

中西医结合治疗急性心肌梗死的临床应用及进展

王华

(承德市丰宁满族自治县 中医院 068350)

摘要:急性心肌梗死是因为患者发生心肌持续性缺血坏死,临床表现为心律失常、心力衰竭等,容易引起多种并发症。西医治疗为镇痛止痛药物,中医则使用活血化瘀、疏经通络的药物。治疗急性心肌梗死中,中西医结合效果良好。基于此,本文做出进展研究。

关键词:急性心肌梗死;中西医;临床应用

急性心肌梗死在发生冠状动脉硬化的情况下,发生斑块破裂、血栓形成以及血管痉挛等情况。该疾病的产生,和血清酶水平提升有很大的关系。一般治疗急性心肌梗死为内科对症用药,中医则按照急性期、恢复期情况辩证治疗。如今,为了在治疗急性心肌梗死中获得较高治疗效率,降低病死率,开始实现中西医结合,以保证患者预后不断改善,提高患者的生存质量。

1 当前遇到的问题

经急性心肌梗死急性期和恢复期的病理分析,合理选择中西医结合治疗能获得良好的治疗效果。从现代医学角度分析,急性心肌梗死治疗能促使动脉血管血运重建,因为一些新型溶栓药物的应用,给早期血管开通提供重要条件,能保证患者的梗死血管血流及时恢复,避免发生并发症。但是,溶栓治疗方法可能存在较高的再闭塞率或者出血等并发症,尤其是老年人。介入治疗方法不容易发生并发症,但给设备和技术提出较高要求。对于抗血小板制剂、抗凝药物等,虽然能降低再狭窄情况,但在监测不良反应中受到较大局限性。溶栓介入治疗后的缺血再灌注损伤、心肌组织水平无血液再灌注情况都未积极有效预防,所以还需要增加对该方面的研究。如果患者耽误使用溶栓介入治疗,还需要重点选择药物。中西医结合治疗急性心肌梗死能使患者的心肌损伤降低,避免发生并发症。其中,中医则通过化痰活血、扶正祛邪等方法。且紫杉醇涂层支架的产生在预防冠心病方面被应用,中医药在植物药中也被潜在推广,适合现代医学的进一步思考。

2 中西医结合治疗急性心肌梗死的临床应用

2.1 急性心肌梗死急性期的中西医结合治疗

急性心肌梗死发生后,在几个小时以内会发生T波高尖,是一种超急性期,后期在几个小时以后,会导致T波和抬高的ST段形成一种单向的曲线,则为损伤期,其中的ST段抬高情况在几天内就能恢复。随后在24小时-48小时之间发生异常,这种情况为坏死期,当ST段抬高消退T波为倒置情况的时候,大约在2周以及3周不断加深,随后逐渐恢复正常。如果发现QRS、ST和T的变化情况趋于稳定后,则说明心电图上的急性期已经过去^[1]。对于急性心肌梗死,是在冠状动脉粥样硬化条件下,导致粥样斑块发生破裂、出血以及形成血栓等,也可能因为冠状动脉痉挛受到影响,导致冠状动脉为急性闭塞现象。在这种闭塞情况下,患者的左冠状动脉前降支、左冠状动脉回旋支的血管明显缺血,结构发生不可逆性,演变为坏死现象。如果心肌梗死疾病会影响到心壁内层,则发展为心内膜下心肌梗死。如果心肌梗死累及到心壁的一半以上,则发展为透壁性心肌梗死。当缺血性坏死的心肌发生自律性的增高情况,则说明为心律失常,患者的收缩功能发生障碍,且血流动力学改变明显,甚至也会发生心力衰竭以及休克等情况。更为严重的情况,也会发生心肌破裂、乳头肌断裂等。

在对急性心肌梗死治疗中,需要按照4D原则。也就是患者及

时就医、医生综合分析患者的病情、给出治疗决定、选择合适的治疗药物。具体的治疗措施为:

2.1.1 一般治疗

主要为吸氧、镇痛治疗,在舌下含硝酸甘油或者口服阿司匹林等^[2]。

2.1.2 溶栓治疗

从临床实际效果分析,近几年溶栓治疗对急性心肌梗死治疗十分关键。尿激酶、链激酶等能转换存在活性的纤溶酶,其溶解纤维蛋白和纤维蛋白原作用都比较强,也能有效控制纤溶酶抑制物,当发生血浆纤溶激活状态的时候,则为血栓溶解。但是,这类药物实际应用期间,由于会面临出血、过敏以及再通率较低的特点,导致应用受限。rt-PA是一种基因重组的组织型纤溶酶原激活剂,在人体内为主要的纤溶酶化合物,当和纤维蛋白相互结合后,血栓自身的纤溶酶原会转换为纤溶酶,以达到血栓溶解的目的。该药物不会将循环中的纤溶酶原激活,不会发生出血等不良情况。但是,实际应用期间半衰期比较短,也可能发生再闭塞等现象,还需要肝素给予预防。从临床实际情况分析,静脉溶栓治疗和传统的内科药物治疗比较,病死率不断降低。当前人们还在探索新的溶栓剂,确保获得再灌注率高、迅速以及出血率较低,致力于溶栓剂对纤维蛋白发挥较强的特异性,如:葡激酶、组织型纤溶酶原激活剂(t-PA)缺失变异体。对于血小板Gp IIb/IIIa阻滞剂,能独立于溶栓剂,能提高TIMI血流,减少远端微血栓的形成,也能对血小板激活情况予以控制,保证缩血管物质释放不断减少,促使再灌注的改善^[3]。

