

炙甘草汤辅助治疗对急性心肌梗死PCI术后患者左心室功能及冠脉造影结果的影响评价

魏鸾颖¹ 李继忠²

1. 廊坊市人民医院药学部 河北 廊坊 065000

2. 河北中石油中心医院急诊科 河北 廊坊 065000

摘要: **目的:** 探究炙甘草汤辅助治疗对急性心肌梗死经皮冠状动脉介入术 (PCI) 术后患者左心室功能及冠脉造影结果影响。**方法:** 选我院2022年1月至12月期间96例急性心肌梗死PCI患者, 随机分为A组、B组, 各48例, 分别实施西药治疗、炙甘草汤联合西药治疗, 均治疗7d, 比较两组治疗效果、治疗前后左心室功能、冠脉造影检查结果、心肌损伤指标及不良反应发生率。**结果:** B组治疗有效率较A组高 ($P < 0.05$); 治疗前B组左室射血分数 (LVEF)、左室舒张末期前内径 (LVEDd)、左室收缩末期前内径 (LVESd) 水平均与A组相近 ($P > 0.05$); 治疗后B组LVEF水平较A组高, LVESd、LVEDd水平较A组低 ($P < 0.05$); 治疗前B组心肌着色分级 (MBG) 占比情况与A组相近 ($P > 0.05$); 治疗后B组MBG中3级占比水平较A组高 ($P < 0.05$); 治疗前B组超敏C反应蛋白 (hs-CRP)、白细胞介素-6 (IL-6)、肌酸磷酸激酶同工酶 (CK-MB)、N末端B型脑钠肽前体 (NT-proBNP) 水平与A组相近 ($P > 0.05$); 治疗后B组hs-CRP、IL-6、CK-MB、NT-proBNP水平均较A组低 ($P < 0.05$); 两组治疗期间均未见明显不良反应。**结论:** 对急性心肌梗死PCI术后西药治疗基础上, 联合炙甘草汤辅助治疗, 可提升治疗效果, 改善其心功能指标及心肌微循环, 降低心肌损伤程度, 且安全性良好。

关键词: 急性心肌梗死; 炙甘草汤; 左心室功能

急性心肌梗死临床常见, 发病基础为冠状动脉急性狭窄梗塞引发的心肌缺血性损伤, 出现心肌循环障碍、左心室功能障碍等症状, 易引发心室重构, 诱发心力衰竭, 威胁其生命安全。经皮冠状动脉介入术 (PCI), 通过血管介入置入冠脉支架, 可在短时间内快速解除冠脉梗阻症状, 改善心肌血液循环, 促进其心功能恢复^[1]。但受患者心肌损伤程度、缺血再灌注损伤、再栓塞等因素影响, 患者术后早期仍存在明显心功能障碍症状, 需加强药物治疗, 以保持其心功能稳定。抗凝、抗血小板、降脂等为PCI术后常见治疗方案, 但对改善患者心肌细胞血流灌注效果有限。中医认为, 该病属“胸痹”、“真

心痛”等范畴, 病机为痰瘀互结、气血虚亏, 使心脉失养而发病。炙甘草汤出自《伤寒论》, 为补益剂, 具通阳复脉、益气滋阴之效, 主治阴血阳气虚弱、心脉失养^[2]。为此, 本次研究选我院2022年1月至12月期间96例急性心肌梗死PCI患者, 探究在其术后常规治疗基础上, 应用炙甘草汤治疗对其影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选我院2022年1月至12月期间96例急性心肌梗死PCI患者, 随机分为A组、B组, 各48例; B组患者一般资料水平与A组相近 ($P > 0.05$); 研究符合医学伦理, 见表1。

表1 一般资料

组别	n	男/女 (n, 例)	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	体质量指数 ($\bar{x} \pm s$, kg/m^2)	合并症[n(%)]	
					高血压	糖尿病
A组	48	25/23	67.80±5.34	24.23±2.04	21 (43.75)	5 (10.42)
B组	48	27/21	68.11±6.29	25.18±2.97	24 (50.00)	8 (16.67)
t/χ^2		0.168	0.260	1.827	0.376	0.801
P		0.682	0.795	0.071	0.539	0.371

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①符合急性心肌梗死诊断标准^[3]; ②符合PCI治疗指征^[4], 顺利完成治疗; ③精神、认知正常, 可

遵医嘱用药; ④对研究知情同意。

排除标准: ①凝血功能障碍; ②其它心脏疾病 (风湿性心脏病、心脏破裂等); ③合并感染性疾

病；④合并恶性肿瘤；⑤近期脑卒中病史；⑥失访、其它原因死亡。

1.3 方法

A组（常规西药治疗）：PCI术后常规抗凝、抗血小板、降脂、降压等西药治疗。

B组（常规西药治疗联合炙甘草汤治疗）：在A组治疗基础上，应用炙甘草汤治疗：炙甘草、党参、麦冬各15g，生地黄30g，阿胶20g，桂枝、大枣、麻仁各10g，水煎服，每日1剂，早晚温服。

