

参七汤对急性心肌梗死PCI术后患者心功能及炎症因子的影响分析

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:** 探析参七汤在急性心肌梗死经皮冠状动脉介入 (PCI) 术后患者中的应用效果。**方法:** 研究开始和结束时间分别为2021.06、2022.06, 将这一期间在我院行PCI治疗的78例急性心肌梗死患者作为分析对象, 按照治疗方案不同将其分为两组: A组 (39例, 常规西医治疗)、B组 (39例, 常规西医治疗+参七汤), 对比心功能指标、炎症因子水平、血脂水平以及心血管不良事件发生率。**结果:** A组和B组急性心肌梗死患者心功能指标治疗前后对比无意义 ($P > 0.05$); 在经过1个月药物治疗后, 各项心功能指标较之前均有改善, 相较于A组, B组LVEF水平更高, LVEDD、LVESD水平更低 ($P < 0.05$); hs-CRP、IL-6、IL-10水平, A组和B组治疗前对比无意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 炎症因子水平较治疗前有所改变, 相较于A组, B组hs-CRP、IL-6水平更低, IL-10水平更高 ($P < 0.05$); 血脂水平, 治疗前, A组和B组对比无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组患者血脂水平较之前均有下降, 且B组TC、TG、LDL-C下降效果明显高于A组 ($P < 0.05$); B组心血管不良事件发生率 (4例、10.26%) 明显低于A组 (11例、28.20%), $P < 0.05$ 。**结论:** 参七汤可改善急性心肌梗死PCI术后患者炎症因子水平和血脂水平, 提升患者心功能, 降低心血管不良事件发生率, 具有推广价值。

关键词: 急性心肌梗死; 经皮冠状动脉介入术; 参七汤; 心功能; 炎症因子; 血脂

急性心肌梗死是一种急性发作的严重冠心病, 其有着起病突然、进展迅速等特点, 可引起剧烈胸痛、呼吸困难等症状, 一旦救治不及时, 可引起猝死、休克, 影响患者的寿命^[1]。经皮冠状动脉介入 (PCI) 对于急性心肌梗死有着良好的治疗效果, 可短时间内改善患者心肌供血, 减少心肌细胞损伤及凋亡, 促进患者病情康复, 但术中操作会一定程度损伤血管内皮, 引起机体炎症反应, 增大心力衰竭、心绞痛等心脏不良事件发生风险, 影响患者预后效果^[2]。有研究表明, 在急性心肌梗死PCI术后应用参七汤治疗, 可修复损伤的血管内皮, 抑制血小板聚集, 促进人体微循环, 减轻体内炎症因子水平, 促进患者心功能恢复^[3]。基于此, 本研究将以我院行PCI治疗的78例急性心肌梗死患者 (截取时间: 2021.06-2022.06) 为例, 经分组对比来具体分析参七汤临床应用效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

研究开始和结束时间分别为2021.06、2022.06, 按照治疗方案不同将这一期间参与研究的78例行PCI治疗的急性心肌梗死患者分为两组, 分别为A组和B组。在A组39例急性心肌梗死患者中, 男、女占比为22:17, 病例

中最大者75岁, 最小者50岁, 发病至手术时间2~8h, 平均年龄和发病至手术时间分别为 (62.13±5.14) 岁、(3.52±0.74) h。在B组39例急性心肌梗死患者中, 男、女占比为21:18, 病例中最大者78岁, 最小者53岁, 发病至手术时间2~7h, 平均年龄和发病至手术时间分别为 (63.28±5.39) 岁、(3.48±0.71) h。对比两组基本资料, 均衡可比 ($P > 0.05$)。纳入标准: 入院时均表现出胸痛症状, 经血液指标检查、超声心动图检查、心导管检查等确诊为急性心肌梗死; 符合PCI手术指征; 知情研究, 自愿参与。排除标准: 合并肝肾等重要脏器严重病变; 精神性疾病、认知功能异常; 对参七汤以及治疗药物严重过敏; 凝血功能障碍; 不遵医嘱用药。

1.1.2 方法

对A组患者应用常规西医治疗, 指导患者口服德国拜耳医药保健公司生产的阿司匹林肠溶片 (J20171021), 每次100mg, 每天一次; 口服深圳信立泰药业股份有限公司生产的硫酸氢氯吡格雷片 (H20000542), 每次75mg, 每天一次; 口服辉瑞制药有限公司生产阿托伐他汀 (H20051408), 每次20mg, 每天一次。

