

中图分类号: R932; R285.6; R256.2 文献标志码: A 文章编号: 1006-4931(2026)11-0098-05  
doi:10.3969/j.issn.1006-4931.2026.11.018



# 加减温阳化饮汤治疗冠心病不稳定型心绞痛临床研究\*

徐蕾蕾, 尤琪, 董敏

(江苏省南通市如皋市中医院, 江苏 南通 226500)

**摘要:**目的 探讨加减温阳化饮汤治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)不稳定型心绞痛的临床疗效,以及对患者血液流变学、氧化应激反应、心电图指标的影响。方法 选取医院2023年2月至2024年10月收治的冠心病不稳定型心绞痛患者220例,按治疗方法的不同分为对照组(108例)和观察组(112例)。对照组患者采取常规治疗,观察组患者在对照组治疗基础上加用加减温阳化饮汤。两组患者均连续治疗1个月。结果 观察组的总有效率为97.32%,显著高于对照组的78.70%( $P < 0.05$ )。治疗1个月后,两组患者的中医证候积分、高切全血黏度、低切全血黏度、血浆黏度、红细胞比容、丙二醛水平、左室舒张末期内径、左室收缩末期内径、PR间期均显著低于治疗前( $P < 0.05$ ),且观察组均显著低于对照组( $P < 0.05$ );超氧化物歧化酶、左室射血分数、QRS波时限、QTc间期均显著高于治疗前( $P < 0.05$ ),且观察组均显著高于对照组( $P < 0.05$ )。两组患者治疗期间均未发生严重不良反应。结论 加减温阳化饮汤治疗冠心病不稳定型心绞痛的临床疗效良好,可减轻患者的中医证候,改善心功能、氧化应激反应、心电图及血液流变学指标,且安全性良好。

**关键词:**加减温阳化饮汤;冠状动脉粥样硬化性心脏病;不稳定型心绞痛;血液流变学;氧化应激

## Clinical Study of Modified Wenyang Huayin Decoction in the Treatment of Unstable Angina Pectoris Induced by Coronary Heart Disease

XU Leilei, YOU Qi, DONG Min

(Rugao Traditional Chinese Medicine Hospital, Nantong, Jiangsu 226500, China)

**Abstract: Objective** To investigate the clinical efficacy of modified Wenyang Huayin Decoction in the treatment of unstable angina pectoris (UAP) induced by coronary heart disease (CHD). **Methods** A total of 220 patients with UAP induced by CHD admitted to the hospital from February 2023 to October 2024 were selected and divided into the control group (108 cases) and the observation group (112 cases) according to different treatment methods. The patients in the control group received conventional treatment, while the patients in the observation group were additionally treated with modified Wenyang Huayin Decoction. Both groups were treated continuously for 1 month. **Results** The total effective rate in the observation group was 97.32%, which was significantly higher than 78.70% in the control group ( $P < 0.05$ ). After one month of treatment, the traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, high - shear whole blood viscosity, low - shear whole blood viscosity, plasma viscosity, hematocrit, malondialdehyde (MDA), left ventricular end - diastolic diameter (LVEDd), left ventricular end - systolic diameter (LVESd), and PR interval in the two groups were significantly lower than those before treatment ( $P < 0.05$ ), and those in the observation group were significantly lower than those in the control group ( $P < 0.05$ ); the levels of superoxide dismutase (SOD), left ventricular ejection fraction (LVEF), QRS wave duration, and QTc interval in the two groups were significantly higher than those before treatment ( $P < 0.05$ ), and those in the observation group were significantly higher than those in the control group ( $P < 0.05$ ). During the treatment, no serious adverse reactions occurred in the two groups. **Conclusion** Modified Wenyang Huayin Decoction has good clinical efficacy and safety in the treatment of UAP induced by CHD, which can alleviate patients' TCM syndromes, improve heart function, oxidative stress response, electrocardiogram, and hemorheological indexes.

