

# 枳实薤白桂枝汤加味联合麝香保心丸治疗 不稳定型心绞痛患者的疗效观察

陈书佩

(河南省郑州市中牟县中医院内一科 中牟 451450)

**摘要:**目的:观察枳实薤白桂枝汤加味联合麝香保心丸治疗不稳定型心绞痛患者的疗效。方法:选取 2018 年 4 月~2019 年 7 月收治的不稳定型心绞痛患者 149 例,依照随机数字表法分为研究组 75 例和对照组 74 例。对照组给予常规西医治疗,研究组在对照组治疗基础上给予枳实薤白桂枝汤加味联合麝香保心丸治疗。比较两组疗效、治疗前后西雅图心绞痛量表评分、血清同型半胱氨酸、C 反应蛋白水平。结果:研究组治疗总有效率 94.67%(71/75),高于对照组 75.68%(56/74)( $P<0.05$ );治疗后研究组西雅图心绞痛量表评分高于对照组( $P<0.05$ );血清同型半胱氨酸、C 反应蛋白水平低于对照组( $P<0.05$ )。结论:枳实薤白桂枝汤加味联合麝香保心丸治疗不稳定型心绞痛患者,可降低血清同型半胱氨酸、C 反应蛋白水平,改善患者生活质量。

**关键词:**不稳定型心绞痛;枳实薤白桂枝汤;麝香保心丸

中图分类号:R541.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.07.003

不稳定型心绞痛(Unstable Angina pectoris, UA)是由急性心肌缺血缺氧引起的临床综合征,是介于劳累性稳定型心绞痛、急性心肌梗死和猝死之间的临床表现。多见于中老年患者,具有发病快、病情发展迅速、心绞痛进行性加重等特点,易诱发急性心肌梗死,影响患者健康生活<sup>[1]</sup>。目前,临床多常采用西药治疗,但其在扩张冠状动脉血管、增加心肌供血量,改善预后方面效果不显著。中医理论认为,气机不畅、心脉瘀阻是 UA 病机,而枳实薤白桂枝汤源于《金匮要略》,是治疗胸阳不振、痰浊阻滞的经典方剂<sup>[2]</sup>。此外,麝香保心丸能有效改善 UA 患者心绞痛症状,保护血管,维持供血正常。本研究选取我院 UA 患者 149 例,旨在探讨枳实薤白桂枝汤加味联合麝香保心丸治疗的效果。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2018 年 4 月~2019 年 7 月收治的 UA 患者 149 例,依照随机数字表法分为研究组 75 例和对照组 74 例。研究组男 45 例,女 30 例;年龄 37~79 岁,平均(58.19±10.33)岁;病程 3~12 年,平均(7.62±2.16)年;心绞痛程度:轻度 22 例,中度 40 例,重度 13 例。对照组男 43 例,女 31 例;年龄 36~77 岁,平均(56.38±10.14)岁;病程 3~14 年,平均(8.13±2.39)年;心绞痛程度:轻度 21 例,中度 41 例,重度 12 例。两组年龄、病程、心绞痛程度、性别等一般资料均衡可比( $P>0.05$ )。

**1.2 纳入与排除标准** (1)纳入标准:经心电图、冠状动脉造影、心肌酶学检查确诊为 UA;患者或其家属知晓本研究并签署知情同意书。(2)排除标准:心肌梗死;心力衰竭;稳定型心绞痛;恶性心律失常;精神疾病;恶性肿瘤;严重肝肾功能损害;既往有心脏

手术及内脏出血;重度高血压;支气管哮喘;妊娠或哺乳期;本研究相关药物过敏。

## 1.3 治疗方法

**1.3.1 对照组** 给予常规西药治疗,包括服用阿司匹林肠溶片、硝酸异山梨酯缓释片、阿托伐他汀钙、酒石酸美托洛尔、依那普利、苯磺酸左旋氨氯地平平等药物。持续治疗 4 周。

**1.3.2 研究组** 在对照组治疗的基础上辨证给予枳实薤白桂枝汤加味联合麝香保心丸治疗,麝香保心丸(国药准字 Z31020068)口服,45 mg/次,3 次/d。枳实薤白桂枝汤组方:枳实 12 g,薤白 9 g,桂枝 6 g,厚朴 12 g,瓜蒌 12 g;血瘀者加红花、桃仁;阳虚者加鹿角霜;痰湿者加半夏;阴虚者加麦冬、沙参。1 剂/d,加水 600 ml 熬成 200 ml,100 ml/次,分早晚 2 次温服。持续治疗 4 周。

