

思路与方法

病证结合治疗不稳定性心绞痛

袁敬柏* 史大卓*

主题词 心绞痛, 不稳定型/中医药疗法

不稳定性心绞痛(Unstable angina, UA)是一种介于稳定性心绞痛(Stable angina, SA)与急性心肌梗死(Acute myocardial infarction, AMI)之间的严重而复杂的临床状态,和SA相比,UA具有疼痛程度重、持续时间长、硝酸酯类药物疗效差、易发展为AMI或发生猝死的特点。文献报道,UA患者有8%~13%在一个月内发展为AMI^[1]。现代医学治疗UA,首先强调内科药物强化治疗,联合应用硝酸酯类、钙拮抗剂、 β -受体阻滞剂和抗凝剂等药物。对一般内科药物治疗无效者,进行冠状动脉腔内成形术或冠状动脉旁路移植术^[1,2]。由于内科治疗疗效较差和介入性治疗后的再狭窄问题目前尚无真正有效的对策,目前UA已引起了心血管病防治领域学者的普遍重视。中医治疗UA,常用的方法有活血化瘀、益气活血、宣痹通阳等,用于UA治疗时往往难以控制病情、使症状缓解,疗效多不理想。本文结合现代医学的研究进展和笔者治疗本病的体会,从病证结合的角度谈谈中医对本病的认识。

1 病机特点

1.1 久病入络,心脉瘀阻:UA的病理改变包括以下几个方面:(1)冠状动脉粥样硬化(Atherosclerosis, AS)病变呈急剧进行性发展;(2)AS斑块破裂、内膜损伤、血小板被激活而聚集、白细胞粘着,可导致不完全性血栓形成,或是血小板以及白细胞衍生介质的释放导致动力性冠状动脉阻力增加,使冠脉管腔的狭窄程度更为严重;(3)在AS固定性狭窄的基础上发生血管痉挛^[2~4]。UA患者冠状动脉内血栓形成可能与局部血栓素 $A_2(TXA_2)$ —前列环素(PGI_2)及凝血—纤溶系统平衡失调有关。研究证实,UA患者血液处于一种高凝、低纤溶状态^[5,6]。局部 TXA_2 生成增加及 PGI_2 的半衰期降低,均可使血小板发生短暂性聚集或形成血栓,由于病变进展迅速,侧枝循环未能形成,一旦某支冠状动脉供血障碍,相应供血区域的心肌缺血多较严重。结

合UA临床表现及病理变化,中医认为UA的病机多为瘀血凝结、久病入络、心脉瘀阻。其瘀血症状和一般心绞痛相比,多较严重。由于患者素体禀赋的差异,UA患者临床可表现为气滞血瘀、气虚血瘀、阳虚血瘀及痰瘀互阻等不同的血瘀证型。

1.2 阳虚不运,阴寒凝滞:UA的发作^[3],既有AS的固定病变,又有血管痉挛等动力性梗阻因素的参与。AS病变的血管更易激惹、痉挛,导致心肌缺血、疼痛发作。UA患者多在静息时或凌晨4~5点钟疼痛发作,特别在寒冷季节更易发作或加重。阳气静则敛藏,动则敷布运行。阳虚不运、寒性收引、阻遏气血,故发为心痛。《金匱要略》指出胸痹病机为“阳微阴弦”,此阳虚乃上焦阳虚,阴弦则指阴寒凝滞,较为符合UA患者的病因病机。

中医认为UA病位在心,阳虚主要责为心阳不足。但心阳不足实根源于脾肾阳虚。脾阳虚,运化无力,饮食水谷不能化生精微上奉于心,反生痰浊,闭阻胸阳;肾阳虚,温化无权,阴寒不化,阻遏胸阳,阳气不得宣通,则发为厥心痛、久心痛等症。UA中的自发性心绞痛与卧位性心绞痛,在临床上常表现出一派阳虚寒凝之象。自发性心绞痛,由于是在冠状动脉固定性粥样硬化病变的基础上发生血管痉挛,从中医微观辨证的角度来看,其病机多因阳气不足,阴寒内盛,寒则筋脉挛急所致。卧位性心绞痛,则除与冠状动脉病变程度重有关外,还有左心功能不全的因素,多在夜间发病也是阳虚较重的征象。

