

· 临床报道 ·

健脾化湿方对稳定型心绞痛(痰阻心脉证)左室舒张功能的影响

尚怀海 张芳 张灵智

【摘要】 目的 探讨健脾化湿方对稳定型心绞痛(痰阻心脉证)左室舒张功能的影响。**方法** 将 100 例稳定型心绞痛(痰阻心脉证)患者分为对照组和联合组,每组 50 例。对照组给予西医常规对症治疗,联合组在对照组基础上,给予健脾化湿方。对比两组的心电图疗效、心绞痛疗效、中医临床疗效。检测两组治疗前后左室舒张功能指标(舒张早期峰值血流速度 E、舒张晚期峰值血流速度 A、E/A、左室等容舒张时间 IVRT)的变化。**结果** 联合组的心电图疗效、心绞痛疗效、中医临床疗效均显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,联合组的中医症状评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);联合组治疗后 E、E/A、IVRT 显著升高,A 显著降低($P<0.05$);治疗后,联合组的 E、E/A、IVRT 显著高于对照组,A 显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 健脾化湿方对稳定型心绞痛(痰阻心脉证)的疗效确切,能显著改善左室舒张功能。

【关键词】 健脾化湿方; 稳定型心绞痛; 痰阻心脉证; 左室舒张功能

【中图分类号】 R242 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.08.016

对于稳定型心绞痛,西医通常采用常规对症治疗,常用药物包括硝酸酯类、钙离子拮抗剂、 β 受体阻滞剂等。西医对症治疗虽能有效缓解患者症状,但对于延缓病情的疗效甚微^[1]。近年来病理研究发现,稳定型心绞痛患者在发生心电图改变及收缩功能障碍之前,常出现左室舒张功能异常,但早期无临床症状,常被多数人忽视,随着病情加重,可导致收缩功能障碍,甚至发展成为舒张性心力衰竭,危及患者生命^[2]。随着中医药在心绞痛研究的深入,其在临床的优势逐步得到广大医患的认可^[3]。本研究在对 50 例稳定型心绞痛(痰阻心脉证)患者进行西医对症治疗的基础上,采用健脾化湿方治疗,从患者左室舒张功能变化的角度分析,探讨健脾化湿方在稳定型心绞痛的临床运用价值。现报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选取 2015 年 1 月至 2016 年 12 月本院收治的稳定型心绞痛(痰阻心脉证)患者 100 例。按照随机数字表法分为联合组和对照组,每组 50 例。联合组男 27 例,女 23 例,年龄 47~81 岁,平均(58.92±6.17)岁,病程 1~9 年,平均(5.18±1.26)年,体重指数(25.18±3.21) kg/m²,静息时心

率(73.09±8.27)次/分钟,发作频率(2.51±0.76)次/天,按加拿大心血管学会心绞痛严重程度分级标准(CCS)可分为 I 级 15 例,II 级 29 例,III 级 6 例;伴有高血压 27 例,糖尿病 18 例,高脂血症 29 例;其中吸烟者 24 例。对照组男 28 例,女 22 例,年龄 45~80 岁,平均(58.73±6.25)岁,病程 1~8 年,平均(5.09±1.30)年,体重指数(25.20±3.17) kg/m²,静息时心率(73.11±8.30)次/分钟,发作频率(2.46±0.81)次/天,按加拿大心血管学会心绞痛严重程度分级标准(CCS)可分为 I 级 17 例,II 级 29 例,III 级 4 例;伴有高血压 29 例,糖尿病 17 例,高脂血症 28 例;其中吸烟者 22 例。两组患者男女比例、年龄、病程、体重指数、心率、发作频率、CCS 分级、合并症、吸烟者对比差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究通过伦理委员会审核。

1.2 诊断标准

西医诊断标准:符合《内科学》中稳定型心绞痛的诊断标准^[4],心绞痛反复发作持续至少 1 个月,包括劳力引起心肌缺血,表现为胸背部及周围不适,但无心肌梗死,特点为前胸阵发性室息样感觉,同时可放射至左上肢尺侧面、心前区、右臂、两臂外侧、颈部、下颌部,持续数分钟,休息或舌下含服硝酸甘油症状可迅速消失。心电图表现为缺血性改变,每次发作的心电图性质无明显异同,心绞痛发作次数大致相同,疼痛部位、性质、持续时间相近。

