

益气逐瘀汤对气虚血瘀型急性心肌梗死患者介入治疗后 心功能、左心室重构的改善作用*

徐桃桃¹, 刘仁斌¹, 蔡磊^{2△}

(1. 十堰市人民医院中医学中心, 湖北 十堰 442000; 2. 南方医科大学珠江医院, 广东 广州 510280)

摘要: **目的** 观察益气逐瘀汤对气虚血瘀型急性心肌梗死患者介入治疗后心功能、左心室重构的影响。**方法** 选择 98 例气虚血瘀型急性心肌梗死且入院 12 h 内接受 PCI 治疗患者, 将其随机分为观察组 50 例、对照组 48 例, 对照组给予常规 PCI 术后治疗方案, 观察组在对照组基础上给予益气逐瘀汤治疗。比较 2 组患者治疗后临床症状积分、超声心动图指标变化以及随访 6 个月心脏不良事件发生情况。**结果** 治疗后 2 组患者胸痛、胸闷气短、身倦乏力以及心悸评分均有一定的降低($P<0.05$), 治疗后观察组患者临床症状积分明显低于对照组($P<0.05$)。治疗后 2 组患者心脏超声指标 LVEF、CO、SV、CI 明显升高($P<0.05$), 而 LVEDD、LVESD、LVEDVI、LVESVI 明显降低($P<0.05$), 治疗后 2 组各指标具有统计学差异($P<0.05$)。随访 6 个月, 观察组患者心绞痛复发率及心脏不良事件发生率均低于对照组($P<0.05$)。**结论** 益气逐瘀汤可有效缓解气虚血瘀型急性心肌梗死 PCI 术后患者临床症状, 改善患者左心功能并延缓左心室重构, 同时可有效降低患者术后中远期心绞痛复发率及心脏不良事件发生率, 改善临床预后。

关键词: 急性心肌梗死; 气虚血瘀型; 益气逐瘀汤; 介入治疗; 心功能; 左心室重构

中图分类号: R259

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2018)04-0054-03

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2018.04.012

急性心肌梗死(acute myocardial infarction, AMI)发病率逐年上升, 急性心肌梗死是由于机体冠状动脉血供减少或中断, 导致心肌出现缺血性坏死而引发的疾病, 对患者的生命健康造成严重威胁^[1-2]。经皮冠状动脉介入术(percutaneous coronary intervention, PCI)是目前临床治疗急性心肌梗死的首选治疗方案, 可重建有效血运, 从而帮助冠状动脉恢复血供, 缩小梗死面积^[3-4]。但是部分患者在 PCI 重建冠脉血运后仍可出现无再流现象, 导致患者发生进行性左室扩大、充血性心力衰竭等严重并发症威胁患者生命; 此外, PCI 术后冠脉血运出现再灌注损伤, 可能导致更为严重的组织损伤或心功能减低^[5]。笔者观察自拟益气逐瘀汤对气虚血瘀型急性心肌梗死患者介入治疗后心功能、左心室重构的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2015 年 1 月-2018 年 1 月在我院就诊的 98 例气虚血瘀型急性心肌梗死且入院 12 h 内接受 PCI 治疗患者作为研究对象, 按照随机

数字表法将患者分为观察组 50 例和对照组 48 例。观察组中男 29 例, 女 21 例, 年龄 46~78 岁, 平均年龄(63.38 ± 7.39)岁, BMI(23.74 ± 3.10) kg/m², 高血压病 23 例、高血脂症 21 例、糖尿病 15 例。对照组中男 30 例, 女 18 例, 年龄 47~81 岁, 平均年龄(64.17 ± 8.33)岁, BMI(23.54 ± 3.42) kg/m², 高血压病 22 例、高血脂症 21 例、糖尿病 16 例。2 组临床资料比较无统计学差异($P>0.05$), 具有可比性。该研究经我院伦理委员会批准。

