

效改善患者抑郁、焦虑等负面情绪,帮助患者以积极乐观的心态面对治疗,确保治疗顺利开展,同时还确保了治疗后期的恢复效果,减轻患者的心理压力,提升其配合度及依从性,进一步改善患者的预后,确保其修复效果,并提升患者的生活水平,对比常规的治疗措施,该措施更具优越性,值得临床应用。

参考文献

- [1] 刘俊华. 游离皮瓣移植术对口腔颌面恶性肿瘤切除术后组织缺损的修复疗效[J]. 基层医学论坛,2021,25(16):2295-2296.
- [2] 权方祥. 游离前臂皮瓣移植修复治疗口腔颌面部肿瘤术后缺损的效果[J]. 蛇志,2019,31(2):230-231.
- [3] 中华口腔医学会口腔颌面外科专业委员会肿瘤学组. 口腔颌面部恶性肿瘤治疗指南[J]. 中国实用口腔杂志,2010,3(7):395-403.
- [4] 周涛, 钱永, 刘韦淞, 等. 血管化游离组织瓣修复口腔颌面部肿瘤术后缺损的临床观察[J]. 中国医药,2019,14(11):1723-1726.
- [5] 王建安. 游离皮瓣移植修复对手部及前臂皮肤缺损患者皮瓣成活率临床疗效及并发症的影响[J]. 中国药物与临床,2019,19(10):1673-1675.
- [6] 张立霞. 前臂游离皮瓣移植修复口腔颌面部肿瘤术后缺损16例护理体会探索[J]. 中国保健营养,2021,31(14):173.
- [7] 王新娟, 李宏, 谷峰. 不同皮瓣移植修复术对口腔颌面部肿瘤切除术后组织缺损患者的影响对比[J]. 实用中西医结合临床,2022,22(2):92-94.

- [8] 朱智慧, 侯樱子, 赵瑞琪, 等. 62 例侧颅底肿瘤根治术后缺损重建方法分析[J]. 协和医学杂志,2021,12(6):922-932.
- [9] 温克寒, 阮敏, 郭欢欢, 等. “迷你”负压引流在前臂游离皮瓣移植供区缺损修复中的应用[J]. 中国口腔颌面外科杂志,2020,18(4):348-351.
- [10] 孙启涛. 游离皮瓣移植术修复治疗口腔颌面恶性肿瘤切除术后组织缺损的临床疗效[J]. 当代医学,2020,26(8):60-62.
- [11] 孙晶晶. 游离皮瓣移植应用于口腔颌面部恶性肿瘤切除术后组织缺损的修复效果[J]. 中国社区医师,2018,34(5):34,36.
- [12] 刘畅, 张凯, 徐锦程, 等. 颌面部游离组织瓣移植术后血管危象发生的危险因素分析[J]. 蚌埠医学院学报,2020,45(10):1414-1416.
- [13] 庞超远, 马东洋, 张文凯, 等. 基底细胞痣综合征手术治疗同期前臂皮瓣转移修复1例报告[J]. 中国口腔颌面外科杂志,2020,18(1):94-96.
- [14] 张兴安, 张兰芳, 谭小尧, 等. 两种皮瓣修复法治疗口腔癌术后软组织缺损的效果对比[J]. 癌症进展,2020,18(10):1047-1050.
- [15] 李正红, 张姬. 不同游离组织皮瓣移植修复口腔颌面部恶性肿瘤切除术后组织缺损的效果[J]. 医学信息,2019,32(19):99-101.
- [16] Chen W, Wu C, Chen Y, et al. Downregulation of ceramide synthase 1 promotes oral cancer through endoplasmic reticulum stress[J]. Int J Oral Sci,2021,13(1):108-116.
- [17] Nawar Z, Ashreen S, Hossain M, et al. Isolation and Antibiotic-Resistant Pattern of Opportunistic Infectious Microbes from the Infected Sites of Oral Cancer Patients Compared to That of Healthy People Oral Microbiota[J]. Advances in Microbiology,2021,11(8):343-359.

