

- [4] GOLDIN R L, MATSON J L. DSM-5[M]. New York: Springer New York, 2015.
- [5] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南: 中医病证部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008.
- [6] 程莘农. 中国针灸学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1986.
- [7] PERLIS M, JUNGQUIST C, SMITH M T 著. 张斌译. 失眠的认知行为治疗: 逐次访谈指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [8] 刘凤斌, 郎建英, 赵利, 等. 中医健康状态量表的研制[J]. 中山大学学报(医学科学版), 2008, 29(3): 332-336.
- [9] 王永炎, 鲁兆麟. 中医内科学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [10] LI N, LIU J, WANG M, et al. Sedative and hypnotic effects of schisandrin B through increasing GABA/Glu ratio and upregulating the expression of GABAA in mice and rats [J]. Biomed Pharmacother, 2018, 103: 509-516.
- [11] 宋美卿, 冯玛莉, 贾力莉, 等. 蛇床子的镇静催眠作用、宿醉反应和耐受性[J]. 现代药物与临床, 2010, 25(1): 41-44.
- [12] 许光辉. 红景天苷镇静催眠作用的药理学研究[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2007.
- [13] 阮琴, 姜科声, 何新霞, 等. 川芎挥发油对小鼠神经功能的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(S1): 23-25.
- [14] 杨波, 纪宏宇, 郑东友, 等. 基于疾病动物模型的中药药理学研究进展[J]. 药学实践杂志, 2017, 35(2): 112-115, 153.

【责任编辑: 陈建宏】

瓜蒌薤白桂枝汤治疗痰浊内阻型冠心病稳定型心绞痛的临床观察

刘桢君¹, 陈会君²

(1. 黑龙江中医药大学, 黑龙江哈尔滨 150040; 2. 黑龙江中医药大学附属第二医院, 黑龙江哈尔滨 150001)

摘要:【目的】观察瓜蒌薤白桂枝汤治疗痰浊内阻型冠心病稳定型心绞痛的临床疗效。【方法】将60例痰浊内阻型冠心病稳定型心绞痛患者随机分为对照组和治疗组, 每组各30例。对照组给予常规西药治疗, 治疗组在对照组的常规治疗基础上加用瓜蒌薤白桂枝汤治疗, 疗程为4周。观察2组患者治疗前后心绞痛发作情况、中医证候积分和血脂水平的变化情况, 评价2组患者的心电图疗效、中医证候疗效和安全性。【结果】(1)治疗4周后, 治疗组心电图疗效和中医证候疗效的总有效率分别为83.33%(25/30)和90.00%(27/30), 对照组分别为56.67%(17/30)和73.33%(22/30), 组间比较, 治疗组的心电图疗效和中医证候疗效均明显优于对照组($P < 0.05$)。(2)治疗后, 2组患者的心绞痛每周发作次数均较治疗前减少($P < 0.05$), 每次持续时间均较治疗前缩短($P < 0.05$), 且治疗组对心绞痛每周发作次数和每次持续时间的改善作用均明显优于对照组($P < 0.05$)。(3)治疗后, 2组患者的中医证候积分均较治疗前明显降低($P < 0.05$), 且治疗组对中医证候积分的降低作用明显优于对照组($P < 0.05$)。(4)治疗后, 2组患者血清甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平均较治疗前下降($P < 0.05$), 高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)水平均较治疗前升高($P < 0.05$), 且治疗组对血清TG、TC、LDL-C水平的降低作用及对血清HDL-C水平的升高作用均明显优于对照组($P < 0.05$)。(5)治疗过程中, 2组患者均未出现不良反应。【结论】瓜蒌薤白桂枝汤治疗痰浊内阻型冠心病稳定型心绞痛临床疗效显著, 能有效减轻临床症状, 改善心电图情况, 调节血脂水平, 且具有较高的安全性。

关键词: 瓜蒌薤白桂枝汤; 冠心病稳定型心绞痛; 痰浊内阻型; 血脂

中图分类号: R259.414

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)12-2565-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.12.004

收稿日期: 2021-03-22

作者简介: 刘桢君(1994-), 女, 硕士研究生; E-mail: laj15846509462@163.com

通讯作者: 陈会君, 女, 主任医师, 博士后, 硕士研究生导师; E-mail: 13845053131@163.com

基金项目: 黑龙江中医药大学优秀青年学术带头人支持计划(编号: 2018RCD23); 第四批全国中医(临床、基础)优秀人才研修项目(编号: J20184832009); 黑龙江省普通高等学校青年学术骨干支持计划项目(编号: 1253G054); 黑龙江中医药大学“优秀创新人才支持计划”项目

