

侵入性损伤对冠状动脉介入围手术期中医证候的影响及其诊治思路探讨

韩丽华 孙治霞 索红亮* 王振涛

河南省中医院心病科、重症医学科,郑州市金水区东风路 6 号,450002)

* 通讯作者:doctor_suo@qq.com,18903717201

[摘要] 针对冠状动脉介入治疗围手术期患者的临床征象,以冠状动脉侵入性损伤为切入点,探讨冠状动脉侵入性损伤的证候特点,并对其证候本质进行阐释,提出相对应的中医干预措施,对冠状动脉介入围手术期中医诊治方案的确立提供参考。

[关键词] 侵入性损伤;经皮冠状动脉介入术;围手术期;热毒证

随着经皮冠状动脉介入(CPI)术的普及,更多的患者可以进行冠状动脉造影,明确诊断并进行支架植入,但目前对围手术期病症的中医药辨治尚无相对明确的认识。为此我们将临床中发现的一些证候特点及其辨证论治的认识作一阐述,以期能丰富中医药在冠状动脉介入围手术期的诊治思路。

1 侵入性损伤对 PCI 围手术期中医证候的影响

近 10 年来,我们临床发现,一些行冠状动脉造影术或支架植入术的患者,术后心肌酶谱可见短暂小幅升高。为排除疾病谱对证候的影响,我们观察了小规模冠状动脉造影结果为阴性的手术患者,结果发现 30% 以上的排除冠状动脉病变的患者可有肌酸激酶同工酶(CK-MB)或肌钙蛋白-I 的短暂升高。基于这一现象,我们认为,冠状动脉侵入治疗时对心肌有一定的损伤,可称之为“冠状动脉侵入性损伤”。冠状动脉侵入性诊疗技术所面临的主要合并症即是血管内皮损伤、心肌缺血、心肌再灌注损伤等,PCI 对血管的干预不可避免地将导致血管内皮损伤或剥脱,进而引起炎症反应、血管痉挛、血管重塑等,以及由此产生的心肌缺血、心肌再灌注损伤,亦即介入侵入性损伤的主要内容。

有研究认为,络脉脉体损伤是 PCI 术后再狭窄的重要发病环节^[1]。结合现代医学我们认为,络脉脉体损伤与创伤同义,其病理过程有一定的相通性,根据异病同治理论,似可对 PCI 术后辨证思路有所启示。创伤发生于体表,则损伤体表肌肤组织、微血管,进而继发感染,造成局部细胞的坏死、凋亡、再生,并最终形成瘢痕。而冠状动脉介入术中指引导丝、导管损伤冠状动脉血管内皮,亦可引起血管的痉挛、内皮损伤、炎症反应,以及伴随的血管新生、重塑

等病理进程,两者致病机理的一致性使得中医的“异病同治”理论得以在 PCI 围手术期应用,体表创伤在中医的经典治法为清热解毒、祛瘀生新、益气生肌,这类治法对冠状动脉介入围手术期侵入性损伤的中药干预提供了一定的范例。

从临床证候表现看,急性冠状动脉综合征患者多兼有烦躁、汗出、便秘、舌红、苔黄、脉数等热毒征象,溶栓、球囊扩张或急诊 PCI 术后缺血再灌注损伤多出现心率偏快、心悸频作等,甚至一些患者术中即可出现短阵室速、频发室性早搏,这些表现均与中医热毒有关。其中,除疾病本身的病理因素外,PCI 的侵入性损伤亦有一定的影响,络脉脉体损伤的病机及“异病同治”的理论提示热毒证在冠状动脉介入围手术期中起到了关键作用。

2 中西医结合佐证冠状动脉侵入性损伤的证候本质

临床上多数急诊 PCI 术后患者均表现出一定的热毒表现,这可从中西医结合角度理解其证候本质:①基于急性冠状动脉综合征的患者多可出现动脉粥样斑块破裂、内皮受损、血栓形成,导致局部炎症因子、内毒素增多;②冠状动脉造影或支架植入术中往往局部推注造影剂、硝酸甘油注射液或替罗非班等药物,属外源性毒素损伤;③介入术中,指引导丝及球囊扩张、支架植入可引起血管内皮的急性受损,亦属创伤之一类。这些因素,包括患者急性冠状动脉综合征中胸闷、胸痛发作本身即是对机体的一次重大创伤,创伤后的急性应激状态在中医辨证中亦多属热毒证。

PCI 术后的侵入性损伤可导致心肌损伤标志物短暂升高;部分病例心电图可以见到 ST-T 的动态演变,如临床个别病例因造影术中损伤,可出现一过

性T波深倒,随时间逐渐恢复。冠状动脉介入中血管内皮受损,可导致局部炎性因子的增加,这些心肌损伤标志物和炎性因子升高的现象,是中医热毒证辨证的微观物质基础之一,心电图的损伤性表现亦可认为是中医热毒辨证的佐证之一。

