

## ◆ 临床研究论著 ◆

## 化瘀安心汤治疗心脉瘀阻型冠心病心绞痛临床研究

陈永强<sup>1</sup>, 潘敏<sup>2</sup>, 侯正军<sup>2</sup>

1. 温岭市箬横中心卫生院, 浙江 温岭 317507; 2. 温岭市第一人民医院, 浙江 温岭 317500

**[摘要]** 目的: 观察化瘀安心汤治疗心脉瘀阻型冠心病心绞痛的疗效及对血清超敏 C-反应蛋白 (hs-CRP) 的影响。方法: 将收集的 80 例患者采用随机数字表随机分为 2 组, 每组各 40 例。对照组服用阿司匹林肠溶片、单硝酸异山梨醇酯、酒石酸美托洛尔、阿托伐他汀钙片、低分子肝素钙针。治疗组在对照组基础上加用化瘀安心汤, 每天 1 剂。记录观察期内心绞痛发作次数和硝酸甘油用量; 记录治疗前后心脉瘀阻证评分; 进行治疗前后心电图检测; 检测治疗前后血清 hs-CRP 水平。结果: 治疗组心绞痛疗效总有效率为 92.5%, 对照组为 77.5%, 2 组比较, 差异无显著性意义 ( $P>0.05$ )。治疗组心电图疗效总有效为 92.5%, 对照组为 75.0%, 2 组比较, 差异无显著性意义 ( $P>0.05$ )。治疗后 2 组心脉瘀阻证评分和 hs-CRP 水平均较治疗前下降 ( $P<0.05$ ), 治疗后治疗组心脉瘀阻证评分和 hs-CRP 水平均低于对照组 ( $P<0.05$ )。治疗组每周心绞痛发作次数及硝酸甘油用量均少于对照组 ( $P<0.05$ )。结论: 在西医常规治疗基础上, 化瘀安心汤能进一步减少心绞痛发作次数及硝酸甘油用量, 降低心脉瘀阻证评分和血清 hs-CRP 水平, 值得临床使用。

**[关键词]** 冠心病; 心绞痛; 心脉瘀阻; 化瘀安心汤; 超敏 C-反应蛋白 (hs-CRP)

**[中图分类号]** R541.4 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 08-0025-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.014

冠心病是由于冠状动脉粥样硬化或(和)冠状动脉痉挛而致心肌细胞缺血、缺氧, 甚至坏死从而导致心脏疾病的总称。心绞痛的发生与冠状动脉内非闭塞性血栓的形成有关, 现代学者发现, 超敏 C-反应蛋白 (hs-CRP) 是冠心病的危险因素, 且影响着急性心肌梗死、冠心病的预后<sup>[1-2]</sup>。冠心病心绞痛易发生急性心肌梗死、猝死, 笔者采用化瘀安心汤治疗心脉瘀阻型冠心病心绞痛 40 例取得满意的临床疗效, 现报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 80 例患者均来自温岭市第一人民医院中西医结合内科病房, 时间为 2011 年 2 月 1 日~2013 年 8 月 1 日。采用随机数字表随机分为 2 组, 治疗组 40 例, 男 18 例, 女 22 例; 年龄 30~75 岁, 平均 (56.5±12.5) 岁; 心绞痛 级 9 例, 级 20 例, 级 11 例。对照组 40 例, 男 21 例, 女 19 例; 年龄 31~75 岁, 平均 (54.5±10.5) 岁; 心绞痛 级 12 例, 级 19 例, 级 9 例。2 组性别、年龄及心绞痛严重程度等一般情况经统计学分析, 差异均无显著性意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 西医诊断标准参照《内科学》<sup>[3]</sup> 中国际心脏病

学协会及世界卫生组织临床命名标准化联合专题组报告关于《缺血性心脏病的命名及诊断标准》的内容制定。患者 2 周前均有心绞痛症状, 胸痛, 甚至呼吸不畅, 心电图示缺血性改变, 运动试验阳性, 并经冠脉造影确诊。中医诊断标准参照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup> 制定。主症: 胸部刺痛、绞痛; 次症: 胸痛固定不移、或痛引肩背、胸闷、心悸、口唇紫暗, 舌质暗, 脉细涩。

