

李传杰针药结合治疗冠心病经验

曹建萍*

李传杰(1928~),男,1950年毕业于哈尔滨医科大学,1958年毕业于中医研究院第一届西学中班,曾任中国中医研究院针灸研究所心血管病研究室主任,硕士研究生导师,是全国老中医药学术经验继承工作指导老师,中国中医研究院资深研究员,享受国务院政府特殊津贴。《针刺对冠心病的临床及实验研究》获卫生部乙级成果奖;《针刺治疗疟疾疾病的研究》获国家科委、卫生部、总后卫生部、国家医药总局颁发的优秀科研成果奖;《针刺对胃下垂的研究》、《针刺治疗甲状腺良性结节的研究》获中国中医研究院科研成果三等奖。

主题词 冠状动脉疾病/中医药疗法 针药并用 @ 李传杰

李传杰老师从事中医临床、教学、科研工作55年,经验丰富,疗效显著,现将针药结合治疗冠心病的临床经验总结如下。

1 针灸治疗

针具:选用直径为0.25~0.3mm,长度为25~40mm的不锈钢针。

穴位:主穴:第一组:心俞、巨阙、心平(经验穴,位于心经循行线上,屈肘,当时横纹尺侧端凹陷中,下3寸。即少海穴下3寸)。第二组:厥阴俞、膻中、内关。两组穴位交替使用。配穴:血瘀型加膈俞、血海;痰浊型加丰隆、肺俞;阴虚型加太溪、三阴交;阳虚型加大椎、关元;气虚型加气海、足三里。

因冠心病病位在心,在经络上属心经和心包经的范围,由于心包经及心经的气血运行不畅而发病,因此,取心经的俞募穴心俞配巨阙,加心经线上的心平穴,和心包经的俞募穴厥阴俞配膻中,加上内关穴为两组主穴,交替使用。内关穴为心包经之络穴,通阴经而主心胸之疾,古今皆为治疗胸痹心痛之要穴。心血瘀阻配膈俞、血海以活血,膈俞为血之会穴,功能补血行血,可祛血中之瘀滞,使心脉得畅,君主得养,疼痛得解。痰浊内阻配丰隆、肺俞以祛痰,丰隆乃胃经之络穴,为治痰之要穴,加丰隆可祛痹阻之痰而宣开胸中之阳气,使心脉通畅,配肺俞以调肺理气,肺气宣降正常则痰阻自去,胸阻得宣,心脉流畅。气虚配气海以补气,加足三里以调中焦脾胃之气,使生化有源,气血充足,心脉得养,痛证立解。阴虚配三阴交调诸阴之经气,加太溪以滋补

肾水,元阴滋养则诸阴自充,使病证得以缓解。阳虚型配关元以补元阳,元阳得温则寒邪自去,凝滞之脉气得温则脉中之血流畅自如,而心脉得养,心痛自解,加督脉之大椎,令其总督一身之阳,使阳气得充,经脉缓弛,血循畅通,通则不痛。通过上述针刺治疗,使心脉之阴虚、阳虚、气虚得补,血瘀、痰浊得以消除,机体失衡状况得以改善,从而缓解冠心病的发作。

针刺方法及疗程:背部的俞穴,一定要定位于棘突下督脉旁开1寸,而不是棘突旁开1寸。进针时针尖应斜向脊椎,深度以不刺透壁层胸膜,在壁层胸膜之外,以防造成气胸。针感为酸、麻、胀或肋间神经传导,一般有酸、麻、胀即可,勿须追求特殊针感,然后以中食指夹住针体,以拇指指甲由体外向体内轻刮针柄1分钟,勿使针尖移动,然后出针。内关穴针尖向上,针感向上传或向下传,以向上传为佳,即气至病所最好,但此穴用针要细,刺激勿重,以防针感残留。李老师经验,三阴交取穴为距胫骨后缘一横指稍窄(1/2横指左右)。心平穴直刺,针感下传至小指或无名指。其余穴位按常规治疗。胸腹及四肢穴取得针感后,留针20分钟。针刺每日1次,周六、日休息,10次为1个疗程。休息1周后,再开始第2个疗程。

2 中药治疗

《金匱要略》把心痛的病因病机归纳为“阳微阴弦”,其为本虚标实之证,本虚即气、血、阴、阳之虚,标实即为痰浊、血瘀、寒凝、气滞。李老认为,冠心病以气虚、血瘀两型最为常见,即气虚血瘀型是冠心病的基本证型,故以益气活血、行气止痛为治则自拟主方。主方由党参、黄芪、丹参、降香、苏木、川芎、红花、香附、郁金、延胡索组成。方中党参、黄芪益气;丹参、降香、苏木、川芎、红花活血化瘀止痛;香附、郁金、延胡索行气宽胸止痛,取“治痰须调气,气调痰易去”之意。随证加减:阴虚型加生地、沙参、枸杞子;阳虚型加肉桂、熟附子;痰阻型加瓜蒌、薤白、半夏。胸闷憋气明显者加莪术;心悸心慌明显者加麦冬、五味子;有室性早搏者加苦参、土茯苓;血压偏高者去党参、黄芪,加汉防己、夏枯草;头晕明显者加天麻、钩藤;腰膝酸软明显者加杜仲、桑寄生、川牛膝;下肢浮肿明显者加泽泻、茯苓;便溏者加山药;食少腹胀者加焦三仙、大腹皮;苔白腻者加藿香、佩兰;苔黄腻者再加黄连。

