

• 综 述 •

病毒性心肌炎中医证候学研究概况

吴美芳¹ 张军平^{2*} 吕仕超³

(1. 天津中医药大学 2011 级硕士研究生, 天津市南开区双峰道 9 号和园 125 室, 300193;

2. 天津中医药大学第一附属医院心内科; 3. 天津中医药大学 2011 级博士研究生)

基金项目:“十一五”国家科技支撑计划资助项目(2007BAI20B073)

* 通讯作者: tjzhtcm@163.com, (022)27432016

[摘 要] 病毒性心肌炎是心血管常见病, 中医药治疗该病有独特的优势和良好的疗效, 阐述了病毒性心肌炎证候学的研究现状, 旨在对临床治疗病毒性心肌炎提供依据。

[关键词] 病毒性心肌炎; 中医证候; 心痹

根据发病的特点, 病毒性心肌炎(viral myocarditis, VMC)属于中医学的“温病”范畴, 根据临床表现又可属于“心悸”、“怔忡”、“心痹”、“胸痹”、“虚劳”等病的范畴。国家标准《中医临床诊疗术语》中将其定名为“心痹”, 即风、寒、湿、热等邪气侵及形体, 阻痹经气, 复感于邪, 内舍于心, 久之损伤心气脉络, 心脉运行失畅, 临床以心悸、胸闷短气、心脏严重杂音、颧颊紫红等为主要表现的内脏痹病类疾病。目前对 VMC 尚无完整统一的分型标准, 本文从以下几方面阐述 VMC 的中医证候学研究现状。

1 基于统计学分析的证候研究

1.1 文献统计学分析

通过病例回顾性分析的文献调查, 收集中国期刊全文数据库(CNKI)中医文献有关 VMC 的 648 个病案, 采用文献学和数理统计学等方法进行分析, 得到 7 个常见证型: 气阴两虚、邪毒侵心、心血瘀阻、痰浊(湿)中阻、心脾两虚、阴虚火旺、心阳不振, 其中气阴两虚证、邪毒侵心证是常见的主要证型; 并建立 VMC 常见证候的计量诊断表, 确定其诊断阈值; 初步实现 VMC 常见证候的定量诊断^[1]。此外, 也有检索 2000—2008 年 CNKI 中有关 VMC 辨证论治的临床文献, 总病例数 874 例, 得出其中最为多见的 6 型: 邪毒侵心、瘀血阻络、气阴两(虚)伤、心脾两虚、阴虚火旺、痰浊(湿)阻滞证, 与其他证候类型相比差异有统计学意义($P < 0.05$)^[2]。

1.2 临床统计学分析

通过动态观察 201 例 VMC 患者, 采用频数统计及聚类分析、交叉列联分析等数据挖掘方法, 对

VMC 的证候进行归纳分析, 建立 VMC 病例数据库, 得出主要的 8 个证型: 邪毒侵心证多见于急性期; 大气下陷证多见于迁延期和慢性期; 痰阻心络证常见于迁延期和慢性期; 心脾两虚证多见于迁延期和慢性期; 气阴两虚证多出现在急性期和迁延期, 也可见于慢性期; 心血瘀阻证主要见于慢性期; 阴虚火旺证多见于迁延期; 阴阳两虚证主要见于慢性期^[3]。利用统计学分析上述的 201 个病例, 探讨各阶段的证候特点: 急性期病变主要在上焦心肺, 亦见于脾, 病机关键为邪毒侵心, 气阴受损; 迁延期病势缠绵, 反复发作, 迁延难愈, 病变主要在心脾肺, 病机关键以气阴两虚、大气下陷为本, 痰瘀为标, 大气下陷证和气阴两虚证是迁延期最常见的证候; 慢性期病程日久, 病变主要在心脾, 重则连及肾, 病机关键是虚实互见, 大气下陷为本, 瘀血阻络为标, 心瘀阻证和大气下陷证是慢性期最常见证候^[4]。

