

## 学术探讨

## 从对“胸痹”的认识探讨冠心病早期诊治的可行性

钱红宇<sup>1</sup> 童文新<sup>1</sup> 指导:耿世钊<sup>2</sup>

**主题词** 冠状动脉疾病/诊断 冠状动脉疾病/中医药疗法  
胸痹/中医病机

产生于不同文化背景的中西医各自经历了不同的发展阶段,对于疾病的认识各有其长,自成体系。中医的发展建立在中国古典哲学的基础上,经历了几千年历代医家的实践,积累了丰富的经验;而西方医学则随着科学技术的进步、先进仪器的应用而发展。

中医从宏观的角度看问题,注重现象,注重整体,诊断靠望闻问切,治疗靠辨证论治,疾病各阶段都有不同治法。治疗重视调理,不仅强调标本兼治,阴阳平衡、脏腑间平衡,还强调治未病,注重精神饮食调理,四季养生。由于辨证论治带有主观性,医生又受经验所限,选方用药和疗效各有不同。西医从微观的角度看问题,注重结果。诊断靠证据,特别是靠指标,证据确凿则诊断成立,治疗重视对抗(如单纯降压或消炎),目的明确,特别是外科手术,更是直接解决问题。对于已诊断清楚的疾病,疗效快而肯定,如肺炎、甲状腺机能亢进等。擅长处理诊断清楚的急症。但不重视整体状况,不能治疗未确诊的疾病。对于身体出现的异常,中西医各有不同解释,中医靠脏腑气血阴阳解释,但不够确切。西医明确诊断需要一定的时间,而诊断标准受到仪器的限制,确立的标准反映了疾病已经发展到了一定的阶段。如冠心病、急性心肌梗塞,胸痛、心电图异常、酶学改变具备则诊断成立,冠心病的冠状动脉造影异常,诊断也可以成立。然后开始药物治疗,或支架、或搭桥。不能实现早期诊断治疗。从这一点讲,单纯追求符合诊断实际上是追求一种结果。但有可能失去早期治疗和预防发展的机会,追求早期诊断治疗是防重于治的重要原则,能不能在冠心病形成之前就开始药物干预和生活指导,中医西医两者是否可以取长补短,将中医的注重现象,未病先防及早治疗的方法与西医注重指标,利用物理、化学、声学的证据结合起来。超声心动图可

能为我们提供有益的信息。

科学技术的进步使西医明确解释了许多疾病的发生原因,在许多方面也解释了许多中医对于疾病认识的科学性。中西医结合已经做了大量工作,表明中医在治疗许多疾病运用“同病异治、异病同治”的方法是科学的,虽然对于许多观察到的现象还不能完全解释清楚。在许多疾病的认识上我们早于西方,与西医是不谋而合的是对于心脏病的认识。

对于“胸痹”、“真心痛”的认识,中西医各自经历了不同的探索。从《内经》—《金匱要略》—《温病条辨》,中医经历了上千年的探索和观察,积累了丰富的诊断治疗经验。特别是中西医结合,对于“胸痹”、“真心痛”的认识进了一大步。在治疗方法特别是活血化瘀与化痰降脂整体调节方面优于西医,但是如果中医对于冠心病的诊治停留在冠状动脉造影证实之后,就失去了很多优势。

### 1 中医对“胸痹”、“真心痛”的认识经历了很长的时间

《内经》的认识:关于“痹”,《内经》云:“风寒湿三气杂至合而为痹,其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为着痹”。认识到痹之成因是由于外邪,这与目前西医认识的冠心病病毒、支原体感染学说类似。那么它与心是什么关系,《内经》云:“脉痹不已,复感于邪,内舍于心”。说明心病来源于脉痹,那么脉痹之“脉”指的是什么,与冠心病、“胸痹”有无关系、为什么也称为“痹”。《内经》又提到:“阴气者,静则神藏,燥则消亡。饮食自倍,肠胃乃伤”强调五脏藏神而邪不能犯,肠胃伤而邪痹于府。“荣卫之气亦令人痹”“荣者,水谷之精气也。和调于五脏,洒沉于六府,乃能入于脉也,故循脉上下,灌五脏,络六府也。……逆其气则病,从其气则愈,不与风寒湿气合,故不为痹。”痹之成因包括了外邪、饮食、精神三方面的因素。由此看“痹”之舍于心涵义广泛,不仅仅指风心病、冠心病。几乎所有的心脏病都可以包容,由于条件所限,不可能区分得很详细。但是从外邪、饮食、精神三方面认识疾病优于西医的认识,而冠心病的危险因素包含精神压力、饮食不合理、感染学说,是近年才重视的,远远晚于中医的认识。关

