

神道八阵穴隔药灸联合西药治疗稳定型心绞痛的临床疗效观察

陈科, 王伟贵, 张巧娜, 吴双, 霍丹

(唐山市中医医院, 河北唐山 063000)

摘要:【目的】观察神道八阵穴隔药灸联合西药治疗稳定型心绞痛的临床疗效, 并探讨其可能的作用机制。【方法】将68例气虚血瘀型稳定型心绞痛患者随机分为观察组和对照组, 每组各34例。2组均给予常规西药治疗, 对照组给予隔药灸治疗, 观察组给予神道八阵穴隔药灸治疗。每日1次, 每周5次, 共治疗4周。治疗4周后, 观察2组患者治疗前后中医证候评分、心绞痛症状评分、西雅图心绞痛量表评分的变化情况, 并比较心电图QT离散度、心率变异性, 以及血液流变学及血管内皮功能的变化情况, 评价2组的安全性, 并比较2组患者的中医证候疗效及心绞痛临床疗效。【结果】(1)观察组中医证候疗效总有效率为91.18%(31/34), 对照组为73.53%(25/34), 观察组优于对照组($P < 0.05$)。(2)观察组心绞痛临床疗效总有效率为88.24%(30/34), 对照组为70.59%(24/34), 观察组优于对照组($P < 0.05$)。(3)治疗后, 2组患者的西雅图心绞痛量表各项评分均明显改善($P < 0.05$), 且观察组明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(4)治疗后, 2组患者的QT离散度、心率变异性均明显改善($P < 0.05$), 且观察组明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(5)治疗后, 2组患者的血浆黏度、全血高切黏度、全血中切黏度、全血低切黏度均明显改善($P < 0.05$), 且观察组明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(6)治疗后, 2组患者的血清一氧化氮(NO)、血管内皮生长因子(VEGF)及内皮素1(ET-1)均明显改善($P < 0.05$), 且观察组优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(7)2组患者治疗前后血、尿、大便常规, 肝、肾功能, 血糖检查均无明显异常。【结论】神道八阵穴隔药灸联合西药治疗稳定型心绞痛疗效确切, 可有效改善机体血液流变学及血管内皮功能。

关键词: 神道八阵穴; 隔药灸; 稳定型心绞痛; 血液流变学; 血管内皮功能; 心率变异性

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)06-1173-08

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.06.018

Clinical Observation of Medicine Partition Moxibustion on *Shendao Bazhen* Acupoints Combined with Western Medicine in Treating Stable Angina Pectoris

CHEN Ke, WANG Wei-Gui, ZHANG Qiao-Na, WU Shuang, HUO Dan

(Tangshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tangshan 063000 Hebei, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical efficacy of medicine partition moxibustion on *Shendao Bazhen* acupoints combined with western medicine for the treatment of stable angina pectoris, and to explore its possible action mechanism. **Methods** Sixty-eight patients with stable angina pectoris of qi deficiency and blood stasis type were randomly divided into observation group and control group, 34 cases in each group. The two groups received routine western medicine, additionally, the control group received medicine partition moxibustion treatment, and the observation group received medicine partition moxibustion on *Shendao Bazhen* acupoints treatment, once a day, 5 times a week, the treatment lasting 4 weeks. After 4 weeks of treatment, the changes of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, angina symptom score, Seattle Angina scale score were observed in the two groups before and after treatment, the changes in QT dispersion, heart rate variability (HRV), hemorheology and vascular endothelial function of the two groups were compared, and the safety of the two groups was evaluated, and the therapeutic efficacy of TCM syndrome and clinical symptoms of angina pectoris of the two

收稿日期: 2020-12-23

作者简介: 陈科(1977-), 男, 主治医师; E-mail: chenke780613@163.com

基金项目: 河北省中医药管理局中医药类科研资助项目(编号: 2020379)

