

基于络络学说指导的电针干预对STEMI-PCI术后短期心室重构影响的随机对照临床研究

吴 双¹, 夏铭徽¹, 张宏如², 姜 文³

(¹南通大学附属医院针灸科, 江苏南通 226001; ²南京中医药大学中医学院·中西医结合学院, 南京 210023; ³南京中医药大学南通附属医院, 江苏南通 226001)

【摘要】 目的:基于络络学说“气虚血瘀-络塞积成”理论指导电针干预急性ST段抬高型心肌梗死(STEMI)经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术后心室重构,并评价其临床疗效。**方法:**采用前瞻性随机对照设计,纳入80例STEMI-PCI术后心功能不全(气虚血瘀证)患者,随机分为对照组(40例,脱落2例)和电针组(40例,脱落2例)。对照组给予标准化西药治疗,电针组在此基础上增加电针干预(内关、膻中、神门、气海、血海、足三里,疏密波,2 Hz/100 Hz,30 min/次,隔日1次,持续8周)。采用超声三维斑点追踪成像技术检测两组患者治疗前后心功能指标:左心室射血分数(LVEF)、左心室整体纵向应变(GLS),以及心脏结构指标:左心室舒张末期容积(LVEDV)、左心室收缩末期容积(LVESV);ELISA法检测患者血清中心肌纤维化标志物可溶性生长刺激表达基因2蛋白(sST2)、半乳糖凝集素-3(Gal-3)水平;免疫比浊法检测血清中心衰指标N末端B型脑钠肽前体(NT-proBNP)水平;对比两组患者治疗前后中医证候积分变化并评价治疗的安全性。**结果:**与本组治疗前相比,两组治疗后的心脏功能指标、心脏结构指标、血清心肌纤维化标志物及中医证候积分均有改善($P<0.001$)。与对照组相比,电针组治疗后LVEF、GLS绝对值显著增高($P<0.01$, $P<0.001$),LVEDV、LVESV显著降低($P<0.01$, $P<0.001$);血清心肌纤维化标志物(sST2、Gal-3)水平显著降低($P<0.05$, $P<0.01$);血清心衰标记物NT-proBNP水平显著降低($P<0.001$);中医证候积分改善更显著($P<0.01$, $P<0.001$),且无严重不良事件发生。**结论:**电针可能有助于改善STEMI-PCI术后患者的心功能及心室重构指标,其作用机制可能与调节血清中心肌纤维化标志物水平有关。

【关键词】 络络学说;电针;急性ST段抬高型心肌梗死;心室重构;心肌纤维化

Effects of electroacupuncture guided by the vessel-collateral theory on short-term ventricular remodeling following STEMI-PCI surgery: a randomized controlled clinical study

WU Shuang¹, XIA Ming-hui¹, ZHANG Hong-ru², JIANG Wen³ (¹Department of Acupuncture and Moxibustion, Affiliated Hospital of Nantong University, Nantong 226001, Jiangsu Province, China; ²School of Chinese Medicine/School of Integrated Traditional and Western Medicine, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210023; ³Nantong Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Nantong 226001, Jiangsu Province)

【ABSTRACT】 Objective Based on the vessel-collateral theory, “qi deficiency and blood stasis leading to collateral obstruction and accumulation”, electroacupuncture was delivered in patients with ventricular remodeling after percutaneous coronary intervention (PCI) for acute ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI), and the clinical efficacy was evaluated. **Methods** A prospective randomized controlled design was adopted. Eighty patients with cardiac insufficiency after STEMI-PCI (qi deficiency and blood stasis) were enrolled and randomly assigned to a control group (40 cases, with 2 cases dropped out) and an electroacupuncture group (40 cases, with 2 cases dropped out). In the control group, the standardized western medication was administered. In the electroacupuncture group, on the basis of the regimen as the control group, electroacupuncture was operated at Neiguan (PC6), Danzhong (CV17),

【DOI】10.13702/j.1000-0607.20251241

引用格式:吴双,夏铭徽,张宏如,等.基于络络学说指导的电针干预对STEMI-PCI术后短期心室重构影响的随机对照临床研究[J].针刺研究,2026,51(7):907-915.

项目来源:国家自然科学基金面上项目(No.81974583);江苏省中医药学会科研项目(No.ZXFZ2024096)

通信作者:姜文, E-mail:202050004@njucm.edu.cn

Shenmen (HT7), Qihai (CV6), Xuehai (SP10) and Zusanli (ST36) with dense-disperse wave, at a frequency of 2 Hz/100 Hz, 30 min per session, once every other day, for 8 consecutive weeks. Three-dimensional speckle tracking echocardiography was used to detect cardiac function indicators: left ventricular ejection fraction (LVEF) and global longitudinal strain (GLS), and cardiac structural indicators: left ventricular end-diastolic volume (LVEDV) and left ventricular end-systolic volume (LVESV) in both groups before and after treatment. ELISA was used to detect the serum levels of cardiac fibrosis markers: soluble suppression of tumorigenicity 2 (sST2) and galectin-3 (Gal-3); immunoturbidimetry was used to detect the heart failure marker: N-terminal pro-B-type natriuretic peptide (NT-proBNP). Changes in traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores were compared and the safety was evaluated in the two groups. **Results** Compared with the control group, the electroacupuncture group showed the increase in LVEF and absolute value of GLS ($P<0.01$, $P<0.001$) and the decrease in LVEDV and LVESV ($P<0.01$, $P<0.001$) after treatment; serum fibrosis markers (sST2, Gal-3) levels were reduced ($P<0.05$, $P<0.01$), the serum heart failure marker (NT-proBNP) level was decreased ($P<0.001$), and the scores of TCM symptoms were improved ($P<0.01$, $P<0.001$). Compared with before treatment, both groups showed improvement ($P<0.001$) in the above indicators after treatment. No serious adverse event was reported. **Conclusion** Electroacupuncture may conduce to ameliorating cardiac functions and ventricular remodeling indicators in patients after STEMI-PCI, which is probably related to the modulation of cardiac fibrosis markers in serum.