**Key words:** modified Wenyang Huayin Decoction; coronary heart disease; unstable angina pectoris; hemorheology; oxidative stress

不稳定型心绞痛(UAP)是冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)的类型之一,若不及时治疗,可能引发急性心肌梗死,严重威胁患者的生命安全<sup>[1]</sup>。西医以 $\beta$ 受体阻滞剂、钙通道拮抗剂、抗血小板药物等对症治疗为主,虽能改善预后,但长期使用可能导致耐药性、胃肠道不适、肝肾功能损害等问题<sup>[2]</sup>。中医在治疗慢性病、复杂性疾病等方面具有独特优势。中医学认为,该病属胸痹、卒心痛范畴,心脏控制血液循环,血液流畅

为脏腑功能正常的基础。心脉阻塞会导致血流不畅,引起胸前区不适和疼痛,若不及时治疗会导致血液淤积,并引起胸痹和心痛<sup>[3-4]</sup>。温阳化饮方具有活血化瘀、通络止痛功效,可改善心脏功能,促进血液循环,从而缓解因心脉阻塞引起的胸痛症状<sup>[5]</sup>。基于此,本研究中探讨了加减温阳化饮汤治疗冠心病不稳定型心绞痛的临床疗效,以及对患者血液流变学、氧化应激反应、心电图指标的影响。现报道如下。

\*基金项目:江苏省自然科学基金面上项目[BK20231145]。

第一作者:徐蕾蕾,女,大学本科,主治中医师,研究方向为心血管疾病的诊治,(电子信箱)13901475540@163.com。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

纳入标准:符合冠心病不稳定型心绞痛的西医诊断标准<sup>[6]</sup>和中医诊断标准<sup>[7]</sup>,中医辨证为痰热痹阻型,主症为胸闷、胸痛、气短、心悸,次症为头晕、乏力、汗出、舌苔黄腻、脉弦滑数;认知和精神正常,有一定表达能力;年龄 > 18岁;临床资料完整。本研究方案经我院医学伦理委员会审批(批件号:RGS2YYLL25007),患者及其家属均签署知情同意书。

排除标准:严重原发性疾病;自身免疫性疾病;其他心脏疾病;同时参与其他临床试验。

病例选择与分组:选取我院2023年2月至2024年10月收治的冠心病不稳定型心绞痛患者220例,按治疗方法的不同分为对照组(108例)和观察组(112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。

表1 两组患者一般资料比较

Tab. 1 Comparison of the patients' general data between the two groups

组别	性别[例(%)]		年龄 ( $\bar{X} \pm s$ , 岁)	病程 ( $\bar{X} \pm s$ , 个月)
	男	女		
观察组( $n = 112$ )	61(54.46)	51(45.54)	60.85 $\pm$ 5.47	12.63 $\pm$ 2.47
对照组( $n = 108$ )	57(52.78)	51(47.22)	62.28 $\pm$ 5.89	13.08 $\pm$ 2.69
$\chi^2/t$ 值	0.063		1.867	1.293
$P$ 值	0.802		0.063	0.197

### 1.2 方法

对照组患者采用常规治疗,予口服阿司匹林肠溶片(北京太洋药业股份有限公司,国药准字H11022079,规格为每片50 mg)100 mg、每日1次+琥珀酸美托洛尔缓释片(AstraZeneca AB, 国药准字J20150044,规格为每片47.50 mg)47.50 mg、每日1次+阿托伐他汀钙片(北京嘉林药业股份有限公司,国药准字H20093819,规格为每片20 mg <以阿托伐他汀计>)20 mg、每日1次+单硝酸异山梨酯分散片(上海信谊万象药业股份有限公司,国药准字H19990113,规格为每片20 mg)20 mg、每日2次。观察组患者在对照组治疗基础上加用加减温阳化饮汤,基础方组方:太子参20 g,白术、川芎、当归各15 g,附子、桂枝、茯苓、瓜蒌皮、丹参、白芍各10 g,炙甘草8 g;若口干、舌质略红,加麦冬12 g。冷水浸泡30 min后,第1次加水1 000 mL,用中医包煎方法,以武火煮沸后转文火,煎煮30 min,过滤;第2次加水800 mL,再煎煮30 min,过滤。合并2次滤液,加热浓缩至200 mL,用100 mL袋塑封打包,置4 °C冰箱保存,早晚服用,每次100 mL。两组患者均持续治疗1个月。

