

〔文章编号〕 1007-0893(2023)03-0030-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.03.009

自拟清浊活血汤治疗稳定型心绞痛患者临床疗效

胡廷立 李同平

(南阳市中医院, 河南 南阳 47300)

〔摘要〕 **目的:** 探讨自拟清浊活血汤对稳定型心绞痛患者临床症状、血脂与血流动力学的影响。**方法:** 选取2019年6月至2022年6月在南阳市中医院接受治疗的82例稳定型心绞痛患者, 将入选患者随机分为常规组与汤剂组, 各41例。常规组患者采用常规西药治疗, 汤剂组患者在常规治疗的同时给予自拟清浊活血汤治疗。比较两组患者治疗前后临床症状、中医证候积分、血脂水平、血流动力学指标的变化情况。**结果:** 治疗后汤剂组患者心绞痛发作频率、硝酸甘油用量均低于常规组, 发作持续时间短于常规组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后汤剂组患者中医主证、次证积分均低于常规组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后汤剂组患者血清三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平均低于常规组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后汤剂组患者全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度(PV)均低于常规组, 冠状动脉靶血管峰值血流速(CFV)高于常规组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 自拟清浊活血汤能够有效缓解稳定型心绞痛患者临床症状与中医证候, 进一步降低患者血脂水平、改善血流动力学指标。

〔关键词〕 稳定型心绞痛; 血瘀络阻证; 痰浊内阻证; 清浊活血汤

〔中图分类号〕 R 541 〔文献标识码〕 B

稳定型心绞痛为临床上常见的一种冠心病类型, 属于劳累性心绞痛, 主要是由冠状动脉粥样硬化所致冠状动脉狭窄诱发的心肌缺血、缺氧所致的心绞痛发作^[1-2]。本病以胸痛、胸闷、乏力为主要表现, 随着病情进展可导致心绞痛的发作频率逐渐升高、发作时持续时间逐渐延长、服药后缓解难度逐渐增大^[3-4]。稳定型心绞痛如未能得到有效控制则进展为不稳定型心绞痛或急性心肌梗死^[5-6]。中医中药为治疗稳定型心绞痛的重要方法, 能够从根本上改善患者致病基础。笔者根据中医理论自拟清浊活血汤应用于稳定型心绞痛的临床治疗中, 为了明确其对稳定型心绞痛患者临床症状、血脂水平与血流动力学的影响, 特开展此项研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年6月至2022年6月在南阳市中医院接受治疗的82例稳定型心绞痛患者, 将入选患者随机分为常规组与汤剂组, 各41例。常规组男性17例, 女性24例; 年龄56~76岁, 平均年龄(66.23±4.87)岁; 病程1~10年, 平均病程(6.23±1.34)年; 合并疾病: 高血压13例, 糖尿病11例, 高脂血症8例。汤剂组男性18例, 女性23例; 年龄54~78岁, 平均年龄(67.09±5.12)岁; 病程1~11年, 平均病程(6.31±1.41)年;

合并疾病: 高血压14例, 糖尿病10例, 高脂血症9例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 诊断参考《慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》^[7]中相关标准, 辨证参考《中医病证诊断疗效标准》^[8]中血瘀络阻、痰浊内阻证标准。

1.2.2 纳入标准 (1)符合上述诊断与辨证分型标准; (2)年龄≥18岁成年患者; (3)在南阳市中医院临床资料完整; (4)患者及家属对本研究均知情同意。

1.2.3 排除标准 (1)合并严重心律失常、心房颤动、其他心脏病; (2)合并精神科疾病、认知功能障碍等无法遵医嘱用药的患者; (3)合并重要器官功能不全、恶性肿瘤; (4)既往有急性心肌梗死病史; (5)合并出血性疾病、活动性出血; (6)对于本研究用药已知过敏。

