

• 当代名医 •

张伯礼治疗冠心病痰瘀互结证对药应用举隅

李 彬¹ 毛静远^{1*} 江 丰² 康立源² 王家莹² 肖 璐²

(1. 天津中医药大学第一附属医院心血管科, 天津市南开区鞍山西道 314 号, 300193; 2. 天津中医药大学)

基金项目: 国家中医药管理局国家中医临床研究基地业务建设科研专项(JDZX2012140);

教育部“创新团队发展计划”——中医药防治心血管疾病研究(IRT1276)

* 通讯作者: jymao@126.com, (022)27432325

〔摘 要〕 张伯礼教授提出冠心病“痰瘀互生”的中医病因病机理论, 临床采取痰瘀并治方略, 并擅长根据冠心病痰瘀病证程度、性质等的不同处方遣药, 尤其善用治疗痰瘀互结证之系列对药, 常能协同增效。总结介绍张伯礼教授治疗冠心病痰瘀互结证对药的经验。

〔关键词〕 冠心病; 痰瘀互结证; 中药对药

张伯礼(1948—), 男, 教授、博士研究生导师。主要从事心脑血管病研究, 主持了中医药对冠心病二级预防的循证研究, 并建立了相关的技术规范。在国内首次制定了血管性痴呆证类分型标准和按平台、波动、下滑三期证治方案。创建脑脊液药理学方法, 揭示了中药对神经细胞保护的作用机制。首次总结了中风病中医证候和先兆症动态特征及变化规律, 开展了中风病急性期常用治疗方案比较研究, 并建立了以辨证论治为特色的综合治疗方案。多年来承担了国家“七五”至“十一五”重大攻关项目等 40 余项, 并参加中医药现代化顶层设计, 主持和参加起草了全国《中医现代化科技发展战略》、《中药现代化发展纲要》等文件。

中医学典籍中虽无“冠心病”病名, 但早在《黄帝内经》即有“心痛”、“卒心痛”、“厥心痛”的记载。汉代张仲景《金匱要略》提出“胸痹”病名, 以“阳微阴弦”高度概括了胸痹的病因病机, 并提供了瓜蒌薤白白酒汤等治疗胸痹的系列方。20 世纪后期, 基于对王清任、叶天士等学术思想的继承创新, 冠心病血瘀络阻的病因病机几成为中医学专家的共识, 活血、化痰、通络治疗大行其效, 并取得了巨大成就。近年来, 随着人民生活水平的提高, 冠心病的中医证候特征悄然发生着变化, 血瘀、痰浊等标实证均有明显增加, 且常表现为痰瘀互结证候^[1]。张伯礼老师从临床中捕捉到了这一证候特征的变化, 并进行了痰瘀互结证的病因病机理论分析和治疗用药实践探索。我们有幸侍诊学习, 积累了老师相关的讲习和病例记录, 现总结报告如下, 以供同道参考。

张伯礼老师根据中医学“津血同源”理论, 及痰来自津、瘀本于血的病理认识, 提出了“痰瘀互生”^[2]的病因病机理论, 认为痰可生瘀, 瘀可生痰, 痰是瘀

的初期阶段, 瘀是痰浊的进一步发展, 痰与瘀是冠心病发生、发展、恶化的基本继发因素, 痰瘀互生是“病重之源”^[3]。鉴于痰浊瘀血皆为阴邪, 体稠质重, 易于黏结相搏, 胶结难解, 临床采取痰瘀并治, 相互为解, 事半功倍。痰瘀互结又因有孰轻孰重、胶结程度、寒热性质等的不同, 虽治疗原则相同, 但临证需仔细辨析, 采用不同的治疗策略和组方技巧。善用对药, 协同增效, 是张老师处方配伍的显著特点。

