· 名医经验谈 ·

邵念方教授治疗急性心肌梗死先兆的经验

白长慧¹, 郭兆安²

(1. 山东省烟台市烟台山医院, 山东 烟台 264001; 2. 山东中医药大学附属医院, 山东 济南 250011)

【关键词】 心肌梗死, 急性; 经验方; 治未病

中图分类号: R242 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2008)02-0120-02

邵念方教授为山东中医药大学附属医院原急诊科主任, 教授、博士生导师, 山东省学位委员会委员, 第二、三批全国老中医药专家学术经验指导老师。邵教授长期从事心脑血管病的临床、科研、教学工作, 积累了丰富的经验, 特别是对缺血性心脏病有独特的认识和治疗经验^[1], 现就其治疗急性心肌梗死(AMI)先兆的经验总结如下。

所谓 AMI 先兆, 是指 AMI 之前患者所出现的某些症状及检测时发现的某些异常指标。若不及时治疗, 则数小时, 多至 1 个月可有 AMI 发生。AMI 属中医“真心痛”范畴, 病死率很高, 一旦发病来势急骤, 病情危重, 直接威胁患者的生命, 所谓“旦发夕死, 夕发旦死”。即使是通过抢救挽回生命, 患者也难以完全康复, 对其工作、生存质量、寿命常带来很大影响。若能在先兆期及早发现, 给予治疗, 对杜绝 AMI 的发生有很大的现实意义^[2]。古人早已认识到治未病的重要性, 如《素问·四气调神大论》云:“圣人不治已病治未病, 不治已乱治未乱。”邵教授统计了 120 例 AMI 患者, 有 69 例有先兆症状, 可见有先兆症状的患者占 50% 以上。69 例有先兆症状的患者中有 42 例因治疗延误导致 AMI, 提示 AMI 先兆是可以及早发现的, 若能及早治疗, 则能避免 AMI 的发生。

1 对 AMI 先兆的认识

邵教授认为在历代中医著作中虽未对 AMI 先兆有具体命名, 但从心痛发作的情况看, 不乏类似 AMI 先兆症状的记载。如《灵枢·厥病》提出, “厥心痛, 与背相控, 善噦, 如从后触其心, 伛偻者, 胃心痛也”, “厥心痛, 腹胀满, 心尤痛甚, 胃心痛也”, “厥心痛, 痛如以锥针刺其心, 心

痛甚者, 脾心痛也”, “厥心痛, 色苍苍如死状, 终日不得太息, 肝心痛也”, “厥心痛, 卧若徙居, 心尖痛, 动作痛益甚, 色不变, 肺心痛也”。《杂病源流犀烛·心病源流》云:“内外邪犯心之包络, 或他脏之邪犯心之支脉, 故心亦痛, 此厥心痛也。谓之厥者, 诸痛皆肝肾二经气逆上冲, 又痛极则发厥也。”《素问·缪刺论》云:“邪客于足少阴之络, 令人卒心痛。”《太平圣惠方·治卒心痛诸方》云:“夫卒心痛者, 由脏腑虚弱, 风邪冷热之气, 客于手少阴之络, 正气不足, 邪气胜盛, 正邪相击, 上冲于心, 心如寒状, 痛不得息, 故云卒心痛也。”说明厥心痛和卒心痛较一般心痛病情严重, 较真心痛稍轻, 所谓“去真心痛一间耳”, 故可以说是 AMI 的先兆期。

2 AMI 先兆的病因病机特点

邵教授认为, 久嗜烟酒厚味、忧思恼怒或劳倦内伤、久病不愈、年迈体弱等多种病因长久作用于人体, 导致脏腑虚弱, 阴阳失调, 痰浊瘀血上扰胸中, 发为 AMI 先兆。本病属本虚标实之患, 但多以痰浊、瘀血等标实为突出表现。亦有青、中年体壮者, 因恼怒、酗酒导致阴阳失调, 气机逆乱, 痰瘀上犯心脉, 而发 AMI 先兆, 此属实证。

