

急性心肌梗塞中医辨证分析

上海中医研究所 高肇基 宋一亭(执笔) 陈 熊 吴式桓
上海第一医学院华山医院 戴瑞鸿 朱伯卿 范维琥

1976 年 1 月~1981 年 4 月,我们在上海第一医学院华山医院心血管专科病房,随机采用中西医结合诊治 60 例急性心肌梗塞患者,现将其辨证分型与病情、疗效和预后等的关系分析报告如下。

一 般 资 料

本组 60 例中,男 44 例,女 16 例。年龄:41~50 岁 4 例,51~60 岁 15 例,61~70 岁 26 例,71~80 岁 9 例,81~92 岁 6 例。平均年龄为 64.9±1.3 岁。其中以 51~70 岁为多(41 例),占 68.3%。

60 例中伴高血压者 44 例(73.3%),高脂血症 9 例(15.0%),糖尿病 4 例(6.7%),脑血栓形成 5 例(8.3%)。

梗塞部位(根据心电图分型):前壁 9 例,前中隔 17 例,广泛前壁 6 例,前侧壁 1 例。以上涉及前壁者共 33 例,占 55.5%;下壁梗塞 23 例,占 38.3%;两处梗塞 4 例,占 6.7%。

主要并发症参见表 1。

中医辨证分型及治疗

60 例病员除按《急性心肌梗塞中西医结合治疗常规》⁽¹⁾处理外,均配合中医辨证分型治疗,方法如下:

一、单纯气虚型。主证:短气乏力,心悸自汗,纳呆便溏,舌淡胖边有齿印,脉沉细。治则:益气养心、健脾和胃合活血化瘀、宁心安神。方药:四君子汤加丹参、石菖蒲、柏子仁、远志、龙眼肉、川芎、陈皮等。

二、气阴两虚型。主证:心悸胸闷,短气倦怠,心区隐痛或刺痛,失眠多梦,头昏耳鸣,盗汗口干,舌红或紫,脉细数或细弱。治则:益气养阴,活血化瘀,宁心安神。方药:生脉

散加减,常用党参(或太子参)、麦冬、五味子、郁金、瓜蒌、丹参、川芎、赤芍、当归、柏子仁等。

三、气虚阳衰型。主证:心慌气短或气喘,胸闷心痛,形寒怕冷,面色苍白或面肢浮肿,指甲发青,舌质紫暗,苔白,脉细软微弱或虚大无力。治则:益气温阳、消瘀定痛或回阳救逆、补气固脱。方药:参附汤加味,用党参或红参、黄芪、炙甘草、附子、肉桂或桂枝、丹参、赤芍、红花、失笑散、蜜炙川草乌等。

四、阴虚火旺型。主证:头晕目眩,耳鸣肢麻、心烦易怒,失眠多梦,胸闷心痛,面红,口干或苦,舌红赤或绛,脉弦细或细数。治则:平肝养阴、活血化瘀或滋阴潜阳、养血柔肝。方药:天麻钩藤饮加减,用钩藤、天麻、黄芩、菊花、杞子、丹参、当归、赤芍、白芍、生地、珍珠母、夜交藤或加二至丸。

五、痰浊内阻型。主证:胸脘痞闷,心痛伴恶心,舌质略紫暗,苔滑或腻,脉滑或兼弦。治则:祛痰消瘀,宣痹通阳。方药:瓜蒌薤白半夏汤加减,用全瓜蒌、薤白、红花、桃仁、枳壳、半夏、南星或胆星、陈皮、木香等。

结果及分析

一、疗效标准:显效:住院期间急性心梗三大并发症(心衰,心源性休克,严重心律失常)和梗塞后心绞痛以及血清酶学指标均恢复或接近正常者。有效:病情得到控制,但出院时仍有少数症状,体征或并发症尚未完全消除者。无效:病情未能控制或死亡者。

二、疗效分析:本组气阴两虚型显效率为 59.3%(16/27),总有效率为 88.9%(24/27)。气虚阳衰型显效率 9.1%(1/11),总有效率为 54.5%(6/11)。前者显效率和总有效率都显著

高于后者 ($P < 0.05$)。阴虚火旺型 8 例中 7 例有效, 其中显效 3 例。单纯气虚型 6 例均有效, 其中显效 2 例, 痰浊内阻型 8 例, 全部有效, 其中显效 1 例。

住院死亡 9 例中 5 例属气虚阳衰型, 病死率为 45.5% (5/11); 3 例属气阴两虚型, 病死率为 11.1% (3/27)。前者病死率显著高于后者 ($P < 0.05$)。另 1 例属阴虚火旺型。

