

• 病例讨论 •

急性心肌梗死冠状动脉支架植入术后心力衰竭病案

赵志宏* 邢雁伟 张振鹏 吴 敏 王诗涵 王 阶

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,10053)

* 通讯作者: zhihong_zhao@126.com, (010)88001094

[关键词] 急性心肌梗死;冠状动脉支架植入术;心力衰竭;扶阳

1 病历介绍

患者,男,52 岁。患者 2007 年 5 月以“冠心病,急性前壁心肌梗死,高血压病”入某医院。予以急诊心脏冠状动脉内支架(PCI)术,左冠状动脉前降支植入 3 枚支架,后又 2 次 PCI 术,回旋支植入 3 枚支架。患者术后规律服用阿司匹林肠溶片,硫酸氢氯吡格雷,阿托伐他汀钙等药物维持治疗,未发作胸闷、胸痛,但患者逐渐出现活动后气短,2007 年 9 月外院查心动超声示:缺血性心肌病,全心扩大(左室舒张末期内径 76mm),二尖瓣、三尖瓣、肺动脉瓣反流,左室收缩功能减低,射血分数(EF)25%,限制性充盈障碍,右室舒张功能减低,仍继服前药,定期在外院随诊。以后胸闷、胸痛、进行性加重,伴有夜间阵发性喘憋,时时憋醒,双下肢水肿。2008 年 3 月心动超声示:缺血性心肌病,全心扩大(左室舒张末期内径 76mm),二尖瓣、三尖瓣反流,肺动脉瓣反流,左室收缩功能减低,EF 17%,左室限制性充盈障碍。2008 年 5 月入我院就诊。既往史:高血压病史 3 年余。否认糖尿病,高脂血症病史。体温(T)36.0℃,脉搏(P)92 次/min,呼吸(R)20 次/min,血压(BP)92/65mmHg。精神差,营养中等,形体中等,面色萎黄,口唇紫绀,颈静脉怒张,肝颈静脉反流征(+),颈动脉搏动正常,双肺呼吸音粗,双肺底可闻及湿啰音,心界向左扩大,心率 92 次/min、律齐,心尖部可闻及 2/6 级收缩期吹风样杂音。舌淡暗、苔白腻,中有裂纹,脉沉弱。心电图(ECG)窦性心律,心率 90 次/min,Ⅰ度房室传导阻滞,Ⅰ、aVL、V₅ 导联异常 Q 波;生化:钾(K)3.6mmol/L,血清肌酐(SCr)109.2μmol/L,乳酸脱氢酶(LDH)259U/L,脑钠素(BNP)2279pg/ml。心脏超声:①左心增大,左室舒张末期内径 72mm,右心房内径正常;

②二尖瓣少量反流;③室间隔变薄,室壁运动广泛减低。④二尖瓣流速单峰 93cm/s。EF30%。中医诊断:喘证,阳虚水泛。西医诊断:①冠状动脉粥样硬化性心脏病,陈旧性前壁心肌梗死,PCI 术后,缺血性心肌病,全心扩大,心功能Ⅳ级;②高血压病 3 级(极高危)。入院后即予口服阿司匹林肠溶片每次 100mg,每日 1 次,硫酸氢氯吡格雷每次 75mg,每日 1 次,酒石酸美托洛尔每次 12.5~25mg,每日 2 次(后改为卡维地洛每次 10mg,每日 2 次),缬沙坦每次 80mg,每日 1 次,螺内酯片每次 20mg,每日 1 次;阿托伐他汀钙片每次 20mg,每晚 1 次;呋塞米 20mg 入壶静脉滴注,每日 1 次。患者因其他原因,一直未复查造影。予以回阳救急汤加减:(制)附子 6g,干姜 6g,肉桂 6g,白术 12g,茯苓 12g,炙甘草 6g,党参 15g,太子参 15g,麦冬 10g,五味子 12g,远志 10g,丹参 20g,陈皮 9g,黄芪 30g,当归 9g,柏子仁 10g。出院后长期规范西医药物配合中医汤药治疗。西药如上,间断口服呋塞米片每次 20mg,每日 1 次或隔日 1 次。患者在我院就诊期间及出院之后长期定期随诊,除规范应用西药外,一直服用中药汤药。憋气、畏寒、乏力及浮肿症状渐消失,日常活动恢复正常,仍体质较弱。舌淡暗红、苔少薄白,脉弦细。出院后。患者中药按四逆汤、生脉散、参苓白术散、六味地黄汤加减。1 年后停用生脉散。具体根据证候变化,调整方剂剂型及剂量,包括温阳的淫羊藿、仙茅、桂枝、吴茱萸、山茱萸等;理气药物枳实、厚朴等;其中(制)附子渐增加到 50g。患者 2008 年 11 月,2010 年 5 月第二次住我院检查。2008 年 11 月心脏超声:①左心增大,左室舒张末期内径 67mm,右心房内径正常;②各瓣膜形态结构未见异常,收缩期二尖瓣房侧见少量反流信号。③室间隔变薄,室壁运动弥漫性减低。④舒张期二尖瓣口前向血流 A 峰 55cm/s, E 峰 29cm/s。EF34%。心脏门控血池断层显像:左室腔明显增大,心尖部反方向搏动,各室