2.1.3 内科介入治疗

如果是高危、溶栓治疗不适合针对存在泵衰竭、心源性休克的患者,需要应用急诊PTCA、支架术以及外科血管再通术治疗。有研究发现急诊介入治疗急性心肌梗死的效果较溶栓治疗好,但是,该方法需要在患者发病6-12小时以内完成^[4]。影响介入手术效果的因素为术后再狭窄,应用的各个包被支架有效降低了再狭窄率,临床应用十分安全。在介入治疗前后,合理使用抗血小板药物,能使支架内血栓形成率、急性闭塞发生率降低,也能通过改变血小板膜阻断纤维蛋白原和膜上糖蛋白受体,在预防血管内血栓中十分重要。但是,因为能降低粒细胞,实际应用受限。氯吡格雷在该方面的作用有效降低,但价格比较高。在介入治疗中,肝素的使用能有效降低大面积心肌梗死,避免栓塞率的产生,适合应用于rt-PA溶栓患者,经静脉输注患者梗死的动脉开发,在急诊的PTCA患者、支架后患者治疗中效果良好,能有效预防再狭窄。低分子肝素和很多的肝素比较优势较大,存在较强的活血小板作用,减少性紫癜发生率,且存在良好的生物利用度,半衰期延长^[5]。

2.1.4 内科药物

硝酸甘油能够使冠状动脉不断扩张,促使心肌缺血的改善,止痛作用明显,且能使梗死面积缩小,患者的AMI血流动力学、左心

室收缩功能也会逐渐改善。患者入院的 24 小时-48 小时, 静脉输注 10-20ug/min, 患者症状能减轻, 且 AMI 病死率也会降低。 β 受体阻滞剂能使患者的病死率降低, 在实际应用期间可以从小剂量开始。对于血管紧张素转换酶抑制剂, 应用于早期无低血压、无禁忌症的患者, 在一定时间内给药, 则患者预后能有效改善, 如果患者服用时间超 1 年, 也能避免左心室的重构。但是, 可能发生干咳等不良反应, 可以应用血管紧张素转换酶受体拮抗剂代替应用^[6]。

2.1.5 并发症治疗

如果患者出现多源性早搏、室性心动过速以及心室颤动等情况, 可以应用利多卡因、胺碘酮给予静脉输注。如果患者情况紧急, 则需要心外叩击、电转复等。当患者为单发性以及频发性的室性早搏, 不适合药物处理。患者因为室上性心律失常, 会给心肌供血、血流动力学等带来较大影响, 这种情况则考虑使用洋地黄类药物。如果心律失常缓慢, 则适合应用阿托品、氨茶碱给予静脉输注, 必要情况下安装起搏器。如果患者为心力衰竭、心源性休克等情况, 综合患者病情, 选择具备强心、利尿以及扩血管的药物。在对患者实际治疗中, 不仅要吸氧、呼吸管理, 还需要改善患者的酸碱平衡、解决血容量不足等情况, 对血管扩张剂硝普钠、正性肌力药物等合理应用^[7]。

中医学认为, 急性心肌梗死属于“心痛”、“胸痹”范畴, 多表现为气阴两虚。治疗中如果患者还伴有心源性休克、低血压, 则选择参汤、生脉散等。如果患者为心律失常则应用苦参、黄连以及元胡等药物。介入治疗方法能使患者的组织器官功能不断改善, 对受损结构进行修复, 但也可能使功能损伤更严重, 发生心肌缺血再灌注损伤。该情况多是因为大量的有害物质随血流到达组织, 使组织细胞损伤更严重。而中医药经有效干预效果良好。有研究发现, 在急性心肌梗死早期, 10 天以内使用黄芪、川芎、赤芍、当归、桃仁、红花和竹叶、酸枣仁等^[8]。到 11 天到 30 天增加党参、麦冬, 发现药物能抗脂质、过氧化, 实现自由基的消除, 也能对缺血和再灌注损伤有效预防。并且, 在对急性心肌梗死后的心律失常治疗中, 经溶栓和参麦液静脉, 能使患者的心功能不断改善。在处理急性心肌梗死并发症中, 遵循扶正祛邪原则。在患者伴有心源性休克、心功能不全以及低血压情况时, 可以增加参芪类制剂, 保证患者的心排量不断增加, 发挥扩张冠状动脉的作用, 有效降低病死率, 保证患者梗死面积不断缩小^[9]。

