

冠心病辨证论治临床疗效的 自身对照观察

上海第二医科大学附属仁济医院内科心血管研究室

鲍延熙 郑道声 俞国瑞

内容提要 本文通过动态心电图、甲皱微循环、血粘度、血小板聚集性、血浆高密度脂蛋白及血浆总胆固醇与高密度脂蛋白比值 (TC/H) 以及临床症状 6 个方面指标, 进行临床观察用中医辨证论治、消心痛汤剂、活血 II 号方三种方法治疗冠心病的疗效。观察结果: 中医辨证论治的方法疗效满意, 6 个指标中除全血比粘度、血浆比粘度外, 其余 5 项都出现较其它二法为好的疗效; 虽然其中除症状疗效外, 在统计学上尚未见到差异, 但其有趋向能改善患者心肌缺血状况、改善甲皱微循环、抑制血小板的聚集功能以及升高血浆高密度脂蛋白等作用。

本文采用活血 II 号方及消心痛作为对照, 以动态心电图 (Holter 方法) 观察心肌缺血性改变作为主要指标, 结合甲皱微循环、血粘度, 血小板聚集性、血浆高密度脂蛋白及血浆总胆固醇与高密度脂蛋白比值 (TC/H)、临床症状等的改变进行单盲自身对照观察, 冀能明确中医传统的辨证论治的治疗方法对冠心病有否独特的优越性。

临床资料

12 例冠心病中, 男 8 例, 女 4 例; 年龄 54~71 岁; 病程 1~15 年 (平均 6.2 年, 5 年以上有 7 例); 12 例中除 1 例仍工作外, 余皆退休。全组诊断按 1979 年上海中西医结合治疗冠心病、心绞痛、心律失常座谈会的诊断标准, 分型按 1979 年国际心脏病学会和协会及 WHO 的命名及诊断标准, 其中属劳累性稳定型心绞痛 7 例, 自发性心绞痛 2 例, 劳累性稳定型合并自发性心绞痛 1 例, 心律失常 2 例 (均为阵发性房颤, 其中 1 例合并有劳累性稳定型心绞痛)。1 例曾作冠状动脉造影, 证实右冠脉阻塞 90%, 左回旋支阻塞 80~85%。以上病例均具有缺血性 ST-T 的心电图改变。

辨证分型按 1980 年全国冠心病辨证论治研究座谈会修订的冠心病 (心绞痛, 心肌梗塞)

中医辨证试行标准进行。治疗前辨证属血瘀兼气虚型 6 例; 气虚兼血瘀型 2 例; 气阴两虚兼血瘀型 2 例; 气虚兼痰浊型 1 例; 气滞型 1 例。

治疗方法

全部病例除 1 例住院外, 余皆为门诊病例, 每周门诊一次。辨证论治按标准辨证结果处方用药 (药量单位为 g): 血瘀见证用药: 丹参 12~15、赤芍 9~12、川芎 9~12、红花 9~12、生蒲黄 12~15 等; 气虚见证用药: 党参 9~12、炙黄芪 9~12、黄精 9~12 等; 阴虚见证用药: 麦冬 9~12、生地 9~12、玉竹 9、石斛 9 等; 痰浊见证用药: 苍术 9、川朴 9、陈皮 6、白术 9 等; 气滞见证用药: 郁金 9、香附 9、降香 9 等。上方每日一剂。活血 II 号方为丹参、赤芍、红花、川芎等, 每日一剂。消心痛汤剂用消心痛 20 mg 片剂磨碎后, 冲入 500 ml 神曲煎剂 (内含神曲 50 g) 中, 每日一剂分二次服用 (该剂外形和上述中药煎剂相似)。各组药物均连续服用一个月作为一个疗程, 总疗程为三个月。三种药物应用顺序的组合分为三组: (1) 辨 (辨证论治)、活 (活血 II 号方)、消 (消心痛汤剂); (2) 活、消、辨; (3) 消、辨、活。12 个病例分为三组, 每组 4 例, 按上述不同的用药序列进行单盲法治