2 基于临床病例的证候研究

2.1 证候分型, 或以证候分型为主, 结合分期论治

将 90 例 VMC 患者随机分为辨证分型组 50 例和对照组 40 例, 对照组采用单纯西药治疗, 辨证分型组在对照组治疗基础上, 再采用辨证分型治疗, 其将 VMC 分为邪毒犯心证、心脾血虚证、气阴两虚证、气滞血瘀证、虚阳外脱证 5 型进行论治。辨证分型组治愈率和总有效率为 72.0% 和 96.6%, 高于对照组的 45.0% 和 72.5%, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)^[5]。也有分 4 型辨证施治: 邪热犯心型、气滞血瘀型、气阴两虚型、阴阳两虚型。中西医结合组辨证论治, 结合 1, 6-二磷酸果糖静脉滴注治疗

40例,总有效率90%。对照组40例采用每天用葡萄糖、维生素C、1,6-二磷酸果糖静脉滴注治疗,总有效率为70%,两组差异有统计学意义($P < 0.05$)^[6]。此外有将合并心力衰竭的重症VMC分为3型治疗:心脾两虚证、气阴两虚证、脾肾阳虚证,配合口服卡托普利,4个疗程后中药治疗组方面的改善均好于静脉滴注糖皮质激素及肌肉注射干扰素的对照组^[7]。也有在常规西医治疗的基础上,中医辨证分为正虚邪毒侵心型、气血亏虚型、瘀血内阻型,治疗组辨证治疗136例,对照组100例单用西药治疗,结果治疗组总有效率为97.06%,对照组总有效率为86.00%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)^[8]。

2.2 以分期为主,结合辨证分型论治

临床上也有遵循西医学临床诊断标准分期予以辨治的方法,认为VMC急性期多见外感风热犯肺侵心型、邪湿侵内损及胃肠型、邪毒舍心伤阴耗气型;恢复期常见营卫乏气不足型、气阴两虚型;慢性期多见气阳不足型、痰浊内阻型、气滞血瘀型;后遗症期多瘀证^[9]。有学者补充后遗症期为脏腑功能失调,儿童多见气阴两虚、虚火扰心证;成人多见脏腑失调,有心脾亏虚、心神不宁兼瘀血阻络证,或心脉瘀阻证^[10]。也有依据临床经验而自行分期,分为初、中、后期等。如认为该病早期乃禀赋素弱,复感温热毒邪,内舍于心而成,中后期则以余邪未净而气阴虚衰为特征,其3个月和6个月的治愈率分别为63%和94%,均明显好于静脉滴注二磷酸果糖、口服辅酶Q10的对照组(3个月、6个月的治愈率分别为30%、57%)^[11]。也有分为2期,邪热炽盛期,证属风热袭肺扰心;气阴亏损期,证属气阴两虚^[12]。从温病学探讨认为,初期:风温卫表证、风热乳蛾证、暑湿泄泻证;急性期:热毒扰心证、湿毒滞脉证、痰毒闭窍证、瘀毒阻络证;恢复期及慢性期:气阴两虚、夹湿痰瘀毒邪未清,阳气不振、夹水湿痰瘀毒邪未清;后遗症期阴阳气血俱损、痰瘀交阻、形体损伤^[13]。

3 基础证候贯穿始终

除上述分型外,VMC的某些证候是贯穿于始终的,多数认为,气阴两虚是VMC的基本病机,是贯穿于本病全过程的主要病理变化^[14]。也有认为,心脉瘀阻是贯穿于本病整个病程的基本病机^[15]。总结二者观点,亦有认为疫毒伤心、气阴虚损和心脉瘀阻是心肌炎病因病理的基本特点,心脉瘀阻是其病理变化的基本转归,气阴损伤是贯穿始终的病理

特点^[16]。VMC虽有余毒未消,气阴两虚,气滞痰瘀阻络,心神不宁诸多病因病机,而脾胃不足为第一要义^[17],或以痰阻心络为其基本病机^[18],也有从三焦枢机论治,认为本病病程中有气机不畅之证^[19]。此外有认为,大气下陷证是VMC基本证候,大气下陷是VMC的发病基础,是其演变、进展的关键,也是其迁延难愈的主因^[20]。