两组均持续治疗14d后评价疗效。

1.4 观察指标

（1）治疗效果：a显效：胸闷、胸痛、烦躁易怒等症状消失或显著改善；b有效：胸闷、胸痛、烦躁易怒等症状较治疗前有所改善；c无效：与治疗前相比症状无明显改善；有效率 = (a+b) / 例数 × 100%；（2）左心室功能：以美国GE彩色多普勒超声（Vivid E9）检测患者左心室功能，包括左室射血分数（LVEF）、左室舒张末期内

径（LVEDd）、左室收缩末期内径（LVESd）；（3）冠脉造影检查结果：以心肌着色分级（MBG）^[5]表示，包括0~3级；0级表示心肌无着色，1级表示心肌轻微着色，2级表示心肌中度着色，较梗死区域着色浅，3级表示心肌着色正常；（4）心肌损伤指标：采集患者治疗前、后3mL空腹静脉血，离心（3000r/min，离心10min，离心半径为10cm）取上清，以酶联免疫吸附法检测其超敏C反应蛋白（hs-CRP）、白细胞介素-6（IL-6）、肌酸磷酸激酶同工酶（CK-MB）、N末端B型脑钠肽前体（NT-proBNP）水平；（5）统计比较两组不良反应。

1.5 统计学

（%）、 $(\bar{x} \pm s)$ 分别表示计数、符合正态分布的计量资料，分别以 χ^2 、 t 检验； $P < 0.05$ 为统计学结果判定标准；统计学软件为SPSS24.0。

2 结果

2.1 治疗效果

B组治疗有效率较A组高（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 治疗效果[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	有效率
A组	48	13 (27.08)	26 (54.17)	9 (18.75)	81.25 (39/48)
B组	48	18 (37.50)	28 (58.33)	2 (4.17)	95.83 (46/48)
χ^2					5.031
P					0.025

2.2 左心室功能

治疗前B组LVEF、LVESd、LVEDd水平均与A组相近

（ $P > 0.05$ ）；治疗后B组LVEF水平较A组高，LVESd、LVEDd水平较A组低（ $P < 0.05$ ），见表3。

表3 左心室功能（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	LVEF (%)		LVESd (mm)		LVEDd (mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	48	45.98±4.10	53.32±5.49	39.22±4.27	38.65±6.37	53.69±3.41	51.33±2.96
B组	48	44.81±5.34	57.20±4.75	40.37±5.18	36.02±5.22	54.58±4.25	48.40±3.17
t		1.204	3.703	1.187	2.212	1.132	4.680
P		0.232	< 0.001	0.238	0.029	0.261	< 0.001

2.3 冠脉造影检查结果

治疗前B组MBG占比情况与A组相近（ $P > 0.05$ ）；

治疗后B组MBG中3级占比水平较A组高（ $P < 0.05$ ），见表4。

表4 冠脉造影检查结果[n(%)]

组别	n	治疗前				治疗后			
		0级	1级	2级	3级	0级	1级	2级	3级
A组	48	19 (39.58)	29 (60.42)	4 (8.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (4.17)	12 (25.00)	34 (70.83)
B组	48	21 (43.75)	25 (52.08)	2 (4.17)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.08)	5 (10.42)	42 (87.50)
χ^2		0.171	0.677	0.711	—	—	0.000	3.503	4.042
P		0.679	0.411	0.399	—	—	1.000	0.061	0.044

2.4 心功能指标

治疗前B组hs-CRP、IL-6、CK-MB、NT-proBNP水平

与A组相近（ $P > 0.05$ ）；治疗后B组hs-CRP、IL-6、CK-MB、NT-proBNP水平均较A组低（ $P < 0.05$ ），见表5。

表5 心功能指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	hs-CRP (mg/L)		IL-6 (ng/L)		CK-MB (U/L)		NT-proBNP (pg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	48	2.42±0.33	2.07±0.25	42.31±6.62	35.69±5.27	42.09±6.21	35.54±6.64	2.43±0.51	2.02±0.33
B组	48	2.45±0.39	1.80±0.41	43.34±5.82	29.40±4.11	43.52±5.61	31.02±5.37	2.48±0.48	1.84±0.26
t		0.407	3.895	0.810	6.521	1.184	3.667	0.495	2.968
P		0.685	< 0.001	0.420	< 0.001	0.239	< 0.001	0.622	0.004

2.5 不良反应

两组治疗期间均未见明显不良反应。

3 讨论

急性心肌梗死患者PCI术后早期,仍存在明显心功能障碍症状,需通过抗凝、抗血小板等治疗以保持冠脉内径稳定,以保持心肌细胞血流灌注,改善其左心室功能,但康复速度较慢^[6]。且受患者术后早期心功能状态影响,单纯应用西药治疗效果相对有限。

