

◆临床研究◆

参麦注射液联合西药治疗急性心肌梗死合并心源性休克疗效观察

李伟华¹, 李振兴², 李聪²

1. 山东省医学科学院附属医院急诊科, 山东 济南 250031; 2. 菏泽市中医医院, 山东 菏泽 274000

[摘要] 目的: 观察参麦注射液联合常规西药治疗急性心肌梗死合并心源性休克的临床疗效。方法: 将 80 例急性心肌梗死合并心源性休克的患者随机分为 2 组, 各 40 例。对照组给予常规西药治疗, 观察组在对照组治疗基础上加用参麦注射液治疗, 2 组均连续治疗 5 天。观察比较 2 组治疗前后 24h 尿量、平均动脉压 (MAP)、心率及总有效率。结果: 治疗后, 2 组 24h 尿量、MAP、心率均较前明显改善, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组各项指标明显优于对照组, 与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 参麦注射液联合常规西药治疗急性心肌梗死合并心源性休克, 可显著缓解患者临床症状及体征, 改善患者 24h 尿量、MAP 及心率, 提高临床有效率。

[关键词] 急性心肌梗死; 心源性休克; 参麦注射液

[中图分类号] R542.2²

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2016) 09-0012-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.09.007

心源性休克(cardiogenic shock, CGS)是急性心肌梗死(acute myocardial infarction, AMI)最危重的合并症, 发生率为 2.5%~20%, 是 AMI 院内死亡的首要原因, 死亡率高达 90%^[1]。笔者采用参麦注射液联合常规西药治疗 AMI-CGS 患者, 取得了满意的效果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《心脏病学实践 2007》^[2]中关于 AMI-CGS 的诊断标准: ①患者出现烦躁淡漠, 神志不清, 呼吸浅快, 皮肤苍白, 四肢厥冷, 肢端末梢发绀, 大汗淋漓, 脉细速等表现, 尿量 < 400 mL/d 或 < 20 mL/h, 无呼吸困难, 深吸气时可有颈静脉怒张表现, 听诊肺部无啰音; ②收缩压 (SBP) < 90 mmHg, 舒张压 (DBP) < 60 mmHg, 或平均动脉压 (MAP) 较基础值降低 30% 以上, 心指数 (CI) < 1.8 L/(min·m²), 肺动脉楔压 (PCWP) $> 18 \sim 20$ mmHg, 左室舒张末压 (LVEDP) > 20 mmHg; ③心电图提示右胸导联 ST 段抬高。

1.2 辨证标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[3]中心虚脱证标准: 心悸喘促, 呼吸急促, 烦躁不安, 精神萎靡, 尿少或无尿, 舌淡、苔白, 脉沉细欲绝等。

1.3 纳入标准 ①年龄 35~85 岁, 首次发病。②符合以上诊断标准及辨证标准。③自愿签署知情同意书者。

1.4 排除标准 ①其他原因所致血压降低: 如大量呕吐、利

尿、严重心律失常、代谢性酸中毒、严重过敏、感染、出血性休克、使用心肌抑制药物等情况; ②严重肝、肾等重要器官损害者; ③孕产妇、依从性者及药物过敏者。

1.5 一般资料 选取 2015 年 1 月—2016 年 1 月在本院住院治疗的 AMI-CGS 患者, 共 80 例, 男 40 例, 女 40 例; 年龄 35~85 岁, 平均(62.5±5.4)岁。按照随机对照原则分为 2 组各 40 例。2 组患者在性别、年龄等基线资料方面比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 对照组 采取常规西医治疗, 具体措施如下: ①一般治疗: 绝对卧床, 严密监测心电、呼吸、尿量、血气、血流动力学等指标。止痛: 盐酸吗啡注射液(商品名称: 史尼康; 国药准字 H21022436; 麻醉药品和精神药品生产定点批件号: TD2010-0006; 生产企业: 青海制药有限公司), 3~5 mg, 静脉注射; 同时给予鼻管或面罩吸氧, 氧分压 < 50 mmHg 者须行气管插管, 呼吸机辅助呼吸, 氧浓度维持在 40% 左右为宜, 同时保持氧分压在 70~120 mmHg。②溶栓治疗, 阿司匹林肠溶片(商品名称: 拜阿司匹灵, 进口药品注册证号: H20090978; 生产企业: Bayer S.P.A), 每次 1 次 100 mg, 每天 1 次, 饭前口服; 硫酸氢氯吡格雷片[商品名称: 波立维; 进口药品注册证号: H20080268; 生产企业: 杭州赛诺菲安