Clinical Observation on *Gualou Xiebai Guizhi* Decoction in the Treatment of Stable Angina Pectoris of Coronary Heart Disease with Turbid Phlegm Obstruction Type

LIU An-Jun¹, CHEN Hui-Jun²

(1. Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040 Heilongjiang, China; 2. The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150001 Heilongjiang, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect on *Gualou Xiebai Guizhi* Decoction in the treatment of stable angina pectoris of coronary heart disease with turbid phlegm obstruction type. **Methods** Sixty patients with stable angina pectoris of coronary heart disease with turbid phlegm obstruction type were randomly divided into the control group and the treatment group, 30 cases in each group. The control group was treated with conventional western medicine, while the treatment group was treated with *Gualou Xiebai Guizhi* Decoction on the basis of treatment for the control group. The course of treatment lasted for 4 weeks. Before and after treatment, the angina attack, TCM syndrome scores and blood lipid level of the two groups were observed. And the electrocardiogram efficacy, TCM syndrome efficacy and clinical safety of the two groups were also evaluated. **Results** (1) After 4 weeks of treatment, the total effective rate of electrocardiogram efficacy and TCM syndrome efficacy in the treatment group was 83.33% (25/30) and 90.00% (27/30) respectively, and that in the control group was 56.67% (17/30) and 73.33% (22/30) respectively. The electrocardiogram efficacy and TCM syndrome efficacy of the treatment group were significantly superior to those of the control group ($P < 0.05$). (2) After treatment, the frequency of weekly attacks of angina pectoris in the two groups was reduced compared with that before treatment ($P < 0.05$), and the duration of each attack was shortened compared with that before treatment ($P < 0.05$). The treatment group had stronger effect on improving the weekly attacks and duration of angina pectoris than the control group ($P < 0.05$). (3) After treatment, the TCM syndrome scores of both groups were significantly decreased compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the effect on decreasing the TCM syndrome scores in the treatment group was significantly superior to that in the control group ($P < 0.05$). (4) After treatment, the levels of serum triglyceride (TG), total cholesterol (TC) and low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) in the two groups were decreased compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the level of high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) was increased compared with that before treatment ($P < 0.05$). In addition, the effect on decreasing the levels of serum TG, TC and LDL-C and the effect on increasing the level of serum HDL-C in the treatment group were significantly superior to that in the control group ($P < 0.05$). (5) During the treatment, there were no adverse reactions in the two groups. **Conclusion** *Gualou Xiebai Guizhi* Decoction exerts significant clinical curative effect in the treatment of stable angina pectoris of coronary heart disease with turbid phlegm obstruction type. The decoction is effective and safe on relieving the clinical symptoms, improving electrocardiogram, and regulating blood lipid level. **Keywords:** *Gualou Xiebai Guizhi* Decoction; stable angina pectoris of coronary heart disease; turbid phlegm obstruction type; blood lipid

冠状动脉粥样硬化性心脏病 (coronary atherosclerotic heart disease) 是指由于冠状动脉发生粥样硬化导致管腔狭窄或闭塞, 从而引起心肌缺血缺氧或坏死而出现胸闷、胸痛、气短等症状的疾病, 简称为冠心病^[1]。近年来, 冠心病的患病率呈现出逐年增长的趋势, 已严重威胁着国民的健

康。冠心病在临床中最常见的类型为稳定型心绞痛, 该病具有心绞痛发作频率、发作时间及发病诱因相对固定的特点^[2]。目前西医治疗本病以硝酸酯类、阿司匹林、他汀类等药物为主, 旨在通过扩张冠脉、抗血小板聚集、调脂、稳定斑块等治疗, 达到缓解症状和改善预后的目的^[3]。然而, 临

