灯盏生脉胶囊联合常规西药治疗冠心病稳定性心绞痛临床研究

陈王峰，金萍

台州市第二人民医院老年科，浙江 台州 317200

［摘要］**目的：**观察灯盏生脉胶囊联合常规西药治疗冠心病（CHD）稳定性心绞痛的临床效果。**方法：**将104例气阴两虚型CHD稳定性心绞痛患者按随机数字表法分为治疗组54例与对照组50例，2组均以常规西药对症治疗，治疗组加予灯盏生脉胶囊治疗，2组均治疗3个月。治疗前后评定中医证候评分，检测心功能指标[心输出量（CO）、左心室射血分数（LVEF）、左心室收缩末期内径（LVESD）]、炎症指标［血清超敏C-反应蛋白（hs-CRP）、白细胞介素-6（IL-6）］、收缩压（SBP）、心率（HR）、空腹血糖（FBG）、血脂指标[低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）、甘油三酯（TG）、总胆固醇（TC）]及肝肾功能指标[谷丙转氨酶（ALT）、谷草转氨酶（AST）、尿素（UREA）、肌酐（Cr）]，评估2组的临床疗效，统计心血管不良事件及不良反应的发生率。**结果：**治疗后，治疗组临床疗效总有效率94.44%，高于对照组82.00%，差异有统计学意义（$P<0.05$）。2组中医证候积分均较治疗前降低（$P<0.05$），治疗组中医证候积分低于对照组（$P<0.05$）。2组CO、LVEF值均高于治疗前，LVESD值均低于治疗前，差异均有统计学意义（$P<0.05$）；治疗组CO、LVEF值均高于对照组，LVESD值低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。2组HR、SBP水平均低于治疗前（$P<0.05$），治疗组FBG水平较治疗前下降并低于对照组（$P<0.05$）。2组hs-CRP、IL-6、TG、TC、LDL-C水平均低于治疗前（$P<0.05$），治疗组以上指标值均低于对照组（$P<0.05$）。2组HDL-C水平均高于治疗前（$P<0.05$），治疗组HDL-C水平高于对照组（$P<0.05$）。2组治疗前后AST、ALT、Cr、UREA水平比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗期间，2组心血管不良事件、不良反应发生率比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**采用灯盏生脉胶囊联合常规西药治疗气阴两虚型CHD稳定性心绞痛患者，能提高临床治疗效果，有效缓解临床症状，改善心功能，减轻机体炎症反应，调节心率、血压、血糖及血脂水平，从而有效控制病情，且对肝肾功能无明显影响，心血管不良事件及不良反应少，药物安全性高。

［关键词］冠心病；稳定性心绞痛；气阴两虚证；灯盏生脉胶囊；心功能；炎症；心血管不良事件
［中图分类号］R541.4 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）04-0040-06
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.04.009

Clinical Study on Dengzhan Shengmai Capsules Combined with Routine Western Medicine for Stable Angina Pectoris of Coronary Heart Disease

CHEN Wangfeng, JIN Ping

Abstract：Objective： To observe the clinical effect of Dengzhan Shengmai Capsules combined with routine western medicine for stable angina pectoris of coronary heart disease (CHD). **Methods：** A total of 104 cases of CHD patients with stable angina pectoris of qi and yin co-deficiency type were divided into the treatment group and the control group according to the random number table method, with 54 and 50 cases in each group respectively. Both groups were treated with routine symptomatic treatment of western medicine, and the treatment group was additionally treated with Dengzhan Shengmai Capsules;

［收稿日期］2022-02-17
［修回日期］2022-11-22
［作者简介］陈王峰（1983-），男，主治医师，E-mail：yunshuiok@163.com。

