

临 证 心 得

邓铁涛运用调脾护心法治疗冠心病经验

林晓忠* 吴煥林* 严 夏* 赵益业* 刘泽银* 周文斌*

主题词 冠状动脉疾病/中医药疗法 @ 邓铁涛 名医经验

邓老认为冠心病是一个本虚标实之证,正虚(心气虚和心阴虚)是本病的内因,痰与瘀是本病继发因素。气虚、阴虚、痰浊、血瘀构成了冠心病病机的四个主要环节。一般的冠心病以气虚(阳虚)而兼痰浊者为多见,当疾病到了中后期,或心肌梗塞的患者,则以心阳(阴)虚兼血瘀或兼痰瘀为多见。在本病的治疗上,邓老强调心脾相关理论,临床上运用调脾护心、补气除痰法治疗冠心病,取得较好疗效,现将邓老经验总结如下。

1 病因病机—心脾相关、痰瘀相关

冠心病的病位在心,病变为心脏、血脉气血阴阳失调,痰瘀痹阻,而与其他四脏生理病理及病证的密切相关,其中脾胃与冠心病的发病、病证及治疗尤其密切。邓老指出:冠心病从脾胃论治的病因病机主要体现于心脾相关、痰瘀相关。

1.1 气血运行失和:气血的正常运行有赖于诸脏腑间相互协调的作用,脾胃作为后天之本,气血生化之源,其功能的失调可对气血运行造成直接影响。若脾胃失调,运化无权,则宗气匮乏,推动无力,轻则血运不畅,重则“宗气不下,脉中之血,凝而留止。”心脉滞涩不通,则胸闷、胸痛、憋气等症随之而起。若脾胃功能失职,化源不足,血不养心,必致心脉不利,从而出现惊悸、怔忡、胸痹、心痛等病证。

1.2 痰瘀相关:饮食失调导致脾胃损伤,是胸痹发生的关键因素。脾胃损伤,一方面使气血津液生化乏源,中气衰弱则心气亦因之不足,心气不足则无力推动血运,致脉道迟滞不畅,气虚不能自护则心悸动而不宁。气虚日久,可致心阳虚弱,阳虚则寒邪易乘;津血不足则不能上奉心脉,使心血虚少,久则脉络瘀阻。另一方面,脾主运化,脾胃损伤则运化迟滞生湿,湿浊弥漫,上蒙胸阳致胸阳不展,胸闷、气短乃作,湿浊凝聚为痰,痰浊上犯,阻滞胸阳,闭涩心脉则胸痹疼痛。胸痹之形成,首先因于脾胃之损伤,气血生化不足;其次乃因湿邪痰

浊内蕴,复因心脏正虚不能自护而上犯于心。胸痹之病,纯属正虚者病较轻,湿邪蒙蔽者次之,痰浊痹阻者为重,痰瘀合邪者最危。治胸痹,化痰固然需要,但更重要的是治病求本,防微杜渐。治痰血形成之因,则应化湿祛痰,治痰湿形成之因,则应调理脾胃。

1.3 脏腑功能失常:脾胃为气机升降的枢纽。脾脏清阳之气主升,脾气一升,则肝气随之而升发,肾水随之气化,水谷精微转于肺脏而敷布周身;胃的浊阴之气主降,胃气降则糟粕得以下行,肺气可以随之肃降,心火随之下潜,心肾得以相交。脾胃居于中央以运四旁。因此,脾胃病变可影响其他脏腑而共同导致冠心病的发生。结合冠心病患者的临床特点,脾胃失调除直接影响心脏之外,多是涉及到肝、肾两脏。“木赖土而荣”,脾胃气机不利,可致肝之疏泄失职,加重影响气血紊乱,临床上多见于冠心病的早期;“土能制水”,肾精又靠后天之精的不断补充,故脾胃不健,运化无权,久之可波及到肾,不但加重了原来的病情,又可产生新的病变,临床上多见于冠心病的后期。总之,在脾胃失调的基础上继发的脏腑功能失常,更加重了整体气血阴阳的失衡,均可直接或间接地对冠心病造成影响。

