

• 病例讨论 •

急性广泛前壁心肌梗死合并心源性休克病案

张振鹏 房玉涛 周育平 吴 敏 赵志宏整理

(中国中医科学院广安门医院心内科,北京市宣武区北线阁 5 号,100053)

[关键词] 心肌梗死;心源性休克;中医药

1 病历摘要

王某某,男,53岁,主因“上腹部疼痛伴胸闷反复发作7天,加重1天”由门诊以“急性心肌梗死”收入院。患者既往健康,2008年10月30日起,休息中出现上腹部疼痛,伴胸闷,自认为胃痛发作,未系统诊治,11月5日凌晨3点再次出现剑突下疼痛、胸闷加重,后背及左上肢酸痛,到我院急诊就诊,ECG示:窦性心律,完全性左束支传导阻滞,ST-T改变,拟诊“急性心肌梗死”入院。入院症见:剑突下疼痛,胸闷,伴后背及左上肢酸痛,汗出,偶有咳嗽,胃脘胀满,无反酸,近日进食量少,大便量少,小便正常。既往有慢性胃炎、肝炎病史。否认冠心病、糖尿病、高脂血症病史。否认药物、食物过敏史。吸烟史30余年,每日约20支。查体:体温36.5℃,脉搏90次/分,呼吸22次/分,血压90/60mmHg(静脉多巴胺注射液维持),神志清,精神差,体形偏瘦,半卧于床,查体合作,周身汗出,口唇轻度紫绀,颈静脉未见充盈,颈动脉搏动不明显。双肺呼吸音粗糙,左下肺可闻及中水泡音。心界不大,律齐,心尖部可闻及3/6收缩期海鸥鸣样杂音。腹部平,腹肌紧张,剑突下轻压痛,肝脾肋下未触及,双肾区无叩击痛,双下肢无浮肿,舌质暗红、苔白,脉象沉细。心肌坏死标记物:肌酸激酶同工酶(CK-MB)15.9ng/ml,肌红蛋白(MYO)490ng/ml,心肌肌钙蛋白I(TNI)3.04ng/ml。床边超声心动图:左室54mm,右室22mm,左房37mm,左室射血分数(EF)47%,左室前壁及前间隔运动幅度减低。急性心肌梗死诊断明确并且存在心源性休克,立即行冠状动脉造影:冠状动脉三支病变、累及前降支、回旋支、右冠脉。前降支开口100%闭塞,回旋支中段80%×40mm狭窄,右冠状动脉开口90%×50mm狭窄,后降支、左室后支开口95%狭窄;前降支病变植入Firebird 2.75×33mm型支架一枚(见附图),并行主动脉内气囊反搏术(intra-aortic balloon pump,

IABP)治疗。当夜患者血氧饱和度降至80%,使用呼吸机无创(NIV)模式辅助呼吸。药物予阿司匹林、氯比格雷、盐酸替罗非班集、低分子肝素、福辛普利钠、阿托伐他汀钙,并静脉注射血管活性药物(多巴胺、多巴酚丁胺、间羟胺)维持血压,稳定血流动力学。经桡动脉有创动脉压实时监测,经锁骨下静脉监测中心静脉压(CVP),适当补液、利尿,中药以大剂量生脉注射液、参附注射液,每日120ml,交替静脉滴注,以益气养阴、回阳救逆,并口服活血化瘀通络中成药。加强生命体征监护,绝对卧床休息。次日心电图示:完全性左束支传导阻滞消失,窦性心律,可见V1~V5导联ST段弓背向上型抬高2~3mV,T波深倒置。其后心电图呈典型心肌梗死动态演变。患者精神萎靡,时有胸闷,心慌、汗出,小便量可、色转清,面色灰滞。中医辨证为阴阳两虚,治以滋阴潜阳、救逆固脱,予西洋参60g,山茱萸60g,煅龙骨、煅牡蛎各20g,炮附子10g,干姜15g,炙甘草15g,每日1剂。患者入院第五天,神志清,精神差,卧床轻微挪动即自觉胸闷,腹胀,仍无大便。治疗以中药益气滋阴潜阳,佐以通便,药用:生黄芪60g,西洋参60g,山茱萸60g,煅龙骨、牡蛎各30g,五味子30g,山药30g,干姜15g,炙甘草15g,麦冬15g,芒硝15g(冲)。期间患者频繁发生一过性血压、心率降低,考虑为与主动脉内气囊反搏相关的迷走反射所致,于11月10日撤除IABP。为确定下一步诊疗方案,2008年11月11日进行病例讨论。