中医认为,该病病机为阴血不足、阳气虚弱,致气血虚亏,使心脉失养、虚劳肺痿,需益气滋阴、通阳复脉治疗。炙甘草汤主治阴血阳气虚弱,可滋心阴、养心血、益心气、温心阳,以复脉定悸^[7]。本次研究结果显示,B组治疗有效率较A组高,治疗后B组LVEF水平较A组高,LVESd、LVEDd水平较A组低,且治疗后B组MBG中3级占比水平较A组高,且心肌损伤指标水平较A组低,提示对该病PCI术后用药治疗中,联合炙甘草汤治疗,可提升治疗效果,抑制左心室重构,改善心肌细胞血流灌注,考虑原因为,炙甘草汤方中,生地黄为君药,可通血脉、益气力,补五脏内伤,配伍大枣、党参、炙甘草可补益脾气、滋养心脉,以资气血生化之源;麦冬、麻仁、阿胶可养心血、充血脉,共为臣药;桂枝为佐使,可通血脉、温心阳,以补阳气虚弱,改善临床症状,提升治疗效果^[8]。现代药理研究发现,生地黄具降低心肌细胞耗氧量、抗菌、降血糖等作用,可减轻心肌细胞在缺血状态下损伤程度,同时可降低外周血管阻力,降低血压水平,改善心肌细胞血流灌注;党参具抗血栓、改善微循环、抗心肌缺血等作用;炙甘草具抗心律失常、镇静等作用,在改善患者心功能同时,可缓解疾病状态下患者焦虑情绪,控制不良情绪对其心脏负荷影响;大枣具增强肌力、镇静催眠等作用,可辅助炙甘草稳定患者心理应激情绪,保持其血流动力学稳定性;麦冬具抗血栓形成、抗心肌缺血等作用,同时其活性成分鲁斯可皂苷元具保护心血管内皮细胞功能,可在维持其心肌细胞血流灌注基础上,降低继发性血栓形成发生风险;麻仁具抗心律失常、降压、抗血栓等作用;阿胶具抗凝血、治疗失血性贫血等作用。因此在应用炙甘草汤治疗中,可通过其抗血栓、抗心律失

常、减轻血管内皮细胞损伤、改善微循环作用下快速改善患者心肌细胞循环状态,减轻缺血缺氧氧化应激反应对其心肌细胞损伤,进而可促进其左心室功能恢复,维持PCI术后冠脉内径稳定性、抑制心室重构^[9-10]。

综上,对急性心肌梗死PCI术后西药治疗基础上,联合炙甘草汤辅助治疗,可提升治疗效果,改善其心功能指标及心肌微循环,降低心肌损伤程度,且安全性良好。

参考文献

- [1]王岚,马玉良,王伟民,等.急性ST段抬高型心肌梗死患者经皮冠状动脉介入治疗后冠状动脉微循环障碍及其对心功能影响的研究[J].中国介入心脏病学杂志,2022,30(1):33-37.
- [2]包宇,胡宇才,黄金雨,等.炙甘草汤调控离子通道对室性快速性心律失常作用机制的研究进展[J].中华中医药学刊,2022,40(8):100-102.
- [3]张敏州,丁邦晗,林谦.急性心肌梗死中医临床诊疗指南[J].中华中医药杂志,2021,36(7):4119-4127.
- [4]中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组,中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国经皮冠状动脉介入治疗指南(2016)[J].中华心血管病杂志,2016,44(5):382-400.
- [5]常冰,郭鑫鑫.血栓抽吸给药在STEMI患者PCI术后的应用效果[J].河南医学研究,2021,30(31):5802-5804.
- [6]邹华伟,周金锋,赵勇,等.急诊PCI与延迟PCI对急性非ST段抬高型心肌梗死患者的临床疗效对比研究及其心功能的影响[J].临床和实验医学杂志,2021,20(16):1692-1696.
- [7]王琳,王湘竹,贺海东,等.应用VVI技术分析炙甘草汤对心肌应变的作用[J].重庆医学,2021,50(9):1494-1497+1503.
- [8]徐辰,汤加,董赟,等.炙甘草汤对实验性自身免疫性心肌炎的治疗作用及机制研究[J].中国循证心血管医学杂志,2022,14(1):66-70+74.
- [9]王宇,徐国新,叶正洪,等.炙甘草汤加减治疗室性期前收缩的临床研究[J].现代中西医结合杂志,2022,31(2):228-232.
- [10]王鹏,韩静华,范东娜.加减炙甘草汤辅助治疗对冠状动脉分叉病变术后心律失常患者血流动力学及心肌酶水平的影响[J].国际中医中药杂志,2022,44(7):754-758.