1.2 纳入及排除标准 **纳入标准:** ①符合《急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南》中相关诊断标准^[6]; ②均接受 PCI 介入治疗; ③中医辨证属气虚血瘀证: 心胸刺痛, 胸部憋窒, 动则加重, 伴短气乏力, 汗出心悸, 舌体胖大, 边有齿痕, 舌质暗淡或有瘀点瘀斑, 舌苔薄白, 脉弦细无力。④患者自愿签署知情同意书。

排除标准: ①合并扩张性心肌病、风湿性心脏病等; ②心脏瓣膜病患者; ③合并严重肝肾疾病患者; ④

收稿日期: 2018-08-02

* 基金项目: 广东省中山市卫生局科技计划项目(2016A20194)

第一作者简介: 徐桃桃(1981-), 女, 硕士, 主治医师, 研究方向: 中医药治疗心脑血管疾病。

△通信作者: 蔡磊, E-mail: 565771008@qq.com

充血性心力衰竭患者;⑤合并急慢性感染性疾病及药物过敏史患者;⑥未控制的心律失常患者。

1.3 方法 对照组患者术后给予低分子肝素 4 100 U 皮下注射,1 次/d,连续使用 7 d;阿司匹林 100 mg,1 次/d,长期服用;氯吡格雷 75 mg,1 次/d,服用 12 个月。观察组患者在对照组基础上给予我院自拟益气逐瘀汤口服,组方:黄芪 30 g,丹参 20 g,桃仁 12 g,红花 12 g,当归 12 g,牛膝 9 g,生地黄 9 g,川芎 9 g,柴胡 6 g,炙甘草 6 g,水煎服,每日 1 剂,连续服用 1 个月,休息 1 周后,再连续服用 1 个月。2 组患者均于 PCI 术后 3 个月进行指标评价。

1.4 观察指标 ①分别于治疗前后对 2 组患者临床症状进行评分,胸痛评分为 2、4、6 分,胸闷气短、身倦乏力以及心悸评分为 1、2、3 分,评分越高,则表示患者临床症状越严重。②分别于治疗前后采用 Philips Sonos 7500 型彩色多普勒超声诊断仪对 2 组

患者进行检查,测定患者治疗前后左室射血分数(LVEF)、每搏量(SV)、心脏指数(CI)、心输出量(CO)、左室收缩末期内径(LVESD)、左室舒张末期内径(LVEDD)、左室收缩末期容积指数(LVESVI)以及左室舒张末期容积指数(LVEDVI)。③对患者进行 6 个月随访,记录患者心脏不良事件发生情况,包括心脏复苏和急性心肌梗死、心源性休克,甚至心源性猝死等,以及复发情况。

1.5 统计学分析 采用 SPSS 22.0 软件,计量资料比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组治疗前后临床症状积分比较 治疗后 2 组患者胸痛、胸闷气短、身倦乏力以及心悸评分均降低($P<0.05$),观察组临床症状积分明显低于对照组($P<0.05$),见表 1。

表 1 2 组患者治疗前后临床症状积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	时间	胸痛	胸闷气短	身倦乏力	心悸
观察组	50	治疗前	5.27±0.42	2.28±0.47	2.41±0.35	2.33±0.38
		治疗后	1.21±0.35 ^{##}	0.64±0.12 ^{##}	0.52±0.11 ^{##}	0.83±0.25 ^{##}
对照组	48	治疗前	5.19±0.47	2.19±0.51	2.38±0.39	2.29±0.36
		治疗后	2.16±0.41 [*]	0.95±0.18 [*]	0.74±0.14 [*]	1.26±0.31 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^{##} $P<0.05$

