

心宝丸联合瑞舒伐他汀治疗冠心病心绞痛的临床研究

孙智勇, 李 雪, 王家武, 叶 平

淮南东方医院集团总医院 心血管内科, 安徽 淮南 232000

摘 要: **目的** 探讨心宝丸联合瑞舒伐他汀治疗冠心病心绞痛的临床疗效。**方法** 纳入 2022 年 8 月—2025 年 8 月淮南东方医院集团总医院收治的 92 例冠心病心绞痛患者的病例资料进行回顾性分析, 按治疗方案不同分为对照组和治疗组, 每组各 46 例。对照组口服瑞舒伐他汀钙片或瑞舒伐他汀钙胶囊, 10 mg/次, 每晚固定时间服用 1 次。在对照组基础上, 治疗组口服心宝丸, 2 丸/次, 3 次/d, 服药时间与瑞舒伐他汀间隔 1 h 以上。两组疗程均为 8 周。观察两组临床疗效, 比较两组治疗前后心绞痛表现、冠心病心绞痛患者报告临床结局评价量表 (CHD-PRO) 评分、西雅图心绞痛量表 (SAQ) 评分、症状自评量表 (SCL-90) 评分, 血小板参数血小板平均体积 (MPV)、红细胞分布宽度 (RDW)、血小板压积 (PCT), 及单核细胞与高密度脂蛋白胆固醇比值 (MHR)、系统性免疫炎症指数 (SII)、全身炎症反应指数 (SIRI) 水平。**结果** 治疗后, 治疗组总有效率为 95.65%, 明显高于对照组的 80.43% ($P < 0.05$)。治疗后, 两组患者心绞痛 NRS 评分与发作次数均较治疗前降低, 持续时间与硝酸甘油用量均减少 ($P < 0.05$), 且治疗组患者心绞痛表现均优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组 CHD-PRO、SAQ 评分都高于同组治疗前, SCL-90 评分都低于同组治疗前 ($P < 0.05$), 且治疗组评分均优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组患者 MPV、RDW、PCT、MHR、SII 和 SIRI 均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 同时较之对照组, 治疗组治疗后以上指标下降更明显 ($P < 0.05$)。**结论** 冠心病心绞痛给予心宝丸与瑞舒伐他汀联用治疗, 可协同缓解心绞痛症状、减少硝酸甘油用量, 在提升生活质量和改善心理状态方面具有优势, 并能进一步抑制血小板活化、调节血脂、减轻全身炎症反应, 调控疾病多重病理机制, 用药安全可靠。

关键词: 心宝丸; 瑞舒伐他汀钙片; 瑞舒伐他汀钙胶囊; 冠心病心绞痛; 血小板功能; 单核细胞与高密度脂蛋白胆固醇比值; 系统性免疫炎症指数; 全身炎症反应指数

中图分类号: R972 文献标志码: A 文章编号: 1674-5515(2026)09-2588-06

DOI: 10.7501/j.issn.1674-5515.2026.09.014

Clinical study on Xinbao Pills combine with and rosuvastatin in treatment of angina pectoris in coronary heart disease

SUN Zhiyong, LI Xue, WANG Jiawu, YE Ping

Department of Cardiovascular, General Hospital of Huainan Oriental Hospital Group, Huainan 232000, China

Abstract: Objective To investigate the clinical efficacy of Xinbao Pills combined with rosuvastatin in the treatment of angina pectoris in patients with coronary heart disease (CHD). **Methods** Clinical data of 92 patients with CHD-related angina pectoris admitted to Huainan Oriental Hospital Group General Hospital between August 2022 and August 2025 were retrospectively analyzed. According to different therapeutic regimens, the patients were divided into control group and treatment group, with 46 subjects in each group. Patients in the control group received oral rosuvastatin calcium (tablets or capsules) at a dose of 10 mg once every night. On the basis of rosuvastatin therapy, the treatment group was additionally given Xinbao Pills (2 pills, three times daily), with an administration interval of no less than 1 h from rosuvastatin. Both groups were treated for 8 weeks. The clinical efficacy was evaluated. Angina-related manifestations, scores of the Patient-Reported Outcome Scale for Coronary Heart Disease (CHD-PRO), Seattle Angina Questionnaire (SAQ), and Symptom Checklist-90 (SCL-90), platelet-related parameters including mean platelet volume (MPV), red cell distribution width (RDW) and platelet-crit (PCT), as well as monocyte-to-high-density-lipoprotein-cholesterol ratio (MHR), systemic immune-inflammation index (SII) and systemic inflammatory response index (SIRI) were compared before and after treatment between the two groups. **Results** After intervention, the overall effective rate in the treatment group reached 95.65%, which was significantly higher than