**1.3 纳入标准** 符合中西医诊断标准; 符合中医辨证标准中心脉瘀阻证者; 年龄 < 75 岁; 取得患者知情同意。

**1.4 排除标准** 确诊为冠心病急性心肌梗死及伴发其他心脏疾病者; 合并其他严重肝肾功能不全及其他内科疾病者; 近期同时使用其他冠心病心绞痛治疗方案者; 精神病患者。

### 2 治疗方法

**2.1 对照组** 采用常规西医治疗方案, 口服药物包括阿司匹林肠溶片 (拜耳医药保健有限公司, 每片 100 mg), 每次 100 mg, 每天 1 次; 单硝酸异山梨醇酯 (山东鲁南贝特制药有限公司, 每片 20 mg), 每次 20 mg, 每天 1 次; 酒石酸美托

**[收稿日期]** 2014-03-05

**[作者简介]** 陈永强 (1972-), 男, 副主任医师, 主要从事中西医结合内科病的临床工作。

洛尔(阿斯利康制药有限公司, 每片 25 mg), 每次 12.5 mg, 每天 2 次; 阿托伐他汀钙片(辉瑞公司, 每片 20 mg), 每次 20 mg, 每晚 1 次。注射用药: 低分子肝素钙针(红日药业股份有限公司, 每支 6 000 IU), 每次 4 100 IU, 皮下注射, 每 12 h 1 次。心绞痛发作时舌下含服硝酸甘油片 0.5 mg, 必要时配合溶栓等治疗措施。

2.2 治疗组 在对照组基础上采用自拟化痰安心汤, 处方: 丹参、麦冬、白芍、枳壳、延胡索、龙眼肉各 15 g, 党参、黄芪各 20 g, 桂枝、葛根、川芎各 10 g, 三七 3 g。以上诸药, 每天 1 剂, 本院中药房水煎 500 mL, 分 3 次饭前温服。

疗程均为 4 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 记录观察期内心绞痛发作次数和硝酸甘油用量。中医证候积分改善情况; 主症由轻到重分别记 0、2、4、6 分, 次症由轻到重分别记 0、1、2、3 分<sup>[9]</sup>。治疗前与治疗 4 周后分别抽取入组病例空腹静脉血, 送至本院生化检验室, 检测 hs-CRP 水平。检查治疗前后心电图变化。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件分析, 建立数据库, 计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 并采用 *t* 检验; 计数资料采用  $\chi^2$  检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 心绞痛疗效标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[9]</sup>: 显效: 心绞痛发作次数及硝酸甘油片使用量均较前减少  $\geq 80\%$ ; 有效:  $50\% \leq$  心绞痛发作次数及硝酸甘油片使用量均较前减少  $< 80\%$ ; 无效: 心绞痛发作次数及硝酸甘油片使用量均较前减少  $< 50\%$ ; 加重: 心绞痛发作次数及硝酸甘油片使用量较前增多。心电图疗效判定标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[9]</sup>: 显效: 心电图示大致正常或正常心电图; 有效: ST 较前回升 0.05 mV 以上, 主要导联的 T 波较前有所抬高; 无效: 与之前相比, 无明显变化。

4.2 2 组心绞痛疗效比较 见表 1。治疗组心绞痛疗效总有效率为 92.5%, 对照组为 77.5%, 2 组比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。

组别	n	显效	有效	无效	加重	总有效率(%)
治疗组	40	21	16	3	0	92.5
对照组	40	10	21	9	0	77.5

与对照组比较, ① $P > 0.05$

4.3 2 组心电图疗效比较 见表 2。治疗组心电图疗效总有效率为 92.5%, 对照组为 75.0%, 2 组比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。

