

中医治疗急性心肌梗塞13例 死亡病例分析

山东中医学院附属医院急诊科 邵念方

内容提要 为了降低急性心肌梗塞的病死率,我们对13例急性心肌梗塞死亡患者进行分析,希冀从发病季节、发病时间、发病年龄、发病诱因、死亡时间、梗塞部位、临终心电图等方面寻求其规律,并进一步对其直接致死原因,如药证不符、脾胃损伤、劳累过度等方面,尤其是对药证不符这一最多见的致死原因进行深入探讨,这对指导急性心肌梗塞的辨证论治是会有裨益的。

近几年来,应用中医中药治疗急性心肌梗塞各地报道不断增多,大多取得了较好疗效。我科住院治疗病人的病死率已下降到12%左右。认真总结一下死亡病例,从中吸取教训,亦是降低急性心肌梗塞病死率的一个重要途径。近五年来,我院死于急性心肌梗塞有完整资料者共13例,现分析如下。

一、临床资料

13例患者中,男10例,女3例。年龄41~50岁3例,51~60岁7例,61~70岁2例,78岁1例。发病诱因劳累8例,生气3例,饱食1例,其他1例;可见劳累是最常见诱因。发病至就诊时间在8小时以内者8例,9~16小时1例,17~24小时2例,25小时以上2例;由于本病开始发病病情多较严重,故多数病例均能及时前来诊治。发病季节春季3例,夏季3例,冬季7例。发病时间在凌晨6时前3例,7~12时6例,13~18时1例,19~24时3例;以7~12时为好发时间。死亡时间在凌晨6时前1例,7~12时8例,13~18时2例,19~24时2例;以7~12时死亡最多。心肌梗塞的部位在前间隔者3例,下壁、后壁1例,前侧壁→广泛前壁2例,广泛前壁7例;以广泛前壁占多数。临终时心电图表现为心跳停搏者7例,心室颤动4例,房室分离

2例。本组病例并发有心律失常4例,心力衰竭4例,心源性休克1例。全部病例均有胸闷、憋气症状,其他主要症状依次为胸痛9例,乏力9例,自汗6例,肢冷6例,头晕5例,恶心3例,呕吐3例。由上可见,本组病例中有4例为无痛型急性心肌梗塞。舌象所见,舌质淡红4例,舌质暗红7例,舌紫2例;苔黄腻7例。脉微细6例,脉细数4例,脉弦滑3例。本组病例此次发病前未经治疗7例,治疗心绞痛者1例,治疗肺心病者2例,治疗肾衰者1例,治疗糖尿病者1例,治疗高血压者1例;可见未进行任何治疗者死亡最多。

二、对有关问题的分析

(一)关于年龄与病机:本文13例病人中,年龄最大78岁,最小41岁,年龄51~60岁者死亡7例,占53.8%,《素问·阴阳应象大论》云:“年四十而阴气自半也,起居衰矣;年五十体重,耳目不聪明矣;年六十阴痿,气大衰,九窍不利,下虚上实,涕泣俱出矣。”说明本病病机随着年龄增长而逐渐出现元阳虚衰,下虚上实。本组病例亦是元气虚衰者占多数。

(二)关于发病诱因、发病季节、发病时间以、死亡时间与病机关系的分析:因劳累而发病者8例,占61.5%;冬季发病者7例,占53.8%;上午7~12时发病者6例,占

46.2%;上午7~12时死亡者8例,占61.5%。此病本系原气不足,加之劳累过度则耗气伤阳,冬季寒过盛亦伤阳气,致使元阳更虚,命门火衰,病邪反盛而发病。一日之中7~12时阳气隆盛,“壮火食气”,使衰弱的原气进一步耗竭,乃至病情加剧,或阴阳离决而死亡。

(三) 梗塞范围、并发症与死亡的关系分析:本文13例中,死于广泛前壁心肌梗塞和死于三大并发症(心源性休克、心律失常和心力衰竭)者各9例,各占69.2%。说明梗塞范围越广泛,并发症越严重,死亡率就越高。