【KEYWORDS】 Collateral theory; Electroacupuncture; Acute ST-segment elevation myocardial infarction; Ventricular remodeling; Myocardial fibrosis

急性ST段抬高型心肌梗死(STEMI)是严重威胁生命健康的心血管疾病。近年来,以经皮冠状动脉介入治疗(PCI)为核心的现代西医治疗手段显著改善了患者的短期预后,但术后心肌缺血再灌注损伤(MIRI)继发的心室重构仍是导致远期心力衰竭的关键病理环节^[1-2]。当前针对心室重构的特异性干预手段有限,亟需探索新的治疗策略以改善患者长期预后。

络脉学说作为中医气血理论的重要组成部分,强调“络脉为气血运行之通路,濡养脏腑之枢纽”。STEMI-PCI术后心室重构的病机属于该学说“气虚血瘀-络塞积成”^[3],即气虚致瘀、络脉阻滞是心室重构的重要环节。PCI术后心气耗伤,推动无力,致血行迟滞成瘀(气虚血瘀)^[4];瘀血阻络,久蕴化为络毒^[5],引发局部炎性反应与胶原异常沉积(络塞积成)^[3,6]。此病机理论关注微循环障碍与纤维化过程,为针灸干预提供了理论参考。

近年来,电针在心血管疾病康复领域的应用与研究逐渐增多。基础研究提示,电针预处理可通过减少细胞凋亡、改善线粒体功能、调控细胞自噬等途径激活内源性保护机制,在一定程度上减轻MIRI,促进心肌修复与心功能恢复^[7-8]。常见的实验配穴为“内关”“足三里”“关元”,学者称之为“双固一通”(关元、足三里固先后天,内关通经泻邪)^[9],但其最佳配伍及具体作用机制尚需进一步验证。

本研究拟在前人研究的基础上,基于络脉学说“络脉-气血-形损”理论框架,针对STEMI-PCI“气

虚血瘀-络塞积成”的病机,以“益气通络、活血化瘀”为治则,通过随机对照试验观察电针干预对STEMI-PCI术后患者心室结构、心功能及血清生物标志物、中医证候的影响,以期为临床治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象

2022年6月至2024年6月于南通大学附属医院心血管内科门诊连续招募急性STEMI-PCI术后心功能不全且中医诊断为胸痹-气虚血瘀证的患者。参考《针灸临床试验样本量估计的常见方法学困惑与解决策略》^[10],假设电针组与对照组左心室射血分数(LVEF)改善值差异为 $\delta=5\%$,标准差 $\sigma=8\%$,设定双侧检验水准 $\alpha=0.05$,检验效能 $1-\beta=0.9$,两组样本量相等,计算得到每组需要 $n_1=n_2=36$ 例。考虑失访率为10%,因此电针组和对照组均纳入40例,最终纳入80例患者为研究对象。本研究采用前瞻性、单中心、随机对照平行试验(RCT)设计,遵循CONSORT 2010规范,由第三方独立统计人员使用计算机生成1:1的随机数字序列并逐一编号,将分组信息写入随机卡后置于对应编号的密封信封,由专人保存。实施时按编号依次开启信封,并根据信封内的分组安排相应治疗。因针刺治疗的特殊性,研究过程中仅实施临床诊疗、结局评估及数据分析人员三分离。本研究已通过南通大学附属医院伦理委员会批准(批件号:2022-K102),所有

患者均签署知情同意书。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南(2019)》^[11]及《中国经皮冠状动脉介入治疗指南(2016)》^[12]:①持续胸痛 ≥ 30 min;②心电图相邻2个导联ST段抬高 ≥ 0.1 mV(V1~V3 ≥ 0.2 mV);③心肌损伤标志物动态升高;④冠状动脉造影证实罪犯血管完全或次全闭塞,PCI后残余狭窄 $< 20\%$,病变血管心肌梗死溶栓试验(TIMI)3级,无严重并发症。中医诊断及辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[13],结合《介入术后冠心病中医证候诊断标准的评价》^[14],介入术后气虚血瘀证的诊断标准:主症包括胸闷、胸痛(痛有定处,或为刺痛,甚至心痛彻背)、气短心悸(阵发性心慌,劳累后诱发或加重)、乏力(动则尤甚);次症包括自汗(不因天气或运动而自行出汗,活动后加重)、少气懒言(感觉气息不足,神疲倦怠)、面色晦暗(或面色萎黄无华,口唇紫暗);舌脉特征为舌质暗淡或有瘀斑、瘀点,舌苔薄白,脉沉细、涩,或脉结代。符合主症 ≥ 2 项、次症 ≥ 1 项,并结合典型舌脉表现即可确诊。

1.3 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准;②年龄40~75岁;③中医辨证为胸痹气虚血瘀证;④Killip心功能分级Ⅱ~Ⅲ级^[11],且N末端B型脑钠肽前体(NT-proBNP)符合年龄分层标准(年龄 < 55 岁,NT-proBNP > 450 pg/mL且 ≤ 900 pg/mL;年龄55~75岁,NT-proBNP > 900 pg/mL);⑤PCI术后1周内入组,自愿配合研究。

