

思路与方法

因湿致瘀在岭南心血管疾病预防中的应用

金明华 罗致强

(中山大学附属第一医院中医科, 广东省广州市中山二路58号, 510080)

[摘要] 湿邪是岭南地区最常见的致病因素,在心血管疾病的发生、发展过程中有着十分重要的影响,因湿而成瘀,因瘀而患病,是岭南地区心血管疾病的基本病理变化。因此,临床上对心血管疾病的防治带有鲜明的地方特色,治湿、化湿始终贯穿整个治疗过程中。

[关键词] 因湿致瘀;心血管疾病;病因病机

痰湿是导致心血管疾病发生的重要致病因素之一。结合地域特点,湿邪在岭南地区心血管疾病的发生、发展过程中有着十分重要的影响,因湿而成瘀,因瘀而患病,是岭南地区心血管疾病的基本病理变化。因此,临床对心血管疾病的防治带有鲜明的地方特色,治湿、化湿始终贯穿整个治疗过程中。

1 湿瘀同病是导致心血管疾病的重要病因病机

中医学认为,人与自然息息相通,疾病的发生与地理环境、气候、生活习惯有着密切的关系。岭南属热带亚热带季风气候,受地理环境、海洋气候的影响,全年平均湿度大,且当地饮食习惯偏于生冷凉润,故湿病的发生在岭南地区具有相当的普遍性,外湿和内湿相互作用进而成瘀是慢性心血管疾病发生的重要致病因素和病理环节。

因湿致瘀的病因病机与湿邪的致病特性有关,湿邪为病有易阻遏气机、损伤阳气、重浊黏腻及易袭阴位的特性。湿乃津液所生,随气升降,气血调则津液流行而不聚,内外感伤,则壅滞为患;根据中医气血、津血相关理论,湿和瘀可以相互转化,在湿瘀关系上可以总结为“因湿可以致瘀,因瘀可以致湿,湿瘀相关”。因湿致瘀的主要途经归结为以下四条:①湿邪停聚,阻滞经络,经络气血运行失畅,遂致局部血滞成瘀。②湿浊停阻脉外,气机升降失常,气血运行失调,气滞则血瘀。③湿邪为患,常导致脾胃及其它脏腑功能失调,气血功能障碍而致瘀血。④湿易与六淫外邪相兼为患,影响气血及脏腑功能,导致血瘀的发生。

现代医学认为,心血管疾病是一类多种因素复合作用所致的疾病,与年龄增长、吸烟、肥胖、血脂异常或高血压、高血糖等众多高危因素有关。这与因湿致瘀的认识相吻合,中医认为痰湿的生成与脏腑(特别是脾

脾、肾)功能失调有关,痰湿居久,正气渐虚,痰湿隐变浊邪而滞留体内,无处不宿,处处可见;且今人食多偏嗜,饮食生冷或厚味油腻,滞胃伤脾,生湿成痰,必致营血秽浊,血行滞慢,形成湿、痰、浊、瘀相互混杂,病在血脉,缠绵难治而成心血管痼疾。

2 因湿致瘀所致心血管疾病的辨证特点

在岭南地区,因湿致瘀贯穿心血管疾病的慢性进展过程,其病变性质属本虚标实,临床上往往表现出虚实夹杂的征象。其“虚”表现为五脏的虚损,运用脏腑辨证可详加明察;其“实”则具有湿瘀共患特征,临证较难把握。因湿致瘀的主要病理环节是“湿”,“瘀”则是湿的演变,湿证患者早期未必出现瘀血外象,但已有瘀血微观病理变化,如血液流变学的改变等,当湿浊郁阻到一定程度才会出现瘀血外象,进而形成湿瘀互患的特征。尽管临床上湿瘀证有病变部位、脏腑、经络的不同,除常见心血管疾病的主症外,多数具备以下“湿”、“瘀”共同特征。

“湿”的特征:复杂多变,强调重浊是湿病诊断的重要指征之一。“重”指沉重或重着,症状表现为头重如裹、周身困重、四肢沉重懒动、精神不振、嗜睡。“浊”即秽浊,指物质秽浊黏腻不清,症状表现为面垢增多、面色晦而不清、大便溏而不爽或下痢黏液、小便浑浊、或妇女白带增多、湿疹浸淫流水、舌苔腻浊。其中腻苔是判断湿病的最重要症状。

