

# 治疗急性心肌梗塞合并低血压状态的临床体会

吴 晓 青\*

**主题词** 心肌梗塞/并发症 低血压/病因学 急性病

急性心肌梗塞(以下简称心梗)是内科急危重病之一,发病率与病死率均很高,对此祖国医学早有论述,如《灵枢·厥论》篇指出:“真心痛,手足青至节,心痛甚,旦发夕死,夕发旦死。”这正说明了此病的危重性,发病24小时内是死亡的高峰。

心梗发生后,因大汗、呕吐引起的脱水、低血容量、心律失常、胸痛、缺氧和酸中毒,都可以导致病人处于低血压状态,而低血压状态又是诱发泵衰竭和心源性休克的原因之一。

心梗合并低血压状态的患者临床上屡见不鲜,在病情稳定后,对升压药常常产生依赖性,升压药减量时血压即下降,在这种情况下,我们配合使用中药,取得了令人满意的效果。现举例介绍如下:

**例1:**王某某,男性,68岁,退休工人。因胸痛后疼痛10小时,加重4小时而入院。症见:胸前区痛,心慌气短,倦怠乏力,自汗,面色苍白,舌质淡、苔薄白,脉虚大无力。查体:体温37.6℃,心率92次/分,血压16.5/12kPa,双肺呼吸音粗,未闻及干湿罗音,心浊音界略扩大,心尖区第一心音减弱。心电图(EKG):窦性心律、室性早搏、部分呈三联率,Ⅰ、Ⅲ、aVF导联呈Qr型,ST段抬高、T波倒置,V<sub>1</sub>~V<sub>5</sub>导联QRS波群呈qR型,ST段抬高,V<sub>3</sub>R、V<sub>4</sub>R导联ST段抬高。诊断:冠心病,急性广泛前壁下壁及右室梗塞,心律失常,室性期前收缩。治疗:吸氧、心电监护,杜冷丁50mg肌注(即刻),消心痛10mg,日3次,利多卡因50mg走小壶(即刻),500mg加入500ml液体中维持静脉点滴。

入院后第2天,患者血压下降至8/5.5kPa,症见烦躁不安,面色苍白,皮肤湿冷,出现低血压状态。治疗在前药的基础上加用升压药,阿拉明60mg、多巴胺60mg加入5%葡萄糖500ml中,持续静点,入院的第2~11天内,血压一直靠升压药维持在12/8kPa。若减低升压药浓度,则血压就下降。发病第12天开始加服中药。根据脉证,辨证为心气不足,治法:补益心气,药用:红参15g,黄芪40g,五味子10g,麦冬10g。水煎40分钟,每剂煎2次,每煎药液200ml,日服2次,每日1剂。患者服中药第1煎2小时,测血压为12/10kPa,即停止静脉输液输药,血压持续在13.5/10kPa,低血压状态得到缓解,依前方共服8剂,病情缓解出院。

**例2:**郭某某,男性,51岁,工人。心前区持续疼痛3小时入院。症见:胸痛彻背,烦躁不宁,胸闷憋气,面色潮红。查体:体温37.2℃,心率96次/分,律齐。血压:24/15kPa,EKG:窦性心律,V<sub>1</sub>~V<sub>3</sub>导联QRS波群呈QS型、ST段抬高。诊断:冠心病,急性前间壁心梗,高血压病。除予吸氧、心电监护等治疗外,用消心痛10mg,日3次,心痛定10mg,日3次,静脉点滴极化液等,入院1天后,患者突然胸痛加剧,痛如刀割,冷汗自出,心悸怔忡,惶恐不宁,恶心,嗜睡,血压逐渐下降至10/6kPa,舌质暗、苔薄白,脉细无力,出现低血压状态。停用心痛定,给予多巴胺,每100ml液体中加20mg,保持此浓度共5天,血压维持在11~12/8~85kPa之间。根据脉证,辨证为胸痹(气虚血瘀证),治法:益气活血,通络止痛。于发病第7天始加服中药。药用:桂枝10g,赤白芍各10g,黄芪15g,香附10g,薤白10g。煎服法同前。服中药1煎后,患者胸痛、心悸等不适有所好转,精神好转,测血压回升到16/10kPa,即停止静脉用升压药。服中药5剂,血压稳定在16/10kPa,患者病情

\* 北京中医药大学东直门医院,北京东城区海运仓5号(100700)

