

周宜强 李显成 韩群英 主编

疑难危重病证临床研治新论

中国医药科技出版社

疑难危重病证临床研治新论

周宜强 李显成 韩群英 主编

中国医药科技出版社

登记证号:(京)075 号

图书在版编目(CIP)数据

疑难危重病证临床研治新论/周宜强主编. —北京:中国医药
科技出版社,1996. 10

ISBN 7-5067-1620-8

I 疑 II 周 III 疑难病: 险症—治疗 IV. R45

中国版本图书馆 CIP 数据核字(96)第 14819 号

内 容 提 要

为适应当今临床医务工作者诊治疑难危重病证的需要,本书着重就内科常见的 37 种疑难危重病证分别从病因病理分析、分型方法探讨、辨证选药、专病专方及单味中草药研究、中西医结合治疗、中医药临床思路与方法等诸方面进行专题论述。中西合参,内容翔实,实用性强,可供广大医务工作者,医学院校师生学习参考。

*

中国医药科技出版社
(北京西直门外北礼士路甲 38 号)
(邮政编码:100810)

河南省郑州市郑航印刷厂印刷
全国各地新华书店经销

*

850×1168mm 32 开本 11.88 印张
字数 300 千字 印数 1—2000 册
1996 年 9 月第 1 版 1996 年 9 月第 1 次印刷

ISBN 7-5067-1620-8/R·1414

定价:22.00 元

《疑难危重病证临床研治新论》

编 委 会

主 编	周宜强	李显成	韩群英
副主编	仝选甫	李 强	崔应麟
	朱明军	张文学	张 燕
	高 萍	李德峰	牛喜伟
	行清椿		

编 委 (按姓氏笔划排列)

马纯正	王 勇	王亚平
王尚金	勾祥辉	卢永兵
孙 君	李文仙	库玉华
连林芳	张建峰	赵达安
赵建军	梁香娥	韩景荣

自序

疑难危重病，罹患者沉痾难除，苦不堪言。治疗者药不逮疾，颇感棘手。历代名家诸贤精勤不倦，著书立说，宏篇巨著，为疑难危重病的治疗积累了丰富的文献资料，成为中医学宝库中的重要组成部分。然而这些资料多散见零碎，不成体系，论述也不够精详。有鉴于此，查阅了大量的古今文献及现代最新研究成果，探微索隐，条分缕析，并结合自己的临床经验，编著了这本《疑难危重病证临床研治新论》。徐灵胎云：“有一病必有一主证。”这里的“证”就是指病机而言。如胸痹（冠心病）之“阳微阴弦”即说明了其病为正虚邪实。知其病机，方可据证立法，依法组方，按方遣药。如此理法方药，丝丝入扣，才会有好的疗效。目前临证为医者，审证不求因，治病不辨证，杂药乱投，见症施药，渐成流弊，“谨守病机，各司其属”之古训已成空话。见炎症便用二花、连翘，逢便秘乃投大黄、芒硝，似乎成了一成不变的公式，把中医临床引入了歧途，此种现象当引起同仁的高度重视。此书的显明之处就是首探疑难危重病的病机，在正确认识病机的基础上，系统辨证论治，再参以当今中西医结合的最新研究成果及作者的独到临床经验，从各方面对每一病进行了全面而精辟的论述。尤其是对某些病还提出了治疗的思路和方法，实为新颖之处。唐代王冰谓：“将升岱岳，非径奚为，欲旨扶桑，无舟莫适。”有了明晰的辨治疾病的思路和方法，就能胸有成竹，有的放矢。在错综复杂的病理变化中，准确辨证，恰当用药，达到左右逢源，圆机活法的境界，而不蹈“虚虚实实”之覆辙，此乃本书独到之处。点滴之论，权作为序。

周宜强

1996年6月于郑州

前 言

中医疗效是中医学术赖以生存和发展的基础,提高临床疗效关键是要提高辨治疑难危重病证的水平。对于疑难危重病证无论理论研究或临床实践,已经过数十年乃至数百年之实践,皆有不断充实和发展。尤其是近些年来发展更快,但由于这些理论和经验多散在于文献医籍之中,或掌握于名医之手,或散在于民间,对于研究提高防治疑难危重病证多有不利,故撰此书,旨在为促进中医学术之发展献微薄之力。