“瘀”的特征:临床上较为常见的有肌肤或肢体的麻木不仁,或屈伸不利;或局部的刺痛,痛有定处;静脉曲张;唇色或舌质淡暗、紫暗或瘀点瘀斑,脉涩。

因湿致瘀所致心血管疾病辨治困难的原因与湿的特性有关,主要有以下几个方面:①起病缓慢隐匿,病情缠绵,病程长,疗程长,医生经常无法判断其准确的发病时间,与高血压、冠心病等常见心血管疾病的发病相似。②湿邪致病,病位广泛,无处不到,内而脏腑,外

而躯体,上中下焦,四肢百骸,肌肉筋脉,均可侵犯;对于心血管疾病,往往会掩盖其准确的脏腑定位。《证治准绳·杂病·伤湿》说:“土兼四气,寒热温凉,升降沉浮,备在其中。脾胃者阴阳异位,更实更虚,更逆更从。是故阳盛则木胜,合为风湿;至阳盛则火胜,合为湿热;阴盛则金胜,合为燥湿;至阴盛则水胜,合为阴湿。为兼四气,故淫佚上下中外,无处不到。”湿病病位较广,可能涉及的脏腑组织多,是造成湿病较难辨治的原因之一。

③湿病易阻气机,久而易伤阳气,使临床症状复杂多变。如湿困清窍,清气不能上达,可见头重如裹、嗜睡、精神不振;湿阻经络,气血不畅,可见肢体麻木、怕冷、重着疼痛;湿阻中、上两焦的气机,可见胸闷脘胀;湿阻血脉,脉气不得顺利外现,可见脉形细、濡、模糊,脉率缓怠。阳气受损后则添脏腑变证。④心血管疾病湿邪缠绵的时间较长,脏腑功能和阳气多受损,往往同时存在寒热、虚实错杂的关系,给临床的诊断和治疗带来了困难。

3 心血管疾病湿瘀证治的遣方用药

3.1 益气健脾以化湿

从中医病因病机上讲,心血管疾病与脾胃相关不外乎两个方面:其一是脾胃失于健运,水谷不能化生精微导致气血虚弱;其二是脾胃不能运化水湿导致痰湿内生。对于因湿致瘀的患者,在治疗上抓住“湿”这一关键,以治湿为主,往往能随着临床症状的改善,起到湿去瘀亦消的效果,突出脾胃在其中的主要地位和作用,采用益气健脾化湿之法,从多年的临床实践中总结出化湿汤,主要由四君子汤加木棉花、土茵陈、枳壳、泽泻等组成。方中四君子汤健脾、益气、化湿,木棉花和土茵陈为广东道地药材,祛湿力强,泽泻功效淡渗利湿,枳壳功效理气行滞,诸药合用共奏健脾化湿除痰、益气利水之功,方义取其“气行则水行,气旺则水湿无停聚”之意。化湿汤治疗因湿致瘀形成的湿瘀证,抓住“湿”这一关键,湿生则瘀生,湿除则瘀消,从健脾化湿利水的角度,起到化湿祛瘀的效果。

对于体质偏寒或脾胃虚寒者,强调“痰湿为阴邪,宜阳运温化。”痰湿为邪,宗不离脾胃阳虚水湿不运之机理,因此使用温药振奋阳气而治本,张仲景云:“病痰饮者,当以温药和之。”即在拟方治疗上用药以求“平和”,给湿邪以出路,在用药上不可过于寒凉清利,恐苦寒败胃。多在用参、苓、术、草以益气健脾的基础上,酌情选用厚朴、草果、半夏、砂仁、白豆蔻、石菖蒲等以辛开理气、化痰除湿,其用量厚朴、草果6~9g,砂仁、白豆蔻之类3~6g,温散即可,则效如桴鼓。

对于血压易于波动、幅度较大难以控制者,或顽固性心绞痛等心系疾患常与气机郁结有关。在岭南地区,

往往是因湿而病起中焦碍阻脾胃,格拒上下,阻滞气机而化热,症见:头昏蒙重、头晕或头痛、脘腹痞闷、周身不舒、纳谷不思、大便黏滞不爽或便滞而难下闭塞、口味难言、舌苔厚腻或浊垢老黄,此乃湿(痰)热内结,气机受阻。治疗宜和胃化湿,行气通腑泄热,选方可改用泻心汤之类以辛开苦降,泻湿热、行气机,即使虚人为病,亦可酌投生大黄5~10g以通腑泄热,祛湿泻浊。

