

促进其神经功能恢复,改善脑脂质过氧化,增强脑血管储备功能,高效且安全。

[参考文献]

(1) 朱子煜,王祖华,孙文迪,等.醒脑静注射液联合长春西汀注射液治疗对老年急性脑梗死患者认知功能障碍及CysC、hs-CRP水平的影响(J).中国老年学杂志,2021,41(10):2035-2038.

(2) 徐长涛,闫守川.醒脑静注射液辅助急诊溶栓抗凝治疗急性脑梗塞的临床效果及对患者死亡率的影响(J).临床医学研究与实践,2022,7(10):61-63.

(3) 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018(J).中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.

(4) 中国中西医结合学会神经科专业委员会.中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)(J).中国中西医结合杂志,2018,38(2):136-144.

(5) 杨东娜,张涤,于佳佳.丁苯酞注射液联合依达拉奉对老年急性脑梗死患者细胞因子、血管内皮功能和氧化应激的影响(J).中国老年学杂志,2021,41(3):477-480.

(6) 王月娟,冯士轩,胡瑾,等.丁苯酞联合阿托伐他汀钙对急性脑梗死患者血清炎症因子及脑神经递质的影响(J).实用医院临床杂志,2021,18(1):23-26.

(7) 鲍必亚,朱方升.醒脑静联合丁苯酞治疗急性脑梗死的临床疗效及其对神经功能的影响(J).临床合理用药杂志,2020,13(36):48-50.

(8) 黄婷,叶丽琴,汤钊.醒脑静注射液对老年急性脑梗死患者神经功能缺损状况及血清炎症介质水平的影响(J).医疗装备,2021,34(13):95-97.

(9) 常利,王龙,李合华.中风回春丸辅助治疗对急性脑梗死患者临床疗效、氧化应激和炎症因子水平的影响(J).中国合理用药探索,2021,18(12):57-61.

(10) 杜红旗.醒脑静联合丁苯酞对急性脑梗死患者脑血管储备功能及血液流变学的影响(J).中国药物与临床,2021,21(12):2096-2098.

(11) 凌孟晖,张文敏,张映红.循环血miR指标与急性脑梗死患者神经损伤程度及炎症反应的关系探究(J).中国医学创新,2021,18(9):157-160.

(12) 李雯飞,王成雅,段红梅.依达拉奉联合亚低温治疗对急性脑梗死患者氧化应激及炎症反应的影响(J).反射疗法与康复医学,2021,2(17):83-85,96.

[文章编号] 1007-0893(2023)02-0033-05

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.02.010

## 自拟定心安神方治疗冠心病心绞痛临床疗效

吴超联 谭晓波 高四心

(北京市朝阳区中西医结合急诊抢救医院,北京 100122)

**[摘要]** **目的:**分析自拟定心安神方加减对冠心病心绞痛患者肌酸激酶同工酶MB(CK-MB)、肌酸激酶(CK)及心功能的影响。**方法:**选取北京市朝阳区中西医结合急诊抢救医院2021年1月至2022年1月收治的114例冠心病心绞痛患者,使用随机数字表法将所有患者分为对照组及观察组,每组57例。对照组患者给予常规西医治疗,观察组患者在其基础上加用自拟定心安神方加减,比较两组患者治疗前后中医症状评分、心绞痛发作频率、持续时间、血液流变学及CK-MB、CK、谷草转氨酶(AST)、心肌肌钙蛋白1(cTnI)、心功能相关指标表达。**结果:**治疗后,两组患者中医症状评分均低于治疗前,且观察组患者心悸、胸闷、头痛头胀、失眠、胸痛评分均低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后,两组患者心绞痛发作频率、持续时间均减少,且观察组患者心绞痛发作频率、持续时间少于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后,两组患者血液流变学指标、CK-MB、CK、AST、cTnI水平均降低,且观察组患者血液流变学指标、CK-MB、CK、AST、cTnI水平低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后,两组患者左室射血分数(LVEF)升高,左室收缩末期内径(LVESD)、左室收缩末期容积(LVESV)降低,且观察组患者LVEF高于对照组,LVESD、LVESV低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:**自拟定心安神方加减能有效缓解冠心病心绞痛患者临床症状,减少患者心绞痛发作,改善患者血液流变学指标、心肌酶学指标,提高患者心功能。

