

张大荣治疗心绞痛经验

何庆勇 王师菡

(中国中医科学院广安门医院, 北京市宣武区北线阁 5 号, 100053)

[关键词] 冠心病心绞痛; 中医药疗法; 经验; 张大荣

中国中医科学院广安门医院张大荣教授从事中医临床、教学、科研工作 50 余年, 擅长治疗冠心病心绞痛, 我们有幸跟随学习, 现整理如下。

1 本虚标实是冠心病心绞痛的病机核心

冠心病心绞痛多见于中老年人, 张老师认为, 此类群体多存在五脏气血阴阳俱衰。心气心阳不足, 心气鼓动无力, 心脉失于温煦, 则血滞涩成瘀; 心阴心血不足, 则心失所养脉道不充, 血滞而不行亦成瘀。因此, 此病的病机核心是本虚标实, 本虚有气虚、阳虚、阴虚、血虚之不同, 并可阴损及阳、阳损及阴。标实为血瘀、阴寒、痰浊、气滞。正虚以气虚为主, 邪实首推血瘀。故气虚血瘀为冠心病心绞痛的根本病机, 而治疗多以益气活血、通脉宣痹、调畅气机为法。

2 标本兼治, 病证结合, 辨证施治

张师认为, 该病在临床上多以虚实夹杂的证候为主。如气虚血瘀痹阻、气阴两虚夹痰夹瘀、阳虚寒凝血瘀等。因此强调标本兼治。将益气活血、通脉宣痹、调畅气机之法贯穿于治疗始终。经验方: 瓜蒌, 郁金, 降香, 木香, 党参, 黄芪, 丹参, 赤芍, 杏仁, 生蒲黄, 延胡索, 川芎, 鸡血藤, 桃仁。瓜蒌、郁金宣痹通阳行气; 党参、黄芪、降香、木香等益气行气; 丹参、赤芍、鸡血藤、桃仁等活血化瘀; 生蒲黄、延胡索等活血止痛。诸药共奏宣痹行气活血之功。

张师在临床上注重辨病与辨证相结合, 在辨病的基础上更注重辨证论治, 治疗不拘一格, 常以六法灵活辨治: (1) 益气活血宣痹法: 症见胸闷气短, 心前区阵阵隐痛, 动则喘息, 心悸且慌, 倦怠乏力, 或懒言, 面色白, 或易汗出, 舌淡红、舌体胖、有齿痕或有瘀斑、苔薄, 脉细缓或结代, 以经验方加减; (2) 益气养阴法: 症见胸闷隐痛, 心悸怔忡, 时作时止, 气短乏力, 心悸心烦, 口干, 溲黄, 舌嫩红少津, 脉细数, 方用生脉饮加减; (3) 活血化痰法: 症见胸闷窒痛, 或痛引肩背, 头重如裹, 四肢胀重, 纳呆乏力。舌质紫暗或舌体胖、苔白腻, 脉滑或细

涩, 方用血府逐瘀汤合瓜蒌薤白半夏汤加减; (4) 心肾同治法: 症见胸闷胸痛, 心烦失眠, 腰酸乏力, 头晕神乏, 舌红少津, 脉沉细, 方用左归丸加减; (5) 通阳宣痹散寒法: 症见胸闷气短, 甚则胸痛彻背, 畏寒肢冷, 腰酸乏力, 面色苍白, 心悸, 重则喘息, 不能平卧, 面色苍白, 四肢厥冷, 舌苔白腻, 脉沉细或沉微, 方用瓜蒌薤白白酒汤合炙甘草汤加减; (6) 行气活血法: 胸闷、胸痛, 胸痛连胁, 隐痛时作, 心烦欲叹息, 情志不畅时诱发或加剧疼痛, 暖气觉舒, 苔薄或腻、边有瘀斑, 脉细弦, 方用柴胡疏肝散合血府逐瘀汤加减。张师根据本病本虚标实、虚实夹杂的特点, 故上述六法施于临床时, 往往两法或三法联用之。