1.4 排除标准

①严重心功能不全[纽约心脏协会(NYHA)心功能分级Ⅳ级或LVEF $< 35\%$];②肝肾功能不全[丙氨酸氨基转移酶/天门冬氨酸氨基转移酶(ALT/AST) > 3 倍正常值上限,估算肾小球滤过率(eGFR) < 30 mL $\cdot$ min⁻¹ $\cdot$ 1.73 m⁻²];③患有恶性肿瘤、血液病、自身免疫性疾病;④3个月内接受过溶栓、心脏手术或其他临床治疗;⑤妊娠、哺乳期、精神或认知障碍、有针灸禁忌证及参与其他研究者。

1.5 剔除、脱落与终止标准

①不符合诊断/纳入标准、接受其他中医疗法、未完成基线评估或失访者;②入组后未完成规定疗程及观察周期或失访者;③严重心血管事件(再梗死、恶性心律失常)、病情加重、电针相关并发症(晕针、感染)或受试者不配合者。

1.6 治疗措施

对照组采用指南推荐的标准药物:双联抗血小板药物(阿司匹林100 mg/d+替格瑞洛90 mg每日2次)、他汀[低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C) < 1.8 mmol/L]、 β 受体阻滞剂、普利类/沙坦类降压药(ACEI/ARB)及对症治疗,必要时予利尿剂、硝酸酯类,连续8周。

电针组在对照组基础上加用电针治疗。取穴及操作:内关直刺12.5~25 mm、膻中平刺7.5~12.5 mm、神门直刺7.5~12.5 mm、气海直刺25~37.5 mm、血海直刺25~37.5 mm、足三里直刺25~37.5 mm(定位参照2021版《针灸学》^[15])。选取0.25 mm $\times$ 25 mm/40 mm华佗牌无菌毫针,平补平泻,得气后内关(正极)、神门(负极)两穴连接英迪牌KWD-808I型电针仪,疏密波(2 Hz/100 Hz),强度以患者耐受为度,每次30 min。隔日治疗1次,每周3次,共治疗8周。所有操作均由同一位针灸临床医师完成。

1.7 观察指标

1.7.1 基础指标

记录人口学资料(年龄、性别)、个人史(吸烟史、饮酒史)、合并症及术后用药方案。

1.7.2 主要结局指标

LVEF:采用美国GE Vivid E95型超声心动图仪,探头频率2.5~3.5 MHz,于心尖四腔心切面,启动自动心功能分析软件,手动描记左心室心内膜边界,软件自动计算LVEF值。

1.7.3 次要结局指标

左心室整体纵向应变(GLS):使用GE Vivid E95型超声心动图仪,相控阵探头(1.5~4.0 MHz),患者左侧卧位,同步心电图。于心尖部采集左心室全容积三维图像(帧率30~50帧/s),确保完整包含左心室。将图像导入EchoPAC工作站,自动识别心内膜边界,手动校正二尖瓣环及心尖位置,划分17个心肌节段。软件追踪斑点纵向运动,计算各节段应变并整合为GLS。为保证测量结果的可靠性,本研究采用超声三维斑点追踪成像技术(3D-STI)计算GLS时,设定追踪质量评分 ≥ 8 分作为数据可信的标准。重复测量3次取均值。

心脏结构指标:包含左心室舒张末期容积(LVEDV)、左心室收缩末期容积(LVESV)。患者左侧卧位,同步心电图,于心尖部采集左心室全容积三维动态图像(帧率30~50帧/s),确保完整包含左心室。图像导入EchoPAC工作站,软件自动识别舒张末期(心电图R波顶点)及收缩末期时相,手动

校正心内膜边界(从二尖瓣环至心尖部)。基于三维容积重建算法计算 LVEDV、LVESV,重复测量 3 次取均值,追踪质量评分 ≥ 8 分视为可信。

心肌纤维化指标:ELISA(试剂盒购自南京拉普达生物科技有限公司)法检测血清可溶性生长刺激表达基因 2 蛋白(sST2)、半乳糖凝集素-3(Gal-3)含量。采集患者静脉血 5 mL,离心分离血清,按照试剂盒说明书操作步骤进行,包括加样、温育、洗涤、加酶结合物、显色、终止反应等,最后用酶标仪在 450 nm 波长处测定吸光度值,根据标准曲线计算血清中 sST2、Gal-3 的含量。

心衰指标 NT-proBNP:采集患者静脉血 5 mL,

离心分离血清,置于 $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$ 冻存待测。严格按照 NT-proBNP 免疫比浊法检测说明书操作(试剂盒购自南京拉普达生物科技有限公司)。将校准品、质控品及血清样本分别加入对应反应孔,加入配套酶结合物与底物液,振荡混匀后 $37\text{ }^{\circ}\text{C}$ 孵育 15 min。采用全自动生化分析仪在 450 nm 波长处测定吸光度值,依据标准曲线自动计算血清 NT-proBNP 含量,实验全程严格遵循质量控制标准,确保结果可靠性。

中医证候积分评定:根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[13]及心力衰竭气虚血瘀证特点,制定以下临床疗效判定标准(详见表 1)。

