

临床研究

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2016.14.010

舒心祛风汤对冠状动脉支架术后患者
心肌功能和生存质量的影响王杰^{1,2}, 何燕¹, 汤诺^{*}, 靳炜¹, 邓兵¹, 黄希¹,
王佑华¹, 王营¹, 高继梅¹, 魏娜¹

(1. 上海中医药大学附属龙华医院, 上海市宛平南路 725 号, 200032; 2. 上海市黄浦区打浦桥街道社区卫生服务中心)

[摘要] 目的 观察舒心祛风汤辅助治疗冠状动脉支架术后患者的临床疗效。方法 将冠状动脉支架植入术后患者 61 例随机分为治疗组 30 例及对照组 31 例, 对照组给予西医规范治疗, 治疗组在此基础上加服舒心祛风汤, 两组疗程均为 6 周。治疗前后观察患者心脏超声指标、心绞痛发作频率及持续时间, 并分别采用简明健康调查表 [生理机能 (PF)、生理职能 (RP)、躯体疼痛 (BP)、一般健康状况 (GH)、精力 (VT)、社会功能 (SF)、情感职能 (RE)、精神健康 (MH)]、西雅图量表 [躯体活动受限程度 (PL)、心绞痛稳定状态 (AS)、心绞痛发作情况 (AF)、治疗满意程度 (TS)、疾病认知程度 (DP)]、汉密尔顿焦虑量表、汉密尔顿抑郁量表评分评价患者生存质量及精神健康状态, 治疗后统计患者中医症状各等级分布情况并判定中医证候疗效。结果 治疗组中医证候总有效率 76.67%, 对照组为 41.94%, 治疗组中医证候疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后中医症状等级分布与对照组比较均明显改善 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。两组治疗后心绞痛发作频率与持续时间均较治疗前明显降低, 且治疗组均较对照组明显减少 ($P < 0.05$)。两组治疗后左室射血分数、每搏输出量、中间段和基底段的收缩期峰值速度 (m-Vs) 和心尖方向峰值位移 (m-Ds) 较治疗前均有改善, 且治疗组中间段和基底段 m-Vs、m-Ds 的改善程度优于对照组 ($P < 0.05$)。两组治疗后 BP、GH、SF、RE、MH、AS、AF、TS、DP 评分均较治疗前提高, 且治疗组 BP、GH、MH、AS、TS、DP 评分均高于对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 治疗组治疗后汉密尔顿焦虑量表评分较治疗前明显下降, 且较对照组下降明显 ($P < 0.05$)。治疗过程中无不良反应发生。结论 舒心祛风汤辅助治疗冠状动脉支架术后患者安全有效, 可减少患者心绞痛发作、促进心肌功能康复、改善中医证候及生存质量。**[关键词]** 冠心病; 心绞痛; 冠状动脉支架术; 舒心祛风汤; 心肌功能; 生存质量

冠心病介入治疗后支架内的再狭窄、血栓再形成、心功能的损伤、心绞痛复发以及远期心血管事件的发生率仍较高^[1], 介入术后的抑郁等心理问题也大量存在, 影响了患者的生存质量^[2]。林钟香教授认为, “气阴两虚”为胸痹发病的根本^[3], “风邪入络, 脉络阻滞”是冠心病心绞痛的主要病机, 临证以舒心祛风汤治疗冠状动脉支架术后患者取得显著疗效^[4]。本研究对冠状动脉支架术后加用舒心祛风汤干预的患者的心肌功能和生存质量进

行观察疗效, 并评价其疗效。现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照 2007 年中华医学会心血管病学分会《不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断与治疗指南》^[5] 和《急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南》^[6] 制定, 诊断为冠心病不稳定型心绞痛或急性心肌梗死。

胸痹气阴两虚证中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[7] 制定。主症: 胸闷, 胸痛; 次症: 心悸, 气短, 疲倦乏力, 腰膝酸软, 自汗; 舌脉: 舌红少苔, 脉细弱。符合主症 2 项 + 次症 1 项 + 舌脉 1 项; 主症 1 项 + 次症 2 项 +

基金项目: 国家自然科学基金 (81173220, 30600827); 上海市科学技术委员会科研计划项目 (14401972501); 上海市卫生和计划生育委员会科研计划项目 (2010L004A)