both groups were treated for 3 months. Before and after treatment, the traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores were evaluated, and the heart function indexes including cardiac output (CO), left ventricular ejection fraction (LVEF) and left ventricular end systolic diameter (LVESD), inflammatory indexes including serum high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP) and interleukin-6 (IL-6), systolic blood pressure (SBP), heart rate (HR), fasting blood glucose (FBG), blood lipid indexes including low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C), triglycerides (TG) and total cholesterol (TC), and liver and kidney function indexes including alanine aminotransferase (ALT), aspartate transaminase (AST), urea, and creatinine (Cr) were measured. Clinical effects were evaluated in the two groups. The incidence of cardiovascular adverse events and adverse reactions were calculated. **Results:** After treatment, the total effective rate of clinical effect was 94.44% in the treatment group, higher than that of 82.00% in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). TCM syndrome scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and TCM syndrome scores in the treatment group were lower than those in the control group ($P<0.05$). The values of CO and LVEF in the two groups were higher than those before treatment, and LVESD values were lower than those before treatment, differences being significant ($P<0.05$); the values of CO and LVEF in the treatment group were higher than those in the control group, and LVESD value in the treatment group was lower than that in the control group, differences being significant ($P<0.05$). The levels of HR and SBP in the two groups were lower than those before treatment ($P<0.05$), and FBG level in the treatment group was lower than that before treatment and that in the control group after treatment ($P<0.05$). The levels of hs-CRP, IL-6, TG, TC, and LDL-C in the two groups were lower than those before treatment ($P<0.05$), and the above indexes in the treatment group were lower than those in the control group in average ($P<0.05$). The levels of HDL-C in the two groups were higher than those before treatment ($P<0.05$), and the level of HDL-C in the treatment group was high than that in the control group ($P<0.05$). There was no significant difference being found in the comparison of levels of AST, ALT, Cr, and UREA in the two groups before and after treatment ($P>0.05$). During treatment, there was no significant difference being found in the comparison of the incidence of cardiovascular adverse events and adverse drug reactions between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion:** For CHD patients with stable angina pectoris, Dengzhan Shengmai Capsules combined with routine symptomatic treatment of western medicine is better than the simple use of routine western medicine treatment in the effective improvement of clinical effects, the remission of clinical symptoms, the improvement of the heart function, the reduction of inflammatory responses of the body, and the regulation of levels of heart rate, blood pressure, blood glucose, and blood lipid, so as to effectively control the disease, with no significant impact on liver and kidney function, few cardiovascular adverse events and adverse reactions, and high medication safety.

Keywords: Coronary heart disease; Stable angina pectoris; Qi and yin co-deficiency syndrome; Dengzhan Shengmai Capsules; Heart function; Inflammatory; Cardiovascular adverse events

冠状动脉粥样硬化性心脏病(CHD)是冠状动脉粥样硬化致血管腔狭窄或阻塞，引起心肌缺血、缺氧或坏死的一种心脏病，好发于中老年人群。心绞痛是CHD的一种常见类型，是在冠状动脉狭窄基础上，因血管痉挛或心肌负荷增加导致心肌急剧或暂时缺血、缺氧的临床综合征，分为稳定性和不稳定性心绞痛。稳定性心绞痛是指心绞痛发作程度、频率及诱发因素均较稳定，规范治疗对病情具有较好

的控制效果，可有效避免疾病发展。目前，现代医学治疗本病以调脂、降压、抗心绞痛、抗血小板等为主，但因中老年人群多合并多种其他疾病，各器官功能衰退，药物代谢差，部分患者临床控制效果并不显著，停药后易复发，且随病情加重，心绞痛症状加重，极易导致患者出现心功能不可逆性损伤，甚至死亡[1]。中医辨证用药治疗心绞痛已经取得一定效果，而中西医结合用药已成为临床常用治法[2-4]。冠心病心绞痛归属于中医学胸痹、真心痛等范畴，临床常见气阴两虚证。灯盏生脉胶囊具有活血健脑、益气养阴的功效，适用于气阴两虚所致的CHD稳定性心绞痛患者。笔者在临床中发现采用灯盏生脉胶囊联合西药治疗CHD稳定性心绞痛临床疗效确切，可明显改善患者的心功能和抑制相关炎症反应，因此开展了相关临床研究，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 采用《慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》[5]中的诊断标准。胸痛呈阵发性发作，持续时间不超过10 min；休息即可缓解；经冠状动脉CT检查确诊，且冠脉造影检查结果显示存在心肌缺血；静息心电图提示有2个及以上的导联ST段下移≥0.1 mV。

1.2 辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》[6]拟定胸痹气阴两虚证辨证标准。主症：胸闷或胸痛；次症：心悸，气短，倦怠懒言，失眠多梦，自汗；舌红少苔，脉弱而细数。