表 1 中医证候积分评分标准

Table 1 Scoring criteria for traditional Chinese medicine syndrome

证候项目	0 分(无症状)	1 分(轻度)	2 分(中度)	3 分(重度)
胸痛	无胸痛或胸部不适	偶发胸痛或胸闷,活动或情绪激动时出现,休息或含服硝酸甘油后缓解	胸痛或胸闷反复发作,需用药或减少日常活动	持续性或剧烈胸痛,静息时亦可出现,需急诊或住院处理
气短心悸	无气短或心悸	活动后偶有气短或心悸,日常活动基本不受限	日常活动即出现明显气短或心悸,需休息缓解	静息或轻微活动即出现明显气短或持续心悸
乏力	精力正常,无乏力	轻度乏力,不影响日常工作和生活	明显乏力,需减少活动量或频繁休息	严重乏力,不能完成日常生活或工作
自汗	无自汗	偶有自汗,对生活影响小	自汗较频繁,影响舒适度或睡眠	持续或大量自汗,明显影响生活
舌质紫暗	舌质正常	舌质稍暗,偶见少量瘀点	舌质明显紫暗,瘀点或瘀斑较多	舌质深紫,瘀斑广泛且固定
脉虚无力	脉象正常	脉搏稍显无力或细弱	脉象明显细弱,力度不足	脉搏微弱或难以触及

安全性指标:研究期间监测生命体征、实验室指标(血常规、肝肾功能、凝血功能等)、针刺相关反应、药物不良反应,随访 3 个月内的主要不良心血管事件(MACE)。

1.8 统计学处理

采用 SPSS26.0 统计软件进行数据分析。符合正态分布的连续变量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)描述,非正态分布资料以中位数(上下四分位数)[$M(P_{25}, P_{75})$]描述;分类变量资料以数字(百分比)呈现。组间比较中,正态连续变量资料采用独立样本 t 检验,非正态数据采用 Mann-Whitney U 秩和检验,分类变量资料采用 χ^2 检验或 Fisher 精确检验;组内治疗前后比较采用配对 t 检验(正态数据)或 Wilcoxon 符号检验(非正态数据)。所有分析均采用双侧检验,以 $P\leq 0.05$ 为差异有统计学意义的标准。

2 结果

2.1 两组患者基线资料比较

研究共纳入 80 例患者,电针组 2 例依从性差不能配合定期治疗,对照组 1 例因未按规定配合观察中途退出、1 例因路程遥远要求退出。最终电针组纳入 38 例,对照组 38 例,两组患者基线资料比较差异均无统计学意义,提示两组具有可比性,见表 2。

2.2 两组患者心脏功能指标比较

治疗前,两组患者的 LVEF、GLS 水平差异无统计学意义,具有可比性。治疗后,两组患者的 LVEF、GLS 绝对值较治疗前升高($P<0.001$);电针组 LVEF、GLS 绝对值明显高于对照组($P<0.01$, $P<0.001$)。见表 3。

治疗前,两组患者的血清 NT-proBNP 水平差异无统计学意义,具有可比性。治疗后,两组患者

表 2 两组 STEMI-PCI 术后短期心室重构患者基线资料比较

Table 2 Comparison of baselines between the two groups of patients with short-term ventricular remodeling after STEMI-PCI

组别	例数	性别/例		年龄/岁 ($\bar{x}\pm s$)	吸烟 史/例	饮酒 史/例	合并症/例			术后用药方案/例			
		男	女				高血 压	糖尿 病	高脂 血症	抗血小 板药物	β 受体 阻滞剂	ACEI/ ARB	他汀类 药物
对照组	38	27	11	56.95 $\pm$ 7.87	15	19	28	7	11	35	23	29	32
电针组	38	29	9	56.55 $\pm$ 7.83	18	15	22	10	13	33	28	30	30

注:STEMI-PCI为急性ST段抬高型心肌梗死经皮冠状动脉介入治疗,ACEI/ARB为普利类/沙坦类降压药。

表 3 两组 STEMI-PCI 术后短期心室重构患者治疗前后 LVEF、GLS 比较 ($\bar{x}\pm s, \%$)

Table 3 Comparison of LVEF and GLS between the two groups of patients with short-term ventricular remodeling after STEMI-PCI before and after treatment ($\bar{x}\pm s, \%$)

组别	例数	LVEF		GLS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	38	47.43 $\pm$ 3.81	51.36 $\pm$ 5.91***	-11.52 $\pm$ 1.87	-15.55 $\pm$ 4.04***
电针组	38	46.80 $\pm$ 3.68	59.11 $\pm$ 5.26***##	-11.37 $\pm$ 1.69	-19.34 $\pm$ 3.43***###

注:STEMI-PCI为急性ST段抬高型心肌梗死经皮冠状动脉介入治疗,LVEF为左心室射血分数,GLS为左心室整体纵向应变。LVEF正常参考值:55%~70%;GLS预期范围:-22%~-18%。与本组治疗前比较,*** $P<0.001$;与对照组治疗后比较,## $P<0.01$,### $P<0.001$ 。

的血清 NT-proBNP 水平较治疗前降低 ($P<0.001$);电针组血清 NT-proBNP 水平明显低于对照组 ($P<0.001$)。见表 4。

2.3 两组患者心脏结构指标比较

治疗前,两组患者的 LVEDV、LVESV 差异无统计学意义,具有可比性。治疗后,两组患者的 LVEDV、LVESV 较治疗前均降低 ($P<0.001$);电针组患者的 LVEDV、LVESV 明显低于对照组 ($P<0.01, P<0.001$)。见表 5。