疗, 借以消除疗程衔接间的药物相互影响, 所有病例在观察期间除 1 例硝苯吡啶依赖在治前和治程中继续服用以及所有病例在必要时给予硝酸甘油片或麝香保心丸临时用药外, 有关的心血管药均停用, 在治程中仍保持一贯的正常的的生活秩序和饮食。

观察方法

一、症状: 每一患者均自管症状记录卡, 逐日记一周内心绞痛发作次数、强度和持续时间以及用药情况, 每周门诊随访时, 医师(固定一人)按证、脉、舌、苔进行辨证记录。疗效评定: 按治疗前后心绞痛的发作次数以及诱发心绞痛时的行走时间或上楼层次等分为: (1)无效: 上述各项无改变; (2)好转: 上述各项轻度改善; (3)明显好转: 上述各项明显改善, 但尚未达显效; (4)显效: 用药后心绞痛消失或诱发心绞痛发作的行走时间从治前的 5~10 分钟达到 1 小时以上(同等速度), 或自治前一到二层楼即诱发心绞痛而达到同等速度上五楼或以上不发心绞痛。心律失常以用药后仍发作与消失分无效和显效。

二、动态心电图(Holter 方法记录): 用药前及用药后每周记录一次, 全疗程共记录 13 次, 分析图片以趋向曲线下降超过 0.5 mm 作为缺血症。每次测出 24 小时内趋向曲线正常(即心肌不缺血)的时间总和(单位为分)进行分析对比。

三、甲皱微循环: 在光学显微镜(目镜 8 倍, 物镜 10 倍, 冷光源 6V、5W)下检查患者手无名指, 检查时室温 21~30°C, 指温 22~23°C, 观察项目为血管袢清晰度(分模糊、较清、清晰), 枝数(枝/mm)、长度和宽度(μm)(测动静脉臂和袢顶直径的均数), 异形血管袢的百分比(异形指发夹形以外的扭曲形、8 字形、蝌蚪形等形态), 流态(目测红细胞流速的慢到快的不同程度分絮状、虚线、断线、线状)。按此五项, 每四周观察三种疗法治疗前后的改变而分为无效、有效、恶化三级。

四、全血比粘度(含高、低切速二种方法)

和血浆比粘度, 每四周一次, 根据用药前后读数的改变, 观察疗效。

五、血小板聚集功能: 聚集诱导剂选用肾上腺素(Adr)及二磷酸腺苷(ADP), 其最终浓度分别为 1.0 $\mu\text{g/ml}$ 及 0.6 μM , 从记录中算出最大峰值(max%), 每四周一次, 根据用药前后的读数, 观察疗效。

六、血浆高密度脂蛋白(mg/dl)和血浆总胆固醇/高密度脂蛋白比值, 每四周治疗前及三种疗法治疗后各检测一次, 观察疗效。

以上项目的观察结果均作统计处理, 求得 P 值。

结 果

一、症状疗效: 三种方法用药后, 其疗效表现为显效、明显好转、好转、无效者的例数分别为: (1)活血 II 号方: 2, 2, 7, 1; (2)消心痛: 0, 4, 6, 1 (有 1 例因不耐受消心痛剧烈头痛的副反应停药而未列入); (3)辨证论治: 10, 1, 1, 0。辨证论治治疗后的症状显效例数明显高于其它二法, 经两组 Ridit 检验, 活血 II 号方比辨证论治的疗效, 消心痛比辨证论治的疗效, P 值分别 <0.01 , 差异有非常显著性意义, 故认为辨证论治方法在改善冠心病症状方面明显优于其它二法。

