

丹参饮合四物汤加减配合西药治疗冠状动脉狭窄 80 例

黄家欣¹ 指导: 职利琴²

(1 陕西中医药大学 2013 级研究生 西安 712046; 2 陕西省中西医结合医院 西安 712046)

摘要:目的: 观察丹参饮合四物汤加减配合西药治疗心血瘀阻型冠状动脉狭窄的疗效。方法: 选择 2014 年 6 月~2015 年 1 月间辨证属于心血瘀阻型冠脉狭窄的门诊患者 160 例, 随机分成治疗组与对照组各 80 例, 对照组给予西药常规、冠状动脉狭窄的治疗, 治疗组在对照组的基础上加用丹参饮合四物汤加减治疗。治疗周期 6 个月。结果: 治疗组冠脉 CT 显效率为 93.75%, 对照组为 88.75%; 治疗组心电图显效率 92.50%, 对照组为 86.25%; 治疗组症状显效率为 95.00%, 对照组为 78.75%。两组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论: 丹参饮合四物汤加减配合西药治疗心血瘀阻型冠状动脉狭窄疗效显著。

关键词: 冠状动脉狭窄; 丹参饮合四物汤; 中西医结合疗法

中图分类号: R541.4

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.11.037

冠状动脉狭窄是冠状动脉粥样硬化所致, 病变从动脉内膜开始, 局部有脂质和复合糖类积聚、纤维组织增生和钙质沉积形成斑块, 并有动脉中层的逐渐退变, 继发性病变尚有斑块内出血、斑块破裂及局部血栓形成。这些动脉内膜积聚的呈黄色粥样脂质的最终导致冠状动脉狭窄。确诊为冠心病后除了药物治疗, 严重病变者需要 PCI 术, 更为严重时进行冠脉搭桥手术。近些年研究表明 PCI 术后 3~6 个月支架内再狭窄高达 10%~20%^[1]。因此, 医生也越来越理智地选择介入手术, 中西医结合治疗冠状动脉狭窄则越来越被认可。中医将本病归结为“胸痹、心痹、心痛”等范畴。我院通过中医辨证对心血瘀阻型冠状动脉狭窄采用了丹参饮合四物汤加减配合西药进行治疗。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 160 例均为 2014 年 6 月~2015 年 1 月间陕西省中西医结合医院(西安市第五医院)心病科门诊的冠状动脉狭窄患者, 随机分成治疗组与对照组各 80 例, 对照组男 44 例, 女 36 例, 年龄 33~78 岁, 平均(60.78±8.49)岁; 治疗组男 48 例, 女 32 例, 年龄 33~79 岁, 平均(61.10±10.03)岁。两组一般资料比较无显著性差异($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: 均出现胸痛、胸闷、气短、全身乏力等症状, 中医辨证属于心血瘀阻型冠状动脉狭窄, 且通过行冠状动脉造影、冠脉 CT、心电图均符合冠状动脉狭窄诊断标准。排除标准: (1) 经检查确诊合并较多其他器质性疾病者; (2) 辨证不属于心血瘀阻型冠状动脉狭窄; (3) 观察期间, 依从性较差或中断治疗者。

1.3 治疗方法 对照组给予冠心病常规西药(抗血小板、抗凝及调脂类)治疗。治疗组在此基础上加用

丹参饮合四物汤加减治疗, 水煎服, 分早晚两次, 温服。原方药组成: 丹参 30 g, 檀香 15 g, 红花 20 g, 白芍 15 g, 川芎 10 g, 当归 10 g, 熟地黄 15 g, 赤芍 15 g, 炙甘草 6 g。为统一药材的实际药用价值, 排除因药材差异引起的疗效误差, 统一使用由广东一方制药有限公司所提供的颗粒制剂, 经严密的规格剂量换算后, 得出下方: 丹参 2 袋, 檀香 2 袋, 红花 2 袋, 白芍 1 袋, 川芎 2 袋, 当归 1 袋, 熟地黄 1 袋, 赤芍 1 袋, 炙甘草 1 袋。方药加减: 痛甚者, 加延胡索、川楝子; 心悸者, 加香加皮、葛根、生龙齿; 痰热甚者, 用二陈汤加黄连; 肝郁内热者, 加柴胡、丹皮、栀子; 阳虚者, 加瓜蒌、薤白; 汗多者, 加黄芪、浮小麦; 夜休欠佳者, 加远志、柏子仁、夜交藤; 便秘者, 加桃仁、火麻仁、玄明粉。3 个月为 1 个疗程, 连用 2 个疗程。

