认真总结经验

中西医结合治疗急性心肌梗塞 99 例的临床总结

天津市南开医院冠心病研究组

急性心肌梗塞是冠心病严重的临床表现之一,是冠心病的最主要的致死原因。因此,积极改进急性心肌梗塞的治疗,对于提高整个冠心病的疗效有着十分重要的意义。

无产阶级文化大革命以来,特别是通过批林批孔运动,医院党委加强了对中西医结合工作的领导,充分发动群众,积极学习兄弟单位的先进经验,使急性心肌梗塞的临床治疗有了不少改进。与此同时,我们还对中药生脉、四逆注射液的作用原理开展了一些实验研究。本文对 1971 年 11 月到 1973 年 3 月间住院治疗的急性心肌梗塞 99 例的治疗情况作一分析,并对生脉、四逆注射液的作用原理进行初步探讨。

一、临床资料分析

本组 99 例中,男性 61 例,女性 38 例,男女比例为 1.6:1。年龄最小 37 岁,最大 85 岁。职业以工人为最多,占 47.5%;家庭妇女次之,占 29.3%;体力劳动较多,占 86.7%。

在诊断方面,99 例均经心电图证实,其中 2 例心电图资料遗失,根据 97 例的分析结果如下。

梗塞部位:前间壁 10 例,前壁 11 例,前侧壁 16 例,后壁 28 例,后侧壁 6 例,前后壁 6 例,高侧壁 3 例,侧壁 3 例,内膜下 12 例,多发性 2 例。

并发症方面:心源性休克 20 例,占 20.2%,心力衰竭 10 例,占 10.1%;心律不齐 43 例,占 43.4%;栓塞 5 例(脑血栓形成 3 例,腹主动脉栓塞 1 例;足背动脉栓塞 1 例),占 5%;肺炎 18 例,占 18.1%。

二、中医辨证分型

除 5 例死亡,1 例未辨证外,其余 93 例的辨证如表 1。

表 1 辨 证 分 型

类 型	辨 证	邪 实	并 正 虚				总 计
			阳 虚	阴 虚	阴阳俱虚	阴虚阳亢	
寒痰瘀血型		13	1		2	1	17
热痰瘀血型		45	4	1	4	22	76
总 计		58	5	1	6	23	93

热痰瘀血型多于寒痰瘀血型。在热痰瘀血型中,阴虚阳亢占多数,在脉象中以弦脉最多,占 63 例,细脉 12 例,沉脉 5 例,滑脉 2 例。舌苔的情况见表 2。

表 2 舌 苔 分 析

舌 苔	白	黄	薄	厚	腻	躁	少 苔	中 剥
例 数	42	50	9	2	31	1	1	2

从上表可以看出,以黄苔为最多见,说明热证者多,治疗后黄苔逐渐减少。白苔多为寒证,治疗后无明显变化。腻苔者为数亦不少,符合痰浊的辨证。总之,以黄、白、腻三种舌苔为多,反映了寒痰、热痰的临床辨证。舌质见表 3。

表 3 舌 质 分 析

舌 质	紫	红	淡	暗	瘀 斑	嫩
例 数	16	54	11	9	3	1

红色较多,反映了热证较多的辨证;紫、暗、瘀斑均反映了瘀血的辨证。部分病人由于有虚寒证,所以舌质表现为淡、暗、胖、嫩等掩盖瘀血的象征。

三、中西医结合辨证论治方法

治则:豁痰活血、宣痹通阳、扶正培本等三法。病人刚入院时,根据中医辨证,痰滞血瘀:采用心肌梗塞基本方。寒痰瘀血型用:瓜蒌五钱、薤白五钱、半夏三钱、桃仁三钱、红花三钱、丹参五钱、五灵脂三钱、桂枝二钱。热痰瘀血型用:瓜蒌五钱、桃仁二钱、苦参、半夏、红花、蒲黄、五灵脂各三钱。达到豁痰活血化瘀止痛作用,配合针灸内关、间使、膻中、痛灵透小天星、接力等穴止痛。部分病例给 A.T.P.、辅酶 A、细胞色素丙等能量合剂。极化疗法,与肝素、通脉液治疗。对心源性休克者,采用中西医结合治疗:给生脉、四逆注射液或大剂量汤药二付四煎,每六小时一煎。对急性左心衰竭者,用洋地黄类药物加速尿灵或利尿酸钠;慢性心衰,加参附汤或生脉散加附子;对心律失常者,用利多卡因、普鲁卡因胺、异丙基肾上腺素配合炙甘草汤治疗。

