

2.4 不良反应发生情况比较 服药期间治疗组有 2 例出现腹胀,1 例出现轻微头晕,对照组有 2 例出现轻微头晕症状,上述症状均未给予特殊处理即消失。治疗前后,两组患者肝肾功能、血尿常规、血糖及电解质均无明显变化,治疗组与对照组患者在不良反应发生率上差异无显著性($P>0.05$)。

3 讨论

不稳定型心绞痛是心肌需氧与供氧之间暂时失去了平衡,从而引起心肌缺血缺氧,其发病机制主要是斑块破裂诱发血小板聚集产生血管收缩物质、血栓形成,同时正常内皮细胞产生的抗血小板聚集物质浓度降低,引起血管发生痉挛或收缩,是冠状动脉粥样硬化发展导致血管腔进行性狭窄^[1]。因此扩张冠状动脉、改善心肌供血供氧、降低心肌耗氧量、减少血小板聚集、稳定斑块、控制或减缓动脉硬化程度是心绞痛治疗的目标。

曲美他嗪为哌嗪类衍生物,可改善缺血缺氧细胞的能量代谢,是一种新型的抗心肌缺血药。其抗心绞痛作用机制是通过抑制 3- 酮酰辅酶 A 硫解酶而抑制脂肪酸的代谢,改善心肌能量代谢途径,使能量代谢从脂肪酸氧化途径转移到葡萄糖氧化,从而促进葡萄糖氧化代谢,抑制心肌脂肪酸的氧化,使心肌在耗氧量相同时能够产生更多的 ATP,同时减少 ATP 的降解,减少细胞内酸中毒,降低心肌缺氧时的异常代谢情况,维持缺氧时心肌能量代谢,从而使缺血缺氧应激过程中对心肌细胞稳定地破坏降低到

最低限度,并能提高心绞痛患者的运动耐量,升高心肌缺氧的耐受力,从而改善心肌缺血、缓解心绞痛症状^[4]。益心康泰胶囊是在藏医药理论基础上融汇中医药理论,由唐古特铁线莲、大黄、黄芪、多腺悬钩子、锁阳、甘草六味藏药经过科学加工精制而成。现代药理研究认为,将此六味药材配伍应用,能够提高血氧分压以及血氧饱和度、降低血液黏度、改善微循环、增强红细胞变形能力、改善心肌供血,同时能够加速线粒体的有氧代谢、提高机体缺氧的耐受力、缓解疲劳症状。李秋凤等研究表明益心康泰胶囊可显著改善冠心病心绞痛的心肌缺血缺氧表现^[5]。

本文研究结果表明,在常规药物治疗的基础上加用曲美他嗪和益心康泰胶囊能有效提高临床疗效,对缓解心绞痛症状以及心电图的改变均有明显效果。这可能是因为两种药物联用,通过不同途径改善心肌缺血缺氧。因此,益心康泰胶囊联合曲美他嗪治疗不稳定型心绞痛安全有效。

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.不稳定型心绞痛诊断和治疗建议 [J]. 中华心血管病杂志,2000,28(6): 409-412
[2]中华人民共和国卫生部.中药新药治疗胸痹(冠心病心绞痛)的临床研究指导原则[S].1993.41-45
[3]李淑玲,朱成朔,刘国安.不稳定型心绞痛的发病机制及药物治疗进展[J].世界中西医结合杂志,2013,8(2):210-212
[4]杨玉榕.曲美他嗪治疗不稳定型心绞痛临床观察[J].中国现代药物应用,2010,4(13):95-96
[5]李秋凤,郑欣,王守富.益心康泰胶囊治疗肺心病 90 例、冠心病 98 例[J].中医研究,2007,20(11):39-40

(收稿日期: 2014-05-04)

针药并用治疗心悸 45 例疗效观察

傅丽超¹ 李小伟²

(1 湖南省衡阳市中医医院针灸科 衡阳 421001; 2 湖南省衡阳市中医医院内科 衡阳 421001)