1.4 观察指标 两组患者均观察治疗前后胸闷、胸痛、气短、全身乏力等症状及冠脉 CT、心电图等结果。

1.5 疗效判定标准

1.5.1 冠状动脉 CT 疗效标准 所有冠状动脉血管根据美国心脏学会(AHA)分级方法分为 15 段。在 Circulation 软件中, 测量并计算狭窄的程度, 计算方法为面积法, 即狭窄处管腔的面积除以狭窄上下方正常管腔面积之和的一半, 如果狭窄上方或下方未见正常管腔, 则以下方或者上方的管腔面积作为前面计算公式的分母。根据冠状动脉狭窄程度分级, 冠状动脉狭窄以管腔面积的缩小分为 4 级。I 级病变: 管腔面积缩小 1%~25%; II 级病变: 管腔面积缩小 26%~50%; III 级病变: 管腔面积缩小 51%~75%; IV 级病变: 管腔面积缩小 76%~100%。1 支或 1 支以上主要冠状动脉(指左冠状动脉主干、前降支、回旋支、右冠状动脉)狭窄程度达到 III 级, 诊断为冠心病^[2]。疗效判断: 观察治疗前后 320 排冠脉 CT:

以管腔狭窄程度判断, 显效: 治疗后狭窄程度降低 2 级及以上者; 有效: 降低 1 级者; 无效: 等级未改变者。

1.5.2 心电图疗效标准 显效: 静息心电图恢复正常; 有效: 静息心电图 T 波倒置变浅, 低平稍抬起, 压低的 ST 段上抬至 0.05 mV 以上, 但均未达到完全正常; 无效: 心电图较服药前无明显改变或有所加重。

1.5.3 症状疗效标准 显效: 胸痛、胸闷、气短、全身乏力等症状基本消失, 生活质量提高; 有效: 症状明显减轻, 在劳累、情绪激动及剧烈活动后偶有发作; 无效: 症状无明显缓解。

1.6 统计学处理 本次研究采用 SPSS19.0 统计软件, 计数资料采用 χ^2 检验, 取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组冠状动脉 CT 疗效比较 见表 1。

表 1 两组患者冠状动脉 CT 总有效率比较					
组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	80	40	35	5	93.75*
对照组	80	27	44	9	88.75

注: 与对照组比较, * $P<0.05$ 。

2.2 两组心电图疗效比较 见表 2。

表 2 两组患者心电图总有效率比较					
组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	80	58	16	6	92.50*
对照组	80	28	41	11	86.25

注: 与对照组比较, * $P<0.05$ 。

2.3 两组症状疗效比较 见表 3。

表 3 两组患者症状总有效率比较					
组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	80	60	16	4	95.00*
对照组	80	27	36	17	78.75

注: 与对照组比较, * $P<0.05$ 。

3 典型案例

患者, 男, 56 岁, 2014 年 10 月 8 日初诊。主诉: 胸闷、胸痛、气短 1 年, 活动后加重半年。在西医医院行冠脉造影, 结果显示: (1) 右冠起始处硬斑块形成, 管腔狭窄约 70%, 第 1~3 段硬化, 多发混合性斑块形成, 官腔最狭窄处位于第 2 段, 狭窄约 80%; (2) 左侧冠状动脉前降支 6~7 段散在混合性斑块, 官腔最狭窄处约 50%~60%。冠心病双支病变诊断明确, 告知家属病情, 暂不同意支架术, 结束手术。心电图示: ST-T 改变。诊断为冠心病。经西医治疗后, 症状缓解不明显, 遂来我门诊欲中西医结合治疗。诊查症见: 胸闷、胸痛, 活动后气短明显, 全身疲乏无