1.3 方法

1.3.1 常规组 采用常规西药治疗。给予阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司, 国药准字J20130078)200 mg·次⁻¹, 1次·d⁻¹; 于睡前吞服。酒石酸美托洛尔(珠海同源药业有限公司, 国药准字H20057288)50 mg·次⁻¹, 2次·d⁻¹, 口服。单硝酸异山梨酯缓释片(鲁南贝特制药, 国药准字H19991039)40 g·次⁻¹, 1次·d⁻¹, 口服。连续服用3个月为1疗程。心绞痛急性发作时给

〔收稿日期〕 2022-12-27

〔作者简介〕 胡廷立, 男, 主治医师, 主要从事心血管内科工作。

予硝酸甘油片（北京益民药业，国药准字 H11021022）0.5 mg，单次用药，舌下含服急救。

1.3.2 汤剂组 在常规组的基础上给予自拟清浊活血汤治疗。组方：丹参 30 g，瓜蒌 18 g，熟地黄 15 g，薤白 12 g，砂仁、川芎、法半夏、柴胡、桃仁、红花、当归、赤芍、炙甘草各 10 g，檀香 6 g。临症加减：面色恍白、多汗、语声低微者加生黄芪 60 g、白芍 18 g；大便干结者加玄参 15 g、火麻仁 12 g；胃脘膨闷胀饱、饮食减少者加鸡内金 15 g、枳壳 10 g；下肢痛胀、怕凉加威灵仙 10 g、豨莶草 10 g。1 剂·d⁻¹，水煎服，取汁 480 mL，240 mL·次⁻¹，分早晚服用，连续服用 3 个月为 1 疗程。

1.4 观察指标

治疗 1 个疗程后，比较两组患者治疗前后以下指标：

(1) 临床症状：心绞痛发作频率、发作持续时间、硝酸甘油用量。(2) 中医证候积分，主证：胸闷、胸痛，轻度计 2 分、中度计 4 分、重度计 6 分；次证：咳嗽痰多、心悸、肢体倦怠、气短喘促，轻度计 1 分、中度计 2 分、重度计 3 分。(3) 血脂指标：三酰甘油 (triacylglycerol, TG)、总胆固醇 (serum total cholesterol, TC)、低密度脂蛋白胆固醇 (low density lipoprotein cholesterol, LDL-C) 水平；采集全部患者治疗前、后清晨空腹外周静脉血样 3 mL，置入离心机按 3000 r·min⁻¹ 的速度，离心 15 min，离心半径为 12.5 cm，取得血清后使用全自动型生化分析仪检测。(4) 血流动力学指标：采用旋转式黏度法检测：全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度 (plasma viscosity, PV) 水平，使用彩色多普勒超声检测冠状动脉靶血管峰值血流速 (coronary blood flow velocity, CFV)。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 25.0 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 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后临床症状比较

治疗前两组患者心绞痛发作频率、发作持续时间与硝酸甘油用量比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后汤剂组患者心绞痛发作频率、硝酸甘油用量均低于常规组，发作持续时间短于常规组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后临床症状比较 (*n* = 41, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	心绞痛发作频率 / 次·周 ⁻¹	发作持续时间 / min·次 ⁻¹	硝酸甘油用量 / mg·周 ⁻¹
常规组	治疗前	9.15 ± 1.01	10.37 ± 1.12	5.48 ± 0.67
	治疗后	4.38 ± 0.54	4.39 ± 0.51	2.95 ± 0.36
汤剂组	治疗前	9.18 ± 1.02	10.41 ± 1.14	5.51 ± 0.69
	治疗后	3.11 ± 0.42 ^a	3.69 ± 0.43 ^a	1.32 ± 0.23 ^a

注：与常规组治疗后比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组患者中医主证、次证积分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后汤剂组患者中医主证、次证积分均低于常规组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 (*n* = 41, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	主证	次证
常规组	治疗前	9.23 ± 1.02	7.93 ± 0.85
	治疗后	4.08 ± 0.56	3.27 ± 0.46
汤剂组	治疗前	9.31 ± 1.04	8.01 ± 0.89
	治疗后	2.96 ± 0.31 ^b	2.62 ± 0.33 ^b