摘要:目的:观察针药并用治疗心悸 45 例的临床疗效。方法:90 例心悸患者随机分为治疗组和对照组各 45 例,治疗组采用针灸联合中药治疗,对照组采用西药常规抗心律失常治疗,4 周后比较两组患者的中医证候积分和 24 h 动态心电图情况,并进行疗效判定。结果:治疗组总有效率为 95.3%,高于对照组 80.0%,差异有统计学意义($P<0.05$);两组患者治疗后中医证候积分和 24 h 心律失常次数均明显下降,与治疗前相比差异均有统计学意义, $P<0.05$;治疗后治疗组的中医证候积分和 24 h 心律失常次数均低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:针药并用治疗心悸疗效优异,能更好地改善临床症状,优于西药治疗。

关键词:心悸;针灸;中药;疗效

中图分类号:R256.21

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.08.008

心悸是患者自觉心中悸动、惊惕不安甚至不能自主的一种症状,常与情志波动或劳累过度有关。临床上可分为病情较轻的惊悸和较重的怔忡,相当于现代医学中各种原因引起的心律失常^[1]。中医药治疗本病历史悠久,积累了丰富的临床经验,笔者近年来采用针灸联合中药治疗心悸 45 例,并与西药治疗的 45 例比较分析,获得较满意疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 1~12 月于我院门诊或住院治疗的符合《中药新药临床研究指导原则》^[2]中心悸诊断标准的 116 例患者,临床均表现为自觉心中急剧跳动,惊慌不安,不能自主;伴有气短乏力、神疲懒言;脉象可见数、促、结、代、缓、迟等,发作为数日 1 次或一日数次。排除有严重内脏疾病、妊

娠及哺乳期妇女、精神神志异常者以及失血、高热、甲亢等引起的心动过速患者。最后纳入观察患者 90 例,按纳入观察先后随机分为治疗组和对照组各 45 例。治疗组男 21 例,女 24 例;年龄 23~75 岁,平均年龄 (51.7± 10.5) 岁;病程 0.5~16 年,平均病程 (5.2± 3.9) 年;西医诊断为房性早搏 16 例、短阵房性心动过速 9 例、室性早搏 13 例、窦性心动过速 7 例。对照组男 20 例,女 25 例;年龄 21~75 岁,平均年龄 (52.5± 11.3) 岁;病程 0.5~15 年,平均病程 (5.7± 3.7) 年;西医诊断为房性早搏 16 例、短阵房性心动过速 8 例、室性早搏 13 例、窦性心动过速 8 例。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组采用针灸联合中药治疗,针灸:取穴神门、内关、膻中、关元、足三里、气海;心胆气虚者加心俞、胆俞,心脾两虚者加心俞、脾俞,阴虚火旺者加肾俞、太溪。中药:逍遥散加减,组方:柴胡 15 g、当归 10 g、白芍 15 g、白术 10 g、茯苓 10 g、薄荷 5 g(后下)、炙甘草 15 g、生地 30 g、合欢皮 10 g、远志 10 g、生姜 10 g、大枣 10 g;头痛者加川芎、黄芩各 10 g,心烦热者加丹皮、栀子各 10 g,嗝气吞酸者加川楝子、延胡索各 10 g。针灸 1 次/d,连续治疗 6 d 后休息 1 d,中药 1 剂/d,水煎分早晚 2 次温服。对照组给予西医常规抗心律失常治疗(如钙拮抗剂、 β 受体阻滞剂等)。两组均治疗 4 周后进行疗效比较。

1.3 观察指标 分别观察治疗前、后两组患者中医证候积分和 24 h 动态心电图情况。中医证候积分按心悸、胸闷、气短、疲倦、乏力五项症状轻重,分别记为 0 分、1 分、2 分、3 分。以上各症状相加之和为证候积分。

