

运用营卫气血理论辨治冠状动脉重度狭窄

杨雅倩¹, 谢盈彧², 王丽蓉¹, 朱亚萍¹, 张军平^{1*}

1. 天津中医药大学第一附属医院, 天津市南开区鞍山西道 314 号, 300193; 2. 天津中医药大学中医学院

摘要 冠状动脉重度狭窄是冠心病的严重血管病变, 主要以经皮冠状动脉介入治疗或外科手术治疗为主。基于营卫气血理论认识冠状动脉狭窄进展规律, 提出冠状动脉重度狭窄属营卫失调、毒瘀阻络病变, 治疗应从气血的运行与生成着手, 调和营卫, 维持气血运行, 调和脉管内外稳态; 益肾健脾, 调节气血生成, 平衡机体阴阳气血。祛瘀逐瘀应贯穿治疗始终, 立足斑块进展规律, 先以活血解毒法阻抑斑块进展, 后以软坚散结法消散斑块实邪。

关键词 冠状动脉狭窄; 营卫气血; 活血解毒; 软坚散结; 益肾健脾

根据经冠状动脉造影的直径狭窄百分率, 冠状动脉狭窄分为四级: I 级: 25% ~ 49%; II 级: 50% ~ 75%; III 级: 76% ~ 99% (严重狭窄); IV 级: 100% (完全闭塞)^[1]。冠状动脉重度狭窄是指 III、IV 级的病变, 解剖学角度往往提示严重血管病变, 血流活动受限, 可能需要介入或外科手术进行血运重建, 恢复血流再通, 解除狭窄。截至 2017 年, 我国大陆地区冠心病介入治疗例数达到 753 142 例, 其中 ST 段抬高型心肌梗死患者直接进行冠状动脉介入 (percutaneous coronary intervention, PCI) 治疗比例为 42.2%^[2]。对于急性心肌梗死患者, PCI 术可即刻开通罪犯血管, 对减轻心肌缺血对血管的损伤是十分必要和有效的, 但支架仅是对血管狭窄解剖形态的改善, 没有涉及对血管内皮功能障碍、心肌缺血损伤等病理变化的干预, 术后即使配合药物治疗, 也无法逆转血管狭窄重构的情况。而且狭窄不等于缺血, 二者并不是线性对应关系, 过度关注狭窄而忽视心肌供血状况的片面化认识往往造成过度治疗, 使得有显著狭窄病变而无明显心肌缺血证据的患者得不到最大的临床获益^[3]。中医学以整体观和辨证论治为特色, 基于多方位、多角度认识疾病的理念, 在辨治心血管疾病, 尤其是冠心病的治疗和预防方面有着独特见解, 并取得了显著的临床效果。我们基于营卫气血

理论, 探讨其在冠状动脉重度狭窄治疗中的指导意义, 提出运用卫气营血理论辨治冠状动脉重度狭窄的基本病机和治法。现总结如下。

1 营卫与气血的关系

“营”即营养、滋养, 内含精微物质, 主血属阴。“卫”即保护、防御, 慄悍滑利善走行, 多言气与阳。营卫相携循行于脉道内外, 不离气血。两者关系异名同源, 如《灵枢·营卫生会》曰“人受气于谷, 谷入于胃, 以传与肺, 五脏六腑皆以受气, 其清者为营, 浊者为卫, 营在脉中, 卫在脉外”; “营卫者, 精气也; 血者, 神气也。故血之与气, 异名同类焉”。营卫皆是水谷精气化生, 血是水谷精微上奉心神而来, 营卫气血皆生于精, 血者出于稠厚之精微, 气者受于无形之精气。营卫气血功能上相携互助, 如《灵枢·邪客》记载“营气者, 泌其津液, 注之于脉, 化以为血, 以荣四末, 内注五脏六腑, ……卫气者, 出其悍气之慄疾, 而先行于四末分肉皮肤之间而不休者也, ……行于五脏六腑”。营卫分工明确, 各司其职, 脉中言营气、营血, 气行血, 血载气, 灌养四肢百骸; 脉外主言卫气, 卫气既发挥防御之能, 保卫脉外环境, 又温养肌表, 内煦脏腑。二者内外相贯, 调和气血, 安养五脏。营卫气血表现形式上体用相关, 如《医宗金鉴》云“营即血中之精粹者也, 卫即气中剽悍者也, 以其定位之体而言, 则曰气血, 以其流行之用而言, 则曰营卫。营卫与气血为体用关系, 卫之体以气论, 营之体以血论, 气血之循行即

