DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.01.040

血府逐瘀汤对冠心病不稳定型心绞痛痰浊痹阻型Lp-PLA2、MCP-1、sICAM-1、炎性因子及生存质量的影响分析

梁媛媛[1],彭鑫[1],毛黎黎[1],杨欣怡[1],刘晶晶[1],邵欣[2]
(1.四川省中医药科学院,四川 成都 610041;2.四川省中西医结合医院,四川 成都 610041)

摘要:目的 探讨血府逐瘀汤对冠心病不稳定型心绞痛痰浊痹阻型患者与脂蛋白相关的磷脂酶A2(lipoprotein-associated phospholipase A2,Lp-PLA2)、单核细胞趋化因子-1(monocyte chemoattractant protein-1,MCP-1)、可溶性细胞间黏附分子-1(soluble intercellular adhesion molecule-1,sICAM-1)、炎性因子及生存质量的影响。方法 纳入收治的120例冠心病不稳定型心绞痛痰浊痹阻型患者,将其随机分为观察组及对照组各60例。对照组患者给予常规西药治疗,观察组在此基础上给予血府逐瘀汤加减,两组治疗周期均为8周。于治疗结束后观察两组患者临床疗效、心绞痛发作情况、中医临床症状积分、炎性因子水平、Lp-PLA2、MCP-1、sICAM-1水平及生存质量情况。结果 治疗后观察组总有效率为90.00%(54/60),显著高于对照组(70.00%,42/60)的总有效率($P<0.05$);两组患者的心绞痛发作次数、持续时间及疼痛程度均较治疗前有了显著改善($P<0.05$);同时观察组在心绞痛发作次数、持续时间及疼痛程度均较对照组有更为显著改善($P<0.05$);治疗后两组在胸闷、胸痛、气短喘促、身体困重、痰多纳呆的中医临床症状积分变化均较治疗前改善显著($P<0.05$);且观察组在各症状积分的改善上显著优于对照组($P<0.05$);治疗后两组患者炎性因子白细胞介素-4(interleukin-4,IL-4)、白细胞介素-6(interleukin-6,IL-6)、白细胞介素-8(interleukin-8,IL-8)、肿瘤坏死因子-α(tumor necrosis factor-α,TNF-α)水平均较治疗前改善下降($P<0.05$);且观察组各项炎性因子降幅显著优于对照组($P<0.05$);治疗后两组患者Lp-PLA2、MCP-1、sLCAM水平均较治疗前显著降低($P<0.05$),同时观察组改善显著优于对照组($P<0.05$);治疗后两组患者SF-36评分均较治疗前有显著改善($P<0.05$),同时观察组的生活质量改善显著优于对照组。结论 血府逐瘀汤可有效提高冠心病不稳定型心绞痛痰浊痹阻型患者的临床治疗效果,减少患者心绞痛发作频率及程度,改善患者临床症状改善炎性因子水平,降低患者Lp-PLA2、MCP-1、sICAM-1水平,提高患者生存质量。

关键词:血府逐瘀汤;冠心病不稳定型心绞痛;痰浊痹阻;Lp-PLA2;MCP-1;sICAM-1;炎性因子;生存质量
中图分类号:R256.2;R259.414 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2025)01-0222-05

Effect of Xuefu Zhuyu Decoction(血府逐瘀汤) on Lp-PLA2, MCP-1, sICAM-1, Inflammatory Factors and Quality of Life in Patients with Coronary Heart Disease Unstable Angina Pectoris with Phlegm Turbidity and Obstruction

LIANG Yuanyuan[1], PENG Xin[1], MAO Lili[1], YANG Xinyi[1], LIU Jingjing[1], SHAO Xin[2]
(1. Sichuan Academy of Chinese Medicine Sciences, Chengdu 610041, Sichuan, China;
2. Sichuan Integrative Medicine Hospital, Chengdu 610041, Sichuan, China)

