

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2021.07.016

临证心得

应用汤—丸剂序贯治疗稳定性冠心病临证经验

黄灿灿¹, 谢盈彧¹, 徐士欣², 张军平²✉

1. 天津中医药大学研究生院, 天津市南开区鞍山西道 312 号, 300193; 2. 天津中医药大学第一附属医院

摘要 中医药治疗稳定性冠心病患者强调长期服药, 但由于中药汤剂自身的局限性, 使得患者难以长期坚持服用, 造成治疗的中断, 使病情反复。基于“血—脉—心—神”一体观, 合理运用方药剂量和剂型, 以汤—丸序贯方法干预稳定性冠心病患者的“防、治、康、养”全过程。结合疾病不同阶段治疗重点, 充分发挥剂量、剂型的功用, 可提高患者服药依从性, 从而提高临床疗效、减轻患者经济及心理负担。

关键词 稳定性冠心病; 胸痹; 汤剂; 丸剂; 序贯治疗

稳定性冠心病属于慢性疾病, 其起病隐匿, 病程长。其包含慢性稳定劳力型心绞痛、急性冠脉综合征稳定期、冠状动脉痉挛及冠状动脉微血管病性心绞痛等疾病^[1]。《中国心血管病预防指南(2017)》^[2]指出, 冠心病二级预防中的药物治疗在无禁忌的情况下应长期服用, 以减轻症状, 降低心血管事件发生率。

中医药治疗稳定性冠心病在短期疗效、长期疗效、安全性等方面均已得到认可^[3-4]。对于稳定性冠心病重度患者, 如存在冠状动脉多支病变或有多种合并症的老年患者, 其治疗过程漫长且需长期坚持。岳美中先生认为, 胸痹有瘀者非三五剂可见功, 须长期服药方效^[5]。中药汤剂疗效显著, 便于灵活加减, 但由于其煎煮费时、口感差, 对于需长期服用中药的患者其依从性就差, 使治疗中断, 病情易反复。针对此类患者, 如何在保证疗效的同时, 减轻患者服药负担是临床亟待解决的问题。“血—脉—心—神”一体观基于中医整体观念和辨证论治理论, 是对人体气、血、津液、精、神统一起来的高度概括; 同时又结合了现代医学对稳定性冠心病发生、发展、转归的认识, 把心系疾病从“血—脉—心—神”的渐次病损统一起来思考, 主要从血、脉、心、神四者联系来阐述其生理及病理^[6]。我们在临床诊疗活动中, 基于“血—脉—心—神”一体观, 合理应用中药剂量、剂型, 对稳定

性冠心病患者的用药形成较为完整的汤—丸序贯治疗体系, 即在稳定性冠心病发生发展期, 以重剂量汤剂迅速截断其病势, 邪去七八再以轻剂量汤剂扶正祛邪, 康复期则以丸剂收巩固之功, 为疾病的防、治、康、养提供了可鉴之处。

1 剂型不同, 各有其功

古代医家在治疗疾病时比较重视剂型的选择, 而剂型的选择多以药物药性和疾病来决定, 不同剂型有不同的功用, 有缓急之分, 有病位之分。《神农本草经》载“药性有益丸者, 宜散者, 宜水煮者, ……并随药性, 不得违越”。陶弘景《本草经集注》中提出“疾有宜服丸者、服散者、服汤者, ……以为某制耳。”有研究^[7]认为, 古人在长期的实践中摸索出“方—证—剂”相互对应的制方、制剂思想, 即古人在制方时, 除了严格按照方证对应思想选药配伍外, 在剂型的选择上也尽量使“剂”与“证”、“剂”与“方”相对应, 以求最大限度地发挥出全方中药的功用。汤剂、丸剂互用是以临床经验为基础的, 但亦并非所有方都能汤剂、丸剂互用, 某些方用汤剂用丸剂, 其主治功效有异^[8], 临床中应予以慎之。剂型作为制方过程中的重要一环, 对方疗效的发挥重要的影响。