3 AMI 先兆的诊断

诊断标准: ①主症: 左侧胸膈或膻中处突发剧痛、憋闷、心悸, 疼痛常可窜及肩背、前臂、胃脘, 或沿手少阴、厥阴经循行部位窜至中指或小指。②兼症: 神疲乏力, 气短懒言, 心烦少寐, 头晕眼花, 大汗淋漓, 四肢厥冷。③发病特点: 突然发病, 或原有心痛, 又突然严重发作; 含服硝酸甘油难以缓解; 年龄多在 40 岁以上; 有眩晕(高血压)、消渴(糖尿病)、中风病史等。④诱发因素: 情绪波动、气候变化、因事不解、劳累过度、饮酒过度等。⑤心电图改变: ST-T 段呈缺血性降低 ≥ 2 mm, 或抬高 ≥ 3 mm; T 波由直立变倒置, 或

较原有倒置加深 3 mm 或类似高钾性高尖 T 波, 伴有 R 波缩小; 出现频发的室性期前收缩(早搏)或多源早搏、心动过速、房室传导阻滞、完全性右束支传导阻滞等心律失常等。⑥血液流变学检查: 红细胞比容、全血比黏度、红细胞电泳、纤维蛋白原等超过正常参考值。具备主症、兼症各 2 项以上, 心电图有 1 项改变, 参考发病特点、诱发因素、血液流变学检查等即可作出 AMI 先兆的诊断。

4 AMI 先兆的治疗

4.1 治标: 急则治其标。AMI 先兆最常见的症状是胸痛, 缓解胸痛常用如下措施: ①让患者平卧、吸氧。②针刺: 用毫针刺内关、鸠尾穴, 中等刺激, 不留针。若心痛不止, 改刺内关、通里、神门、膻中等穴, 轻刺激得气后, 留针 3~5 min。或取耳穴, 刺心、皮质下、交感、肾上腺等, 亦可在穴位上压心灵丸、活心丹等。③按摩: 掐按内关或神门穴, 若掐按内关穴心痛不减, 可改换神门穴。掐按心俞、厥阴俞或阿是穴。医者选压痛最明显的穴位用拇指指端内面掐揉, 由轻至重, 至酸麻胀痛患者难以忍受而胸痛减轻或消失, 再由重至轻, 持续 5~10 min。④若剧痛不止, 用麝香心痛宁或速效救心丸常用量的 3~5 倍, 开水溶化后服, 可连服 2~3 次。若剧痛再不止, 可配用西药硝酸甘油等治疗, 待胸痛缓解, 立即进行辨证论治。

4.2 治本: 缓则治其本。

4.2.1 气阴两虚: 平素体弱, 遇冷、遇热、遇劳累均易诱发胸痛、心悸等。主症: 胸痛胸闷, 心悸怔忡, 心烦少寐, 短气乏力。兼症: 口渴而不喜热饮, 善饥而不能多食。舌脉: 舌质红、苔白少津, 脉细数而弱或结、代。治法: 益气养阴, 化痰安神。方药: 保生汤(自拟方)。组成: 生黄芪 30 g, 太子参 30 g, 麦冬 30 g, 石斛 30 g, 丹参 30 g, 生地黄 15 g, 赤芍 15 g, 生山

作者简介: 白长慧(1964-), 女(汉族), 山东省人, 副主任医师, Email: baichanghui1688@sina.com。

植 15 g, 山萸肉 12 g, 炒酸枣仁 30 g, 葛根 24 g。水煎服, 每日 1 剂。加减: 短期乏力、怔忡自汗明显者, 将太子参改人参或西洋参 15~30 g; 胸痛肢冷者, 加桂枝 12 g, 生蒲黄 10 g, 三七粉 3 g(冲服); 心烦口渴明显者, 加知母 15 g, 栀子 12 g。

