

中图分类号: R932; R285.6 文献标志码: A 文章编号: 1006-4931(2026)01-0103-05
doi:10.3969/j.issn.1006-4931.2026.01.020



甘草泻心汤联合李可肾四味加减治疗老年冠状动脉粥样硬化性心脏病伴衰弱临床研究*

马树灿, 李茹, 刘智芬, 肖红, 英俊岐

(河北省衡水市人民医院, 河北衡水 053000)

摘要:目的 探讨甘草泻心汤联合李可肾四味加减治疗老年冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)伴衰弱的临床疗效。方法 选取医院2021年9月至2024年9月收治的老年冠心病伴衰弱患者268例,按随机数字表法分为对照组和观察组,各134例。两组患者均予常规西药治疗,观察组患者加用甘草泻心汤联合李可肾四味加减。两组患者均连续治疗12周。结果 观察组总有效率为94.78%,显著高于对照组的85.07%($P < 0.05$)。治疗后,两组患者的中医证候积分、Fried衰弱量表评分、计时起立行走试验时间、简版老年抑郁量表(GDS-15)评分均显著降低($P < 0.05$),且观察组均显著低于对照组($P < 0.05$);6 min步行试验距离、血红蛋白、前白蛋白、总蛋白、白蛋白水平、微型营养评估简表(MNA-SF)评分、简易精神状态检查量表(MMSE)评分、血浆Alarin、胰岛素样生长因子1水平均显著升高($P < 0.05$),且观察组均显著高于对照组($P < 0.05$)。观察组和对照组患者治疗期间不良反应发生率相当(5.97%比4.48%, $P > 0.05$)。结论 甘草泻心汤联合李可肾四味加减治疗老年冠心病伴衰弱的临床疗效良好,能有效改善患者的衰弱状态和躯体功能,提升机体的营养指标和认知功能,且安全性良好。

关键词:甘草泻心汤;李可肾四味加减;冠状动脉粥样硬化性心脏病;衰弱;Alarin;胰岛素样生长因子1;临床疗效

Clinical Study of Gancao Xiexin Decoction Combined with Modified Li Ke's Shensiwei in the Treatment of Elderly Patients with Coronary Heart Disease Complicated with Frailty

MA Shucan, LI Ru, LIU Zhifen, XIAO Hong, YING Junqi
(Hengshui People's Hospital, Hengshui, Hebei 053000, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical efficacy of Gancao Xiexin Decoction combined with modified Li Ke's Shensiwei in the treatment of elderly patients with coronary heart disease (CHD) complicated with frailty. **Methods** A total of 268 elderly patients with CHD complicated with frailty admitted to the hospital from September 2021 to September 2024 were selected and randomly divided into the control group and the observation group by the random number table method, with 134 cases in each group. The patients in the two groups treated with conventional Western medicine, while the patients in the observation group were additionally treated with Gancao Xiexin Decoction combined with modified Li Ke's Shensiwei on this basis. Both groups were treated continuously for 12 weeks. **Results** The total effective rate in the observation group was 94.78%, which was significantly higher than 85.07% in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, Fried Frailty Scale scores, Timed Up and Go Test (TUGT) time, and Simplified Geriatric Depression Scale (GDS-15) scores in

*基金项目:河北省中医药管理局科研计划项目[2020540]。

第一作者:马树灿,女,硕士研究生,主治医师,研究方向为老年心血管疾病的诊治,(电子信箱)mashucan@163.com。

2023,16(3):219-230.

[15] 吕菲菲,鲍琢.乌司他丁联合注射用亚胺培南西司他丁钠对肺结核合并重症肺炎的治疗效果[J].中国防痨杂志,2024,46(S1):200-202.

[16] 洪武汉,王振贤,李娥,等.参附注射液联合亚胺培南西司他丁钠治疗老年重症肺炎的疗效及对患者炎症因子和免疫功能的影响[J].中国老年学杂志,2024,44(10):2369-2372.

[17] 闻超,刘锋,王敏.万古霉素联合亚胺培南西司他丁钠或美罗培南抗感染治疗的急性肾损伤发生率的回顾性分析[J].中国医院药学杂志,2024,44(4):447-450.

[18] 谢小馨,彭银霜,何金洪,等.重症肺炎患者肺部感染的病原学特征及耐药性分析[J].中国病原生物学杂志,2024,19(2):217-220.

