

• 学术经验 •

李军教授治疗冠心病介入术后心绞痛的临床经验总结

高 健^{1,2} 李 军^{1,2}

冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)是由于冠状动脉粥样硬化使血管阻塞导致心肌缺血缺氧而引起的心脏疾病,以胸部疼痛为主要临床表现。目前,冠状动脉支架植入术(percutaneous coronary intervention, PCI)因其创伤小、疗效明确并且能够较迅速地缓解临床症状,被广大患者所接受,但也存在支架内再狭窄与支架内血栓等局限^[1],发生冠心病 PCI 后心绞痛。

1 冠心病 PCI 后心绞痛的发病机制及治疗现状

冠心病 PCI 后心绞痛的病理机制与不稳定性心绞痛的发病机制相似^[2],主要与血管内皮损伤和冠脉微循环障碍相关。金属支架属于异物,将其植入血管内,尤其是多枚支架植入的情况,会损伤冠脉血管及血管内皮。植入支架使得血管自身的舒张收缩功能减退,进而造成冠脉微循环障碍;血管内皮损伤导致物质交换等生理功能改变。多个学者均认为冠心病各种危险性因素最终均会导致冠状动脉内膜的损伤,进而应激性的产生炎症纤维增生,最终导致冠状动脉粥样硬化的形成^[3]。也有学者认为,PCI 后心绞痛的病理基础可能是冠脉血液流变学异常及微循环障碍^[4]。现代研究表明,冠心病 PCI 后心绞痛包括了多种系统的生理异常及病理变化,认为其病机与循环障碍包括全身性或局部循环障碍,特别是与微循环障碍有密切联系^[5]。目前西医药物治疗方法如扩张冠脉、抗凝、抗血小板、调节血脂等能明显缓解患者的临床症状,但对患者的远期疗效控制较差,药物治疗还存在耐药、术后心绞痛易复发等弊端^[6]。

在中医学中并无冠心病或 PCI 后心绞痛病名,根据患者胸闷、胸痛、心慌、气短、乏力、汗出等症状,可将其归属为“胸痹”的范畴。《金匱要略》提出“阳微阴弦”是胸痹主要病机。治疗上以益气温阳、活血化瘀为主。

2 李军教授对冠心病 PCI 后心绞痛病因病机的认识及治疗经验

作者单位: 1. 中国中医科学院广安门医院心内科(北京 100053);

2. 北京中医药大学研究生院(北京 100029)

通讯作者: 李 军, Tel: 010-88001341, E-mail: lijun@gamyy.cn

DOI: 10.7661/j. cjim. 20200202.115

李军教授认为 PCI 后患者在阳微阴弦病机基础上仍夹杂有其他病因使得胸痛再发。PCI 心绞痛患者相对于非 PCI 患者,普遍存在病程长、病势重、病情复杂的情况^[7]。《血证论》指出“刀伤乃是气分之血,故宜补气以生血。气达患处乃能生肌,气充肌肤乃能行血”^[8]。PCI 后血脉受损,气血亏虚,进而易受外邪侵袭或浊邪内生。正气亏虚,气不能行血,导致瘀血阻络,心脉闭阻,再发胸痹之症。故 PCI 后心绞痛的病机相对复杂,与单纯阳微阴弦病机已有区别。李军教授总结出冠心病 PCI 后心绞痛病机复杂,病位在心,发病与肝、脾、肾三脏功能失调相关,病机主要包括阳虚、气滞、血瘀、阴虚、痰饮等相互作用,病机转化可以因实致虚、因虚致实、虚实夹杂。

李军教授根据多年治疗冠心病 PCI 后心绞痛的临床经验,依据患者的临床症状表现,辨别患者的病因病机,总结出该病临床常见的三种证型及其治法用药。

阳虚血瘀证患者常见胸闷、气短、乏力,甚者喘息不得平卧,胸痛连及背部,痛如针刺,痛有定处,每遇寒或入夜疼痛加重,伴形寒肢冷,手足不温,冷汗自出,面色苍白。舌、脉象多见舌暗红,苔薄白,脉紧涩。治法以益气温阳活血为主。常用黄芪、薤白、肉桂、川芎、丹参等。

痰热瘀血、气滞心胸证患者常见胸闷重而胸痛轻,隐隐作痛,痛有定处,喉间可闻及痰鸣音,痰色黄量多质黏稠,口干口苦,甚者口中异味,气短善叹息,易反酸烧心,腹部胀满,大便秘结,眠差梦多。舌、脉象多见舌暗红,苔黄厚腻,脉滑数沉取弦涩。治法以清热化痰,活血理气为主。常用黄连、栝蒌、半夏、薤白、赤芍、川芎、红花、枳实等。

