

加味丹参饮联合耳穴压豆治疗稳定型心绞痛气滞血瘀证合并抑郁的临床疗效观察

孙彦波 钟巧燕 冯忠

北京中医药大学深圳医院(龙岗), 深圳, 518100;

摘要: 目的: 探讨加味丹参饮联合耳穴压豆治疗稳定型心绞痛(气滞血瘀证)合并抑郁患者的临床疗效及作用机制。方法: 将 2023 年 1 月至 2024 年 12 月就诊的 70 例患者随机分为对照组(34 例)和观察组(33 例)。对照组采用常规西药治疗(阿托伐他汀、阿司匹林、美托洛尔、舍曲林), 观察组在对照组基础上联合加味丹参饮口服及耳穴压豆治疗, 疗程 4 周。通过汉密尔顿抑郁量表、西雅图心绞痛量表、血脂、炎症因子及心功能指标评估疗效。结果: 观察组总有效率为 90.91%, 显著高于对照组的 79.41% ($P < 0.05$)。治疗后, 观察组 HAMD-17 评分 (11.42 ± 2.36 vs 15.12 ± 3.11)、SAQ 评分 (71.39 ± 8.07 vs 64.15 ± 8.20)、TC (4.43 ± 0.19 vs 4.95 ± 0.22 mmol/L)、LDL (4.00 ± 0.29 vs 4.23 ± 0.48 mmol/L)、hs-CRP (4.36 ± 1.61 vs 6.47 ± 1.64 mg/L)、NLR (3.87 ± 1.82 vs 4.86 ± 2.10) 及心功能指标 (LVEF $54.58 \pm 4.95\%$ vs $50.18 \pm 3.52\%$) 均显著优于对照组 (均 $P < 0.05$)。结论: 加味丹参饮联合耳穴压豆可有效缓解稳定型心绞痛合并抑郁患者的临床症状, 改善心功能及脂代谢, 其机制可能与抑制炎症反应相关。

关键词: 加味丹参饮; 耳穴压豆; 稳定型心绞痛; 气滞血瘀证; 抑郁症

DOI: 10.69979/3029-2808.25.10.013

随着生活质量提高和工作节奏加快, 心理精神疾病和心血管疾病日益高发。稳定型心绞痛(SAP)是冠状动脉固定狭窄导致心肌负荷增加时发生的心肌短暂缺血缺氧。冠心病患者抑郁发生率高达 40%, 约为正常人群的 2~3 倍^[1], 抑郁显著增加 SAP 患者心血管不良事件风险, 影响预后^[2-3]。因此, 及时干预 SAP 及其抑郁状态至关重要。目前西医治疗 SAP 合并抑郁以冠心病二级预防药联合抗抑郁药为主, 但存在依从性差、诱发致死性心律失常及增加心血管事件风险等问题, 缺乏安全有效手段。加味丹参饮(源自《时方歌括》丹参饮)由黄政德教授化裁而来, 具益气活血、行气通络、化瘀止痛之效。研究证实其对冠心病疗效明显, 可缓解心绞痛、抑制炎症因子、减轻心肌纤维化、促侧支循环^[4-6]。耳穴压

豆可调节脏腑经络气血, 研究显示其改善冠心病合并抑郁症状疗效显著^[7]。本研究将加味丹参饮联合耳穴压豆用于冠心病气滞血瘀证合并抑郁患者, 观察临床疗效, 结果如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

纳入 2023 年 1 月至 2024 年 12 月在北京中医药大学深圳医院(龙岗)就诊的稳定型心绞痛(气滞血瘀证)合并抑郁患者 70 例, 以随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 35 例。对照组中 1 例接受其他治疗而剔除, 观察组 2 例因拒绝耳穴压豆剔除。最终纳入 67 例患者, 两组一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

表 1 两组一般资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别/例		年龄/岁	SAP 病程/年	抑郁症病程/年
		男	女			
对照组	34	18	16	55.47±6.18	4.44±1.67	5.94±2.28
观察组	33	17	16	54.39±8.53	4.58±1.71	6.06±1.62

1.2 诊断标准

参照《慢性稳定型心绞痛诊断与治疗指南》、《冠心病稳定型心绞痛中医诊疗指南》、《中国精神障碍分类与诊断标准》制定诊断标准^[8-10]。

1.3 纳入标准

同时符合 SAP 气滞血瘀证和抑郁症诊断标准; 年龄 40~70 岁, 性别不限; 病情相对稳定; 签署知情同意书, 自愿参加本研究。

1.4 排除标准

左主干病变狭窄 70%以上；严重左心室肥厚表现、扩心病、严重心力衰竭；完全闭塞病变、急性心肌梗死；心源性休克；严重肝肾功能不全；全身严重感染或创伤；有严重自杀倾向的重度抑郁症者；妊娠或哺乳期者已参与其他临床研究者。