服药后,病人心绞痛,压榨感,胸满,多痰等症状消失或缓解,舌质瘀点,紫斑消退,舌质转为淡红,舌苔由滑腻变为正常,急性期症状明显好转。这时有的患者往往出现正虚症状,可在“化痰活血”药中,加上治疗“正虚”药,“虚、实”同治。当出现阴虚症用:沙参五钱、麦冬三钱、五味子三钱、玉竹三钱;阳虚症用右归饮为基础:枸杞子五钱、山萸肉五钱、附子一钱、党参五钱、桂枝二钱、鹿角霜三钱、茯苓三钱、甘草三钱。阴阳俱虚症用炙甘草汤或金匱肾气汤加减。阴虚阳亢症用:生地五钱、杭芍五钱、夏枯草三钱、生石决五钱、代赭石三钱、牛膝三钱、寄生三钱、杜仲二钱、菊花一钱半。

四、生脉、四逆注射液在心源性休克的应用

在 99 例急性心肌梗塞中发生心源性休克 20 例。在这 20 例中,用生脉、四逆注射液 17 例(其中 6 例加用西药),死亡 1 例,病死率占 5.8%;其余 16 例血压全部恢复正常。单用西药者 3 例,死亡 1 例。在此 17 例中,合并急性左心衰竭者 4 例,室性心动过速与室上性心动过速各 1 例,III 度房室传导阻滞 1 例。

(一) 用药剂量与方法: 1. 生脉或四逆注射液 30 毫升,加 10% 葡萄糖 500 毫升,静脉点滴。 2. 生脉或四逆注射液 4 毫升,静脉或肌肉注射,每 1—2 小时一次。

(二) 休克诊断标准: 神志模糊、四肢厥冷、皮肤潮湿, 脉快而细弱, 尿少, 血压下降, 有的原收缩压正常, 这时则降至 80 毫米汞柱以下。如原为高血压患者, 其诊断则按以下条件: 1. 血压水平较原来降低 25%。2. 伴有周围循环衰竭的临床表现。

(三) 疗效见表 4。

表 4 生脉、四逆注射液对心源性休克的疗效观察

姓 名	性 别	年 龄	并 发 症	梗死前血压	治疗前血压	治疗后血压	给药方法	效 果
徐××	女	30	急性左心衰竭	150/90	80/60	100/80	中	好
王××	女	68			70/40	90/50	中	好
李××	男	59		200/?	78/?	150/100	中	好
张××	男	74		200/?	80/60	100/70	中	好
高××	男	58		110/60	70/40	90/60	中	好
李××	女	70		100/60	80/60	100/70	中	好
谷××	女	68	室上性心动过速	260/?	80/60	110/70	中	好
王××	男	58	急性左心衰竭	230/?	0	140/90	中	死 亡
付××	男			110/70	0	0	中+西	死 亡
霍××	男	58	III度房室阻滞	170/100	80/50	90/60	中+西	好
张××	男	62	室性心动过速	100/80	80/40	100/70	中+西	好
孙××	男	67	急性左心衰竭		80/60	130/90	中+西	好
边××	女	59		200/100	120/80	140/85	中	好
彭××	男	59		180/100	0	110/60	中+西	好
张××	女	71		220/100	76/50	100/70	中	好
刘××	男	47			80/60	120/80	中+西	好
张××	女	38			80/50	100/70	中	好

五、讨论

(一) 生脉、四逆注射液治疗休克的探讨

1. 改善休克状态: 当心源性休克, 收缩压在 80—60 毫米汞柱时, 经注入生脉、四逆注射液后 1—20 分钟, 血压即上升至 90—150/60—80 毫米汞柱, 一般能维持血压 90—110/60—90 毫米汞柱。生脉、四逆注射液的特点是, 作用温和, 当血压恢复正常后就不再上升。对于严重休克病人, 血压下降至零, 可先用西药阿拉明、正肾等把血压提升至 60 毫米汞柱左右, 然后用生脉、四逆注射液维持。这样采取阿拉明、正肾的快速升压, 能保证心、脑、肾等重要脏器的血氧供应, 然后用生脉、四逆注射液来维持血压, 保证血压的稳定性, 避免内脏微循环的瘀积而引起急性肾功能衰竭的发生。对四肢厥冷、唇部及皮肤灰白或青紫者, 用药后首先四肢逐渐转暖, 可改善微循环, 这种休克前后症状的改善, 表示可能系内脏血流灌注, 在质量上、动力学上得到改善。由于休克后心脏搏出量明显下降, 引起周围循环障碍, 心音弱、脉弱无力。当注射生脉、四逆注射液后, 心率次数一般不减少, 但力量加强, 心音有力, 脉细无力变有力, 增强心脏心肌收缩力, 从而增加心脏排血量。动物试验, 生脉散具有一定的强心效应, 这种强心作用的理论根据何在, 尚待进一步探讨。

