

中西医结合治疗急性心肌梗塞 304 例临床观察

董泉珍 王小沙

内容提要 目的:对本院 1978 年 1 月~1997 年 12 月中西医结合治疗 304 例急性心肌梗塞(AMI)的临床疗效和中医辨证论治规律进行回顾性总结分析。方法:对 304 例 AMI 病案进行逐项统计,包括年龄、性别、梗塞部位、并发症、死亡原因以及中医证候、治则、方药等。结果:本组心律失常、泵衰竭、栓塞等并发症发生率分别为 68.75%、36.84%、0.66%。而国内文献报告分别为 86%~100%、50%、2%。实行静脉溶栓治疗后,病死率由 17.32%(35/202 例)降低为 10.78%(11/102 例)。中医辨证以气虚、血瘀、痰浊为主。治法以益气、活血、豁痰为主。结论:中西医结合治疗 AMI 明显降低心律失常、泵衰竭、栓塞等并发症的发生率;静脉溶栓治疗显著降低了 AMI 住院病死率;总结了 AMI 的常见中医证型及其相应的治法方药。

关键词 急性心肌梗塞 中西医结合 临床疗效

Clinical Observation on Treatment of 304 Patients Suffered from Acute Myocardial Infarction with Integrated Traditional and Western Medicine Dong Quanzhen, Wang Xiaosha Xiyuan Hospital, China Academy of TCM, Beijing (100091)

Objective: To make a retrospective survey study on clinical effect and regular pattern of TCM treatment based on Syndrome Differentiation in treating patients of acute myocardial infarction (AMI), admitted in Xiyuan Hospital from January 1978 to December 1997 with integrated traditional Chinese and western medicine. **Methods:** Statistical analysis was made in the following items of 304 patients: age, sex, location of infarction, complication, cause of death, mortality, as well as TCM Syndrome, principle of treatment, prescription and medicinal herbs used. **Results:** The incidences of complications in this group for arrhythmia, pump failure, thrombosis were 68.75%, 36.84% and 0.66% respectively, while those in patients treated with western medicine reported by literature in China were 86%~100%, 50% and 2% respectively. Mortality in this group after using thrombolytic therapy was reduced from 17.32%(35/202) to 10.78%(11/102). Types of disease, according to Syndrome Differentiation of TCM, were mainly the Qi-deficiency type, blood stasis type and turbid-phlegm type. And the principle of TCM treatment was mainly to supplement Qi, activate blood circulation and resolve phlegm. **Conclusion:** Integrated traditional Chinese and western medicine treatment of AMI could reducing incidence of complications, such as arrhythmia, pump failure and thrombosis, and thrombolytic therapy could reduce mortality of patients. The frequently encountered TCM Syndrome types and the corresponding therapeutic methods and prescriptions used in treating AMI have also been summarized in this paper.

Key words acute myocardial infarction, integrated traditional and western medicine, clinical therapeutic effect

本院自 70 年代建立冠心病监护病室(CCU)以来,开展中西医结合治疗急性心肌梗塞(AMI)20 余年。兹将 1978 年 1 月~1997 年 12 月共收治明确诊断 AMI 患者 304 例进行回顾性临床总结分析。

临床资料

1 诊断标准 参照 WHO 1979 年制订的缺血性

心脏病的命名及诊断标准⁽¹⁾,国内 1980 年 12 月全国内科学术会议建议采用 WHO 所定的标准⁽²⁾:(1)典型病史,严重而持续的胸痛,可伴有心律失常、心力衰竭、低血压或休克等临床表现;(2)特征性心电图改变,病理性 Q 波, S-T 段抬高,与 T 波融合呈弓背向上的单峰曲线, T 波倒置;(3)血清心肌酶,包括肌酸磷酸激酶(CPK)、肌酸磷酸激酶同功酶(CPK-MB)、谷草转氨酶(GOT)、乳酸脱氢酶(LDH)含量增高。三项中具备两项即可确诊 AMI。

2 一般资料 本组 AMI 患者共 304 例, 其中男性 212 例, 女性 92 例, 男女之比 2.3:1。年龄 32~92 岁, 平均 63.6 岁。有高血压病史者 177 例 (58.22%); 冠心病史者 89 例 (29.28%); 脑梗塞病史者 37 例 (12.17%); 糖尿病史者 25 例 (8.22%)。

本组病例发病前有明显诱发因素者, 如重体力活动、过度疲劳 98 例 (32.24%), 情绪波动 51 例 (16.78%), 饱餐或进食 29 例 (9.54%), 其中两个以上因素者 25 例; 无明显诱发因素 153 例 (50.32%)。