注：与常规组治疗后比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后血脂水平比较

治疗前两组患者血清 TG、TC、LDL-C 水平比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后汤剂组患者血清 TG、TC、LDL-C 水平均低于常规组，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脂水平比较

(*n* = 41, $\bar{x} \pm s$, mmol·L⁻¹)

组别	时间	TG	TC	LDL-C
常规组	治疗前	2.46 ± 0.41	7.39 ± 0.74	3.97 ± 0.38
	治疗后	1.96 ± 0.23	4.48 ± 0.52	3.08 ± 0.31
汤剂组	治疗前	2.48 ± 0.42	7.41 ± 0.76	4.02 ± 0.41
	治疗后	1.59 ± 0.19 ^c	3.96 ± 0.43 ^c	2.51 ± 0.29 ^c

注：TG—三酰甘油；TC—总胆固醇；LDL-C—低密度脂蛋白胆固醇。

与常规组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗前后血流动力学指标比较

治疗前两组患者全血高切黏度、全血低切黏度、PV、CFV 比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后汤剂组患者全血高切黏度、全血低切黏度、PV 均低于常规组，CFV 高于常规组，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流动力学指标比较 (*n* = 41, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	全血高切黏度 / mPa·s	全血低切黏度 / mPa·s	PV / mPa·s	CFV / cm·s ⁻¹
常规组	治疗前	6.09 ± 0.63	18.34 ± 1.89	2.19 ± 0.23	45.96 ± 5.31
	治疗后	5.49 ± 0.58	13.52 ± 1.46	1.74 ± 0.36	66.25 ± 6.72
汤剂组	治疗前	6.11 ± 0.67	18.45 ± 1.91	2.20 ± 0.24	45.87 ± 5.29
	治疗后	5.04 ± 0.51 ^d	11.06 ± 1.28 ^d	1.46 ± 0.28 ^d	69.31 ± 6.97 ^d

注：PV—血浆黏度；CFV—冠状动脉靶血管峰值血流速。与常规组治疗后比较，^d*P* < 0.05。

3 讨论

稳定型心绞痛为临床上一种常见的冠心病类型，近年来我国稳定型心绞痛的发病率呈现出逐年升高的趋势^[9-10]。中医学将本病归纳入“胸痹、胸痛、真心痛”等

范畴^[11-12]。认为痰浊与血瘀为本病形成与进展的重要因素，两者相互促进、互为因果^[13-14]。因此治疗中以活血化瘀、清浊祛湿为要^[15]。笔者据此自拟清浊活血汤治疗本病，方中瓜蒌味甘、性寒，薤白性温、味辛，二药相伍有行气解郁、通阳散结的功效，可强化血液循环，促进利尿、祛湿化痰的功效，二药的协同作用可用来治疗胸闷背痛、气短咳嗽等症；临床中主治胸痹、痰浊结聚引起的胸痛彻背等较为剧烈的症候，也就是用于治疗冠状动脉机能不全、心绞痛、心肌梗死等疾病，疗效很好。丹参、砂仁、檀香三味药即“丹参饮”，具有行气止痛、活血祛瘀之功效，临床常用于治疗急躁易怒、胸胁胀痛、心痛、全身诸痛走窜等症。当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、熟地黄，该六味药名为“桃红四物汤”，具有养血活血、散瘀止痛的功效，桃红四物汤有抗疲劳、抗炎、抗休克、抗过敏、降血脂、调节免疫功能等诸多作用。川芎味辛、性温，归心包、肝、胆经，为血中气药，有祛风止痛、活血祛瘀的功效，临床多用于风湿痹痛、胸胁疼痛、癥瘕痞块等症的治疗。法半夏温性味辛，具有降逆止呕、燥湿化痰、消痞散结的功效，与桃红四物汤配伍可用于治疗血管内壁附着的痰凝血瘀斑块。柴胡性微寒、味辛、苦。归肺、肝、胆经，有疏肝解郁、和解少阳、升阳举陷的功效，主治寒热往来、感冒发热、胸胁胀痛等症。炙甘草味甘、性温，归心、肺、脾、胃经，炙甘草有益气和中、化痰止咳、调和诸药等功效。