groups were compared. **Results** (1) The total effective rate of TCM syndrome in the observation group was 91.18% (31/34), and that in the control group was 73.53% (25/34), the clinical efficacy for TCM syndrome of the observation group being superior to that of the control group ($P < 0.05$). (2) The total effective rate of angina pectoris was 88.24% (30/34) in the observation group and 70.59% (24/34) in the control group, the clinical efficacy for angina pectoris of the observation group being superior to that of the control group ($P < 0.05$). (3) After treatment, the Seattle Angina scale scores of the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the improvement of the observation group was significantly superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (4) After treatment, QT dispersion and heart rate variability of the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the improvement of the observation group was significantly superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (5) After treatment, the plasma viscosity, whole blood high shear viscosity, whole blood medium shear viscosity and whole blood low shear viscosity of the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the improvement of the observation group was significantly superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (6) After treatment, the serum levels of nitric oxide (NO), vascular endothelial growth factor (VEGF) and endothelin 1 (ET-1) of the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the improvement of the observation group was significantly superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (7) Before and after treatment, there were no obvious abnormality in the blood, urine, stool routine, liver and kidney function, and blood glucose of the two groups. **Conclusion** Medicine partition moxibustion on *Shendao Bazhen* acupoints combined with western medicine is effective for the treatment of stable angina pectoris, which can effectively improve the body's hemorheology and vascular endothelial function.

Keywords: *Shendao Bazhen* acupoints; medicine partition moxibustion; stable angina pectoris; hemorheology; vascular endothelial function; heart rate variability

心绞痛(angina pectoris)是以发作性胸部不适或胸痛为主症的临床综合征,其发病多因冠状动脉供血不足导致心肌缺血、缺氧,心肌无氧代谢中的酸性物质或多肽类物质,刺激心脏内传入神经末梢所致^[1]。稳定性心绞痛是心绞痛的一种,主要是劳累引起心肌需氧和供氧之间暂时失去平衡所致。长期不定时的绞痛症状发作,给患者心理产生负面影响,严重影响患者的生活质量^[2]。缓解冠状动脉痉挛、改善冠状动脉管腔狭窄、改善血液流变学及血管内皮功能是治疗稳定性绞痛的基本方法^[3]。目前,西医治疗以他汀类降脂药改善冠状动脉粥样硬化、抗血小板聚集药改善血液流变学、硝酸酯类药物改善冠状动脉痉挛及 β 受体阻滞剂减低心肌耗氧为主。现代研究显示,西医综合治疗可以明显改善不稳定性绞痛临床疗效,同时可以改善心功能^[4]。长期服用西药治疗,胃肠道不良反应、头晕头痛不良事件明显增加,而且停药后容易复发,联合中医灸法可以取长补

短,在减少西药不良反应的同时,可以增强治疗功效及减少复发率。隔药灸是集腧穴、药物及热刺激多重作用,调节紊乱的经气的一种灸法。现代研究显示,隔药灸可以明显缓解心绞痛症状,明显提高患者的生活质量^[5]。本研究应用神道八阵隔药灸联合西药治疗稳定型心绞痛取得了较好的疗效,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2019年11月至2020年6月在唐山市中医医院住院的68例明确诊断为稳定型心绞痛的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为观察组和对照组,每组各34例。本研究获医院伦理委员会审议通过。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参考欧洲心脏病学会年会发布的《2013 ESC稳

定性冠状动脉疾病管理指南》中有关稳定性心绞痛的诊断^[6]进行拟定:①运动或自发性胸痛,休息或者含服硝酸甘油可迅速缓解,持续时间较长,且性质无明显变化;②胸痛发作时,相邻的两个或两个以上导联心电图ST段低或抬高 >0.1 mV,或T波倒置 ≥ 0.2 mV,胸痛缓解后ST-T变化可恢复;③心肌损伤标记物不升高,或者未达到心肌梗死的诊断水准。

1.2.2 中医辨证标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]中的冠心病心绞痛诊断及气虚血瘀证诊断标准拟定。气虚血瘀证:胸闷胸痛、心悸气短、神疲乏力、面色紫暗、舌质紫,脉弱而涩。具有胸闷胸痛主症之一,其他症状具有2项及舌脉支持者即可诊断。

1.3 纳入标准

①符合上述西医诊断标准和中医辨证标准;②年龄在30~65岁之间;③心绞痛严重程度分级为I~Ⅲ级,2次/周 \leq 心绞痛发作 \leq 2次/d,美国纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级为I~Ⅱ级;④自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①不稳定性心绞痛或者急性心肌梗死的患者;②冠状动脉介入术后的患者;③妊娠或哺乳期妇女;④精神类疾病的患者;⑤合并有高血压病3级极高危的患者;⑥冠状动脉炎、梅毒性主动脉炎、肥厚型心肌病、先天性冠状动脉畸形引起心绞痛的患者;⑦合并肾功能不全、呼吸衰竭、肝功能衰竭及甲状腺功能亢进的患者。