**[关键词]** 冠心病;心绞痛;定心安神方

**[中图分类号]** R 541.4 **[文献标识码]** B

[收稿日期] 2022-11-16

[作者简介] 吴超联,女,主治医师,主要从事心内科疾病诊断与治疗工作。

冠心病作为一种因血管粥样病变引起的血管狭窄及心肌缺血缺氧性疾病,近年来随着我国老龄化加剧及人们生活习惯变化,其发病率呈现逐年上升趋势<sup>[1-3]</sup>。其中,冠心病心绞痛是临床常见的心脑血管疾病类型且目前对于其治疗仍缺乏有效方案。西医认为脂质代谢紊乱、炎症因子聚集等是引起患者心绞痛主要因素,因此多采用如钙拮抗剂降脂及血运重建药物进行治疗,但其仅能部分缓解患者不良症状<sup>[4]</sup>。近年来,随着中医发展,中医治疗在各种心脑血管疾病中疗效逐渐得到认可,中医认为,冠心病心绞痛属“胸痹”“胸痛”等范畴,其病机在于情志不舒、痰瘀互结,应行活血化瘀、定心安神法进行治疗<sup>[5]</sup>。笔者就此进行研究,旨在为临床同类患者治疗方案进一步研究及完善提供参考,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取北京市朝阳区中西医结合急诊抢救医院2021年1月至2022年1月收治的114例冠心病心绞痛患者,使用随机数字表法将所有患者分为对照组及观察组,每组57例。其中对照组年龄39~77岁,平均 $(55.27 \pm 5.45)$ 岁;男性29例,女性28例;平均病程 $(5.26 \pm 2.33)$ 年;心绞痛分级I级23例,II级22例,III级12例。观察组年龄38~78岁,平均 $(55.31 \pm 5.48)$ 岁,男性31例,女性26例,平均病程 $(5.41 \pm 2.35)$ 年;心绞痛分级I级24例,II级22例,III级11例。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 西医诊断确诊为冠心病心绞痛<sup>[6]</sup>; (2) 中医诊断符合《不稳定型心绞痛中医诊疗专家共识》<sup>[7]</sup>中胸痹、胸痛痰瘀互结证诊断标准,主证:心悸、胸闷、纳差。次证:频繁胸痛、苔黄、脉沉涩、舌质红伴瘀斑或紫暗; (3) 未进行介入治疗; (4) 知情并自愿参与研究。

1.1.2 排除标准 (1) 合并严重肝肾功能障碍; (2) 合并恶性肿瘤等其他严重疾病者; (3) 合并凝血功能、免疫功能障碍者; (4) 合并先天性心脏病或严重感染者。

### 1.2 方法

所有患者入组后均给予生命体征监测、影像学检测、水电解质平衡调节、降血压,尼莫地平(山东健康药业有限公司,国药准字H37022779)  $20 \text{ mg} \cdot \text{次}^{-1}$ ,  $3 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ 或美托洛尔(阿斯利康制药有限公司,国药准字H32025391)  $50 \text{ mg} \cdot \text{次}^{-1}$ ,  $1 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ 口服;降血脂,阿托伐他汀钙片(北京嘉林药业股份有限公司,国药准字H20093819)口服,  $20 \text{ mg} \cdot \text{次}^{-1}$ ,  $1 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ 等常规管理。

1.2.1 对照组 给予盐酸曲美他嗪(瑞阳制药股份有限公司,国药准字H20066534)口服,  $3 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ ,