2. 有关生脉、四逆汤的疗效评价: 目前, 生脉、四逆注射液仅用于轻、中度休克、重度休克加西药。生脉、四逆治疗心源性休克, 特别改善微循环效果好, 强心效应明显, 还有镇静作用。在动物试验上, 在强心作用的同时, 还降低血压。这点与临床上升压作用正相反。有关生脉散, 四逆汤在临床上的疗效可以肯定, 但注射液的疗效不如汤剂, 可能注射液量小, 或者是提取有效成份过程有问题, 须进一步从临床及理论上探讨。临床试用中无明显副作用。

3. 在临床试用确有疗效的基础上,开展部分的药理理论研究,今将试验结果分述如下:

(1) 用耳缘静脉注射橄榄油方法使家兔造成心源性休克,对照组存活率 12.5%,预防给生脉散组存活率 75%,两组差别显著 ($P < 0.05$),对心源性休克的家兔给生脉散,可以明显提高存活率,其主要作用可能是加强心肌收缩力以及改善冠状循环有关,生脉散对急性心功能不全有预防作用。

(2) 生脉散对中毒性休克的影响: 实验结果指出,生脉散有延长家兔阻断肠系膜上动脉后所致休克的存活时间,给药组平均存活时间 488.0 分,对照组 344.4 分, $P < 0.01$ 。

(3) 生脉散对小白鼠耐低压缺氧能力的影响,实验结果指出,生脉散可增加小白鼠对低压缺氧的耐受能力。给药组存活率为 63.3%,对照组存活率为 37.7%,两组差别显著, $P < 0.05$ 。说明生脉散可能提高心肌对缺氧的耐受性,节约心肌对氧的消耗。

(4) 生脉散的镇静作用(生脉散对小白鼠戊巴比妥钠睡眠时间的影响): 实验结果指出,生脉散有延长小白鼠戊巴比妥钠睡眠时间的作用,给药组平均睡眠时间 136.6 ± 21.6 分,对照组平均睡眠时间 100.3 ± 35.2 分 ($P < 0.01$)。

(5) 生脉散注射液,毒性很低,对狗的心电图及血压无影响。生脉散注射液直接静脉滴注,17—20 毫升/公斤,滴注速度为 60 滴/分左右,对狗的心电图及血压无明显影响,快速滴入时 130 滴/分,心电图上出现 S—T 段下降。

(6) 急性溶血实验: 按(5)之剂量及速度,给狗静脉滴注时取抗凝血标本离心后,肉眼观察,未见溶血现象。

(二) 死亡的病因探讨

1. 99 例急性心肌梗塞,死亡 15 例,病死率占 15.2%。

2. 死亡性别与年龄: 男性 9 例,女性 6 例;最小 40 岁,最大 70 岁。

3. 梗塞部位: 前壁 6 例,后壁 5 例,多发性 2 例,心内膜下与前后壁各 1 例。

4. 死亡时间: 发病后 24 小时内死亡 6 例,半月内死亡 3 例,1—2 月死亡 5 例,两月以上死亡 1 例。

5. 死亡原因分析: 猝死 10 例,占 66.7%;心力衰竭 2 例,占 13.3%;休克 2 例,占 13.3%;腹主动脉栓塞手术后死亡 1 例,占 6.7%。

15 例死亡中,心脏骤停 10 例,心源性休克 2 例(其中 1 例合并肺炎,酸中毒),急性左心衰竭 2 例,(其中 1 例合并中毒性休克),腹主动脉栓塞手术后死亡 1 例,根据临床资料分析,我们认为并发症、合并症的严重程度多少与急性心肌梗塞的愈后密切相关(表 5)。在死亡的 15 例中,有两种以上的并发症与合并症者 8 例,梗塞范围广泛(前、后、侧壁同时存在) 3 例。这充分说明,在急性心肌梗塞时,并发症合并愈多,死亡率愈高,梗塞范围广泛死亡愈快。例如刘××

表 5 四种并发症的发生及死亡情况

并 发 症	例 数	发 生 率	死 亡 数	病 死 率
心力衰竭	10*	11.2	2	20
休 克	22**	22.2	2	9.1
心律紊乱	43	45.1	—	—
猝 死	10	11.1	10	100