* 通讯作者: tangnuo2002@163.com, (021) 64385700 转 3623

舌脉 1 项, 辨证即成立。

1.2 纳入标准

年龄 ≥ 30 岁; 符合冠心病诊断标准, 行冠状动脉造影 (CAG) 证实冠状动脉狭窄 $> 70\%$, 并行冠状动脉内支架介入术; 既往无支架介入治疗史; 中医辨病为胸痹, 证属气阴两虚者; 签署知情同意书。

1.3 排除标准

冠状动脉内支架置入不成功者或支架术后急性并发症患者; 严重心功能不全、重度高血压、高血压危象患者; 合并其他心脏疾病、神经官能症、更年期综合征、甲状腺机能亢进、颈椎病、胆心综合征、胃食管反流病等可能引起胸痛的疾病; 需要进行治疗的快速性或缓慢性心律失常; 肝、肾功能异常者; 参加其他药物临床试验者。

1.4 一般资料

研究病例来自 2011 年 5 月至 2012 年 12 月上海中医药大学附属龙华医院心内科住院并行冠状动脉内支架植入术后的患者 61 例, 其中不稳定型心绞痛 49 例, 急性心肌梗死 12 例。按照随机对照原则, 并按照不稳定型心绞痛和急性心肌梗死进行分层随机, 根据 SPSS 16.0 统计软件生成的随机数字表分为治疗组 30 例、对照组 31 例。治疗组中男 24 例, 女 6 例; 平均年龄 (69.07 ± 10.58) 岁; 吸烟史 17 例, 糖尿病史 24 例, 高血压病史 26 例, 家族史 20 例; 前降支 18 例, 回旋支 4 例, 右冠状动脉 8 例; 起始冠状动脉狭窄程度 (87 ± 12) %; 单支病变 14 例, 残余狭窄 (27 ± 7) %; 双支病变 10 例, 残余狭窄 (69 ± 6) %; 三支病变 6 例, 残余狭窄 (71 ± 5) %。对照组中男 22 例, 女 9 例; 平均年龄 (67.61 ± 10.99) 岁; 吸烟史 16 例, 糖尿病史 23 例, 高血压病史 25 例, 家族史 21 例; 前降支 15 例, 回旋支 4 例, 右冠状动脉 12 例; 起始冠状动脉狭窄程度 (88 ± 13) %; 单支病变 15 例, 残余狭窄 (24 ± 8) %; 双支病变 9 例, 残余狭窄 (61 ± 7) %; 三支病变 7 例, 残余狭窄 (75 ± 5) %。两组患者一般情况比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

两组患者均服用双联抗血小板聚集药 [包括拜阿司匹灵片 (每次 100 mg, 每日 1 次, 口服, 德国拜耳公司, 国药准字 J20080078)、硫酸氯吡格

雷片 (每次 75 mg, 每日 1 次, 口服, 深圳信立泰药业股份有限公司, 国药准字 H20000542)], 他汀类药 (阿托伐他汀钙片, 每次 20 mg, 每日 1 次, 口服, 辉瑞制药有限公司, 国药准字 J20120050), 血管紧张素转换酶抑制剂 (福辛普利钠片, 每次 10 mg, 每日 1 次, 口服, 中美上海施贵宝制药有限公司, 国药准字 H19980197), β 受体阻滞剂 (琥珀酸美托洛尔缓释片, 每次 23.75 mg, 每日 1 次, 口服, 阿斯利康制药有限公司, 国药准字 J20100098)。

治疗组加用舒心祛风汤, 每日 1 剂, 水煎 300 ml, 分早晚两次餐后温服 (院内协定方, 上海中医药大学附属龙华医院制剂室提供)。主要成分: 黄芪 15 g, 麦冬 15 g, 党参 9 g, 生地黄 9 g, 熟地黄 9 g, 桑寄生 9 g, 枸杞子 9 g, 葛根 9 g, 防风 12 g, 羌活 12 g 等。

