

补阳还五汤联合“邵氏五针法”治疗冠心病 不稳定型心绞痛的临床观察

张乐¹, 赵磊², 张洁^{1*}

1. 宝鸡市中医医院, 陕西 宝鸡 721006; 2. 河北医科大学第四医院, 河北 石家庄 050011

摘要 目的: 探究补阳还五汤联合“邵氏五针法”治疗冠心病不稳定型心绞痛(UA)的疗效。方法: 随机数字表法将 2023 年 1 月—2024 年 7 月宝鸡市中医医院收治的 120 例冠心病 UA 患者分为汤剂组、针灸组与联合组, 每组 40 例。3 组均接受常规治疗, 此外汤剂组加用补阳还五汤治疗, 针灸组加用“邵氏五针法”治疗, 联合组则加用补阳还五汤联合“邵氏五针法”治疗。1 个疗程 10 d, 均治疗 2 个疗程。对比 3 组患者心绞痛临床疗效、心电图疗效及不良反应, 记录各组治疗前后中医证候积分、临床症状、心功能、血脂及血清炎症指标。结果: 3 组临床总有效率、心电图总有效率整体对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 3 组中医证候总积分、心绞痛临床症状相关指标、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、甘油三酯(TG)及血清白细胞介素(IL)-6、IL-1 β 、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平均较治疗前下降($P < 0.05$), 联合组中医证候总积分、心绞痛临床症状、TC、LDL-C 及血清炎症相关指标均低于汤剂组、针灸组($P < 0.05$)。治疗后, 3 组心脏射血分数(EF)、每搏输出量(SV)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)均较治疗前上升($P < 0.05$), 联合组 EF、SV 均大于汤剂组、针灸组($P < 0.05$)。汤剂组与针灸组各指标对比, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。3 组不良反应总发生率对比, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 补阳还五汤联合“邵氏五针法”治疗冠心病 UA 安全有效, 能明显改善患者心绞痛症状及心功能, 调脂、抑炎作用明显。

关键词 冠心病; 不稳定型心绞痛; 补阳还五汤; 邵氏五针法

中图分类号: R256.22 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-2392(2026)06-0090-07

DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.260126

我国心血管病(Cardiovascular disease, CVD)患病率呈现不断上升趋势, 其患病例数高达 3.3 亿, 其中冠心病占比 3.45%^[1]。不稳定型心绞痛(Unstable angina, UA)典型特征为胸前区疼痛, 其病情介于稳定型心绞痛与急性心肌梗死(Acute myocardial infarction, AMI)之间, 可进展为 AMI, 重者致死^[2]。临床治疗 UA 以 β -受体阻滞剂、他汀类、硝酸酯类等西药为主, 虽能快速改善冠心病临床症状, 但对 UA 的改善作用有限。中医认为 UA 发病根本为气虚, 标实为血瘀, 心脉不通则痛, 治疗建议益气活血^[3]。补阳还五汤最初见于《医林改错》, 为气虚血瘀证疾病治疗经典汤方, 具有补气、通络、活血功效, 在 CVD 治疗中应用较多; 有研究^[4]称, 相比常规西医、体外反搏治疗, 联合补阳还

五汤治疗能进一步改善 UA 病情, 缓解其中医症状。“邵氏五针法”由邵经明教授根据自身多年经验总结所得, 最初用于哮喘治疗, 后续在过敏性鼻炎^[5]、运动性失语^[6]等多种疾病中有所报道, 但关于其在冠心病治疗中的报道尚少。另外尚未有补阳还五汤联合“邵氏五针法”治疗冠心病 UA 的报道, 对此本研究行前瞻性对照试验, 对冠心病 UA 患者行补阳还五汤联合“邵氏五针法”治疗, 效果明显。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究为单中心、随机、单盲、对照试验。病例源于 2023 年 1 月—2024 年 7 月宝鸡市中医医院住院的冠心病 UA 患者, 简单随机抽样患者 120 例, 其中男 74 例, 女 46 例; 加拿大心血管病学学会(Canadian cardiovascular society, CCS)制定的心绞痛分级 I~III 级。随机数字表法分组, 汤剂组中男 25 例, 女 15 例; 年龄 45~78 岁, 平均年龄(56.34 ± 7.10)岁; 冠心病病程 0.8~8.5 年, 平均病程(5.13 ± 1.68)年; 心绞痛分级:

收稿日期: 2024-10-19 修回日期: 2025-07-14

基金项目: 陕西省科技计划项目(2017SF-277)