收稿日期: 2026-02-26

基金项目: 安徽省教育厅科学研究项目 (2025AHGZXK30068)

作者简介: 孙智勇, 主治医师, 研究方向是心脏射频消融术、永久性心脏起搏器植入术手术治疗。E-mail: szy1116087@163.com

80.43% in the control group ($P < 0.05$). Both groups exhibited reductions in the numerical rating scale (NRS) score, attack frequency and duration of angina, together with decreased nitroglycerin consumption after treatment ($P < 0.05$), and these improvements were more pronounced in the treatment group ($P < 0.05$). Post-treatment CHD-PRO and SAQ scores were elevated, whereas SCL-90 scores declined in both groups relative to baseline ($P < 0.05$), with superior outcomes observed in the treatment group ($P < 0.05$). Furthermore, MPV, RDW, PCT, MHR, SII and SIRI were markedly decreased in both groups after treatment ($P < 0.05$), and the declines of these markers were significantly greater in the treatment group than in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The combined therapy of Xinbao Pills and rosuvastatin exerts synergistic effects in relieving angina symptoms and reducing nitroglycerin requirements for patients with CHD-related angina pectoris. This regimen can improve patients' quality of life and psychological status, inhibit platelet activation, modulate lipid metabolism and alleviate systemic inflammatory responses by targeting multiple pathological pathways, with favorable safety and reliability for clinical application.

Key words: Xinbao Pills; Rosuvastatin Calcium Tablets; Rosuvastatin Calcium Capsules; coronary heart disease angina pectoris; platelet function; mononuclear cell to high-density lipoprotein cholesterol ratio; SII; SIRI

我国冠心病患病率约为 75.8/万, 随着年龄增长, 其患病率呈快速升高趋势^[1]。心绞痛作为该临床高发心血管疾病的典型症状, 病程迁延、病情易反复, 其病理基础在于冠状动脉粥样硬化斑块形成导致的管腔狭窄, 进而引发心肌缺血缺氧。该病症状主要为胸口突然出现持续几分钟至十几分钟的疼痛或压迫感, 多数在休息或含服硝酸酯类药物后缓解, 部分轻症或不典型病例可仅表现为胸闷、心悸、气短、乏力等非特异性症状, 易被临床忽视而延误诊治。若病情长期控制不佳, 可进一步进展为急性心肌梗死、心力衰竭等严重并发症, 不仅会导致患者劳动能力下降、生活质量大幅降低, 还会显著增加心血管事件的致死率^[2]。目前, 临床治疗冠心病心绞痛的核心原则是解除心肌缺血、改善冠脉供血、调节血脂代谢、稳定动脉粥样硬化斑块, 以此延缓病情进展, 降低并发症发生率, 常用治疗措施包括健康生活方式干预(饮食、运动、戒烟限酒等)、抗血小板聚集、调脂稳斑、抗心绞痛等综合治疗^[3]。瑞舒伐他汀为强效他汀类药物, 不仅能显著降低低密度脂蛋白胆固醇, 还能升高高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C), 更具备改善血管内皮功能、抗炎及稳定斑块的多效性, 是冠心病治疗的基石用药^[4]。心宝丸是调理心血管功能的中成药, 有温补心肾, 益气助阳, 活血通脉的功效, 适用于心肾阳虚, 心脉瘀阻引起的冠心病心绞痛^[5]。故而本研究针对冠心病心绞痛患者, 联合应用心宝丸与瑞舒伐他汀。

