

张崇泉教授论治胸痹心痛的临床经验拾萃

王风雷¹, 张炜宁², 指导: 张崇泉¹

(1. 湖南省中医药研究院附属医院, 湖南 长沙 410006 2. 深圳市福田区中医院, 广东 深圳 518034)

关键词: 张崇泉; 胸痹心痛 (冠心病心绞痛); 临床经验; 病机

中图分类号: R256.22

文献标识码: B

文章编号: 1009-5276(2006)04-0601-03



张崇泉 教授

张崇泉教授, 享受国务院政府特殊津贴, 第三批全国中医药继承工作的名老中医专家, 现任湖南省中医药研究院附属医院主任医师, 湖南省中西医结合学会虚证与老年病专业委员会主任委员。张师擅长诊治心脑血管病、糖尿病、风湿病及老年疑难病, 临床多见卓效。余有幸跟师侍诊近3年, 对老师临证经验深有体会, 现将临床跟师学习治疗胸痹心痛的点滴经验

介绍如下。

1 胸痹心痛概念和病因病机

胸痹心痛是指多种原因引起心脉痹阻不畅, 临床表现以前胸或左胸部发作性憋闷、疼痛为主症的一种病证。“胸痹心痛”病名, 最早见于《内经》, 如《灵枢·本藏篇》云: “肺小则少饮, 善病喘喝; 肺大则多饮, 善病胸痹、喉痹、逆气。”《素问·标本传论篇》曰: “心病先心痛。”汉代张仲景《金匮要略》中设“胸痹心痛短气病脉证治”专篇对“胸痹心痛病”的病因病机, 证候与治疗做了全面的论述。后经历代医家临床实践, 丰富了本病的治疗。现代中医研究认为, 胸痹属西医冠心病范围, 冠心病是由于动脉粥样硬化致使心脏冠状动脉管腔狭窄甚至闭塞, 影响冠状动脉血液循环的一种心脏病。根据冠状动脉粥样硬化的部位、病变和病情程度不同又分为心绞痛、心肌梗死、心律失常、心力衰竭和心脏骤停5个类型。“胸痹心痛”临床表现当以心绞痛(心痛)为主, 可兼见心律失常(心悸)、严重者心肌梗死(真心痛、厥脱)、心力衰竭(喘促、水肿、厥心痛)。

张师认为: 《内经》早已指出胸痹心痛的病位在心, 如《灵枢·五邪篇》说: “邪在心, 则病心痛”, 而胸痹心痛发病机理则是心脉痹阻, 如《素问·痹论篇》说: “心痹者, 脉不通”。这是因为“心主身之血脉”(《素问·痿论篇》), 心脏主宰全身的血液循环, 心和脉相连, 血液在心和脉中不停地流动, 周而复始, 循环全身; 如心脉痹阻, 脉道血流不畅, 则可能发生胸痹心痛, 故《素问·痹论篇》又说: “痹……在于脉则血凝而不流”, 指明了血凝而不流是心脉痹阻的常见原因。至于胸痹心痛的病因病机, 吾师认为有以下几方面: 年老体衰。本病多发于中老年人。《素问·阴阳应象大论》说: “年四十而阴气自半也, 起居衰矣。”人到中老