本组病例梗塞部位统计: 前壁 85 例, 前间壁 38 例, 广泛前壁 51 例, 高侧壁 36 例, 下壁 137 例, 正后壁 41 例, 心内膜下 14 例, 右心室 15 例, 两部位以上梗塞并存者 88 例。

3 中医辨证分型 由于本组病例先后于 20 年内住院治疗, 未作前瞻性辨证分型方案, 但本院于 70 年代初曾对 AMI 的病因病机及其症候分型进行研究, 确定如下 7 个基本证型, 指导本院 AMI 中医辨证论治。(1) 心气不足型: 气短乏力, 胸闷心慌, 甚则心痛, 头晕、目眩、自汗, 舌质淡、苔白、脉沉细或数。(2) 心血瘀阻型: 胸痛剧烈, 如刺如绞、痛有定处、痛彻肩背, 面色晦暗, 口唇青紫, 舌质紫暗, 或可见斑点, 舌下青筋, 脉细弦涩或结代。(3) 痰浊闭阻型: 胸闷胸痛, 形体肥胖, 身重乏力, 或咯粘痰, 苔腻, 脉滑。(4) 心阴虚损型: 心痛时作, 或灼热疼痛, 兼胸闷、心悸、心烦不寐、头晕、盗汗、口干、大便干, 舌红少津, 苔少或剥落, 脉细数或结代。(5) 气滞心胸型: 心胸满闷, 隐痛时作, 痛无定处, 心烦欲叹息, 情志不畅时诱发或加剧胸痛、嗝气觉舒, 苔薄或腻, 脉细弦。(6) 寒凝心脉型: 骤然心痛如绞, 遇寒诱发, 形寒肢冷, 或出冷汗, 心悸气短, 心痛彻背, 苔薄白, 脉沉紧。(7) 心阳衰脱型: 胸痛剧烈, 胸闷气短, 面色青灰, 焦虑不安, 四肢厥冷, 冷汗不止, 口唇青紫, 舌质紫黯, 苔白滑, 脉微细或结代。

治疗方法

1 常规西医治疗 本组病例入院后集中于本院 CCU 进行心电、血压和呼吸持续监护, 有 13 例进行血流动力学监测; 持续低流量鼻导管吸氧; 完全卧床休息两周, 给予镇静剂, 消除焦虑; 应用硝酸甘油扩张冠脉, 减轻心脏前后负荷, 缓解心绞痛, 必要时使用吗啡、度冷丁; 采用药物及电学方法抗心律失常; 应用利尿或扩血管药治疗心力衰竭; 抗休克治疗时, 首先补充血容量, 此后血压仍不升者, 应用多巴胺、间羟胺; 经上述处理血压仍不升者, 或出现肺部罗音, 四肢冷, 紫绀、神志淡漠等组织器官灌注不足表现者, 选用 5% 葡萄糖注

射液 100ml 加硝普钠 5~10mg, 或酚妥拉明 10~20mg 静脉滴注。为挽救濒死心肌, 缩小梗塞范围, 应用极化液、 β 受体阻滞剂, 血管紧张素转换酶抑制剂, 部分病例应用肝素、蝮蛇抗栓酶等。

2 溶栓治疗 本院自 1994 年初起, 凡属适应证, 即发病 6h 内入院, 年龄 < 75 岁, 无禁忌症者, 均常规给予尿激酶 100~150 万 u 加入葡萄糖注射液 100ml, 30~60min 静脉滴注完毕。

3 中医药治疗 本组病例在入院后常规给中药煎剂口服, 早晚各 1 次, 每日 1 剂, 1 周为 1 个疗程, 服 2~3 个疗程。根据病历记录中医证候, 分解为 7 个基本证型及其相应治法和常用方药进行统计。(1) 心气不足型: 治以补益心气, 选方以补心丹、抗心梗合剂, 生脉散加减; 常用药物为黄芪、党参、人参、黄精、太子参。(2) 心血瘀阻型: 治以活血化瘀, 选方以冠心 II 号, 抗心梗合剂加减; 常用药物为川芎、赤芍、丹参、当归、红花、桃仁、延胡索、蒲黄。(3) 痰浊闭阻型: 治以豁痰化浊, 选方以二陈汤、温胆汤、瓜蒌薤白半夏汤; 常用药物为陈皮、半夏、瓜蒌、竹茹、薤白、甘草。(4) 心阴虚损型: 治以滋养心阴, 选方以天王补心丹、生脉散; 常用药物为生地、玄参、麦冬、石斛、太子参、茯苓、炙甘草。(5) 气滞心胸型: 治以理气止痛, 选方以柴胡疏肝散; 常用药物为柴胡、香附、降香、延胡索、枳壳、郁金。(6) 寒凝心脉型: 治以宣痹通阳, 选方以瓜蒌薤白桂枝汤; 常用药物为枳实、细辛、干姜、薤白、桂枝。(7) 心阳衰脱型: 治以温补心阳, 回阳救逆, 选方以参附汤、生脉散、四逆汤加减; 常用药物为生晒参、附子、肉桂、干姜。