[19] 曾江,刘辉,彭海英.糖尿病合并肺结核患者淋巴细胞计数比值与血清炎症指标的相关性[J].中国老年学杂志,2024,44(8):1831-1834.

[20] 谢贝,许婉华,龚兰,等.肺结核治疗过程中IL-6血清表达水平变化分析[J].实用医学杂志,2023,39(19):2434-2439.

[21] 秦大翔,梁冰.莫西沙星联合利奈唑胺治疗老年社区获得性肺炎临床疗效及对免疫功能的影响[J].中国老年学杂志,2024,44(12):2856-2859.

[22] 杨依磊,张虎,曹佳,等.万古霉素与利奈唑胺在中枢神经系统感染治疗中的有效性和安全性比较[J].中国医院药学杂志,2024,44(7):822-827.

(收稿日期:2024-9-26;修回日期:2025-11-03)

the two groups significantly decreased, and those in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). The 6 - Minute Walk Test (6MWT) distance, levels of hemoglobin (HB), prealbumin (PA), total protein (TP) and albumin (Alb), Mini - Nutritional Assessment - Short Form (MNA - SF) scores, Mini - Mental State Examination (MMSE) scores, and the levels of plasma Alarin, and insulin - like growth factor 1 (IGF - 1) in the two groups significantly increased, and those in the observation group were significantly higher than those in the control group ($P < 0.05$). During the treatment, the incidence of adverse reactions was comparable between the observation group and the control group (5.97% vs. 4.48%, $P > 0.05$). **Conclusion** Gancao Xiexin Decoction combined with modified Li Ke's Shensiwei has a good clinical efficacy and safety in the treatment of elderly patients with CHD complicated with frailty, which can effectively improve the patient's frailty and physical function, and enhance the nutritional indicators and cognitive function.

Key words: Gancao Xiexin Decoction; modified Li Ke's Shensiwei; coronary heart disease; frailty; Alarin; insulin - like growth factor - 1; clinical efficacy

冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)作为一种常见的心血管疾病,在老年人群的发病率居高不下。随着我国老年人口数量的持续增加,老年冠心病患者的数量也在不断上升,严重威胁着老年人的生命健康和生活质量^[1]。衰弱是一种常见于老年人的临床综合征,表现为机体生理储备能力下降、抗应激能力减退,导致个体易受各种不良事件的影响^[2]。老年冠心病患者常合并衰弱,双重疾病状态会导致病情更复杂,治疗难度增大。研究表明,老年冠心病伴衰弱患者发生心血管事件、失能、住院、死亡的风险显著增加^[3]。血管活性肽 Alarin 具有炎症因子的生物学属性,在微血管的小动脉、小静脉及管径相对较大血管的平滑肌细胞层内均能检测到 Alarin mRNA 的表达信号,且 Alarin 的生理活性与冠心病的进展密切相关,提示其可能在冠心病的病理、生理机制中发挥特定作用^[4]。有研究显示,胰岛素样生长因子 1 (IGF - 1) 作为人体关键的合成代谢激素,可作为激素调节、炎症反应或营养代谢途径引发衰弱状态的潜在评估指标^[5]。目前,对于老年冠心病的治疗,西医主要采用药物治疗、介入治疗和冠状动脉旁路移植术等方法,可一定程度地改善心肌供血、缓解症状,但对于合并衰弱的老年冠心病患者,单纯的西医治疗难以全面改善整体状况。中药治疗注重整体调理,又强调个体化治疗,能从多方面改善患者的身体机能和生活质量。甘草泻心汤出自《伤寒杂病论》,具有调和脾胃、平调寒热功效^[6];李可肾四味加减则是基于中医补肾理论,调理肾中阴阳^[7]。基于此,本研究中探讨了甘草泻心汤联合李可肾四味加减治疗老

年冠心病伴衰弱的临床疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入标准:符合美国心脏病学院/美国心脏协会发布的相关急性冠状动脉综合征的诊断标准^[8],选择性冠状动脉造影明确至少有 1 支主要冠状动脉血管狭窄 $\geq 50\%$;符合《老年患者衰弱评估与干预中国专家共识》中衰弱的诊断标准^[9];符合脾肾两虚证的中医辨证标准^[10];年龄 ≥ 60 岁;典型心绞痛症状或有明确陈旧心肌梗死病史。本研究方案经我院医学伦理委员会审批(审批号:2019 - 1 - 005),患者签署知情同意书。