作者简介: 张乐(1990-), 男, 主治医师, 从事中医内科相关研究。

* 通信作者: 张洁(1990-), 女, 硕士, 主治医师, 从事中医内科相关研究。

I级10例, II级19例, III级11例;合并基础疾病:糖尿病10例,高血压11例,高脂血症13例;有吸烟史13例,有饮酒史18例。针灸组中男23例,女17例;年龄42~76岁,平均年龄(57.00 ± 6.54)岁;冠心病病程0.6~8年,平均病程(5.02 ± 1.50)年;心绞痛分级:I级12例, II级20例, III级8例;合并基础疾病:糖尿病13例,高血压14例,高脂血症15例;有吸烟史15例,有饮酒史17例。联合组中男26例,女14例;年龄40~78岁,平均年龄(56.75 ± 6.80)岁;冠心病病程0.5~7.8年,平均病程(5.10 ± 1.54)年;心绞痛分级:I级11例, II级20例, III级9例;合并基础疾病:糖尿病9例,高血压12例,高脂血症12例;有吸烟史16例,有饮酒史20例。3组患者性别、心绞痛分级等一般资料对比差异均无统计学意义($P > 0.05$)。本研究经宝鸡市中医医院医学伦理委员会批准(伦理批号:2301N7)。

1.2 诊断标准

UA 西医诊断依据《非ST段抬高型急性冠状动脉综合征诊断和治疗指南(2016)》^[7]。①临床表现:静息性心绞痛持续超过20 min;新发心绞痛,可见自发性或劳力型心绞痛(CCS II级或III级);恶化性心绞痛,即以往稳定性心绞痛近1个月内症状加重,且存在CCS III级特点;心肌梗死后1个月内发作的心绞痛;②辅助检查:心电图异常;心肌损伤标志物可未出现异常;若患者接受冠脉造影,提示 ≥ 1 支主要冠脉狭窄程度 $\geq 1/2$,满足上述症状,便可诊断为冠心病UA。

中医诊断依据《中医内科病证诊断疗效标准》^[8],辨证为气虚血瘀证,主症包括胸痛或闷、气短,次症包括面色苍白、神倦、心悸与乏力,舌暗淡或存在瘀点/斑,脉弦涩。

1.3 纳入标准

①符合以上冠心病UA中西医诊断标准,心绞痛发作 > 2 次/周,持续 > 180 s;②年龄18~80岁;③心功能NYHA分级II级或III级;④入组前未行其他治疗;⑤患者知情并签署同意书。

1.4 排除标准

①既往有心脏外科手术史者;②合并心肌炎、AMI等其他CVD者;③肝、肾、心、肺功能严重障碍、恶性肿瘤者;④自身免疫相关疾病、凝血系统疾病或有出血倾向者;⑤妊娠或哺乳女性;⑥精神病、意识障碍者;⑦过敏体质者;⑧颈椎病等其他疾病引发的胸痛者。

1.5 剔除及脱落标准

①未严格执行医嘱者;②治疗期间发生严重并发症者;③治疗期间突发其他疾病者;④参与其他研究

者;⑤自行退出者。

1.6 治疗方法

3组患者均接受常规西医处理,包括阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司生产,国药准字J20171021)100 mg/次,口服,1次/d;氯吡格雷片(湖南迪诺制药股份有限公司生产,国药准字H20203609)75 mg/次,口服,1次/d;单硝酸异山梨酯片(仁和药业有限公司生产,国药准字H20084488)20 mg/次,口服,2次/d;阿托伐他汀钙片(湖南迪诺制药股份有限公司生产,国药准字H20193332)20 mg/次,口服,1次/d。若患者心绞痛急性发作,给予硝酸甘油片(山东信谊制药有限公司,国药准字H37021415)0.5 mg舌下含服,另外根据患者合并症给予对症处理,如糖尿病给予降糖处理。

汤剂组加用补阳还五汤治疗,组方:黄芪30 g,川芎18 g,赤芍15 g,当归12 g,地龙10 g,桃仁和红花各6 g;以上药物加清水500 mL,先浸泡0.5 h,然后大火煮沸,转文火煎至150 mL,分早晚2次口服,1个疗程10 d,连续口服2个疗程。

针灸组则加用“邵氏五针法”治疗。以肺俞、背部腧穴(心俞、膈俞)、大椎、风门及内关穴为主穴,根据患者实际情况加穴,如气虚明显者添加中脘及关元穴,痰浊明显者添加足三里、中脘穴,血瘀明显者还需给予点刺放血拔罐处理。具体操作:①针刺:不同穴位体位不一,如背部腧穴选择俯卧位,腹部腧穴选择仰卧位,0.30 mm $\times$ 40 mm华佗牌一次性针灸针(苏州医疗用品厂有限公司生产)消毒后均采取直刺法,直刺大椎、足三里穴深入2.5~3 cm,其他穴位深入1.5~2 cm,得气后行平补平泻,留针15~20 min,10 min行针1次。②重灸:中脘直刺1.5~2 cm,天枢、气海及关元穴直刺2.5~3 cm,得气后将艾灸箱(内有长30 cm、宽16 cm、高15 cm的艾条)放到患者腹部操作区(覆盖针刺部位),外罩布巾,治疗45 min左右。这个过程中不施针,禁碰艾灸箱,若患者感觉温度过高,应及时告知医师,适当调整。针灸1次/d,1个疗程10 d,治疗1个疗程后休息3 d,共干预2个疗程。③放血拔罐:针刺完成后,消毒背部腧穴,经由一次性采血针快速点刺,随后各拔1罐,留灌8 min左右,放血量2 mL左右,1次/周,2个疗程期间治疗3次。

