

冠心病从和血生络论治探析

侯仙明¹ 王亚利* 王文智¹ 刘彦卿²

(1. 河北医科大学中医学院, 河北省石家庄市新石南路 326号, 050017; 2. 中国人民解放军白求恩国际和平医院)

基金项目: 河北省自然科学基金资助项目 (C2008000723)

* 通讯作者: wyl220@hebmu.edu.cn

[摘要] 冠心病已成为当今社会危害人们生命健康的主要疾病, 也成为了医学界研究的热点。虽然现代医学在本病的治疗思路和方法与以往相比有了很大的突破, 但在治疗效果上仍存在着明显的不足。中医对本病则有着数千年丰富的临床经验和理论认识, 但治疗上亦不能“十全”。因此, 立足中医理论与临床, 结合现代医学的研究成果提出了血脉不和是冠心病的基本病机, 和血生络是冠心病的基本治法。

[关键词] 冠心病; 和血生络; 血脉不和

冠心病即冠状动脉粥样硬化性心脏病, 是心肌缺血缺氧引起的心血管疾病, 可由两方面原因形成, 一是冠状动脉粥样硬化使血管管腔阻塞, 另一方面是冠状动脉痉挛。近年来, 随着社会的发展和人们生活水平的提高, 冠状动脉性心脏病发病率逐渐升高。据世界卫生组织预测, 随着人口老龄化趋势的进一步加剧, 到 2020年, 缺血性心脏病将占全球总患病人口的 5.9%, 而在发达国家这一比例将占到 11.2%^[1]。现代医学对冠心病的治疗主要包括药物介入、外科手术等方法, 传统的药物治疗效果有限, 经皮腔内冠状动脉成形术 (PTCA)、冠状动脉内支架植入术 (ICS)、冠状动脉旁路移植术 (CABG) 等新技术的应用, 明显降低了患者的病死率和致残率, 提高了患者的生活质量。但尚有相当一部分冠心病患者因多支弥漫性血管病变等, 不能进行冠状动脉介入, 又不适合外科冠状动脉搭桥术等治疗, 且即使术后也存在着约 25%~50% 的血管再狭窄率^[2]。

本病临床具有“胸部闷痛”、“胸痛彻背”、“背痛彻心”等特征, 类属于中医“厥心痛”、“真心痛”、“胸痹”、“心痹”等范畴。而中医在“胸痹”、“心痹”等病的治疗方面具有丰富的理论基础和临床经验。因此, 应大力发挥中医在本病治疗方面的优势。同时应结合现代医学对本病的认识, 取长补短, 进一步丰富中医理论基础, 增强对本病的治疗效果。

1 历代中医学对冠心病的认识

对于“心痛”、“真心痛”等相关记载最早见于两千多年前的《黄帝内经》。《素问·标本病传论》曰: “心病先心痛”, 《素问·脏气法时论》曰: “心病者, 胸中痛, 胁支满, 胁下痛, 膺背肩胛间痛, 两臂内痛。”其

主要症状表现与冠心病心绞痛极其类似, 并指出其病位在心。《灵枢·厥病》把心痛严重, 并迅速造成死亡者称为“真心痛”, 曰: “真心痛, 手足青至节, 心痛甚, 旦发夕死, 夕发旦死”。其症状则近于冠心病心肌梗死。汉代张仲景首次对胸痹进行了专门论述, 如《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》篇说: “胸痹之病, 喘息咳唾, 胸背痛, 短气, 寸口脉沉而迟, 关上小紧数”; “胸痹不得卧, 心痛彻背”。其症状描述更为具体明确。《圣济总录·胸痹门》中亦指出: “胸痹者, 胸痹痛之类也, ……胸膺两乳间刺痛, 甚则引背胛, 或彻背脊。”明清时期, 对“胸痹”、“心痛”部位、性质的认识更为准确。明代王肯堂《证治准绳》谓: “真心痛者, 心脏自病而痛, 故旦发夕死, 夕发旦死, 无治也。”清代李用粹《证治汇补》说: “心痛在歧骨陷处, 胸痛则横满胸间, 胃脘痛在心之下。”又云: “有心痛者, 卒然大痛, 如有刀割, 汗出不休, 舌强难言, 手足青至节, 旦发夕死, 夕发旦死。”清代喻昌《医门法律》: “厥心痛, 乃中寒发厥而心痛”。