2 “血—脉—心—神”一体观指导汤—丸剂序贯干预稳定性冠心病

2.1 “血—脉—心—神”一体观概念和内涵

“血—脉—心—神”一体观是我们根据多年临床

基金项目: 第二批国家“万人计划”百千万工程领军人才项目

✉ 通讯作者: tjzhtem@163.com

经验总结提出用于认识和治疗心系疾病的理论^[8]。血、脉、心、神四者失稳态是导致稳定性冠心病发生发展的主要因素，其发病以血脉失和为直观表现，以心体失养、神不安位为后期表现，但两者之间并非是简单的线性结局，而是在疾病之初心、神既已与血脉病变长期并存，且相互影响，反馈加重。也就是说稳定性冠心病每个病程阶段均为血、脉、心、神四者的共病体，但四者失稳态具有一定的时间序贯性，其主要的演变模式仍然是“血管—血液”病变以量变或质变进而加重心体失养和神不安位^[9]。

2.2 汤—丸剂序贯治疗在稳定性冠心病不同阶段的运用

稳定性冠心病发生发展期，以血失清宁、脉失畅达为主，心、神之变隐匿存在，贯穿始终，这一时期以防治为关键，治以汤剂，剂大量重以和血、利脉。辨证运用小柴胡汤、柴胡桂枝汤、升降散、小陷胸汤、黄连解毒汤、滋水清肝饮等汤剂加减，求迅速截断其病势，稳定病情，使血脉净、正气充。此阶段服用中药汤剂通常为 2~4 周。待邪去七八，汤剂剂量减半，即由每日 1 剂改为两日 1 剂，继续服用汤剂 2~4 周，使正气来复，血脉清宁，心神得养。前期临床研究^[10]表明，中医药辨证论治稳定型心绞痛 8 周，能改善患者中医证候、缓解心绞痛发作次数和频率、改善生存质量。临床研究^[11]表明，以心绞痛分级为指征，变量组中药汤剂由每日 1 剂改为两日 1 剂和恒量组（始终每日 1 剂）在疾病疗效和改善生活质量上无差异。依据心绞痛分级进行药物剂量调整本质上就是根据患者心绞痛症状严重程度来调整药物剂量，病重药重，病轻药轻。

疾病进入康养阶段，此期重点为防病之源，养护正气，以使正气存内、邪不可干，故注重补肾健脾，补养先后天，非日久则不可贪功。在方证相应的基础上辨证加山慈菇、漏芦、半枝莲、皂角刺、浙贝母、昆布等化痰软坚、散结通络之品制成蜜丸，常以 7 剂中药制作丸剂，每丸 9 g，每次 1 丸，每日 2 次口服，可服用 3~6 个月，以求缓消积聚癥块，稳斑护脉。相关研究^[12]表明，服用汤剂 8 周后继服丸剂 12 周，与服用汤剂 8 周时相比在中医症状改善、心绞痛疗效和生活质量方面无显著差异，提示丸药在冠心病康复期具有维持疗效的作用。

有效、安全、经济、适当为临床合理用药的四要素，其中的“适当”指中药剂量适当、用药时间适当、用药方法适当。若能把有关剂量改变、停

药指征、剂型变化运用等这类医师经验尽可能转变成可量化、可精确表达的知识，便可促进中医药的传承和发展。基于“血—脉—心—神”一体观，在临床上治疗稳定性冠心病不仅强调辨证论治，而且结合稳定性冠心病的不同阶段，注重方药的剂量和剂型的变化。即在稳定性冠心病的防治发展阶段，辨证给予中药汤剂，根据疾病的轻重缓急调整剂量，急性重病重用大剂，轻病缓疾巧用轻剂；在疾病的康养平复阶段改变剂型，辨证运用中药丸剂，以巩固疗效。从长期来看，汤—丸剂序贯应用治疗稳定性冠心病不仅达到较佳的临床疗效，而且节约药物，减轻患者经济负担，达到一定的经济效益，以此减轻患者长期服药的心理负担，加强患者对疾病康复的信念，兼备心神同调之意。