联合组加用补阳还五汤联合“邵氏五针法”治疗,具体操作同上。

1.7 观察指标与疗效判定标准

1.7.1 中医证候积分

主症胸痛等依据严重程度分为无(0分)、轻

(2 分)、中(4 分)与重度(6 分),次症依据严重程度分为无(0 分)、轻(1 分)、中(2 分)与重度(3 分),计算总积分,积分越低即证候越轻^[9]。

1.7.2 心绞痛临床症状

观察统计 3 组患者治疗前后 1 周内心绞痛发作次数、持续时间与硝酸甘油用量情况,均取均值作为最终评价数据,另通过数字疼痛评分法(Numerical rating scale,NRS)^[10]评估 UA 患者疼痛情况,总分 0~10 分,分数越低即疼痛越轻。

1.7.3 心脏彩超

治疗前、治疗 2 个疗程后通过 GE Vivid E9 彩色超声诊断仪对 3 组 UA 患者心脏射血分数(Ejection Fraction,EF)、每搏输出量(Stroke Volume,SV)进行测定。

1.7.4 血脂代谢

治疗前、治疗 2 个疗程后空腹采集 3 组 UA 患者肘静脉血 3 mL,以 3 000 r/min 离心 10 min,上清液提取后保存待测。通过罗氏 cobas 8000 全自动生化分析仪测定 3 组总胆固醇(Total Cholesterol,TC)、高/低密度脂蛋白胆固醇(High/Low Density Lipoprotein Cholesterol,H/LDL-C)、甘油三酯(Triglyceride,TG)水平。

1.7.5 血清炎症标志物

治疗前、治疗 2 个疗程后采血、离心处理同 1.7.4,采用酶联免疫吸附法测定 3 组 UA 患者血清白细胞介素 IL-6、IL-1β、超敏 C 反应蛋白(High sensitive C-reactive protein,hs-CRP)、肿瘤坏死因子-α(Tumor Necrosis Factor-α,TNF-α)水平,试剂盒购自武汉赛培生物科技有限公司。

1.7.6 疗效评价标准

治疗 2 个疗程后评价心绞痛临床疗效及心电图疗效。临床疗效:治疗后患者临床症状消失,体力活动未受限,或心绞痛发作频率降低至少 80%,硝酸甘油用量下降至少 80%或不使用为显效;心绞痛发作频率、持续时间与硝酸甘油用量下降至少 50%,但不到 80%为有效;心绞痛发作频率、持续时间与硝酸甘油用量下降不足 50%为无效;心绞痛发作频率、持续时间与硝酸甘油用量有所增大即加重^[11]。心电图疗效:治疗后患者心电图恢复正常或大致正常为显效;治疗后患者心电图 S-T 段升幅至少 0.05 mV,但尚未至正常,主要导联倒置 T 波变浅至少 1/4,或 T 波从平坦变成直立为有效;治疗后患者心电图基本未改变为无效;治疗后 S-T 段较治疗前持续下移超过 0.05 mV,倒置 T 波加深,T 波从平坦变成倒置,或发生异位心律等不良事件为加重^[12]。总有效率=(显效例数+有效例数)/

总例数×100%。

1.7.7 不良反应

观察记录 3 组 UA 患者治疗期间有无胃肠道反应、心悸等不良反应出现,记录其发生时间并评估不良反应严重程度,同时行肝肾功能、血常规等检查。

1.8 统计学处理

采用 SPSS 22.0 软件对数据进行处理,计量资料满足正态分布且方差齐性,以($\bar{x} \pm s$)表示,3 组间行单因素方差分析,两两行 LSD-t 检验,组内治疗前后行配对样本 t 检验,计数资料以例(%)表示,行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效对比

2.1.1 临床疗效对比

3 组临床疗效总有效率整体对比差异有统计学意义($P<0.05$),联合组治疗临床总有效率为 97.50%,高于汤剂组的 80.00%($P<0.05$),而联合组与针灸组、汤剂组与针灸组两两对比差异均无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 3 组 UA 患者心绞痛临床疗效对比[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
联合组	40	21(52.50)	18(45.00)	1(2.50)	39(97.50)
汤剂组	40	14(35.00)	18(45.00)	8(20.00)	32(80.00)
针灸组	40	16(40.00)	17(42.50)	7(17.50)	33(82.50)
χ^2 值					6.202
P 值					0.045

