

· 思路与方法 ·

急性心肌梗死冠脉介入治疗前后
中医辨证治疗思路与方法

——附 70 例患者治疗分析

张敏州 田文杰 邹旭 程康林 李松 李健 丁邦晗

在对急性心肌梗死(AMI)的救治中,冠脉介入治疗有着不可替代的作用,在应用冠脉介入治疗手段干预的情况下,如何进行中医的辨证治疗是一个值得探讨的论题。作为率先在全国开展冠脉介入治疗的中医院,我们将近 3 年来在我院成功接受冠脉介入治疗和中医治疗的 AMI 患者的思路与方法总结于下。

资料和方法

1 一般资料 2000 年 6 月—2003 年 6 月在我院确诊为 AMI,并接受经皮冠脉腔内血管成形术(PTCA)和(或)支架置入术的患者共 70 例,其中男 42 例,女 28 例,年龄 39~86 岁,平均(60.1±7.5)岁,梗死部位:前壁 38 例,下壁 18 例,下壁加后壁 8 例,合并右室梗死 5 例,侧壁 1 例;单支病变 39 例,双支病变 18 例,三支病变 13 例,病变血管共 114 支,其中 53 支为左前降支,32 支为左回旋支,29 支为右冠状动脉,射血分数(EF)值 25%~75%,平均 48.86%。

2 围手术期和手术处理 经确诊为 AMI 后,即予肠溶阿司匹林,首日剂量 300mg,以后 100mg,每日 1 次,终身服用;力抗栓(噻氯匹定)250mg,每日 2 次或波立维(氯吡格雷)75mg,每日 1 次,至少用至术后 1 个月;速避凝(低分子肝素)皮下注射 0.4ml,每日 1~2 次,或肝素静脉滴注 600~1 200U/h,使部分凝血活酶时间(APTT)维持在正常值的 1.5~2 倍左右。术中使用的肝素 7 000~10 000U 鞘管内注入。PTCA 和支架置入操作按照操作规程,选择和血管大小相当直径的球囊,以 3~10 个大气压作预扩张,随后置入与血管直径匹配的支架,以 6~16 个大气压扩张。PTCA 和支架置入过程中平均扩张时间总和为 30~180s。PTCA 术后残余狭窄小于 50%、术后血管狭窄程度较术前降低 20%、支架置入术后残余狭窄小于 30%、无死

亡、无急诊冠脉搭桥手术者为成功。术后继续使用肝素或皮下注射速避凝 3~7 天,术中和术后是否使用硝酸甘油视情况而定。

3 中医辨证治疗思路

3.1 将冠脉介入治疗视作一重要的治标手段辨证 在对胸痹重症、真心痛的辨证中,虚实标本是贯穿辨证始终的总纲,而正气不足、心脉不通则是基本的病机。冠脉介入治疗是现代治疗手段,它可以直达病所,开通心脉。在该手术未施行之前,患者表现以胸痛胸闷阵作、烦躁不安、口唇紫暗、舌黯淡有瘀点、苔黄腻或白腻、脉涩或沉弦等标实证候为主,本虚证候常为次。在应用介入治疗后,大多数患者胸闷痛等上述标实症状常明显好转,而表现出少气懒言、面色白、食纳差、自汗出、舌淡、苔白、脉细弱等本虚证候为主。但同时也要看到部分患者并不符合上述一般规律,常以气阳虚损为首表现,而无明显的标实证候。

3.2 在冠脉介入治疗前后掌握好“通”和“补”的时机和度 基于以上的认识,我们认为在冠脉介入治疗前,以活血、涤痰、散寒、通脉等“通”法为主,兼顾益气、助阳、滋阴等“补”法,在介入治疗后则以“补”法为主,“通”法为辅。但每一位患者使用几分补,几分通,使用竣剂还是缓剂则要分别把握。需要强调的是这里是将冠脉介入治疗纳入辨证的范畴,而不是以冠脉介入为中心辨病论治。

3.3 在不同时期选用不同药效的活血温通药物 在冠脉介入治疗前,活血温通以选用起效快速的药物为主,在介入治疗后和远期随访阶段则选用药效较和缓的药物徐图渐进。作用较为快速的各种静脉中药制剂和中成药,如速效救心丸、麝香保心丸、苏冰滴丸、血塞通注射液、香丹注射液等及活血化瘀药中的乳香、没药、檀香、水蛭、失笑散等。田七、丹参、牛膝、毛冬青等药物则属于作用和缓的活血化瘀类药。