1.3 纳入标准 满足上述诊断标准和辨证标准；年龄40~79岁；病程≥6个月；加拿大心绞痛分级(CCS分级)属Ⅰ~Ⅳ级；近1个月内未曾接受过任何CHD相关系统治疗；对本次研究所用药物无过敏反应；对研究知情同意并自愿参与。

1.4 排除标准 CHD不稳定性心绞痛者；ST段抬高的心肌梗死者；合并肝、肾功能异常者；因神经系统疾病、其他心脏疾病及消化系统疾病引起胸痛者；合并恶性肿瘤、血液系统疾病者。

1.5 一般资料 纳入台州市第二人民医院2016年1月—2021年1月收治的104例CHD稳定性心绞痛患者，以随机数字表法分为治疗组54例、对照组50例。治疗组男38例，女16例；年龄40~76岁，平均(63.58±7.36)岁；病程0.4~5.0年，平均(3.72±0.85)年；CCS分级：Ⅰ级26例，Ⅱ级18例，Ⅲ级7例，Ⅳ级3例。对照组男36例，女14例；年龄43~78岁，平均(64.63±6.42)岁；病程0.6~5.0年，平均(3.77±0.89)年；CCS分级：Ⅰ级25例，Ⅱ级16例，Ⅲ级7例，Ⅳ级2例。2组一般资料经统计学处理，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 采取常规疗法治疗，包括口服琥珀酸美托洛尔缓释片(阿斯利康制药有限公司，国药准字J20100098，规格：47.5 mg/片)以缓解心绞痛和控制血压，每次47.5 mg，每天1次；口服硫酸氢氯吡格雷片(赛诺菲制药有限公司，国药准字H20056410，规格：75 mg/片)以抑制血小板聚集，每次75 mg，每天1次；口服阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司，国药准字H20051407，规格：20 mg/片)以控制血脂，每次20 mg，每天1次。当心绞痛发作，给予吸氧、卧床休息，必要时舌下含服硝酸甘油片，并给予心电监护。连续用药3个月。

2.2 治疗组 在对照组常规疗法基础上给予口服灯盏生脉胶囊(云南生物谷药业股份有限公司，国药准字Z20026439，规格：0.18 g/粒)治疗，每次2粒，每天3次。连续用药3个月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候积分。根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》[6]中的症状分级评分标准对患者的中医证候进行评分，评估内容及评分标准见表1、表2，总积分为主症积分与次症积分之和，满分25分，分值越高代表证候越严重。②心功能。使用心功能检测仪(合肥健桥医疗电子有限责任公司，型号JQ-H)测定患者的心输出量(CO)、左心室射血分数(LVEF)、左心室收缩末期内径(LVESD)。③炎症指标。采集患者的空腹肘静脉血，以3 000 r/min离心处理10 min后(离心半径为15 cm)，以酶联免疫吸附试验法(试剂盒由深圳容金科技有限公司提供)测定血清超敏C-反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素-6(IL-6)水平。④心率(HR)、血压、血糖。使用超声心动图监测患者的HR、收缩压(SBP)，采用葡萄糖氧化酶法(试剂盒由上海晶抗生物工程有限公司提供)检测空腹血糖(FBG)。⑤血脂。采用全自动生化分析仪(济南鑫贝西生物技术有限公司，型号BK-280)检测低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固

醇(HDL-C)、甘油三酯(TG)及总胆固醇(TC)。⑥肝肾功能。使用全自动生化分析仪检测肝肾功能指标，包括谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)、尿素(UREA)、肌酐(Cr)水平。以上观察指标均于治疗前、治疗3个月后评定与检测。⑦心血管不良事件、不良反应。统计2组患者治疗期间，心肌梗死、心力衰竭、心源性死亡等心血管不良事件及头晕、头痛、低血压等不良反应的发生情况。

3.2 统计学方法 数据处理运用SPSS21.0软件完成。符合正态分布的计量数据以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)描述，组间比较采用独立样本t检验，组内治疗前后比较采用配对样本t检验。计数数据以百分比(%)描述，采用χ^2检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》[6]拟定。显效：症状基本消失，疗效指数≥70%；有效：症状明显好转，30%≤疗效指数<70%；无效：症状无变化或加重，疗效指数<30%。疗效指数=(治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分)/治疗前中医证候积分×100%。

