

养阴安神健脾方 治疗气阴两虚型冠心病稳定性心绞痛疗效 及对中医证候与心功能的影响

郝月姣¹, 司丹丹¹, 邵 静^{2*}

(1. 河南中医药大学, 河南 郑州 450000; 2. 河南中医药大学第一附属医院, 河南 郑州 450000)

摘要:目的 研究养心安神健脾方治疗气阴两虚型冠心病(CHD)稳定性心绞痛(SAP)的临床效果。方法 119例CHD SAP(气阴两虚型)患者随机分为对照组($n=59$)与研究组($n=60$),按指南予基础治疗,研究组加用养心安神健脾方,评估两组疗效、治疗前后主要中医证候积分、心肌细胞能量代谢[游离脂肪酸(NEFA)、血管内皮功能[一氧化氮(NO)、内皮素-1(ET-1)、血管紧张素Ⅱ(AngⅡ)],心功能[左室射血分数(LVEF)、左室舒张末期内径(LVEDD)、每搏输出量(SV)、室性期前收缩次数及心绞痛发作情况]的变化,统计硝酸甘油停减率及治疗不良反应发生情况。结果 研究组治疗效果、硝酸甘油停减率高于对照组($P<0.05$);研究组治疗4周主要中医证候积分低于对照组,NEFA、ET-1、AngⅡ、LVEDD低于对照组,NO、LVEF、SV高于对照组($P<0.05$);室性期前收缩次数及心绞痛发作程度、次数及频率均低于对照组($P<0.05$);两组治疗不良反应发生率比较无统计学差异($P>0.05$)。结论 加用养心安神健脾方治疗SAP(气阴两虚型)疗效肯定,可改善中医证候积分、血管内皮功能、心肌细胞代谢及患者心功能,安全有效。

关键词:冠心病; 稳定性心绞痛; 养心安神健脾方; 气阴两虚; 心功能

DOI标识: doi: 10.3969/j.issn.1008-0805.2021.07.37

中图分类号: R284.2 文献标识码: A 文章编号: 1008-0805(2021)07-1676-03

冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病,coronary atherosclerotic heart disease,CHD)多发于中老年群体,男性居多^[1]。稳定性心绞痛(stable angina pectoris,SAP)系CHD常见心绞痛类型,多以劳力或情绪为诱因,疼痛可卧床休息或服用硝酸甘油类药物后缓解,病情多稳定^[2]。但近年来统计报道发现,我国SAP发病率有所上升,且趋向年轻化,部分甚至出现难以控制心悸、胸闷症状,影响生活质量^[3]。对SAP西医治疗以药物及手术为主,但较多药物对心律调节存在一定的负面影响,可能造成恶性心律失常,且使用不当可能引起严重毒副反应^[4]。心脏介入手术治愈率虽较高,但部分可能出现支架内再狭窄,且术后长期服用抗凝、抗血栓药物安全性欠佳^[5]。中医药治疗SAP则有丰富经验,有独特辩证优势。祖国医学上将SAP归于“胸痹”“心痛”范畴,认为本病发生主要与饮食不当、情志不畅、寒邪内侵、年迈体虚等有关,病位在心,累及脾、肝、肾,本虚标实,以气阴两虚、阳气虚衰为本,以血瘀、气滞、痰浊及寒凝等为标,证型以气阴两虚多见,需重视

健脾益气、养阴安神。养心安神健脾方由黄芪、麦冬、五味子、丹参、酸枣仁、茯苓、红花、甘草等药物组成,以益气养阴为主,辅以健脾、宁心、安神、活血化瘀,攻补兼施,补气为主,集安神、活血、养阴、益气为一体。已证实对冠心病心绞痛效果较好^[6]。但对其用于治疗SAP的报道相对少见。为探讨养心安神健脾方治疗SAP(气阴两虚型)的临床价值,现对收治的119例患者展开随机对照研究,从疗效、心肌细胞代谢、血管内皮功能、心功能及安全性方面探究其治疗的可行性。报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选择2018年1月至2020年2月我院收治的符合诊断标准、纳入与排除标准的CHD SAP(气阴两虚型)患者119例。按照奇偶数编号,以随机数字表法分为对照组($n=59$)与研究组($n=60$)。两组性别、年龄、病程、心功能分级、基础疾病、吸烟及饮酒情况等资料对比差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 两组一般资料对比($\bar{x}\pm s$)