1 中国中医研究院西苑医院心血管病科,北京市海淀区西苑(100091)

2 首都医科大学附属安贞医院

收稿日期:2002-12-11;修回日期:2003-05-06

于临床表现,“心痹者脉不通,烦则心下鼓,暴上气则喘,咽干善噫,厥气上则恐。”提到“痹”,“入脏者死”强调了“心痹”的严重后果。

汉代医家张仲景在《金匮要略》中提出“阳微阴弦”是发生“胸痹”“真心痛”的原因之一。立方瓜蒌薤白白酒汤等数方,根据“胸痹”“真心痛”的程度不同组方,建立了治疗“胸痹”“真心痛”的方剂雏形,许多方剂沿用至今仍有效。明清温病学家吴鞠通所著《温病条辨》提到“下焦温病,热深厥甚,脉细促,心中澹澹大动,甚则心中痛者,三甲复脉汤主之。”认识到心阴大伤可致心痛。即“阴维为病主心痛”。临床所见感染、发热、脱水都会诱发心绞痛或心肌梗塞。清代王清任提出瘀血致心痛,创立了“血府逐瘀汤”,以活血化瘀为主要方法治疗心痛,至今仍不失为治疗冠心病“胸痹”“真心痛”的有效方剂。活血化瘀作用强弱、部位不同,效果持续而不单一是它的特点,涉及疾病种类之广泛,是西医的认识所不能及的。目前对于血瘀证的大量研究表明,活血化瘀的作用不是单一的,而益气理气等药通过其他途径改变血液流变而取得活血化瘀作用。

## 2 中西医结合对于“胸痹”“真心痛”的贡献

近几十年来,由于中医和中西医结合的发展,以及心血管重症监护(CCU)和心电图、酶学、超声心动图、血液流变学、运动心电图、核素扫描、冠状动脉造影的应用,为研究认识“胸痹”“真心痛”拓宽了视野。用现代科学手段观察到冠心病与中医“胸痹”“真心痛”描述一致,因而在病机、治疗上有了很大发展。在病机上认识到痰饮、瘀血、气滞为标,心气、阴虚、阳虚,脏腑功能失调为本。治疗上,根据不同阶段、不同体质,同病异治,发展了益气活血、健脾化痰、心胃同治、心肾同治、心肝同治等方法,丰富了“胸痹”“真心痛”的治疗。围绕“痛”症,应用现代手段进行量化研究,观察了冠心病患者的血液流变特点、血小板功能改变、与血瘀证的关系。益气活血中药对于血液流变性、血小板功能改变、血栓素 $A_2$ 、前列环素、花生四烯酸、钙调蛋白活性的影响。对于传统的活血化瘀单味药及成方进行研究,证明其科学性及活血程度的不同,同时还发现了其多重作用。应用现代科学手段进行量化研究使制剂上也有了长足发展,用益气活血中药对于冠心病(中医“胸痹”“真心痛”)的实验研究,在传统方药的基础上,研制了多种治疗冠心病的成药,不仅使药物种类有所增加,而且应用更方便。中西医结合的方法,在治疗冠心病,防止并发症方面积累了丰富的经验。在心绞痛、心力衰竭、心律失常的治疗中,中西医结合疗效优于单纯使用西药。

## 3 未来的思考

面对不断增高的发病率及患者的年轻化,对于冠心病的早期诊断、早期治疗势在必行。对于临界诊断的如何处理,是中西医共同面临的问题。如何认识患者早期的胸痛、胸闷,心电图的ST—T及电压的改变,如何抓住治疗时机是目前存在的问题。冠状动脉造影作为金标准观察大血管非常清楚,但是不能解释冠心病的所有现象,冠状动脉内超声所发现的问题已经在弥补冠脉造影的不足。但是目前仍然有许多问题有待解决。反映心脏储备不足的平板运动试验、超声负荷实验,以及核素扫描与冠状动脉造影结果也存在一定差别。“冠状动脉综合征”的提出说明了冠心病的复杂性。“X—综合征”的提出也说明了冠脉造影解释不了的问题,特别是小血管、微循环的问题。内皮细胞损伤、功能失调就可以引起血管痉挛,这种学说似乎与造影诊断相矛盾。因此,提示我们必须进行深入研究。