康复新液联合雷贝拉唑对慢性糜烂性胃炎患者的影响

张志勇

(泰州市第二人民医院消化内科, 江苏 泰州, 225500)

摘要:目的 探究康复新液联合雷贝拉唑对慢性糜烂性胃炎患者症状评分与治疗效果的影响。方法 选择 2021 年 1 月—2021 年 11 月江苏省泰州市第二人民医院收治的 120 例治疗慢性糜烂性胃炎患者作为研究对象,按照随机数表法分为研究组和对照组,每组 60 例。对照组幽门螺杆菌阳性者使用雷贝拉唑三联疗法,幽门螺杆菌阴性者使用雷贝拉唑治疗;研究组在对照组基础之上使用康复新液治疗,比较两组患者症状评分、胃镜下糜烂程度、炎症程度、胃功能、不良反应发生率。结果 治疗后 1 周、4 周、8 周,研究组患者症状评分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,研究组患者胃镜下糜烂程度低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,研究组患者炎症程度评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,研究组患者胃泌素、胃动素水平低高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);研究组患者不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,研究组 MDA 含量低于对照组、PGE₂ 含量高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 康复新液联合雷贝拉唑钠肠溶胶囊治疗慢性糜烂性胃炎,能改善患者胃功能,提高患者胃功能,降低不良发应发生率。

关键词: 雷贝拉唑钠肠溶胶囊;慢性糜烂性胃炎;治疗效果;康复新液

中图分类号: R573.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2023)-03-0175-04

慢性糜烂性胃炎 (chronic erosive gastritis, CEG) 是常见的胃肠道疾病, 为一种具有特征性形态、病理变化的特殊类型胃炎, 特征为胃黏膜形成脐样凹陷隆起性病变, 胃镜下检查可见胃黏膜多个疣状、丘疹样隆起, 顶端为黏膜缺损, 中心糜烂, 其症状常表现为烧心、腹胀、反酸等, 易被患者忽视, 临床常采用胃镜以及胃黏膜活检的方式确诊, 其多由幽门螺杆菌感染、饮食习惯、药物等原因引起^[1]。胃黏膜损伤后会导致局部组织出现肥厚的情况, 从而引起胃组织供血不良, 引发胃萎缩, 加上各种炎症的刺激, 会使胃黏膜发生变化, 引起胃癌^[2]。目前临床常采用雷贝拉唑 (抑制胃酸) 治疗 CEG, 其能抑制胃酸的产生, 但这种方法容易引发患者的不良反应, 康复新液是一种中成药, 从美洲的大蠊中提取而来, 其有效成分是多肽类及多元醇活性物质, 含有 18 种氨基酸, 能激活免疫活性细胞, 促进创面的愈合, 释放自由基杀死微生物, 从而发挥抗感染的功效, 另外康复新液能分泌前列腺素、干扰素等, 调节再生剂炎症反应^[3]。本研究旨在探究康复新液联合雷贝拉唑钠肠溶胶囊治疗 CEG 的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 1 月—2021 年 11 月江苏省泰州市第二人民医院收治的 120 例慢性糜烂性胃炎患者作为研究对象, 按照随机数表法分为研究组和对照组, 每组 60 例。研究组患者男 35 例, 女 25 例, 年龄 20 ~ 62 岁, 平均年龄 (38.42 ± 3.67) 岁; 病程 1 ~ 3 年, 平均病程 (1.52 ± 0.15) 年; 幽门螺杆菌 (Hp) 阳性 25 例, Hp 阴性 35 例; 病变部位: 胃窦部 42 例, 胃体部 5 例, 胃底部 13 例; 胃镜分级: I 级 40 例, II 级 15 例, III 级 5 例。对照组患者男 32 例, 女 28 例, 年龄 19 ~ 60 岁, 平均年龄 (41.22 ± 3.69) 岁; 病程 3 个月 ~ 3 年, 平均病程 (1.49 ± 0.25) 年; Hp 阳性 27 例, Hp 阴性 33 例; 病变部位: 胃底部 14 例, 胃体部 5 例, 胃窦部 41 例; 胃镜分级: I 级 42 例, II 级 14 例, III 级 4 例。两组患者一般资料经比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组患者对本研究内容均知情, 并签署知情同意书, 本研究经江苏省泰州市第二人民医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①经胃镜检查诊断标准符合《慢性胃炎基层诊疗指南 (实践版·2019)》^[4] 相关标准, 分级为 I ~ III 级者; ②临床表现腹部胀痛、反酸、烧心等症状, 确诊为胃炎且胃部有红斑、黏膜凹凸不平、出血点等糜烂特征; ③ 2 周内未服用过相关药物。