两组疗程均为 6 周, 治疗期间不服用其他中药。治疗过程中患者心绞痛发作可含服硝酸甘油, 记录所用剂量。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 心脏超声 利用美国 GE 公司开发的彩色多普勒超声显像仪 (型号为 Vivid 7 Dimension) 进行检测。常规心脏超声检查: 运用 S3 超声探头, 频率 3.0 MHz, 平面测量左室结构相关指标左室射血分数 (LVEF)、每搏输出量 (SV)。多普勒超声检查: 在前胸壁安置心电图监测, 在彩色多普勒组织速度显像 (TVI) 基础上采集 4 腔心切面、2 腔心切面和长轴切面的动态图像。将 3 个不同切面中的中间段、基底段分为室间隔、侧壁、前壁、下壁、前间隔和后壁 12 个部位, 将取样点分别放置于 12 个部位, 即显示该处的实时心肌运动速度曲线。读取收缩期峰值速度 (V_s) 和心尖方向峰值位移 (D_s), 测量 3 个心动周期并取平均值。分别计算出 12 个部位中间段、基底段的收缩期峰值速度的平均值 ($m-V_s$) 和心尖方向峰值位移的平均值 ($m-D_s$)。

2.2.2 心绞痛发作次数及持续时间 连续记录治疗前后患者心绞痛每周发作次数、每次心绞痛发作持续时间。

2.2.3 生存质量及精神健康状态 治疗前后分别根据简明健康调查表^[8] [生理机能 (PF)、生理职能 (RP)、躯体疼痛 (BP)、一般健康状况 (GH)、精力 (VT)、社会功能 (SF)、情感职能 (RE)、精神健康 (MH)]、西雅图量表^[9] [躯体

活动受限程度 (PL)、心绞痛稳定状态 (AS)、心绞痛发作情况 (AF)、治疗满意程度 (TS)、疾病认知程度 (DP)、汉密尔顿焦虑量表^[10]、汉密尔顿抑郁量表^[11] 评分评价患者生存质量及精神健康状况。

2.2.4 中医症状 采用《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[7] 中的心绞痛症状分级量化表对两组患者中医症状包括胸痛、胸闷、心悸、气短、疲倦乏力、腰膝酸软、自汗进行评价,按照无、轻、中、重分级,并分别计为 0、2、4、6 分。治疗前后评价症状总积分以判定中医证候疗效,治疗前后分别统计各症状不同等级的分布情况。

2.2.5 安全性指标 治疗前后检测患者血、尿常规,肝、肾功能。治疗期间观察不良反应。

2.3 中医证候疗效判定标准^[7]

证候积分 = (治疗前症状总积分 - 治疗后症状总积分) / 治疗前症状总积分 × 100%。显效: 症状基本或完全消失,证候积分为 0 或减少率 ≥ 70%; 有效: 30% ≤ 证候积分减少率 < 70%; 无效: 证候积分减少率 < 30%; 加重: 治疗后症状总积分 > 治疗前症状总积分。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 16.0 统计软件。计量资料采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,服从正态分布、方差齐者行 *t* 检验; 不服从正态分布者行非参数检验; 计数资料采用 χ^2 检验。

3 结果

3.1 两组患者中医证候疗效比较

表 1 示,治疗组中医证候总有效率为

表 1 两组冠状动脉支架术后患者
中医证候疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	加重	总有效
治疗组	30	3 (10.00)	20 (66.67)	6 (20.00)	1 (3.33)	23 (76.67)
对照组	31	0	13 (41.94)	15 (48.39)	3 (9.68)	13 (41.94)

76.67%, 对照组为 41.94%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。

3.2 两组患者治疗前后心绞痛发作频率及持续时间比较

表 2 示,治疗前两组各指标比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后治疗组与对照组心绞痛发作频率与持续时间均较治疗前明显降低 ($P < 0.05$); 且治疗组心绞痛发作频率和持续时间均较对照组明显减少 ($P < 0.05$)。

表 2 两组冠状动脉支架术后患者治疗前后心绞痛
发作频率及持续时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	发作频率 (次/周)	持续时间 (min)
治疗组	治疗前	30	11.30 ± 2.23	6.00 ± 1.39
	治疗后	30	3.73 ± 1.28* [△]	3.07 ± 1.05* [△]
对照组	治疗前	31	10.71 ± 1.87	6.03 ± 1.52
	治疗后	31	5.10 ± 1.70*	4.52 ± 0.96*

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

3.3 两组患者治疗前后中医症状等级分布情况比较

表 3 示,两组患者治疗前各症状等级分布比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后治疗组各症状等级分布均优于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3.4 两组患者治疗前后心脏超声指标比较

