生脉饮合丹参饮在阴虚血瘀型冠心病治疗中的价值及对患者炎症指标的影响研究

李华容[1]，毕均芬[2]

（1. 成都双楠医院心血管内科，四川 成都 610041；2. 泸州市人民医院康复医学科，四川 泸州 646000）

摘要：目的：评价生脉饮合丹参饮在阴虚血瘀型冠心病治疗中的价值及对患者炎症指标的影响。方法：选择 2021 年 9 月~2022 年 12 月来我院治疗的冠心病患者 114 例，依据治疗方式的不同可分为观察组和对照组，每组 57 例。两组均给与常规治疗，观察组在对照组治疗的基础上，口服生脉饮合丹参饮治疗。比较两组治疗前后阴虚血瘀型冠心病的相关症状，评估患者的心脏功能，包括左室收缩末内径（LVESD）、左室舒张末内经（LVEDD）、左室射血分数（LVEF），评价两组患者硝酸甘油减停率，比较血清学指标 IL-6、TNF-α 和 CRP，比较治疗疗效。结果：经过 3 个月的治疗，观察组患者中达到显效标准的有 43 例，达到有效标准的有 10 例，无效甚至恶化的有 4 例，总治疗有效率为 53（92.98%）。对照组患者中达到显效标准的有 37 例，达到有效标准的有 8 例，无效甚至恶化的患者有 12 例，治疗总有效率为 45（78.95%）。观察组治疗总有效率高于对照组（$P<0.05$）；观察组治疗后胸痛、胸闷、心悸、失眠多梦等证候积分低于对照组（$P<0.05$）；两组患者心电图指标均较治疗前有所改善，且观察组患者改善幅度优于对照组（$P<0.05$）；研究组硝酸甘油减停率优于对照组（$P<0.05$）；两组治疗后血清学指标 IL-6、TNF-α 和 CRP 较治疗前降低，且观察组降低幅度优于对照组（$P<0.05$）。结论：生脉饮合丹参饮治疗阴虚血瘀型心脏病疗效显著，可有效的改善患者的临床症状，降低炎症因子水平，患者心室缺血症状，从而促进预后。

关键词：生脉饮合丹参饮；阴虚血瘀型；冠心病；炎症指标

中图分类号：R 541.4　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1000-3649（2024）07-0095-05

Study on the value of Shengwei Drink combined with Danshen Drink in the treatment of Yin deficiency and blood stasis type coronary heart disease and its effect on patients' inflammatory indexes/*LI Huarong*[1], *BI Junfen*[2]// （1. *Department of Cardiovascular Medicine, Chengdu Shuangnan Hospital, Chengdu Sichuan* 610041, *China*; 2. *Department of Rehabilitation Medicine, Luzhou People's Hospital, Luzhou Sichuan* 646000, *China*）

Abstract: Objective: To evaluate the value of Shengmai Drink combined with Danshen Drink in the treatment of coronary artery disease of yin deficiency and blood stasis type and the effect on patients' inflammatory indexes. Methods: 114patients with coronary artery disease who came to our hospital for treatment from September 2021to December 2022were selected and divided into observation group and reference group according to the different treatment modes, with 57cases in each group. Both groups were given conventional treatment, and the observation group was treated with oral administration of Shengmai Drink and Danshen Drink on the basis of the treatment of the reference group. We compared the symptoms related to Yin deficiency and blood stasis type coronary heart disease before and after treatment, assessed the patients' cardiac function, including left ventricular end-systolic internal diameter (LVESD), left ventricular end-diastolic internal meridian (LVEDD), left ventricular ejection fraction (LVEF), evaluated the rate of nitroglycerin reduction in the patients of the two groups, and compared the serological indexes of IL-6, TNF-alpha, and CRP, and compared the efficacy of the treatment. Results: After 3months of treatment, 43cases of patients in the observation group reached the obvious effect standard, 10cases reached the effective standard, and 4cases were ineffective or even deteriorated, and the total treatment effectiveness rate was 53 (92.98%). In the reference group, there were 37cases of patients who met the criteria of obvious effect, 8cases of patients who met the criteria of effective, 12cases of patients who were ineffective or even deteriorated, and the total effective rate of treatment was 45 (78.95%). The total effective rate of treatment in the observation group was higher than that in the reference group ($P< 0.05$); the symptom points of chest pain, chest tightness, palpitation, insomnia and dreaminess after treatment in the observation group were lower than those in the reference group ($P< 0.05$); the ECG indexes of the patients in the two groups improved compared with the pre-treatment period and the magnitude of the improvement of the patients in the observation group was superior to that of the reference group ($P< 0.05$); the rate of nitroglycerin reduction in the study group was superior to that of the reference group ($P< 0.05$); the serological indexes of IL (IL) in both groups were better than those of the reference group ($P< 0.05$) after treatment. After treatment, the serological indexes IL-6, TNF-α and CRP were reduced compared with those before treatment, and the magnitude of reduction in the