2.2 2 组治疗前后心脏超声指标比较 治疗后 2 组患者心脏超声指标 LVEF、CO、SV、CI 明显升高($P<0.05$),

LVEDD、LVESD、LVEDVI、LVESVI 明显降低($P<0.05$),2 组各指标具有统计学差异($P<0.05$),见表 2。

表 2 2 组患者治疗前后心脏超声指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	LVEF	CO (L·min ⁻¹)	SV/mL	CI (L/(min·m ²))	LVEDD /mm	LVESD /mm	LVEDVI (mL/m ²)	LVESVI (mL/m ²)
观察组	50	治疗前	0.46±0.13	4.27±0.68	61.84±5.63	3.75±1.08	63.84±3.42	50.38±2.76	67.84±4.29	53.81±3.89
		治疗后	0.65±0.11 ^{##}	5.68±0.72 ^{##}	74.28±6.33 ^{##}	4.95±1.36 ^{##}	52.95±2.85 ^{##}	43.37±1.78 ^{##}	51.22±3.16 ^{##}	43.62±4.20 ^{##}
对照组	48	治疗前	0.49±0.10	4.15±0.63	60.39±6.21	3.59±1.17	64.37±4.11	51.21±3.40	68.12±4.05	54.27±3.65
		治疗后	0.54±0.14 [*]	5.19±0.82 [*]	68.49±5.39 [*]	4.37±1.21 [*]	57.42±3.51 [*]	46.67±2.04 [*]	59.68±3.52 [*]	47.96±3.99 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^{##} $P<0.05$

2.3 心绞痛复发及心脏不良事件发生情况 随访 6 个月,观察组患者心绞痛复发率及心脏不良事件发生率均低于对照组($P<0.05$),见表 3。

表 3 2 组心绞痛复发及心脏不良事件发生情况 *n*(%)

组别	<i>n</i>	心绞痛复发	心脏不良事件
观察组	50	5(10.00) [*]	1(2.00) [*]
对照组	48	14(29.17)	8(16.67)

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$

3 讨论

急性心肌梗死是临床常见的急危重症之一,具有着较高的发病率和致死率,且发病急骤,患者临床预后差^[6-7]。PCI 介入治疗可以有效重建血运,改善急性心肌梗死患者临床预后,但部分患者 PCI 介入治疗后会出现缺血心肌无再灌注现象,导致患者发生心功能不全,因此采取有效的措施改善急性心肌梗死患者 PCI 介入治疗后心肌再灌注及心功能成为目前临床工作者所关注的焦点^[8-9]。

急性心肌梗死属于中医“真心痛”范畴,由于患者心阳不振或气血虚弱,导致机体心脉失于温养,则出现心痛,其基本病机为本虚标实^[10]。其中血瘀、痰滞、气滞、寒凝为标实,气虚、阳虚以及阴虚为本虚,急性心肌梗死最常见的中医证型为心血瘀阻证^[11-12]。血府逐瘀汤是清代名医王清任所创名方,具有活血祛瘀、行气止痛之功效,在临床广泛运用^[13-14]。本院自拟的益气逐瘀汤在血府逐瘀汤基础上进行加减,方中黄芪益气固表,桃仁、红花活血祛瘀共为君药;丹参活血祛瘀、通经止痛,牛膝活血通经、祛瘀止痛,当归、川芎补血活血,共为臣药;生地养阴活血,柴胡疏肝解郁、升达清阳,共为佐药;炙甘草调和诸药^[15-16]。以上诸药合用,共行益气活血化瘀之功效。

本观察结果显示,治疗后观察组患者临床症状改善情况明显优于对照组,提示益气逐瘀汤可有效缓解急性心肌梗死 PCI 术后患者胸痛、胸闷气短、身倦乏力以及心悸等症状,改善患者预后、提高生活质量^[17-18]。此外,超声心动图检查显示,治疗后 2 组患者心脏超声指标 LVEF、CO、SV、CI 升高($P<0.05$),而 LVEDD、LVESD、LVEDVI、LVESVI 降低($P<0.05$),且治疗后 2 组各指标具有统计学差异($P<0.05$),提示益气逐瘀汤可有效改善急性心肌梗死 PCI 术后患者心功能,延缓患者左心室重构。随访 6 个月,观察组患者心绞痛复发率及心脏不良事件发生率均低于对照组($P<0.05$),提示 PCI 术后益气逐瘀汤的早期使用,可降低患者心绞痛复发率以及心脏不良事件发生率,从而改善疾病预后^[19-20]。