1 资料与方法

1.1 一般临床资料

纳入 2022 年 8 月—2025 年 8 月淮南东方医院集团总医院收治的 92 例冠心病心绞痛患者的病例资料进行回顾性分析。其中男性 51 例, 女性 41 例;

年龄 44~86 岁, 平均年龄(64.17 ± 11.32)岁; 合并高血压、2 型糖尿病、高脂血症各 55、31、48 例; 病程 1~12 年, 平均病程(6.75 ± 2.03)年; 心绞痛分级 I、II、III 级分别为 18、47、27 例。该研究通过淮南东方医院集团总医院医学伦理委员会审批(DF-LL-KY-2025-33)。

纳入标准: (1) 满足冠心病心绞痛诊断标准^[6]; (2) 意识清晰, 能配合完成临床治疗及各项指标检测; (3) 自愿签订知情同意书; (4) 合并高血压、糖尿病者血压、血糖控制基本平稳; (5) 心绞痛分级为 I~III 级; (6) 年龄 40~80 岁。

排除标准: (1) 心绞痛发作不典型, 或合并主动脉夹层、肺栓塞、肋间神经痛等其他可引起胸痛的疾病; (2) 合并严重肝肾功能不全、血液系统疾病、凝血功能障碍; (3) 妊娠、哺乳期女性; (4) 合并甲状腺功能异常、严重感染、恶性肿瘤、自身免疫性疾病; (5) 对瑞舒伐他汀、心宝丸中任一成分过敏; (6) 近 6 个月内接受过冠状动脉支架植入术等心血管介入或外科手术。

1.2 药物

瑞舒伐他汀钙片由石家庄四药有限公司(规格 10 mg/片, 产品批号 RC25072201)、山东鲁抗医药股份有限公司(规格 10 mg/片, 产品批号 6B240903)、合肥英太制药有限公司(规格 10 mg/片, 产品批号 02220614、02220831)生产; 瑞舒伐他汀钙胶囊由鲁南贝特制药有限公司生产, 规格 5 mg/粒, 产品批号 48220702、48221204、48240402、48250602; 心宝丸由广东太安堂药业股份有限公司生产, 规格 60 mg/丸, 产品批号 2206044、2309137、2410105、2505078。

1.3 分组和治疗方法

按治疗方案不同分为对照组和治疗组, 每组各

46 例。对照组男性 24 例, 女性 22 例; 年龄 45~86 岁, 平均年龄 (64.52±11.40) 岁; 合并高血压、2 型糖尿病、高脂血症各 29、17、23 例; 病程 1~12 年, 平均病程 (6.82±2.05) 年; 心绞痛分级 I、II、III 级各 10、23、13 例; 治疗组男性 27 例, 女性 19 例; 年龄 44~84 岁, 平均年龄 (63.81±11.23) 岁; 合并高血压、2 型糖尿病、高脂血症各 26、14、25 例; 病程 1~11 年, 平均病程 (6.69±2.01) 年; 心绞痛分级 I、II、III 级各 8、24、14 例。两组基线资料比较差异无统计学意义, 满足可比性要求。

患者均接受标准常规治疗, 包括监测心率、血压及心肌缺血情况, 给予低盐低脂饮食、戒烟限酒、规律作息等生活方式干预, 减少心肌耗氧诱发因素, 必要时给予硝酸酯类药物, 合并高血压、糖尿病患者继续给予常规降压、降糖药物维持病情平稳。对照组患者口服瑞舒伐他汀钙片或瑞舒伐他汀钙胶囊, 10 mg/次, 每晚固定时间服用 1 次。在对照组基础上, 治疗组口服心宝丸, 2 丸/次, 3 次/d, 服药时间与瑞舒伐他汀间隔 1 h 以上。两组疗程均为 8 周。

1.4 疗效判定标准^[7]

显效: 心绞痛症状和心电图几乎完全恢复正常; 有效: 心绞痛症状和心电图异常虽未达显效标准, 但明显改善; 无效: 心绞痛症状和心电图未改变; 加重: 心绞痛症状和心电图恶化。