1.4 疗效评定 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定。临床痊愈:症状全部消失,动态心电图检查示心律恢复正常;显效:症状基本消失或控制,发作次数明显减少;有效:心律失常发作次数较原来减少 50%以上,且持续时间缩短一半以上;无效:心律失常发作次数无明显减少甚至加重。总有效率=(临床痊愈+显效+有效)/总例数×100%。

1.5 统计分析 采用 SPSS15.0 统计软件行统计分析,计量资料比较采用 t 检验,计数资料比较用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 治疗期间两组患者均无明显不良反应发生,治疗组患者有 2 例由于惧怕多次针灸、觉得中药麻烦而中途退出,未纳入统计。治疗组总有效率达 95.3%,高于对照组的 80.0%,差异有统计学意义 ($\chi^2=4.736, P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者疗效比较 例

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	43	15	14	12	2	95.3
对照组	45	9	15	12	9	80.0

2.2 两组患者症状比较 两组患者治疗后中医证候积分和 24 h 心律失常次数均明显下降,与治疗前相比差异均有统计学意义 ($P<0.05$);治疗后两组组间比较,治疗组中医证候积分和 24 h 心律失常次数均低于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组症状比较 ($\bar{X}\pm S$)

组别	n	中医证候积分(分)		24 h 心律失常次数(次)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	43	11.5± 2.3	3.8± 1.4 [*]	1 378.4± 378.2	328.4± 173.5 [*]
对照组	45	11.8± 2.4	6.2± 2.1 [#]	1 405.4± 381.5	451.5± 238.1 [#]

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

3 讨论

目前治疗心律失常的西药主要是化学合成剂,副作用较大,疗效一般;而通过手术如导管射频消融和埋藏式心脏复律除颤器等手段治疗则费用昂贵、技术要求高^[1]。中医对心悸的诊治较早,《素问·举痛论》中即有“惊则心无所倚,神无所归,虑无所定,故气乱矣”的证候描述,汉代张仲景在《金匱要略》中则明确提出了惊悸的病名,并将其分为内伤和外感两类^[9]。之后历代医家对惊悸、怔忡的认识更加深入,其病因病机多为以下五类:感受外来之邪、情志失调、饮食失节、劳倦体虚、脏腑功能失调。分虚实两方面:虚者为气血阴阳亏损,心神失养而致;实者多由痰火、水饮凌心,瘀血阻脉、气血运行不畅所致^[9]。中医治疗本病多集中在中药治疗,笔者认为肝气通则心和,故选逍遥散加减。方中柴胡条达肝气;白术、茯苓、甘草益气健脾,以资气血生化之源;当归、白芍养血柔肝;薄荷协柴胡以疏肝解郁;炙甘草、生地、生姜、大枣为炙甘草汤主要成分,可益气滋阴、通阳复脉、养血定悸,再加安神定志之合欢皮、远志,全方共奏疏肝解郁、健脾养血、宁心安神之效。

按“针灸不药,药不针灸,尤非良医”之理,笔者针灸选取手厥阴经之内关、手少阴经之神门、心包经之募穴膻中,三穴共奏宁心定悸之效;又取关元、足三里、气海以培补元气、舒畅气机。研究结果显示,针药并用治疗心悸疗效优异,能更好地改善临床症状,优于西药治疗,且无明显不良反应,适合在基层医院推广应用。

参考文献

[1]韦斌.中医药治疗心悸 96 例临床体会[J].光明中医,2011,26(3):565-566
[2]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,2002.68
[3]王闻娜,丁碧云.中医药治疗心悸的临床研究进展[J].亚太传统医药,2009,5(9):159-160
[4]谭运江.加减炙甘草汤治疗心悸的疗效观察 58 例[J].中国医药指南,2010,8(5):77-78
[5]杨娜娜,周胜红.温针灸治疗心阳不振型心悸 40 例[J].江西中医药,2013,44(5):47-48