床上因硝酸酯类的耐药性、阿司匹林可能产生的胃肠道反应、他汀类降脂药的副作用以及患者间的个体差异等,部分患者往往不能得到充分有效的治疗。而中医治疗着眼于整体调节,强调辨证论治,在治疗冠心病方面具有疗效确切、副作用少的优势,能减轻患者临床症状,控制病情进展,以及改善长期预后^[4]。本次研究采用瓜蒌薤白桂枝汤加减治疗痰浊内阻型冠心病稳定型心绞痛患者,临床疗效显著,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组 选取2019年5月至2020年10月就诊于黑龙江中医药大学附属第二医院心内二科门诊的痰浊内阻型冠心病稳定型心绞痛患者,共60例。按就诊先后顺序,采用随机数字表将患者随机分为治疗组和对照组,每组各30例。

1.2 诊断标准 西医诊断标准:参照《慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》^[6]中的相关诊断标准。稳定型心绞痛的严重程度分级参照加拿大心血管病学会(CCS)心绞痛严重分级标准。中医诊断标准:参照《中医内科学》^[6]和《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]中胸痹(痰浊内阻证)的相关标准制定。主症:胸闷,胸痛,或痛引肩背。次症:气短喘促,体胖多痰,肢体困重,倦怠乏力,纳呆便溏。舌象与脉象:舌体胖大或边有齿痕,舌苔浊腻或白滑,脉滑。具备主症 ≥ 1 项,兼备次症 ≥ 2 项,参考舌脉特点,即可诊断为胸痹痰浊内阻证。

1.3 纳入标准 ①符合冠心病稳定型心绞痛的西医诊断标准,并经冠状动脉CT血管造影(CTA)或冠状动脉造影确诊;②中医诊断为胸痹痰浊内阻证;③年龄为45~75岁,男女均可;④心绞痛CCS分级为I~III级;⑤普通12导联或24 h动态心电图检查有明确ST-T段心肌缺血性改变;⑥自愿接受治疗并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准 ①近3个月内发生急性心肌梗死,严重心律失常,以及重度心、肺功能不全的患者;②合并有肝、肾、造血系统等严重原发性疾病的患者;③准备妊娠或妊娠期及哺乳期妇女;④过敏体质及对本研究所用药物过敏的患者;⑤患有精神疾病的患者;⑥近1个月内参加其他临床试验或服用具有相似功效的中药制剂的患

者;⑦依从性差,未按规定进行治疗,或自行加用其他治疗药物,从而影响疗效判定的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 生活方式干预 所有患者均进行生活方式干预指导,如戒烟酒、低盐低脂饮食、慎起居、调情志、勿过劳等。

1.5.2 对照组 给予西医内科常规基础治疗。①扩张冠脉:单硝酸异山梨酯片(欣康,鲁南贝特制药有限公司生产,批准文号:国药准字H10940039),口服,每次20 mg,每日1次。②抗血小板聚集:阿司匹林肠溶片(拜阿司匹灵,拜耳医药保健有限公司生产,批准文号:国药准字J20171021),口服,每次100 mg,每日1次。③调脂、稳定斑块:阿托伐他汀钙片(立普妥,辉瑞制药有限公司生产,批准文号:国药准字H20051408),口服,每次20 mg,每日1次。疗程为4周。

1.5.3 治疗组 在对照组治疗的基础上加用瓜蒌薤白桂枝汤治疗。瓜蒌薤白桂枝汤的方药组成:瓜蒌20 g,薤白15 g,桂枝20 g,枳实15 g,半夏10 g,茯苓20 g,白术20 g,泽泻10 g,陈皮15 g,丹参15 g,延胡索10 g。上述中药均由黑龙江中医药大学附属第二医院中药房提供。每日1剂,煎取300 mL,分2次于早、晚饭后温服。疗程为4周。

1.6 观察指标

1.6.1 心绞痛发作情况 观察2组患者治疗前后心绞痛每周发作频率和每次发作持续时间的变化情况。

1.6.2 心电图变化情况 观察2组患者治疗前后12导联心电图的变化情况。

1.6.3 中医证候积分 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]中的症状分级量化标准,主症包括胸闷,胸痛,或痛引肩背,按无、轻、中、重4个等级,分别计为0、2、4、6分;次症包括气短喘促,体胖多痰,肢体困重,倦怠乏力,纳呆便溏,按无、轻、中、重4个等级,分别计为0、1、2、3分。观察2组患者治疗前后中医证候积分的变化情况。

1.6.4 血脂水平 于治疗前后测定2组患者血清甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)等各项血脂水平。