组别	病例数		年龄 /岁	病程 /月	心功能分级/例			基础疾病/例			吸烟 /例	饮酒 /例	
	总例数	男			女	I级	II级	III级	糖尿病	高血压			高脂血症
研究组	60	36(60.00)	24(40.00)	59.63±10.57	23.75±5.41	32(53.33)	18(30.00)	10(16.67)	10(16.67)	32(53.33)	14(23.33)	32(53.33)	13(21.67)
对照组	59	34(57.63)	25(42.37)	60.02±13.34	22.76±6.35	30(50.85)	20(33.90)	9(15.25)	11(18.64)	29(49.15)	16(27.12)	30(50.85)	11(18.64)

括号中数据为所占百分比

1.2 病例选择标准

1.2.1 西医诊断标准 满足慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南中SAP相关标准^[7]:心绞痛部位位于胸骨或胸前区,放射至左手内侧面或左臂或颈咽下颌,发作时间短,每次发作部位相似;紧缩感或发闷感,重者有窒息感,个体差异大;多为阵发性,含服硝酸

甘油可缓解;劳力因素及情绪激动为诱因;4周内上述特征无明显改变。

1.2.2 中医诊断标准 满足国家中医药管理局中医病证诊断疗效标准胸痹气阴两虚证型标准^[8];以胸闷、心胸痛为主症,乏力倦怠、心悸气短、失眠心烦、盗汗潮热为次症,质红,无苔或少苔,脉弱或细数,满足主证及次证2项以上结合舌脉象即可确诊。

1.2.3 纳入标准 满足CHD SAP中西医诊断标准;年龄30~79岁,男女不限;心功能分级I~III级;经心脏超声、冠脉血管造影等确诊;经评估依从性好;已签订知情同意书。

1.2.4 排除标准 其他原因所致胸痛;除气阴两虚证型外其他证型;合并精神疾病;严重肝肾肺功能不全;过敏体质;造血系统原发病;全身免疫系统疾病;近期手术史;全身恶性肿瘤;药物依赖

收稿日期:2020-12-14; 修订日期:2021-05-10

基金项目:国家自然科学基金(81641147)

作者简介:郝月姣(1993-),女(汉族),河南新乡人,河南中医药大学在读硕士研究生,主要从事中医药防治心血管疾病研究工作。

* 通讯作者简介:邵 静(1963-),女(汉族),河南开封人,河南中医药大学第一附属医院教授,研究生导师,学士学位,主要从事中医内科学工作。

或有长期酗酒史; 孕期、哺乳期或计划妊娠女性; 参与其他临床试验者。

1.2.5 脱落标准 受试者研究期间出现其他危重急症; 药物出现严重不良反应无法耐受不适合继续者。

1.3 方法

1.3.1 实验设计 采用随机对照研究, 以住院号奇偶数分组, 随机数字表法分为对照组 ($n=59$) 与研究组 ($n=60$), 对照组参照指南给予常规治疗, 研究组加用养阴安神健脾方。

1.3.2 治疗方法

1.3.2.1 对照组 参照指南^[9] 给予西医基础治疗, 进行调脂、控制血压、抗血小板聚集、调节心率等冠心病二级预防治疗, 具体如下: 口服阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司生产, 国药准字 J20130078), 100 mg/次, 1 次/d; 单硝酸异山梨酯片(北京京丰制药有限公司生产, 国药准字 H20093525) 10 mg/次, 3 次/d, 口服; 口服瑞舒伐他汀钙片(阿斯利康药业有限公司生产, 国药准字 J20170008) 5 mg/次, 1 次/d; 酒石酸美托洛尔片(阿斯利康制药有限公司生产, 国药准字 H32025391) 25 mg/次, 1 次/d, 口服; 厄贝沙坦片(江苏恒瑞医药股份有限公司生产, 国药准字 H20000513) 75 mg/次, 1 次/d, 口服, 疗程 4 周。