表1 胸痹气阴两虚证主症评分标准

主症	无(0分)	轻(2分)	中(4分)	重(6分)
胸闷	无	轻微胸闷	胸闷明显，有时叹息样呼吸	胸闷如窒，叹息不止
胸痛	无	偶有发作，休息可自行缓解	时有发作，需药物治疗	发作频繁，需用药治疗，严重影响日常生活

表2 胸痹气阴两虚证次症评分标准

次症	无(0分)	轻(1分)	中(2分)	重(3分)
心悸	无	偶有，可自行缓解	频繁发作，对生活和工作有一定影响	持续发作，严重影响生活和工作
气短	无	一般活动后气短	稍活动后气短	不活动亦感气短喘促
倦怠懒言	无	精神不振，不喜多言	精神疲倦，懒言	精神萎靡不振，不欲言语
失眠多梦	无	睡眠时常醒或睡而不稳，晨醒过早，但不影响工作	睡眠时间≤4h，但能坚持工作	彻夜不眠，难以坚持工作
自汗	无	有	-	-

4.2 2组临床疗效比较 见表3。治疗后，治疗组总有效率94.44%，高于对照组82.00%，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表3 2组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	54	29(53.70)	22(40.74)	3(5.56)	51(94.44)
对照组	50	20(40.00)	21(42.00)	9(18.00)	41(82.00)
χ^2值					4.518
P值					0.034

4.3 2组治疗前后中医证候积分比较 见表4。治疗前，2组中医证候积分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组中医证候积分均较治疗前降低($P<0.05$)。治疗组中医证候积分低于对照组($P<0.05$)。

4.4 2组治疗前后心功能指标比较 见表5。治疗前，2组CO、LVEF、LVESD值比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组CO、LVEF值均高于治疗前，LVESD值均低于治疗前，差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗组CO、LVEF值均高于对照组，LVESD值低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表4 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	时间	例数	中医证候积分
治疗组	治疗前	54	20.27±3.40
	治疗后	54	8.46±1.52①②
对照组	治疗前	50	21.02±3.05
	治疗后	50	13.75±2.16①

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

表5 2组治疗前后心功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	CO(L/min)	LVEF(%)	LVESD(cm)
治疗组	治疗前	54	3.26±0.35	43.97±5.73	4.34±0.45
	治疗后	54	5.98±0.57①②	56.42±6.38①②	3.01±0.29①②
对照组	治疗前	50	3.21±0.29	44.13±5.95	4.28±0.41
	治疗后	50	4.72±0.44①	49.87±4.46①	3.53±0.38①

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

4.5　2组治疗前后炎症指标比较　见表6。治疗前，2组hs-CRP、IL-6水平比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组hs-CRP、IL-6水平均低于治疗前（$P<0.05$）。治疗组hs-CRP、IL-6水平均低于对照组（$P<0.05$）。

表6　2组治疗前后炎症指标比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	时间	例数	hs-CRP（mg/L）	IL-6（μg/L）
治疗组	治疗前	54	6.20±1.34	98.93±19.86
	治疗后	54	3.08±1.00①②	63.58±10.97①②
对照组	治疗前	50	6.25±1.37	100.17±15.94
	治疗后	50	5.12±1.14①	87.73±12.25①

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

4.6　2组治疗前后HR、SBP及FBG水平比较　见表7。治疗前，2组HR、SBP、FBG水平比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组HR、SBP水平均低于治疗前（$P<0.05$）。治疗组FBG水平较治疗前下降，并低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。

表7　2组治疗前后HR、SBP及FBG水平比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	时间	例数	HR（次/min）	SBP（mm Hg）	FBG（mmol/L）
治疗组	治疗前	54	85.14±7.32	142.34±10.86	10.65±2.10
	治疗后	54	80.40±5.78①	128.45±8.27①	6.49±1.80①②
对照组	治疗前	50	86.35±6.56	144.05±9.70	10.23±2.26
	治疗后	50	81.26±5.06①	130.12±7.54①	9.70±2.45

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$　1 mm Hg≈0.133 kpa

4.7　2组治疗前后血脂指标比较　见表8。治疗前，2组TG、TC、LDL-C、HDL-C水平比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组TG、TC、LDL-C水平均较治疗前降低，HDL-C水平均较治疗前升高，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。治疗组TG、TC、LDL-C水平均低于对照组，HDL-C水平高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。

