

心痛贴穴位贴敷治疗不稳定心绞痛(气虚血瘀证)临床观察

沈春妹 张慧

(江苏省海门市中医院 海门 226001)

摘要:目的:观察心痛贴穴位贴敷治疗不稳定心绞痛(气虚血瘀证)的临床疗效。方法:选择我院心内科 2013 年 6 月~2014 年 6 月收治的 60 例不稳定心绞痛(气虚血瘀证)患者,随机分成治疗组和对照组各 30 例,对照组给予单纯西药治疗,治疗组在西医治疗基础上加穴位贴敷。观察两组患者心绞痛症状和硝酸甘油用量的变化情况。结果:治疗组在心绞痛症状改善和硝酸甘油减停率方面均优于对照组。结论:穴位贴敷能有效改善心绞痛症状,减少硝酸甘油的用量,临床疗效肯定,不良反应小。

关键词:不稳定心绞痛;气虚血瘀;心痛贴;穴位贴敷

中图分类号:R541.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.02.006

不稳定心绞痛是介于稳定型心绞痛和 AMI 之间的复杂的临床状态,中医属于“胸痹心痛”范畴,其具有独特的病理生理机制,处理不及时可能发展为 AMI。中医学在其治疗上积累了丰富的经验,总体来说主张辨证施治,主要有服用汤药、针灸,但内服药物对老年和脾胃虚弱者不太合适,久服生厌,针灸难免疼痛。本研究采用穴位贴敷发挥治外达内的作用,疗效满意且无明显毒副作用和禁忌证。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 病例选择 冠心病不稳定心绞痛诊断标准参照 2000 年中华医学会心血管病学分会《不稳定型心绞痛诊断和治疗建议》^[1],中医诊断及辨证标准参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》^[2],年龄在 18~90 岁之间的中医辨证为气虚血瘀证的胸痹患者 60 例,排除稳定型心绞痛或 AMI、合并其他系统严重的原发性疾病、精神病、妊娠或哺乳期妇女、过敏体质、已接受相关治疗影响观察结果者等。

1.2 一般资料 2013 年 6 月~2014 年 6 月共收集心血管内科住院不稳定心绞痛患者 60 例作为本次研究对象,在知情同意的情况下将患者随机分为治疗组与对照组各 30 例。治疗组:男性 16 例,女性 14 例,平均年龄(65.5±4.40)岁;对照组:男性 13 例,女性 17 例,平均年龄(64.28±3.70)岁。两组病情、年龄、性别等方面比较无明显差异 $P>0.05$,具有可比性。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 阿司匹林片 100 mg,qd;辛伐他汀片 10 mg,qd;曲美他嗪 20 mg,tid;美托洛尔 12.5 mg,bid 等常规冠心病二级预防用药。心绞痛发作时可临时舌下含服硝酸甘油。合并高血压、糖尿病者予以相应的降压、降糖治疗。

1.3.2 治疗组 在对照组治疗基础上选取膻中、内关、虚里、心俞穴,心痛贴(丹参 20 g、川芎 15 g、桃仁 15 g、红花 15 g、黄芪 30 g、党参 15 g、五味子 10 g、

檀香 15 g、薤白 20 g、瓜蒌 20 g、延胡索 20 g、乳香 10 g、没药 10 g、冰片 5 g)外贴,1 次/d,每次 12 h,14 d 为 1 个疗程。上药加工成散剂,用甘油及蜂蜜调和以增加其粘附性,制成软膏,摊于纱布上,铜钱大小,贴于膻中、内关、虚里、心俞穴,胶布固定。

1.4 观测指标 观察心绞痛发作次数、持续时间、疼痛情况及硝酸甘油停减率。

1.5 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]。

1.6 统计学方法 应用 SPSS14.0 统计软件进行数据处理,计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,治疗前后差异用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后心绞痛积分比较 见表 1。心绞痛发作次数、持续时间、疼痛程度积分经非参数检验,两组治疗前比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性;治疗前后组内比较, $P<0.01$,具有显著性差异,说明两组均能明显改善心绞痛症状;治疗后组间比较, $P<0.05$,具有明显差异,说明在改善心绞痛症状方面治疗组明显优于对照组。

表 1 两组患者治疗前后心绞痛积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)				
项目	组别	n	治疗前	治疗后
发作次数	治疗组	30	4.56±1.07	0.67±0.18**
	对照组	30	4.67±0.78	2.07±0.56*
持续时间	治疗组	30	4.90±0.17	1.57±0.48**
	对照组	30	5.01±0.18	2.93±0.39*
疼痛程度	治疗组	30	4.56±0.19	0.83±0.34**
	对照组	30	4.73±0.18	1.52±0.56*

注:与治疗前比较,* $P<0.01$,治疗后组间比较,** $P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗后心绞痛疗效比较 见表 2。

表 2 两组患者治疗后心绞痛疗效比较						
组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	加重(例)	总有效率(%)
治疗组	30	19	9	2	0	93.33*
对照组	30	15	5	10	0	66.67

