

# 血府逐瘀汤加减治疗心血瘀阻型冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛的疗效分析

王艺霖<sup>1</sup> 尉晓娟<sup>2\*</sup>

1. 河北中医药大学中医学院 河北 石家庄 050200

2. 山东省莱阳市沐浴店中心卫生院 山东 莱阳 265211

**摘要:** 目的: 观察和分析血府逐瘀汤加减治疗心血瘀阻型冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛的中医证候积分与血流动力学指标变化情况。方法: 以 2022 年 7 月至 2025 年 6 月为时间节点, 选择医院收治的 80 例患者, 以随机数字表法为分组标准, 分为两个组别, 即对照组 (n=40) 和观察组 (n=40)。前者予以常规西医治疗, 后者在常规西医治疗的基础上增加血府逐瘀汤加减治疗, 对 80 例患者中医证候积分、血流动力学指标变化情况进行对比和分析。结果: 实施血府逐瘀汤加减治疗联合常规西医治疗, 中医证候积分低于使用常规西医治疗的患者, 且血流动力学指标明显更低 (P < 0.05)。结论: 血府逐瘀汤加减治疗的临床疗效更为显著, 能够降低血液黏度, 改善临床症状, 可推广。

**关键词:** 血府逐瘀汤加减治疗; 心血瘀阻型; 冠状动脉粥样硬化性心脏病; 心绞痛

心血瘀阻型冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛以胸痛、口唇与指甲青紫、舌质紫暗或有瘀斑、脉象涩滞等特异性症状及胸闷、心悸、气短、乏力等常见症状为主。常采用中西医结合治疗的方式, 疏通血管, 改善心肌供血, 帮助患者减轻临床症状<sup>[1]</sup>。本研究通过设立对照组 (常规西医治疗) 和观察组 (常规西医治疗的基础上增加血府逐瘀汤加减治疗), 比较两种治疗方法的有效性, 明确血府逐瘀汤加减治疗的优势, 并对治疗的安全性进行科学评估, 以期为临床治疗提供有效依据。现报告如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

研究时间分布在 2022 年 7 月至 2025 年 6 月, 随机数字表法分组, 分为两个组别, 即对照组 (n=40) 和观察组 (n=40)。对照组详细资料为: 男/女 = 21/19, 年龄最低边界值为 46 岁, 最高边界值为 76 岁, 均值 (58.05 ± 2.95) 岁; 病程最短 1 年, 最长 9 年, 均值 (4.46 ± 0.54) 年。观察组详细资料为: 男/女 = 22/18, 年龄最低边界值为 45 岁, 最高边界值为 78 岁, 均值 (58.42 ± 3.08) 岁; 病程最短 1 年, 最长 8 年, 均值 (4.23 ± 0.27) 年。一般资料对比差异甚微 (P > 0.05), 可进行统计学分析。

1.1.1 纳入标准: (1) 本研究纳入的 80 例患者, 均严格按照《中医病证诊断疗效标准》中心血瘀阻型的辨证标准

进行筛选; 患者均表现出典型的冠心病症状, 如胸闷、心悸、气短、乏力等, 影像学及实验室检查结果显示为冠心病; (2) 临床资料完整详细, 包含病史、症状发作时间、既往治疗史、各项检查结果等, 可满足研究全程的数据记录与分析需求; (3) 治疗前已向家属告知研究目的、方法及潜在风险, 按照“完全自愿”的原则, 协助家属签署书面同意书, 为研究提供伦理依据。

1.1.2 排除标准: (1) 既往有心脏手术史或伴有严重心力衰竭者; (2) 合并恶性肿瘤、严重内分泌疾病者; (3) 存在肾衰竭或严重肾功能不全、凝血功能障碍、精神性疾病者; (4) 存在语言沟通障碍者; (5) 有治疗禁忌症者 (如药物过敏等); (6) 研究中途转院或主动要求退出者。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组: 予以常规西医治疗。内容包含: (1) 发生心绞痛时, 服用硝酸甘油片 (生产厂家: 太原市振兴制药有限公司; 国药准字 H14021640; 规格: 0.5mg), 舌下含服, 每隔 5 分钟可重复服用 1 片, 症状缓解后方可停止; (2) 口服酒石酸美托洛尔片 (生产厂家: 湖南威特制药有限公司; 国药准字 H20123193; 规格: 25mg), 服用标准为 2 次/日, 25mg/次; (3) 口服阿司匹林肠溶片 (生产厂家: 安徽国正药业股份有限公司; 国药准字 H20067565; 规格: 0.3g), 服用标准为 1 次/日, 100mg/