中医认为, 本病的病机为本虚标实, 本虚主要包括气、血、阴、阳之虚, 标实则为瘀血、寒凝、痰浊、气滞诸证, 病位在心, 与肺、肝、脾、肾关系密切。如《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》曰: “夫脉当取太过不及, 阳微阴弦, 即胸痹而痛, 所以然者, 责其极虚也。今阳虚知在上焦, 所以胸痹心痛者, 以其阴弦故也。”原文中“阳微阴弦”虽是脉候, 但历代医家认为, “阳微阴弦”是对胸痹心痛病因病机的高度概括。“阳微”一为上焦阳气不足, 即心肺阳气虚; 二为中下焦阳气不足, 即脾肾阳气亏虚, 尤以肾的阳气不足为主。“阴弦”一为阴寒、痰浊、瘀血一类病邪; 二为中下

焦脏腑的病变对于上焦的影响。可以说“阳微”即是本虚,“阴弦”即是标实。后世医家在“阳微阴弦”的基础上对胸痹、心痛的病因病机进行了补充。如唐代孙思邈《备急千金要方·卷十三·心腹痛第六》认为,“寒气卒客于五脏六腑,则发心痛、胸痹”。明代秦景明《病因脉治·胸痹论》指出:“胸痹之因,饮食不节,饥饱损伤,痰凝血滞,中焦混浊,则闭食闷痛之证作矣。”《病因脉治·胸痛论》还指出:“内伤胸痛之因,七情六欲,动其心火,刑及肺金;或怫郁气逆,伤其肺道,则痰凝气结;或过饮辛热,伤其上焦,则血积于内,而闷闭胸痛矣。”在治疗上,《金匱要略》以宣痹通阳为主,创立了栝蒌薤白白酒汤等代表方剂。宋元时期偏以芳香温通之法,如《太平圣惠方》在“治卒心痛诸方”、“治久心痛诸方”、“治胸痹诸方”等篇中,多以芳香、温通、辛散之品组方,每与益气、养血、滋阴、温阳之品相互为用。元代危亦林《世医得效方·心痛门》提出用芳香温通的苏合香丸治疗“卒暴心痛”。明清医家总结前人经验,提出了活血化瘀的治疗方法,如《证治准绳·诸痛门》提出用大剂桃仁、红花、降香、失笑散等治疗死血心痛;《时方歌括》以丹参饮治心腹诸痛;《医林改错》以血府逐瘀汤治胸痹心痛等。这些都为胸痹的治疗开辟了广阔的途径。

2 血脉不和是冠心病的基本病机

当代医家在继承前人经验的基础上,结合现代医学知识与方法对冠心病的病因病机进行了研究,陆续提出了“心血瘀阻”、“痰瘀相关”等理论。但这些理论都具有一定的片面性,没能全面反映心、血、脉的关系。

中医认为,心与血脉的关系密不可分。《素问·宣明五气》曰:“心主血”。《素问·痿论》曰:“心主身之血脉”。心主血脉是指心与脉管相连,形成一个密闭的循环管道系统,依赖于心气的推动,将运行于“脉”中的血液输送到脏腑百骸,发挥“血主濡之”的作用,如《素问·五脏生成》说:“诸血者,皆属于心”;《灵枢·本脏》说:“经脉者,行血气而营阴阳”。心与血脉生理上相互依赖,病理上相互影响。心病可及血脉,此理易解勿须多言。反之,血脉为病可致血脉不和,从而影响于心。《素问·举痛论》曰:“寒气客于背俞之脉,则脉涩,脉涩则血虚,血虚则痛,其俞注于心,故相引而痛。”《灵枢·邪气脏腑病形》云:“心脉微急,为心痛引背。”《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》曰:“寸口脉微而数,微则无气,无气则营虚,营虚则血不足,血不足则胸中冷”。《素问·痹论》说:

“心痹者,脉不通。”所以血脉不和贯穿于胸痹心痛的发生发展过程中。血脉不和可由多种原因引起,如《素问·举痛论》曰:“寒气客于背俞之脉,则脉涩,脉涩则血虚”;《灵枢·九针论》曰:“形乐志苦,病生于脉”。最后导致“痹在于脉则血凝而不流”(《素问·痹论》)。