结 果

1 中医辨证结果 在术前和术后 7 天均由同一

具有丰富临床经验的中医师进行辨证分型和记录。按照我们的体会,分为气阳虚损、气阴两虚、气虚血(痰)瘀、气滞血(痰)瘀、寒凝血瘀和其他(包括如气虚气滞、阴虚血瘀等)几种证型。70 例患者术前证型分类中属气阳虚损 5 例(7.1%)、气阴两虚 2 例(2.9%)、气虚血(痰)瘀 49 例(70.0%)、气滞血(痰)瘀 6 例(8.6%)、寒凝血瘀 5 例(7.1%)、其他类型 3 例(4.3%)。在术后第 7 天,再次进行辨证,则证型分类中属气阳虚损 8 例(11.4%)、气阴两虚 6 例(8.6%)、气虚血(痰)瘀 50 例(71.4%)、气滞血(痰)瘀 3 例(4.3%)、寒凝血瘀 1 例(1.4%)、其他类型 2 例(2.9%)。

2 70 例患者均成功进行冠脉介入治疗,3 例并发心力衰竭分别在术后 10、12 和 14 天死亡。术后 55 例患者接受电话和门诊随访,并门诊给予中药或中成药辨证治疗。术后有 5 例患者反复发生心肌缺血,其中 4 例再次行 PTCA 术。共有 16 例患者接受术后 0.5~1 年的造影复查,除上述 5 例患者反复发生心肌缺血外,其余 11 例中病变有所进展 1 例、稳定 3 例,有 7 例患者建立较充分侧支循环,其余随访患者无明显胸闷痛不适。在术前辨证为气阳虚损的患者中,EF 值为 25%~54%,平均 37.5%。

讨 论

1 急性心肌梗死的基本病机是本虚标实 AMI 患者大多为老年患者,因年老而正气渐衰或病久而因病成虚。本虚之中阴阳气血均可虚,而以气虚为主,标实之中瘀血、痰浊、气滞、寒凝皆可为患,尤以瘀血为要。此外,因广东地处岭南,气候潮湿,常常瘀中夹痰,痰瘀胶固难除。因此,在我们的观察中,气虚痰瘀构成了大部分患者的基本病机,单纯的虚证和实证占少数^[1]。

2 将冠脉介入治疗纳入中医辨证体系 介入治疗是治疗 AMI 的有效手段,在中医辨证中,应重视介入治疗并将之视为通脉祛瘀的方法。大多数患者在经过介入治疗后标实的证候明显得以减轻或退居为次要矛盾,而且部分患者在经介入治疗后证型可能会发生根本性的变化,如结果“1”中反映的那样,这充分说明了在辨证中必须将介入治疗这一手段考虑进去。但同时应当看到,冠脉介入治疗并不能完全达到治标的目的,本虚标实的病机在大部分患者中仍未变。另外,治标在一定程度上也是治本,有效地介入治疗方法可以

更快地促使患者“本虚”的恢复。

3 中医证型和心功能的关系 在术前辨证为气阳虚损的患者中,平均 EF 值为 37.51%,较全部病例平均 48.86%为低,提示对于心功能不全患者,应用益气助阳的方药进行辨证治疗可能对提高心功能、改善患者 EF 值、防止发生心阳暴脱有重要意义。

4 在应用有效的现代医疗手段同时,应该探寻发挥中医优势的途径,以更好的利用中西医结合手段提高介入治疗术后效果^[2]。不可否认,冠脉介入治疗在提高患者的生存率、改善症状、提高生存质量方面都有着极其重要的作用,但即使应用药物涂层支架,冠脉介入治疗仍然难以完全解决术后再狭窄的问题,另外,对某些问题,比如如何阻止病变在非介入部位的发展,如何更好地建立良好的侧支循环,如何提高冠心病患者整体的疾病抵抗力和患病的耐受力,提高远期的生存质量^[3],在合并其余基础疾病而不能同时使用常规介入术后西药的同时,如何保证介入术后的远期效果,这些都是中医有所发挥的地方。在对上述患者的观察中我们发现,在术前和术后长期辨证服用中药的一些患者,其侧支循环常常会有较为充分的建立,生活质量和主观不适等都有所改善。这些都给我们以某些积极的提示,期待今后用循证医学的手段去证实。

参 考 文 献

- 1 任继学主编. 中国名老中医经验集萃. 北京: 北京科学技术出版社, 1993:36—37.
Ren JX editor. The experience selection of the old famous TCM doctors of China. Beijing: Beijing Science & Technology Publishing House, 1993:36—37.
- 2 张敏州, 王 磊. 冠心病支架置入术后再狭窄中西医结合防治研究进展. 中西医结合心脑血管病杂志 2003; 1(8):477—478.
Zhang MZ, Wang L. The research development of prevention and treatment in TCM and Western Medicine for the restenosis after coronary artery stent implantation. Chin J Integr Tradit West Med Cardio-Cerebrovasc Dis 2003; 1(8):477—478.
- 3 阮新民, 林 宇, 江 巍, 等. 中医辨证施治改善冠状动脉搭桥患者生活质量的临床观察. 中国中西医结合杂志 2003; 23(11):804—807.
Ruan XM, Lin Y, Jiang W, et al. The clinical observation about how to apply therapy with Syndrome differentiation in TCM to improve the life quality of CABG patients. Chin J Integr Tradit West Med 2003; 23(11):804—807.

(收稿 2004-01-07 修回 2004-03-28)