力, 纳可, 夜休可, 大便稍干, 一日 1 行, 小便正常。舌质红有瘀斑, 舌下脉络迂曲, 苔白, 脉弦略涩。处方: 丹参 30 g(2 袋), 檀香 10 g(2 袋), 红花 10 g(2 袋), 桃仁 15 g(1 袋), 白芍 15 g(1 袋), 川芎 10 g(1 袋), 当归 10 g(1 袋), 生地黄 15 g(1 袋), 延胡索 15 g(1 袋), 丹皮 15 g(1 袋), 黄芪 25 g(2 袋), 炙甘草 6 g(1 袋)。初诊时, 患者唇色紫绀, 面色晦暗, 精神欠佳。二诊: 服药 1 周后, 患者诉胸痛、胸闷症状较前减轻, 活动后气短缓解, 偶有全身乏力, 大便正常, 表情自然, 精神佳, 舌质红有瘀斑, 舌下脉络迂曲, 苔薄白, 脉细弦。处方: 上方去桃仁、丹皮, 加赤芍 15 g(1 袋)。治疗半年后, 患者症状基本消失, 食纳可, 夜休可, 二便正常, 口唇紫绀明显减轻, 精神佳。行冠脉 CT 示: (1) 右冠 1~2 段混合性斑块 (以非钙化性斑块为主), 2 段管腔狭窄 30%, 3 段狭窄 20%~30%; (2) 左主干及前降支非钙化性斑块, 管腔狭窄 10%~20%, 回旋支管壁不规则增厚, 管腔狭窄 10%~20%。心电图示: T 波改变。疗效明显。

4 讨论

随着我国老龄化的加剧及我国人民饮食习惯的改变, 冠状动脉狭窄的患者逐年增加且年龄也越来越年轻化。冠状动脉的狭窄可能会伴有斑块破裂出血以及血栓的形成, 最终导致猝死。导师职利琴在自己的常年诊疗中, 积累了非常丰富的临床经验, 主要运用养血活血、化瘀通络的方法来治疗冠状动脉狭窄。本病在论治中强调两点: 一是重视本病的病性, 主要是本虚标实, 虚主要为血虚, 实主要为血瘀; 二是: 在活血的同时加以养血, 使之活而不破, 通而不伐。职利琴导师主要运用丹参饮合四物汤加减治疗心血瘀阻型的冠状动脉狭窄。丹参饮为活血化瘀、行气止痛之剂, 用于治疗血瘀气滞之心胃诸痛^[1]。方中丹参归心、心包经, 可以祛瘀止痛, 除烦安神。现代药理研究发现丹参能够扩张冠状动脉, 增加冠脉的血流量, 从而改善心肌缺血, 促进心肌缺血或损伤的恢复, 还能改善微循环, 增加小血管的血流量, 又可以降低血液黏度, 抑制血小板聚集和凝血功能, 激活纤溶, 对抗血栓形成。在临床中丹参提取物在治疗心血管病中起着非常重要的作用。檀香作为理气药, 主要有行气止痛、散寒调中的作用。两药配伍, 气血双调, 行气活血、通络止痛的力量增强, 檀香还可促进丹参素的吸收入血^[2]。四物汤补血调血, 动静相宜, 刚柔互济, 补血而不滞血, 行血而不破血, 补中有散, 散中有收, 主治血虚证。加桃仁、红花并入血分而逐瘀行血, 则血虚血瘀之症均可消^[3]。四物汤方中君药熟地可滋阴养血, 臣药当归补血、活(下转第 66 页)

表 2 两组治疗前及治疗后 6 个月甲状腺激素水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	TSH(mIU/L)	FT ₃ (pmol/L)	FT ₄ (pmol/L)
观察组	46	治疗前	4.92± 2.23	4.92± 1.31	10.96± 3.52
		治疗后	3.15± 1.41 [#]	5.04± 2.15	10.24± 4.92
对照组	44	治疗前	4.74± 2.12	5.05± 1.73	11.17± 2.73
		治疗后	2.84± 0.71 [#]	5.08± 1.14	11.12± 1.91

注:与治疗前比较,[#]*P*<0.05。

表 3 两组不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	n	肝肾功能异常	心悸、心律失常	粒细胞减少	皮疹、皮肤瘙痒	胃部不适、恶心	腹泻	失眠	总计
观察组	46	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.17)	1(2.17)	2(4.35)	0(0.00)	4(8.70)
对照组	44	0(0.00)	1(2.27)	0(0.00)	0(0.00)	2(4.55)	3(6.82)	1(2.27)	7(15.91) [#]

注:与对照组比较,[#]*P*<0.05。

3 讨论

甲状腺结节按病理性质分为良性结节和恶性结节,恶性结节需要手术治疗,良性结节则需对症用药及定期随访。目前西医治疗良性甲状腺结节以对症及支持治疗为主^[5]。从 150 多年前,甲状腺素就用来治疗甲状腺结节,医者认为应用甲状腺激素因为能够抑制促甲状腺激素(TSH),进而延缓甚至逆转甲状腺的过度生长^[6]。其药理作用为显著抑制促甲状腺激素分泌,有效抑制甲状腺结节或抑制可能形成的甲状腺组织生长动力,从而达到治疗甲状腺结节的作用。