本组病例酌情给予中药静脉注射液, 如心气虚者用生脉注射液; 血瘀者用丹参注射液, 心阳不足者应用参附注射液。

结果

1 病死率与死亡原因 本组 304 例 AMI 患者死亡 46 例, 男性 28 例, 女性 18 例, 病死率为 15.13% (46/304 例), 死亡平均年龄为 71.31 岁。其中实行静脉溶栓治疗前 16 年间 (1978 年 1 月~1993 年 12 月) 共收治 AMI 患者 202 例, 死亡 35 例, 病死率 17.32% (35/202 例); 死亡原因为心脏骤停 16 例 (包括排便时 6 例, 会客谈话后 2 例); 死于泵衰竭或心源性休克 18 例, 并发脑梗塞死亡 1 例。实行静脉溶栓治疗后 4 年间 (1994 年 1 月~1997 年 12 月) 共收治 AMI 患者 102 例, 溶栓治疗 42 例, 死亡 11 例, 病死率为 10.78% (11/102 例)。死亡原因为心脏骤停 4 例 (包括排便时 1 例); 死于泵衰竭或心源性休克 6 例, 肺梗塞 1 例。

死亡病例主要为广泛前壁、前壁及两部位以上梗塞并存者或再梗者。

2 并发症发生率 心律失常: 窦性心动过速 105 例(34.54%), 频发室性早搏 51 例(16.78%), 偶发室性早搏 89 例(29.28%), 室性心动过速 23 例(7.57%), 阵发性室上性心动过速 52 例(17.11%), 房性早搏 19 例(6.25%), 完全性左束支阻滞 10 例, 完全性右束支阻滞 10 例(3.29%), 左前半分支阻滞 1 例, II~III 度房室传导阻滞 27 例(8.89%)。上述心律失常多为暂时性。起病 5 天内心电监护条件下未发现心律失常 95 例, 即本组病例心律失常发生率为 68.75% (209/304)。

心力衰竭: 诊断依据临床表现为呼吸困难、咳嗽、紫绀、气短、喘促、烦躁、不能平卧、肺部罗音。本组并发心力衰竭 89 例, 发生率 29.28%。

休克: 若疼痛缓解, 收缩压 $< 90\text{mmHg}$, 伴烦躁、面色苍白、皮肤湿冷、脉沉细微弱、大汗、少尿、神志迟钝或淡漠, 甚至昏厥, 有组织血流灌注不足表现者则诊断为心源性休克, 本组 23 例, 发生率为 7.56%。

低血压状态: 多见于疼痛时血压降低, 不伴组织血流灌注不足表现者, 持续 1 周左右, 然后上升, 本组发生低血压状态(收缩压 $\leq 90\text{mmHg}$) 49 例, 发生率为 16.12%。

栓塞: 本组住院期间发生脑梗塞 1 例, 肺梗塞 1 例, 栓塞发生率为 0.66%。

3 中医辨证分型及舌象、脉象统计 本组病例按入院 1 周内病历记录的中医辨证分型及其治法方药进行统计, 并将复合证型分解为 7 个基本证型。心气不足型 189 例(62.17%), 心血瘀阻型 283 例(93.09%), 痰浊闭阻型 182 例(59.87%), 心阴虚损型 52 例(17.10%), 气滞心胸型 37 例(12.17%), 寒凝心脉型 71 例(23.35%), 心阳衰脱型 31 例(10.20%)。本组病例绝大多数为两个以上复合证型, 如气虚血瘀, 痰瘀痹阻, 气阴两虚, 气滞血瘀等。

脉象统计: 细脉 167 例(54.93%), 沉脉 62 例(20.39%), 弦脉 46 例(15.13%), 滑脉 45 例(14.80%)。多为复合脉象。

舌象统计: 舌质紫暗(包括瘀点、舌下青筋) 238 例(78.29%), 淡红舌 66 例(21.71%), 腻苔 189 例(白腻 110 例, 黄腻 79 例) 占 62.17%, 薄白苔 82 例(26.97%), 少苔或光剥苔 27 例(8.88%)。