1.5 剔除、中止及脱落标准

试验过程中病情突然加重或出现严重不良事件者；自行要求退出者；私自接受其他治疗，或未按既定方案接受治疗者；资料不全或缺失者。

2 治疗方法

2.1 对照组

对照组予阿托伐他汀钙片口服，每次 20mg，每日 1 次；阿司匹林肠溶片口服，每次 100 mg，每日 1 次；琥珀酸美托洛尔缓释片口服，每次 47.5mg，每日 1 次；舍曲林片口服，每次 50mg，每日 1 次；连续服用 4 周。

2.2 观察组

在对照组治疗基础上，予加味丹参饮联合耳穴压豆治疗。益气活血方处方：丹参 20g，檀香 6g，赤芍 10g，川芎 6g，红花 6g，当归 10g，生地黄 12g，黄芪 20g。早晚温服，每次 200ml，连续治疗 4 周。耳穴压豆：主穴选取心、肝、交感、皮质下；配穴选取胸、小肠。首先对穴位皮肤进行常规消毒，然后将黏有王不留行籽的胶布（规格：0.5 cm×0.5 cm）贴于所选穴位上，每天按揉 2 次，每次 3~5min，以耳朵感到发热、酸胀感为宜，每贴留置 3d，3d 后换另一侧耳廓，连续治疗 4 周。

3 治疗效果

3.1 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》制定疗效评定标准。

显效：心绞痛发作频率、持续时间、疼痛程度均明显改善，HAMD-17 评分减分率 $\geq 70\%$ 。

有效：心绞痛发作频率、持续时间、疼痛程度有所好转，HAMD-17 评分减分率 $\geq 30\%$ 且 $<70\%$ 。

无效：心绞痛发作频率、持续时间、疼痛程度改善不显著，甚至加重，HAMD-17 评分减分率 $<30\%$ 。

3.2 观察指标

（1）抑郁症状评估：采用汉密尔顿抑郁量表-17 评估患者的抑郁程度。（2）心绞痛症状评估：采用西雅图心绞痛量表评分。（3）脂代谢指标：检测治疗前后总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白、高密度脂蛋白等脂代谢指标。（4）炎症指标：检测治疗前后超敏 C 反应蛋白、中性粒细胞与淋巴细胞计数比值。（5）心功能指标：检测治疗前后左心室收缩末期内径、左心室舒张末期内径和左心室射血分数等心功能指标。

3.3 统计学方法

采用 SPSS 24.0 统计软件进行统计分析。计数资料比较采用卡方检验。等级资料采用 Mann-Whitney U 检验。计量资料以若符合正态分布以均值 \pm 标准差表示，组间及组内比较采用 t 检验；不符合正态分布的比较采用非参数检验。均以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组患者临床疗效比较

观察组总有效率为 90.91%，高于对照组的 79.41%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组临床疗效比较 单位：例

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	34	7	20	7	79.41
观察组	33	16	14	3	90.91
U	385.5				
P	0.015#				

注：与对照组比较# $P < 0.05$ 。

3.4.2 两组治疗前后 HAMD-17 评分比较

治疗前，两组 HAMD-17 评分比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后，两组 HAMD-17 评分均降低 ($P < 0.05$)，且观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 两组治疗前后 HAMD-17 评分比较 ($\bar{x} \pm s$) 单位：分

组别	例数	治疗前	治疗后	t	p
对照组	34	19.55 \pm 3.54	15.12 \pm 3.11*	5.956	<0.001
观察组	33	20.58 \pm 4.35	11.42 \pm 2.36#*	11.081	<0.001
t	/	-1.118	5.255	/	
p	/	0.268	<0.001		

注：与对照组比较# $P < 0.05$ ，与治疗前相比较* $P < 0.05$

3.4.3 两组治疗前后 SAQ 量表评分比较。

治疗前，两组 SAQ 量表评分比较，差异无统计学意

义 ($P>0.05$)。治疗后, 两组 SAQ 量表评分均增高 ($P<0.05$), 且观察组高于对照组 ($P<0.05$)。详见表 4。

表 4 两组治疗前后 SAQ 量表评分的比较 ($\bar{x}\pm s$) 单位: 分

组别	例数	治疗前	治疗后	t	p
对照组	34	54±6.48	64.15±8.20*	-5.441	<0.001
观察组	33	56.42±7.59	71.39±8.07#*	-8.199	<0.001
t	/	-1.526	-3.747	/	
p	/	0.132	<0.001		