病案举例: 患者男性, 52 岁, 2003 年 5 月 25 日就诊。患者有冠心病病史 3 年。近日因劳累于日前胸痛加重, 每日发作 6~8 次, 伴怔忡不安、胸闷气短、心烦少寐、倦怠乏力, 稍一活动则发作, 服用消心痛、心得安等药病情不减; 舌质红、苔薄黄, 脉象细弱。查心电图示: I、aVL、V₄₋₆ 导联 ST 段下移 1~2 mm, V₄₋₅T 波倒置; 心尖波动图; A/E~0:0.16, 波形为收缩晚期膨出波; 左室功能: 左室射血前期/左室射血时间(PEP/LVET)比值 50%。

诊断: AMI 先兆(真心痛先兆)。

辨证: 气阴两虚, 心神失养。

治法: 益气养阴, 通络安神。

方药: 保生汤加减。组成: 生黄芪 45 g, 太子参 30 g, 丹参 30 g, 麦冬 45 g, 赤芍 15 g, 山萸肉 10 g, 炒酸枣仁 30 g, 葛根 24 g, 生山楂 21 g, 三七粉 3 g(冲服)。水煎服, 每日 1 剂。胸痛明显时, 医者用拇指按压心俞或阿是穴。

疗效: 服药 2 剂, 诸症减轻。服药 10 剂诸症消失; 舌质淡红、苔薄白, 脉象缓和; 心电图: ST 段恢复至等电位线, V₄₋₆T 波仍然低平, A/E~0:0.14, PEP/LVET 41%。

4.2.2 气虚血瘀: 主症: 胸中闷痛, 倦怠乏力, 面白唇紫, 动则诸症加重。兼症: 呼吸急促, 精神不振, 怔忡不安。舌脉: 舌质暗淡或有瘀斑, 舌下静脉迂曲青紫, 脉象细涩。治法: 益气活血, 养心安神。方药: 补阳还五汤加减。组成: 生黄芪 60 g, 当归 10 g, 川芎 10 g, 赤芍 12 g, 桃仁 6 g, 红花 6 g, 葛根 24 g, 炒枳实 10 g, 生麦芽 30 g, 柏子仁 24 g。水煎服, 每日 1 剂。加减: 体倦、自汗明显者, 加人参 10 g, 山萸肉 10 g; 胸中刺痛、怔忡不安者, 加三七粉 3 g(冲服), 琥珀 1 g(冲服); 腕闷纳呆者, 加丹参 24 g, 檀香 6 g, 砂仁 6 g。

病案举例: 患者男性, 60 岁, 2001 年 5 月 16 日初诊。胸中憋闷阵阵发作 2 d, 既往患高血压、冠心病 5 年。2006 年曾出现左侧肢体麻木, 经治疗症状消失。近日因劳累而出现胸闷、憋气阵作, 发作时

喘息不安, 心悸自汗, 伴有左上、下肢麻木, 精神萎靡, 倦怠乏力, 头晕目眩, 纳呆, 二便正常; 舌质淡红、苔薄白, 脉象细弱; 血压 150/75 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa); 心电图示: I、aVL、V₄₋₆ 导联 ST 段斜形下移 2~3 mm, T 波倒置。

诊断: AMI 先兆(真心痛先兆), 中风病先兆。

辨证: 气虚血瘀。

治法: 益气活血化痰。

方药: 补阳还五汤加减。组成: 生黄芪 90 g, 当归 12 g, 川芎 12 g, 赤芍 12 g, 桃仁 6 g, 红花 6 g, 葛根 30 g, 炒枳实 10 g, 三七粉 3 g(冲服)。水煎服, 每日 1 剂。同时用多功能圆钝磁针点压耳穴心、交感区, 每日 1 次, 连续 3 d。