2.1.2 心电图疗效对比

3 组心电图总有效率整体对比差异有统计学意义($P<0.05$),联合组心电图总有效率为 92.50%,高于汤剂组的 70.00%($P<0.05$),而联合组与针灸组、汤剂组与针灸组两两对比差异均无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 3 组 UA 患者心电图疗效对比[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
联合组	40	20(50.00)	17(42.50)	3(7.50)	37(92.50)
汤剂组	40	12(30.00)	16(40.00)	12(30.00)	28(70.00)
针灸组	40	14(35.00)	15(37.50)	11(27.50)	29(72.50)
χ^2 值					7.169
P 值					0.028

2.2 中医证候积分对比

治疗后,3 组总积分较治疗前均下降($P<0.05$),联合组总积分低于汤剂组与针灸组($P<0.05$),汤剂组与针灸组总积分对比差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 3 3 组 UA 患者中医证候总积分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
联合组	40	17.25 ± 2.10	7.54 ± 1.13 ^{*##Δ}
汤剂组	40	17.30 ± 2.05	9.12 ± 1.48 [*]
针灸组	40	17.42 ± 2.13	9.00 ± 1.36 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与汤剂组治疗后比较,[#] $P < 0.05$;与针灸组治疗后比较,^Δ $P < 0.05$ 。

2.3 心绞痛临床症状对比

治疗后,3 组心绞痛临床症状相关指标较治疗前

表 4 3 组 UA 患者心绞痛临床症状对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	发作次数/(次/周)		持续时间/(min/次)		硝酸甘油用量/(mg/周)		NRS 评分/分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	40	8.96 ± 1.45	2.05 ± 0.48 ^{*##Δ}	6.82 ± 1.47	2.36 ± 0.64 ^{*##Δ}	9.20 ± 3.00	1.72 ± 0.55 ^{*##Δ}	6.63 ± 1.49	1.16 ± 0.34 ^{*##Δ}
汤剂组	40	9.00 ± 1.52	4.00 ± 1.00 [*]	6.90 ± 1.53	3.14 ± 0.70 [*]	9.22 ± 2.96	3.15 ± 0.74 [*]	6.65 ± 1.53	3.00 ± 1.00 [*]
针灸组	40	9.12 ± 1.63	3.97 ± 0.89 [*]	6.86 ± 1.50	3.07 ± 0.68 [*]	9.19 ± 2.87	3.00 ± 0.70 [*]	6.70 ± 1.50	2.98 ± 0.78 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与汤剂组治疗后比较,[#] $P < 0.05$;与针灸组治疗后比较,^Δ $P < 0.05$ 。

表 5 3 组 UA 患者心功能指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	EF/%		SV/mL	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	40	45.46 ± 8.63	63.18 ± 10.34 ^{*##Δ}	35.40 ± 6.95	54.10 ± 8.69 ^{*##Δ}
汤剂组	40	45.35 ± 9.00	56.30 ± 9.57 [*]	35.72 ± 7.13	44.46 ± 7.25 [*]
针灸组	40	45.20 ± 8.73	57.11 ± 10.03 [*]	36.00 ± 7.24	46.00 ± 7.43 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与汤剂组治疗后比较,[#] $P < 0.05$;与针灸组治疗后比较,^Δ $P < 0.05$ 。

2.5 血脂相关指标对比

治疗后,3 组 TC、LDL - C、TG 均较治疗前下降 ($P < 0.05$),HDL - C 上升 ($P < 0.05$),联合组 TC、

表 6 3 组 UA 患者血脂相关指标对比 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	例数	TC		HDL - C		LDL - C		TG	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	40	6.62 ± 1.65	4.20 ± 1.03 ^{*##Δ}	1.36 ± 0.34	1.65 ± 0.40 ^{*##Δ}	3.96 ± 1.17	2.50 ± 0.63 ^{*##Δ}	2.43 ± 0.65	1.70 ± 0.51 ^{*##Δ}
汤剂组	40	6.57 ± 1.24	4.90 ± 1.06 [*]	1.34 ± 0.36	1.55 ± 0.43 [*]	3.90 ± 1.14	3.04 ± 0.87 [*]	2.41 ± 0.50	1.93 ± 0.47 [*]
针灸组	40	6.49 ± 1.15	4.85 ± 1.00 [*]	1.32 ± 0.40	1.58 ± 0.38 [*]	3.87 ± 1.06	3.00 ± 0.83 [*]	2.44 ± 0.56	1.90 ± 0.46 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与汤剂组治疗后比较,[#] $P < 0.05$;与针灸组治疗后比较,^Δ $P < 0.05$ 。

