

急性心肌梗塞合并重度泵功能衰竭的 西医与中西医结合疗效对比观察

哈尔滨市第一医院心血管病研究室 李桂君 徐敬书

哈尔滨医科大学附属第一医院 张亭栋

心脏泵功能衰竭(泵衰)是急性心肌梗塞(AMI)最严重的合并症,预后不良。其病死率已远超心律失常而跃居首位,是临床亟待解决的重要课题。我们将AMI合并重度泵衰的 146 例患者分为两组治疗,对其疗效进行严格对比观察,结果报告如下。

临 床 资 料

资料来源、分组:本组 146 例AMI合并重度泵衰患者均系1977~1986年住院患者。重度泵衰是指泵衰IV、V级者⁽¹⁾,随机分为中西医结合组(治疗组)81例,男41例,女40例,年龄44~88岁。西药组(对照组)65例,男33例,女32例,年龄38~86岁。两组在选择病例时强调年龄、性别、疾病诊断、发病时间、梗塞部位及范围、泵衰分级等条件的一致性 or 近似,故具有可比性。

治法与观察方法

本研究分治疗、对照两组,均以相同项目、相同方法进行观察。观察时间以用药后6、12、18、24、48h分别记录,记录项目为血压、神志、呼吸状态、肺部湿性罗音、末梢微循环灌注不足征象,心电图变化如异常Q波(NQ)计算:指出现梗塞Q波的总导联数⁽²⁾≥5者; ΣR (mV):是标准12导联R波电压总和⁽³⁾≤2.5mV者;ST段抬高:指在梗塞的导联上ST段抬高≥0.3mV者。心率、节律、尿量、心绞痛、发绀状态、皮肤湿冷、大量出汗、面色灰白、皮肤花纹等。

对照组:每例均以间羟胺30mg、多巴胺60mg、溶于300ml葡萄糖液中混合静脉滴注,速度视病情而定。如无效,改用硝普钠50mg溶于500ml葡萄糖液中静脉滴注;再无效,则换用硝普钠50mg、多巴胺60mg溶于500ml葡萄糖液中静脉滴注,仍无效者则视为无效。

治疗组:红参25g 麦冬15g 五味子20g 丹参15g 生黄芪10g 制附子15g 干姜20g 甘草15g 葛根10g 生大黄10g为基本方,随证加减,日服2剂,水煎服,2天为一疗程。其他措施均同对照组。

结 果

一、疗效判定标准

显效:收缩期血压上升≥12kPa,肺水肿消失,末梢循环灌注不足现象完全消失。有效:收缩期血压上升达10.7~12kPa,肺水肿消失,原有末梢循环灌注不足征消失≥1/2,或收缩期血压上升>12kPa,肺水肿消失,原有末梢循环灌注不足征消失<1/2。无效:虽有收缩期血压上升但<10.7kPa,肺水肿无明显减轻,末梢灌注不足征无明显改善。死亡:经治疗无效最终死亡者。

二、结果

1.疗效比较:经48h治疗观察,治疗组81例,显效42例(51.8%),有效25例(30.9%),无效2例(2.5%),死亡12例(14.8%)。对照组65例,显效7例(10.8%),有效19例(29.2%),无效8例(12.3%),死亡31例(47.7%)。两组比较,差异有显著性意义($P<0.001$)。

2.疗效出现时间的观察:见附表。

附表 两组 48h 内疗效比较 (例)

	治 疗 组					对 照 组				
	6h	12h	18h	24h	48h	6h	12h	18h	24h	48h
显效	5	22	34	40	42	2	3	4	6	7
有效	6	14	17	22	25	5	7	13	15	19
无效	61	35	19	7	2	52	38	21	16	8
死亡	9	10	11	12	12	6	17	27	28	31

治疗组24h显效40/81(49.4%),有效22/81(27.2%),48h显效42/81(51.9%),有效25/81(30.9%)。对照组24h显效6/65(9.2%),有效15/65(23.1%),48h时显效7/65(10.8%),有效19/65(29.2%)。由表中可见,治疗组显示疗效较对照组快,尤以24h较为明显。

3.对心电图的影响:治疗前后比较,治疗组 $\Sigma R \leq 2.5mV$ 者有45例改善57.7%, $ST \geq 0.3mV$ 者43

例改善 53.1%， $NO \geq 6$ 者 50 例改善 64.1%。而对照组分别为 18.3%、20.3%、15.8%。两组比较明显不同。

4. 梗塞部位与疗效的关系：治疗组中广泛前壁+高侧壁+下壁AMI共23例，显效11例，有效7例，死亡5例；对照组共14例均死亡。治疗组中广泛前壁+高侧壁AMI共37例，显效21例，有效11例，无效1例，死亡4例；对照组共20例，显效3例，无效4例，死亡13例。治疗组中单纯广泛前壁AMI共19例，显效10例，有效5例，无效1例，死亡3例；对照组23例，分别为3、14、3、3例。两组均随部位不同病死率各异，病变部位越广泛病死率越高。经统计学处理，两组差异显著， P 均 <0.01 ，治疗组明显优于对照组。

