

邵静从气虚痰瘀论治不稳定型心绞痛经验*

吴欢^{1☆}, 邵静^{2△}

(1. 河南中医药大学, 河南郑州 450000; 2. 河南中医药大学第一附属医院, 河南郑州 450000)

摘要 邵静教授认为不稳定型心绞痛以气虚为本, 痰瘀痹阻心脉为标, 治宜“以通为补、通补结合”, 益气为主, 活血化瘀通络为辅, 并结合患者自身情况进行辨证施治, 用自拟消溶稳斑方临证加减治疗本病, 气虚痰瘀同治, 通补相宜, 效果良好。

关键词 不稳定型心绞痛; 气虚痰瘀同治; 通补相宜; 邵静; 名医经验

中图分类号 R 249 **文献标志码** A **文章编号** 1002-1078(2022)04-0055-03

DOI:10.13913/j.cnki.41-1110/r.2022.04.027

不稳定型心绞痛^[1]是指介于稳定型心绞痛和急性心肌梗死之间的一组心肌缺血综合征, 极易恶化为急性心肌梗死和缺血性猝死。其病理机制为不稳定粥样硬化斑块破裂或糜烂基础上血小板聚集、血栓形成堵塞血管, 也可以因内膜损伤或斑块破裂后诱发冠脉痉挛、微血管栓塞, 导致心绞痛的发作, 甚至发生心肌梗死。因此实施及时有效的药物控制或再灌注治疗后, 部分可逆转为稳定性心绞痛, 以减轻心肌的损伤, 改善患者心绞痛症状。

邵静教授出身于中医世家, 为博士研究生导师、国家二级教授、第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师、河南省政府特殊津贴专家, 从事临床医疗、科研、教学工作 30 余年, 擅长运用中医药治疗心血管疾病, 尤其对不稳定型心绞痛、动脉硬化斑块的稳定缩小及消退、慢性心衰、心律失常、高血压的治疗有丰富的经验。笔者随师侍诊, 获益良多, 现将其治疗不稳定型心绞痛的经验总结如下。

1 病因多样, 病机以气虚、血瘀、痰浊为主

中医学无“不稳定型心绞痛”病名, 但其表现许多著作均有记载。最早见于《黄帝内经》, 如《灵枢·五邪》篇指出:“邪在心, 则病心痛。”《素问·脏气法时论》亦云:“心病者, 胸中痛, 胁支满, 胁下痛, 膺背肩胛间痛, 两臂内痛。”关于本病的病名《素问·缪刺论》有“卒心痛”“厥心痛”之称。《灵枢·厥病》谓:“真心痛, 手足青至节, 心痛甚, 旦发夕死, 夕发旦死。”张仲景《金匮要略》正式提出“胸痹”的

病名, 并进行了专门的论述, 并将本病病因病机归纳为“阳微阴弦”, 即上焦阳气不足, 下焦阴寒气盛, 认为乃本虚标实之证。巢元方《诸病源候论》明确提出了胸痹是邪盛正虚之证, 并认为邪气客于五脏六腑, 皆可上冲胸部而发病, 不限于邪气直犯心肺。后世医家关于该病病因病机的认识多源于此。

邵师认为胸痹的病因复杂多样, 多与外感六淫、饮食失调、情志失节、劳倦内伤、年迈体虚等因素有关。辨治胸痹从气血津液理论入手, 将其病机归纳概括为“气虚、血瘀、痰浊”六个字, 主要病位在心, 涉及脾、肝、肾等脏, 以气虚为本, 痰瘀痹阻心脉为标。《难经·八难》曰“气者, 人之根本也”。人体脏腑经络功能的协调、精血津液的生成及运行输布有序, 离不开气的推动与调控作用。各种致病因素耗气伤阴, 气虚导致生血乏源, 血液化生不足致脉中空虚, 心络失养, 不荣则痛; 气虚推动乏力, 脉络血行不畅, 久而成瘀, 津血互生障碍, 津凝为痰, 痰瘀痹阻心络, 不通则痛。《素问·评热病论》云“邪之所凑, 其气必虚”。气虚则抗邪能力低下, 邪气易于入侵而引发疾病。《素问·痹论》曰:“心痹者, 脉不通。”心脉痹阻是胸痹发病之标, 其不外乎气滞、寒凝、痰浊、瘀血, 可交互为患, 其中又以瘀血、痰浊多见^[2]。瘀血、痰浊等有形之邪阻碍脉络, 亦可阻滞气血运行、影响水液输布代谢, 终致胸痹发生。