2.6 血清炎症指标对比

治疗后,3 组血清 IL - 6、IL - 1β、hs - CRP、TNF - α 水平均较治疗前下降 ($P < 0.05$),联合组血清 IL - 6、

表 7 3 组 UA 患者血清炎症相关指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IL - 6/(ng/L)		IL - 1β/(ng/L)		hs - CRP/(mg/L)		TNF - α/(pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	40	102.30 ± 12.64	67.26 ± 8.30 ^{*##Δ}	6.92 ± 2.35	3.00 ± 0.68 ^{*##Δ}	9.05 ± 1.30	3.20 ± 0.53 ^{*##Δ}	130.20 ± 15.78	83.76 ± 7.14 ^{*##Δ}
汤剂组	40	103.46 ± 13.02	80.17 ± 9.34 [*]	6.95 ± 2.30	4.78 ± 0.73 [*]	9.00 ± 1.26	4.98 ± 1.00 [*]	130.14 ± 15.83	92.35 ± 8.26 [*]
针灸组	40	102.75 ± 13.12	78.63 ± 9.15 [*]	7.00 ± 2.41	4.60 ± 0.70 [*]	9.10 ± 1.23	4.85 ± 0.96 [*]	131.02 ± 15.64	90.00 ± 8.15 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与汤剂组治疗后比较,[#] $P < 0.05$;与针灸组治疗后比较,^Δ $P < 0.05$ 。

均减少 ($P < 0.05$),联合组各指标均少于汤剂组与针灸组 ($P < 0.05$),汤剂组与针灸组各指标对比差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 4。

2.4 心功能对比

治疗后,3 组 EF、SV 均较治疗前上升 ($P < 0.05$),联合组 EF、SV 均大于汤剂组与针灸组 ($P < 0.05$),汤剂组与针灸组各指标对比差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 5。

LDL - C 均低于汤剂组与针灸组 ($P < 0.05$),汤剂组与针灸组各指标对比差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 6。

IL - 1β、hs - CRP、TNF - α 水平均低于汤剂组与针灸组 ($P < 0.05$),汤剂组与针灸组各指标对比差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 7。

2.7 不良反应

3 组治疗期间不良反应总发生率对比差异无统计学意义($P>0.05$),且均为轻度反应,经对症处理(如肝功能轻度异常行保肝等干预)后均好转,无严重不良反应发生。见表 8。

表 8 3 组 UA 患者不良反应对比[例(%)]

组别	例数	胃肠道反应	肝功能轻度异常	肾功能轻度异常	心悸	不良反应总发生
联合组	40	3(7.50)	2(5.00)	0(0.00)	1(2.50)	6(15.00)
汤剂组	40	4(10.00)	1(2.50)	1(2.50)	2(5.00)	8(20.00)
针灸组	40	3(7.50)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	3(7.50)
χ^2 值						2.604
P 值						0.272

3 讨论

UA 属于“胸痹”“心痛”等范畴,发病于心,与肺密切相关。《金匱要略》指出,UA 发病在于“阳微阴弦”,即本虚(气虚)标实(血瘀),心气运作无力易血瘀,加上痰浊,互结而阻心脉^[3]。故治疗 UA 需补气血,其中补血有益于行气,补气可促行血,相辅相成,同时兼以祛痰,心肺同医^[13]。补阳还五汤是治疗气虚血瘀证经典汤方,含有黄芪、川芎、赤芍等成分;其中黄芪属于补气常见药物,能补气升阳;川芎为活血祛瘀中药,不仅能活血行气,还能祛风止痛;赤芍主要功效在于凉血、散瘀、止痛;当归可活血补血、止痛;地龙主要功效在于通经活络;桃仁、红花在于活血祛瘀,诸药共奏补气扶正、活血化瘀、通经活络、止痛的作用。本研究中,所有 UA 患者均接受常规西医治疗,此外汤剂组加以补阳还五汤治疗,结果显示其临床总有效率、心电图总有效率分别为 80.00%、70.00%,不良反应发生率为 20.00%。可见补阳还五汤治疗冠心病 UA 有效,存在一定的毒副反应。本研究中,汤剂组治疗后中医证候总积分、心绞痛临床症状(如发作频率、持续时间)较治疗前均显著下降,EF、SV 显著上升,可见加用补阳还五汤治疗能有效改善 UA 患者临床症状,改善其心功能,与赵芸等^[14]报道结论一致。究其原因,现代药理学研究表明黄芪能提高心肌收缩力,增强患者耐缺氧及应激反应的能力,有利于机体代谢及心功能改善,同时黄芪相关成分通过减少心肌缺血再灌注损伤达到保护心肌的目的^[15];川芎不仅能扩张血管,促进心脏血液循环,而且与赤芍一样能抗血小板聚集,避免血栓形成,有利于 CVD 防治^[16-17];当归通过减轻心肌缺血再灌注损伤、扩张冠脉等可保护心肌^[18]。