年及妇女绝经以后, 五脏阴阳俱虚, 五脏虚损中又以肾虚最明显。《素问·五脏生成篇》说: “心之合脉也, 其荣色也, 其主肾也。”若老年五脏虚损, 肾脏阴阳虚衰或失调, 常造成心脏阴阳的虚衰和失调, 引发心系病证。六淫侵袭。风、寒、暑、湿、燥、火六种反常的气候变化, 其中风寒和暑热邪气更易引发胸痹心痛, 如唐代孙思邈《备急千金要方·心腹痛》认为“寒邪卒客于五脏六腑, 则发卒心痛胸痹。”若素体阳虚, 心气不足或胸阳不振, 易受风寒邪气侵袭, 寒凝气滞, 或卒遇寒冷, 心脉拘急挛缩, 导致心脉痹阻, 不通则痛。至于酷暑炎热, 犯于心君, 耗伤心气, 亦可致血脉运行不畅而心痛, 如《素问·气交变大论》说: “岁火太过, 炎暑流行……甚则胸中痛, 胁支满, 胁痛。”情志所伤。如长期持续的不良情志刺激, 可使精神压力增大, 人体脏腑阴阳失调、功能紊乱、气血运行失常, 从而导致疾病的发展, 即“情志所伤”。而“心主神志”, 又“主血脉”, 故情志所伤与胸痹心痛发病关系尤为密切。晋代王叔和《脉经·心手少阳经病证》说: “愁忧思虑则伤心, ……心伤者, 其人劳倦即头面赤而下垂, 心中痛彻背。”清代沈金鳌《杂病源流犀烛》亦指出“……心痛之不同于此, 总之七情之由作心痛。”饮食不当。饮食不当与胸痹心痛的发病密切相关, 如《素问·五脏生成篇》说: “有积气在中, 时害于食, 名曰心痹。”现代人们生活水平不断提高, 饮食结构发生变化, 不良生活习惯随之增加, 嗜食肥甘厚味, 或烟酒辛辣之品, 损伤脾胃, 脾失健运, 聚生痰湿; 或湿郁化热, 热耗津液, 煎熬成痰, 均可致痰阻脉络, 心脉痹阻, 而成胸痹心痛。缺乏运动。适当的运动锻炼能使气血流通, 体质强壮, 浊邪不能侵犯, 正如《华佗神医秘传》所说: “动摇则谷气得消, 血脉流通, 痰不得生。”若长期伏案工作, 喜静少动, 缺少运动锻炼, 则胸阳不振, 气血运行不畅, 导致气虚血瘀或气滞血瘀, 均可阻滞心脉而发胸痹心痛。

综上所述, 胸痹心痛的病位在心, 涉及肾、脾、肝诸脏功能失调。本病的基本病机为本虚标实。本虚有气虚、阳虚、阴虚、血虚; 标实则有血瘀、痰浊、气滞、寒凝等。临床虚实夹杂, 相互为病, 表现有气阴两虚、阳微阴竭、气滞血瘀、寒凝气滞、痰瘀交阻、阴虚痰热、阳虚水泛等诸多证候。标实中以血瘀的表现尤为突出, 本虚有心、脾、肾气血阴阳之亏虚, 其中又以心气虚最常见。

2 辨证论治经验

胸痹心痛病以中老年患者居多, 以发作性胸闷、胸痛, 伴呼吸困难为主诉。其主要特征是胸痛、喘气与劳累有直接关系, 患者常诉以往不引起胸痛, 气喘的体力活动, 现在能引起胸痛、喘息的症状。另一常见主诉为胸中憋闷, 发作

收稿日期: 2005-10-08

作者简介: 王风雷 (1967-) 男, 湖南长沙人, 副主任医师, 研究方向: 心脑血管病及男性病、老年病诊治。

时常感胸部沉重压榨感,甚至有难以描述的窒息感。值得注意的是,一般成年人突出的胸痛症状,在老年患者中有时胸痛不明显,甚至无任何疼痛而代之以憋闷感,有时以心悸为主要表现。病情加重时,可出现静息时胸痛,疼痛加重,持续时间长,严重者出现剧烈胸痛、憋气、或呼吸喘促、烦躁、面色苍白、冷汗淋漓等危急症候。