气阴两虚、瘀血阻络证患者常见胸部隐痛,时作时休,心悸气短,倦怠乏力,声息低微,活动后症状加重,自汗盗汗,虚烦不寐,口干便秘。舌暗红,苔干,脉细或涩。治以益气养阴、活血化瘀为主,常用太子参、麦冬、五味子、当归、生地黄、丹参、赤芍、川芎、降香、红花等。

李军教授特别关注患者的临床症状和舌、脉象以明确辨别患者的证型,从而对证遣方用药。除此以外,李军教授还根据不同患者的个人体质随症进行加减,力求改善患者术后远期预后,体现中医学既病防变、治疗未病的思想,在临床治疗中取得了明显效果。以下

分享李军教授在临床治疗中取得明显疗效的三个案例。

3 病案举例

3.1 阳虚血瘀证 患者张某,女,53岁,已婚。主因“间断心慌20年,伴胸闷气短10余年”于2019年3月26日前来本院就诊。20年前患者因心慌于阜外医院行射频消融术,术后心慌症状缓解。2007年患者再次出现心慌伴胸闷、气短,自行口服稳心颗粒治疗症状轻度缓解后,未系统诊治。2013年,患者劳累后胸闷气短伴疼痛,于阜外医院行冠脉造影示前降支中段局限性70%~80%狭窄,植入支架1枚,术后患者规律服用西药治疗,仍有胸闷、气短症状。本次就诊因胸闷、气短症状加重,服西药症状改善不佳,刻下症:胸闷、气短,偶有胸痛,静息时仍发作,乏力明显,头晕,口干,心慌、易汗出,活动后易气喘、畏寒,四肢怕冷明显,纳可,眠差多梦,入睡困难,醒后难复眠,小便无力,尿不尽,大便无力,质软难解。舌暗红,苔薄白,脉沉涩。既往高脂血症5年,否认高血压病、糖尿病等。理化检查:2019年3月22日心电图:轻度左心电轴偏转,窦性心动过缓,ST-T轻度改变;心脏彩超:左心室射血分数65%,左心室短轴缩短指数36%,三尖瓣轻度反流。现服用阿司匹林肠溶片、阿托伐他汀钙片、单硝酸异山梨酯片、酒石酸美托洛尔片、血脂康胶囊。西医诊断:冠心病 劳力型心绞痛 PCI术后;射频消融术后;高脂血症。中医诊断:胸痹病(阳虚血瘀证)。治法:温阳活血。处方:黄芪30g 赤芍12g 川芎10g 当归12g 丹参18g 红花9g 降香9g 肉桂3g 太子参15g 薤白15g 甘草10g 细辛3g 煅龙骨30g 煅牡蛎30g。颗粒制剂,14剂,冲服,每日1剂,早、晚分服。余西药继续配服。

2019年5月21日二诊,患者心慌气短、憋闷明显好转,畏寒减轻,精神及体力好转,劳累后仍出现心慌,纳可,眠差,入睡困难,多梦,大小便无力。舌暗红,胖大边有齿痕,苔白腻,脉沉。前方加白术15g、茯苓15g、泽泻15g、桃仁9g。颗粒制剂,14剂,冲服,每日1剂,早、晚分服。加强益气健脾、活血化瘀之功。

2019年8月20日三诊,诸症缓解,胸闷发作次数减少。纳可,眠可,偶有入睡困难,大便无力,日2行,质黏,小便尿等待,无力。有效不更方,继服前方14剂,后随访半年,胸闷、心慌发作频次下降,症状改善。

按:患者中年女性,PCI术后仍胸闷胸痛,伴心慌乏力就诊,故可诊断为胸痹病。患者胸闷乏力,心慌易汗出,畏寒肢冷,可知患者阳气亏虚。患者冠心病病史数年,既往高脂血症5年,依据舌暗红,苔薄白,脉沉涩

可知患者仍有瘀血内阻脉络,故辨证为阳虚血瘀证。治法以益气温阳活血。治疗上黄芪、太子参、薤白益气宽胸通阳;当归补血养血助阳;肉桂、细辛大补元阳;赤芍、川芎、红花、丹参、降香清热凉血、活血祛瘀;煅龙骨、煅牡蛎镇静安神助眠;甘草调和诸药。二诊,患者气虚乏力症状改善,劳累后仍有不适,二便无力,故加强中焦阳气,温补脾阳、益气健脾。三诊,患者诸症缓解,继服前方以巩固疗效。