4.4 2 组治疗前后心脉瘀阻证评分和 hs-CRP 水平比较 见表 3。治疗后 2 组心脉瘀阻证评分和 hs-CRP 水平均较治疗前下降( $P < 0.05$ ), 治疗后治疗组心脉瘀阻证评分和 hs-CRP 水平

低于对照组( $P < 0.05$ )。

4.5 2 组治疗期间每周心绞痛发作次数和硝酸甘油用量比较 见表 4。治疗组每周心绞痛发作次数及硝酸甘油用量均少于对照组( $P < 0.05$ )。

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	16	21	3	92.5
对照组	40	12	18	10	75.0

与对照组比较, ① $P > 0.05$

表 3 2 组治疗前后心脉瘀阻证评分和 hs-CRP 水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	心脉瘀阻证评分(分)	hs-CRP(mg/L)
治疗组	40	治疗前	20.17 $\pm$ 4.26	4.31 $\pm$ 0.77
		治疗后	8.73 $\pm$ 2.95	2.17 $\pm$ 0.31
对照组	40	治疗前	19.96 $\pm$ 4.01	4.16 $\pm$ 0.65
		治疗后	13.06 $\pm$ 4.57	2.84 $\pm$ 0.42

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

表 4 2 组治疗期间每周心绞痛发作次数和硝酸甘油用量比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	每周心绞痛发作次数(次)	硝酸甘油用量(mg)
治疗组	40	1.72 $\pm$ 0.94	18.3 $\pm$ 5.5
对照组	40	2.85 $\pm$ 1.08	29.4 $\pm$ 5.8

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

冠心病心绞痛属于中医学中胸痹、真心痛、厥心痛范畴, 认为其病机为寒凝血脉, 气血运行不畅, 心脉瘀阻。《素问·调经论》云: “寒气积于胸中而不泻, 不泻则温气去, 寒独留则血凝泣, 凝则脉不通。” 《灵枢·经脉》云: “手少阴气绝则脉不通, 脉不通则血不流”, 心脉瘀阻导致胸痹心痛的发生, 亦阐明了心脉瘀阻的病机。治之应温通心脉, 化痰通络止痛为法。本研究采用自拟化痰安心汤, 以通脉化痰止痛为法, 方中丹参功善活血化痰, 且能祛瘀生新而不伤正, 具有活血养血的 双重功效, 此方中为君药, 以通行血脉, 化痰止痛。药理学证实, 丹参可抑制凝血, 抗血小板聚集, 从而抑制微血栓形成, 改善局部微循环, 此外丹参还可促进血管内皮细胞的修复, 降低血脂, 从而达到治疗和预防动脉粥样硬化的作用<sup>[10]</sup>。三七为 伤科要药, 取其祛瘀不伤正之功, 以化痰通络; 党参、黄芪健 脾益气, 升阳举陷; 川芎、延胡索行气止痛; 桂枝温通经络, 与白芍合用, 又可调护营卫; 龙眼肉养心安神, 枳壳通行三焦 之气, 宽胸理气, 改善胸闷胸痛症状; 葛根升补清阳, 助行中 焦之气, 与枳壳合用, 有升有降, 调畅气机, 疏通胸部经络; 少用麦冬以养阴, 全方特点是益气、和血以化痰驱邪, 重在益 气温阳, 少佐养阴, 有升有降, 有张有弛, 共奏化痰通络之 功。胸痹患者多为年老体弱者, 且病程较久, 久病必虚, “气

为血之帅，血为气之母”，血瘀患者当益气行气，以使气行则血行，气具有温煦功能，可散寒祛瘀，故临床用药上应固护正气，多选益气、和血之品，用药上亦注意不能伤正。

现代研究表明，hs-CRP 与冠心病的发生具有密切关系，是其独立危险因子和最有价值的预测因子之一，并且 hs-CRP 水平的增高可导致心肌梗死、猝死等的发生<sup>[7]</sup>。hs-CRP 是机体炎症反应重要的敏感指标之一，正常情况下，人体内仅能检测到少量，当有炎症反应时，hs-CRP 则明显增高，而炎症反应是导致斑块不稳定的主要因素<sup>[8]</sup>，在冠心病患者中 hs-CRP 含量的升高程度与病情的严重程度成正比。尤其血瘀证患者体内 hs-CRP 含量明显高于非血瘀证患者<sup>[9]</sup>，因此，心脉瘀阻证患者的治疗中应较其他证型患者更重视减少 hs-CRP 的治疗。