* 中国中医研究院针灸研究所,北京市东直门内南小街16号 Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net> (100700)

3 典型病例

患者狄某某,男,60岁,干部,初诊时间为2004年8月30日。主诉:阵发性胸闷、气短10月,加重4月。病史:患者于2003年10月在游泳时感胸闷、气短,休息后自行缓解,遂停止锻炼,但未予诊治。至2004年4月27日下午散步时出现胸骨后及左胸部闷痛,持续约1分钟,休息后缓解。次日半夜再次出现胸部闷痛,无明显放射感,自行按摩合谷穴约10分钟后胸痛缓解入睡。至清晨胸痛再发,大便后,顿觉胸痛剧烈,呈压榨性、濒死感,全身无力、大汗淋漓,含服“速效救心丸”胸痛无缓解,后急诊送至某医院,诊为“急性广泛前壁心肌梗死”,给予尿激酶静脉溶栓治疗,溶栓后2小时查心电图示ST V₁~V₄ 回降大于50%,胸痛症状基本缓解。间接考虑溶栓再通。2周后转至另一医院行冠脉造影及经皮冠状动脉成形术(PTCA)支架治疗,同时发现心肌梗后室壁瘤形成,射血分数为35.6%,轻度心功能不全。患者出院至今无明显心绞痛发作,血压控制在120~110/65~70mmHg,现觉易疲乏,无力懒动,时有左肋下窜痛,舌质淡红、舌苔薄白,脉弦细涩。既往体健,无高血压、糖尿病史,曾行鼻息肉切除术、扁桃体切除术、阑尾切除术,无烟酒等不良嗜好,否认药物过敏史。查体:体温:36.8℃,脉搏:70次/分,呼吸:18次/分,血压:120/80mmHg,心尖搏动为于第5肋间左锁骨中线外2cm处,心前区无抬举感,心界稍向左下扩大,心率70次/分,律齐,各瓣膜区未闻及病理性杂音及心包摩

擦音,余(-)。心电图示:V₁~V₄呈QS形,V₁~V₄ST段弓背样抬高约0.3~0.6mV,AVL呈RS,ST段弓背样抬高约0.1mV,I、V₅导联ST抬高约0.05mV,V₅呈QRS形。冠脉造影报告:左冠状动脉前降支近端管状95%狭窄,左冠状动脉回旋支中段局限偏心70%狭窄,EF35.60%。介入治疗报告:前降支近端PTCA支架植入术成功,回旋支中段直接支架植入成功。超声心动图报告:考虑前壁心肌梗死,心尖部室壁瘤,左室整体收缩功能减低,EF45%。中医诊断:心痛(气虚血瘀)。西医诊断:冠心病,陈旧性心梗,室壁瘤形成,PTCA支架术后,心功能不全,心功能Ⅰ级C。中医论治:益气活血,行气止痛。方药:党参15g,黄芪15g,丹参15g,降香6g,苏木12g,川芎15g,红花15g,香附15g,郁金15g,柴胡15g,赤芍15g,枳壳15g,炙甘草5g,每日1剂,早晚分服。针灸治疗:取穴:第1组:心俞、巨阙、心平,第2组:厥阴俞、膻中、内关,两组穴位交替使用;配穴:膈俞、血海、气海、足三里,平补平泻针法,每日针1次,每次留针20分钟,10次为1个疗程,休息1周后开始第2个疗程。西药治疗:肠溶阿司匹林、波立维(氯吡格雷)、达利全、辛伐他丁、蒙诺。至2005年5月10日,共针灸治疗85次,服中药140剂,整个治疗期间,患者无心绞痛发作,自觉症状明显改善,复查超声心动图示:PTCA支架术后,节段性室壁运动减低,心尖部室壁瘤形成,EF60%。心磁图示:左冠状动脉前降支及回旋支血流正常,未见狭窄。



垂询热线: 800-810-0359
ISO9001 质量认证企业

开创科学煎药新领域



20000多家医院、药店、诊所
正在使用

- ▶ 优良的品质
- ▶ 卓越的性价比
- ▶ 完善的售后服务体系
- ▶ 知名品牌 值得信赖



各种煎药耗材