排除标准: ①近 2 周有服用过其他质子泵抑制剂、胃黏膜保护剂、抗生素等药物者; ②妊娠或哺乳期女性; ③合并心、脑、血管等重要脏器功能疾病者; ④胃镜检查合并其他消化系统疾病者; ⑤对本研究药物过敏或有滥用药物史者。

1.3 方法

两组患者均进行常规检查, 具体为上腹痛次数、程度、舌

象、脉象、血常规、内窥镜检查、Hp 检测等。

对 Hp 阳性者可以使用三联疗法, 雷贝拉唑钠肠溶胶囊 (生产企业: 江苏济川药业有限公司, 国药准字 H20061220, 规格: 20 mg × 14 s) 口服, 2 次/d, 20 mg/次; 克拉霉素胶囊 (生产企业: 广州柏赛罗药业有限公司, 国药准字 H20051661, 规格: 250 mg × 8 s) 口服, 2 次/d, 0.5 g/次; 奥硝唑 (生产企业: 扬子江药业集团, 国药准字 H20030524, 规格: 0.25 g × 12 s) 口服, 2 次/d, 0.5 g/次, 连续用药 1 周。对照组 Hp 阴性者口服雷贝拉唑钠肠溶胶囊, 2 次/d, 20 mg/次, 连续服用 8 周。研究组上述基础上服用康复新液 (生产企业: 湖南科伦制药有限公司, 国药准字 Z43020995, 规格: 100 mL), 饭后 0.5 h 服用, 3 次/d, 10 mL/次, 连续服用 8 周。

1.4 观察指标

①比较两组患者症状评分。观察患者上嗝气、反酸、腹胀、上腹痛的改善情况, 并进行评分。无症状: 0 分; 症状较轻, 不影响工作、生活: 1 分; 症状微重, 对部分生活、工作构成影响: 2 分; 症状严重, 需要服药, 对日常工作、生活构成影响: 3 分; 将评分相加得出总评分, 分别对两组患者治疗前, 治疗后 1 周、4 周、8 周进行评分。

②比较两组患者胃镜下糜烂程度。参考《中国慢性胃炎共识意见 (2017 年, 上海)》中疾病疗效诊断标准, 于治疗前后通过胃镜对患者进行评价^[5]。无糜烂: 0 分; 局限于 1 个区域, 胃底、胃体、胃窦且 ≤ 2 个: 1 分; 局限于 1 个区域 (区域同上) 为 3 ~ 5 个: 2 分; 每个区域病灶 ≤ 6 个, 整个胃内病灶 ≤ 10 个, 分布在 2 个区域: 3 分; 胃内病灶数 > 10 个或分布在 3 个区域: 4 分。

