

综 述

中医药治疗急性冠脉综合征的研究近况

卢健棋 桑博默

(广西中医药大学第一附属医院 广西 南宁 530023)

[关键词] 急性冠脉综合征; 中医药; 病因病机; 治疗

[中图分类号] R541.4

[文献标识码] A

[文章编号] 1008-8849(2013)30-3412-03

急性冠脉综合征(ACS)是20世纪80年代以后提出的新概念,其包括ST段抬高型的急性心肌梗死(STEMI)、非ST段抬高型的急性心肌梗死(NSTEMI)和不稳定型心绞痛(UA)。ACS发生时,相关动脉是否关闭、侧支循环是否建立、心肌缺血是否完全恢复以及坏死面积大小,可使患者出现不同的临床表现。其共同的病理生理改变为冠状动脉粥样硬化斑块由稳定转为不稳定,继而破裂导致血栓形成,致管腔急性严重狭窄或闭塞,临床产生ACS。现代医学研究发现抗栓、溶栓、调脂、抗缺血、介入治疗恢复冠脉畅通、稳定斑块等措施能有效预防ACS的发生发展,降低病死率^[1]。ACS属于中医“胸痹”、“心痹”、“心痛”、“真心痛”的范畴。中医学界一直以来都重视对ACS的研究,近年来取得了一些新的成果,现将近年研究情况综述如下。

1 病因病机

1.1 传统观点 传统观点认为ACS的发病机制为本虚标实,以阴阳气血的亏虚为本,标实以气滞、血瘀、痰浊、寒凝多见。如《素问·举痛论》说“心痹者,脉不通,烦则心下鼓,暴上气而喘”。而张仲景在《金匮要略》中提出“阳微阴弦”的著名观点,认为上焦心胸阳气不足、中下焦阴寒邪盛,痰饮内停是发病的关键。巢元方在《诸病源候论》的“胸痹候”中提出其病机为“因邪迫于阳气,不得宣畅,壅瘀生热”。王清任则指出“久病入络为瘀”致胸痹。

1.2 近代认识 近代中医在本虚标实的病机基础上,提出了虚实夹杂、瘀毒、脂毒致病、从络论治等新观点。如管昌益^[2]通过将ACS的各种证候归纳为实证与虚证进行分析,发现实证以瘀证为主,高低排列依次为:瘀证、痰证、寒凝证;虚证以心气(阳)虚为主,高低排列依次为心气虚证、心阳虚证、肾阳虚证。而且实证与虚证往往相重叠,表现为气虚血瘀、痰瘀互结、阳虚寒凝等,因此认为ACS的病因病机以虚实夹杂为主要特点。

袁敬柏^[3]从ACS资料分析中共提取了个12个证候要素,由高至低依次为:血瘀、气虚、痰阻、阴虚、内热、气滞、寒凝、浊毒、阳虚、阳脱、阳亢及湿,其中血瘀、气虚、痰浊占全部病例的比例分别是94.94%、66.85%、57.30%。

[基金项目] 国家自然科学基金资助项目(81260522);广西自然科学基金资助项目(2010GXNSFA013215)

陈可冀等通过对动脉粥样硬化中医病因病机的研究,提出毒瘀致易损斑块的新观点,认为毒瘀是不稳定斑块的重要病机^[4]。因毒邪侵袭致病后,脏腑气机功能失调,津液凝聚为痰,血滞聚集而为瘀,毒、痰、瘀三者相互为用,而致动脉粥样硬化斑块破裂而发生ACS。

而王永炎院士则提出,ACS当属络病范畴,其核心病机为病络^[5]。病络是络脉绌急、疏失瘀阻的病理过程,又是病证产生的根源。延伸到风、火、痰、瘀、虚、毒等病邪存在于病络的各个阶段,可形成气机郁滞、血行不畅、络脉失养、津凝痰结、络毒蕴结等病理改变^[4]。并因外邪、气滞、血瘀、痰浊、寒凝、正气不足,气血运行不畅或不通,均可导致发病。

