

临证体会

史大卓教授治疗急性心肌梗死的中医临床经验

张璇¹ 王培利² 柴华³ 梁芳³ 杨朔⁴ 史大卓²

(1 北京市海淀区中医医院,北京,100086; 2 中国中医科学院西苑医院心血管病研究所,北京,100091;

3 北京中医药大学,北京,100029; 4 北京市海淀区甘家口社区卫生服务中心,北京,100037)

摘要 急性心肌梗死(Acute Myocardial Infarction, AMI)的血运重建治疗和抗血小板、调脂药物的应用,显著改善了预后,但近晚期血栓形成、无/慢复流和支架内再狭窄等仍是严重影响预后重要问题。因此,如何中西医优势互补,进一步改善预后,仍是中医临床面临的一个挑战。史大卓教授在结合西医治疗的基础上,明辨AMI气血阴阳虚实之不同,根据病情的轻重缓急,在传统活血化瘀的基础上,注重“毒”邪致病这一病机特点,临证灵活应用益气、活血、化毒、生肌、通腑等法,获得良好疗效。

关键词 急性心肌梗死;中医药;@史大卓;经验

Shi Dazhuo's Clinical Experience in Treating Acute Myocardial InfarctionZhang Xuan¹, Wang Peili², Chai Hua³, Liang Fang³, Yang Shuo⁴, Shi Dazhuo²

(1 Beijing Haidian District Hospital of TCM, Beijing 100086, China; 2 Institute of Cardiovascular Disease in Xiyuan Hospital, Chinese Academy of Chinese Medicine Sciences, Beijing 100091, China; 3 Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 4 Beijing Haidian District Ganjiakou Community Healthcare Center, Beijing 100037, China)

Abstract Revascularization combined with anti-platelet and lipid-lowering drugs prominently improved the prognosis of patients with acute myocardial infarction (AMI). However, early and long-term thrombosis, no/slow-reflow phenomenon and in-stent restenosis remain the major problems which impact on the prognosis of AMI patients. Therefore, how to take the complementary advantage of traditional Chinese medicine (TCM) and western medicine (WM) to further improve the prognosis is still a big challenge for TCM clinical practice. On a background of standard treatment, professor Shi performs well in differentiating TCM syndrome of patients with AMI and emphasizing pathogenic characteristics of toxin factors, and flexibly adopts the treatment of benefiting qi, activating blood, detoxifying, promoting myocardial tissue regeneration and purgation fu-organs, by which, certain good clinical has been achieved in the patients with AMI.

Key Words Acute Myocardial Infarction (AMI); Traditional Chinese Medicine (TCM); Shi Dazhuo; Experiences

中图分类号:R249.2/.7 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.06.043

AMI是在冠状动脉粥样硬化不稳定斑块的基础上,斑块破裂、血栓形成,导致冠状动脉供血急剧减少或中断,使相应心肌发生严重而持久缺血,导致急性心肌缺血坏死的严重威胁人类生命健康的重大心血管疾病,其发病率和死亡率逐年上升,且有年轻化趋势^[1]。AMI治疗策略从监护病房止痛、扩冠,到溶栓、冠状动脉介入血运重建治疗和强化抗凝、抗血小板、强化降脂、 β -受体阻滞剂以及血管转化酶抑制剂(ACEI)等药物应用,显著减少了AMI住院的死亡率,改善了患者的预后。但是,由于急性心肌梗死后可继发一系列复杂的病理变化,血运重建后也会发生近晚期血栓形成、炎性反应瀑布反应、无/慢复流和支架内再狭窄等,AMI一年内心血管病事件的发生率仍在12%~18%之间,住院死亡率仍在5%左

右^[2]。本文从AMI现代治疗相关不足入手,对史大卓教授中医治疗AMI的经验介绍如下。

1 分类综述

1.1 AMI现代治疗的不足之处

1.1.1 再狭窄形成 冠状动脉球囊扩张和支架置入后再狭窄,自介入治疗开展以来一直是普遍关注的问题和研究的焦点,虽然介入治疗后半年内再狭窄发生率已从单纯球囊扩张的30%降至药物支架后的5%~10%左右^[3-4],但其仍是影响预后的一个重要因素。Cassese等通过对12 094例冠心病原发病变支架置入术后患者的随访发现,金属支架或第1、第2代药物涂层支架置入术后6~8个月内患者支架内再狭窄的总发生率约26.4%左右,其中金属支架再狭窄的发生率明显高于药物涂层支架^[5]。

