丹梔逍遙散治療心臟X綜合症40例臨床療效觀察

朱斌 王瑋 吳少東

（寧夏省石嘴山市中醫醫院）

[摘 要] 目的 觀察丹梔逍遙散加減治療心臟X綜合症的臨床療效。 **方法** 將40例心臟X綜合症患者隨機分成兩組，對照組採用西藥常規治療，治療組在西藥常規治療基礎上加用丹梔逍遙散加減治療。觀察兩組治療後心絞痛改善情況、心電圖運動試驗缺血型ST段壓低緩解程度及中醫證候的改善程度。 **結果** 治療組與對照組相比，二者治療後心絞痛改善程度、心電圖運動試驗缺血型ST段壓低緩解程度及中醫證候改善程度，治療組均優於對照組。 **結論** 西藥常規治療基礎上配合丹梔逍遙散加減治療心臟X綜合症，可明顯提高治療有效率。

[關鍵詞] 丹梔逍遙散；心臟X綜合症；臨床療效

心臟X綜合症是一類臨床表現各異，主要表現為典型或不典型心絞痛症狀，心電圖運動負荷試驗有心肌缺血ST段壓低，但麥角新碱試驗冠狀動脈造影正常的異質性症候群。以女性多見，尤其是更年期女性，很多患者伴有焦慮、緊張、恐懼、失眠多夢等表現。目前病因病機未完全闡明，多數學者認為與冠狀動脈儲備能力降低、內皮功能損害、雌激素缺乏、疼痛感知異常及交感神經佔主導地位的交感、迷走平衡失調有關。目前缺乏有效的治療方法，很多患者長期被誤診為冠心病，多因為治療效果不理想進而過度治療，這又加重了社會及患者的經濟負擔。我科採用中西醫結合的方法治療心臟X綜合症，取得了滿意的效果，現報道如下。

1 資料與方法

1.1 診斷標準

1.1.1 西醫診標準[1]：（1）典型勞累性心絞痛；（2）心電圖運動負荷試驗有心肌缺血表現（ST段缺血型壓低≧0.1mV）；（3）冠脈造影及左室功能正常；（4）排除冠狀動脈痙攣、心肌病、心臟瓣膜病、左心室肥厚及心臟以外系統疾病所致的胸痛。

1.1.2 中醫診斷標準：參照國家食品藥品監督管理局2002年制定發佈的（中藥（新藥）臨床研究指導原則）[2]及《中醫診斷學》[3]擬定。（1）氣滯血瘀型：主症：胸悶心痛，心悸怔忡時作，脅肋脹痛。次症：①情緒不寧，多悲善慮，心煩，善太息，頭暈頭脹，失眠多夢。②舌質淡紫或有瘀斑，脈弦澀或沉澀。（2）痰濁內阻型：主症：胸悶心痛，心悸怔忡時作。次症：①食少腹脹，疲乏氣短，肢體沉重，痰多。②舌質淡或紫暗，苔厚膩或黃膩，脈滑或弦滑。凡符合主症及次症中的任一項即可。

1.2 臨床資料 所選病例為2009年7月~2010年10月我院心內科住院及門診系統診治的心臟X綜合症患者40例，隨機分成兩組，每組各20例。治療組男5例、女15例，年齡（44.34±4.41）歲；對照組男4例、女16例，年齡（44.42±5.05）歲。兩組年齡、性別、體質指數、高血壓、高血脂及糖尿病百分數之間差異無統計學意義，具有可比性。

1.3 治療方法 兩組患者確診後均給予硝酸酯類、阿司匹林、鈣拮抗劑或B受體阻滯劑。治療組在西藥常規治療基礎上加用丹梔逍遙散加減，具體處方如下：梔子15g，牡丹皮15g，柴胡10g，白芍15g，當歸15g，生地15g，白術10g，茯苓10g，太子參30g，珍珠母30g，香附15g，郁金15g，丹參30g，炙甘草10g。每日一劑，水煎分兩次口服，10日為一療程，一般服藥一到兩療程。加減變化：瘀血明顯加三七、桃仁、紅花等加強活血化瘀，通脈止痛；肝陽上亢加天麻、鈎藤、磁石等鎮肝潛陽；肝氣鬱滯較甚加枳實、佛手等加強行氣解鬱；氣陰兩虛加黨參、黃芪、麥冬等益氣養陰；心神失養加酸棗仁、合歡皮等養心安神；肝腎陰虛加女貞子、旱蓮草、枸杞等補益肝腎；血虛較甚加熟地、阿膠、何首烏等加強補血活血。