### 1.3 观察指标与疗效判定标准

观察指标:1)中医证候积分。主症评分标准:无症状(正常)、轻度症状(偶尔发作但不影响日常活动)、中度症状(频繁发作且轻度影响日常生活)、重度症状(持续发作且明显影响日常活动)分别计0分、2分、4分、6分;次症评分标准:无症状(正常)、轻度症状(偶有出现)、中度症状(时常出现)、重度症状(持续存在)分别计0分、1分、2分、3分。2)心功能指标。采用PHILIPS - EPIQ7型彩色超声诊断仪(飞利浦超声股份有限公司)检测治疗前、治疗1个月后的左室射血分数(LVEF)、左室舒张末期内径(LVEDd)、左室收缩末期内径(LVESd)。3)心电图指标。采用心电图机行常规12导联心电图检查,检测PR间期[心动过速发生时(QRS波起始至逆行P波起始)]和QRS波时限(最早QRS波起点至终点的间距),并根据Bazetts公式计算QTc间期。4)氧化应激反应指标。分别于治疗前、治疗1个月后采集患者的空腹肘静脉血各3 mL,采用SA - 9800型全自动血液流变仪(北京赛科希德科技股份有限公司)检测丙二醛(MDA)、超氧化物歧化酶(SOD)水平,检测试剂盒由上海酶联生物科技有限公司提供。5)血液流变学指标。分别于治疗前、治疗1个月后采集患者的空腹肘静脉血各3 mL,采用M850型血液流变分析仪(美国Grace公司)检测高切全血黏度、低切全血黏度、血浆黏度、红细胞比容。6)安全性。记录患者治疗期间的恶心呕吐、头晕、乏力、过敏等不良反应发生情况。

疗效判定<sup>[8]</sup>:根据疗效指数( $n$ )判定疗效, $n(\%) = (\text{治疗前总积分} - \text{治疗1个月后总积分}) / \text{治疗1个月后总积分} \times 100\%$ 。临床症状明显改善, $n$ 减少 $\geq 70\%$ ,为显效;临床症状有所改善, $n$ 减少30%~69%,为有效;临床症状未改善或加重, $n$ 减少 $< 30\%$ ,为无效。总有效 = 显效 + 有效。

### 1.4 统计学处理

采用SPSS 24.0统计学软件分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{X} \pm s$ 表示,行 $t$ 检验;计数资料以率(%)表示,行 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

两组患者治疗期间均未发生严重不良反应。其余结果见表2至表7。

表2 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	[case (%)]			
	显效	有效	无效	总有效
观察组( $n = 112$ )	69(61.61)	40(35.71)	3(2.68)	109(97.32)
对照组( $n = 108$ )	58(53.70)	27(25.00)	23(21.30)	85(78.70)
$\chi^2$ 值				18.287
$P$ 值				0.000

表3 两组患者中医证候积分比较( $\bar{X} \pm s$ ,分)

Tab. 3 Comparison of TCM syndrome scores between the two groups ( $\bar{X} \pm s$ , point)

组别	主症		次症	
	治疗前	治疗1个月后	治疗前	治疗1个月后
观察组(n=112)	16.52±2.63	8.63±1.04*	6.52±0.89	3.63±0.54*
对照组(n=108)	17.24±2.86	10.56±1.27*	6.29±0.92	4.85±0.56*
t值	1.945	12.352	1.885	16.451
P值	0.053	0.000	0.061	0.000

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).