$20 \text{ mg} \cdot \text{次}^{-1}$ ,连续治疗6周。

1.2.2 观察组 在对照组基础上加用自拟定心安神方加减,组方:丹参30g,百合10g,合欢花12g,柴胡10g,知母10g,当归20g,瓜蒌皮20g,川芎15g,赤芍15g,生地黄30g,木香10g,桃仁12g,枳实10g。伴失眠多梦者加酸枣仁10g、五味子5g,伴瘀血明显者加三七粉10g,伴胸闷心烦严重者加胆南星10g,伴食少便溏者加薏苡仁8g、茯苓5g。  $1 \text{ 剂} \cdot \text{d}^{-1}$ ,水煎服,  $2 \text{ 次} \cdot \text{剂}^{-1}$ ,连续治疗6周。

### 1.3 观察指标

(1) 中医症状评分:根据《中药新药临床研究指导原则》<sup>[8]</sup>拟定,评估患者心悸、胸闷、头痛头胀、失眠、胸痛临床症状,满分6分,分值越高,患者症状越严重。

(2) 心绞痛发作频率、持续时间。(3) 血液流变学:取患者外周静脉血,使用全血流变仪检测血浆黏度、全血高切黏度、血小板黏附率;(4) 比较两组患者治疗前后血清肌酸激酶同工酶(creatine kinase isoenzyme-MB, CK-MB)、肌酸激酶(creatine kinase, CK)、谷草转氨酶(aspartate aminotransferase, AST)、心肌肌钙蛋白1(cardiac troponin I, cTnI)水平,取患者外周静脉血,  $3000 \text{ r} \cdot \text{min}^{-1}$ 离心15min后取上清液,使用免疫放射法检测患者cTnI水平,使用全自动生化分析仪检测CK-MB、CK、AST水平;(5) 比较两组患者治疗前后心功能相关指标水平,使用心功能检测仪检测患者左室射血分数(left ventricular ejection fraction, LVEF)、左心室收缩末期内径(left ventricular end systolic diameter, LVESD)、左心室收缩末期容积(left ventricular end systolic volume, LVESV)水平。

### 1.4 统计学处理

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 两组患者治疗前后中医症状评分比较

治疗前,两组患者中医症状评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后,两组患者中医症状评分均低于治疗前,且观察组患者心悸、胸闷、头痛头胀、失眠、胸痛评分均低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。

### 2.2 两组患者治疗前后心绞痛发作频率、持续时间比较

治疗前,两组患者心绞痛发作频率、持续时间比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后,两组患者心绞痛发作频率、持续时间均减少,且观察组患者心绞痛

发作频率、持续时间少于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 1 两组患者治疗前后中医症状评分比较 ( $n = 57, \bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	心悸	胸闷	头痛头胀	失眠	胸痛
对照组	治疗前	4.92 ± 0.89	5.11 ± 0.70	4.74 ± 0.71	4.95 ± 0.82	5.25 ± 0.61
	治疗后	2.14 ± 0.51 <sup>a</sup>	1.22 ± 0.09 <sup>a</sup>	1.35 ± 0.11 <sup>a</sup>	1.29 ± 0.09 <sup>a</sup>	1.42 ± 0.11 <sup>a</sup>
观察组	治疗前	4.98 ± 0.91	5.06 ± 0.68	4.76 ± 0.72	4.92 ± 0.81	5.21 ± 0.59
	治疗后	1.08 ± 0.33 <sup>ab</sup>	0.81 ± 0.07 <sup>ab</sup>	0.83 ± 0.09 <sup>ab</sup>	0.77 ± 0.07 <sup>ab</sup>	0.67 ± 0.08 <sup>ab</sup>

注：与同组治疗前比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者治疗前后心绞痛发作频率、持续时间比较

( $n = 57, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	心绞痛发作频率 / 次·周 <sup>-1</sup>	持续时间 / min·次 <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	5.51 ± 1.44	8.15 ± 2.04
	治疗后	2.06 ± 0.75 <sup>c</sup>	3.45 ± 1.07 <sup>c</sup>
观察组	治疗前	5.48 ± 1.43	8.21 ± 2.06
	治疗后	0.91 ± 0.34 <sup>cd</sup>	2.11 ± 0.93 <sup>cd</sup>