1.3.2.2 研究组 在对照组基础上加用自拟养阴安神健脾方治疗, 方剂组成: 黄芪、麦冬、丹参各 30 g, 川芎、酸枣仁、茯苓、红花各 15 g, 五味子 10 g, 甘草各 9 g。水煎服, 每日 1 剂, 分早晚 2 次温服, 疗程 4 周。

1.4 评价指标 ①疗效。治疗 4 周后参照中药新药临床研究指导原则^[10] 评估治疗效果。显效: SAP 心绞痛症状及体征消失, 发作次数明显减少、持续时间短, 次数少, 在可控范围, 主要中医症候积分减少超过 70%; 有效: 心绞痛发作次数减少, 程度减轻, 持续时间缩短, 中医症候积分减少 30%~70%; 无效: 症状及体征无任何改善, 中医症候积分减少不及 30% 或有增多。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数 $\times 100.0\%$ 。②中医症候积分。治疗前、治疗 4 周均参照文献^[11] 进行中医症候评估, 包括胸闷、心胸痛、心悸气短、乏力倦怠、失眠心烦、盗汗潮热症状(各症状按严重程度分为: 0 分: 无症状; 1 分: 轻度; 2 分: 中度; 3 分: 重度) 及舌象(0 分: 正常; 2 分: 少苔或舌质淡、嫩红) 及脉象(0 分: 正常; 2 分: 脉细数或结代) 等方面, 分数越高, 表示症状越严重。③心肌细胞能量代谢。治疗前、治疗 4 周均采集患者空腹外周静脉血 2 mL, 采用酶法测定游离脂肪酸(non-esterified fatty acid, NEFA), 试剂盒购自美国 Sigma 公司, 按试剂使用说明操作。④血管

内皮功能。治疗前、治疗 4 周均采集外周静脉血 5 mL, 采用酶联免疫吸附试验法测定血清一氧化氮(nitric oxide, NO)、内皮素-1(endothelin 1, ET-1)、血管紧张素 II(angiotensin II, Ang II) 水平, 试剂盒购自美国 R&D 公司, 均严格按试剂使用说明操作。

⑤心功能。治疗前、治疗 4 周均采用德国西门子公司 ACUSONS 2000 型彩色多普勒超声仪测定两组左室射血分数(left ventricular ejection fraction, LVEF)、左室舒张末期内径(left ventricular end diastolic diameter, LVEDD)、每搏量(stroke volume, SV); 进行心电图检查, 统计室性期前收缩次数; 参照文献^[12] 评估两组治疗期间心绞痛发作次数(无: 0 分; 每周发作 2~6 次: 2 分; 每日发作 1~3 次: 4 分; 每日发作超过 4 次: 6 分)、持续时间(无: 0 分; 每次持续不超过 5 min: 2 分; 每次持续 6~10 min: 4 分; 每次持续 10 min 以上: 6 分) 及疼痛程度(无疼痛: 0 分; 轻度疼痛: 2 分, 发作时经休息可缓解; 中度疼痛: 4 分, 发作时需药物缓解, 缓解后可正常进行日常活动; 重度疼痛: 6 分, 频繁发作, 对日常生活有影响)。⑥硝酸甘油停减率。统计治疗前、治疗 4 周两组硝酸甘油使用情况, 分为停用(治疗后未服用硝酸甘油)、减量(硝酸甘油用量较基线减少超过 50%) 与不变(硝酸甘油用量治疗前后无明显变化或减少不足 50%) 统计停减率(停减率 = 停用率 + 减量率)。⑦安全性。均统计两组治疗期间不良反应发生情况。

1.5 统计学方法 运用 SPSS 21.0 软件分析数据, 计量数据(经检验满足正态性及方差齐性要求)、计数数据分别以($\bar{x} \pm s$)、频数(构成比 [$n(\%)$]) 表示, 分别采用 t 检验、 χ^2 检验或 Fisher 确切概率分析, 等级资料秩和检验, 检验水准双侧 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较 研究组疗效等级高于对照组 ($u=2.883, P=0.004 < 0.005$), 总有效率均高于对照组 ($\chi^2=5.255, P=0.022 < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗效果比较