二、动态心电图(Holter 记录)观察: 治前动态心电图记录 24 小时内 ST 段平均正常时间为 366.5 ± 501.74 分, 通过活血 II 号方、消心痛、辨证论治三种方法治疗后, 其 24 小时内 ST 段平均正常时间分别为 586.9 ± 548.77 分、 653.37 ± 563.53 分、 658.24 ± 551.10 分, 由此可看到三种疗法治疗后所出现的正常 ST 段的时间都分别较治前为长, 且经统计处理 P 值分别均 <0.01 , 有非常显著差异, 说明都有明显的疗效。但三组疗效之间相互比较, P 值分别均 >0.05 , 差异无显著性意义, 但从三组疗法治疗后的缺血性 ST 段恢复为正常时间的绝对值来看, 仍以辨证论治方法为最高。

三、甲皱微循环观察: 三种疗法的结果见附表。

从附表微循环的五项指标的疗效分析来

附表 甲皱微循环改变的三种疗法的疗效

	管袢清晰度			管袢枝数出现			管袢长度、口径改变			管袢异形数变化			管袢内红细胞流速改变		
	活*	消*	辨*	活	消	辨	活	消	辨	活	消	辨	活	消	辨
无效	5	5	7	4	5	4	2	3	1	7	7	5	3	4	3
有效	4	3	4	4	2	5	8	5	9	3	2	5	9	6	9
恶化	3	2	1	4	3	3	2	2	2	2	1	2	0	0	0
P	>0.05														

注：*活：活血Ⅱ号方 消：消心痛 辨：辨证论治

看，以三种疗法相比，辨证论治法的有效数相对较其它二法稍高，恶化数相对较低，但统计处理均无显著差异。

四、全血比粘度和血浆比粘度观察：其结果：全血比粘度低切速法治前均值为 6.34 ± 1.67 ，治后三种疗法：活血Ⅱ号方、消心痛、辨证论治的均值分别为 5.18 ± 1.43 、 5.99 ± 1.27 、 5.68 ± 1.39 ；全血比粘度高切速法治前均值为 4.40 ± 1.02 ，治后三种方法：活血Ⅱ号方、消心痛、辨证论治的均值分别为 3.56 ± 0.49 、 4.51 ± 0.52 、 3.95 ± 0.47 ；血浆比粘度治前均值为 1.78 ± 0.26 ，治后三种疗法：活血Ⅱ号方、消心痛、辨证论治的均值分别为 1.54 ± 0.17 、 1.81 ± 0.23 、 1.74 ± 0.23 。以上数据均经统计处理，P 值均 >0.05 ，无显著意义，说明三者疗效均不明显。

五、血小板聚集功能观察：用肾上腺素诱出的结果：治前均值为 $45.25 \pm 11.73 \max\%$ ，治后的结果，活血Ⅱ号方组均值为 $55 \pm 12.35 \max\%$ ，消心痛组均值为 $45.8 \pm 14.21 \max\%$ ，辨证论治组均值为 $42.16 \pm 20.16 \max\%$ ；三种疗法治后与治前的比较，经统计处理，P 值均 >0.05 ，无显著意义，但治后活血Ⅱ号方组的 $\max\%$ 明显高于消心痛和辨证论治组的治疗结果，P 值 <0.05 ，有显著意义。用二磷酸腺苷诱出的结果：治前均值为 $43.25 \pm 15.52 \max\%$ ，治后的结果，活血Ⅱ号方组均值为 $65 \pm 20.62 \max\%$ ，消心痛组均值为 $43.44 \pm 19.42 \max\%$ ，辨证论治组均值为 $43.83 \pm 15.0 \max\%$ ；三种疗法治后与治前比较，经统计处理，显示

活血Ⅱ号方组治后反而较治前明显升高，P <0.01 ，有非常显著意义；其后，通过消心痛和辨证论治治疗后又都有明显下降，P 分别 <0.01 ，说明消心痛和辨证论治二种疗法能抑制血小板聚集功能，有明显疗效。