1.4 療效判定標準

版權所有 Copyright 中醫學會 All Rights Reserved

1.4.1 西醫療效評價標準：1997年中西醫結合治療冠心病及心絞痛及心律失常座談會《冠心病心絞痛及心電圖療效評定標準》。

1.4.2 中醫證候療效評價標準[2]：以治療前後的積分相比的比值來評定療效。臨床治愈：≧95%；顯效：≧70%，但<95%；有效≧30%，但<70%；無效：<30%。

1.5 統計學方法 計量資料以均數±標準差（x±s）表示。兩組間計量資料的比較採用t檢驗。計數資料以例數與百分比表示，兩組間的構成比比較均採用x^2檢驗。所有數據均採用SPSS 13.0統計軟件進行處理。

2 結果

2.1 兩組治療後心絞痛療效比較（見表1）

表1 兩組治療後心絞痛療效比較

組別	n	顯效	有效	無效	總有效率%
治療組	20	6	12	2	90
對照組	20	4	11	5	75

2.2 兩組治療後中醫證候療效比較（見表2）

表2 兩組治療後中醫證候療效比較

組別	n	治愈	顯效	有效	無效	總有效率%
治療組	20	2	7	10	1	90
對照組	20	0	4	10	6	70

2.3 兩組治療後心電圖療效比較（見表3）

表3 兩組治療後心電圖療效比較

組別	n	顯效	有效	無效	總有效率%
治療組	20	4	12	4	80
對照組	20	4	10	6	70

2.4 不良反應 對照組及治療組中各有1例因口服硝酸酯類藥後出現頭痛不能耐受而停服硝酸酯類藥物，餘藥均規律口服。兩組治療過程中未見其他不良反應，多次復查肝腎功能均未見異常。