2 中医治疗

2.1 温阳重在心肾,活血不忘祛瘀:UA的病机特点是阳虚与血瘀的程度都较严重,因此中医治疗应注重温阳以通血脉。疼痛发作时治以芳香温通,使阴寒得散,阳气得复,心脉调畅,心痛可望缓解。临床上许多速效制剂如冠心苏合丸、宽胸丸、苏合香丸等,皆取温阳宣通法,对于缓解心绞痛有一定良效。心绞痛缓解后,要稳定疗效,单纯温通则难以达到目的。心阳根于肾阳,生化于脾阳。疼痛缓解后,取甘温辛润之品如淫羊藿、巴戟天、菟丝子或黄芪、人参等,配以活血化瘀之品,使肾阳蒸腾,脾阳运化,心阳得以主血脉,血脉畅

* 中国中医研究院西苑医院,北京海淀区西苑(100091)

收稿日期:1996-10-27

通,心血得阳气温运而供养心肌,从而防止心痛再作。现代药理研究证明淫羊藿、巴戟天、菟丝子皆有抗心肌缺血、提高心肌耐缺氧缺血能力的作用。UA 的活血化瘀治疗,一要偏于辛温柔润,取叶天士辛温通络之法,选用红花、当归尾、川芎等;二要破瘀散结,在扶正的基础上使用桃仁、土鳖虫、水蛭、地龙等,当可提高 UA 的临床疗效。

2.2 病证并辨,谨察虚实:不同类型的 UA 患者,有各不相同的病因病机。如恶化劳累性心绞痛,病理变化多为在原有 AS 病变的基础上,出现病灶斑块破裂,血小板被激活,微小血栓形成,中医临床血瘀证症状多较重,且多有阳虚寒凝的症状。而自发性心绞痛则是在 AS 的基础上,病变部位或相邻部位血管发生痉挛所致,阳虚寒凝症状多较突出。

初发型劳累性心绞痛——重用活血祛瘀:初发型劳累性心绞痛,是指初次发生心绞痛一个月之内的患者。此型患者有两种转化趋势:一为病情逐渐稳定,成为稳定劳累型心绞痛;二为病情逐渐恶化,甚至发生心肌梗死或猝死。本病发生主要由于 AS 病变达到一定的程度后,冠状动脉贮备功能下降。在增加心肌氧消耗的情况下,即发生心绞痛。心绞痛的出现往往提示 AS 病变发展到较为严重的程度,或病灶不稳定,出现破裂、出血、血小板被激活、微小血栓形成等。这一系列的病理改变,中医认为属于血瘀的范畴。因此中医治疗,应重用活血化瘀药,适当应用破血逐瘀药如桃仁、土鳖虫等,可提高疗效,防止病情恶化。

恶化劳累性心绞痛——益气补肾,活血祛瘀:本病特点是患病时间较长,往往由稳定劳累性心绞痛发展衍变而来,与中医的“久心痛”类似。临床特点为心痛发作频繁,甚者动则即发。久病多虚、多瘀,此型心绞痛除有瘀血阻滞、心脉不通外,还存在明显的正虚症状。正虚多以气虚、肾虚为主,因此中医治疗此型患者多采用益气补肾活血法。益气除补心气、宗气外,还要注意补元气。唯有补元气,使元气上达胸中,宗气才可贯血脉,推动血行。药物选用人参、西洋参、黄芪等,以取元气、宗气并补之效。补肾应偏于温补,用鹿角、鹿茸等血肉有情之品,或用巴戟天、淫羊藿、菟丝子等甘温柔润补肾之药,临床即使没有明显肾虚症状,亦应注意运用。尤其是在益气活血疗效不佳或更年期后的女性患者。心绞痛的发生和恶化,目前认为有三种机理:一为心肌供血下降;二为心肌耗氧量增加;三为心肌细胞耐缺氧缺血能力下降。药理研究证明,益气药与补肾药具有降低心肌氧消耗量、增强心肌的耐缺氧、缺血能力等作用,偏重于后两种机理。对于气阴两虚型患者,治用补