Hochman 等^[6]进行了一项名为 OAT (Occluded Artery Trial, OAT) 的临床研究,发现 ST 抬高型心肌梗死患者在发病 3~28 d 后择期开通梗死相关血管加药物治疗同单纯药物治疗比较,并没有降低患者再发心肌梗死、严重心力衰竭的发生率和病死率。Boden 等^[7]通过研究发现,对于稳定性心绞痛患者,采用 PCI 治疗与单纯药物治疗比较,并没有降低远期主要心血管不良事件(包括再狭窄)的发生率。Langwieser 等通过 Meta 分析比较药物涂层支架与金属支架治疗额外(包括冠脉)血管狭窄治疗的再狭窄发生率,发现药物涂层支架的再狭窄率明显低于裸金属支架,但是仍有 8.2% 的患者在术后平均 16 个月到 43 个月中发生支架内再狭窄^[8]。国外多项研究证实,高龄、男性、糖尿病、吸烟、高胆固醇血症、高血压等都可使介入术后再狭窄危险性明显增高^[9-12]。

1.1.2 血栓形成 球囊扩张及支架置入后血栓形成的原因主要是机械扩张及支架置入导致血管壁损伤、血管内膜撕裂、血管内皮细胞完整性被破坏,导致了内皮下细胞外基质暴露于血液,促进了血小板活化、黏附聚集,并分泌各种凝血因子和黏附因子,激活凝血酶,从而产生血管附壁血栓,造成部分患者心血管事件发生,甚至猝死等。即使药物涂层支架后强化抗血小板和抗凝治疗,近期、远期血栓事件仍有 2% 以上的发生率^[13-14]。

1.1.3 心肌组织无/慢复流 无/慢复流现象是指急性 ST 段抬高型心肌梗死患者在接受 PCI 术后相关动脉恢复再通,管腔内也无机械梗塞,但梗死的心肌组织并未获得有效灌注的现象。无复流使 PCI 带来的获益大大减少,并且引起了一系列心血管不良事件。介入治疗进行梗死相关动脉血运重建后,约有 25% 的患者出现心肌组织无复流(No-flow)和缓慢复流(Slow-flow)现象^[15]。然而,目前对于无复流现象发生发展的机制并未十分清楚,考虑可能与斑块部位继发血栓形成、斑块碎片阻塞远端血管有关,对此目前现代医学尚缺乏有效的治疗措施。

1.2 史教授中医治疗 AMI 经验 针对以上问题,如何发挥中医辨证治疗优势,是目前中医临床面临的一个重要问题。史大卓教授从事心血管病临床近 30 年,在治疗 AMI 方面具有丰富经验。对 AMI 的病因病机认识和辨证治疗,史大卓教授注重如下几个方面。

1.2.1 从舌象分辨病机 AMI 与传统中医“真心痛”的临床表现如疼痛剧烈、持续不能缓解、大汗出、手足青至节、甚则“旦发夕死,夕发旦死”等甚为相

似。AMI 病理改变如粥样斑块破裂出血、急性血栓形成等,可归属于现代中医心脉瘀阻的范畴,但心肌组织坏死、氧化应激损伤、炎症反应浸润等病理改变,则非单纯血瘀所能概括,其类似于传统中医“毒”邪致病特点。毒邪致病具有腐蚀性和损伤性,外科的毒邪常可伤及筋骨,血脉的毒邪则可腐蚀心肌,导致心肌损伤和坏死。

AMI 患者临床多有舌苔黄腻而厚或垢腻、大便秘结、口气秽臭、胸痛剧烈等症状,结合历代医家论述,史教授认为其病机多为气血瘀滞日久、酿热生毒、瘀毒互结、痹阻血脉、伤及血脉筋肉。在临床辨证治疗中,史教授特别注重观察舌象的变化,认为舌象可反映 AMI 内在病机寒化和热化的不同:AMI 病机寒化的患者,舌象往往由舌质淡暗、舌苔白,转为舌质淡紫或发绀,舌苔白腻而厚或水滑,甚至苔色灰暗或黑而水滑;AMI 热化的患者,则舌质由暗转紫红,舌苔由白转黄,甚而黄厚腻或黄燥,腑气不通、大便秘结。

