

急性冠脉综合征维吾尔医异常体液型与冠脉病变及 C 反应蛋白相关性的临床研究

买尼沙·买买提¹ 买买提哈斯木·斯地克¹ 程祖亨² 帕提曼·买买提¹ 牙合甫江³ 高方明⁴ 帕尔哈提⁵

(1 新疆维吾尔自治区维吾尔医医院内科, 乌鲁木齐, 830049; 2 新疆医科大学第一附属医院心脏中心; 3 新疆维吾尔自治区喀什地区第二人民医院内科; 4 新疆维吾尔自治区人民医院内科; 5 新疆维吾尔自治区中医医院内科)

摘要 目的:探讨急性冠脉综合征维吾尔医异常体液型与冠脉病变及 C 反应蛋白水平的关系。方法:对 198 例急性冠脉综合征患者行冠脉造影、C 反应蛋白检测,观察冠脉造影结果、C 反应蛋白水平与维吾尔医异常体液型之间的关系。结果:1)单支血管病变的患者以异常黏液质和异常胆液质为多见,与其他证型比较 $P < 0.05$, 差异有统计学意义;双支病变以异常血液质型为主;三支病变的以异常黑胆质为主,与其他证型比较 $P < 0.05$, 差异有统计学意义。2)血管轻度狭窄的以异常胆液质型为主;中度狭窄的以异常胆液质型和异常血液质型为主,血管狭窄程度严重的以异常血液质型为主;完全闭塞的以异常黑胆质型为主,与其他证型比较 $P < 0.05$, 差异有统计学意义。3)异常黑胆质型组 CRP 最高,异常黏液质型组最低, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。结论:在急性冠脉综合征维吾尔医辨证分型的各种异常体液质型中,从受累血管数目及血管病变程度分析,异常黏液质型病情最轻,异常胆液质次之,异常血液质较重,异常黑胆汁型为最重,相应的异常黑胆质型 C 反应蛋白亦最高。

关键词 急性冠脉综合征;维吾尔医;异常体液质;C 反应蛋白

On Relation between Abnormal Hilit in Uighur Medicine and Coronary Lesion and C-reactive Protein

MUHAMAT Manisa¹, SIDIK Muhamatkasim¹, Cheng Zuheng²

(1. Traditional Uighur Medicine Hospital of Xinjiang Uighur Autonomous Region, Urumqi 830049; 2. The First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University)

Abstract Objectives: To explore the relation between abnormal Hilit of Uighur Medicine and Coronary Lesion and C-reactive protein.

Methods: To observe coronary angiography and C-reactive protein level in patients with abnormal Hilit and acute coronary syndrome.

Results: The sub patterns of abnormal Hilit, ie. the abnormal Balgham pattern, abnormal Sapra pattern, abnormal Savda pattern, abnormal Khan pattern corresponded to different levels of coronary Lesion and C-reactive protein. **Conclusion:** In terms of degree of coronary lesion, Balgham pattern was mild, abnormal Sapra pattern was moderate, abnormal Khan pattern was severer, abnormal Savda pattern was the severest and with the highest level of C-reactive protein.

Key Words Acute coronary syndrome; Uighur Medicine, Abnormal Hilit; C-reaction protein

急性冠脉综合征(Acute Coronary Syndrome, ACS)是指冠状动脉内不稳定的动脉粥样斑块破裂或糜烂引起血栓形成所导致的心脏急性缺血综合征。现代医学通过冠脉造影术可直接发现病变血管及了解冠脉阻塞情况。C 反应蛋白(C-reactive protein, CRP)是较敏感的心血管预测因子^[1]。维吾尔医认为 ACS 的病机是人在各种内外不良因素的影响下出现 Hilit(和力提,即体液)失衡,导致异常和力提占上风,超过人体的自我调节能力而致病。其中异常血液质和力提旺盛为主要病机,但异常黑胆质和力提、异常黏液质和力提、异常胆液质和力提也能导致急性冠脉综合征。本研究将维吾尔医体液理论与现代医学先进诊疗手段相结合,通过对 189 例成功接受冠脉介入治疗的急性冠脉综合征患者进行维吾尔医异常体液分型、冠脉造影结果和 CRP 水平的分析,寻找维吾尔医异常体液分型与客观指标的规律性,为临床辨证施治提供客观依据。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所选病例来自 2009 年 4 月—2010 年