3.2 疏肝理气以化湿

情志因素是心血管疾病的常见诱因,与肝有关。肝郁易乘脾,使脾失健运,水湿内停,聚而成痰湿瘀阻脉络发为胸痹心痛。肝主疏泄,为脏腑气机升降之枢纽,气行则血行,故肝郁则气滞,气滞则湿聚血瘀,形成湿瘀共患病证,治疗上宜疏肝理气以化湿。以疏理气血为则,法以疏肝理气、和胃化湿,方用柴胡疏肝散加减:柴胡、枳壳9g,白芍、山茱萸、郁金、厚朴、佛手、薏苡仁、茯苓各12g,玫瑰花15g,川楝子6g,溪黄草、合欢皮30g。喜用玫瑰花、合欢皮、麦芽、山茱萸等药物。

3.3 温补肾阳以化湿

心血管疾病临床表现繁多,病因病机复杂,对于病程较长、年事较高的老年患者,肾气渐衰,往往存在肾阳虚。肾阳虚则气化不利,津液滞留变为痰湿膏脂;或火不暖土,水湿痰浊内生均可致心主血脉异常、血脉不畅而为病。正如《金匱要略》:“阳微阴弦”之谓,即阴盛之邪上乘阳虚之胸,邪正相搏,寒凝气滞,痹阻胸阳而心痛。或火不暖土,水湿痰浊内生,痰湿痹阻心脉或蒙蔽清窍而发为心血管疾病。从五脏之间的相互关系可以看出,老年患者由于肾气虚衰而引起诸脏虚损,进而引起痰浊、瘀血、水饮内生,寒邪内侵,而发为胸痹、心悸、水肿、喘咳、眩晕、头痛等多种心血管病症。对于此类痰湿的临床辨证治疗,张景岳认为宜“培补脾肾,以决生痰之源”,王节斋认为应“补肾化痰”。依经典方法宜化痰、除饮、散寒、温阳并举,化痰除饮选用瓜蒌薤白半夏汤或枳实薤白桂枝汤;温阳散寒选用金匱肾气丸;临证时常合用二方进行加减治疗。肾阳虚明显者可酌情加仙茅、淫羊藿、巴戟天、肉苁蓉、杜仲之属,用量轻重依病情、病程而变,值得推敲。

3.4 治湿化痰兼活血

“湿在瘀先,活血化痰须求变通。”辨治难治性高血压病、顽固性心绞痛等心血管疾病,治痰湿时往往兼以活血化瘀,其法轻巧,若配伍合理得当,辨证准确,自然药到症减,使顽疾得到有效控制或改善。痰湿和血瘀同为病理产物,又是致病因素,两邪往往交织难分,相兼不离,即所谓的“湿瘀交裹,互为因果。”在认识上津血同源为生理,湿瘀交裹为病理,临床常见的冠心病、糖

尿病、高血脂症、肥胖、高血压病等患者,常在痰浊水湿基础上出现微循环障碍、毛细血管病变及血液流变学状态改变等,这些改变为临床辨治湿瘀同病提供了一些依据,治疗时往往化湿与活血并举,在上述化湿的基础上,酌情选用一些活血化瘀的药物,如王不留行、徐长卿、穿破石、铁包金、石上柏等。瘀血明显者,可先用血府逐瘀汤之类,不可拘泥。

3.5 其他用药的讲究

加减运用化湿药防治心血管疾病时,首先针对不

同的脏腑用药有所区别,如病位在肝宜选用溪黄草、鸡骨草以清肝祛湿;病位在上焦宜选用浙贝母、瓜蒌、茵陈以清化痰湿;病位在肾,常选用泽泻、车前草;病在脾胃,多选用木棉花、布渣叶以和胃化湿。其次在祛湿的基础上针对不同的心血管疾病选用不同的药物,如冠心病常选用红参、西洋参、三七;血脂高选用女贞子、蕤仁;血压高多选钩藤、葛根等,不一而论。

(收稿日期:2008-08-20)

[编辑:黄健]

中药治疗特发性性早熟女童38例

陈永辉

(首都儿科研究所,北京市朝阳区雅宝路,100020)

特发性性早熟(ICPP)是指女孩在8岁以前出现第二性征,或女孩月经初潮发生在10岁以前的一种内分泌疾病。目前西医学对ICPP的治疗主要是注射合成的促性腺激素释放激素类似剂(GnRH-A),但因药物价格昂贵,用药时间长,以致使用受到很大限制。笔者临床以中医疏肝清热、育阴散结法治疗儿童性早熟,取得了较好效果,现将结果总结如下。

