

冠心病中医病机及治疗原则分析

张久亮* 柳 翼 陈 旺 史载祥

卫生部中日友好医院, 北京市朝阳区樱花东街 2 号, 100029

* 通讯作者: lyp6669@yahoo.com.cn, 13641326669

[摘要] 以《黄帝内经》为源头的中医藏象、病机理论已经经过了千年以上临床实践的检验, 以此理论分析属于“心痛”范畴的冠心病, 其病位是在“心包络”(厥阴), 而非在“心”(少阴)。心包络病的关键病因是多种原因导致、伏藏于心包络自身之脉的“痰瘀故邪”; 主要病机是“痰瘀故邪”痹阻心包络之脉, 扰乱其气血运行而导致心包络病, 继而导致宗气蓄积、输布异常(虚损), 而并非独是心脉痹阻; 故临床表现主要为心痛、气虚、血瘀(气病则血病); 虚损的心包络因受其他脏器邪气影响而发病, 即为厥心痛; 心包病变严重, 进一步影响至心, 则为真心痛。补益宗气、涤除痰瘀应为主要的治疗原则。

[关键词] 冠心病; 胸痹; 心痛; 心包络; 宗气; 脉病

冠心病为人类的三大致死疾病之一, 在中医学中可归属于“胸痹”、“厥心痛”、“真心痛”等范畴。目前中医学者认为, 该病的病位在“心”, 病机是由于胸阳不足, 心气亏虚, 血瘀、痰浊阻于心脉, 致心脉挛急或闭塞而致心痛^[1-3]。我们认为, 此论并不完全符合中医理论, 因为该论忽略了“心包脏”(《黄帝内经》将心包视为一脏^[4])在心病病中的重要位置; 结果导致对本病病位、病机的分析和治疗原则均产生了不利的影响。为此我们根据中医经典及相关文献对冠心病的病机、治疗原则进行分析。

1 中医经典著作对“心痛”病机、病位的认识及现代中医认识的不足

1.1 病机方面

非独心脉痹阻而致心痛。虽然《黄帝内经》记载了多条关于心脉病变而出现心痛, 但同时也记载了其他经脉病变而出现心痛, 如“手心主之别, ……系于心包, 络心系, 实则心痛; 胆足少阳之脉, ……心胁痛不能转侧”; 《灵枢·厥病》篇记载的厥心痛包括“肾心痛、肺心痛、脾心痛、肝心痛、胃心痛”。《难经集注·六十难》记载杨玄操的解释是: “诸经络皆属于心, 如一经有病, 其脉逆行, 逆则乘心, 乘心则心痛, 故曰厥心痛”。由此可知, 心痛病亦可由于其他脏腑病变, 其逆气循经扰心包而引起, 并非单由心脉病变引起, 由此可知现代中医关于心脉痹阻导致心痛的病机分析是片面的。

《灵枢·本脏》篇记载: “经脉者, 所以行血气而营阴阳”。气血的濡养是脏腑进行生理活动的前提, 其运行特点是“经脉流行不止, 环周不休”。针对五脏卒痛的原因, 《素问·举痛论》举寒邪为例认为多

种原因(包括寒、气滞、痰、瘀等)导致经脉气血不能濡养脏腑即引起疼痛; 机理如上所述为“血虚则痛”。“心脉痹阻引起心痛”之说折射出的含义是: “心脏”自身的气血濡养只来源于心脉(主要指络脉), 心脉病则心病。此说法不全面, 缺乏中医经典的支持。《灵枢·经脉》篇认为, 经脉濡养的机体组织的特点是“营其所行”; 即营其所行的部位。以此理分析, 凡入心之脉皆可濡养心脏; 按《素问》、《灵枢》中记载多经之脉均入心或络心, 由此可知, 并非只由心脉濡养心脏。