第一作者：李华容，本科，主治医师，研究方向：心血管内科，E-mail：13880889670@163.com。

observation group was better than that in the reference group ($P< 0.05$). Conclusion: The efficacy of Sheng pulse drink combined with Danshen drink in the treatment of yin deficiency and blood stasis type of heart disease is remarkable, which can effectively improve the clinical symptoms of the patients, reduce the level of inflammatory factors, and the symptoms of ventricular ischemia in patients, thus promoting the prognosis.

Keywords: Sheng pulse drink combined with Danshen drink; Yin deficiency and blood stasis type; Coronary heart disease; Inflammatory indexes

冠心病是一种与冠状动脉粥样硬化相关的心脏疾病，其发病与动脉狭窄的程度密切相关。据流行病学研究，冠心病每年导致全球最多的死亡案例，其高发病率和死亡率引起了医学界的关注[1]。该疾病的发病机制涉及多个方面，包括炎症反应、氧化应激、代谢异常、细胞凋亡和自噬等。一些研究表明，外周血和脑脊液中炎症因子如 CRP 的高水平可能导致神经中枢皮质纹状体奖励机制和运动回路的异常[2]。而内皮素作为一种强大的血管收缩物质，在冠脉中发挥着持久和强烈的作用。冠心病患者的炎症因子高表达和内皮素水平增加可能破坏血管平衡，导致内皮功能障碍，进而影响心肌功能[3]。

西医治疗冠心病主要集中在两个方面：一是利用药物如钙通道阻滞剂改善心肌缺血状态并扩张冠状动脉，二是解除动脉狭窄。然而，西医治疗常局限于病因靶点，缺乏对疾病的整体干预。相比之下，中医在冠心病治疗中常能取得良好效果，减轻不良反应，改善患者生活质量，弥补了西医治疗的不足[4]。结合经典方剂及长期诊疗经验，确定了生脉饮合丹参饮加减方案治疗阴虚血瘀型冠心病的显著疗效。中医治疗冠心病应该从整体出发，结合辨证施治，可以有效弥补西医的不足[5]。因此，本研究从炎症指标和心脏功能等方面探讨生脉饮合丹参饮对冠心病的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择于 2021 年 9 月～2022 年 12 月来院治疗且符合纳入标准的冠心病患者 114 例，依据治疗方式的不同可分为观察组和对照组，每组 57 例。观察组中男 31 例，女 26 例，年龄 35～75 岁，平均年龄（48.75±2.56）岁；病程 3～12 年，平均病程（6.35±1.77）年；基础病史：吸烟 22 例，糖尿病 22 例，高血压 19 例。心功能分级：Ⅱ级 33 例，Ⅲ级 24 例。对照组中男 35 例，女 22 例，年龄 30～78 岁，平均年龄（48.83±2.49）岁；病程 2～12 年，平均病程（6.79±1.33.76）年；基础病史：吸烟 20 例，糖尿病 25 例，高血压 11 例。心功能分级：Ⅱ级 30 例，Ⅲ级 27 例。两组患者一般资料具有可比性（$P>0.05$）（见表 1）。在入组之前，该研究均获得患者知情许可并签署知情同意书，本研究经成都双楠医院伦理委员会审查通过（审批号：20210910011）。

1.2 中西医诊断标准、纳入标准和排除标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《稳定性冠心病诊断与治疗指南》[6]的诊断标准：无创性检查提示有心肌缺血表现；有典型性心绞痛症状，冠脉造影/冠脉 CTA 检查显示冠脉狭窄≥50%；心绞痛分级为Ⅱ～Ⅲ级。