本书对每一病证,除广撷精华,汇当今医林名宿治疗某一病证之独特经验于一帙外,又结合作者临症治疗体会,现代研究最新进展,对每一病证,从理论到实践,从名方到单味药物,从古代文献到现代研究等娓娓而谈,力争做到详尽透彻。冀以达到具有理论价值、实用价值和文献价值的中医专著。

书成不揣浅陋,错误不当之处在所难免,敬希同道斧正。

编者

1996年6月

目 录

一、心肌梗塞	(1)
二、冠心病心绞痛	(11)
三、病态窦房结综合征	(25)
四、慢性风湿性心脏瓣膜病	(33)
五、慢性心功能不全	(41)
六、急性肾炎	(64)
七、慢性肾炎	(69)
八、急性肾功能衰竭	(76)
九、慢性肾功能衰竭	(84)
十、乳糜尿	(93)
十一、肝硬化	(99)
十二、乙型病毒性肝炎	(108)
十三、慢性萎缩性胃炎	(116)
十四、急性胰腺炎	(123)
十五、胆石症	(128)
十六、胃与十二指肠溃疡病	(137)
十七、慢性非特异性溃疡性结肠炎	(143)
十八、脑瘤	(150)
十九、原发性肝癌	(158)
二十、食管癌	(167)
二十一、肺癌	(181)
二十二、胃癌	(190)
二十三、大肠癌	(200)
二十四、艾滋病	(208)
二十五、高脂血症	(233)
二十六、肥胖病	(239)
二十七、癫痫	(244)
二十八、糖尿病	(252)

二十九、糖尿病性脑血管病·····	(264)
三十、糖尿病合并高血压·····	(270)
三十一、糖尿病性肾病·····	(274)
三十二、支气管哮喘·····	(283)
三十三、高血压病·····	(292)
三十四、急性脑血管病·····	(306)
三十五、偏头痛·····	(316)
三十六、急性白血病·····	(323)
三十七、慢性白血病·····	(348)
三十八、病毒性肝炎的临床研究指导原则·····	(360)
三十九、原发性肝癌的临床研究指导原则·····	(368)

一、心肌梗塞

心肌梗塞(myocardial infarction)是冠状动脉闭塞,血流中断,使部分心肌因严重的持久性缺血而发生局部坏死。一般认为,本病即中医学所称之真心痛。有并发症者,则又可并入厥证、脱证等范畴。

心肌梗塞在欧美发病率较高,美国随访 26 年的资料显示,35~84 岁人群中年发病率男性为 71%,女性为 22%;其中 55~64 岁组男女性分别为 91%和 25%,65~70 岁组分别为 119%和 51%,75~84 岁组分别为 168%和 90%。每年约有 80 万人发生心肌梗塞,45 万人再梗塞。本病在我国不如欧美多见,据北京、上海、哈尔滨、广州、河北、辽宁、黑龙江等地 70 和 80 年代的资料,年发病率为 0.2%~0.6%,其中城市高于农村,各地比较以华北地区最高,可能与气候寒冷有关。本病男性多于女性,国内资料比例在 1.9:1 至 5:1 之间。患病年龄在 40 岁以上者占 87%~96.5%,女性发病较男性晚 10 年左右,男性患者高峰年龄为 51~60 岁,女性则为 61~70 岁,随年龄增长男女比例的差别逐渐缩小。60%~89%的病人伴有或在发病前有高血压,近半数的病人以往有心绞痛。吸烟、肥胖、糖尿病和缺少体力活动者较易患病。本病在春、冬季发病较多,与气候寒冷、气温变化有关。发病时大多无明显诱因,常在安静或睡眠时发病;部分病人则发病于剧烈体力劳动、精神紧张或饱餐之后。此外,休克、出血与心动过速、用力大便亦可诱发。

病因病理分析

对于本病病因病理的认识,早在《金匱要略》中就有“阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也”的记载;巢元方有“心为诸