1 藿香配佩兰

藿香味辛, 性温, 气味芳香, 功能醒脾化湿, 为芳化湿浊之要药^[4]。朱丹溪认为: “实脾土, 燥脾湿, 是治痰之本法也。”《本草正义》载: “清芬微温, 善理中州湿浊痰涎, 为醒脾快胃, 振动清阳妙品。”藿香芳香而不嫌其猛烈, 温熙而不偏于燥热, 能祛除阴霾湿邪, 而助脾胃正气, 为湿困脾阳, 怠倦乏力, 饮食不甘, 舌苔浊垢者最捷之药。佩兰味辛, 性平, 气味芳香, 能宣化湿浊而定痛。佩兰入药始载于《神农本草经》, 此后, 历代本草文献对佩兰均有记载, 如《本草纲目》载: “辛, 平, 无毒”, 多用“湿浊中阻, 脘痞呕恶, 口中甜腻, 口臭, 多涎, 暑湿表症, 头胀胸闷”等^[5]。二药配伍, 芳香化浊, 醒脾和胃, 疏理气机, 同中有异, 合用功倍, 以达祛除痰浊痹阻之效。张老师常用此对药治疗冠心病痰瘀互结证中痰浊轻浅者, 症见胸脘满闷, 纳呆倦怠, 口中黏腻, 舌苔白腻的患者。藿香、佩兰多用于夏令暑湿之季, 但张老师治疗此病证时四季均有使用, 还一再强调, 痰浊轻浅之时, 是冠心病痰瘀互结证治疗的最佳时机。如治疗不及, 病程日久, 痰瘀胶结难解, 则缠绵难愈。

2 蚕沙配半夏

蚕沙味甘,辛,温,具有祛风除湿、和胃化浊、活血通经的功效,首载于《名医别录》,其性能升能降,升可祛风,降可利湿,性平和缓。半夏辛温,有毒,具有燥湿化痰,降逆止呕,消痞散结之功,首载于《神农本草经》,其性辛开温散,能化痰散结,通达气机,配蚕沙可奏燥湿化浊之力。《金匱要略》载瓜蒌薤白半夏汤方证,就将半夏用于痰浊痹阻之胸痹证。蚕沙虽在临床中应用广泛,可多用于治疗风湿痹证、目疾诸症、糖尿病、缺铁性贫血、功能性子宫出血等^[6],但用于治疗胸痹(冠心病)少见报道。张老师临床中善用蚕沙配半夏治疗痰浊内蕴,阳气被遏所致冠心病痰瘀互结、痰浊偏胜之证,症见胸闷胸痛,时头晕恶心,乏力,舌苔颗粒细腻致密胶黏,揩之不去、刮之不脱之患者,如日久顽痰不化,加用薤白,增强温阳宣痹之功。

3 石菖蒲配郁金

石菖蒲味辛、苦,性温,芳香走窜,具有开窍醒神,化湿豁痰,宁神益智之功。《本草从新》曰:“石菖蒲辛苦而温,芳香而散,开心孔,……去湿除风,逐痰消积,开胃宽中。”郁金味辛、苦,性寒,活血止痛,清心凉血。《本草汇言》曰:“郁金清气化痰散瘀血之要药,其性轻扬,能散郁滞,顺逆气,上达高巅,善行下焦,为心肺肝胃气血火痰郁遏不行者最验。此药能降气,气降则火降,而痰与血亦各循其安所之处而归原矣。”张老师常用石菖蒲配郁金,治疗痰浊瘀血郁而化热之轻症,症见胸闷感,伴烦躁不寐者。二药合用郁金可制石菖蒲温燥之性,共奏豁痰宣痹、活血止痛之功。

4 茵陈配苍术

茵陈味苦,性微寒,清利湿热;苍术味辛、苦,性温,燥湿健脾^[4]。《本草纲目》记载“苍术治湿,上、中、下皆有可用。又能总解诸郁,痰、火、湿、食、气、血六郁,皆因传化失常,不得升降,病在中焦,……故苍术为足阳明经药,气味辛烈,强胃健脾,发谷之气,能径入诸药,疏泄阳明之湿”。此时用茵陈、苍术配对,治疗冠心病患者痰瘀日久化热,症见胸闷痛烧灼感,心烦,小便黄,大便干结,舌苔黄腻,脉弦滑者。二药合用协调制约,互为佐使,茵陈制苍术燥烈之偏,共除上中下之痰浊,取得很好疗效。张老师认为茵陈还具有凉血散瘀泻浊之功效,与苍术合用,一寒一温,湿瘀并治相得益彰。临床多用于湿热重瘀浊轻者,及早服用,可防胶结。冠心病痰瘀互结日久化

