

# 中医治疗对急性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

陈曦

海安市中医院

DOI:10.32629/ffcr.v3i9.20037

**[摘要]** 目的：本文探讨中医治疗对急性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。方法：对在本院接受 PCI 治疗的 60 例 AMI 患者分别采取西医治疗（对照组）与联合中医治疗（观察组），对比两组治疗效果。结果：与对照组相比，观察组心肌再灌注指标更优，心肌损伤标志物峰值更低，术后炎症因子水平更低，心功能指标改善更显著，不良事件发生率更低， $P<0.05$ ，组间存在对比性。结论：针对行 PCI 术后的 AMI 患者采取西医联用中医治疗，不仅能提升疗效，还具有良好的安全性，临床应用可靠，具有重要推广价值。

**[关键词]** 急性心肌梗死；经皮冠状动脉介入治疗；中医综合干预；心肌再灌注；心功能；改善作用

中图分类号：R542.2 文献标识码：A

The therapeutic effect of Traditional Chinese Medicine on myocardial reperfusion and cardiac function improvement in patients with acute myocardial infarction after interventional therapy

Xi Chen

Hai'an Hospital of Traditional Chinese Medicine

**Abstract:** Objective: This study investigated the therapeutic effects of traditional Chinese medicine (TCM) on myocardial reperfusion and cardiac function in patients with acute myocardial infarction (AMI) after percutaneous coronary intervention (PCI). Methods: Sixty AMI patients undergoing PCI were randomly assigned to either Western medicine treatment (control group) or combined treatment of Western medicine and TCM treatment (observation group). The therapeutic outcomes were compared between the two groups. Results: The observation group demonstrated superior myocardial reperfusion indicators, lower peak levels of myocardial injury markers, reduced postoperative inflammatory cytokine levels, more significant improvement in cardiac function parameters, and a lower incidence of adverse events ( $P<0.05$ ), indicating a statistically significant difference between the groups. Conclusion: Combining Western medicine and TCM for AMI patients after PCI not only enhances therapeutic efficacy but also exhibits favorable safety profiles, demonstrating reliable clinical applicability and significant potential for widespread adoption.

**Keywords:** Acute myocardial infarction; Percutaneous coronary intervention; Comprehensive intervention of traditional Chinese medicine; Myocardial reperfusion; Cardiac function; Improvement effect

## 引言

急性心肌梗死 (AMI) 是冠状动脉急性闭塞导致心肌持续性缺血缺氧所引发的致命性心血管疾病，其高发病率、高致死率、高致残率对全球公共卫生体系构成严峻挑战<sup>[1]</sup>。PCI 是开通血管的首选手段，但临床实践中仍有 30% 左右患者术后出现“无复流”“慢血流”等微循环灌注障碍，且心肌损伤修复缓慢、心室重塑进程加速，导致心功能恢复不佳，近中期 MACE 风险居高不下<sup>[2]</sup>。因此，探寻有效辅助方案是临

床研究重点。中医将 AMI 归属于“胸痹心痛”“真心痛”范畴，PCI 手术虽能直接开通冠脉“瘀阻之脉”，但耗伤正气，瘀血内阻状态未除，故术后多表现为“气虚血瘀”的核心病机。基于此，本研究对我院收治的心肌梗死患者采用益气活血中医综合干预，并探讨其临床疗效，为优化诊疗策略提供依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2024-01至2025-01月我院心病科收治的60例急性心肌梗死患者，采用计算机生成随机数字法分为观察组与对照组，两组患者一般资料经统计学分析后显示 $P>0.05$ ，具备可比性。

纳入标准：①年龄35~75岁，胸痛发作至入院时间 $\leq 12$ h；②西医符合《2025急性心肌梗死中西医结合诊疗指南》，中医符合《急性心肌梗死中医临床诊疗指南》<sup>[3]</sup>气虚血瘀证；③符合PCI手术治疗指征；④患者及家属知情同意并签署知情同意书。

排除标准：①既往有冠脉旁路移植术史、严重心力衰竭、难治性心源性休克；②合并严重心、肝、肾等重要脏器功能衰竭；③存在精神障碍、认知功能障碍以及依从性差，无法完成疗程及随访资料不完整者；④存在再灌注治疗禁忌，包括近期活动性出血、颅内出血史、3个月内缺血性卒中、主动脉夹层等<sup>[4]</sup>；⑤合并恶性肿瘤、自身免疫性疾病、严重感染（如败血症、重症肺炎）以及妊娠或哺乳期女性。