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组患者硝酸甘油停减率比较 见表 3。

表 3 两组硝酸甘油停减率比较						
组别	n	停药(例)	减药(例)	不变(例)	加量(例)	停减率(%)
治疗组	30	2	22	6	0	80.00*
对照组	30	1	15	14	0	53.33

注：与对照组比较，*P<0.05。

2.4 安全性 两组在治疗期间未发现 1 例有皮肤红疹、瘙痒等不良反应。

3 讨论

中医学认为胸痹心痛病机为本虚标实，本虚以气虚为主，即心气不足，标实又以血瘀为主，即气滞血瘀。气衰无以行血，血必因之为瘀阻，瘀血内结，有碍气之运行而发生气滞，气血瘀滞，不通则痛。中药贴敷疗法可以通过局部间接作用即药物对机体特定部位的刺激，调节阴阳平衡，从而达到降低发病率和缓解症状的目的；另外，当药物敷贴于相应的穴位之后，通过渗透作用，通过皮肤进入血液循环到达脏腑经气失调的病所，发挥药物的“归经”的功能效应，即药物的直接作用^[3]。我院选用膻中、内关、虚里、心俞四穴^[4]，外敷益气活血、化瘀止痛之心痛贴发挥治外达内的疗效。其中黄芪益气又能实卫气，令气行血畅，瘀去络通，配伍党参以加强健脾益气之力；丹参、川芎、红花、桃仁可以活血散瘀止痛；薤白、檀香、

瓜蒌能通阳散结、行气导滞；乳香、没药相须为用，加用延胡索具有活血行气止痛之功效，入血分又入气分，内能宣通脏腑气血，外能透达经络；冰片芳香开窍，为龙脑香树脂中析出的自然结晶化合物，其清香为百药之先，可以引诸药入络，通窍。研究证明冰片可以作为促渗剂，增加外用药的渗透作用，提高血药浓度^[5]。诸药相伍，行气开窍、通心络、化瘀血，则胸痹除。

本临床观察结果显示，心痛贴能明显减少治疗组患者心绞痛的发作次数、持续时间、疼痛程度，治疗组总有效率 93.33%，对照组总有效率 66.67%，两组比较有统计学差异。在硝酸甘油用量上也有明显减少，治疗组减停率为 80.00%，对照组减停率为 53.33%，两组比较有统计学差异。中药敷贴价格低廉、使用方便、不良反应少、效果明显，值得在临床推广。

参考文献

[1]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
性心绞痛诊断和治疗建议[J].中华心血管杂志,2000,28(6):409-412
[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,2002.1
[3]张钢钢.实用外治临床大全[M].北京:中国医药科技出版社,1994.12
[4]商敏凤,薛宝云.中药穴位透皮给药治疗冠心病的研究现状[J].中国
中医急症,1993,2(4):181-182
[5]何柱生.皮肤渗透性和内病外治初探[J].中医药学报,2004,32(4):
50-51

(收稿日期:2014-09-22)

环磷腺苷葡胺联合芪苈强心胶囊治疗
慢性心力衰竭 34 例疗效分析

冯健 钟毅 李家富 范忠才

(泸州医学院附属医院心内科 四川泸州 646000)

摘要:目的:评价环磷腺苷葡胺联合芪苈强心胶囊治疗慢性心衰的临床疗效。方法:将我院收治的慢性心衰病人 68 例随机分成对照组和治疗组,对照组采用常规抗心衰治疗,治疗组在对照组基础上给予环磷腺苷葡胺+芪苈强心胶囊治疗,经 12 周治疗后,观察两组病人的心功能变化和不良反应。结果:经过 12 周的治疗后,对照组和治疗组的治疗总有效率分别为 67.6%和 94.1%,差异具有显著意义,P<0.05;且与对照组比较,治疗组的心功能指标明显改善;两组病人治疗期间未发生猝死。结论:环磷腺苷葡胺联合芪苈强心胶囊治疗慢性心力衰竭,可明显改善病人的临床症状。

关键词:环磷腺苷葡胺;芪苈强心胶囊;慢性心力衰竭;临床疗效

中图分类号:R541.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.02.007

慢性心衰是临床上最常见的一种临床综合征,变化快,预后差,且易合并多种并发症,最常见的并发症就是心律失常。在常规的抗心衰的治疗中,强心剂的使用是非常必要的,如洋地黄制剂。洋地黄制剂不仅有强心的作用,而且还能减慢心室率,这对于合并快速性心律失常的患者是非常适用的,然而对于合并心室率慢的患者,则不宜使用洋地黄制剂。本研究通过观察环磷腺苷葡胺联合芪苈强心胶囊治

疗 34 例慢性心力衰竭伴有心室率缓慢患者的临床效果及不良反应,为该方案在该类患者的治疗中提供临床依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 12 月~2013 年 12 月我院心血管内科收治的慢性心衰患者 68 例,经诊断符合 2002 年 WHO 制定的《慢性收缩性心力衰竭防治建议》的诊断标准。随机分为治疗组和对照组,