

• 当代名医 •

张伯礼治疗冠心病经验

谢 伟¹ 康立源¹ 王 硕¹ 张 硕¹ 孟庆华¹ 指导:张伯礼^{2*}

(1. 天津中医药大学中医药研究院,天津市南开区玉泉路 88 号,300193;2. 天津中医药大学)

基金项目:国家公益性行业科研专项资助(201007001-02)

* 通讯作者:yeziniiao@126.com, (022)59596123

[关键词] 冠心病;名医经验;张伯礼

冠心病是指冠状动脉粥样硬化使血管狭窄或阻塞,导致心肌缺血缺氧或坏死而引起的心脏病,属于缺血性心脏病。中医可从“胸痹”、“心痛”、“真心痛”、“心悸”、“怔忡”等病论治。张伯礼教授从事心脑血管临床和科学研究数十年,经验丰富,疗效显著,我们有幸师从张伯礼教授学习,现将学习体会浅述如下。

1 病证结合,衷中参西以求理法

张老师强调审证求因,辨证论治是中医临床诊疗的特色,诊治冠心病亦要辨证准确。证能概括患者在冠心病发展某一阶段的病机本质,病变脏腑,演变归属,及确立个体化治则治法等,是诊治冠心病的核心内容之一。因此,在辨治冠心病时必须病证结合,既要掌握该病的现代医学基本病理特征,又要结合中医证候特点,全面综合分析,病证有机结合,深化对其认识。例如近年来尸检、冠状动脉造影、血管内超声或血管镜检查发现 70% 的急性冠状动脉综合征患者中存在冠状动脉斑块破裂和血栓形成^[1]。同时须明确冠心病有轻、重、危之分,并判断是否有进展至心肌梗死、心力衰竭,甚则猝死之倾向。张老师强调,同样的冠心病,但中医证候却是多样表现,这些证候也是患者当时的状态,虽然不都与冠心病有关,但都影响着冠心病的病情,是治疗的切入点。因此,必须坚持整体把握下的个体化治疗,准确把握冠心病内在病理发展趋势,认真采集中医证候要素,病证相合,辨证论治,才能明辨顺逆,谨调失衡,提高临床治疗的针对性、前瞻性和有效性。如冠心病患者就诊时无胸闷、胸痛等典型主诉,只要冠状动脉造影狭窄,和(或)心电图显示心肌缺血,即使痛不甚、不憋闷,仍可以按胸痹论治,但重在治证。再如有些冠心病是以心悸、心律失常为主要表现,而疼痛不明显,在治疗中也应标本兼顾,注意心肌缺血状态的治疗。

对于不稳定型心绞痛,急则治其标,根据辨证,可采用理气、活血、化瘀、温阳多种方法迅速止痛,先解其苦,同时可促使冠状动脉斑块从不稳定向稳定方向转变,并能避免发生斑块糜烂、溃疡、破裂,起到已病防变的作用,较之硝酸酯类药物更具优势。

2 谨守病机,调和五脏以治心病

冠心病的基本病机为阳微阴弦,本虚标实。本虚是致病根本,需区分脏腑阴阳气血亏虚之不同;标实是发病重要因素,应区分血瘀、痰浊、气滞、寒凝的不同。但在临床实践中,张老师根据多年临床经验指出,该病多见兼夹证候,如气滞血瘀、气虚血瘀等证,近些年来尤多兼夹湿浊痰邪,但瘀却为其病理基础。其常见体征为舌紫、苔腻。《寿世保元》亦明确指出:“盖心气者,血之帅也,气行则血行,气止则血止,……夫气有一息之不运,则血有一息之不行。”因此,在冠心病治疗中,张老师重视化瘀祛浊通络法,《难经》亦言:“损其心者,调其营卫”。强调急则止痛缓急以为先,缓则疏养扶正以为本;实证当化瘀宣通,虚证宜疏养并重。心为五脏六腑之大主,但因五脏之气互为相使,五脏皆可令心痛,非独心也。例如:五脏气冲逆皆可致心痛,《黄帝内经》、《诸病源候论》、《备急千金要方》等早有“肾心痛”、“胃心痛”、“脾心痛”、“肝心痛”、“肺心痛”症状记载。因此,临证需谨守病机,善调五脏,相机权变,灵活加减。①心为阳中之太阳,若气虚则血行不畅,阳虚则温运不及,当“心劳补脾”,可选黄芪、党参、人参等甘温益气之药,大补胸中之宗气,气旺则血自行。②心主血而司君火,肝司藏血内寄相火,若精血亏虚不能滋养于心,可填精化血,补木生火,常选女贞子、墨旱莲等性凉滋阴之品,补而不膩,滋而润燥。③心居上属火,肾位下属水,若肾水不足,心火上炎,热在上焦,需甘寒养阴,可选生地黄、麦冬、百合合用,润养清心;若心中空悸,多为气阴双亏,心失所养,宜气阴双补,生

