

急性心肌梗死的中医论证

黄泽民

(福建省浦城县新华医院, 福建 浦城 353400)

【关键词】 心肌梗死; 边缘带; 血瘀证; 活血祛瘀; 辨证论治

中图分类号: R256.22 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2006)04-0255-02

急性心肌梗死(AMI)的治疗方法很多,随着对AMI各方面的研究进展,对AMI的治疗概念也有了很大的改变,即从过去的对症治疗、保存生命发展到积极抢救“边缘带”心肌,以尽快缩小梗死面积从而取得最佳效果^[1]。然而,临床上常由于适应证掌握不当而产生不良反应,也可由于药物的不正确配伍造成矛盾而加重病情。中医药在该病的治疗中积累了丰富的经验,中医药的应用在预防复发,加强疗效,减轻不良反应,调整机体内、外环境等方面都有着重要作用。现就其病机及治疗论治讨论如下。

1 病机探讨

早在公元前5世纪,我国医学《内经》就有“心痛病者,胸中痛、肋痛、肩背胛间痛、两臂内痛,手足青至节,心痛甚,旦发夕死”这些类似于现代医学心绞痛、心肌梗死的记载。其后历代医家对真心痛、胸痹、厥心痛、心胃痛等的描述中也有不少类似冠心病的证候。祖国医学认为“心主血脉”,即血在脉管中运行,这种运行的作用是靠心阳的推动而发挥的。当心阳不足时便出现气滞血瘀、血脉不通,故有不通则痛的病理论述。而AMI的实质就是由于冠状动脉(冠脉)血供急剧减少或中断,相应心肌严重而持久性缺血致心肌细胞坏死^[1]。这种冠脉血供急剧减少或中断的机制学与中医所描述的心阳不足、气滞血瘀、血脉不通学说的机制是一致的^[2]。研究证实,AMI时“边缘带”的存在实际上就是中医学上的心阳不足、气滞血瘀、血脉不通的表现。故现代医学积极抢救“边缘带”的濒死心肌,缩小梗死面积与中医通阳宣痹、活血祛瘀的辨证治疗原则相同。研究表明,AMI的诱因是冠脉粥样硬化使腔内血栓形成,粥样斑块内或斑块下出血,或由

于硬化而使冠脉持久痉挛,或由于心排量骤降,或由于心肌需氧量猛增^[3]。这些与中医学的七情内伤、气滞血瘀、肾气不足、营血虚少、脉道不充以及饮食失节、痰浊上犯、胸阳阻闭等论述一致。

从近代医学角度分析,中医的“血瘀”与现代医学的循环障碍有许多相同之处,AMI“瘀”的实质就是血管生理解剖学、生理生物学的异常,血液生理生化、细胞分子生物学的改变,以及微循环障碍等^[2]。已知血小板在冠心病和心肌梗死发病中起重要作用。当血管内皮细胞损伤后,激活血小板发生脱粒和释放反应,血小板微粒颗粒中的酸性水解酶具有溶酶体特性,这类活性物质释放到血液中,反复持续地作用于血管内膜造成血管壁损伤,形成动脉硬化的基础病变,进而促进平滑肌细胞的移行增殖,加速泡沫细胞形成和胆固醇不断沉积,同时生成血栓素A₂(TXA₂),促发冠脉痉挛,导致心肌急性缺血。此外,亦可在动脉损伤内膜下胶原暴露的病变基础上,加上血管内血液流速的切变力作用,使血小板易于在病变部位黏附,形成血栓,促发心肌梗死^[1]。

祖国医学认为,生理情况下人体血液循行于脉中应“如水之流”,一旦外感六淫、内伤七情、饮食不节、跌打损伤,势必引起“血液淤滞”、“泣而不流”,失去“如水之流”的循环常度,从而形成“血瘀证”。近年来对血瘀证实质的研究表明,各种“血瘀证”患者都存在不同程度血液流变学特征的变异。这种特征性的异常表现为血液有形成分失去正常的轴流活动,尤其是高切变率时加重了血液的高凝状态和血栓附着,引起循环障碍。由此足以说明血液流变学特性异常是属于中医学“血瘀证”范畴冠心病的病理生理基础之一^[4]。AMI的原始概念是建立在冠脉粥样硬化、血栓梗阻引起管腔狭窄,造