1.5 剔除标准

①不符合纳入标准而误入者;②研究资料不齐全而影响疗效判定者;③未按研究方案要求服药者;④治疗过程中出现严重不良事件者。

1.6 治疗方法

1.6.1 基础治疗

给予健康宣教,嘱患者清淡饮食,按时睡眠,适当运动。给予单硝酸异山梨酯片(鲁南贝特制药有限公司,批号:国药准字H10940039)口服,每次20 mg,每日2次;阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司,批号:国药准字J20130078)口服,每次100 mg,每日1次;匹伐他汀钙分散片(浙江京新药业股份有限公司,批号:国药准字

H20030115)口服,每次2 mg,每日1次;酒石酸美托洛尔片(阿斯利康制药有限公司,批号:国药准字H32025391)口服,每次12.5 mg,每日2次。监测患者血压,如果偏低,减少单硝酸异山梨酯片及酒石酸美托洛尔用量。如果血压偏高,加用硝苯地平控释片(拜耳医药保健有限公司,批号:国药准字H20171322)口服,每次30 mg,每日1次。

1.6.2 对照组

给予隔药灸治疗。参照《冠心病稳定型心绞痛中医诊疗指南》^[8]取穴。选穴:厥阴俞、心俞、膻中、内关。药饼制作:将芪参益气滴丸(天士力医药集团股份有限公司,批号:国药准字Z20030139)碎成粉末,用姜汁调匀,略成糊状,捏压成厚约5 mm,直径约为2.0 cm的药饼。操作:将药饼轻轻置于穴位上,用点燃后的清艾条(南阳老艾岭药业有限公司,批号:191008)进行悬灸。操作者持艾条的未点燃段,点燃端对准所选腧穴,距离在2 cm左右,根据患者的耐受度调整艾条高度,灸至腧穴红热,每个穴位灸5 min。每日1次,每周5次,共治疗4周。

1.6.3 观察组

给予神道八阵穴隔药灸治疗。选穴:以神道穴到左右旁开3寸的神堂穴为半径作圆周,以八等分圆周而形成的8个特殊部位。在圆周的上方为天乾,顺时针方向分别为风巽、蛇坎、云艮、地坤、龙震、离鸟、兑虎。药饼制作及操作同对照组。每日1次,每周5次,共治疗4周。

1.7 观察指标

分别于治疗前后观察2组患者中医证候评分、心绞痛症状评分、西雅图心绞痛量表评分的变化情况,并比较心电图QT离散度、心率变异性,以及血液流变学及血管内皮功能的变化情况。

1.7.1 中医证候评分

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]的中医症状分级量化表制定。中医症状包括胸闷胸痛、心悸、气短、神疲乏力、面色紫暗,根据症状无、轻、中、重的轻重程度,分别计为0、2、4、6分。

1.7.2 心绞痛症状评分

治疗前后进行心绞痛症状评分,采用心绞痛症状积分问卷^[9],根据心绞痛症状的严重程度进行评分,依据无、轻、中、重、极度的轻重程度,

分别计0、1、2、3、4分。根据患者的症状频率进行评分,从无、每周1次、每周2次、每周3次、每周4次及以上,分别计为0、1、2、3、4分。心绞痛症状总评分=心绞痛症状严重度评分+症状频率评分。

1.7.3 西雅图心绞痛量表评分

西雅图心绞痛量表评分,包括躯体受限活动程度(PL)、心绞痛稳定状态(AS)、心绞痛发作情况(AF)、治疗满意程度(TS)、疾病认知程度(DP)共5个项目^[6]。标准积分=(每项目实际得分-每项目最低得分)/(每项目最高得分-每项目最低得分)×100%。标准积分越高表明机体状态越好。

1.7.4 心电图QT离散度以及心率变异性

心电图中最长QT间期与最短QT间期的差值称QT离散度,分别于治疗前后及治疗期间进行心电图检测。并检测心率变异性,包括参数R-R间期的标准差(SDNN)、每5 min R-R间期均值的标准差(SDANN)、24 h内每5 min相邻R-R间期标准差的平均值(RMSSD)的变化情况。