1.2.2 辨证应用解毒中药 目前中医临床治疗 AMI,多用益气活血、宣痹通阳、祛痰化浊等方法,但对如何去除血脉瘀毒、浊毒重视不足。孰不知在 AMI 的发病过程中,唯毒邪最能损害心肌。史大卓教授^[16]认为,“毒”作为 AMI 致病的一个的病因,具有兼夹性和依附性,既可以作为疾病的病理产物,也可以是致病的病因。瘀血阻滞脉络、日久不消,组织器官变性坏死,则蕴积成毒。“瘀”“毒”在疾病发生发展过程中可相互从化、互为因果,形成恶性循环。因此 AMI 的中医治疗,除采用益气、活血等治法外,还应注重清化或透解血脉内蕴之毒邪。AMI 患者表现为口唇、舌质紫暗,甚至手足青至节,胸痛剧烈,临床当以活血散瘀以化毒,药用赤芍、川芎、红花、丹参、大黄等,其中大黄“下瘀血…推陈致新(《神农本草经》)”,能清血中热毒。丹溪云其“熟则解诸疮毒”。大黄用于治疗 AMI,不但可以破瘀血、通心脉,还可以消散瘀毒,热毒者用之较宜,寒毒、湿毒亦可仿大黄附子细辛汤之意,通过配伍,去其苦寒之性,存其活血解毒之用,以解血脉邪毒,但此时大黄入汤药应与他药同煎,不应后下,或用熟大黄,后下则解毒化瘀之力减弱,反易伤正。

热毒内结,症见舌苔黄腻而厚、大便秘结、口中气味秽臭者,清化瘀浊以化毒,药用大黄、黄连、虎杖、瓜蒌、桃仁等;浊毒内结者,症见舌苔厚腻,脘腹胀满,甚至伴恶心呕吐,脉弦滑者,祛痰化浊以解毒,药用大黄、金银花、藿香、半夏、瓜蒌等;寒毒内结者,

症见胸背恶寒,四肢厥冷,面色苍白,舌淡而紫者,可配伍荜拨、良姜、人工麝香通散寒毒。值得注意的是,此处“邪毒”和外感邪毒有所不同,而是深藏血脉之中。心脉之毒,多是瘀血、痰浊阻郁日久,蕴生之毒邪,故 AMI 之毒邪多和瘀血、痰浊胶结在一起。因此,去除此时之毒邪,应注重活血散血、祛痰化浊,不易过用苦寒,以免寒遏血脉、生湿化浊,使邪毒郁结更甚。

金银花为传统辛凉解表药物,味辛性凉质轻,入心、小肠经,解毒力专,被历代称为“疮家圣药”,可清痈肿疮毒,但量轻则力轻而走表,若欲其入里,则应重用。史教授临床常用至 30 g 以上,和活血化瘀药配伍,以解血分热毒。传统名方四妙勇安汤重用银花,现代用于治疗血管栓塞性脉管炎,疗效颇佳^[17]。和活血化瘀药相合,有使瘀热毒清、邪不内滞之效,可防毒邪损伤心肌,限制心肌梗死延展,改善心室重构,可望对改善 AMI 预后起到有益作用。

1.2.3 祛瘀生肌 史教授在祛瘀毒、浊毒的基础上,善用祛瘀生肌药,认为其对促进心肌梗死后心肌组织的修复和改善预后有一定作用。中医外科常用去腐生肌法治疗痈肿疮毒,史教授常将此法应用于 AMI 的治疗。去腐是去除瘀毒所致的坏死物质和病理产物,在此基础上生肌则可产生如下 3 个方面作用:1) 修复坏死心肌周边缺血心肌;2) 促进侧枝循环形成、改善供血;3) 促进冬眠心肌和顿抑心肌的恢复、改善心功能。史教授临床治疗 AMI 常用的祛腐生肌药有三七、血竭、酒军、生黄芪等,其中血竭善治“诸疮久不合者”,可以“止痛生肌”,为“散瘀生新之要药”;“三七能化腐生新,…化瘀血而不伤新血,为理血妙品”;黄芪益气托毒、化腐生肌,为疮家圣药,《本草备要》谓其可“益气、生血、生肌”,《神农本草经》谓其“主痈疽久败疮”。对气虚明显的患者,另加人参或西洋参,以增强托毒生机之力。

1.2.4 通腑泻浊和肠胃 AMI 患者心气骤然虚羸,往往伴有脾失健运,胃失和降,常见便秘或排便困难。同时,用力大便便会加重心脏负荷,诱发心肌缺血,加重病情,甚至诱发猝死,所以保持大便通畅对 AMI 患者治疗是十分重要的一个环节。史教授在治疗 AMI 便秘时强调首分虚实:实证者平素常常过食肥甘厚味,素有肠胃积热,表现为少腹胀满,大便干或干结,舌苔厚腻垢浊,可用调胃承气汤或小承气汤泻热通便;虚证患者多表现为虽多日不大便,但大便并不十分干结,且多无腹胀满等症状,舌苔多为薄白或少苔,舌淡暗或舌红,此时当分清气血阴阳之偏

