

中医院急性心梗救治与胸痛中心建设

▲ 广东省中医院胸痛诊疗中心
郭力恒 吴广平 周袁中 张敏州



郭力恒 教授

中医救治急性胸痛特别是急性心肌梗死，通过病证结合、益气活血等方法，减少缺血再灌注损伤、保护心功能、调节凝血系统，取得了一定的成效，成为现代医学的良好补充。然而，中医院整体上对于急性胸痛的敏感度、流程管理，还有待完善。部分医院对反复胸痛患者，不检查，不会诊，一味的“辨证论治”，存在医疗风险。

中医院需要现代医学技术手段进行辅助诊断。辨证要以辨病为基础。胃炎和不典型心梗，起病症状可能类似，但治疗和预后相差甚大。介入技术明确血管情况，为进一步的中西医结合治疗提供了依据。

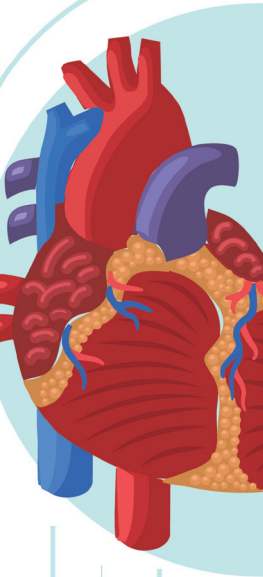
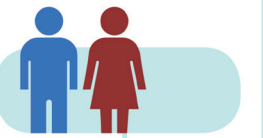
中医院需要现代医学技术手段进行辅助治疗。开通闭塞狭窄病变，无疑是具有时代的先进性。但介入具有风险和副作用，也不能解决所有问题。通过中西医结合，吸收现代技术，结合中医辨证治疗，可以让患者得到最佳的诊疗方案。闭塞狭窄病变导致血流受阻，不通则痛，通则不痛，验证和深化了中医理论。

中医院需要胸痛中心优化流程，规避风险。高危胸痛快速诊断和治疗是急诊和相关专科处理的难点，也是医疗纠纷的高发领域。为改善胸痛患者诊疗流程，在中医院开展胸痛中心建设，不仅可以提高心血管的救治观念和水平，也对医院相关学科和整体医疗水平具有推动和促进作用。

1998年，广东省中医院在全国中医院中最早开展冠心病介入治

疗，2010年又成立了胸痛中心。这是广东省首家胸痛中心，也是全国中医院的首家胸痛中心。胸痛中心通过制度保障、流程优化，将介入与中医药有机结合，减少死亡率，缩短住院时间，控制医疗费用，具有现实意义。

随着医疗技术的进步，大众健康的普及，医疗法规的完善，对急性心梗的诊治提出了更高的要求。提高中医院急性胸痛诊疗水平，合理使用医疗资源，降低死亡率和致残率，不仅是医疗问题，也是关系中医药发展和和谐社会建设的政治问题。中医院应该多学科合作，积极配合，建设胸痛中心，发挥中医方面的优势，与西医治疗互相结合，使患者得到最佳的诊疗方案。



制图/张雨萌

加载中医药干预 ACS

临床优势探讨与证据

▲ 天津中医药大学第一附属医院心内科 毛静远



毛静远 教授

我国每年因心血管病死亡的患者中，半数是由急性冠状动脉综合征(ACS)所致。尽管采取多种药物、冠脉介入及搭桥术等治疗手段，ACS患者的预后仍需进一步改善。在此背景下，中医药被广泛地加载应用于ACS治疗，相关临床研究的广度和深度均不断拓展，研究的数量、质量和水平均不断提高，相关理论认识不断深入，临床疗效也得到业界的高度重视。

