

● 临床报道 ●

引用:陈云. 萎夏心舒丸治疗痰浊阻络型冠心病 43 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(8): 38-40.

萎夏心舒丸治疗痰浊阻络型冠心病 43 例临床观察

陈 云

(漯河市中医院, 河南 漯河, 462000)

[摘要] 目的:观察萎夏心舒丸治疗痰浊阻络型冠心病(CHD)的临床疗效。方法:选取痰浊阻络型 CHD 患者 86 例,将其随机分为治疗组和对照组,每组各 43 例。对照组给予常规西药治疗,治疗组在对照组基础上加用萎夏心舒丸治疗。比较 2 组临床疗效、治疗前后中医证候积分和血管内皮功能指标水平。结果:总有效率治疗组为 93.02% (40/43),对照组为 76.74% (33/43), 2 组比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组中医证候(心胸室闷、气短痰多、疲倦乏力)积分、血管内皮功能指标[血管内皮依赖性舒张功能(FMD)、一氧化氮(NO)、血浆内皮素(ET-1)]水平治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:萎夏心舒丸用于痰浊阻络型 CHD 的治疗,可明显改善患者临床症状,促进血管内皮功能恢复,具有较好的疗效。

[关键词] 冠心病;痰浊阻络证;中医药疗法;萎夏心舒丸;血管内皮功能

[中图分类号] R259.414 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.08.015

冠心病(coronary atherosclerotic heart disease, CHD)主要是因患者冠状动脉血管发生粥样硬化性病变,从而导致其血管腔狭窄或堵塞,引起供血不足,最终导致心肌缺血或坏死的疾病^[1]。该病发生初期无明显症状,但若不及时给予治疗将会对患者的后续治疗造成影响,严重者可出现心力衰竭或猝死。目前西医主要采用抗凝、抗血小板聚集等西药治疗或介入治疗,西药治疗虽具有一定的优势,但长期服用其毒副作用较重,且患者易产生耐药性,而介入治疗又在术后需服用大量药物以维持治疗^[2],因此两者均存在一定弊端。中医学认为 CHD 属“胸痹”“心痛”范畴,分瘀血、痰浊、气滞等多种类型。中医药治疗 CHD 是通过辨证论治从整体上改善患者的体质以及临床症状,大量研究证实中西医结合治疗本病可达事半功倍的效果^[3]。本研究在常规西药治疗的基础上加用萎夏心舒丸治疗痰浊阻络型 CHD 患者 43 例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择本院 2017 年 2 月至 2019 年 1 月收治的痰浊阻络型 CHD 患者 86 例,采用随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组各 43 例。治疗组中,男 23 例,女 20 例;平均年龄($53.48 \pm$

5.17)岁;平均体质指数(BMI) (23.22 ± 4.23) kg/m^2 。对照组中,男 25 例,女 18 例;平均年龄(54.32 ± 4.95)岁;平均 BMI (23.10 ± 3.78) kg/m^2 。2 组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。本研究已经医院伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《缺血性心脏病的命名及诊断标准》^[4]拟定。1)心电图有典型 SFT 段缺血变化。2)运动负荷试验阳性。3)冠状动脉造影至少有 1 支 $\geq 50\%$ 狭窄病变。4)经心脏超声发现心脏明显扩大。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]制定痰浊阻络证的辨证标准。主症:心胸室闷,胸痛如刺如绞。次症:气短喘促,形体肥胖,痰多口淡。舌脉:舌苔浊腻,脉弱而涩或弦滑。具备任意 1 项主症以及 2 项或 2 项以上次症者,即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)年龄 40~75 岁;3)自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并重度肝、肾、肺功能不全;

2) 近期有手术或胃溃疡病史等具有出血倾向者;
3) 过敏体质或对本研究药物过敏者; 4) 精神类疾病患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规西药治疗。阿司匹林肠溶片(临汾宝珠制药有限公司, 批准文号: 国药准字 H14023070, 规格: 25 mg/片) 口服, 2 片/次, 1 次/d; 阿托伐他汀钙片(北京嘉林药业股份有限公司, 批准文号: 国药准字 H20093819, 20 mg/片) 口服, 1 片/次, 1 次/d。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用姜夏心舒丸治疗。该药由本院药剂科制剂室制备, 药物组成: 瓜蒌、半夏、丹参、薤白、川芎、山楂、陈皮等。口服, 10 粒/次, 3 次/d。

