

半夏瓜蒌薤白汤治疗冠心病 PCI 术后 气虚血瘀证患者的临床观察

樊明强, 杜丽, 杨向向, 司乔柯, 丁涛, 彭正飞, 蒋文生*

甘肃医学院附属医院心血管内科, 甘肃 平凉 744000

摘要 目的:探究冠心病经皮冠状动脉介入(PCI)治疗术后气虚血瘀证患者应用半夏瓜蒌薤白汤治疗的效果。方法:选取2023年5月—2024年4月在甘肃医学院附属医院采用PCI治疗的154例冠心病患者,采用抽签法随机分为对照组(77例,PCI术后给予常规治疗)和观察组(77例,常规治疗+半夏瓜蒌薤白汤),比较两组治疗前后中医证候积分、心功能指标、血脂指标、血液流变学指标水平,比较两组治疗期间的不良事件发生情况。结果:与对照组相比,观察组治疗后中医证候积分更低($P < 0.05$);与对照组相比,观察组治疗后LVESV、LVEDP更低,LVEF更高($P < 0.05$);观察组在血脂指标改善方面显著优于对照组,表现为TC、LDL-C及TG水平明显降低,同时HDL-C水平显著升高($P < 0.05$);与对照组相比,观察组治疗后血液流变学指标水平更低($P < 0.05$);两组不良反应总发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:半夏瓜蒌薤白汤治疗冠心病PCI术后气虚血瘀证患者,能够使患者临床症状、心功能、血脂水平、血液流变学水平改善,同时安全性良好。

关键词 半夏瓜蒌薤白汤;冠心病;经皮冠状动脉介入;心功能

中图分类号:R256.22 **文献标识码:**A **文章编号:**1002-2392(2026)05-0099-05

DOI:10.19664/j.cnki.1002-2392.260105

据统计,我国心血管疾病患者已超3亿人,冠心病是其中主要类型之一,随着人口老龄化、肥胖及不良生活方式的普及,冠心病发病率持续上升,成为全球范围内的重大公共卫生问题^[1]。经皮冠状动脉介入(Per-cutaneous Coronary Intervention, PCI)治疗是一种微创手术技术,通过球囊扩张或支架植入等方式,重建狭窄或闭塞的冠状动脉血流,现已成为冠心病血运重建的主流治疗方式^[2]。PCI手术虽可有效重建冠状动脉血流,改善心肌供血,但其术后仍存在显著临床局限性,主要包括支架内再狭窄、血栓形成风险以及心肌再灌注损伤等并发症,这些病理变化常导致心绞痛复发^[3]。在中医理论体系中,冠心病被归为“胸痹”“心痛”范畴,其核心病理机制在于心脉瘀滞、气血运行不畅。从中医理论分析,PCI手术虽能暂时开通闭塞的冠状动脉,但术后仍存在瘀血内停、阳气亏虚的病理基

础,最终多表现为气虚血瘀的证候特点^[4]。半夏瓜蒌薤白汤具有通阳散结、化痰宽胸、行气活血的作用,可辅助治疗冠心病、心肌缺血等疾病^[5]。目前关于半夏瓜蒌薤白汤对冠心病PCI术后气虚血瘀证患者的疗效研究较少。基于此,本研究观察半夏瓜蒌薤白汤对冠心病PCI术后气虚血瘀证患者的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年5月—2024年4月在甘肃医学院附属医院采用PCI治疗的冠心病患者154例。采用抽签法随机分为对照组和观察组,每组77例。两组基本资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表1。本研究经甘肃医学院附属医院伦理委员会审批(gyfy202303)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《稳定性冠心病诊断与治疗指南》^[6]相关内容的诊断标准,冠状动脉造影显示心外膜血管存在超过50%的管腔狭窄,同时患者具备典型心绞痛临床表现,静息或动态心电图显示ST段压低 ≥ 0.1 mV或T波倒置。

收稿日期:2025-06-25 修回日期:2025-12-23

基金项目:甘肃省科技计划项目(2023年度)(23JRRL0001)

