

• 当代名医 •

郭子光辨治冠心病心绞痛经验

杨 俐¹ 许丽平² 马 浩³ 指导:郭子光³

(1. 四川省中医药科学院中医研究所内科, 四川省成都市青羊区四道街16号, 610031;
2. 首都医科大学中医药学院; 3. 成都中医药大学)

郭子光(1932~),男,出生于四川省荣昌县郭氏中医世家。现为成都中医药大学教授,第三批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,首届“国医大师”。《伤寒论》和各家学说专家,中医康复学科开拓者。在临床上以“病证结合”的思维方式为诊疗特点,擅长内科诸病,尤对心血管、血液、呼吸、神经、泌尿系统的某些疾病具有丰富的经验。

[关键词] 冠心病;辨治思路;名医经验;郭子光

郭子光教授擅长治疗心血管疾病,尤其对冠心病心绞痛的诊治积累了丰富的临床经验。我们有幸随郭老侍诊学习,收益良多,现介绍如下。

1 病因病机

冠心病心绞痛根据其临床表现,可归属为“心痛”、“心痹”、“厥心痛”等。郭老师认为,中老年冠心病患者,其脏器渐衰,气血渐亏,加之情绪不畅、或劳逸失度、或饮食不节、或不良嗜好等致心气耗伤。心主血脉,气为血帅,心气亏虚运血无力,血行不畅,心脉瘀滞,不通则痛,故心绞痛发作,痛有定处;心气不足,心脉痹阻,心失所养,故气短、心累、心悸、失眠;气虚是冠心病心绞痛发生的基本病理改变,血瘀因气虚而成,是继发病理产物;气虚为本,血瘀为标。冠心病心绞痛患者整个病程中心累、气短、疼痛始终存在,故气虚血瘀是冠心病心绞痛的基本病机,并贯穿冠心病心绞痛全过程。

2 治则治法

气虚血瘀是冠心病心绞痛的基本病机,当以益气化瘀为其治疗原则。补已病之气,使气旺而血行;化瘀阻之血,使瘀去而脉通;通则不痛,血行通畅,心脉自然无恙。郭老师抓住气虚血瘀这个基本病理环节,拟定芪葛基本方:黄芪30~50g,葛根20~30g,制何首乌20~30g,川芎15~20g,丹参20~30g。方中黄芪为君,以益气而行血,“血为气之母”,用制何首乌补养精血,使所生之气有所依附;丹参、川芎活血化瘀,与黄芪相伍行血活血;葛根辛甘和散,升散灵动,以解心脉阴血凝聚,达到活血化瘀目的。诸药合用,共奏益气补虚、活血化

瘀之功。

3 辨证论治

郭老师以中医整体观念为指导,根据其病机证候特点,将心绞痛分5型辨治,以期更切临床实际,针对性更强。

3.1 单纯型

单纯型是指除气虚血瘀引起心痛外,不存在其他脏腑与心痛相关的病症,这是临床上最多见的一个证型。其主要表现为心悸、气短、胸闷、胸痛或其他不典型心绞痛症状。气虚偏心阳不振者,见畏寒、面白少神、肢冷、舌淡、苔白润,脉沉细弱;偏气阴虚、虚阳浮亢者,见面红、心烦、口苦口干,舌红、苔薄黄少津,脉多细数。血瘀夹气郁者,见胸紧缩感或堵塞感,暖气略舒,苔无定象,多有瘀点,脉弦;夹痰湿者,则胸憋闷,多形肥,舌淡胖苔白滑。气虚血瘀,偏心阳不振者,用基本方加桂枝甘草汤温通心阳,阳虚重者,再加制附子15~20g;偏气阴虚、虚阳浮亢者,基本方暂去黄芪,加太子参、麦冬、苦参或黄连。夹气郁者,加延胡索、香橼、郁金;夹痰湿者加薤白、瓜蒌、法半夏。经上述服药3剂其心痛不见缓解者,为瘀滞较甚,加失笑散、延胡索、降香。若又服3剂其心痛缓解不明显,或心痛较原本更甚,或安装支架后阻塞又致心痛者,均为瘀滞太甚,当搜剔络脉,酌加水蛭、全蝎或血竭之类。如大便干结,腑气不通,可加重心脉瘀滞,故可加瓜蒌仁30g。如睡眠不佳,更损气阴,酌加合欢皮、酸枣仁。

3.2 胃心不和型

胃心不和型是指心痛的同时伴有胃脘痞痛(多有慢性胃炎)的证型。多是中焦湿热或寒湿郁遏,使胃失和降所致,由于胃络通心,胃气郁滞或上逆,常诱发或加重心痛,是心痛中次多见证型。其临床表现除有单纯型脉证外,可见胃脘痞满、疼痛、暖气、泛酸或呕恶等症状。偏湿热者,见舌苔黄厚滑腻,脉滑数;偏湿盛者,则舌苔白厚滑,脉多濡象。胃心不和当胃心同治,如只治心不治胃效果不佳。胃症状不重者,治心为主兼治胃,

在单纯型治法方药中,偏湿热者加黄连、法半夏、槟榔、煅瓦楞子;偏湿盛者加豆蔻、法半夏、藿香、厚朴、茯苓、神曲。如胃症状特重者,治胃为主兼治心,偏湿热盛者,黄连温胆汤加丹参、延胡索、煅瓦楞子、郁金;偏湿盛者,藿香、豆蔻、法半夏、茯苓加丹参、石菖蒲、郁金、延胡索、神曲。待胃症状缓解则改以治心为主。