2 组均治疗 4 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1) 临床疗效。2) 中医证候积分。参考《中药新药临床研究指导原则》^[5] 制定, 对主症(包括心胸室闷、气短痰多、疲倦乏力) 按其严重程度评分 0~3 分, 分数越高表示症状越严重。3) 血管内皮功能指标水平。包括血管内皮依赖性舒张功能(FMD)、一氧化氮(NO) 以及血浆内皮素(ET-1)。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5] 制定。显效: 气短胸闷等临床症状明显改善或基本消失, 中医证候积分减少 $\geq 70\%$; 有效: 临床症状有所好转, 中医证候积分减少 $\geq 30\%$ 、但 $< 70\%$; 无效: 临床症状无明显变化甚至加重, 中医证候积分减少 $< 30\%$ 。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计软件进行分析, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验; 计数资料以率(%) 表示, 行 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组临床疗效比较 总有效率治疗组为 93.02%, 对照组为 76.74%, 2 组比较, 差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 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	43	20(46.51)	20(46.51)	3(6.98)	40(93.02) ^a
对照组	43	18(41.86)	15(34.88)	10(23.26)	33(76.74)

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后中医证候积分比较 2 组中

医证候积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间节点	心胸室闷	气短痰多	疲倦乏力
治疗组	43	治疗前	1.60 $\pm$ 0.37	2.05 $\pm$ 0.46	1.87 $\pm$ 0.49
		治疗后	0.86 $\pm$ 0.21 ^{ab}	1.05 $\pm$ 0.37 ^{ab}	0.95 $\pm$ 0.33 ^{ab}
对照组	43	治疗前	1.52 $\pm$ 0.41	1.98 $\pm$ 0.53	1.92 $\pm$ 0.51
		治疗后	1.18 $\pm$ 0.32 ^a	1.24 $\pm$ 0.44 ^a	1.14 $\pm$ 0.40 ^a

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^b $P < 0.05$ 。

3.4.3 2 组治疗前后血管内皮功能比较 2 组 FMD、NO 和 ET-1 水平治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后血管内皮功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	FMD(%)	NO(p g/ml)	ET-1(p g/ml)
治疗组	43	治疗前	8.48 $\pm$ 0.79	44.20 $\pm$ 5.16	28.63 $\pm$ 2.42
		治疗后	10.36 $\pm$ 0.96 ^{ab}	51.80 $\pm$ 4.72 ^{ab}	24.45 $\pm$ 2.57 ^{ab}
对照组	43	治疗前	8.18 $\pm$ 0.82	45.54 $\pm$ 4.26	29.12 $\pm$ 2.35
		治疗后	9.78 $\pm$ 0.87 ^a	47.01 $\pm$ 4.05 ^a	28.07 $\pm$ 2.75 ^a

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^b $P < 0.05$ 。

4 讨论

中医学认为, CHD 是由正气亏虚、饮食失调、情志不舒、寒邪外侵等引起痰浊、瘀血、气滞、寒凝痹阻心脉的一种疾病, 该病多表现为本虚标实, 临床表现及病理变化较为复杂^[6]。其中痰浊阻络证患者主要表现为胸闷气短、形体肥胖, 并伴有倦怠乏力等症状, 且在阴雨天容易发作或者加重。该病病因关键在于外感或者内伤引起心脉痹阻, 其病位在心, 因心主血脉功能的正常运行依赖于肝主疏泄、脾主运化、肾藏精主水等功能的正常发挥, 故肝、脾、肾三脏失调也与本病的发生密切相关^[7]。肝脾运行失调, 则导致痰浊形成并痹阻于心脉, 进而导致瘀血产生而形成 CHD, 故痰浊阻络型 CHD 治疗应以通阳泄浊、豁痰开结为主^[8]。

早在东汉时期, 著名医学家张仲景在《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证并治》中就提出了治疗 CHD 的方法, 即“胸痹不得卧、心痛彻背者, 瓜蒌薤白半夏汤主之”, 以行气解郁、通阳散结、祛痰宽胸为主。现代诸多中医学家已证实了瓜蒌薤白半夏汤的疗效, 且该药已成为了目前治疗痰浊阻络证 CHD 的主要方剂^[9], 但传统汤剂存在用药量大、浪费资源、煎煮费时、不易携带等缺点, 且煎煮时间以及药液剂量不易掌握, 难以较好地发挥其药效。本

院药剂科在其基础上研制出了菱夏心舒丸,其药方组成为瓜蒌、法半夏、丹参、薤白、川芎、山楂、陈皮等,其中瓜蒌清热涤痰、宽胸散结,为清化热痰之要药;法半夏燥湿化痰、降逆止呕、消痞散结,对于湿痰、寒痰具有较好的治疗作用;丹参、川芎活血祛瘀、止痛消痞;薤白通阳散结,临床常用来治疗胸痹心痛;山楂可行气散瘀;陈皮具有理气健脾、燥湿化痰的功效。诸药合用,共奏通阳泄浊、豁痰开结之功。本研究将其用于治疗痰浊阻络型 CHD 患者,结果显示治疗组临床疗效明显高于对照组,同时中医证候积分明显低于对照组,提示菱夏心舒丸可明显改善痰浊阻络型 CHD 患者的临床症状,与单用西药比较,疗效更为显著。