排除标准:认知功能严重障碍;恶性肿瘤;严重肝、肺、肾等重要脏器功能障碍;治疗依从性差。

剔除标准:急性心脑血管意外、死亡、失联。

病例选择与分组:根据样本量估算公式, $n = [(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \times 2P(1 - P)] / (P_1 - P_2)^2$, 参考预试验结果,并从临床总有效率角度估算样本量,其中, $Z_{\alpha} = 1.65$, $Z_{\beta} = 1.28$, $P_1 = 0.97$, $P_2 = 0.82$, $P = (P_1 + P_2) / 2$, 代入运算得 $n \approx 72$ 例,另考虑 10% 的样本丢失率,则每组患者至少纳入 80 例。根据病源状况,前瞻性选取我院 2021 年 9 月至 2024 年 9 月收治的老年冠心病伴衰弱患者 268 例,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 134 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。详见表 1。

1.2 方法

根据两组患者的冠心病病情予相应常规治疗,包

表 1 两组患者一般资料比较 ($n = 134$)

Tab. 1 Comparison of the patients' general data between the two groups ($n = 134$)

组别	年龄 ($\bar{X} \pm s$, 岁)	体质量指数 ($\bar{X} \pm s$, kg/m ²)	病程 ($\bar{X} \pm s$, 年)	性别 (男/女, 例)	饮酒史 [例(%)]	吸烟史 [例(%)]	合并疾病[例(%)]		
							高血压	糖尿病	高脂血症
观察组	73.86 \pm 5.85	20.23 \pm 1.97	8.53 \pm 1.48	73/61	37(27.61)	31(23.13)	68(50.75)	40(29.85)	66(49.25)
对照组	74.17 \pm 5.38	20.51 \pm 1.84	8.69 \pm 1.41	78/56	33(24.63)	26(19.40)	73(54.48)	34(25.37)	62(46.27)
t/χ^2 值	0.452	1.202	0.906	0.379	0.309	0.557	0.374	0.672	0.239
P 值	0.652	0.230	0.366	0.538	0.578	0.455	0.541	0.412	0.625

括阿司匹林肠溶片(石家庄科仁医药科技有限公司, 国药准字H20254933, 规格为每片100 mg), 每日1次, 每次3片; 硫酸氢氯吡格雷片[宁波美诺华天康药业有限公司, 国药准字H20243288, 规格为每片75 mg(按C₁₆H₁₆ClNO₂S计)], 每日1次, 每次1片; 同时予β受体阻滞剂、他汀类药物等。针对衰弱症状进行干预, 包括心肺耐力训练、抗阻训练、营养支持、心理疏导、体征检测等。观察组患者在此基础上加用甘草泻心汤联合李可肾四味加减, 基础组方: 炙甘草、姜半夏、党参、莪术、补骨脂、菟丝子、枸杞子、淫羊藿各15 g, 黄芩12 g, 黄菖蒲、白芷各10 g, 干姜6 g, 大枣5枚, 黄连4 g。在此基础组方基础上随症加减, 若气滞明显, 见胃胀、打嗝, 加高良姜、香附各10 g(即良附丸); 若血瘀明显, 见胸闷、胸痛、舌紫暗, 加五灵脂、蒲黄各10 g(即失笑散); 若气阴两虚, 见心悸、气短、多汗, 加人参6 g, 麦冬12 g, 五味子10 g(即生脉散); 若痰瘀互结, 见咳嗽、痰多、短气、便秘, 加瓜蒌15 g, 薤白10 g, 桂枝6 g。水煎取汁300 mL, 分早晚2次服用。两组患者均连续治疗12周。

