DOI: 10.13463/j.cnki.cczyy.2019.01.020

# 揿针"督痛穴"治疗气滞血瘀型心绞痛

#### 金圣博

(辽宁中医药大学附属医院,沈阳 110032)

摘要:目的 观察揿针 "督痛穴"治疗气滞血瘀型心绞痛临床疗效,寻找行之有效的治疗心绞痛的新方法。方法 依据随机数表法将79 例气滞血瘀型心绞痛患者分为治疗组40 例,对照组39 例。对照组予常规口服西药治疗。治疗组在对照组的基础上予揿针"督痛穴"治疗。结果 治疗1个疗程后观察2组疗效,治疗组治疗气滞血瘀型心绞痛疗效明显好于对照组。2组临床数据比较,具有统计学意义(P<0.05)。结论 揿针"督痛穴"治疗气滞血瘀型心绞痛,临床疗效显著。

关键词: 揿针; "督痛穴"; 气滞血瘀型心绞痛

中图分类号: R256.2

文献标志码: A

文章编号: 2095-6258(2019)01-0064-03

# Treatment of Angina Pectoris with Syndrome of Qi Stagnation and Blood Stasis by Intradermal Needle at Dutong Point

### JIN Shengbo

(Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110032, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical curative effect of Dutong Point in treating angina pectoris with syndrome of qi stagnation and blood stasis and find a new effective method. **Methods** According to the random number table method, 79 angina pectoris patients with with syndrome of qi stagnation and blood stasis were divided into treatment group (40 cases) and control group (39 cases). The treatment group was treated with intradermal needle at Dutong Point on the basis of oral western medicine, and the control group was treated with conventional oral western medicine. **Results** The curative effect of the two groups was observed after one course of treatment. The curative effect of the treatment group was significantly better than that of the control group in the treatment of angina pectoris with syndrome of qi stagnation and blood stasis. The clinical data of the two groups were statistically significant (P < 0.05). **Conclusion** The treatment of angina pectoris with syndrome of qi stagnation and blood stasis with intradermal needleat Dutong Point is effective.

Keywords: intradermal needle; Dutong Point; angina pectoris with syndrome of gi stagnation and blood stasis

不稳定型心绞痛(UA)是循环系统常见病,服用 硝酸酯类药物只能暂时或不能完全缓解症状,至今成 为临床研究一大难点。众多医家采取中西医结合的方 式治疗此病,疗效显著<sup>[1-2]</sup>。本病发生多与寒邪内侵、 饮食失调、情志及劳倦内伤密切相关<sup>[3]</sup>。其病机为心

脉痹阻,其中气滞血瘀型心绞痛常因肝失疏泄、气机 郁滞、心脉瘀阻所致<sup>[4]</sup>,故应疏肝理气、活血通络。 临床中大多以柴胡疏肝散为基础方加减治疗<sup>[5]</sup>。中西 医结合治疗本病,不仅增强疗效,还可起到治病防病 的双重目的。近 3 年来,笔者采用揿针督痛穴配合硝

基金项目: 辽宁省科技厅中医药临床评价关键技术及产品研发(201405115); 沈阳市科技局督灸治疗强直性脊柱炎的研究(17-230-9-60)。

作者简介: 金圣博(1986-), 男,主治医师,博士研究生,主要从事针刺作用机理研究。

<del>--64--</del>

酸酯类药物治疗该病, 报道如下。

#### 1 资料与方法

1.1 一般资料 受试者均来自2015年2月-2017年7月辽宁中医康复医院传统疗法中心门诊。选取79例气滞血瘀型心绞痛患者,随机分为治疗组40例,对照组39例。2组一般资料比较,差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。选取的受试者及其家属均知情同意。

1.2 诊断标准 1)西医诊断标准,参照中华医学会制定的《2007 中国心绞痛诊断与治疗指南》<sup>[6]</sup>; 2)中医诊断标准,参照国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[7]</sup> 中关于"胸痹"的诊断标准。中医证候(气滞血瘀证)诊断标准,参照 2002 版《中药新药临床研究指导原则》<sup>[8]</sup>。

1.3 纳入标准与排除标准 纳入标准: 1) 年龄在 45~70岁; 2) 符合心绞痛诊断标准者; 3) 辨证符合气滞血虚型患者; 4) 家属及受试者知情同意。排除标准: 1) 确诊为心肌梗死; 2) 患有慢性反流性食管炎; 3) 患有重度肝、肾及免疫系统疾病者; 4) 精神疾病者。1.2 治疗方法 治疗组在口服西药(单硝酸异山梨酯片 20 mg, 2次/d,口服)常规治疗的基础上予揿针(清铃牌揿针,规格 1.2 mm×0.2 mm)督痛穴(取法:患者取坐位,在挺胸吸气屏住呼吸同时,医者迅速在督脉上第五胸椎棘突附近自上而下寻找并触及最痛点)24 h,嘱患者早、中、晚分 3 次按揉施术局部揿针,5 min/次,力度适中。对照组予西药单硝酸异山梨酯片 20 mg, 2次/d,口服。10天为 1 个疗程后对比疗效。