总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数

1.5 观察指标

1.5.1 心绞痛表现 采用数字评定量表 (NRS) 评估疼痛程度, 在 0~10 分的评分范围内, 得分越高提示疼痛程度越强烈^[8]; 同时记录心绞痛每周发作次数、每次持续时间, 统计每周硝酸甘油用量。

1.5.2 冠心病心绞痛患者报告临床结局评价量表 (CHD-PRO) 其包含 30 个条目, 涉及独立性、社会关系、心理等 5 个领域, 每个条目计 1~5 分, 根据得分计算标准分, 评分范围 20~100 分, 得分越高提示临床结局越好^[9]。

1.5.3 西雅图心绞痛量表 (SAQ) 其包含 19 个条目, 涉及心绞痛稳定状态、治疗满意度、躯体活动受限程度等 5 个维度, 采用百分制评分, 分值越高提示心绞痛相关生活质量越好^[10]。

1.5.4 症状自评量表 (SCL-90) 其包含 90 个条目, 涉及强迫症状、人际关系敏感、抑郁、焦虑等 9 个因子, 每个条目采用 1~5 级评分, 总分范围 90~450 分, 得分越高表示心理症状负荷越重^[11]。

1.5.5 血小板参数 治疗前后采集患者 5 mL 空腹静脉血, 以 BC-6800 型全自动血液细胞分析仪 (深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公司) 测定血常规, 记录血小板平均体积 (MPV)、红细胞分布宽度 (RDW)、血小板压积 (PCT)。

1.5.6 单核细胞 (MONO) 与 HDL-C 比值 (MHR)、系统性免疫炎症指数 (SII) 和全身炎症反应指数 (SIRI) 基于上述血常规检测结果, 使用 7600-020 型全自动生化分析仪检测获得 HDL-C 水平 (使用日本日立公司), 计算 MHR、SII [血小板计数 (PLT) × 中性粒细胞计数 (NEU) / 淋巴细胞计数 (LYM)]、和 SIRI [(NEU × MONO) / LYM]。

1.6 不良反应观察

记录药物不良反应, 如肌痛、头晕、便秘等。

1.7 统计学分析

使用 SPSS 28.0 统计软件包处理数据, 分别以百分比、 $\bar{x} \pm s$ 的形式表示计数资料与计量资料, 同时分别选用 χ^2 与 t 检验。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗后, 治疗组总有效率为 95.65%, 明显高于对照组的 80.43% ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组心绞痛表现比较

治疗后, 两组患者心绞痛 NRS 评分与发作次数均较治疗前降低, 持续时间与硝酸甘油用量均减少 ($P < 0.05$); 且治疗组患者心绞痛表现均优于对照组 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 两组临床疗效比较

Table 1 Comparison on clinical efficacy between two groups

组别	n/例	显效/例	有效/例	无效/例	加重/例	总有效率/%
对照	46	19	18	9	0	80.43
治疗	46	28	16	2	0	95.65*

与对照组比较: * $P < 0.05$ 。

* $P < 0.05$ vs control group.

2.3 两组 CHD-PRO、SAQ 和 SCL-90 评分比较

治疗后，两组 CHD-PRO、SAQ 评分都高于同组治疗前，SCL-90 评分都低于同组治疗前 ($P<0.05$)；且治疗组评分均优于对照组 ($P<0.05$)，见表 3。

2.4 两组血小板参数比较

治疗后，两组患者 MPV、RDW 和 PCT 均降低

($P<0.05$)，同时较之对照组，治疗组治疗后以上血小板参数下降更明显 ($P<0.05$)，见表 4。

2.5 两组 MHR、SII 和 SIRI 比较

治疗后，两组 MHR、SII 和 SIRI 都降低 ($P<0.05$)，同时较之对照组，治疗组 MHR、SII 和 SIRI 均更低 ($P<0.05$)，见表 5。

表 2 两组心绞痛表现比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison on angina pectoris symptoms between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	观察时间	疼痛 NRS 评分	发作次数/(次·周 ⁻¹)	持续时间/(min·次 ⁻¹)	硝酸甘油用量/(mg·周 ⁻¹)
对照	46	治疗前	5.77±1.12	7.38±1.65	8.81±2.19	10.47±2.23
		治疗后	3.64±0.73*	4.07±0.82*	4.89±1.06*	3.86±0.84*
治疗	46	治疗前	5.83±1.10	7.49±1.71	8.67±2.31	10.72±4.28
		治疗后	2.45±0.52*▲	2.61±0.68*▲	3.25±0.70*▲	2.76±0.63*▲

与同组治疗前比较：* $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较：▲ $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs same group before treatment; ▲ $P<0.05$ vs control group after treatment.