1.6.5 安全性评价 观察2组患者治疗过程中不良反应发生情况,以评价2种治疗方案的安全性。

1.7 疗效判定标准

1.7.1 心电图疗效评价标准 参照《冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准》^[8]进行评定。显效:治疗后,心电图达到“大致正常”或恢复至“正常心电图”。有效:治疗后,降低的ST段回升超过0.05 mV,但未达到正常水平,在主要导联倒置的T波变浅达25%以上,或T波由平坦变为直立。无效:治疗后,心电图基本与治疗前相同。加重:治疗后,ST段较治疗前降低0.05 mV以上,在主要导联倒置的T波加深达25%以上,或治疗前原本直立的T波变平坦,原本平坦的T波变倒置。总有效率=(显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.7.2 中医证候疗效评价标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9]的中医证候疗效判定标准,即根据治疗前后证候积分的减少率(疗效指数)来判定疗效:疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。显效:临床症状、体征有明显改善,疗效指数≥70%;有效:临床症状、体征均有好转,30%≤疗效指数<70%;无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数<30%。总有效率=(显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.8 统计方法 采用SPSS 22.0统计软件进行数据

的统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内治疗前后比较采用配对 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料以率或构成比表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较 治疗组30例患者中,男16例,女14例;年龄46~72岁,平均(57.50±5.82)岁;病程为9个月~12年。对照组30例患者中,男18例,女12例;年龄48~69岁,平均(58.26±6.03)岁;病程为7个月~13年。2组患者的性别、年龄、病程等基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),表明2组患者的基线特征基本一致,具有可比性。

2.2 2组患者治疗前后心绞痛发作情况比较 表1结果显示:治疗前,2组患者的心绞痛每周发作次数和每次持续时间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的心绞痛每周发作次数均较治疗前减少,每次持续时间均较治疗前缩短,差异均有统计学意义($P < 0.05$);组间比较,治疗组对心绞痛每周发作次数和每次持续时间的改善作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 2组患者心电图疗效比较 表2结果显示:治

表1 2组冠心病稳定型心绞痛患者治疗前后心绞痛发作情况比较

Table 1 Comparison of angina attacks between the two groups of patients with stable angina pectoris of coronary heart disease before and after treatment

组别	例数(例)	心绞痛发作次数(次·周 ⁻¹)		每次持续时间(min)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	8.82±0.83	2.46±0.72 ^②	7.96±0.75	2.32±0.87 ^②
对照组	30	8.76±0.92	4.28±1.04 ^①	7.84±0.71	4.25±0.84 ^①

① $P < 0.05$,与治疗前比较;② $P < 0.05$,与对照组治疗后比较

疗4周后,治疗组心电图疗效的总有效率为83.33%(25/30),对照组为56.67%(17/30),组间比较,治疗组的心电图疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.4 2组患者治疗前后中医证候积分比较 表3结果显示:治疗前,2组患者的中医证候积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的中医证候积分均较治疗前明显降低($P < 0.05$),

且治疗组对中医证候积分的降低作用明显优于对照组,组间治疗后及差值比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 2组患者中医证候疗效比较 表4结果显示:治疗4周后,治疗组中医证候疗效的总有效率为90.00%(27/30),对照组为73.33%(22/30),组间比较,治疗组的中医证候疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组冠心病稳定型心绞痛患者心电图疗效比较

Table 2 Comparison of electrocardiogram efficacy between the two groups of patients with stable angina pectoris of coronary heart disease [例(%)]

组别	例数(例)	显效	有效	无效	加重	总有效
治疗组	30	9(30.00)	16(53.33)	5(16.67)	0(0.00)	25(83.33) ^①
对照组	30	5(16.67)	12(40.00)	13(43.33)	0(0.00)	17(56.67)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

表3 2组冠心病稳定型心绞痛患者治疗前后中医证候积分比较

Table 3 Comparison of TCM syndrome scores between the two groups of patients with stable angina pectoris of coronary heart disease before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后	差值
治疗组	30	16.25 ± 5.16	7.30 ± 4.32 ^{①②}	8.96 ± 4.57 ^②
对照组	30	16.18 ± 5.25	10.72 ± 4.67 ^①	5.45 ± 4.28

① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组比较

表4 2组冠心病稳定型心绞痛患者中医证候疗效比较

Table 4 Comparison of TCM syndrome efficacy between the two groups of patients with stable angina pectoris of coronary heart disease [例(%)]