组别	例数	显效		有效		无效		总有效	
		例	率/%	例	率/%	例	率/%	例	率/%
研究组	60	39	65.00	16	26.67	5	8.33	55	91.67 Δ
对照组	59	24	40.68	21	35.59	14	23.73	45	76.27

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

2.2 两组治疗前后中医症候积分比较 治疗 4 周, 研究组胸闷、心胸痛、心悸气短、乏力倦怠、失眠心烦、盗汗潮热、舌象、脉象积分低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	胸闷积分		心胸痛积分		心悸气短积分		乏力倦怠积分	
		治疗前	治疗 4 周						
研究组	60	2.45 \pm 0.57	1.02 \pm 0.36 $^{*\Delta}$	2.53 \pm 0.47	1.11 \pm 0.35 $^{*\Delta}$	2.48 \pm 0.63	1.23 \pm 0.40 $^{*\Delta}$	2.26 \pm 0.51	1.01 \pm 0.32 $^{*\Delta}$
对照组	59	2.51 \pm 0.49	1.51 \pm 0.49 *	2.55 \pm 0.51	1.49 \pm 0.43 *	2.57 \pm 0.71	1.67 \pm 0.53 *	2.34 \pm 0.45	1.34 \pm 0.43 *
组别	例数	失眠心烦积分		盗汗潮热积分		舌象积分		脉象积分	
		治疗前	治疗 4 周						
研究组	60	2.01 \pm 0.62	0.78 \pm 0.23 $^{*\Delta}$	2.13 \pm 0.57	0.97 \pm 0.31 $^{*\Delta}$	1.33 \pm 0.24	0.51 \pm 0.15 $^{*\Delta}$	1.45 \pm 0.35	0.64 \pm 0.21 $^{*\Delta}$
对照组	59	1.97 \pm 0.59	0.98 \pm 0.31 *	2.16 \pm 0.63	1.34 \pm 0.42 *	1.35 \pm 0.31	0.78 \pm 0.22 *	1.51 \pm 0.43	0.81 \pm 0.15 *

同组治疗前、后比较, $^* P < 0.05$; 与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

2.3 两组治疗前后心肌细胞能量代谢对比 治疗前、治疗 4 周研究组 NEFA 水平分别为 (0.83 \pm 0.25) mmol \cdot L⁻¹、(0.42 \pm 0.12) mmol \cdot L⁻¹, 对照组治疗前、治疗 4 周 NEFA 水平分别为 (0.85 \pm 0.31) mmol \cdot L⁻¹、(0.71 \pm 0.23) mmol \cdot L⁻¹, 治疗前, 两组 NEFA

比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$) 治疗 4 周, 研究组 NEFA 低于对照组 ($P < 0.05$)。

2.4 两组治疗前后血管内皮功能对比 治疗 4 周, 研究组 NO、ET-1、Ang II 水平低于对照组 ($P < 0.05$) 见表 4。

表 4 两组治疗前后血管内皮功能对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	NO/ μ mol \cdot L ⁻¹		ET-1/ng \cdot mL ⁻¹		Ang II/pg \cdot mL ⁻¹	
		治疗前	治疗 4 周	治疗前	治疗 4 周	治疗前	治疗 4 周
研究组	60	35.87 \pm 10.02	75.04 \pm 15.65 $^{*\Delta}$	122.65 \pm 30.14	47.25 \pm 15.06 $^{*\Delta}$	176.52 \pm 51.23	82.23 \pm 20.63 $^{*\Delta}$
对照组	59	36.14 \pm 8.75	59.35 \pm 12.14 *	123.57 \pm 26.77	59.52 \pm 12.34 *	180.26 \pm 45.69	115.75 \pm 17.52 *