表8　2组治疗前后血脂指标比较（$\bar{x}\pm s$）　mmol/L

组别	时间	例数	TG	TC	HDL-C	LDL-C
治疗组	治疗前	54	2.25±0.32	6.27±0.86	0.95±0.20	4.56±0.64
	治疗后	54	1.42±0.28①②	4.32±0.60①②	1.39±0.23①②	2.62±0.40①②
对照组	治疗前	50	2.30±0.26	6.35±0.82	1.02±0.15	4.38±0.55
	治疗后	50	1.76±0.34①	5.23±0.65①	1.25±0.17①	3.37±0.42①

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

4.8　2组治疗前后肝肾功能指标比较　见表9。2组治疗前后AST、ALT、Cr、UREA水平比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。

表9　2组治疗前后肝肾功能指标比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	时间	例数	AST（U/L）	ALT（U/L）	Cr（mmol/L）	UREA（mmol/L）
治疗组	治疗前	54	22.15±5.10	20.33±4.72	82.64±10.68	6.40±1.15
	治疗后	54	21.48±4.85	19.96±3.56	80.92±11.26	6.26±1.21
对照组	治疗前	50	22.40±4.96	21.02±4.60	80.55±13.22	6.55±1.08
	治疗后	50	22.04±5.05	20.56±4.18	79.26±12.17	6.10±1.13

4.9　2组心血管不良事件、不良反应发生率比较　见表10。治疗期间，2组心血管不良事件、不良反应发生率比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。

表10　2组心血管不良事件、不良反应发生率比较　例

组别	例数	心血管不良事件				不良反应					
		心肌梗死	心力衰竭	心源性死亡	总发生[例（%）]	头晕	头痛	低血压	心跳加快	乏力	总发生[例（%）]
治疗组	54	1	1	0	2（3.70）	1	1	1	1	2	6（11.11）
对照组	50	1	1	1	3（6.00）	1	1	0	1	1	4（8.00）
χ^2值					0.299						0.289
P值					0.584						0.591

5　讨论

CHD稳定性心绞痛属于中医学胸痹、心痛范畴。从中医学角度分析，胸痹病位在心，病机在于气阴两虚、血行不畅。气虚则无力推动血行，阴虚则脉络不利。气阴两虚则血行不畅，停滞为瘀，气滞、血瘀可加重心脉阻滞，不通则痛。故治疗应遵循益气养阴、活血通脉的原则。灯盏生脉胶囊是中药制剂，药物成分含有灯盏细辛、人参、麦冬、五味子。方中以灯盏细辛、人参为君药，灯盏细辛可活血化瘀、祛痰通脉；人参可大补心气、补脾益

肺。臣以麦冬养阴润肺、清心除烦。佐以五味子益气生津、收敛固涩。诸药共奏滋阴补气、调补五脏、祛瘀补虚、通脉止痛之功效。本研究结果显示，治疗组临床疗效总有效率高于对照组，中医证候积分低于对照组。提示加用灯盏生脉胶囊治疗有利于提高临床疗效，更好地减轻临床症状。

现代药理学研究表明，灯盏细辛中含有的二咖啡奎宁酸、灯盏花乙素等有效成分，有抑制血小板、红细胞凝聚，降低血液黏稠度，扩张血管，改善细胞代谢与微循环，增加冠状动脉血流量和心脑供血等作用[7]。人参中的人参皂苷能扩张冠状动脉，增加冠状动脉血流量及心肌收缩力，提高组织抗缺氧能力，还能抑制血小板聚集，发挥保护内皮细胞功能及抗动脉硬化作用[8]。麦冬含糖类、高异黄酮等化学成分，有抗心肌缺血、保护心肌的作用[9]。五味子含多糖、挥发油、木质素等成分，有舒张血管、调节血压、改善心肌营养及功能等作用，可减轻心肌缺血损害，从而有效改善心功能[10]。同时，灯盏生脉胶囊所含的黄酮类化合物、咖啡酸酯等有效成分，有降低血液黏稠度、抑制血小板聚集、改善血液流变学、降血脂和抗炎等作用[11]，且该组方中的人参、五味子及麦冬可改善胰岛素抵抗，增强胰岛素靶组织对胰岛素的敏感性，从而达到降低血糖的效果[12]。郭红玲等[13]研究认为，灯盏生脉胶囊可通过有效调节血脂、降低炎症因子水平，发挥抗心肌缺血作用，减轻心肌缺血再灌注损伤，进而对心功能起到保护作用。本研究结果显示，治疗后，治疗组 CO、LVEF 值均高于对照组，LVESD 值低于对照组，提示加用灯盏生脉胶囊在改善心功能方面效果更为突出。