Abstract: *Objective* To analyze the effect of Xuefu Zhuyu Decoction(血府逐瘀汤) on lipoprotein-associated phospholipase A2(Lp-PLA2), monocyte chemoattractant protein-1(MCP-1), soluble intercellular adhesion molecule-1(sICAM-1), inflammatory factors and quality of life in patients with coronary heart disease unstable angina pectoris with phlegm turbidity and obstruction type. *Methods* A total of 120 patients with coronary heart disease unstable angina pectoris with phlegm turbidity and obstruction were included, and they were randomly divided into observation group and control group, 60 cases in each group. The patients in the control group were treated with conventional western medicine, and the observation group was given Modified Xuefu Zhuyu Decoction on this basis, and the treatment period of both groups was 8 weeks. After the treatment, the clinical curative effect, angina pectoris attack, TCM clinical symptom scores, inflammatory factor levels, Lp-PLA2, MCP-1, sICAM-1 and quality of life were observed in the two groups. *Results* After treatment, the total effective rate of the observation group was 90.00% (54/60), which was significantly higher than that of the control group ($P<0.05$). At the same time, the frequency of angina pectoris attack, duration and pain degree of the observation group were more significantly improved than those of the control group ($P<0.05$). The changes of TCM clinical symptom scores of body fatigue, excessive phlegm and anorexia were significantly improved compared with those before treatment ($P<0.05$) and the improvement of each symptom score in the observation group was

基金项目:四川省省级科研院所基本科研业务费项目(2022JDKY0013);四川省中医药管理局科学技术研究专项(2022CP3584)
作者简介:梁媛媛(1981-),女,四川成都人,助理研究员,硕士,研究方向:中医药临床与信息。
通讯作者:刘晶晶(1982-),女,湖北枝江人,副主任中医师,硕士,研究方向:中医药临床与基础。E-mail:59298370@qq.com。

significantly better than that in the control group($P<0.05$). The levels of interleukin-4(IL-4), interleukin-6(IL-6), interleukin-8(IL-8) and tumor necrosis factor-α(TNF-α) of the two groups after treatment decreased compared with those before treatment($P<0.05$) and the decrease in the observation group was better than that of the control group. The levels of Lp-PLA2, MCP-1 and sLCAM in the two groups after treatment were significantly lower than those before treatment($P<0.05$), and the improvement in the observation group was significantly better than that in the control group($P<0.05$). After treatment, the MOS item short from health survey(SF-36) scores of the two groups were both significantly improved compared with those before treatment($P<0.05$), and the quality of life in the observation group was significantly better than that in the control group. *Conclusion* Xuefu Zhuyu Decoction can effectively improve the clinical treatment effect of patients with coronary heart disease unstable angina pectoris with phlegm turbidity and obstruction type, reduce the frequency and degree of angina pectoris, improve the clinical symptoms of patients, increase the levels of inflammatory factors, reduce the levels of Lp-PLA2, MCP-1 and sICAM-1 and improve the quality of life of patients.

Keywords: Xuefu Zhuyu Decoction(血府逐瘀汤); coronary heart disease unstable angina pectoris; phlegm turbidity and obstruction; Lp-PLA2; MCP-1; sICAM-1; inflammatory factors; quality of life

冠心病不稳定型心绞痛是冠心病的一种临床表现,其主要特征是胸痛,可能伴有心肌缺血和心电图改变[1]。根据流行病学调查,冠心病不稳定型心绞痛在全球范围内具有显著的高发病率和病死率,它常见于中老年人,尤其是存在高血压病、高血脂、糖尿病等心血管危险因素的人群[2-3]。随着生活方式的改变和人口老龄化趋势的加剧,冠心病不稳定型心绞痛的患病率不断增加,成为全球心血管病的重要问题[4]。冠心病不稳定型心绞痛通常与冠状动脉粥样硬化、血栓形成和冠状动脉痉挛等因素有关。动脉粥样硬化是冠心病不稳定型心绞痛最常见的病因,其过程包括血管内皮损伤等。斑块破裂后,血小板聚集和血栓形成可导致冠状动脉的急性闭塞,进而引发心肌缺血和心绞痛发作[5]。目前,冠心病不稳定型心绞痛的常用治疗方案主要包括药物治疗、介入治疗和手术治疗等。尽管现有治疗方案在冠心病不稳定型心绞痛的管理中起到了积极的作用,但仍存在一些限制和挑战。一些患者来说,单一药物治疗效果不佳,需要个体化、综合治疗的方案[6]。此外,长期管理和预防的策略也需要进一步完善。因此,引入中医药治疗在冠心病不稳定型心绞痛的管理中具有重要的原因和必要性。中医药注重辨证施治,针对患者的个体差异和病情特点,通过中药治疗、针灸、推拿等手段,调节气血运行、舒缓症状、促进康复[7]。中医药在心血管疾病中积累了丰富的临床经验,具有悠久的历史和独特的理论体系,可为冠心病不稳定型心绞痛的综合治疗提供补充和辅助。本研究使用血府逐瘀汤治疗,旨在观察对冠心病不稳定型心绞痛痰浊痹阻型患者的治疗效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入本院 2020 年 5 月—2022 年 6 月收治的 120 例冠心病不稳定型心绞痛痰浊痹阻型患者,按照随机数表法将纳入患者分为对照组和观察组,每组 60 例。观察组中男 32 例,女 28 例;年龄 47~73 岁,平均(58.15±4.53)岁;病程 5~20 年,平均(14.51±2.26)年。对照组中男 31 例,女 29 例;年龄 44~72 岁,平均(59.52±3.79)岁;病程 4~19 年,平均(14.24±2.36)年。两组患者在性别、年龄、病程一般资料相比,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