气养阴结合活血化瘀。养阴可用麦冬、生地,麦冬补心阴,生地滋补肾阴,又善治“血痹”、通血脉,两药皆具有补而不腻的特点。益气补肾结合活血化瘀通脉,使阳复阴散、心脉通、血行畅、胸阳布达,胸痛之症可望得到持久的缓解。恶化劳累性心绞痛,西医治疗首选 β -受体阻滞剂,目的在于减少冠状动脉贮备严重下降情况下的心肌耗氧量。这与中医运用益气补肾方药降低心肌耗氧量,提高心肌耐缺氧、缺氧能力基本是吻合的。

自发性心绞痛——温阳散寒,活血祛瘀:自发性心绞痛临床表现各异,但总的特点是与活动无明显的关系,以夜间及凌晨发作多见。夜间为阴时,凌晨为阳气初生。阳虚生内寒,寒则血涩而不行,心脉不畅,则发为心痛。现代医学认为自发性心绞痛的发病机理多为在 AS 的基础上发生血管痉挛。对变异性心绞痛患者冠状动脉造影证实,有 AS 病变的冠状动脉比没有病变者更易发生痉挛,狭窄程度重者较狭窄程度轻者更为明显^[7]。治疗此类心绞痛,应当温阳活血祛瘀并重。疼痛发作时,宜痹通阳散结,药用茺蔚、高良姜、细辛、冰片、桂枝等以奏散寒凝、通血脉之效;缓解期,则应甘温柔润,活血通络,或在补阴的基础上再加附子、桂枝以化生少火、变化阴阳、温运血脉。勿一味温通辛散,以免耗散阴血,致使心脉失养,筋脉挛急。

卧位心绞痛——重用益气补肾,兼以活血化瘀:卧位心绞痛,属于严重的劳累性心绞痛。根据卧位心绞痛患者的冠脉造影情况及血液动力学研究的结果,可将卧位心绞痛分为三种类型:一种是发作前肺动脉压(PADP)正常,且发作过程中无明显变化。这种类型的心绞痛发作,主要原因是由于心肌耗氧量的增加超出了固定狭窄的冠状动脉贮备能力所致,患者心功能尚属正常;另一种是心绞痛发作前虽有 PADP 升高,但无左心功能不全的表现;第三类是心绞痛发作前已经有 PADP 增高,先出现左心功能不全,反射性的引起心率加快、血压升高,加重了心肌的耗氧量。这是一种更为严重的劳累性心绞痛^[4]。中医治疗本病,前两者与一般恶化型劳累性心绞痛基本相同,而后者则应重在益气扶正,改善心功能,佐以活血利水。不可过用活血化瘀、宣痹通阳之品,以免破气耗气、加重病情。临床上可在重用黄芪、人参等补气药的基础上,加用益母草、丹参、车前子、茯苓、赤小豆等以活血利水,减轻心脏负担,可望收到满意效果。

总之,UA 病情严重,预后较差。临床应谨察病机,把握虚实两端。虚证多为阳虚、气虚;实则多为血瘀、寒凝、气结,且血瘀征象多较其他类型心绞痛严重。疼痛发作时,急则治其标,以宣痹通阳、活血止痛为主;疼痛

缓解时则应益气温阳,加重活血化瘀药的用量,甚至在益气温阳的基础上加逐瘀活血药或搜络祛风药,如土鳖虫、地龙、桃仁、僵蚕、全蝎等,俾阳气复,阴寒散,瘀血祛,达到心脉调畅、胸痹缓解之目的。

3 参考文献

- 1 Cohen M, Fuster V. Insight into the pathogenetic mechanism of unstable angina. *Haemostasis*, 1990, 20 (suppl 1): 102.
- 2 高润霖, 陈在嘉. 进一步提高对不稳定心绞痛的认识. *中华心血管病杂志*, 1994, 22(4): 243.
- 3 董承琅, 陶寿琪, 陈灏珠主编. 实用心脏病学, 第3版. 上海: 上海科学技术出版社, 1993: 917.

- 4 陈在嘉, 徐义枢, 孔华宇主编. 临床冠心病学. 北京: 人民军医出版社, 1994: 267.
- 5 Wilensky RL, Zeller JA, Wish M, et al. Urinary febrinopeptetide: A level in ischemic heart disease. *JACC*, 1989, 14: 597.
- 6 Munkvad S, Gram J, Jespersen J. A depression of active tissue plasminogen activator in plasma characterizes of patients with unstable angina pectoris who develop myocardial infarction. *Eur Heart J*, 1990, 11: 525.
- 7 陈纪林, 高润霖, 姚康宝, 等. 变异心绞痛患者冠脉痉挛与血管狭窄病变的关系. *中华内科杂志*, 1996, 35(9): 606.