近几年超声心动技术发展很快,有学者证实室壁运动的异常是开始于冠状动脉阻塞的 $19 \pm 8$ 秒,心电图异常出现于冠脉阻塞的30秒,典型心绞痛出现于冠脉阻塞的 $39 \pm 8$ 秒,由此可见心室壁运动的异常是缺血的最早的敏感和特征的指标。2DE几乎能实时观察左室的所有部位,并能检出异常,适宜冠心病的诊断,检出心室壁节段运动异常是心肌缺血时或心肌梗塞的特征性改变<sup>[1]</sup>。有学者提出,超声心动图所显示的“心尖部室壁运动的异常现象是缺血缺氧的结果,是长期胸闷胸痛症状最容易捕捉到的形态学表现,是心肌早期缺血的观察窗口,但心电图的ST—T改变不能反映心尖部的病变,”<sup>[2]</sup>因而超声心动可能是对心尖部缺血的最重要的观察手段。可对室壁运动状态提供准确的分析、辨认,是反映心肌病变的最直接的证据。超声心动的改变与冠状动脉造影相互配合、取长补短,一定能够开辟冠心病诊断和治疗的新局面。

## 4 中医治疗冠心病的展望

冠心病患者所述胸痛、胸闷症状,并不是没有办法证实,已有学者发现,心尖部室壁运动的异常现象是缺血缺氧的结果,是长期胸闷胸痛症状最容易捕捉到的形态学表现,是心肌早期缺血的观察窗口,冠状动脉造影并不能反映心尖部心肌的缺血状态,超声心动图的观察对此提供了重要补充。面对心电图与超声心动图发现的问题不予重视,而是要等到发生急性心肌梗塞或心绞痛发生或是心衰发生后或冠脉造影狭窄75%才能确诊。冠心病发生之前的许多现象不能解释,这是西医不能实现早期诊断、早期治疗的原因。因此,有理由认为,中医的发展不能仅仅跟随西医的诊断追求结

果,而是应该走自己的另一条路。就是用中医的宏观思想来指导诊断,尊重中医的诊断,依据中医的望闻问切。不论西医认为是器质性还是功能性疾病,用西医先进的设备来证实中医的诊断,丰富中医的诊断方法,拓展中医的望闻问切。将心电图的 ST-T 及电压的改变、超声心动图所显示的心尖部室壁运动的异常现象等现象、平板运动试验、超声负荷实验,以及核素扫描的阳性结果等视为望、闻、问、切诊的延伸。与舌脉相参,确定脏腑,进行早期调理治疗,而不是等到发生劳力型心绞痛或急性心肌梗塞或冠状动脉狭窄到 75% 时才进行治疗。新的先进仪器与生化方法的运用能够不断解释中医辨证治疗的合理性,也为中医早期诊断、早期治疗冠心病提供充分的理论依据。中医的快速简单望闻问切诊断方法、持久复杂多样的整体辨证治疗与西医缓慢复杂专一的诊断,强效、快速、简单治疗相互配合,将会带给我们全新的认识问题的方法。因为辨证论治、不治已病治未病、平调脏腑是中医的特长。确诊前的一切不正常现象都应该作为四诊的内容。心电图、超声心动图有可见的异常现象是胜于雄辩的事实。

相信越早治疗越容易逆转心脏的异常现象。治疗的方法不仅仅局限于针灸、药物,有氧运动、饮食调理、心理调整、休息都是治疗的内容。

中西医都应该吸取对方的精华部分,对于促进医学进步会很有益处,中医的发展需要先进的设备,熟练的技术人才,多学科团结合作,这样我们才能避免片面性。中医辨证治疗的整体性、多元性的、发展的、动态的认识问题的方法对于尚未认清的疾病是非常有益的,是优于西医的认识的。而充分合理地应用物理、化学、声学手段能使中医拓展望诊、闻、问、切诊。相信中医早期诊断治疗冠心病是可行的。

#### 参考文献

- 1 张武. 现代超声诊断学手册. 中国协和医科大学、北京医科大学联合出版社, 1996: 8, 94.
- 2 耿世钊, 程秀琴, 李炳华, 等. 左室心尖部的力学分析及其异常运动现象的 2-D 超声心动图观察. 中国超声医学杂志, 2000, 16(8): 580-582.

