

补阳还五汤加减联合单硝酸异山梨酯片治疗冠心病心绞痛

刘学长

(河南省郑州人民医院心内科 郑州 450003)

**摘要:**目的:探究补阳还五汤加减联合单硝酸异山梨酯片治疗冠心病心绞痛患者的疗效。方法:选取 2018 年 5 月~2019 年 8 月收治的冠心病心绞痛患者 108 例,根据治疗方案不同分为对照组和观察组,各 54 例。对照组给予单硝酸异山梨酯片治疗,观察组在对照组基础上加用补阳还五汤加减。比较两组疗效及治疗前后心绞痛发作频次与持续时间、血管内皮功能指标。结果:观察组治疗总有效率高于对照组( $P<0.05$ );治疗后观察组心绞痛发作频次及血清内皮素-1、血栓调节蛋白低于对照组,血清一氧化氮水平高于对照组,心绞痛发作持续时间短于对照组( $P<0.05$ )。结论:补阳还五汤加减联合单硝酸异山梨酯片治疗冠心病心绞痛患者,可缓解心绞痛症状,改善血管内皮功能,疗效显著。

**关键词:**冠心病;心绞痛;补阳还五汤加减;单硝酸异山梨酯片

中图分类号:R541.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.003

冠心病心绞痛主要由冠脉粥样硬化引起心肌供血不足所致,以胸痛、胸闷、气短、心悸等为主要临床表现,严重者可引发急性心血管事件<sup>[1]</sup>。现阶段,西医治疗冠心病心绞痛以硝酸酯类药物、钙离子通道阻滞剂等为主,虽有一定治疗效果,但无法从根本上延缓疾病的进展<sup>[2]</sup>。中医学认为,冠心病心绞痛主要病机为气虚血瘀、心络不通,故治疗应以补气活血通络为主<sup>[3]</sup>。本研究探讨补阳还五汤加减与单硝酸异山梨酯片联合治疗冠心病心绞痛患者的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 5 月~2019 年 8 月收治的冠心病心绞痛患者 108 例,根据治疗方案不同分为对照组和观察组,各 54 例。对照组女 20 例,男 34 例;年龄 43~78 岁,平均年龄( $59.36\pm 7.09$ )岁;心绞痛分级:I 级 10 例,II 级 14 例,III 级 19 例,IV 级 11 例。观察组女 22 例,男 32 例;年龄 42~81 岁,平均年龄( $60.45\pm 8.09$ )岁;心绞痛分级:I 级 11 例,II 级 15 例,III 级 18 例,IV 级 10 例。两组基线资料均衡可比( $P>0.05$ )。本研究经医院医学伦理委员会同意批准。

1.2 诊断标准 (1)西医诊断:胸痛多为压迫、发闷、紧缩感,持续时间 10 min 左右,最长 $<0.5$  h。(2)中医诊断:证见身倦懒言、气短乏力、心悸自汗,舌胖淡暗,面色晦暗或淡白,脉沉涩,属气虚血瘀型。

1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准 (1)符合上述诊断标准;(2)入组前 1 周内心绞痛发作频率 $>3$  次;(3)患者及家属知情并签署知情同意书。

1.3.2 排除标准 (1)合并心肌梗死、心律失常;(2)不稳定心绞痛;(3)先天性心脏病;(4)存在肝、肾、

肺、骨髓等严重病变。

1.4 治疗方法 两组均给予抗血小板聚集、降脂、扩张冠状动脉等常规治疗。对照组给予单硝酸异山梨酯片(国药准字 H10930189)治疗,10 mg/次,口服,3 次/d。观察组于对照组基础上加用补阳还五汤加减,组方:黄芪 60 g、赤芍药 10 g、地龙 10 g、川芎 15 g、桃仁 10 g、红花 15 g、桂枝 10 g、柏子仁 15 g,1 剂/d,水煎,早晚 2 次分服。两组均持续治疗 2 个月。

