

苓桂术甘汤对冠心病患者血清炎症因子、血脂及氧化水平的影响

吴志慧

辰溪县人民医院 湖南辰溪 419500

【摘要】目的 探究苓桂术甘汤对冠心病患者血清炎症因子、血脂及氧化水平的影响。**方法** 将我院 2016 年 1 月至 2017 年 1 月收治的 120 例冠心病患者, 根据治疗方式不同分为对照组 (给予常规西药治疗) 与观察组 (在常规治疗基础上加以苓桂术甘汤治疗) 各 60 例, 对比两组临床疗效。**结果** 两组治疗后的炎症因子、血脂水平、氧化应激水平, 与治疗前比较有统计学差异 ($P < 0.05$)。观察组治疗后各指标, 与对照组比较, 存在统计学差异 ($P < 0.05$)。**结论** 苓桂术甘汤, 可显著改善冠心病病人的炎症因子、血脂水平及血流动力学指标, 对此值得临床应用、推广。

【关键词】 苓桂术甘汤; 冠心病; 临床疗效

【中图分类号】 R259

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561 (2017) 05-168-02

冠心病是常见老年慢性疾病, 主要表现为心前区痛、胸闷等, 严重影响正常生活、工作, 建议患者出现异常症状时应当及时就医。冠心病的发病率、病死率相对较高, 国内发病率占 10% 左右, 且与年龄间呈正相关。冠心病患者的血脂水平普遍较高, 但不能单凭血脂指标进行冠心病的辨别, 对此也是临床研究的热点。临床治疗多以药物治疗为主, 但介于个体差异, 常规的纯西药治疗效果并不理想, 实践证明, 联合苓桂术甘汤加减治疗, 不仅效果确切且安全性高, 对此展开深入分析^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将我院收治的 120 例冠心病病人, 根据不同治疗方式分为对照组、观察组各 60 例; 对照组中男性 36 例、女性 24 例; 年龄 49 ~ 77 岁, 平均 58.3 ± 6.8 岁; 病程 1 ~ 6 年, 平均 3.2 ± 1.2 年; 合并高血压、高血脂、糖尿病患者分别 24 例、22 例、14 例。观察组中男性、女性分别 35 例、25 例; 年龄 50 ~ 80 岁, 平均 59.5 ± 7.1 岁; 病程 1 ~ 7 年, 平均 3.4 ± 1.4 年; 合并高血压 25 例, 合并高血脂 20 例, 合并糖尿病 15 例。两组在年龄等方面无统计学差异 ($P > 0.05$), 可比。本次研究经我院伦理委员会批准。纳入标准: ①患者均符合 WHO 冠心病诊断标准, 心电图显示心肌缺血症状。②患者及其家属均同意参与本次研究, 且签署了书面知情书^[2]。排除标准: 伴有严重心律失常与系统性病症、肝肾等脏器功能严重受损以及严重感染者。

1.2 方法

两组均要求低脂饮食, 药物治疗包括硝酸甘油片 (山东

信谊制药有限公司, 国药准字 H37021445) 0.5mg 舌下含服; 洛伐他汀 (国药准字 H10970091 北京万生药业有限责任公司) 20mg/d; 硝苯地平 10mg, 3 次/d (浙江市昂利康制药有限公司, 国药准字 H33020046) 等常用药物。观察组患者, 在常规药物治疗基础上, 给予苓桂术甘汤治疗, 基本方主要为 30g 的茯苓、葛根; 20g 的山楂、石菖蒲; 12g 的桂枝; 10g 的陈皮、白术、炙甘草, 以及 6g 的甘松。加减治疗: 对脾虚痰湿者, 在增加石菖蒲、陈皮、茯苓剂量基础上, 加入适量佩兰、苍术。对气虚者, 在基本方上适当加党参、黄芪、五味子。对情志失调者, 加适量香附、郁金、柴胡。1 剂/d, 连服 15d, 持续治疗 3 ~ 5 个疗程, 服用中药期间, 禁服用其他药物。