**1.4 疗效评估标准** 显效,患者心绞痛发作次数、发作持续时间、硝酸甘油消耗量减少 $>80\%$ ,静息心电图缺血性改变恢复至正常;有效,患者心绞痛发作次数、发作持续时间、硝酸甘油消耗量减少 50%~80%,静息心电图缺血性下降的 ST 段回升到 1.5 mm 以上,但并未恢复到正常;无效,未达以上标准。将显效、有效计入总有效。

**1.5 观察指标** (1)比较两组临床疗效。(2)比较两组西雅图心绞痛量表(SAQ)评分,包括躯体活受限程度、心绞痛稳定状态、心绞痛发作频率、治疗满意程度、疾病认识程度 5 个维度,总分 0~100 分,评分越低,生活质量越差。(3)比较两组治疗前后血清同型半胱氨酸(Hcy)、C 反应蛋白(CRP)水平。分别抽取治疗前后两组肘静脉血 5 ml,离心后取上层血清,采用罗氏 P800 全自动生化分析仪检测。

1.6 统计学分析 采用 SPSS23.0 统计学软件分析数据, 计量资料用  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 采用  $t$  检验; 计数资料以率表示, 采用  $\chi^2$  检验, 检验水准  $\alpha=0.05$ 。

## 2 结果

2.1 两组临床疗效比较 研究组无效 4 例, 有效 25 例, 显效 46 例, 治疗总有效率为 94.67% (71/75); 对照组无效 18 例, 有效 23 例, 显效 33 例, 治疗总有效率为 75.68% (56/74)。研究组治疗总有效率高于对照组 ( $\chi^2=10.675, P=0.001$ )。

2.2 两组 SAQ 评分比较 治疗后两组 SAQ 评分均高于治疗前, 且研究组高于对照组 ( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组 SAQ 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
研究组	75	49.15± 6.85	81.22± 7.36	27.623	<0.001
对照组	74	51.27± 7.06	67.36± 7.84	13.119	<0.001
t		1.860	11.127		
P		0.065	<0.001		

2.3 两组血清 CRP、Hcy 水平比较 治疗后研究组血清 Hcy、CRP 水平均低于对照组 ( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组血清 CRP、Hcy 水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	CRP(mg/L)		Hcy(μmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	75	2.47± 0.52	1.22± 0.74	30.22± 5.14	21.36± 3.17
对照组	74	2.39± 0.67	1.92± 0.81	31.65± 4.89	29.75± 5.03
t		0.815	5.509	1.739	12.198
P		0.417	<0.001	0.084	<0.001

## 3 讨论

UA 是以心绞痛症状进行性加重为特征的常见心血管疾病, 病机多由于冠状动脉内不稳定粥样硬化斑块, 血小板聚集和血栓形成, 影响局部心肌正常血流量, 导致缺血性心绞痛, 若未及时治疗, 易发展成为急性心肌梗死, 严重甚至导致猝死<sup>[3-4]</sup>。因此, 及时给予有效药物治疗, 对提高患者生存质量具有重要作用。

UA 属中医“胸痹、真心痛”范畴, 病机有虚实两面, 实为寒凝、血瘀、气滞、痰浊, 痹阻胸阳, 阻滞心脉; 虚为气虚、阴虚、阳衰, 肺、脾、肝、肾亏虚, 心脉失养; 故治疗宜行气活血、通痹止痛<sup>[5]</sup>。枳实薤白桂枝汤中, 枳实破气消积化痰; 瓜蒌能宽胸散结、清热涤痰; 薤白能理气宽胸、通阳散结; 桂枝能宣通心阳、温通经脉、平冲降逆; 厚朴能燥湿消痰、行气宽中; 枳实能破气消积、化痰除痞; 全方共奏通阳散结、祛痰下气、活血化瘀之功。现代药理研究证实, 枳实薤白桂枝汤对冠心病患者能维持血管斑块稳定性, 抑制血

栓形成; 其中枳实、厚朴、瓜蒌具有降低血液黏稠度、降低血脂、改善血流动力学及促进血管内皮收缩作用; 薤白能促进纤维蛋白溶解, 降低动脉脂质斑块、抑制脂质过氧化, 减少心肌缺血再灌注损伤, 抑制血小板聚集和释放; 枳实能清除氧自由基、抑制脂质过氧化, 抑制血栓形成; 桂枝具有抗炎、抗栓、扩血管等作用, 能增强冠脉血流和心肌收缩力, 改善左心室舒张功能<sup>[6]</sup>。

