

自拟活血化瘀汤治疗急性心肌梗死PCI术后伴心力衰竭的临床疗效观察

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:** 探究自拟活血化瘀汤治疗急性心肌梗死经皮冠状动脉介入术 (PCI) 术后伴心力衰竭临床疗效。**方法:** 选我院2021年1月至2022年12月期间96例急性心肌梗死PCI术后伴心力衰竭患者, 以不同治疗方式将其分为A组、B组, 各48例, 分别应用西药治疗、西药联合自拟活血化瘀汤对其治疗价值。**结果:** B组治疗有效率较A组高 ($P < 0.05$); 治疗前B组左室收缩末期内径 (LVESd)、左室舒张末期内径 (LVEDd)、左室射血分数 (LVEF) 水平与A组相近 ($P > 0.05$); 治疗后B组LVESd、LVEDd水平较A组低, LVEF水平较A组高 ($P < 0.05$); 治疗前B组血清N末端B型脑钠肽前体 (NT-proBNP)、心肌肌钙蛋白 I (cTn I)、超敏C反应蛋白 (hs-CRP) 水平与A组相近 ($P > 0.05$); 治疗后B组NT-proBNP、cTn I、hs-CRP水平较A组低 ($P < 0.05$); B组不良反应发生率与A组相近 ($P > 0.05$)。**结论:** 对急性心肌梗死PCI术后伴心力衰竭患者西药治疗基础上, 应用自拟活血化瘀汤治疗, 可提升治疗效果, 抑制心室重构、减轻其心肌损伤, 且安全性良好。

关键词: 急性心肌梗死; 心力衰竭; 自拟活血化瘀汤

急性心肌梗死为临床常见心血管疾病, 发病基础为冠状动脉栓子栓塞、冠脉内径狭窄, 严重者会出现冠脉堵塞, 出现心肌细胞急性缺血性损伤^[1]。经皮冠状动脉介入术 (PCI) 为该病主要治疗方式, 通过支架支撑作用快速拓宽冠脉内径, 改善心循环, 减轻心肌细胞缺血损伤, 抑制心室重构。但受患者冠状动脉粥样硬化程度、心肌细胞缺血再灌注损伤等因素影响, PCI术后可能会发生急性心力衰竭, 威胁患者生命安全。在对急性心肌梗死PCI术后伴心力衰竭患者治疗中, 主要以抗血小板、抗凝等药物治疗, 以维持冠脉内径稳定, 抑制支架内血管形成、维持其心肌细胞灌注质量以改善预后, 但效果相对有限。中医认为, 心力衰竭属“心悸”、“胸痹”、

“喘证”等范畴, 为本虚标实、虚实夹杂之症, 血瘀为标实, 本虚为气虚, 需活血化瘀治疗, 以改善患者临床症状^[2]。为此, 本次研究选我院2021年1月至2022年12月期间96例急性心肌梗死PCI术后伴心力衰竭患者, 探究在对其西药治疗基础上, 联合应用我院自拟活血化瘀汤对其影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选我院2021年1月至2022年12月期间96例急性心肌梗死PCI术后伴心力衰竭患者, 以不同治疗方式将其分为A组、B组, 各48例; B组患者一般资料水平与A组相近 ($P > 0.05$); 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	64.20±5.34	24.15±2.36	19 (39.58)	5 (10.42)
B组	48	27/21	65.77±6.18	25.11±2.45	21 (43.75)	7 (14.58)
t/ χ^2		0.168	1.332	1.955	0.171	0.381
P		0.682	0.186	0.054	0.679	0.537

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入院后急诊PCI治疗后出现心力衰竭; ③年龄 ≥ 18 岁, ≤ 75 岁; ④认知基本正常, 无精神障碍, 可配合完成治疗;

⑤知情同意。

排除标准: ①易过敏体质; ②肝脏、肾脏等器官功能衰竭; ③合并其他感染性疾病; ④近期脑卒中病史; ⑤其他心脏疾病 (风湿性心脏病等); ⑥其他器官功能

衰竭, PCI治疗不耐受; ⑦资料不完整, 研究期间失访。

1.3 方法

A组(西药治疗): 应用硫酸氢氯吡格雷、阿司匹林、利尿剂、低分子肝素、血管紧张素转换酶抑制剂等治疗, 在此基础上应用沙库巴曲缬沙坦(Novartis Singapore Pharmaceutical Manufacturing Private.Ltd, J20170362, 50mg/片)口服治疗, 100mg/次, 2次/d, 以患者耐受性为背景, 每2周上调剂量直至达到200mg/次, 2次/d后维持治疗。