壁运动幅度明显降低,协调性差,左室射血分数(LVEF) 10%,右室射血分数(RVEF) 54%。BNP 1272 pg/ml。2010 年 5 月心脏超声:①左心增大,左室舒张末期内径 78mm,右心房室内径正常;②各瓣膜形态结构未见异常,收缩期二尖瓣房侧见少量反流信号;③室间隔变薄,运动明显减弱,余各节段室壁运动未见异常;④升主动脉及其根部不宽,搏动减弱,主肺动脉不宽;⑤舒张期二尖瓣口前向血流 A 峰 73cm/s, E 峰 48cm/s。LVEF 40%。BNP 523 pg/ml。复查冠脉造影(图 1):冠状动脉供血呈右冠优势型,左、右冠状动脉走行区可见钙化,左主干未见异常,前降支近段原支架 100% 闭塞,对角支较大,血流通畅, TIMI 血流 3 级;回旋支支架内未见狭窄,远段 90% × 10mm 狭窄,钝缘支近段 90% × 10mm 狭窄;右冠状动脉中段 70% × 20mm 狭窄,锐缘支开口 80% 狭窄,前向血流 TIMI 3 级。冠状动脉造影结论:冠状动脉粥样硬化性心脏病,三支病变,累及前降支、回旋支、右冠状动脉,前降支支架内再狭窄(100% 闭塞)。

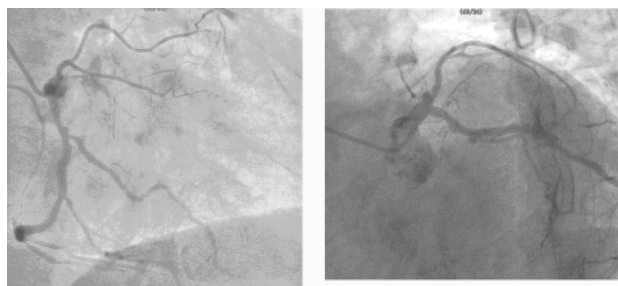


图 1 患者冠脉造影结果,左图为右冠脉,右图为左冠脉,前降支近段支架内 100% 再狭窄。

2 讨论

住院医师:患者中年男性,以冠心病、急性心肌梗死在外院行急诊 PCI 术。出院后,反复憋气、胸闷进行性加重,心力衰竭症候日趋明显。通常情况下,应及时再次冠脉造影,明确是否出现冠脉支架内亚急性血栓,并予以相应处理。

主治医师甲:患者拒绝造影复查。结合心脏超声、心电图等检查,冠心病,陈旧性心肌梗死,缺血性心肌病,心力衰竭诊断明确。来我院就诊前,2008 年 3 月外院心动超声示:左室舒张末期内径 76mm, EF 17%,二尖瓣、三尖瓣反流,肺动脉瓣反流,左室收缩功能减低,左室限制性充盈障碍。患者心功能 IV 级,预后极差。到我院就诊后,予西药、中药治疗。患者素体虚弱,正气不足,气虚无力运血,血脉痹阻发为胸闷、胸痛;脾阳虚而见畏寒,阳虚无力运水,水

饮停聚,而见下肢水肿;水饮凌心,而见喘憋。舌淡暗、苔白腻,中有裂纹,脉沉弱均为阳虚水泛之征,故诊断为喘证,辨证为阳虚水泛,病性本虚标实,病位心、脾、肾,预后较差。中药治以温阳利水为法,予以回阳救急汤加减。此汤药的适应症有阳气虚,阴寒盛,阳不化阴,水泛为痰。本患者用此方回阳通脉。结合中西医结合治疗^[1]。