表 1 两组患者一般资料比较

类别	观察组	对照组	t/χ^2	P
n	57	57		
性别(男/女)	31/26	35/22	1.567	0.211
年龄(岁)	48.75±2.56	48.83±2.49	0.915	0.362
病程(年)	6.18±0.95	5.79±0.76	2.212	0.270
高血压	19	11	1.608	0.205
糖尿病	22	25	0.916	0.338
吸烟	22	20	0.353	0.553
心功能Ⅱ级	33	30	1.129	0.569
心功能Ⅲ级	24	27	1.627	0.443

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》[7]的辨证标准得出阴虚血瘀型冠心病患者的诊断标准为：胸痛，固定不移；胸闷；心悸；失眠多梦；舌红少苔，脉弱、或者细数。

1.2.3 纳入标准 符合上述诊断标准；心功能分级属于Ⅱ～Ⅲ级的患者；患者年龄≤80 岁；病情稳定，无精神病史者；未服用本研究规定以外的其他药物。

1.2.4 排除标准 合并肿瘤、严重贫血患者；伴有传染性疾病的患者；血流动力学不稳定的患者；血压、血糖控制不佳者；近 3 个月内曾接受血运重建治疗者；对本研究治疗药物过敏者。

1.3 研究方法 两组均给予常规治疗（硝酸甘油，22200231，每次 0.5mg，不适时服用），包括对症控制、营养支持、吸氧等，在此基础上对照组口服阿司匹林肠溶片（拜耳医药保健有限公司，批号：20211247，每次 100mg，日 1 次）、单硝酸异山梨酯片（阿斯利康制药有限公司，每次 30mg，日 1 次），酒石酸美托洛尔片（阿斯利康制药有限公司，批号：2221124，每次 47.5mg，日 1 次）。观察组在对照组治疗的基础上，口服生脉饮合丹参饮治疗。该方药均由本院中药药房煎煮制剂。具体处方如下：麦冬 18g，丹参 15g，太子参 9g，莲子心 3g，黄连 5g，玉竹 9g，甘松 6g，檀香 6g，生龙骨[先煎]9g，生牡蛎[先煎]9g（先煎 30min）。药物先浸泡半个小时，熬 25min～30min。1 日 1 剂，水煎后分早晚 2 次服用。连续治疗 3 个月。

1.4 指标检测

1.4.1 临床疗效指标参照 《中药新药临床研究指

导原则》[7]中冠心病的疗效表现标准制定。

1.4.2 中医证候积分参照 《中药新药临床研究指导原则》[7]对阴虚血瘀型冠心病的相关症状进行评分。分别将两组患者治疗前后的胸痛、胸闷、心悸、失眠多梦进行系统评分，分值 0~5 分，分为无、微、轻、中、重、严重 6 个等级，分值越低，表示临床症状越轻。

1.4.3 心电图指标 在治疗前后，采用彩色多普勒超声检测仪观察患者心室形态和整体形状。

1.4.4 硝酸甘油减停率 评定两组所有患者治疗前后硝酸甘油使用量，并根据减少量制订疗效判定标准[8]：停药：经过使用后完全停止使用；减量：较治疗前减少≥50%；不变：较治疗前减少<50%；加量：较治疗前增加≥20%。

1.4.5 血清学指标比较 在治疗前后空腹抽血，采用酶联免疫吸附法检测两组治疗前后血清血指标，包括血清白介素-6（IL-6）、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）、血清 C 反应蛋白（CRP）。

1.5 统计学分析 数据采用 SPSS 22.0 软件分析，计量资料采用（$\bar{x}\pm s$）表示，两两比较采用 t 检验，计数资料采用率表示，采用 χ^2 分析，检验标准 $\alpha=0.05$。

2 结 果

2.1 两组患者临床疗效比较 由表 2 可知，经过 3 个月的治疗，观察组显效 43 例，有效 10 例，无效甚至恶化者 4 例，总治疗有效率为 53（92.98%）。对照组显效 37 例，有效 8 例，无效甚至恶化者 12 例，治疗总有效率为 45（78.95%）。观察组治疗总有效率高于对照组（$P<0.05$）。

表 2 两组临床疗效比较(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	57	43(75.44)	10(17.54)	4(7.02)	53(92.98)
对照组	57	37(64.91)	8(14.04)	12(21.05)	45(78.95)