基金项目: 国家自然科学基金(81473634); 第二批国家“万人计划”百千万工程领军人才项目

* 通讯作者: tjzhtcm@163.com, (022) 27432016

为营卫，调营卫即调气血^[4]。因此，营卫气血互根互用，密不可分。

2 基于营卫气血理论认识冠状动脉重度狭窄

《素问·痹论篇》云“荣者，水谷之精气也，和调于五脏，洒陈于六腑，乃能入于脉也，故循脉上下，贯五脏，络六腑也。卫者，水谷之悍气也，其气慄疾滑利，不能入于脉也，故循皮肤之中，分肉之间，熏于肓膜，散于胸腹，逆其气则病，从其气则愈。”营应于血，行于脉内，主司濡养之能；卫通于气，循于脉外，任防御固护肌表之职，二者处于动态平衡则气血充沛，血脉和利，心有所养。若嗜食肥甘厚腻、劳倦过度、情志失畅或感受外邪等导致营卫失和，卫气不循常道，营血失于内守，终致气血紊乱，气郁不行，血流迟缓，积聚脉中，堵塞脉道，久之血流不通，心脉瘀滞，心体失养，发为胸痹心痛，可以影像学检查所提示的血管狭窄情况作为判断病情严重程度的依据。

冠脉重度狭窄是基于动脉粥样硬化的病理改变，与斑块进展相关。冠状动脉轻中度狭窄时期：营卫失和，气血失调，营卫之气亏虚不能行血，血瘀加重，血停脉中，脉失畅达，阻滞心络；营血不行，血不载气，气不达周身，津血输布及水液代谢紊乱，内生痰湿，痰浊、瘀血互结脉中，形成并加剧斑块沉积，此时动脉内血管内皮脂质浸润明显，管壁增厚，管腔狭窄明显。冠状动脉重度狭窄期：此时营卫气血严重失调，气血运行障碍，痰瘀之邪胶结脉壁，又疾病日久，气血两虚，无力推动血液前行，痰瘀化热生毒，毒损心络，心体受损，心主血脉失常，反向加重营卫气血功能障碍，最终形成恶性循环。此期冠状动脉斑块脂质核心不断扩大，血管内皮严重损伤，斑块异常积聚，管腔严重狭窄。综上，冠状动脉重度狭窄属营卫失调，毒瘀阻络病变。

3 基于营卫气血理论指导冠状动脉重度狭窄治疗

结合营卫气血理论对冠状动脉重度狭窄的认识，在治疗上主要从气血的运行和生成两方面着手，首调气血运行，后言气血生成，祛除痰瘀等病理产物贯穿始终。运行即通过调和营卫调畅全身气机，恢复气行血、血濡脉之能，为祛邪提供稳定的血管内环境。生成即通过益肾健脾促进气血化生，增加气血补给，助气血通畅，周流全身，血脉调和，濡养心体。久病脉中瘀毒之邪与斑块相应，变化有二：一则瘀毒日深，斑块进展增大，毒损脉壁

或斑块活动破裂，进一步阻塞血管；二则斑块钙化，滞于管壁，坚牢不移。因斑块变化形式不同而治法先后有序，先以活血解毒，阻抑斑块进展；后以软坚散结，消退有形斑块，二者相配，进退相宜。