虚,如阴虚者当养阴养血通便,气虚阳虚者,应益气温阳通便。值得注意的是,AMI 患者多有心阳、心气耗损,胃气虚弱,应注意通便有度,中病即止,切勿攻伐太过。

1.2.5 缓解期重益气扶正 AMI 缓解期,部分患者出现心功能障碍,心室壁节段性运动异常、室壁瘤,或心力衰竭等,此时多表现为邪却正虚,治疗应以益气扶正为主,兼活血化瘀、祛瘀生新。扶正不但要补心气、补宗气,还要注意补肾气、补元气,可选用人参、黄芪、淫羊藿、菟丝子等。黄芪补肺气、宗气,人参补心气、元气,淫羊藿、菟丝子补肾气。祛瘀生新可选用三七、血竭等,并结合其他活血化瘀药。史教授常用方如下:红参 5 g(有热者用西洋参 10 g)、黄芪 30 g、淫羊藿 20 g、菟丝子 20 g、当归 15 g、丹参 20 g、红花 10 g,配伍三七粉 3 g、血竭 1.5 g 研末冲服。诸药合用,临床多可收到满意效果。此外,部分患者表现为梗死后心绞痛反复发作,应在补气的同时加强活血化瘀作用,效不明显者,可适当应用活血破血药如莪术、水蛭等。在此基础上,或佐以温通,或佐清热解毒,或用虫类药物通络,因证不同而变化,以奏益气活血生肌、止痛之效。

2 小结

AMI 为临床急危重病,史教授在西医急诊介入治疗、药物治疗的基础上,明辨 AMI 气血阴阳虚实之不同,区分轻重缓急,注重“毒”邪致病这一病机特点,临证以活血化瘀为主,结合益气扶正、化毒、生肌、通腑等法,深得病症结合辨证的精髓,值得临床借鉴。

参考文献

- [1] 胡盛寿. 中国心血管病报告[M]. 北京:中国大百科全书出版社, 2015:7.
- [2] R ber L, Kelbk H, Ostojic M, et al. Effect of biolimus-eluting stents with biodegradable polymer vs bare-metal stents on cardio-vascular events among patients with acute myocardial infarction: the COMFORT-ABLE AMI randomized trial[J]. Jama, 2012, 308(8): 777-787.
- [3] Windecker S, Serruys PW, Wandel S, et al. Biolimus-eluting stent with biodegradable polymer versus sirolimus-eluting stent with durable polymer for coronary revascularisation (LEADERS): a randomised non-inferiority trial[J]. Lancet, 2008, 372(9644): 1163-1173.
- [4] De Labriolle A, Bonello L, Lemesle G, et al. Clinical presentation and outcome of patients hospitalized for symptomatic in-stent restenosis treated by percutaneous coronary intervention: comparison between drug-eluting stents and bare-metal stents[J]. Arch Cardiovasc Dis, 2009, 102(3): 209-217.
- [5] Cassese S, Byrne R A, Tada T, et al. Incidence and predictors of restenosis after coronary stenting in 10 004 patients with surveillance angi-