2.2 两组治疗前后阴虚血瘀型中医证候积分比较 由表 3 可知，两组治疗前胸痛、胸闷、心悸、失眠多梦等证候积分比较无显著差异（$P>0.05$）。两组治疗后胸痛、胸闷、心悸、失眠多梦等证候积分较治疗前降低，组间结果比较显示，观察组治疗后胸痛、胸闷、心悸、失眠多梦等证候积分低于对照组（$P<0.05$）。

表 3 两组治疗前后阴虚血瘀型中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	时间点	胸痛	胸闷	心悸	失眠多梦
观察组（$n=57$）	治疗前	4.53±0.62	4.77±0.61	2.45±0.37	3.18±0.45
	治疗后	0.96±0.43^{ab}	1.25±0.64^{ab}	0.46±0.31^{ab}	0.95±0.38^{ab}
对照组（$n=57$）	治疗前	4.32±0.58	4.82±0.58	2.39±0.42	3.71±0.34
	治疗后	2.14±0.49^{a}	2.04±0.42^{a}	1.58±0.39^{a}	1.31±0.25^{a}

注：与治疗前比较，$^{a}P<0.05$；与对照组比较，$^{b}P<0.05$

2.3 两组治疗前后多普勒检测指标比较 由表 4 可知，两组治疗前多普勒检测指标比较无显著差异（$P>0.05$）。经过 3 个月的治疗，两组患者多普勒检测指标均较治疗前有所改善，且观察组患者改善幅度优于对照组（$P<0.05$）。

表 4 两组治疗前后多普勒检测指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间点	LVESD/mm	LVEDD/mm	LVEF/%
观察组（$n=57$）	治疗前	49.83±3.29	63.21±6.23	35.49±2.10
	治疗后	41.29±2.55^{ab}	55.43±5.19^{ab}	48.71±4.03^{ab}
对照组（$n=57$）	治疗前	48.62±3.44	62.19±6.07	35.21±2.07
	治疗后	44.52±2.71^{a}	58.21±5.78^{a}	44.68±3.96^{a}

注：与治疗前比较，$^{a}P<0.05$；与对照组比较，$^{b}P<0.05$

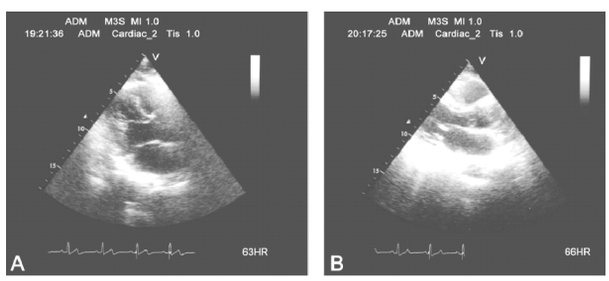

图 1 对照组和观察组患者心脏超声心动图结果（A：对照组患者超声心动图结果；B：观察组患者超声心动图结果）

2.4 两组心功能分级比较 观察组心功能优于对照组，见表 5。

表 5 两组心功能比较(n)

组别	n	心功能Ⅰ级	心功能Ⅱ级	心功能Ⅲ级	心功能Ⅳ级
观察组	57	24	19	10	4
对照组	57	16	14	18	9

2.5 两组硝酸甘油减停率比较 由表 6 可知，观察组硝酸甘油减停率高于对照组（$P<0.05$）。

表 6 两组硝酸甘油减停率比较(n)

组别	n	停药	减量	不变	加量	减停率(%)
观察组	57	8(14.04)	23(40.35)	13(22.81)	0(0.00)	44(77.19)
对照组	57	5(8.77)	16(28.07)	9(15.79)	0(0.00)	30(52.63)

2.6 两组治疗前后血清血指标比较 由表 7 可知，两组患者治疗前血清学指标 IL-6、TNF-α 和 CRP 比较无显著差异（$P>0.05$）。两组治疗后血清学指标 IL-6、TNF-α 和 CRP 较治疗前降低，且观察组降低幅度高于对照组（$P<0.05$）。