3.2 痰热瘀血、气滞心胸证 患者肖某,男,78岁,已婚。主因“阵发性胸闷胸痛10年,加重1个月”于2019年8月20日前来本院就诊。10年前患者无明显诱因出现胸闷、胸痛等症状,未予重视,每次胸前疼痛持续5~30min不等,服速效救心丸可缓解,之后症状逐渐加重,先后于2010年2月、2016年10月共植入支架3枚,2013年9月心脏血管搭桥3条,2011年6月发生心房纤颤。本次就诊因胸闷、胸痛症状加重1个月,服西药症状缓解不明显,刻下症:胸闷胸痛,头晕头痛,无黑朦,视物模糊,心慌气短,偶有餐后腹胀,畏风寒,口干口苦,咳嗽,咯痰色黄质稠,纳可眠安,活动量小,稍活动后胸闷喘憋,大便日1行,成形,小便频数。舌暗红,苔薄黄腻,脉弦数。冠脉CT(2019年8月29日)示:前降支支架内狭窄50%,右冠脉近段支架植入术后,慢性闭塞。现服用富马酸比索洛尔片、单硝酸异山梨酯片、酒石酸美托洛尔片、盐酸曲美他嗪、阿托伐他汀钙片、依折麦布片、阿司匹林肠溶片、硫酸氢氯吡格雷片。西医诊断:冠心病;不稳定性心绞痛 PCI术后;冠状动脉旁路移植(coronary artery bypass graft,CABG)术后。中医诊断:胸痹病(痰热瘀血,气滞心胸证)。治法:清热化痰,活血理气。处方:栝蒌10g 薤白15g 半夏9g 黄连9g 桂枝15g 黄芪15g 太子参15g 炙甘草10g 干姜9g 丹参18g 降香9g 砂仁9g 柴胡9g 枳实9g 厚朴9g 赤芍12g 姜黄9g 茯苓15g 泽泻15g 僵蚕9g。颗粒制剂,14剂,冲服,每日1剂,早、晚分服。余西药继续服用。

2019年9月3日二诊,自觉胸闷,胸痛发作次数减少、程度较前减轻,头痛、畏风寒、饭后腹胀症状消失,痰由色黄黏稠变质稠色白,仍有胸闷、头痛、头晕、昏沉,乏力汗出,咳嗽痰多,口干喜饮,大便每日1~2次,小便频数。舌淡暗,苔薄白腻,舌下有瘀斑,脉弦。前方去桂枝、僵蚕、黄连,改用黄芪30g、柴胡12g。颗粒制剂,14剂,冲服,每日1剂,早、晚分服。

2019年9月27日三诊,患者胸闷胸痛未发,自觉头晕改善,乏力好转,精神改善,咳嗽减轻,痰量减少,

质清色白。舌淡红,苔薄白微腻,舌下有瘀斑,脉弦。继服前方 14 剂。后随访半年,患者病情控制平稳。

按:患者老年男性,胸痛多年,PCI 术后,CABG 术后,诊断为胸痹病。患者胸闷胸痛,畏风寒,咳嗽,咯痰色黄质稠,口干口苦,可知患者痰热结于胸中兼有表证。患者自觉心慌气短,活动量小,稍活动后胸闷喘憋,偶有食后腹胀可知患者气虚而导致气机郁滞而不畅。患者舌暗红,苔薄黄,脉弦数,故辨证为痰热瘀血、气滞心胸证。病性属本虚标实,虚实夹杂,治法为清热化痰、活血理气。治疗上半夏、栝蒌、薤白、枳实理气化痰;黄连、赤芍、丹参、降香、姜黄清热凉血、活血祛瘀;黄芪、太子参、炙甘草、茯苓、泽泻益气健脾、利水渗湿;砂仁、厚朴醒脾化湿;桂枝、柴胡、僵蚕、干姜祛风解表,温里化饮。二诊,患者风寒表证已去,热邪得以清除,故减解表清热之药。患者仍觉头晕昏沉,气短乏力,故加大量补气药。三诊,患者症状明显缓解,胸闷胸痛未发,咳嗽减轻,故继服前方,以巩固疗效。