注: 与对照组比较# $P<0.05$, 与治疗前相比较* $P<0.05$

3.4.4 两组治疗前后血脂水平比较

治疗前, 两组患者血清 TG、TC、HDL、LDL 水平比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后, 两组患者血清 TG、TC、LDL 水平均降低 ($P<0.05$), HDL 水平无明显

改变 ($P>0.05$)。治疗后, 观察组 TC、LDL 水平低于对照组 ($P<0.05$), 两组 TG 水平无明显差异 ($P>0.05$)。详见表 5。

表 5 两组治疗前后血脂水平指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	TG (mmol/L)		TC (mmol/L)		HDL (mmol/L)		LDL (mmol/L)	
		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	34	1.76±0.44	1.46±0.13*	5.69±0.54	4.95±0.22*	1.21±0.21	1.18±0.18	4.64±0.48	4.23±0.48*
观察组	33	1.72±0.38	1.39±0.18*	6.10±0.50	4.43±0.19#*	1.17±0.18	1.24±0.21	4.51±0.54	4.00±0.29#*
t		0.212	1.912	-1.075	10.151	0.878	-1.071	1.228	2.370
p		0.833	0.060	0.286	0.000	0.383	0.288	0.224	0.021

注: 与对照组比较# $P<0.05$, 与治疗前相比较* $P<0.05$

3.4.5 两组治疗前后炎症指标比较

治疗前, 两组患者血清 hsCRP、NLR 水平比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后, 两组患者血清 hsC

RP、NLR 水平均较治疗前降低 ($P<0.05$), 且观察组 hsCRP、NLR 水平低于对照组 ($P<0.05$)。详见表 6。

表 6 两组治疗前后 CRP、中性比水平指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	CRP		NLR	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	34	9.45±5.02	6.47±1.64*	6.62±2.01	4.86±2.10*
观察组	33	10.69±3.93	4.36±1.61#*	6.81±1.78	3.87±1.82#*
t		-1.030	5.185	-0.302	2.040
p		0.307	<0.001	0.764	0.045

注: 与对照组比较# $P<0.05$, 与治疗前相比较* $P<0.05$

3.4.6 两组治疗前后心功能比较

治疗前, 两组患者 LVESD、LVEDD、LVEF 比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后, 两组患者 LVESD、L

VEDD 均较治疗前降低 ($P<0.05$), LVEF 均较治疗前升高 ($P<0.05$)。治疗后, 观察组 LVESD、LVEDD 低于对照组 ($P<0.05$), LVEF 高于治疗组 ($P<0.05$)。详见表 7。

表 7 两组患者心功能指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	LVESD(mm)		LVEDD(mm)		LVEF (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	34	48.33±4.74	44.36±3.40*	63.07±7.00	58.73±4.68*	45.52±4.56	50.18±3.52*
观察组	33	49.67±4.63	41.24±2.75#*	65.18±6.68	54.48±5.00#*	44.39±4.20	54.58±4.95#*
t		-1.101	4.273	-1.022	3.395	1.170	-4.272
p		0.275	<0.001	0.311	0.001	0.246	<0.001

注: 与对照组比较# $P<0.05$, 与治疗前相比较* $P<0.05$

4 讨论

随着社会压力增加和人口老龄化加速, 冠心病合并抑郁的患者不断增多, 二者相互影响、相互促进, 可导

致疾病进一步恶化。目前对于冠心病稳定型心绞痛合并抑郁患者的治疗主要为冠心病二级预防方案联合抗抑郁药物及心理疗法,但存在易产生耐药性、经济负担重、不良反应较多等问题。近年来的研究表明炎症反应在发病过程其中扮演着重要的角色。中医药具有多途径、多靶点和低毒性等特点,诸多研究已证实中医药在干预冠心病合并抑郁方面具有独特优势且疗效显著。

根据冠心病稳定型心绞痛合并抑郁症的临床表现,二者应分别归属于中医学“胸痹心痛”与“郁证”范畴。二者在气机郁滞、血脉瘀阻的病机层面有相通之处。胸痹心痛以心脉瘀阻闭塞为病机核心,“不通则痛”;而郁证多由气机不畅、血瘀化火所致,终致心神失养,“不荣则痛”。加味丹参饮由丹参、黄芪、檀香、赤芍、川芎、当归、红花、生地黄等药物组成,该方立意深远,既着眼于心肌缺血“因虚致瘀”或“因瘀致虚”之虚实夹杂病机,又兼顾情志疾病中气血失和、心神失养之特点。方中重用丹参为君,取其“一味丹参,功同四物”之效,既活血祛瘀通心脉,又养血安神解郁结;辅以赤芍、红花活血化瘀,兼清血分郁热;当归、生地黄养血活血,滋阴润燥,既可濡养心脉,又能宁心安神;黄芪补气升阳,气旺则血行,气畅则郁解;更佐川芎“上行头目,下行血海”,既助心脉气血运行,又疏肝解郁;檀香行气散寒,通络止痛,其芳香走窜之性尤能开郁醒神。全方融益气活血、化瘀止痛、行气解郁、养心安神于一体,既补血活血以治本虚,又化瘀行气以祛标实,更借温通之性解寒凝血瘀,以芳香之品开郁结气滞,实为心脑同治、形神兼顾之良方。