张师在临床中将该病归纳为以下证型辨证论治:①气阴两虚证:胸闷隐痛,遇劳则甚,心悸怔忡,时作时止,气短乏力,倦怠懒言,虚烦失眠,面色少华,头晕目眩,稍劳则胸闷痛发作或加重,口咽干燥,或大便干结,舌质红或有齿印,苔少,脉沉细无力或结代。治法:益气养阴,养心通脉。处方以自拟生脉养荣汤,此方乃生脉散、保元汤合人参养荣汤加减。药用:人参、黄芪、麦门冬、生地、炒枣仁、桂枝、茯苓、五味子、炙甘草。加减:若胸痛甚者加丹参、三七等通络止痛;若心悸、脉结代(早搏),选用生脉散合炙甘草汤加减(人参、麦门冬、生地、炒枣仁、五味子、桂枝、苦参、炙甘草、阿胶)养心定悸;伴高血压者,去人参、桂枝,选加双钩、天麻、白蒺藜、夏枯草、生白芍平肝潜阳;大便干结者,加少量大黄或草决明,祛瘀降脂通便。②阳虚寒凝证:胸闷而痛,心悸,气短而喘,畏寒肢冷,面色苍白,唇甲淡白或青紫,舌淡或紫黯,脉沉迟或结代。治法:温通心阳,开痹散寒,活血止痛之法。方选当归四逆汤(当归、桂枝、芍药、细辛、甘草、通草、大枣)酌加枳实、制附片、丹参、檀香、薤白等。加减:如心痛骤发,胸痛彻背,心悸气喘,汗出淋漓,四肢厥冷,舌淡或青紫,脉沉细或微弱,此为阳衰阴竭、心阳欲脱的危重症候,宜防其虚脱,急用参附龙牡汤合生脉散加减,以回阳救逆,药用黄芪、人参、制附片、煅龙骨、煅牡蛎、麦门冬、山茱萸、五味子等。③痰浊痹阻证:胸中满闷而痛,呈压迫窒息感,脘痞欲呕,痰多气短,肥胖体重,舌苔白腻或浊腻,脉滑。治法:通阳泄浊,豁痰散结。方选栝蒌薤白半夏汤加味。药用:瓜蒌、半夏、薤白、陈皮、茯苓、枳实、石菖蒲、丹参、砂仁等。加减:若痰浊化热者,症见咯痰黄稠,苔黄腻,加浙贝母、川黄连,或用黄连温胆汤(半夏、茯苓、陈皮、黄连、竹茹、枳实、甘草)加减以清热化痰。若痰瘀互结,舌质紫黯或瘀斑、胸痛如刺,宜于祛痰的同时,配合应用活血通络药物,如丹参、郁金、三七、赤芍、红花、生蒲黄等。笔者临床体会痰浊与瘀血互结是胸痹心痛的常见证候。若痰多舌蹇,手足振颤或偏瘫麻木,苔腻,脉弦滑。为风痰阻络、阳亢风动之证,宜用涤痰汤(温胆汤加胆南星、石菖蒲)加天麻、地龙、天竹黄、竹沥、僵蚕等清热熄风,化痰通络;头痛、头晕明显,加夏枯草、白蒺藜、钩藤、生白芍、杭菊以平肝熄风。④肝郁气滞证:心胸满闷,胸痛阵发,痛无定处,时欲叹息,每因情志刺激而诱发或加剧,性情急躁或精神抑郁,或伴有两胁胀痛,或脘腹作胀,得嗝气、矢气则舒等,舌苔薄白,脉细弦。治法:疏肝理气,宽胸散结,活血通络。方选柴胡疏肝散合丹参饮加减。药用柴胡、白芍、枳壳、郁金、丹参、香附、陈皮、檀香、砂仁、炙甘草等。加减:肝郁化火者,加山梔、丹皮、黄芩,或用丹梔逍遥散(当归、白芍、白术、柴胡、茯苓、丹皮、薄荷、煨姜、甘草)加减以疏肝清热;津伤阴虚者,加生地、麦冬、女贞子、旱莲草等以养阴疏肝;如胸痛甚者用延胡索、川楝子辛散苦降以行血中气滞,行气活血止痛效果显著。⑤阳虚水泛证:胸闷心痛,突发气喘,端坐呼吸难以平卧,心悸怔忡,尿少浮肿,怯寒肢冷,面唇青