2 病例讨论

住院医师张某:患者以上腹部疼痛入院,疼痛部位位于胸骨剑突下,自诉有多年消化系统病史,心肌梗死发生后自认为胃病发作而延误病情,该患者入院即行18导联心电图,根据心肌坏死标记物诊断为急性心肌梗死^[1],行急诊冠状动脉造影示:冠状动脉三支病变,前降支近段100%完全闭塞,开通罪犯血管前降支,植入支架,恢复前降支血流,术后使用IABP辅助支持循环。辅助检查:B型尿钠肽(BNP)21290μg/ml。心脏超声:EF45%。患者现处于心肌梗死急性期,临床遵循



附图 冠状动脉造影结果,a,b,左冠状动脉前降支开口 100% 闭塞,回旋支中段 80% × 40mm 狭窄,右冠状动脉开口 90% × 50mm 狭窄,后降支、左室后支开口 95% 狭窄;c,左冠状动脉前降支植入支架后,TIMI3 血流级。

ACC/AHA 关于心肌梗死、心源性休克及心力衰竭的主要指南及共识使用西药。中医辨证为阴阳两虚,治以滋阴潜阳,其后又辅以理气通便,因患者频繁发生迷走反射,且考虑血流动力学暂时稳定,已于昨日撤除 I-ABP 治疗。

主治医师房某:患者入院后结合心肌酶谱及心电图诊断为急性心肌梗死,并经冠状动脉造影证实为前降支近段闭塞导致的广泛前壁心肌梗死、心源性休克。一直使用血管活性药物支持血流动力学。但患者卧床轻微挪动后自觉胸闷,腹胀,且无大便。心肌梗死患者逐渐出现大便不通,腹胀,如处理不当,用力排便可诱发心脏性猝死。因此,治则应强调通腑化浊降逆,方药先加用麦冬、芒硝,但患者服后大便未通,反增腹痛,考虑该患者虽有阴虚津亏,但气虚为主,应再加用党参、黄芪、茯苓、白术、厚朴、枳实以补气理气、通腑通便,方能奏效。必要时辅以药物灌肠,保证大便通畅。

副主任医师赵某:急性心肌梗死合并心源性休克是最为严重的心血管急症,急性心肌梗死是主要死因,为临床治疗的重点和难点,急性心肌梗死合并心源性休克住院病死率高达 50% 以上^[2]。IABP 是目前最常用的人工辅助循环方法之一,帮助患者渡过心肌梗死后的心力衰竭危险期,适于稳定病情和作为血管再灌注的桥梁。同时基于循证医学规范使用抗血栓、延缓心室重构药物,关键是及时开通罪犯血管,进行心肌再灌注,对稳定患者病情,挽救患者生命起了重要作用。其次,长期大剂量应用多巴胺会造成患者多巴胺依赖,已有文献报道使用中药静脉制剂,包括生脉、参附、参麦等注射液,可减轻多巴胺依赖,我们已积极应用。同时可在保证血流动力学稳定的情况下逐渐停减多巴胺,换用间羟胺。再次,患者尚需择期再次行冠心病经皮冠状动脉介入术(PCI),处理右冠状动脉及回旋支,将对预后起到重要作用。