3 整体调节, 喜用药对

张师临床中注重整体调节, 对于冠心病心绞痛合并高血压病, 辨证属肝阳上亢者, 常加天麻、钩藤、牛膝、决明子, 属痰湿中阻者加半夏、陈皮、天麻等; 若合并血脂增高, 属湿热瘀滞者, 加茵陈、山楂、茯苓等, 属肝肾阴虚者, 加黄精、女贞子、墨旱莲等; 若合并糖尿病, 属气阴两虚者, 加生地黄、石斛、麦冬等, 属痰瘀互阻者, 加半夏、厚朴、桃仁等; 合并失眠者, 常加夜交藤、酸枣仁、合欢皮等; 大便干者, 加玄参、枳壳、当归等。张师治疗此病还喜用药对, 瓜蒌宽胸利膈而通闭, 郁金行气解郁, 凉血破瘀, 二药合用可宽胸宣痹行气解郁破瘀。白芍养血敛阴, 平肝止痛, 柴胡疏肝解郁, 升举阳气, 二药合用可调气血、散郁结、止疼痛。丹参活血化瘀, 养心安神, 三七祛瘀止痛, 消肿定痛, 二药配伍, 互相促进, 活血化瘀, 祛瘀生新, 强心通络止痛之力增强。丹参与檀香合用具有良好的行气活血化瘀止痛效果。

4 典型病例

刘某, 女, 72 岁。2005 年 8 月 29 日初诊。主诉: 阵发性胸闷气短 3 年, 加重伴心前区疼痛 10 天。现病史: 患者 3 年前因劳累后出现胸闷气短等症状, 间断服西药治疗(具体药物不详), 胸闷气短症状仍反复发作。10 日前因情绪激动后胸闷气短症状加重, 并出现心前区时有疼痛。刻下症: 胸闷气短、心前区时有疼痛, 每次持续 3 分钟左右, 每天发作 2~3 次, 劳累后加重, 时有头

(下转第 703 页)

3.4 不良反应情况

经观察未发现患者服用消癥饮后有不良反应。

4 讨论

慢性前列腺炎是男性生殖系统疾病中最常见的感染性疾患之一。由于前列腺病灶周围瘢痕包绕缺少血管,药物难以进入病灶,EPS 的 pH 值升高,破坏了正常前列腺和血浆 pH 梯度,使进入前列腺的抗生素 90% 呈非离子型,易返回血浆内,以致药物浓度不足以杀死致病微生物。中医药在我国已经成为主要的治疗方法之一^[7]。

慢性前列腺炎属于中医“精浊”的范畴,与思欲不遂或房劳过度,相火妄动,或酒色劳倦、脾胃受损、湿热下注、败精瘀阻等因素有关,而湿热下注是本病的重要因素之一,正如高锦庭在《疡科心得集》中说“……在下部者,俱属湿火湿热,湿性下趋故也……”。湿热之邪,可由外侵,亦可由内生。外侵者可因外感湿热火毒,蕴结不散,湿热秽浊之邪下注;或者下阴不洁,包皮过长,藏污纳垢,或性交不洁,湿热之邪由下窍浸淫,留于精室,精浊混淆,精离其位而成本病。内生者可由嗜食肥甘酒酪和辛辣炙煿之品,脾胃受损,运化失常,积湿生热,下注膀胱。湿热长期不得清利,相火久遏不泄,精道气血瘀滞而形成了慢性前列腺炎的“湿、热、瘀”病机特点^[8]。研究显示,感染湿热邪毒后,病邪循经络下注,邪毒伏留于前列腺内,损伤腺体组织,破坏腺体内环境,导致腺管内的瘀浊排出不畅、腺体组织增生及病灶纤维化,这种炎症浸润,腺管水肿,腺体充血、纤维化正是中医学认为“湿热瘀阻”的微观病理基础^[9]。所以治疗应针对其病机,湿者宜利,热者宜清,瘀者宜活,故选用消癥饮治疗。

