

## [参考文献]

- [1] 路道连. 足反射疗法结合刮痧治疗便秘的体会[C]// 中国足部反射区健康法研究会 2011 全国会员代表大会论文集. 2011: 98-100.
- [2] 孙秀梅, 范立想, 王敏, 等. 刮痧治疗骨科术后便秘患者 59 例[J]. 河北医科大学学报, 2011, 32(11): 1350-1351.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1-001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 107-108.
- [4] 包琴琴. 腹部按摩联合中药外敷治疗骨科术后便秘 50 例[J]. 中国乡村医药, 2014(5): 34-35.
- [5] 林艾, 苏美银. 关节置换术后便秘患者早期护理干预[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2012, 33(2): 147.
- [6] 谢倩倩. 骨科关节置换患者术后便秘的相关因素与护理对策[J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(18): 125-126.
- [7] 杨玲. 老年股骨颈骨折术后便秘原因分析及护理干预[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2010, 31(24): 3959-3960.
- [8] 林金华. 两种不同的护理干预对外科术后便秘患者的影响[J]. 中外健康文摘, 2011, 8(19): 39-40.

(责任编辑: 刘淑婷)

# 中西医结合治疗稳定性心绞痛（血瘀证）临床观察与护理体会

罗张瑜<sup>1</sup>, 王陈军<sup>2</sup>

1. 温州市中西医结合医院, 浙江 温州 325000; 2. 温州医学院附属第二医院, 浙江 温州 325000

**[摘要]** 目的: 观察中西医结合疗法及非药物调护指导对稳定性心绞痛（血瘀证）的临床疗效。方法: 将 100 例患者采取随机数字表法分为观察组和对照组各 50 例。2 组均给予非药物调护指导。对照组予阿司匹林肠溶片、倍他乐克、辛伐他汀片、硝酸甘油片治疗。观察组在对照组用药基础上加用通冠活血汤。2 组疗程均为 8 周。记录心绞痛症状、性质、持续时间、发作次数及硝酸甘油用量; 治疗前后进行血瘀证评分、心电图检查及血液流变学指标检测。结果: 疾病疗效总有效率观察组为 90.0%, 对照组为 74.0%, 观察组优于对照组 ( $P < 0.05$ ); 血瘀证候疗效总有效率观察组为 94.0%, 对照组为 70.0%, 观察组优于对照组 ( $P < 0.01$ ); 观察组每周心绞痛发作次数及硝酸甘油用量均少于对照组 ( $P < 0.01$ ); 观察组胸闷、胸痛、心悸、胸胁胀满积分及血瘀证总分均低于对照组 ( $P < 0.01$ ); 观察组血液流变学指标全血黏度、血浆黏度、纤维蛋白原和全血还原黏度的改善均优于对照组 ( $P < 0.01$ )。结论: 中西医结合疗法及非药物调护指导减轻了患者的症状、体征, 改善了血液的流动性, 提高了临床疗效, 值得临床使用。

**[关键词]** 稳定性心绞痛; 血瘀证; 中西医结合疗法; 非药物调护指导; 血液流变学

**[中图分类号]** R541.4   **[文献标志码]** A   **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0262-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.120

冠心病为本虚标实之证, 标实中血瘀贯穿疾病过程的始终, 冠心病与血瘀证密切相关<sup>[1]</sup>。中医学认为本病属胸痹心痛范畴, 《素问·脉要精微论》云: “脉者……血之府也……涩则心痛。”《症因脉治》云: “心痹之因, 痰凝血滞。”《古今医鉴》也提出: “心痹痛者, 素有顽疾死血。”胸痹心痛病位在心, 病机关键在于血脉瘀阻<sup>[2]</sup>, 临床各种“活血化瘀”方法的使用可显著提高冠心病的临床疗效。笔者以通冠活血汤辨证加减配合西医常规疗法治疗稳定性心绞痛血瘀证, 取得较好的疗效, 报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取 2012 年 6 月—2013 年 12 月于温州市中西医结合医院和温州医学院附属第二医院治疗的稳定性心绞痛患者作为研究对象, 共 100 例, 采用随机数字表法分为观察组和对照组各 50 例。对照组男 31 例, 女 19 例; 年龄 42~70 岁, 平均(57.4±10.2)岁; 病程 2~10 年, 平均(6.5±2.8)年。观察组男 27 例, 女 23 例; 年龄 44~70 岁, 平均(59.3±7.5)岁; 病程 3~9 年, 平均(5.7±2.5)年。2 组性别、年龄及病程比较, 差异均无显著性意义( $P > 0.05$ ), 具有可比