1.3 观察指标

对比两组治疗前后血脂水平 (总胆固醇 TC, 甘油三酯 TG, 低密度脂蛋白-胆固醇 LDL-C, 高密度脂蛋白-胆固醇 HDL-C)、血清炎症因子水平 (肿瘤坏死因子- α TNF- α)、氧化应激水平 (谷胱甘肽过氧化物酶 GSH-Px, 过氧化氢酶 CAT) 变化情况。

1.4 统计学方法

本次数据处理, 利用 SPSS17.0 统计学软件, 计数资料方面, 用 (%) 表示、 χ^2 检验, 计量资料方面, 用 ($\bar{x} \pm s$) 表示、t 检验, $P < 0.05$, 表示有统计学差异。

2 结果

2.1 两组血脂水平变化情况

治疗后两组血脂水平明显降低, 与治疗前比较, 有统计学差异 ($P < 0.05$)。另外治疗后, 观察组各血脂指标水平, 与对照组比较, 存在统计学差异, 如表 1 所示:

表 1. 两组血脂水平比较 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	n	TC		TG		LDL-C		HDL-C	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	6.50 ± 0.94	5.54 ± 0.77	2.30 ± 0.69	1.88 ± 0.55	4.20 ± 0.88	3.01 ± 0.66	1.30 ± 0.66	1.24 ± 0.35
观察组	60	6.49 ± 0.88	4.33 ± 0.56	2.31 ± 0.70	1.54 ± 0.46	4.19 ± 0.87	2.44 ± 0.35	1.29 ± 0.62	1.49 ± 0.85
t		1.362	6.369	1.258	6.214	1.774	7.258	1.352	8.358
P		0.758	0.003	0.854	0.003	0.921	0.002	0.754	0.001

2.2 两组炎症因子变化情况

治疗后两组炎症因子明显降低, 与治疗前比较, 存在统计学差异。观察组治疗后明显低于对照组, 有统计学差异 ($P < 0.05$), 如表 2 所示:

表 2. 两组炎症因子变化情况 ($\bar{x} \pm s$, ng/L)

组别	n	TNF- α	
		治疗前	治疗后
对照组	60	57.77 ± 12.35	38.62 ± 11.33
观察组	60	57.64 ± 11.36	29.66 ± 10.28
t		1.774	8.369
P		0.885	0.004

2.3 两组氧化应激水平变化情况

治疗后两组氧化应激水平, 较比治疗前发生显著变化, 组间比较存在统计学差异。观察组治疗后氧化应激水平, 明显优于对照组, 有统计学差异 ($P < 0.05$), 如表 3 所示:

表 3. 两组氧化应激水平变化情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CAT		GSH-Px	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	11.93 ± 1.77	9.86 ± 1.52	41.25 ± 9.25	47.25 ± 10.01
观察组	60	11.95 ± 1.75	8.14 ± 1.33	41.68 ± 9.21	55.31 ± 11.69
t		1.568	6.397	1.421	8.254
P		0.933	0.003	0.887	0.002

3 讨论

苓桂术甘汤,可防止心肌细胞凋亡、调节脂肪代谢、扩张血管以及调节血脂等功效,可从本研究结果中验证。

在血脂水平方面,治疗后观察组的 TC、TG、LDL-C 指标,比对照组分别减少了 $1.21 \pm 0.21 \text{ mmol/L}$ 、 $0.34 \pm 0.09 \text{ mmol/L}$ 、 $0.57 \pm 0.31 \text{ mmol/L}$; HDL-C 指标提升了 $0.25 \pm 0.50 \text{ mmol/L}$ 。采用中西药结合治疗方式,比单纯采用西药治疗,对患者血脂变化幅度相对较大,降低了患者其他心脑血管并发症发生率,表明该种方式治疗有效且具备可行性^[3]。在炎症因子方面,治疗后观察组 TNF- α 指标,降低了 $8.96 \pm 1.05 \text{ ng/L}$ 、幅度,炎症因子下降,可改善患者愈后,延缓病情恶化,在改善患者生存质量的同时,提升其治疗的安全性。