## 手法治疗慢性胃炎 42 例

王 珏<sup>1</sup> 张 文<sup>2</sup>

近几年,我们运用按摩手法治疗慢性胃炎 42 例,并与西药多酶片、吗叮啉、抗生素等治疗的 31 例作对照,现报道如下。

### 1 临床资料

病例选择:于 1996~2002 年在我院住院或门诊病例,有慢性胃炎的临床表现,经胃镜检查确诊为慢性胃炎者,随机分为两组。手法治疗组 42 例,男 18 例,女 24 例;年龄 32~64 岁,平均 42.6 岁;病程 1~16 年,平均 6.3 年;其中慢性浅表性胃炎 37 例,萎缩性胃炎 5 例。西药对照组 31 例,男 14 例,女 17 例;年龄 26~67 岁,平均 41.5 岁;病程 9 个月~14 年,平均 6.1 年;其中慢性浅表性胃炎 29 例,萎缩性胃炎 2 例。经统计学处理,两组临床资料比较,差异无显著性( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 2 治疗方法

2.1 手法治疗组:患者俯卧位,医者立其旁,先用掌根沿脊柱两侧膀胱经内侧线,自上而下按揉 3~5 遍,然后用双手拇指分别按压肝俞、脾俞、胃俞、大肠俞及胸 7~腰 2 的夹脊穴。患者仰卧位,医者先用手掌在腹部做揉法 5~7 分钟,点按期门、中脘、天枢、关元穴,再掌颤腹部,以腹部有热感为宜。用掌根推揉下肢的脾、胃经路线,点按足三里、三阴交。以上手法隔日 1 次,1 个月为 1 个疗程。通常需 2~3 个疗程。

2.2 西药对照组:患者每日口服吗叮啉片 10mg/次,多酶片 2

片/次,均每日 3 次,一般坚持服药 2~3 个月。口服甲硝唑 0.4g,每日 3 次,服用 1~2 周。

### 3 治疗结果

3.1 疗效标准:症状疗效标准:参照 1983 年全国中医学会胃痛诊治疗效评定。临床痊愈:症状、体征消失或基本消失。显效:症状、体征明显改善。无效:症状体征均无明显改善,甚或加重。镜下疗效标准:治愈:胃镜检查基本恢复正常。显效:镜下病变程度减轻,由中度转为轻度,或由重度转为中度。无效:与治疗前比较无明显变化。

3.2 症状疗效:治疗组 42 例,痊愈 19 例(45%);显效 20 例(48%);无效 3 例(7%);总有效率 93%;对照组 31 例,痊愈 8 例(25.8%);显效 13 例(41.9%);无效 10 例(32.3%);总有效率 67.7%。两组总有效率比较,差异有显著性( $P<0.01$ )。

3.3 镜下疗效:治疗组 42 例,痊愈 14 例(33.3%);显效 23 例(54.76%);无效 5 例(11.94%);总有效率 88.06%。对照组 31 例,痊愈 6 例(19.4%);显效 11 例(35.48%);无效 14 例(45.16%);总有效率 54.84%。两组总有效率比较,差异有显著性( $P<0.05$ )。

### 4 讨论

慢性胃炎是由多种病因反复长期作用于胃粘膜,引起慢性胃粘膜炎症性病变,通过相应的按摩手法可以促进胃的血液循环,改善局部组织细胞的营养状况,使各种代谢产物有害物质得以迅速排除,加速组织的新陈代谢,促进了胃粘膜对炎症病变的修复,从而有效改善疼痛症状。

1 北京按摩医院,北京市西城区宝产胡同 7 号(100035)

2 中国中医研究院

收稿日期:2003-09-22