本组资料显示，在西医常规治疗的基础上采用化瘀安心汤治疗，心电图疗效和心绞痛疗效与西医常规治疗相当，但其能进一步减少心绞痛发作次数和硝酸甘油用量，降低血清 hs-CRP 水平，减少心脉瘀阻证评分，提示化瘀安心汤能控制冠心病心绞痛的临床症状，减轻患者炎症水平，降低冠心病心绞痛的危险性。

#### [参考文献]

- [1] 黄玮, 陈庆伟. C 反应蛋白与冠状动脉疾病的研究进展[J]. 心血管病学进展, 2005, 26(4): 343-346.
- [2] Armstrong EJ, Morrow DA, Sabatine MS. Inflammatory biomarkers in acute coronary syndrome: part

acute phase reactants and biomarkers of endothelial cell activation [J]. Circulation, 2006, 112 (7): 152-155.

- [3] 叶任高. 内科学[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 310-311.
- [4] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 18-19.
- [5] 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: 77.
- [6] 王晖, 蒋丹. 丹参注射液治疗冠心病心绞痛及对血小板聚集率的影响[J]. 吉林中医药, 2007, 27(10): 323-325.
- [7] Huang XS, Zhao SP, Zhang Q, et al. Association of plasma apolipoprotein AV with lipid profiles in patients with acute coronary syndrome [J]. Atherosclerosis JT-Atherosclerosis, 2009, 204(2): 99-102.
- [8] 李志强, 常红娟. 丹香冠心注射液联合杏灵分散片治疗心脉瘀阻型冠心病心绞痛[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(12): 281-284.
- [9] 毛以林, 谭光波, 袁肇凯, 等. 高敏 C-反应蛋白和可溶性细胞间黏附分子-1 与冠心病血瘀证的相关性研究[J]. 新中医, 2007, 39(3): 25-26.

(责任编辑: 骆欢欢)

## 血府逐瘀汤合十味温胆汤加减治疗冠心病合并抑郁焦虑临床研究

张雪梅, 杨社琴, 赵建森

新乡市中心医院中西医结合科, 河南 新乡 453000

**[摘要]** 目的: 观察血府逐瘀汤合十味温胆汤加减治疗冠心病心绞痛合并抑郁焦虑的临床疗效。方法: 将 68 例患者随机分为治疗组和对照组, 每组 34 例。对照组予常规冠心病治疗与心理治疗。治疗组在对照组治疗基础上加用血府逐瘀汤合十味温胆汤加减方。治疗 4 周后观察心绞痛、心电图疗效, 汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评分、汉密尔顿焦虑量表 (HAMA) 评分、健康调查量表 (SF-36) 评分。结果: 心绞痛疗效总有效率治疗组为 85.29%, 对照组为 64.71%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。心电图疗效总有效率治疗组为 76.47%, 对照组为 52.94%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组治疗后 HAMD、HAMA 评分均较治疗前显著降低 ( $P < 0.05$ ), SF-36 评分较治疗前显著增高 ( $P < 0.05$ )。对照组治疗前后 HAMD、HAMA、SF-36 评分较治疗前均无明显变化 ( $P > 0.05$ )。2 组治疗后 HAMD、HAMA、SF-36 评分比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。治疗过程中, 2 组均未出现胃肠道反应及心脑血管不良反应, 血常规、尿常规、肝功能、肾功能, 治疗前后无异常变化。

[收稿日期] 2014-02-22

[作者简介] 张雪梅 (1975-), 女, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合心脑血管病。