现代医学的血管则与中医的“脉络”概念相对应。中医认为,“脉”为奇恒之腑之一,为心所主,如《素问·痿论》曰:“心主身之血脉”;《素问·五脏生成》亦曰:“心之合脉也”。同时“脉”具有运行气血、濡养脏腑的功能。《素问·调经论》曰:“五脏之道,皆出于经隧,以行血气。”《灵枢·脉度》曰:“阴脉荣其脏,阳脉荣其腑。”因此,心血脉的生理关系与现代医学所述及的循环系统中心血管的关系基本等同。中医重视脉与气血的关系,认为脉可约束气血。如《素问·脉要精微论》曰:“夫脉者,血之府也”;《灵枢·决气》言:“壅遏营气,令无所避,是谓脉”。另一方面气血对脉具有输注营养作用,如《灵枢·大惑论》谓:“血之精为络”。

血管内皮功能为近年的新发现,血管内皮作为一个动态的内分泌器官,通过感受生理刺激,可以合成、释放一氧化氮(NO)等多种血管活性物质,具有调节炎症、免疫反应、血管紧张度、止血、血栓形成及血管生成等生理、病理反应的作用。中医对血管内皮功能的理论研究较少,但作为血管功能的重要组成部分,内皮功能肯定与“脉络”有关。吴以岭^[3]认为,中医的营气与血管内皮功能具有高度相关性。营气有别于其他之气,营行脉中,具有化生血液的作用,故统称“营血”。《灵枢·邪客》云:“营气者,泌其津液,注之于脉,化以为血。”同时营气“和调于五脏,洒陈于六腑”,具有营养周身的的作用。李凤云等^[4]认为,血管内皮功能异常是导致血瘀证的主要原因,通过活血化瘀可以调节血管内皮功能。有研究显示,具有活血化瘀作用的丹参、红花等均对血管内皮功能具有保护作用^[5-6]。另有研究显示,补益中药黄芪及当归、人参的活性成分也具有血管内皮保护作用^[7-9]。因此,可以认为,血管内皮功能与中医的气血具有内在联系,即脉与血密切相关。

现代研究证实,冠状动脉粥样硬化是冠心病的病理基础,而内皮功能障碍则是动脉粥样硬化最重要的始动因素,即冠心病存在“脉”的病变,脉病可以及血,血管内皮功能障碍则内皮血管活性物质合成、释放失衡,主要为内皮NO的活性及生物利用度的

降低,不仅表现为血管舒张功能的受损,血管平滑肌的增殖,还可以导致血小板凝集、血栓形成、白细胞对内皮的黏附、侵袭等血液异常^[10]。冠心病还存在血液的病变,流行病学调查发现,高血脂、高血糖、高血压、血同型半胱氨酸增高等均是动脉粥样硬化的独立危险因素,内皮功能障碍也常与其相关,Boulanger等^[11]发现,心肌梗死患者血液中的脱落膜微粒子,可以导致大鼠胸主动脉环的内皮功能障碍。这些说明冠心病存在着“血”的病变,血病可以及脉。

因此,根据传统中医理论,结合现代医学研究,我们认为,冠心病存在血脉为病,并且血病及脉、脉病及血,二者相互影响,从而导致血脉不和,由是而生瘀生痰,变证百出。血脉不和则是冠心病的基本病机。

3 和血生络是冠心病的基本治法

如前所述血脉不和是冠心病的基本病机,血病可以及脉,反之脉病亦可及血,因此,应重在和血脉,血脉和利则是心,甚至是机体功能正常的前提条件。如《灵枢·平人绝谷》曰:“五脏安定,血脉和利,精神乃居。”《灵枢·天年》曰:“血气已和,荣卫已通,五脏已成,神气舍心,魂魄毕具,乃成为人。”《灵枢·本脏》亦说:“血和则经脉流行,营覆阴阳”。另外,《素问·调经论》云:“病在脉,调之血;病在血,调之络”,所以对于本病的治疗应以调和血脉为本。