1.3 观察指标与疗效判定标准

观察指标: 1) 中医证候积分^[11]。分别于治疗前后对患者神疲乏力、腰膝酸软或冷痛、食少纳呆、腹胀便溏等主要症状临床表现, 按症状严重程度进行4级评分, 无症状、症状轻微、症状明显、症状严重分别计0分、2分、4分、6分; 将畏寒肢冷、夜尿频多或小便清长、肌肉萎缩、肢体瘦削等次要症状按严重程度无、轻度、中度、重度分别计为0分、1分、2分、3分。累计各项症状得分即得中医证候积分, 积分越高表明症状越严重。2) 衰弱症状^[12]。采用Fried衰弱量表对患者体质量下降、疲劳感、握力减弱、步行速度减慢、体力活动减少5项指标进行评估, 评分范围0~5分, 评分越高表明衰弱症状越严重。3) 躯体功能。采用计时起立行走试验(TUGT)评估患者的动态平衡与转移功能, 记录从座椅站起、走3 m到折返坐下的时间, 时间越长表明跌倒风险越高; 采用6 min步行试验(6MWT)评估患者的心肺及运动耐力, 测量6 min内最大步行距离, 距离越短表明躯体功能越差。4) 营养指标。采集患者空腹静脉血3 mL, 离心后取血清, 采用SK6100型全自动生化分析仪(深圳市盛信康科技有限公司)检测总蛋白(TP)、白蛋白(Alb)、前白蛋白(PA)水平; 采用氰化高铁血红蛋白测定法检测血红蛋白(Hb)水平。同时采用微型营养评估简表(MNA-SF)评估患者的营养状况, 该量表包括6个条目, 评分范围0~14分, 得分越高机体营养状况越好。5) 认知功能。采用简易精神状态检查量表(MMSE)^[13]评估患者的认知功能, 该量表包含定向力、记忆力、注意力、计算力等7个维度, 共30个条目, 评分范围0~30分, 评分越高表明

患者认知功能越好。6) 抑郁状态。采用简版老年抑郁量表(GDS-15)^[14]评估患者的抑郁状态, 该量表包含15个条目, 评分范围0~15分, 评分越高表明抑郁程度越严重。7) 血浆Alarin和IGF-1指标。采集患者空腹状态下的静脉血样本, 离心后取血浆, 采用酶联免疫吸附试验(ELISA)法测定血浆Alarin和IGF-1水平(检测试剂盒均购自上海酶联生物科技有限公司)。严格按试剂盒说明书操作。8) 安全性。记录两组患者治疗期间胃肠道反应、肝功能异常、头晕等不良反应发生情况。

疗效判定^[10]: 治疗后, 临床症状明显缓解, 中医证候积分较基线下降≥70%, 整体功能显著恢复, 为显效; 临床症状部分减轻, 中医证候积分较基线下降30%~<70%, 病情趋于稳定, 为有效; 症状未见改善或持续进展, 中医证候积分降幅<30%, 疗效未达预期, 为无效。总有效=显效+有效。

1.4 统计学处理

采用SPSS 21.0统计学软件分析。计量资料以 $\bar{X} \pm s$ 表示, 行 t 检验; 计数资料以率(%)表示, 行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

结果见表2至表8。

表2 两组患者临床疗效比较[例(%), $n = 134$]

Tab. 2 Comparison of clinical efficacy between the two groups [case (%), $n = 134$]

组别	显效	有效	无效	总有效
观察组	79(58.96)	48(35.82)	7(5.22)	127(94.78)
对照组	63(47.01)	51(38.06)	20(14.93)	114(85.07)
χ^2 值				6.961
P 值				0.008

表3 两组患者中医证候积分与Fried衰弱量表评分比较($\bar{X} \pm s$, 分, $n = 134$)

Tab. 3 Comparison of TCM syndrome scores and Fried Frailty Scale scores between the two groups ($\bar{X} \pm s$, point, $n = 134$)

组别	中医证候积分		Fried衰弱量表评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	22.82 ± 3.84	6.79 ± 1.56*	2.58 ± 0.82	0.63 ± 0.24*
对照组	23.18 ± 3.69	9.72 ± 1.62*	2.48 ± 0.98	1.52 ± 0.53*
t 值	0.783	15.081	0.906	17.708
P 值	0.435	< 0.001	0.366	< 0.001

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$ 。表4至表7同。

Note: Compared with those before treatment, * $P < 0.05$ (for Tab. 3 - 7).