疗效: 服药 10 剂, 诸症消失; 舌质淡红、苔薄白, 脉象缓和; 心电图: ST 段恢复至等电位线, T 波由深倒变浅倒。

4.2.3 胸阳痹阻: 主症: 胸中钝痛, 胸闷憋气, 面苍唇青。兼症: 喘促不安, 甚至精神萎靡, 息促汗出, 四肢厥冷。舌脉: 舌质暗淡, 舌下静脉粗大迂曲青紫, 舌苔白厚腻, 脉象沉滑。治法: 宣痹通阳, 化痰消瘀。方药: 瓜蒌薤白半夏汤加味。组成: 瓜蒌 30 g, 丹参 30 g, 薤白 15 g, 前胡 15 g, 石菖蒲 12 g, 葶苈子 12 g, 法半夏 12 g, 桂枝 12 g, 赤芍 12 g, 生山楂 24 g。水煎服, 每日 1 剂。加减: 心悸、水肿明显者, 加茯苓皮 30 g, 白术 15 g; 咳吐涎沫、汗出肢冷明显者, 去瓜蒌, 加熟附子 12 g, 人参 15 g; 北五加皮 10 g, 桑白皮 15 g; 胸痛甚者, 加服麝香保心丹和活心丹各 2 粒。

病案举例: 患者女性, 57 岁, 2000 年 10 月 2 日初诊。胸中钝痛、憋闷 1 d。平素有慢性支气管炎、肺气肿、冠心病, 近日受凉后突然出现胸闷加剧、面苍唇青、喘促不安、汗出肢冷、脘胀纳呆、大便不畅、小便短少; 舌质暗淡, 舌下静脉青紫, 呈粗大迂曲状, 苔厚白, 脉象沉滑; 血压: 97/60 mm Hg; 心电图示: 完全性右束支传导阻滞, 急性心肌梗死。

诊断: AMI 先兆(真心痛先兆)。

辨证: 痰瘀痹阻, 胸阳不振, 心络不通。

治法: 豁痰化瘀, 通阳活络。

方药: 瓜蒌薤白半夏汤加味。组成: 瓜蒌 30 g, 丹参 30 g, 薤白 15 g, 前胡 15 g, 石菖蒲 12 g, 葶苈子 12 g, 法半夏

12 g, 桂枝 12 g, 赤芍 12 g, 益母草 24 g, 葛根 12 g, 生山楂 24 g, 降香 6 g。水煎服, 每日 1 剂。同服冠心病苏合丸 1 丸, 每日 3 次; 疼痛时医者用双手拇指按压三阴交穴。给予质量分数为 10% 葡萄糖 500 ml 加丹参注射液 20 ml, 静脉滴注, 每日 1 次。

疗效: 用药 7 d 后患者恢复到未发病时的状态, 动则胸闷气短, 其他无不舒适; 舌质淡、苔薄白, 脉象缓和; 心电图示: 不完全右束支传导阻滞, 慢性冠状动脉供血不足。

5 体会

中医学的特点是辨证论治, 严格讲应是病不尽其型(证), 型不尽其症。为了便于临床和科研的研究, 邵念方教授将 AMI 先兆分为 3 型治疗, 他认为, 分型再多也包括不了瞬息万变的临床证候, 故在分型的基础上, 必须随着病情变化进行药物加减, 决不能固守一方。这样既弥补了对某病漫无边际地随证立法用药的缺陷, 也发扬了辨证论治的治疗特色, 有利于中医学走向客观化、规范化和科学化。

邵念方教授统计了 120 例 AMI 患者, 在 69 例有典型 AMI 先兆的患者中, 有 16 例心电图无明显改变, 未引起医生的重视而发展为 AMI。提示我们只要符合 AMI 先兆的诊断标准, 不管心电图有无改变, 都应按 AMI 先兆进行及时治疗, 以免发生 AMI。

按照邵教授的经验, 我们在临床工作中体会到, 有不少 AMI 患者经过及时治疗可转危为安, 甚至恢复正常工作, 若不注意保健和预防, 还可以再次发生 AMI, 再发的 AMI 亦可出现先兆。

参考文献

- [1] 郭兆安, 尤可. 邵念方教授治疗真心痛的经验[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2004, 11(3): 187-188.
- [2] 黄泽民. 急性心肌梗死的中医论证[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2006, 13(4): 255-256.

(收稿日期: 2008-01-14)

修回日期: 2008-01-29)

(本文编辑: 李银平)

• 广告目次 •

- ①天津生化制药有限公司: 注射用氯化可的松琥珀酸钠 …………… (封底)