

难治性心绞痛中医辨治心得

潘 光 明

(广东省中医院心血管科, 广州市大德路 111 号, 510120)

基金项目: 广东省中医院朝阳人才专项课题

通讯方式: panguam@163.com, 13527858566

[摘 要] 介绍难治性心绞痛中医认识及辨治心得, 认为本病属心络瘀阻、大气下陷, 治疗以活血化瘀、益气升陷, 方药在升陷汤基础上佐以活血祛瘀之品。

[关键词] 难治性心绞痛; 活血化瘀; 益气升陷; 升陷汤

随着药物治疗的进步及冠状动脉介入治疗和冠状动脉搭桥手术的普及, 越来越多的冠心病心绞痛患者病情得到及时的控制和改善, 但是仍有部分心绞痛患者, 常规药物治疗效果差, 而且由于基础疾病、冠状动脉病变或全身一般状况较差等原因无法接受冠状动脉介入治疗或冠状动脉搭桥手术, 这类患者的心绞痛称为难治性心绞痛^[1]。难治性心绞痛患者有增多趋势, 另外, 由于此类患者长期的心脏缺血造成不同程度的心肌病变, 心脏扩张, 多合并心脏舒张功能减退、收缩功能减退、心律失常等, 患者心功能差, 生活质量低, 治疗效果差, 又常被称为终末期冠心病。

难治性心绞痛患者不适合介入治疗或外科手术治疗的原因主要有以下几方面: ①冠状动脉弥漫性病变, 血管狭窄程度严重, 病变血管纤细, 无法行心脏支架术或者搭桥术。②患者存在严重的周围动脉硬化症, 外周血管迂曲伴有高度狭窄, 支架手术路径障碍, 而且可选择的搭桥血管条件差, 制约了手术治疗。③患者合并严重的心功能、肾功能不全, 尤其是有冠状动脉搭桥术或支架术病史者, 限制了介入及外科手术治疗。④增加围术期或(和)术后并发症和死亡率的非心脏性疾病, 如老年患者一般情况较差, 难以纠正的贫血, 中、重度营养不良, 合并有严重的心脏瓣膜病变和心肌病变。

对于这些无法进行血运重建包括冠状动脉介入手术或冠状动脉搭桥的患者, 如何有效缓解难治性心绞痛症状, 提高生活质量, 成为现代医学仍未攻克的难题之一。多年来世界各国分别试用了多种技术, 包括体外反搏、脊髓刺激、迷走神经阻断、心肌打孔、心肌移植和干细胞移植等, 但均未获得较为满意的效果。中医从整体观念出发, 以气血辨证理论为指导, 或能另辟蹊径, 走出困境。

1 难治性心绞痛的中医认识

难治性心绞痛的基本病理生理改变为冠状动脉

狭窄导致微循环障碍, 从而导致心肌供血不足。对于无法进行血运重建的难治性心绞痛患者, 提高冠状动脉微循环的完整性和充分的组织灌注, 是缓解心绞痛症状的有效方法。

1.1 盛而血者疾诛之

冠心病心绞痛属于中医“胸痹心痛”范畴, 冠状动脉微循环障碍的中医认识应属心脉受损, 血瘀络阻, 整体气血、脏腑、经络功能障碍, 可导致心络瘀阻。而局部的血瘀及受损又是整体血瘀证的再致病因素。《灵枢·脉度》曰: “经脉为里, 支而横者为络, 络之别者为孙络, 盛而血者疾诛之, 盛者泻之, 虚者饮药以补之”, 指出经脉是主干, 络脉是由经脉支横分出, 并进一步呈网络状分布, 逐层细分至孙络。中医络脉与微循环十分类似。心络类似心脏微循环, 心络瘀阻、血行不畅或瘀滞, 类同心肌微循环的完整性受损, 灌注不足。史载祥认为^[2], 冠状动脉微循环障碍实际就是心络瘀阻, 治疗上不仅用活血化瘀, 更宜祛瘀通络以促进微循环改善, 所谓“盛而血者疾诛之”以促进侧枝循环开放, 同时要通过“祛瘀生新”、“活血生脉”促进心脏血管的新生, 调动内源性抗缺血机制。