1.5 观察指标 (1)临床疗效。显效:胸闷、发热、气短等症状基本消失,心绞痛发作次数降低 $>80.0\%$ ;有效:症状减轻,心绞痛发作次数降低 50%~80%;无效:未达到上述标准。将显效、有效计入总有效。(2)治疗前后心绞痛发作频次及持续时间。(3)治疗前后血管内皮功能指标,包括血清内皮素-1(ET-1)、血栓调节蛋白(TM)、一氧化氮(NO)。空腹抽取 2 ml 静脉血,离心(半径 8 cm,转速 3 500 r/min,9 min),取血清,ET-1、TM 以酶联免疫吸附法测定,NO 以化学发光法测定。

1.6 统计学分析 采用 SPSS21.0 统计学软件分析数据,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用  $t$  检验;计数资料以%表示,采用  $\chi^2$  检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

| 组别       | n  | 显效        | 有效        | 无效        | 总有效       |
|----------|----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 观察组      | 54 | 24(44.44) | 27(50.00) | 3(5.56)   | 51(94.44) |
| 对照组      | 54 | 17(31.48) | 25(46.30) | 12(22.22) | 42(77.78) |
| $\chi^2$ |    |           |           |           | 6.271     |
| P        |    |           |           |           | 0.012     |

2.2 两组血管内皮功能指标比较 治疗前,两组血清 ET-1、TM、NO 水平比较 ( $P>0.05$ ), 治疗后观察

组血清 ET-1、TM 水平低于对照组,血清 NO 水平高于对照组,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组血管内皮功能指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | ET-1 (pg/ml) |              | TM (μg/L)   |              | NO (μmol/L)  |               |
|-----|----|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|---------------|
|     |    | 治疗前          | 治疗后          | 治疗前         | 治疗后          | 治疗前          | 治疗后           |
| 观察组 | 54 | 75.36± 8.29  | 51.57± 6.75* | 15.08± 2.53 | 10.42± 1.83* | 66.47± 9.16  | 91.57± 12.36* |
| 对照组 | 54 | 77.18± 9.03  | 59.35± 8.06* | 15.73± 2.85 | 12.59± 2.24* | 63.38± 10.25 | 80.06± 11.54* |
| t   |    | 1.091        | 5.438        | 1.253       | 5.513        | 1.652        | 5.002         |
| P   |    | 0.278        | <0.001       | 0.213       | <0.001       | 0.102        | <0.001        |

注:与同组治疗前比较,\* $P<0.05$ 。

2.3 两组心绞痛发作频次及持续时间比较 治疗后观察组心绞痛发作频次低于对照组,心绞痛发作持续时间短于对照组,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组心绞痛发作频次及持续时间比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | 发作频次(次/周)  |             | 持续时间(min/次) |             |
|-----|----|------------|-------------|-------------|-------------|
|     |    | 治疗前        | 治疗后         | 治疗前         | 治疗后         |
| 观察组 | 54 | 8.15± 2.31 | 2.45± 0.93* | 8.83± 1.75  | 3.12± 1.19* |
| 对照组 | 54 | 7.63± 2.08 | 5.31± 1.86* | 9.08± 1.94  | 5.43± 1.38* |
| t   |    | 1.229      | 10.106      | 0.703       | 9.316       |
| P   |    | 0.222      | <0.001      | 0.484       | <0.001      |

注:与同组治疗前比较,\* $P<0.05$ 。

3 讨论

近年来,冠心病心绞痛发生率逐年上升,愈发受到临床关注。现阶段,临床治疗以减少心绞痛发作次数、减轻临床症状、预防心肌梗死为主要目的<sup>[4]</sup>。单硝酸异山梨酯片可激活鸟苷酸环化酶,松弛血管平滑肌,扩张冠状动脉,缓解心肌缺血,并可通过扩张静脉,使心脏收缩前负荷降低,进而降低心肌耗氧量,减轻心绞痛症状<sup>[5]</sup>。