ACS 中医证候特征

目前多认为ACS属中医“胸痹”、“心痛”、“真心痛”等范畴。基于文献回顾、专家调查及临床流调的研究显示：

ACS多属本虚标实、虚实夹杂之证，本虚以气虚多见，标实以血瘀多见，痰浊证明显增多；气虚血瘀、气虚痰瘀、

痰瘀互结证成为当代ACS的主要病机；不同ACS类型的中医证候各具特点，中医干预会影响ACS的证候演变。

ACS 中医治疗原则

中医药干预ACS多是基于“病证结合”的“辨证

论治”，治疗多以益气活血为主，在此基础上根据辨证

加用化痰、清热、理气、通络、温阳、滋阴之品等。

ACS 中医药治疗优势

系列的临床研究及系统评价显示，加载中药治疗ACS安全、有效，且可更好地改善患者的生存质量和远期预后。治疗药物涵盖了不同类型制剂如血栓通、通心络胶囊、麝香保心丸等口服中成药，血府逐瘀汤等中药汤剂，丹红注射液、血塞通、疏血通、生脉注射液、参麦注射液等静脉制剂，川芎嗪、丹酚酸B等中药成分等。同时，这些研究也从不同角度揭示了中医药干预ACS的潜在优势。

中医药干预 ACS 的优势

- ★ 降低主要心血管事件发生率；
- ★ 提高生存质量；
- ★ 降低PCI术后再狭窄发生率；
- ★ 改善PCI术后心肌血流灌注；
- ★ 改善阿司匹林/波立维抵抗；
- ★ 可能降低患者医疗费用。

近年来，加载中医药干预ACS的研究成果开始发表在国际杂志上，同时，相关中西医结合诊疗专家共识也在不断发布，体现了研究

整体水平的不断提升。下一步，还需在既往研究成果的基础上开展更多高质量的临床研究，以获得更加可靠的临床证据。

心肌梗死再灌注损伤与中医药研究

▲ 广州市心肌梗死中医药防治重点实验室 祁建勇

广州市心肌梗死中医药防治重点实验室，成立于2015年2月，隶属中国中医科学院广东分院，广州中医药大学第二临床医学院、广东省中医药科学院的重点实验室。经过数年的建设，实验室发展初具规模，拥有国际先进的仪器设备，重点研究中医药防治心肌梗死后缺血再灌注损伤和心室重构，初步揭示了益气活血中药在防治心肌梗死的重要机制，为中医临床治疗提供依据与新思路。

心肌缺血再灌注损伤，是心梗介入术后并发症，严重影响患者术后生存时间与生存质量。目前对再灌注损伤的认识，主要集中在钙超载、血管内皮损伤、中性粒细胞浸润等。中医认为，气虚、痰浊、血瘀是心梗的重要病机，依据国医大师陈可冀院士“血瘀证”理论、国医大师邓铁涛教授“心脾相关”理论，笔者采用相应治法进行干预（益气/化痰/活血）。研究发现，益气活血复方中药通冠胶囊可显著减少小鼠

心肌缺血再灌注损伤，降低再灌注心律失常发生。化痰通络复方中药丹萎片，可呈剂量依赖性地减少再灌注后心梗面积。另外，活血组分之一，丹参多酚酸盐，可通过抑制磷酸化ERK1/2，而非AKT通路改善再灌注损伤。另一活血组分丹参酮IIa，可通过雌激素受体通路抑制胶原合成；也可通过TGF-β/SMAD4通路抑制Ang II诱导的心肌成纤维细胞增殖，从而改善心室重构。

心梗冠脉阻塞，酸中

毒发生，细胞膜钠/钙通道受抑，钠氢泵激活，排氢摄钠，激活钠钙泵反向运转，排钠摄钙，导致钙超载；再灌注时酸中毒改善，钠/钙通道激活，钠钙内流增加，进一步加重钙超载。笔者团队初步构建了再灌注损伤计算机仿真模型，研究提示丹参多酚酸B可通过I Na/Camk II通路抑制再灌注损伤。

通过基础研究，初步揭示益气活血、化痰通络中药治疗心梗再灌注损伤的分子机制，今后将进一步结合计算机仿真模型，



祁建勇 教授

预测中医药对再灌注损伤的作用，并结合动物实验，验证相关机制。将传统中医药理论、有效方药与先进的仿真技术、稳定的动物模型紧密结合，这正是笔者心梗实验室的研究目标与特色，必将推动中医药改善急性心梗死预后和心脏介入术后的机制研究，促进临床、基础和新药研发的转化医学平台建立。