3.1 调和营卫，维持气血运行

冠状动脉重度狭窄病位在心，多见营卫气血失和。营血行脉中，卫气行脉外，而心主血脉，“脉道以通，血气乃行”（《灵枢·经脉》），营卫气血通过血脉与心相连。营卫失和对心的影响是多方面的，主要涉及血脉与心神。营卫失和，营血卫气不循其道，气不行血，血行迟缓，脉道虚滞，壅于脉内，痹阻心脉，不通则痛，或血不养心，不荣则痛，临床常见胸闷、气短、胸痛，舌紫暗、有瘀斑、瘀点，脉弦涩等气滞血瘀表现；卫气虚不能温分肉、肥腠理、司开阖，虚邪贼风侵袭脉管，致血凝涩而不通，心阳虚而不温；营卫循行失度，卫不入阴，致睡眠紊乱，心神不安。因此，遵循“损其心者，调其营卫”之理，以调和营卫气血为关键切入点，从血脉内外综合调理，恢复血濡气行之能，既注重血管内皮的损伤修复，又强调对外膜滋养血管的调控^[5]。临证多选用桂枝、白芍之品，取其调和营卫之功，促进气血运行，脉道通畅，予有形之积以出路。

3.2 活血解毒，阻抑斑块进展

随着斑块进展，痰瘀积久，斑块增大或变生热毒，斑块糜烂、破裂。前者引起原位血管阻塞加重，后者形成微血栓堵塞远端血管，均为斑块不稳定、活跃恶化的表现。研究^[6]显示，炎症细胞的程序性死亡存在于晚期动脉粥样硬化，与斑块不稳定相关。另有研究^[7]指出，炎症因子与动脉粥样硬化血管壁温度升高有关，可从热毒论治冠心病。因此，为防止斑块进展，加强斑块稳固，应立足对痰瘀毒邪性质的认识，灵活施用活血化瘀、清热解毒之法。痰瘀之邪重者，临床上常用丹参、当归、赤芍、法半夏等活血化痰之品，以阻止斑块进展；热毒甚者，选用黄连、栀子、牡丹皮等凉血解毒之品，以稳定斑块，防止斑块破裂。

3.3 软坚散结，消退斑块实邪

斑块变化的另一结局即痰瘀积久成结，斑块钙化、稳定。此时气血化生失常，津血输布代谢紊乱，痰浊内蕴，血行受阻，痰瘀胶结脉壁，根据“坚者削之，结者散之”，活用软坚散结之法。临床常用鳖甲、海藻、昆布、夏枯草、浙贝母等药物。海藻、昆布、鳖甲为咸寒之品，味咸者能软坚

散结,促进斑块稳定;夏枯草消痈散结,浙贝母化痰散结,二者合用共达祛邪之妙。现代研究^[8]亦显示,软坚散结类药物具有抗动脉粥样硬化、阻止斑块进展甚至消退斑块的作用。由此,采用消法可以缩小冠状动脉斑块脂质核心,减小斑块可视化面积,逐步消退斑块,最终达到解除冠状动脉狭窄的效果。

3.4 益肾健脾,促进气血生成

冠状动脉重度狭窄非一时之变,疾病日久,损及气血,脾肾亏虚,正气不足无力祛邪,反向加重冠状动脉狭窄,需培补先后天之本以化生气血,资其本源。脾位于中焦,主运化水谷精微,为气血生化之源,后天之本;肾位于下焦,主封藏,藏精纳气,阴精化血,为先天之本。脾肾同补则气血化生有源,气血充沛,心体得养,心用正常,故此治疗以益肾健脾为大法,补益气血,培补正气,平衡机体气血阴阳。临床多以炒白术、党参、茯苓等健脾益气,以桑寄生、续断、淫羊藿等温补肾阳,以枸杞子、酒黄精、熟地黄滋补肾阴,脾肾并补,阴阳同调。基于此法指导研制的补肾抗衰片在抗动脉粥样硬化上取得了良好临床疗效,在动物实验和细胞实验方面均得到了验证^[9-11]。