#### 1.4 疗效指标

1.4.1 观察指标 2组患者的心绞痛症状疗效、心电图 疗效、硝酸甘油减停率及血清 C 反应蛋白水平。

1.4.2 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则》<sup>81</sup> 中关于心绞痛的临床研究疗效标准制定。1)心绞痛症状疗效评价标准。显效:症状基本消失;有效:症状明显减轻;无效:症状未见好转;加重:症状较前加重。2)心电图疗效评定标准。显效:正常心电图;有效:S-T段明显降低且幅度在 0.05 mv 以上,T波倒置改善在20%以上;无效:心电图同试验前;加重:心电图 S-T段压低情况较前加重,T波倒置情况加重达 20%以上。3)C 反应蛋白:前后自身对比及统计分析。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理, 2 组间心绞痛症状疗效、心电图疗效、硝酸甘油减停率等数据比较采用  $\chi^2$  检验, 计数资料选用均数 ± 标

准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,2组之间治疗前、治疗后的血清 C反应蛋白变化采用配对t检验。

# 2 结果

#### 2.1 2组临床疗效结果比较 见表 1。

		表 1	2 组临床疗效	:结果比较	例
组别	n	显效	有效	无效	有效率 /%
治疗组	40	29	7	4	90.0##
对照组	39	10	17	12	69.2

注:与对照组比较,##P < 0.01

## 2.2 2组心电图疗效结果比较 见表 2。

		表 2	2 组心电[	图疗效结	果比较	例
组别	n	显效	有效	无效	有效率 /%	
治疗组	40	20	14	6	85.0 <sup>#</sup>	
对照组	39	5	18	16	59.0	

注:与对照组比较, #P < 0.05

#### 2.3 2组硝酸甘油减停率比较 见表 3。

			表3	2 组硝	<b>(酸甘油</b> 源	は停率 と	比较	例
组织	别	n	停药	减量	未停减	加量	减停率 /%	
治疗统	组	40	18	19	3	0	92.5#	
对照约	组	39	2	20	17	0	56.4	

注:与对照组比较, #P < 0.01

## 2.4 2组治疗前后血清 C 反应蛋白比较 见表 4。

表 4 2 组治疗前后血清 C 反应蛋白比较  $(\bar{x} \pm s)$  mg/L

_	•			··- ···
组	别	n	入组前	治疗后
治疗	7组	40	8.693±0.497	5.045±0.498##
对照	<b>照组</b>	39	8.745±0.645	7.210±0.870

注: 与对照组比较, ##P < 0.01

# 3 讨论

心绞痛属"胸痹"范畴。病机以气血亏虚为本,以气滞、痰浊、瘀血为标,故理气活血尤为重要<sup>[9]</sup>。 人体内病理产物可在疾病发生时瘀积于督脉上并阻滞督脉经气的正常运行<sup>[10]</sup>。杨振杰<sup>[11]</sup>认为阴寒邪气易袭阳位且客于督脉,故可从调理督脉瘀阻的思路去探究<sup>[12]</sup>。王睿等<sup>[13]</sup>采用揿针内关穴的方法改善不稳定性心绞痛心肌缺血状态。潘晓华等<sup>[14]</sup>发现针刺至阳穴对左心功能及督脉循经红外辐射轨迹有显著影响。刘继生等<sup>[15]</sup>认为督脉穴中与神志相关的腧穴就有21个,占比80%。可见督脉与心的密切关联。笔者认为,"督痛点"即为督脉上气血运行所瘀滞的"点",故理督脉气血,利心脉畅通。

本研究观测 4 项临床指标, 治疗组明显优于对照组。 浅刺法可最大限度地发挥卫气的防御作用, 且皮内针 尤其擅长治疗脏腑痛症。当揿针刺激皮下浅表组织时, 可促进神经冲动高速传导,起到镇痛效果。揿针具有安全性高、操作简便、作用持久等优点,可对"督痛点"持续刺激并治疗,发挥理气通督之长效机制。此法明显改善心肌供血,可作为临床中预防和治疗心绞痛的常用方法。

