

## 当代名医

## 杨培君治疗冠心病心绞痛经验

张治祥\*

杨培君(1944—),男,教授,主任医师,硕士研究生导师,享受政府特殊津贴。现任陕西省中医药学会副会长,陕西省中医药学会内科分会主任委员。从医 30 多年,对心血管病的诊治有丰富的经验。认为肾虚是冠心病发病的病机核心,肾虚内生痰瘀,治疗以温补肾气为主,佐以祛痰化瘀,临床收效满意。病毒性心肌炎采取分期辨治,急性期清心宣肺,降胃通腑;恢复期益气养阴,清心解毒;慢性期益气温阳,活血化痰。随证治疗,收效良好。曾获国家、省部级科研成果奖,出版专著 3 部,发表学术论文 40 余篇。

**主题词** 冠状动脉疾病/中医药疗法;心绞痛/中医药疗法;名医经验

陕西中医学院杨培君教授从医 30 多年,临床经验丰富,擅长诊治心血管疾病。笔者有幸随师学习,受益颇多。兹将业师从肾论治冠心病心绞痛的学术经验整理介绍如下。

## 1 溯本求源,从肾论治

冠心病心绞痛属于中医“胸痹心痛”范畴。杨师汲取历代医家的认识,结合自己多年的临床研究,提出肾虚是冠心病发病的病机核心。探析其理,冠心病多见于 40 岁以上的中老年人,说明该病的发病与衰老有关。而人体的衰老过程也就是肾精不断亏虚的过程,如《素问·上古天真论》曰:“……五八,肾气衰、发堕齿槁……八八,天癸竭、精少、肾脏衰、形体皆极、则齿发去。”《素问·阴阳应象大论》又曰:“年四十而阴气自半也。”另外,冠心病的发病与禀赋遗传、烦劳伤神(职业)、恣情纵欲等因素也有关。凡此种肾虚之因,成为冠心病发病的始动因素和病理基础。心肾相交,若肾精亏虚,精不生血,阴血不足,则心脉空虚不畅;或肾阳不足,心阳失于温煦,鼓动无力,血行不畅,形成阳虚血滞;或肾阳不足,寒邪乘于阳位(心),则阳虚寒凝、血滞心脉。此皆责之于肾亏,发为胸痹心痛。再者,冠心病患者多合并有高血压、糖尿病,而高血压、糖尿病的主要病机也是肾精(阴)亏虚。

冠心病的发病有明显的性别差异,男女比例约为 2:1(女性发病常在绝经期之后),表明冠心病患者存

在性激素失衡,有人采用睾酮制剂治疗老年男性冠心病心绞痛取得良好疗效。只是鉴于性激素副作用较多,才难以推广应用。临床实践中,在常规应用宣痹通络、益气化瘀法治疗冠心病心绞痛患者疗效欠佳时,加入补肾之品则常获捷效。杨师治疗冠心病心绞痛,时时抓住肾虚的本质,注重补肾固本,不仅临床效果满意,而且收效后病情不易反复,远期疗效确切。可见,冠心病虽然证候表现在心,但其根源在肾,正如明代医家张景岳所言:“心本乎肾,所以上不宁者,未有不由乎下。”

## 2 痰瘀互结,辨识其标

杨师指出在冠心病病机形成的过程中,肾虚为本,痰瘀为标,肾虚内生痰瘀。“肾者水脏,主津液”(《素问·逆调论》)。若肾阳虚衰,气化不利,则津聚成痰,痰浊壅塞,心脉闭阻;或肾阴亏虚,不能上承滋养心阴,心阴不足,心火偏旺,灼津为痰,痹阻心脉。脾虽为生痰之源,但脾的运化功能有赖肾的蒸腾气化,肾为五脏之根,脾失健运与肾虚密切相关。痰浊内生之后并不是孤立存在的,痰饮积久,壅滞血脉,必酿瘀血;瘀血内阻,也会影响津液运行,致使津液滞留而为痰饮。如此痰瘀互相转化,互结于血脉之中,闭阻心脉,影响血供,成为冠心病心绞痛病理机制除肾虚之外的另一个重要方面。正如《素问·痹论》曰:“心痹者,脉不通。”临床观察,冠心病心绞痛患者除表现心前区疼痛、胸闷气短外,多伴有肥胖、痰多、舌苔厚腻、舌质紫暗、瘀斑瘀点等痰瘀互结证候。