脏主而藏神,其正气不可伤,伤之而痛为真心痛”之说,均明确指出真心痛发病的内因为正气损伤。《素问·举痛论》中说:“寒气客于背俞之脉,则脉泣,脉泣则血虚,血虚则痛,其俞注入心故相引而痛”。《古今医鉴》提出心痹痛为素有顽痰死血,或因恼怒气滞所致,这些都说明了寒冷、精神刺激、饮食、瘀血等因素与本病的关系。心肌梗塞的病机特点为本虚标实,虚则主要表现在阳虚、气虚、阴虚;实则主要为由虚而导致的气滞、瘀血、痰阻等。年迈体虚之人,肾气渐衰,肾阳虚衰不能鼓舞五脏之阳,以致心气不足,或心阳不振,气血运行不畅;或肾阴亏虚导致阴血不足,血脉不利,久之皆可致心脉瘀阻发为本病。久患心悸、咳嗽、消渴等病,日久累及于心肾,阳衰阴盛,痰浊痹阻,气血不利,血脉凝滞不通而发真心痛。过食肥甘生冷,或饮酒过度致脾胃受损,运化失职,聚湿生痰,痰浊留滞,痹阻心脉而为病;亦有因伏案作业,终日思虑,少于运动,气机失畅,胸阳不展,易致痰浊瘀血阻滞为病;或思虑伤脾,聚湿生痰,凝阻胸膈,血脉运行不畅,痰瘀交阻而发生疼痛。寒邪内侵,凝滞心脉或情志过极,气机怫郁,血行瘀阻等也可发为本病。本病病机与心绞痛相似而更为严重,主要表现在两个方面:其一为邪气痹阻更甚,心脉闭塞不通,血流断绝,心失所养,故临床有剧烈胸痛持续不解的表现;其二为素体本虚,在本病发展过程中,往往较快出现脏腑亏损,以心的阳气不足为多见;若正不胜邪,还可以出现心阳欲脱之危候。

对心肌梗塞发病机理的研究认为,在冠状动脉粥样硬化病变的基础上并发血管腔内血栓形成、动脉内膜下出血或动脉持续性痉挛,使管腔迅速发生持久而完全的闭塞时,如该动脉与其它冠状动脉分枝间的侧枝循环原先未充分建立,即可导致该动脉所供应的心肌严重持久缺血,1小时以上即致心肌坏死。在冠状动脉粥样硬化、管腔狭窄的基础上,因出血、休克或严重的心律失常,致心排血量骤降,或因重度体力活动、情绪过分激动、血压急剧升高或用

力大便等引起左心室负荷剧增时也可使心肌严重持久缺血,引起心肌坏死。饱餐(特别是进食多量脂肪时)后血脂增高,血液粘稠度增高,引起局部血流缓慢,血小板易于聚集而致血栓形成;睡眠时迷走神经张力增高,使冠脉痉挛,都可加重心肌缺血而致坏死。心肌梗塞既可发生于频发心绞痛的病人,也可发生于原来并无症状者中。

分型方法探讨

对于本病的辨证分型必须基于对病因、病机、病位的正确认识,应以心的阴阳气血失调为中心,抓住阴阳、痰瘀及本虚标实的病机特点,但由于本病复杂多变,因而对其分型目前尚不一致。但根据1980年5月全国冠心病辨证论治研究座谈会制定的标准,分为痰浊(偏寒、偏热),血瘀,气滞,寒凝,阴虚(心阴虚、肝肾阴虚),阳虚(心阳虚、脾阳虚、肾阳虚),气虚(心气虚、肾气虚),阳脱八型。本标准对指导临床辨证施治具有一定的意义。