表 4 示,治疗前两组各指标比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后治疗组与对照组 LVEF、SV 及中间段和基底段的 m-Vs 和 m-Ds 较治疗前均有一定程度改善 ($P < 0.05$), 且治疗组治疗后中间段和基底段的 m-Vs 和 m-Ds 改善程度优于对照组 ($P < 0.05$)。

3.5 两组患者治疗前后生存质量比较

表 5 示,治疗前两组各指标比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后两组患者除 PF、RP、VT

表 3 两组冠状动脉支架术后患者治疗前后中医症状等级分布情况比较 [治疗前例数 (治疗后例数)]

组别	症状等级	胸痛	胸闷	心悸	气短	疲倦乏力	腰膝酸软	自汗
治疗组 (30 例)	无	9 (15)	5 (7)	2 (7)	10 (15)	8 (14)	8 (11)	6 (11)
	轻	10 (12)	13 (18)	11 (21)	8 (12)	6 (12)	10 (14)	15 (17)
	中	8 (3)	7 (3)	9 (1)	6 (2)	12 (3)	8 (4)	5 (1)
	重	3 (0)	5 (2)	8 (1)	6 (1)	4 (1)	4 (1)	4 (1)
对照组 (31 例)	无	4 (4)	1 (2)	1 (8)	2 (3)	5 (7)	3 (6)	5 (6)
	轻	15 (18)	10 (12)	5 (7)	13 (19)	8 (8)	10 (9)	14 (16)
	中	10 (8)	16 (12)	14 (8)	13 (8)	12 (8)	10 (9)	9 (6)
	重	2 (1)	4 (5)	11 (8)	3 (1)	6 (8)	8 (7)	9 (3)

表 4 两组冠状动脉支架术后患者治疗前后心脏超声指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	LVEF (%)	SV (ml)	中间段 m-Vs (cm/s)	中间段 m-Ds (mm)	基底段 m-Vs (cm/s)	基底段 m-Ds (mm)
治疗组	治疗前	30	60.80 ± 8.32	78.33 ± 14.68	2.53 ± 0.78	4.04 ± 0.18	3.34 ± 0.33	6.88 ± 0.17
	治疗后	30	64.03 ± 8.34*	83.70 ± 14.42*	4.52 ± 0.76* [△]	5.94 ± 0.19* [△]	5.12 ± 0.35* [△]	8.55 ± 0.12* [△]
对照组	治疗前	31	61.06 ± 6.36	78.71 ± 17.73	2.45 ± 0.70	4.10 ± 0.14	3.21 ± 0.23	6.94 ± 0.14
	治疗后	31	63.03 ± 5.74*	83.39 ± 13.53*	3.43 ± 0.67*	4.77 ± 0.18*	4.47 ± 0.24*	7.90 ± 0.12*

注: LVEF, 右室射血分数; SV, 每搏输出量; m-Vs, 收缩期峰值速度; m-Ds, 心尖方向峰值位移; 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表 5 两组冠状动脉支架术后患者治疗前后简明健康调查表各维度比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	生理机能	生理职能	躯体疼痛	一般健康状况
治疗组	治疗前	30	41.83 ± 10.87	35.83 ± 22.44	44.67 ± 28.49	54.97 ± 17.10
	治疗后	30	43.17 ± 9.33	41.67 ± 29.60	76.26 ± 16.16** [△]	65.23 ± 12.79* [△]
对照组	治疗前	31	42.50 ± 6.35	34.38 ± 23.55	47.22 ± 30.25	52.03 ± 13.42
	治疗后	31	45.47 ± 9.87	41.41 ± 27.39	64.91 ± 21.56*	59.09 ± 9.00*

组别	时间	例数	精力	社会功能	情感职能	精神健康
治疗组	治疗前	30	58.67 ± 14.74	65.00 ± 14.08	41.11 ± 29.92	50.40 ± 15.35
	治疗后	30	62.67 ± 15.41	72.50 ± 11.08*	58.89 ± 34.67*	62.13 ± 16.93* [△]
对照组	治疗前	31	61.72 ± 17.30	63.28 ± 14.18	42.71 ± 29.61	46.50 ± 11.53
	治疗后	31	67.19 ± 12.37	70.31 ± 16.42*	52.08 ± 32.72*	53.75 ± 14.72*