本研究结果表明，治疗后汤剂组患者心绞痛发作频率、发作持续时间与硝酸甘油用量均低于常规组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；提示自拟清浊活血汤能够进一步缓解稳定性心绞痛患者的临床症状。治疗后汤剂组患者中医主证、次证积分均低于常规组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；提示自拟清浊活血汤能够更为有效改善患者中医主证、次证。治疗后汤剂组患者血脂水平更低，全血高切黏度、全血低切黏度、PV均低于常规组，CFV高于常规组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；提示自拟清浊活血汤通过进一步降低稳定性心绞痛患者血脂水平、改善患者的血流变状态以及提高CFV增强了冠状动脉血供等机制发挥了进一步改善患者临床症状与中医证候的作用。

综上所述，自拟清浊活血汤能够更好地降低患者血脂水平、改善患者血流动力学，增强了患者的心肌血供，

从而有效缓解了患者的临床疗效与中医证候。

〔参考文献〕

- (1) 习元堂, 王素丹, 袁丽宜, 等. 冠心舒通胶囊辅助治疗不稳定型心绞痛疗效的 Meta 分析与试验序贯分析 (J). 中国药房, 2019, 30(7): 956-962.
- (2) 董竞方, 马晓昌. 双参宁心颗粒治疗气虚血瘀型稳定性心绞痛疗效观察 (J). 西部中医药, 2019, 32(1): 70-73.
- (3) 徐梦君, 王子杨, 李维峰, 等. 益气化痰类中药治疗气虚血瘀型稳定性心绞痛疗效及安全性的 Meta 分析 (J). 中西医结合心脑血管病杂志, 2022, 20(8): 1359-1364.
- (4) 罗晓欣, 周曼丽, 冯宇, 等. 益气活血法治疗稳定性心绞痛临床疗效的 Meta 分析 (J). 世界中医药, 2022, 17(4): 494-498.
- (5) 杨江华, 薛锦燃. 冠心宁片佐治冠心病心绞痛 84 例临床观察 (J). 浙江中医杂志, 2018, 53(5): 387.
- (6) 李琳, 孙元隆, 王肖龙, 等. 冠心宁片治疗冠心病心绞痛临床疗效的 Meta 分析 (J). 中西医结合心脑血管病杂志, 2022, 20(15): 2695-2700.
- (7) 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): 195-206.
- (8) 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 (S). 北京: 中国中医药出版社, 2013.
- (9) 李蕊, 王少波. 化痰祛瘀汤联合瑞舒伐他汀治疗冠心病伴高血脂症疗效及对心脏功能、血脂和血液流变学的影响 (J). 现代中西医结合杂志, 2019, 28(8): 886-889.
- (10) 吴海宏, 靳颖颖, 卓倩吉. 冠心宁片对不稳定性心绞痛患者血清炎症指标及疗效的影响 (J). 浙江中医杂志, 2020, 55(5): 335-336.
- (11) 周岩, 李莹, 张法英, 等. 复方丹参汤辅助氯吡格雷治疗冠心病的血流变, 血流动力学与心功能观察 (J). 世界中医药, 2019, 14(12): 3247-3251.
- (12) 刘敏, 杨晨曦, 鹿暖, 等. 血府逐瘀汤治疗稳定性心绞痛有效性和安全性的系统评价 (J). 辽宁中医杂志, 2016, 43(9): 1821-1825.
- (13) 俞峰, 郑毅敏, 张帅, 等. 冠心宁片联合西药治疗冠心病稳定性心绞痛临床研究 (J). 新中医, 2020, 52(3): 52-54.
- (14) 张莉荣, 李映智. 胸痹方联合西药对冠心病稳定性心绞痛患者疗效及凝血功能指标的影响 (J). 血栓与止血学, 2022, 28(5): 745-746.
- (15) 马文娟. 枳实半夏瓜蒌汤治疗冠心病稳定性心绞痛患者疗效及对心电图的影响 (J). 四川中医, 2020, 38(3): 109-112.