

〔文章编号〕 1007-0893(2020)19-0032-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.19.013

# 中医通阳法治疗冠心病不稳定型心绞痛疗效观察

徐丽林 郑胜利 吴扬龙

(泉州国宇医院, 福建 泉州 362400)

〔摘要〕 **目的:** 探析冠心病不稳定型心绞痛行通阳法治疗的临床疗效。**方法:** 选取泉州国宇医院 2019 年 3 月至 2020 年 2 月期间接收的 116 例为冠心病不稳定型心绞痛患者, 随机分为对照组与观察, 各 58 例。对照组行常规西药疗法治疗, 观察组在对照组的基础上行通阳法治疗。观察两组的临床疗效、心电图改善和证候积分情况。**结果:** 观察组的临床有效率为 93.10% 高于对照组的 79.31%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组的心电图改善率为 94.83% 高于的对照组 81.03%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 且观察组的证候积分情况均低于对照组, 治疗后明显低于治疗前, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 对冠心病不稳定型心绞痛者行通阳法治疗, 能取得较好的治疗效果, 能有效改善患者心电图指标, 稳定及缓解心绞痛发作。

〔关键词〕 不稳定型心绞痛; 冠心病; 通阳法

〔中图分类号〕 R 541.4 〔文献标识码〕 B

在冠心病中, 不稳定型心绞痛属于常见急性心脏事件, 有较高的患病率, 且有较大危险性, 临床表现包括胸部不适、胸痛等。针对此病症者若临床救治不及时则易导致病情进展, 诱发急性心肌梗死的发生, 严重者还会发生猝死。由于冠心病不稳定型心绞痛具有病程时间长等特点, 因此行临床治疗时多主张应用药物疗法进行<sup>[1]</sup>。西药方法是临床常用治疗手段, 但取得的治疗疗效不理想, 建议临床另寻一种治疗方案。故本研究以本院接收的冠心病不稳定型心绞痛者 116 例为研究对象, 经实施通阳法治疗, 现做报道分析如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院 2019 年 3 月至 2020 年 2 月期间接收的 116 例为冠心病不稳定型心绞痛患者, 随机分为对照组与观察, 各 58 例。在对照组男 34 例, 女 24 例; 年龄 43 ~ 71 岁, 均龄 ( $53.5 \pm 2.3$ ) 岁; 病程 1 ~ 6 年, 平均病程 ( $3.6 \pm 0.2$ ) 年。在观察组男 35 例, 女 23 例; 年龄 44 ~ 72 岁, 均龄 ( $53.4 \pm 2.4$ ) 岁; 病程 1 ~ 6 年, 平均病程 ( $3.5 \pm 0.3$ ) 年。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 经心电图检查, 被选对象均已确诊为冠心病不稳定型心绞痛; 伴严重精神功能异常者; 对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 伴重度心律失常、心肺功能不全者; 伴药物禁忌证者; 伴急性心肌梗死、其他心脏病者。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 行常规西药疗法治疗, 阿托伐他汀 (辉瑞制药有限公司, 国药准字 H20051408)、美托洛尔 (阿斯利康制药有限公司, 国药准字 H32025391) 和氯吡格雷 (乐普药业股份有限公司, 国药准字 H20123115)。其中, 阿托伐他汀为每日睡前用药 1 次, 每次服用剂量为 20 mg; 美托洛尔为每日用药 2 次, 每次服用剂量为 25 mg; 氯吡格雷为每日用药 1 次, 每次服用剂量为 75 mg。心绞痛发作时, 指导患者 0.5 ~ 1.0 mg 硝酸甘油舌下含服, 若治疗疗效不理想, 建议予以快速静滴。接受治疗 1 个月。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上行通阳法治疗, 药剂包括: 桂枝 6 g, 当归 10 g, 柴胡 12 g, 茯苓 10 g, 乌药 6 g, 小茴香 10 g, 沉香 2 g。水煎服, 1 剂 · d<sup>-1</sup>, 2 次 · 剂<sup>-1</sup>, 早晚各 1 次。接受治疗 1 个月。

### 1.4 评价标准

1.4.1 评定治疗后患者的临床疗效 患者的临床病症基本消失, 心电图指标基本恢复正常, 或者处于正常状态, 满足上述即为显效; 患者的临床病症改善明显, 心电图指标有所缓解, 满足上述即为有效; 患者的临床病症未发生任何变化, 甚至有加重趋势, 心电图指标也无明显变化即无效<sup>[2]</sup>。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

1.4.2 评定治疗后心电图改善情况 心电图指标基本处于正常范围, 或者在正常范围内, 满足上述即为显效; S-T 段未正常, 然而回升程度不低于 0.05, T 波由平坦变为直立, 倒置 T 波变浅程度不低于 25%, 满足上述即为有效; 心电

〔收稿日期〕 2020-08-09

〔作者简介〕 徐丽林, 男, 副主任医师, 主要研究方向是中西医结合心血管临床。

图指标未发生任何变化即无效<sup>[1]</sup>。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100 %