综上所述,益气逐瘀汤可有效缓解急性心肌梗死 PCI 术后患者临床症状,改善患者左心功能并延缓左心室重构,同时有效降低患者术后中远期心绞痛复发率及心脏不良事件发生率,改善患者临床预后,值得临床推广运用。

参考文献:

- [1] 钟如春,胡庆华. 益气活血通络法在急性脑梗死患者治疗中的应用[J]. 中国基层医药,2012,19(1):137-138.
- [2] 王建理,李若玲. 不同类型他汀类药物对冠心病介入手术后血脂的影响[J]. 中国药物与临床,2017,17(7):1025-1027.
- [3] 彭拥军,王超. 原发性肝癌肝动脉栓塞介入治疗前后 D-二聚体变化的临床意义 [J]. 现代消化及介入诊疗,2010,15(5):311-312.
- [4] 张敏州,李松,邹旭,等. 通冠胶囊对冠心病介入术后血脂含量和凝血功能的影响 [J]. 广州中医药大学学报,2004,21(2):93-97.
- [5] 李欧,赵英强. 中西医结合治疗冠心病介入术后心绞痛研究进展 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(14):1626-1628.
- [6] 高润霖. 急性心肌梗死诊断和治疗指南[J]. 中华心血管病杂志,2001,29(12):710-725.
- [7] 程文栋. 丹参多酚酸盐治疗冠心病心绞痛临床疗效观察 [J]. 现代预防医学,2010,37(22):4386-4387.
- [8] 李洪涛. 注射用丹参多酚酸盐治疗冠心病心绞痛的临床效果观察[J]. 中国处方药,2016,14(9):85.
- [9] 吴海霞,冯雪影,邓立菊,等. 联合应用冠脉内注射替罗非班和血栓抽吸术对急性心肌梗死介入术后无复流的影响 [J]. 齐齐哈尔医学院学报,2014,35(13):1936-1937.
- [10] 李雁君,李针,刘超,等. 尿激酶与经皮冠状动脉介入术治疗老年急性心肌梗死的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志,2015,31(3):163-165.
- [11] 钱玉良,汪永胜,王晓勇,等. 益气活血化痰通络汤治疗急性脑梗死 60 例 [J]. 南京中医药大学学报,2011,27(6):536-538.
- [12] 伍裕. 中医治疗对心肌梗死患者介入治疗后心肌再灌注和心功能的改善作用 [J]. 中国医药导报,2015,12(4):129-132.
- [13] 贾囡,尹鹏. 探讨中医治疗对心肌梗死患者介入治疗后心肌再灌注和心功能的改善作用 [J]. 中国卫生标准管理,2017,8(8):98-99.
- [14] 玛依努尔·斯买拉洪,房江山. 养心通络汤防治冠心病介入术后再狭窄[J]. 中国中医基础医学杂志,2013,19(2):168-169.
- [15] 刘宁,田相同,李成,等. 益气活血法治疗冠心病介入术后再发心绞痛的临床研究[J]. 山东医学高等专科学校学报,2016,38(6):461-464.
- [16] 张金艳,李少春,李贻奎,等. 中医药防治急性心肌梗死再灌注后无复流的优势探讨[J]. 中国新药杂志,2015,24(3):276-280.
- [17] 陈联发. 中西医结合治疗对急性心肌梗死再灌注治疗后左心功能的影响[J]. 福建中医药大学学报,2013,23(6):56-57.
- [18] 许丹,尚小明,姜玉如,等. 不同介入治疗方案对急性心肌梗死患者心功能及心肌组织灌注的影响[J]. 中国急救医学,2006,26(8):576-578.
- [19] 董梅,戴小华. 周宜轩教授论治冠心病介入术后的经验 [J]. 天津中医药,2014,31(11):645-648.
- [20] 林晓烁,寇兰俊,潘国忠,等. 中医序贯疗法改善急性心肌梗死患者介入术后心功能临床研究 [J]. 中国药业,2017,26(11):34-37.