作者简介:樊明强(1982-),男,硕士,副主任医师,主要从事冠心病及心律失常相关的研究。

*通信作者:蒋文生(1967-),男,主任医师,主要从事中西医结合防治老年病的研究。

表 1 两组冠心病 PCI 术后气虚血瘀证患者基本资料比较

组别	例数	性别		年龄($\bar{x} \pm s$)/岁	高血压病史/例	饮酒史/例	脑卒中史/例	糖尿病史/例
		男	女					
观察组	77	40	37	65.35 ± 6.38	62	20	9	16
对照组	77	42	35	65.31 ± 6.31	65	18	6	20
t/χ^2 值		0.104		0.039	0.404	0.140	0.665	0.580
P 值		0.747		0.969	0.525	0.709	0.415	0.446

1.2.2 中医诊断标准

参照《中医证型诊断疗效标准》^[7]相关内容制定诊断标准,满足至少 1 项主要症状及 1~2 项次要症状,并参考舌脉特征可确诊为气虚血瘀证冠心病。主症为胸痛或胸闷;次症为倦怠乏力、面色少华、自汗、气短;舌胖,舌质暗红有瘀点,苔白脉弱。

1.3 纳入、排除、剔除、终止治疗、安全性标准

1.3.1 纳入标准

①符合以上中西医关于冠心病的诊断标准;②年龄 18~75 岁;③均为 PCI 术治疗后的患者;④无精神类疾病,依从性良好;⑤患者签署知情同意书。

1.3.2 排除标准

①合并其他严重心血管疾病,需进一步手术治疗;②有严重肝功能或肾功能不全,或患有其他危及生命的系统性疾病;③对本次研究药物成分过敏;④哺乳期妇女或孕妇。

1.3.3 剔除标准

患者在纳入研究后,若发现其不符合纳入标准或存在其他不适合参与研究的情况,如严重依从性差,研究设计或分组出现错误,将被剔除,并记录原因。

1.3.4 终止治疗标准

研究过程中若受试者发生显著不良事件或临床症状恶化,需终止试验并转用替代治疗方案。

1.3.5 安全性判断标准

不良反应评估依据 WHO《药物不良反应分级标准》^[8]执行。

1.4 治疗方法

对照组 PCI 术后实施标准药物治疗方案,包括阿司匹林(拜耳医药保健有限公司,国药准字 J20171021,100 mg × 30 片)联合氯吡格雷(法国赛诺菲公司,国药准字 J20180029,75 mg × 7 片)的双联抗血小板治疗、阿托伐他汀(天方药业有限公司,国药准字 H20203379,20 mg × 14 片)调节血脂以及 β 受体阻滞剂(琥珀酸美托洛尔缓释片,佛山德芮可制药有限公司,国药准字 H20213730,47.5 mg × 14 片)调控血压和代谢指标。

观察组接受与对照组相同的常规治疗的基础上,额外加用半夏瓜蒌薤白汤,干预时间 6 个月。基础方药及配伍:瓜蒌 30 g,黄芪 30 g,茯苓 30 g,薏苡仁 30 g 为君药组,配伍薤白 15 g,葶苈子 15 g,山药 15 g 为臣药,佐以半夏 12 g,桂枝 9 g,使以炙甘草 5 g 调和诸药。随证加减:①睡眠障碍配伍酸枣仁 15 g;②纳差者增入陈皮 12 g 配砂仁 10 g,焦山楂、焦神曲、焦麦芽各 10 g;③肠燥便秘加火麻仁 20 g;④心脉不调者调整基础方中炙甘草至 20 g,并增入党参 30 g,大枣 6 g。每日服用剂量为 400 mL 汤剂,分早晚两次服用,每次 200 mL,饭后服用。中药饮片均购于甘肃医学院附属医院,药物煎煮及剂量严格按照中药处方标准进行,以确保药效。

1.5 检测方案

心功能指标采用彩色多普勒超声(迈瑞 Consona N8)检测。抽取患者 4 mL 空腹静脉血离心,采用全自动生化分析仪(万泰生物 Wan BC2800)检测血脂指标,采用血液流变学检测仪(赛科希德 SA-5600)检测患者血液流变学指标水平。

1.6 观察指标

1.6.1 中医证候

中医证候评估标准根据《中药新药临床研究指导原则》^[9],对治疗前后胸痛或胸闷、倦怠乏力、自汗、气短、苔白、脉弱进行评估,根据症状情况计分 0、2、4、6 分,分数越高,症状越重。

1.6.2 心功能

比较两组治疗前和治疗 6 个月时心功能指标水平,左心室收缩末期容积(LVESV)、射血分数(LVEF)采用超声心动图检测,舒张末期压力(LVEDP)采用左心导管检查。