耳穴也属于腧穴的一种,与脏腑、经络等相互沟通,按压相应腧穴可协调周身气血,实现治疗疾病的目的。本研究选取心、肝、交感、皮质下为主穴进行治疗,其中心穴可补气升阳,又可宁心安神;肝穴能调畅气机以疏肝郁,又可养血柔肝以安神;皮质下既可活血疏经改善心肌缺血,又能平衡自主神经缓解焦虑;交感穴能调节血管舒缩,又能镇静安神;配以胸穴可改善胸闷痛症候,又可疏解肝郁;小肠穴与心相表里,既助心行血,又改善郁证患者胸胁痞满症状。诸穴共奏通脉解郁、形神同调之效。

本研究表明,加味丹参饮联合耳穴压豆相对于常规西药组能够明显改善冠心病稳定型心绞痛合并抑郁患者的临床症状,可有效减少胸闷痛发作频率、持续时间及减轻疼痛的严重程度,可有效减轻患者抑郁症状。可一定程度改善患者心功能,改善患者预后。在血清学水平上能够有效降低稳定型心绞痛合并抑郁患者 TL、LDL-C 水平,并可降低患者的 hsCRP 及 NLR,提示加味丹参

饮联合耳穴压豆治疗稳定型心绞痛合并抑郁的机制可能是通过改善炎症反应,从而改善症状。然目前因观察病例数较少,观察时间相对较短等局限,对于加味丹参饮联合耳穴压豆改善炎症反应的具体作用机制,还有待于动物学试验来进一步探索。

参考文献

- [1]Carney RM, Freedland KE. Depression and coronary heart disease. Nat Rev Cardiol. 2017;14(3):145-155. doi:10.1038/nrcardio.2016.181
- [2]Wu Y, Zhu B, Chen Z, et al. New Insights Into the Comorbidity of Coronary Heart Disease and Depression. Curr Probl Cardiol. 2021;46(3):1004-1013. doi:10.1016/j.cpcardiol.2019.03.002
- [3]杨静娜,赵燕.冠心病合并抑郁障碍的研究进展[J].心血管病学进展,2017,38(01):28-33. DOI:10.16806/j.cnki.issn.1004-3934.2017.01.008.
- [4]李鑫辉,黄政德,葛金文.加味丹参饮对血瘀证兔心肌缺血再灌注损伤的影响[J].中国中医药信息杂志,2011,18(6):37-39.
- [5]杨艳红,汪云鑫,吴若霞,陈辉,侯杏,黄政德.加味丹参饮及其拆方对 BMSCs 移植 IRI 鼠心肌 ang-1 表达的影响[J].湖南中医杂志,2014,30(4):144-147.
- [6]黄政德,胡华,田雪飞,廖菁,谭琦,陈楚淘.心痛舒含药血清对乳鼠缺氧/复氧心肌细胞凋亡 c1-2、Bax 基因表达的影响[J].湖南中医药大学学报,2010,30(9):56-60.
- [7]韩向莉.耳穴压豆联合痰瘀双解方治疗冠心病(心绞痛)合并抑郁症的卫生技术评估研究[D].山西医科大学,2017.
- 王斌,李毅,韩雅玲.稳定性冠心病诊断与治疗指南[J].中华心血管病杂志,2018,46(9):680-694.
- 王阶,陈光.冠心病稳定型心绞痛中医诊疗专家共识[J].中医杂志,2018,59(5):447-450.
- [10]中国精神障碍分类与诊断标准第三版(精神障碍分类)[J].中华精神科杂志,2001,(03):59-63.

作者简介:孙彦波,男,医学硕士;邮箱:863859216@qq.com

通讯作者:冯忠,男,副主任医师;邮箱:529842727@qq.com

基金项目:深圳市医疗三名工程(SZZYSM 202205015);龙岗区医学重点学科;深圳市龙岗区科技创新专项资金(LGWJ2022-78)