周明学等^[6]提出脂毒学说,他认为脂代谢紊乱过程及易损斑块内的大脂核,相当于中医之脂毒范畴,并在分析了ACS易损斑块的破裂与脂质代谢紊乱、平滑肌细胞凋亡、胶原纤维的合成或降解失衡等病理过程有关后,进一步指出脂毒导致易损斑块的形成,瘀毒与易损斑块的形成、破裂及继发血栓形成均具有较密切的关系。

张京春等^[7]通过阐述血瘀证的病理过程即血小板在受损斑块表面黏附、活化和聚集、纤溶系统的抑制,从而导致的血栓形成,得出心气亏虚、心血瘀阻、毒损心络为易损斑块及其所致ACS的重要病机。徐浩^[8]则认为,因瘀化毒、因毒致变是导致斑块不稳定、进而发生急性心血管事件的主要病因和关键病理机制。

2 治疗进展

2.1 辨证论治 辨证论治是中医学的特色,简便实用,可以因人、因地、因时施治而改善症状,提高疗效,这是中医治疗ACS最常用的方法。如王瑛等^[9]观察发现,采用温阳活血方(附子、赤芍、白芍、当归、生蒲黄、枳壳、桔梗、炙甘草)治疗阳虚血瘀型ACS患者,可明显降低患者血管内皮素(ET)水平。文献[10-12]观察发现,针对ACS患者心气不足、心阴亏损、瘀血痹阻的病机,在西药常规治疗基础上,加用益气养阴活血中药,可明显改善ACS患者血运重建后左室收缩功能和室壁运动和显著降低血清CRP、IL-6的水平,从而抑制动脉粥样硬化的发生发展,防止动脉粥样硬化斑块破裂,及明显改善患者症状。陈翊等^[13]研究表明化痰通络法能提高痰瘀阻络型ACS疗效,明显改善胸闷痛等症状,并能更有效降低ACS患者的CRP水平,消除炎症,保护冠脉,改善预后。

2.2 古方治疗 针对 ACS 病因病机中虚或实的某一点,选用古方治疗,常取得良好效果。彭绍杰等^[14]从《素问·阴阳应象大论篇第五》所谓“治病必求于本,本于阴阳”、“伏其所主,先其所因”的理论出发,遵《医原》:“肾中真阳之气,茵藿煦育,上通各脏腑之阳”之说,以四逆汤加味(熟附子、干姜、炙甘草、桂枝、薤白、仙茅、仙灵脾、人参、苏木、丹参)温肾通阳、补通兼施治疗 ACS,取得较好疗效。王严冬^[15]研究表明,应用温胆汤降逆除烦,调达气机,可明显降低 ACS 患者 CRP、UA、TC、LDL-C、TG 水平,具有抗炎、降脂作用。王立茹^[16]研究发现:在西药常规治疗基础上,辨证使用清热解毒、活血通络的四妙勇安汤,可以明显改善 ACS 患者心绞痛的症状和明显降低 ACS 患者 CRP 水平,具有明显的抗炎症反应作用,可防止冠状动脉粥样斑块的破裂、血栓形成。刘四新等^[17]用升陷汤加味小陷胸汤(生黄芪、知母、桔梗、柴胡、升麻、当归、半夏、黄连、瓜蒌)配合西医常规治疗 ACS 患者,取得较好的疗效。于白莉^[18]观察发现,膈下逐瘀汤治疗 ACS 有显著的临床疗效。

2.3 验方治疗 验方是医家行之有效诊治经验的总结,研究发现中医也有不少对 ACS 具有良好疗效的验方。邓氏冠心病方是邓铁涛国医大师治疗冠心病的经验方,益气除痰、祛瘀通络,治疗冠心病疗效肯定^[19]。郑朝阳等^[20]采用随机、对照临床试验方法,观察用邓氏冠心病方制成的冠心病胶囊治疗冠心病冠脉介入术后的临床疗效,结果表明冠心病胶囊组对心绞痛疗效优于对照组($P < 0.05$)。王昀等^[21]采用温阳活血方(制附子、生蒲黄、赤芍、白芍、当归、枳壳、桔梗、炙甘草)配合西医常规用药治疗 ACS 患者,观察表明,温阳活血方可明显改善临床症状、调节纤溶系统及血管内皮细胞功能,减轻炎症反应。刘敏雯等^[22]提出“从风论治”ACS,观察“祛风解痉,疏通心络”的心痛得效方(金银花、生甘草、羌活、葛根、川芎、地龙、白附子、桑寄生、白芍等)对 ACS 的疗效,结果表明:心痛得效方能显著降低患者血浆 CRP 水平,心绞痛疗效、心电图疗效均优于对照组,具有良好的治疗效果。