1.6.3 血脂指标

清晨采集患者空腹状态下的静脉血样本 3 mL,使用迈瑞 BS-2800M 型全自动生化分析仪进行检测,项目包括高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)及总胆固醇(TC)水平。

1.6.4 血液流变学指标

纤维蛋白原水平采用凝固法进行测定;血浆黏度多使用毛细管式黏度计在恒定温度下测量;全血低切黏度与高切黏度则通过旋转式黏度计在模拟不同血流切变率的条件下检测。

1.6.5 安全性指标

治疗后6个月检测肝功能、肾功能、血常规、心电图等,监测药物的安全性,详细记录患者在治疗期间出现的不良事件及其严重程度,并由研究团队评估是否与治疗相关。

1.7 统计学方法

本研究使用SPSS 27.0进行数据分析。计量资料中,正态分布数据采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示并实施独立样本 t 检验,非正态分布数据经转换后行配对 t 检验;计数资料以频数(百分比)呈现,采用 χ^2 检验分析组间差异, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候积分比较

观察组的中医证候积分改善程度显著优于对照组($P < 0.05$),见表2。

表2 两组冠心病PCI术后气虚血瘀证患者中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	胸痛或胸闷		倦怠乏力		自汗	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	77	4.12 ± 0.25	1.98 ± 0.21 ^{ab}	3.85 ± 0.63	1.84 ± 0.24 ^{ab}	4.08 ± 0.34	1.53 ± 0.28 ^{ab}
对照组	77	4.10 ± 0.28	2.18 ± 0.31 ^a	3.81 ± 0.61	2.04 ± 0.23 ^a	4.11 ± 0.32	2.01 ± 0.29 ^a

组别	例数	气短		苔白		脉弱	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	77	4.19 ± 0.51	1.38 ± 0.31 ^{ab}	3.82 ± 0.67	1.88 ± 0.23 ^{ab}	4.85 ± 0.43	1.41 ± 0.31 ^{ab}
对照组	77	4.11 ± 0.53	1.83 ± 0.34 ^a	3.85 ± 0.63	2.31 ± 0.24 ^a	4.81 ± 0.41	2.02 ± 0.41 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后相比,^b $P < 0.05$ 。

2.2 心功能指标比较

观察组在治疗后表现出更优的心功能指标,

LVESV和LVEDP显著降低($P < 0.05$),同时LVEF明显提升($P < 0.05$),见表3。

表3 两组冠心病PCI术后气虚血瘀证患者心功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	LVESV/(mL/m ²)		LVEF		LVEDP/mmHg	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	77	100.32 ± 15.63	80.36 ± 14.32 ^{ab}	0.42 ± 0.06	0.50 ± 0.08 ^{ab}	22.35 ± 3.51	16.35 ± 2.32 ^{ab}
对照组	77	100.42 ± 15.61	86.35 ± 14.31 ^a	0.41 ± 0.05	0.45 ± 0.17 ^a	22.31 ± 3.52	19.05 ± 2.31 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后相比,^b $P < 0.05$ 。

2.3 血脂指标比较

观察组在血脂指标改善方面显著优于对照组,表

现为TC、LDL-C及TG水平明显降低($P < 0.05$),同时HDL-C水平显著升高($P < 0.05$),见表4。

表4 两组冠心病PCI术后气虚血瘀证患者血脂指标比较($\bar{x} \pm s$,mmol/L)

组别	例数	TC		LDL-C		TG		HDL-C	
		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	77	6.32 ± 1.53	3.56 ± 0.53 ^{ab}	3.41 ± 0.86	2.11 ± 0.23 ^{ab}	2.43 ± 0.68	1.34 ± 0.41 ^{ab}	1.22 ± 0.23	2.31 ± 0.42 ^{ab}
对照组	77	6.35 ± 1.52	4.02 ± 0.51 ^a	3.43 ± 0.84	2.35 ± 0.21 ^a	2.45 ± 0.67	1.65 ± 0.43 ^a	1.24 ± 0.24	1.75 ± 0.45 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后相比,^b $P < 0.05$ 。

