

# 杨关林教授治疗老年胸痹心痛撷英

张 哲<sup>1</sup> 刘 君<sup>2</sup> 祖 晶<sup>1</sup>

(1. 辽宁中医学院, 110032, 辽宁沈阳; 2. 辽宁省西丰县医院, 134000, 辽宁西丰 // 第一作者女, 1976 年生, 2000 级硕士研究生)

关 键 词: 胸痹心痛; 老年人; 病机; 治法



杨关林, 男, 生于 1962 年。医学硕士、教授、主任医师、硕士研究生导师。现任辽宁中医学院附属医院副院长, 兼任辽宁省康复医学会中西医结合心脑血管病专业委员会主任委员, 辽宁省中医药学会心脑血管病专业委员会副主任委员。

杨关林教授长期从事中西医结合

杨关林教授 心血管病和老年病的医学、教学、科研工作, 精通现代医学理论, 博采传统医学的各家思想, 在学术上颇有独特见解, 发表学术论文二十余篇, 主编完成专著《老年病》, 主持省级以上课题 6 项。今将老师治疗本病的经验整理成文, 概述如下:

## 1 病因病机

冠心病心绞痛中医属于“胸痹心痛”范畴, 中医认为老年胸痹心痛与老年体虚、饮食失节、情志失调、寒邪侵袭等因素相关, 老师杨关林教授依据中医“因人、因时、因地制宜”的防治原则, 提出了现代老年人患本病的病机可多从气虚痰瘀而论。

本病以老年人居多, 这在体质上有三个特定的因素: 一是“年四十而阳气半, 起居衰矣”; 一是“五脏之滞, 皆为心痛”(张景岳语); 一是“七情之伤, 虽为五脏, 而必本于心”(费伯雄语), 以上诸因素相合, 在病理上形成正气虚于内, 痰瘀阻于中的正虚邪实病机, 即正虚(心气虚和心阴虚)是本病内因, 此为标; 痰瘀是继发因素, 此为标, 气虚、阴虚、痰浊、血瘀构成了本病病机的四个主要环节。

## 2 辨证治疗和用药特点

老师尊李东垣内伤从脾胃论治的学术思想和现代医学血液循环理论, 针对气虚痰瘀的病机, 以益气养阴、活血化痰为法, 确定其基础方为: 党参 15g, 白术 15g, 茯苓 10g, 甘草 10g, 麦冬 10g, 生地 10g, 芍药 7.5g, 当归 7.5g, 川芎 7.5g, 桃仁 5g, 红花 5g, 丹参 10g, 降香 5g, 香附 10g, 桔梗 7.5g, 菖蒲 10g。再按脏腑相乘, 七情内伤, 辨析胆郁痰扰、胃气壅滞、肝阳偏亢、心肾失交、气滞血瘀在临床出现的不同兼症及病机的前因后果, 酌情加减。老师多年来的临床实践证明, 通法和补法是治疗本病不可分割的两个部分, 临床上究竟是先通后补, 或先补后通; 通多补少, 或通少补多; 或一通一补, 通补兼筹, 需具体情况具体分析。

方中党参益气、健脾、养胃, 白术补气、健脾、燥湿, 两者合用补气健脾之力增强, 共用为君药。麦冬、生地味甘、性寒, 养阴清热, 生津润燥, 为干凉养胃之上品; 当归补血养肝, 白芍养血柔肝和营, 四药合用共奏滋阴养血之效, 是为臣药。

桃仁、红花、川芎、丹参、当归, 活血化瘀; 茯苓渗湿利水, 渗下焦之水, 白术健脾燥湿, 燥中焦之湿, 菖蒲化痰泄浊, 泄上焦之痰; 香附、降香行气解郁; 桔梗开宣肺气, 载药上行, 共用为佐药。甘草调和诸药, 是为使药。诸药合用, 共奏“补中寓通, 补不壅滞, 通不损正”之意。现代中药药理学研究表明, 活血化瘀药有改善心功能, 调节心肌代谢, 降低心肌耗氧量, 减慢心率的作用, 如丹参、川芎、丹七、延胡索; 具有扩张冠状动脉, 降低冠状动脉阻力, 增加冠状动脉血流量的作用, 如川芎、红花、芍药、益母草、蒲黄之类; 具有降低血小板表面活性, 抑制血小板聚集, 提高纤维蛋白溶解酶活性, 减少纤维蛋白稳定因子, 改善血液理化性质, 调节血液流变性, 从而改善血凝状态, 预防血栓形成, 促进血栓溶解的作用, 冠脉 2 号复方(丹参、桃仁、红花、川芎、降香)此方面的作用最明显; 具有降血脂, 抗动脉粥样硬化形成的作用, 如丹参、当归等。为进一步探讨此方的作用机理, 老师杨关林教授申请了省科委课题“化瘀祛痰颗粒剂阻断冠心病患者血小板活化机理的研究”(2002-2004), 此课题正在运转中。本方的配伍特点: 四种活血法并举和心脾同治, 心肺同调。