冠心病心绞痛属中医“心痛、胸痹”范畴,病位在心,证属本虚(气血阴阳不足)标实(瘀血、痰热、毒热、气滞等瘀阻脉络),虚实夹杂。心主血脉,心气不足,则血液凝滞,血阻于脉,气机不通,不通则痛,故治疗冠心病心绞痛关键在于补气活血、祛瘀通络。补阳还五汤加減重用黄芪,以温阳补气,使心有所依,心悸自止;赤芍药、地龙、川芎、桃仁、红花行气活血;桂枝为引经药,性温,味辛、甘,归心经,可辛甘化阳、温通祛寒;柏子仁性平,味甘,归心、肾经,可润肾燥、养心气、益智宁神、安魂定魄。诸药合用,共奏温阳益气、行气活血之功,血行畅达,胸痹心痛可止。现代药理研究表明,补阳还五汤具有降低血液黏稠度、改善心肌代谢、提高心肌耐氧量、解除冠状动脉痉挛等作用<sup>[6]</sup>。本研究结果显示,观察组治疗总有效率高于对照组,治疗后观察组心绞痛发作频次低于对照组,心绞痛发作持续时间短于对照组 ( $P<$

0.05)。表明补阳还五汤加減联合单硝酸异山梨酯片治疗冠心病心绞痛患者,可缓解心绞痛症状,疗效显著。研究证实,血管内皮功能损害与冠心病心绞痛的发生及病情进展密切相关<sup>[7]</sup>。ET-1 为促血管收缩因子,其水平增高可加重心肌缺血。TM 为血管内皮细胞分泌的膜糖蛋白,研究证实血清 TM 与血管内皮细胞损伤程度正相关<sup>[8]</sup>。NO 为促血管舒张因子,具有舒张血管、调节血管内皮细胞增殖等作用。本研究结果显示,治疗后观察组血清 ET-1、TM 水平显著低于对照组,血清 NO 水平高于对照组 ( $P<0.05$ )。表明补阳还五汤加減联合单硝酸异山梨酯片治疗冠心病心绞痛患者,可改善血管内皮功能。综上所述,补阳还五汤加減联合单硝酸异山梨酯片治疗冠心病心绞痛患者效果显著,值得临床推广应用。

参考文献

[1]刘立娜,石志敏.艾灸“三中”穴联合角调五音疗法对冠心病心绞痛患者临床疗效及血清心肌酶学的影响[J].成都中医药大学学报,2018,41(2):53-55.

[2]王媛,晏林,吴昊澎,等.芪红汤联合美托洛尔对冠心病心绞痛气虚血瘀型患者血浆 ET、hs-CRP、NT-proBNP 水平的影响[J].现代生物医学进展,2018,18(6):1129-1132.

[3]李刚,钟雷,宣骏梅.麝香保心丸联合美托洛尔治疗冠心病心绞痛对患者血脂水平及心电图影响研究[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(5):19-21.

[4]湛晴宇,赵荣芳,朱见玲.血塞通注射液辅助治疗冠心病不稳定型心绞痛的临床疗效及对炎性因子的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,37(34):4258-4260.

[5]姜姝,孙淼森,宋魏.参麦注射液联合长效硝酸异山梨酯对冠心病心绞痛患者血小板聚集率的影响[J].世界中医药,2019,14(8):2092-2095,2100.

[6]刘敏,杨晨曦,鹿暖,等.补阳还五汤治疗稳定型心绞痛的系统评价[J].山东中医药大学学报,2016,40(5):424-427.

[7]李海良,裴国宪,王宝宝,等.尼可地尔联合曲美他嗪对冠心病心绞痛患者心功能及血管内皮功能的影响[J].中国合理用药探索,2019,16(10):32-34,38.

[8]尚东丽,刘建华,杨菊月.益气活血护心方对冠心病心绞痛患者治疗效果及血清血管内皮生长因子的影响[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(4):507-509,541.

(收稿日期:2020-05-20)