注：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> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者治疗前后血液流变学指标比较

治疗前，两组患者血液流变学指标比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；治疗后，两组患者血液流变学指标均降低，且观察组患者血浆黏度、全血高切黏度、血小板黏附率低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后血液流变学指标比较 ( $n = 57, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	血浆黏度 / mPa·s	全血高切黏度 / mPa·s	血小板黏附率 / %
对照组	治疗前	1.85 ± 0.32	8.51 ± 0.82	6.42 ± 1.25
	治疗后	1.71 ± 0.25 <sup>e</sup>	6.22 ± 0.59 <sup>e</sup>	5.15 ± 0.97 <sup>e</sup>
观察组	治疗前	1.88 ± 0.33	8.49 ± 0.81	6.38 ± 1.23
	治疗后	1.59 ± 0.18 <sup>ef</sup>	3.75 ± 0.36 <sup>ef</sup>	4.04 ± 0.81 <sup>ef</sup>

注：与同组治疗前比较，<sup>e</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>f</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.4 两组患者治疗前后血清 CK-MB、CK、AST、cTnI 水平比较

治疗前，两组患者血清 CK-MB、CK、AST、cTnI 水平比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；治疗后，两组患者血清 CK-MB、CK、AST、cTnI 水平均降低，且观察组患者低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 4。

表 4 两组患者治疗前后血清 CK-MB、CK、AST、cTnI 水平比较 ( $n = 57, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	CK-MB/U·L <sup>-1</sup>	CK/U·L <sup>-1</sup>	AST/IU·L <sup>-1</sup>	cTnI/ng·mL <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	38.76 ± 6.58	279.55 ± 35.38	119.48 ± 23.62	0.35 ± 0.11
	治疗后	25.67 ± 5.14 <sup>g</sup>	168.25 ± 29.49 <sup>g</sup>	67.91 ± 15.47 <sup>g</sup>	0.21 ± 0.06 <sup>g</sup>
观察组	治疗前	38.42 ± 6.55	281.04 ± 35.41	120.35 ± 23.66	0.37 ± 0.12
	治疗后	16.29 ± 4.39 <sup>gh</sup>	113.02 ± 24.56 <sup>gh</sup>	51.32 ± 14.85 <sup>gh</sup>	0.14 ± 0.03 <sup>gh</sup>

注：CK-MB 一肌酸激酶同工酶 MB；CK 一肌酸激酶；AST 一谷草转氨酶；cTnI 一心肌肌钙蛋白 1。与同组治疗前比较，<sup>g</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>h</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.5 两组患者治疗前后心功能相关指标比较

治疗前，两组患者心功能相关指标比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；治疗后，两组患者 LVEF 升高，LVESD、LVESV 降低，且观察组患者 LVEF 高于对照组，LVESD、LVESV 低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 5。

表 5 两组患者治疗前后心功能相关指标比较 ( $n = 57, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	LVEF/%	LVESD/mm	LVESV/mm
对照组	治疗前	36.18 ± 4.72	51.02 ± 5.11	57.48 ± 7.01
	治疗后	45.03 ± 5.61 <sup>i</sup>	39.84 ± 4.05 <sup>i</sup>	42.16 ± 6.02 <sup>i</sup>
观察组	治疗前	35.94 ± 4.69	50.86 ± 5.09	57.44 ± 6.97
	治疗后	53.44 ± 6.55 <sup>ij</sup>	31.23 ± 3.27 <sup>ij</sup>	35.47 ± 5.66 <sup>ij</sup>

注：LVEF 一左室射血分数；LVESD 一左室收缩末期前径；LVESV 一左室收缩末期容积。

与同组治疗前比较，<sup>i</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>j</sup> $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

冠心病发病与患者年龄、高血压病史等因素有关<sup>[9]</sup>。冠心病患者脂代谢功能异常，可导致其动脉血管内膜聚集大量糖类和脂质物质，这些物质可诱导纤维组织发生增生性改变和钙质沉积，从而引起动脉壁增厚以及血管狭窄。冠心病心绞痛则是因为患者冠状动脉血流不足引起的心肌缺血缺氧导致，临床治疗主要以改善患者冠状动脉供血为主。