现代研究表明,CHD 的中医治疗主要涉及血小板功能、血流动力学、微循环和血管内皮功能等方面的调节。有研究显示,血管内皮功能与 CHD 的发生具有相关性,内皮细胞一般覆盖于血管腔表面,对于血浆大分子物质具有屏障作用,可选择性地调节小分子至超大分子物质通过血管壁^[10]。此外,内皮细胞还具有抗凝、促凝的作用,可通过抗血栓形成而保持血液流动,同时含有的促凝因子可在血管受损时通过凝血和血栓形成维护血管壁的完整性^[11]。FMD 水平高低可反映血管内皮细胞的扩张功能,而 NO 和 ET-1 是内皮细胞分泌的血管活性物质,可调节血管的舒张和收缩,因此 FMD、NO 和 ET-1 水平可作为评估血管内皮功能的重要指标。本研究显示,治疗前 2 组患者 FMD、NO 和 ET-1 水平比较无明显差异,治疗后治疗组 FMD 和 NO 水平明显高于对照组,ET-1 明显低于对照组,提示菱夏心舒丸可有效促进痰浊阻络型 CHD 患者血管内皮功能的修复。研究显示,瓜蒌所含皂苷以及瓜蒌皮内的总氨基酸对于血管内皮损伤具有一定的保护作用^[12];同时薤白提取物能抗血小板聚集,降低动脉脂质斑块;而川芎具有扩张冠状动脉以及外周血管的作用,可在一定程度上减少血栓的形成;陈皮以及丹参则均具有增加冠脉血流量的作用。

综上所述,菱夏心舒丸用于痰浊阻络型 CHD 治疗可明显改善患者的临床症状,促进血管内皮功能恢复,具有较好的疗效,值得临床推广。

参考文献

[1] 周婷,安冬青.冠心病心绞痛中医药治法研究进展[J].中西

医结合心脑血管病杂志,2017,15(9):1055-1056.

- [2] 隋振宇,李佐静,常立娟,等.典型相关分析在 500 例冠心病患者单纯西医疗和中西医结合治疗中的应用[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(4):401-403.
- [3] 王小渠,李伯庆.中西医结合治疗冠心病不稳定型心绞痛的临床研究[J].成都医学院学报,2015,10(4):473-474.
- [4] 国际心脏病学会及世界卫生组织名称标准化联合专题组.缺血性心脏病的命名及诊断标准[J].中华心血管病杂志,1981,9(11):75.
- [5] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:41-44.
- [6] 王永刚,齐婧,钟伟,等.冠心病中医病因病机的认识与探索[J].中医杂志,2015,56(17):1449-1452.
- [7] 卢红蓉,李海玉,李志更,等.基于现代文献的冠心病中医病因病机概念研究[J].吉林中医药,2018,38(5):7-9.
- [8] 张玲.补肾化痰豁痰法联合硝酸异山梨酯片对冠心病心绞痛痰浊阻痹证患者脂代谢及临床症状指标的影响[J].四川中医,2017,35(7):81-83.
- [9] 单自琴,许剑健.瓜蒌薤白半夏汤加减治疗冠心病心绞痛痰浊阻痹证对于心肌血运重建的影响[J].世界中医药,2017,12(1):53-56.
- [10] 张秀洲,刘福艳,李静,等.血管内皮功能和同型半胱氨酸对老年冠心病患者发病的相关性探讨[J].中华老年心脑血管病杂志,2015,17(12):1268-1270.
- [11] 武云涛,田国祥,张薇.血管内皮功能失调与冠心病急性缺血发作的机制探讨[J].中国循证心血管医学杂志,2018,10(7):888-890.
- [12] 刘莉,牛新萍.瓜蒌皮注射液对稳定型心绞痛痰瘀互结证血管内皮功能的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(1):3-5.

(收稿日期:2019-10-1)

立秋药膳(二)

芡实山药糊

材料:芡实 500g,山药 500g,糯米粉 500g,白糖 500g。制法:芡实、山药晒干后磨成细粉,将糯米粉与白糖加入调匀。服法:取混合粉 50~100g,加入冷水调成稀糊状,加热烧熟。每天早晨空腹温服。功效:健脾止泻。主治:寒食困脾之腹泻。点评:该方源自《本草新编》。芡实、山药均入脾肾,是健脾除湿要药。山药偏甘味而健脾,芡实偏涩味而收敛,配合糯米粉可治虚寒腹泻。糯米黏滞,难以消化,所以每次用量不能太多,急性细菌性腹泻、菌痢者忌用。白糖补虚和中,口味清淡者可以酌减。如果湿热困脾,可以选用西瓜皮、金银花、蒲公英等加入熬糊。(http://www.cntcm.com.cn/yskp/2020-08/11/content_79331.htm)