2.4 两组患者血清中心肌纤维化指标比较

治疗前,两组患者的 sST2、Gal-3 水平差异无统计学意义,具有可比性。治疗后,两组患者的 sST2、Gal-3 水平均较治疗前明显降低 ($P<0.001$);电针组

表 4 两组 STEMI-PCI 术后短期心室重构患者治疗前后血清 NT-proBNP 含量比较 ($\bar{x}\pm s, \text{pg/mL}$)

Table 4 Comparison of serum NT-proBNP contents between the two groups of patients with short-term ventricular remodeling after STEMI-PCI before and after treatment ($\bar{x}\pm s, \text{pg/mL}$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	38	4 028.45 $\pm$ 937.86	1 434.58 $\pm$ 540.28***
电针组	38	3 901.34 $\pm$ 1 060.03	771.42 $\pm$ 266.37***###

注:STEMI-PCI为急性ST段抬高型心肌梗死经皮冠状动脉介入治疗,NT-proBNP为N末端B型脑钠肽前体。NT-proBNP正常参考值:年龄 <50 岁, <450 pg/mL;年龄 $50\sim75$ 岁, <900 pg/mL。与本组治疗前比较,*** $P<0.001$;与对照组治疗后比较,### $P<0.001$ 。

表 5 两组 STEMI-PCI 术后短期心室重构患者治疗前后 LVEDV、LVESV 比较 ($\bar{x}\pm s, \text{mL}$)

Table 5 Comparison of LVEDV and LVESV between the two groups of patients with short-term ventricular remodeling after STEMI-PCI before and after treatment ($\bar{x}\pm s, \text{mL}$)

组别	例数	LVEDV		LVESV	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	38	111.50 $\pm$ 11.15	96.50 $\pm$ 10.27***	58.55 $\pm$ 6.65	46.95 $\pm$ 7.88***
电针组	38	109.74 $\pm$ 10.65	87.87 $\pm$ 10.85***##	58.47 $\pm$ 7.87	36.16 $\pm$ 7.75***###

注:STEMI-PCI为急性ST段抬高型心肌梗死经皮冠状动脉介入治疗,LVEDV为左心室舒张末期容积,LVESV为左心室收缩末期容积。LVEDV正常参考值:男性约 $63\sim150$ mL,女性约 $46\sim106$ mL;LVESV正常参考值:男性约 $21\sim61$ mL,女性约 $14\sim42$ mL。与本组治疗前比较,*** $P<0.001$;与对照组治疗后比较,## $P<0.01$,### $P<0.001$ 。

sST2、Gal-3 水平明显低于对照组 ($P<0.05$, $P<0.01$)。见表 6。

2.5 两组患者中医证候积分比较

治疗前,两组患者中医证候积分差异无统计学意义,具有可比性。治疗后,两组患者的胸痛、气短心悸、乏力、自汗、舌质紫暗、脉虚无力等积分及总积分较治疗前均降低 ($P<0.001$);电针组患者的胸痛、气短心悸、乏力、舌质紫暗、脉虚无力等证候积分及总积分低于对照组 ($P<0.01$, $P<0.001$),两组患者自汗证候积分差异无统计学意义。见表 7。

2.6 两组患者随访 3 个月 MACE 比较

治疗组患者 MACE 总发生率 5.3%,对照组 MACE 总发生率 7.9%,两组患者治疗结束后 3 个月 MACE 发生率差异无统计学意义,见表 8。

3 讨论

脉络学说指出“心主血脉,气为血帅”,PCI 术后心气亏虚致血行无力,瘀阻心络,最终形成“络塞积成”的微观病理改变,与现代医学中心肌纤维化、心

室进行性扩大的“心室重构”本质存在一定的契合性^[16]。本研究为一项前瞻性、单中心、随机对照设计的短期观察,评估了基于脉络学说指导的电针配伍方案对 STEMI-PCI 术后心室结构、心功能及心肌纤维化相关标志物的影响。结果显示,在 8 周观察期内,电针组的多项心室结构、心功能指标及血清标志物较对照组表现出更明显的改善,这提示电针作为辅助康复手段具有一定价值。

3.1 基于脉络学说的选穴依据

急性心肌梗死患者经 PCI 术后虽实现了血运重建,但在临床上仍常见气虚失运、血瘀未清、络脉不畅等表现,与脉络学说所描述的心络病变特征具有相似性。在既往针灸研究及临床实践中,内关、膻中、足三里等穴位常被用于心血管疾病及术后康复阶段。本研究沿用上述常用穴位,基于“益气通络、活血化瘀”的辅助干预策略,采取“主穴通心络、配穴调气血”的穴位配伍方案。

首先,针对“络塞”这一关键病理,选取内关与神门为主穴。内关为心包经络穴,别走三焦,善治

表 6 两组 STEMI-PCI 术后短期心室重构患者治疗前后血清 sST2、Gal-3 含量比较 ($\bar{x}\pm s$, ng/mL)

Table 6 Comparison of serum sST2 and Gal-3 contents between the two groups of patients with short-term ventricular remodeling after STEMI-PCI before and after treatment ($\bar{x}\pm s$, ng/mL)

组别	例数	sST2		Gal-3	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	38	93.75±16.40	81.38±16.62***	49.92±6.17	40.10±6.28***
电针组	38	94.93±11.07	72.85±10.41***#	49.78±8.47	34.58±7.51***##