同组治疗前、后比较, $^* P < 0.05$; 与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

2.5 两组治疗前后心功能比较 治疗 4 周, 研究组 LVEF、SV 高于对照组 ($P < 0.05$), 心绞痛发作次数、持续时间、疼痛程度评分均低于对照组, LVEDD 低于对照组 ($P < 0.05$), 室性前收缩次数少于对照组 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组治疗前后心功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	LVEF/%		LVEDD/mm		SV/ml · min ⁻¹		每天室性前收缩次数	
		治疗前	治疗 4 周	治疗前	治疗 4 周	治疗前	治疗 4 周	治疗前	治疗 4 周
研究组	60	40.52 ± 7.01	53.25 ± 10.14* [△]	48.65 ± 7.87	42.25 ± 5.51* [△]	65.25 ± 10.26	82.75 ± 15.23* [△]	891.25 ± 160.65	116.23 ± 25.75* [△]
对照组	59	39.96 ± 8.11	45.59 ± 7.68*	49.01 ± 6.05	46.21 ± 2.34*	67.52 ± 12.37	76.35 ± 7.14*	886.75 ± 175.14	268.52 ± 50.57*

组别	心绞痛发作次数评分/分		心绞痛持续时间评分/分		心绞痛程度评分/分	
	治疗前	治疗 4 周	治疗前	治疗 4 周	治疗前	治疗 4 周
研究组	3.65 ± 1.01	1.42 ± 0.34* [△]	3.87 ± 0.98	1.53 ± 0.44* [△]	3.59 ± 1.12	1.21 ± 0.36* [△]
对照组	3.75 ± 1.23	1.98 ± 0.51*	3.93 ± 1.1	2.01 ± 0.52*	3.63 ± 1.17	1.57 ± 0.41*

同组治疗前、后比较, * $P < 0.05$; 与对照组比较, [△] $P < 0.05$

2.6 两组硝酸甘油停减率对比 研究组停药 23 例, 减量 36 例, 不变 1 例, 停减率为 98.33% (59/60); 对照组停药 13 例, 减量 36 例, 不变 10 例, 停减率为 83.05% (49/59), 研究组停减率高于对照组 ($\chi^2 = 8.282, P = 0.004 < 0.05$)。

2.7 两组治疗不良反应发生率比较 治疗期间对照组出现胃肠道反应 4 例, 头痛 2 例, 总不良反应发生率为 10.17% (6/59); 研究组 3 例胃肠道不良反应, 3 例头痛, 总不良反应发生率为 10.00% (6/60), 两组不良反应发生率对比差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.001, P = 0.976 > 0.05$)。均未经特殊处理, 停药后自行缓解。

3 讨论

SAP 胸痛发作时常有劳力或情绪诱因, 心绞痛持续时间及疼痛时间多固定。现代医学认为 SAP 发生主要与血栓形成、平滑肌细胞增殖及脂质浸润等有关, 动脉硬化所致冠脉狭窄或闭塞时, 冠脉扩张减弱, 血流量减少, 在过度体力活动、情绪激动时心脏负荷增多, 耗氧量增多, 冠脉血供无法满足心肌需求, 心肌细胞乳酸、丙酮酸等代谢产物蓄积, 刺激心脏自主神经, 诱发心绞痛, 出现胸闷、胸痛等症^[13]。西医方面多通过硝酸酯类药物缓解胸痛症状, 虽可减少心肌氧耗, 但可能出现心律失常、头痛等不良反应, 导致治疗终止, 影响疗效^[14]。

SAP 在祖国医学上属“胸痹”“心痛”范畴, 属本虚标实之证, 劳逸失度、六淫侵袭、饮食不节、情志不畅等耗损气血阴阳, 心气亏虚, 心血不足, 不能推动气血运行, 遂致胸闷、心悸症状, 动则加重; 若病情进展, 气血虚弱加重, 血流停滞, 心脉痹阻, 不能濡养心脏, 气阴两虚, 无法通过卧床休养、调节生活方式改善, 需辅以药物治疗。《仁斋直指方》云“气为血帅。”认为气主导脏腑经络功能, 劳心过度, 耗损气血, 心气不足, 无力运血, 凝滞心脉, 故乏力、胸痛、气短。劳则耗损气血, 故该症状遇劳加重。而素体亏虚, 思虑过度, 心阴耗损, 心失所养, 阴不敛阳, 心神不安, 故症见失眠、心烦。在此阶段胸痹者气阴亏虚, 而气为阳, 阳气旺则生机燃, 气血行; 血为阴, 阴血润得以充盈心脉, 循环有序, 故阳气盛, 血活淤化, 痰消浊散, 气血通畅, 养心脉, 通脉络, 故在治疗方面当重视活血化瘀、健脾安神、养阴益气, 兼顾标本。