2.4 中成药治疗 随着现代中医药制药技术的不断发展,中成药品种繁多,剂型齐全,在临床中的使用也愈加广泛,在治疗中发挥着简便、验廉的效果。丁伟红^[23]观察发现,在常规西医治疗的基础上结合中药丹参川芎嗪注射液、麝香保心丸治疗后,ACS 患者心绞痛发作次数、心肌缺血时间、室性早搏次数等情况的改善显著优于对照组;且明显降低了 ACS 患者 CRP 水平。郑泽荣等^[24]研究表明,杏丁注射液与速效救心丸联用能明显降低 ACS 患者 CRP、TNF- α 及 IL-6 浓度,有效抑制 ACS 患者血管内皮的炎症反应。李树卿等^[25]发现,在西药常规治疗的基础上配合黄芪注射液合与参注射液治疗 ACS 患者心绞痛症状、中医症状、心电图明显改善,血脂、hs-CRP 明显降低($P < 0.05$ 或 0.01)。

3 讨论

近年来中医在 ACS 各方面进行了大量研究,积累了一定的经验。其个体化的辨证施治,本于阴阳的调节,多途径、多

环节、多靶点的干预、不良反应轻的特点在稳定易损斑块,延缓病情进展,预防心血管事件发生等方面发挥着积极作用。但目前仍存在着一些问题:所发表的文章样本量太小,缺乏临床大样本、多中心、随机双盲的临床试验及循证医学的证实;缺乏独立于西药的治疗总结,缺乏对终点事件的评估,尚未形成“瘀毒致病”病因病机的临床诊疗规范。故今后应在加强基础研究的同时,进一步开展多中心临床研究,为中医药确定新的治疗靶向和有效防治 ACS 提供理论与实验依据。此外,应积极开展针灸、穴位注射、拔罐等外治方法在临床治疗 ACS 中的研究和应用,以更好地发挥中医药治疗 ACS 的优势。

[参考文献]