1.2 阳微阴弦, 益气升陷

由于难治性心绞痛病机的复杂性, 治疗上不能只重视祛瘀通络。胸痹之病因, 惟血与气, 心脏受损, 气血失调, 气虚则帅血无力, 血行迟滞。《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》言: “夫脉当取太过不及, 阳微阴弦, 即胸痹而痛, 所以然者, 责其极虚也。今阳虚知在上焦, 所以胸痹、心痛者, 以其阴弦故也。”《灵枢·邪客》云: “宗气积于胸中, 出于喉咙, 以贯心脉而行呼吸焉”, 认为宗气一走息道以司呼吸, 凡语言、声音及呼吸的强弱都与宗气的盛衰有关; 二贯心脉以行气血, 凡气血的运行、肢体寒温、心搏的强弱及节律等, 均与宗气的盛衰有关。张锡纯认为, “大气不但为诸气之纲领, 并可为周身血脉之纲领”。大气下陷引起的胸痹有两个方面: 一方面大气亏虚,

无力荣养心脉,不荣则痛;另一方面,大气下陷,贯心脉、司呼吸失职,心气无力行血,肺失朝百脉、治节之功,导致血行瘀滞,痹阻心脉,不通则痛。大气下陷,导致心肺功能失司,无力贯心脉、行气血、走息道、司呼吸,而发胸痹。因此,提出益气升陷是关键。在临床中冠心病患者常出现气短不足以息、胸中坠胀等典型症状,即是大气下陷的表现。

2 升陷祛瘀治疗难治性心绞痛

笔者有幸师承全国名老中医、中日友好医院史载祥教授。史教授在张锡纯升陷汤基础上,结合自己临床经验,从气、血、水相关理论出发,依“下者举之,结者散之”之治则,拟升陷祛瘀为法治疗难治性心绞痛或终末期冠心病。临床常以升陷汤为基础,加三棱、莪术、益母草、仙鹤草等祛瘀利水药物。

升陷汤由黄芪、知母、升麻、柴胡、桔梗等药组成。方中重用黄芪,补脾肺之气,善治胸中大气下陷;柴胡味苦、辛,为少阳之药,能引大气之陷者自左上升;升麻味辛、甘,微寒,为阳明之药,引大气之陷者自右上升。补益和升提是治疗大气下陷的关键,黄芪补气,柴胡、升麻升提,共起益气升陷之效。佐以知母清心除烦,同时制约补气药之温热;桔梗为药中之舟楫,能载诸药之力上达胸中。三棱为血中之气药,莪术为气中之血药,与黄芪并用无耗气伤血之弊,与升提药同用能开胸中血痹,并能开胃进食,调血和血,常配伍山茱萸以收敛气分之耗散,补肾之先天元气,以益后天气血生化之源。对有大气下陷,血瘀津停表现者,往往加用活血利水之益母草以活血化瘀、利水消肿。

3 典型案例

例 1:患者,女,72 岁,反复胸闷痛 3 年,加重 3 个月,2011 年 7 月 28 日就诊。患者 3 年前开始出现胸前区闷痛,活动加重,每次持续 5~10 min,含服硝酸甘油可缓解,在外院诊断为冠心病,服用阿司匹林、立普妥、欣康等药物治疗。近 3 个月出现胸闷痛加重,休息时可发作,活动后加重,每次持续 15~30 min,伴自汗、心悸,每次需服用硝酸甘油片,每天均有发作。在外院行冠状动脉造影提示三支病变,建议行冠状动脉搭桥。考虑患者高龄,合并高血压病等多种疾病,遂予以规范西药治疗,但胸闷痛仍反复发作。刻诊:患者安静状态时有胸闷不适,胸前区憋闷疼痛,气短乏力,自汗,夜眠差,时有腹胀,胃纳可,二便调,舌淡暗质嫩、苔薄白,脉虚大、尺弱。发病以来无夜间憋醒,无双下肢浮肿、咳嗽等。高血压病史 10 年,血压最高 180/70 mmHg,平素间断服抗高血压药物,自诉血压控制尚可,否认糖尿病、消化道溃疡、肾病等内科疾病。中医诊断:胸痹(大气下