表4 两组患者心功能指标比较( $\bar{X} \pm s$ )

Tab. 4 Comparison of cardiac function indexes between the two groups ( $\bar{X} \pm s$ )

组别	LVEF(%)		LVEDd(mm)		LVESd(mm)	
	治疗前	治疗1个月后	治疗前	治疗1个月后	治疗前	治疗1个月后
观察组(n=112)	39.52±4.05	50.36±4.56*	65.24±5.41	58.63±4.34*	57.33±3.85	47.63±3.85*
对照组(n=108)	39.02±3.85	45.96±4.36*	65.96±5.89	61.89±4.69*	56.54±3.68	51.36±3.84*
t值	0.938	7.310	0.945	5.354	1.555	7.193
P值	0.349	0.000	0.346	0.000	0.121	0.000

表5 两组患者氧化应激反应指标比较( $\bar{X} \pm s$ )

Tab. 5 Comparison of oxidative stress response indexes between the two groups ( $\bar{X} \pm s$ )

组别	MDA(mmol/L)		SOD(U/mL)	
	治疗前	治疗1个月后	治疗前	治疗1个月后
观察组(n=112)	9.63±1.24	4.63±0.95*	35.63±4.63	57.63±5.69*
对照组(n=108)	9.34±1.30	6.85±1.24*	36.85±5.04	52.47±5.03*
t值	1.693	14.939	1.871	7.117
P值	0.092	0.000	0.063	0.000

表6 两组患者心电图指标比较( $\bar{X} \pm s$ )

Tab. 6 Comparison of electrocardiogram indexes between the two groups ( $\bar{X} \pm s$ )

组别	PR间期(ms)		QRS波时限(s)		QTc间期(s)	
	治疗前	治疗1个月后	治疗前	治疗1个月后	治疗前	治疗1个月后
观察组(n=112)	0.163±0.019	0.132±0.019*	0.072±0.009	0.09±0.011*	0.335±0.035	0.496±0.052*
对照组(n=108)	0.161±0.018	0.145±0.018*	0.071±0.008	0.08±0.011*	0.336±0.037	0.433±0.045*
t值	0.801	5.206	0.870	6.741	0.206	9.594
P值	0.424	0.000	0.385	0.000	0.837	0.000

表7 两组患者血液流变学指标比较( $\bar{X} \pm s$ )

Tab. 7 Comparison of hemorheological indexes between the two groups ( $\bar{X} \pm s$ )

组别	高切全血黏度(mPa·s)		低切全血黏度(mPa·s)		血浆黏度(mPa·s)		红细胞比容(%)	
	治疗前	治疗1个月后	治疗前	治疗1个月后	治疗前	治疗1个月后	治疗前	治疗1个月后
观察组(n=112)	6.62±0.68	5.21±0.49*	8.63±0.74	7.69±0.62*	1.63±0.15	1.22±0.13*	41.20±3.63	24.63±3.57*
对照组(n=108)	6.75±0.74	5.79±0.52*	8.47±0.82	8.24±0.67*	1.64±0.16	1.45±0.15*	40.25±3.85	32.96±4.05*
t值	1.358	8.517	1.520	6.323	0.478	12.167	1.884	16.198
P值	0.176	0.000	0.130	0.000	0.633	0.000	0.061	0.000

### 3 讨论

冠心病不稳定型心绞痛主要表现为胸痛、胸闷、心悸等症,常伴气短、乏力等,严重时肩背部及左上肢可出现放射性疼痛,在中医理论中属“胸痹心痛”范畴。在中医经典文献中,“胸痹心痛”被描述为以胸部闷痛、甚至胸痛彻背为主要特征的疾病,其病因多与寒邪侵袭、饮食不节、情志失调、年老体虚等因素相关。刘鑫等<sup>[9]</sup>基于《素问·阴阳应象大论篇》的“血实宜决”理论研究指出,动脉粥样硬化所致胸痹、心痛等病证,核心与瘀血阻络相关,这一理论是对瘀血类病证治则的高度概括。仲东生等<sup>[10]</sup>基于“阳化气,阴成形”理论探讨了冠心病的治疗方法,提出冠心病(胸痹心痛)的基本病机与“阳微阴弦”相关,且与脾胃功能密切关联,脾为气血生化之源,若阳气不足、脾运化失常,可致痰浊内生、瘀血阻滞心脉,进而引发胸痹心痛。痰热痹阻证中,痰浊与热邪相互搏结,痹阻心脉,导致气血运行不畅,从而引发胸痹心痛等症<sup>[11]</sup>。且痰热的产生往往与人体阳气的失衡有关,一方面,脾胃运化失常,水湿内停,郁而化热,形成痰热之象;另一方面,心阳不足,无力推动气血运行,也会导致痰浊内生,郁久化热。故温阳有助于恢复脾胃的运化功能,促进水湿的代谢,减少痰浊的生成。