李国林等^[4]研究表明,补阳还五汤联合体外反搏相比常规治疗、常规治疗+体外反搏能进一步改善

UA 患者临床症状及心肌缺血状况。由于 UA 发病机制复杂,炎症、高血脂等多因素均可能致病,建议根据 UA 患者情况行联合治疗。吴滨等^[19]研究发现,相比常规西医治疗,加用血府逐瘀汤+针灸在改善 UA 临床症状、抗氧化能力方面有明显优势。为确保 UA 治疗效果,本研究对冠心病 UA 患者实施汤方联合针刺治疗,与上述报道设计不同的是,本研究以补阳还五汤、“邵氏五针法”分别作为对照,结果显示,针刺组治疗 UA 效果与汤剂组类似,即“邵氏五针法”治疗 UA 的临床及心电图效果与补阳还五汤相当。“邵氏五针法”切中 UA 病机,强调心肺同治。心俞是 CVD 治疗要穴,能疏心络、调气血;膈俞可祛瘀通络、行血止痛,对于血瘀明显者需加以背部腧穴(心俞、膈俞)点刺放血拔罐,强化疏通心络、行血祛瘀的作用。肺俞直刺能提高机体肺功能;大椎是督脉之一,能升阳;风门穴可益气固表、解表宣肺;内关在于理气、通络;另外根据患者临床症状合理加穴。袁文丽等^[13]通过自身治疗前后对比发现,“邵氏五针法”能明显改善 UA 患者中医症状及病情程度,本研究针灸组结果与之相符。另外本研究创新性地将“邵氏五针法”与补阳还五汤联合用于冠心病 UA 治疗,结果显示相比单一汤剂组或针灸组,联合组治疗后中医证候总积分、心绞痛临床症状及心功能改善更明显。这可能与两者协同增强疗效,从心肺同治方面进一步改善心脏血流动力学及局部微循环有关,同时“邵氏五针法”中针对血瘀明显者,通过点刺放血拔罐能去瘀血,生新血,对患者心脏滋养。

血脂代谢紊乱被认为是冠心病心绞痛发生的独立危险因素,若机体脂代谢异常,LDL-C 会携带 TG、TC 至机体冠脉血管壁且不断沉积,促不稳定斑块形成,斑块脱落或血小板在斑块处聚集则会致使动脉血管狭窄,造成冠脉及心肌血流量变少,心肌缺氧缺血,最终 UA 发生^[20]。赵艳茹等^[21]研究发现相比常规西医治疗,加以针刺治疗能进一步调节 UA 患者血脂,有利于心绞痛症状改善。聂媛媛等^[22]研究发现,补阳还五汤可能通过下调 TG、TC 等血脂指标以改善心绞痛症状。本研究对常见血脂指标进行观察,结果显示 3 组治疗后 TC、LDL-C、TG 较治疗前均显著下降,HDL-C 显著上升($P<0.05$),结果与上述报道相符。可见补阳还五汤、“邵氏五针法”治疗均能有效调节 UA 患者血脂指标。究其原因,现代药理学研究表明补阳还五汤中的黄芪、赤芍等成分还具有降血脂的作用^[15,17]。动物实验发现,补阳还五汤能明显下调高脂血症模型小鼠血脂水平,对小鼠红细胞形态及功能改善以预防动脉粥样硬化发生^[23]。“邵氏五针法”具有强化心肺功

能、活血化瘀等多种作用,与补阳还五汤协同进一步降低 UA 患者 TC、LDL - C 水平。另外,炎症被证实与冠心病发生、进展相关。IL - 1 β 可促核转录因子 κ B 产生(其与炎症、免疫等生物学功能关系密切),增加 UA 发生风险^[24]。TNF - α 被认为是炎症反应启动重要因子之一,可刺激 hs - CRP、IL - 6 上升,同时可对血管内皮不同程度损伤,增加不良心血管事件发生率^[25]。本研究结果显示,补阳还五汤、“邵氏五针法”治疗均能有效降低 UA 患者血清 IL - 6、IL - 1 β 、hs - CRP、TNF - α 水平,且两者联合干预效果更佳。究其原因,现代药理学研究发现川芎等成分具有抗炎、调节免疫的作用,补阳还五汤可能通过调节炎症 - 氧化应激 - 血管内皮功能以改善 AMI 患者症状及心功能^[26]。动物实验表明,“邵氏五针法”可能通过抑制活性氧簇/硫氧还蛋白反应蛋白/NOD 样受体蛋白 3 通路,降低 IL - 1 β 、IL - 18 等炎性因子表达进而防治哮喘^[27]。