B组(西药治疗+自拟活血化瘀汤治疗): 在A组治疗基础上, 应用自拟活血化瘀汤治疗: 桃仁12g, 生地黄、当归、红花、牛膝各9g, 赤芍、枳壳各6g, 川芎、桔梗各5g, 甘草3g; 气虚明显者加党参15g、黄芪30g; 血瘀明显者重用川芎、红花, 加丹参15g; 胸痛者加檀香10g。每日1剂, 早晚温服。

两组持续用药治疗1个月后评价疗效。

1.4 观察指标

(1) 治疗效果: a.治疗前后评估患者心功能分级情况, 纽约心脏病协会(NYHA)分级达到I级, 或较治疗前改善2级为显效; b.未达到I级, 但较治疗前改善1级为有效; c.无明显改变为无效; 有效率=(a+b)/例数 \times 100%; (2) 心功能指标: 治疗前、后, 以彩色多普勒超声(美国GE, VividE9)检测患者心功能指标, 包括左室收缩末期内径(LVESd)、左室舒张末期内径(LVEDd)、左室射血分数(LVEF)水平; (2) 心肌

损伤指标: 采集患者治疗前后3mL空腹静脉血, 离心(离心条件为3000r/min, 离心时间10min, 离心半径10cm)取上清, 检测患者血清N末端B型脑钠肽前体(NT-proBNP)、心肌肌钙蛋白I(cTn I)、超敏C反应蛋白(hs-CRP), 均以酶联免疫吸附法(试剂盒购自上海酶联生物)检测; (4) 不良反应: 包括胃部不适、恶心呕吐、头痛。

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	19 (39.58)	22 (45.83)	7 (14.58)	85.42 (41/48)
B组	48	23 (47.92)	24 (50.00)	1 (2.08)	97.92 (47/48)
χ^2					4.909
P					0.024

2.2 心功能指标

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

表3 心功能指标($\bar{x}\pm s$)

组别	n	LVESd (mm)		LVEDd (mm)		LVEF (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	48	45.50 \pm 2.69	40.07 \pm 3.38	63.12 \pm 5.44	39.45 \pm 3.11	38.46 \pm 3.49	42.58 \pm 4.65
B组	48	46.71 \pm 3.58	35.42 \pm 4.17	64.10 \pm 4.28	34.51 \pm 4.70	37.81 \pm 4.23	46.79 \pm 3.36
t		1.872	6.002	0.981	6.073	0.821	5.084
P		0.064	<0.001	0.329	<0.001	0.414	<0.001

2.3 心肌损伤指标

治疗前B组NT-proBNP、cTn I、hs-CRP水平与A组相

近($P > 0.05$); 治疗后B组NT-proBNP、cTn I、hs-CRP水平均较A组低($P < 0.05$), 见表4。

表4 心肌损伤指标($\bar{x}\pm s$)

组别	n	NT-proBNP (pg/L)		cTn I (ng/mL)		hs-CRP (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	48	2.55 \pm 0.37	0.92 \pm 0.25	0.27 \pm 0.06	0.15 \pm 0.04	2.59 \pm 0.42	1.79 \pm 0.28
B组	48	2.64 \pm 0.48	0.80 \pm 0.17	0.28 \pm 0.05	0.11 \pm 0.03	2.65 \pm 0.33	1.36 \pm 0.27
t		1.029	2.750	0.887	5.543	0.778	7.659
P		0.306	0.007	0.377	<0.001	0.438	<0.001

2.4 不良反应

B组不良反应发生率与A组相近($P > 0.05$), 见表5。

表5 不良反应发生率[n (%)]

组别	n	胃部不适	恶心呕吐	头痛	发生率
A组	48	1 (2.08)	1 (2.08)	1 (2.08)	6.25 (3/48)
B组	48	2 (4.17)	2 (4.17)	1 (2.08)	10.42 (5/48)
χ^2					0.136
P					0.712

3 讨论

PCI为急性心肌梗死患者重要治疗方案,通过血管内腔支撑作用快速解除冠脉狭窄、闭塞引发的心肌缺血损伤,促进患者心功能恢复。但PCI术后可能会发生缺血再灌注损伤,且若患者仍存在严重冠状动脉粥样硬化,伴微循环障碍等情况,术后可能会并发心力衰竭,威胁其生命安全。在对该病治疗中,抑制血管收缩、抗凝、抗血小板等为主要治疗方式。本次中针对心力衰竭治疗,应用沙库巴曲缬沙坦治疗,可通过该药抑制血管收缩、抑制心肌细胞纤维化,以维持患者心室功能稳定性,抑制心室重构^[4]。但长时间西药治疗易引发药物不良反应,且单纯应用西药治疗效果相对有限。