组别	例数(例)	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	11(36.67)	16(53.33)	3(10.00)	27(90.00) ^①
对照组	30	5(16.67)	17(56.67)	8(26.67)	22(73.33)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

2.6 2组患者治疗前后血脂水平比较 表5结果显示: 治疗前, 2组患者血清TG、TC、HDL-C、LDL-C水平比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者血清TG、TC、LDL-C水平均较治疗前下降, HDL-C水平均较治疗前升高, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 且治疗组对血清TG、

TC、LDL-C水平的降低作用及对血清HDL-C水平的升高作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.7 不良反应情况 治疗过程中, 2组患者均未出现不良反应。

3 讨论

冠心病在中医学上属于“胸痹”“心痛”“厥心痛”等范畴, 病位在心, 与肺、脾、肝、肾密切相关。《金匱要略》将胸痹的主要病机高度概括为“阳微阴弦”。“阳微”即心气心阳亏虚, 上焦阳气不足; “阴弦”即寒邪、痰湿、瘀血等阴性病邪内盛。阴邪聚集, 搏结上乘于心, 痹阻心脉, 导致“不通则痛”而发为胸痹。本病病性属本虚标实, 虚实夹杂^[9]。临床研究显示, 痰浊内阻型已成为冠心病患者常见中医证型^[10], 充分说明痰浊是导致胸痹的重要病理因素。脾为生痰之源, 脾的运化和输布功能失调是痰浊内生的关键病机。现代人多喜食高热量、高脂肪的肥甘厚腻之品, 或嗜酒饮冷, 影响脾胃运化功能, 或因情志不遂, 致使肝失疏泄, 肝郁乘脾, 脾失健运, 亦有因劳倦过度或年老体虚, 脾气虚损者, 最终均会导致中阳不足, 津液运化输布失司, 氤氲生湿, 酿生痰浊。痰浊随气升降, 无处不到, 既能上泛心胸, 阻遏胸阳, 又能壅滞脉络, 导致心脉痹阻,

表5 2组冠心病稳定型心绞痛患者治疗前后血脂水平比较

Table 5 Comparison of blood lipid levels between the two groups of patients with stable angina pectoris of coronary heart disease before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, mmol·L⁻¹)

组别	例数(例)	时间	TG	TC	HDL-C	LDL-C
治疗组	30	治疗前	2.64 ± 0.53	5.82 ± 0.75	1.03 ± 0.37	3.78 ± 0.33
	30	治疗后	1.26 ± 0.24 ^{①②}	4.15 ± 0.71 ^{①②}	1.37 ± 0.32 ^{①②}	2.35 ± 0.35 ^{①②}
对照组	30	治疗前	2.59 ± 0.46	5.74 ± 0.74	1.06 ± 0.38	3.82 ± 0.34
	30	治疗后	1.65 ± 0.26 ^①	4.82 ± 0.69 ^①	1.18 ± 0.42 ^①	3.14 ± 0.30 ^①

① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

发为胸痹^[11]。现代研究发现,痰浊与冠心病发生的高危因素血脂异常关系密切^[12],痰浊内阻型的冠心病患者往往出现TG、TC、LDL-C等血脂指标显著升高,HDL-C则显著降低^[13],其中LDL-C水平升高对动脉粥样硬化的影响程度最大^[14]。高浓度的LDL-C在血管内经氧化修饰后,活性发生明显变化,可损伤血管内皮,引起炎症反应,促进血小板黏附聚集和平滑肌细胞增生等,最终诱发并加重动脉粥样硬化^[15]。因此,益气温阳,祛痰化痰,降浊调脂是治疗本病的重要方法。