2.4 血液流变学指标水平比较

治疗后观察组血液流变学指标改善显著优于对照组

($P < 0.05$),见表5。

表5 两组冠心病PCI术后气虚血瘀证患者血液流变学指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	纤维蛋白原/(g/L)		血浆黏度/(mPa/s)		全血低切黏度/(mPa/s)		全血高切黏度/(mPa/s)	
		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	77	3.42 ± 0.32	2.26 ± 0.63 ^{ab}	2.25 ± 0.61	1.35 ± 0.45 ^{ab}	18.35 ± 4.12	10.35 ± 1.81 ^{ab}	6.35 ± 1.51	5.01 ± 1.02 ^{ab}
对照组	77	3.39 ± 0.33	2.59 ± 0.61 ^a	2.28 ± 0.62	1.75 ± 0.43 ^a	18.31 ± 4.13	12.65 ± 1.82 ^a	6.32 ± 1.52	5.51 ± 1.03 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后相比,^b $P < 0.05$ 。

2.5 安全性指标比较

($P>0.05$), 见表 6。

两组比较,不良反应总发生率差异无统计学意义

表 6 两组冠心病 PCI 术后气虚血瘀证患者安全性指标比较[例(%)]

组别	例数	肝肾功 能异常	恶心				呕吐				腹胀				不良反应 总发生
			I 级	II 级	III 级	IV 级	I 级	II 级	III 级	IV 级	I 级	II 级	III 级	IV 级	
观察组	77	0	0	1(1.30)	0	0	0	1(1.30)	0	0	1(1.30)	0	0	0	3(3.90)
对照组	77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1(1.30)	0	0	0	1(1.30)
χ^2 值															1.027
P 值															0.311

3 讨论

冠心病核心病理机制是血管内脂质斑块积聚,形成动脉粥样硬化,最终影响心脏供血^[10]。冠状动脉完全闭塞导致心肌缺血坏死,患者会出现剧烈胸痛、呼吸困难,还可能引发心源性休克或猝死,心肌梗死是冠心病最致命的急性并发症^[11]。另外冠心病患者心肌暂时性缺血还会引发胸痛或压迫感,频繁发作会显著限制患者日常活动能力^[12]。PCI 是冠心病常用的治疗方法,能够改善患者的生活质量。中医将 PCI 视为一种针对“胸痹”“心痛”的外治手段,虽能快速改善局部血供,但术后易因创伤、气血失衡等因素引发新的病理改变,需结合整体调理恢复机体稳态^[13]。

半夏瓜蒌薤白汤中的半夏具有燥湿化痰、降逆止呕的作用,瓜蒌可清热化痰、宽胸散结,薤白具有通阳散结、行气导滞的作用。以上药物配伍能够改善冠状动脉微循环,减少心肌缺血损伤^[14]。本研究观察组治疗后中医证候积分低于对照组,提示半夏瓜蒌薤白汤能够使患者临床症状改善。半夏瓜蒌薤白汤以瓜蒌、黄芪、茯苓、薏苡仁为君,其中瓜蒌通阳散结、涤痰宽胸,黄芪补气升阳以固本,茯苓、薏苡仁健脾利湿以化浊,四药协同针对 PCI 术后气虚血瘀之本虚标实病机;薤白、葶苈子、山药为臣,薤白通阳散结助君药化痰,葶苈子泻肺平喘以祛瘀,山药健脾益肾以固后天;佐以半夏燥湿化痰,桂枝温通心阳,使以炙甘草调和诸药,全方体现益气活血、化痰通络的立方宗旨。随证加减中,酸枣仁安神定悸针对睡眠障碍,陈皮配砂仁,焦仙楂、焦神曲、焦麦芽健脾开胃改善纳差,火麻仁润肠通便缓解肠燥,而心脉不调者重用炙甘草并增入党参、大枣以增强益气复脉之效,彰显了中医辨证论治的灵活性。半夏燥湿化痰、瓜蒌宽胸散结、薤白通阳行气,破除痰浊壅塞胸阳的病理基础,改善术后胸闷、胸痛如室等症状。在本研究中,观察组治疗后 LVESV、LVEDP 低于对照组,LVEF 高于对照组,提示半夏瓜蒌薤白汤能够使患者心功能改善。徐栋林等^[15]研究显示,半夏瓜蒌薤白汤与沙库巴曲结沙坦联合,也能够改善冠心病患者心功能。LVESV、LVEF、LVEDP 均是心功能指标。LVESV 指心脏收缩完成后左心室内剩余的血液量,其