4 验案举隅

患者,女,61岁,2017年3月18日初诊。主诉:间断胸闷、气短2个月余,加重伴心前区闷痛3天。现病史:2个月前因感冒出现胸闷、气短,偶有心前区刺痛,休息后可缓解,伴咳嗽、咽部堵塞感,查心脏彩超:左心房射血分数(LA):35mm,左心室射血分数(LV):48mm,射血分数(EF):65%。肺动脉收缩压:30mmHg,提示动脉硬化,左室壁节段性运动异常,二尖瓣、三尖瓣反流(轻度)。冠状动脉造影示:冠状动脉单支病变,右冠近段狭窄80%。根据患者病情建议择期手术。近3日症状较前加重。既往高血压病病史10年。刻下症见:胸闷、气短,伴心前区闷痛,无肩背痛及放射痛,休息后可缓解,可平地行走和爬楼,口干、口苦,平素性情急躁。纳可,寐欠安,二便调,舌淡、苔白腻,脉弦滑。西医诊断:冠心病稳定型心绞痛心功能Ⅱ级(NYHA分级),原发性高血压Ⅰ级(高危)。中医诊断:胸痹(营卫不和、毒瘀阻络证),治以调和营卫、活血解毒。处方:北柴胡6g,白芍15g,桂枝3g,黄连10g,檀香3g,法半夏5g,麸炒僵蚕6g,蝉蜕

6g,降香6g,胆南星6g,三七粉6g(冲服)。14剂,水煎服,每日1剂。

2017年4月1日二诊:未再出现心前区闷痛,多于下午胸闷憋气明显,快走时加重,仍口干,偶口苦。纳可,寐欠安,二便调,舌暗红、苔白腻,脉沉弦。前方去桂枝、僵蚕、蝉蜕、胆南星、三七粉,加麦冬20g、酒黄精15g、葛根30g、北沙参15g、合欢花10g。14剂,水煎服,2日1剂。

2017年5月2日三诊:药后诸症大减,近1周因劳累夜间自觉烦闷不舒,夜寐欠安,无口干,偶口苦,晨起时明显,余未诉不适。纳可,二便调,舌淡红、苔白腻,脉弦细。处方以二诊方去檀香、降香、法半夏、麦冬、北沙参、葛根,加莲子心6g、麸炒白术15g、漏芦6g、皂角刺15g、醋延胡索20g、酸枣仁15g。7剂,水煎服,2日1剂。另本方制蜜丸,每丸9g,早晚各1丸,继服3个月。2018年3月随访,病情平稳。2019年5月5日复查冠状动脉造影示:冠状动脉单支病变,右冠近段狭窄60%。

按:本案患者经冠状动脉造影证实冠状动脉单支病变,右冠重度狭窄,冠心病诊断明确,未行血运重建。患者为中年妇女,性情急躁,加之有高血压病病史,肝失疏泄,气机调畅失职,脉中气血运行障碍,营卫交会失常,气滞心胸,血不荣心,脉失畅达,发为胸痹之症。初诊方选自《伤寒论》柴胡桂枝汤,以调和营卫、维持机体上下表里气血条畅为主。方中柴胡和解为功,宣展枢机,助脉疏壅;桂枝辛温,助卫护表,温通心阳,白芍酸甘化阴,入里养血,二者相配一阴一阳,散收并用,通达营卫,使气血条畅,阴阳和合。僵蚕、蝉蜕、檀香、降香芳香上行,升降相宜,畅达一身气机。反佐黄连清热解毒,制桂枝之热,助清痰瘀之积。法半夏燥湿健脾,胆南星清热涤痰,二者共绝生痰之源,清痰湿之热,化脉中之积。轻取三七粉,以其活血不动血、化瘀不伤正的特性,促进斑块稳定而不破裂,循序渐进,与黄连配伍共行活血解毒之力。二诊时未再出现心前区闷痛,去温通心阳、行气活血之药,因多下午见症,彼时阳气渐衰,气化功能障碍,津液生化不足,见口干伤阴之象,故加麦冬、北沙参益气养阴,滋养心体,又因心体失濡,心神不宁,故加合欢花解郁安神。三诊时诸症大减,继调机体营卫气血以维持稳态,予益肾健脾法以补气生血,酒黄精补肾益精,炒白术健脾补气,二者共补先后天之本,资气血生化之基;黄

连、莲子心善清上焦之火，漏芦、皂角刺软坚散结，清热解毒。诸药相合，共奏扶正祛邪之功。久病心血不足，神无依附，酌加酸枣仁养肝血、安心神。病情稳定后，丸药缓图接续，巩固疗效。