紫,舌质淡黯,苔白滑,脉沉细或结代。治法:温阳利水。方用真武汤、保元汤、五苓散加减。药用:人参、黄芪、白术、制附片、桂枝、茯苓、猪苓、泽兰、益母草等。加减:本证常见于急性心梗合并急性左心衰竭,是胸痹急重症候,应及时联合采用中西医结合急救措施,配合西药利尿、扩血管、强心之剂,积极救治。待气喘、心衰等标症解除后,再缓调其本。缓解期治疗,偏心肾阳虚者宜温补心肾,补气养心,方用右归饮合参附汤加减(熟地、红参、黄芪、山药、山茱萸、茯苓、杜仲、炙甘草、淫羊藿、肉桂、制附片);偏心肾阴虚者,宜滋补心肾,宁心安神,方选左归饮合生脉散加减(熟地、山药、枸杞子、山茱萸、茯苓、白参、麦冬、五味子、夜交藤、炒枣仁、炙甘草)。⑥心脉痹阻证:心前区或胸骨后疼痛,甚则如针刺样,痛处相对固定不移,入夜更甚,心悸不宁,唇甲青紫,或舌质紫黯,舌下静脉紫黯,脉沉弦或涩。治法:活血化瘀,通络止痛。方选血府逐瘀汤加减。药用:当归、生地、赤芍、川芎、红花、枳壳、桃仁、柴胡、桔梗、牛膝、丹参、甘草。加减:若为气虚血瘀者加人参、黄芪、党参等;瘀瘀互结者加半夏、胆南星、薤白、瓜蒌等。若伴畏寒肢冷、苔白脉沉,属阳虚血瘀者,可配加细辛、桂枝、高良姜、附片、人参等温通散寒或温阳益气之药。

3 临床验案举例

3.1 痰瘀互结 心脉痹阻案 王某,女,67岁,2003年8月15日初诊。主诉反复发作胸闷、胸痛5年。患者5年来反复发作胸闷、胸痛,向左上臂放射,重时延至肩背。常服用消心痛,后可暂时缓解。外院西医诊断为“冠心病心绞痛、高血压病”。刻下上症依然间断发作,喉中有痰,无咳嗽、气促,饮食尚可,大、小便正常,寐安。患者于1999年4月份发现血压升高,目前长期服用尼群地平、雅施达控制血压,2002年又罹“胆囊结石”于6月份在外院行“胆囊切除术”。体查:舌质稍红略黯,苔淡黄腻,脉稍弦。BP:140/80mmHg,慢性病容,心率64次/min,律齐,双肺呼吸音清晰,腹平软,肝、脾未扪及,双下肢无浮肿。中医诊断:胸痹心痛。辨证:痰瘀互结,痹阻心脉。治法:祛痰活血,通络止痛。处方:白蒺藜、丹参、瓜蒌壳15g,川芎、桂枝各10g,红花6g,薤白、法夏各10g,炒枣仁、青风藤各15g,汉防己、徐长卿各15g,全蝎3g,炙甘草5g。每日1剂,共7剂。2003年8月22日复诊:服药后胸闷、胸痛及肩臂疼痛均减轻, BP:120/70mmHg。舌脉同前。继服原方加减。处方:白蒺藜、丹参、瓜蒌壳各15g,参须、桂枝各5g,麦冬、茯苓、炒枣仁各15g,全蝎3g,炙甘草5g。每日1剂,共14剂。

按 本例胸闷、胸痛,喉中有痰,舌质略红黯苔淡黄腻,脉稍弦,辨证为痰瘀与痰浊互结。由于痰浊壅痹心胸,故参照《金匱要略》用栝蒌薤白半夏汤加味,用瓜蒌、法夏宽胸利气化痰,薤白配桂枝温通阳宣痹;痰浊痹阻又夹瘀血阻络,故加丹参、川芎、红花、全虫化痰通络;炒枣仁养心;青风藤、徐长卿通络止痛;白蒺藜、汉防己平肝通络。复诊时胸痛、肩臂痛及痰症均减,故去半夏、薤白、防己、青风藤、徐长卿等药,加入参须、麦冬、茯苓补心气养心阴,以巩固疗效。

3.2 痰瘀阻络 阴虚郁热案 邓某,男,70岁。2003年12月24日初诊。主诉胸闷、胸痛,头晕反复发作10年,加重10天。患者于1993年开始觉左胸闷痛、放射至左肩背及左上肢,活动时明显,每次持续10~15min,休息后疼痛可缓解。伴有头晕、颈胀。当时就诊于某西医院,测血压