- [1] 白原. 急性冠脉综合征治疗进展[J]. 中国心血管病研究, 2011, 9(6): 461-464
- [2] 管昌益. 中医药治疗老年急性冠脉综合征的现状与展望[J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(2): 123-124
- [3] 袁敬柏. 178 例急性冠脉综合征证候要素验证组合的回顾分析[J]. 北京中医药, 2008, 27(9): 675-677
- [4] 范如宇, 丁碧云. 动脉粥样硬化易损斑块的中医药研究进展[J]. 安徽医药, 2012, 16(4): 537-539
- [5] 李鲲, 王燕平. 王永炎从病络论治急性冠脉综合征的体会[J]. 中医杂志, 2011, 52(20): 1726-1728
- [6] 周明学, 徐浩, 陈可冀. 中医脂毒、瘀毒与易损斑块关系的理论探讨[J]. 中医基础医学杂志, 2007, 3(10): 737-738
- [7] 张京春, 陈可冀. 瘀毒病机与动脉粥样硬化易损斑块相关的理论思考[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28(4): 366-368
- [8] 徐浩. 活血解毒中药抗炎及稳定易损斑块的探索与思考[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28(5): 393-394
- [9] 王瑛, 颜琼枝. 温阳活血方对阳虚血瘀型急性冠脉综合征患者内皮素的影响[J]. 河北中医, 2011, 33(7): 994-995
- [10] 李永强, 金枚, 仇盛蕾, 等. 益气养阴活血中药对急性心肌梗死患者血运重建后心室壁运动的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2009, 29(4): 300-305
- [11] 王佑华, 方邦江, 周端, 等. 益气养阴活血通阳法对急性冠脉综合征患者 CRP、IL-6 的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(3): 332-333
- [12] 赵霞, 刘祖发, 裴树亮, 等. 重剂益气养阴中药配合西医综合治疗急性冠脉综合征疗效观察[J]. 北京中医药, 2009, 28(5): 362-363
- [13] 陈翊, 缪灿铭. 化痰通络法改善痰瘀阻型急性冠脉综合征症状及 CRP 水平[J]. 光明中医, 2008, 23(12): 1891-1893
- [14] 彭绍杰, 王贤明. 急性冠脉综合征的中医药防治思路[J]. 浙江中医药大学学报, 2009, 33(1): 19-20
- [15] 王严冬. 温胆汤对急性冠脉综合征患者炎症因子和尿酸水平的影响[J]. 杏林中医药, 2009, 29(6): 478-479
- [16] 王立茹. 四妙勇安汤对急性冠脉综合征患者血清超敏 C 反应蛋白的影响[J]. 陕西中医, 2010, 31(6): 646-647
- [17] 刘四新, 徐胜兰. 升陷汤加味小陷胸汤配合西医常规治疗急性冠脉综合征 33 例[J]. 中医研究, 2012, 25(1): 20-22
- [18] 于白莉. 膈下逐瘀汤和人参山楂饮治疗急性冠脉综合征 30 例[J]. 辽宁中医药大学学报, 2009, 11(4): 135

- [19] 李晓庆, 王侠, 吴焕林. 邓铁涛经验方治疗急性冠脉综合征冠脉介入后的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009, 7(7): 757-759
- [20] 郑朝阳, 盛小刚, 吴焕林, 等. 邓老冠心病胶囊对冠心病介入术后的疗效观察[J]. 上海中医药杂志, 2008, 42(8): 18-19
- [21] 王昀, 颜新援. 颜氏温阳活血方防治急性冠脉综合征临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2009, 16(10): 15-17
- [22] 刘敏雯, 陈全福, 严夏. 从风论治对急性冠脉综合征患者血浆C反应蛋白浓度的影响[J]. 甘肃中医, 2007, 20(2): 18-19
- [23] 丁伟红. 中西医结合治疗急性冠脉综合征40例[J]. 光明中医, 2009, 26(9): 1873-1874
- [24] 郑泽荣, 肖波, 冼志莲, 等. 杏丁联合速效救心丸对急性冠脉综合征患者炎症因子的影响[J]. 中国中医药科技, 2010, 17(2): 92-93
- [25] 李树卿, 张涛. 中西医结合治疗急性冠脉综合征疗效观察[J]. 山东医药, 2010, 50(41): 74-75

[收稿日期] 2013-01-15

透刺为主治疗周围性面瘫恢复期的研究进展

陈先芝, 刘自力

(云南中医学院, 云南 昆明 650021)

[关键词] 周围性面瘫; 单纯透刺; 电针加透刺; 合谷刺; 透刺为主的综合疗法

[中图分类号] R245 [文献标识码] A [文章编号] 1008-8849(2013)30-3414-05

中医认为贝尔氏麻痹属祖国医学“面瘫”、“口眼喎斜”、“口僻”等范畴。本病是由于劳作过度, 机体正气不足, 脉络空虚, 卫外不固, 风寒或风热乘虚入中面部经络, 致气血痹阻, 筋脉功能失调, 筋肉失于约束而成。Bell 麻痹分期说法不一, 有发病 7 d 以后算作恢复期者, 有发病 20 d 以后作为恢复期者, 其中将恢复期定为发病 14 d 后较为多见, 如温妙玲^[1]将面瘫分做 3 期: ①发展期: 面瘫出现后 7 d 内; ②静止期: 面瘫出现后 8~14 d; ③恢复期: 面瘫出现 14 d 后。再有蔡圣朝^[2]将面瘫也分成 3 期: ①急性期 1~7 d; ②恢复期 14~60 d; ③后遗症期 2 个月以上。吴继勇^[3]及沈世社^[4]将面瘫分为 4 期: ①前趋期(发病前); ②发展期(发病 1~7 d); ③静止期(发病 7~14 d); ④恢复期(发病 14 d 后)。故笔者导师根据临床经验认为面瘫急性期后或恢复期当从发病后 14 d 算起。在恢复期的治疗作用中, 采用透刺疗法的报道较多, 现将透刺为主的相关文献综述如下。

