

急性心肌梗死的辨治体会

□ 李锡光* (广西中医学院一附院 广西 南宁 530023)

关键词 急性心肌梗死 真心痛 中医药疗法

急性心肌梗死(AMI),是由于冠状动脉急性闭塞(血栓形成及/或冠脉痉挛),使部分心肌因严重缺血而发生局部坏死,从而导致急性心肌梗死。它是冠心病的严重类型。临床上有剧烈而持久的胸骨后疼痛、发热、白细胞增多、红细胞沉降率加快、血清心肌酶活力增高及进行性心电图变化等。可发生心律失常、休克及心力衰竭等严重并发症。其临床经过急骤而凶险,急性期病死率在10%以上。30%~40%的患者发病前有明显诱发因素(重体力劳动、过度疲劳、情绪激动、感染以及消化道出血等),有相当一部分冠心病患者在寒冷及持续低温、阴雨及大风气候变化中发生急性心肌梗死。

1 AMI的病因病机和证候

中医古籍中虽无心肌梗死的病名,但我们的先人对冠心病的临床表现早有认识。《灵枢·厥论》谓“真心痛,手足青至节,心痛甚,旦发夕死,夕发旦死。”即是指心肌梗死而言。中医学认为其属于“真心痛”、“厥心痛”等范畴。

1.1 气虚血瘀是AMI的主要病机

年高体虚、饮食不节、情志失调、劳累过度、寒邪内侵等导致脏腑亏虚、心之气血阴阳不足,痰浊、瘀血、寒邪阻塞心脉而发病。本病属正虚邪甚、本虚标实之证。心之气血阴阳亏虚为本,其中以心气虚为主;瘀血、痰浊、寒邪阻塞心脉为标,其中又以瘀血为主。心藏神,主血脉,故心肌梗死的病位

在心。本病多见于40岁以上者,此际人体气血阴阳皆存在不同程度的亏损,即“《内经》所谓人年四十而阴气自半”(朱丹溪·《格致余论》)。瘀血的产生与心之阴阳气血不足密切相关。盖气为血之帅,气行则血行,阳气不足则无力推送血液而为瘀;阴血不足,血行亦不利,故前人云:“阳虚者血必凝,阴虚者血必滞。”AMI患者的证候多表现为“气虚血瘀”或“气阴两虚兼血瘀”之证。

1.2 心脉绌急也是AMI的重要病机

“绌急”即屈曲拘急,与“痉挛”同义。可以认为,“心脉绌急”相当于今之冠状动脉痉挛。导致心脉绌急的原因,有寒邪侵袭、饮食失节、劳累过度等。《素问·举痛论》在论及五脏卒痛时谓:“寒气客于脉外则脉寒,脉寒则缩蜷,缩蜷则脉绌急,绌急则外

* 作者简介 李锡光,男,教授、主任医师、研究生导师。国务院政府特殊津贴专家、国家中药新药审评专家及国家中药品种保护审评专家。

引小络，故卒然而痛，得炅则痛立止。因重中于寒，则痛久矣。”心脉绌急不通，“不通则痛”，发为心痛。心脉绌急，使气血运行不畅，心失所养，“不荣则痛”，亦可发为心痛、真心痛。

1.3 AMI 的证候 症见心胸疼痛，面色苍白，大汗淋漓，四肢冰冷，舌淡或瘀暗，苔薄白，脉弦或弦紧。《医编·心痛》云：“真心痛其证卒然大痛，咬牙噤口，气冷，汗出不休，面黄，手足青过节，冷如冰，旦发夕死，夕发旦死。”

2 AMI 的中西医结合治疗

2.1 AMI 早期治疗首选溶栓疗法

急性心梗的原因主要是冠脉内血栓形成（约 90% 左右），这就是心梗急性期早期溶栓和中医活血化瘀疗法的理论基础。溶栓治疗是 AMI 治疗的首选，是积极的治疗方法，可显著降低患者急性期和远期的病死率。对 ST 段抬高、有适应症的 AMI 患者，应在就诊后 30 分钟内给予溶栓治疗。在典型临床表现和心电图 ST 段抬高已能确诊为 AMI 时，绝不能因等待血清心肌标志物检查结果而延误再灌注治疗的时机。

2.1.1 溶栓治疗对象的选择

2.1.1.1 时间窗 冠状动脉急性闭塞至心肌透壁性坏死有一“时间窗”，根据动物实验研究，这一时间窗大约为 6h。在该时间窗内使冠状动脉再通，可挽救濒临坏死的缺血心肌，症状出现后，越早进行溶栓治疗，降低病死率效果越明显。

2.1.1.2 心电图 两个或两个以

上相邻导联 ST 段抬高（胸导联 ≥ 0.2 mv；肢体导联 ≥ 0.1 mv），或提示 AMI 病史伴左束支传导阻滞（影响 ST 段分析），起病时间 < 12 h，年龄 < 75 岁。对前壁心肌梗死、低血压（收缩压 < 100 mmHg）、或心率增快（ > 100 次/min）的患者治疗意义更大。ST 段抬高，发病时间 12~24h，溶栓治疗收益不大，但有进行性缺血性胸痛和广泛 ST 段抬高并经过选择的，仍可考虑溶栓治疗。

2.1.2 溶栓药物的选择 目前临床应用的溶栓药物主要包括酶类及中药活血化瘀制剂。前者如尿激酶、链激酶、重组组织型纤溶酶原激活剂（rt-PA）、肝素等。此类药有严格的适应症，且有并发出血（尤其脑出血）的危险，应引起注意。尿激酶（UK）静脉滴注配合肝素皮下注射，其血管再通率为 60% 左右。