3 讨论

衰弱不仅会显著降低老年人群的生活质量, 还会加速多种慢性疾病的进展, 并与功能障碍、疾病发生率、死亡率均显著相关^[15]。研究表明, 衰弱的发生、发展

表4 两组患者营养指标比较($\bar{X} \pm s, n = 134$)

Tab. 4 Comparison of nutritional indexes between the two groups ($\bar{X} \pm s, n = 134$)

组别	TP(g/L)		Alb(g/L)		PA(mg/L)		Hb(g/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
观察组	53.65 ± 8.39	67.46 ± 9.83*	30.54 ± 4.31	36.14 ± 5.78*	334.23 ± 43.45	397.91 ± 48.76*	93.78 ± 10.54	113.49 ± 12.69*
对照组	54.17 ± 8.52	63.34 ± 9.19*	30.19 ± 4.68	33.98 ± 5.21*	331.35 ± 42.59	374.75 ± 45.58*	94.61 ± 11.15	108.37 ± 11.45*
t值	0.503	3.544	0.637	3.213	0.548	4.017	0.626	3.468
P值	0.615	<0.001	0.525	0.002	0.584	<0.001	0.532	<0.001

表5 两组患者躯体功能比较($\bar{X} \pm s, n = 134$)

Tab. 5 Comparison of physical function between the two groups ($\bar{X} \pm s, n = 134$)

组别	TUGT(s)		6MWT(m)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45.12 ± 5.14	27.92 ± 3.77*	105.65 ± 12.63	195.49 ± 15.27*
对照组	45.63 ± 5.23	32.63 ± 4.17*	107.54 ± 13.01	152.85 ± 13.92*
t值	0.805	9.699	1.207	23.888
P值	0.422	<0.001	0.229	<0.001

表6 两组患者MNA - SF, MMSE, GDS - 15评分比较($\bar{X} \pm s, \text{分}, n = 134$)

Tab. 6 Comparison of MNA - SF, MMSE, and GDS - 15 scores between the two groups ($\bar{X} \pm s, \text{point}, n = 134$)

组别	MNA - SF评分		MMSE评分		GDS - 15评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	7.76 ± 1.45	10.98 ± 1.67*	15.47 ± 2.53	20.15 ± 3.26*	11.39 ± 2.46	5.24 ± 1.52*
对照组	7.65 ± 1.52	9.38 ± 1.64*	15.29 ± 2.79	18.32 ± 3.14*	11.62 ± 2.48	7.12 ± 1.98*
t值	0.606	7.913	0.553	4.680	0.762	8.718
P值	0.545	<0.001	0.581	<0.001	0.447	<0.001

表7 两组患者血浆Alarin和IGF - 1水平比较($\bar{X} \pm s, n = 134$)

Tab. 7 Comparison of plasma Alarin and IGF - 1 levels between the two groups ($\bar{X} \pm s, n = 134$)

组别	Alarin($\mu\text{g/L}$)		IGF - 1(ng/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	0.54 ± 0.18	0.67 ± 0.12*	88.46 ± 14.94	98.97 ± 12.01*
对照组	0.55 ± 0.21	0.61 ± 0.11*	87.93 ± 15.31	93.26 ± 11.29*
t值	0.419	4.267	0.287	4.010
P值	0.676	<0.001	0.775	<0.001

表8 两组患者不良反应发生情况比较[例(%), $n = 134$]

Tab. 8 Comparison of the incidence of adverse reactions between the two groups [case (%), $n = 134$]

组别	胃肠道反应	肝功能异常	头晕	合计
观察组	6(4.48)	0(0)	2(1.49)	8(5.97)
对照组	5(3.73)	1(0.75)	0(0)	6(4.48)
χ^2 值				0.302
P值				0.583