表 3 两组 CHD-PRO、SAQ 和 SCL-90 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison on CHD-PRO, SAQ, and SCL-90 scores between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	观察时间	CHD-PRO 评分	SAQ 评分	SCL-90 评分
对照	46	治疗前	55.16±7.89	50.94±8.71	171.24±21.67
		治疗后	68.43±8.11*	64.85±9.62*	152.47±19.36*
治疗	46	治疗前	54.32±8.17	51.83±9.24	168.36±20.51
		治疗后	79.67±7.26*▲	73.29±8.13*▲	135.18±17.73*▲

与同组治疗前比较：* $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较：▲ $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs same group before treatment; ▲ $P<0.05$ vs control group after treatment.

表 4 两组血小板参数比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison on platelet parameters between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	观察时间	MPV/fL	RDW/%	PCT/%
对照	46	治疗前	12.34±1.47	14.29±1.75	0.341±0.058
		治疗后	11.62±1.31*	13.45±1.41*	0.269±0.042*
治疗	46	治疗前	12.28±1.53	14.37±1.82	0.338±0.051
		治疗后	10.71±1.12*▲	12.86±1.23*▲	0.201±0.038*▲

与同组治疗前比较：* $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较：▲ $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs same group before treatment; ▲ $P<0.05$ vs control group after treatment.

表 5 两组 MHR、SII 和 SIRI 比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 5 Comparison on MHR, SII, and SIRI between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	观察时间	MHR	SII	SIRI
对照	46	治疗前	0.46±0.11	668.93±145.27	1.29±0.32
		治疗后	0.35±0.07*	580.36±126.82*	1.17±0.21*
治疗	46	治疗前	0.48±0.12	672.74±148.53	1.22±0.35
		治疗后	0.29±0.06*▲	523.21±112.46*▲	0.91±0.18*▲

与同组治疗前比较：* $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较：▲ $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs same group before treatment; ▲ $P<0.05$ vs control group after treatment.

2.6 两组不良反应比较

对照组(46例)发生肌痛、头晕、便秘各1例;治疗组(46例)观察到肌痛、口干各1例,恶心2例。治疗组不良反应发生率(8.70%)与对照组(6.52%)比较差异无统计学意义。

3 讨论

冠心病心绞痛是临床常见的缺血性心血管疾病,其诊治核心在于早期干预动脉粥样硬化进展、快速缓解心肌缺血症状,当前临床虽已形成综合治疗体系,但因患者个体差异、发病诱因复杂等因素,部分患者单一治疗效果欠佳,仍存在心绞痛反复发作情况。该病的发生是多因素共同作用的结果,除遗传易感性外,高脂血症、高血压、糖尿病、肥胖及不良生活习惯均为主要诱因,其核心发病过程为冠状动脉内皮损伤后脂质沉积,形成动脉粥样硬化斑块,导致血管管腔狭窄,同时伴随炎症反应激活、血小板聚集,进一步加重心肌供血供氧失衡,最终引发心绞痛发作^[12]。

调脂治疗是冠心病心绞痛综合治疗的关键环节,其中降低低密度脂蛋白胆固醇水平、稳定动脉粥样硬化斑块,可有效延缓病情进展,降低心肌梗死等严重并发症发生率^[13]。瑞舒伐他汀作为临床一线他汀类调脂药物,其药理作用主要通过抑制羟甲基戊二酰辅酶A还原酶活性,减少胆固醇合成,同时可抑制血管内皮炎症反应、改善内皮功能、稳定斑块,还能轻度升高HDL-C,从而减轻冠状动脉狭窄程度,缓解心肌缺血,在冠心病心绞痛的治疗中具有重要临床价值^[14]。然而,瑞舒伐他汀单一应用时,对心肌收缩功能及微循环障碍的改善作用有限,难以快速缓解心绞痛急性发作症状,且长期使用存在肝酶升高、肌肉不良反应等风险,因此临床常需联合其他不同作用机制的药物,以进一步提升治疗效果。