在氧化应激水平方面,观察组治疗后 CAT 指标,比对照组降低了 1.72 ± 0.19 ,而 GSH-Px 提升了 8.06 ± 1.68 ,提升了细胞活动,与对抗有害刺激的能力,降低了心肌梗死、心力衰竭等病症的出现几率。可见降低患者氧化应激水平,俨然成为了疾病控制的重要手段^[4~5]。

综上所述,苓桂术甘汤治疗方式,对心脑血管疾病,有

着显著疗效。且中药机制副作用低,配伍相对严谨,携带方便。结合西药治疗,可起到优势互补的作用,药效可快速直达病灶,但介于中药制剂成分复杂,对此还需加强对作用机制的深入探讨。

【参考文献】

- [1] 毛堂友,韩海啸,赵唯含,等.苓桂术甘汤对 NASH 大鼠肝组织 DGAT2、PKC ϵ 的作用研究[J].中国中西医结合消化杂志,2016(2):87-91.
- [2] 李辰慧,魏晶晶,卢素红,等.加味苓桂术甘汤对代谢综合征大鼠脂肪-胰岛素轴影响[J].辽宁中医药大学学报,2016(9):46-48.
- [3] 徐慧贤,阮岩,孟瑜,等.苓桂术甘汤对鼻超敏大鼠的抗过敏作用及机制研究[J].广州中医药大学学报,2016,33(4):531-535.
- [4] 张会存,苏冬梅,刘莹,等.二陈汤与苓桂术甘汤治疗非酒精性脂肪性肝病炎症性损伤的机制研究[J].中国中西医结合消化杂志,2015(8):525-530.
- [5] 洪利生,孙丽岩,王京,等.苓桂术甘汤合真武汤对慢性心功能不全(心肾阳虚证)患者心功能及血浆脑钠肽的影响[J].中国中医急症,2015,24(2):365-366.

(上接第 165 页)

和药物治疗,本文实施中药联合化疗后则有利于提高其治疗效果,显著控制癌细胞的扩散,同时缩短患者的住院时间,减轻了患者的负担,因此对于消化道肿瘤的患者给予中药联合化疗治疗的效果明显,值得临床推广。

【参考文献】

- [1] 全红艳,田媛,郝建峰.DC-CIK 联合化疗对消化道肿瘤患者的治疗效果及免疫功能的影响[J].实用癌症杂志,2016,31(4):604-606.
- [2] 黄卓华.参芪扶正注射液联合化疗治疗晚期消化道恶性肿瘤的

临床效果[J].中国当代医药,2015,22(35):61-63.

- [3] 房玮,吴红卫,李莹莹.中药联合化疗治疗胃癌的临床效果分析[J].实用癌症杂志,2015,30(11):1668-1671.
- [4] 袁毫,乔炳礼.中药联合化疗治疗晚期非小细胞肺癌临床效果分析[J].社区医学杂志,2015,13(12):22-23.
- [5] 陈继明,李仰瑶.中药白花蛇舌草联合化疗治疗晚期恶性肿瘤临床效果评价[J].现代诊断与治疗,2014,25(8):1728-1729.
- [6] 耿刚,李晓丽.艾迪注射液联合化疗治疗恶性消化道肿瘤 30 例临床观察[J].内蒙古中医药,2004,23(6):4-5.