冠心病不稳定型心绞痛诊断标准参照《不稳定型心绞痛诊断和治疗建议》[8],根据心绞痛性质、特点、发作时体征和心电图改变以及危险因素等,结合临床判断。痰浊痹阻证中医证型诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》[9],胸痛、胸闷为主要症状;口中黏腻感,舌黯红,苔黄腻,有瘀斑,脉涩或滑为次要症状。

1.3 纳入及排除标准

1.3.1 纳入标准 ①符合本研究冠心病不稳定型心绞痛及痰浊痹阻证诊断标准;②年龄 35~75 岁;③近 3 个月内未参与其他相关临床研究;④患者自愿参与并签署知情同意书。

1.3.2 排除标准 ①不符合本研究相关中西医诊断标准;②年龄小于 35 岁或大于 75 岁;③合并有风湿性心脏病、心肌病、心脏肿瘤等其他心脏疾病患者;④肝肾功能异常的患者;⑤对本研究方案内使用的相关治疗药物过敏者;⑥患者依从性差,无法按照研究方案进行治疗;⑦非自愿或未签署知情同意书。

1.4 方法

对照组:给予常规西药治疗方案,阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司,国药准字 H20051407)10 mg/次,1 次/d;阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司,国药准字 J20171021)100 mg/次,2 次/d;硫酸氢氯吡格雷片(乐普药业股份有限公司,国药准字 H20123116)75 mg/次,1 次/d。观察组:在对照组西药治疗方案的基础上,给予血府逐瘀汤加减:当归 5 g,生地黄 15 g,桃仁 10 g,红花 10 g,川芎 10 g,赤芍 10 g,炒枳壳 10 g,柴胡 10 g,法半夏 10 g,厚朴 10 g,陈皮 6 g,苍术 10 g,甘草 6 g,以上药物均由本院药房提供,共水煎服,每日 1 剂,分早晚 2 次服用。两组均治疗共 8 周后观察临床疗效。

1.5 观察指标

1.5.1 临床疗效评价 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》[9]进行评定。显效:症状消失或基本消失,或减轻至轻级,心电图基本恢复正常;有效:疼痛发作次数、程度及持续时间有明显减轻,或减轻至轻级,心电图 ST 段升幅 0.05 mV 以上;无效:症状基本与治疗前相同,心电图无改善。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

1.5.2 心绞痛发作情况 由两名医生分别独立记录两组患者一周内心绞痛发作的次数,以及每次心绞痛发作时的持续时间,并使用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评估患者心绞痛发作疼痛程度。

1.5.3 中医临床症状积分 依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》[9]中对冠心病心绞痛中痰浊痹阻标准,计分以评估患者胸闷、胸痛、气短喘促、身体困重、痰多纳呆的临床症状,无症状为 0 分、轻度为 1 分、中度为 2 分、重度为 3 分,当证候积分总分越高,则表明患者临床症状越严重。

1.5.4 炎性因子水平 抽取患者静脉血 5 mL,冷藏保存后离心 10 min(3000 r/min),分离血清后采用酶联免疫吸附法对患

者炎症因子白细胞介素－4(interleukin－4,IL－4)、白细胞介素－6(interleukin－6,IL－6)、白细胞介素－8(interleukin－8,IL－8)、肿瘤坏死因子－α(tumor necrosis factor－α,TNF－α)水平进行检测。