成循环流量不足或中断,心肌缺血、坏死病理基础上的。可见中医“血瘀证”与心肌梗死发病机制是一致的。

2 论治研究

综述文献,心肌梗死的治疗诸如抢救“边缘带”濒死心肌,缩小梗死面积,增加心肌氧供量,减少氧耗量,激活顿抑心肌细胞,保护心肌细胞膜电位,减少心肌细胞凋亡、坏死等措施有^[1]:止痛、镇静、β-阻滞剂、钙离子拮抗剂,转换酶抑制剂、抗凝剂、溶栓剂、极化液、心肌细胞分子活化剂、超氧化物歧化酶抑制剂,以及经皮冠脉腔内成形术、紧急冠脉旁路移植术、激光冠脉成形术、经皮血管内斑块旋切术、金属血管支架、心肌血管再生疗法等血运重建术。但究其临床症状各异,适应证掌握程度不同,如何制定适宜的治疗途径显得非常必要。因此,在现代常规治疗的同时,对AMI的中医辨证治疗显示出了很强的生命力。

2.1 抗凝溶栓治疗:心肌梗死的早期治疗措施是抢救“边缘带”濒死心肌,缩小梗死面积。目前被认为最有效的方法之一是溶栓,成功率可达75%~80%以上。然而,由于溶栓剂链激酶(SK)、尿激酶(UK)的价格昂贵、禁忌证多,尤其是对有出血倾向者临床使用范围受到一定限制。因此,鉴于心肌梗死的病理实质是“血瘀”,采用中医活血化瘀治疗是一种行之有效的办法^[2]。我们认为灯盏花素注射液是一种很安全、有效而又经济的溶栓剂。近3年来,我们对20例心肌梗死患者用25mg灯盏花素注射液加质量分数为10%的葡萄糖250ml联合黄芪注射液40ml加10%葡萄糖250ml静脉滴注,每日1次,10d为1个疗程,对抢救“边缘带”濒死心肌、缩小梗死面积、预防再灌注损伤、保护心肌细胞、减少心肌坏死、增加心肌供氧量等起到积极的作用,临床效果明显^[3]。实验证明,灯盏

作者简介:黄泽民(1956-),男(汉族),福建浦城人,副主任医师。

花素活血祛瘀的作用表现为能明显降低血小板表面活性,对已聚集的血小板有解聚作用,且能扩张血管,改善循环,增加冠脉血流量,减小冠脉阻力,降低心肌耗氧量^[5]。黄芪通过激活腺苷酸环化酶活性,抑制 ATP 酶活性,减少 ATP 消耗,增加环磷酸腺苷的形成和纤溶酶活性,降低纤维蛋白稳定因子(FSF)活性,达到扩张微动脉、改善微循环、改变血液流变学异常的目的,间接发挥其抗血栓栓效应,从而改善心肌梗死“边缘带”心肌血供,尤其是在心肌再灌注时能减轻再灌注损伤心肌的电阈值,防止心律失常的发生^[4],很有临床实用价值。

2.2 降低心肌耗氧量的治疗:心肌梗死的治疗目标应是减少心肌总缺血负荷,原则是减少心肌耗氧量,改善冠脉血流,增加心肌供氧,达到氧供需平衡^[6]。剧烈疼痛是氧耗的重要因素。鉴于祖国医学“心阳痹阻,气滞血瘀,不通则痛”的理论,临床中我们常以速效救心丸^[7]、麝香保心丸^[8]、复方丹参滴丸每次数粒舌下含服替代吗啡、度冷丁及硝酸酯类药物,用于治疗 AMI 时胸痛。证明中药制剂具有芳香通痹、扩张冠脉、改善冠脉血流的作用,起效时间短、见效快、无不良反应,且能多次服用,患者易于接受。

2.3 心律失常的治疗:心肌梗死时,“边缘带”尚存活的心肌由于严重缺血及被纤维组织、渗出物等包围,对生物电激动不起正常传导作用,损伤电流与正常心肌间存在的电位差,产生异位兴奋灶,造成折返而诱发心律失常^[3]。临床上有些心律失常,尤其是伴有泵衰竭和房室传导阻滞者,对 β -阻滞剂、钙离子拮抗剂、钠通道阻滞剂、洋地黄等的应用就需谨慎。此时采用灯盏花素注射液、参脉注射液静脉滴注,并与口服中药炙甘草汤并行治疗,效果满意。笔者曾采用炙甘草汤治疗 6 例利多卡因不能控制的频发室性期前收缩(室早患者及 2 例多源性室早

患者,服药 3 次后室早消失。采用炙甘草汤加附子 20 g 治疗 1 例心率 40 次/min 伴 III 度房室传导阻滞患者,服药 3 次心率提高到 70 次/min,房室传导阻滞消失,继续服药 1 周病情稳定。推测可能与炙甘草汤具有正性肌力作用,可提高心排量,促进缺血区与正常心肌间的电位差,抑制折返,兴奋传导束支靶受体等作用有关^[9],值得临床继续实践探索。