表1 患者一般资料[n(100%)] ( $\bar{x}\pm s$ )

项目	对照组(n=30)	观察组(n=30)	$\chi^2/t$ 值	P值
男/女(例)	19/11	20/10	0.135	$>0.05$
年龄(岁)	$60.87\pm 7.21$	$61.05\pm 7.03$	0.512	$>0.05$
BMI平均值(kg/m <sup>2</sup> )	$24.36\pm 2.72$	$24.80\pm 2.12$	0.571	$>0.05$
梗死部位	前壁17(56.67%)， 下壁13(43.33%)	前壁18(60.00%)， 下壁12(40.00%)	0.249	$>0.05$
S-to-B时间(min)	$89.53\pm 15.12$	$90.12\pm 14.68$	0.613	$>0.05$

### 1.2 方法

1.2.1 对照组：术后予常规西医治疗，阿司匹林100mg/d终身口服，替格瑞洛90mg/次、2次/d（口服12个月），阿托伐他汀20mg/d调脂（目标LDL-C $<1.8$ mmol/L），酌情用琥珀酸美托洛尔缓释片、依那普利/缬沙坦对症治疗，预防心律失常、心力衰竭等并发症，疗程90天。

### 1.2.2 观察组

(1) 中药汤剂辨证加减：以益气活血方为基础方：黄芪30g，丹参20g，川芎与赤芍各15g，当归12g，桃仁和红花均为10g，炙甘草6g；辨证加减：若存在阳虚之象，则加入桂枝10g、附子6g（需先煎）；伴有痰浊症状时，添加半夏10g、瓜蒌15g；兼阴虚者加麦冬15g、玉竹12g；若有气滞情况，则辅以香附10g、郁金12g。每日1剂煎取400mL，分早晚温服。

(2) 中医康复锻炼：术后1周开始指导患者练习八段锦，由专业康复医师示范教学，1次/d，30min/次，动作循序渐进，配合呼吸调节，避免过度劳累，锻炼过程中密切观察患者心率、血压及胸痛症状，出现不适立即停止并对症处理。

### 1.3 观察指标

对比两组心肌再灌注指标、心肌损伤标志物与炎症因子以及心功能指标和不良事件发生率。

### 1.4 统计学分析

应用SPSS 28.0软件对本次研究所得数据进行统计学处理，将其计量以t检验，计数采取 $\chi^2$ 检查，计量以( $\bar{x}\pm s$ )计数以[n(%)]代替，对比前后资料数据，以 $P<0.05$ 呈现其统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组心肌再灌注指标比较

观察组术中TMPG 2~3级比例及术后TIMI 3级率、TMPG 3级率、90min STR ( $\geq 50\%$ )均显著高于对照组，差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表2。

表2 两组心肌再灌注指标对比[n(%)]

指标	对照组(n=30)	观察组(n=30)	$\chi^2$ 值	P值
术中TMPG 2~3级	20(66.67%)	26(86.67%)	4.320	$<0.05$
术后TIMI 3级	24(80.00%)	28(93.33%)	4.043	$<0.05$
术后TMPG 3级	23(76.67%)	28(93.33%)	4.706	$<0.05$
90min STR $\geq 50\%$	22(73.33%)	26(86.67%)	4.267	$<0.05$

### 2.2 两组患者心肌损伤标志物及炎症因子比较

观察组术后24h、72h cTnI、CK-MB峰值及术后90天hs-CRP、IL-6水平均显著低于对照组，差异有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表3。

表3 两组患者心肌损伤标志物及炎症因子对比( $\bar{x}\pm s$ )

指标	对照组(n=30)	观察组(n=30)	$\chi^2$ 值	P值
术后24h cTnI (ng/mL)	$45.63\pm 12.26$	$36.21\pm 10.80$	9.218	$<0.05$
术后72h cTnI (ng/mL)	$28.89\pm 8.61$	$21.45\pm 7.46$	7.956	$<0.05$
术后24h CK-MB (U/L)	$186.52\pm 45.17$	$142.23\pm 38.75$	43.872	$<0.05$
术后72h CK-MB (U/L)	$98.64\pm 32.35$	$72.41\pm 26.78$	24.643	$<0.05$
术后90天 hs-CRP (mg/L)	$8.12\pm 2.38$	$5.11\pm 1.79$	3.037	$<0.05$
术后90天 IL-6 (pg/mL)	$32.65\pm 8.52$	$21.43\pm 6.36$	10.894	$<0.05$