1.5.5 脂蛋白相关的磷脂酶 A2(lipoprotein－associated phospholipase A2,Lp－PLA2)、单核细胞趋化因子－1(monocyte chemoattractant protein－1,MCP－1)、可溶性细胞间黏附分子－1(soluble intercellular adhesion molecule－1,sICAM－1)水平 分别于患者治疗前后,抽取患者静脉血 5 mL,采用酶联免疫吸附法检测两组患者的 Lp－PLA2、MCP－1 及 sLCAM 水平。

1.5.6 生存质量 采用 36 项简明健康调查问卷(short form 36 health survey,SF－36)对患者生存质量进行评定,量表评估内容包括生理功能、社会功能等,每个项目 100 分,评分越高代表患者生存质量越高。

1.6 统计学方法

应用 SPSS 22.0 软件进行数据处理,计数进行 χ^2 检验,计量资料进行 t 检验,$P<0.05$ 则差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效对比

治疗后观察组总有效率为 90.00%,显著高于对照组 70.00% 的总有效率($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组冠心病不稳定型心绞痛痰浊痹阻型患者临床疗效比较

单位:例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	60	30(50.00)	24(40.00)	6(10.00)	54(90.00)
对照组	60	19(31.67)	23(38.33)	18(30.00)	42(70.00)
χ^2 值					5.314 8
P 值					0.021 1

2.2 治疗前后心绞痛发作情况对比

治疗后,两组患者的心绞痛发作次数、持续时间及疼痛程度均较治疗前有了显著地改善($P<0.05$);同时观察组在心绞痛发作次数、持续时间及疼痛程度均较对照组有更为显著地改善($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组冠心病不稳定型心绞痛痰浊痹阻型患者治疗前后心绞痛发作情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	发作次数/(次/周)	持续时间/(min)	VAS 评分/(分)
观察组	60	治疗前	14.23±3.15	9.11±2.81	8.23±1.42
		治疗后	5.78±1.54*#	2.38±1.05*#	1.23±1.12*#
对照组	60	治疗前	14.66±3.55	9.19±2.68	8.38±1.37
		治疗后	9.20±1.95*	6.23±1.20*	3.46±1.46*

注:*与治疗前比较,$P<0.05$;#与对照组比较,$P<0.05$。

2.3 治疗前后中医临床症状积分对比

治疗后两组在胸闷、胸痛、气短喘促、身体困重、痰多纳呆的中医临床症状积分变化均较治疗前改善显著($P<0.05$);且观察组在各症状积分的改善上显著优于对照组($P<0.05$)。见表 3。

2.4 治疗前后炎性因子对比

治疗后两组患者炎性因子 IL－4、IL－6、IL－8、TNF－α 水平均较治疗前改善下降($P<0.05$);且观察组各项炎性因子降幅显著优于对照组($P<0.05$)。见表 4。

2.5 治疗前后 Lp－PLA2、MCP－1、sLCAM 水平对比

治疗后两组患者 Lp－PLA2、MCP－1、sLCAM 水平均较治疗前显著降低($P<0.05$),同时观察组改善显著优于对照组($P<0.05$)。见表 5。

表 3 两组冠心病不稳定型心绞痛痰浊痹阻型患者治疗前后中医临床症状积分变化比较($\bar{x}\pm s$)

单位:分

组别	例数	时间	胸闷	胸痛	气短喘促	身体困重	痰多纳呆
观察组	60	治疗前	10.34±1.45	8.43±2.44	2.25±0.23	3.33±0.32	1.96±0.42
		治疗后	2.56±1.15*#	3.21±1.54*#	0.15±0.12*#	1.22±0.14*#	0.22±0.43*#
对照组	60	治疗前	10.43±1.52	8.38±2.26	2.24±0.38	3.37±0.38	1.98±0.53
		治疗后	5.34±1.41*	5.90±1.34*	1.73±0.33*	2.91±0.42*	1.15±0.38*

注:*与治疗前比较,$P<0.05$;#与对照组比较,$P<0.05$。

表 4 两组冠心病不稳定型心绞痛痰浊痹阻型患者治疗前后炎性因子比较($\bar{x}\pm s$)

单位:ng/L

组别	例数	时间	IL－4	IL－6	IL－8	TNF－α
观察组	60	治疗前	69.23±13.12	47.55±7.29	55.62±11.10	46.16±5.64
		治疗后	33.24±5.55*#	21.02±5.25*#	33.35±10.33*#	22.75±3.22*#
对照组	60	治疗前	68.30±13.20	46.36±6.96	54.77±11.25	46.20±5.72
		治疗后	49.32±11.21*	34.31±5.32*	45.61±11.23*	35.38±6.26*