脉类加玉竹,共奏气血互补之功。④肺心共居清旷之区,肺调百脉,肺气通畅则助心行血,气血周流则百病不生。若肠燥便秘,浊气上逆,肺失肃降,气机不畅,则佐少量生大黄通腑降气(便秘轻者用熟大黄),调理气机,疏通气血。此亦“魄门亦为五脏使”之活用也。

3 首治其苦,急则止痛,缓急为先

胸痛通常是患者就诊时所陈述的最痛苦症状,也是心肌缺血缺氧的外在表现。兼之冠心病临床亦有轻、重、危之分,并可进展至心肌梗死、心力衰竭,甚则猝死,故在临证中须首治其苦,急则止痛缓急以为先;明辨顺逆,高度警惕真心痛、厥脱等危候。因该病临证虽常见气滞血瘀、气虚血瘀,多兼阴湿浊痰,但瘀为其背景。①心气虚滞,运血无力,甚者心络瘀阻,不通则痛,选降香 15g,辛香宣透,行胸膈之气,合五灵脂 15g、延胡索 15g 行气活血止痛,及丹参 30g 养血和血。②久病入络,瘀血较重,胸痛较重需加三七 3g,分 2 次冲服,以通络止痛、化瘀生新。③心血瘀阻,疼痛剧甚者,需加乳香 4g、没药 4g,行瘀散血,定痛生肌,并加佛手、甘松以缓二者碍胃之弊。④胸中气机痞塞,闷及心背,可配伍调理气机之药,桔梗、枳壳、牛膝三药合用以升降调气,疏通三焦,正合“血化下行不作劳”之法度。⑤血瘀日久,络气虚滞,温煦无力,心脉细急引起拘挛而痛者可加虫蚁之类,咸寒搜剔,如土鳖虫、全蝎、蜈蚣等祛风通络,镇痉止痛,并常配半夏、桂枝、葛根降逆升元,以复温通。

4 审证求因,痰瘀互生,治浊宜早

痰瘀互结,久则酿生浊毒,甚者络脉瘀塞,其症状多变,病位广泛,病程缠绵,易生变证、险证,故常失治误治。张老师总结多年临床经验,归纳出“痰瘀互生,病重之源”的观点^[2],对痰瘀同源互生,有自己独到见解:痰浊瘀血皆为阴邪,均为津血不归正化而成。如张仲景云“血不利则为水”是言血瘀阻滞脉络,致水湿分解失利,聚生痰浊,有瘀必有痰,此病由血分。《诸病源候论》亦认为“诸痰者,此由血脉壅塞,饮水积聚而不消散,故成痰也。”张老师根据临证经验,引而广之,言“水不行亦可为瘀”,盖指水湿阻滞,气机郁遏,血行涩缓,渐成瘀滞,则病由水分。也有痰浊直接壅塞血脉而致痰瘀兼夹,正如《丹溪心法》所云“痰夹瘀血,遂成窠囊”。近又提出痰瘀互生,酿生浊毒是一个病理过程,痰瘀壅积黏结,久则酿生浊毒,随气升降,无处不到,亦可深伏结滞络脉为害。在这个病理过程中,浊和毒尚有深浅轻重之