与多种因素相关,如遗传易感性、年龄增长、肌肉减少、多种慢性病共存、抑郁焦虑等^[16],合并衰弱的冠心病患者往往表现出更差的临床结局。现代医学对衰弱的干

预主要依靠运动疗法和营养支持,但对于老年冠心病伴衰弱患者,传统西医治疗虽可稳定病情,但在改善衰弱核心症状、认知功能、整体生活质量方面有限。

中医认为,老年冠心病伴衰弱的核心病机在于“脾胃虚弱、肾气不足”^[17]。脾胃为后天之本,气血生化之源,脾胃虚弱则气血生化乏源,无法濡养心脏和全身脏腑组织;肾为先天之本,主藏精,肾气不足则肾精亏虚,不能温煦和滋养心脏,导致心功能减退。故中医强调“调和脾胃以资气血,补益肾气以固根本”,通过整体调理以改善患者的身体状况。甘草泻心汤源自张仲景创制的《伤寒论》,其主治误下引发的脾胃失调,能治疗伤寒中风误治后出现的腹泻、完谷不化、肠鸣腹胀、胃脘痞满、干呕心烦等症^[18],方中炙甘草为君药,补脾和胃,益气复脉;黄芩、黄连苦寒,清热燥湿,泻火解毒;姜半夏、干姜辛温,温中散寒,降逆止呕;大枣甘温,补中益气,养血安神。全方寒温并用,辛开苦降,补泻兼施,共奏“补中和胃、降逆消痞”功效,可有效调节脾胃功能,促进气血生化,为心脏提供充足的气血滋养^[19]。李可肾四味由菟丝子、枸杞子、补骨脂、淫羊藿4味中药组方,是当代名老中医李可先生的临床经验方,主要用于治疗肾气虚衰、阴阳两虚证^[20],方中菟丝子补肾益精,养肝明目;枸杞子滋补肝肾,益精明目;补骨脂温肾助阳,固精缩尿;淫羊藿补肾壮阳,强筋健骨。四药合用,阴阳双补,药性平和,温而不燥,润而不膩,可有效改善肾气虚衰,增强机体的生理功能和抵抗力^[21]。本研究结果显示,观察组总有效率显著高于对照组($P < 0.05$),且观察组治疗后的中医证候积分、Fried衰弱量表评分均显著低于对照组($P < 0.05$),TUGT时间显著短于对照组($P < 0.05$),6MWT距离显著长于对照组($P < 0.05$),表明甘草泻心汤联合李可肾四味加减治疗老年冠心病伴衰弱的临床疗效良好,能有效改善患者的衰弱状态和躯体功能。原因为甘草泻心汤联合李可肾四味加减能针对“本虚标实、脾肾两虚”核心病机,调理脾胃,补益肾气,阻断病情发展,从而改善患者的衰弱状态和身体状况,提高疗效。

本研究结果显示,观察组治疗后的TP, Alb, PA, Hb水平与MNA - SF和MMSE评分均显著高于对照组($P < 0.05$),GDS - 15评分显著低于对照组($P < 0.05$),

提示甘草泻心汤联合李可肾四味加减能提升老年冠心病伴衰弱患者的营养指标和认知功能,改善心理状况。原因为甘草泻心汤方中炙甘草、党参可健脾益气,促进胃肠道的消化、吸收功能,为蛋白质合成提供充足的原料,从而升高TP, Alb, PA等营养指标水平^[22];大枣富含维生素与多糖,能促进造血功能,提升Hb水平,从而改善机体营养状态^[23];黄连、黄芩中的生物碱能抑制中枢神经炎性反应,调节神经递质平衡,缓解抑郁情绪,降低GDS-15评分^[24];李可肾四味加减方中的枸杞子、菟丝子含有的活性成分具有保护神经的作用,可改善脑血流灌注,增强神经元活性,进而改善机体的认知功能^[25]。

本研究结果显示,观察组患者治疗后的血浆Alarin和IGF-1水平均显著高于对照组($P < 0.05$),表明甘草泻心汤联合李可肾四味加减可通过调控这2个指标的表达水平而改善老年冠心病伴衰弱患者的病理、生理状态。原因为血浆Alarin可参与多种炎症反应过程的调控,并能增强交感神经活性,甘草泻心汤能调和脾胃、改善气血生化,为血管内皮修复提供充足的物质基础,同时依托李可肾四味补益肾气、增强机体的抗应激能力,共同促进血管平滑肌细胞功能的恢复,进而促进Alarin的合成与释放^[4]。IGF-1作为合成代谢激素,与衰弱密切相关,甘草泻心汤联合李可肾四味加减可健脾益肾,上调IGF-1水平,改善机体功能,进而改善衰弱状态^[26]。此外,两组患者治疗期间不良反应发生率相当($P > 0.05$),表明两药联合治疗的安全性良好。

综上所述,甘草泻心汤联合李可肾四味加减治疗老年冠心病伴衰弱的临床疗效良好,能有效改善患者的衰弱状态和躯体功能,提高机体的营养指标和认知功能,且安全性良好。

参考文献

[1] 张筱微,刘文莉,龚忠厚,等. 替米沙坦联合瑞舒伐他汀治疗老年冠心病并糖尿病近远期疗效观察[J]. 中国药业, 2023,32(22):115-118.

[2] 刘盼,马丽娜. 老年衰弱综合征的综合管理[J]. 中国临床保健杂志,2023,26(1):35-40.