笔者临床常采用水蛭注射液（院内制剂，每 1ml 含水蛭生药 1g）代替尿激酶作溶栓剂。水蛭，其味咸、性平，有活血祛瘀、通血脉之功。《本经》谓其有“治恶血，瘀血，月闭，破血瘕积聚”。现代药理研究表明，水蛭含水蛭素、肝素、抗血栓素等，有抗凝、抗血栓、溶栓及缓解动脉痉挛作用。用量用法：第 1 天用 6~10ml 加入 5% GNS 100ml（先皮试），1h 内滴完；第 2~14 天，用量减至 2~4ml/天，静脉滴注。用药期间停用肝素、阿斯匹林及其他抗凝药物。经 42 例早期 AMI 病人临床观察，其血管再通率为 38.1%。

2.1.3 参麦注射液益气养阴促进

活血溶栓 在应用上述任何一种溶栓剂的同时，均应用参麦注射液（院内制剂，每 100ml 中含红参 10g、麦冬 10g）100ml/d 静滴，以益气养阴，作“培本”之治。临床发现其有促进活血、溶栓作用。

2.2 AMI 缓解期的中医药治疗

缓则治本，溶栓后则以中药治其本。对 AMI 缓解期的治疗，中医药有着较大的优势。治以益气活血祛瘀或益气养阴、活血祛瘀为法。

2.2.1 内服基本方 人参 10g（或党参 30g），黄芪 30g，麦冬 10g，五味子 10g，玉竹 10g，沙参 10g，丹参 15g，赤芍 15g，当归 20g，檀香 3g，木香 3g，桂枝 10g，白芍 15g，炙甘草 9g。随症加减运用。水煎服，每日一剂。

AMI 以活血祛瘀为治标之计，益气养阴为治本之策。方中人参补益心气为君药，《本草纲目》谓其有补气宁神、益智养心作用，尚可通血脉；黄芪，可补诸虚不足，亦为补气之要药，为臣药。参芪伍用，其补气作用尤强，俾心气旺盛，气行则血行，瘀血可散。方中伍用芳香理气温通药有二层意义：一者，芳香温通药有解痉作用，可缓解心脉之绌急痉挛；二者，因气虚者多力不足以运其气，故气虚者气亦滞，以芳香行气之品助气血之运行，是为方中之佐使。炙甘草之用，虽有甘味满中之说，但其用量不大而无中满之虑，且可助参芪益气以推动心血之运行，又可助桂芍和营卫以畅经脉；芍药、甘草合用，可缓心脉之绌急而止痛。如无阴虚见症者，沙参、麦冬、玉竹等

归脾汤妇科应用举隅

□ 陈 粮

(广东省广州市天河区中医医院 广东 广州 510655)

关键词 归脾汤 妇科 临床应用

归脾汤，始载于宋代严用和《济生方》，用治思虑过度，劳伤心脾，健忘，怔忡。至元代危亦林《世医得效方》对本方有所发挥，它既载明了原方所治诸症，又增补了治疗脾不统血而致的吐血、下血。明代薛己《校注妇人良方》在原方中增加了当归、远志两味，从此一直沿用至今。清代汪昂

《医方集解》更扩充了其适用范围，用治惊悸、盗汗、食少、妇人带下、崩漏等病症。笔者运用此方加减治疗妇科疾病，疗效满意，兹举例如下。

1 月经先期

黄某，40岁，已婚。G₂P₁A₁，1999年9月2日初诊。诉经期提

前半年。月经5/18-23天，甚则一月两行，量时多时正常，色淡质稀，无血块，时有小腹空坠感，无明显腰酸腹痛。曾自服乌鸡白凤丸、益母草膏、妇血康及抗生素类药物等，病情未见好转，就诊时适值行经第二天，量多，色淡，无血块，无腰酸腹痛，伴神疲肢倦，时觉心悸、怔忡，活动后尤甚，寐

养阴药可酌减；尚可加入健脾养胃之品，以扶后天之本，助气血生化之源。

2.2.2 静脉滴注益气活血化瘀制剂 AMI（真心痛）是一个较长时间的气虚血瘀的病理过程，急性期病情缓解后，虽可较长时间处于稳定状态之中，但仍可再次出现严重的气血失调，引发胸痹心痛。因此，本病诊断一经确立，痛与不痛之间，只是气血失调演变的不同程度而已。本病的治疗，要抓住本虚

这个根本。虽有血瘀之病机，活血祛瘀之药自当必用，但补气行气之法亦终不可废，此所谓气行血亦行，气足血行亦畅。故AMI缓解期仍应继续给予参麦注射液或黄芪注射液联合丹参注射液静脉滴注。

2.2.3 AMI缓解期中药应用应注意的问题 (1) 冰片作为芳香止痛药，已被广泛配伍于众多的治疗冠心病的中药制剂中。但冰片（包括含冰片的中药制剂）不宜长期服用，久服则耗气伤阴，对胃的

刺激，可加剧胃病的发作，甚至可发生溃疡病出血，故溃疡病患者，尤其溃疡病术后的残留胃者应慎用。(2) 已知马兜铃酸对肾脏有毒性作用，且是不可逆的。因此，冠心病患者不宜长期（一个月以上）应用含马兜铃酸的中药及其制剂（如含青木香的“冠合苏合丸”），已有肾功能不全者应列为禁忌症。(3) 忌用重金属药物。如朱砂安神丸，长期服用会致汞中毒，对肝肾功能可造成损害。