1.7.5 血液流变学及血管内皮功能

分别于治疗前后取患者空腹晨血,检测血浆黏度、全血高切黏度、全血中切黏度、全血低切黏度。离心取血清,检查血管内皮功能。采用酶联免疫吸附法(ELISA)测定血清一氧化氮(NO)、血管内皮生长因子(VEGF)及内皮素1(ET-1)的含量。NO试剂盒购自南京建成生物工程研究所,批号:20190920;VEGF试剂盒购自北京中杉金桥生物有限公司,批号:20190914;ET-1试剂盒购自北京北方生物技术研究所,批号:20191012。

1.8 安全性评价

观察2组患者治疗期间不良反应的发生情况,患者的生命体征、三大常规、心电图和肝肾肾功能以及血糖的变化情况。

1.9 疗效判定标准

参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]

制定疗效判定标准。积分减少率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。(1)中医证候疗效:显效:中医证候积分减少≥70%;有效:30%≤中医证候积分减少<70%;无效:中医证候积分减少<30%;恶化:治疗后中医证候积分>治疗前积分。(2)心绞痛临床疗效:显效:心绞痛症状总评分减少≥70%;有效:30%≤心绞痛症状总评分减少<70%;无效:心绞痛症状总评分减少<30%;恶化:治疗后心绞痛症状总评分>治疗前评分。总有效率=(显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.10 统计方法

采用SPSS 22.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料采用率或构成比表示,组间比较采用卡方检验;等级资料组间比较采用Ridit分析。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较

观察组34例患者中,男20例,女14例;年龄35~56岁,平均(47.35±5.34)岁;病程10~24个月,平均(13.11±3.45)个月。对照组34例患者中,男19例,女15例;年龄37~61岁,平均(48.32±6.53)岁;病程12~25个月,平均(14.09±4.17)个月。2组患者的性别、年龄、病程等一般情况比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),表明2组患者的基线特征基本一致,具有可比性。

2.2 2组患者中医证候疗效比较

表1结果显示:观察组中医证候疗效总有效率为91.18%(31/34),对照组为73.53%(25/34)。观察组中医证候疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组稳定型心绞痛患者中医证候疗效比较

Table 1 Comparison of the curative effect of TCM syndrome between the two groups of the patients with stable angina pectoris [例(%)]

组别	例数(例)	显效	有效	无效	恶化	总有效
观察组	34	18(52.94)	13(38.24)	3(8.82)	0(0.00)	31(91.18) ^①
对照组	34	11(32.35)	14(41.18)	8(23.53)	1(2.94)	25(73.53)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

2.3 2组患者心绞痛临床疗效比较

表2结果显示:观察组心绞痛临床疗效总有效率为88.24%(30/34),对照组为70.59%(24/34)。观察组心绞痛临床疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.4 2组患者治疗前后西雅图心绞痛量表评分比较

表3结果显示:治疗前,2组患者西雅图心绞

痛量表评分包括躯体受限活动程度(PL)、心绞痛稳定状态(AS)、心绞痛发作情况(AF)、治疗满意程度(TS)、疾病认知程度(DP)各项目比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的西雅图心绞痛量表各项评分均明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善西雅图心绞痛量表各项评分方面均明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组稳定型心绞痛患者心绞痛临床疗效比较

Table 2 Comparison of the clinical efficacy between the two groups of the patients with stable angina pectoris [例(%)]

组别	例数(例)	显效	有效	无效	恶化	总有效
观察组	34	15(44.12)	15(44.12)	4(11.76)	0(0.00)	30(88.24) ^①
对照组	34	10(29.41)	14(41.18)	9(26.47)	1(2.94)	24(70.59)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