中医学中,冠心病心绞痛属“胸痹”等范畴,中医药可作为重要补充治疗手段,弥补化学药单一靶点治疗的不足,从病因病机层面标本兼顾,改善患者整体状态。心肾阳虚、心脉瘀阻是该心血管疾病的常见证型,其病因多与年老体衰、久病耗伤、情志失调相关,病机核心为心肾阳气亏虚、无力推动血行,致心脉瘀滞不畅,心肌失于温煦濡养而发为胸痛。故治疗应以“温补心肾、益气活血、通脉止痛”为核心原则。心宝丸是临床治疗该证型冠心病心绞痛的常用中成药,由洋金花、三七、鹿茸、

人参、麝香、蟾酥等9味中药材配伍制成,整体具有温肾养心、益气扶阳、温通心脉、调和气血、活血化瘀、通络止痛等功效,高度契合冠心病心绞痛心肾阳虚、心脉瘀阻证之核心病机。现代药理研究表明,心宝丸可扩张冠状动脉、增加冠脉血流量,改善心肌缺血缺氧状态,同时能调节心肌收缩功能、减轻心肌损伤,还可辅助调节血脂代谢、抑制血小板聚集,从而可在冠心病心绞痛等疾病治疗中发挥良好效果^[15]。本研究结果显示,对照组总有效率为80.43%,治疗组加用心宝丸后提升至95.65%;治疗后两组心绞痛表现(疼痛NRS评分、发作次数等)及CHD-PRO、SAQ、SCL-90评分均改善,且治疗组上述指标改善幅度均优于对照组。该结果表明,心宝丸联合瑞舒伐他汀可发挥机制互补作用,协同提升治疗效果,有效缓解心绞痛症状、改善患者临床结局、生活质量及心理状态。两组不良反应发生率(8.70% vs 6.52%)比较差异无统计学意义,提示联合用药后安全风险未显著增加。

冠心病心绞痛的病理进程与血小板活化、炎症反应及脂质代谢紊乱密切相关。MPV是反映血小板体积大小及活性的参数,体积较大的血小板含有更丰富的致密颗粒与糖原,其代谢活性和聚集能力更强,更易参与血栓形成^[16]。RDW作为红细胞体积异质性的指标,其升高与冠心病患者体内的慢性炎症状态和氧化应激水平密切相关,炎症因子可干扰红细胞成熟,导致未成熟红细胞释放入血,RDW值增高,会加重血液黏稠度,减缓血流速度,可同时反映血管内皮功能紊乱和微循环障碍^[17]。PCT与血小板数量及活化程度正相关,其升高提示血小板聚集能力增强,冠脉内血栓形成风险增加^[18]。MHR将MONO(代表炎症活性)与HDL-C(具抗炎、抗氧化功能)相结合,冠心病患者MHR升高源于MONO增加与HDL-C降低,MONO分化为巨噬细胞参与斑块脂质沉积,HDL-C的抗动脉粥样硬化作用减弱,共同加速病情进展,是评估斑块炎症与脂质代谢异常的重要指标^[19]。SII通过PLT、NEU与LYM全面反映机体免疫炎症平衡,NEU促进炎症反应,LYM参与免疫调节,PLT参与血栓形成与炎症放大,SII升高提示促炎-促血栓状态占优^[20]。SIRI则重点反映NEU与MONO驱动的先天的免疫反应,二者释放的炎性递质会加剧冠脉炎症浸润,加重内皮损伤,SIRI升高与动脉粥样硬化斑块内炎症细胞浸润及斑块不稳定性密切相关^[21]。本研究,治疗后