### 2.3 两组患者心功能指标比较

术前两组心功能指标无差异( $P>0.05$ )；术后90天两组均较术前显著改善( $P<0.05$ )，且观察组改善程度显著优于对照组( $P<0.05$ )。详见表4。

表4 两组患者心功能指标对比( $\bar{x}\pm s$ )

指标	组别	术前	术后90天	组内t值	组内P值	组间t值	组间P值
LVEF(%)	对照	$45.23\pm 4.28$	$50.43\pm 4.41$	5.892	$<0.05$	5.437	$<0.05$

指标	组别	术前	术后 90 天	组内 t 值	组内 P 值	组间 t 值	组间 P 值
	观察组	44.81 ± 4.50	55.26 ± 4.78	11.305	<0.05		
	对照组	56.53 ± 3.68	53.87 ± 3.45	3.216	<0.05		
LVEDD(mm)	观察组	56.70 ± 3.61	50.15 ± 3.12	10.538	<0.05	6.124	<0.05
	对照组	39.56 ± 3.34	35.96 ± 3.01	4.692	<0.05		
LVESD(mm)	观察组	39.78 ± 3.22	32.56 ± 2.83	7.224	<0.05	3.091	<0.05
	对照组	52.27 ± 6.83	58.56 ± 7.11	5.983	<0.05		
SV(ml)	观察组	51.98 ± 7.21	65.44 ± 7.52	13.671	<0.05	7.358	<0.05
	对照组						

2.4 两组不良事件发生率比较

术后 4 周及 3 个月，观察组 MACE 发生率均显著低于对照组，差异有统计学意义 (P<0.05)。详见表 5。

表 5 两组不良事件发生率对比[n (%) ]

指标	对照组 (n=60)	观察组 (n=60)	χ <sup>2</sup> 值	P 值
术后 4 周 MACE	4(13.33%)	1(3.33%)	9.905	<0.05
术后 3 个月 MACE	5(16.67%)	2(6.67%)	10.015	<0.05

3 讨论

急性心肌梗死患者接受 PCI 后，临床管理的核心目标不仅是开通心外膜大血管，更在于优化心肌微循环灌注，遏制缺血性损伤的持续进展，并阻断心室结构的病理性重塑过程，从而改善心功能及远期预后<sup>[5]</sup>。但常规西医治疗在改善微循环及炎症反应方面仍存在局限，而中医针对术后气虚血瘀病机，采用益气活血综合干预，可多靶点调控，弥补西医不足。

本研究显示，与对照组相比，观察组心肌再灌注指标更优，心肌损伤标志物峰值更低，术后炎症因子水平更低，心

功能指标改善更显著，不良事件发生率更低 (P<0.05)。主要是因为中医方案以益气活血方为核心，其中黄芪、丹参等具有补气行血功效的成分，辅以川芎、赤芍等增强活血化瘀作用，而八段锦康复锻炼，实现了“药物治疗+功能康复”的有机结合，可有效改善 PCI 术后心肌再灌注状况，减少无复流现象发生，调节免疫功能、降低炎症因子释放，并降低心肌损伤程度，为心功能恢复奠定基础。

综上所述，针对行 PCI 术后的 AMI 患者采取西医联用中医治疗，不仅能提升疗效，还具有良好的安全性，临床应用可靠，具有重要推广价值。

[参考文献]

[1]高占义,魏月娟,侯春霞,等.益气活血法联合心脏康复对急性冠脉综合征患者介入术后炎症因子、CAVI、ABI 及心功能的影响[J].世界中西医结合杂志, 2022,17(9):1802-1806.

[2]范文甜,许亚欣,刘艺珂,等.急性 ST 段抬高型心肌梗死患者经皮冠状动脉介入治疗术后无复流现象的治疗进展[J].医学研究与教育,2023,40(3):38-45.

[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]BYRNE R A, ROSSELLO X, COUGHLAN J J, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes[J].European Heart Journal, 2023, 44(38):3720-3826.

[5]廖秀梅, 黄文镇, 邱泉伟.急性心肌梗死患者经 PCI 术后治疗缺血再灌注损伤的发病现状及其相关影响分析[J].心血管病防治知识, 2024, 14(17):22-24+28.

作者简介:

陈曦 (1990.10-), 女, 汉族, 江苏南通人, 本科, 主治中医师, 研究方向为中医内科心血管。