肝通阳明也, 故可以泻肝气。瓜蒌: 在《本草思辨录》:“全栝楼其形长, 功能可导痰浊下行, 因此, 结胸、痹, 非此不能治。”薤白: 辛散苦降。温通滑利。通达胸中之阳气, 为治胸痹之重要之药。二药合用可以降胸中之阴邪浊气, 引下焦阳气上升。桂枝降肝之冲气, 补心气之不足, 以上为枳实薤白桂枝汤的方义。干姜补中焦脾胃之阳气、人参补肺脾之气、白术健脾、合用生甘草为人参汤的组药, 也是理中汤。理中者, 理中焦也, 功在扶土抑木。

成人心绞痛的主要原因则是心肌细胞的短暂供血不足, 造成短暂的缺血、缺氧甚至小动脉痉挛, 现在西医临床的治方向主要为抑制血管堵塞, 促进血液流动循环, 主要使用钙通道阻滞剂, 硝酸甘油类药物^{[7][8]}。药理学的相关实验表明, 枳实薤白桂枝汤汤合人参汤中的药效成分能加强心肌收缩力量, 减缓动脉粥样硬化的速度。并且可抑制血小板聚集。促进心肌细胞代谢, 减少心肌细胞损伤, 改善心功能, 并降低心肌损伤指标因子水平。^[9]

参考文献:

- [1] 姜唯鸣. 柴胡疏肝散治疗肝气郁结型冠心病心绞痛 99[J]. 中国实用医药, 2011, 6(27): 162-164.
- [2] 葛均波, 徐永健主编. 内科学(第 8 版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 228.
- [3] 冠心病稳定型心绞痛中医诊疗指南[J]. 中医杂志, 2019, 60(21): 1880-1890.
- [4] 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: 68-74.
- [5] 中国中西医结合学会心血管学会. 冠心病中医辨证标准[J]. 中西医结合杂志, 1991, 11(5): 257.
- [6] 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评价标准[J]. 中国药事, 1987, 1: 71.
- [7] 张仙德. 补阳还五汤化裁治疗冠心病心绞痛的疗效观察及对血清 hs-CRP、Hcy 的影响. 黑龙江中医药大学, 2020.
- [8] 杨小芳. 基于代谢组学的稳定型冠心病心绞痛气滞血瘀证和气虚血瘀证研究. 中国中医科学院, 2020.
- [9] 王颖, 陈虎, 吕旺, 等. 枳实薤白桂枝汤汤合人参汤对冠心病合并抑郁症患者血清炎症因子和神经递质水平的影响[J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(12): 1689-1692.