

• 病例讨论 •

急性前壁心肌梗死合并心脏泵衰竭病案

杜 柏* 李 军 崔向宁 整理

(中国中医科学院广安门医院心血管科,北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号,100053)

* 通讯作者: dubaidubai@sina.com, (010)88001018

[摘要] 介绍运用中成药丹参注射液、生脉注射液静脉滴注,配合填精化气、益阴通阳活血中药汤剂,治疗 1 例前壁心肌梗死合并心脏泵衰竭病案。

[关键词] 急性心肌梗死;中医药疗法;医案

1 病历摘要

患者,女,78 岁,2012 年 10 月 9 日主因“胸闷、喘憋 2 日,加重 20 小时”入院。该患者 2 天前凌晨无明显诱因出现心悸、气短、喘憋,未予重视,后症状逐渐加重,喘憋不能平卧,伴有周身汗出,10 月 9 日下午 4 时由家属送至我院急诊就诊。查血清肌钙蛋白 I(TNI)示:9.241 $\mu\text{g/L}$,心电图: $V_2 \sim V_4$ 导联 S-T 段抬高 0.2~0.3 mV,诊断急性 S-T 段抬高心肌梗死(前壁),予丹参酮、舒血宁、单硝酸异山梨酯静脉点滴对症处理后由急诊转入我科重症加强护理病房(CCU)。入院症见:喘憋气短,胸痛伴大汗出,烦躁,纳眠差,小便可,大便干。既往高血压病史 30 余年,现每日口服苯磺酸氨氯地平 5 mg、复方降压 0 号 1 片,血压最高 180/90 mmHg,现血压控制情况不详;糖尿病史 20 余年,平素控制不佳,现口服拜糖平每次 50 mg,每日 3 次,诺和灵 30R 早 30 IU、晚 12 IU;今年 5 月于北京某医院行双眼白内障手术;否认冠心病、高脂血症病史,否认过敏史。入院查体:血压 100/60 mmHg,颈静脉充盈,双侧呼吸音粗,双肺可闻及湿啰音,心尖部可闻及奔马律,心率 109 次/min,律不齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音,主动脉瓣区第二心音大于肺动脉瓣区第二心音,双下肢轻度浮肿。中医望、闻、切诊:神色紧张,痛苦面容,语声轻,气息短,面色苍白,舌淡暗、苔薄白,脉象沉弦、促。辅助检查:白细胞 $12.67 \times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞 0.8,血红蛋白 84 g/L,血小板 $168 \times 10^9/\text{L}$,C-反应蛋白 $>160 \text{ mg/L}$,中性粒细胞胞浆可见毒性颗粒,中性粒细胞胞浆中可见空泡变性;脑钠肽(BNP) 20566 ng/L,血肌酐 $100 \mu\text{mol/L}$,乳酸脱氢酶

1032 U/L,肌酸激酶 469 U/L,肌酸激酶同工酶 30 U/L, TNI: 15.202 $\mu\text{g/L}$ 。弥散性血管内凝血(DIC)初筛试验:D-二聚体定量 0.98 mg/L,活化部分凝血活酶时间 39.9 s;快速血气分析:碳酸氢盐 15.9 mmol/L,剩余碱 7.1 mmol/L,二氧化碳分压 23.7 mmHg,缓冲碱 38.3 mmol/L,标准 pH 值 7.293,氧分压 64.7 mmHg。心电图: V_2 、 V_3 、 V_4 导联 S-T 段抬高; II、III、aVF 导联 S-T $>0.05 \text{ mV}$, $V_2 \sim V_4$ 导联 S-T 段抬高。胸部正位片:①两肺感染,肺淤血不排除;②动脉硬化;③右侧肋膈角浅钝。左室下壁及心尖部室壁变薄,运动减弱,节段性室壁运动异常,左心饱满,二尖瓣反流(轻-中度),三尖瓣反流(中度);肺动脉高压(轻度);左心功能减低,右室射血分数(EF)40%。2012 年 10 月 20 日冠状动脉造影示:冠状动脉供血右优势型,左右冠状动脉走行区可见明显钙化影,左主干尾端三分叉处局限性 80%狭窄,前降支近中段弥漫性、钙化病变,最重处达 99%狭窄,前向血流 TIMI3 级,回旋支中段完全闭塞,前向血流 TIMI0 级;右冠状动脉中段 70%~80%狭窄,前向血流 TIMI3 级。结论:冠状动脉粥样硬化性心脏病,累及左主干、前降支、回旋支、右冠状动脉。入院诊断:中医诊断真心痛(阴阳两虚,痰瘀互阻);西医诊断①冠状动脉粥样硬化性心脏病,急性 S-T 抬高性心肌梗死(前壁),心功能 IV 级(KILLIP);②高血压病 3 级(很高危);③ 2 型糖尿病;④肺部感染, I 型呼吸衰竭,呼吸性碱中毒,代谢性酸中毒;⑤贫血;⑥白内障术后。诊疗经过:中药予以阴阳并补,化痰活血通络为法,处方:西洋参 12 g,太子参 15 g,党参 15 g,黄芪 60 g,肉苁蓉