麝香保心丸属于纯中药制剂, 由人工麝香、人参提取物、肉桂、苏合香、人工牛黄、蟾酥、冰片组成, 临床适用于气滞血瘀所引起的胸痹; 其中人工麝香能活血化瘀、开窍醒神; 人参能大补元气、补脾益肺、安神益智; 苏合香能通窍辟秽、开郁豁痰; 人工牛黄能清热解毒、开窍醒神; 冰片能开窍止痛; 蟾酥能解毒消肿、强心止痛; 肉桂能温经通脉; 以上诸药合用, 共奏芳香温通、益气强心之功。现代药理学证实, 麝香保心丸能扩张冠状动脉, 提高心脏灌流能力, 预防心肌梗死, 提高氧自由基清除率, 维持心脏斑块稳定, 遏制冠状动脉硬化发生, 保护血管内皮细胞, 预防心室重构<sup>[7]</sup>。本研究结果显示, 研究组治疗总有效率高于对照组, 治疗后 SAQ 评分高于对照组 ( $P<0.05$ ), 表明枳实薤白桂枝汤加味联合麝香保心丸治疗 UA 患者疗效显著, 能改善患者生活质量。

不稳定心绞痛是由于动脉粥样硬化引起的心血管炎症疾病, 而血清 Hcy 和 CRP 参与炎症反应, 其水平升高预示着动脉斑块形成和破裂的危险<sup>[8]</sup>。本研究结果显示, 治疗后研究组血清 Hcy、CRP 水平低于对照组 ( $P<0.05$ ), 表明枳实薤白桂枝汤加味联合麝香保心丸治疗 UA 患者, 能降低血清 Hcy、CRP 水平。综上所述, 枳实薤白桂枝汤加味联合麝香保心丸治疗 UA 患者疗效显著, 降低血清 Hcy、CRP 水平, 改善患者生活质量。

### 参考文献

- [1]唐咏,赵帅,侯乐,等.丹红注射液联合脑心通胶囊对不稳定型心绞痛临床疗效及内皮功能影响的随机对照研究[J].中华中医药学刊, 2019,37(5):1231-1233
- [2]朱德建.枳实薤白桂枝汤对寒凝痰瘀气滞证素不稳定型心绞痛患者 FIB、D-D、Hey 及 hs-CRP 的影响[D].南京:南京中医药大学,2018
- [3]南明花,焦晓民,李爽,等.通心络胶囊治疗气虚络瘀型不稳定型心绞痛有效性和安全性分析[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(6):156-159
- [4]支英杰,赵君,赵晖,等.灯盏花素注射剂治疗不稳定型心绞痛的有效性和安全性:随机对照试验的系统评价和 Meta 分析[J].中国中药杂志,2018,43(19):3940-3955
- [5]王宇杰,杨振刚,蒋文潇,等.温阳化饮方对不稳定型心绞痛阳虚饮停证患者冠状动脉血运重建后反复心绞痛发作的影响[J].中医杂志,2020,61 (3):226-228

(下转第 9 页)

$P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组心电图 ST 段回落情况比较 研究组心电图 ST 段回落情况优于常规组 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组心电图 ST 段回落情况比较[例(%)]

组别	n	完全回落	部分回落	无回落
研究组	41	36 (87.80)	4 (9.76)	1 (2.44)
常规组	41	26 (63.41)	9 (21.95)	6 (14.63)
Z			7.107	
P			0.027	

2.2 两组 TIMI 血流分级比较 研究组 TIMI 血流分级优于常规组 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组 TIMI 血流分级比较[例(%)]

组别	n	0-1 级	II 级	III 级
研究组	41	0 (0.00)	3 (7.32)	38 (92.68)
常规组	41	2 (4.88)	12 (29.27)	27 (65.85)
Z			9.261	
P			0.010	

2.3 两组血小板聚集率比较 术前两组血小板聚集率比较,无显著性差异 ( $P > 0.05$ ); 术后 2 h、24 h 研究组血小板聚集率均低于常规组 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组血小板聚集率比较(%、 $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	术前	术后 2 h	术后 24 h
研究组	41	63.15± 8.59	39.46± 5.48	25.44± 4.55
常规组	41	64.26± 8.31	51.39± 6.03	36.26± 4.79
t		0.611	9.375	10.487
P		0.543	<0.001	<0.001

2.4 两组不良事件发生情况比较 随访 6 个月,研究组脱落 2 例,常规组脱落 3 例。研究组发生心力衰竭 1 例、典型心绞痛 1 例、轻度出血 1 例。常规组发生心力衰竭 2 例、典型心绞痛 3 例、轻度出血 1 例、重度出血 1 例。研究组不良事件发生率 7.69% (3/39) 与常规组 18.42% (7/38) 比较,差异无统计学意义 ( $\chi^2=1.126, P=0.289$ )。