补气活血法 中医认为“气为血之帅”, 血液运行于脉中, 全凭心气的推动, 脾气的统摄。如心气虚损, 推动乏力, 将导致血行不畅或正虚邪实。《本草刚义》说党参, “力能补脾胃, 润肺生津, 健运中气, 本与人参不甚相远, …, 而无刚躁之弊”; 《本草汇言》说白术“乃扶植脾胃, 散湿除痹, 消食除痞之要药”; 《本草》说甘草“缓正气、养阴血、补脾胃、润肺”, 三药合用, 健脾益气, 再配伍活血化痰药, 此为中医“补气活血法”, 亦是体现心脾同治之意。

调气活血法 中医认为血随气行, 亦随气滞, 肝失疏泄, 以致血行不畅, 或因瘀血阻滞影响气机不利, 临证应行活血并用, 本方应用香附、降香疏肝理气之品, 同时随证配伍活血化痰药, 此为中医“调气活血法”。

补血活血法 老年病人, 瘀血日久, 气血日亏, 瘀血不去, 新血不生, 血虚自见, 形成血虚兼见血瘀, 故本方选用补血药芍药、补血活血药当归, 同时随证配伍活血化痰药, 此为“补血活血法”。

活血调津法 水津停滞可以影响血液运行, 血行不利亦可以影响津液流畅, 故本方选用菖蒲泄上焦之痰, 白术燥中焦之湿, 茯苓渗下焦之水, 同时随证配伍活血化痰药, 此为中医“活血调津法”。

心肺同调 中医认为肺与大肠相表里, 用桔梗上行开宣肺气, 桃仁润肠通便, 使肺气升降有司, 调节制化有权, 体现心肺同治之意, 这与现代医学血液循环的理论相通。

在此基础上配合扩冠、降脂、抗血小板活化、血栓形成的

治疗。老师依据多年的临床经验,对如何正确使用硝酸酯制剂提出如下看法:

**选择原则** 一般来说对于频发的不稳定性心绞痛患者选择作用持续时间短的药物优于长效制剂。如消心痛和 5-单硝酸山梨醇酯优于长效制剂。对于稳定性劳力性心绞痛患者长期服用硝酸酯类药物以选择消心痛 Tid, 4id 或 5-单硝酸山梨醇酯 Bid 或长效 5-单硝酸山梨醇酯(缓释或控释片) Qd 的使用方法。

**给药时间** 在给药的时间上,劳力性心绞痛患者,应集中于白天给药,如消心痛可采用 Tid, 4id 的方法。5-单硝酸山梨醇酯可采用 Bid, 但不宜采用 Q12 小时或 Q8 小时,一则不符合劳力性心绞痛的发作规律,二则产生耐药性。对于白天清晨夜间均有发作的患者应采用消心痛 Q6 小时的方法,只要使用剂量不高于 30mg/次,一般不会产生明显的耐药性。对于夜间发作不频繁的患者也可采用长短效相结合的方法。持续静脉点滴硝酸甘油不应超过 48 小时,若超过

(上接第 497 页)而出现胸胁、头部等疼痛如刺,固定不移,或有血瘀积块等体征。本证多见于风湿病中晚期。如历节风、痹、脉痹、肝痹等病不愈者。应同风湿病中常见的气虚血瘀、气血两虚等证相鉴别。治则为活血养血,柔筋通络。常用圣愈汤。

**阴虚血瘀** 症状:肢体关节肌肉筋骨刺痛,昼轻夜重,变形、甚则屈伸不利、筋肉挛缩,局部暗红有热感。低热,手足心热,形体消瘦,头晕,两目干涩,心胸、胁肋或胃脘部刺痛。舌质红,有瘀点或瘀斑,苔少,脉弦细数。

**分析** 由于阴液亏损,血脉不充,以致血液运行不畅而瘀滞,或因瘀血阻滞,妨碍阴精的化生,导致阴虚。阴虚血瘀,经络闭阻,筋骨肌肉失养则刺痛,昼轻夜重,甚则变形,屈伸不利,筋肉挛缩。阴虚内热,虚热蒸发于外则局部暗红。除手足心热、消瘦、目干涩,舌红少苔,脉细数等阴虚的证候外,随血瘀波及病位的不同而出现心胸、胁肋、或胃脘等处疼痛甚至刺痛,舌有瘀点、瘀斑等瘀证的证候。阴虚血瘀证在风湿病中,常见于肾痹、筋痹、历节风等病。应同风湿病中的热痹证、湿热痹阻证、阴虚内热证、寒热错杂证相区别。治则为活血通络,滋阴清热。常用活络效灵丹合青蒿鳖甲汤加减