现代医学在冠心病的治疗上提出了治疗性血管新生的概念,即采取一定的措施促进缺血区血管新生以达到治疗的目的,通过促进缺血局部血管的新生,形成和开放新的侧枝循环通路,完成缺血区血管的自我搭桥,从而可以减轻或缓解心肌缺血。目前治疗性血管新生已经成为冠心病防治研究的一个热点。中医学虽没有血管新生的概念,但如前所述血与脉络关系密切,“脉为血之府”、“血之精为络”,因此,生血可以达到生脉生络的目的。同时中医药的现代研究发现^[12-13],益气生血方药当归补血汤及补血方药四物汤均具有促血管生成作用,活血化瘀作用中药对血管生成的影响却不尽相同,同时具有补血、养血作用的丹参、当归等具有促血管生成作用^[14],而莪术、郁金等则抑制血管生成^[15],说明脉络的化生离不开血的濡养。血的充盛和通利是脉络生成的前提和基础。

冠脉侧支循环是正常心脏所具有的潜在的血流通道,在出生时就已存在^[16]。正常状态下,冠状动脉

之间存在着吻合支,但没有功能上的意义。缺血等刺激能使这些吻合支的直径和数量增大,发展成主要的血管网以减轻冠状动脉阻塞的后果。但是在很多情况下这种自然反应过程往往不够,需要通过治疗性手段促进血管新生使缺血心肌的侧支供血增加,达到治疗目的。建立侧支循环的血管来源有二:自身冠脉侧支血管的扩张和新血管的生成^[17]。一般来讲,急性不可逆缺血后侧支循环的建立以血管新生为主,而渐进性冠脉狭窄后侧支循环的建立主要依靠血管形成^[18]。

冠心病多发于中老年人,而中医认为,人“年四十则阴气自半,起居衰矣”,说明随着年龄的增长,气血明显衰退。气血不足又可导致血的运行不利,故而易发生冠心病。结合古今对本病研究成果的认识,我们提出治疗冠心病当以“和血生络”为根本方法:益气补血而达生血、行血之效,同时血旺而脉充;活血化瘀而通其络,以使血脉和调通利,而达脉通、络生的目的。“生”、“通”并用,血行复常。从现代理论考虑,血的充足一方面有利于已有的潜在的冠状动脉之间的吻合支发展成主要的血管网以减轻冠状动脉阻塞的后果;另一方面可促进血管的新生,进一步缓解局部的缺血状态。另外,活血化瘀药物的应用,有利于已阻塞部分血行的部分甚至完全恢复。如此标本兼治,自然可以取得十分满意的临床疗效。此立论虽为首创,但既符合中医的基本病因病机,又吻合现代医学的基本理论,对于提高冠心病的中医药治疗效果,具有重要的理论意义和临床价值。

参考文献

- [1] Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study [J]. Lancet, 1997, 349(9064): 1498–1504.
- [2] 王文健,傅晓东,陈伟华,等.通心络促血管生成作用的实验研究[J].疑难病杂志,2003,2(1): 2–4.
- [3] 吴以岭.“脉络-血管系统”相关性探讨[J].中医杂志,2007,48(1): 5–8.
- [4] 李风云,王峥嵘,杨平,等.活血化瘀的理论与生物学工程的关系之探讨[J].中国医学物理学杂志,2005,22(5): 632–633.
- [5] 刘庆新,宋月雁,陈芳.丹参对脑出血病人血管内皮功能的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2006,4(1): 21–22.
- [6] 蒋宇峰,何立群,沈沛成.红花注射液对家兔动静脉内瘘术后血中内皮素及一氧化氮水平的影响[J].中国中西医

结合急救杂志, 2006, 13(6): 345– 347.

[7] 鲍翠玉,郑敏,赵骥,黄芪对大运动量训练大鼠内皮功能及心肌超微结构的影响 [J].中国运动医学杂志, 2006, 25 (1): 87– 89.

[8] 杨艳秋,杨伟民,曹淑杰,等.当归活性成分阿魏酸钠干预老年冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛患者血液抗氧化能力和保护血内皮细胞功能 [J].中国临床康复, 2006, 10 (39): 101– 103.

[9] 阮秋蓉,瞿智玲,邓仲端.人参皂甙对内毒素致血管内皮细胞表达 TF和 PAI-1的影响 [J].中国病理生理杂志, 2004, 20(5): 737– 740.

[10] Egashira K. Clinical importance of endothelial function in arteriosclerosis and ischemic heart disease [J]. Circ J, 2002, 66(6): 529– 533.