三、不同证型的出现率: 本组急性心梗以偏虚证为多, 占 86.7% (52 例), 且以气虚为主。轻者表现为单纯心气不足或脾虚气弱, 归为单纯气虚型, 有 6 例 (10.0%); 较重者属气阴两虚型, 共 27 例 (45%); 辨证为气虚阳衰型者 11 例 (18.3%); 辨证为阴虚火旺型者 8 例 (13.3%)。急性心梗偏实证中, 辨为痰浊内阻型者 8 例 (13.3%)。所见五型中, 气阴两虚型多见, 约近半数。

四、辨证时间与证型的关系: 梗塞后 1 周内辨证为气虚阳衰者 10 例, 1 周后只 1 例。1 周内辨证为单纯气虚型 5 例, 1 周后只 1 例。气

阴两虚、阴虚火旺和痰浊内阻型则以 1 周后出现机率相对较高, 分别为 12 例、3 例和 3 例。可见辨证时间和不同证型的出现机率有一定关系。

五、不同证型与心梗三大并发症的关系 (见表 1):

从表 1 中看出, 气虚阳衰型病人的心衰, 心源性休克和三种以上心律失常的发生率均较高, 分别为 81.8%、27.3% 和 54.5%。痰浊内阻型的心衰发生率也较高 (87.5%), 而气阴两虚型出现三种以上心律失常的机会较多 (37.0%)。单纯气虚型的三大并发症发生率均较低。

1978 年 Forrester 等 (4), 根据临床是否存在肺郁血和周围组织灌注不足, 将急性心梗分为四型, 且各型与死亡率关系密切 (I、II、III、IV 型的死亡率分别为 1%、11%、18% 及 60%)。

本组根据临床体征和有关检查资料, 参照 Forrester 分型标准, 对每例急性心梗患者进行临床分型, 并与中医辨证分型对比发现, 气虚阳衰型 11 例中有 9 例属 Forrester II~IV 型。痰浊内阻型 8 例中 6 例属 II~IV 型。阴虚火旺和气阴两虚型分别是 8 例中有 5 例和 27 例中有 15 例属 II~IV 型。单纯气虚型 6 例中没有 1 例属 II~VI 型者。

六、辨证分型与血清酶水平的关系 (见表 2):

痰浊内阻和阴虚火旺型的肌酸磷酸激酶 (CPK) 和谷草转氨酶 (GOT) 异常率相对较高, 均在 85% 以上。其余

表 1 辨证与三大并发症的关系

分 型	心 衰 例 (%)	休 克 例 (%)	心 律 失 常									
			窦速	窦缓	房早	房颤	室扑	室早	室速	室颤	阻滞	三种以上 (%)
单纯气虚 6	—	—	1	3	2	—	—	2	—	—	2	—
阴虚火旺 8	5 (62.5)	1 (12.5)	5	1	2	—	—	4	—	—	1	1 (12.5)
气阴两虚 27	15 (55.6)	4 (14.8)	12	10	12	—	—	16	2	1	4	10 (37.0)
气虚阳衰 11	9 (81.8)	3 (27.3)	6	2	6	3	1	8	1	—	4	6 (54.5)
痰浊内阻 8	7 (87.5)	1 (12.5)	4	1	3	—	1	4	—	—	3	2 (25.0)
共 计 60	36 (60.0)	9 (15.0)	28	17	15	2	2	34	3	1	14	19 (31.7)

表 2 辨 证 与 血 清 酶 类 关 系

辨 证		CPK			GOT			LDH		
		检查例数	>550 [*] 例数	均数±标准误	检查例数	>550 [*] 例数	均数±标准误	检查例数	>550 [*] 例数	均数±标准误
偏 虚 证	单纯气虚	6	3	99±46	6	2	65±30	6	5	776±124
	阴虚火旺	8	7	237±76	8	7	187±99	8	4	569±102
	气阴两虚	26	16	274±86	25	13	101±25	26	13	663±73
	气虚阳衰	11	9	374±153	11	7	121±28	11	18	971±98
偏实证	痰浊内阻	8	8	758±383	8	7	126±32	8	6	1076±158