《黄帝内经》认为, 水谷精微及宗气是生命存在及各个脏腑维持生理活动的必要条件, 如《素问·五脏别论》所述: “胃者, 水谷之海, ……五味入口, 藏于胃以养五脏气”; 水谷精微可由脾胃通过经脉直接上注于心, 如《素问·经脉别论》所述: “食气入胃, 浊气归心”, 其通道是《灵枢》在经脉篇、经别篇讲述的脾、胃经络上注于心; 宗气则是由心包络向心脏直接提供(详见后文)。所以心脉濡养心脏及心脉痹阻导致心痛的观点与中医经典理论确有不少差异。

1.2 关于心痛病(冠心病)的病位分析

归属于“心痛”范畴的冠心病其临床类型分为隐匿型冠心病、心绞痛、心肌梗死、猝死等。西医对该病病位、发病机理均已认识清楚。

《灵枢·厥病》对该病早已进行了较为细致的描述, 并根据预后分为真心痛及厥心痛, 其中真心痛病情严重, 如经文所述“心痛甚, 旦发夕死, 夕发旦死”; 而厥心痛疼痛较轻, 并不必导致死亡; 该篇对病位并未介绍。然而在《灵枢·邪客》中叙述: “心者, 五脏六腑之大主也, 精神之所舍也, 其脏坚固, 邪弗能容也, 容之则伤心, 心伤则神去, 神去则死矣。故诸邪

之在于心者,皆在于心之包络”。此论述即是心包络包于心外、代心受邪的理论依据;将《灵枢》这两篇所述综合分析可知,凡心痛但不导致死亡的,其病变皆在心包络;心痛引起死亡的,其病变已深入至心。同时还提示,即使是真心痛,其发病始点亦从心包络受病开始,由于病情加重而侵犯至心。此外,在《金匱要略》中所述的没有明显心痛、只有短气胸闷等症患者亦可归于《黄帝内经》的“心痛”之中而予以分析。由此分析中西医对该病的临床表现的认识大体相似,并不矛盾。而在病位方面,二者区别在于西医认为病位在心,而《黄帝内经》认为病位在心包络,并非在心,除非病情加重导致死亡。由此现代中医认为,病位在心的观点与西医一致,而与中医经典的认识明显不同。心包络属于厥阴,而心则属于少阴,此二者的属性以及治疗存在着差异,将厥阴误认为是少阴则会导致治疗的失误而降低疗效。

2 心包络病变机理及相关临床表现的分析

2.1 心包络病的病机分析

中医经典认为,心痛病的病位在心包络,经络不通则痛乃中医常识,由此可知心包络自身之脉如有病邪阻滞即可导致疼痛。心包络亦需气血的濡养以维持其生理功能,即《灵枢·脉度》所述:“气之不得无行也,……如日月之行不休,故阴脉荣其脏,阳脉荣其腑”;脉为奇恒之府,亦名血府,其功能是壅遏营气、令无所避,亦可受邪生病。西医相关研究结果证明,动脉粥样硬化生成隐匿,早期无症状,且进展缓慢^[5];《灵枢·贼风》所阐述的故邪有湿气、瘀血、气滞、水湿、痰浊等,且故邪可以藏于血脉之中;针对其发病机制则认为,“此亦有故邪留而未发,因而志有所恶,及有所慕,血气内乱,两气相搏”,黄元御解释为:“旧有湿气,或有恶血,阻其经脉,梗而不流,偶因喜怒饮食乖常失度,伤其脏腑”^[6]。即已言湿邪则痰在其中。比较二者可知,西医的冠状动脉粥样病变可归属于中医的“故邪致病”范畴,当代医家亦认为,痰瘀之邪是引起心痛的主要致病原因^[7],且多个关于冠心病临床证候的研究结果也提供了证明,并进一步提示血瘀成分占主导^[8-10]。

综合分析,藏于心包络自身之脉的痰瘀故邪首先损伤该脉,继而伤及心包络,导致心包络病,使之虚损。由于心包络为“心主之官城”、“包于心外”,故而提示,心与其他诸脏腑经络的相互联系均需通过心包络,包括脾胃经络向心提供水谷精微,所以在心包络因自身脉病而虚损的情况之下,更容易受诸经