六、血浆高密度脂蛋白和血浆总胆固醇与高密度脂蛋白比值的观察：其结果：治前高密度脂蛋白均值为 $52.25 \pm 12.6 \text{ mg/dl}$ ，治疗后活血Ⅱ号方组均值为 $54.17 \pm 16.4 \text{ mg/dl}$ ，消心痛组均值为 $55.9 \pm 13.3 \text{ mg/dl}$ ，辨证论治组均值为 $56.27 \pm 16.8 \text{ mg/dl}$ 。三种疗法治后与治前比较，每种疗法都有上升趋势，而以辨证论治组上升最明显，但统计处理，P 值均 >0.05 ，无显著意义。血浆总胆固醇与高密度脂蛋白的比值，治前均值为 3.76 ± 0.75 ；治后活血Ⅱ号方组均值为 3.79 ± 0.93 ，消心痛组均值为 3.26 ± 0.63 ，辨证论治组均值为 3.57 ± 0.89 。在活血Ⅱ号方与辨证论治组治后与治前比较，未见明显疗效，P 值均 >0.05 ，无显著意义；而消心痛组治后比治前有明显下降，P 值 <0.05 ，有显著意义；而消心痛组与活血Ⅱ号方、辨证论治组之间相比，也见明显下降，P 分别 <0.01 和 <0.05 ，分别有非常显著意义和显著意义。

讨 论

通过上述结果的分析，辨证论治对解除冠心病患者的症状疗效超过了传统的西药消心痛和中药效验方活血Ⅱ号方，有独特的优越性；本文的结果，进一步印证了我们在1982年的研究结果^①。辨证论治对改善冠心病心肌缺血征的疗效，通过观察其统计值表明与消心痛和活血Ⅱ号方同样有效，而改善缺血时间的绝对值尤以前者较后二者为高，值得进一步研究。辨证论治对改善冠心病患者的甲皱微循环的疗效较其他两法略见所长，但统计值无意义；近年有较多关于活血Ⅱ号方能改善冠心病患者微循环的报道^{②,③}，但本文所见，仅以改善血红细胞流速和管袢长度、口径两项的疗效稍高，约有 $2/3 \sim 3/4$ 的病例获效，其余指标的有效例

数仅占 1/4 ~ 2/3。对血粘度的疗效, 三种疗法在用药前后或其相互之间比较, 以活血 II 号方治疗后降低较明显, 这与有关报道的结论相似⁽⁴⁾; 而辨证论治组降低不明显, 该组用方多数有党参和黄芪等益气药, 是否与有关报道⁽⁵⁾指出的黄芪等益气药可能具有的促凝作用有关; 消心痛组的血粘度值属最高, 其原由尚待进一步探明。但三种疗法的统计值表明, 疗效均不明显。三种疗法对血小板聚集功能的影响, 统计值表明治后未显疗效, 但活血 II 号方的治疗结果反见恶化, 这与近年来有关报道^(6,7)不符。其后用消心痛和辨证论治治疗又能把由活血 II 号方提高的血小板聚集功能降下来, 这一结果特别是消心痛的治疗结果与该药传统药理的认识有异, 有待进一步的研究。在改善血浆高密度脂蛋白的疗效中, 三种疗法均未见效果, 但在改善血浆总胆固醇与高密度脂蛋白的比值中, 消心痛却出现明显的疗效, 其原因也有待进一步探明。

(本工作有本院心电图室张星珠, 内科实验室钟戴三、郭

建华、陈铭生、薛泓、陈梅芳等同志参加; 资料统计工作承上海第二医科大学卫生学教研室丘新尧和本院陈铭生、谢秀兰等同志协助完成, 谨此致谢)