注:STEMI-PCI 为急性 ST 段抬高型心肌梗死经皮冠状动脉介入治疗,sST2 为可溶性生长刺激表达基因 2 蛋白,Gal-3 为半乳糖凝集素-3。sST2 正常参考值: <35 ng/mL,Gal-3 正常参考值: <17.8 ng/mL。与本组治疗前比较,*** $P<0.001$;与对照组治疗后比较,# $P<0.05$,## $P<0.01$ 。

表 7 两组 STEMI-PCI 术后短期心室重构患者治疗前后中医证候积分比较 [$M(P_{25}, P_{75})$, 分]

Table 7 Comparison of traditional Chinese medicine syndrome scores between the two groups of patients with short-term ventricular remodeling after STEMI-PCI before and after treatment ($M[P_{25}, P_{75}]$, points)

组别	例数	胸痛		气短心悸		乏力	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	38	2(1,3)	1(1,2)***	2(2,3)	1(1,2)***	2(1,2)	1(1,2)***
电针组	38	2(2,3)	1(0,2)***##	2(2,3)	1(0,1)***##	2(1.75,2)	1(0,1)***##

组别	例数	自汗		舌质紫暗		脉虚无力		总积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	38	2(1.75,3)	1(1,2)***	3(2,3)	1(1,2)***	2.5(2,3)	1(1,2)***	13(12,14.25)	8(6,9)***
电针组	38	2(2,3)	1(0.75,1.25)***	2(2,3)	1(0,1)***##	2(2,3)	1(0,1)***##	14(12,15)	5(4,6)***##

注:STEMI-PCI 为急性 ST 段抬高型心肌梗死经皮冠状动脉介入治疗。与本组治疗前比较,*** $P<0.001$;与对照组治疗后比较,## $P<0.01$,### $P<0.001$ 。

表 8 两组 STEMI-PCI 术后短期心室重构患者随访 3 个月
主要心血管不良事件比较 [例(%)]

Table 8 Comparison of major adverse cardiovascular
events between the two groups of patients with short-
term ventricular remodeling after STEMI-PCI followed
up for 3 months (cases [%])

组别	例数	心绞痛 再发	严重心 律失常	再发心 肌梗死	心力 衰竭	合计
对照组	38	2(5.3)	1(2.6)	0(0)	0(0)	3(7.9)
电针组	38	1(2.6)	1(2.6)	0(0)	0(0)	2(5.3)

注:STEMI-PCI 为急性 ST 段抬高型心肌梗死经皮冠状
动脉介入治疗。

胸痹心痛,具有疏导心络气血、改善微循环之功;神
门为心经原穴,主治心病,能宁心安神、调畅心气。
二者相配,直达病所,旨在疏通心络瘀阻,改善缺血
区灌注。其次,针对“气虚”这一病本,选取膻中、
气海与足三里。膻中为“气会”,居胸中宗气汇聚之
处,可宽胸理气以助心行血;气海为元气之海;足三
里为胃经合穴,主司后天生化之源。三穴合用,重
在补益心气与宗气,体现“气旺则血行”的治则,意
在通过增强气之推动力来防止瘀血再生。最后,辅
以血海专司活血化瘀,以消散“积成”之潜在病理
产物。

综上,全方六穴紧扣“气虚-血瘀-络塞-积成”的
病机,发挥益气通络、活血化瘀之效,旨在通过对经
络系统的调节,恢复心脉气血的平衡,从而达到延
缓心室重构、改善心功能的目的。

3.2 电针对心功能及心室结构的改善效应与机制
探讨

本研究结果显示,电针组 LVEF、GLS、NT-
proBNP 指标较对照组有所改善,同时 LVEDV、
LVESV 参数呈现降低趋势。LVEF 和 NT-proBNP
作为评估左心室功能及心衰状态的常用指标,其变
化具有临床相关性;GLS 作为 3D-STI 的重要参数,
能更敏感地检测心肌纤维的纵向收缩功能异常,甚
至在 LVEF 正常时即可早期识别亚临床心肌损
害^[17-18]。电针组 GLS 的显著改善,提示电针对左心
室整体收缩功能及心肌协调性具有改善作用,与既
往研究观察到的针刺调节心肌代谢及微循环障碍
的效应一致^[19]。同时,电针组在左心室容积参数上
的变化(LVEDV、LVESV 降低),提示该疗法可能
对心室重构进程具有调节作用,这一结果与动物实
验中电针改善心室形态的研究结果相印证^[20]。治疗
后电针组与对照组的 LVEDV 和 LVESV 均较治疗

前有所下降,且组间差异具有统计学意义。值得注
意的是,研究对象在治疗前上述心脏结构指标多接
近正常参考值范围。这一现象主要与本研究的纳
入标准有关:纳入对象为 PCI 术后病情相对稳定、排
除了重度心功能不全的患者,整体以心功能受损为
主而心室结构改变相对轻微。因此,治疗后
LVEDV 与 LVESV 的下降更应理解为“在正常或
轻度异常范围内的有利变化趋势”,而非对已形成
明显心室重构的逆转。对于处于早期心室重构阶
段的患者,功能指标及生物标志物的改善可能先于
心脏结构参数的改善。因此,本研究观察到的心脏
结构指标变化提示电针干预可能使心室结构向有
利方向转变,但其长期临床意义仍需通过延长随访
时间及扩大样本量进一步验证。

