

活血潜阳法在高血压病左心室肥厚治疗中的应用

符德玉* 黄蔚* 王世红* 华晔* 钱义明* 马宇滢*

主题词 高血压/并发症 肥大,左心室/中医药疗法 活血/方法

高血压左室肥厚(HLVH)是高血压病患者独立的危险因素,易诱发心血管意外事件,是医学研究的重点。HLVH患者临床表现不尽相同,心悸、胸闷、胸痛、眩晕、耳鸣、头痛、失眠、面部潮红、乏力、腰膝酸软、手足麻木等是常见临床征象,也是高血压病与左心室肥厚的共同表现。在大量临床调查发现,血瘀证常与高血压病心肌肥厚、心肌缺血等心脏事件并存,血瘀证与HLVH有显著的相关性。综观中医药治疗HLVH的报道,多强调活血化瘀药的应用,而在高血压病的治疗上,则强调平肝潜阳。我们在临床发现血瘀、阳亢是大多高血压病患者的共同表现,以活血化瘀、平肝潜阳法为基础,常以丹参30g,水蛭10g,山楂15g,钩藤30g,石决明30g,茯苓10g组成基本方治疗,取得了一定疗效。加减法:心痛胸闷加芳香温通之檀香、高良姜、延胡索、细辛等;头痛加白芷、蔓荆子、柴胡、吴茱萸等;心律失常者加苦参、茶树根;手足麻木者加全蝎、蜈蚣;失眠加苦参、夜交藤;颈项板滞加葛根、川芎;肾功能不全者可加生大黄、淫羊藿。兹将临床经验介绍如下。

1 肝火亢盛型

患者眩晕头痛为主症,伴心悸心烦,急躁易怒,失眠多梦,舌红苔薄,脉弦。该类患者多为年轻者,常由于七情失调,长期精神紧张导致肝气疏泄失职所致。给予基本方治疗,并诱导患者舒畅情志,释放精神压力。

典型病例:吴某,男,39岁。高血压病史2年余,于2001年2月到我专科就诊,当时血压为180/110mmHg。有高血压病家族史,2年来血压最高为220/140mmHg,在外院服用5种西药降压药,平素血压波动在160~180/110~120mmHg,心脏超声检查示舒张期左室壁增厚,心脏指数为135g/m²,确诊为HLVH。患者头昏,心悸心烦,急躁易怒,夜寐不安,舌质红稍暗边有小瘀点,苔少,脉弦。患者年轻气盛,下岗后从事保安工作,心情抑郁,夜班时精神紧张,久之肝失疏泄,肝火亢盛,变生诸证。病久灼血成瘀,形成血瘀

阳亢之证。即予基本方服用,并将西药减为3种(倍他洛克、尼群地平、西拉普利)。1周后血压降至165/108mmHg,4周后患者血压渐降至150/100mmHg,停用西拉普利。又2周后,血压渐稳定在150/90mmHg左右,停用西药,以后随症在基本方上加磁石30g,珍珠母30g,苦参30g,夜交藤30g,共用药半年,该患者血压渐稳定在130/85mmHg左右,心脏超声检查示左室后壁增厚减退,心脏指数为123g/m²。

2 阴虚阳亢型

患者以心悸或头痛眩晕为主症,伴口干咽燥,腰膝酸软,舌红苔少,脉细数或伴弦。其或因长期忧郁恼怒,气郁化火,肝阴暗耗,或因肾阴素虚,肝失所养,肝阴不足所致。给予基本方,酌加磁石、羚羊角、珍珠母平肝潜阳,龟甲、鳖甲滋阴潜阳,知母滋阴清热,女贞子、枸杞子、南沙参养阴。

典型病例:崔某,女,63岁。1999年12月因腔隙性脑梗塞入住我科,有高血压病史10余年,当时血压为165/95mmHg,心电图示左心室高电压,心脏超声检查示舒张期左室壁增厚,心脏指数为130g/m²,确诊为HLVH。患者头昏、心悸、心烦,手足麻木、腰膝酸软,夜寐不安,口唇及舌质紫暗、苔少,脉细数稍弦。乃阴虚不能制阳,阴虚于下,阳浮于上,加之阴虚生热,灼血成瘀而致诸证。即予基本方加桑寄生15g,怀牛膝12g,磁石30g,龟甲9g,鳖甲9g,知母12g,珍珠母30g,全蝎6g,蜈蚣2条;配合西药西拉普利2.5mg,每日1次。2周后患者血压渐降至140/90mmHg,停用西拉普利,又2周后,血压渐稳定在130/80mmHg左右,乃出院。以后随症在基础方上加减,共用药半年,患者不仅诸症尽消,且心脏超声检查示左室后壁增厚减退,心脏指数为119g/m²。

3 痰湿壅塞型

患者胸闷为主症,伴头晕如蒙,头痛如裹,舌体胖质淡或暗,苔腻,脉濡或滑。平素多嗜膏粱厚味肥甘之品,久则脾虚失运,痰湿停滞,壅遏气机所致。可予基本方加用瓜蒌、薤白以宽胸豁痰散结;并加健脾利湿之品山药、苍术、白术、藿香、佩兰、薏苡仁等,酌情选用。

典型病例:范某,男,51岁。2000年7月到我专科门诊就诊。有高血压病史3年,并有高血压病家族史,

(下转第589页)

* 上海中医药大学附属中西医结合岳阳医院心血管内科,B

超室,情报中心,上海市虹口区甘河路110号(200437)

收稿日期:2001-11-05;修回日期:2002-04-08

表 4 各组各层心肌图像放射性分布比较[只(%)]