注:*与治疗前比较,$P<0.05$;#与对照组比较,$P<0.05$。

表 5 两组冠心病不稳定型心绞痛痰浊痹阻型患者治疗前后 Lp－PLA2、MCP－1、sLCAM 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	Lp－PLA2/(g/L)	MCP－1/(pg/mL)	sLCAM/(ng/mL)
观察组	60	治疗前	531.57±37.21	105.23±16.74	310.85±43.12
		治疗后	406.32±24.32*#	69.37±12.46*#	179.09±26.80*#
对照组	60	治疗前	523.23±36.46	104.23±16.83	305.23±41.23
		治疗后	481.16±32.47*	89.53±13.42*	249.25±37.33*

注:*与治疗前比较,$P<0.05$;#与对照组比较,$P<0.05$。

2.6 治疗前后生活质量对比

治疗后两组患者 SF－36 评分均较治疗前有显著改善($P<0.05$),同时观察组的生活质量改善显著优于对照组($P<0.05$)。见表 6。

表 6 两组冠心病不稳定型心绞痛痰浊痹阻型患者治疗前后生活质量比较($\bar{x}\pm s$)

单位:分

组别	例数	时间	生理功能	躯体功能	社会功能	情感职能
观察组	60	治疗前	68.24±11.22	68.22±13.21	61.41±8.23	53.23±15.71
		治疗后	93.31±14.32*#	96.32±18.92*#	84.01±9.84*#	69.83±18.44*#
对照组	60	治疗前	63.24±10.42	68.23±13.23	62.02±8.16	52.82±15.57
		治疗后	80.12±12.67*	83.14±16.52*	73.24±9.13*	62.34±17.63*

注:*与治疗前比较,$P<0.05$;#与对照组比较,$P<0.05$。

3 讨论

冠心病不稳定型心绞痛通常是由冠状动脉粥样硬化引起的,形成的斑块破裂后形成血栓,导致冠状动脉的狭窄或闭塞。狭窄或闭塞的冠状动脉会限制心脏供血,导致心肌缺血,使得心肌细胞供氧不足,产生代谢产物,刺激神经末梢,引起心绞痛症状[10－12]。冠心病不稳定型心绞痛的治疗目的包括缓解心绞痛发作、预防心肌梗死、控制症状、改善生活质量和减少并发症的发生[13－14]。目前临床当中针对本病,常规使用抗血小板药物同时联合他汀类药物进行治疗,能够稳定斑块、预防血栓的发生,从而改善患者临床症状并提升预后[15－16]。阿托伐他汀是一种常用的他汀类药物,作用于肝脏的 HMG－CoA 还原酶,抑制胆固醇的合成,可用于控制血脂异常,减少动脉粥样硬化斑块的进展,稳定斑块并降低心血管事件的风险[17]。阿司匹林与硫酸氢氯吡格雷均为抗血小板药物,两者作用机制不同,联合使用能够增强减少血小板聚集和血栓形成的效果,减少心

肌梗死和血栓性并发症的风险[18-20]。然而在实际临床治疗当中,不同患者对药物的反应可能存在差异,因此可能需要根据患者的具体情况和药物反应调整治疗方案。且本方案使用药物均可引起如胃肠道不适、出血风险增加等不良反应[21-22]。如何依据患者具体情况进行个体化治疗,引进新的安全有效的药物是临床需要考虑的问题。研究显示中西医结合方案在治疗不稳定型心绞痛方面相较单纯常规西药治疗能取得更好的临床疗效[23-25]。