中医并无冠心病心绞痛病名，但按照患者临床症状及表现，其可归于“胸痹”“心痛”“厥心痛”范畴<sup>[10]</sup>。其病名最早见于《黄帝内经》：“心痹者，脉不通”；又如《灵枢·五邪》中记载：“邪气入在心，病则发为心痛”；关于其致病机制，《素问》中指出：“寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛”，证实其致病机制在于血行不畅气滞血瘀；

《金匱要略》中记载“夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛……所以胸痹心痛者，以其阴弦故也。”其认为胸痹心痛病机在于心阳不足以致胸脉阻痹，阴寒内盛以致水饮停滞，痰瘀互结且心阳不足，血气不畅日久则为心脉瘀滞，进而引发心痛症状。同时，胸痹患者气机瘀滞以致心烦躁，加重痰瘀胶结、心脉痹阻。因此，对其治疗应行定心安神、活血化瘀、通脉宁心之法。本研究结果则显示，在常规西医治疗基础上加用自拟定心安神方有助于进一步缓解患者临床症状，改善患者血液流变学指标，提高患者心功能。方剂中丹参，当归活血化瘀、养血安神，百合、合欢花清热解毒、清心安神，柴胡疏散退热，疏肝解郁，知母清热泻火、滋阴润燥，瓜蒌皮理气宽胸，川芎行气活血止痛、赤芍祛瘀散节止痛、生地黄益气补血，木香行气止痛、桃仁活血祛瘀通络、枳实破气消积。诸药共用，行定心安神、活血、祛瘀、止痛之功，从而提高患者治疗效果。本研究可见，治疗后观察组患者中医症状评分及心绞痛发作频率、发作时间均较对照组显著改善，进一步证实定心安神方剂治疗冠心病心绞痛有助于缓解患者临床症状，提高治疗效果。

同时，现代病理学指出<sup>[11]</sup>，冠心病心绞痛发病于患者动脉粥样硬化、脂质代谢异常等引起的微循环障碍、血管损伤等多种因素具有密切联系。即患者血管内皮功能损伤及血液高凝状态引起患者心肌供血不足起病，正与中医痰凝血瘀观点相近。就现代药理学观点而言，方剂中丹参具有抗菌消炎、抗氧化、自由基清除等作用，能通过抑制患者血管损伤引起的血管炎症及氧化应激缓解患者病情<sup>[12]</sup>；当归具有脑缺血损伤保护等药理作用<sup>[13]</sup>。同时现方剂中生地黄、川芎、桃仁、赤芍等药物的有效成分可具有镇痛、抗血栓、血管保护及促进患者血液循环，缓解患者凝血亢进症状等功效<sup>[14-16]</sup>；红花、枳实等可通过降低患者血压，调节患者血管功能实现抗凝血、溶血等效果<sup>[17-18]</sup>。本研究还可见，治疗后观察组患者血浆黏度、全血高切黏度、血小板黏附率及CK-MB、CK、AST、cTnI水平低于对照组，提示患者血液流变学改善，心肌损伤缓解。由此，结合现代药理学研究，本方剂中药物共同作用可扩张患者冠张动脉，促进患者心肌血液循环，增加心肌血供，从而缓解患者心肌缺血缺氧症状，进而缓解患者病情，缓解患者因缺血缺氧造成的心肌损伤，提高治疗效果。分析原因可能与其增加了患者心肌部位血供及瓜蒌等药物的心肌保护效果有关。同时，本研究还对患者心功能指标进行了观察，结果发现，治疗后，两组患者LVEF升高，LVESD、LVESV降低，且观察组患者LVEF高于对照组，LVESD、LVESV低于对照组，差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )，证实定心安神方剂治疗冠心病心绞痛还能提高患者心功能，分析