陷,血瘀络阻),治疗:常规西药治疗基础上以升陷祛瘀为法,以升解通瘀加味治疗。处方:黄芪 30 g,三棱 15 g,莪术 20 g,知母 15 g,柴胡 10 g,升麻 10 g,西洋参 10 g,五味子 10 g,麦冬 15 g,香加皮 3 g,红景天 30 g,山萸肉 15 g,益母草 30 g,薤白 30 g,7 剂,水煎服,每日 1 剂,分早晚 2 次服。2011 年 8 月 4 日复诊:药后胸痛好转,少许胸闷,乏力改善,仍自汗明显。上方加瓜蒌 30 g、牡蛎 30 g,加黄酒 100 ml。水煎服,每日 1 剂,分早晚 2 次服。2012 年 1 月 12 日复诊:药后胸痛未发,偶有胸闷,自汗明显改善,继续使用上方随症加减。至 2012 年 11 月随访,胸闷痛未复发,乏力消失,自汗减少,精神佳,夜眠改善,夜间醒 1 次,每次可睡 6 个小时。

例 2:患者,男,53 岁,反复胸闷痛 1 年,气促肢肿 4 个月,2011 年 4 月 18 日就诊。患者 2010 年 12 月因胸闷痛、气促入住某医院,诊断为急性广泛前壁心肌梗死,查心脏 B 超提示:左室壁运动普遍减低及节段性室壁运动异常,左室收缩功能明显降低,射血分数(EF)19%,左心明显扩大,左室舒张末 70 mm。另合并小便出血,无法行冠状动脉介入手术治疗,予以内科保守治疗出院,出院后坚持规范西药治疗,但仍有反复胸闷痛,伴气促加重,不能行走,坐轮椅来门诊就诊。刻诊:患者气促,胸闷,乏力,心悸,便溏,舌嫩红、苔水滑,脉细弱。中医诊断:胸痹(大气下陷,血瘀水停),治疗:常规西药治疗基础上以升陷祛瘀为法治疗。处方:黄芪 30 g,桔梗 10 g,升麻 10 g,柴胡 12 g,知母 10 g,三棱 15 g,莪术 20 g,山萸肉 30 g,附子 30 g(先煎),香加皮 3 g,红景天 30 g,仙鹤草 60 g,西洋参 15 g,五味子 10 g,麦冬 15 g,党参 20 g,炒白术 15 g,茯苓 30 g,14 剂,水煎服,每日 1 剂,分早晚 2 次服。2011 年 5 月 9 日复诊:患者胸闷痛好转,气促消失,可下地行走,乏力减轻。上方黄芪加量至 60 g,去白术,加僵蚕 30 g,全蝎(末)2 g。水煎服,每日 1 剂,分早晚 2 次服。2011 年 7 月 21 日复诊:胸闷痛未发,无明显气促。继续服用上方,随症加减。至 2012 年 8 月随访,胸闷痛未发,无气促,可步行 3 公里,精神佳。

参考文献

- [1]Mannheimer C, Camici P, Chester MR, et al. The problem of chronic refractory angina: a report from the ESC Joint Study Group on the Treatment of Refractory Angina[J]. Eur Heart J, 2002, 23(5): 355-370.
- [2]史载祥. 冠脉微循环障碍及中西医结合治疗[J]. 中日友好医院学报, 2005, 19(6): 362-364.

(收稿日期: 2012-12-17; 修回日期: 2013-03-10)

[编辑: 洪涛]