③比较两组患者炎症程度。使用悉尼慢性胃炎分类标准的置管模拟评分法, 分别对两组患者治疗前后进行评分, 根据单核细胞密集程度、浸润深度, 分为重、中、轻度以及正常, 作为慢性炎症程度评分, 记 0 ~ 3 分, 单核细胞 < 5 个/HP 为 0 分; 单核细胞 (局限于黏膜浅层) 较少, 少于黏膜层的 1/3, 为 1 分; 单核细胞比较密集, 为黏膜层的 1/3 ~ 2/3, 为 2 分; 单核细胞密集 (占据黏膜层), > 黏膜层的 2/3, 为 3 分。炎症活动程度根据中性粒细胞浸润程度分为正常、轻度、中度、重度, 分别记 0 ~ 3 分, 黏膜固有层无中性粒细胞浸润: 0 分; 有少数中性粒细胞浸润: 1 分; 中性粒细胞较多且在表面小凹上皮细胞、上皮细胞、腺管上皮间: 2 分; 中性粒细胞密集, 除 2 分所见, 还见小凹脓肿: 3 分。

④比较两组患者胃功能指标。包括胃泌素、胃动素, 使用双抗体酶联免疫吸附法检测。

⑤比较两组患者治疗后不良反应发生率。具体为腹泻、恶心、头晕, 不良反应总发生率 = (腹泻 + 口干 + 头晕) 例数 / 总例数 × 100%。

1.5 统计学分析

使用 SPSS 20.0 对数据进行分析, 计数资料以 $[n(\%)]$ 表示, 采用 χ^2 检验, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验。

$P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者症状评分比较

治疗前, 两组患者症状评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组不同时间点的症状评分低于治疗前, 且治疗后 1 周、4 周、8 周研究组的症状评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者症状评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前			
		治疗前	治疗 1 周	治疗 4 周	治疗 8 周
研究组	60	5.62 ± 1.22	3.33 ± 1.16 [#]	1.61 ± 0.74 [#]	0.74 ± 0.31 [#]
对照组	60	5.57 ± 1.23	4.66 ± 1.21 [#]	3.35 ± 0.97 [#]	1.95 ± 0.64 [#]
<i>t</i>		0.224	6.146	11.047	13.180
<i>P</i>		0.823	<0.001	<0.001	<0.001

注: 与同组治疗前比较, [#] $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者胃镜下糜烂程度比较

治疗前, 两组患者胃镜下糜烂程度比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗 8 周, 两组患者胃内糜烂程度均低于治疗前, 且研究组患者胃镜下的糜烂程度低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者胃镜下糜烂程度比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	
		治疗前	治疗 8 周
对照组	60	2.86 ± 0.88	0.84 ± 0.24 [#]
研究组	60	2.77 ± 0.84	0.37 ± 0.11 [#]
<i>t</i>		0.573	13.790
<i>P</i>		0.568	<0.001

注: 与同组治疗前相比, [#] $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者炎症程度评分比较

治疗前, 两组炎症评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组患者慢性炎症程度评分、炎症活动程度评分均低于治疗前, 且研究组患者慢性炎症程度评分、炎症活动程度评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者炎症程度评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	慢性炎症程度评分		炎症活动程度评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	2.66 ± 0.57	2.23 ± 0.26 [#]	1.53 ± 0.23	0.82 ± 0.19 [#]
研究组	60	2.58 ± 0.45	1.52 ± 0.25 [#]	1.55 ± 0.21	0.43 ± 0.10 [#]
<i>t</i>		0.853	15.247	0.497	14.070
<i>P</i>		0.395	<0.001	0.620	<0.001

注: 与同组治疗前相比, [#] $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者治疗前后胃功能指标水平比较

治疗前, 两组患者胃泌素、胃动素水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组患者胃泌素、胃动素指标水平低于治疗前, 且研究组患者胃泌素、胃动素水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者胃功能指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	胃泌素 (nmol/L)		胃动素 (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	132.49 ± 18.00	115.55 ± 16.53 [#]	297.36 ± 35.68	266.66 ± 16.55 [#]
研究组	60	132.55 ± 17.98	94.56 ± 15.84 [#]	290.33 ± 34.88	205.25 ± 16.77 [#]
<i>t</i>		0.018	7.102	1.091	20.189
<i>P</i>		0.985	<0.001	0.277	<0.001

注: 与同组治疗前相比, [#] $P < 0.05$ 。

2.5 两组不良反应发生率比较

研究组患者不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者不良反应发生率比较 [n (%)]