与其对患者血液流变学改善及心里缺氧症状缓解效果有关。本研究不足在于纳入样本较少，缺乏普遍性，需扩大样本量进行更深层次分析。

综上所述，定心安神方剂加减辨治能有效缓解冠心病心绞痛患者临床症状，减少患者心绞痛发作，改善患者血液流变学指标、心肌酶学指标，提高患者心功能。

#### 〔参考文献〕

- (1) 黄卓山, 钟钧琳, 罗艳婷, 等. 冠心病患者 LDL-C/HDL-C 比值与冠脉病变严重程度相关性 (J). 中山大学学报 (医学科学版), 2018, 39(2): 303-308.
- (2) 葛丽丽, 李玉宏. 经超声测量心外膜脂肪组织厚度对冠心病患者冠脉狭窄程度的预测 (J). 中国老年学杂志, 2020, 40(10): 2017-2019.
- (3) 胡盛寿, 高润霖, 刘力生, 等. 《中国心血管病报告 2018》概要 (J). 中国循环杂志, 2019, 34(3): 209-220.
- (4) 杜倩, 郑蛟东. 化痰祛瘀通脉汤加减治疗冠心病不稳定型心绞痛患者的疗效及其对心肌酶谱、血清基质金属蛋白酶 9、可溶性细胞间黏附因子-1 水平的影响 (J). 世界中西医结合杂志, 2021, 16(12): 2255-2260.
- (5) 郑曲, 贾连群, 宋因, 等. 化痰祛瘀方治疗冠心病近现代研究 (J). 中华中医药学刊, 2020, 38(9): 57-60.
- (6) 蒋捷, 霍勇. 冠心病的早期诊断与防治策略 (J). 实用医院临床杂志, 2008, 5(3): 10-12.
- (7) 中医临床诊疗指南制修订项目不稳定型心绞痛项目组, 张瑞芬, 苏和, 等. 不稳定型心绞痛中医诊疗专家共识 (J). 中医杂志, 2022, 63(7): 695-700.
- (8) 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (M). 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- (9) Nambi V, Chambless L, Folsom A, et al. Carotid intima-media thickness and presence or absence of plaque improves prediction of coronary heart disease risk: the ARIC (Atherosclerosis Risk In Communities) study (J). Journal of the American College of Cardiology, 2010, 55(15): 1600-1607.
- (10) 王雪, 刘炜. 血府逐瘀胶囊联合非洛地平治疗老年冠心病心绞痛的临床研究 (J). 现代药物与临床, 2020, 35(9): 1855-1859.
- (11) 马欣, 李运伦. 从血管内皮细胞损伤研究冠心病血瘀证病理基础 (J). 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(1): 117-120.
- (12) 丁凡, 王拥军, 张岩. 丹参活性成分的药理作用和临床应用研究进展 (J). 中华中医药杂志, 2021, 36(2): 659-662.
- (13) 李伟, 王加志, 陈丽娟, 等. 基于网络药理学的当归抗神经退行性疾病活性成分与作用机制虚拟筛选 (J). 西部中医药, 2020, 33(11): 92-97.
- (14) 陈金鹏, 张克霞, 刘毅, 等. 地黄化学成分和药理作用的研究进展 (J). 中草药, 2021, 52(6): 1772-1784.
- (15) 张妍妍, 韦建华, 卢澄生, 等. 桃仁化学成分、药理作用及质量标志物的预测分析 (J). 中华中医药学刊, 2022,

- 40(1): 234-241.
- (16) 张石凯, 曹永兵. 赤芍的药理作用研究进展 (J). 药学实践杂志, 2021, 39(2): 97-101.
- (17) 王佐梅, 肖洪彬, 李雪莹, 等. 中药红花的药理作用及临

- 床应用研究进展 (J). 中华中医药杂志, 2021, 36(11): 6608-6611.
- (18) 张晓娟, 赵良友, 李建华, 等. 中药枳实的研究概况 (J). 中医药学报, 2021, 49(1): 94-100.