主治医师乙:本患者为典型冠心病,陈旧性心肌梗死,PCI 术后,缺血性心肌病,心力衰竭,心功能 IV 级。到我院就诊 2 年后,再行冠状动脉造影术,明确前降支支架内 100% 闭塞,结合患者病情,认为可能是患者支架植入后,1 个月内形成慢性支架内血栓形成导致支架内再狭窄;回顾病情,患者如当时尽早行冠脉造影复查,明确病情予以支架内球囊扩张术,则可能最大限度的避免左心室恶性重构,减少心力衰竭的恶化程度。但患者选择了药物保守治疗,病情恶化,故到中医院求治,为中医治疗及疗效评估提出了新的要求。

副主任医师甲:患者中医院就诊,中西医结合药物治疗,西药与西医院所用一样。住院期间以中药回阳救急汤加减。在出院后长期门诊随访,不间断地服用汤药,患者中药按(桂枝)四逆汤、生脉散、参苓白术散、六味地黄汤加减,近 1 年后停用生脉散。

冠心病组方遣药强调阴中求阳与阳中求阴,气血双调。对冠心病虚证,为防“虚不受补”,更要精选适宜的药物。此外,冠心病表现为虚证时,应在以补为主的同时加一二味活血、理气、祛痰药,即补中寓通寓化。治邪实时,求以活血化瘀为主,求以开痹化痰为主,求以芳香理气为主,但又不离痰、气、瘀合治大法。活血中佐加理气,理气中伍活血,有利于心脉气血流通,收效往往更佳。对本患者治疗更宜加强温阳通痹治疗。心居阳位,在五行属火,为阳中之太阳。上焦阳气虚弱,心阳不振,以致阴邪上乘,水饮、痰浊、瘀血互结。胸阳痹阻,阳气不通。冠心病心阳不足的表现,主要为脾肺损伤,对水湿的运化与气化功能失调,或恣食膏粱厚味、痰浊内生,盘踞胸中,胸阳被扰,心阳受干,经脉不通,必胸闷或闷痛、心慌、气短、夜寐不安、肢体麻木、下肢浮肿,食欲不振,口干不思饮,便溏或干,舌苔白厚或腻,脉沉滑。若脾肺损伤导致元气不足时,必以胸闷、心悸、短气不足以息,全身无力为主、舌体胖边有齿痕、舌质淡、舌苔薄白,脉虚缓无力。在诊治冠心病的临证中,强调“有一分阳气,便有一分生机”,故轻则用薤白、桂枝

以通阳,甚则用附子、干姜温阳,临床多用四逆汤、附子汤、通脉四逆汤等化裁治疗。桂枝四逆汤方(桂枝、附子、干姜、当归、甘草)以温通心阳。方中桂枝既为君药,亦为使药,桂枝与附子主人少阴,温煦心肾,通达十二经脉;干姜、当归辛香善行,以养血通阳,益脉止痛,上四味药小量使用,又取“少火生气”之旨,甘草量大,假以“通经脉、利血气”。若气虚汗出较多者,加黄芪、党参;痛不除者,宜加檀香、乳香、没药或蒲黄、五灵脂。

副主任医师乙:冠心病的治疗,临床中以“调和”与“通阳”四字贯穿始终。重视中气、宗气,灵活运用益气、活血、化痰等诸法调气和血,使气通血活,心阳得通,自有疗效。颜德馨临床尝用温补肾阳之味,振奋功能以消阴霾。他认为,冠心病实质阳虚阴凝,阳虚为本,阴凝为标,立法用药以温阳为主,解凝为辅,少阴病证不必悉具,但见阳虚阴凝之证即可用之。以附子汤加减,不仅止痛效果明显,且疗效巩固持久^[2]。