主任医师刘某:同意赵副主任医师关于多巴胺依

赖的处理意见,患者仍有气短、乏力、头晕、血压偏低,需使用血管活性药物维持血压,中药汤剂可辅以益气升阳,可红参、黄芪并用,扶正益气,因“气为血帅”,红参帅气之力强,血运当可改善,《名医别录》称黄芪“逐五脏间恶血”,确有补气生肌之功效。同时可加用青皮与枳实,二药可行气通腑通便,而且现代药理研究表明青皮、枳实可升压,抗休克。

主任医师胡某:该病属中医“真心痛”、“厥心痛”范畴,入院时辨证为“阴阳两虚、心脉瘀阻”。本病病机为本虚标实。本患者首先应使用大剂量中药注射液。已有大量临床及实验证实,生脉注射液、参麦注射液、参附注射液可升高血压,增加心肌收缩力,具有抗休克作用^[3-5]。其次,根据患者舌脉证的变化,辨证施治。心肌梗死以正虚为主,且不耐攻伐,治疗当以扶正为要,使正复邪去。中医学认为,急性心肌梗死急性期阴阳大虚,治疗要防厥、防脱。本患者入院后及时行经皮冠状动脉介入(PCI),直达病所,驱除病邪。但仔细观察可发现该患者四肢尚温,汗出如油,与“真心痛”略有不同,虽同属阴阳两虚,但以阴虚为主,故方药中以参附龙牡汤加西洋参、山茱萸,虽选用了大辛大热的干姜、附子以回阳救逆,但用量较小,反而加用大剂量的西洋参、山茱萸,重在扶正、补阴、固脱,配龙骨、牡蛎温阳定悸。待患者正气渐复后,可辅以生脉散以益气养阴。

3 后记

讨论后明确中西医结合治疗方案:①加用大剂量生脉、参麦、参附注射液等中药静脉制剂,加用间羟胺注射液,逐渐撤减了多巴胺等血管活性药物;②维持血压稳定,逐渐加用酒石酸美托洛尔片、福辛普利钠片、安体舒通片改善心室重构;③中药加用益气、理气、润肠通便、药物灌肠,患者腑气通,大便解,腹胀消。④患者恢复期属本虚标实,辨证为气虚血瘀,中医治以益气、活血、化瘀,予生黄芪 20g,当归 10g,红参 10g,熟

(下转第 1017 页)

外虚”、“动态时空”、“多维界面”的复杂巨系统,因此对其研究就要从证候的基本构成单位证候要素入手,阐述其构成、分布及演变规律,然后研究证候要素的应证组合规律,进一步确定证候的诊断标准,这一过程就是证候的“降维升阶”,也是证候研究的基本方法^[4]。

目前关于 SAP 的证候要素构成有多种观点。有学者^[7]认为,冠心病心绞痛的病因病机不离乎虚实两端,虚即宗气不足,实乃气滞痰瘀。有学者^[8]结合广东的气候特点认为冠心病心绞痛以气虚痰浊证多见,提出了“心脾相关”等学说。还有学者^[9]认为冠心病心绞痛本虚标实,本虚以气虚为最主要,标实以血瘀为根本。本研究的 251 例 SAP 患者均为冠状动脉造影所证实,为研究提供了有力的前提保障。本研究通过因子分析这一种无监督的统计方法,得到 6 个公因子(证候要素),发现 SAP 患者的主要证候要素是气虚、血瘀、痰浊、阴虚,病位在心,主要涉及脏腑为肾、脾两脏。对 251 例 SAP 患者的公因子分布,根据标准化公式对原始数据进行标准化处理,计算每个病例各公因子得分,再选择每个病例公因子中得分最大的,确定该病例属于哪个因子类别,如此,得到 251 例患者的公因子分布情况。结果表明,血瘀、气虚所占比例较大,其次为痰浊、阴虚,提示 SAP 患者的主要证候要素是血瘀、气虚;次要证候要素为痰浊、阴虚。由此可知,SAP 患者的证候要素不外乎虚实两端,虚者主要为气虚、阴虚,实者主要为血瘀、痰浊。这与我们以往运用聚类分析和对应分析对 SAP 患者进行证候要素研究^[10]所得到的结果是一致的。