万方数据

4 月新疆医科大学第一附属医院、新疆维吾尔自治区人民医院心脏内科、新疆维吾尔自治区中医医院、新疆维吾尔自治区人民医院、喀什地区人民医院、喀什地区第二人民医院冠状动脉介入治疗的住院患者,共 198 例。其中男 110 例,女 88 例;平均年龄 58 岁。合并高血压 53 例;合并糖尿病 49 例;合并高脂血症 58 例;合并以上 3 种疾病的 26 例;陈旧性脑梗死 12 例。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 急性冠脉综合征的诊断标准按美国心脏病学会(ACC)、美国心脏病协会(AHA)制定的标准。冠脉病变程度分级标准:采用国际上统一的直径法表示,冠脉直径减少 50%~74% 为轻度狭窄,75%~89% 为中度狭窄,90% 以上为重度狭窄,有多处病变时以狭窄最重一处计算狭窄程度;100% 为完全闭塞。

1.2.2 维吾尔医异常体液分型诊断标准 参照国家标准应用《维吾尔医内科学》《维吾尔医诊断学》《维吾尔医基础理论》对冠心病症状、征候的描述、异常体液分型方法等作出辨证诊断。

1.3 病例纳入标准 1)符合上述诊断标准。2)患者同意接受调查,签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)严重肝肾功能不全患者。2)合并充血性心力衰竭、重度心律失常、脑梗死、重度肺功能不全等急性疾病者。3)严重心力衰竭, NYHA 分级Ⅲ级及以上者。4)孕妇或哺乳期患者。5)肿瘤、造血系统疾病及精神病患者。

2 研究方法

2.1 所有患者入院后在 24h 内完成现病史、既往史、家族史等一般资料的收集,并对相关维吾尔医四诊信息进行采集,判别维吾尔医体液质类型,行冠脉造影。

2.2 检测指标 治疗前检测各组 CRP 水平。所有患者血清 CRP 测定均在入院后 24h 内空腹抽取肘静脉血 2mL;离心法取得标本血清,采用雅培 AERO-SET2000 分析仪,采用免疫比浊法测定 CRP 含量。北京利德曼生化技术有限公司提供测定试剂盒。

2.3 统计学方法 采用统计学软件 SPSS14.0,计数资料比较用卡方检验,计量资料组间比较使用 t 检验。

表 1 维医异常体液型与冠脉病变支数及狭窄程度的关系

异常体液型	例数	病变支数			狭窄程度			完全闭塞	总支数	平均数
		单支	双支	三支	轻度	中度	重度			
异常黏液质	28	17*	7	4	12	8	5	3	43	1.5
异常胆液质	34	20*	9	5	13	18 [△]	2	1	53	1.6
异常血液质	78	13	51*	15	7	21 [△]	38 [△]	12	153	2.0
异常黑胆质	58	6	13	39*	6	7	17	28 [△]	149	2.6

注:各种血管病变情况的异常体液质型比较,经卡方检验,* $P < 0.05$,差异有统计学意义。各种血管狭窄情况的异常体液质型比较,经卡方检验,[△] $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

表 2 维医异常体液型与 C 反应蛋白

	异常黏液质	异常胆液质	异常血液质	异常黑胆质
C 反应蛋白	16 ± 7	22 ± 10	30 ± 11	46 ± 7 [△]

注:各种异常体液质型组之间治疗前 C 反应蛋白数值比较,经 t 检验,[△] $P < 0.05$,差异有统计学意义。

3 结果

由表 1 结果可见,ACS 患者单支病变以异常黏液质型及异常胆液质型多见, $P < 0.05$,差异有统计学意义;双支病变以异常血液质型多见, $P < 0.05$,差异有统计学意义;而三支病变患者最常见的类型为异常黑胆质型,与其他证型比较, $P < 0.05$,差异有统计学意义。血管狭窄程度为轻度的 ACS 患者中,异常体液质型以异常黏液质型及异常胆液质型为主;血管狭窄程度中度的以异常胆液质型及异常血液质型为主;血管狭窄程度重度的以异常血液质型为主;血管狭窄程度完全闭塞的以异常黑胆质型为主,与其他证型比较,均 $P < 0.05$,差异有统计学意义。由表 2 结果可见,异常黑胆