主任医师甲:具体的冠心病扶阳治法,包括:①温阳散寒法:选用桂枝、干姜、附子、细辛、鹿角等药温扶人体阳气,使心、肺、脾、肝、肾阳充盛,则阴寒自退,是为温阳散寒法。阳虚则温煦、卫外失职,不仅阴寒内生,而且易受风寒外邪侵袭,若阳虚同时阴盛(无论外寒或内寒),均可使用此法。治宜祛寒活血、宣痹通阳,分别选用乌头赤石脂丸、《严氏济生方》温肺汤(人参、肉桂、干姜、甘草、钟乳石、半夏、橘红、木香)、附子理中汤、暖肝煎、真武汤等加减化裁。本法重在温散,若阳虚明显,尚需配合益气温阳药。②补气助阳:劳倦、久病、重病损耗元气,或脏腑功能衰退、元气生成匮乏,或老人脏气自衰,寒邪入内,五脏之阳受损,温煦失职而阴寒内盛,水湿瘀血内停,症见心悸心痛、四肢不温、气短神疲、面目或周身浮肿、唇甲青紫、舌淡苔白、脉沉细迟等,可予人参、黄芪、甘草等益气药和附子、肉桂、桂枝等温阳药组方,以达益气补虚、助阳散寒的作用,是为补气助阳法。方如四逆加入参汤、参附汤、人参汤等。气属阳,气虚与阳虚概念上虽可分却不可离,功能上虽略有区别又紧密联系,阳虚多并见气虚之症,故往往气阳并补。③活血通阳:临床表现为胸闷,胸部刺痛,气短乏力,自汗肢冷,舌质淡、苔白滑。多因患者平素心气不足,血脉鼓动无力,气虚失煦,内寒由生,以致心血凝滞而形成。气属阳,阳化气,气虚甚则致阳虚,所以临床上阳气两虚者多见。可选用血府逐瘀汤化

裁治疗。④化痰通阳:用于阳气不足、痰浊痹阻之患者。临床表现为胸闷,胸痛,咳嗽痰多,心悸气短,喘息不得卧,舌淡、苔白而滑腻,脉沉滑或沉而无力。多因心气虚,胸阳不振,寒从中生,津液不布,化生痰浊,壅塞经络而形成。此类患者多形体肥胖,素体多痰多湿。治应豁痰祛浊、益气通阳,方用瓜蒌薤白半夏汤加减。⑤通阳宣痹:劳倦、感寒、情志不畅,以致气滞寒凝,阳气不得宣通,行津行血之力不足,痰浊、瘀血由生,阴邪上乘阳位,阻滞心脉,症见心胸憋闷疼痛,甚至胸痛彻背,喘息咳唾,短气,舌紫暗或见瘀点瘀斑、苔白腻,脉沉弦或紧。证因阳气不宣所致,故可选用薤白辛温通阳、宽胸散结,以枳实、郁金、降香、香附等行气解郁,桂枝、白酒、人参、甘草等振奋心阳,组合成方,使胸阳通,痹结散,是为通阳宣痹法。方如瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤等。由于阳气不振,故多痰瘀痹阻,所以多配伍丹参、川芎、赤芍、红花等活血行瘀,瓜蒌、半夏、旋覆花等化痰散结。⑥回阳救逆:若素体阳虚,寒邪侵袭,阳不胜邪,寒邪直入于里以致心肾阳衰,症见心胸剧痛、神疲欲寐、肢冷汗出、脉沉细弱或细数等,药用附子、肉桂、干姜、人参等组方,以振奋欲绝之微阳,是为回阳救逆法。方如四逆汤、参附汤等。

主任医师乙:本病例诊断清楚,病史明确。因心梗 PCI 术 1 年内,心力衰竭进行性加重恶化而寻求中医治疗,长达 2 年的汤药加西药治疗,患者心力衰竭征象消失,生活质量显著改善,日常活动基本恢复正常。尽管左室仍然显著增大,LVEF 较前增高。堪为中西医结合治疗取得良好疗效的典范病例。本例患者,治法的核心为扶阳。在治疗过程的不同阶段,辨证论治,具体方剂加减有所不同,但君药系列的桂枝四逆汤贯穿治疗始终,同时参苓白术散、六味地黄汤加减,前期生脉散以助滋阴扶阳。附子用量渐增加到 50g。病情稳定后渐减量。附子的具体应用,在慢性心力衰竭的扶阳方面,一些医家用到 50~100g,其医案也有实际意义,但附子的最佳用量仍需进一步探讨^[3]。

参考文献

- [1]王绵之.方剂学讲稿[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- [2]颜乾麟.颜德馨中医心脑血管病诊治精粹[M].北京:人民卫生出版社,2006.
- [3]李士懋.冠心病中医辨证存真[M].北京:人民卫生出版社,2007.

(收稿日期:2010-09-14;修回日期:2010-12-25)

Copyright © 1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

编辑:洪涛