瓜蒌薤白桂枝汤是以瓜蒌薤白半夏汤和苓桂术甘汤为基础加减化裁而来,方中瓜蒌、桂枝为君药,瓜蒌涤痰下行,利气开郁而奏宽胸散结之效;桂枝辛甘性温,既能温通经脉,增强化痰止痛之力,又能温阳化气,助水湿痰浊之邪运化消散。以薤白、半夏为臣药,薤白通阳散结,泄浊宣痹,为治疗胸痹之要药;半夏辛温性燥,能燥湿化痰,消痞散结,尤善治脏腑湿痰,二者合用可增强君药温阳化气,涤痰宽胸之功。茯苓、白术、泽泻三味中药合用既能祛痰化湿,又可益气健脾以杜生痰之源,还能利水渗湿以加强祛痰泄浊之功效;陈皮辛苦性温,理气行滞,燥湿化痰,枳实苦辛微寒,降气导滞,消痰除痞,陈皮与枳实温凉合用,可增强理气化痰之力,体现“气顺痰自消”之意。丹参,《本草纲目》谓其能“破宿血,补新血”,祛瘀生新而不伤正;延胡索辛散温通,活血行气止痛之力强。全方标本兼顾,共奏温阳益气,化痰祛瘀,通利血脉之功,使胸阳振奋,痰浊得化,心脉得通,则胸痹自消。现代药理研究发现,瓜蒌具有扩张冠脉,改善微循环,抗血小板聚集,抑制炎症,降低血清胆固醇等作用,可有效防治动脉粥样硬化,并对血管内皮损伤及缺血心肌有明显保护作用^[16-17]。薤白提取物能调节血脂,显著降低TC、LDL-C、TG水平和升高HDL-C水平,具有较好的抗氧化、抗动脉粥样硬化、抑制血栓形成的作用^[18-19]。半夏可通过降低血脂和调节内皮素(ET-1)而起到改善血管内皮功能及防治动脉粥样硬化的作用^[20]。白术、茯苓、泽泻等祛湿化痰药均能有效调节血脂代谢紊乱,降低血脂水平,从而对动脉粥样硬化病变起到间接改善的作用^[21-23]。桂枝、丹参、延胡索均能扩张冠状动脉,增加其血流量,具有抗心肌

缺血的作用,丹参还可通过抑制血管平滑肌增殖、抗内皮细胞损伤、抑制炎症反应等途径发挥抗动脉粥样硬化作用^[24-26]。

本研究结果显示,治疗组的心电图疗效和中医证候疗效均优于对照组,且治疗组对心绞痛症状、中医证候积分及血脂水平的改善程度均优于对照组($P < 0.05$)。表明瓜蒌薤白桂枝汤治疗痰浊内阻型冠心病稳定型心绞痛疗效确切,能减轻患者临床症状,改善心电图情况,调节血脂水平,且具有较高的安全性,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 葛均波,徐永健.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:227-228.
- [2] ATHANASIADIS A, SECHTEM U. European Society of Cardiology. Diagnostics and therapy of chronic stable coronary artery disease: new guidelines of the European Society of Cardiology [J]. Herz, 2014, 39(8): 902-912.
- [3] 国家卫生计生委合理用药专家委员会,中国药师学会.冠心病合理用药指南(第2版)[J].中国医学前沿杂志(电子版),2018,10(6):1-130.
- [4] 郭丽丽,王阶.中医药防治冠心病的特色和优势分析[J].时珍国医国药,2016,27(10):2464-2465.
- [5] 中华医学会心血管病学分会.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.
- [6] 周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2012:139-141.
- [7] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:68-72.
- [8] 中华医学会心血管病学分会.冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准[J].人民军医,1974,24(5):62.
- [9] 姜坤,张明雪.《金匱要略》“阳微阴弦”思想治疗胸痹心痛探析[J].辽宁中医杂志,2019,46(4):691-693.
- [10] 韩轶,魏建华,王晓峰.冠心病中医辨证分型与血清CRP、Hey及血脂水平相关性研究[J].四川中医,2015,33(1):65-67.
- [11] 裴蓓,徐晶钰,张璇,等.基于中医“治未病”思想探讨从痰论治冠心病[J].吉林中医药,2014,34(11):1081-1083.
- [12] 吴玉婷,周迎春.冠心病从痰论治的现代理论研究[J].中国中医基础医学杂志,2017,23(7):1029-1031.
- [13] 袁宏伟,朱明丹,冯利民,等.冠心病患者血脂水平与冠心病中医证型关系的研究[J].四川中医,2014,32(4):93-97.
- [14] 潘嘉西,章敏学,郑巨克,等.通心络胶囊联合阿托伐他汀与单用阿托伐他汀对冠心病患者血脂、炎症因子水平的影响比较[J].中华全科医学,2017,15(3):452-453,478.
- [15] 陈富荣,章怡祎,张娜,等.低密度脂蛋白胆固醇与动脉粥样硬化相关性的研究进展[J].现代中西医结合杂志,2010,19(10):1294-1297.