中医诊断标准:符合《中药新药临床研究指导原则》中胸痹心痛的诊断标准^[5],临床表现为胸痛,以胸背痛,咳嗽憋闷为主,轻者表现为胸中气塞,呼吸不畅。痰阻心脉证的辨证标准,主症包括胸痛、胸闷,次症包括气短喘促、身体困重、体虚多痰,舌淡苔白,脉滑或促。

作者单位:276001 临沂,山东临沂肿瘤医院药剂科(尚怀海);山东临沂人民医院妇一科(张芳);山东临沂肿瘤医院内三科(张灵智)

作者简介:尚怀海(1962-),本科,主管中药师。研究方向:药剂科方面的工作。E-mail:LINYIZHANGMIN@126.com

1.3 纳入标准

(1)符合西医及中医的诊断标准,全部患者均为痰阻心脉证;(2)心绞痛分级为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ级;(3)病程不低于3个月,近一个月发作,每周不低于2次心绞痛;(4)全部患者同意参加本研究,签订知情同意书。

1.4 排除标准

(1)心肌炎、夹层动脉瘤、病毒性肌炎、肺栓塞、脑栓塞、脑出血、严重出血倾向、青光眼、不稳定型心绞痛等病变者;(2)冠状动脉造影正常,但心肌酶谱异常的心痛患者;(3)严重心律失常、心肺功能不全,其他脏器严重功能不全者;(4)过敏体质;(5)依从性差,精神异常者;(6)合并高血压2级以上,即血压不低于160/100 mmHg。

1.5 治疗方法

对照组:给予常规对症治疗,口服单硝酸异山梨酯片(鲁南贝特制药有限公司,规格:20 mg),每次20 mg,每日2次;口服阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司,规格:100 mg),每日1次,每次100 mg;倍他乐克(Astra Zeneca AB,规格:47.5 mg),每日1次,每次47.5 mg;阿托伐他汀(美国辉瑞,规格:10 mg),每日1次,每次10 mg。心绞痛发作时,舌下含服硝酸甘油(北京益民药业有限公司,规格:0.5 mg)0.3~0.6 mg。

联合组:在对照组基础上,给予健脾化湿方,方中组成茯苓12 g、白术12 g、党参12 g、黄芪21 g、当归9 g、半夏9 g、薏苡仁30 g、薤白9 g、瓜蒌12 g,水煎服,每天1剂,取汁300 mL,分早晚温服,连续治疗1个月。

两组均于治疗1个月后统计疗效。

1.6 疗效标准

心电图疗效:参照《冠心病心绞痛及心电图疗效判断标准》拟定^[6]:(1)显效,心电图结果恢复正常,或基本正常;(2)有效,ST段升高>0.05 mV,但未达到正常,主要导联倒置T波变浅>25%,或T波由平坦转为直立;(3)无效,治疗前后无明显变化;(4)加重,ST段降低>0.05 mV,倒置T波加深>25%,T波由直立转为平坦,甚至倒置。

心绞痛疗效:参照《冠心病心绞痛及心电图疗效判断标准》拟定:(1)显效,心绞痛症状消失或发作次数明显降低,CCS分级降低2级;(2)有效,心绞痛症状减轻,CCS分级降低1级;(3)无效,心绞痛症状及CCS分级无变化;(4)加重,心绞痛的次数及程度升高,持续时间延长,CCS分级升高。

中医临床疗效:参照《中药新药临床研究指导原则》中相关标准拟定,对中医症状(胸痛、胸闷、气短、多痰、肢体困重)进行中医症状评分,分值越大表明病情越重。疗效指数=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分×100%。(1)显效,临床症状明显好转,疗效指数>70%;(2)有效,临床症状改善,疗效指数30%~70%;(3)无效,临床症状无明显改善,疗效指数≥0%,但<30%;(4)加重,临床症状加重,疗效指数为负数。

1.7 观察指标

于治疗前后,采用彩色多普勒超声仪(GE Vivid型)进

行心脏彩色超声检测,探头置于二尖瓣尖水平,频率设置为2.5 MHz,检测左室舒张功能相关指标,包括舒张早期峰值血流速度E、舒张晚期峰值血流速度A、E/A、左室等容舒张时间IVRT。每个指标检测3次,取平均值作为最终数据。

1.8 统计学处理

数据录入SPSS 18.0处理分析,计数资料对比行 χ^2 检验,等级资料对比行秩和检验,计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较行独立t检验,组内比较行配对t检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心电图疗效、心绞痛疗效、中医临床疗效对比

联合组的心电图疗效、心绞痛疗效、中医临床疗效均显著优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1~3。