水平升高提示左心室收缩功能减退。LVEF 是左心室每次收缩时射出的血液量占舒张末期容积的百分比,其水平降低提示左心室收缩功能不全。LVEDP 反映左心室充盈压,其水平升高提示左心室舒张功能受损。半夏瓜蒌薤白汤的瓜蒌活性成分可减少心肌氧耗,改善缺血心肌的代谢状态。二者协同破除气虚-痰瘀互结的恶性循环^[16]。

本研究观察组治疗后 TC、LDL-C、TG 水平低于对照组,HDL-C 水平高于对照组,提示半夏瓜蒌薤白汤能够使患者血脂情况改善。TC、LDL-C、TG、HDL-C 均是血脂指标。TC 水平升高与动脉粥样硬化、冠心病、糖尿病等风险增加相关,LDL-C 水平升高,显著增加心脑血管疾病风险,TG 水平升高需警惕动脉硬化风险,HDL-C 升高具有抗动脉粥样硬化作用,降低心血管疾病风险。半夏瓜蒌薤白汤的瓜蒌能够清热化痰,减少痰湿壅塞对脂质代谢的干扰,间接改善血脂异常^[17]。本研究观察组治疗后血液流变学指标水平低于对照组,提示半夏瓜蒌薤白汤能够使患者血液流变学水平改善。纤维蛋白原是由肝脏合成的凝血因子 I,是凝血过程中的关键蛋白,其水平升高提示高凝状态。血浆黏度反映血浆流动性,其水平升高常见于炎症、高脂血症、心脑血管疾病。全血低切黏度反映低切变率下血液黏度,其水平升高提示红细胞聚集性增强。全血高切黏度反映高切变率下血液黏度,其水平升高表明红细胞变形能力下降。以上指标均是血液流变学指标。半夏瓜蒌薤白汤通过祛痰通络减少痰瘀互结对血管内皮的损伤,间接抑制血小板异常激活。薤白能够通阳行气,解除痰湿阻滞导致的血管痉挛,缓解局部微循环障碍^[18]。两组不良反应总发生率差异不明显,提示半夏瓜蒌薤白汤能治疗冠心病且安全性良好。王辉等^[19]研究半夏瓜蒌薤白汤能够使冠心病心绞痛患者 PCI 术后临床症状改善,心肌损伤减轻,但关于其对患者血脂水平和血液流变学水平并未分析。传统冠心病中医治疗多针对一般人群,本研究首次系统锁定 PCI 术后气虚血瘀证患者群体,将西医介入后病理状态与中医气虚为本、痰瘀为标的病机理论结合,创新性地同步评估临床症状、心功能、血脂及血液流变

学四大类指标,突破既往研究多限于单一症状或生化指标的局限。本研究尚存在样本量不足的局限性,未来计划扩大病例规模以深化验证。

综上所述,冠心病 PCI 术后气虚血瘀证患者应用半夏瓜蒌薤白汤治疗,能够使患者临床症状、心功能、血脂水平、血液流变学水平改善,同时安全性良好。

参考文献:

- [1] 中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告 2019 概要[J]. 中国循环杂志, 2020, 35(9): 833–854.
- [2] FALLAHTAFTI P, SOLEIMANI H, EBRAHIMI P, et al. Comparative analysis of PCI strategies in aortic stenosis patients undergoing TAVI: a systematic review and network meta-analysis[J]. Clin Cardiol, 2024, 47(8): e24324.
- [3] KASHKOSH A, DAR B Y, AHMED S. Percutaneous coronary intervention(PCI) post out-of-hospital cardiac arrest: a narrative review[J]. Cureus, 2024, 16(10): e71420.
- [4] 于林童, 陶诗怡, 马晓娟, 等. 活血化瘀中药干预冠心病患者经皮冠状动脉介入术后一年主要心血管事件风险的前瞻性队列研究[J]. 中医杂志, 2024, 65(18): 1895–1902.
- [5] 冯利, 庄安琪, 李铁维, 等. 基于网络药理学和体外研究探究瓜蒌薤白半夏汤治疗动脉粥样硬化的机制[J]. 中国药理学通报, 2022, 38(6): 904–912.
- [6] 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.
- [7] 国家中医药管理局. 中医证型诊断疗效标准[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 276–277.
- [8] PALMER M K. Who handbook for reporting results of cancer treatment[J]. Br J Cancer, 1982, 45(3): 484–485.