B组患者在上述基础上应用参七汤, 药方组成: 15克三七、各12克 (人参、黄芪、制川乌、制草乌)、各

10克(当归、半枝莲)、各8克(木香、陈皮),用水煎制,每天一剂,分早晚两次服用。

两组患者均严格遵照医嘱服药1个月,期间密切监测患者血压、血脂等变化,指导患者科学饮食、规律作息、适当运动等。

1.3 观察指标

将以心功能指标、炎症因子水平、血脂水平、心血管不良事件发生率为观察指标,评价两种治疗方案在患者中的应用效果。(1)在治疗前后分别对A组和B组患者组LVEF、LVEDD、LVESD水平予以测定对比;(2)于治疗前、治疗1个月后分别采集两组患者空腹静脉血3毫升,用于测定hs-CRP、IL-6、IL-10等炎症因子水平;(3)分别测定治疗前后患者血脂水平(TC、TG、LDL-C);(4)调查两组患者在治疗期间是否有心肌梗死复发、心力衰竭、梗死后心绞痛等不良心血管事件的

发生,计算总发生率=(总心血管不良事件发生病例数/组内病例数)的百分值。

1.4 统计方法

本次研究中A组和B组急性心肌梗死患者治疗数据将运用SPSS24.0统计软件进行分析处理,其中($\bar{x} \pm s$)描述计量资料,符合正态分布的计量资料如心功能指标、炎症因子水平、血脂水平采用t检验,心血管不良事件发生率等计数资料用(%)表示,以卡方检验, $P < 0.05$,代表数据对比有差异性。

2 结果

2.1 对比A组和B组心功能指标

A组和B组急性心肌梗死患者心功能指标治疗前后对比无意义($P > 0.05$);在经过1个月药物治疗后,各项心功能指标较之前均有改善,相较于A组,B组LVEF水平更高,LVEDD、LVESD水平更低($P < 0.05$),如表1所示。

表1 对比A组和B组急性心肌梗死患者心功能指标($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)	LVEF (%)		LVEDD (mm)		LVESD (mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	39	45.62±3.25	50.89±3.07	53.62±5.08	49.87±4.25	39.67±4.11	34.89±3.12
B组	39	46.02±3.28	56.74±3.12	53.01±5.19	46.03±4.18	39.69±4.14	30.07±3.15
t	-	0.541	8.346	0.525	4.023	0.021	6.789
P	-	0.590	<0.001	0.601	<0.001	0.983	<0.001

2.2 对比A组和B组炎症因子水平

hs-CRP、IL-6、IL-10水平,A组和B组治疗前对比无意义($P > 0.05$);治疗后,炎症因子水平较治疗前有所

改变,相较于A组,B组hs-CRP、IL-6水平更低,IL-10水平更高($P < 0.05$),如表2所示。

表2 对比A组和B组急性心肌梗死患者炎症因子水平($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)	hs-CRP (mg/L)		IL-6 (ng/L)		IL-10 (pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	39	23.65±3.41	19.88±2.37	42.31±5.06	38.57±4.14	13.52±2.34	15.48±2.07
B组	39	23.84±3.06	13.76±2.05	41.92±5.07	32.64±4.11	12.98±2.25	18.13±2.29
t	-	0.259	12.197	0.340	6.348	1.039	5.361
P	-	0.796	<0.001	0.735	<0.001	0.302	<0.001

2.3 对比A组和B组血脂水平

血脂水平,治疗前,A组和B组对比无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组患者血脂水平较之前均有下

降,且B组TC、TG、LDL-C下降效果明显高于A组($P < 0.05$),如表3所示。

表3 对比A组和B组急性心肌梗死患者血脂水平($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	例数(n)	TC		TG		LDL-C	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	39	5.83±1.07	4.29±0.42	2.64±0.42	1.87±0.45	4.29±1.21	3.41±0.85
B组	39	5.79±1.18	3.45±0.51	2.62±0.39	1.06±0.31	4.12±1.19	2.86±0.76
t	-	0.157	7.940	0.218	9.257	0.626	3.012
P	-	0.876	<0.001	0.828	<0.001	0.533	0.004

2.4 对比A组和B组心血管不良事件发生率
B组心血管不良事件发生率(4例、10.26%)明显低

于A组(11例、28.20%), $P < 0.05$, 如表4所示。

表4 对比A组和B组急性心肌梗死患者在PIC术后心血管不良事件发生率[n(%)]

组别	例数(n)	心肌梗死复发	心力衰竭	梗死后心绞痛	总发生率
A组	39	3(7.69)	3(7.69)	5(12.82)	11(28.20)
B组	39	1(2.56)	1(2.56)	2(5.13)	4(10.26)
χ^2	-	-	-	-	4.044
P	-	-	-	-	0.044