热,形成痰瘀与热邪互为因果的恶性循环,促使冠心病进一步恶化,使病情更为复杂,治疗更加困难。

5 丹参配泽泻

丹参味苦,性微寒,具有活血化瘀止痛之功效。《本草便读》总结认为丹参“虽有参名,但补血之力不足,活血之力有余,为调理血分之首药”。现代研究表明^[4],丹参能扩张冠状动脉,增加冠状动脉血流量,改善心肌缺血,能提高耐缺氧能力,对缺氧心肌有保护作用。泽泻味甘,性寒,利水化湿,行痰饮^[4]。丹参和泽泻配伍,活血行痰,痰瘀同治。张老师认为,冠心病痰瘀互结证虽常有气虚、阴虚或阳虚等本虚相兼,但此时血瘀却为其病理关键,应当特别重视化痰祛瘀通络法的应用^[7]。常用大量丹参配泽泻于痰瘀互结,瘀血偏重,症见胸闷胸痛,舌质紫暗,苔厚腻者。如胸痛入夜尤甚,瘀血阻滞明显者可加用五灵脂和降香以增强行气活血散瘀,宣通经络止痛之力。

6 大黄配瓜蒌

大黄味苦,性寒,泻热通便,化湿消浊,活血化瘀。《医学衷中参西录》载:“大黄味苦,气香,性凉,能入血分,破一切瘀血。为其气香,故兼入气分,少用之亦能调气。”瓜蒌味甘、微苦,性寒,清热化痰,宽胸散结,润肠通便。张老师用大黄主要取其活血化瘀通经、清热散结之功,而非泻热通肠之力,并认为不可一用大黄就言泻下,这将陷入形而上学的思维中。《成方切用》有言:“当就方以论药,不当执药以论方。”在临床上常与瓜蒌同用,治疗冠心病痰瘀日久化热,痰浊瘀血黏结相搏,胶结难解,停滞中焦的难治性顽痰,即元代朱丹溪所说“痰挟瘀血,遂成窠囊”之证。在治疗难治性顽痰瘀浊,蕴久化热之症时,常重用生大黄 12~15 g(通便时常生大黄 6~10 g),大黄之力虽猛,然有病时则病当之,用药以胜病为准,不如此不能胜病,不得不放胆多用。瓜蒌利气开郁,导痰浊下行而奏宽胸散结之效。二药合用,治疗顽痰不化停滞中焦,每每奏效。但中病即止,不可一味攻伐。

7 海藻、昆布、生牡蛎、王不留行

海藻、昆布性苦咸寒,生牡蛎性咸微寒,均具有软坚消结、清热消痰之功,王不留行性苦平,具有活血通经之功效,走血分,行而不留。张老师认为,海藻、昆布、生牡蛎均具有消痰软坚之功,但单用力薄,常合并使用,配以王不留行活血通经,治疗冠心病痰瘀互结证后期,痰浊瘀血日久,顽痰瘀血胶着成结,

郭维琴辨治冠状动脉内支架植入术后再狭窄经验

孟 伟¹ 李本志¹ 王希法² 王亚红^{1*} 指导:郭维琴¹

(1. 北京中医药大学东直门医院,北京市东直门内海运仓 5 号,100029;2. 山东省高密市开发区医院)

基金项目:北京市中医药薪火传承“3+3 工程”郭士魁名家研究室项目(2011-SZ-A-27);

郭维琴名医传承工作站项目(2011-SZ-C-33);首发基金联合攻关资助项目(SF-2009-I-04)