2 冠心病辨证以虚实为纲

邓老指出:辨胸痹应抓住虚、实两端。虚证应辨在气在血;实证当辨属湿属痰。气虚之证,多见胸痛隐隐,时作时止,体劳则易发,伴心悸、短气,动则喘息,倦怠乏力,纳差食少,面色萎黄,易汗出,脉沉细;气虚日久,伤及阳气则为阳虚,多兼见面色㿔白,畏寒肢冷,着衣向火则症减,食冷着凉则加重,甚则表现为感寒后猝然胸痛,脉见沉细微或迟涩。血虚之证,多见胸部隐隐而痛,夜间及劳心后易发,心悸怔忡,头晕目眩,多梦失眠,唇甲色淡,脉沉细涩滞或结代;若血虚日久,阴血俱伤则兼见心烦不宁,夜间烦热盗汗,口干咽燥,舌红脉细数。湿邪内蕴者,多见胸部痞闷而痛,阴雨天加重,伴脘痞纳呆,口粘恶心,头昏沉重,四肢困倦,便粘不爽,小便混浊,苔白腻,脉濡缓;如湿蕴化热则为湿热内蕴,多兼有口苦而粘,口干不欲饮,小便黄,苔黄腻。痰浊阻痹者,多见胸部窒闷而痛,或胸痛彻背,背痛彻心,饱食或过食肥甘厚味后易发,兼见胸憋气闷,咳喘痰多,咯

* 广州中医药大学第二附属医院心脏中心,广州市大德路111号(510120)

收稿日期:2001-08-31

出不爽,脉多沉伏或弦滑。气虚血少、痰浊湿邪都可导致瘀血的产生,前者多为血行迟滞,淤而生瘀,后者多因痰浊湿邪阻滞脉道,闭而生瘀,无论何种机理,凡兼瘀血者,多兼见胸部刺痛,固定不移,舌暗滞或有瘀斑,舌下青筋显露,脉涩而不畅。综上所述,辨胸痹应明辨疼痛的程度、性质、诱因及兼症。一般来说,虚证胸痹,疼痛程度较轻,性质多为隐痛,劳累(体劳及劳心)后易发,休息后可以缓解,患者自身容易控制,并兼见诸般不足之象。实证胸痹,疼痛程度较重,性质多为闷痛、窒痛、刺痛、绞痛,阴雨天、饱食及感寒后易发,其发作不易控制,休息后不能立即缓解,多兼见各种邪实见症。

3 治疗着重调脾护心、益气除痰

邓老对数百例冠心病患者调查发现,大多数都有心悸气短、胸闷、善太息、精神差、舌质胖嫩、舌边见齿印、脉弱或虚大等气虚的证候;或同时兼有舌苔浊腻、脉滑或弦及肢体困倦、胸膈痛或有压迫感等痰浊的证候。故此,邓老认为广东人体质较之北方人略有不同,岭南土卑地薄,气候潮湿,冠心病人以气虚痰浊型多见。从病因来看,患者多因恣食膏粱厚味,劳逸不当,忧思伤脾,使正气虚耗,或年老体衰,脏气亏虚,致脾胃运化失司,聚湿成痰,形成气虚痰浊,不单纯是血瘀为患,而痰浊闭塞也是其主要的病理机制。故此,邓老认为痰是瘀的初期阶段,瘀是痰的进一步发展。

冠心病的本虚以心虚为主。就心气虚而言,则与脾的关系甚大,心气虚主要表现其主血脉的功能低下,而要提高其功能,则有赖于气与血对心的濡养。脾为后天之本,气血生化之源,脾主升运,能升清阳,从根本上起到益气养心之效,故邓老强调补益心气重在健脾。此外,脾胃健运,则湿不聚,痰难成,亦为除痰打下基础。