表 7 两组治疗前后血清学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间点	IL-6(pg/mL)	TNF-α(pg/mL)	CRP(pg/L)
观察组（$n=57$）	治疗前	102.64±4.86	71.49±6.85	15.96±3.05
	治疗后	75.63±6.23^{ab}	48.99±4.51^{ab}	7.61±1.78^{ab}
对照组（$n=57$）	治疗前	110.53±4.62	70.97±6.63	16.32±2.87
	治疗后	95.67±5.21^{a}	62.16±5.50^{a}	10.32±2.14^{a}

注：和治疗前比较，$^{a}P<0.05$；和对照组比较，$^{b}P<0.05$

3 讨 论

冠心病作为一种缺血性心脏病，其发生与发展密切关联于冠状动脉粥样硬化的狭窄程度。目前已成为我国居民的首要死亡原因[9]。尽管西医对冠心病的发病机制进行了深入探讨和研究，但目前治疗方案仍然缺乏特效疗法，主要仍以对症治疗、血运重建和控制临床症状为主[10]。尽管现有治疗方案在一定程度上能够取得疗效，但长期使用药物可能会产生耐药性。研究发现，冠心病的发生发展是多因素长期作用的结果，因此建立综合防治体系对于缓解病情、促进归转具有积极的意义。

冠心病在中医理论中被视为阴虚血瘀型疾病的典型代表。在疾病发展过程中，心肾阴虚成为主要特征。此外，气机阻滞、心脉痹阻、血道壅塞等因素也促进了血瘀的形成，导致气血运行失常，脉道不畅，进而发展为心痹症状[11]。在中医治疗中，有“气为血之帅，血为气之母”的说法，正如《医林改错》[13]曰：“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而为瘀。”元代名医朱丹溪在《丹溪心法》[14]强调“养阴通瘀”的治疗思路，即以滋阴为主，兼顾活血[12]。常用的生脉饮合丹参饮联合用药体现了这一理念。该方药可改善患者冠心病阴虚血瘀型的相关症状，增加冠脉血流量，临床疗效显著[15]。同时为了探讨生脉饮合丹参饮的临床疗效，展开随机对照研究，观察组在对照组治疗的基础上，口服生脉饮合丹参饮，经过治疗，观察组治疗后胸痛、胸闷、心悸、失眠多梦等证候积分低于对照组（$P<0.05$），表明生脉饮合丹参饮可有效改善患者冠心病阴虚血瘀型的相关症状。

冠心病的病理机制涉及多个方面，包括炎症反应、氧化应激、细胞凋亡等。一些研究发现，炎症因子如 IL-6、TNF-α 和 CRP 在冠心病的发展中起着重要作用[16]。IL-6 是体内最常见的促炎因子之一，推动动脉粥样硬化的发展[17]。TNF-α 与动脉粥样硬化密切相关[18]。CRP 的增加可损伤心肌细胞。生脉饮合丹参饮在调节血清中 IL-6、TNF-α 和 CRP 含量效果显著，可能是其治疗的关键靶点。太子参可调节血清中免疫球蛋白，降低炎症因子水平[19]。丹参饮可同时抑制 Akt1、PTGS2 两个靶点，减轻心肌组织坏死。丹参对心肌细胞的保护作用与其活性成分丹参素钠的抗氧化应激，抑制炎症反应作用有关[20]。丹参饮对冠心病的治疗作用与抗炎、抗氧化、调节心脏免疫微环境、改善心肌纤维化等机制有关[21]。杨婷等[22]研究显示，生脉饮对冠心病的治疗作用主要涉及凋亡过程的调控、炎症反应以及胰岛素分泌的调节等。

本研究结果表明，两组患者心电图指标均较治疗前有所改善，且观察组患者改善幅度优于对照组（$P<0.05$），研究组硝酸甘油减停率优于对照组（$P<0.05$），表明生脉饮合丹参饮可调节心肌血流量，保护心肌细胞，减轻心肌缺血的症状。