两组 MPV、PCT、RDW 及 MHR、SII、SIRI 水平均较治疗前显著降低,且治疗组低于对照组;表明心宝丸联合瑞舒伐他汀可有效抑制血小板活化、调节脂质代谢、减轻全身炎症反应,协同调控冠心病心绞痛的多重病理机制,从而延缓疾病进展。

综上所述,冠心病心绞痛给予心宝丸与瑞舒伐他汀联用治疗,可协同缓解心绞痛症状、减少硝酸甘油用量,在提升生活质量和改善心理状态方面具有优势,并能进一步抑制血小板活化、调节血脂、减轻全身炎症反应,调控疾病多重病理机制,用药安全可靠,值得临床推广应用。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 国家心血管病中心,中国心血管健康与疾病报告编写组,胡盛寿.中国心血管健康与疾病报告 2024 概要[J].中国循环杂志,2025,40(6): 521-559.
- [2] 郑效坤.冠心病心绞痛的研究现状[J].中国伤残医学,2015,23(8): 206-206.
- [3] 常书福.冠心病药物治疗进展[J].中国临床药理学与治疗学,2022,27(4): 405-408.
- [4] 刘阳春,李浪.瑞舒伐他汀在心血管疾病中的应用进展[J].中国循环杂志,2014,29(8): 658-660.
- [5] 余传隆.中国临床药物大辞典-中药成方制剂卷[M].北京:中国医药科技出版社,2018: 2425.
- [6] 林果为,王吉耀,葛均波.实用内科学[M].第 15 版.北京:人民卫生出版社,2017: 965-966.
- [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: 68-73.
- [8] 万丽,赵晴,陈军,等.疼痛评估量表应用的中国专家共识(2020 版)[J].中华疼痛学杂志,2020,16(3): 177-187.
- [9] 中华中医药学会心血管病分会.冠心病心绞痛患者报告的结局评价量表[J].中国实验方剂学杂志,2018,24(15): 11-15.
- [10] 李静,常改.西雅图量表测量冠心病患者生活质量的评价[J].中国公共卫生,2004,20(5): 594.
- [11] 王极盛,韦筱青,丁新华.中国成人心理健康量表的编制与其标准化[J].中国公共卫生,2006,22(2): 137-138.
- [12] 石衍梅,李洁,蔚若川,等.冠心病发病机制研究进展[J].中国冶金工业医学杂志,2016,33(2): 137-138.
- [13] 魏亮.他汀类药物对冠心病的研究进展[J].中国城乡企业卫生,2021,36(5): 51-53.
- [14] 吴静.瑞舒伐他汀的药理分析及抗动脉粥样硬化的临床应用价值[J].中国实用医药,2016,11(2): 121-122.
- [15] 清音.心宝丸的药理作用和临床研究[J].中国处方药,2004,2(10): 69-70.
- [16] 黎鹏,何立,张光宇,等.NLR、MPV 及 hs-CRP 与冠心病的临床类型及冠脉狭窄程度的关联[J].心脏杂志,2015,27(1): 23-26.
- [17] 蒋宏辉,王志英,邹小慧,等.血小板和红细胞参数在心绞痛进展中的评估价值[J].中国城乡企业卫生,2020,35(4): 177-179.
- [18] 钟东.冠心病患者血清肿瘤坏死因子、C-反应蛋白及血小板参数变化的临床意义[J].南方医科大学学报,2010,30(8): 2005-2006.
- [19] 董昭杰,徐西子,李广平.单核细胞/高密度脂蛋白胆固醇比值与冠状动脉 Gensini 评分的关系[J].天津医科大学学报,2017,23(2): 157-160.
- [20] 范文俊,刘静怡,史菲,等.新型炎症指标对冠状动脉疾病的诊断预测价值[J].医学研究杂志,2021,50(1): 80-85.
- [21] Urbanowicz T, Michalak M, Komosa A, et al. Predictive value of systemic inflammatory response index (SIRI) for complex coronary artery disease occurrence in patients presenting with angina equivalent symptoms[J]. *Cardiol J*, 2024, 31(4): 583-595.

【责任编辑 金玉洁】