收稿日期:1995-06-20

缓解出院。

**例3:**姜某,男性,70岁,退休教员。因胸闷憋气3天,心前区痛8小时入院。症见:胸闷胸痛,心悸不宁,失眠多梦,面色无华,四肢不温,舌淡少苔,脉结代无力。查体:体温36.8℃,心率94次/分,律不齐,血压12.5/7kPa,心音低钝,EKG:窦性心律,室性早搏呈三联率、 $V_3V_4$ 导联QRS波群呈QR型,ST段明显抬高, $V_2$ 导联呈qRS型,ST段明显抬高, $V_1$ 导联ST段亦抬高。诊断:急性前壁心梗,室性期前收缩,低血压状态。治疗在吸氧、心电监护基础上,给予利多卡因50mg走小壶,共2次,间隔20分钟,利多卡因500mg加入500ml液体中静脉点滴,维持3天,改口服慢心律150mg,日3次,消心痛5mg,日3次,入院6小时,患者血压下降至9.5/6kPa,即加用多巴胺,浓度为每100ml液体中加用20mg,患者血压维持在11~12/7~8kPa之间。升压药持续使用至第5天,开始服用中药。根据脉证辨证为胸痛(气阴两虚证),治法:益气养阴,活血通络。药用:黄芪30g,太子参15g,麦冬20g,黄精15g,沙参30g,生地15g,升麻3g。煎服法同前。服中药1剂后,测血压回升到14.5/10kPa,停用升压药,血压保持稳定。共服前方9剂,患者病情缓解出院。

**体会:**上述病例共同点是心梗后合并有低血压状态,患者依赖升压药才能维持血压。加服中药后,可以彻掉升压药。停用中药后,也可使血压稳定在正常水平。

临床所见胸闷、憋气、心律失常及低血压状态等症状,均与心气不足有直接关系。中医认为:“心者,生之本也”“心为五脏之大主”“心主血脉”,气为血之帅,气行则血行。血的运行主要靠心气的推动作用,心气不足,鼓动无力,血行不畅,气虚血瘀则致胸痛,心气不足,心脉不畅,气行不顺,脉律不齐则见结代脉。因此,在治疗心梗合并低血压状态时,要以补益心气为主,然在治疗时,还要辨证论治。第1例患者是以心气不足为主,故治疗以补益心气之生脉饮加黄芪;第2例以气虚血瘀为主,故治疗时要补益心气,活血通络;第3例为气阴两虚证,治疗时要补益心气兼养心阴。在治疗疾病过程,强调要辨证论治,只有辨证准确,方能有确切的疗效。

祖国医学强调宗气有助于心行血的作用,而宗气是清气( $O_2$ )和中气(脾胃之气)聚合于胸中而生成,治疗中,在给患者吸氧的同时,重用补益中气之品,如人参、黄芪等,可促成宗气聚合而助心行血脉。

以上3例均用黄芪。黄芪、味甘、性微温,具有补气升阳之功,既补中气,又益心气,为补气之要药,现代研究表明黄芪有很强的兴奋中枢神经及强心作用,它不仅可以增加心肌收缩力,加大心排血量,尚可扩张冠状动脉。因此,在治疗心梗合并低血压状态时,当首选黄芪。

总之,中西医结合治疗心梗合并低血压状态有确切的疗效,可以防止心源性休克的发生,降低病死率,提高治愈率。

## 第二届海峡两岸中医药学术研讨会征文通知

为了促进海峡两岸中医药学术交流,中国中医研究院于1994年成功地举办了“第一届海峡两岸中医药学术研讨会”,受到海内外中医药界的学者的热烈欢迎和较高评价。为了将这次活动持续下去,给海内外学者在中国传统医学的学术和技术交流方面提供更多的相互沟通和交融的机会。我院将于1996年5月在北京举办“第二届海峡两岸中医药学术研讨会”,本次会议的主题是中医药临床的综合研究。征文如下:

中医内科临床的经验和用药心得;中医外科、骨伤科临床经验和观察;中医妇科、儿科临床经验和用药心得;针灸临床技术的进展与治疗经验;中医常见疾病(如哮喘病、乙型肝炎、癌症、风湿病、心脑血管病、糖尿病、皮肤病等)临床研究。

来稿请用400字标准稿纸书写,字数在2000字内,一式二份。论文必须是未公开发表过的,请写清作者姓名和单位地址。来稿不退。

征文请于1996年2月28日前寄至100700北京市东直门内北新仓16号中国中医研究院科技合作中心 宋娜收;电话(传真):4075193, 4014411—2204。

## 中国中医研究院培训中心常年招生

为适应当前医药卫生事业的飞速发展和广大医务工作者的实际需要以及我院中医药高层次人材集中的优势在中医药院所处的特殊地位,中国中医研究院培训中心常年举办如下各类专题讲习班:

1. 高级进修班(时间2周): (1)高级中医进修班; (2)高级中西医结合进修班; (3)高级针灸推拿进修班。

2. 专题进修班: (1)肛肠病专题讲习班(时间1周); (2)钱作尧长银针班(时间1周); (3)耳针班(时间1周); (4)王文远整体平衡一针疗法实用技术推广专题讲习班(时间4天); (5)中药炮炙班(时间20天)。

以上各班报名满40人即开班,学习结束后颁发结业证书。我院设有内部招待所、食堂,干净舒适,价格合理。为方便学员学习,培训中心代办住宿、返程火车、飞机票等业务。

联系人:狄福金、王俊荣;联系地址:北京东直门内北新仓18号中国中医研究院大白楼210房间(乘地铁至东直门站,出西南站口,西行至中国中医研究院);联系电话:(010)4062096;邮编:100700。