养阴健脾安神方以安神宁心、养阴益气、活血散瘀为立方之基础, 气虚运血无力, 气机运行不畅, 阴虚内热, 多用寒凉性药物凉血滋阴, 清化热瘀。方中黄芪为补气药, 入脾肺经, 擅补脾气, 为补中益气典型药物, 为君药, 其主要成分黄芪皂苷有典型强心功效, 同时可提高超氧化物歧化酶活性, 清除氧自由基^[15]。张东伟等^[16]报道黄芪主要成分可改善心肌缺血, 强化机体免疫, 扩张冠脉。麦冬入心肺胃经, 养阴生津。药理研究证实, 麦冬有效成分黄酮可减轻心肌缺血, 抑制血小板聚集, 存在典型抗血栓作用^[17]。丹参入脾胃经, 擅补血补气。现代药理证实, 丹参主要成分可扩血管、降低, 改善微循环, 强化造血系统功能, 提高机体免疫力^[18]。茯苓可安神宁心、镇静催眠、补益心脾; 川芎、红花散瘀止痛、安神消心烦、通达气血; 酸枣仁养心阴、益心血, 养心养神; 五味子益气宁心、生津补肾, 上述药物皆为臣药, 相辅相成。而甘草益气复脉、补益心气, 为佐药, 诸药合用, 以补法为主, 攻补

兼施, 为滋阴安神健脾良方, 针对气阴两虚病机, 发挥活血、安神、养阴、心气、健脾之效。已有证据显示, 围绕滋阴、安神为主的中药复方对治疗心绞痛有积极的作用^[19]。本研究中, 对照组给予西医对症处理, 研究组加用养阴安神健脾方, 发现研究组患者总疗效优于对照组, 患者中医症状积分改善情况优于对照组, 心肌细胞能量代谢指标 NEFA 明显降低, 支撑上述研究结论, 说明加用养阴安神健脾方治疗 SAP 存在典型增益作用, 更利于改善心功能, 调节心肌能量代谢, 减轻心肌缺血、缺血损伤。考虑与养阴安神健脾方立方针对 SAP 神志不安、气阴两虚病机, 重视宁心安神、养阴益气、活血散瘀及健脾, 可明显改善 SAP 心绞痛症状, 扩张冠脉, 抗心肌缺血、缺氧, 提升心肌细胞耐缺氧、缺血能力, 故而改善病情, 减少心绞痛发作频次。

近年来, 越来越多证据显示, 血管内皮功能受损与心血管疾病密切相关^[20, 21]。本研究发现, 治疗前, SAP 患者 ET-1、Ang-II 等缩血管因子水平均上升, 而 NO 舒血管因子水平降低, 这与前期报道结论相同, 提示 SAP 患者大多心脏负荷重, 造成心肌纤维化, 引起血管紧张素系统活化, 造成血管内皮功能受损, 加重心功能受损。而研究组治疗 4 周, 缩血管因子水平降低, NO 水平上升, 与对照组有明显差异, 提示加用养阴安神健脾方可减轻 SAP 患者血管内皮功能受损, 考虑加用养阴安神健脾方可益气活血, 舒经通络, 止痛理气, 散心膈之淤, 通络止痛, 减轻血管内皮功能受损, 降低心脏负荷, 有助于改善心肌功能。本研究还发现, 研究者治疗 4 周左室功能及心脏舒张功能改善, LVEF、SV 上升, LVEDD 减少, 室性前收缩次数减少, 心绞痛频率、持续时间及程度均较对照组降低, 考虑加用养阴安神健脾方可补中益气、泻火滋阴、健脾益肺、清心除烦、宁心安神、通脉活血, 药物主要成分有强心功效, 拮抗动脉粥样硬化, 抗血栓, 调节心肌细胞能量代谢, 减轻心肌受损, 增加冠脉血流量, 逆转心室重构, 改善左室功能, 减少心绞痛发作。本结果还显示, 研究组硝酸甘油停减率高于对照组, 这与相关报道结论^[22]一致, 考虑加用养阴安神健脾方可减少心绞痛发作, 故而减少硝酸甘油用药频次及用量, 提高硝酸甘油停减率。此外, 本研究结果还显示, 两组不良反应发生率比较无统计学差异, 提示加用养阴安神健脾方治疗 CHD SAP(气阴两虚型)安全性肯定。