## 3 立法组方,圆机活法

3.1 基本治法与处方:基于冠心病心绞痛肾虚为本,痰瘀为标的病机,杨师治疗恒以温补肾气为主,佐以祛痰化瘀。临床习用经验方舒心汤化裁治疗。处方:淫羊藿 15g,制何首乌 20g,山茱萸 6g,怀牛膝 10g,麦冬 12g,当归 15g,瓜蒌 10g,薤白 10g,丹参 15g。方中淫羊藿辛甘而温,功专“补命门,益精气,坚筋骨,利小便”(《本草备要》),温补肾阳为君药;制何首乌、山茱萸、怀牛膝补肾填精固涩为臣药;麦冬养阴益肾清心,当归、丹参补血活血养心,瓜蒌、薤白化痰理气,诸药共为佐使。全方温而不燥,补而不腻,散敛结合,标本兼顾。

3.2 加减法:若睡眠欠佳者加酸枣仁 30g,远志 10g;合并心功能不全者加炒葶苈子 30g,黄芪 30g,鲜生姜

\* 陕西中医学院附属医院内科,陕西省咸阳市渭阳西路副

2 号(712020)

收稿日期:2004-02-09

10g;合并高血压者合用钩藤散(天麻 15g,钩藤 15g 后下,黄芩 10g,菊花 10g 等);合并糖尿病加天花粉 15g;合并高脂血症加生山楂 15g,草决明 15g;合并窦性心动过缓,合用麻黄附子细辛汤(麻黄 6~10g,制附子 6~15g 先煎,细辛 3~10g,桂枝 10g 等)通阳散结;合并室性早搏加苦参 20g。

#### 4 病案举例

张某某,男,64岁,2001年10月7日初诊。患者有冠心病10年余,8年前患心肌梗塞,并有糖尿病多年。近2年来反复出现胸痛、胸闷、心慌、气短等症状,常服消心痛、合心爽及中药等,症状时轻时重。2周前因劳累而致上症加重,胸痛、胸闷发作次数频繁,持续时间较长,休息和含药均难以缓解。遂收住某医院治疗。行冠脉造影检查显示冠状动脉多支病变,不适宜施行PTCA和搭桥手术,只以内科保守治疗。住院期间静脉点滴硝酸甘油、激化液,口服消心痛、卡托普利、肠溶阿司匹林等,并皮下注射胰岛素以控制血糖。住院2周来病情难以控制,起坐、咳嗽、小便等轻微活动即诱发心绞痛,每日心绞痛发作10多次,每次持续7~8分钟,

伴有夜间阵发性呼吸困难。经人介绍,家属邀杨师会诊。症见胸痛、胸闷、气短、汗出、难以平卧、倦怠乏力、纳呆、面色晄白无华,舌质淡暗有齿痕、苔白腻,脉扎,重按无力。心电图示:冠脉供血不足,陈旧性下壁心肌梗塞。西医诊断:(1)冠心病心绞痛(不稳定型),心功能Ⅳ级;(2)糖尿病Ⅱ型。杨师辨证为:肾气亏虚,痰瘀互阻。治以温补肾气为主,佐以祛痰化瘀。用舒心汤加味。处方:淫羊藿 15g,制何首乌 20g,山茱萸 6g,怀牛膝 10g,黄芪 30g,炒葶苈子 30g,鲜生姜 10g,麦冬 12g,当归 15g,瓜蒌 10g,薤白 10g,丹参 15g,每日1剂,水煎早晚分服。