表3 2组稳定型心绞痛患者治疗前后西雅图心绞痛量表各项评分比较

Table 3 Comparison of Seattle angina pectoris scale scores between the two groups of the patients with stable angina pectoris before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	时间	PL	AS	AF	TS	DP
观察组	34	治疗前	17.96 ± 3.78	56.67 ± 4.98	58.68 ± 5.98	60.42 ± 5.08	56.97 ± 4.88
	34	治疗后	51.37 ± 4.22 ^{①②}	77.21 ± 4.22 ^{①②}	78.77 ± 5.59 ^{①②}	85.38 ± 6.88 ^{①②}	84.64 ± 6.22 ^{①②}
对照组	34	治疗前	18.08 ± 3.68	55.97 ± 4.94	57.03 ± 5.57	59.46 ± 5.11	57.16 ± 4.83
	34	治疗后	35.88 ± 4.27 ^①	66.09 ± 4.72 ^①	66.18 ± 5.56 ^①	73.97 ± 5.96 ^①	70.78 ± 5.15 ^①

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

2.5 2组患者治疗前后QT离散度、心率变异性比较

表4结果显示:治疗前,2组患者QT离散度、心率变异性包括参数SDNN、SDANN、RMSSD比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的QT离散度、心率变异性均明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善QT离散度、心率变异性方面均明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.6 2组患者治疗前后血液流变学比较

表5结果显示:治疗前,2组患者血浆黏度、

全血高切黏度、全血中切黏度、全血低切黏度比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的血浆黏度、全血高切黏度、全血中切黏度、全血低切黏度均明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善血浆黏度、全血高切黏度、全血中切黏度、全血低切黏度方面均明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.7 2组患者治疗前后血管内皮功能比较

表6结果显示:治疗前,2组患者NO、VEGF、ET-1比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗

表4 2组稳定型心绞痛患者治疗前后QT离散度、心率变异性比较

Table 4 Comparison of the QT dispersion and heart rate variability between the two groups of the patients with stable angina pectoris before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, ms)

组别	例数(例)	时间	QT离散度	SDNN	SDANN	RMSSD
观察组	34	治疗前	59.98 ± 6.66	96.69 ± 7.93	94.69 ± 7.98	17.13 ± 1.18
	34	治疗后	44.17 ± 5.22 ^{①②}	136.22 ± 9.29 ^{①②}	123.77 ± 8.59 ^{①②}	37.38 ± 3.88 ^{①②}
对照组	34	治疗前	61.03 ± 6.77	97.34 ± 8.01	94.03 ± 7.57	17.06 ± 1.11
	34	治疗后	50.98 ± 5.68 ^①	116.69 ± 8.52 ^①	106.18 ± 8.16 ^①	27.97 ± 2.96 ^①

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

表5 2组稳定型心绞痛患者治疗前后血浆黏度、全血高切黏度、全血中切黏度、全血低切黏度比较
Table 5 Comparison of the plasma viscosity, whole blood high shear viscosity, whole blood medium shear viscosity and whole blood low shear viscosity between the two groups of the patients with stable angina

			pectoris before and after treatment				($\bar{x} \pm s$, mPa·s ⁻¹)
组别	例数(例)	时间	血浆黏度	全血高切黏度	全血中切黏度	全血低切黏度	
观察组	34	治疗前	1.86 ± 0.27	8.48 ± 0.78	12.52 ± 0.98	13.17 ± 1.08	
	34	治疗后	1.59 ± 0.15 ^{①②}	3.57 ± 0.29 ^{①②}	4.68 ± 0.48 ^{①②}	7.14 ± 0.72 ^{①②}	
对照组	34	治疗前	1.87 ± 0.28	8.43 ± 0.72	12.66 ± 0.71	13.21 ± 1.09	
	34	治疗后	1.71 ± 1.20 ^①	6.18 ± 0.58 ^①	7.87 ± 0.82 ^①	10.08 ± 0.95 ^①	

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

表6 2组稳定型心绞痛患者治疗前后NO、VEGF、ET-1比较

Table 6 Comparison of the NO, VEGF and ET-1 levels between the two groups of the patients with stable angina pectoris before and after treatment

			stable angina pectoris before and after treatment			($\bar{x} \pm s$)
组别	例数(例)	时间	NO($\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$)	VEGF($\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$)	ET-1($\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$)	
观察组	34	治疗前	51.66 ± 6.51	50.35 ± 6.13	76.61 ± 6.80	
	34	治疗后	74.11 ± 7.01 ^{①②}	73.15 ± 7.41 ^{①②}	49.17 ± 4.19 ^{①②}	
对照组	34	治疗前	52.01 ± 6.58	51.21 ± 6.16	77.01 ± 7.09	
	34	治疗后	62.33 ± 6.71 ^①	61.46 ± 6.54 ^①	60.11 ± 5.76 ^①	