治疗冠心病属气虚痰浊者,邓老喜用温胆汤加参。基本方:橘红 6g,法半夏 10g,茯苓 12g,甘草 5g,枳壳 6g,竹茹 10g,党参 15g,丹参 12g,稀莪草 10g。方中用党参补气扶正,丹参活血化瘀,温胆汤除痰利气,条达气机。邓老使用该方时,喜用橘红代陈皮以加强开胸之力;轻用竹茹,不在清热,意在除烦宁心,降逆消痞;用枳壳代枳实,意在宽中又防枳实破气伤正。因本病是标实本虚之证,只顾通阳,并非久宜,故加党参益气固本,标本同治。该方用党参一般不超过 15~18g,多用反致补滞,不利于豁痰通瘀。加减法:脾气虚弱可合四君子汤,气虚明显加黄芪、五爪龙,或人参 6g(另炖),或嚼服人参 1.5g;兼阴虚不足可合生脉散;如心痛明显可合失笑散或三七末冲服;兼高血压加决明子、珍珠母;兼高血脂症加山楂、何首乌、麦芽;兼肾阳虚加淫羊藿;兼血虚者加黄精、桑寄生、鸡血藤。

病例:陈某某,男,70岁,因反复胸闷痛8个月,加重4天,于2001年1月28日入院。患者去年5月份在旅游时突发胸前区闷痛,即在当地医院就诊,行冠脉造影示:“冠脉三支病变,前降支、回旋支闭塞”,诊为急性心肌梗塞,经治疗病情好转,建议其行冠脉搭桥术,患者因经济困难而拒绝。此后仍有反复胸前区闷痛不适,多为劳力时诱发,持续10~15分钟,服硝酸甘油后能缓解。近4天患者又觉胸闷不适,伴咳嗽,气促,动则加甚,双下肢浮肿。入院时症见:神清、疲倦,胸闷,咳嗽,痰白,气促,动则加甚,双下肢轻度浮肿,口干,纳、眠欠佳,不能平卧,二便尚调。舌淡暗、苔白微浊,脉细数。查体:双肺呼吸音粗,闻中量干罗音及少量湿罗音,心率110次/分,闻早搏7~8次/分,心尖区闻杂音,双下肢I度浮肿。心电图示:窦性心动过速,陈旧前壁心肌梗塞,左前半支传导阻滞,频发房早、室早,心肌劳累。X线胸片示:慢支肺气肿,动脉硬化,符合冠心病诊断。心脏彩色B超示:左室前间隔、前壁、下壁、尖段心肌变薄,运动低平,左室射血分数(EF)25%。入院中医诊断:胸痹,气虚痰瘀。西医诊断:冠心病,陈旧性前壁心肌梗塞,心律失常(频发房早、室早),慢性心功能不全,心功能IV级。入院后中医治以涤痰活血,汤药予温胆汤加丹参、桃仁、川芎等,并予静脉滴注灯盏花针剂,口服通冠、固心胶囊,配合西医强心、利尿、扩血管、抗心律失常等治疗,患者双下肢浮肿消,早搏消失,但仍有胸闷、气促,动则加甚,不能平卧,需24小时持续静滴硝酸甘油,于2月1日请邓老查房。

患者神清,疲倦,少气乏力,胸前区有憋闷感,动则喘促,不能平卧,咳嗽,痰少色白,纳呆。面色无华,唇色淡暗,准头尚亮,舌质淡暗、舌边见齿印及瘀点瘀斑、舌底脉络迂曲紫暗、苔薄白微腻,左脉弦、右脉紧涩。邓老辨证为气虚痰瘀阻脉,治予益气涤痰活血,以温胆汤加减:竹茹 10g,枳壳 6g,橘红 6g,法半夏 10g,党参 24g,茯苓 15g,白术 12g,五爪龙 30g,炙甘草 6g,丹参 15g,三七末 3g(冲服)。服3剂后,患者胸闷、气促减轻,精神好转,面有华色,不再用硝酸甘油及持续静脉滴注。2月8日邓老复诊,患者胸闷偶有发作,活动时少许气促,咳嗽、痰白,纳呆,大便干结,舌淡暗、苔微浊,脉滑寸弱。邓老认为患者气虚之象明显,应加强益气,于上方白术用30g,五爪龙用50g,加火麻仁30g,另予人参6g炖服。进3剂后,病情进一步好转,胸闷偶有发作,无咳嗽、气促,胃纳增,大便调。复查心电图示:陈旧性前壁心肌梗塞,左前半支传导阻滞。于2月12日出院,以原方续进10剂巩固疗效,嘱患者忌肥甘饮食,戒烟酒,以防复发。随访半年,病情稳定。