2 以通为补、通补结合, 研创消溶稳斑方

邵师临床治疗本病以“以通为补、通补结合”为治疗原则, 治以益气为主, 活血化瘀通络为辅, 气旺则血液生化有源, 水液运化输布有序; 气足而固摄作用健全, 血液循脉运行而不逸出脉外; 气机通畅则全身血液运行畅达而无瘀滞, 津液输布无聚湿生痰之虞。现代医家^[3,4]认为痰浊瘀血是心血管疾病的主要病理因素, 并提出痰瘀同治的治疗原则。国医大

* 基金项目: 河南省中医药科学研究专项课题—重大专项 (2018ZYD08)。

☆ 在读硕士研究生。

△ 通信(讯)作者: 邵静, 教授, 主任医师。主要研究方向: 中医药防治心血管疾病研究。E-mail: 391892078@qq.com。

师邓铁涛教授认为本病的基本病机为气虚血瘀痰阻,治疗应以益气除痰活血为大法^[5]。陈可冀教授以活血化瘀方剂血府逐瘀汤为基础加减治疗本病取得良好疗效^[6]。郭维琴教授认为引起冠心病心脉痹阻的根本原因是心气虚,并提出益气活血为冠心病的基本治则^[7]。无论急性发作期还是缓解期,均可见瘀血痰浊阻滞心脉,或轻或重,所以活血化瘀通络之法应贯穿治疗全过程。

邵静教授根据多年临证治疗不稳定型心绞痛的经验,自拟消溶稳斑方临证加减治疗本病,获得良好临床效果。消溶稳斑方由黄芪、葛根、水蛭、地龙、佛手、郁金、半夏、甘松等药物组成。本方重用黄芪以甘温补气,升提固摄,补脾胃中气,促气旺则血行,使瘀去络通。葛根味辛,可升举清阳而降浊,又可辛散通经,活络除痹,两者共为君药。地龙、水蛭性善走窜、通经活络,力专善走,周行全身,以行药力。半夏辛温而性燥,尤善燥湿化痰。痰瘀既成,遂致气机阻滞,遂以佛手、郁金、甘松三药理气行滞,又兼活血化瘀之功。本方的配伍特点是:补气药与活血化瘀药相伍,以大补元气为主,活血化瘀通络为辅,使气旺则血行,且补气而不壅滞,祛瘀而不伤正。诸药配伍,气血痰同治,通补相宜,切中病机。

课题组通过大量临床研究发现,消溶稳斑方可通过降低血清总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、血清炎症因子 TNF- α 、hs-CRP 的水平,改善粥样硬化斑块的稳定性,从而起到抗炎、稳斑降脂、延缓不稳定型心绞痛发展的作用^[8]。动物实验也进一步证实,消溶稳斑方通过抑制 AMPK/SIRT1 信号通路下游炎症基因 IKK β mRNA、MMP-9mRNA 表达水平,更多地激活了小鼠主动脉弓不稳定斑块内的 AMPK 蛋白,使其转变为磷酸化的 AMPK,同时提高 SIRT1 的表达,即通过影响 AMPK/SIRT1 信号通路,从而发挥其抑制斑块炎症反应、减少泡沫细胞及脂质沉积、保护血管内皮、稳定易损斑块、延缓动脉粥样硬化进展的作用^[9-10],为本方防治胸痹提供了实验依据。

3 典型案例

刘某,女,75 岁,2020 年 10 月 22 日初诊。主诉:发作性心悸乏力 1 年余,加重 1 周。患者 1 年前无明显诱因出现心悸乏力,气短,未系统诊疗,间断口服药物,未见明显改善,后每遇劳累即发作,休息后缓解。于 2020 年 10 月 6 日我院查动态心电图示:窦性心律;室早 3.6%,房早偶发,房速;ST-T 改变(下壁+前壁)。10 月 14 日行冠脉造影示右冠状动脉第二转折处远端局限性狭窄约 60%~70%,左前降支中段局限性狭窄约 70%~80%,第一对角开口处局限性狭窄 80%,建议尽快放置支