辨证选药

痰浊瘀阻者可选用化痰泄浊、活血化瘀之品,如二陈汤合桃仁红花煎:半夏、陈皮、枳壳、薤白、桃仁、红花、川芎、延胡索、瓜蒌皮、丹参、茯苓、甘草等。

气滞血瘀者可选用理气化瘀、通络止痛之品,用血府逐瘀汤加减:丹参、桃仁、当归、赤芍、川芎、川牛膝、红花、薤白、香附、郁金、柴胡、枳壳。

气虚血瘀者可选用益气化瘀药物,用补阳还五汤、黄芪桂枝五物汤:炙黄芪、人参、丹参、黄精、茯神、生龙骨、炙甘草、桂枝、当归、赤芍、川芎。

痰热内盛者可选用清热化痰药合活血药,如黄连温胆汤合小陷胸汤加味:黄连、陈皮、半夏、枳壳、竹茹、全瓜蒌、茯苓、丹参、赤芍、泽兰等。

肝肾阴虚挟瘀者,用生脉饮加味:人参、五味子、麦冬、炙甘草、

桃仁、红花、赤芍、玉竹、瓜蒌皮、玄参、生地、黄芪、丹参等。

心肾阳虚者,用参附汤合右归饮:人参、熟附子、桂枝、山茱萸、枸杞子、炙甘草、杜仲、熟地、淫羊藿。

心阳欲脱者,用红参、熟附子、龙骨、牡蛎等。

心肌梗塞病位在心,心主血脉,心病无不出现血脉运行障碍,故在选药时活血化瘀之品必不可少,常用的有丹参、赤芍、川芎、桃仁、红花、血竭、三七参、当归、牛膝等。

专病专方及单味中草药的研究

1. 生脉散 为益气养阴、扶正生脉的常用方。临床运用本方治疗心肌梗塞的报道和实验研究较多,疗效较为满意。如钱立平等运用生脉散加活血化瘀药(党参或人参、赤芍、麦冬、五味子、元胡、丹参),随证加减治疗 300 例急性心梗,同时予以心电监护和西药治疗,并设 391 例患者单用西药治疗作为对照组,结果病死率结合组与对照组分别为 12%、19.44%^[1];实验研究表明:生脉散有提高心肌 DNA 合成的作用,能使心肌梗塞范围迅速缩小,并能增加冠脉流量,改善心肌供血,调整心肌代谢,降低氧耗量,还能调节血压、改善循环,这些都说明生脉散对心肌梗塞的治疗有较好的作用^[2]。

2. 抗心梗合剂 由黄芪 30g,党参、黄精、郁金、赤芍各 15g,丹参 30g 组成,水煎浓缩制成合剂备用;另外将前 3 味中药制成益气注射液,后 3 味中药制成活血注射液;选用两种针剂各 10~20ml 溶于 10%葡萄糖液 200ml 静脉滴注,早晚各 1 次,连用 3~7 天,以后改为合剂,口服至第 8 周,具有较好的疗效^[3]。

3. 复方丹参注射液(每毫升含丹参、降香各 1.0g)10~20ml 加入低分子右旋糖酐 250~500ml 中静滴,每日 1 次,14 天为 1 疗程。

4. 川芎嗪注射液(每毫升含川芎嗪 40mg)80~120mg,加入 5%葡萄糖液 250ml 中静脉滴注,每日 1 次,10 日为 1 疗程。休息 1

~2天后再进行第2疗程。可用1~3个疗程。其副作用可引起谷丙转氨酶升高,停药后即可恢复。

5. 参脉极化液 参脉针20ml加入500ml极化液中静脉滴注,用于治疗急性心梗合并泵功能衰竭者有卓著功效。可根据病情连用1~3周。

6. 通痹消胀汤 用于急性心肌梗塞伴有腹胀的病人。药用全当归、木通、枳壳、薤白、桃仁、大黄(后下)各10g,莱菔子30g。若在饱餐后发病者加六神曲、山楂、麦芽;呃逆恶心者加代赭石、沉香、降香;习惯性便秘者加芒硝。水煎服,必要时隔0.5~2小时再服,可兼服冠心苏合香丸。

对心绞痛发作者可参考心绞痛一节选用抗心绞痛的中成药。

中西医结合治疗

(一)一般治疗

由于心肌梗塞病情危重,变化多端,恶化迅速,死亡率较高,故临床应积极进行抢救,采取中西医结合治疗。要做到立即监护,立即卧床休息,立即吸氧,立即开辟静脉通路,立即止痛。对急性心梗病人的治疗原则为:①限制梗塞的扩展和伸展,缩小梗塞面积;②抢救急性缺血的心肌;③促使侧支循环的建立;④防治并发症。因此应将急性心梗病人立即送入冠心病监护病房,监测心率、呼吸、血压、心律、血气、体温等。常规监护72小时,若有心律失常、心力衰竭、心源性休克者,则应延长监护时间,必要时可行血流动力学监测。患者要绝对卧床休息,避免情绪激动,一周后根据病情逐渐开始活动,可先在床上翻身,主动伸展四肢,继之采取半卧位至坐起,若无不良反应,再逐渐开始下床室内活动。经过顺利者,第三周或第四周末可出院。吸氧宜低流量($<6\text{L}/\text{min}$),或用面罩给氧,一般持续吸入3天即可。患者宜少吃多餐,低盐低胆固醇饮食,保持大便通畅,便秘者用通便灵胶囊2粒,每日3次口服,或用番泻叶泡茶喝。止痛可用罂粟碱30mg,肌注,或用杜冷丁50mg肌注;

无效者用吗啡 5~10mg 肌注,但有呼吸抑制及休克者不用。亦可用硝酸甘油 10mg 加入 10% 葡萄糖 500ml,以 150~100 μ g/min 速度静滴。