讨 论

1 早期静脉溶栓治疗可显著降低 AMI 住院病死

率。本院自 1994 年初开始对 AMI 起病早期(即 6h 之内)入院而无禁忌症者施行静脉溶栓治疗, 其病死率 10.78%, 较 1994 年以前未实行溶栓治疗的病死率(17.32%)明显降低。AMI 是冠状动脉急性闭塞所致心肌缺血坏死, 其发生机制 80%~90% 由冠状动脉内血栓形成所致。因此, 早期应用溶栓疗法, 及时溶化堵塞冠状动脉的血栓, 使由该冠状动脉供血的心肌得到再灌注, 挽救濒死的心肌或缩小梗塞范围, 从而降低病死率。静脉溶栓是简便易行而有效的治疗措施^(3,4)。

2 中医药治疗有助于减少 AMI 并发症。本组病例常规应用益气活血, 豁痰通痹为主的中医辨证治疗和常规西医治疗, 并发症有明显降低。本组心律失常发生率(68.75%)较文献报告 86%~100% 发生率明显降低⁽⁵⁾; 休克的发生率为 7.56%, 较文献报告 12.1%~23.8% 为低⁽⁶⁾; 心力衰竭发生率 29.28%, 较文献报告 20%~48% 为低⁽⁷⁾; 休克和心力衰竭两者合并发生率 36.84%, 较文献报告 50% 为低⁽⁸⁾; 栓塞发生率 0.66%, 较文献报告 2%⁽⁴⁾降低。

现代研究结果表明, 益气药人参、黄芪、生脉散可以提高血压, 改善周围循环, 增加心肌收缩力, 提高心排出量, 改善心功能, 降低外周阻力, 减慢心率, 减少心肌耗氧量, 提高缺血心肌电的稳定性及抗心律失常, 延长缺血心肌存活时间等功效^(9~12)。活血化瘀药具有增加冠状动脉血流量, 增加纤维蛋白溶酶活性, 抗血小板聚集, 抑制血栓形成, 保护缺氧缺血心肌, 改善微循环, 减轻心肌缺血作用^(4,13~15), 对 AMI 的病理生理改变产生良好药理功效, 为减少 AMI 的并发症, 改善预后发挥重要作用。

3 提高防治 AMI 心脏骤停的临床水平。本组在住院其间发生心脏骤停者 20 例, 占全部死亡病例的 43.48%, 其中包括在排便时猝死 7 例, 会客谈话后猝死 2 例, 其他 26 例死于心力衰竭或心源性休克等。结果提示, 加强 AMI 患者排便护理, 避免会客谈话, 及时发现严重心律失常, 提高防治住院心脏骤停的临床水平, 将有利于进一步降低 AMI 住院病死率。

4 探索 AMI 中医辨证论治的基本规律。从辨证分型结果看, 本组 AMI 以气虚、血瘀、痰浊为主, 其次为阳衰、阴虚、寒凝和气滞; 脉象统计结果以细、沉、弱、涩及结代脉为主; 舌象统计结果以舌质紫暗、斑点和腻苔为主。脉象、舌象与证候反映 AMI 以气虚、血瘀、痰浊为主的病理机制。益气活血、豁痰通痹为主要治法体现中医辨证论治的思想和通补兼施的证治原则, 探索出了治疗 AMI 的具有较好疗效的常用方药。

5 中西医结合治疗 AMI 研究尚待深入。20 年

来,中西医结合治疗 AMI 探索了中医辨证论治的规律,筛选有效益气活血,豁痰通痹等方药,广泛开展了临床与实验研究,降低了 AMI 的并发症,取得成功经验。但本组病例时间跨度大,未作前瞻性研究方案,亦未设立对照组。现代医学治疗 AMI 的观念和方法有了很大变化,为进一步提高中西医结合治疗 AMI 临床水平,对中医药治疗 AMI 必须规范化,拟定协定处方,有条件应试制便于口服或静脉给药剂型,方便临床应用,以取代煎熬费时,质量难于控制的水煎剂。有必要进行前瞻性、大规模、多中心的中西医结合治疗 AMI 疗效评估,开展临床与实验药理研究。

(本文承蒙陈可冀教授指导和审阅,谨此致谢)

参 考 文 献

1. World Health Organization Task Force on Standardization of Clinical Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Ischemic Heart Disease. Circulation 1979;59:607—609.
2. 陈灏珠,李宗明.内科学.第3版.北京:人民卫生出版社,1995:263—265.
3. 陈灏珠.急性心肌梗塞的溶栓治疗.中华内科杂志 1993;32(1):5—6.
4. 戴瑞鸿.内科学新理论与新技术.上海:上海科技教育出版社,1995:1—5.