15 g, 山萸肉 15 g, 茯苓 30 g, 白术 15 g, 麦冬 15 g, 泽泻 12 g, 黄连 12 g, 瓜蒌 30 g, 半夏 12 g, 枳实 12 g, 厚朴 12 g, 酒大黄 9 g; 间断无创呼吸机 BiPAP 模式治疗, IPAP14 cmH₂O, EPAP4 cmH₂O, O₂%:35%, 辅助通气改善低氧; 硝酸甘油注射液扩张冠状动脉; 注射用亚胺培南西司他丁钠 1 g, 每隔 8 小时泵入, 每小时 50 ml, 抗感染; 口服阿卡波糖片, 每次 50 mg, 每日 3 次, 诺和灵 30R 早 16 IU、晚 8 IU, 降糖; 口服阿司匹林肠溶片 100 mg, 每日 1 次, 口服硫酸氢氯吡格雷片每次 75 mg, 每日 1 次, 抗血小板聚集; 低分子量肝素钠注射液 0.4 ml 静脉滴注, 每 12 小时 1 次, 抗凝; 口服阿托伐他汀钙片 40 mg, 每日 1 次, 抗炎、稳定斑块; 口服福辛普利钠片每次 2.5 mg, 每日 1 次, 改善心室重构; 口服酒石酸美托洛尔片每次 6.25 mg, 每日 2 次, 控制心室率; 托拉塞米注射液静脉滴注每次 20 mg, 每日 1 次, 口服螺内酯片 20 mg, 每日 1 次, 利尿; 丹参酮 II A 磺酸钠注射液静脉滴注, 活血化瘀; 生脉注射液 60 ml 泵入, 益气养阴。患者经上述治疗后喘憋改善, 烦躁较前好转, 仍有气短、乏力, 为明确患者下一步治疗方案, 于 2012 年 10 月 20 日进行病历讨论。

2 讨论

主治医师杜某: 患者高龄, 突发胸闷喘憋入院, 心电图示: V₂、V₃、V₄ 导联 S-T 段抬高, TNI 最高 25 ng/L, 心肌酶谱增高明显, 冠状动脉三支病变, 前壁心肌梗死, 梗死面积较大, 故出现 I 型呼吸衰竭及急性左心泵衰, 无创呼吸机辅助通气改善低氧及心力衰竭, 病情危重有猝死、心脏破裂及恶性心律失常风险; 因合并糖尿病、肺淤血、肺部感染、呼吸衰竭、急性肾损害等多脏器功能衰竭故死亡率高。此类重症心肌梗死患者发病的中医有何特点, 中医药如何干预及时期和方式的选择请上级医师予以指导。

副主任医师冯某: 该患者属于急性心肌梗死合并泵衰竭的重症心脏病患者, 在西医常规治疗的基础上, 中医药应早期介入, 对保护患者缺血心肌、改善心功能、提高全身免疫功能、降低患者死亡率、改善预后方面有重要作用, 中药以扶正、阴阳并补兼化痰湿通心络为法。本例患者属真心痛、阴阳两虚、痰瘀阻络证, 有典型临床表现, 胸痛, 有濒死感。患者高龄久病, 阴气自半, 阳气衰弱, 又加平素劳累、恣食肥甘厚味或经常饱餐过度, 日久损伤脾胃肝肾, 运化失司, 酿湿生痰, 上犯心胸, 清阳不展, 气机不畅, 气滞血瘀, 心脉痹阻, 遂成本病。四诊合参, 病属本虚