络邪气的影响而发病,即《灵枢·厥病》篇所述的厥心痛,此亦是虚处受邪的体现。

2.2 心包络病变导致的主要临床表现分析

心包络在《黄帝内经》中还有其他的称谓,如手心主、心包、膻中、胸中等,并将其视为一脏而与手少阳三焦相表里,而由于《黄帝内经》理论强调五行配五脏、六律配六腑,并由于心包络为心之近臣,代君行令,故而言“心”即包括心包络,即马蒔所述:“内以心为一脏,而未及心包络一脏,盖以心为主而统之也”^[11]。所以大多数情况下,并不突出讲述心包络。关于心与心包的位置关系,《类经·经络类》认为,“心包络,包心之膜络也”;王洪图进一步解释认为,“心包之形即为心脏之形,……言其有名无形,是指心包无其自身特有之形”^[4]。心包络除代心君行令之外,尚有其自身的功能,主要包括:①如王冰所述:“神气行使之道也”^[12];②护卫心君、代心受邪,如《灵枢》在《胀论》及《邪客》二篇中所述:“膻中者,心主之官城也”,“诸邪之在于心者,皆在于心之包络”;③为气海,接受并蓄积宗气的功能,如《灵枢》在《海论》、《邪客》二篇中所述:“膻中者,为气之海”,“宗气积于胸中”;④输布宗气于心脏,如《素问·经脉别论》所述:“毛脉合精,行气与府,府精神明”,毛脉合精,即指宗气的形成^[11],“腑”即指膻中,“精”为使动词,其意为:膻中布宗气于心,使心君具有生理功能;⑤输布宗气于一身,如王冰所述:“膻中主气以分布阴阳”^[12];⑥为沟通心脏与其他脏腑联络的通道,如前文所述;⑦心脏的气血濡养由心包络完成^[13]。

心包络主宰宗气,宗气具有重要的生理功能,心包络病必然通过宗气虚损、瘀滞等方面表现出来。喻嘉言认为,“统摄营卫、脏腑、经络,而令充周无间,环流不息,通体节节皆灵者,全赖胸中大气为之主持”,“五脏六腑,大经小络,昼夜循环不息,必赖胸中大气斡旋其间;大气一衰,则出入废,升降息,神机化灭,气立孤危矣”^[14]。张锡纯经考证后认为“宗气”即是“大气”^[15],由此可知,宗气是维持生命及各个脏腑生理活动的直接动力,其蓄积、输布均由心包络完成。

心痛病的临床表现:①由于该病病位在心包络,病机为痰瘀故邪痹阻心包络之脉,所以常见临床表现是胸部疼痛;②由于痰瘀故邪扰乱心包络气血运行而致心包络病,根据上述分析心包络病必然导致宗气蓄积、输布的异常,宗气病则表现出气虚、气滞,其临床表现为胸闷、短气、乏力等症;气为血帅,气病则导致血病,即气虚、血瘀;③心包络病除表现出宗

气的蓄积、输布的异常之外,还可表现出自身阴阳失衡;④病损的心包络常因其他脏腑邪气的干扰而病情加重,即心痛、气虚等症,患者还同时表现出其他脏腑的病症,如尤怡所述:“是以各脏腑经脉,挟其淫气,自支脉上乘于心,皆能作痛,然必有各脏腑病形与之相应”^[16]。故而多数患者的主要临床表现由上述四个方面组成,即心痛、宗气病、心包络病、使心包络病加重的其他脏腑之病,整体表现复杂。

如病情较重,影响到濡养心神,则会出现神志的改变,如心烦意躁等,甚则出现障碍,西医将其归属于急性脑病综合征;此时由于心包络储存、输布宗气功能明显减弱,其他脏腑亦出现相应的诸多病变,如影响到三焦水道的通调异常而水液潴留;其“行呼吸”功能的异常则呼吸困难,即西医所认为的心功能衰竭;并可导致虚里搏动异常及因虚而致的脉动失常,如结代脉等,即西医的心律失常。如果病情进一步加重则出现下列两种情况:①不能向心脏输布宗气、阻碍水谷精微进入心脏,则心君失养而致神去,即真心痛;②导致“出入废,升降息,神机化灭”,这两种情况均会导致死亡。