组别	犬数	内层		中层		外层	
		单纯缺血区	中心区	单纯缺血区	中心区	单纯缺血区	中心区
正常组	8						
对照组	16	1(6.3)	15(93.7)	2(12.5)	14(87.5)	2(12.5)	14(87.5)
电针组	15	3(20.0)	12(80.8)	4(26.7)	11(73.3)	11(73.3)*	4(26.7)*

* 与对照组比较, $P < 0.01$

表 5 缺血面积 $< 20\%$ 时两组不同部位缺血面积(mm^2)比较($\bar{x} \pm s$)

组别	犬数	内层(%)		中层(%)		外层(%)	
		缺血区面积	中心区面积	缺血区面积	中心区面积	缺血区面积	中心区面积
对照组	7	16.6 $\pm$ 1.0	7.9 $\pm$ 0.9	16.0 $\pm$ 1.7	7.0 $\pm$ 2.0	17.0 $\pm$ 2.4	6.4 $\pm$ 2.4
电针组	6	15.0 $\pm$ 0.9	3.8 $\pm$ 1.4*	15.3 $\pm$ 1.7	1.7 $\pm$ 0.8*	12.8 $\pm$ 1.7*	0*

* 与对照组比较, $P < 0.01$

表 6 缺血面积 $> 20\%$ 时两组不同部位缺血面积(mm^2)比较($\bar{x} \pm s$)

组别	犬数	内层(%)		中层(%)		外层(%)	
		缺血区面积	中心区面积	缺血区面积	中心区面积	缺血区面积	中心区面积
对照组	9	27.6 $\pm$ 3.9	16.1 $\pm$ 4.1	26.3 $\pm$ 2.6	12.8 $\pm$ 3.4	26.6 $\pm$ 3.0	11.3 $\pm$ 3.5
电针组	9	27.6 $\pm$ 2.0	11.3 $\pm$ 3.1*	20.9 $\pm$ 0.9**	7.8 $\pm$ 1.9**	17.7 $\pm$ 2.0**	2.6 $\pm$ 1.1**

与对照组比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

对照组始终处于高水平,与结扎 15 分钟时无明显差异。而电针组结扎 120 分钟时与结扎 15 分钟时相比 NST 及 Σ ST 却显著降低,经统计差异显著($P < 0.05$),说明电针“内关”穴可缩小心肌缺血性损伤范围,减轻心肌梗塞的程度。为从形态学上进一步肯定电针的效应,用 N-BT 染色法^[1],观察了电针“内关”对实验性心肌梗塞犬心肌坏死面积的影响,结果显示,心肌坏死区与左室面积和重量的百分比电针组明显小于对照组,进一步证实电针“内关”可明显缩小因冠脉结扎造成的心肌坏死的范围和程度。冠脉循环血流对心肌内、中、外层灌注的不同决定了各层心肌因缺血造成的损伤程度各异。因此采用 $^{99m}\text{Tc}-\text{CPI}$ 冠脉灌注方法^[1],对左室内、中、外三层心肌血流分布进行了观察。用 γ -照相机拍摄的三层照片清楚地表明,电针组较对照组各层缺血区及缺血中心区面积均有所下降,其中尤以外层缺血中心区面积缩小最为显著。推测电针缩小缺血中心区的机理可能是电针使冠脉循环代谢功能增强,使下降缺血区血流量增加^[2],同时促进缺血心肌

细胞内糖原及其他代谢酶的恢复,促使缺血心肌细胞线粒体功能恢复,从而减轻心肌细胞损伤程度^[3]。摄取 $^{99m}\text{Tc}-\text{CPI}$ 的能力增强,使核素显见心肌缺血面积明显缩小。

总之,针刺治疗冠心病急性心肌梗塞的作用及其机理的一系列研究证实了两千多年前提出的针灸治疗真心痛的论述具有可靠性、科学性,相关的研究为针灸走向世界提供了可靠的科学依据。

参考文献

- 1 第一届全国内科学术会议心血管病专业组. 关于冠状动脉性心脏病命名及诊断标准的建议. 中华内科杂志, 1981, 20(4): 253-255.
- 2 陈可冀, 俞国瑞, 褚湘耀, 等. 关于中西医结合防治冠心病心绞痛和心律失常的若干问题. 中华内科杂志, 1980, 19(1): 67-69.
- 3 侯庆田. 现代冠心病诊断学. 北京: 人民军医出版社, 1996: 48-59.
- 4 孟竞璧. 针刺对犬实验性心肌梗塞过程中冠脉组织循环功能的影响. 生理科学, 1984, 4(5/6): 31-33.
- 5 高翠华. 心肌缺血心绞痛时心肌葡萄糖和游离脂肪酸代谢的变化及电针“内关”穴对其的影响. 针刺研究, 1990, (2): 66-69.

(上接第 579 页)

平素血压为 160/180/100~110mmHg 间波动。就诊时血压为 160/100mmHg, 心电图示左心室肥厚, 心脏超声检查示室间隔增厚, 心脏指数为 147g/m², 确诊为 HL VH。患者头昏、胸闷、心烦、乏力、腰膝酸软, 大便溏薄、纳呆、寐时梦多、舌质暗、苔厚腻稍黄、脉滑弦。乃脾虚湿阻痰凝, 湿阻久而化热, 灼伤阴液, 痰凝阻络致瘀。

即予基本方加用瓜蒌 20g, 薤白 15g, 山药 9g, 陈皮 9g, 焦山楂、神曲各 15g, 黄连 3g, 桑寄生 15g, 牛膝 12g, 磁石 30g; 配合西药硝苯地平 10mg, 每日 3 次。2 周后患者血压为 140/98mmHg, 停用硝苯地平, 以后随症在基础方上加减, 9 周后血压渐稳定在 130/80mmHg 左右, 共用药半年, 患者心脏超声检查示室间隔厚度减退, 心脏指数为 131g/m²。