[3] 张春燕,王昊天,陈宇. 衰弱评估对老年患者心脏手术临床结局影响及干预方法的研究进展[J]. 南京医科大学学报(自然科学版),2025,45(7):1017-1025.

[4] 孙雪,王虹,梁浩,等. 急性冠脉综合征患者PCI前后血浆Alarin和Leptin水平变化的意义[J]. 心脏杂志,2021,33(6):590-595.

[5] 寇夕,刘永宏,董玮,等. 住院老年病人衰弱综合征与胰岛素样生长因子-1的相关性研究[J]. 实用老年医学,2024,38(5):474-477.

[6] 石可金,张琦. 经典名方甘草泻心汤组方用药考究及临床应用概况[J]. 辽宁中医药大学学报,2022,24(4):89-96.

[7] 张登鹏. 真武汤合肾四味加减治疗心肾阳虚型慢性心力衰竭的临床效果[J]. 临床合理用药,2025,18(1):45-48.

[8] Writing Committee Members, LAWTON JS, TAMIS - HOLLAND JE, et al. 2021 ACC / AHA / SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the American College of Cardiology / American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines [J]. J Am Coll Cardiol, 2022,79(2):e21-e129.

[9] 中华医学会老年医学分会. 老年患者衰弱评估与干预中国专家共识[J]. 中华老年医学杂志,2017,36(3):251-256.

[10] 沈自尹,王文健. 中医虚证辨证参考标准[J]. 中西医结合杂志,1986,6(10):598.

[11] 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,2002:364.

[12] BAHAT G, ILHAN B, ERDOGAN T, et al. Simpler modified fried frailty scale as a practical tool to evaluate physical frailty: Methodological report for its cross-cultural adaptation and validation[J]. Exp Gerontol,2022,166:111887.

[13] 周小炫,谢敏,陶静,等. 简易智能精神状态检查量表的研究和应用[J]. 中国康复医学杂志,2016,31(6):694-696.

[14] 唐丹. 简版老年抑郁量表(GDS-15)在中国老年人中的使用[J]. 中国临床心理学杂志,2013,21(3):402-405.

[15] 游梦,骆天炯. 老年衰弱综合征发病的中西医研究进展[J]. 实用中医内科杂志,2023,37(6):138-142.

[16] 胡经文,王小芹,李铤,等. 老年ACS患者合并衰弱综合征的危险因素及预后分析[J]. 西安交通大学学报(医学版),2022,43(3):413-418.

[17] 李婷,郑丽文,王广梅. 补阳还五汤加减治疗冠心病心绞痛的效果研究——评《冠心病中医诊疗与康复》[J]. 世界中医药,2023,18(14):2105.

[18] 王文慧,沈雁,史晓,等. 基于中医理论探讨老年衰弱综合征[J]. 新中医,2021,53(3):195-198.

[19] 谭颖,袁世清,杨智豪,等. 《伤寒论》与《金匱要略》中甘草泻心汤异同[J]. 河南中医,2022,42(4):495-497.

[20] 李可. 李可老中医急危重症疑难病经验专辑[M]. 太原:山西科学技术出版社,2001:180.

[21] 田滢舟,吴思敏,张锦明. 基于网络药理学及分子对接技术探讨肾四味治疗骨质疏松症的机制[J]. 湖南师范大学学报(医学版),2021,18(5):279-282.

[22] 闵连永,徐芳,商湘,等. 甘草泻心汤联合双歧杆菌四联活菌片治疗溃疡性结肠炎患者的效果[J]. 河南医学研究,2025,34(11):2083-2087.

[23] 尚昱志,李陈玲,韦露秋,等. 基于网络药理学的大枣补血机制初探[J]. 中国食物与营养,2021,27(5):58-62.

[24] 刘晓龙,李春燕,肖先,等. 黄连主要活性成分及药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报,2023,40(8):784-790.

[25] 苏保洲. 枸杞子活性成分药理作用研究进展[J]. 江苏中医药,2022,54(3):78-81.

[26] 韩冰,邵洋,汪莹. 胰岛素样生长因子-1对冠心病模型大鼠血管重塑及心肌细胞凋亡影响[J]. 创伤与急危重病医学,2024,12(2):121-125.

(收稿日期:2025-08-25;修回日期:2025-09-05)