万方数据

质型 C 反应蛋白最高,依次为:异常黑胆质型 > 异常血液质型 > 异常胆液质型 > 异常黏液质型。与其他证型比较,均 $P < 0.05$,差异有统计学意义。

4 讨论

冠状动脉粥样硬化性心脏病病理基础是粥样斑块和血栓的形成。易损的粥样斑块破裂可引起 ACS,炎症反应是引起斑块易损的关键因素^[1]。冠心病患者尸检发现^[2],粥样斑块中有大量的炎症细胞如单核细胞、巨噬细胞和 T 淋巴细胞聚集,ACS 斑块破裂常见部位发生于粥样斑块的肩部,此区炎性反应最多,CRP 沉积亦较多。已有大量研究表明 C 反应蛋白与炎症反应密切相关,C 反应蛋白是目前发现的最重要的急性冠脉综合征的炎性标记物,也是另一种独立高危因素和预测因子。研究发现当急性冠脉综合征患者血清中 C 反应蛋白越高,提示预后越差^[3]。维吾尔医认为^[4]急性冠脉综合征属“外吉欧力开力比”(心痛)范畴,其病机是人体 4 种不同体液(胆液质和力提、血液质和力提、黏液质和力提、黑胆质和力提)在体内外各种不良因素(如不良的环境、饮食、生活方式及精神因素等)影响下,其质或/和量发生异常变化,产生异常胆液质和力提、异常血液质和力提、异常黏液质和力提、异常黑胆质和力提,使原本处于相对平衡状态的 4 种体液失衡,导致体液所包含的营养物质的正常功能及其运输、代谢等活动出现异常,异常体液有害成分沉积在血管壁,使血管壁增厚,弹性减弱,管腔狭窄、血管硬化、血管阻滞。由此又会产生恶性循环最终导致血管堵塞引起心绞痛、心肌梗死等^[5]。

冠脉造影术是评价 ACS 病变分级及危险程度的“金标准”。在急性冠脉综合征维吾尔医各种异常体液分型中,从受累血管数目及血管病变程度分析,异常黏液质型病情较轻,异常胆液质型次之,异常血液质型病情较重,而异常黑胆质型病情最重。冠脉造影提示双支病变的患者多为异常血液质型;而且从狭窄程度来观察,从中度到重度狭窄的患者还是以异常血液质型为主。从本研究结果还可知,ACS 维吾尔医异常体液型以异常血液质型为多见。这说明无论从异常体液型数量还是从受累血管数目及血管病变程度分析,ACS 与异常血液质型有较大的相关性。此结论与维吾尔医学理论相吻合,即维吾尔医理论认为,冠心病主要是由异常血液质和力提所引起。

本研究结果显示,异常黑胆质型 ACS 患者 C 反应蛋白水平较其他异常体液型明显增高。CRP 作为一种非特异性的炎症标志物,不但反映上游炎症因子的活性,其本身尚有激活补体,诱导黏附分子和组织因子的

表达,促进内皮、巨噬细胞吞噬脂质及促进基质金属蛋白酶分泌等作用^[6];CRP 可以诱发组织因子单核细胞的产生,单核细胞可引发凝血过程;CRP 是纤维蛋白原的一种趋化因子,纤维蛋白原使巨噬细胞粘附到内皮表面,从而移植到内膜。所有这些机制涉及斑块破裂而导致 ACS。研究表明,随着 CRP 水平的升高,ACS 患者的近期及远期病死率均明显升高^[2,6]。CRP 在经冠造证实冠心病患者中血清含量是正常人的 2 倍,心肌梗死患者是正常人的 4 倍^[7]。本研究结果显示异常黑胆质型急性冠脉综合征患者冠脉病变程度最重,而且 CRP 水平最高,进一步验证了维吾尔医理论,即体内异常黑胆质体液产生后所引起的疾病最为严重、复杂和顽固难治。因为异常黑胆质体液份量重、质地稠,更易在血管壁上沉着,形成血管硬化、阻塞等,是导致衰老、老年病及痼疾的根本所在^[5]。这一结果,再次证实了 CRP 在急性冠脉综合征中具有特殊的意义,同时说明异常黑胆质体液型急性冠脉综合征预后最差,在临床应引起足够的重视。由以上临床观察可见,急性冠脉综合征患者的维吾尔医异常体液分型、冠脉狭窄支数、狭窄程度以及炎症因子 CRP 有着一定的相关性。通过结合冠脉病变情况,CRP 水平等因素,能更客观地指导 ACS 患者的维吾尔医异常体液分型及维吾尔医辨证施治,使 ACS 患者的维吾尔医异常体液分型