2.3 胆心不和型

胆心不和型是指心痛的同时伴有胆气郁滞所致胁痛(多有胆囊炎、胆结石)的证型。因胆为中正之官,胆气升则脏腑之气兼升,故有“凡十一脏,取决于胆也”之说。如胆气不疏则心气必郁滞,不通而痛,也是诱发或加重心痛常见证型。其临床表现除有单纯型脉证外,可见右胁痛,有的痛引右肩,常在多吃油腻食物后加重,或恶心欲吐,或大便秘结,舌质红、苔黄滑厚腻,脉滑数。胆心不和当胆心同治。胆症状轻者,治心为主兼治胆,在单纯型治法方药中加黄芩、郁金、茵陈、延胡索即可。如胆症状重者,暂停治心药而治胆,如恶心欲吐,舌红、苔黄,湿热偏盛者,用黄连温胆汤加黄芩、郁金、茵陈、延胡索;气郁偏盛,腑气郁滞,大便秘结者,大柴胡汤加金钱草、延胡索。胆的症状缓解则转入上述轻证治法。

2.4 肝心同病型

肝心同病型是指心痛的同时伴有肝阳上亢(多有高血压病)的证型。因肝主疏泄、藏血,如肝阳上亢,疏泄太过,气血壅滞,也会影响心脉的调畅。其临床表现,除有单纯型脉证外,可见眩晕、项强、心烦、易怒、口苦口干以及面红、眼红、唇红、舌红(郭老师命名为肝阳上亢“四红症”)、舌苔黄干,脉弦滑数。肝心同病当肝心同治。若有高血压病一直在服用西药降压者,因西药针对性强,其降压力量比中药大,当按时予服,不可停药。中药则以治心为主兼平肝清肝潜阳治法,基本方暂去黄芪之甘温益气(肝阳上亢症状缓解则立即投入),酌加石决明、黄芩、栀子、菊花、地龙、赤芍、牡丹皮、泽泻、川牛膝之类;失眠者酌加合欢皮、酸枣仁;便秘者,酌加瓜蒌仁、决明子。

3.5 肺心同病型

肺心同病型是指心痛的同时伴有痰饮咳喘(多有慢性阻塞性肺疾病)的证型。多是肺中陈痰宿饮阻滞气道,使肺失肃降而引起。由于“肺朝百脉”而“肺之下为心,心有系络,上络于肺,肺受清气,下乃灌注”^[1],如痰饮壅遏,肺气郁滞,则心脉受阻,不通则痛。其临床表现,除有单纯型脉证外,伴有咳嗽、气喘、吐痰、胸紧、或面唇紫绀等症状,且有多年反复病史。若痰热盛者,痰黄而稠黏,舌红、苔黄滑,脉滑数;痰湿盛者,痰白而稀

薄,舌淡苔白。肺心同病亦当肺心同治。肺症状不重者,治心为主兼治肺,用单纯型治法方药,偏痰湿者,加二陈汤、矮地茶;偏痰热者,暂去黄芪,加小陷胸汤、浙贝母、鱼腥草。若肺症状突出者当治肺为主兼治心,偏痰热盛者,用千金苇茎汤合小陷胸汤加浙贝母、鱼腥草、薤白、丹参、葛根、赤芍;偏痰湿盛者,用小青龙汤合二陈汤去麻黄(因麻黄升散耗气,心痛各型皆忌用),酌加薤白、丹参、葛根、当归。肺症状缓解即转入治心为主。

以上各型心痛,均可酌情选用速效救心丸、复方丹参滴丸、麝香保心丸、苏合香丸等缓解疼痛。

4 典型病例

詹某某,女,77岁,2003年5月12日初诊。患冠心病心绞痛10余年,常服复方丹参片、阿司匹林、消心痛。心绞痛多于劳累活动后发作,舌下含化硝酸甘油或消心痛并停止活动,疼痛能立即缓解。期间有血压波动,采用络活喜5mg,每日1次,血压保持140~150/80~90mmHg。1个月前因心绞痛加重而住院,冠状动脉造影提示左前降支完全阻塞,建议安置支架,患者不同意,住院治疗1个月余病情稳定出院,慕名前来求治中医。现症:时时心前区发闷,稍有活动则胸部左侧刺痛,终止活动疼痛可减轻,心累气短,爬楼梯须歇息,夜寐每晚4小时,食少,二便正常。查其形体偏胖,面色无华,言语低沉,舌质淡嫩、苔薄微黄,诊其脉沉弱无结代。此乃气虚血瘀夹气郁痰浊,当益气化瘀、行气涤痰。芪葛基本方加味:三七粉6g(冲服),黄芪50g,丹参30g,川芎15g,制何首乌30g,法半夏15g,瓜蒌15g,降香15g,酸枣仁20g,郁金10g,合欢花15g,延胡索20g,全蝎10g(水洗,同煎),炒稻芽30g。每日1剂,浓煎2次。第一煎当晚睡前服100ml,余下药液与第二煎药液混合,分2次于第二天早晨中午服用。每周复诊1次,上方随症加减,大便秘结则易瓜蒌为瓜蒌仁,胸闷明显加薤白,夜寐不佳加酸枣仁、合欢花,苔黄、脉数湿热较甚加苦参、黄连,疼痛减轻则去全蝎、降香,适当加入红花、赤芍,痰中带血丝加白及。服药2周后胸闷明显减轻。1个月后,患者心绞痛发作减少,心累气短好转,上二楼较以前感觉轻松。2个月患者10~15天复诊1次,精神、睡眠明显好转,言语渐渐响亮。随访近7年,患者精神尚好,自己乘车来诊,头脑清晰,脉律整齐,每月复诊1次,仍用基本方加味,3天2剂,以巩固治疗。

参考文献

[1]赵献可著,陈永萍校注.医贯[M].2版.北京:学苑出版社,2005:5.

©1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net (收稿日期:2010-02-24)

[编辑:洪涛]