分,浊较轻浅,为毒之先,毒邪较重,为浊之渐深而成。治浊当早,以防渐深,颜面垢污,舌苔黏浊,溲浑不利,便滞不爽,皆浊之征象。

张老师提出浊邪内蕴,痰瘀互生,易热化伤阴,因此,强调用药勿过于温热,不得以参类、当归、生地黄补之;且浊为阴邪,质重黏腻,遇寒易凝聚难解,慎防用药过于寒凉,不可以黄芩、黄连等泻之;治浊之法,宜施芳化,佐以清解。①浊邪轻症,舌苔腻,脘闷等,宜选藿香、佩兰、芳香化浊,醒脾开胃,可佐以豆蔻等诸药辛香温通,化浊散寒。②浊邪化热,舌苔黄腻者,宜选茵陈、苍术之属芳化清利,燥湿运脾,且合用可制苍术燥烈之偏,而除上中下之湿;可佐以金银花、蚕沙、青蒿清芳疏透之品。③浊邪重症,腐燥苔为甚,宜选蚕沙和胃化浊归清、萆薢分清别浊利湿,二药合用可共走下焦祛浊邪,又能化湿浊而使之归清。④浊停下焦,溲浑不利者可加汉防己、木通、车前子之类通利清降,导湿热浊邪从小便而出。若浊邪黏滞兼有寒象,亦可佐以少量(制)附子以温阳化浊。⑤兼夹气滞,可用紫苏梗,芳香中空,温不伤正,且可化浊,还可散滞理气消胀。

5 明辨气血,缓者疏养,扶正固本

气血疏通,胸闷痹痛减轻之后,即应补气养血、扶正祛邪以杜复发,《证治汇补·腹胁门·心痛》亦言:“初病宜温宜散,久病宜补宜和”,且临床上多见久服活血攻伐之品,常可出现“心中空悸”之耗气伤阴证。若气阴两虚,气虚运血无力,阴虚血行滞涩,络虚不荣则痛,常选太子参、黄精及玉竹补气养阴通络;若阳气虚馁,络气虚滞,脏腑失于温养濡润,宜选黄芪、人参、茯苓、白术等甘温益气之药,补气活血通络;但土虚火旺之证,宜用生晒参,取其凉薄之气,泻火而补土,是纯用其气也。

冠心病久治不瘥者,或年高久罹该病者,以本虚为主,常因虚致实,恒多心神亏损等兼证,治宜疏养扶正以固本。如肾受五脏六腑之精而藏之,正所谓“五脏之真,唯肾为根”,且心肾同属少阴,经络相连,故心之阴阳化源于肾。因此冠心病久治不瘥者,或年高久罹该病者,虽无明显肾亏之象,亦每从治肾入手。张老师常用淫羊藿、补骨脂、女贞子、墨旱莲等填精化血,精气互生,更可佐一味杜仲,阳中求阴,补益肝肾^[3]。①兼见难寐梦扰,忧思易醒等,证属心血不足,疏泄失常,神不潜降,可选酸枣仁、夜交藤、合欢皮等养血和血,解郁安神。②兼见少寐多梦,恶梦纷纭等,证属阴虚不能敛阳、阳气独亢,可选珍珠母、磁石、(生)龙齿、(生)牡蛎等潜镇共施。③兼夹火盛

内扰,烦躁不安,可选小剂量黄连、栀子等清火安神和阴。尤须注意,补益之剂宜小量久服,故常一剂药三煎,分两三天服用,疗效显著、安全经济;若病情稳定者,制成丸剂,经年使用,后效亦彰著。

6 典型医案

肖某某,女,76岁,2009年10月30日初诊。主诉:胸痛胸闷反复5年余,加重7天。患者5年前,因受寒后诱发胸痛如压,持续1~3min,含服硝酸甘油后可迅速缓解,至当地医院查心电图示:心肌缺血,诊断为:冠心病。后时有反复,7天前劳累后再发,患者既往有高血压病史10余年,高脂血症病史7年余,十二指肠溃疡病史20余年。现症:胸痛隐隐,胸闷,气短乏力,喜温饮,常白昼汗出,汗后不恶风,腰膝酸痛,头晕健忘,纳食少,艰寐梦扰,恶梦纷纭,二便调,舌紫暗有裂纹、苔白腻,脉沉缓。证属气阴两虚、痰瘀互结,治宜补气养阴、化湿辟秽、活血止痛。处方:藿香15g,佩兰15g,豆蔻12g,砂仁12g,降香15g,五灵脂15g,延胡索15g,丹参30g,郁金15g,女贞子15g,墨旱莲15g,浮小麦30g,五味子6g,酸枣仁30g,夜交藤30g,龙齿30g。上方服10剂,腻苔大减,胸痛已无,偶感胸闷,口干气短,夜寐欠安。上方去藿香、佩兰,加太子参15g、麦冬15g,