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

后, 2组患者的NO、VEGF、ET-1均明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善NO、VEGF、ET-1方面均明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.8 安全性指标

2组患者治疗前后血、尿、大便常规, 肝、肾功能、血糖检查均无明显异常。

3 讨论

稳定性心绞痛是指冠状动脉粥样硬化导致的心绞痛, 也就是冠心病心绞痛。随着人们饮食习惯及生活习惯的改变、缺乏运动锻炼, 冠心病稳定性心绞痛的发生率逐年升高。现代研究显示, 冠心病稳定性心绞痛的发病与人体代谢异常密切相关, 严重地影响了患者的生活质量^[11]。提高患者对冠心病心绞痛的认识, 积极治疗心绞痛症状, 改善冠状动脉粥样硬化是治疗本病的重点。目前, 单硝酸异山梨酯片、阿司匹林肠溶片、匹伐他汀分散片、酒石酸美托洛尔片联合应用是西医治疗冠心病心绞痛的最优方案。西医综合治疗冠心病心绞痛确有疗效, Meta分析研究^[12]提供了证据支持。但是, 长期应用西药综合治疗, 药物的不良事件增多, 部分患者不能耐受, 而且停药后易

复发。针对西药综合治疗的缺点, 联合应用隔药灸疗法进行治疗, 可以取长补短, 减毒增效。现代研究显示, 西药综合治疗联合隔药灸, 可以明显改善冠心病心绞痛患者胸痛、胸闷的症状, 同时对心电图的改善, 对患者生活质量的改善均明显优于单纯西药综合治疗^[13]。

冠心病心绞痛的发病机制包括冠状动脉粥样硬化发病机制及冠状动脉供血不足导致心肌缺血缺氧引起心绞痛的机制。冠状动脉粥样硬化是由血管内皮功能损伤开始, 激发一系列的炎症反应过程。动脉硬化斑块在由稳定向不稳定发展的过程中, 必然导致血管内血液流变学的变化^[14]。神道八阵穴隔药灸通过抑制血管内皮功能损伤而发挥作用, 可以改善冠心病心绞痛胸痛、胸闷症状。血管内血液流变学的变化是导致冠心病心绞痛发病的机制^[15], 西医综合治疗所用的单硝酸异山梨酯片、阿司匹林肠溶片、匹伐他汀分散片、酒石酸美托洛尔片在改善血管内皮功能及血液流变学方面疗效不佳, 因此, 其临床疗效具有一定的局限性。冠心病心绞痛属于中医学“胸痹心痛”的范畴^[16]。《金匮要略》云:“夫脉当取太过不及, 阳微阴弦, 即胸痹而痛, 所以然者, 责其极虚也。”李东垣《医学发明》中云:“通则不痛, 痛则不通,

痛随利减,当通其经络,则疼痛去矣。”《杂病源流犀烛》云:“心痛,包络病,实不在心。”又云:“夫心主诸阳,又主阴血,故因邪而阳气抑郁者痛,阳虚而邪胜者亦痛,因邪而阴血凝注者痛,阴虚而邪胜者亦痛。”随着年龄的增长,心之气阴衰弱,出现不足之象,心主血脉,心气阴不足,脉管及心失养,不荣则痛,故见心前区疼痛。因气虚不能推动血液,血液凝滞于心包络,不通则痛,局部水液代谢障碍,故见胸闷胸痛。气虚血瘀证作为此病的常见证型,多为心包络气血运行不畅导致心脏、脉管失养所致。本研究针对此证型特点,首先为患者进行神道八阵穴隔药灸治疗。通过穴位的良性刺激,可以明显补益心气及阴血,有效地将患者体内瘀滞之邪气驱逐于外。心之气阴不足导致心玄府郁闭或者开泄过度,瘀血内阻会导致心玄府郁闭。神道八阵穴是改善玄府功能的重要腧穴,可以恢复玄府气液宣通功能,更有利于心及心包络局部紊乱经气的恢复^[17]。