消癥饮方中薏苡仁健脾利水渗湿,清热排脓消痈,此处用之,一可清热利湿除湿热之标,二可强健脾胃除生湿之源,三可排脓消痈治疗局部炎症,为君药。败酱

草配红藤既清热解毒、消痈排脓,又活血祛瘀止痛;牡丹皮、赤芍味苦而微寒,能活血化瘀,又能凉血以清退瘀久所化之热,并能缓急止痛;桃仁善泄血分之壅滞,治疗热毒壅聚、气血凝滞之痈;王不留行具有通淋、通经、通乳的“三通”作用,共为臣药;桂枝辛甘而温,可温通血脉以行瘀滞,取“结者非温不行”之义。血得温而行,遇寒则凝,凡痈肿瘀结之症有热者,过用清热,则热清而瘀结难散,此方在大量清凉药中佐桂枝辛散使热清瘀消;茯苓健脾益胃、渗湿祛痰;黄芪益气,既可助行瘀,又防辛散药物久用伤气;延胡索理气止痛;川牛膝引药下行,共为佐使药,奏清热利湿、祛瘀止痛之功。全方配伍得当,切中病机,故临床应用取得了满意的效果。

参考文献

[1]郭应禄,李宏军.前列腺炎.北京:人民军医出版社,2003:374~386.

[2]刘猷枋,张亚强.中西医结合泌尿外科学.北京:人民军医出版社,2007:229~230.

[3]李兰群,王传航,刘春英,等.慢性前列腺炎中医证型分布频率研究.中华中医药杂志,2005,20(4):245~246.

[4]吴阶平.吴阶平泌尿外科学.济南:山东科学技术出版社,2004:579~586.

[5]那彦群.中国泌尿外科疾病诊断治疗指南.北京:人民卫生出版社,2007:219~225.

[6]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则.北京:中国医药科技出版社,2002:168~172.

[7]郭军.中医药治疗慢性前列腺炎临床研究思路.见:中医男科现代研究.成都:四川科学技术出版社,1998:181.

[8]郭军.前列止痛方治疗慢性非细菌性前列腺炎(湿热瘀滞证)152例临床观察.中国中医药科技,2002,9(5):305~306.

[9]陈通文,王文风,杨家辉,等.中西医结合治疗慢性前列腺炎40例临床观察.江西中医药,1998,29(3):13.

(收稿日期:2007-10-09;修回日期:2008-05-12)

[编辑:李长今]

(上接第 694 页)

痛心悸,失眠,且伴腹胀,大便干,小便可,舌质暗红、苔薄黄,脉弦缓。血压:140/80mmHg。心电图:窦性心率,ST-T 段改变。中医诊断:胸痹,证属血瘀、气虚、痹阻;西医诊断:冠状动脉粥样硬化性心脏病,心功能 2 级;高血压病 1 级(极高危组)。治以宣痹益气活血通脉。处方:瓜蒌 15g,郁金 15g,降香、木香各 9g,前胡 12g,丹参 15g,赤芍 15g,酸枣仁 30g,生蒲黄 10g,延胡索 12g,白芷 12g,川芎 12g,鸡血藤 15g,桃仁 9g,夜交藤 30g。每日 1

剂。10 月 12 来诊:患者诉胸闷气短症状明显改善,心前区疼痛发作次数较前亦明显减少,但仍眠差、大便干。前方加玄参 15g、火麻仁 15g、酸枣仁 30g。患者服用 4 个月,诸症消失,复查心电图属于正常范围,偶因劳累或情绪不佳时出现心前区稍有不适。改服丹七片,随访 6 个月,病情平稳,未见复发。

(收稿日期:2007-09-03)

[编辑:洪涛]