综上所述,补阳还五汤联合“邵氏五针法”可能通过调节血脂、抑制炎症反应以改善冠心病 UA 患者心绞痛症状及心功能,疗效明确且较为安全。但由于样本量有限、单中心研究、单盲法、观察时间较短等原因,加上未涉及其他地域等问题,可能导致结果存在一定的偏倚或不足,需日后通过多中心、大样本、延长观察时间及尽量完善客观条件的统一性进一步研究,进而为中医治疗 UA 提供新的方向。

参考文献:

- [1] 国家心血管病中心,中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告 2023 概要[J]. 中国循环杂志,2024,39(7): 625 - 660.
- [2] LI S B, CHEN H, ZHOU L, et al. Neutrophil - to - lymphocyte ratio predicts coronary artery lesion severity and long - term cardiovascular mortality in patients with unstable angina pectoris [J]. Acta Cardiol, 2022, 77(8): 708 - 715.
- [3] 施长琪,王莹威. 益气活血通脉法治疗冠心病心绞痛(气虚血瘀证)的临床疗效及对 RDW 影响的临床研究[J]. 中医药学报, 2023, 51(4): 89 - 93.
- [4] 李国林,姜雪,李铁,等. 补阳还五汤联合体外反搏对冠心病 PCI 术后不稳定型心绞痛及中医证候的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2024,33(9): 1249 - 1252.
- [5] 邵素菊,郑洁,黄华,等. “邵氏五针法”为主治疗过敏性鼻炎[J]. 中医学报,2020,35(1): 206 - 209.
- [6] 吴安文,朱火林,刘赛峰. 邵氏五针法联合加味芍药甘草汤治疗中风后运动性失语疗效及对语言功能、神经功能的影响[J]. 四川中医,2022,40(12): 209 - 211.
- [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. 非 ST 段抬高型急性冠状动脉综合征诊断和治疗指南(2016) [J]. 中华心血管病杂志,2017,45(5): 359 - 376.
- [8] 国家中医药管理局. 胸痹心痛的诊断依据、证候分类、疗效评定 -

- 中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1 - 94) [J]. 辽宁中医药大学学报,2016,18(7): 32.
- [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: 68 - 73.
 - [10] ERIKSSON K, WIKSTRÖM L, ÅRESTEDT K, et al. Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments [J]. Appl Nurs Res, 2014, 27(1): 41 - 46.
 - [11] 克里斯蒂安·F. 凯姆, A. 约翰·凯姆. 心脏病学临床指南 [M]. 李广平, 主译. 天津: 天津科技翻译出版有限公司, 2019: 302 - 303.
 - [12] 霍勇, 高炜, 张永珍. 冠心病规范化防治——从指南到实践 [M]. 北京: 北京大学医学出版社有限公司, 2017: 369 - 370.
 - [13] 袁文丽, 邵素菊. “邵氏五针法”辅助治疗不稳定型心绞痛 30 例 [J]. 中国针灸, 2022, 42(2): 131 - 132.
 - [14] 赵芸, 李平. 补阳还五汤联合常规西药治疗不稳定型心绞痛疗效的系统评价及 Meta 分析 [J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(3): 422 - 428, 434.
 - [15] 李彦荣, 刘光伟, 赵晶. 我国黄芪药理研究的文献学分析 [J]. 西部中医药, 2019, 32(2): 86 - 89.
 - [16] 蔡双洁, 方居正. 川芎及其药对研究进展 [J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(8): 244 - 248.
 - [17] 陈启庭, 林洪, 陈利捷, 等. 基于 GEO 数据库联合网络药理学研究川芎 - 赤芍药对治疗动脉粥样硬化的药理过程及分子机制 [J]. 中国医院用药评价与分析, 2024, 24(6): 655 - 661.
 - [18] 周美丽, 韩妮萍. 当归的有效成分及药理作用研究进展 [J]. 环球中医药, 2024, 17(7): 1420 - 1427.
 - [19] 吴滨, 刘亮, 杨琳. 针灸联合血府逐瘀汤对不稳定型心绞痛患者临床症状、血清过氧化氢酶水平及心率变异性影响 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(3): 180 - 184.
 - [20] 林昌, 袁先琢, 高发林, 等. PCI 术后再发心绞痛患者中医证候与冠脉病变关系及危险因素分析 [J]. 中国中医急症, 2022, 31(3): 450 - 453.
 - [21] 赵艳茹, 蔡国锋, 顾媛媛. 颊针联合行气通痹法针刺治疗不稳定型心绞痛的疗效及对患者血脂代谢和心功能的影响 [J]. 针灸临床杂志, 2023, 39(9): 23 - 28.
 - [22] 聂媛媛, 何嘉琪, 董燕平, 等. 基于玄府理论探讨补阳还五汤对经皮冠状动脉介入术后心绞痛的临床疗效研究 [J]. 河北中医药学报, 2022, 37(6): 17 - 21.
 - [23] 周云越, 杨金彪, 陈星彤, 等. 补阳还五汤对高脂血症模型小鼠红细胞的影响 [J]. 中国药房, 2024, 35(22): 2716 - 2720.
 - [24] 陆露, 刘茜茜, 王永年. 补气化痰汤联合艾灸治疗冠心病不稳定型心绞痛(气虚血瘀型)临床疗效及其对血清 IL - i β 、hs - CRP 的影响 [J]. 湖北中医药大学学报, 2023, 25(4): 18 - 21.
 - [25] GRIRA N, LAHIDHEB D, LAMINE O, et al. The association of IL - 6, TNF α and CRP gene polymorphisms with coronary artery disease in a Tunisian population: a case - control study [J]. Biochem Genet, 2021, 59(3): 751 - 766.
 - [26] 梁春玲, 陈晓杰, 黄媛媛, 等. 基于炎症 - 氧化应激 - 血管内皮功能探究补阳还五汤对急性心肌梗死早期心室重构的抑制作用 [J]. 世界中西医结合杂志, 2023, 18(12): 2433 - 2440, 2445.
 - [27] 龚佳佳, 陈放, 张优雅, 等. 基于 ROS/TXNIP/NLRP3 通路探讨“邵氏五针法”预处理对哮喘大鼠气道炎症反应的影响 [J]. 中国针灸, 2023, 43(11): 1287 - 1292.