参 考 文 献

1. 鲍延熙, 等. 辨证施治冠心病 48 例临床疗效分析. 中西医结合杂志 1982; 2(3):167
2. 陈可冀, 等. 活血 II 号注射液治疗急性闭塞性脑血管病临床疗效的观察. 活血化瘀专业委员会成立大会暨全国第一次学术会议论文汇编集 1982:33.
3. 王汀华, 等. 活血 II 号方组成对实验性微循环的作用的比较观察. 活血化瘀专业委员会成立大会暨全国第一次学术会议论文汇编集 1982:78.
4. 翁维良, 等. 活血化瘀“活血 II 号”对冠心病红细胞电泳、血液粘度影响的观察. 中医研究院西苑医院中西医结合防治研究心血管病资料 1979:67.
5. 廖家楨, 等. 益气、活血方药对冠心病临床疗效观察. 中西医结合杂志 1984; 4(2):99.
6. 翁维良, 等. 活血 II 号注射液对瘀血病人血小板表面活性和聚集性的作用. 活血化瘀专业委员会成立大会暨全国第一次学术会议论文汇编集 1982:34.
7. 北京中医研究院西苑医院药理组, 等. 活血 II 号方药及有关资料汇编 1976:90.

艾灸足三里穴对脾虚患者胃电的影响

广州中医学院 杨顺益

为了探讨艾灸足三里穴对脾虚患者的治疗作用, 本文采用现代电生理方法, 以体表胃电为指标进行了初步临床实验观察。

对象和方法 观察 32 例均系本院脾胃研究组患者。全部经胃镜检查确诊为消化性溃疡和/或慢性胃炎。中医辨证按我院脾胃研究组标准(广州中医学院脾胃研究组, 脾虚患者唾液淀粉酶活性初步研究, 中华医学杂志 1980; 60(5):290)属于脾虚型者。32 例按接诊先后, 无选择地依次分为: (1)艾卷灸组 12 例, 用无药艾条各一支同时在两侧足三里, 距穴位皮肤 3 cm 左右温和灸 15 分钟; (2)艾炷直接灸组 10 例, 用纯净艾绒做成黄豆大艾炷, 在两侧足三里先后各灸三壮, 每壮约灸至剩下 1/3 患者觉灼热难忍时即移去, 全部过程 10 分钟; (3)局麻后艾炷直接灸组 10 例, 用 1% 普鲁卡因 4 ml, 分两侧足三里皮下麻醉(先经皮试无过敏者), 范围为 $1.5 \times 1.5 \text{ cm}^2$, 灸法同(2)。

本实验使用日本产 RM—46 型多导联生理记录仪。电极置于受试者胃体部投影位置, 相当于腹壁左

乳头与脐连线中点, 参考电极放在右前臂内侧下 1/3 处。患者在正常生活条件下, 实验时间为每天下午 2 时 30 分 ~ 4 时 30 分。实验室温度保持在 $22 \sim 25^\circ \text{C}$, 相对湿度在 80% 左右。

结 果 实验结果见附表。

附表 脾虚患者艾灸足三里穴前后最大胃电波幅的变化及组间比较 ($M \pm SE$)

组 别	灸前胃电波幅 (μV)	灸后胃电波幅 (μV)	艾灸前后胃电波幅差 (μV)	艾灸前后自身比较	艾灸前后胃电波幅差组间比
(1) 艾卷灸	43.67 ± 7.98	180.34 ± 44.88	136.67 ± 39.61	$P < 0.01$	(1): (2) $P < 0.01$
(2) 艾炷直接灸	70.3 ± 13.16	771.2 ± 159.61	700.9 ± 152.21	$P < 0.01$	(2): (3) $P > 0.05$
(3) 局麻+艾炷直接灸	96.5 ± 9.01	799.3 ± 119.53	702.8 ± 115.08	$P < 0.01$	(3): (1) $P < 0.01$

讨 论 (1) 研究表明正常人的胃电波幅较高, 而脾虚患者胃电波幅较低平, 三种艾灸方法均可提高

(下转 418 页)

Abstracts of Original Articles

A Study of Relationship among Intestinal Metaplasia, Gastric Carcinoma and Spleen Deficiency Syndrome by the Histochemical Staining of Gastric Mucosa and the Determination of Its cAMP and cGMP