* 通讯作者:wyl411@hotmail.com

[摘 要] 介绍郭维琴辨治冠心病冠状动脉内支架植入术后再狭窄经验,认为虚、瘀、热、毒是其病机关键,气虚血瘀、热毒内结是基本病机,治疗分 3 个阶段分别论治。

[关键词] 冠心病;冠状动脉;支架植入术后再狭窄;名医经验;郭维琴

郭维琴(1940—),女,北京中医药大学东直门医院教授,全国第四批老中医药专家继承工作指导老师。出身于中医世家,自幼随其父著名中医郭士魁先生学习。1965 年毕业于北京中医药大学,从事中医内科临床、教学、科研工作 40 余年。对冠心病、心肌炎、高脂血症及各种心脏病引起的心功能不全、头痛、失眠等,有丰富的临床经验。先后主持局级以上课题 2 项,获部、市级科技进步奖 2 项。主编、参编著作 7 部,在国内外发表论文 30 余篇。

目前经皮冠状动脉介入治疗(PCI)已成为冠心病尤其是急性心肌梗死治疗的主要有效手段,但是介入治疗后 1 年内,特别是术后 6 个月内再狭窄(RS)率高达 30%~50%。即使是冠状动脉内支架置入术(CASD)的应用,再狭窄率仍为 20%~30%。近年来,随着药物洗脱支架(DES)的广泛应用,支架内再狭窄的发生明显减少。尽管如此,DES 术后的支架内再狭窄发生率仍高达 10%^[1],严重影响了 PCI 的远期疗效。如何防治冠心病支架术后再狭窄,已成为医学界重要的研究课题。近年来,中医药

在防治支架术后再狭窄方面取得了很大进展,显示了较好疗效,多项临床研究证实中药可减少支架术后再狭窄的发生率^[2-3]。

郭维琴教授在长期的临床实践中,形成了对支架术后再狭窄的独特认识。我们有幸跟师学习,现将郭老师防治 CASI 术后再狭窄的经验总结如下。

1 病机认识

郭老师根据多年临床经验结合现代医学认识,认为冠心病患者年老多虚,久病多虚。该病多发于中老年人,年老者更为多见。《黄帝内经》云:“年四十而阴气自半也”,中老年人,肾气渐衰。肾为五脏之根,五脏的正常生理功能有赖于肾脏的鼓舞和滋润。肾气虚衰则不能鼓动五脏之阳气,引起心气不足或心阳不振。另外,该病发病过程较长,发病的危险因素有高血压病、高脂血症、动脉粥样硬化,故属久病,虚者为多。心主血脉,主推动血液在脉中循环,气为血之帅,气行则血行,心气不足或心阳不振,

阻滞血脉之顽症,症见胸闷胸痛,面色晦暗,舌质紫暗苔厚腻,脉涩者。瘀血更甚者可加用一些虫类药物,如水蛭、土鳖虫以增强活血祛瘀作用。

张伯礼老师既善于思考研究,更精勤临床探索,仅对冠心病痰瘀互结证的处置,即可见其辨治有层次,用药分轻重,谙熟中药药性,善用中药药对,临床每获奇效,足见其中医功底深厚,临证经验丰富。张老师常教导我们,读经典,做临床,还要有悟性。拙文只是列举一二,悟性者乎?惟愿没有曲解师意,祈望能够有益同道。

参考文献

[1]毛静远,牛子长,张伯礼.近 40 年冠心病中医证候特征研究文献分析[J].中医杂志,2011,52(11):958-961.

[2]津沽中医名家学术要略.[M].北京:中国中医药出版社,2008:619.

[3]张哈,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.

[4]高学敏.中药学[M].北京:中国中医药出版社,2008:248-376.

[5]国家药典委员会.中华人民共和国药典(一部)[S].北京:化学工业出版社,2005:150.

[6]赵兴,郭妮.中药蚕沙的研究进展[J].医学信息,2010,23(4):992-993.

[7]谢伟,康立源,王硕.等.张伯礼治疗冠心病经验[J].中医杂志,2011,52(18):1539-1541.

(收稿日期:2013-01-17;修回日期:2013-03-15)

[编辑:洪 涛]