甲状腺结节属中医“瘰瘤”范畴,从古至今,中医对此病发生的病因病机有共同的认识,认为本病的发生大多与情志不调、饮食失宜相关,与肝、脾、肾密切相关,气滞、血瘀、痰凝、湿滞为关键的病理因素^[3]。小金胶囊的组成为人工麝香、木鳖子(去壳去油)、制草乌、枫香脂、乳香(制)、没药(制)、五灵脂(醋炒)、当归(酒炒)、地龙、香墨。功能主治为散结消肿、化瘀止痛。方中麝香、当归、地龙温经养血、解郁散结;草乌祛风、散结、止痛;五灵脂、乳香、香墨、没药活血祛瘀、消肿定痛;枫香脂活血止痛;木鳖子软坚散结、消肿化瘀^[7]。其现代药理作用分析,小金胶囊具有抗炎、消肿散结、调整内分泌、改善微循环等作用,能够控制肿块、瘤体的生长。

(上接第 61 页)血,不仅能助熟地补血,又可行脉道之滞,佐以白芍、川芎共奏补血调血之功。四物汤能够改善微循环,四物汤煎液能明显提高大、小白鼠高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)含量和降低低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)含量,从而有减少冠心病和动脉粥样硬化的危险^[6]。丹参饮合四物汤合用气血同治,两方共同作用可以达到补而不滞、活而不伐、动静相宜。在治疗心血瘀阻型冠状动脉狭窄时有很好的疗效。本研究结果显示,运用丹参饮合四物汤加减配合西药治疗心血瘀阻型冠状动脉狭窄有很好的疗效,明显优于单纯西药治疗,值得在临床上进一步

2.3 两组不良反应比较 两组不良反应发生情况,观察组少于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 3。

在本研究中,应用小金胶囊联合小剂量左甲状腺素钠片的观察组治疗后临床总有效率高于用西药基础治疗的对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05);观察组及对照组治疗后 TSH 水平均有效降低,与治疗前比较,差异均有统计学意义(*P*<0.05);且观察组不良反应发生率显著低于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。说明小金胶囊联合小剂量左甲状腺素钠片治疗甲状腺结节,结合了小金胶囊消肿散结、抑制肿块生长的作用及甲状腺激素抑制促甲状腺激素分泌的药理作用,取得了确切的治疗效果,且较常规西药治疗并未增加不良反应,值得临床应用。

参考文献

[1]滕卫平,曾正培,李光伟,等.中国甲状腺疾病诊治指南[S].中华医学会内分泌学分会,2008.60
[2]中华医学会内分泌学分会,《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组.中国甲状腺疾病诊治指南—甲状腺结节[J].中华内科杂志,2008,47(10):867-868
[3]仇莲胤,阙华发.中西医结合治疗甲状腺结节研究述评[J].中医学报,2012,27(4):489-491
[4]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,2002.231
[5]刘现栋.小金丸治疗甲状腺结节临床研究[J].河南中医,2014,34(6):1189-1190
[6]孙云钢,蒋宁一,孙云凤,等.甲肿散联合甲状腺素片治疗良性多发性甲状腺结节[J].广东医学,2010,31(2):241-242
[7]曹羽.小金胶囊治疗甲状腺结节 86 例临床观察[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2009,16(2):36

(收稿日期: 2015-07-09)

推广。

参考文献

[1]陈晓洋,涂良珍.冠心病 PCI 术后再狭窄的临床分析[J].心血管康复医学杂志,2011,20(4):361-364
[2]宋来凤.冠心病[M].北京:人民卫生出版社,2002.47
[3]王绵之.方剂学讲稿[M].北京:人民卫生出版社,2005.374
[4]唐一梅,李仲谨,王世祥,等.檀香对丹参药代动力学的影响研究[J].中国药科大学学报,2007,38(2):149-152
[5]刘立,段金彪,唐于平,等.基于桃红四物汤分析研究当归-红花药组组合[J].湖北中医药大学学报,2014,5(16):32-35
[6]黄世领,彭涛,龚传美,等.四物汤对正常动物高密度脂蛋白胆固醇和低密度脂蛋白胆固醇的影响[J].解放军医学高等专科学校学报,1997,27(1):37-38

(收稿日期: 2015-08-21)