2.2 急性心肌梗死恢复期的中西医结合治疗

由于心肌细胞的再生能力比较差, 当发生急性心肌梗死后被纤维疤痕取代, 在急性心肌梗死进入到恢复期的时候, 一般是发生急性心肌梗死 4 周以后。在为急性心肌梗死提供二级预防中, 需要指导患者长期服用阿司匹林, 使用 1 年 ACEI 制剂, 以促使患者的心室重建。结合冠状动脉缺血情况, 可以选择 β 受体阻滞剂、钙拮抗剂等。要求患者严格控制盐量, 戒烟、控制高血压、高血脂等。冠心病患者如果接受过介入治疗方法, 在血脂控制方面也需要更严格^[10]。对于心血管疾病来说, 糖尿病为其中的主要影响因素, 控制血糖也是非常重要的。如果急性心肌梗死患者在后期发生心功能不全、心律失常等并发症, 在药物应用期间, 要避免给心肌梗死疾病带来影响。如: 针对心功能不全患者, 药物应用 β 受体阻滞剂。心

律失常患者不能选择短效钙拮抗剂, 以免影响患者预后。急性心肌梗死患者经介入治疗、溶栓治疗, 为了避免发生再闭塞情况, 可以应用阿司匹林、氯吡格雷等抗血小板药物^[11]。

从中医学角度分析, 发现急性心肌梗死属于本虚, 多表现为气阴两虚, 治疗一般选择能够活血化瘀、益气养阴的药物。如果急性心肌梗死患者后期发生心功能不全, 中医认为属于喘证、水肿, 则治疗可以应用四君子汤、春泽汤加减治疗。如果急性心肌梗死后发生心律失常疾病, 则中医认为属于眩晕、胸痹范畴, 治疗应用黄连阿胶汤。对于参与介入治疗的急性心肌梗死患者, 重点为预防再狭窄。有研究在血府逐瘀汤基础上增加川芎、赤芍, 证明该药物在治疗中效果良好。因为形成的再狭窄一般和平滑肌细胞增殖、胶原蛋白合成有很大的关系, 其中的川芎、赤芍能抗血小板聚集, 发挥抗炎作用, 也能避免发生平滑肌细胞增殖、减少胶原蛋白的合成^[12]。

总结:

目前, 临床上研究急性心肌梗死的内容较多, 且中西医结合治疗方面的研究也不断增多。急性心肌梗死作为临床心脏突然停搏供血疾病, 治疗中不仅要西医角度分析, 还需要和中医结合, 以保证获得良好的治疗效率。

参考文献:

- [1]苗雨丽.中西医结合治疗急性心肌梗死后心绞痛的疗效观察[J].中国现代药物应用,2023,17(2):150-152.
- [2]罗俊,赵帅宗,李雪源,等.中西医结合心脏康复在急性心肌梗死 PCI 术后患者中的疗效观察[J].浙江临床医学,2022,24(3):373-375.
- [3]韦冬梅,何汉康,朱仕现,等.中西医结合 I 期心脏康复在急性心肌梗死 PCI 术后病人中的应用效果[J].中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(14):2312-2316.
- [4]苗雨丽.中西医结合治疗急性心肌梗死合并应激性高血糖的临床效果研究[J].中国现代药物应用,2022,16(24):154-156.
- [5]王保红.对接受溶栓治疗的急性心肌梗死患者实施中西医结合治疗对其心功能的影响[J].当代医药论丛,2021,19(9):184-185.
- [6]廖鹏达,李慧,郭力恒,等.《急性心肌梗死中西医结合诊疗指南》制定的思考[J].中国中西医结合杂志,2022,42(7):873-876.
- [7]梁灿,董锦莲.中西医结合绿色通道对急性心肌梗死病人住院时间及不良事件发生率的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(2):217-219.
- [8]陈文璐,张婧,徐晓辉.中西医结合治疗预防急性心肌梗死 PCI 术后无复流效果及对血清学指标影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(32):3597-3600.
- [9]夏永泉.中西医结合治疗急性心肌梗死经皮冠状动脉介入术后伴心源性休克疗效观察[J].实用中医药杂志,2020,36(3):354-355.
- [10]方玲.中西医结合特色护理对急性心肌梗死 PCI 术后患者生活质量的影响[J].光明中医,2020,35(18):2941-2943.
- [11]刘云,董剑廷.中西医结合治疗急性心肌梗死心绞痛临床观察[J].西部中医药,2019,32(1):83-86.
- [12]吕娜.中西医结合护理干预在急性心肌梗死恢复期患者中的应用效果观察[J].首都食品与医药,2019,26(21):176.