加减温阳化饮汤作为中医经典方剂,其组方原则旨在调和脏腑功能,促进气血运行,从而达到治疗胸痹心痛的目的。温阳化饮汤中,附子为君药,有散寒止痛功效;桂枝、白术、茯苓、炙甘草共为臣药,有温阳健脾、利水降冲功效;太子参为佐药,有益气健脾、生津润肺功效;瓜蒌皮、丹参、川芎、当归有活血养血、行气化痰功效;白芍为补虚药,有养血调经、敛阴止汗、柔肝止痛、平抑肝阳功效。诸药合用,共奏温补心阳、化饮通络

功效,可调和阳气,恢复脾胃运化,减少痰浊生成,通利心脉,改善胸痹心痛,实现标本兼治。本研究结果显示,观察组的总有效率显著高于对照组( $P < 0.05$ ),表明加减温阳化饮汤治疗冠心病不稳定型心绞痛的临床疗效良好。本研究结果显示,观察组患者治疗1个月后的中医证候主症和次症积分均显著低于对照组( $P < 0.05$ ),表明通过温阳化饮汤的综合调理,可改善患者体内的阳气失衡状态,从而促进脾胃运化功能恢复。且该疗法不仅有助于减少痰浊的生成,还能进一步缓解心脉痹阻,从而改善胸痹心痛症状。此外,该方还通过调节体内的水液代谢,减少湿浊积聚,从根本上降低痰热的生成风险,达到标本兼治的效果。加减温阳化饮汤作为天然中草药方剂,相较于化学药物,其不良反应相对较小,对长期治疗患者的安全性更高。

现代药理学研究表明,太子参含有皂苷类、多糖类等营养成分,具有增强心肌收缩力、改善心脏功能、抗氧化作用,有助于修复心肌细胞;当归含有挥发油、酚类化合物、香豆素类化合物等成分,可改善血液循环,促进心脏的血流,并具有一定的抗氧化和抗炎作用,有助于减轻心脏的炎性反应;川芎含有挥发油类、阿魏酸等成分,具有抗血栓、改善微循环、促进血液流动等作用,可帮助缓解心血管疾病引起的症状,减轻心脏负担;丹参含有桂皮酸、丹参素等成分,能扩张血管、改善血液循环,具有抗缺血、抗氧化作用,能有效保护心肌<sup>[12-16]</sup>。网络药理学研究表明,太子参、丹参可能通过调控核转录因子红系2相关因子2/血红素加氧酶1(Nrf2/HO-1)信号通路增强抗氧化酶活性,降低MDA水平;当归、川芎可能通过抑制P选择素(P-selectin)改善血小板聚集,从而降低全血黏度<sup>[17-18]</sup>。加减温阳化饮汤中的太子参(皂苷类)、丹参(丹参素)、川芎(阿魏酸)、当归(挥发油)等可能通过调节炎性反应(如肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素6)、氧化应激反应(如SOD和MDA)、血管内皮功能[如血管内皮生长因子(VEGF)和内皮型一氧化氮合酶(eNOS)]等靶点发挥作用。路小楠等<sup>[19]</sup>的研究表明,丹参素可通过抑制核因子- $\kappa$ B信号通路减轻心肌缺血再灌注损伤,而阿魏酸可下调Toll样受体4/髓系分化初级反应蛋白质88(TLR4/MyD88)信号通路改善动脉粥样硬化。