中医认为,心肾为本,五脏相因,水饮瘀血,相兼为患。心主脏腑,肾为根本,肾亏可致肾阳虚衰、饮停血瘀,使心阳乏虚、脉络阻滞,形成气滞血瘀,因此对该病治疗中,需活血化瘀治疗^[5]。本次研究结果显示,B组治疗有效率较A组高,提示对该病患者常规西药治疗基础上,联合自拟活血化瘀汤治疗,可提升治疗效果,考虑原因为,本次在对B组患者治疗中,应用自拟活血化瘀方治疗,方中桃仁、红花、当归、赤芍可活血化瘀,川芎、枳壳、桔梗可行气通络,推动气血运行以达到活血化瘀的效果,同时方中生地黄可补肾易精、温补肾阳,改善肾阴虚亏引发的心阳虚乏^[6];在此基础上,结合患者血瘀、气虚等症辩证加减,可进一步改善相应症状,提升治疗效果。

本次研究结果显示,治疗后B组LVESd、LVEDd水平较A组低,LVEF水平较A组高,NT-proBNP、cTn I、hs-CRP水平均较A组低,提示对该病患者常规西药治疗基础上,联合自拟活血化瘀汤治疗,可抑制心室重构,减轻患者心肌细胞损伤,考虑原因为,现代药理中,桃仁水浸液可抗血栓形成,降低血液黏度,减轻血管内皮细胞损伤,降低外周血管阻力^[7];红花可扩张血管,降低外周血管阻力,同时可抗凝、抗血栓,可改善全身及局部循环,同时具抗心肌缺血损伤作用;当归中阿魏酸可抗血栓、抗血小板;赤芍具降压、改善冠脉血流等作用;川芎具扩张微血管、降血压、强心等作用^[8];枳壳具强心作用;桔梗具抗炎、调节免疫、化痰等作用,说明自拟活

血化瘀汤中治疗,可提升抗凝、抗血栓治疗效果,改善微循环,维持其心肌细胞血流灌注稳定性,促进其心功能修复^[9-10]。结果显示,两组不良反应发生率相近,提示联合治疗安全性良好。但研究中B组出现2例胃部不适,经分析均为患者口服用药后短时间内发生,分析原因可能与汤剂味觉刺激引发的胃肠道应激反应有关。

综上所述,对急性心肌梗死PCI术后伴心力衰竭患者西药治疗基础上,应用自拟活血化瘀汤治疗,可提升治疗效果,抑制心室重构、减轻其心肌损伤,且安全性良好。

参考文献

- [1]李敏,丁念.五参汤加减联合常规治疗对急性心肌梗死PCI介入术后患者的临床疗效[J].中成药,2021,43(7):1968-1970.
- [2]崔秀平,闫伟,何金红.替格瑞洛联合丹红注射液治疗急性心肌梗死PCI术后患者临床疗效分析[J].广西医科大学学报,2021,38(8):1609-1614.
- [3]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南(2019)[J].中华心血管病杂志,2019,47(10):766-783.
- [4]夏勇,张建卿,王少霞,等.沙库巴曲缬沙坦联合琥珀酸美托洛尔缓释片治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病并慢性心力衰竭的效果观察[J].医学食疗与健康,2022,20(9):113-118.
- [5]李娟霞,白灵彦,李晓旭,等.补阳还五汤加味对急性心肌梗死PCI术后患者血清EMPs,MMP-9及心功能和生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(11):1221-1224+1240.
- [6]程德均,王科程,汤祥瑞.红花黄色素联合替格瑞洛应用于急性ST段抬高型心肌梗死病人PCI术后的临床疗效[J].中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(16):2976-2979.
- [7]张恺,卢立欣,赵庆华.血府逐瘀胶囊对急性心肌梗死急诊PCI术后心力衰竭患者心功能影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(26):2919-2922.
- [8]钟育武,赵展庆.自拟参芎通脉方对老年急性心肌梗死患者PCI术后EMPs,MMP-9及hs-CRP的影响[J].中国中医急症,2022,31(8):1222-1225.
- [9]陈韦,李京,张明雪.化痰祛瘀颗粒治疗痰浊血瘀型急性心肌梗死PCI术后无复流及其对心肌微循环的影响[J].吉林中医药,2021,41(2):201-204.
- [10]黄涛,黄伟,程仁力.参芪扶正注射液联合美托洛尔对心肌梗死PCI术后心力衰竭患者的疗效[J].临床和实验医学杂志,2021,20(10):1069-1072.