

DISFONIA IN CORSO DI STASI DI SANGUE NEL CUORE: CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

N° 80 - 1994

Alberto Lomuscio, Giovanni Valentino

A.L.M.A. - Associazione lombarda Medici Agopuntori - Milano

Introduzione:

Da osservazioni puramente casuali è emerso che alcuni pazienti affetti da un evento coronarico acuto presentano nei giorni immediatamente precedenti o seguenti l'infarto, un'alterazione transitoria del timbro di voce, di durata variabile da poche decine di ore a qualche giorno. La disfonia, del tutto simile a quella osservata in corso di faringolaringiti acute, non risulta essere stata mai descritta in associazione all'infarto miocardico, né in letteratura occidentale, né in quella tradizionale cinese.

Abbiamo pertanto selezionato un gruppo di pazienti che presentavano questo disturbo per evidenziare eventuali differenze clinico-prognostiche rispetto ai pazienti infartuati senza disfonia.

METODI

Fra i 603 pazienti con infarto miocardico acuto ricoverati nell'Unità Coronarica dell'Ospedale San Paolo di Milano nel triennio 1990-1992, abbiamo selezionato soltanto 18 pazienti con disfonia legata all'episodio coronarico (Tabella 1).

Sono stati accuratamente scartati tutti i pazienti nei quali la disfonia era secondaria ad altre cause (laringiti acute o croniche, poliposi delle corde vocali, valvulopatie mitraliche, malattie neurologiche, ecc.) I pazienti sono stati seguiti clinicamente per tutta la durata della degenza, durante la quale sono stati applicati gli stessi protocolli diagnostico-terapeutici in entrambi i gruppi.

RISULTATI

I risultati del nostro studio sono sintetizzati nella Tabella 2 (vedi).

Tabella 2
Principali parametri clinici dei pazienti in esame.

	Pz distonici (n.= 18)	Pz Controllo (n.= 585)
Fibrillazione atriale *	8 (44%)	71 (12%)
Aritmie ventricolari *	6 (33%)	109 (19%)
Classe Killip *	1.67 ±0.3	1.29 ±0.6
Decessi *	4 (22%)	67 (11%)
Scompenso acuto *	6 (33%)	47 (8%)
Re-infarti *	3 (17%)	24 (4%)
Eventi "hard" *	9 (50%)	117(20%)
CPK *	899 ±87	802 ±228
Ipertensione	4 (22%)	144 (25%)
Diabete mellito	5 (28%)	130 (22%)
Età media	57 ±12	60 ±19

LEGENDA: * = p.<0.01

Classe Killip: 1 = Non scompenso
2 = Rantoli polmonari bibasali
3 = Edema polmonare franco
4 = Shock cardiogeno

Eventi "hard": Somma di decessi + reinfarti + scompensi acuti.

DISCUSSIONE

Dal punto di vista della MTC, l'infarto può essere considerato conseguente a una ostruzione da stasi del sangue di cuore (XIN XUE YU) provocata da deficit dello yang di cuore (a sua volta determinato da deficit dello yang di rene o da energie patogene alimentari), oppure da stasi del QI di cuore (anch'esso conseguente al deficit dello yang di rene o a energie patogene di tipo psichico). La conseguenza è il "congelamento del sangue di cuore" (in MO ciò si traduce nella concentrazione di materiale all'interno di una coronaria, ossia nel trombo, che però si sovrappone a una placca pre-esistente, ossia a una stasi di QI). La sintomatologia (Tabella 3), pur essendo di tipo pienezza, è causata da un vuoto di sangue, energia e yang, per cui la patologia si configura come una sindrome complessa vuoto-pienezza.

Tuttavia, in questa descrizione, non è presente il sintomo disfonia, che caratterizza una prognosi più severa rispetto al gruppo di controllo. Ci è sembrato di poter avanzare alcune ipotesi alternative.

Dal punto di vista della MO, l'unica affezione cardiaca che determina una forma di disfonia è rappresentata dall'ingrandimento atriale sinistro, conseguente a una valvulopatia mitralica di vecchia data, che determina la compressione del nervo ricorrente del vago. Nel caso in questione, pur non esistendo alcun dato in letteratura, è possibile presumere che, nei casi più gravi di infarto, vi possa essere una brusca dilatazione atriale sinistra, conseguente al difficoltoso svuotamento del ventricolo sottostante, il che determinerebbe la stimolazione di terminazioni para-simpatiche le quali, tramite i rami ricorrenti, potrebbero essere alla base della disfunzione delle corde vocali. Nei casi di dilatazione atriale sinistra graduale, come avviene negli ipertesi di vecchia data, ciò non accadrebbe in quanto la lentezza dell'ingrandimento atriale potrebbe consentire la messa in atto di meccanismi compensatori.

Dal punto di vista della MTC, proponiamo invece le seguenti ipotesi:

1) Se alla base della patologia coronarica (o in conseguenza di essa) vi è una sofferenza della loggia del rene (che può essere anche costituzionale o pre-esistente) si può osservare un coinvolgimento, primario o secondario, della coppia di meridiani curiosi CHONG MO e YIN WEI. Dal Capitolo 60 del LING SHU sappiamo che il CHONG MO sale al torace e, dopo essersi ampiamente ramificato, sale alla faringe, congiungendosi al punto 23 VC con lo YIN WEI; in particolare, l'interessamento del vaso toraco-facciale del CHONG MO da precordialgie, dispnea con oppressione toracica e afonia.