Clinical Observation of Buyang Huanwu Decoction Combined with “Shao’s Five – Needle Technique” in Treating Unstable Angina Pectoris of Coronary Heart Disease

ZHANG Le¹, ZHAO Lei², ZHANG Jie¹

1. Baoji Hospital of Traditional Chinese Medicine, Baoji 721006, China;

2. The Fourth Hospital of Hebei Medical University, Shijiazhuang 050011, China

Abstract Objective: To investigate the efficacy of Buyang Huanwu Decoction combined with “Shao’s Five – Needle Technique” in treating unstable angina pectoris (UA) of coronary heart disease. Methods: Using a random number table method, 120 patients with UA of coronary heart disease admitted to Baoji Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 2023 to July 2024 were divided into a decoction group, an acupuncture group, and a combination group, with 40 cases in each group. All three groups received conventional treatment. Additionally, the decoction group was treated with Buyang Huanwu Decoction, the acupuncture group was treated with “Shao’s Five – Needle Technique,” and the combination group was treated with Buyang Huanwu Decoction combined with “Shao’s Five – Needle Technique.” One treatment course consisted of 10 days, and all groups were treated for 2 courses. The clinical efficacy of angina pectoris, electrocardiogram efficacy, and adverse reactions were compared among the three groups. TCM syndrome scores, clinical symptoms, cardiac function, blood lipids, and serum inflammatory indicators were recorded before and after treatment in each group. Results: The overall comparison of the total clinical effective rates and total electrocardiogram effective rates among the three groups showed statistically significant differences ($P < 0.05$). After treatment, the total TCM syndrome scores, clinical symptom – related indicators of angina pectoris, total cholesterol (TC), low – density lipoprotein cholesterol (LDL – C), triglycerides (TG), and serum levels of interleukin (IL) – 6, IL – 1 β , high – sensitivity C – reactive protein (hs – CRP), and tumor necrosis factor – α (TNF – α) decreased in all three groups compared with those before treatment ($P < 0.05$). The combination group had lower total TCM syndrome scores, clinical symptoms of angina pectoris, TC, LDL – C, and serum inflammatory – related indicators than the decoction group and acupuncture group ($P < 0.05$). After treatment, the cardiac ejection fraction (EF), stroke volume (SV), and high – density lipoprotein cholesterol (HDL – C) increased in all three groups compared with those before treatment ($P < 0.05$). The combination group had higher EF and SV than the decoction group and acupuncture group ($P < 0.05$). There were no statistically significant differences in any indicators between the decoction group and the acupuncture group ($P > 0.05$). The comparison of the total incidence of adverse reactions among the three groups showed no statistically significant difference ($P > 0.05$). Conclusion: Buyang Huanwu Decoction combined with “Shao’s Five – Needle Technique” is safe and effective in treating UA of coronary heart disease. It significantly improves angina symptoms and cardiac function, with notable lipid – regulating and anti – inflammatory effects.

Key words Coronary heart disease; Unstable angina pectoris; Buyang Huanwu Decoction; Shao’s five – needle technique