综上, 在对症治疗基础上加用养阴安神健脾方治疗 CHD SAP(气阴两虚型)可改善患者心绞痛症状, 优化疗效, 改善中医症候积分, 提高心功能, 改善血管内皮功能, 安全可行, 存在临床应用价值。

参考文献:

- [1] Li Y, Zhu G M, Ding V, et al. Assessing the Relationship Between American Heart Association Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk Score and Coronary Artery Imaging Findings [J]. J Comput Assist Tomog, 2018, 42(6): 898.
- [2] Roberts W C. Quantitative Extent of Atherosclerotic Plaque in the Major Epicardial Coronary Arteries in Patients with Fatal Coronary Heart

- Disease, in Coronary Endarterectomy Specimens in Patients with Non - Fatal Coronary Artery Disease, in Aorta - Coronary Saphenous Venous Conduits, and Means to Prevent the Plaques: a Review after Studying the Coronary Arteries for 50 Years[J]. *Am J Cardiol*, 2018, 121(11): 1413.
- [3] 徐一兰,高杉,许慧愚,等.冠心病稳定性心绞痛痰瘀互结证多中心、小样本、精细化临床研究方案[J]. *天津中医药*, 2018, 35(2): 86.
- [4] Liao W J, Ma X H, Li J, et al. A review of the mechanism of action of Dantonic[®] for the treatment of chronic stable angina[J]. *Biomed Pharmacother*, 2019, 109: 690.
- [5] 张钦焱,马淑梅.静脉注射尼可地尔对行经皮冠状动脉介入治疗的不稳定性心绞痛患者的心肌保护作用[J]. *实用药物与临床*, 2020, 23(1): 38.
- [6] 高金柱,徐凤芹.慢性稳定性心绞痛的中医临床研究现状[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2016, 22(9): 1281.
- [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.
- [8] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [9] 中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组,中华医学会心血管病学分会动脉粥样硬化与冠心病学组,中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会,等.稳定性冠心病诊断与治疗指南[J]. *中华心血管病杂志*, 2018, 46(9): 680.
- [10] 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: 73.
- [11] 周仲英. 中医内科学 第2版[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 297.
- [12] 段文慧,徐浩,王翠萍,等.活心丸(浓缩丸)治疗冠心病稳定性心绞痛气虚血瘀证——一项多中心、随机、双盲、安慰剂对照临床研究[J]. *中国循证心血管医学杂志*, 2016, 8(9): 1110.
- [13] Werdan K, Ebel H, Nuding S, et al. Ivabradine in Combination with Metoprolol Improves Symptoms and Quality of Life in Patients with Stable Angina Pectoris: A post hoc Analysis from the ADDITIONS Trial[J]. *Cardiology*, 2016, 133(2): 83.
- [14] 白志冬,乔树洲,党涛,等.硝酸甘油联合冠心丹参滴丸治疗老年冠脉支架术后稳定性心绞痛的临床疗效[J]. *西北国防医学杂志*, 2020, 41(5): 303.
- [15] 王竞静,农汝楠,覃乐,等.基于网络药理学的黄芪抗肝损伤作用机制研究[J]. *中国药师*, 2020, 23(6): 1022.
- [16] 张东伟,赵宏月,李全生,等.黄芪甲苷及人参皂苷 Rg1 对高脂大鼠心肌缺血再灌注损伤后心肌线粒体自噬的影响[J]. *中华中医药学刊*, 2020, 38(3): 60.
- [17] 范明明,张嘉裕,张湘龙,等.麦冬的化学成分和药理作用研究进展[J]. *中医药信息*, 2020, 37(4): 130.
- [18] 杨帆,戚莹雪,张永清.丹参地上部分化学成分与药理作用研究进展[J]. *中成药*, 2020, 42(6): 1558.
- [19] 周欢,张军平,韩辉茹,等.基于“血-脉-心-神”一体观探讨方证对应模式干预稳定性心绞痛疗效的生物学基础[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2019, 25(5): 634-714.
- [20] Mygind N D, Michelsen M M, Pena A, et al. Coronary microvascular function and myocardial fibrosis in women with angina pectoris and no obstructive coronary artery disease: the iPOWER study[J]. *J Am Heart Assoc*, 2016, 5(3): e003064.
- [21] Rahman M S, Murphy A J, Woollard K J. Effects of dyslipidaemia on monocyte production and function in cardiovascular disease[J]. *Nat Rev Cardiol*, 2017, 14(7): 387.
- [22] 周鹏飞.保元养心方治疗冠心病稳定性心绞痛(气阴两虚兼血瘀型)的临床试验及机理研究[D].河南中医药大学硕士学位论文, 2017.