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表 6 两组冠状动脉支架术后患者治疗前后西雅图量表各维度的比较 (积分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	身体活动受限程度	心绞痛稳定状态	心绞痛发作情况	治疗满意程度	疾病认知程度
治疗组	治疗前	30	32.81 ± 6.90	45.83 ± 20.85	53.67 ± 23.99	44.12 ± 14.47	33.89 ± 17.50
	治疗后	30	33.48 ± 7.52	73.33 ± 21.71** [△]	66.33 ± 18.47*	62.55 ± 12.88** [△]	62.78 ± 20.03** [△]
对照组	治疗前	31	34.51 ± 8.45	46.09 ± 29.86	47.50 ± 22.14	40.26 ± 15.02	33.33 ± 21.17
	治疗后	31	35.13 ± 9.28	61.72 ± 22.88*	62.50 ± 20.32*	51.84 ± 19.04*	47.92 ± 25.92*

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

外, 其他指标计分均较治疗前有所提高 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 且治疗组 BP、GH、MH 优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 6 示, 治疗前两组各指标比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后两组患者除 PL 外其余条目计分均较治疗前提高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。两组治疗后比较, 治疗组 AS、TS、DP 明显高于对照组 ($P < 0.05$)。

3.6 两组患者治疗前后精神健康状态指标比较

表 7 示, 治疗后治疗组汉密尔顿焦虑量表积分明显下降 ($P < 0.05$), 且显著低于对照组 ($P < 0.05$)。两组汉密尔顿抑郁量表积分治疗后均无明显变化 ($P > 0.05$), 且两组比较差异亦无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.7 安全性分析

两组患者用药期间均未出现严重不良反应。治疗前后血常规、尿常规, 肝功能、肾功能等检查均未发现与药物有关的异常改变。

表 7 两组冠状动脉支架术后患者治疗前后精神健康状态比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	汉密尔顿焦虑量表	汉密尔顿抑郁量表
治疗组	治疗前	30	15.63 ± 4.99	7.87 ± 1.94
	治疗后	30	12.57 ± 5.70* [△]	7.96 ± 1.99
对照组	治疗前	31	14.81 ± 4.60	8.66 ± 2.32
	治疗后	31	13.66 ± 5.49	8.06 ± 1.95

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

4 讨论

冠心病属于中医学“胸痹”“心痛”“真心痛”范畴, 多数医家认为其中医病机以“本虚标实”为主^[12-13]。舒心祛风汤以《医学启源》中的经典方生脉散化裁获得, 方中黄芪益气生血、麦冬滋养心阴为君药; 党参补益中气, 生地黄、熟地黄、桑寄生、枸杞子补益肝肾, 益精填髓, 以滋阴精之本而为臣; 葛根升举阳气, 鼓舞脾胃清阳助气血生化而为使, 组成舒心饮^[3]以益气养阴, 补肾

活血;配合羌活、防风以祛风通络;诸药合用,共奏益气养阴、活血通脉之功。现代药理研究证实,多数祛风药具有扩张冠状动脉,解除血管痉挛,稳定斑块,改善微循环,扩张外周血管,降低血压,调节神经体液系统,促进脂类代谢,改善血脂水平,促进血液循环,减慢心率,降低心肌耗氧以及抗凝、抗炎、镇痛等多方面的作用^[14-15],为加用祛风药治疗冠心病心绞痛提供了一定的理论依据。

超声心动图评估心功能具有安全、简便、无创性、费用较低等特点,能实时、较直观、动态地对心脏及其大血管的形态结构、断面的解剖轮廓、房室大小等进行清晰成像,又能评估心脏的血流动力学改变等,同时也越来越多地被用于对冠状动脉支架术后患者心功能进行评价^[16]。左心室功能的改善情况是评价冠状动脉支架术后再灌注是否有效的一项重要指标,而临床上,大多仅仅是从患者整体心功能的恢复情况来对再血管化的远期疗效作出适当评估。组织多普勒成像技术能够直接从心肌组织中提取多普勒信号,是一种“定量分析”心肌室壁运动的方法,相比于传统的心脏超声采用目测评分法分析局部室壁运动更准确和客观^[17]。本研究通过组织多普勒定量分析观察了左室室壁节段性运动功能,运用组织速度显像和组织追踪成像对左室 12 个节段进行了定量分析,结果显示治疗后两组患者心肌中段、基底段的 6 个节段上的 m-Vs、m-Ds 均有一定程度的增加,加用舒心祛风汤干预,对室壁 12 节段运动功能有了一个全面的保护,左室心肌各节段收缩功能经治疗后也有一定的改善。表明舒心祛风汤可改善介入术后患者的整体心功能,抑制血运重建后的心室重构。

