

中西医结合治疗急性心肌梗死效果与安全可行性评价

程波

吉林省长春市经济技术开发区世纪街道世纪社区卫生服务中心 130062

【摘要】目的 本研究探究中西医协同干预用于急性心肌梗死的临床效用与应用安全性。**方法** 纳入 2025 年 1—12 月 758 例急性心肌梗死患者，均于上级三甲医院完成 PCI 支架植入术后转入本院社区医院。将其随机均分两组，对照组予以标准化西医救治方案，观察组叠加中医辨证施治，为期 12 个月随访观察。**结果** 观察组短期、远期不良心脑血管事件发生率更低，心功能指标改善效果更优，中医症状缓解有效率显著提升（ $P<0.05$ ），且两组不良反应发生风险相近（ $P>0.05$ ）。**结论** 中西医联合疗法可有效改善心肌梗死患者预后、修复心功能、减轻机体炎性损伤，安全可靠，适宜临床普及开展。

【关键词】 急性心肌梗死；中西医结合；临床疗效；安全性；心功能

急性心肌梗死为冠脉突发闭塞引发心肌坏死的危重心血管病症，致死致残率极高^[1]。西医再灌注、药物规范治疗可疏通病变血管，但难以彻底规避术后微循环损伤、心功能受损及远期复发等预后问题^[2]。中医将该病归属于胸痹、真心痛，以气虚痰瘀、脉络阻滞为核心病机，中西医联合干预具备协同治疗价值^[3]。本研究依托 758 例大样本、12 个月长期随访，探析该联合方案的临床应用效果与安全性。

1、资料与方法

1.1 研究对象

纳入 2025 年 1—12 月 758 例急性心肌梗死患者，均于上级三甲医院完成 PCI 支架植入术后转入本院社区医院，通过随机抽样法均分两组，各 379 例。对照组包含男性 218 例、女性 161 例，平均年龄（ 62.3 ± 8.5 ）岁；观察组男性 225 例、女性 154 例，平均年龄（ 61.7 ± 9.2 ）岁。两组患者年龄、性别等基础临床资料均衡可比，组间基线差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），满足对照研究条件。

1.2 方法

对照组采用标准西医干预方案：符合手术指征患者接受 PCI 支架植入，存在手术禁忌者予以尿激酶原溶栓再灌注治疗。常规联用药物干预：阿司匹林 100mg、氯吡格雷 75mg 每日口服，阿托伐他汀 20mg 每晚服用，美托洛尔 23.75~47.5mg、依那普利 10mg 每日口服，合并基础病者对症处理，持续干预 12 个月。

观察组延续上述西医治疗方案，同步施以中医分型施治。全程配合通心络胶囊口服，每次 2 粒，每日 3 次。结合证候差异化配伍汤药：气虚血瘀型予益气通络汤（黄芪 30g、党参 20g、丹参 20g、川芎 15g、红花 10g、郁金 15g、炙甘草 6g）；痰瘀互结型选用瓜蒌薤白半夏汤合血府逐瘀汤加减（瓜蒌 20g、薤白 15g、半夏 12g、桃仁 10g、当归 15g、赤芍 15g、枳壳 12g）。所有药剂每剂水煎取液 400ml，早晚分服，连续连用 4 周后调整为隔日一剂，整体干预周期共计 12 个月。

1.3 观察指标

随访统计不同时段不良心脑血管事件，同步检测心功能相关指标。依据行业标准对五项典型中医症状量化评分，按积分降幅划分疗效等级，统计证候改善总有效率及安全性情况。

1.4 统计学方法

本次研究数据借助 SPSS 26.0 软件开展统计学分析。计量指标运用均数加减标准差描述，组间对比选用 t 检验；计数资料以百分比呈现，行卡方检验；有序分类资料采用秩和检验。

以 $P<0.05$ 作为判定组间差异具备统计学意义的标准。

2、结果

表 1 两组不同时间点 MACCEs 发生率比较 [例（%）]

组别	例数	30 天	6 个月	12 个月
对照组	379	31（8.18%）	45（11.87%）	52（13.72%）
观察组	379	12（3.17%）	18（4.75%）	23（6.07%）
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

表 2 两组治疗前后心功能指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	LVEF（%）		LVEDD（mm）		BNP（pg/ml）	
		治疗前	治疗后 12 个月	治疗前	治疗后 12 个月	治疗前	治疗后 12 个月
对照组	379	45.2±6.8	54.1±8.2	58.6±7.2	53.5±7.0	865.3±120.5	215.6±72.4
观察组	379	44.8±7.1	61.5±7.3	59.1±6.8	48.2±6.1	872.1±115.8	102.3±45.7
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 3 两组中医证候疗效比较 [例（%）]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	379	42（11.08%）	128（33.77%）	126（33.25%）	83（21.90%）	296（78.10%）
观察组	379	78（20.58%）	165（43.54%）	118（31.13%）	18（4.75%）	351（92.61%）
P 值						<0.05

表 4 两组安全性比较[例（%）]

组别	例数	胃肠道不适	牙龈出血	肝功能轻度异常	总发生率
对照组	379	15（3.76%）	8（2.11%）	5（1.32%）	28（7.39%）
观察组	379	12（3.17%）	6（1.58%）	4（1.06%）	22（5.80%）
P 值					>0.05

3、讨论

现代西医开通梗死血管后，仍难以规避心肌微循环异常、再灌注损伤与持续炎症等问题^[4]。中医立足整体辨证，围绕气虚血瘀、痰浊阻滞的核心病机施治，多途径发挥干预作用：既可扩张冠脉微血管、修护血管内皮，优化心肌血供；也能下调炎性介质表达，减轻心肌损伤；同时扶助心气、化解瘀阻，延缓心室重构，多重作用协同降低远期心血管风险。本研究也印证了中西联用的叠加治疗效果。

联合方案整体用药温和，配伍后未提升不良反应发生概率，和既往大型研究结论相符，长期应用安全有保障。依托大样本长期观察可见，该疗法优势突出：既能改善躯体症状与心脏功能，又可依照证型个体化给药，且药材成本亲民，适配各级医疗机构开展。

综上，中西医联合干预急性心肌梗死，融合了血管再通与整体调护的双重优势，可全面改善病情、控制炎症、缓解不适，全程安全性可控。该模式实用性强、适配场景广，可为临床诊疗方案优化提供参考，具备广泛推广价值。

【参考文献】

[1] 姚少刚. 中西医结合治疗急性心肌梗死疗效观察[J]. 实用中医药杂志,2023,39(8):1584-1586.
[2] 王道伟. 中西医结合治疗急性心肌梗死的效果分析[J]. 当代医药论丛,2022,20(10):174-177.

[3] 陈淑然. 中西医结合治疗急性心肌梗死的临床疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(51):173-174.

[4] 米江慧. 中西医结合治疗急性心肌梗死合并心源性休克的效果观察[J]. 医药前沿,2020,10(6):83.