次；（4）睡前口服阿托伐他汀钙片（生产厂家：以岭万洲国际制药有限公司；国药准字 H20213827；规格：10mg（按 C33H35FN2O5 计）），服用标准为 1 次 / 日，10mg / 次；（4）注意事项：酒石酸美托洛尔片、阿司匹林肠溶片、阿托伐他汀钙片连续服用一个月，服药期间出现不良反应需结合患者病情，及时调整剂量。

1.2.2 观察组：常规西医治疗的基础上增加血府逐瘀汤加减治疗。内容包含：（1）常规西医治疗。药物标准、使用方法与对照组一致；（2）血府逐瘀汤加减治疗。①基础组方：牛膝 15g、桔梗 10g、当归 15g、川芎 10g、桃仁 10g、柴胡 10g、枳壳 10g、红花 15g、赤芍 10g、生地黄 15g ②随证调整剂量：若痰浊明显（如胸闷痰多、舌苔厚腻），加用瓜蒌、半夏、香附，增强化痰理气的效果；若胸痛严重（如刺痛剧烈、固定不移），加用郁金、延胡索，强化活血止痛的功效；③煎煮步骤：加水 800mL，浸泡 3 小时以上，第一次煎煮应大火煮沸后转小火继续煎煮半个小时，滤取药液 200mL，第二次煎煮应向药渣中加热水 500mL，大火煮沸后转小火继续煎煮 20 分钟，滤取药液 200mL，将两次药液混合均匀，分作 2 份（每份 200mL）；④服用方法：每日 2 次，分别于早、晚餐后 2 小时温服，连续服用一个月（一个疗程）。

### 1.3 观察指标

1.3.1 中医证候积分：观察和统计 80 例患者治疗前与治疗后的临床情况，对胸痛、气短、唇舌紫暗、胸闷、心悸等证候进行评分，根据严重程度划分为无症状（0 分）、轻度（1 分）、中度（2 分）、重度（3 分）四个等级，最高边界值为 15 分。

1.3.2 血流动力学指标变化情况：统计 80 例患者治疗前与治疗后的血流动力学指标水平，分析指标包含血浆黏度、全血高切黏度、全血低切黏度。空腹状态下，采集 4mL 静脉血，将采集的血液以 3000r/min 的转速（离心半径为 10cm）离心 10 分钟，分离并取上层血清备用，随后使用全自动血液流变仪（型号 MVIS-2022；重庆天海医疗设备有限公司）仪器进行检测。

### 1.4 统计学分析

此次研究借助 SPSS21.0 软件进行统计学处理，包含计数、计量两类，分别以（n，%）、（ $\bar{x} \pm s$ ）进行表述，以  $c^2$  与  $t$  值进行检验，利用患者的检验值进行计算，得出  $P$  值， $P < 0.05$  说明差异符合统计学分析标准。

## 2 结果

### 2.1 对比 80 例患者中医证候积分

经对比，治疗前两组数据差异甚微，治疗后观察组 40 例患者中医证候积分明显更低（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 对比 80 例患者中医证候积分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

| 组别  | 例数 | 治疗前          | 治疗后         |
|-----|----|--------------|-------------|
| 对照组 | 40 | 12.61 ± 1.36 | 9.11 ± 1.79 |
| 观察组 | 40 | 12.42 ± 1.18 | 5.64 ± 1.27 |
| t   | -  | 0.667        | 9.999       |
| P   | -  | 0.253        | 0.000       |

### 2.2 对比 80 例患者血流动力学指标变化情况

经对比，治疗前两组数据差异甚微，治疗后观察组 40 例患者血流动力学指标下降更加明显（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 对比 80 例患者血流动力学指标变化情况（ $\bar{x} \pm s$ ，mPa/s）

| 组别  | 例数 | 血浆黏度        |             | 全血高切黏度      |             | 全血低切黏度       |              |
|-----|----|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
|     |    | 治疗前         | 治疗后         | 治疗前         | 治疗后         | 治疗前          | 治疗后          |
| 对照组 | 40 | 1.92 ± 0.19 | 1.78 ± 0.42 | 5.84 ± 1.05 | 5.55 ± 0.95 | 13.52 ± 1.61 | 12.32 ± 2.12 |
| 观察组 | 40 | 1.93 ± 0.25 | 1.16 ± 0.15 | 5.72 ± 1.11 | 4.37 ± 0.54 | 13.81 ± 2.17 | 10.44 ± 1.52 |
| t   | -  | 0.201       | 8.792       | 0.497       | 6.829       | 0.679        | 4.558        |
| P   | -  | 0.421       | 0.000       | 0.310       | 0.000       | 0.249        | 0.000        |

## 3 讨论

心血瘀阻型冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛是中西医结合对疾病的诊断描述，涉及了西医的病理本质与中医的证型特点。西医学层面，将其称为冠心病，因冠状动脉粥样

硬化导致血管狭窄或痉挛，心肌血液灌注不足，心肌处于暂时缺氧或缺血的状态，从而引发心绞痛（胸骨后或心前区疼痛）。中医学层面，心绞痛属于胸痹、心痛范畴，心血瘀阻是较为常见的一种证型，因情志不畅、久病体虚、寒邪侵袭

等因素导致气血运行受阻，瘀血阻滞心脉<sup>[2]</sup>。常规西医治疗能够获得一定效果，但是效果不明显，难以满足患者对医疗服务的需求。血府逐瘀汤加减治疗紧扣“心血瘀阻”病机，兼顾临床症状与根源调理。组方中的桃仁、红花可直接消散心脉瘀阻，当归、川芎、赤芍有增强化瘀的功效，生地黄凉血养阴，能够防止活血药物温燥伤津，柴胡、枳壳疏肝理气，桔梗宣肺行气，搭配使用能够改善“气滞导致血瘀、血瘀加重气滞”的恶性循环，牛膝引血下行，使药力直达病所，以增强靶向性。因此，血府逐瘀汤加减治疗可有效改善局部血液循环，抑制血小板聚集，减少血栓风险，还可降低全血高切黏度、血浆黏度等，改善红细胞聚集性，降低冠状动脉进一步狭窄的风险，降低心绞痛发作频率，进而缓解心悸、气短等症状<sup>[3]</sup>。

本次研究显示，血府逐瘀汤加减治疗心血瘀阻型冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛具有较为显著的临床效果，观察表 1 发现：治疗后观察组 40 例患者中医证候积分为（ $5.64 \pm 1.27$ ）分，对照组为（ $9.11 \pm 1.79$ ）分，前者明显低于后者（ $P < 0.05$ ）；观察表 2 发现：治疗后观察组 40 例患者血流动力学指标分别为（ $1.16 \pm 0.15$ ）mPa/s、（ $4.37 \pm 0.54$ ）

mPa/s、（ $10.44 \pm 1.52$ ）mPa/s，经与对照组比较明显降低（ $P < 0.05$ ）。由此可见，为心血瘀阻型冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛患者提供血府逐瘀汤加减治疗可以有效控制病情发展，有借鉴的价值<sup>[4]</sup>。

综上所述，为心血瘀阻型冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛患者提供血府逐瘀汤加减治疗联合常规西医治疗比单一治疗临床效果更为明显，具有较高的临床价值，能够更好地控制病情发展，减轻患者症状，具有推广和应用的意义。

#### 参考文献：

- [1] 刘金凤,刘化峰,郑桂玲.血府逐瘀汤治疗心血瘀阻证冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛的临床疗效 Meta 分析[J].中医临床研究,2020,12(20):139-143.
- [2] 闫振超.血府逐瘀汤治疗心血瘀阻型冠心病并瘀血阻滞型心绞痛临床观察[J].中国药业,2021,30(S02):251-251.
- [3] 宋亚妮.血府逐瘀汤联合针灸治疗冠心病不稳定性心绞痛的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2021,14(30):63-65.
- [4] 周易,姜钧文.血府逐瘀汤联合针灸治疗冠心病不稳定性心绞痛(心血瘀阻型)临床观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(16):147-148.