黄乐等[14]研究认为，CHD 的重要病因在于血管内皮炎症损伤，hs-CRP 是监测心血管疾病发生发展的重要指标，既可破坏内皮细胞功能，又参与动脉粥样硬化斑块形成。IL-6 则可释放氧自由基，损伤心肌细胞，参与炎症反应多个环节。本研究结果显示，治疗组血清 hs-CRP、IL-6 水平均低于对照组。此结果与钟宇峰[15]的研究结论基本一致，提示灯盏生脉胶囊联合西药治疗可有效调节血清炎症因子水平，控制病情。同时，本研究数据显示，治疗后，治疗组 HR、SBP、FBG、TG、TC、LDL-C 水平均低于对照组，HDL-C 水平高于对照组。可见联合应用灯盏生脉胶囊有助于降低血糖和调节血脂水平。此外，2 组治疗前后肝肾功能各项指标和心血管不良事件、不良反应发生率比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$），可见本研究治疗方案安全性高，不会导致患者肝肾功能异常，仅引起少量的心血管不良事件和不良反应。

综上所述，针对气阴两虚型 CHD 稳定性心绞痛患者采取灯盏生脉胶囊联合常规西药对症治疗，与单纯给予常规西药治疗比较，能有效提高临床治疗效果，缓解临床症状，改善心功能，减轻机体炎症反应，调节 HR、血压、血糖及血脂水平，从而有效控制病情，且对肝肾功能无明显影响，心血管不良事件及不良反应少，药物安全性高，值得推广应用。

［参考文献］

[1] 陈靖，王素梅. 灯盏生脉胶囊联合单硝酸异山梨酯治疗冠心病心绞痛的临床研究[J]. 现代药物与临床，2018，33(1)：74-78.
[2] 赵海军. 单硝酸异山梨酯注射液联合血栓通注射液治疗冠心病心绞痛临床研究[J]. 新中医，2018，50(9)：46-49.
[3] 唐国良. 冠脉宁通方联合西药治疗冠心病心绞痛临床研究[J]. 新中医，2020，52(2)：53-56.
[4] 俞峰，郑毅敏，张帅，等. 冠心宁片联合西药治疗冠心病稳定型心绞痛临床研究[J]. 新中医，2020，52(3)：60-62.
[5] 中华医学会心血管病学分会，中华心血管病杂志编辑委员会. 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)：195-207.
[6] 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，2002：68-72.
[7] 赖橡，郑雪，鲁卫星. 基于网络药理学探讨灯盏细辛治疗冠心病的作用机制[J]. 中国中医急症，2020，29(5)：55-58，62.
[8] 高健，吕邵娃. 人参化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药导报，2021，27(1)：127-130.
[9] 彭婉，马骁，王建，等. 麦冬化学成分及药理作用研究进展[J]. 中草药，2018，49(2)：477-488.
[10] 刘杰，徐剑，郭江涛. 五味子活性成分及药理作用研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志，2019，25(11)：206-215.
[11] 穆雪梅，米楠，祖先鹏，等. 灯盏生脉胶囊化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 中国中药杂志，2019，44(18)：3917-3923.
[12] 沈璐，刘红梅，胡筱娟，等. 灯盏生脉胶囊改善2型糖尿病胰岛素抵抗的临床观察[J]. 中成药，2009，31(4)：499-501.
[13] 郭红玲，欧阳艳红，王圣，等. 灯盏生脉胶囊联合单硝酸异山梨酯缓释片对老年冠心病心绞痛患者心功能、血脂及血清IL-6、CRP水平的影响[J]. 现代生物医学进展，2021，21(12)：2339，2373-2376.
[14] 黄乐，林德智，倪卫，等. 冠心病患者血清RBP4、hs-CRP、IL-6水平检测的临床意义[J]. 中国循证心血管医学杂志，2019，11(6)：691-693，697.
[15] 钟宇锋. 灯盏生脉胶囊辅助治疗高龄气虚血瘀型冠心病稳定性心绞痛的效果分析[J]. 云南中医中药杂志，2020，41(1)：46-48.

（责任编辑：吴凌）