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

3 討論

中醫古籍中未見此病名，鑒於此類病人多有心絞痛症狀及伴有焦慮、緊張、恐懼、失眠多夢等精神疾病表現，多數學者認為其屬於胸痹心痛範疇，同時兼有鬱證、不寐等相關疾病。人以氣為本，氣以通為貴，人體的生化全靠氣的升降出入的正常運動。《素問·六微旨大論篇》曰：「故非出入，則無以生長壯老已；非升降，則無以生長化收藏。是以升降出入，無器不有。」着重強調了氣機通暢對人體正常生理活動的重要意義。而現代社會節奏快，生活工作壓力大，家庭、社會等綜合因素容易誘發情志不遂。女子又天生三份鬱，以血為本，以肝為先天，後因經孕產乳等耗傷氣血；更年期女性又因天癸竭，逐漸出現肝腎陰虛。肝為剛臟，司疏泄，喜條達而惡抑鬱，體陰而用陽，肝腎虧虛及氣血不足，均可使肝失涵養，疏泄失職，極易出現或加重肝氣鬱滯。故女性尤其是更年期女性容易出現肝氣鬱滯而發病。而氣機不暢，則妨礙氣血正常運行和影響心主血脈藏神的機能活動。《靈樞·口問》指出：「心者，五臟六腑之大主也……故悲哀憂愁則心動。」故本病的發生發展過程中情緒致病是其中一個主要方面。《難經·七十七難》說：「見肝之病，則知肝當傳之於脾，故先實其脾氣。」故肝鬱可致脾壅，使脾失健運；脾在志為思，有「思出於心，而脾應之」之說，長期思慮太過，最易損傷脾胃的運化工能，使脾胃之氣結滯，脾不能升清，胃不能降濁；飲食不節，或長期過食肥甘厚味之品，損傷脾胃。脾胃健運失職，氣血乏源，而氣血虧虛，肝失濡養又可導致肝氣鬱滯加重，從而繼發痰濁。《景岳全書·雜證謨·痰飲》曰：「痰涎本皆血氣，若化失其正，則臟腑病，津液敗，而血氣即成痰涎。」《血證論·瘀血》曰：「血積既久，亦能化為痰水。」故痰瘀同源，兩者皆是津血代謝的病理產物。氣滯、痰阻、血瘀三者之間又相互夾雜、相互轉化。痰濁內生，壅於脈中，血行不暢即為瘀；有形之邪，阻於體內，易鬱遏氣機，使氣機不暢；而氣機不暢又可導致痰濕、血瘀。三者相互夾雜，從而出現本病。疾病發作後長期不能明確診斷及有效治療，症狀反復發作，使患者出現焦慮及恐懼情緒，進而使肝氣鬱結愈甚。隨着病情的動態發展，在氣滯痰阻血瘀基礎上，如肝鬱化火可出現口燥咽乾、口苦目澀；心肝為母子之臟，肝火旺，心火亦旺，火熱與心想通應，心火擾神可出現心慌心悸，心煩急燥易怒；肝陽上擾可出現頭痛頭暈，耳鳴目眩；氣陰兩虛可出現神疲乏力、自汗、倦怠懶言；脾胃虛弱可出現脘腹脹滿、噯氣呃逆；腎陰不足可出現五心煩熱，腰膝酸軟，盜汗；陰血虧虛可出現頭暈目眩，面色萎黃，失眠多夢，女性可出現月經不調、月經量少等。故氣滯痰阻血瘀是心臟X綜合症的主要病機，心肝火旺、肝熱肝陽、氣血虧虛，血虛失養為其病理結果。王清任指出：「氣通血活，何患不除。」而本方以梔子、牡丹皮清肝泄熱；柴胡、郁金、香附疏肝解鬱，使肝氣得以條達；當歸、白芍、生地養血活血柔肝，且與柴胡同用，補肝體而助肝用，使血和則肝和，血柔則肝柔；太子參、白術、茯苓既健脾益氣化痰，又實土以御木侮，且使營血化生有源；珍珠母平肝潛陽、鎮心安神；炙甘草補氣益中、緩急止痛、調和藥性。諸藥相伍，疏肝理氣而不傷正，養血活血而不損血，健脾化痰而不助燥，共湊疏肝解鬱、清熱理氣、寬胸活血、養血健脾化痰之功。

據現代藥理研究，柴胡中柴胡皂苷可以抑制膽碱酯酶，發揮擬膽碱樣作用，具有調節消化和神經系統功能作用，進而起到疏肝解鬱作用；當歸能降低血漿纖維蛋白原濃度，增加細胞表面電荷而促進細胞解聚，降低血液黏度，有降低血小板聚集及抗血栓作用；丹參中的丹酚酸不僅通過降低膽固醇的作用減輕動脈粥樣硬化程度，還通過抗氣化作用阻止內皮功能的損傷和低密度脂蛋白的氧化修復[4]。以上藥物通過抑制膽碱酯酶，調節神經系統功能，起到疏肝解鬱作用以緩解情緒因素；通過抗氧化作用阻止內皮功能的損傷、通過增加冠狀動脈流量，提高心肌供氧供血，從而緩解心肌缺血。這些作用是針對心臟X綜合症的發病機制，從而整體治療，可以有效減少心絞痛的發生，改善情緒致病的主要因素，從而取得良好的臨床療效。

參考文獻：

[1] Kemp HG. Left ventricular function ill patients with the anginal-syndrome and normal coronary arteriograms [J]. Am J Cardio 1976, 32(5):375.

[2] 鄭筱萸. 中藥（新藥）臨床研究指導原則[M]. 北京：中國醫藥科技出版社，2002, 68-73.

[3] 鄧鐵濤, 等. 中醫診斷學[M]. 上海：上海科學技術出版社，1999.

[4] 雷載權. 中藥學[M]. 上海：上海科學技術出版社，1995.

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

（編委：王冠明審校2014.03.31）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved