

# 胸痹方治疗胸痹证的疗效及对患者凝血功能的影响

石钧文

(无锡明德老年病医院内科, 江苏 无锡 214028)

**【摘要】目的** 探讨胸痹方治疗胸痹证的疗效及对患者凝血功能、生活质量的影响, 为临床治疗胸痹证提供参考依据。**方法** 选取2021年1月至2022年8月无锡明德老年病医院收治的76例胸痹证患者, 依据随机数字表法分为两组, 对照组(38例)患者实施常规西药(酒石酸美托洛尔+瑞舒伐他汀钙+单硝酸异山梨酯+阿司匹林+硝酸甘油)治疗, 观察组(38例)患者基于对照组联合胸痹方治疗, 两组均连续治疗3个月。比较两组患者的临床疗效, 治疗前与治疗3个月后心绞痛发作次数、心绞痛持续时间、硝酸甘油含服量、西雅图心绞痛评分量表(SAQ)评分及凝血功能指标。**结果** 观察组患者临床总有效率高于对照组; 与治疗前比, 治疗后两组患者心绞痛发作次数、硝酸甘油含服量均减少, 且观察组少于对照组; 心绞痛持续时间均缩短, 且观察组短于对照组; 治疗后两组患者SAQ各维度评分、国际标准化比值(INR)均升高, 且观察组高于对照组; 治疗后两组患者凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)均延长, 且观察组长于对照组(均 $P<0.05$ )。**结论** 胸痹方治疗胸痹证, 可有效降低心绞痛发作次数, 缩短心绞痛持续时间, 减少硝酸甘油的含服量, 提高整体生活质量, 改善凝血功能, 疗效显著。

**【关键词】** 胸痹证; 胸痹方; 冠心病心绞痛; 凝血功能; 生活质量

**【中图分类号】** R541.4

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 2096-3718.2023.10.0084.03

**DOI:** 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.10.028

冠心病心绞痛是由于冠状动脉的血流量不足, 难以支撑心肌细胞代谢, 致使心肌出现缺氧、缺血。目前临床上常采用多种西药联合治疗的方案, 美托洛尔可降低交感神经兴奋性进而降低血压, 瑞舒伐他汀钙具有较好的降脂作用, 单硝酸异山梨酯胶囊可通过改善冠状动脉的血供发挥扩张血管的作用, 阿司匹林具有较强的抗血小板聚集的作用, 联合使用可促使患者症状、体征的快速好转; 但此类疾病中老年患者占据多数, 其器官代谢功能逐渐衰弱, 可能出现腹泻、头晕头痛等不良反应<sup>[1]</sup>。冠心病心绞痛在中医中归属“胸痹证”范畴, 属于本虚标实之证, 主要病机在于气虚运血无力, 致痰瘀互结, 痹阻经络。胸痹方主要包括柴胡、甘草、延胡索等多种中药, 具有行气止痛、益气活血之功效<sup>[2]</sup>。因此, 本研究旨在探讨胸痹方治疗胸痹证的疗效及对患者凝血功能的改善效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2021年1月至2022年8月无锡明德老年病医院收治的76例胸痹证患者, 根据随机数字表法分为对照组(38例)和观察组(38例)。对照组患者中男性18例, 女性20例; 年龄41~76岁, 平均(66.88±5.32)岁; 病程1~8年, 平均(5.11±0.62)年。观察组患者中男性17例, 女性21例; 年龄42~78岁, 平均(66.75±5.26)岁; 病程1~9年, 平均(5.17±0.66)年。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义

( $P>0.05$ ), 组间可比。诊断标准: 西医参照《稳定性冠心病诊断与治疗指南》<sup>[3]</sup>中关于冠心病心绞痛的诊断标准; 中医参照《冠心病心绞痛介入前后中医诊疗指南》<sup>[4]</sup>中关于“胸痹证”的辨证标准(以胸闷如窒而痛时急时缓为主症, 以面部烘热、痰多黄黏、口干心烦等为次症, 脉弦滑, 舌质见瘀斑或紫暗, 苔黄腻)。纳入标准: 符合上述关于疾病的中西医诊断标准者; 免疫系统功能无异常者; 近3个月内未接受过相关治疗者等。排除标准: 由于食管反流或其他疾病造成胸痛者; 合并有恶性肿瘤者; 伴有消化道出血等。本次研究已通过院内医学伦理委员会审核批准, 所有患者或家属均知晓并签订知情同意书。

**1.2 治疗方法** 对照组患者的治疗方案为常规西药治疗, 酒石酸美托洛尔片(广州博济生物医药科技园有限公司, 国药准字H20213907, 规格: 25 mg/片)口服, 25 mg/次, 1次/d, 若患者的心率低于55次/min则禁止服用; 瑞舒伐他汀钙片[阿斯利康药业(中国)有限公司, 国药准字H20203224, 规格: 10 mg/片]口服, 10 mg/次, 1次/d; 单硝酸异山梨酯胶囊(金陵药业股份有限公司南京金陵制药厂, 国药准字H10970377, 规格: 20 mg/粒)口服, 20 mg/次, 1次/d; 阿司匹林肠溶片(苏州弘森药业股份有限公司, 国药准字H32025896, 规格: 25 mg/片)口服, 75 mg/次, 1次/d; 在患者心绞痛发作时可舌下含服0.5 mg硝酸甘油片(山西振东安欣生物制药有限公司, 国药准字H14020584, 规格: 0.5 mg/片)。观察组患者在对照

作者简介: 石钧文, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 内科疾病中医诊疗。

照组的基础上联合胸痹方治疗,组方:地龙、川芎、柴胡、延胡索各 18 g,白芍 15 g,枳壳、香附 9 g,甘草 3 g;使用温水进行煎煮,1剂约为 300 mL,1剂/d,分早晚 2次服用。两组患者均连续治疗 3个月。

**1.3 观察指标** ①临床疗效:显效:患者的症状、体征明显缓解,心电图恢复至正常,心绞痛发作次数下降幅度 $\geq 70\%$ ;有效:患者的症状、体征有所改善,心电图 T波由平坦转变为直立,ST段升高幅度超过 0.05 mV, $50\% \leq$ 心绞痛发作次数下降幅度 $< 70\%$ ;无效:患者的症状、体征、心电图均无明显变化,心绞痛发作次数下降幅度 $< 50\%$  [3]。总有效率=(显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。②心绞痛发作情况:分别于治疗前与治疗 3个月后比较两组患者心绞痛发作次数和持续时间及硝酸甘油含服量。③西雅图心绞痛评分量表(SAQ) [5]评分:分别于治疗前与治疗 3个月后采用 SAQ 评分评估两组患者的生活质量,该量表包括疾病认知度、治疗满意度、发作情况、心绞痛稳定状态、体力受限程度 5个方面,各项总分 100分,得分越高,生活质量和机体功能状态越好。④凝血功能:分别于治疗前与治疗 3个月后采集两组患者的晨起空腹静脉血 5 mL,抗凝处理后 3 000 r/min 离心 10 min 得到血浆,采用全自动凝血分析仪(北京赛科希德科技股份有限公司,京械注准 20222220078,型号:SF-8200C)检测两组患者凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT),并记录由仪器根据 PT 自动计算的国际化比值(INR)。

**1.4 统计学方法** 应用 SPSS 20.0 统计学软件分析数据,计数资料以[例(%)]表示,组间采用 $\chi^2$ 检验;计量资料经 S-W 检验证实符合正态分布,以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间采用 t 检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者临床疗效比较** 观察组患者临床总有效率为 89.47%,较对照组的 68.42% 高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	38	12(31.58)	14(36.84)	12(31.58)	26(68.42)
观察组	38	21(55.26)	13(34.21)	4(10.53)	34(89.47)
$\chi^2$ 值					5.067
P 值					<0.05

**2.2 两组患者心绞痛发作情况比较** 与治疗前比,治疗后两组患者心绞痛发作次数、硝酸甘油含服量均减少,且观察组低于对照组;心绞痛持续时间均缩短,且观察组短于对照组,差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ ),见表 2。

表 2 两组患者心绞痛发作情况比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	心绞痛发作次数(次/周)		心绞痛持续时间(min/次)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	38	10.75 $\pm$ 2.25	7.11 $\pm$ 1.47*	9.14 $\pm$ 1.62	5.43 $\pm$ 0.83*
观察组	38	10.88 $\pm$ 2.33	3.21 $\pm$ 0.59*	9.27 $\pm$ 1.56	3.16 $\pm$ 0.42*
t 值		0.247	15.178	0.356	15.043
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

  

组别	例数	硝酸甘油含服量(片/周)	
		治疗前	治疗后
对照组	38	7.37 $\pm$ 1.86	5.08 $\pm$ 0.77*
观察组	38	7.44 $\pm$ 1.89	3.02 $\pm$ 0.39*
t 值		0.163	14.712
P 值		>0.05	<0.05

注:与治疗前比,\* $P < 0.05$ 。

**2.3 两组患者 SAQ 评分比较** 与治疗前比,治疗后两组患者 SAQ 各维度评分均升高,且观察组高于对照组,差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ ),见表 3。

**2.4 两组患者凝血功能比较** 与治疗前比,治疗后两组患者 PT、APTT 均延长,且观察组长于对照组;两组 INR 均升高,且观察组高于对照组,差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ ),见表 4。

## 3 讨论

现阶段冠心病心绞痛常用的治疗方法是给予抗心肌缺血、钙拮抗剂、环氧化酶抑制剂等多种药物联合使用的治疗方案,可通过降低机体心肌耗氧量,改善患者的症状表现,减少心绞痛的发作;但需要长期服用药物,患者可能出现耐药性,降低药物效果,且可能伴有低血压、心率反射性加快等不良反应 [6]。

中医学认为,胸痹证患者通常伴有寒凝、气滞、血瘀、痰浊等病变,多由年老体虚、情志失调、寒邪内侵、饮食不当等原因所致,治疗应以活血祛瘀、益气养心为主 [7]。胸痹方中的地龙可通经活络;柴胡可活血理气;川芎可活血祛瘀、祛风止痛;白芍可缓中止痛;延胡索可活血行气;枳壳可理气宽中;甘草可祛痰止痛;香附可理气宽中;诸药合用共奏疏肝理气、通经活络、活血祛瘀之功效 [8]。本研究结果显示,观察组患者临床总有效率、SAQ 各维度评分均高于对照组;治疗后观察组患者心绞痛发作次数、硝酸甘油含服量均少于对照组,心绞痛持续时间短于对照组,表明胸痹方治疗胸痹证临床疗效显著,可有效降低心绞痛发作次数,缩短持续时间,同时减少硝酸甘油的含服量,提高生活质量。

胸痹证患者通常会伴有一定的凝血功能异常情况,出现 PT、APTT 缩短,INR 降低的趋势,表现为血瘀证,并

表 3 两组患者 SAQ 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	疾病认知度		治疗满意度		发作情况	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	38	53.25 ± 12.22	65.46 ± 7.62*	46.64 ± 11.62	55.75 ± 7.73*	60.19 ± 12.86	71.69 ± 7.67*
观察组	38	53.42 ± 12.15	70.85 ± 7.87*	46.77 ± 11.55	65.96 ± 7.52*	60.33 ± 12.81	85.67 ± 7.74*
t 值		0.061	3.033	0.049	5.836	0.048	7.909
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	例数	心绞痛稳定状态		体力受限程度	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	38	58.21 ± 11.22	72.31 ± 7.54*	56.75 ± 11.27	65.32 ± 8.21*
观察组	38	58.36 ± 11.28	86.14 ± 8.06*	56.83 ± 11.33	82.54 ± 8.16*
t 值		0.058	7.724	0.031	9.170
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, \*P<0.05。SAQ: 西雅图心绞痛评分量表。

表 4 两组患者凝血功能比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	PT(s)		APTT(s)		INR	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	38	10.32 ± 1.16	11.12 ± 1.17*	24.89 ± 1.12	26.22 ± 1.25*	0.88 ± 0.21	1.03 ± 0.25*
观察组	38	10.28 ± 1.23	11.83 ± 1.21*	24.94 ± 1.15	27.68 ± 1.23*	0.91 ± 0.23	1.17 ± 0.24*
t 值		0.146	2.600	0.192	5.132	0.594	2.490
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, \*P<0.05。PT: 凝血酶原时间; APTT: 活化部分凝血活酶时间; INR: 国际标准化比值。

且 PT、APTT、INR 水平出现异常容易形成血栓, 加重心肌缺血, 导致病情加重。现代药理学研究显示, 川芎中的多糖成分可通过对机体乳酸脱氢酶、肌酸磷酸激酶的释放产生抑制作用, 缩小心肌缺血的范围, 减轻心肌缺血对心肌细胞造成的损伤程度, 并对纤维蛋白的降解过程产生诱导作用, 改善患者的血液循环情况<sup>[9]</sup>; 地龙中的蛋白水解酶成分可促使机体纤维蛋白溶解酶的水平显著下降, 抑制纤维蛋白的生成, 发挥较强的抗血小板聚集作用, 调节机体凝血功能, 有利于凝血功能的快速改善<sup>[10]</sup>。本研究结果显示, 治疗后观察组患者 PT、APTT 均长于对照组, INR 高于对照组, 表明胸痹方治疗胸痹证患者可有效改善凝血功能, 疗效显著。

综上, 胸痹方治疗胸痹证疗效显著, 可有效降低心绞痛发作次数, 缩短心绞痛持续时间, 减少硝酸甘油的含服量, 提高整体生活质量, 改善凝血功能。但本研究样本量较少, 研究周期较短, 后期可通过开展大样本量、长时间随访的临床研究, 证实其临床应用价值。

### 参考文献

[1] 孙慧琳. 温针灸与血府逐瘀汤联合常规疗法治疗冠心病心绞痛临床研究 [J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(5): 38-39.

[2] 张旭妍. 胸痹方治疗冠心病稳定型心绞痛的临床研究 [D]. 石家庄: 河北医科大学, 2016.

[3] 中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组, 中华医学会心血管病学分会动脉粥样硬化与冠心病学组, 中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会, 等. 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.

[4] 中华中医药学会心血管病分会. 冠心病心绞痛介入前后中医诊疗指南 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(15): 4-6.

[5] 段小微. 全程康复综合护理对冠心病心绞痛 PCI 患者 SAQ 评分及预后的影响 [J]. 中国社区医师, 2019, 35(36): 172-173.

[6] 王永霞, 朱斌. 麝香保心丸联合地尔硫卓治疗老年冠心病稳定型心绞痛的临床疗效 [J]. 成都医学院学报, 2020, 15(3): 373-375.

[7] 谢晚亭, 程晓昱. 自拟胸痹汤治疗冠心病不稳定型心绞痛临床观察 [J]. 中医药临床杂志, 2017, 29(5): 696-698.

[8] 李建伟. 胸痹汤治疗冠心病心绞痛 40 例 [J]. 实用中医药杂志, 2011, 27(9): 600-601.

[9] 李芊, 吴效科. 川芎化学成分及药理作用研究新进展 [J]. 化学工程师, 2020, 34(1): 62-64, 44.

[10] 商焯, 齐丽娜, 金华, 等. 地龙化学成分及药理活性研究进展 [J]. 药物评价研究, 2022, 45(5): 989-996.