4 证候演变规律

VMC的证候不仅包含病因、病性、病位、病势等诸多因素,而且还是一个动态的发展过程。热为阳邪,易于伤津耗气,久则气阴两虚,为本病发生发展之重要环节^[21]。气阴既虚,脾失温煦,肺失濡润,则不能布散水津,水湿聚而成痰。气阴两虚,营阴涩滞,每致瘀血内停。痰浊、瘀血是VMC常见的病理产物,且二者常相互并见^[22]。最后终致精气内夺,积虚成损,最后因气血阴阳俱损而迁延难复^[23]。刘寨华提出了VMC的证候演变规律:①急性期—迁延期证候演变规律:热毒侵心证最易转化为大气下陷证,湿热蕴结心脾证最易转化为痰阻心络证和心脾两虚证,气阴两伤证其中一部分仍保持原来的证型,若邪势较重,重耗气阴,由伤致虚,可转化为气阴两虚证。若心肺气虚甚,则相当一部分气阴两伤证转化为大气下陷证。热毒侵心证、气阴两伤证少部分可转化为心血瘀阻证。②迁延期—慢性期证候演变规律:阴虚火旺证、气阴两虚证大多转化为心血瘀阻证和大气下陷证。痰阻心络证多转化为大气下陷证和心脾两虚证,心脾两虚证多因失治、误治,气虚日甚而转化为大气下陷证,后期发展为痰阻心络证。心血瘀阻证和大气下陷证发展到慢性期相当一部分仍保持原来的证型^[23]。VMC的预后与其脏腑亏损程度及标证治疗当否有密切关系。对于疾病初起若宣透邪毒不利,邪毒壅盛,化热伤阴,阴损及阳,可致心阳衰微而现危证;对于气阴两虚中偏阴血虚者,如若辨证论治不当,不但心体用俱伤,而且肺脾肾因失心血濡养,其气已伤,痰浊瘀血等病理产物接踵而至,阻塞经络,又加重心伤,在此虚损的基础上,外来之温热邪毒又不断侵及,使疾病反复加重而不愈,终至危候^[24]。

5 现代医学辅助检查相关性研究

分析100例成人病毒性心肌炎中医辨证分型与心率变异性指标之间的相关性,表明气阴两虚型RR间期标准差、相邻两个正常心动周期差>50所占的百分比降低最为明显,与痰火扰心型、邪毒侵心

型比较,差异有统计学意义($P<0.05$),其中低频以痰火扰心型降低最明显,与气阴两虚型比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。邪毒内侵型与痰火扰心型心率变异性指标下降差异无统计学意义^[25]。另外,也有相关研究分析心电图类型与证候分类的关系,大气下陷证多见期前收缩、心律不齐;邪毒侵心证、阴虚火旺证及气阴两虚证多见心动过速;痰阻心络证多见传导阻滞和ST-T改变;心血瘀阻证以ST段改变最为常见;阴阳两虚证多见心动过缓,心脾两虚证可见心律不齐^[3]。

6 结语

近年来,中医药治疗病毒性心肌炎在临床应用及科研方面已经取得了不少成果,但仍存在一些问题,主要表现在以下几个方面。其一,中医证候缺乏规范化,但临证多变,难以取得统一的标准。其二,从文献中可以发现,与中西医结合治疗VMC相比,中医药治疗VMC的病例缺少对照,且治疗结果缺乏系统的统计学分析。其三,VMC的中医辨证分型与微观关系的研究接近空白。其四,人和动物在生理、病理等各方面存在较大差异,证候也有不同之处,且尚无根据中医证候制模,造成实验研究和临床脱轨,无论单方、单药还是模型制作方面都缺乏证候针对性。其五,目前发表在期刊上的杂志多为近几年的中医临床治疗经验,而对古代中医文献中类似VMC的病案研究不多。

针对上述问题,今后工作可从以下几方面展开。其一,利用医疗信息网络的迅猛发展,点、线、面结合,多途径采集病例,扩大病例数以及长期随访观察中医药治疗效果及不良反应,并在增加病例数的基础上进行对照研究,科学分析。其二,开展VMC的不同证候类型与心功能、血流动力学、病理学、免疫学等相关性研究。其三,研究用药应与临床辨证论治相结合,重视三期临床。其四,温故而知新,不断钻研古代及近现代中医医案医话,发挥中医诊疗优势。