组别	例数	腹泻	恶心	头晕	总发生率
对照组	60	5 (8.33)	4 (6.67)	2 (3.33)	13 (18.33)
研究组	60	0 (0.00)	1 (1.67)	1 (1.67)	2 (3.33)
χ^2					6.988
<i>P</i>					0.008

3 讨论

慢性糜烂性胃炎为一种高发常见的消化系统疾病, 目前发病机制尚未明确, 临床认为其发病是一个综合、漫长、多阶段的积累过程, 如长期吃辛辣、刺激的食物、饮食不规律、服用非甾体抗感染药、精神紧张、机体受到创伤等引发^[6-7]。临床分析认为其发病后是因胃黏膜供血不足, 导致黏膜保护层修复缓慢, 损伤速度大于修复速度, 最终致胃黏膜损伤^[8-9]。由于损伤后症状不明显, 不易察觉, 当损伤速度降低时, 损伤部位有一定的修复作用, 然而不良的饮食习惯, 会造成胃黏膜的反复损伤, 在炎症因子的刺激下, 导致疾病进一步恶化发展, 严重者最终形成胃癌^[10-11]。

本研究表明, 研究组治疗后 1 周、4 周、8 周的症状评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。表明联合用药方案改善患者症状效果更为显著。康复新液为一种中药制剂, 取自虫体, 美洲大蠊为传统中药材, 最早记录于《神农本草经》, 文中记载, 美洲大蠊主血瘀、症坚、寒热、破积聚、喉咽闭等功效。康复新液内服以胃痛出血、上腹疼痛、食欲减退、餐后饱胀、泛酸为辨证要点, 主要用于治疗胃炎、萎缩性胃炎、糜烂性胃炎等见上述证候者^[12]。现代药理研究表明, 美洲大蠊体内含多种氨基酸、小分子肽类及多元醇等活性物质, 作用于机体可发挥活血化瘀、通利血脉、养阴生肌、修复创面效果。康复新液辅以西药, 可同时发挥西药抑酸作用, 改善患者症状。

本研究结果显示, 研究组治疗后的胃镜下糜烂程度低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明康复新液联合雷贝拉唑能更有效改善胃炎糜烂程度。分析原因, 康复新液是从昆虫药材提取液中分离精炼制作的生物制剂, 含 18 种氨基酸。临床实践证实, 其可通过刺激巨噬细胞、多形核白细胞等免疫活性细胞促进溃疡创面愈合, 还可通过直接吞噬而发挥抗感染作用, 通过释放自由基杀灭微生物, 或通过分泌白

细胞介素-1、干扰素、前列腺素与白三烯等活性物质等调节炎症、促组织再生^[13]。康复新液辅以西药治疗,促肉芽组织生长,改善创面微循环,修复胃黏膜组织,从而达到降低糜烂程度的效果。

本研究结果显示,治疗后研究组患者胃泌素、胃动素水平高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),说明研究组患者在联合康复新液和雷贝拉唑治疗后,炎症得到控制,胃功能也有所改善。分析原因,康复新液能促进肉芽组织的生长,修复胃黏膜,降低血清中炎症因子水平,提高胃黏膜的修复能力,促使胃功能恢复。沈德坤^[14]研究中,研究组采用四联疗法结合康复新液,对照组应用四联疗法,结果表明,研究组治疗后胃泌素、胃动素指标水平低于对照组,与本研究结果相符,证实康复新液联合西药改善患者胃肠功能指标效果显著。

本研究结果显示,研究组患者不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。分析原因,雷贝拉唑长期服用不良反应较多,如腹泻、头晕、恶心等,而康复新液不仅可改善胃部糜烂,还可有效改善患者腹痛、腹胀症状,与雷贝拉唑联用,可中和西药导致的腹泻、头晕、恶心等不良反应,保证用药安全性^[15]。

综上所述,康复新液联合雷贝拉唑治疗 CEG,可改善患者的症状以及胃糜烂程度,促进胃功能恢复,降低炎症程度以及不良发应发生率。

参考文献

- [1] 顾叶文,王志科,李虎才,等.黄春林教授运用健脾五法治疗慢性糜烂性胃炎经验[J].中国医药导报,2021,18(21):130-133.
- [2] 韦宇,张莉莉,顾成娟,等.蒲公英、山药、白及治疗慢性糜烂性胃炎经验——全小林三味小方撮萃[J].吉林中医药,2020,40(11):1414-1416.