3 验案举隅

患者，女，67 岁，2018 年 4 月 22 日就诊。主诉：心前区及后背间断疼痛 7 年余。患者 7 年前因心前区疼痛行冠状动脉造影，结果显示：前降支近中段狭窄 95%，回旋支中段狭窄 50%；右冠状动脉粥样硬化，远段狭窄 50%。于前降支近中段置入支架 1 枚，患者病情好转后出院，坚持服用降脂、抗血小板聚焦药物治疗 1 年余。后因消化道疾病未坚持服用抗血小板聚焦药物治疗，但一直服用降脂药。其后间断出现心前区及后背疼痛，伴胸闷憋气、心悸、气短，活动后加重。2018 年 3 月 25 日复查冠状动脉造影结果显示：前降支近中段支架 1 枚，支架通畅；回旋支近段次全闭塞，右冠状动脉远段狭窄 70%，中段狭窄 75%。既往有高血压病史 21 年余，服用硝苯地平控释片 30 mg，每日 1 次，血压控制尚可。

刻诊症见：患者心前区及背部疼痛，每日发作二三次，每次发作 10~30 min，时有胸闷憋气，劳累后加重，休息后可缓解，情绪易激动，头晕头痛，记忆力下降，眼干不适，口干、口苦、口臭，时有胸部、胃脘部疼痛，易腹胀，腰酸腰痛，白天时有烘热，无汗出，自觉时冷时热，夜间足冷，纳少、不能进食冷食，寐欠安，夜尿三四次，大便不成形，每日 1 次，舌红、苔黄腻，脉弦滑。即刻血压：140/80 mmHg。西医诊断：冠状动脉支架术后（稳定性冠心病）；高血压病 2 级。中医诊断：胸痹心痛（肝脾失和，毒瘀阻络）。治以调和肝脾、活血解毒，方用柴胡桂枝汤合升降散加减，处方：北柴胡 6 g，白芍 15 g，桂枝 6 g，黄连 10 g，法半夏 5 g，醋延胡索 10 g，葛根 20 g，炒僵蚕

10 g, 蝉蜕 6 g, 片姜黄 10 g, 白芷 10 g, 扁豆衣 10 g。14 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次口服。

2018 年 5 月 6 日二诊: 患者心前区疼痛较前好转, 每周发作 1 次, 持续时间约 3 min, 头晕头痛、口干口苦、烘热感均较前减轻, 仍时有胸闷憋气, 去葛根、僵蚕、蝉蜕、片姜黄、白芷辛散之品, 加焦山楂 30 g、瓜蒌 15 g、薤白 10 g、香附 10 g、巴戟天 10 g、烫狗脊 15 g, 醋延胡索加至 20 g。14 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次口服。

2018 年 5 月 20 日三诊: 诸症较前好转, 继续服用二诊处方 14 剂。

2018 年 6 月 3 日四诊: 患者心绞痛发作次数较前明显减少, 5 月份仅发作 1 次, 时间约为 1 min。至此, 患者共服用中药汤剂 42 剂, 病情明显缓解。继续予柴胡桂枝汤加减, 处方: 北柴胡 6 g, 白芍 15 g, 桂枝 6 g, 黄连 10 g, 法半夏 5 g, 醋延胡索 20 g, 丹参 15 g, 当归 12 g, 生地黄 15 g, 山萸肉 30 g。两日 1 剂, 水煎分早晚两次口服, 继服 2 周。基于病情稳定, 时值盛夏, 为方便患者服用, 结合暑热天气易生湿阻遏阳气, 特在原有方前提下加用补气 and 胃化湿之品制成丸药, 处方: 玉竹 15 g, 丹参 15 g, 炙黄芪 15 g, 绞股蓝 10 g, 石斛 15 g, 赤芍 15 g, 砂仁 6 g, 当归 15 g, 党参 15 g, 降香 6 g, 酒萸肉 15 g, 蜂蜜 500 g, 中药 7 剂制成蜜丸, 每丸 9 g, 每次 1 丸, 每日 2 次。

2018 年 10 月 20 日患者来诊诉丸药服用完毕, 复查肝肾功能、血脂及尿常规均无异常。已入秋冬节气, 患者诉偶发心前区不适, 每次仅几秒不适感, 常于劳累后诱发, 不影响日常活动, 无胸闷憋气, 无口干口苦, 无腹胀, 无烘热汗出, 纳可, 寐安, 二便调。嘱其避风寒, 节饮食, 劳逸结合。