**[收稿日期]** 2014-10-04

**[作者简介]** 罗张瑜 (1984-), 女, 护师, 主要从事心血管内科临床护理工作。

性。

1.2 诊断标准 参照《慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》<sup>[4]</sup>中慢性稳定性心绞痛的诊断标准。

1.3 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[4]</sup>制定。血瘀证, 症见胸部刺痛, 固定不移, 痛引肩背及臂内侧, 胸闷, 心悸不宁, 唇舌紫暗, 脉涩。

1.4 纳入标准 ①符合稳定性心绞痛西医诊断标准; ②符合血瘀证辨证标准者; ③年龄不超过70岁, 性别不限; ④取得患者知情同意。

1.5 排除标准 ①合并严重肝、肾、脑、造血系统等严重原发疾病及精神病患者; ②有血小板明显减少及明显出血倾向者; ③近6月急性心肌梗死者, 或合并严重心律失常者, 或心功能Ⅲ级以上者; ④过敏体质或对多种药物过敏者。

## 2 治疗方法

2组均予非药物调护指导: ①针对患者的高血压、高血脂、糖尿病、吸烟、肥胖等因素制定合理饮食、运动、药物治疗及护理措施; ②合理膳食: 减少盐的摄入, 减少膳食脂肪补充, 适当优质蛋白质, 多补充钾和钙, 多吃蔬菜水果, 严禁暴饮暴食; ③控制体重; ④减轻精神压力, 保持平衡心理, 避免精神刺激, 忌忧伤悲怒, 以免肝郁气滞, 气机升降失常, 加重病情; ⑤改变不良习惯, 如洗澡时水温不宜过高过低, 洗澡时间以不超过半小时为宜, 以免加重心脏负担。保持大便通畅, 平时注意及时治疗便秘, 上厕所最好使用坐式马桶, 大便时不要用力过大; ⑥戒烟、限酒; ⑦适当进行有氧运动, 避免负重及参加竞争激烈的娱乐活动; ⑧严格遵照医嘱给药, 指导患者正确服药, 进行必要的电话随访, 提高服用药物的依从性。药物治疗措施如下。

2.1 对照组 阿司匹林肠溶片(德国拜耳公司), 每次0.1g, 每天1次; 倍他乐克(阿斯利康公司), 每次47.5mg, 每天1次; 辛伐他汀片(上海信谊万象药业股份有限公司), 每次10mg, 每天1次; 硝酸甘油片(哈药集团制药六厂), 每次0.5mg, 舌下含服, 必要时使用。

2.2 观察组 西药干预同对照组, 再加用通冠活血汤, 基本药物组成: 当归、姜黄、赤芍、川芎、郁金、蒲黄、胆南星各10g, 瓜蒌20g, 桃仁12g(打), 丹参15g, 红花6g, 大黄3g。加减: 气虚加黄芪、党参各15g; 气阴两虚加西洋参15g, 麦冬10g, 五味子3g; 气滞血瘀加柴胡、枳壳各10g; 痰浊明显加枳实、莱菔子各10g。每天1剂, 常规水煎分2次服用。

2组疗程均为2月。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 (1)记录心绞痛症状、性质、持续时间、发作次数及硝酸甘油用量。(2)血瘀证积分。①胸闷: 0分, 无胸闷; 2分, 偶有胸闷, 可自行缓解; 4分, 胸闷发作较频繁, 但不影响日常工作和生活; 6分: 胸闷持续不解, 影响日常工