- [16] 黄也, 王强, 朱晓伟, 等. 瓜蒌治疗冠心病的药理作用及研究进展[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(23): 18.
- [17] 和焕香, 郭庆梅. 瓜蒌化学成分和药理作用研究进展及质量标志物预测分析[J]. 中草药, 2019, 50(19): 4808-4820.
- [18] 乔凤仙, 蔡皓, 裴科, 等. 中药薤白的研究进展[J]. 世界中医药, 2016, 11(6): 1137-1140.
- [19] 盛华刚. 薤白的化学成分和药理作用研究进展[J]. 药学研究, 2013, 32(1): 42-44.
- [20] 杨广, 江巍, 张敏州, 等. 化痰中药半夏及山慈菇抗动脉粥样硬化的作用机制研究[J]. 中药新药与临床药理, 2013, 24(3): 230-233.
- [21] 唐琪晶, 陈素红, 潘丹丹, 等. 白术精提物对代谢性高脂血症大鼠的药效及机制研究[J]. 中国中药杂志, 2015, 40(9): 1803-1807.
- [22] 邓桃妹, 彭代银, 俞年军, 等. 茯苓化学成分和药理作用研究进展及质量标志物的预测分析[J]. 中草药, 2020, 51(10): 2703-2717.
- [23] 刘珊珊, 郭杰, 李宗艾, 等. 泽泻化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国中药杂志, 2020, 45(7): 1578-1595.
- [24] 徐锋, 王德健, 王凤, 等. 桂枝挥发油的药理作用研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(11): 4653-4657.
- [25] 曹慧敏, 吴瑾, 贾连群, 等. 丹参酮ⅡA对心血管系统药理作用的研究进展[J]. 世界中医药, 2017, 12(7): 1718-1722.
- [26] 唐逸丰. 延胡索化学成分与药理作用研究概况[J]. 中医临床研究, 2018, 10(23): 144-146.

【责任编辑：陈建宏】

化痰熄风法对痰湿体质缺血性脑卒中患者临床疗效的影响

王洪华¹, 宁为民²

(1. 广州中医药大学东莞医院神经内科2018级硕士研究生, 广东东莞 523000;
2. 广州中医药大学东莞医院神经内科, 广东东莞 523000)

摘要:【目的】探讨化痰熄风法对痰湿体质缺血性脑卒中患者临床疗效的影响。【方法】将74例痰湿体质缺血性脑卒中患者随机分为试验组和对照组, 每组各37例。对照组急性期按照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》给予常规药物治疗, 恢复期按照《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2014》给予药物二级预防治疗, 试验组在对照组的基础上给予化痰熄风法(天麻健脑饮颗粒)治疗, 疗程为4周。观察2组患者治疗前、治疗7d后和治疗4周后中医证候积分、痰湿体质分值、美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIHSS)和改良Barthel指数(MBI)评分的变化情况, 并评价2组患者的临床疗效。【结果】(1)研究过程中, 对照组脱落1例, 试验组脱落3例, 最终对照组36例、试验组34例患者完成全部疗程。(2)治疗4周后, 试验组的总有效率为94.12%(32/34), 对照组为75.00%(27/36), 组间比较, 试验组的疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗7d和4周后, 2组患者的中医证候积分、NIHSS评分和痰湿体质分值均较治疗前降低($P < 0.05$), MBI评分均较治疗前提高($P < 0.05$), 且试验组在不同时段对中医证候积分、NIHSS评分和痰湿体质分值的降低作用以及对MBI评分的提高作用均优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。【结论】在常规药物治疗基础上结合化痰熄风法治疗痰湿体质缺血性脑卒中患者疗效确切, 能有效降低患者的中医证候积分和神经功能缺损评分, 改善患者的痰湿体质, 提示中医体质学说在疾病的治疗方面具有指导意义, 通过体质干预可对疾病的转归产生深远影响。

关键词: 化痰熄风法; 天麻健脑饮颗粒; 痰湿体质; 缺血性脑卒中; 中医体质干预

中图分类号: R277.7

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)12-2571-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.12.005

收稿日期: 2021-04-01

作者简介: 王洪华(1994-), 女, 硕士研究生; E-mail: whhdwyx0915@163.com

通讯作者: 宁为民, 男, 主任医师, 硕士研究生导师; E-mail: whhdwyx0915@163.com

基金项目: 广东省中医药局科研项目(编号: 20181264)