据统计,每 5 例门诊冠心病患者有 1 例抑郁,每 3 例充血性心力衰竭患者有 1 例抑郁^[18]。抑郁包括焦虑、创伤性损伤、恐惧等一系列精神症状,对冠心病的预后会造成不良影响^[19]。抑郁和心血管疾病有类似的生物发病机制,可表现为多致炎因子的过表达^[20],临床尽管有诸多心理治疗和抗抑郁治疗^[21],但还是影响了患者的生存质量。本研究结果显示,舒心祛风汤辅助治疗冠状动脉支架术后患者可进一步减少心绞痛发作情况及持续时间,改善心肌室壁运动功能,同时还可改善患者精神健康状态,提高患者的生存质量。

参考文献

[1] 罗惠兰. 冠心病介入治疗进展 [J]. 空军总医院学报, 2009, 25(1): 1-5.

- [2] PARASKEVAIDIS I, PALIOS J, PARISSIS JG, et al. Treating depression in coronary artery disease and chronic heart failure: what's new in using selective serotonin re-uptake inhibitors? [J]. Cardiovasc Hematol Agents Med Chem, 2012, 10(2): 109-115.
- [3] 何燕, 孙丽华, 沈琳, 等. 舒心饮治疗冠心病心绞痛的随机双盲多中心临床研究 [J]. 中国药房, 2006, 17(24): 1891-1892.
- [4] 张伟华, 汤诺, 沈琳, 等. 舒心祛风汤对冠心病心绞痛患者血 TNF- α 、IL-6 与 IL-8 影响的临床研究 [J]. 新中医, 2009, 41(4): 43-44.
- [5] 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. 不稳定性心绞痛和非 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.
- [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. 急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南 [J]. 中华心血管病杂志, 2015, 43(5): 380-393.
- [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: 67-89.
- [8] SCOTT KM, TOBIAS MI, SARFATI D, et al. SF-36 health survey reliability, validity and norms for New Zealand [J]. Aust N Z J Public Health, 1999, 23(4): 401-406.
- [9] SPERTUS JA, WINDER JA, DEWHURST TA, et al. Monitoring the quality of life in patients with coronary artery disease [J]. Am J Cardiol, 1994, 74(12): 1240-1244.
- [10] HASHOLZNER U, STIEBER P, MEIER W, et al. Value of HAMA: determination in clinical practice: an overview [J]. Anticancer Res, 1997, 17(4B): 3055-3058.
- [11] FARABAUGH A, MISCHOULON D, FAVA M, et al. The relationship between early changes in the HAM-D-17 anxiety/somatization factor items and treatment outcome among depressed outpatients [J]. Int Clin Psychopharmacol, 2005, 20(2): 87-91.
- [12] 张莉方. 中医药防治动脉粥样硬化的研究近况 [J]. 现代中西医结合杂志, 2003, 12(5): 541-543.
- [13] 刘春玲, 唐蜀华. 中医药防治动脉粥样硬化的实验研究进展 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3(6): 519-521.
- [14] 林天溥. 风药的作用机理及临床运用 [J]. 浙江中医杂志, 2006, 41(10): 604.
- [15] 沈映君. 中药药理学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 1-5.
- [16] ALAM M, WARDELL J, ANDERSSON E, et al. Effects of first myocardial infarction on left ventricular systolic and diastolic function with the use of mitral annular velocity determined by pulsed wave doppler tissue imaging [J]. J Am Soc Echocardiogr, 2000, 13(5): 343-352.
- [17] 马小静, 李治安, 杨娅, 等. 多普勒组织成像技术评价