* 心力衰竭病例(有 6 例并有休克与心律紊乱,2 例并休克)。

** 休克病人有 4 例合并心力衰竭,3 例合并心律紊乱。

住院号 186, 急性前壁心肌梗塞, 在住院期间, 先后出现心律失常, 急性左心衰竭, 心源性休克、肺炎、脑血栓形成……等严重合并症, 这些合并症均一一抢救过来, 但到第九周的夜里突然心脏骤停死亡。通过这个经验教训, 使我们认识到, 在急性心肌梗塞中, 抢救四大合并症固然很重要, 但是绝对不能忘记预防, 如果我们采取一些预防措施, 减少合并症的发生, 病人的预后可能是好的。

关于心脏骤停问题。因为心脏骤停来势十分迅速, 以至根本来不及抢救。这种心脏骤停绝大部分属于高频的室性心动过速或室颤, 在专门的监护病房内进行抢救治疗。心肌梗塞后的原发性室颤的存活率可达 60—70%。在心脏骤停的 10 例中, 除 3 例未做心电图外, 室颤 6 例, 室性心律 1 例, 这些病人大部分发现及时, 抢救积极, 但工作做的不够, 全部失败。有两个病例, 心脏骤停复苏了心跳, 一例 3 小时, 一例短期存活 12 小时。由此说明, 心脏骤停如果加强护理, 及时发现, 积极合理的抢救, 有些病人是可以复苏的。在这 10 例心脏骤停中, 有 2 例心脏骤停与饮食有关系, 如例 8 张×, 已通知出院, 就在前一天夜里, 暴饮暴食, 由于饮酒、吃鸡, 继之心绞痛大发作, 翌日早晨十点心脏骤停。例 12 刘××, 暴怒伤肝, 饮食后立即感觉噁心, 呕吐, 心跳变慢, 引起迷走神经高度兴奋, 心脏骤停死亡。例 10 曹××, 急性前后壁心肌梗塞, 平素体格强壮, 重体力劳动者, 性情急躁, 入院后自动下地上厕所, 连续三天三次急性左心衰竭, 均抢救过来, 五周后准备出院, 再次活动过度又发生第 4 次急性左心衰竭, 抢救无效死亡。这三例患者, 本来是可以安全渡过急性期而出院, 因我们工作做的不细致, 没有发挥患者的主观能动性造成死亡。例 3 李××, 急性前壁心肌梗塞, 住院后五周出现腹主动脉大块栓塞, 手术后第二天死亡。这说明急性心肌梗塞患者, 如无四大合并症, 应该早日下地活动, 避免栓塞的发生。

(三) 急性心肌梗塞辨证论治问题

通过临床实践, 结合中医学理论, 我们认为急性心肌梗塞的持续性绞痛、憋气、胸闷、心律失常以及舌质紫暗等症状, 基本上是痰滞血瘀的表现, 而痰滞血瘀则由于心阳不振, 脾阳不运, 以致寒凝血瘀, 痰浊内生, 痰浊和瘀血, 闭塞了心脉, 而发生剧烈的心前区疼痛。由于其病因是痰浊兼瘀血, 故引起脾、肝、肾等脏腑气血阴阳盛衰偏甚的结果。从中医的辨证观点及心肌梗塞患者机体反应状态各有不同。有寒的、有热的, 有虚的、有实的, 有明显的, 有隐晦的。在急性期, 一般是以标实为主。本组 99 例中, 93 例进行辨证论治, 82 例有疼痛, 17 例无痛型, 但均有胸满气闷等症状。这些均属标实证, 而标实证的病理是属于瘀血和痰浊, 由于病理属性的差异, 不同病例又有偏寒和偏热之分, 不少患者在发生急性心肌梗塞前有高血压, 亦即痰盛内热等阴虚阳亢的症候, 所以发病后多数表现为热痰瘀血类型; 少数患者可能素质阳虚气弱, 发病后表现为寒痰瘀血的类型。关于痰滞血瘀这一共性问题, 我们采用南心一、二号治疗, 达到豁痰活血化瘀作用。在减轻疼痛、祛痰、消除胸闷以及使紫舌转为正常, 起到一定的作用。部分病人虚实夹有, 如汗出、心悸、气短、脉弱无力、舌质胖、嫩等, 这种本虚症的表现急性期多不是辨证的重点。在治疗过程中, 随着标实证的改善, 部分病人逐渐突出了本虚症, 根据虚症的性质予以治疗上的转化。阴虚症, 用六味地黄汤; 阳虚症, 用参附汤、四逆汤; 气阴两虚, 用生脉散、参五糖颗粒(人参、五味子); 阴虚阳亢, 用育阴潜阳镇逆法。多数病人在转用治本法时, 病情已日趋稳定, 故治本带有巩固疗效和加强病人体力的意义。虽然有不少病人在治标和治本的使用上有一交叉过渡的阶段, 但总的趋势是先标实, 后正虚; 先治标, 后治本。基本符合急则治其

[下转 500 页]