表1 两组稳定型心绞痛患者心电图疗效对比

分组	例数	显效	有效	无效	加重
联合组	50	17	20	12	1
对照组	50	9	17	21	3

表2 两组稳定型心绞痛患者心绞痛疗效对比

分组	例数	显效	有效	无效	加重
联合组	50	19	26	4	1
对照组	50	14	20	13	3

表3 两组稳定型心绞痛患者中医临床疗效对比

分组	例数	显效	有效	无效	加重
联合组	50	32	15	3	0
对照组	50	22	16	10	2

2.2 两组治疗前后中医症状评分对比

治疗前,两组的中医症状评分对比,差异无统计学意义($P > 0.05$);两组治疗后中医症状评分显著降低($P < 0.05$);治疗后,联合组的中医症状评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组治疗前后中医症状评分对比

分组	例数	治疗前	治疗后
联合组	50	19.83±8.75	7.26±1.83 ^{ab}
对照组	50	19.52±8.59	13.74±2.68 ^a

注:与同组治疗前对比,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后对比,^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组治疗前后左室舒张功能对比

治疗前,两组的E、A、E/A、IVRT对比,差异无统计学意义($P > 0.05$);联合组治疗后E、E/A、IVRT显著升高,A显著降低($P < 0.05$);治疗后,联合组的E、E/A、IVRT显著高于对照组,A显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表5。

表 5 两组治疗前后 E、A、E/A、IVRT 对比

分组	例数	E (m/s)	A (m/s)	E/A	IVRT (ms)
联合组	50				
治疗前		0.58±0.09	0.93±0.14	0.63±0.11	112.38±6.25
治疗后		0.69±0.07 ^{ab}	0.80±0.12 ^{ab}	0.84±0.13 ^{ab}	94.87±5.06 ^{ab}
对照组	50				
治疗前		0.59±0.08	0.91±0.15	0.65±0.12	111.85±6.32
治疗后		0.60±0.06	0.89±0.09	0.67±0.10	109.92±7.21

注：与同组治疗前对比，^a $P<0.05$ ；与对照组治疗后对比，^b $P<0.05$ 。

3 讨论

中医理论认为，稳定型心绞痛属于中医“心痛”“心痹”“胸痹”等范畴，其病机包括本虚与标实两个方面，本虚是指气虚血两虚，标实为痰瘀互结、寒凝气滞^[7]。临床稳定型心绞痛通常为心气不足，阴阳失调，引起体质虚弱，久病导致脏腑功能减退。有研究结果表明，稳定型心绞痛的发病、发展、预后与脾的关系密切^[8]。脾虚不足而不能运化，血气补充不利，湿浊蕴结，痰瘀互结，导致心血运行失调，血脉瘀阻，发为胸痹。中医认为脾为后天之本，气血生化之源。脾病则运化失常，水湿停运，化为痰浊，致血脉瘀阻，郁久成热，热聚成毒，加重经络筋脉拥堵，影响心血运行，引起胸痹心痛^[9]。故中医对稳定型心绞痛痰阻气滞的治疗原则为健脾化湿。方中党参、黄芪用作君药，党参能健脾益气、养血生津，黄芪能健脾补中，益气固表，升阳举陷，二者合用发挥健脾益气，助运化湿之效^[10]；当归、白术、半夏、茯苓、薏苡仁用作臣药，当归能调气血，行气活血，祛风止痛，使党参、黄芪补而不滞；白术能健脾燥湿，固表利水；半夏能燥湿化痰，消痞散结；薏苡仁、茯苓能健脾渗湿，利水消肿；薤白能宽中理气，祛痰通阳；瓜蒌能清热化痰，宽中散结，润燥生津；诸药合用，共奏健脾益气，化湿祛痰之效^[11]。

本研究表明，联合组的心绞痛疗效、心电图疗效、中医临床疗效均显著优于对照组。结果提示，健脾化湿方能显著提高稳定型心绞痛（痰阻气滞证）的临床治疗效果。现代药理研究结果表明，党参能有效提高心输出量，缓解冠脉收缩，改善心肌血供，促进心肌细胞新陈代谢，改善心功能^[12]；黄芪能增强机体免疫功能，提高心肌的正性肌力作用，调节血压，抗心律失常^[13]；半夏能抗心律失常，降压，抑制血栓，祛痰^[14]；白术能调节机体免疫功能，增强造血功能，利尿；当归能延长凝血时间，提高心肌血供，缓解心肌缺血状态，抑制血栓形成及促进血栓溶解^[15]；茯苓能增强机体免疫功能，利尿；薏苡仁能扩张血管，清热化湿，除痹止痛^[16]；瓜蒌能扩张冠状血管，降低心肌收缩力，减慢心率^[17]；薤白能降低血脂，抑制动脉粥样硬化，抗血小板聚集。