胃息肉中医证候与中医体质相关性的研究

梁峻尉^{1,2},白文筠¹,王晓燕³,闫华¹,迟莉丽^{1*}

(1. 山东中医药大学附属医院,山东 济南 250014; 2. 山东中医药大学第一临床医学院,山东 济南 250014; 3. 山东中医药大学针灸推拿学院,山东 济南 250014)

摘要:目的 研究胃息肉的中医证候分布规律与中医体质间的相关性。方法 收集胃息肉患者资料进行中医辨证分型,通过《中医体质分类与判定自测表》对胃息肉患者进行中医体质分析。经卡方检验、Fisher 检验、秩和检验、Spearman 等统计学方法进行相关性分析。结果 阳虚质中 44.7% 为脾胃虚寒证,气郁质中 51.7% 为肝郁脾虚证,湿热质中 87.0% 为湿热内蕴证,对 150 例胃息肉患者中医体质与证候进行相关性分析,经 Spearman 检验 $P < 0.05$ 。结论 胃息肉患者的中医证候分布与体质有显著相关性。

关键词:胃息肉; 中医证候; 中医体质

DOI 标识: doi: 10.3969/j.issn.1008-0805.2021.07.38

中图分类号: R256.33 文献标识码: A 文章编号: 1008-0805(2021)07-1679-03

胃息肉(Gastric Polyp, GP)是指起源于胃黏膜及黏膜下层的隆起型病变,内镜下表现为扁平无蒂或带蒂的病理损害,可为单发或多发^[1]。胃息肉临床表现缺乏特异性,合并慢性胃炎等其

它胃内疾病时多表现为上腹部隐痛、胀满不适等。部分患者胃息肉反复发作,随着人均 GDP 的升高,人们对医疗健康问题也更加关注,GP 的检出率也逐渐增高,在人们对该病认识程度逐渐加深的过程当中,因其具有癌变性,会影响生活质量而被广泛关注^[2,3]。“正气存内,邪不可干”,正气的强弱盛衰是由机体的素体体质所决定的。不同体质在一定程度上决定着疾病的证候类型及对治疗反应的差异性,因此研究胃息肉患者的中医证候分布与体质间的相关性对胃息肉患者的治疗很有指导意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2018 年 1 月 1 日至 2019 年 2 月 31 日在山东中医药大学附属医院脾胃病科治疗,经内镜检查诊断为胃息肉的患

收稿日期: 2021-01-10; 修订日期: 2021-07-22

基金项目: 山东省保健科技局科研项目(SDBJKT20180113)

作者简介: 梁峻尉(1983-)男(汉族),山东威海人,山东中医药大学附属医院主治医师,在读博士研究生,主要从事消化系统疾病的临床研究工作。

* 通讯作者简介: 迟莉丽(1962-)女(汉族),山东烟台人,山东中医药大学附属医院主任医师,博士学位,主要从事消化系统疾病的基础及临床研究。