3 PCI围手术期中医辨证思路及诊治规律

鉴于上述认识,我们观察了2010年以来收治的急诊PCI患者96例,并分析其围手术期的中医证候特点变化,急诊PCI术后证候既有疾病本身的证候基础,又有冠脉侵入性损伤的影响,术前患者以心血瘀阻为主要证候(100%),其中兼有痰浊者41.7%,兼有热毒证者仅6.3%,而PCI术后1~5天内,较多患者出现了热毒征象(约32.3%),表现为舌质暗红或红赤(以舌尖为甚)、舌苔薄或厚腻,苔色黄白不一,此时考虑辨证属痰瘀互结兼有热毒较为合适^[2-3],在辨证方药中重用黄连、黄芩、忍冬藤、苦参、百合等药,效果较好,PCI术后1周以后,患者舌质逐渐转为淡暗,苔多转薄,实热之象已去,多见气虚、阴虚之象。我们认为,急性冠脉综合征(ACS)在PCI围手术期的证候演变有如下特点。

3.1 PCI术前

ACS患者急性发作期,其基础病机是心血瘀阻证,在此基础上多兼有痰浊(41.7%)、寒凝(12.5%)、热毒(6.3%),急性期以实证为主,主要证素表现为血瘀、痰浊、寒凝、热毒,用药以活血化瘀、化痰活血、温阳散寒宣痹、清热解毒等治法组合,方药可选用血府逐瘀汤为基础方,在辨证基础上根据兼证,适当合用瓜蒌薤白半夏汤或二陈汤、枳实薤白桂枝汤,或辨证基础上酌加连翘、黄连等,以祛邪为主,宣痹止痛。除辨证施治外,在选方用药基础上加用少量温通之品,如降香、薤白、茱萸、沉香、丁香、冰片等,往往能迅速缓解心胸闷痛症状。

3.2 PCI术后

相对术前的证候表现,较突出的术后改变是合并有热毒征象的患者明显增多,由术前的6.3%上升至32.3%,其余证素无特殊改变,结合各种致病因素考虑,狭窄或闭塞血管的急性开通后,心肌再灌注损伤,内皮功能紊乱、氧化应激损伤、炎性因子、细胞凋亡因子等局部因子分泌失常及外源性毒素如造影剂、替罗非班、硝酸甘油等的使用,均是导致术后证型改变的原因之一;指引导丝、球囊扩张、支架植

入均可损伤血管内皮造成急性损伤,加之疾病发作时引起的人体应激反应,临床多表现出热毒征象,部分患者术中可出现再灌注心律失常,频发室性早搏,甚至室性心动过速,亦有部分患者出现心率减慢,这些都是心脏应激表现,上述因素是反映热毒证“毒邪”的物质基础。根据此时证候变化特征,中医治疗应于辨证选方基础上加用清热解毒药物,如黄连、黄芩、忍冬藤、苦参、郁金、百合、莲子心等,根据夹瘀、夹痰等不同,选用相应药物加減。

3.3 PCI术后恢复期

介入术后1周左右,疾病进展至恢复期,此时,创伤耗气伤阴、热毒灼津伤液,又经PCI手术,冠脉狭窄解除,故瘀滞表现较前逐渐减轻,表现为患者胸闷痛逐渐减轻或消失,出现乏力、气短、口干、少津,舌淡暗、苔薄,脉细或弦细,虚象更突出,见气阴两伤之象。其时应根据患者证候表现、辨证分型,在治疗上更偏重于治本,本虚标实兼顾,常见证候为气阴两虚血瘀证、气虚血瘀证、心脾两虚证等,选药应在术后选方基础上,酌减清热、化痰之品,合用生脉散、四君子汤、归脾汤等补虚方药。

4 结语

对急诊PCI围手术期的中医辨证论治是中医心病学研究的难点,期望能有更多认识或研究完善本病围手术期的辨治措施,减轻冠状动脉介入的侵入性损伤,减少介入并发症的发生,从而提高本病患者的生存质量,丰富中医对冠状动脉介入侵入性损伤的干预措施。

参考文献

- [1]胡元会,吴林,周次清.经皮冠状动脉介入治疗后再狭窄的中医病机治法钩玄[J].中国中医基础医学杂志,2003,9(2):14-16.
- [2]郭艳.毒损心络与缺血性心脏病[J].中医杂志,2002,43(11):805-807.
- [3]魏江磊.中风热毒论[J].北京中医药大学学报,2003,26(1):7-11.
- [4]Ridker PM, Cushman M, Stampfer MJ, et al. Plasma concentration of C-reactive protein and risk of developing peripheral vascular disease[J]. Circulation, 1998, 97(5): 425-428.

(收稿日期:2012-05-28;修回日期:2012-07-11)

[编辑:邓媛]