标实, 病位在心、脾、肝、肾。《丹溪心法》指出: “治痰先治气”, 故以瓜蒌薤白半夏汤理气化痰、宽胸散结, 另加西洋参、太子参滋阴益气, 黄芪补益脾胃之气配合当归加强益气养血之功, 可酌情加用血府逐瘀汤行气活血祛瘀, 但理气过甚也会伤气、破气, 故应去枳壳、桔梗, 再加丹参、赤芍、红花增强行气活血祛瘀之效。

主任医师崔某: 急性左心衰竭多呈现为急性肺水肿或心源性休克, 应用机械通气治疗在一段时间内被认为会加重心脏负担而禁忌。随着对心力衰竭机制的深入了解及对机械通气的血液动力学变化的研究, 机械通气被证明可以在很短的时间内纠正低氧血症, 有效增强心功能。主要原因包括: ①机械通气可使左心室前负荷适度下降, 静脉回流减少, 气道压力和胸腔内压力增加; ②减少跨左心室压力、左心室后负荷(跨压力=心室压力-胸腔压力), 正压通气呼吸机通气增加胸内压力, 室壁压力的下降, 必然同时增加心输出量, 这是 BiPAP 的主要机制, 在不降低动脉血压的情况下降低心脏后负荷。目前机械通气支持在重度左心衰竭治疗中的有益作用已经得到了证实。急性心肌梗死泵衰竭死亡率极高, 该患者早期无创呼吸机的使用是药物治疗的重要补充。中医称急性心肌梗死为真心痛, 病因病机总属本虚标实。胸痹者阳微阴弦日久, 心中阳气耗散, 气为血之帅, 血随气行, 阳气虚则血亦不行成瘀, 气虚甚者, 脾失健运, 则痰浊内生, 痰瘀交阻, 心脉完全痹阻为真心痛。本案病考虑阳虚水泛、痰瘀交阻证。应予温阳利水、化痰祛瘀之法, 方拟真武汤合瓜蒌薤白半夏汤加减, 方中制附子温阳利水, 红参、红景天补益阳气, 瓜蒌、薤白、半夏宽胸通阳、化痰散结, 茯苓、猪苓、白术、泽泻化气利水。

副主任医师李某: 目前现代医学对心肌梗死治疗已经取得较大进展, 早期静脉溶栓、介入治疗已成为急性心肌梗死的常规治疗, 该患者来院时胸痛已超过 12 小时, 超过溶栓及介入治疗的最佳窗口期, 选择药物保守治疗, 1 周后患者 TNI 正常后行冠状动脉造影证实为回旋支闭塞, 前降支、右冠状动脉重度狭窄的三支病变, 考虑择期行冠状动脉搭桥术治疗。目前患者心力衰竭较重合并肺淤血、I 型呼吸衰竭, 西医治疗予无创呼吸机辅助通气合并利尿、扩血管、抗炎等。《诸病源候论·心病诸候》云: “心为诸脏主而藏神, 其正经不可伤, 伤之而痛为真心痛。”临床实践证明, 中医药治疗急性心肌梗死也具

有自己的特色和优势,某些中成药如丹参注射液、生脉注射液可止痛、抑制心律失常发生,并有抗凝血、防治再灌注损伤、营养心肌等作用。急性心肌梗死恢复期出现的心源性休克,中医认为属脱证,是因瘀血阻滞心之脉络发展到严重程度的外在表现。瘀血阻滞,心失所养,使心主血脉、主神志功能不足,进而五脏功能受损,气血运行障碍,阴阳之气不相顺接,气机逆乱,甚则阴阳离决。肾为五脏之本,阴阳之根,心主血脉的功能需肾之资助。本病其位在心,其本在肾。《素问·脏气法时论》中早就有“肾病者,……虚则心中痛”的记载。此患者天癸衰竭后,肾之精气不足致阴阳失衡,气血失调而发病,治疗时应以“欲养心阴,必滋肾阴;欲温心阳,必助肾阳”为原则。治则应以回阳救逆、调理阴阳、活血固脱为主,可用张仲景的四逆汤和王清任的血府逐瘀汤化裁加减。人参大补元气以扶正气之虚极;附子、肉桂、