参考文献

- [1] 葛均波,徐永健. 内科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:231-232.
- [2] 胡盛寿,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告 2018》概要[J]. 中国循环杂志,2019,34(3):209-220.
- [3] 周欢,张军平,王彬. 冠状动脉粥样硬化性心脏病之“狭窄”“斑块”说拨误[J]. 心脏杂志,2018,30(1):107-112.
- [4] 侯冠群,鲁明源. 论营卫与气血关系[J]. 中国中医基础医学杂志,2018,24(8):1029-1030,1033.

- [5] 肖维刚,郎艳松,常丽萍. 动脉粥样硬化之营卫病机初探[J]. 北京中医药,2013,32(11):850-852.
- [6] 郭心蕊,曹正宇,田野. 程序性坏死与晚期动脉粥样硬化[J]. 中国动脉硬化杂志,2017,25(9):963-967.
- [7] 彭锐,吴伟,葛昕. 从炎症因子角度谈冠心病热毒病机[J]. 世界中西医结合杂志,2010,5(8):732-735.
- [8] 陈博,刘玲. 软坚散结法治疗颈动脉粥样硬化的理论探讨[J]. 光明中医,2014,29(5):907-909.
- [9] 张军平,许颖智,李明,等. 补肾抗衰片对动脉粥样硬化氧化应激状态的干预[J]. 中国中医基础医学杂志,2009,15(4):279-281.
- [10] 谢盈或,许晓敏,张军平,等. 基于 PI3K/Akt/mTOR 通路探讨补肾抗衰片介导自噬调控动脉粥样硬化的机制[J]. 中国中西医结合杂志,2018,38(5):586-593.

Syndrome Differentiation and Treatment of Severe Coronary Artery Stenosis with Theory of Nutrient *Qi*, Defensive *Qi*, *Qi* and Blood

YANG Yaqian¹, XIE Yingyu², WANG Lirong¹, ZHU Yaping¹, ZHANG Junping¹

1. First Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 300193; 2. Tianjin University of Traditional Chinese Medicine

ABSTRACT Severe coronary artery stenosis is a serious vascular disease of coronary heart disease. The treatment is mainly based on percutaneous coronary intervention or surgical treatment. Based on the theory of nutrient *qi*, defensive *qi*, *qi* and blood, the progression rule of coronary stenosis is understood. It is proposed that severe coronary stenosis belongs to disorder of nutrient *qi* and defensive *qi* and toxin and stasis blocking the collaterals. The treatment should start from the movement and generation of *qi* and blood, regulate nutrient *qi* and defensive *qi*, maintain the movement of *qi* and blood, regulate the steady state inside and outside the vessels. Tonifying the kidney and invigorating the spleen is performed to regulate the generation of *qi* and blood, and balance the *yin*, *yang*, *qi* and blood of body. Eliminating the phlegm and resolving the stasis is running through the whole treatment. Base on the regularity of plaque progression, the method of activating blood circulation and detoxification is firstly used to inhibit the plaque progression, and then the method of softening and resolving hard mass is used to dissipate the excess pathogen of plaque.

Keywords coronary artery stenosis; nutrient *qi*, defensive *qi*, *qi* and blood; activating blood circulation and detoxification; softening and resolving hard mass; tonifying the kidney and invigorating the spleen

(收稿日期: 2019-07-13; 修回日期: 2019-09-13)

编辑: 黄 健

欢迎邮购《中医杂志》光盘合订本

1951—1986 年(4 张光盘) 480 元; 1987—1994 年(1 张光盘) 260 元; 1995—2004 年(1 张光盘) 280 元; 2005—2013 年(1 张光盘) 300 元。

光盘合订本为计算机用数据光盘, 收入了同期出版的全部《中医杂志》内容, 可对所有文章进行任意字检索, 方便实用。

汇款地址: 北京东直门内南小街 16 号中医杂志社, 邮政编码: 100700, 收款人: 杨秋雷

电话: (010) 64035632, 网址: <http://www.jtcm.net.cn>