(二)溶栓疗法

溶栓疗法是近年来治疗急性心肌梗塞疗效显著的方法,有冠脉内溶栓和静脉内溶栓两种方法。静脉内溶栓简便易行,可作为急性心肌梗塞时再灌注的首选方法。目前主张大剂量、早期、短时间内静脉给药,具体方法为首次静滴尿激酶 100~150 万 u(或链激酶 150 万 u),然后用肝素钠维持出、凝血时间在原来的 1.5 倍左右即可。溶栓期间应监测心电图,每 15 分钟记全导程心电图 1 次,注意胸痛缓解、S-T 段变化、再灌注心律失常出现等冠脉再通的指征。溶栓疗法的适应症:①年龄在 70 岁以下;②梗塞发生在 6 小时内;③无用药禁忌症。溶栓疗法禁忌症:①各种出血性疾病;②有溃疡病史,3 个月内曾发生过出血;③严重高血压且不能排除有脑出血倾向者;④外科手术或分娩后 1 周内者;⑤严重肝肾功能不良者。

(三)抗凝疗法

用肝素钠 75~100mg,静滴。以后每 8 小时 50mg,用药 3 天后改为 12 小时 1 次,一般用药 7~10 天,禁忌症同溶栓疗法。亦可用阿斯匹林 75mg 每日 1 次或加潘生丁 50mg 每日 3 次口服,或用低分子右旋糖酐 200ml 静滴,每日 1 次,疗程为 10~14 天。

(四)抢救濒死心肌

限制梗塞范围扩展,可选用①促进心肌代谢药物如二磷酸果糖(FDP)、维生素 C、辅酶 Q₁₀、细胞色素 C、极化液疗法等;②糖皮质激素;③ β -肾上腺素能受体阻滞剂;④钙通道阻滞剂;⑤反搏术等。

(五)急性心肌梗塞并发症的治疗

急性心梗有三大并发症,即泵衰竭、心律失常和心源性休克。

这三个并发症是引起患者死亡的主要因素。

1. 泵衰竭(按 Kallip 分级目):

(1) I 级(代偿期):临床无明显心功能不全。主要针对急性心梗及其它并发症治疗。

(2) II 级(轻中度心功能不全):可选用①消心痛 10~20mg, 每 4~6 小时 1 次。②双氢氯噻嗪 12.5~25mg, 每日 2 次。③必要时可用地高辛每日 1 次, 每次 0.125~0.25mg。④开搏通 12.5~25mg, 每日 2~3 次, 尤其适于伴有高血压的患者。

(3) III 级(肺水肿):①速尿 20mg 静脉注射或肌肉注射。②硝酸普钠从 0.5~1.0 μ g/kg $\cdot$ min 开始;以后逐渐增加剂量;或用硝酸甘油滴注, 开始滴速为 5~10 μ g/min, 情况紧急时也可舌下含化硝酸甘油片剂 0.3mg, 必要时可重复 0.3~0.6mg。还可使用酚妥拉明 5mg, 从莫非氏滴管中滴入或以 0.1~2mg/min 的滴速静滴。③经上述处理心率仍较快, 尤其伴有室上性心律失常可用西地兰 0.2mg 稀释后缓慢静脉注射。

(4) IV 级(心源性休克):可用酚妥拉明 10mg、阿拉明 20mg、多巴胺 40mg, 加入 5%葡萄糖液 100ml 中静滴, 滴速视休克程度决定。

(5) V 级(心源性休克兼有急性肺水肿):可选用 III 与 IV 级泵衰竭治疗方案。

2. 心律失常:

(1) 窦性心动过速:心率 >110 次/min, 常为心衰及低心排出量或即将发生休克的征兆。但发热、感染、血液浓缩、血容量不足除外。应按心衰处理, 首选西地兰 0.2mg, 稀释后缓慢静注。对因交感神经张力过高引起窦性心动过速则用 β 受体阻滞剂治疗。

(2) 窦性心动过缓:窦性心动过缓可同时伴有室性早搏、低血压或心力衰竭, 用阿托品 0.5mg, 稀释后静注, 必要时间歇 5~10 分钟后可重复, 总量不超过 2mg。若心率 <40 次/min, 宜应用临时

性起搏器。

(3)房扑、房颤、阵发性室上速多见于心功能不全的病人。首选西地兰静注,如转复窦性心律或心室率减慢则可口服地高辛 $0.125\sim 0.25\text{mg/d}$ 维持。