传统中医学通常将冠心病不稳定型心绞痛归于“胸痹”等范畴。主要病因是气滞血瘀、痰湿阻滞、心脉失养等。长期的情绪压抑、劳累、不良饮食习惯、寒冷潮湿环境等因素也可能导致心脉失调。病位在心,亦与肝、肾、脾等脏器有关。患者素体羸弱或因情志、饮食等因素而致气虚。脾主运化,将水谷化为精微物质,转输至全身各器官以濡养周身,全赖脾气的升清及温煦,若脾气虚则水谷不行,停滞于经脉,聚而为痰,故常言“脾为生痰之源”。当痰湿久瘀于脉,又会导致血行不畅,闭阻心脉,继而发病。在治法方面应标本同治,以活血通脉,祛痰化瘀为基本治则。本研究给予中医经典活血方剂血府逐瘀汤进行治疗,在结合临床实际与患者情况,对原方进行加减,增强祛痰化瘀功效。血府逐瘀汤加减组方由当归、生地黄、桃仁、红花、川芎、赤芍、炒枳壳、柴胡、法半夏、厚朴、陈皮、苍术、甘草组成。方中桃仁、红花共为君药,活血止痛、破瘀行滞;赤芍、川芎、牛膝共为臣药,增强君药活血化瘀之效;当归、生地黄养血润燥,防止本方祛瘀过强而伤正气;枳壳与桔梗相配,再加柴胡行气通脉,气行血行;在血府逐瘀方的基础上,增加了法半夏、厚朴、陈皮、苍术 4 味药,增加健脾理气、化痰祛湿之效;甘草调和诸药,为使药。本方 13 味药,活血、行气、养血,诸药合用,能起到活血通脉,祛痰化瘀的效果。研究显示,本方中含有的糖苷类、黄酮类、酚酸类、甾醇等物质,能够有效起到抗炎、抗氧化应激等作用,改善心肌缺血,保护血管内皮细胞,防治动脉粥样硬化[26-29]。

研究结果显示,使用本研究方案治疗,患者的心绞痛发作次数、持续时间及疼痛程度均较治疗前有了显著降低。胸闷、胸痛、气短喘促、身体困重、痰多纳呆等临床症状改善显著,IL-4、IL-6、IL-8、TNF-α 炎性因子水平均显著下降。Lp-PLA2 是一种磷脂酶 A2,主要与低密度脂蛋白结合,并存在于动脉粥样硬化斑块中,升高的 Lp-PLA2 水平与冠心病、心肌梗死和脑卒中风险增加相关[30];MCP-1 是一种单核细胞趋化因子,能够吸引单核细胞和巨噬细胞到炎症部位,高水平的 MCP-1 与动脉粥样硬化斑块的炎症程度和不稳定性有关[31];sICAM-1 是细胞间黏附分子-1 的可溶性形式,与炎症反应和免疫反应密切相关[32];这 3 个指标的升高均与冠心病、心肌梗死等疾病的风险增加相关[33-34];本研究结果显示 Lp-PLA2、MCP-1、sLCAM 水平无论与治疗前或对照组相比,均显著降低。SF-36 评分作为常用的评估患者生存质量的评分,能够在生理和心理多个角度评估患者情况,本研究结果显示,使用血府逐瘀汤加减治疗后无论较治疗前或对照组均有显著改善[35]。血府逐瘀汤可有效提高冠心病不稳定型心绞痛痰浊痹阻型患者的临床治疗效果,减少患者心绞痛发作频率及程度,改善患者临床症状,改善炎性因子水平,降低患者 Lp-PLA2、MCP-1、sICAM-1 水平,提高患者生存质量,值得临床推广。