# 参考文献:

- [1] 徐冰, 李然伟. 数据挖掘探讨不稳定性心绞痛证素与粘附分子规律的研究 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(7):776-779.
- [2] 孙伟青, 孙素青, 等. 前列地尔联合通心络治疗不稳定性心绞痛临床观察 [J]. 海南医学, 2012, 23(19):61-62.
- [3] 陈秋芳,朱晓峰,等.丹参川芎嗪注射液治疗不稳定型心 绞痛的 Meta 分析 [J].中成药,2016,2(38):272-277.
- [4] 梁永. 妍益气活血类中药配伍治疗冠心病心绞痛气虚血瘀证 60 例临床观察 [J]. 湖南中医杂志, 2018, 3(34):56-58.
- [5] 李冀, 赵志宏, 等. 柴胡疏肝散的内科临床应用研究进展[J]. 中医药学报, 2016, 3(44):117-119.
- [6] 中华医学会心血管病学分会.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.
- [7] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].南京:南

- 京大学出版社,1994:29-30.
- [8] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002:72-75.
- [9] 李韶勇, 张建平, 等. 恬心汤对垂体后叶素所致急性心肌 缺血的保护作用[J]. 河北中医药学报, 2009, 24(4):5.
- [10] 谭明生,李显,等.寰枢椎脱位外科治疗与疏通督脉瘀阻相关性研究[J].中国骨伤,2012,25(11):915-918.
- [11] 杨振杰,吴富东,等.针刺督脉穴治疗过早搏动浅识[J]. 山东中医药大学学报,2011,35(3):217.
- [12] 蒋虎刚, 赵信科. 从调理督脉瘀阻防治冠心病理论探讨 [J]. 中医研究, 2017, 30(6):3.
- [13] 王睿, 胡海燕, 等. 院前急救揿针内关穴对不稳定性心 绞痛硝酸甘油用量的影响 [J]. 云南中医学院学报, 2017, 1(40):60-62.
- [14] 潘晓华, 董亚琴. 针刺督脉至阳穴对心功能及人体督脉循 经红外辐射轨迹影响[J]. 山西中医学院学报, 2016, 17(5): 41
- [15] 刘继生,张泓.基于"督脉乃脑之经络"理论探讨脊髓损伤对大脑的影响及其治疗方法的思考 [J]. 中华中医药杂志,2016,31(8):2968-2971.

(收稿日期: 2018-05-12)

### (上接第63页)

同时采取 ADL 的比较, 映证了 MCI 患者日常生活能力尚未受到损害的理论。结果显示, 中药复方对改善患者临床症状, 提高整体认知功能有明显效果, 且安全性较好。

#### 参考文献:

- [1]PETERSEN R C. Mild Cognitive Impairment. Continuum: Lifelong Learning in Neurology. 2016, 22(2 Dementia):404-418.
- [2]MANGIALASCHE F, SOLOMON A, WINBLAD B, et al. Alzheimer's disease: Clinical trials and drug development. Lancet Neurol, 2010(9):702-716.
- [3]JIA J P, WANG F, YUAN Q, et al. Progresses on genetics of predementia phase of Alzheimer's disease[J]. Prog Biochem Biophys, 2012(39):698-702.
- [4]SPERLING R, MORMINO E, JOHNSON K. The evolution of preclinical Alzheimer's disease: Implications for prevention trials. Neuron, 2014(84):608-622.
- [5] HE R Q. The research window of Alzheimer's disease should be brought forward. Prog Biochem Biophys, 2012(39):692-697
- [6] 赫荣乔. 早期综合干预有助延缓阿尔茨海默症的发生 [J]. 科学通报, 2016, 61(32):3420-3427.
- [7] ALBERT M S, DEKOSK Y, DICKSON S T, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's

- disease: recommendations from the National Institute on Aging Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease[J]. Alzheimers Dement, 2011, 7(3):270-279.
- [8] PETERSEN R C, CARACCIOLO B, BRAYNE C, et al. Mild cognitive impairment:a concept in evolution[J]. Internal Medicine, 2014(275):214-228.
- [9] 沈仕伟,宋珏娴.诸呆迟弱,四道虚损,皆属于老:仝小林教授对衰老的中医病机探讨及干预策略[J].吉林中医药,2017,37(12):1198.
- [10] 王晶. 补元聪脑汤对老年性痴呆大鼠行为学及胆碱能系统的干预作用[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2010:38-41.
- [11] 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,2002:92-99.
- [12] 王盼, 张熙, 周波, 等. 蒙特利尔认知评价量表(中文版) 在轻度认知损害诊断及进展过程中的作用[J]. 中国现代 神经疾病杂志, 2012, 12(2):193-197.
- [13]ZADIKOFF C, FOX S H, TANG-WAI D F, et al. A comparison of the minimental state exam to the montreal cognitive as-sessment in identifying cognitive deficits in Parkinson's disease[J]. Mov Disord, 2008(23):297-299.
- [14]ROBERTS E A, SCHILSKY M L. Division of gastroenterology and nutrition, hospital for sick children, toronto, ontario, Canada. A practice guideline on Wilson disease[J]. J Hep-atology, 2003(37):1475-1492.

(收稿日期: 2018-07-24)