按语: 本例患者病机较为复杂, 除具有肝郁脾虚、毒瘀阻络之外, 尚有肝肾亏虚之证。治病必求于本, 抓主病主症。初诊予桂枝、白芍调畅营卫, 助心之营血运行有道, 蝉蜕、僵蚕、姜黄调气机之升降, 柴胡、半夏、黄连疏肝和胃, 散痰瘀之结, 葛根疏肝利胆、清热止渴生津, 白芷、扁豆衣健脾除湿, 全方共奏疏肝和胃健脾、调气机、和营卫之功, 使肝气疏、脾胃健, 气血和合, 运行无阻。二诊时患者诸症减轻, 继以调和肝脾为主, 加大祛痰化瘀之功, 去葛根、僵蚕、蝉蜕、片姜黄、白芷辛散之品, 加焦山楂助脾胃运化且有化瘀之功, 瓜蒌、薤白增加祛痰宽胸作用, 延胡索、香附行气活血止痛, 另加巴戟天、烫狗脊以补肝肾之虚。三诊时患者诸症改善, 效不更方。四诊时患者心绞痛发

作较前以明显减少, 1 个月内仅发作 1 次, 且程度很轻, 时间很短。汤剂方药继予疏肝调营卫为主, 加丹参、当归活血化瘀以通脉, 生地黄、山萸肉补肝肾之阴, 由每日 1 剂改为两日 1 剂, 继服 2 周。稳定性冠心病具有血、脉、心、神共病的特征, 患者初诊时以胸痛为主诉, 这是血失清宁、脉失畅达的表现, 以疏肝和胃、活血解毒治法使其稳定。若大邪已去, 正气将复, 疾病处于康养阶段, 此期的重点是保脉育心, 故以中药制作蜜丸, 方中玉竹、石斛、炙黄芪、党参、绞股蓝、酒萸肉益气养阴以育心, 丹参、赤芍、当归、降香活血行气以畅脉, 佐砂仁健脾祛湿助运化, 加蜂蜜制成丸剂, 以缓补缓消, 符合冠心病以平为期, 血、脉、心、神共调的特征, 故此例患者经过汤—丸剂序贯治疗取得良好临床疗效。

参考文献

- [1] 王斌, 李毅, 韩雅玲. 稳定性冠心病诊断与治疗指南 [J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(9): 680-694.
- [2] 中国心血管病预防指南(2017) 写作组, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心血管病预防指南(2017) [J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(1): 10-25.
- [3] 王珊, 钟翎. 中医药治疗冠心病的研究进展 [J]. 中医临床研究, 2017, 9(32): 137-139.
- [4] 张璇, 王硕仁, 李瑞杰. 冠心病经皮冠状动脉介入术后心脏康复的中医药治疗研究进展 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15(4): 428-432.
- [5] 陈可冀, 李春生, 岳沛芬. 岳美中医文集 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 183-189.
- [6] 周欢, 张军平. “血—脉—心—神”共调理念在冠心病治疗中的阐释 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(5): 651-653, 661.
- [7] 孙有智, 朱卫丰, 杨明, 等. 论中医古方中的“方—证—剂”对应思想 [J]. 新中医, 2007, 38(7): 5-6.
- [8] 葛林, 石志敏. 不同剂型当归拈痛汤治疗类风湿关节炎的临床疗效比较 [J]. 山东中医杂志, 2017, 36(1): 17-19.
- [9] 周欢, 张军平, 仲爱芹, 等. 基于“血—脉—心—神”一体观探讨缺血性心脏病的时空整体性 [J]. 时珍国医国药, 2017, 28(5): 1161-1163.
- [10] 周欢. “益肾健脾”法和“滋阴解毒”法治疗稳定性心绞痛的临床疗效和起效机制的时序性差异研究 [D]. 天津: 天津中医药大学, 2016: 29-46.
- [11] 黄灿灿. “血—脉—心—神”一体观指导稳定性心绞痛患者用药方案的临床研究 [D]. 天津: 天津中医药大学, 2019: 21-31.

(收稿日期: 2020-06-09; 修回日期: 2020-11-28)

编辑: 侯建春