3.3 电针对心肌纤维化标志物的影响及“祛瘀通
络”机制的现代阐释

血清 sST2 与 Gal-3 是评估心肌纤维化及心室
重构的重要生物标志物^[21-22]。sST2 主要由心肌细
胞在机械应力作用下释放,其血清水平与心肌胶原
沉积呈正相关^[21];Gal-3 则参与调控成纤维细胞活
化、增殖及胶原合成^[22]。本研究显示,电针组患者血
清 sST2 和 Gal-3 水平的下降幅度大于对照组,提示
电针干预可能对心肌纤维化病理过程具有更强的
良性调节作用。该结果为脉络学说中的“祛瘀通
络”治法提供了初步的分子生物学线索,但因本研
究的样本量、随访时长及机制验证有限,仍需更多
的临床及实验研究证实其因果关系并阐明具体作
用机制。

3.4 电针对中医证候的改善体现“辨证论治”优势

STEMI-PCI 术后患者常残留胸闷、心悸、乏力
及气短等症状,符合中医“气虚血瘀”的证候表现。
本研究结果显示,电针组在中医证候积分的改善方
面显著优于对照组,提示电针干预并未局限于心脏
局部的保护,可能还涉及对机体整体机能的调节。
这种干预模式体现了中医外治法注重整体与个体
化治疗的特点,有助于进一步提升患者术后的生活
质量与康复体验。

3.5 电针治疗的安全性

治疗期间,电针组患者未出现晕针、局部感染、
血肿等针刺特有不良反应。在安全性监测方面,两
组患者的生命体征及实验室指标(血常规、肝肾功
能、凝血功能)均保持稳定,未见具有临床意义的异
常波动。随访 3 个月内两组患者 MACE 发生率的
差异无统计学意义,表明本研究所采用的电针干预

方案具有良好的临床安全性。

3.6 研究的局限性

本研究存在以下局限:(1)本研究为单中心小样本设计,结果的外推性受到一定限制,且难以进行亚组分析;(2)仅随访了3个月,缺乏对患者MACE发生率及生存率的长期随访;(3)本研究仅检测了血清标志物,缺乏组织病理学、影像学等证据,对于电针调控sST2/Gal-3的具体分子通路尚需后续动物实验深入验证;(4)由于针刺治疗的特殊性,未对术者和患者实施盲法,不能完全排除安慰剂效应的干扰。

综上所述,基于络脉学说指导的电针疗法联合常规西药治疗,可进一步改善STEMI-PCI术后气虚血瘀证患者的心脏结构与心功能,降低心肌纤维化标志物水平,缓解临床症状。其机制可能与减轻心肌纤维化有关。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突。

参考文献

- [1] LIU Y, LI L, WANG Z, et al. Myocardial ischemia-reperfusion injury; Molecular mechanisms and prevention[J]. *Microvasc Res*, 2023, 149: 104565.
- [2] 陈思, 阿鑫, 赵依晴, 等. 心肌梗死面积演变对STEMI患者介入术后左心室重构的影响[J]. *中华心血管病杂志*, 2025, 53(6): 653-660.
CHEN S, A X, ZHAO Y Q, et al. The impact of myocardial infarct size dynamics on left ventricular remodeling in STEMI patients after primary percutaneous coronary intervention (in Chinese) [J]. *Chinese Journal of Cardiology*, 2025, 53(6): 653-660.
- [3] 王康, 常丽萍, 尹玉洁, 等. 基于络脉学说指导的急性心肌梗死后心肌纤维化中医病机及临床治疗探讨[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2021, 27(12): 189-195.
WANG K, CHANG L P, YIN Y J, et al. Collaterals doctrine guided investigation into traditional Chinese medicine pathogenesis and clinical treatment of myocardial fibrosis following acute myocardial infarction (in Chinese) [J]. *Chinese Journal of Experimental Traditional Medical Formulae*, 2021, 27(12): 189-195.
- [4] 刘宗一, 张艳, 崔洪宇. 基于“从其气则和、违其气则病”理论辨治慢性心力衰竭[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2026, 32(3): 239-250.
LIU Z Y, ZHANG Y, CUI H Y. Differentiation and treatment of chronic heart failure based on theory of “harmony when conforming to *qi* and illness when going against *qi*” (in Chinese) [J]. *Chinese Journal of Experimental Traditional Medical Formulae*, 2026, 32(3): 239-250.
- [5] 彭涵, 辛高杰, 曹策, 等. 基于“气血交互于脉”理论探讨益气活血中药防治心肌梗死再灌注损伤的作用机制[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2024, 30(23): 27-34.
- [6] PENG H, XIN G J, CAO C, et al. Mechanism of prevention and treatment of myocardial ischemia-reperfusion injury by *qi*-replenishing and blood-activating Chinese medicines based on theory of *qi* and blood interacting in vessels (in Chinese) [J]. *Chinese Journal of Experimental Traditional Medical Formulae*, 2024, 30(23): 27-34.
- [7] 常丽萍, 李禄金, 魏聪, 等. 基于主成分分析方法的“孙络—微血管”病变数学模型构建及通络干预研究[J]. *疑难病杂志*, 2018, 17(7): 649-653, 666.
CHANG L P, LI L J, WEI C, et al. PCA based mathematic model construction and collateral dredging intervention of “tertiary collaterals microvessel” lesions (in Chinese) [J]. *Chinese Journal of Difficult and Complicated Cases*, 2018, 17(7): 649-653, 666.
- [8] 刘畅, 李文志. 针灸防治心肌缺血-再灌注损伤的研究进展[J]. *心血管康复医学杂志*, 2023, 32(5): 487-491.
LIU C, LI W Z. Research progress of acupuncture prevention and treatment of myocardial ischemia-reperfusion injury (in Chinese) [J]. *Chinese Journal of Cardiovascular Rehabilitation Medicine*, 2023, 32(5): 487-491.
- [9] 纪成业, 赵耀伟, 李宏玉, 等. 电针预处理防治心肌缺血再灌注损伤的研究进展[J]. *现代中西医结合杂志*, 2025, 34(12): 1714-1719.
JI C Y, ZHAO Y W, LI H Y, et al. Research progression on the prevention and treatment of myocardial ischemia reperfusion injury with pretreatment of electroacupuncture (in Chinese) [J]. *Modern Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine*, 2025, 34(12): 1714-1719.
- [10] 陈佳, 韩永丽, 陈松, 等. “双固一通”电针预处理对心肌缺血再灌注损伤模型大鼠细胞凋亡的机制研究[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2023, 29(9): 1468-1473.
CHEN J, HAN Y L, CHEN S, et al. Study on the mechanism of “Shuanggu Yitong” electroacupuncture preconditioning on cell apoptosis in a rat model of myocardial ischemia reperfusion injury (in Chinese) [J]. *Journal of Basic Chinese Medicine*, 2023, 29(9): 1468-1473.
- [11] 韩芳, 周甜甜, 左佳鑫, 等. 针灸临床试验样本量估计的常见方法学困惑与解决策略[J]. *针刺研究*, 2025, 50(10): 1194-1198.
HAN F, ZHOU T T, ZUO J X, et al. Common problems and solutions in sample size estimation of acupuncture clinical trials (in Chinese) [J]. *Acupuncture Research*, 2025, 50(10): 1194-1198.
- [12] 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.
Chinese Society of Cardiology, Editorial Board of Chinese Journal of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and management of patients with acute ST-segment elevation in myocardial infarction(2019) (in Chinese) [J]. *Chinese Journal of Cardiology*, 2019, 47(10): 766-783.