(上接第 166 页)

“痹痛”等范畴,发病机制主要为正气虚弱、肝肾精亏,风寒湿邪导致气血运行不畅,脉络痹阻,临床治疗应以通痹消肿、通络止痛、活血化瘀、清热解郁和祛风除湿的原则^[4]。本研究中,观察组在西药治疗的基础上,给予归芍地黄汤治疗,组方中的生地黄能够生津止渴、凉血止血、清热滋阴;白术有利于燥湿利水、健脾益气;茯苓有助于宁心安神、健脾和胃、渗湿利水;淮牛膝能够逐瘀通经、强筋骨、补肝肾;白芍具有缓中止痛、养血柔肝、敛阴收汗的作用;乌梢蛇可以定惊、通络祛风;威灵仙具有通络止痛、祛风除湿的作用;制草乌可以强筋骨、补肝肾、通经络、祛风湿;木瓜具有散瘀活血、平肝祛风的作用;苍术具有祛风散寒、燥湿健脾的作用;上述诸药合用具有扶正、祛邪并施的效果。研究结果显示治疗总有效率观察组显著高于对照组($P < 0.05$);治疗后观察组患者的类风湿因子、C-反应蛋白以及血沉等指标均显著低

于对照组($P < 0.05$);不良反应发生率对照组和观察组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。数据说明在对类风湿性关节炎患者进行治疗时,归芍地黄汤加减治疗具有比较显著的临床效果,能对患者的疼痛症状进行快速缓解,对患者的关节生理功能进行有效改善,而且不良反应发生率低,具有临床推广价值。

【参考文献】

- [1] 谢怡敏,高永翔.中药治疗类风湿性关节炎的实验研究进展[J].中药与临床,2016,7(2):103-105.
- [2] 古丽达娜·安那斯汗.归芍地黄汤加减治疗类风湿性关节炎 44 例临床观察[J].中国继续医学教育,2017,9(8):196-197.
- [3] 霍河水.桂枝汤加术附汤加减治疗类风湿性关节炎的临床效果[J].北方药学,2016,13(12):83-84.
- [4] 张丽,赵锐,周锦.中西医结合治疗类风湿性关节炎临床观察[J].世界中医药,2016(b06):2157-2158.

(上接第 167 页)

可泄热破淤;芒硝可软坚散结,桃仁可活血破淤;冬瓜仁可清肠利湿;丹皮可消肿散瘀;连翘和金银花可清热解毒;甘草可调和诸药,诸药合用,可共奏清热利湿、破淤止痛之功,促进症状消除和体温复常^[6~7]。

本研究中,对照组单用西药治疗,中西医结合用大黄牡丹汤加减联合西药治疗。结果显示,中西医结合急性胰腺炎治疗效果高于对照组, $P < 0.05$;中西医结合体温正常、积液消失时间、血淀粉酶正常时间、总住院时间短于对照组, $P < 0.05$;干预前两组肿瘤坏死因子- α 、血淀粉酶、尿酸粉酶、白细胞介素-8 相近, $P > 0.05$;干预后中西医结合肿瘤坏死因子- α 、血淀粉酶、尿酸粉酶、白细胞介素-8 优于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,大黄牡丹汤加减联合西药治疗急性胰腺炎的疗效确切,可有效缩短疗程,改善症状,降低炎症水平和血

尿酸粉酶,改善患者预后,值得推广。

【参考文献】

- [2] 邢佑美.大黄牡丹汤保留灌肠治疗急性胰腺炎的临床效果分析[J].中国中医急症,2016,25(8):1634-1635,1644.
- [3] 王吉菊,夏天,赵志梅等.大黄牡丹汤在异位妊娠保守治疗中的应用[J].山西中医,2015,31(4):34-35.
- [4] 王生.“三大汤”加减联合西药治疗急性胰腺炎 60 例疗效观察[J].黑龙江中医药,2013,43(5):30-31.
- [5] 周健,高淳,唐学典等.大黄牡丹汤加减治疗急性胰腺炎对机体炎症和应激反应的影响[J].中医药信息,2017,34(1):62-66.
- [6] 屈坤鹏,司若湟,杨晓军等.中药清胰汤治疗重症急性胰腺炎的疗效观察[J].兰州大学学报(医学版),2012,38(4):43-46.
- [7] 熊小兰,陈浩,曹天生等.清胰汤加减防治 ERCP 术后高淀粉酶血症及急性胰腺炎的临床观察[J].中国医药指南,2012,10(12):58-59.