牙可喜含片防治不同体质儿童龋病临床观察

谢世平* 云 鹰* 卫淑华* 宋建平*

龋病是口腔科最常见的疾病之一,我们选择 230 名受试者(包括无龋者和患龋者),运用中医辨证进行体质分型,并运用具有清胃除湿,补肾健齿功能的中药牙可喜含片进行防治龋病疗效观察,现报告如下。

1 临床资料

230 例皆为幼儿园儿童。男 114 例,女 116 例;3 岁~5 岁 123 例,5 岁以上~7 岁 77 例,7 岁以上 30 例;未患龋儿童 73 例,患龋儿童 157 例,选择 I 度和 II 度龋(排除 III 度龋)作为观察对象。参照《人体体质学》、《中医耳鼻喉科学》及《中医证候辨证规范》辨证分型。

2 治疗及观察方法

230 例观察对象随机分为试验组与对照组。实验组 170 例,对照组 60 例,两组饮食情况相同。试验组用牙可喜含片(河南宛西制药厂生产),每次 1 片,每日 3 次,含化,1 月为 1 疗程。试验组与对照组刷牙均用小白兔牙膏(杭州牙膏厂生产),早晚各 1 次。每疗程结束后复查 1 次,1 年后判定疗效。观察指标:龋齿情况:龋齿数、龋面数、龋损程度;菌斑情况:菌斑计量、菌斑指数(菌斑染色剂由首都医学院口腔研究所提供)。

3 结果

疗效标准:有效:无新增龋,龋损度无发展,菌斑指数减少 1 个以上。无效:有新增龋,或龋损加重,或菌斑指数不变化,或增加 1 个以上。

体质分型与患龋的关系:230 名儿童中,正常体质者 83 人(占 36.1%),体质偏颇者 147 人(占 63.9%)。

正常体质 83 人中,患龋人数为 42 人,未患龋人数为 41 人,患龋率为 50.6%;偏颇体质 147 人中,患龋人数为 101 人,未患龋人数为 46 人,患龋率为 68.7%。经统计学处理两组患龋率有极显著性差异($P < 0.01$)。偏颇体质 147 人中,胃热型体质最多,为 84 例(占 57.1%),其中患龋人数为 59 人,未患龋人数为 25 人,患龋率为 70.2%;脾虚型体质次之,为 40 例(占 27.2%),其中患龋人数为 25 人,未患龋人数为 15 人,患龋率为 62.5%;肾虚型体质最少,为 23 人(占 15.6%),其中患龋人数为 17 人,未患龋人数为 6 人,患龋率为 73.9%。

综合疗效比较:试验组 170 例中,有效 145 例,无效 25 例,有效率为 85.3%;对照组 60 例中,有效 39 例,无效 21 例,有效率为 65%。经统计学处理两组结果有极显著性差异($P < 0.01$),表明牙可喜含片防治效果明显优于对照组。各型治疗前后菌斑指数比较表明,牙可喜含片有较好地减少和抑制牙菌斑的作用,而对照组胃热型、肾虚型、脾虚型 3 型菌斑指数试验前后比较无显著性差异($P > 0.05$)。

4 讨论

人体体质的特殊性,往往导致对某种致病因子的易感性。我们的研究表明,胃热、肾虚、脾虚 3 型偏颇体质儿童的患龋率为 68.7%,明显高于正常体质儿童(50.6%)($P < 0.01$)。其中又以胃热型最多见,占偏颇体质人数的 57.1%。肾虚型儿童虽不多见,但本型患儿占该型的百分比最高,为 73.9%。我们选择具有清胃除湿、补肾健齿作用的中药,制成牙可喜含片,用于防治儿童龋病。结果表明,试验组与对照组防治效果有显著性差异($P < 0.01$)。

* 河南中医学院,郑州市金水大道(450003)

收稿日期:1997-05-04;修回日期:1997-08-26