160/100mmHg。心电图检查发现:ST—T改变。诊断为“高血压病、冠心病”,予尼群地平、复方丹参滴丸、速效救心丸等药治疗,症状可以缓解,此后一直口服此类药物。10天前无明显诱因出现夜晚左心前区闷痛,放射至左肩背部,近日白天亦发作胸痛、而以夜间更甚,每次持续10~20min,疼痛呈压榨性,伴头晕、颈项胀、腰痠,咳嗽吐痰,睡眠差,口干,食纳可、小便次数多,大便干结。体查:舌质黯红苔薄黄,脉细弦。BP:146/80mmHg,慢性病容,嘴唇发绀,双肺呼吸音粗,无干湿罗音,心界向左下扩大,心率72次/min,律齐,心尖区可闻及2~3级收缩期吹风性杂音。双下肢无水肿。ECG:窦性心律,完全性左束支传导阻滞,ST—T呈复合性改变。超声心动图:①高血压心脏病左房左室肥大;②左心扩大;③心包积液;④左室舒张功能减退。中医诊断:胸痹心痛、眩晕。辨证:痰瘀阻络、阴虚郁热。治法:活血化瘀、宽胸祛痰、养阴清热。处方:小陷胸汤、丹参饮合桃红四物汤加减。药用:丹参、瓜蒌壳各15g,川芎10g,赤芍15g,红花6g,郁金10g,生地、降香各15g,川连3g,法夏、桃仁各10g,葛根20g,火麻仁15g,甘草5g。每日1剂,服药5剂。2003年12月29日复诊:近日咳嗽吐痰有改善,夜间仍发胸痛,常于晚12时~凌晨3时发作,疼痛呈压榨性,含服硝酸甘油后缓解,觉疲乏无力,食纳可,平时胃脘不适,呃气,口干、喜热饮,查BP:130/80mmHg,剑突下压痛,腹部B超:慢性胃炎声像,舌质黯红苔薄,脉细稍弦。治法:益气健脾、宽胸理气,活血化瘀之法。处方:白参10g,漂白术、茯苓各15g,法夏10g,丹参15g,川芎10g,桂枝6g,瓜蒌壳15g,郁金10g,降香15g,枳壳10g,干姜5g,炙甘草5g,山楂15g。每日1剂,共7剂。2004年1月5日三诊:诉近1周末夜间未发作心前区疼痛,仍有时咳嗽,吐痰,BP:130/75mmHg,嘴唇转红,舌质稍黯红苔薄,脉细稍弦。仍以原法加减。药用:天麻、白参各10g,漂白术12g,茯苓、瓜蒌壳各15g,郁金、川芎各10g,丹参、降香、炒枣仁各15g,炙远志6g,陈皮、杏仁各10g,山楂15g,炙甘草5g,葛根20g,生地15g。每日1剂,每剂分2次水煎服,共14剂。复查心电图基本正常,随访半年未复发。

按 该病案临证表现以胸闷、胸痛彻背,头晕、颈项胀、咳嗽吐痰、口干、便结、舌质黯红苔薄黄、脉细弦等为特点,辨证为痰瘀互结、阴虚郁热。丹参、川芎、郁金、桃仁、红花、降香行气活血、化瘀通络;生地、葛根、火麻仁、养阴生津润燥;小陷胸汤(瓜蒌、黄连、法夏)清热化痰、宽胸理气。共奏化痰通络、宽胸理气、清热化痰之效。复诊时胃脘不适,口干而喜热饮有胃寒之象,故去黄连,加桂枝、干姜配合白参、白术仿理中汤以益气温胃,配合活血化瘀,宽胸理气之品,以心胃同治。三诊时胃寒已除,去姜、桂,仍以益气健脾,活血通络、理气化痰的标本同治之法,取得满意疗效。吾师强调胸痹心痛的基本病机为本虚标实,本虚为五脏气血阴阳亏虚,标实多为血瘀、痰浊、寒凝、气滞等,临床表现为本虚标实、虚实夹杂之证候,因此临证首先要辨明标本虚实,一般“本虚”为主者,气血阴阳不荣心脉,证属“不荣而痛”,治宜补虚荣脉为主;而“标实”为主者,痰瘀寒凝气滞痹阻心脉,证属“不通则痛”,治宜祛邪通络为主。本例初诊属标实证明显,辨证为痰瘀互结、痹阻心脉,郁久化热伤阴,故用活血化瘀、宽胸祛痰、养阴清热之法。当病情稳定