**阳虚血瘀** 症状:痹证日久不愈,骨节刺痛,关节僵硬变形,冷感明显,筋肉萎缩,肌肤板硬,局部皮色暗滞;面色淡暗无华,形寒肢冷,畏风自汗,弯腰驼背,腰膝酸软,尿多便溏,或五更泻;舌淡暗嫩,脉沉弱涩。

**分析** 病久阳气不足,阳虚则阴寒内盛,无力推动血行,血凝为瘀,痹阻经脉,经脉“不通”“不荣”同时出现,故骨节刺痛冷痛,时轻时剧;邪气久羁,气血失荣,故屈伸不利,关节僵硬变形,筋肉萎缩;腰为肾之府,膝为筋之府,腰膝酸软无力,甚至弯腰驼背,为病久延及肝肾,肝肾亏虚之象;食少便溏,乏力短气,乃脾阳亦虚,生化之源不足;形寒肢冷,关节冷感,自汗恶风等皆阳虚外寒之象;皮色面色暗,脉涩等为瘀血之象。本症常见于皮痹、筋痹、骨痹、肾痹等。治则为温阳祛寒,活血通络。常用附子汤合桃仁四物汤加减。

**瘀痰胶结** 症状:肢体关节肌肉疼痛,常为刺痛,痛处不移,甚至关节变形,屈伸不利或僵硬,关节、肌肤色紫黯,肿

48 小时可采用增加剂量的方法或采用高、低浓高交替使用的方法。

提倡强化降胆固醇的治疗,其目标为总胆固醇  $< 4.68\text{mmol/L}$ ,  $\text{LDL-C} < 2.60\text{mmol/L}$ 。同时强调迅速开始抗血小板治疗,首选阿司匹林,并持续给药;阿司匹林过敏或出现胃肠道疾患不能耐受的患者,应当使用氯吡格雷或噻氯匹啶;除使用阿司匹林、氯吡格雷或噻氯匹啶进行抗血小板治疗外,还应使用静脉普通肝素或皮下 LMWH 抗凝;持续性缺血或有其它高危特征的病人,以及准备行 PCI 的病人除使用阿司匹林和普通肝素外,还应当使用 GP IIb/IIIa 受体拮抗剂(阿昔单抗)。

3 小 结

综上所述老师杨关林教授以气虚痰瘀为老年人本病的基本病机,治疗以益气养阴、活血化痰为法,治疗在重用活血化瘀药的同时,谨守其基本病机随证加减。同时配合抗血小板活化、血栓形成、降脂治疗以增强其作用。

胀,按之稍硬,有痰核硬结或瘀斑,肢体顽麻,面色黯黑,眼睑浮肿,或胸闷痰多,舌质紫暗或有瘀斑,舌苔白腻,脉象弦涩。

**分析:**痰瘀是指瘀血和痰湿两种病理产物而言。津液不行,水湿内停,则聚而生痰,痰湿内阻,血流不畅而为瘀。痰浊水湿与瘀血互结则为痰瘀。痰浊瘀血皆有形之邪,留阻于关节肌肉,瘀阻脉络,故肌肉关节肿胀刺痛;痰瘀留于肌肤,则见痰核、硬结或瘀斑。邪气深入,痹阻筋骨,而致关节僵硬变形,难以屈伸;痰瘀阻滞,经脉肌肤失于气血荣养,故肢体肌肤顽麻不仁;面色黯黑、舌质紫暗或有瘀斑、脉弦涩为血瘀之象;而眼睑浮肿、胸闷痰多、舌苔腻等,乃痰湿为患之征。痰瘀胶结证常见于肌痹、脉痹、心痹等病。与瘀血闭结证、瘀热痹阻证、气虚血瘀证等都可出现瘀血留滞经络而致诸症,需加以鉴别。治则为活血行瘀,化痰通络。常用阳和汤合桃仁四物汤加减。

4 讨 论

瘀血痹的各种证候之间存在着一定的关系。在转归上,主要是寒热、阴阳及虚实之间的转化。由于寒为阴邪,易伤人阳气,故寒证血瘀若经久不愈,常导致阳气虚衰,而成为阴虚血瘀。阳虚血瘀,因阳气不足,卫外不固,也易感受寒邪而使瘀血痹发作或加剧。体现在治疗上就是散寒与助阳两法往往需配合使用。热为阳邪,易伤人阴津,热证血瘀在病程中常伴有阴津亏虚的表现,因此,热证血瘀的后期则常转化为阴虚血瘀。

由于瘀血痹可以见于多种痹病之中,瘀血常常是在其他病因基础上形成,所以瘀血痹病情的轻重及预后,与原有疾病密切相关。若痹病病情重笃,则预后较差;若痹病病情较轻,则预后较好。而大多数的瘀血痹都有一个较长的病程,因此需要较长时间的治疗,以使其脉络畅通,血行改善,而趋于好转或治愈。如表现为关节畸形、肢体废萎或神昏谵语,肢肤发斑,耗血动血的热盛血瘀以及表现为面黯唇紫,倦怠乏力,四肢逆冷,心胸剧烈刺痛,脉结或迟的阳虚血瘀,均属病情危重的证候。而仅表现为肌肉、筋骨、关节疼痛、麻木的经络血瘀,则不属危重证候,但很难在短期内治愈,需要较长时间的治疗。