本研究证候积分评定量表为本院自制，评估干预后患者的呼吸困难和胸痛、出汗和心悸等症状，以及中医证候总积分，其中，呼吸困难和胸痛、出汗和心悸等项目，总分为 5 分；中医证候总积分的项目评分为 15 分，评分越高说明患者的病症情况越严重。

### 1.5 统计学分析

采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者的临床疗效比较

观察组的临床效率率为 93.10 % 高于对照组的 79.31 %，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

### 2.2 两组患者的心电图改善情况比较

观察组的心电图改善率为 94.83 % 高于的对照组 81.03 %，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 1 两组患者的临床疗效比较 (n = 58, n (%))

组别	显效	有效	无效	总有效率 / %
对照组	27(46.55)	19(32.76)	12(20.69)	79.31
观察组	33(56.89)	21(36.21)	4( 6.90)	93.10 <sup>a</sup>

与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05

表 2 两组患者的心电图改善情况比较 (n = 58, n (%))

组别	显效	有效	无效	总有效率 / %
对照组	29(50.00)	18(31.03)	11(18.97)	81.03
观察组	35(60.34)	20(34.48)	3( 5.17)	94.83 <sup>b</sup>

与对照组比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05

### 2.3 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗后明显低于治疗前，且观察组的中医证候积分均低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后中医证候积分比较 (n = 58,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	呼吸困难	胸痛	出汗	心悸	中医证候总积分
对照组	治疗前	3.22 ± 0.26	3.98 ± 0.26	2.86 ± 0.23	3.68 ± 0.24	13.77 ± 0.96
	治疗后	2.24 ± 0.27 <sup>c</sup>	3.52 ± 0.27 <sup>c</sup>	2.75 ± 0.23 <sup>c</sup>	3.19 ± 0.21 <sup>c</sup>	11.73 ± 0.95 <sup>c</sup>
观察组	治疗前	3.12 ± 0.17	3.76 ± 0.17	2.76 ± 0.17	3.48 ± 0.18	13.15 ± 0.66
	治疗后	1.16 ± 0.13 <sup>cd</sup>	1.67 ± 0.14 <sup>cd</sup>	1.55 ± 0.12 <sup>cd</sup>	1.57 ± 0.14 <sup>cd</sup>	5.98 ± 0.50 <sup>cd</sup>

与同组治疗前比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，<sup>d</sup>*P* < 0.05

## 3 讨论

冠心病不稳定型心绞痛是临床常见心绞痛综合征，其病症类型较多，包括静息心绞痛、恶化劳力型心绞痛和梗死后心绞痛等。对于此疾病的患病机制，具体体现如下：(1) 突发心绞痛的发生和斑块破溃出血有一定的关联性；(2) 持续的炎症刺激能诱发纤维组织的形成，以及坏死情况发生，同时能提高循环炎症与斑块局部介入浓度，容易使斑块发生破溃，对血栓的形成起到促进作用；(3) 血小板聚集，经临床观察及大量实验表明，抗血小板聚集能使猝死、急性心梗的发生显著下降，且对患者预后改善具有重要意义。

根据冠心病不稳定型心绞痛的病理、症状因素，以及因该疾病具有病程时间长等特点，因此行治疗时建议临床开展药物疗法进行。氯吡格雷是临床常用药物，其作用是能对血小板聚集快速抑制；硝酸酯类药物能能对心绞痛急性发作症状有效控制，在患者病情发作时，指导患者硝酸甘油舌下含服，如果治疗效果不明显，建议改为静滴治疗<sup>[4]</sup>。此外，β受体阻滞剂对心绞痛孕期和急性发作期的症状具有一定改善作用，其中以比索洛尔、美托洛尔等药物的应用最为常见。然而，虽然西药的应用在短期内能取得较好疗效，但长时间用药治疗，则易使患者产生耐药性，降低治疗效果，影响患者病情恢复。

从中医角度分析，冠心病心绞痛为“胸痹、心痹”等范

畴，《金匱要略》中有记载，“夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛”，由此归纳出，胸痹的形成多因“阳微阴弦”所致。其中，微阳是指上焦阳虚；阴弦指下焦阴盛。笔者通过上述总结归纳，提出胸阳痹阻，寒凝肝脉为冠心病的主要病机，并非血脉瘀阻造成<sup>[5]</sup>。本研究以本院接收的冠心病不稳定型心绞痛者 116 例为对象，结合上述研究结果可知，通阳法的实施有助于患者心绞痛发作情况的改善，改善患者心电图指标，同时还能使患者中医证候及全身症状改善，有较好的临床应用价值。冠心通阳法为中医治疗手段，此药方的组成包括当归和桂枝、柴胡和茯苓、乌药和小茴香及沉香等。而在药剂组方中，茯苓能起到利湿以通阳功效，并宁心安神；桂枝具有通心阳效果，从而能起到阳气于四末作用；小茴香归脾胃、肾和肝经，可达到理气止痛、温阳散寒效果；乌药具有散寒温肾，止痛顺气作用；当归有养肝、益血和补心疗效；沉香具有暖肾阳、纳气和降气效果。将上述诸药合用，能具有暖肝肾、散寒气和通心阳效果。

总而言之，对冠心病不稳定型心绞痛者行通阳法治疗，能取得较好的治疗效果，能有效改善患者心电图指标，稳定及缓解心绞痛发作。

### 〔参考文献〕

(1) 杨巧红. 通阳法治疗冠心病不稳定型心绞痛临床观察 (J).