之后,再“缓则治其本”采用益气健脾,宽胸理气,祛痰化瘀的扶正培本,兼祛邪之法,收到良好的效果。

3.3 气阴两虚 心血瘀阻夹胃虚气滞案 蒋某,女,71岁。2003年3月10日初诊。主诉胸闷、胸痛、心悸,反复3年,加重并伴胃脘痛3天。患者3年来反复发作胸闷、胸痛,心悸、乏力,曾在外院诊断为“冠心病心绞痛”,西药治疗后能缓解(具体药物不明),但经常复发,近3天来感左胸痛加重,心悸、心慌,上楼气促,口干,胃脘隐痛,饮食一般,睡眠尚可,大小便正常。既往患“高血压病史(2级,极高危)”5年,一直用雅施达、倍他乐克等西药控制。否认有“糖尿病”及药物过敏史。体查:舌质黯红苔薄黄,脉弦缓。BP:144/80mmHg。心脏彩超示:①支持冠心病诊断(肥厚型);②少量心包积液;③左室舒张功能减退。中医诊断:胸痹、心悸、胃脘痛。中医辨证:气阴两虚、心血瘀阻夹胃虚气滞。治法:理气活血,养心和胃,益气养阴。处方:白蒺藜、丹参、炒枣仁各15g,红花6g,茯苓、生地各15g,广木香10g,砂仁6g,麦冬15g,葛根20g,田三七6g,山楂15g,白参10g,炙甘草5g。每日1剂,共7剂。2003年3月17日复诊:诉胸痛、心悸有所好转,口干,乏力,大便稀,无其它不适,舌质黯红苔薄黄,脉弦缓。BP:110/60mmHg。前法有效,治则不变,继以原方加减。上方去红花、广木香、山楂,加炒白术12g,怀山药15g,鸡内金6g。2003年3月24日二诊:服药较好,偶有胸痛、心悸、气促、乏力症状,纳食稍差,胃脘疼痛,大便稀,舌质黯红苔薄黄,脉弦缓。继以原方增加健脾理气药物,以巩固疗效。处方:白参10g,丹参、炒白术、炒枣仁、茯苓各15g,葛根20g,广木香10g,砂仁6g,草豆蔻6g,淮山15g,鸡内金6g,炙甘草5g。每日1剂,共7剂。2003年3月31日四诊:胸痛、胃脘痛、心悸均有好转,天气变化时关节疼痛,口稍干,舌质黯红,苔薄黄,脉弦缓。BP:110/70mmHg。疗效肯定。治法不变,原方加减续用2周,以调善后。药用:川芎10g,白蒺藜15g,生芪20g,丹参、白术各15g,广木香10g,砂仁6g,生地、青风藤各15g,鸡内金、田三七各6g,葛根、秦艽各15g,炙甘草5g。每日1剂,共14剂。

按 胸痹的发生也可由饮食所诱发,病位虽在心,但气血生化有赖于脾胃。因脾胃乃气血生化之源,可化生宗气以贯心脉,使气血旺盛,心脏搏动不息。假若脾胃虚弱,导致宗气匮乏,升降无权,损伤中阳,清阳不升,浊气不降而上逆,痰湿内阻,阴乘阳位,上犯心脏,凝结不畅,气滞湿不行,必易阻滞心脉而形成本病。因此老师在临床治疗时,根据“五脏不足调于脾胃”的理论,采用补心气而健脾胃,养心阴而调气血,温心阳而助运化,从而达到养心健胃,调气行瘀,心胃同治的目的,使患者心痛、胃痛缓解,饮食增进,生活质量提高。按“心胃同治”法,代表方剂丹参饮(《时方歌括》)(丹参、檀香、砂仁)贯穿在本例整个治疗之中,该方功效调气行瘀,化湿畅中,主治心胃诸病。本例用广木香取代檀香,配合砂仁以调畅胃脘气机,效果较好。初诊辨证为气阴两亏、心血瘀阻夹胃虚气滞,故处方用白参、麦门冬(生脉散去五味子)补气养阴;仿丹参饮意,用丹参、广木香、砂仁理气行瘀,化湿畅中;红花、三七、山楂以增强活血通络;葛根、生地养阴生津;茯苓、炒枣仁养心健脾;白蒺藜理气平肝;炙甘草调和诸药。全方理气活血、养心和胃、益气养阴。以后几次就诊均依当时心胃合病的偏重情况,照顾病人体质和兼证,按原法随症灵活加减,取得较满意疗效。