[3] 罗玉明,胡珊珊,唐鹏.康复新液联合蒙脱石散治疗胃内镜胃黏膜下剥离术后创面愈合的疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2020,28(1):32-34.

[4] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会消化病学分会,等.慢性胃炎基层诊疗指南(实践版·2019)[J].中华全科医师杂志,2020,19(9):776-782.

[5] 中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J].中华消化杂志,2017,37(11):721-738.

[6] 房静远,杜奕奇,刘文忠,等.中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J].胃肠病学,2017,22(11):670-687.

[7] 刘素贤,李玉锋,柏树纲,等.健脾益气清热燥湿法治疗慢性糜烂性胃炎疗效的Meta分析[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(2):217-222.

[8] 张海芳,贾淑娟,张娟,等.瑞巴派特联合泮托拉唑治疗幽门螺杆菌阴性慢性糜烂性胃炎的临床疗效分析[J].中国全科医学,2021,24(S1):108-110.

[9] 臧海洋,马继达,邢国庆,等.胃复康加味方治疗隆起糜烂性胃炎(脾虚气滞型)患者的临床疗效观察[J].广州中医药大学学报,2022,39(2):260-265.

[9] 杨莹韵,李渊,张海芳,等.北京地区慢性萎缩性胃炎伴糜烂患者277例的病因和治疗现状[J].中华消化杂志,2021,41(Z1):27-32.

[10] 刘振,张昊.索法酮治疗慢性糜烂性胃炎患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2021,37(6):658-660.

[11] 赵飞,赵克昌,赵晓超,等.自拟疏肝和胃汤治疗慢性糜烂性胃炎的疗效及复发率观察[J].四川中医,2020,38(8):94-96.

[12] 陈用军,李仲娟,王今朝,等.康复新液促进点阵激光术后小鼠皮肤创面愈合的实验研究[J].湖北中医药大学学报,2021,23(1):15-17.

[13] 周平平,王彦刚,集川原,等.国医大师李佃贵以化浊解毒方治疗慢性糜烂性胃炎经验[J].中国中医药信息杂志,2020,27(1):103-105.

[14] 沈德坤.康复新液联合埃索美拉唑在慢性胃炎Hp感染中的应用[J].中国卫生标准管理,2022,13(8):109-111.

小儿心肌炎治疗中磷酸肌酸钠和果糖二磷酸钠的应用对比

左璐

(吉林市儿童医院三疗区,吉林 吉林,132001)

摘要:目的 探讨小儿心肌炎治疗中磷酸肌酸钠和果糖二磷酸钠的应用价值。方法 选取2020年2月—2022年2月吉林市儿童医院收治的80例心肌炎患儿,采用随机数表法将患儿分为对照组、研究组,每组40例。对照组给予果糖二磷酸钠治疗,研究组给予磷酸肌酸钠治疗,对比两组肌酸激酶、肌钙蛋白I、肌酸激酶同工酶、乳酸脱氢酶、E/A、左心室射血分数及疗效。结果 治疗前,两组肌酸激酶指标水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,研究组肌酸激酶指标水平显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组肌钙蛋白I指标水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,研究组肌钙蛋白I指标水平显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组肌酸激酶同工酶指标水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,研究组肌酸激酶同工酶指标水平显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组乳酸脱氢酶指标水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,研究组乳酸脱氢酶指标水平显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组左心室射血分数比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,研究组左心室射血分数显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组左E/A指标水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,研究组左E/A指标水平显著高于对照组,差异有统计学意义