参考文献

[1] 刘谦,王诗恒,秦培洁,等. 气色形态手诊与耳垂皱褶征对诊断冠心病的临床价值的比较研究[J]. 北京中医药大学学报,2022,45(12):1282-1287.
[2] 王薇,曹璐,任鹏,等. 不同中药注射液联合常规西药治疗稳定型心绞痛的网状 Meta 分析[J]. 中国中药杂志,2023,48(6):1652-1663.
[3] 刘全俊,尹晗,马欢,等. 精神压力诱发的心肌缺血的流行病学特征及病理机制进展[J]. 中国循环杂志,2022,37(8):850-854.
[4] 蒋林甫,袁贞明,张邢炜,等. 基于 PCHD-TabNet 的十年冠心病预测[J]. 数据分析与知识发现,2023,7(5):133-144.
[5] 孟昊,周琦,刘红旭,等. 血小板小微粒在冠心病血瘀证中的研究[J]. 中华中医药杂志,2022,37(9):5500-5503.
[6] 杜海燕,皇甫卫忠,刘中华,等. 2 型糖尿病合并冠心病患者血清 IL-6、PCT、CatS、Gal-3 与糖脂代谢、胰岛素抵抗和心功能的相关性分析[J]. 现代生物医学进展,2022,22(16):3076-3080.
[7] 佟旭,江丽杰,王传池,等. 稳定性冠心病痰瘀互结证饮食行为与情绪特征分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2022,24(10):3880-3887.
[8] 中华心血管病杂志编辑委员会,中华医学会心血管病学分会. 不稳定性心绞痛诊断和治疗建议[J]. 中华心血管病杂志,2000,28(6):409.
[9] 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,2002:162-167.
[10] 吴珊,王传池,林明欣,等. 近 30 年中医药治疗冠心病痰瘀互结证用药概况分析[J]. 中医杂志,2022,63(17):1685-1690.
[11] KARLSEN S,MELICHOVA D,DAHLSLETT T,et al. Increased deformation of the left ventricle during exercise test measured by global longitudinal strain can rule out significant coronary artery disease in patients with suspected unstable angina pectoris[J]. Echocardiography, 2022,39(2):233-239.
[12] 徐涛,王超. MicroRNA-155 靶向 SOCS1 基因对冠心病内皮细胞炎症损伤的影响[J]. 中国老年学杂志,2022,42(23):5858-5863.
[13] 孙朝磊,马恒. 冠心病患者认知功能下降的磁共振成像研究进展[J]. 中国医学影像学杂志,2022,30(8):753-756.
[14] DEVECI O S,OZMEN C,KARAASLAN M B,et al. Could serum copeptin level be an indicator of coronary artery disease severity in patients with unstable angina? [J]. Int Heart J,2021,62(3):528-533.
[15] 徐春华,何军,张平,等. 增强型体外反搏治疗冠心病不稳定型心绞痛患者的临床疗效观察[J]. 中国分子心脏病学杂志,2022,22(4):4815-4819.
[16] 柴睿,黄辉,张望强. 急性冠状动脉综合征患者血糖状态与血小板治疗反应性及心血管事件的相关性[J]. 中华老年心脑血管病杂志,2022,24(12):1270-1273.
[17] 李秋忆,陈可冀. 基于病证结合探讨老年冠心病中西医结合诊治思路[J]. 中国中西医结合杂志,2022,42(11):1383-1386.
[18] SHAFFER B L,DAVIS G M,INCITTI M A,et al. Application of medical cannabis in unstable angina and coronary artery disease: A case report[J]. Medicine(Baltimore), 2021,100(11):e25172.
[19] 耿洪娇,谢雁鸣,王志飞. 脑心通胶囊治疗气虚血瘀证脑梗死及冠心病心绞痛的临床综合评价[J]. 中国中药杂志,2021,46(23):6087-6095.
[20] 陈寅萤,李华,吴萍,等. 丹红注射液治疗心脑血管疾病的药理作用机制研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2021,27(15):188-196.
[21] CASU G,BERNE P,VIOLA G,et al. Brugada phenocopy in a patient with unstable angina and three-vessel coronary artery disease [J]. J Cardiovasc Electrophysiol. 2021,32(4):1187-1190.
[22] 陈世祺,窦镜申,朱建国,等. 低剂量与标准剂量替格瑞洛在中国急性冠脉综合征患者中有效性和安全性的系统评价[J]. 中国现代应用药学,2022,39(24):3290-3299.

DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.01.041

柴胡清上汤联合凝视稳定性前庭康复训练对前庭神经炎前庭功能和氧化应激的影响

李得平,苗治国,李振,龚晓强,刘博
(郑州市中医院,河南 郑州 450007)

摘要:目的 探讨柴胡清上汤联合凝视稳定性前庭康复训练对前庭神经炎患者前庭功能和氧化应激的影响。方法 选择2021年7月—2022年12月医院就诊并诊断为前庭神经炎患者60例作为研究对象,随机分为试验组和对照组,各30例。对照组予以常规及对症治疗,试验组在对照组基础上予以柴胡清上汤联合凝视稳定性前庭康复训练。比较治疗前后两组患者临床疗效、眩晕症状评定量表(Vertigo symptom rating scale,DARS)、眩晕障碍量表(Dizziness handicap inventory,DHI)及特异性活动平衡自信量表(Activities-specific balance confidence scale,ABC)、前庭功能、血清炎症因子、氧化应激指标及不良反应发生情况。结果 治疗后,与对照组总有效率63.33%(19/30)相比,试验组总有效率(86.67%,26/30)较高($P<0.05$),与治疗前比较,两组患者DARS、DHI评分均显著降低,ABC评分升高($P<0.05$);治疗后与对照组相比,试验组DARS、DHI评分较低,ABC评分较高($P<0.05$)。与治疗前比较,两组患者半规管轻瘫(Semicircular canal paraplegia,CP)值、扫视波幅度、自发眼震强度、摇头眼震强度明显下降,半规管增益明显增高($P<0.05$);治疗后与对照组相比,试验组半规管轻瘫CP值、扫视波幅度、自发眼震强度、摇头眼震强度较低,半规管增益较高($P<0.05$)。与治疗前比较,两组患者血清肿瘤坏死因子-α(Tumor necrosis factor-α,TNF-α)、白细胞介素-6(Interleukin-6,IL-6)水平明显下降($P<0.05$);且与对照组相比,试验组血清TNF-α、IL-6水平较低($P<0.05$)。与治疗前比较,两组患者超氧化物歧化酶(Superoxide dismutase,SOD)水平明显升高,丙二醛(Malondialdehyde,MDA)水平降低($P<0.05$);且与对照组相比,试验组SOD水平较高,MDA水平较低($P<0.05$)。两组不良反应发生情况相比差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 柴胡清上汤联合凝视稳定性前庭康复训练可有效提升前庭神经炎患者整体治疗效果,调节机体内血清炎症、氧化应激水平,显著改善前庭功能,缓解眼震、半规管轻瘫状态,临床适宜推广。