1 临床资料

38例ICPP女童均为我院或外院确诊而来中医科就诊的患儿,初诊年龄6~10岁,发病年龄5~8岁,平均7.4岁;病程2周~2年,平均0.6年;乳房大小按Tanner分期,Ⅱ期18例,Ⅲ期14例,Ⅳ期6例。所有患儿均表现双侧或单侧乳房发育,或肿胀疼痛,或伴有硬结;1例月经初潮,3例出现阴毛,3例有阴道分泌物。

西医疾病诊断根据有关文献制定如下:①8岁以前出现第二性征发育或10岁以前月经来潮;②乳房和阴毛发育属TannerⅡ期、Ⅲ期、Ⅳ期;③实验室检查:血清卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)、雌二醇(E₂)水平增高;④盆腔B超检查:子宫和/或卵巢增大,或有卵泡发育,且卵泡直径≥4mm;⑤X线手腕骨正位片:骨龄大于实际年龄1岁以上。根据有关文献拟订中医辨证标准如下:乳房发育或肿胀疼痛伴有硬结,乳晕色深,甚至月经提前来潮,形体偏胖,急躁易怒,大便干结,舌质红、苔薄黄或腻,脉弦数或滑数。

2 治疗方法

符合病例观察的患儿均口服中药,基本方:柴胡10g,龙胆草10g,郁金10g,玄参10g,夏枯草10g,牡丹皮10g,连翘10g,橘叶10g,炙鳖甲10g。乳房肿胀疼痛明显者加白芍、青皮、陈皮、皂角刺;硬结明显者加橘核、橘络、天花粉;烦躁、便秘者加栀子、决明子;阴道分泌物较多者加椿根皮、泽泻;手足心热、潮热者加生地、知母、黄柏。水煎服,每日1剂。≤6岁者每次60~80ml,≥6岁者每次80~100ml,均每日2次口服。疗程3~6个月。

3 治疗结果

3.1 证候学评分标准

参考《中药新药临床研究指导原则》及有关资料,对ICPP女孩中医证候学特征、乳房发育分期(Tanner)、阴毛分期进行

评分。

3.2 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》及有关文献制定。显效:乳房缩小至青春前期,阴道分泌物消失,中医证候学评分减少≥70%,卵泡直径恢复正常,子宫和卵巢容积明显缩小,骨龄增长低于年龄增长;有效:乳房明显缩小,由Ⅲ期缩小至Ⅱ期或由Ⅳ期缩小至Ⅲ期,阴道分泌物减少或消失,中医证候学评分减少≥50%但<70%,卵泡直径、子宫和卵巢容积缩小,骨龄增长等同年龄增长;无效:乳房继续发育,以上观察指标无改善。

3.3 治疗结果

显效16例,有效17例,无效5例,总有效率86.84%。治疗中发现,病程越短,效果越好,说明早期治疗很重要。临床观察中未发现毒副作用。

3.4 治疗前后ICPP女孩中医证候的变化

临床观察发现,治疗后ICPP女孩的乳房胀痛、乳房硬结能在短期(1个月左右)内完全缓解,阴道分泌物完全消失。急躁、便秘、舌苔、脉象等也都有不同程度的改善。

3.5 治疗前后ICPP女孩性腺的变化

38例患儿经治疗后,乳房Tanner评分明显改善、卵泡直径明显缩小,与治疗前比较有显著性差异($P<0.05$);卵巢(双侧之和)、子宫容积有不同程度的缩小,与治疗前比较差异无显著性($P>0.05$),说明中药能明显控制或延缓ICPP女孩性腺发育的速度。

4 讨论

中医学无“性早熟”这一病名,古代医家根据其临床表现多归于“乳疔”范围。目前多数学者认为,其病理机制主要是阴虚火旺、肝郁化火、痰热互结所致,采用滋阴降火、清肝泻火、化痰散结等法。笔者根据小儿生理、病理特点,采用标本兼治,以疏肝清热、滋阴凉血、软坚散结为治疗原则组方,治疗ICPP患儿,总有效率为86.84%。方中柴胡、龙胆草疏肝清热,为君药;玄参、夏枯草、牡丹皮、连翘滋阴凉血兼以清热散结,为臣药;郁金、橘叶疏肝散结,炙鳖甲滋阴清热、软坚散结,共为佐药。诸药合用,标本同治,故能取得较好的效果。

(收稿日期:2008-09-12)

[编辑:黄健]