综上所述，生脉饮合丹参饮治疗阴虚血瘀型症心脏病疗效显著，炎症因子水平得以降低，改善患者心室缺血症状，从而改善预后。

参考文献

[1] Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, *et al*. Global Burden of Cardiovascular Diseases [J]. Circulation, 2017, 136 (13): 1-23.
[2] 陈卓，依布拉音，高颖，等. 系统性凝血-炎症指数和系统性免疫-炎症指数及全系统性炎症反应指数与冠心病患病风险的相关性分析 [J]. 中国心血管病研究，2023，21 (09)：822-828.
[3] 路丽娟，陈晓丹，周雪菲. 三七总皂苷对冠心病心绞痛患者血浆内皮素-1 和血小板功能的影响价值 [J]. 内蒙古中医药，2024，43 (03)：65-66.
[4] 李刘征. 中西医结合治疗冠心病不稳定型心绞痛临床观察 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志，2022，10 (30)：61-63.
[5] 吴标，等. 生脉饮合丹参饮加减方案治疗阴虚血瘀型冠心病的临床疗效观察 [J]. 中医药杂志，2018，40 (5)：200-205.
[6] 北京高血压防治协会，中国卒中学会高血压预防与管理分会，中国老年保健协会养老与健康专业委员会，等. 基层冠心病与缺血性脑卒中共患管理专家共识 2022 [J]. 心脑血管病防治，2022，22 (04)：1-19.
[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，2002：155-165.
[8] 窦建平. 冠心病治疗中硝酸甘油滴注结合通塞脉片用药效果分析及护理建议研究 [J]. 药品评价，2019，16 (13)：52-55.
[9] 毕颖斐，王贤良，赵志强，等. 冠心病中医证候地域性特征的临床流行病学调查 [J]. 中医杂志，2020，61 (05)：418-422+461.
[10] 马海萍，王丽，迟福艳. 调脂类药物治疗冠心病的应用现状综述 [J]. 中外医疗，2023，42 (35)：195-198.
[11] 王志晨，李雪苓，李鑫. 益气疏血饮治疗冠心病稳定型心绞痛（气虚血瘀型证）的临床研究 [J]. 中国中医急症，2023，32 (2)：238-241.
[12] 周曼丽，周霞辉，张宜帆，等. 基于“心主血脉”理论探讨冠心病血瘀证形成机制 [J]. 实用心脑肺血管病杂志，2023，31 (2)：105-107.
[13] （清）王清任撰；李天德，张学文点校. 医林改错 [M]. 北京：人民卫生出版社，1991.11.
[14] （元）朱震亨著；彭建中点校. 丹溪心法 [M]. 沈阳：辽宁科学技术出版社，1997.08.
[15] 崔海峰，彭博，冯淑怡，等. 生脉饮对阿霉素损伤心肌细胞的保护作用研究 [J]. 中国中医基础医学杂志，2022，28 (8)：1245-1248+1273.
[16] 滑世轩，代淑阳，李冰洁，等. 血脂正常冠心病患者炎症因子水平与病情严重程度的关系 [J]. 检验医学，2023，38 (01)：66-68.
[17] 李家英，蔡艳，杨慰，等. 血清 TNF-α、IL-6、hs-CRP 在冠心病患者中的表达水平及临床意义 [J]. 分子诊断与治疗杂志，2023，15 (06)：943-946+950.
[18] 刘清霞，张宏颖，徐利霞，等. 动脉粥样硬化斑块中 TNF-α 的表达与斑块稳定性的关系 [J]. 中国循证心血管医学杂志，2019，11 (04)：441-444.
[19] 倪建成，范永飞，叶祖云. 太子参化学成分、药理作用和应用的研究进展 [J]. 中草药，2023，54 (6)：1963-1977.
[20] 王奕，王志方，刘志强，等. 丹参多酚酸盐联合替格瑞洛对冠心病患者的疗效及对血管内皮功能、血脂及氧化应激指标的影响 [J]. 辽宁中医杂志，2023，50 (2)：98-102.

自拟温阳养心方联合西药治疗慢性心力衰竭（心肾阳虚证）疗效及对血清炎症因子水平的影响

吴晓东[1]，罗穆玲[2]，徐立峰[1]，陈碧燕[1]，林浩[1]
（1. 儋州市中医医院 老年病科，海南 儋州 571799；2. 儋州市人民医院全科医学科，海南 儋州 571700）