继服10剂以善后。

按:患者年高下焦精血亏虚不能温养于心,阴虚则血行滞涩,气虚则运血无力,久则络虚不荣;兼之气虚水湿分解失利,聚生痰浊,久则痰瘀互结阻络,故症见胸痛隐隐,胸闷,气短乏力。舌紫暗有裂纹、苔白腻,亦为气阴两虚、痰瘀互结之征。选女贞子、墨旱莲、五味子以补气养阴通络,填精化血敛汗;藿香、佩兰、豆蔻及砂仁化湿辟秽,醒脾开胃;合降香、五灵脂、延胡索、丹参行气养血活血止痛。兼见艰寐梦扰,恶梦纷纭属心血不足,神失所养,阳亢不潜之证,故合酸枣仁、夜交藤及龙齿以养血和血,潜镇安神。再方加太子参、麦冬以益气养阴扶正,达标本兼治之功。

参考文献

- [1] Naghavi M, Libby P, Falk E, et al. From vulnerable plaque to vulnerable patient: a call for new definitions and risk assessment strategies; Part I [J]. Circulation, 2003,108(14):1664-1672.
- [2] 张晗,康立源,张伯礼. 心脑血管疾病痰瘀互结证述析[J]. 天津中医药,2009,26(2):172-174.
- [3] 张智龙. 张伯礼教授治疗高血压病经验[J]. 天津中医药,2008,25(1):4-5.

(收稿日期:2010-12-30;修回日期:2011-06-30)

[编辑:洪涛]

(上接第1536页)

辨证有何特殊辨证意义?^[1]笔者认为,①认识与把握疾病演变规律,必须用多变的思维探度、了解与认识不断变化的病证,只有从变化中辨治病证,才能获得最佳治疗效果,所以运用方证理论必须拥有思辨性与针对性。②病必有证,证必有方,方必治证。研究证与方之间的关系,必须认清诸多疾病在其病理演变过程中可能出现相同的某一证,而相同的某一证即可用相同的某一方,所以运用方证理论的核心不是针对病而是针对证,运用方证之间的关系是对应关系。③因方药组成的聚合与多向作用而决定主治病证未必局限于某一证,即方药的相互作用则能治疗数证,研究方证必须重视运用其非对应关系。④研究有证无方,必须认清疾病的复杂性、变化性、疑似性、兼杂性与特殊性,所以辨治疾病的核心是灵活运用方证理论的对应关系与非对应关系。⑤在特定的情况下张仲景详于辨证而略于用方,这在某种程度上势必导致学者难以选方,所以从方证角度研究张仲景辨证精神,对张仲景辨证只论证不论方具有指导意义。⑥根据方证辨证精神,一要因病证表现

而运用方证理论以辨治病证;二是根据方证辨证精神而运用方证理论以方方合用,既能避免一方主治的局限性,又能优化方药聚合作用,促进及增强治疗效果。可见张仲景只论证不论方,是利用辨证空间而选择更加符合病证的方药,亦是运用方证理论提高治疗效果的重要举措。

张仲景在《伤寒杂病论》中先论证后论方是突出辨治疾病应具备的基本思路与方法,先论方后论证是提升辨治疾病的基本原则与要求,只论方不论证是强化辨治疾病的思辨性与可行性,只论证不论方是深化辨治疾病的灵活性与随机性。研究与运用《伤寒杂病论》方证理论,既要重视“证”与“方”之间的辨证关系,又要重视“方”与“证”之间的辨证关系,既要重视辨证思维的固定性,又要重视辨证思维的变化性,以此才能更好地运用方证理论指导临床实践,并取得预期治疗效果。

参考文献

- [1] 王付. 伤寒杂病论增补用方[M]. 北京:学苑出版社,2007:2.

(收稿日期:2011-04-14;修回日期:2011-06-07)

[编辑:黄健]