Dal canto suo, lo YIN WEI, secondo ISIO JOU MENN di LI IENN (1575) "collega tutte le energie yin. Se esse non possono più circolare, si verificano molte alterazioni nell'ambito della circolazione del sangue e si hanno dolori al cuore". Analoghe considerazioni fanno il DA CHENG e il TRUNG Y HOC. Ancora una volta, dunque, al 23 VC non arriva energia, e si ha disfonia. Inoltre, essendo disturbato il collegamento di tutto lo yin, si riempie il collegamento Yin-Yang, e ciò rende più probabile da un lato la morte (che ha incidenza doppia nei nostri pazienti disfonici) e dall'altro tende a perpetuare il circolo vizioso carenza di yang — congelamento del sangue (incidenza quadrupla di reinfarto) — carenza di QI di cuore (incidenza quadrupla di episodi di insufficienza cardiaca).

L'incidenza quasi quadrupla di fibrillazione atriale (paragonabile a un polso "CU", agitato e aritmico) indica ristagno di QI e di XUE per disarmonia yin-yang. L'incidenza quasi doppia di gravi aritmie ventricolari si spiega con l'esaurirsi dell'energia dei reni, o anche di tutti e 5 gli zang, e il reperto del polso può essere ricondotto a quello che il VAN NGHI chiama "pouls paradoxaux".

2) Quando l'energia patogena endogena tende ad uscire da un organo, può seguire il meridiano principale, ma può anche prendere la strada del LUO longitudinale. Quello del cuore, partito dal punto 5 C, entra nel torace raggiunge il cuore, passa per la base della lingua, e termina negli occhi. Se è in pienezza, da precordialgie, se è in vuoto, disturbi della fonazione. Si può ipotizzare che le energie patogene, cacciate dal cuore lungo il meridiano principale, giunte al punto 5 C rientrino nel cuore seguendo il meridiano LUO longitudinale, provocando così ulteriori danni nelle ore (o giorni) che seguono l'infarto (aritmie, re-infarto, scompenso), e poi vadano a disturbare la fonazione, fino

talora a disturbare la funzione visiva (sincope, perdita di coscienza da bassa gettata o da eventi aritmici).

CONCLUSIONI

In conclusione, ci sembra di poter affermare che la possibilità di individuare un sottogruppo di pazienti con infarto a maggior rischio prognostico (mediante un semplice dato anamnestico quale è la disfonia) sia in grado di indirizzare verso una strategia terapeutica più efficace, allo scopo di prevenire complicanze anche gravi. Sarebbe altresì auspicabile poter associare alle terapie occidentali anche l'uso dell'agopuntura e della farmacoterapia tradizionale cinese per potenziare gli effetti terapeutici e preventivi.

Va infine sottolineato che il nostro lavoro presenta dei limiti: in primo luogo, non abbiamo valutato la prognosi post-ospedaliera, per studiare l'eventuale persistenza (o meno) nel tempo della prognosi peggiore tra i pazienti disfonici; e non abbiamo valutato alcuni dati diagnostici secondo la MTC (polsi, lingua, etc.) allo scopo di studiare eventuali differenze tra i due gruppi di pazienti.

Come terapia agopunturistica, sarebbe auspicabile poter utilizzare, in associazione alle terapie occidentali, i seguenti punti: 15 V (shu dorsale del cuore); 14 V (shu del Ministro del cuore); 17 V (punto di riunione del sangue); 14 VC (mu del cuore); 17 VC (mu del Ministro del cuore); 6 MC (punto chiave dello YIN WEI e dotato di azione antiaritmica); 6 C (XI del cuore).

Dal punto di vista della FTC, si potrebbe proporre la prescrizione XUE FU ZHU YU TANG, o decotto per risolvere le stasi di XUE del torace, in grado anche di migliorare la circolazione del sangue e di migliorare lo scorrimento del QI, contribuendo pure a ridurre il dolore, composto da:

TAO REN, prunus persica (semen).

HONG HUA, carthamus tinctorius (flos).

DANG GUI, angelica sinensis (radix).

CHUANG XIONG, ligusticum wallichii (radix).

CHI SHAO YAO, paeonia rubra (radix).

CHUAN NIU XI, cyathula officinalis (radix).

JIE GENG, platycodon grandiflorum (radix).

ZHI KE, citrus aurantium (fructus).

SHENG DI, rehmannia glutinosa (radix).

GAN CAO, glycyrrhiza uralensis (radix).

BIBLIOGRAFIA

- 3) *NGUYEN VAN NGHI: Medecine Traditionelle Chinoise. N.V.N. Ed., Marseille, 1984.*
- 4) *DI CONCETTO G., SOTTE L., PIPPA L., MUCCIOLI M.: Trattato di agopuntura ed medicina cinese. UTET, Torino, 1992.*
- 5) *AUTEROCHÉ B., NAVILH P.: La diagnosi in medicina cinese. Ediermes, Milano, 1986.*
- 6) *MORANDOTTI R.: Sommario di pulsologia cinese. Ed. Personale.*
- 7) *QUIRICO P.E., PEDRALI T.: Punti e meridiani di agopuntura. UTET, Torino, 1992.*
- 8) *GORIG. : Il significato energetico dei punti di agopuntura. San Marco Libri, Rimini-Venezia, 1991.*