3 冠心病治疗原则方面的探讨

在治疗方面,如果病情较轻,涤除心包络中的痰瘀、补益宗气、调整心包络的阴阳不足是治疗中的重点。根据文献资料及我们的临床实践,补心包之气可以选用补中益气汤、升陷汤等,加引经之剂(引药入心包);涤除痰瘀之剂为必用,再结合患者实际情况,调整其阴阳。此外,由于其他脏腑的疾病常可通过其与心包络联系的经脉而加重心包络病损,故而亦需治疗干扰心包络的其他脏腑。如果病情严重,则主要针对宗气、心包治疗为主。虽然目前针对宗气偏虚的冠心病患者,应用补气、化瘀的方法已取得了较好的疗效;但我们也注意到,对于胸中痰浊较盛的患者,应用降痰通瘀的治疗方法更为适当。

4 中西医矛盾点的探讨

虽然心与心包络的藏象理论及相应疾病的病机分析暂无法得到西医解剖学的证实,用现代医学理论难以解释;但温病学派依此理论研制出的安宫牛黄丸在其相应的临床疾病应用中确屡建奇功,从而证明该理论的合理性^[17-18]。王洪图认为,“生命活动机制是复杂的,生命活动的规律也应从多角度探索。中医理论所反映的生命活动机制及规律,既经千余年医疗实践得以证实,必定有其相应的物质结构存在,可换一种思路,从多系统、多层次、多维向地

研究,而非简单的寻找解剖学基础”^[4]。

伴随现代科技的进步,西医对冠心病的认识、诊疗均有很大提高,介入治疗的开展,使患者的预后得到明显的改善。但在介入前后的治疗中,中医确有一定的优势,这个优势存在的前提是继承中医传统中的精华,进行实证、展开讨论以提高认识,改善治疗效果。

参考文献

- [1]田德禄. 中医内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:117-124.
- [2]朱文锋. 中医内科疾病诊疗常规[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,1998:43-45.
- [3]路志正. 肾心痛证治精要[J]. 中医药学刊,2002,20(3):266-268.
- [4]王洪图. 内经学[M]. 北京:中国中医药出版社,2004:100-128.
- [5]陈在嘉,徐义枢,孔华宇. 临床冠心病学[M]. 北京:人民军医出版社,1994:24.
- [6]胡国臣. 黄元御医学全书[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社,1999:357.
- [7]李军,王阶. 病证结合的冠心病心绞痛病因病机探讨[J]. 中国中医基础医学杂志,2007,13(7):531-533.
- [8]吴咏,金刚,崔杰,等. 冠心病中医证候特点的回归分析[J]. 中医药学报,2008,36(4):4-6.
- [9]李军,王阶. 冠心病心绞痛证候要素与应证组合的5099例文献病例分析[J]. 中国中医基础医学杂志,2007,13(12):926-930.
- [10]王阶,李军,姚魁武,等. 冠心病心绞痛证候要素和冠脉病变的Logistic回归分析[J]. 辽宁中医杂志,2007,34(9):1209-1211.
- [11]马蒨. 黄帝内经素问注证发微[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:76.
- [12]王冰. 重广补注黄帝内经素问[M]. 北京:人民卫生出版社,1983:58-59.
- [13]孙刚,烟建华. 《内经》“心主血脉”学术解读[J]. 中华中医药学刊,2008,26(6):1312-1314.
- [14]胡国臣. 喻嘉言医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社,1999:182.
- [15]张锡纯著. 王云凯,杨医亚,李彬之校点. 医学衷中参西录上册[M]. 石家庄:河北科学技术出版社,1990:155-158.
- [16]尤怡. 金匱翼[M]. 北京:中国中医药出版社,1996:158.
- [17]马玉红,周鸿飞,于铮,吴鞠通对安宫牛黄丸的认识及运用浅识[J]. 中国中医基础医学杂志,2005,11(7):544-545.
- [18]潘新华,王培训,王宁生. 安宫牛黄丸及其类方临床应用概况[J]. 新中医,2001,33(12):64-66.

(收稿日期:2012-05-30;修回日期:2012-07-20)

[编辑:崔京艳]