隔药灸是通过热和药物在穴位内产生的生物物理作用和生物化学变化,将其刺激信息和能量以及中药通过经络传入体内,而达到治疗疾病的目的,是一种融多种疗法,多种效应于一体的复合性治疗方法^[18]。对照组所选腧穴为厥阴俞、心俞、膻中、内关。厥阴俞、心俞分别是心包、心的背俞穴,厥阴俞、心俞可以调节心包及心的功能。膻中为气会、心包募穴,可以调节心包气血,内关为手厥阴心包经络穴,具有通络止痛的功效。四穴合用可以协调心包及心脏的经气运行,恢复心包及心脏的功能。但是,冠心病心绞痛虽然病位在心包、心。但是,与脾、肝、肾密切相关。脾胃为气机升降之枢纽,脾胃功能失常直接影响胸中之气运行,肝主疏泄,情志失节导致疏泄失常,脉络不利,胸阳不运而发病。《杂病源流犀烛·心病源流》曰:“总之七情之由作心痛。”肾为阴阳之宅,肾阴、肾阳对于维持心阴、心阳的正常输布至关重要。八阵穴源于杵针疗法所用的腧穴,杵针疗法为成都中医药大学李仲愚主任医师所创。神道八阵穴以神道穴到左右旁开3寸的神堂穴为半径作圆周,以八等分圆周而形成的8个特殊部位。8个特殊部位因位置不同,所具有的阴阳属性不同。足太阳膀胱经肺俞、厥阴俞、心俞、督俞、膈俞、肝俞、魄户、膏肓俞、

神堂俞、谿譙、膈关、魂门;督脉的身柱穴、神道、灵台穴、至阳穴、筋缩穴。以上腧穴均在神道八阵穴的范围之内。神道八阵穴是将以上腧穴的功能重新调整,固定在八个方位不同的腧穴上。神道八阵穴不但可以协调心包及心脏的经气,同时,可以协调脾、肝、肾的经气。神道八阵穴的刺激更能有效地改善心包及心脏紊乱的经气。现代研究提示,刺激神道八阵穴可以明显改善冠心病心绞痛的临床症状,不良反应少,复发率低,明显优于其他腧穴的治疗^[19]。药饼制作的药物成分主要为芪参益气滴丸。芪参益气滴丸作为治疗冠心病心绞痛的常用药物,主要用于气虚血瘀型冠心病心绞痛。本研究没有采用口服,而是采用药饼刺激腧穴的方法治疗,作用途径更直接,避免了口服代谢时间长的缺点。现代研究显示,药物的穴位刺激治疗冠心病心绞痛,明显优于单纯口服药物控制病情^[20]。

综上所述,本研究通过较规范的随机对照试验,初步验证了神道八阵穴隔药灸联合西药在改善气虚血瘀型冠心病心绞痛患者的症状、QT离散度、心率变异性及血液流变学、血管内皮功能方面确有疗效,且疗效优于常规腧穴隔药灸治疗。但本研究仍有不足之处,下一步研究应延长随访时间、扩大样本量进行多中心研究,以进一步探讨神道八阵穴隔药灸联合西药治疗冠心病心绞痛的作用机制。

参考文献:

- [1] 白涛峰.急性心绞痛患者的临床治疗研究[J].中国医药导刊, 2017, 19(7): 671-672.
- [2] 高玉玲.优质护理在冠心病合并心绞痛中的应用效果及对患者生活质量的影响研究[J].中国医药指南, 2019, 17(20): 18-19.
- [3] 国家卫生计生委合理用药专家委员会,中国药师协会.冠心病合理用药指南(第2版)[J].中国医学前言杂志(电子版), 2018, 10(6): 1-130.
- [4] 刘施,吴嘉瑞,谭迪,等.基于Meta分析的冠心宁注射液辅助西医常规治疗不稳定型心绞痛临床评价研究[J].药物流行病学杂志, 2017, 26(2): 95-100.
- [5] 郭方贞.中医情志护理联合隔药灸对老年冠心病患者心理状态的影响[J].现代诊断与治疗, 2019, 30(15): 2694-2695.
- [6] TASK F M, MONTALESCOT G, SECHTEM U, et al. 2013 ESC guide-lines on the management of stable coronary artery disease: the task force on the management stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology [J]. Eur Heart, 2013, 34(38): 2949-3003.