(4)室性心律失常:包括室性心动过速、室性早搏和心室颤动,发生早且常见,需立即治疗。在进行严密心电监护中室性早搏的发生率很高。可选用①利多卡因:先静注 $50\sim 100\text{mg}$,如无效 $5\sim 10$ 分钟后可重复注射 50mg ,直至有效或达到 300mg 为止,然后将 500mg 利多卡因加入 5% 的葡萄糖液 500ml 中,以 $1\sim 3\text{mg/min}$ 的滴速静滴;维持数日后病情稳定可口服慢心律 $150\sim 200\text{mg/次}$,每6小时维持1次;亦可选用乙胺碘呋酮维持,用法为 0.2g ,每日3次,1周后减量维持。②普鲁卡因酰胺每5分钟注射 1000mg ,直到有效或总量已达 100mg ,如有效则以 2mg/min 的滴速维持。③心律平 $70\sim 140\text{mg}$ 稀释后静注,然后口服 $150\sim 300\text{mg/次}$,每8小时1次维持。④对室颤病人应立即行直流电除颤术。

(5)房室传导阻滞:Ⅰ度房室传导阻滞者严密观察,如心率 $< 50\text{次/min}$,可用阿托品治疗。Ⅱ度Ⅰ型房室传导阻滞如心率 $< 50\text{次/min}$,可用氢化可的松 $100\sim 200\text{mg}$ 静滴或阿托品 $0.25\sim 0.5\text{mg}$ 静注。以上治疗无效时可用 1mg 异丙肾上腺素加入 5% 葡萄糖 500ml 静滴。Ⅱ度Ⅰ型或Ⅲ度房室传导阻滞可用氢化可的松 $200\sim 300\text{mg}$ 静滴,也可选用异丙肾上腺素静滴,使心率维持在 $50\sim 60\text{次/min}$ 。必要时可安装临时性人工心脏起搏器。

(六)急性心肌梗塞的早期(尤其是24小时以内)

治疗急性心梗病死率较高,如欲取得更好的疗效,应在早期积极开展中西医结合治疗。北京地区防治冠心病协作组总结了1976年早期(入院后24小时以内)即开始中西医结合治疗的562例经验,并与同年401例属于入院24小时后才开始用中药治疗或单纯

西药治疗作为对照组。两组从年龄、梗塞部位、再次梗塞以及主要并发症进行对比,说明两组病情大体相同是可比的。但治疗结果中西医结合治疗组的病死率为11.6%,而对照组为19.0%,两组差异显著 $P < 0.05$ 。说明早期中西医结合治疗对提高急性心梗的存活率起到了较好的效果。

从一些材料分析可以看出,中西医结合治疗急性心肌梗塞使病死率明显下降的主要环节在于减少了心源性休克及心衰的发生率及病死率。北京地区1971年以前1539例急性心梗,并发休克的死亡率为56.1%,1972年开展中西医结合治疗后,经过几年的努力,休克的病死率逐年下降,1975年的548例急性心梗,并发休克的病死率为28.2%,至1976年,中西医结合治疗早期休克组的病死率为11.0%,而同年401例对照组病死率为26.2%。阜外医院、301医院等的材料也说明中西医结合治疗对减少心源性休克的发生是有作用的。

北京朝阳医院与广安门医院协作,自1978年6月至1981年5月底,3年间治疗急性心梗住院患者430例,以单偶数分为甲乙组。甲组用益气活血合剂结合西药同治,乙组单用西药为对照组。益气活血合剂由中药黄芪、党参、黄精、丹参、郁金、赤芍组成,为口服液。前3味药制成益气注射液,后3味药制成活血注射液,供静脉滴注。入院起两种注射液合用3~7天后改为口服合剂至8周左右。两组各215例,在年龄、性别、职业及中医辨证分型方面无明显差异,分型均以气虚血瘀为最多,共占54%,其次是阴虚血瘀及血瘀型,三型共占84.4%。三大并发症(休克、心力衰竭、心律失常)的病死率甲组为9.5%,乙组为27.6%, $P < 0.005$ 。两组总的住院死亡率甲组为6.5%,乙组为14.9%, $P < 0.01$,也有显著性差异。通过实践证明益气活血合剂在休克及心衰的防治及降低病死率方面均有一定的作用。以后西苑医院等九家医院按上述方法共治疗224例急性心梗,其中甲组(中西医结合治疗组)112例,乙组(单