服5剂后,胸痛、胸闷明显减轻,心绞痛发作次数减少为3~4次/日,汗出止。继服7剂,已无心绞痛发作,平地行走等活动亦无心绞痛发作,精神体力明显好转,夜间阵发性呼吸困难消失,患者要求出院调养。上方去葶苈子,加天花粉 15g,服药1月余,除走路快或上楼梯有气短外,余无明显不适。血糖控制在正常范围,停用胰岛素,改口服达美康 80mg,每日2次。中药上方稍事出入间断服用2月余,随访1年病情稳定。

## 中西医结合治疗急性盆腔炎 74 例

张卫华<sup>1</sup> 崔云<sup>2</sup>

急性盆腔炎属于中医学腹痛、腰痛、带下病范畴。我们自2000年10月~2003年10月采用中西医结合疗法治疗本病74例,疗效满意,现总结报告如下。

### 1 临床资料

本组74例患者均为已婚妇女,病程6月~1年的35例,2年23例,3年16例。其中妇科确诊为附件炎者43例,子宫炎者25例,输卵管炎者6例。均有不同程度的下腹一侧或两侧胀痛拒按,带下量多,色黄秽臭,腰骶部酸痛。妇科检查:阴道粘膜及宫颈充血,脓样分泌物,宫颈举痛,附件区增厚,压痛明显。B超显示盆腔内有大量炎性渗出或炎症包块。

### 2 治疗方法

2.1 一般疗法:半卧位休息,有利于使脓液集中于子宫直肠陷凹而使炎症局限;饮食宜高热量且易消化的半流质食物;高热者予以物理降温,同时应防止脱水及电解质紊乱;尽量避免一些不必要的妇科检查。

2.2 西药治疗:应根据细菌培养与药物敏感试验的结果选用抗生素。一般病情不太严重者,可用青霉素800~1000万单位,配合甲硝唑250ml,静脉滴注,每日1次。病情严重者,可用头孢菌素5g,静脉滴注。抗生素应在症状消失后继续用药2周,以巩固疗效。

固疗效。

2.3 中药治疗:中药选用红藤煎加味。处方:红藤 30g,败酱草、蒲公英各 20g,丹参、赤芍、薏苡仁、土茯苓各 15g,牡丹皮 12g,黄柏 12g,延胡索 9g,甘草 10g、金银花、连翘各 20g,大黄 12g。水煎2次,早晚分服。若临床症状基本消失后,脾气虚弱者配以参苓白术散,健脾益气;肝气郁结者,合逍遥散、越鞠丸疏肝解郁;气血两虚者,加归脾丸、八珍汤益气补血;阴虚内热者,配知柏地黄丸治之。使用本方时,忌食辛辣,禁房事,讲究卫生,安静休养。

### 3 治疗结果

疗效标准依据《中医妇产科学》和《临床疾病诊断依据治愈好转标准》。痊愈:全身症状消失,盆腔检查正常;好转:全身症状消失,盆腔肿块缩小,压痛减轻,血象正常;无效:症状及体征无显著改善或略有好转。结果74例中,痊愈46例,好转24例,无效4例,总有效率94.6%。所有患者均未出现副反应。

### 4 讨论

中医学认为本病湿热瘀毒是因,滞留下焦,导致盆腔气血瘀阻是果。故当治以解毒化瘀,理气祛湿之法。方中首先以红藤、败酱草、蒲公英、金银花、连翘苦寒之品,清热解毒,散瘀止痛,为方中之主药;薏苡仁、土茯苓清热解毒,健脾利湿;丹参、牡丹皮、赤芍清热凉血,活血化瘀以消瘀热;大黄、黄柏清下焦盆腔湿热瘀结之毒,均为方中之辅药;甘草泻火解毒,调和诸药为之使药。诸药合用共奏清热解毒、活血散瘀、理气渗湿之效。

1 河南省人民医院,郑州市纬五路7号(450003)

2 河南省民权县人和镇卫生院

收稿日期:2004-07-13