5. 陈志周.急性心肌梗塞的心律失常.北京:中国医药科技出版社,1991:71—73.
6. 戴瑞鸿.心肌梗塞.上海:上海科学技术出版社,1987:60—61.
7. 戴自英,陈灏珠,丁训杰.实用内科学.第9版.北京:人民卫生出版社,1995:1117—1119.
8. 陈灏珠.中国医学百科全书.心脏病学.上海:上海科学技术出版社,1982:40—41.
9. 董泉珍,陈可冀,涂秀华,等.生脉散注射液治疗心肌梗塞的血流动力学效应.中华心血管病杂志 1984;12(1):5—8.
10. 张均华,邵耕,胡大一,等.生脉散注射液对急性心肌梗塞不同血流动力学分型的效应.中华内科杂志 1985;24(11):651—654.
11. 韩明向,周宜轩,倪恩荣,等.人参注射液治疗心气虚证的临床研究.中医杂志 1992;23(2):43—45.
12. 廖家桢,王硕仁,吕希莹,等.参芪治疗心气虚临床疗效和作用原理.中医杂志 1990;21(2):51—54.
13. 陈可冀,张之南,梁子钧,等.血瘀证与活血化瘀研究.上海:上海科学技术出版社,1990:429—488.
14. 阴健,郭力弓.中药现代研究与临床应用(1).北京:学苑出版社,1994:171—188.
15. 段温泉,张丽华,赵玉兰.川芎嗪治疗心肌缺血的临床研究.中国中西医结合杂志 1997;17(10):637.

(收稿:1998-05-20 修回:1999-04-01)

· 病例报告 ·

大黄牡丹皮汤治疗髂窝脓肿 1 例

郑天贵¹ 张玉兰²

病例简介 林某,男性,78岁,农民,1998年6月24日就诊。自述右足皮肤擦伤2周后,右腹股沟外上方疼痛剧烈,伴寒战高热,体温高达40℃左右,食欲差,全身乏力、口干,小便黄赤,大便干结,2日未行,右下肢不能伸直,舌苔黄厚腻,脉弦滑数,右腹股沟外上方有明显触痛,可触及硬结性肿块,波动不明显,髋关节屈曲挛缩肢位,托马氏征阳性;理化检查呈炎性改变,B超及局部穿刺提示髂窝脓肿,肿物5cm×7cm。因患者拒绝手术,使用先锋霉素V号4g静脉滴注,每天1次,持续3天以抗感染支持疗法,症状未减轻,改用中药治疗。据脉证合参,治宜清热解毒,消肿止痛,方用大黄牡丹皮汤加减:生大黄10g 牡丹皮10g 桃仁10g 冬瓜仁30g 芒硝10g 郁金15g 败酱草15g 金银花15g 黄连6g 赤芍10g 白花蛇舌草30g 蒲公英30g,水煎服,每天1剂,3剂后寒热退尽,大便通,右腹

股沟部疼痛稍减;原方去黄连,生大黄减为6g,续服6剂,疼痛大减,右下肢可明显伸直,小便转淡黄清,舌苔薄黄,脉弦缓;B超提示:肿块2cm×3cm,右下肢可以自如伸直。以上方加连翘15g,续服10剂,诸症消失;B超复查:右腹股沟部肿块消失,诸症消失。

体 会 本病系热毒蕴结,气血郁滞致髂窝红肿热痛的脓肿,临床所见肿块硬结,寒战高热,大便干结未行,苔黄腻,脉弦数为痛未成脓之象,治宜清热解毒,消肿止痛,方中大黄清热解毒并借其通便作用,使热毒下泄,芒硝软坚散结协大黄荡涤速下,牡丹皮、桃仁、郁金、赤芍活血化瘀,清热凉血;金银花、连翘、白花蛇舌草、败酱草清热解毒,消痛散结。另外,从病理学的角度看,白花蛇舌草在体内能刺激网状内皮系统增生,促进抗体形成,使网状细胞、白细胞的吞噬能力增强,而达到抗菌消炎的目的。诸药合用共奏清热解毒、活血消痛之功,故收效甚捷。

(收稿:1999-02-10 修回:1999-04-07)

1. 福建省莆田市计划生育服务站(福建 351100);2. 福建省莆田市医学科学研究所