摘要：目的：研究自拟温阳养心方联合西药对慢性心力衰竭（心肾阳虚证）患者疗效及血清炎症因子水平的影响。方法：对我院 2018 年 6 月~2021 年 6 月收治的 124 例慢性心力衰竭（心肾阳虚证）患者进行研究，根据信封法分为对照组和观察组各 62 例，对照组使用常规西药治疗，观察组在此基础上联合自拟温阳养心方治疗，比较两组中医症状积分、临床疗效、血清炎症因子水平、心功能指标及不良反应。结果：治疗后，两组患者各项中医症状积分均降低，且观察组明显低于对照组（$P<0.05$）；治疗后，观察组治疗总有效率（95.16%）明显高于对照组（80.65%，$P<0.05$）；治疗后，观察组可溶性 CD40 配体（sCD40L）、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）、白细胞介素-6（IL-6）水平明显低于对照组（$P<0.05$）；治疗后，观察组左室射血分数（LVEF）、心脏指数（CI）明显高于对照组（$P<0.05$）；两组患者不良反应总发生率比较无明显差异（$P>0.05$）。结论：自拟温阳养心方联合西药治疗慢性心力衰竭（心肾阳虚证）临床疗效显著，患者中医症状、炎症反应及心功能有明显改善，且无明显不良反应发生，是一种安全、有效的中西医结合治疗方式。

关键词：慢性心力衰竭；心肾阳虚证；自拟温阳养心方；西药治疗；血清炎症因子
中图分类号：R 541.6 **文献标志码**：A **文章编号**：1000-3649（2024）07-0099-04

慢性心力衰竭是各种心脏疾病的终末阶段，系原发心肌病变和心室长期处于容量负荷过重状态所致，以呼吸困难、乏力、心悸、心慌、液体潴留为主要临床表现，近年来随着我国老龄化社会程度加深，其发病率和死亡率均有所上升，给患者及其家庭带来较大的心理与经济负担[1]。现代医学治疗以利尿、扩血管、提高心肌收缩力、改善水钠潴留为主，但长期应用西药治疗，易出现副反应，影响总体治疗效果[2]。中医认为慢性心力衰竭属“心悸怔忡”“瘀证”等范畴[3]，为标本俱病、虚实夹杂之证，以心肾阳虚证常见，该证病因是心主血脉的功能失常，心失所养致心悸怔忡，阳虚水饮不化、水饮凌心致咯血、喘咳[4]，因此治疗以温阳利水、益气化瘀、调整阴阳为原则[5]。本文研究自拟温阳养心方联合西药治疗慢性心力衰竭（心肾阳虚证）患者疗效，现详述如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对我院 2018 年 6 月~2021 年 6 月收治的 124 例慢性心力衰竭（心肾阳虚证）进行研究，根据信封法分为对照组和观察组各 62 例。两组患者一般资料比较无明显差异（$P>0.05$），见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较（$n,\bar{x}\pm s$）

组别	n	性别		年龄（岁）	病程（年）	心功能分级		心率（次/min）
		男	女			Ⅱ级	Ⅲ级	
观察组	62	32	30	64.26±5.49	8.28±2.50	34	28	72.15±4.60
对照组	62	34	28	63.78±5.52	8.45±2.47	36	26	72.03±4.56

1.2 诊断标准 （1）西医诊断标准参照《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》[6]；（2）中医诊断标准（心肾阳虚证）[7]：主症心悸、短气乏力、动则气喘、形寒肢冷，次症尿少浮肿、腹胀便溏、面色青灰，舌淡胖或有齿印、脉沉细或迟。

1.3 纳入及排除标准 （1）纳入标准：①符合上述诊断标准；②年龄 40~80 岁；③心功能分级Ⅱ~Ⅲ级者；④近一个月未进行相关治疗；⑤患者及家属对本研究知情同意。（2）排除标准：①对自拟温阳养心方中成分过敏的患者；②合并恶性肿瘤；③急性心功能不全、心肌梗死、心律失常、心脏瓣膜病等；④肝肾功能障碍；⑤正在接受其他治疗方案或参加其他研究的患者。

1.4 方法 对照组采用常规西药治疗，给予利尿剂

[21] 刘甜甜，姚魁武. 基于网络药理学探讨丹参饮治疗冠心病的作用机制［J］. 中医药导报，2020，26（12）：116-121.
[22] 杨婷，陈利娜，瞿水清，等. 基于网络药理学的生脉饮（党参方）治疗动脉粥样硬化性心血管疾病的潜在分子机制［J］. 中国实验方剂学杂志，2020，26（17）：151-161.

（收稿日期 2024-02-21）