- [9] 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: 68–77.
- [10] TURNER A W, HU S S, MOSQUERA J V, et al. Single-nucleus chromatin accessibility profiling highlights regulatory mechanisms of coronary artery disease risk[J]. Nat Genet, 2022, 54(6): 804–816.
- [11] KATTA N, LOETHEN T, LAVIE C J, et al. Obesity and coronary heart disease: epidemiology, pathology, and coronary artery imaging[J]. Curr Probl Cardiol, 2021, 46(3): 100655.
- [12] WU L D, SHI Y, KONG C H, et al. Dietary inflammatory index and its association with the prevalence of coronary heart disease among 45, 306 US adults[J]. Nutrients, 2022, 14(21): 4553.
- [13] 任思霖, 葛昭, 吴旭东, 等. 中医药干预冠心病经皮冠状动脉介入术后心绞痛的随机对照试验现状分析[J]. 中国中药杂志, 2024, 49(22): 6224–6234.
- [14] 俸道荣, 韦斌, 曲楠, 等. 瓜蒌薤白半夏汤合小建中汤加减治疗阳虚痰阻型稳定型心绞痛的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(2): 1184–1187.
- [15] 徐栋林, 刘欣欣, 黄健. 瓜蒌薤白半夏汤联合沙库巴曲缬沙坦对冠心病患者疗效、中医证候积分及心功能指标的影响[J]. 四川中医, 2024, 42(10): 80–84.
- [16] 田盼盼, 李军, 陈恒文, 等. 瓜蒌薤白半夏汤合丹参饮治疗不稳定型心绞痛痰瘀互结证的临床研究[J]. 海南医学院学报, 2021, 27(14): 1059–1063.
- [17] 马文豪, 陈凯杰, 李彤, 等. 基于网络药理学和分子对接技术探讨加味瓜蒌薤白半夏汤治疗冠心病的作用机制[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2025, 23(6): 812–821.
- [18] 欧晓霞, 龙云, 王月爱. 瓜蒌薤白半夏汤对冠心病痰浊内阻证患者 2D-STE、IVUS 指标的影响[J]. 吉林中医药, 2021, 41(12): 1600–1604.
- [19] 王辉, 姜爱华. 瓜蒌薤白半夏汤对冠心病心绞痛患者 PCI 术后心肌损伤标志物水平的影响[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2024, 16(2): 185–187, 192.

Clinical Observation of Banxia Gualou Xiebai Decoction in Treating Patients with Qi Deficiency and Blood Stasis Syndrome After PCI for Coronary Heart Disease

FAN Mingqiang, DU Li, YANG Xiangxiang, SI Qiaoke, DING Tao, PENG Zhengfei, JIANG Wensheng

Department of Cardiovascular Medicine, Affiliated Hospital of Gansu Medical College, Pingliang 744000, China

Abstract Objective: To explore the therapeutic effect of Banxia Gualou Xiebai Decoction on patients with qi deficiency and blood stasis syndrome after percutaneous coronary intervention (PCI) for coronary heart disease. Methods: A total of 154 patients with CHD who were treated with PCI in Affiliated Hospital of Gansu Medical College were selected from May 2023 to April 2024, and were randomized into control group ($n=77$, routine treatment after PCI) and observation group ($n=77$, Conventional treatment + Banxia Gualou Xiebai Decoction) by lottery method. The TCM syndromes scores, cardiac function indexes, blood lipid indexes and hemorheological indexes before and after treatment and occurrence of adverse events during treatment were compared between groups. Results: Compared with the control group, the scores of TCM syndromes in the observation group were lower after treatment ($P<0.05$). The LVESV and LVEDP in the observation group after treatment were lower while the LVEF was higher compared to the control group ($P<0.05$). The improvements of blood lipid indexes in the observation group were significantly better, which showed that the levels of TC, LDL-C and TG were significantly decreased while the level of HDL-C was significantly increased ($P<0.05$). Compared with the control group, the levels of hemorheology indexes were lower in the observation group after treatment ($P<0.05$). No significant difference was exhibited in the total incidence rate of adverse reactions between both groups ($P>0.05$). Conclusion: Banxia Gualou Xiebai Decoction can improve the clinical symptoms, cardiac function, blood lipid levels and hemorheological levels of patients with qi deficiency and blood stasis syndrome after PCI for coronary heart disease, and it is safe at the same time.

Key words Banxia Gualou Xiebai Decoction; Coronary heart disease; Percutaneous coronary intervention; Cardiac function