2.4 泵衰竭的治疗:心肌梗死时由于心肌收缩力下降,室壁顺应性下降,致心排量下降,出现衰竭^[10],此时的心脏犹如沙漠疲马,使用洋地黄类药物只能增加心肌耗氧量,促进心功能不可逆性损害。传统的正性肌力药、利尿药、血管扩张药治疗在临床上有一定的局限性,特别是对老年心肌梗死患者,往往给临床治疗带来一定困难。对此,我们采用中药参附汤(适用于后向性衰竭)重用大参及血府逐瘀汤(适用于前向性衰竭)口服,治疗 12 例,患者疗效理想,心力衰竭症状明显改善。由此认为,参附汤回阳益气固脱之功相似于正性肌力作用^[9]。

研究证实,参附汤在增加心肌收缩力的同时可增加心肌氧供量,提高左心室射血分数,改善循环衰竭^[11]。血府逐瘀汤具有活血化瘀、宽胸理气之功效,加用黄芪补气,有破瘀生新、破不伤正之优点^[12];加泽泻利水通淋,利而不泻。推测其机制可能与扩张动、静脉系统,减少静脉回流,降低肺循环阻力,提高心排量,达到减轻前负荷的作用有关。因此我们认为,参附汤、血府逐瘀汤是治疗心肌梗死合并心力衰竭的一种理想选择。

3 结论

综上所述,中医治疗 AMI 疗效较为显著,其药代动力学显示出较强的生命力。当然,现代医学中诸如溶栓、血管介入、血运重建术、细胞生物分子培植、细胞基因重组等治疗方法是心肌梗死抢救治疗的重要手段。目前随着对心肌梗死

细胞分子生物学的不断研究,如何做到在治疗上中西医有机结合,可谓是当代医学工作者尚需探索的一项艰巨课题。

参考文献:

- [1]黄晓莉,王燕妮.急性心肌梗死的治疗进展——从再通到再灌注[J].心血管病学进展,2005,26:113-115.
- [2]窦维华,陈尚杰.活血化瘀中药抗动脉粥样硬化的研究进展[J].江苏中医药,2004,25:59.
- [3]齐国先,佟利剑.急性心肌梗死的溶栓治疗[J].医师进修杂志,2004,27:11.
- [4]张京春,陈可冀.不稳定斑块的中西医结合认识现状及研究思路[J].中国中西医结合杂志,2005,25:869.
- [5]周建中,雷寒.灯盏细辛注射液对自发性高血压大鼠心室及血管重构的影响[J].中国中西医结合杂志,2002,22:122.
- [6]秦青通,王肖铭.复方丹参注射液对急性心肌梗死溶栓治疗再灌注损伤防治作用的研究[J].中国中西医结合急救杂志,2003,10:242-244.
- [7]李旭丰,张文宝.麝香保心丸治疗急性心肌梗死的临床观察[J].中成药杂志,2004,26(增刊):32.
- [8]张冀军,牛青英.复方丹参滴丸对急性心肌梗死溶栓治疗的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2005,12:312-313.
- [9]朱深银,周远大,何海霞.参麦冻干剂对猫心肌梗死的保护作用[J].中国中西医结合急救杂志,2006,13:120-122.
- [10]赵玉生,王士雯,卢才义,等.急性心肌梗死并发心源性休克的临床特征与救治[J].中国危重病急救医学,2004,16:148-150.
- [11]李南夷,李岳夷,等.急性心肌梗死阴虚病机与短期预后关系及机理探讨[J].中国中西医结合杂志,2004,24:500.
- [12]杨贵志,李传凤,唐爱.黄芪注射液合静脉溶栓治疗急性心肌梗死后再灌注损伤的研究[J].中国中西医结合急救杂志,2004,11:162-164.

(收稿日期:2006-05-23)

(本文编辑:李银平)

• 消息 •

爱尔血液灌流学术研讨会暨第 10 届全国学习班会议通知

爱尔血液灌流研讨会暨学习班在北京、天津、扬州、长沙等地已成功举办了 9 届,学员反映良好。为进一步提高血液灌流整体水平,我厂将于 2006 年 7 或 8 月与哈尔滨医科大学附属第一医院在哈尔滨联合举办第 10 届全国学习班,届时将邀请王质刚、段仲平等京、津著名血液净化专家进行学术研讨。学习期间以理论与实践相结合,安排见习,会期 5 d。欢迎大家索取学习班邀请函。联系人:徐飞;手机:13082070760;联系电话:(0316)2021113-6304;联系地址:河北省廊坊市建国道 158 号;邮编:065000;网址:www.aier-hp.com。

(河北省廊坊市爱尔血液净化器材厂)