

支架内再狭窄的痰瘀致病理论探讨

Theory of pathogenic phlegm and blood stasis of in-stent restenosis

谢世阳 李 彬

(河南中医学院一附院, 河南 郑州, 450000)

中图分类号: R256.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2011) 22-0116-01 证型: BDG

【摘要】冠心病发病率高、死亡率高, 严重威胁人们健康。在冠心病的治疗上, 除药物和外科手术外, 介入疗法目前已成为心肌血运重建的重要手段。

【关键词】支架内再狭窄; 痰瘀致病理论; 探讨

【Abstract】 Coronary heart disease incidence, mortality, serious threat to people's health. In the treatment of coronary heart disease, in addition to drugs and surgery, the interventional therapy has become an important means of myocardial revascularization.

【Keywords】 In-stent restenosis; Theory of pathogenic phlegm and blood; Stasis

冠心病发病率高、死亡率高, 严重威胁人们健康。在冠心病的治疗上, 除药物和外科手术外, 介入疗法目前已成为心肌血运重建的重要手段。但高达 10%~50% 的支架内再狭窄 (In-Stent Restenosis, ISR) 发生率^[1], 严重影响了该项技术的远期疗效, 因此, ISR 的防治是当今冠心病的研究热点。

1 现代医学研究

目前对于支架内再狭窄的研究显示, 再狭窄的机制可能与以下因素有关: 球囊扩张对血管壁的损伤、血管弹性回缩及血管收缩、血小板的聚集、黏附及血栓形成; 炎症反应; 血管平滑肌细胞的增生、迁移及动脉内膜增生、血管重塑等^[2]。

2 中医对其病机的认识

中医学无“冠心病介入术后狭窄”这一病名, 但据其临床表现及发病特点与中医古文献中之“胸痹”、“心痛”、“真心痛”、“厥心痛”等病相似。近代医家多认为本病是本虚标实, 以气虚、阴虚、血瘀为主, 治疗上多采用益气养阴, 活血化瘀法。然“痰、瘀”作为致病因素及重要病理产物, 贯穿 ISR 全过程, 在支架内再狭窄的致病中起重要作用。

2.1 因“时”生痰; 瘀血生痰

此“时”指时代。近年来, 人们生活水平明显提高, 饮食结构发生变化, 过食肥甘冷饮, 嗜好烟酒以及不良的生活方式均易损伤脾胃。脾胃主司运化水谷及水湿, 脾失健运, 水液输布异常, 导致痰浊瘀血内生。《医宗必读·痰饮论》“惟脾土虚湿, 清者难升, 浊者难降, 留中滞膈, 瘀而成痰。”此外, 过食肥甘亦可助阳化气而化火灼津成痰, 浊阴过盛亦可成痰, 最易导致心脉闭阻而再次狭窄。《素问·奇病论》曰: “肥者令人内热, 甘者令人中满”。另外, 瘀血可生痰湿。因瘀生于血, 痰生于津, 而津血同源, 故血瘀可导致津变, 这是瘀血生痰的关键病机。“瘀血既久, 化为痰水”。《明医杂著》: “若血浊气滞则凝聚而为痰, 气虚死血痰饮为言。”

2.2 因“伤”致瘀; 瘀可生痰

现代研究表明^[3]: 再狭窄以内膜损伤为始动因素。冠脉支架术中, 导管导丝操作及支架植入难免对血管内皮造成损伤, 引起血小板的聚集、粘附及血栓的形成, 此过程类似外伤致瘀。另外, 痰也可生瘀, 痰属阴, 为体内之浊。但当痰浊犯心, 必致心脉凝滞, 心窍受阻, 心脉不畅, 心失所养, 而产生瘀血症。这与现代医学证实的“高血脂症致血黏性增高, 血浆流动性降低, 聚集性增高, 最终导致内皮细胞损伤”相一致。这是由瘀致痰的病理特征。

2.3 痰瘀互结, 共同致病

在支架植入后再狭窄的发生过程中, 中医病机有虚有实, 虚主要指气虚、血虚、阴虚, 实则指血瘀、痰浊、气滞。因本病往往缠绵

难愈, 反复发作, 久则痰瘀互结, 胶固难化。故痰瘀互结是其发病的重要病理因素。曹仁伯在《继志堂医案·痹气门》中则指出: “胸痛彻背, 是名胸痹…, 此病不惟痰浊, 且有瘀血, 交阻膈间。”《古今医鉴》曰: “心痹痛者, 亦有顽痰死血。”本病发病时以标实为主, 缓解期以本虚为主, 痰瘀互结作为其重要的病理因素, 贯穿始终, 与气虚等往往同时存在, 共同致病。故在其治法上, 除益气、养阴、温阳外, 化痰通络应是治疗 ISR 的常用法则。临床实践证明, 痰瘀同治法是治疗冠心病支架内再狭窄痰瘀互结证的有效方法。发作期运用本法, 能使标实之证迅速缓解, 并且有利于阴邪的消散。缓解期运用本法, 寓通于补, 祛邪以扶正。

3 病案举例

患者甲, 男, 50 岁, 工人, 初诊时间 2011 年 5 月 10 日。

主诉: 间断性胸闷、咽部发紧十个月, 加重两天。现病史: 患者于 2010 年 7 月出现胸部闷痛不适, 至当地医院诊为“心肌梗死”, 行 PCI 治疗, 前降支及右冠共植入支架四枚, 术后服用辛伐他汀 20mg/d, 氢氯吡格雷 75mg/d, 出院一月后, 上述症状再发, 未特殊处理。于 2011 年 4 月 14 日症状加重后, 致支架植入医院复查冠脉 CT 示前降支支架内次全闭。随于 4 月 26 日行 PTCA, 术后胸闷、胸痛、咽部发紧症状时有发生, 为寻求中医治疗, 前来我院, 来院症见胸部隐痛, 咽部发紧, 舌质红, 苔黄, 脉弦大, 纳差眠可, 二便调。中医诊断: 胸痹 (痰热内盛, 心血瘀阻) 西医诊断: 冠心病 支架植入术后。

处方: 茵陈 25g, 蚕沙 15g, 石菖蒲 12g, 佩兰 15g, 连翘 15g, 鸡血藤 20g, 皂刺 12g, 丹参 15g, 郁金 15g, 三七粉 2g (冲服), 赤芍 15g, 川芎 9g, 炒白术 9g, 云苓 15g, 神曲 20g, 陈皮 12g, 半夏 9g, 甘草 6g。

上药七服, 水煎服。再诊时患者自觉胸闷痛减轻, 胸中舒适。纳复。舌淡边有齿痕, 苔黄腻, 脉弦大。药已中病。上方去鸡血藤加枳实 15g, 继服 7 剂。三诊时。胸闷胸痛未发, 自觉精神较爽。现尚以上方加减调理, 以期巩固。

参考文献:

[1] Sigurdsson BM, Hejna MJ. Local and distant histopathological effects of unilateral amyloid-beta 25-35 injections into the amygdala of young F344 rats. *Neurobiol Aging* 1996;17:893
[2] Kearney M, Pieczek A, Haley L, et al. Histopathology of in-stent restenosis in patients with peripheral artery disease [J]. *Circulation*, 2003, 95:1998-2006
[3] 李七一, 石磊. 中医药防治冠状动脉支架内再狭窄的研究进展 [J]. *江苏中医药*, 2005, 26(4):55-58

作者简介:

谢世阳, 硕士研究生。

编号: EA-11090836 (修回: 2011-11-25)