Yin Guangyao (尹光耀), et al

Wuxi Third People's Hospital, Jiangsu Province

Four different kinds of gastric change of intestinal metaplasia, gastric mucosa and plasma cAMP and cGMP level were investigated with histochemical and radioimmuno-assay in 25 cases of chronic gastropathy manifested as spleen deficiency syndrome (脾虚证). The rate of intestinal metaplasia, rate of intestinal metaplasia of colonic and incomplete colonic type and stomach carcinoma increased in the order of the spleen Qi deficiency (脾(虚) patients and spleen deficiency with Qi stagnation (脾虚气滞) patients; while gastric mucosa and plasma cAMP level decreased in the order of spleen Qi deficiency patients and spleen deficiency with Qi stagnation patients, and also in the order of complete metaplasia and incomplete metaplasia of small intestinal and colonic types, their statistical differences were significant, $P < 0.05 \sim 0.001$. However, no marked changes of cGMP level were observed.

All these findings suggest that cAMP level and the intestinal metaplasia of incomplete colonic type were closely related to the spleen deficiency syndrome and gastric carcinoma. The determination of cAMP level and type of intestinal metaplasia of stomach might be of clinical significance in estimating the course of disease and therapeutic efficacy. (Original article on page 392)

A Preliminary Study on Relationships between Syndrome Differentiation of 104 Stomachache Patients and Their Patho-histological Changes

Zhu Yunhua (朱云华), et al

Nanjing College of Traditional Chinese Medicine, Nanjing

According to the syndrome differentiation of TCM, 104 cases of gastralgia were divided into three fundamental types: (1) deficiency of the middle burner and stagnation of Qi, (2) disharmony of liver and stomach, and (3) deficiency of stomach Yin. The patho-histological investigation of gastrectomy specimens revealed that the cases of peptic ulcer and acute inflammation of gastric mucosa in the first type were significantly more than those of the other two types ($P < 0.05$); and severe intestinal metaplasia, dysplasia and early gastric carcinoma were also more frequently occurred in this type (11/67, 8/67, 4/67 respectively). It seems that there are some relationships between syndrome differentiation and pathological changes.

(Original article on page 396)

Therapeutic Effect of Bian Zheng Shi Zhi (辨证施治) on Patients of Coronary Heart Disease

Bao Yanxi (鲍延熙), Zhen Daoshen (郑道声), Yu Guorui (俞国瑞)

Cardiovascular Research Laboratory of Shanghai Second Medical University, Shanghai

Twelve cases of coronary heart disease were randomized by following treatments: (1) Measures of Bian Zheng Shi Zhi (BZSZ), or diagnosis and treatment based on syndrome differentiation; (2) Isosorbide dissolved in placebo decoction; (3) Coronary Heart No.II, including *Salvia miltiorrhiza*, *Ligusticum chuanxiong*, *Paeonia rubra*, *Carthamus tinctorius* and *Dalbergia odorifera*. Each measure was given for four weeks. One week before and after the treatment, following parameters were observed and compared: (1) Holter's monitoring; (2) microcirculation of nail bed; (3) viscosity of blood; (4) aggregation of platelet; (5) plasma HDL, plasma TC/HDL ratio. The results were as follows: (1) marked improvement of symptoms in patients treated by BZSZ as compared with the other two measures ($P < 0.01$); (2) All the three measures were effective by the Holter's monitoring, however, there seemed to have better improvement in the BZSZ group as compared with the two others but statistically insignificant; (3) The improvement of microcirculation in all three groups was insignificant, although a slightly better result in BZSZ was observed; (4) The improvement of blood viscosity was also insignificant, with a better outcome with Coronary Heart No.II; (5) The platelet aggregation was inhibited by BZSZ and Isosorbide, and enhanced by Coronary Heart No.II; (6) There was a slight but insignificant increase of HDL, with higher elevation in BZSZ; and a significant decrease of TC/HDL ratio in patients with Isosorbide, and a significant difference of change as compared with the other two. It was concluded that Bian Zheng Shi Zhi seemed to be a better measure for patients of coronary heart disease. (Original article on page 399)