作和生活; ②胸痛: 0分, 无; 2分, 每周发2~3次, 或每天发作1~3次, 但疼痛不重, 持续时间短, 经休息缓解, 偶尔需要药物治疗; 4分, 每天均有心绞痛发作, 持续时间超过10min, 绞痛重, 需药物治疗; 6分, 心绞痛发作频繁, 影响日常生活活动, 需要多次使用药物; ③心悸: 0分, 偶尔发生, 不适感轻微; 1分, 时有发生, 持续时间长, 不适感明显; 3分, 经常发生, 惕惕而动, 难以平静, 影响生活; 4分胸痛胀满: 0分, 无; 1分, 偶尔发生, 可以自行缓解; 2分, 每于情绪激动时发生; 3分, 两肋胀痛持续不缓解。治疗前后各评价1次。(3)心电图: 治疗前后各评价1次。(4)血液流变学指标: 治疗前后各评价1次。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件分析数据, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 比较采用 $t$ 检验, 计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 ①疾病疗效标准<sup>[4]</sup>。显效: 心绞痛等主要症状消失, 静息心电图恢复正常或大致正常; 有效: 心绞痛等主要症状减轻, 静息心电图缺血性S-T段下降, 治疗后回升1.5mm以上, 但仍未恢复正常; 或主要导联倒置T波变浅达50%以上, 或T波由平坦转为直立; 无效: 心绞痛等主要症状无改善, 静息心电图与治疗前基本相同; 加重: 心绞痛或心电图较治疗前加重。②血瘀证疗效标准<sup>[4]</sup>。临床痊愈: 证候积分减少 $\geq 95\%$ ; 显效:  $70\% \leq$ 证候积分减少 $< 95\%$ ; 有效:  $30\% \leq$ 证候积分减少 $< 70\%$ ; 无效: 血瘀证的临床症状、体征无明显改善或加重。

4.2 2组疾病疗效比较 见表1。疾病疗效总有效率观察组为90.0%, 对照组为74.0%, 观察组疗效优于对照组( $P < 0.05$ )。

表1 2组疾病疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	50	18	19	13	74.0
观察组	50	24	21	5	90.0 <sup>1</sup>

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2组血瘀证候疗效比较 见表2。血瘀证候疗效总有效率观察组为94.0%, 对照组为70.0%, 观察组疗效优于对照组( $P < 0.01$ )。

表2 2组血瘀证候疗效比较

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	50	0	15	20	15	70.0
观察组	50	6	24	17	3	94.0 <sup>1</sup>

与对照组比较, ① $P < 0.01$

4.4 2组每周心绞痛发作次数及硝酸甘油用量比较 见表3。观察组每周心绞痛发作次数及硝酸甘油用量均少于对照组( $P < 0.01$ )。

表3 2组每周心绞痛发作次数及硝酸甘油用量比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	心绞痛发作次数(次/周)	硝酸甘油用量(片/周)
对照组	50	1.8±0.56	2.0±0.54
观察组	50	1.3±0.47 <sup>1</sup>	1.2±0.48 <sup>1</sup>

与对照组比较, ① $P < 0.01$

4.5 2组治疗前后血瘀证积分比较 见表4。治疗后, 2组血瘀证胸闷、胸痛、心悸、胸肋胀满积分及总分均较治疗前下降( $P < 0.01$ ), 观察组胸闷、胸痛、心悸、胸肋胀满积分及血瘀证总分均低于对照组( $P < 0.01$ )。

表4 2组治疗前后血瘀证积分比较( $\bar{x} \pm s, n=50$ ) 分

组别	时间	胸闷	胸痛	心悸	胸肋胀满	总分
对照组	治疗前	4.12±0.67	4.25±0.62	1.75±0.64	1.85±0.62	11.75±2.14
	治疗后	1.95±0.58 <sup>1</sup>	2.03±0.54 <sup>1</sup>	1.13±0.48 <sup>1</sup>	1.06±0.45 <sup>1</sup>	6.45±1.78 <sup>1</sup>
观察组	治疗前	4.23±0.75	4.18±0.59	1.82±0.59	1.82±0.58	11.89±2.08
	治疗后	1.41±0.45 <sup>1②</sup>	1.58±0.51 <sup>1②</sup>	0.66±0.42 <sup>1②</sup>	0.70±0.38 <sup>1②</sup>	4.26±1.37 <sup>1②</sup>

与治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

0.01

4.6 2组治疗前后血液流变学指标变化比较 见表5。治疗后, 2组血液流变学指标全血黏度、血浆黏度、纤维蛋白原和全血还原黏度均较治疗前改善( $P < 0.01$ ), 观察组上述血液流变学指标的改善优于对照组( $P < 0.01$ )。

表5 2组治疗前后血液流变学指标变化比较( $\bar{x} \pm s, n=50$ )