5. 泵衰程度与病死率关系：泵衰Ⅳ级者治疗组44例，死亡5例；对照组37例，死亡12例；泵衰Ⅴ级者治疗组37例，死亡7例；对照组28例，死亡19例。随泵衰程度加重病死率增加，两组均存在此规律，对照组尤为明显。经统计学处理，两组差异显著， $P < 0.01$ 。

讨 论

泵衰或心源性休克与AMI的低血压状态虽然是一个过程的不同阶段，但两者是有区别的。目前对泵衰的治疗多采取综合性措施为主。

一、关于血管活性药物的应用问题：血管收缩剂（升压药物）用以抢救AMI心源性休克，部分患者确也因此得救。由于其缩小了血管内径明显增大了外周血管阻力。有人认为这种血压的上升是用增加心脏耗氧量、增加心脏负荷，甚至用扩大梗塞范围为代价换来的，是得不偿失，也是危险的。长期或大量用时血管持续性收缩，后负荷增加可使心搏量明显降低。AMI早期内源性儿茶酚胺、交感胺类物质增加血管收缩，微循环障碍，使用血管扩张剂是其有利的一面，但血压下降使已经下降了的冠脉灌注压进一步下降，病情加重加速死亡。我们体会收缩期血压在10.7~12kPa，主动脉内平均压在8~9.3kPa能维持有效的冠脉灌注压。因血管扩张剂的应用使收缩期血压下降 <10.7 kPa，

主动脉内平均压只在5.3~6.7kPa或以下，冠脉灌注压呈直线下降。血管扩张剂的作用是扩张了阻力血管床和（或）容量血管床、降低心脏前后负荷、增加心搏量。尚无充分证据说明它可使心源性休克的总死亡率下降。

二、中医药分析：中医学认为心主身之血脉，血液在脉管中运行全靠心气推动，心气有人理解为心脏泵血功能，“气为血之帅，气行则血行，气滞则血瘀”，气滞血瘀脉络闭塞，似与冠脉闭塞微循环血流不畅一致。重度泵衰可理解为“阳微阴厥，心阳外越，阳虚水泛，凌心射肺，心阳阻塞”，病之后期则以阴虚，阴阳俱虚，阳虚以至亡阳，但个体差异，表里标本虚实错杂，故应辨证再辅以现代医学检查分清主次、缓急处之。中医方药唯有既能缩小梗塞范围又能改善心脏功能的药物才能降低急性心肌梗塞合并重度泵衰的病死率。方剂中有人参、附子。《补名方论》中说“补后天之气无如人参，补先天之气无如附子”。又说“二药相须，用之得当，则能瞬息化气于乌有之乡，顷刻生阳于命门之内，方之最神捷者也”。提示，在抢救重危病例时中药也会快速显效。本组资料治疗组疗效明显优于对照组，且大部分病例疗效在24h内显示，也是临床佐证。又人参大补元气，上助心阳以固后天之本；附子温补真阳，下补命门以固先天之本。丹参活血养血使阳气复生有可资之源，欲脱之阳气有守恋之母。此乃阴阳相依、气血相生之法。故本方剂在抢救AMI合并重度泵衰者具有卓著功效。现代药理学研究表明，附子具有明显强心、升压、镇痛作用，配以人参效果更好，且能改善心功能而不增加氧耗量，提高收缩压，降低舒张压，改善微循环。方剂中人参、麦冬、五味子是益气养阴复脉的名方，可使左室充盈压不同的患者提高心搏量。这种效应不同于血管扩张剂，后者当左室充盈压低于2.0kPa时心搏量反会下降，又附子配以干姜不但加强回阳救逆功效，还能消除附子诸多副作用。方剂中大黄有活血化瘀作用，实验药理学证实大黄增加心输出量，提高组织对氧的利用率，降低外周阻力，还可通便，对AMI伴重度泵衰者非常重要。在整个观察中未发现中药有明显毒、副作用，病人易于接受，药源广，基层医疗单位也可应用。

1990年《陕西中医函授》征订启事

《陕西中医函授》是陕西中医学院主办的中医成人教育辅导专刊。系统辅导中医学校统编教材，开展理

论探讨，交流临证经验，介绍自学方法，解答函询疑难，连载试题答案，刊登医案医话，反映读者心声。《陕西中医函授》为双月刊，期刊代号52—23。欢迎读者向全国各地邮局（所）订阅，邮政编码：712083。