- 心血管内科医师分会血栓防治专业委员会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中国经皮冠状动脉介入治疗指南(2016)[J]. 中华心血管病杂志, 2016, 44(5): 382-400.
- Interventional Cardiology Group of Chinese Society of Cardiology, Thrombosis Prevention and Treatment Committee of the Cardiovascular Internal Medicine Physicians Branch of the Chinese Medical Doctor Association, Editorial Board of Chinese Journal of Cardiology. China guidelines for percutaneous coronary intervention (2016) (in Chinese)[J]. Chinese Journal of Cardiology, 2016, 44(5): 382-400.
- [13] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 68-73, 77-85.
- ZHENG X Y. Guiding principles for clinical research of new traditional Chinese drugs (trial, in Chinese) [M]. Beijing: China Medical Science Press, 2002. 68-73, 77-85.
- [14] 郗瑞席, 陈可冀, 史大卓, 等. 介入术后冠心病中医证候诊断标准的评价[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(8): 1036-1041.
- XI R X, CHEN K J, SHI D Z, et al. Diagnostic standard evaluation of Chinese medicine syndrome for coronary heart disease patients after percutaneous coronary intervention (in Chinese) [J]. Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine, 2013, 33(8): 1036-1041.
- [15] 赵吉平, 李瑛. 针灸学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2021.
- ZHAO J P, LI Y. Acupuncturology (in Chinese) [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2021.
- [16] 魏亚茹. PI3K/AKT 调控内皮间质转分化对心肌缺血再灌注损伤后心肌纤维化的影响及通路干预研究[D]. 石家庄: 河北中医药大学, 2023.
- WEI Y R. Effect of PI3K/AKT regulation on endothelial interstitial transdifferentiation in myocardial fibrosis after myocardial ischemia-reperfusion injury and study on Tongluo intervention (in Chinese)[D]. Shijiazhuang: Hebei University of Chinese Medicine, 2023.
- [17] SANTOS JUNIOR O R, DA COSTA ROCHA M O, RODRIGUES DE ALMEIDA F, et al. Speckle tracking echocardiographic deformation indices in Chagas and idiopathic dilated cardiomyopathy: incremental prognostic value of longitudinal strain[J]. PLoS One, 2019, 14(8): e0221028.
- [18] TANAKA H. Utility of strain imaging in conjunction with heart failure stage classification for heart failure patient management[J]. J Echocardiogr, 2019, 17(1): 17-24.
- [19] ZHUANG Y, ZHOU J, ZHOU Y M, et al. Influence of acupuncture on microcirculation perfusion of pericardium meridian and heart in acute myocardial ischemia model rats[J]. Chin J Integr Med, 2022, 28(1): 69-75.
- [20] 吴双, 姜文, 丁雅萍, 等. 电针对心肌缺血再灌注损伤大鼠心室结构和功能的影响[J]. 针刺研究, 2024, 49(1): 6-14.
- WU S, JIANG W, DING Y P, et al. Effect of electroacupuncture on ventricular structure and function in rats with myocardial ischemia-reperfusion injury (in Chinese) [J]. Acupuncture Research, 2024, 49(1): 6-14.
- [21] JANUZZI J L. ST2 as a cardiovascular risk biomarker: from the bench to the bedside[J]. J Cardiovasc Transl Res, 2013, 6(4): 493-500.
- [22] MARTÍNEZ-MARTÍNEZ E, CALVIER L, FERNÁNDEZ-CELIS A, et al. Galectin-3 blockade inhibits cardiac inflammation and fibrosis in experimental hyperaldosteronism and hypertension [J]. Hypertension, 2015, 66(4): 767-775.
- 收稿日期: 2025-11-16 修回日期: 2025-12-21
网络首发: 2026-03-09 编辑: 韩焱晶