血液流变学及氧化应激反应在冠心病发展过程中均有重要作用<sup>[20]</sup>。故监测血液流变学及氧化应激指标,可更全面地评估患者的病情进展及疗效。本研究结果显示,观察组患者治疗1个月后的MDA水平、高切全血黏度、低切全血黏度、血浆黏度、红细胞比容均显著低于对照组( $P < 0.05$ ),SOD水平显著高于对照组( $P < 0.05$ ),表明加减温阳化饮汤中的某些成分可能通过调控炎性反应、改善心功能等途径发挥作用<sup>[21]</sup>。现代药理学研究表明,太子参能提高抗氧化酶的活性,从而减轻氧化应激

反应对心脏的损害。丹参能通过增强抗氧化酶活性和降低氧化性代谢产物(如MDA)的生成,抑制氧化损伤<sup>[22-26]</sup>。方中,当归具有良好的活血化瘀作用,可促进血液流动,降低血液黏度,改善微循环;桂枝通过温阳散寒、扩张血管,改善血液循环,降低血液黏度;白芍通过调节血液循环,降低血液黏度,改善红细胞的变形性,有助于促进血液流动和改善微循环;炙甘草通过调节电解质平衡,改善血液的流动性,降低血液黏度,具有抗血栓作用。

综上所述,加减温阳化饮汤治疗冠心病不稳定型心绞痛的临床疗效良好,可减轻患者的中医证候,改善心功能和氧化应激反应、心电图及血液流变学指标,且安全性良好。

#### 参考文献

- [1] 张 聪,安晓飞,杨瑞静,等. 冠心病不稳定型心绞痛病人心率变异性、凝血功能指标与病情严重程度的相关性[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2024,22(18):3380-3383.
- [2] 张明华,李红梅. 西医治疗冠心病的研究进展[J]. 中国心血管杂志,2020,15(3):45-48.
- [3] 苗永宾,相宇峰. 瓜蒌薤白半夏汤合丹参饮联合新型体外反搏对痰瘀互结证不稳定型心绞痛的应用效果[J]. 辽宁中医杂志,2023,50(12):80-83.
- [4] 高 媛,乔 伟,陈会君. 补阳还五汤合丹参饮加减治疗冠心病稳定型心绞痛的随机对照试验[J]. 广州中医药大学学报,2021,38(9):1799-1804.
- [5] 王宇杰,杨振刚,蒋文潇,等. 温阳化饮方对不稳定型心绞痛阳虚饮停证患者冠状动脉血运重建后反复心绞痛发作的影响[J]. 中医杂志,2020,61(3):226-228.
- [6] 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. 不稳定型心绞痛和非ST段抬高心肌梗死诊断与治疗指南[J]. 中华心血管病杂志,2007,35(4):295-304.
- [7] 中华中医药学会. 胸痹心痛中医诊疗指南[J]. 中国中医药现代远程教育,2011,9(23):106-107.
- [8] 王衍琪,樊凯丽,乔 缘,等. 温阳化饮方加减联合穴位按摩对不稳定型心绞痛患者心功能及活动能力的影响[J]. 四川中医,2023,41(8):113-115.
- [9] 刘 鑫,于 游,张 欢,等. 基于“血实宜决”理论探讨动脉粥样硬化的中医药治疗[J]. 辽宁中医杂志,2025,52(8):47-50.
- [10] 仲东生,林建国,李 成,等. 基于“阳化气,阴成形”理论探讨益气活血法在冠心病治疗中的应用[J]. 中医学报,2024,39(1):17-21.
- [11] 张 秋,张 泽. 生脉活血汤联合单硝酸异山梨酯对冠心病不稳定型心绞痛血液流变学、心功能及疗效的影响[J]. 辽宁中医杂志,2021,48(3):99-102.
- [12] 任俊筱,辛 蕊,胡学钰,等. 基于“疏调气机”学术思想论治运动神经元病[J]. 四川中医,2024,42(9):34-37.
- [13] 唐勇琛,张洪平,樊玲凤,等. 心脉舒一号口服液治疗心脏病分子机制网络药理学研究[J]. 中国药业,2024,33(17):66-73.
- [14] 周之婉,王瑞华,李美凤. 孙兰军从气血论治心衰经验[J]. 山东中医杂志,2024,43(12):1427-1430.
- [15] 李睿一,赵海滨. 基于少阴少阳枢机理论探讨双心疾病证治思