1 单纯透刺

透刺作为一种刺法, 其理论萌芽始于中医传统经典著作《黄帝内经》。《灵枢·官针篇》:“十二刺”中的“直针刺者, 引皮乃刺之, 以治寒气之浅者也”及“五刺”中“合谷刺者, 左右鸡足, 针于分肉之间……”等的记载即可看作后世的直针刺、一针多向透刺等刺法的源头。至金元针灸大家窦默在《针经指南》首次提及一针两穴的刺法。其后, 王国瑞所著《扁鹊神应针灸玉龙经》透穴刺法已有多处提及和论述, 并与临床紧密相关。至杨继洲著《针灸大成》, 并在此书注解《玉龙歌》时发挥其透穴之未尽之意, 增述透穴十余组。发展至清, 《循经考穴编》中已记载三十余种透穴刺法。近代周楣声重订周树冬著《金针梅花诗钞》中列透穴 39 对, 至此疗法

已非常丰富, 趋于完善。透刺作用较强, 针刺深度相应也较深, 作透刺治疗时, 针刺的深浅、角度、方向均应根据临床和患者的情况灵活运用。透刺的角度大致分为横透、斜透和直透; 透刺方向分为单向透刺和多向透刺, 临床上应以脏腑、经络学说为本, 根据治疗的疾病和所取腧穴而选择适合的透刺方法。

李兴国^[5]采用分 3 期治疗。恢复期面瘫采用局部和远端取穴相结合, 取阳白、四白、迎香、攒竹、地仓、颊车、承浆、人中、中等穴局部多采用透刺法。攒竹透丝竹空、地仓透颊车, 针后在阳白穴点刺放血。结果: 经过 1~4 个疗程的治疗, 总有效率 97.5%。

张冲等^[6]用透穴针刺法治疗顽固性面瘫, 针刺方法: 按面肌瘫痪部位情况局部近取透刺法的原则选取阳白透鱼腰, 印堂透攒竹, 丝竹空透太阳, 四白透迎香, 颧髎透下关, 地仓透颊车, 承浆透地仓, 完骨透翳风, 共治疗 64 个患者, 治愈 27 例, 显效 28 例, 有效 6 例, 无效 3 例, 总有效率为 95.31%。

王燕等^[7]采用透刺法为主, 治疗面瘫后遗症, 选患侧主穴阳白透丝竹空、太阳透下关、颧髎透迎香、地仓透颊车, 随症配穴, 用滞针手法, 留针 30 min, 出针后用梅花针轻叩面部, 配合面部肌肉功能锻炼, 3 个疗程后观察疗效, 70 例患者痊愈 17 例, 好转 53 例, 总有效率 100%。

罗亚平等^[8]观察了透刺法治疗周围性面瘫恢复期 68 例的临床疗效, 取穴为合谷透三间、风池透风府、地仓透颊车、攒竹透丝竹空、阳白透鱼腰、水沟透地仓、四白承泣, 治疗结果痊愈率达 73.5%。

林永荣等^[9]观察了经筋透刺法治疗周围性面神经瘫痪 110 例临床疗效, 将患者分为经筋组 68 例和对照组 42 例, 经筋组按少阳、阳明经筋循行, 采用多针浅刺与透刺相结合, 主穴阳白三透, 针尖与表皮成 15°角, 分别向攒竹、丝竹空、鱼腰透刺, 针尖方向呈鸡足状; 地仓向人中、颊车透刺, 一穴 2 针;

[通信作者] 刘自力, E-mail: zililiu@hotmail.com