〔文章编号〕 1007-0893(2023)02-0037-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.02.011

## 穴位贴敷联合针刺治疗咳嗽变异性哮喘临床效果

吕松涛 赵华丽 刘明伟

(郑州大学附属郑州中心医院, 河南 郑州 450007)

〔摘要〕 **目的:** 探讨咳嗽变异性哮喘使用针刺与穴位贴敷的临床效果。**方法:** 择取郑州大学附属郑州中心医院 2021 年 1 月至 2021 年 12 月期间收治的 80 例咳嗽变异性哮喘患儿, 按照患儿入院顺序分为联合组和针刺组, 各 40 例。针刺组患儿接受针刺进行治疗, 联合组患儿在针刺组患儿治疗的基础上联合穴位贴敷进行治疗, 观察并比较两组患儿治疗后的临床疗效, 治疗前后的症状和白细胞等变化情况。**结果:** 联合组患儿治疗总有效率为 97.5%, 高于针刺组的 80.0%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后第 2、6、10 天联合组患儿的中医症状积分均低于针刺组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后联合组患儿的嗜酸性粒细胞、C 反应蛋白、白细胞介素-4 水平均低于针刺组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后联合组患儿的最大呼气流量 (PEF)、第 1 秒用力呼气容积 (FEV1) 均高于针刺组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 给予咳嗽变异性哮喘患儿穴位贴敷联合针刺治疗临床效果较为显著, 改善患儿的中医症状评分、改善血象指标。

〔关键词〕 咳嗽变异性哮喘; 中药贴敷; 针刺; 儿童

〔中图分类号〕 R 562 〔文献标识码〕 B

咳嗽变异性哮喘发作可能是诱发儿童慢性咳嗽症状的几种常见病因类型之一<sup>[1]</sup>。在大量临床和实践数据中, 无明确病因的慢性咳嗽和支气管高反应性综合征通常属于这类疾病。其主要特征是夜间咳嗽, 运动后加重, 长期抗菌药物治疗效果并不显著且具有个人和家庭过敏史。咳嗽变异性哮喘是一种特殊类型的哮喘。患儿的主要临床表现为气道高反应性咳嗽。近年来, 由于环境污染的加剧和临床医生的重视, 本病的发病率和诊断率逐年上升<sup>[2-3]</sup>。此外, 咳嗽变异性哮喘容易与嗜酸性支气管炎和过敏性咳嗽混淆, 临床上经常出现误诊或过度诊断和治疗。临床实践表明, 虽然西医治疗本病的方法多种多样, 但疗效不稳定, 不良反应多, 复发率高, 因此, 对本病治疗的研究日益重要。现代医学主要采用支气管扩张剂、吸入激素等疗法, 从中医辨证论治入手<sup>[4]</sup>, 中医外治疗法非常流行, 如穴位贴敷和针灸。中医将咳嗽变异性哮喘分为“风咳”, 风、痰、虚是本病的主要病机。基于此,

本研究主要探讨穴位贴敷联合针灸治疗咳嗽变异性哮喘患儿的临床效果, 具体报道如下。

### 1 资料和方法

#### 1.1 一般资料

择取郑州大学附属郑州中心医院 2021 年 1 月至 2021 年 12 月期间收治的 80 例咳嗽变异性哮喘患儿, 按照患儿入院顺序分为联合组和针刺组, 各 40 例。针刺组男性 18 例, 女性 22 例; 年龄 6~14 岁, 平均年龄 ( $9.32 \pm 1.31$ ) 岁; 病程 1~3 d, 平均病程 ( $1.35 \pm 0.32$ ) d。联合组男性 23 例, 女性 17 例; 年龄 6~14 岁, 平均年龄 ( $9.42 \pm 1.25$ ) 岁, 病程 1~3 d, 平均病程 ( $1.26 \pm 0.41$ ) d。两组患儿一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 所有的患儿与家属均对本研究知情同意, 并且在伦理委员会监管下实行试验治疗

〔收稿日期〕 2022-11-27

〔作者简介〕 吕松涛, 男, 主治医师, 主要研究方向是中医内科脾胃病、肺病。