[收稿日期] 2016-03-10

[作者简介] 李伟华 (1970-), 女, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合急诊。

(进口药), 每次 75mg, 每天 1 次, 口服; 达肝素钠注射液(商品名称: 法安明; 规格: 1.25 万 iu/支, 2 mL; 批准文号: 002735H00; 生产企业: 常州千红生化制药有限公司), 每天 1 次, 皮下注射抗凝治疗; 补充血容量, 使用血管活性药物; ③纠正酸碱平衡紊乱及电解质紊乱; ④早期行再灌注治疗, 实施血运重建术, 采用主动脉内球囊反搏术(IABP)等机械装置辅助循环; ⑤积极对症支持治疗; ⑥防治并发症、重要脏器损害及弥散性血管内凝血(disseminated intravascular coagulation, DIC)、继发感染等。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上另予参麦注射液(大理药业, 100 mL/瓶), 首次 60 mL, 静脉滴注, 后予 5 mL/h 维持

泵入。1 天为 1 疗程, 观察 5 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察比较 2 组治疗前后 24h 尿量、平均动脉压(MAP)、心率。

3.2 统计学方法 运用 SPSS16.0 统计软件处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 *t* 检验; 计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 结果

2 组治疗前后 24h 尿量、MAP、心率比较, 见表 1。治疗后, 2 组 24h 尿量、MAP、心率均较前明显改善, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组各项指标明显优于对照组, 与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组治疗前后 24h 尿量、MAP、心率比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 24h 尿量(mL) | | MAP(mmHg) | | 心率(次/min) | |
|-----|----|------------|-------------------------|------------|--------------------------|--------------|---------------------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 40 | 418 ± 45 | 1072 ± 273 ^① | 63.2 ± 6.3 | 95.5 ± 9.2 ^① | 139.3 ± 17.5 | 105.3 ± 10.5 ^① |
| 观察组 | 40 | 420 ± 47 | 1478 ± 249 ^② | 61.7 ± 5.8 | 108.3 ± 7.9 ^② | 142.1 ± 18.2 | 82.7 ± 9.4 ^② |

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

5 讨论

CGS 是指由于心室泵功能损害而导致的休克综合征, 是心脏泵衰竭的极期表现, 而 AMI-CGS 为临床上最常见的 CGS, 住院病死率在 50%~60%, 且长期生存率极低。在过去 30 年内, AMI-CGS 发生率保持在 7% 左右, 近 10 年来随着全球医疗技术的提升, 早期血管重建技术也得到充分发展和应用, AMI-CGS 的发生率已较前有所下降^[3-4]。古籍《灵枢·厥病》有云, “真心痛, 手足清至节, 心痛甚, 旦发夕死, 夕发旦死。” CGS 属中医学厥脱证范畴, 主症心悸胸痛、冷汗、肢厥、脉微, 是 AMI 首要致死因素。中医治疗 AMI 已逐渐得到临床重视, 急性期以治标为主, 其气机骤闭、邪实闭脉, 急症时给予益气固脱, 缓解期宜活血补气, 益气养阴为主^[5]。

参麦注射液的主要成分为红参和麦冬, 具有益气固脱, 养阴生津之效, 红参补气、固脉; 麦冬为百合科麦冬的干燥根块, 味微苦、性微寒, 主归于心肺胃经, 有养阴、生津、清心、润肺之功效, 二药提取物组成的参麦注射液具有益气回脱、生脉强心的作用。药理学认为红参含人参皂昔, 增强心肌收缩力, 有与强心昔极为相似的强心作用, 还能改善微循环, 扩张血管, 起到升压、稳压的作用^[6-7]; 并能消除氧自由基, 抑制脂质过氧化反应以达到部分减轻缺血缺氧对心肌的损伤。麦冬主要成分为皂苷类化合物, 具有改善心血管功能、调节免疫功能、抗衰老等功效。两药合用有较好的强心、扩冠、抗休克的作用。本观察表明, 治疗后, 2 组 24h 尿量、MAP、心率均较前明显改善, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组 24h 尿量、MAP、心率, 明显优于对照组,

与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。证实参麦注射液联合常规西药治疗 AMI-CGS 可显著缓解患者临床症状及体征, 改善患者 24h 尿量、MAP 及心率, 提高治疗有效率, 安全可靠, 值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 胡大一, 马长生. 心脏病学实践 2007[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 8-18.
- [2] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [3] 杨震, 贾绍斌, 王学忠, 等. 急性心肌梗死合并心源性休克的诊断及治疗进展[J]. 心血管病学进展, 2012, 33(6): 763-767.
- [4] 郝芳. 急性心肌梗死合并心源性休克病人临床特点分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12(2): 249-251.
- [5] 郭力恒, 曾影红, 李松, 等. 张敏州教授病证结合治疗急性心肌梗死经验介绍[J]. 新中医, 2007, 39(4): 10-11.
- [6] 冯明瑞, 梁伟清. 参麦注射液治疗心肌梗死性低血压的临床观察[J]. 医学信息, 2014, 23(7): 318.
- [7] 黄美施. 参麦注射液对急性心肌梗死病死率及其并发症影响的 Meta 分析[D]. 广州: 南方医科大学, 2009.

(责任编辑: 马力)