参考文献

- [1]王菲菲.基于病毒性心肌炎文献分析的中医证候计量诊断及用药规律研究[D].南京:南京中医药大学,2009.
- [2]刘寨华,张华敏,唐丹丽.病毒性心肌炎古代文献理论梳理及中医药辨治研究[J].中国中医基础医学杂志,2009,15(11):807-809.
- [3]曹洪欣,刘寨华,张华敏.基于聚类分析的病毒性心肌炎的证候分类及证候特征研究[J].中医杂志,2007,48(7):629-632.
- [4]刘寨华,曹洪欣,张华敏.病毒性心肌炎证候演变规律探析[J].中国中医基础医学杂志,2007,13(11):837-839.
- [5]张建华.辨证分型治疗病毒性心肌炎的疗效观察[J].临床合理用药,2010,3(7):46-47.
- [6]于月明,李彤,林晓生,等.中西医结合治疗病毒性心肌炎40例临床观察[J].中华中医药杂志,2006,21(7):442-443.
- [7]崔春霞,崔春荣.辨证治疗病毒性心肌炎76例[J].河南中医,2006,26(5):44-45.
- [8]孔庆福,宋树芝,谢学英,等.中医辨证施治联合卡托普利治疗急性重症病毒性心肌炎并心力衰竭的临床研究[J].中国中西医结合杂志,2001,21(7):513-515.
- [9]丁应梅.中西医结合治疗病毒性心肌炎136例[J].山西中医,2007,23(3):27-28.
- [10]车文彦,张明义.对病毒性心肌炎各期辨证治疗的探讨[J].黑龙江医药,2007,20(5):527-528.
- [11]王振涛.病毒性心肌炎的分期辨治[J].河南中医,2003,23(2):44-46.
- [12]李毅,沈玲妹.中医中药分阶段治疗急性病毒性心肌炎临床观察[J].上海中医药杂志,2002,36(3):16.
- [13]李克忠.病毒性心肌炎的分期辨治[J].河南中医学院学报,2003,18(3):55-56.
- [14]粟华魁,周德生.从温病学探讨病毒性心肌炎辨证论治规律[J].湖南中医杂志,2005,21(2):72-73.
- [15]曹洪欣,殷惠军,郭书文.病毒性心肌炎病变机理探析[J].中医药学报,1998,(3):15-16.
- [16]胡思源,贺爱燕,刘虹,等.通脉液治疗小儿急性性心肌炎的临床研究[J].中国中医急症,1999,8(3):104-106.
- [17]贺爱燕,胡思,刘虹,等.陈宝义教授对小儿VMC的中医理论认识和辨治经验[J].陕西中医,2010,31(2):204-205,218.
- [18]丁咏.从脾胃论治心肌炎举隅[J].现代中西医结合杂志,2000,9(23):2391-2392.
- [19]田红明,贾江俊,贺慧芳,等.涤痰化痰汤治疗病毒性心肌炎120例[J].河北中医,2010,32(5):681.
- [20]王雪峰.小柴胡汤及其分解剂对柯萨奇B3m病毒感染乳鼠心肌保护及细胞免疫调节作用的研究[J].中国中西医结合杂志,2000,20(8):599-602.
- [21]张俊清,张军平.大气下陷与病毒性心肌炎的治疗[J].辽宁中医,2009,36(3):374-375.
- [22]李小颖.34例病毒性心肌炎的辨证分型与疗效观察[J].新中医,1996,8(3):32-33,21.
- [23]郑锐锋,李春生,王小沙.病毒性心肌炎病因病机的探讨[J].中国中医急症,2004,13(9):599-600.
- [24]黄永生.病毒性心肌炎的辨证论治[J].长春中医学院学报,2003,19(3):38-39.
- [25]白雪,杨思进.成人病毒性心肌炎病人心率变异性与中医辨证分型关系的研究[J].中西医结合心脑血管杂志,2006,4(4):362-364.

(收稿日期:2010-12-30;修回日期:2011-04-19)

编辑:李巍