## 3 讨论

急性 ST 段抬高心肌梗死临床主要表现为胸骨后长时间剧烈疼痛,发病与冠状动脉粥样硬化、血小板凝集形成血栓有关,PCI 术可改善患者心肌血供,预防非梗死区心肌重构,于短时间内挽救濒死心肌细胞<sup>[9]</sup>。但由于急性 ST 段抬高心肌梗死患者本身处于血液高凝状态,加之 PCI 术支架置入可刺激活化局部血小板聚集、黏附,易形成血栓,导致不良心血

管事件发生<sup>[9]</sup>。因此于术中给予抗血小板治疗,对预防支架内血栓形成、改善预后具有重要意义。

依替巴肽为人工合成环肽类,其模拟赖氨酸-谷氨酸-精氨酸序列,具有特异性强、半衰期短、起效快等优势<sup>[6]</sup>。本研究结果显示,研究组心电图 ST 段回落情况、TIMI 血流分级优于常规组 ( $P < 0.05$ ),提示依替巴肽联合 PCI 术治疗急性 ST 段抬高心肌梗死患者,可有效缓解患者临床症状。原因在于,依替巴肽可直接作用于冠状动脉病变处,降低病变部位血栓负荷,抑制炎症介质激活、趋化,保护血管内皮细胞,改善心肌灌注及患者临床症状。术后 2 h、24 h 研究组血小板聚集率均低于常规组 ( $P < 0.05$ ); 两组不良事件发生率比较无显著差异 ( $P > 0.05$ ),可见依替巴肽联合 PCI 术治疗急性 ST 段抬高心肌梗死患者,可有效抑制血小板聚集,且安全性高。原因在于,依替巴肽为高选择性环肽类糖蛋白 II b/IIIa 受体拮抗剂,通过阻断血小板受体 II b/IIIa 活化形成,与凝血因子 I 交联进而发挥抗血小板聚集、抗血栓作用<sup>[7]</sup>。综上所述,依替巴肽联合 PCI 术治疗急性 ST 段抬高心肌梗死患者,可有效缓解患者临床症状,抑制血小板聚集,改善术后 TIMI 血流分级,且安全性高。

## 参考文献

- [1]张宁,刘欣,尹红梅,等.急性 ST 段抬高型心肌梗死急诊冠状动脉介入治疗对心功能的影响[J].疑难病杂志,2016,15(7):670-673
- [2]商卓,郑晓群,邓根群,等.仅冠状动脉内应用依替巴肽与仅冠状动脉内应用替罗非班对行直接经皮冠状动脉介入治疗术的急性 ST 段抬高型心肌梗死患者的安全性比较[J].中国全科医学,2016,19(27):3346-3350
- [3]中国医师协会急诊医师分会.急性冠脉综合征急诊快速诊疗指南[J].中华急诊医学杂志,2016,25(4):397-404
- [4]王慧敏,刘超,储毓舜,等.经皮冠状动脉介入联合依替巴肽治疗急性 ST 段抬高型心肌梗死患者的疗效观察[J].中国循证心血管医学杂志,2018,10(12):1463-1465,1470
- [5]张明亮,沈玉华,张立敏,等.替格瑞洛对急性 ST 段抬高型心肌梗死急诊经皮冠状动脉介入患者血小板聚集率及 QT 离散度的影响[J].中国老年学杂志,2016,36(15):3667-3669
- [6]赵纯华.依替巴肽与替罗非班在急性 ST 段抬高型心肌梗死病人 PCI 治疗中的疗效及安全性对比研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(19):2434-2437
- [7]薛玲,吴伟利,贾小倩,等.冠状动脉内应用依替巴肽对急性心肌梗死患者冠状动脉无复流和心肌灌注的影响[J].中国循环杂志,2016,31(9):862-865

(收稿日期: 2019-10-22)

(上接第 7 页)

[6]张杰.枳实薤白桂枝汤加减治疗痰浊内阻冠心病不稳定型心绞痛 68 例[J].浙江中医杂志,2019,54(12):890

[7]胥广华.麝香保心丸治疗老年不稳定型心绞痛合并高血压的效果

观察[J].中国实用医药,2019,14(26):59-61

[8]李云超,刘晓静,聂浩,等.益气活血方联合大剂量阿托伐他汀对不稳定型心绞痛患者 hs-CRP、Hcy、cTnI 和 cTnT 水平的影响研究[J].河北医药,2019,41(14):2104-2108

(收稿日期: 2020-04-20)