(四) 关于发病前的治疗情况与死亡关系的分析:13例中,发病前未进行治疗者7例,占53.8%。所以,平时对冠心病、高脂血症、糖尿病等进行系统治疗,是预防急性心肌梗塞的发生和猝死的有力措施。

三、对于急性心肌梗塞直接致死原因的探讨

上面简要分析了急性心肌梗塞的发病、治疗和死亡的一般性问题,但对引起死亡的直接因素即梗塞后在治疗过程中哪些因素易导致死亡,未作深入研究。本文13例中,死于药证不符5例,脾胃损伤3例,劳累过度2例,严重合并症2例,其他1例。现就此分析如下:

(一) 关于药证不符:中医治病的疗效取决于辨证施治。本病病机是命门衰微,瘀浊内阻。若辨证不确,用药不当,不伤正,则助邪,或既伤正,又助邪,使病情恶化,变证丛生,即使中西医同时投入抢救亦难免死亡。本组5例病人死于药不对证。其中2例证属阳虚饮逆,法当温阳化饮,开肺行水;但因误用益气养阴法治之,致使气滞水停,心阳败脱而死。1例属胸阳不振,痰瘀阻络,法当温阳开痹,化痰通络;本例误用补气活血法治之,由于骤然大补其气,致使气机壅滞,痰浊阻闭,心气竭绝而死。2例属心阳欲脱,法当温阳补气固脱;但因误用芳香开胃化浊之法,导致大汗淋漓,阴竭阳绝而死。由此可见,正确的辨证施治是治疗急性心肌梗塞的关键。若辨证不确,用药不当,药物反而起到碍正气、助邪气的不良作用,可以视为直接致死原因之一。因此,愈是遇到急性心肌梗塞这样的危急病证,愈需要慎重仔细地辨证,力求做到辨证正确,立法恰切,用药精当;否则,稍有马虎,就会出现药物杀人的恶果。

(二) 关于脾胃损伤和劳累过度:脾胃为后天之本,不仅是气血生化之源,亦是升降清浊,气机升降之枢。脾胃功能是否正常,是救治急性心肌梗塞的关键之一。本组脾胃损伤3例,死于饮食不节,中州积滞,清气不升,浊气上逆,导致胃络瘀阻不通,心气败脱,心神离散而死;本组劳累过度2例,由于大便秘结,病人过于用力排便,耗气伤阳,导致心阳暴脱而死。由此可见,对于急性心肌梗塞的病人,调理脾胃,使脾胃健旺,二便调畅,气血生化不绝,这对保障病势的向愈转化是非常重要的。目前在临床上,有些医生见到急性心肌梗塞病人出现便秘,不论是气虚便秘,还是阴虚便秘,辄给予番泻叶泡水喝或予果导片、大黄片之类,进一步耗伤其气血津液,反可使便秘更甚,造成病人排便过于用力而死。这一教训,应该引起临床医生的高度注意。

(三) 关于严重合并症与并发症:本组病例1例原有肺心病心衰,1例原有肾功能衰竭,本来病情危重,又患急性心肌梗塞,很快出现心律失常、心源性休克而死。此类并发症因病情复杂多变,故死亡率很高。

(四) 关于电除颤:本组有一病人来诊时心跳已停,出现室颤,我们用药物配合电击除颤二次,最后一次用300瓦秒的电量,除颤成功,心脏复跳,随之进行辨治施治,病人逐渐症状消失,饮食、睡眠均好,二便自调,心电图亦逐日改善。但到第十一天早晨6时许,患者突然大吼一声,又出现室颤,再次进行电击除颤二次,终因无效而亡。此例患者,有过室颤病史。急性心肌梗塞患者由于心电不稳,容易发生室性心律失常而猝死(主要是室颤)。为防治室性心律失常,宜长服足量的抗心律失常的慢心律或室安卡因等西药,或许能避免室颤的再发。

良作用,可以视为直接致死原因之一。因此,愈是遇到急性心肌梗塞这样的危急病证,愈需要慎重仔细地辨证,力求做到辨证正确,立法恰切,用药精当;否则,稍有马虎,就会出现药物杀人的恶果。