组别	时间	全血黏度(mPa·s)		全血还原黏度(mPa·s)	血浆黏度(mPa·s)	纤维蛋白原(g/L)
		低切 10(1/s)	高切 200(1/s)			
对照组	治疗前	11.8±2.16	6.45±0.76	9.5±1.74	2.36±0.38	3.85±0.51
	治疗后	8.84±1.75 <sup>1</sup>	5.53±0.71 <sup>1</sup>	8.0±1.45 <sup>1</sup>	1.95±0.29 <sup>1</sup>	3.32±0.47 <sup>1</sup>
观察组	治疗前	11.6±2.04	6.36±0.72	9.6±1.78	2.42±0.37	3.89±0.48
	治疗后	7.05±1.48 <sup>1②</sup>	4.85±0.62 <sup>1②</sup>	6.9±1.26 <sup>1②</sup>	1.70±0.25 <sup>1②</sup>	2.66±0.37 <sup>1②</sup>

与治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

0.01

## 5 讨论

有学者对冠心病的证候要素进行分析, 结果显示血瘀证和气虚证是冠心病发病的证候危险因素, 相对危险度分别为8.959和2.803<sup>[6]</sup>。李鸥等<sup>[6]</sup>对多中心1072例冠心病患者的证候研究结果显示, 冠心病住院患者最常见的证候要素为血瘀(81.4%), 其次为气虚(56.8%)、痰浊(48.5%)、阴虚(25.1%)。张琳等<sup>[7]</sup>对1994—2008年95篇文献14210例病例统计分析结果也显示血瘀、气虚、痰浊、阴虚、气滞、阳虚、寒凝、热蕴是冠心病的主要证候要素, 心血瘀阻证、寒凝心脉证、气阴两虚证等是主要证候。因此临床多治以活血化瘀之法。通冠活血汤中丹参、当归、桃仁、红花、赤芍、蒲黄、姜黄活血散瘀, 通络止痛, 川芎、郁金行气活血, 通络止痛, 大黄、桃仁通腑泻浊, 瓜蒌、胆南星燥湿化痰, 宽胸散结。

本研究结果显示, 在西医常规治疗的基础上加用通冠活血汤治疗后, 患者心绞痛的发作次数及硝酸甘油用量均减少, 血瘀证胸闷、胸痛、心悸、胸肋胀满积分及总分均低于对照组, 观察组疾病疗效总有效率和血瘀证候疗效总有效率均高于对照组, 均提示了通冠活血汤的使用减轻了稳定性心绞痛患者的症状、体征, 提高了疾病的临床疗效。

血瘀证是血液流动性和黏滞性出现异常的证候, 检测血液流变学指标已作为冠心病血瘀证诊断及临床疗效的评定标准<sup>[8]</sup>。本组资料显示, 治疗后观察组血液流变学指标(全血黏度、血浆黏度、纤维蛋白原和全血还原黏度)的改善均优于对照组, 提示了通冠活血汤能通过改善血液流动性, 缓解患者的心绞痛症状。

影响冠心病进展的因素较多, 包括高血压、高血脂、糖尿病、吸烟、肥胖等多种因素, 因此对于冠心病的危险因素要进行多方面干预, 包括药物和非药物的, 如改变不良生活方式、合理膳食、控制高血压、调脂、戒烟、控制体重、适当运动, 保持心情舒畅, 严格控制糖尿病等。因此需要医护人员采取综合的调护措施, 减少冠心病的多种危险因素, 这样才能有助于提高治疗效果。笔者针对患者的危险因素进行评估, 并针对不同的因素, 采用合理膳食、生活方式调整、合理运动、心理护理等多种非药物干预手段进行综合调护, 因而能有效提高临床疗效。

## [参考文献]

- [1] 姚魁武, 王阶, 朱翠玲, 等. 血瘀证证候量化诊断流行病学调查研究[J]. 北京中医药大学学报, 2007, 30(3): 206-209.
- [2] 邢亚楠, 杨冠华, 刘苏宁, 等. 冠心病血瘀证研究概述[J]. 中国医药导报, 2009, 6(2): 5-7.
- [3] 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. 慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(3): 195-206.
- [4] 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.
- [5] 王晓才, 农一兵, 林谦, 等. 冠心病中医证候与冠心病发病的相关性研究[J]. 北京中医药大学学报: 中医临床版, 2007, 14(2): 4-6.
- [6] 李鸥, 徐浩, 高铸焯. 1072例冠心病住院患者中医证候分布特点的多中心横断面研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2011, 9(4): 385-386.
- [7] 张琳, 于鑫婷, 徐浩. 冠心病中医证候特点的分析与思考[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009, 7(5): 578-581.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)