更具客观性及可靠性。

参考文献

- [1] Naghavi M, Libby P, Falk E, et al. From vulnerable patient: a call for new definition and risk assessment strategies. Part I. Circulation, 2003, 108: 1664 - 1672.
- [2] Caixeta A, Stone GW, Mehran R, Lee EA, McLaurin BT, Cox DA, Bertrand ME, Lincoff AM, Moses JW, White HD, Ohman EM, Palmerini T, Syros G, Kittas C, Fahy M, Hooper WC, Lansky AJ, Dangas GD. Predictive value of C-reactive protein on 30-day and 1-year mortality in acute coronary syndromes: an analysis from the AUCITY trial. Thromb Thrombolysis, 2011 Feb, 31(2): 154 - 64.
- [3] Ray KK, Cannon CP, Cairns R, Morrow DA, Rifai N, Kirtane AJ, McCabe CH, Skene AM, Gibson CM, Ridker PM, Braunwald E; PROVE IT - TIMI 22 Investigators. Relationship between uncontrolled risk factors and C-reactive protein levels in patients receiving standard or intensive statin therapy for acute coronary syndromes in the PROVE IT - TIMI 22 trial. J Am Coll Cardiol.
- [4] 易沙克江·马合穆德,阿不都热依木·卡地尔. 中国医学百科全书(维吾尔医学)[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2005: 89 - 94.
- [5] 哈木拉提·吾甫尔,阿不都热依木·玉苏甫. 维医气质、体液论及其现代研究[M]. 乌鲁木齐:新疆科学技术出版社, 2003: 44 - 52.
- [6] 温先勇,郑燕,李云辉,等. CRP、Ps、IL-6 与急性冠脉综合征病变及预后相关性研究. 中国现代医学杂志, 2009, 7(4): 1101 - 1103.
- [7] 杨胜利,何秉贤,何作云,等. 急性冠脉综合征患者血清 C-反应蛋白浓度的变化及意义. 中国急救医学, 2003, 23(3): 135 - 138.

(2011-02-21 收稿)◎

杨兆钢用针刺秩边透水道治愈前列腺增生 1 例

王 淑 颖

(天津中医药大学 2008 级针灸专业硕士研究生,天津南开区双峰道 154 号,300193)

关键词 前列腺增生/芒针疗法

患者某,男,54 岁。患者于 2 年前无明显诱因出现排尿无力,就诊于当地医院,诊断为前列腺增生症,予中药汤剂(具体用药不详)口服,效果不甚显著。2009 年 5 月患者症状加重,遂请杨兆刚教授诊治。就诊时症见:排尿无力,滴沥不爽,时欲小便而不得尿,小腹坠胀,畏寒怕冷。舌淡,苔薄白,脉沉细。检查尿常规正常;B 超示前列腺增生。诊断:中医:癃闭(肾阳不足);西医:前列腺增生症。

取穴:秩边透水道、气海、关元、中极、水道、归来。“秩边透水道”进针点位于髂后上棘内缘与股骨大转子内缘连线的上 2/5 与下 3/5 交界处。患者取俯卧位,常规消毒,取长 150mm 芒针,针身与躯干矢状面呈 20°夹角向水道穴方向轻捻徐入,以高频小幅捻转进针,针穿坐骨大孔达盆腔抵前列腺区,令麻胀感向会阴部放射,不提插、不留针。再取仰卧位,中极、水道、归来取 100mm 芒针直刺,令针感达会阴,留针 30min。气海、关元施补法,留针 30min。每日 1 次,14 次为 1 个疗程,2 个疗程后统计疗

效。患者治疗 1 个疗程后,自觉小腹坠胀感减轻,排尿畅快,2 个疗程后诸症消失,临床治愈。随访 1 年未复发。

按:前列腺增生症以排尿困难、甚则闭塞不通为主症,属于中医“癃闭”范畴。小便通畅与否有赖于膀胱的气化功能,故本病之病位在膀胱及三焦,由气化不利,水液运行失常所致。“秩边透水道”是杨兆刚教授创立的一种治疗前列腺疾患的针法。前列腺疾患病在深部,针刺宜定向深透,以直达病所。秩边穴属足太阳膀胱经要穴,膀胱与肾相表里,肾开窍于二阴,故选秩边穴作为主穴。“秩边透水道”针法是对《黄帝内经》的继承和发扬。《灵枢》载:“内闭不得洩,刺骶上以长针”,杨师认为“骶上”应为秩边穴,而非张介宾所释之长强穴。因骶上穴除秩边穴外还有白环俞、膀胱俞、小肠俞等穴,其中只有秩边穴可深刺,余穴针下多为骨性结构而不能深刺。“气至病所”是该针法起效的关键所在,“秩边透水道”定向深透 6 寸,可作用于支配前列腺的神经,促进前列腺血运,改善腺体微循环,加强神经调节,故而疗效显著。

(2010-09-02 收稿)