3.3 气阴两虚、瘀血阻络证 患者陈某,女,70 岁,已婚。主因“PCI 术后 3 个月,伴间断胸闷 1 个月”于 2019 年 6 月 21 日前来本院就诊。3 个月前患者突然胸痛,于安贞医院急诊行冠脉造影示前降支中段弥漫性 50%~60% 狭窄;回旋支中段弥漫性狭窄,最重处 70%~80% 狭窄;右冠脉中段弥漫性 30%~40% 狭窄。急诊行 PCI 术,于回旋支植入支架 1 枚。术后患者规律服用西药治疗,1 个月前患者自觉术后有胸闷隐痛等症状,遂于本处就诊。本次就诊因 PCI 术后出现胸闷隐痛症状,服西药症状改善不佳,刻下症:胸闷隐痛,乏力,气短,活动后症状加重,头晕,心烦,易怒,自汗盗汗,口干、无口苦,纳可,眠差易醒,小便量少色黄,大便质干难解。舌暗红,苔干薄,脉细涩。既往 2 型糖尿病 5 年。现服用阿司匹林肠溶片、阿托伐他汀钙片、单硝酸异山梨酯片、盐酸曲美他嗪片、盐酸二甲双胍缓释片、阿卡波糖片。西医诊断:冠心病 PCI 术后;2 型糖尿病。中医诊断:胸痹病;消渴病(气阴两虚、瘀血阻络证)。治法:益气养阴,活血化瘀。处方:太子参 15 g 麦冬 10 g 五味子 10 g 生地 10 g 栀子 9 g 生龙骨 30 g 生牡蛎 30 g 酸枣仁 40 g 黄芪 15 g 丹参 18 g 红花 9 g 赤芍 12 g 当归 12 g 白术 15 g 茯苓 15 g。颗粒制剂,14 剂,冲服,每日 1 剂,早、晚分服。余西药继续配服。

2019 年 7 月 5 日二诊,患者胸闷隐痛较前好转,头晕、眠差易醒较前改善,心烦减轻,仍觉自汗盗汗,乏力,气短,口干,小便量少,大便干。舌暗红,苔干薄,脉细涩。前方加防风 9 g、麻子仁 15 g,黄芪改用 30 g,去

栀子、生龙骨、生牡蛎。颗粒制剂,14 剂,冲服,每日 1 剂,早、晚分服。

2019 年 7 月 19 日三诊,患者胸闷发作频次较前减少,自汗盗汗减轻,精神好转,乏力,气短改善,劳累活动久后仍有乏力,大便易解成形。继服前方 14 剂,后随访半年,症状改善,胸闷未作。

按:患者老年女性,以 PCI 术后胸闷隐痛为主要表现就诊,故中医诊断为胸痹病。患者既往消渴病,素体气阴两虚,术后伤津耗气,乏力,气短更加明显,汗出明显,自汗盗汗,口干,心烦易怒,大便质干难解。患者冠脉狭窄,瘀血阻络,又见舌暗红,苔干薄,脉细涩。因此辨证为气阴两虚,瘀血阻络证。治法以益气养阴,活血化瘀为主。治疗采用太子参、麦冬、五味子、黄芪、生地益气养阴生津;栀子、生龙牡、酸枣仁除烦安眠;丹参、红花、赤芍、当归养血活血化瘀;茯苓、白术健脾益气。二诊,患者头晕睡眠改善,心烦减轻,故减栀子、生龙牡。患者仍乏力汗出明显,加防风、黄芪益气固表,敛汗生津。患者便秘为气虚不行,故加麻子仁以润肠通便。三诊,乏力改善明显,汗出减少,精神好转,大便易解,诸症减轻。继续以益气养阴,活血化瘀为主治疗,随访胸闷未再发作。

参 考 文 献

- [1] 贾志豪,马依彤,艾尔肯·阿吉. 冠脉支架内再狭窄发生机制及防治研究进展[J]. 现代生物医学进展, 2008, 8(7): 1346-1349.
- [2] 贾雨洋,杨传华. PCI 术后心绞痛的中西医结合治疗浅析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(82): 279, 281.
- [3] Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Peter Libby 主编. BRAUN-WALD 心脏病学[M]. 第 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 915-932.
- [4] 谢秀乐,程英. 冠脉支架术后心绞痛与血液流变学改变[J]. 中国血液流变学杂志, 2007, 17(2): 246-247.
- [5] 侯家玉,方泰惠著. 中药药理学[M]. 第 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 146-225.
- [6] 李楠,杨积武. 杨积武益气活血法治疗老年 PCI 术后心绞痛经验撷菁[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(11): 186-189.
- [7] 柳翼,史载祥. 史载祥教授经方治疗介入后心绞痛经验[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(1): 101-104.
- [8] 清·唐宗海著. 血证论[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2012: 41-42.

(收稿: 2019-10-15 在线: 2020-03-02)

责任编辑: 邱禹