架治疗。近 1 周患者因劳累再次出现心悸、气短,伴胸闷胸痛,常规服用西药效果欠佳,拒绝行冠状动脉介入治疗。刻诊:发作性心悸、气短,伴胸闷痛,可放射至左肩,乏力,口干口苦,纳可,眠差,二便可,舌质暗红、舌下脉络迂曲、苔黄腻,脉弱。既往有高血压、脑梗死病史。患者长期服用阿司匹林肠溶片、单硝酸异山梨酯、琥珀酸美托洛尔缓释片等药物。西医诊断:急性冠脉综合征,不稳定型心绞痛,高血压,脑梗死。中医诊断为胸痹,辨证为气虚血瘀痰浊证。治宜益气活血、化痰通络。处方:黄芪 20 g,葛根 15 g,地龙 15 g,佛手 15 g,郁金 15 g,丹参 30 g,法半夏 15 g,炒酸枣仁 30 g,合欢皮 30 g,麦冬 15 g,栀子 15 g,龙胆草 10 g。7 剂,日 1 剂,水煎取汁 400 mL,早晚分服。嘱既往药物继服。2020 年 10 月 29 日二诊,发作性心悸、气短,以及胸闷痛症状明显缓解,未诉口苦,仍口干,纳眠可,二便可,舌淡暗、苔薄黄腻,脉弦细。上方去龙胆草,加生地 15 g。14 剂,煎服法同上。2020 年 11 月 12 日三诊,诉近 1 周心悸、气短,胸闷痛症状未再发作,口苦口干症状消失,纳眠可,二便调,舌淡红、苔薄腻,脉弦。守三诊方加减治疗月余,并逐渐减量至停药,嘱继续口服芪参益气滴丸巩固治疗。2021 年 3 月随访,患者诉心悸乏力、胸闷痛未再发作。

按语:患者老年女性,具有病程久、合并病多、病情复杂的特点,患者初诊发作性心悸、气短,乏力,脉弱为气虚表现,气虚无力推动血液运行、津液输布,津血互生障碍,血滞为瘀,津凝为痰,痰瘀痹阻心络,胸痹乃发。痰瘀积久化热伤阴,则可见舌质暗红、苔黄腻、舌下脉络迂曲,口干口苦等痰瘀壅滞之象,其病机为气阴两虚、痰瘀痹阻心脉。故方中以黄芪大补心气,升提固摄,气旺则血行,配以佛手、郁金、丹参行气活血,使瘀去络通;葛根升举清阳而降浊阴,辛散通经,活络除痹;地龙性善走窜、通经活络,力专善走,周行全身,以行药力;半夏豁痰散结;炒酸枣仁、合欢皮养心安神;麦冬养阴生津,配伍栀子清心除烦,龙胆草清热燥湿。诸药合用,共奏益气活血、化痰通络、养阴清热之功。二诊胸痛胸闷已经减轻,苔薄黄腻、舌淡暗,脉弦细,未诉口苦,仍口干,四诊合参,辨证为气虚痰瘀痹阻心脉,故上方去龙胆草加生地,配伍麦冬养阴生津。三诊时患者诸症已基本缓解,舌淡红、苔薄腻,气虚、痰瘀久积化热之象消失,故上方去麦冬、生地、栀子,继续以益气活血、化痰通络之法巩固治疗,随访知病情稳定,未见复发。

4 结语

邵师认为不稳定型心绞痛具有病程长、反复发作、迁延难愈的特点,根据其多年临床经验,以气血

津液辨治为纲,认为本病的发生是气血津液运行失常的结果。本病发展过程中气虚、痰阻、血瘀可单独致病,也可相互影响,兼夹转化,形成气虚痰瘀痹阻心脉的病理状态,故以“以通为补、通补结合”为治疗原则,治当以益气活血为主,化痰通络为辅,采用自拟消溶稳斑方临证加减治疗本病效果良好。

参考文献:

- [1] 佚名. 急性冠脉综合征急诊快速诊疗指南[J]. 中华急诊医学杂志, 2016, 25(4): 397-404.
- [2] 陈冬杰, 郭永宁, 张为章, 等. 陈伯钧教授治疗冠心病经验探析[J]. 中国中医急症, 2017, 26(5): 817-818.
- [3] 何涛, 张艳. 痰瘀论治冠心病心绞痛研究概况[J]. 实用中医内科杂志, 2020, 34(6): 82-84.
- [4] 李想, 张华敏, 佟琳, 等. 痰瘀同治法治疗心血管疾病的研究进展[J]. 国际中医中药杂志, 2020, 42(7): 708-711.
- [5] 王嵩, 刘嘉芬, 何小莲, 等. 邓铁涛教授益气除痰活血法治疗冠心病经验[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37

(3): 699-702.

- [6] 张京春. 陈可冀院士治疗冠心病心绞痛学术思想与经验[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005(7): 634-636.
- [7] 梁晋普, 王亚红, 秦建国. 郭维琴教授益气活血法治疗冠心病临证经验[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2013, 20(5): 44-46.
- [8] 布天瑞. 消溶稳斑方对不稳定型心绞痛斑块的作用及 TNF- α 、hs-CRP、AMPK 的影响[D]. 郑州: 河南中医药大学, 2018.
- [9] 邵静, 司丹丹, 蒋静. 消溶稳斑方对不稳定斑块及 AMPK/SIRT1 通路的影响[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(3): 513-515.
- [10] 邵静, 蒋静. 基于 AMPK/SIRT1 通路探讨消溶稳斑方对不稳定斑块的作用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020, 26(12): 1779-1783.

收稿日期: 2021-10-20

钟新林治疗心肌炎经验

温双吉^{1☆}, 钟新林^{2△}

(1. 湖南中医药大学, 湖南长沙 410208; 2. 湖南中医药大学附属衡阳医院, 湖南衡阳 421001)

摘要 钟新林主任医师认为心肌炎是外感风热之邪内犯心(心包)所致的疾病, 中医病名属于心痹, 早期为风热证, 后期为心阳、心阴亏虚。治宜祛风邪、解心毒, 活心血、通心络, 安心神、定心悸, 益心阴、补心血, 补心气、通心阳, 临床效果良好。

关键词 心肌炎; 心痹; 钟新林; 名医经验

中图分类号 R 249

文献标志码 A

文章编号 1002-1078(2022)04-0057-03

心肌炎在临床上也称为炎症性心脏病, 是心肌炎症造成心脏收缩和舒张功能障碍的一种疾病。最常见的是病毒性心肌炎, 其中以柯萨奇 B 组病毒、孤儿病毒和脊髓灰质炎病毒为主, 其中柯萨奇 B 组病毒是临床中最常见的病因, 约占 30%~50%, 轻者可完全没有症状, 病情严重者甚至可出现休克及猝死^[1]。目前西医对于病毒性心肌炎尚无特效的治疗手段, 基本以对症治疗为主^[2], 如抗病毒、改善心肌细胞活性、提高免疫功能、控制心律等。相对于西医而言, 中医药对本病全病程的治疗突显出较大

优势。笔者跟随钟新林主任医师学习, 现将其治疗心肌炎的经验总结如下。

1 病因病机

在中医古籍中并无与心肌炎相对应的病名, 在临床上结合其致病特征及体征, 一般把心肌炎归属于中医学时行温毒、心悸、胸痹心痛等范畴, 也有学者将心肌炎归属于心痹^[3]。心痹又名心热病, 《方技略》中记录了“五脏六腑痹十二病方”, 其中就有心痹。《外台秘要》卷四: “心痹, 烦心, 心中热。”心痹发病原因与外因有关, 如外感温热病邪、温毒之邪乘虚侵入体内, 内舍于心, 损伤心之肌肉、包膜, 临床以发热、心悸、胸闷、胸痛等为主要表现。但《素问·刺法论》中明确提到“正气存内, 邪不可干”, 《素问·痹论》提到“痹不已, 复感于邪, 内舍于心”, 外邪之所以可以入侵体内, 多为素体正气本虚。心

☆ 在读硕士研究生。

△ 通信(讯)作者: 钟新林, 主任医师, 硕士研究生导师。主要研究方向: 风湿、血液、免疫病防治。E-mail: 823536169@qq.com。