- 急性心肌梗塞溶栓疗效的研究 [J]. 中国超声医学杂志, 2000, 16(10) : 739-743.
- [18] WHOOLEY MA. Depression and cardiovascular disease: healing the broken-hearted [J]. JAMA, 2006, 295(24) : 2874-2881.
- [19] HORI R, HAYANO J, KIMURA K, et al. Psychosocial factors are preventive against coronary events in Japanese men with coronary artery disease: the Eastern Collaborative Group Study 7. 7-year follow-up experience [J]. Biopsychosoc Med, 2015, 9(1) : 3.
- [20] WOZNIAC G, TOSKA A, SARIDI M, et al. Serotonin reuptake inhibitor antidepressants (SSRIs) against atherosclerosis [J]. Med Sci Monit, 2011, 17(9) : RA205-RA214.
- [21] DICKENS C, CHERRINGTON A, ADEYEMI I, et al. Characteristics of psychological interventions that improve depression in people with coronary heart disease: a systematic review and meta-regression [J]. Psychosom Med, 2013, 75(2) : 211-221.

Effects of *Shuxin Qufeng Decoction* (舒心祛风汤) on Myocardial Function and Quality of Life in Patients after Coronary Artery Stenting

WANG Jie^{1, 2}, HE Yan¹, TANG Nuo¹, JIN Wei¹, DENG Bing¹, HUANG Xi¹, WANG Youhua¹, WANG Ying¹, GAO Jimei¹, WEI Na¹

(1. Longhua Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai, 200032; 2. Dapugiao Subdistrict Community Health Service Centre, Huangpu District, Shanghai)

ABSTRACT Objective To observe clinical effects of adjuvant therapy of *Shuxin Qufeng Decoction* (舒心祛风汤) on patients after coronary artery stenting. **Methods** Sixty-one patients after coronary artery stenting were randomly divided into a treatment group (30 cases) and a control group (31 cases). Both two groups were treated with standard western medicine. On this basis, the treatment group also was given *Shuxin Qufeng Decoction*. Course of treatment for both groups were 6 weeks. Before and after treatment, echocardiographic indexes as well as attack frequency and duration of angina of patients were observed. Concise health questionnaires [physiological function (PF), role physical (RP), body pain (BP), general health (GH), vitality (VT), social function (SF), role emotional (RE), and mental health (MH)], Seattle Scale [physical limitation (PL), anginal stability (AS), anginal frequency (AF), treatment satisfaction (TS), and disease perception (DP)], Hamilton Anxiety Scale and Hamilton Depression Scale were used to evaluate patients' quality of life and mental health status. After treatment, distribution of patients' Chinese medical symptoms was ranked, and curative effects on Chinese medical syndromes were evaluated. **Results**

Total effectiveness of Chinese medical syndromes was 76.67% in the treatment group and 41.94% in the control group. Curative effect of Chinese medical syndromes in the treatment group was better than that in the control group ($P < 0.05$). Compared with in the control group, distribution rank of Chinese medical symptoms significantly improved in the treatment group after treatment ($P < 0.5$ or $P < 0.01$). After treatment, attack frequency and duration of angina in both groups significantly decreased compared with those before treatment ($P < 0.05$), especially in the treatment group ($P < 0.05$). After treatment, left ventricular ejection fraction, stroke volume, mean values of systolic peak velocity (m-Vs) and mean displacement towards apex (m-Ds) in intermediate, and basal segment in both groups improved compared with those before treatment, especially m-Vs and m-Ds in intermediate and basal segment in the treatment group ($P < 0.05$). After treatment, scores of BP, GH, SF, RE, MH, AS, AF, TS, and DP were higher in both groups than those before treatment, especially scores of BP, GH, MH, AS, TS, and DP in the treatment group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). Score of Hamilton Anxiety Scale significantly decreased in the treatment group after treatment compared with that before treatment in the same group and that after treatment in the control group ($P < 0.05$). No adverse effect occurred during the treatment. **Conclusion** It is a safe and effective adjuvant therapy using *Shuxin Qufeng Decoction* for patients after coronary artery stenting. It can reduce attack frequency of angina, promote recovery of myocardial function, and improve Chinese medical syndromes and quality of life.

Keywords coronary heart disease; angina; coronary artery stenting; *Shuxin Qufeng Decoction* (舒心祛风汤); myocardial function; quality of life

(收稿日期: 2016-01-22; 修回日期: 2016-02-25)

[编辑: 叶晨]