- ography[J]. Heart, 2014, 100(2): 153-159.
- [6] Hochman JS, Lamas GA, Buller CE, et al. Coronary intervention for persistent occlusion after myocardial infarction [J]. N Engl J Med, 2006, 355(23): 2395-2407.
- [7] Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease [J]. N Engl J Med, 2007, 356(15): 1503-1516.
- [8] Langwieser N, Buyer D, Schuster T, et al. Bare metal vs. drug-eluting stents for extracranial vertebral artery disease: a meta-analysis of non-randomized comparative studies [J]. J Endovasc Ther, 2014, 21(5): 683-692.
- [9] Tocci G, Barbato E, Coluccia R, et al. Blood Pressure Levels at the Time of Percutaneous Coronary Revascularization and Risk of Coronary In-Stent Restenosis [J]. Am J Hypertens, 2016, 29(4): 509-518.
- [10] Jukema J W, Verschuren J J, Ahmed T A, et al. Restenosis after PCI. Part 1: pathophysiology and risk factors [J]. Nat Rev Cardiol, 2011, 9(1): 53-62.
- [11] Ritsinger V, Saleh N, Lagerqvist B, et al. High event rate after a first percutaneous coronary intervention in patients with diabetes mellitus: results from the Swedish coronary angiography and angioplasty registry [J]. Circ Cardiovasc Interv, 2015, 8(6): e002328.
- [12] 郑成斌. 冠状动脉支架植入术后支架内再狭窄相关因素的 Meta 分析 [D]. 太原: 山西医科大学, 2016.
- [13] D'Ascenzo F, Bollati M, Clementi F, et al. Incidence and predictors of coronary stent thrombosis: evidence from an international collaborative meta-analysis including 30 studies, 221,066 patients, and 4276 thromboses [J]. Int J Cardiol, 2013, 167(2): 575-584.
- [14] Brodie B, Pokharel Y, Fleishman N, et al. Very late stent thrombosis after primary percutaneous coronary intervention with bare-metal and drug-eluting stents for ST-segment elevation myocardial infarction: a 15-year single-center experience [J]. JACC Cardiovasc Interv, 2011, 4(1): 30-38.
- [15] Niccoli G, Burzotta F, Galiuto L, et al. Myocardial no-reflow in humans [J]. J Am Coll Cardiol, 2009, 54(4): 281-292.
- [16] 史大卓, 徐浩, 殷惠军, 等. “瘀”、“毒”从化——心脑血管血栓性疾病病因病机 [J]. 中西医结合学报, 2008, 6(11): 1105-1108.
- [17] 黄群, 冷玉杰. 四妙勇安汤治疗血管闭塞性脉管炎的临床中药学研究 [J]. 中医药信息, 2016, 33(5): 73-77.
- (2017-03-03 收稿 责任编辑: 张文婷)

第十四届世界中医药大会暨“一带一路”中医药文化周 第二轮会议通知

各位专家、各位同仁:

由世界中医药学会联合会主办的世界中医药大会是全球中医药领域规模大、参与广、层次高的学术盛会。至今已在中国、法国、加拿大、西班牙、新西兰等国家和地区成功举办十三届。“第十四届世界中医药大会暨‘一带一路’中医药文化周”, 将于 2017 年 10 月下旬在东南亚举行。活动期间, 来自世界各地的中医药专家学者、政府官员、企业家将分享他们的理论研究和临床经验、科研成果和新发明新创造, 大会附设中医药服务贸易展览会。活动期间将组织多种形式的学术考察调研活动。

现就有关事宜通知如下:

一、地点: 泰国、柬埔寨、印度、尼泊尔、菲律宾

二、主题: 助力一带一路, 服务民众健康

三、会议主要议题及征文内容:

涵盖中医药基础理论研究; 中医药临床实践; 针灸推拿研究实践; 中药研究; 中西医结合研究; 中医手法流派的传承与发展; 中医药国际化、信息化研究; 中医药在世界各国的发展及立法情况; 各国中医教育动态、教育制度现状及科研情况; 中医药文化与非物质文化遗产保护; 道地药材与濒危珍稀动植物保护; 中医药服务贸易理论研究与实践及经验交流等议题。

四、会议安排:

1. 学术会议: 开、闭幕式, 主题演讲, 分会场专题报告, 现场演示工作坊, 欢迎晚宴。

2. 中医药服务贸易展览会: 每个展位 3 * 3 m, 1 张桌子, 2 把座椅, 1 个插座, 基本照明, 免 2 人参会注册费。

3. 参会者可授予中国国家级继续教育二类学分证书 6 分, 如有需要, 请提前告知大会组委会。

4. “一带一路”中医药国际交流考察: 具体安排请咨询世界中联国际联络部。

五、重要日期:

2017 年 7 月 1 日大会注册费优惠截止。

2017 年 8 月 31 日大会论文投稿截止。

六、会议注册:

即日起接受报名, 采用网上会议平台注册, 网址如下:

<http://wccm2017.medmeeting.org/cn>

或微信扫描右侧会议平台二维码, 点击“报名参会”即可。



七、会议咨询联系方式如下:

世界中医药大会办公室(国际联络部): 王晶、潘昶、李昕雪、农钦、杨柳

电子邮箱: wccm@vip.163.com, 电话: 010-58650240/58650026/58650058/58650243

学术部: 邹建华、关涛、焦云洞、刘香玉、刘晓婷、陈安

电子邮箱: wfcmsxshb@vip.163.com, 电话: 010-58650042/58650043

世界中医药大会组委会

2017 年 2 月 15 日