3 讨论

急性心肌梗死主要发生在中老年人群中, 近些年受各种因素影响发病率逐年上升, 对国民健康和生活质量构成严重威胁^[4]。PCI自1977年问世, 随着临床研究的不断发展, 其技术逐渐成熟, 成为临床治疗急性心肌梗死的一种常用方法, 可以使闭塞的冠状动脉再通, 挽救坏死的心肌, 减小心肌梗死面积, 改善患者左心室功能, 促使患者更快恢复正常生活^[5]。PCI术中球囊扩张可造成血管内皮损伤, 可继发炎症反应, 有诱发斑块脱落的可能, 为急性血管闭塞、冠脉再狭窄提供条件, 影响患者术后康复效果^[6]。以往在急性心肌梗死病人PCI术后主要通过抗血栓、抗血小板聚集、调脂药物来抑制血小板活化, 延缓动脉粥样硬化, 降低相关心血管不良事件发生风险^[7]。在于远航等学者^[8]的研究中, 对急性心肌梗死PIC术后患者在西医二级预防治疗策略给药的基础上加服参七汤治疗, 经调查发现其可以促进抗炎因子IL-10、TGF- β 1的合成, 抑制如单核细胞、中性粒细胞等各种炎性细胞的聚集, 有效减轻机体炎症反应, 促进术后血管修复, 降低术后再狭窄发生率, 有利于心脏功能的康复。在中医领域中将急性心肌梗死归属于“真心痛”、“厥心痛”范畴, 为气虚、阴虚, 瘀血、气滞、寒凝、痰浊所致, 在PIC术后患者患者以气虚为主, 血瘀痰浊为辅, 应予以益气通络之法治疗^[9]。参七汤中的三七、当归具有化瘀止血、活血定痛的功效; 人参有大补元气、补脾益肺、生津安神作用; 黄芪可利水消肿、益气固表; 制川乌、制草乌祛风除湿、温经止痛; 半枝莲能够清热解毒、散瘀止血、利尿消肿; 木香行气止痛; 陈皮健脾开胃、理气消食、燥湿化痰, 诸药联合可通血脉、化血瘀, 改善心肌血流灌注^[10]。本研究调查显示: B组心功能、炎症因子、血脂水平在治疗后改善效果显著优于A组($P < 0.05$); B组心血管不良事件发生率(4例、10.26%)明显低于A组(11例、28.20%), 可见参七汤对患者心功能和血脂水平有着积极调节作用, 可抑制炎症反应, 更有利于预防有关并发症的发生, 提升远期治疗效果。

综上所述, 对急性心肌梗死PCI术后患者应用参七汤, 可减轻炎症反应, 调节机体血脂水平, 促进患者心功能康复。

参考文献

- [1] 韩自旺. 替格瑞洛联合前列地尔对急性心肌梗死PCI术后患者心功能及炎症因子的影响[J]. 中国合理用药探索, 2019, 16(06): 56-58.
- [2] 白鹏, 杜晓艳, 马波江, 李雪梅. 尼可地尔对急性心肌梗死患者急诊经皮冠状动脉介入治疗术后无复流及心功能的影响[J]. 贵州医药, 2021, 45(06): 881-882.
- [3] 曹云艳. 参七汤对急性心肌梗死PCI术后患者心功能及炎症因子的影响[J]. 河南中医, 2022, 42(02): 264-267.
- [4] 孙石峰, 赵华云, 黄嘉文, 等. 参七汤对急性心肌梗死病人PCI术后血脂、炎症因子及心功能的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2022, 20(04): 680-682.
- [5] 梁显锋. 经皮冠状动脉介入治疗急性心肌梗死的有效性及安全性评价[J]. 中国社区医师, 2020, 36(25): 21-22.
- [6] 郭周威, 李永慧. 丹参多酚酸盐联合生脉注射液对急性心肌梗死患者行经皮冠状动脉介入治疗的影响[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(01): 80-82.
- [7] 钟长鸣, 石兆峰, 代倩倩, 等. 复方丹参滴丸联合西药常规治疗对急性心肌梗死经皮冠状动脉介入术后炎症因子和心功能影响的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2021, 21(06): 662-668.
- [8] 于远航, 赵华云, 陈伟强, 等. 参七汤对急性心肌梗死患者PCI术后IL-10、TGF- β 1的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(03): 313-318.
- [9] 王琴琴, 周赞, 刘作金. 参七汤联合中药足浴对冠心病PCI术后心脏功能的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2021, 23(01): 68-70.
- [10] 赵鹤楹. 参七汤对高血压合并冠心病患者术后动态心电图相关治疗的影响[J]. 内蒙古中医药, 2022, 41(03): 16-18.