致谢 感谢首都医科大学安贞医院的马长生教授、李军博士,北京中医药大学东方医院的林谦教授、农一兵博士,河南中

医学院第一附属医院的朱明军教授、王永霞博士帮助收集了病例。

参考文献

- [1]叶任高,陆再英.内科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2006:273.
- [2]Gibbons RJ, Abrams J, Chatterjee K, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina—summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina) [J]. J Am Coll Cardiol, 2003, 41(1): 159-168.
- [3]胡立胜,周强.中医临床研究设计与 SAS 编程统计分析[J].北京:学苑出版社,2004:80.
- [4]张允岭,金香兰,陈志刚,等.脑白质疏松轻度认知障碍证候要素初探[J].中医杂志,2008, 49(12): 1103-1105.
- [5]李宇航.谈“证候要素”与“方剂要素”[J].中华中医药杂志, 2009, 24(2): 117-120.
- [6]郭蕾,王永炎,张志斌.关于证候概念的诠释[J].北京中医药大学学报,2003, 26(2): 5-8.
- [7]樊永平.王绵之教授治疗冠心病的经验[J].中医教育,1997, 16(1): 38-39, 42.
- [8]赵益业,林晓忠,张敏州,等.邓铁涛教授以心脾相关学说诊治冠心病经验介绍[J].新中医,2007, 39(4): 5-6.
- [9]张军茹,张笑峥,王沙萍主任医师治疗冠心病心绞痛的临证用药经验[J].陕西中医,2005, 26(7): 684.
- [10]王阶,何庆勇.基于聚类分析和对应分析的稳定性心绞痛证候要素组合规律的研究[J].中西医结合学报,2008, 6(7): 690-694.

(收稿日期:2009-03-04;修回日期:2009-07-03)

[编辑:崔京艳]

(上接第 1014 页)

地黄 20g,炒白术 10g,柴胡 20g,升麻 10g,青皮 9g,枳实 10g,桃仁、红花各 10g。入院 30 天后,患者无胸闷、胸痛、喘憋,无活动后气短乏力,无颜面及下肢水肿,病情稳定出院。患者出院时 BNP 降至 3883pg/ml,心功能明显好转。2009 年 1 月 19 日患者入院复诊,已无胸闷憋气,简单日常活动正常。BNP 1010pg/ml,心脏超声 55%。复查冠状动脉造影,左冠状动脉前降支血流通畅,无支架内狭窄;回旋支植入支架 2 枚,右冠状动脉植入支架 3 枚,出院。对患者行冠心病心肌梗死二级预防教育,长期门诊随诊。

参考文献

- [1]Thygesen K, Alpert JS, White HD, et al. Universal definition of myocardial infarction[J]. Circulation, 2007, 116(22),

2634-2653.

- [2]Williams SG, Wright DJ, Tan LB. Management of cardiogenic shock complicating acute myocardial infarction: towards evidence based medical practice[J]. Heart, 2000, 83(6): 621-626.
- [3]陈威,沈洪,刘刚,等.生脉注射液对心衰犬心功能影响作用的研究[J].中国急救医学,2002, 22(21): 81-83.
- [4]李东晓,罗霞,郑颖,等.参附注射液的抗休克作用研究[J].中药药理与临床,2000, 16(4): 3-4.
- [5]金仁力,张善堂,王钦茂,等.参麦注射液对实验性心力衰竭大鼠左室舒缩功能及血浆 AngII 水平的影响[J].临床中老年保健,2001, 4(3): 1-5.

(收稿日期:2009-02-06;修回日期:2009-03-02)

[编辑:洪涛]