[11] Boulanger CM, Scoazec A, Ebrahimian T, et al. Circulating microparticles from patients with myocardial infarction cause endothelial dysfunction [J]. Circulation, 2001, 104(22): 2649– 2652.

[12] 雷燕,王培利,林燕林,等.当归补血汤煎剂对实验性心
肌梗死衰老大鼠缺血心肌的促血管生成作用 [J].中国
中医基础医学杂志, 2005, 11(12): 892– 894.

[13] 汪淑美,徐晓玉,张文亮,等.桃红四物汤及其拆方对血
管生成的影响 [J].中药药理与临床, 2005, 21(4): 4– 7.

[14] 孟华,朱妙章,郭军,等.中药当归、川芎、丹参提取液促
血管生成作用的实验研究 [J].中药材, 2006, 29(6): 574
– 576.

[15] 苏连杰,马文军,马友辉,等.鸡胚法筛选具有血管生成
抑制作用中药的实验研究 [J].中医药信息, 2001, 18
(3): 65.

[16] James TN. The delivery and distribution of coronary
collateral circulation [J]. Chest, 1970, 58(3): 183– 203.

[17] Schaper W, Ito WD. Molecular mechanisms of coronary
collateral vessel growth [J]. Circ Res, 1996, 79(5): 911.

[18] 卞建立.血管新生与冠状动脉侧支循环 [J].心脏杂志,
2001, 13(5): 411– 413.

(收稿日期: 2011– 04– 25;修回日期: 2011– 04– 28)

[编辑: 黄 健]

。 编读往来。

常见参考文献著录格式

参考文献是学术论文的重要组成部分,本刊所载论文参考文献著录格式执行 GB/T7714– 2005 常见的参考文献类型有著作、期刊论文、电子文献、会议论文、专利文献等,国家标准对每种文献的格式都做了明确的规定,作者在写论文时应严格按照所规定的项目逐项著录。

1 期刊文献的著录格式

主要责任者.题名 [文献类型标志 文献载体标志].刊名.年.卷(期):起页–止页 [引用日期].获取和访问路径 (注:期刊的文献类型标志为“J”,文献载体标志为电子文献必须著录的项目,引用日期、获取和访问途径为联机文献必须著录的项目).期刊文献格式举例: [1] 任玉兰,赵凌,陈勤,等.数据挖掘技术在经穴选用及其特异性研究中的应用 [J].中医杂志, 2010, 51(1): 47– 51.

2 著作文献的著录格式

主要责任者.题名:其他题名信息 [文献类型标志 文献载体标志].其他责任者(例如翻译者).版本项(第1版不著录).出版地:出版者,出版年:引文起页–止页 [引用日期].获取和访问路径.(注:著作的文献类型标志为“M”,文献载体标志为电子文献必须著录的项目,引用日期、获取和访问途径为联机文献必须著录的项目)著作文献格式举例: [2] 中国科学技术信息研究所. 2007年度中国科技论文统计与分析 [M]. 6版.北京:科学技术文献出版社, 2009 144.

3 析出文献的著录格式

析出文献主要责任者.析出文献题名 [文献类型标志 文献载体标志]//专著主要责任者.专著题名:其他题名信息.版本项(第1版不著录).出版地:出版者,出版年:析出文献起页–止页 [引用日期].获取和访问路径.(注:文献类型标志 文献载体标志为电子文献必须著录的项目,引用日期、获取和访问途径为联机文献必须著录的项目)析出文献格式举例: [3] 邓小平.科学技术是第一生产力 [M]//邓小平.邓小平文选:第3卷.北京:人民出版社, 1993 274– 276.

4 电子文献的著录格式

主要责任者.题名:其他题名信息 [文献类型标志 文献载体标志].出版地:出版者,出版年(更新或修改日期) [引用日期].获取和访问途径.(注:主要的电子文献类型有电子公告(EB)和数据库(DB),常见的电子文献载体类型有联机文献(OL)和数据光盘(CD))电子文献格式举例: [4] 中华人民共和国卫生部.甲型 H1N1 流感诊疗方案(2009试行版第一版) [EB/OL]. 2009 (2009– 05– 09) [2009– 05– 11]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohyzs/s3585/200905/40478.htm>.