* 表示上海华山医院正常值上限。

三型相对较低。单纯气虚型 CPK 和 GOT 异常率都在 50% 或 50% 以下。痰浊内阻型 CPK 平均值为 758u, 高于正常值(55u) 10 倍以上; 气虚阳衰型为 374u, 高于正常值近 6 倍; 气阴两虚和阴虚火旺型分别高于正常值 4 倍和 3 倍; 而单纯气虚型高于正常不及 1 倍。除单纯气虚型外, 其余四型 GOT 平均值均高于正常(55u) 近 1 倍或 1 倍以上。单纯气虚型 GOT 平均值仅接近于正常高限。各型的乳酸脱氢酶(LDH) 均高于正常值, 痰浊内阻型增高更明显, 但均未达到成倍增高的程度。

讨 论

急性心梗多属“血瘀”已为多数学者所接受^(2,3)。据临床观察,“血瘀气滞”殆为其病机之共性。所以我们在分型中没有突出“血瘀气滞”这一共同性病机, 而将急性心梗辨为单纯气虚型、阴虚火旺型、气阴两虚型、气虚阳衰型等偏虚证和偏实证的痰浊内阻型。本组患者辨证结果以偏虚证较多。

急性心梗偏虚证中, 正虚由轻而重依次为单纯气虚型, 阴虚火旺型, 气阴两虚型和气虚阳衰型。这种排列顺序与心梗三大并发症发生率及 Forrester 氏分型有一定关系, 即三大并发症发生率和 Forrester 分型级别随正虚程度加重而增高, 提示心梗患者并发症的多少在很大程度上决定于病人正气之盛衰。这与北京地区观察到的心梗早期使用益气药有降低梗塞后心衰和心源性休克发生率⁽⁵⁾的结论相符。

偏实证的痰浊内阻型血清酶水平较高, 其 CPK 和 LDH 水平均明显高于偏虚证, 可见血清酶水平高低似取决于“邪实”的程度。血清酶, 尤其是 CPK 的血浓度又与梗塞面积大小有直接关系, 故“邪实”在一定程度上可反映梗塞面积大小。

一般认为梗塞范围大小以及心肌纤维存活数量的多少, 对急性心梗预后起决定性作用。血清酶水平和三大并发症发生率, 可部分地反映心肌的损伤面积。Goodley 等⁽⁶⁾发现酶活性高于正常值的倍数与急性心梗三大并发症和早期

死亡率密切相关。我们发现, 气阳虚型患者的 CPK 水平高于正常值达 6 倍以上, 因而其并发症既多且重, 预后亦差; 单纯气虚型、阴虚火旺型和气阴两虚型因酶水平较低, 并发症较少, 故预后较好。值得指出的是偏实证的并发症发生率和血清酶水平均较高, 但其死亡率(0%) 却低于偏虚证者(17.3%)。提示影响预后的因素不独梗塞范围大小(邪气消长), 病员体质状态和御病能力强弱(正气盛衰)也是影响预后不可忽视的因素。可见中医根据整体观念, 从邪正双方分析病情, 指导治疗和判断预后要比单纯以梗塞范围大小来估计病情和判断预后在认识上较为全面。

我们在急性心梗抢救治疗中体会到, 对该病的治疗应将祛邪与扶正有机配合。从本组资料看, 急性期正虚者并不少见。因此补益心气, 温运心阳十分必要。我们观察到不仅偏虚证治疗时, 应注重生发阳气, 即使偏实证如痰浊内阻型, 若病情恶化, 亦常可转化为心阳暴脱或阴阳离绝之险证。此时, 能否有效地鼓舞心阳对挽救生命将起决定性作用。故心梗急性期, 阳气之盛衰是治疗成败之关键。

由于不同证型的疗效和预后不同, 疾病的发展又可引起证型转变。故凡证型转变为气虚阳衰者多为病进, 凡证型转变为单纯气虚或气阴两虚者多为病退。治疗的目的是通过各种手段促使疾病向病退方面转化。

关于死因, 气阴两虚 3 例均死于心衰合并心源性休克。阴虚火旺 1 例死于意外窒息。气虚阳衰死亡 5 例中, 4 例死于严重心律失常, 其中二例并有心衰和心源性休克。提示气虚阳衰型病人心电活动具有高度不稳定趋势, 梗塞早期, 对该型病人的心律和心率, 更有予以监护的必要。

(上海中医研究所俞霞英、钱爱珠、陈文娟同志 参加本文资料整理工作)

参 考 文 献

1. 戴瑞鸿, 急性心肌梗塞中西医结合治疗常规。(内科主任, 主治医师) 进修班讲稿选编, 第 38 页, (下转第 172 页)