- 内蒙古中医药, 2014, 33(21): 21.
- (2) 张超. 中西医结合治疗不稳定型心绞痛的临床效果及对炎症因子的影响 (J). 临床医学研究与实践, 2018, 3(21): 115-116.
- (3) 侯新蕊, 陈典璇. 通阳法治疗冠心病不稳定型心绞痛临床观察 (J). 世界中医药, 2014, 14(3): 335-337.
- (4) 伍振莲. 通阳法结合西药治疗冠心病不稳定型心绞痛临床疗效观察研究 (J). 心理医生, 2017, 23(34): 104-105.
- (5) 冯伟. 通阳法治疗冠心病不稳定型心绞痛临床观察 (J). 中国社区医师, 2014, 30(20): 108-110.

〔文章编号〕 1007-0893(2020)19-0034-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.19.014

## 电针疗法对老年社区获得性肺炎患者免疫功能的影响

麦明杰 谢旭 谭泳梅 麦彩娟

(广东省第二人民医院珠海医院 珠海高新技术产业开发区人民医院, 广东 珠海 519000)

〔摘要〕 **目的:** 研究电针疗法在老年社区获得性肺炎 (CAP) 患者治疗中的应用及对患者免疫功能的影响。**方法:** 选取广东省第二人民医院珠海医院 (珠海高新技术产业开发区人民医院) 2016 年 8 月至 2018 年 8 月在本社区进行治疗的 100 例老年 CAP 患者, 随机分为观察组和对照组, 各 50 例。观察两组患者的治疗效果及免疫性功能指标变化情况。**结果:** 观察组患者的白细胞值 (WBC)、去甲肾上腺素 (NE)、胃肠功能评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者的免疫球蛋白 M (IgM)、IgA、IgG、补体 3 (C3)、C4 水平均明显比对照组患者更优, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 电针疗法在老年 CAP 患者治疗中的应用效果明显, 可增强患者免疫功能, 且该方法副作用低, 安全可靠, 对患者机体损伤小。

〔关键词〕 社区获得性肺炎; 电针疗法; 老年人

〔中图分类号〕 R 541.7<sup>+</sup>5 〔文献标识码〕 B

老年人社区获得性肺炎 (community acquired pneumonia, CAP) 指的是在院外患有的感染性肺实质炎症。致病菌为肺炎链球菌、革兰阴性杆菌 (Gram-negative bacilli, GNB) 和金黄色葡萄球菌, 临床特征主要表现为缺乏性咳嗽、发热、胸痛等不典型临床特征。CAP 病情隐匿性较强, 无肺实体病变特征, 若及时发现治疗, 将严重损害患者的身体健康, 致使患者免疫力下降、器官功能衰退、基础性疾病增加<sup>[1]</sup>。因此, 本研究探讨电针疗法在老年社区获得性肺炎患者治疗中的应用及对患者免疫功能的影响, 报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取本院 2016 年 8 月至 2018 年 8 月在本社区进行治疗的 100 例老年 CAP 患者, 随机分为观察组和对照组, 各 50 例。对照组: 男 29 例, 女 21 例, 年龄 62 ~ 78 岁, 平均 (67.64 ± 4.51) 岁。观察组: 男 25 例, 女 25 例, 年龄 61 ~ 73 岁, 平均 (64.76 ± 4.48) 岁。两组患者一般资料比较, 差异均无

统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**纳入标准:** (1) 符合 CAP 临床诊断标准<sup>[2]</sup>; (2) 年龄 ≥ 60 岁; (3) 对本研究知情同意。排除标准: (1) 合并肺结核、肺肿瘤、肺栓塞等肺部疾病并发症; (2) 合并精神障碍; (3) 合并免疫抑制剂使用者; (4) 无红斑狼疮等系统性疾病。

#### 1.2 方法

对照组患者行常规治疗, 包括使用病原菌敏感抗菌药物, 制定治疗方案等。观察组患者在常规治疗的基础上增加电针疗法, 具体方法如下: 指导患者行仰卧位, 取患者双足三里穴, 针刺得气, 连接 G-6850 电针治疗仪, 在患者耐受的范围内疏密波, 刺激患者。两组患者治疗疗程为 1 周, 1 次 · d<sup>-1</sup>, 30 min · 次<sup>-1</sup>, 治疗时间: 上午 9:00 ~ 11:00。使用电针治疗前 1 d 取患者空腹静脉血, 1 个疗程后, 再取患者空腹静脉血, 测定患者的血常规值 (BC-5000 迈瑞全自动血球分析仪, 南京贝登医疗有限公司) 及免疫指标相关数据 (BS-220 全自动生化分析仪, 南京贝登医疗有限公司), 比较治疗前

〔收稿日期〕 2020-07-07

〔基金项目〕 珠海市医学科研项目资助课题 (20181117A010051)

〔作者简介〕 麦明杰, 男, 主治医师, 主要研究方向是中医内科、呼吸方向。