近年来有研究结果发现，稳定性心绞痛与左室舒张功能关系密切^[18]。病理研究结果表明，稳定性心绞痛是左室舒张功能障碍的主要原因之一，且左室舒张功能障碍在发病早

期极易被忽视，病情进一步发展，可导致发生舒张性心力衰竭^[19]。因此评价稳定型心绞痛患者左室舒张功能变化具有重要意义。本研究结果显示，联合组治疗后左室舒张功能指标（E、A、E/A、IVRT）均得到了显著改善，而对照组治疗前后无明显改变。结果提示健脾化湿方能显著提高左室舒张功能，其可能的机制为健脾化湿方能进一步改善心肌缺血状态，提高心室充盈量，有助于改善主动舒张功能，还能增强心室的顺应性，提高舒张功能^[20]。

综上所述，健脾化湿方能显著改善稳定型心绞痛（痰阻气滞证）患者的临床症状，提高左室舒张功能，对延缓病情具有积极意义。

参 考 文 献

- [1] 王新刚, 蒋捷, 贾佳, 等. 中国 15 省慢性稳定性心绞痛患者抗心绞痛治疗现状调查[J]. 中国实用内科杂志, 2015, 8(1): 48-52.
- [2] 余意君, 刘涛, 李春霞, 等. 体外反搏对稳定型心绞痛的治疗作用及患者左室功能的变化[J]. 广东医学, 2014, 35(15): 2367-2369.
- [3] 孙晓雯, 张赞萍, 武雪萍. 养心活血汤治疗冠心病稳定性心绞痛 40 例[J]. 陕西中医, 2014, 4(9): 1164-1165.
- [4] Young V. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 263-273.
- [5] 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: 68-73.
- [6] 佚名. 冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准[J]. 人民军医, 1974, 6(5): 14-19.
- [7] 全文剑. 双参七汤治疗冠心病稳定性心绞痛 60 例临床观察[J]. 中医药导报, 2014, 8(2): 51-53.
- [8] 张锋莉. 中西医结合治疗稳定性心绞痛 36 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2014, 46(7): 41-42.
- [9] 杨旭, 颜新, 胡文龙, 等. 益心汤治疗冠心病稳定性心绞痛临床疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2015, 13(6): 19-22.
- [10] 杨晨曦, 刘敏, 陈学君, 等. 黄芪注射液治疗冠心病心绞痛疗效和安全性系统评价[J]. 山东中医药大学学报, 2016, 12(5): 419-423.
- [11] 赵国忠, 路俊英. 益气健脾汤治疗稳定性心绞痛疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 7(32): 3552-3555.
- [12] 樊长征, 洪巧瑜. 党参对人体各系统作用的现代药理研究进

- 展[J]. 中国医药导报,2016,13(10):39-43.
- [13] 郭雪红. 黄芪注射液的药理作用及临床应用研究进展[J]. 中国药房,2015,3(21):3018-3021.
- [14] 李鹏英,俞年军,李勇,等. 半夏在神经系统疾病中应用的研究进展[J]. 中国现代中药,2016,18(3):390-395.
- [15] 肖开,苗明三. 薏苡仁现代研究分析[J]. 中医学报,2014,29(9):1348-1350.
- [16] 郭琳,苗明三. 瓜蒌化学、药理及临床应用探讨[J]. 中医学报,2014,9(6):789-792.
- [17] 刘如秀,刘宇,汪艳丽,等. 当归的药理作用[J]. 西部中医药,2014,2(11):153-156.
- [18] 朱栋晓,刘小铭,马逸宜,等. 超声评价稳定型心绞痛患者经皮冠状动脉内支架植入术后左心室舒张功能的早期变化[J]. 实用临床医药杂志,2016,6(24):82-83.
- [19] 魏学标,杨醒,陈婉雯,等. 左心房容积指数与稳定型心绞痛患者冠状动脉病变的相关性[J]. 中国医学影像学杂志,2015,3(2):105-109.
- [20] 李颖,董耀荣,黄桢,等. 胸痹 3 号方治疗冠心病稳定型心绞痛 30 例临床观察[J]. 中医药导报,2015,2(3):14-16.

(收稿日期: 2017-02-22)

(本文编辑: 董历华)