一项主要辨证标准。本实验测得人发中镁、钙元素的含量,肾虚病人较非肾虚病人有显著差别($P < 0.05$),在肾虚病人头发中钙、镁含量有着相应低下的改变。这说明了祖国医学认为肾气盛衰可表现在人发的生机上。本文实验对人发微量元素在肾虚骨质增生病人中的测定,提示了锌、镁、钙、铁元素的低下与祖国医学的肾虚有关。“肾虚”病人机体对锌、镁、钙元素代谢平衡上出现失调,头发中钙含量减少、肾虚骨质增生中骨髓钙含量增加;头发中锌含量

肾虚组低于正常组,骨质增生组低于肾虚组,肾虚骨质增生显示低下尤著。这些改变,说明人发的枯荣及微量元素含量的多寡是肾气盛衰的外在表现。本实验似可说明肾虚与头发中微量元素有一定内在的关系,为探讨“肾虚”实质增加新的内容,提示研究“肾虚”实质的新的方法和途径。但是,由于头发中微量元素含量的个体差异及性别差异较大,实验方法的精密度和准确性直接影响检测结果,本资料病例数也较少,有待进一步研究和验证。

表1 头发中锌镁钙浓度测定结果(ppm)

组别	Zn			Mg			Ca		
	$\bar{x} \pm S\bar{x}$	t 值	P 值*	$\bar{x} \pm S\bar{x}$	t 值	P 值*	$\bar{x} \pm S\bar{x}$	t 值	P 值*
正常对照组	339.70 $\pm$ 23.21			489.89 $\pm$ 79.28			1,982.27 $\pm$ 451.17		
肾虚骨质增生组	186.82 $\pm$ 11.53	5.936	<0.01	131.36 $\pm$ 24.59	5.569	<0.01	937.95 $\pm$ 118.95	2.327	<0.05
骨质增生组	204.23 $\pm$ 16.83	4.408	<0.01	396.49 $\pm$ 77.01	0.845	>0.05	1,872.68 $\pm$ 284.71	0.212	>0.05
肾虚组	249.16 $\pm$ 31.56	2.311	<0.05	255.16 $\pm$ 54.73	2.529	<0.05	979.68 $\pm$ 152.15	2.187	<0.05

* P 值均系与正常对照组比较

表2 头发中铁铜铬浓度测定结果(ppm)

组别	Fe			Cu			Cr		
	$\bar{x} \pm S\bar{x}$	t 值	P 值*	$\bar{x} \pm S\bar{x}$	t 值	P 值*	$\bar{x} \pm S\bar{x}$	t 值	P 值*
正常对照组	165.76 $\pm$ 40.57			16.33 $\pm$ 0.42			1.27 $\pm$ 0.22		
肾虚骨质增生组	60.81 $\pm$ 13.40	2.456	<0.05	14.30 $\pm$ 1.44	1.349	>0.05	1.62 $\pm$ 0.30	0.945	>0.05
骨质增生组	108.45 $\pm$ 31.61	1.114	>0.05	17.28 $\pm$ 1.06	0.835	>0.05	1.03 $\pm$ 0.22	0.777	>0.05
肾虚组	94.69 $\pm$ 19.16	1.584	>0.05	18.29 $\pm$ 2.96	0.656	>0.05	1.41 $\pm$ 0.28	0.398	>0.05

* P 值均系与正常对照组比较

参 考 文 献

1. 内蒙古防疫站中心实验室: 电感耦合高频等离子体光电发射光谱测定人发中的钙、镁、锌、铜、锰。内部资料, 1981

2. John PC, et al: Trace Elements in Hair, as Related to Exposure in Metropolitan New York, Clinical Chemistry 21(4):603, 1975
陈志祥等: 上海市人发中多元素同位素源激发X射线分析。环境科学 2(5):21, 1981

(上接第 155 页)

- 南京军区后勤部卫生部编印, 1978
2. 中医研究院东直门医院等: 中西医结合治疗急性心肌梗塞 61 例初步总结。心血管疾病 3(3):185, 1975
3. 上海第一医学院华山医院, 上海中医学院龙华医院冠心病协作组: 中西医结合对急性心肌梗塞辨证论治的初步探讨。新医药学杂志(3): 5, 1973
4. Forrester J S et al: Correlative classification of cli-

- nical and hemodynamic function after acute myocardial infarction. Am J Cardiol 39(2):137, 1977
5. 北京地区防治冠心病协作组: 北京地区 562 例急性心肌梗塞中医辨证与中西医结合治疗。中西医结合防治研究心血管病资料(内部资料) 4:13, 1978
6. Coodley EL: Prognostic value of enzymes in myocardial infarction. JAMA 225(6):597, 1973