肉苁蓉壮元阳以救阳气之外亡,黄芪、麦冬、玄参益气滋阴,川芎、三七、丹参活血化瘀,使心脉气血通畅。

3 后记

经讨论后,确立主要治疗方案如下。①中医治疗方案:中成药以丹参注射液、生脉注射液静脉滴注,中药以填精化气、益阴通阳活血为法,予右归丸合生脉散及丹参饮加减。处方:山萸肉 12g,山药 12g,肉苁蓉 12g,菟丝子 12g,制附子 12g,肉桂 6g,红参 12g,麦冬 12g,五味子 9g,丹参 15g,檀香 9g,炒葶苈子 9g。②西医常规抗心力衰竭治疗联合间断无创呼吸机辅助通气 BiPAP。患者经上述中西医结合治疗 3 天后脱机改鼻导管吸氧,于 2012 年 10 月 30 日出院,现门诊随访治疗。

(收稿日期:2012-11-22;修回日期:2012-12-18)

[编辑:洪 涛]

2013 年中华中医药学会编辑出版分会年会征文通知

为了更好地促进中医药编辑出版工作的发展,由中华中医药学会编辑出版分会主办,张家港广和中西医结合医院、《中国中医药现代远程教育》杂志社承办,《世界中西医结合》杂志协办的“2013 中华中医药学会编辑出版分会年会暨中医药慢病防控学术交流”拟于 2013 年 9 月 27—29 日在江苏省张家港市举办。现将有关事项通知如下。

一、会议主题

1. 回顾编辑出版分会 2012 年度工作,讨论 2013 年度规划;学习有关改革发展的方针政策,探讨新时期科技期刊和图书出版及院刊、网站等传媒科学发展的途径和经验交流。2. 各中医药机构的院刊、院报、校刊及网站、博客编辑经验交流及其发展策略的讨论。3. 增补中华中医药学会编辑出版分会委员等。

二、征文内容及要求

1. 各编辑部推荐 2~3 篇 2012 年度已发表的优秀论文,用于优秀论文集的编撰出版。论文应具有较高的实用性、科技创新性。推荐论文需要出版原版(可复印、可下载、可截图)和论文的 Word 文本。请附原第一作者及通讯作者的手机号码、职称职务、电子邮箱、单位地址等,注明刊载本论文的期刊名称。论文发送至邮箱:yxjlwjbh@126.com。

2. 编辑出版分会委员提交 1 篇关于编辑出版工作的论文,用于大会学术交流,及优秀论文集的编撰。内容涉及中医药期刊及图书出版、网络、博客、编辑等发展策略、主导思想、机制创新的探讨;提升出版物和传媒影响力的方法与措施;编辑人才培养与编辑出版管理等。来稿请注明作者姓名、单位、职称、地址、邮编、电话、E-mail;稿件以 Word 文档形式,字体统一为宋体,题目 3 号字,小标题 4 号字,内容 5 号字。论文发送至邮箱:bjfhn@126.com。

三、特别提示

大会将对优秀论文作者和编者予以表彰并颁发证书。各中医药专业期刊和出版社的负责人及编辑人员;各学术机构、医药卫生企事业单位的院刊、校刊、会刊、工作通讯等报纸、期刊的中医药编辑人员及负责人;各中医药相关网站、博客、微博的中医药编辑人员和负责人等皆可参会。参会代表可获得国家继续教育 I 类学分 6 分。征文截稿日期:2013 年 8 月 1 日。

四、联系方式

1. 江苏省张家港市金港镇天台南路 50 号广和中西医结合医院,邮编:215633,电话:0512-58703908 联系人:陆晓燕 13862231986,马可迅 18914911647

2. 北京市西城区复兴门南大街甲 2 号配楼知医堂,中国中医药现代远程教育杂志社,邮编:100031,电话(传真):010-87363190,联系人:邓欢 13718108446,杨建宇 13520823252,李彦知 13717949666

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