- [7] 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: 68-72.
- [8] 中华中医药学会心血管病分会. 冠心病稳定型心绞痛中医诊疗指南[J]. 中医杂志, 2019, 60(21): 1880-1890.
- [9] 韩轶, 吴宗贵, 毕育学, 等. 理气活血滴丸治疗冠心病心绞痛的临床研究[J]. 中国医药指南, 2020, 18(21): 1-5.
- [10] 张宏, 陈智慧, 刘彤. 冠心病生存质量量表在中医药领域的研究概况[J]. 江苏中医药, 2020, 52(2): 91-93.
- [11] 上海市医学会心血管病专科分会心血管病代谢学组(筹). 中国成人代谢异常与心血管疾病防治[J]. 上海医学, 2020, 43(3): 129-164.
- [12] 王尚中, 张涵, 杨海波. 阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗冠心病心绞痛的 Meta 分析[J]. 中国医师杂志, 2019, 21(2): 239-242.
- [13] 戴玉, 李艳, 张磊. 四花穴、心俞隔药饼灸治疗气虚血瘀型冠心病心绞痛随机对照研究[J]. 吉林中医药, 2018, 38(2): 227-229.
- [14] 陈霞, 耿壮丽. 彩超诊断颈动脉粥样硬化狭窄程度及其与冠心病的关系[J]. 黑龙江医药科学, 2019, 42(4): 241-242.
- [15] 黄慈辉, 庄振杰, 张泽鑫, 等. 通心络胶囊对冠心病病人血液流变学影响的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(10): 1482-1484.
- [16] 徐疏影, 杨涛, 骆文斌. 以“阳虚”论治胸痹心痛(冠心病)浅析[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(9): 2213-2214.
- [17] 刘海立, 张卫丽, 高晨, 等. 神道八阵穴隔药灸联合西药治疗气虚血瘀型慢性心力衰竭疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(3): 269-273.
- [18] 孙妮娜, 田岳凤. 隔物灸的起源及其临床应用[J]. 山西中医药大学学报, 2020, 21(3): 169-172.
- [19] 刘立娜, 石志敏. 艾灸神道八阵穴联合角调五音疗法治疗冠心病心绞痛合并焦虑抑郁状态临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(10): 1148-1151.
- [20] 张秋英, 邹继红. 胸痹膏穴位贴敷联合中频脉冲穴位刺激治疗不稳定性心绞痛临床研究[J]. 河北中医, 2018, 40(12): 1869-1873.

【责任编辑：宋威】

推拿法配合循经点穴治疗膝关节骨性关节炎的临床观察

陈建华¹, 程井军², 柳默涵³

(1. 三峡大学中医院/宜昌市中医医院, 湖北宜昌 443000; 2. 湖北中医药大学国医堂, 湖北武汉 430061; 3. 蚌埠市第二人民医院, 安徽蚌埠 233000)

摘要:【目的】观察推拿法配合循经点穴治疗膝关节骨性关节炎的临床疗效。【方法】将46例膝关节骨性关节炎患者随机分为治疗组与对照组, 每组各23例。治疗组给予推拿法配合循经点穴治疗, 对照组给予患膝关节注射玻璃酸钠治疗, 连续治疗6周。治疗6周后, 评价2组的临床疗效, 观察2组患者治疗前后膝关节美国特种外科医院(HSS)功能评分以及视觉模拟量表(VAS)评分的变化情况。并评价2组的不良反应发生情况。【结果】(1)治疗组总有效率为86.96%(20/23), 对照组为82.61%(19/23)。治疗组与对照组比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。(2)治疗后, 2组患者的HSS评分、VAS评分均明显改善, 与治疗前比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 治疗后, 2组HSS评分、VAS评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。(3)治疗组与对照组在治疗过程中, 均无明显不良反应情况发生。观察组与对照组的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。【结论】推拿法配合循经点穴治疗膝关节骨性关节炎, 能明显减轻患者膝关节的疼痛症状, 促进膝关节功能的恢复, 疗效显著。

关键词: 膝关节骨性关节炎; 推拿法; 循经点穴; 临床观察

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)06-1180-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.06.019

收稿日期: 2020-12-28

作者简介: 陈建华(1983-), 男, 主治医师; E-mail: 345653573@qq.com

通讯作者: 程井军(1972-), 男, 副主任医师; E-mail: teiigun@163.com

基金项目: 国家自然科学基金青年科学基金资助项目(编号: 81473786)