关键词:柴胡清上汤;凝视稳定性前庭康复训练;前庭神经炎;前庭功能;氧化应激
中图分类号:R277.745 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2025)01-0226-05

基金项目:河南省卫生健康委员会中医药管理局中医药专项(2022ZY2063)
作者简介:李得平(1986-),女,湖南郴州人,主治中医师,硕士,研究方向:中医临床。
通讯作者:苗治国(1976-),男,河南郑州人,副主任中医师,博士,研究方向:中医药防治脑病。E-mail:mzgzzs2012@163.com。

[23] 李宪伦,王显,吴永健,等.经皮冠状动脉介入术后中西医结合心脏康复专家共识[J].中国康复医学杂志,2022,37(11):1517-1528.
[24] 丛丛,李先强,胡莹,等.四物加人参汤加减治疗微血管性心绞痛气虚血瘀证的临床观察[J].时珍国医国药,2022,33(10):2431-2434.
[25] 张超,关敬树,姚成增,等.心痛宁颗粒联合常规治疗对气虚痰瘀型稳定性心绞痛患者的临床疗效[J].中成药,2021,43(11):3014-3018.
[26] 王丽娜,李娜,莫文平,等.冠心病住院患者自我管理行为与社会支持现状及相关因素[J].中国老年学杂志,2020,40(20):4451-4455.
[27] 王传池,吴珊,江丽杰,等.1990~2020年我国冠心病中医证的流行病学调查研究概况[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(12):1883-1893.
[28] 郑壮勋,郑成芳,陈壮荣.美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病合并心力衰竭患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2020,36(13):1786-1789.
[29] 陈乙菲,隋殿军.基于CaN/NFAT信号途径探讨血府逐瘀汤控制大鼠颈总动脉球囊损伤后血管内膜增生的实验研究[J].中药材,2020,43(5):1226-1231.
[30] 耿彬,苗华为,王思洲,等.活血化瘀养心通络方联合替格瑞洛治疗冠心病经皮冠状动脉介入术术后心绞痛的临床疗效及对血管内皮功能及炎症因子的影响[J].中华中医药学刊,2020,38(11):33-37.
[31] 杨光,何浩强,陈光,等.中药调节肠道菌群干预冠心病及其危险因素的研究进展[J].中国中药杂志,2020,45(1):29-36.
[32] 陈曼丽,宫蕊,齐莉莉,等.丹红注射液联合麝香保心丸治疗冠心病心绞痛疗效及对患者NF-κB、GMP-140的影响[J].陕西中医,2020,41(3):321-323.
[33] 夏勇,张建卿,王少霞,等.沙库巴曲缬沙坦联合琥珀酸美托洛尔缓释片治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病并慢性心力衰竭的效果观察[J].首都医科大学学报,2020,41(1):113-118.
[34] CLASEN K,WELZ S,FALTIN H,et al. Plasma sICAM-1 correlates with tumor volume before primary radiochemotherapy of head and neck squamous cell carcinoma patients[J]. Radiol Oncol,2022,56(4):501-507.
[35] VAN ROTTERDAM F J,HENSLEY M,HAZELTON M. Measuring change in health status over time(responsiveness):a meta-analysis of the SF-36 in cardiac and pulmonary rehabilitation[J]. Arch Rehabil Res Clin Transl,2021,3(2):100127.