

吉中强教授治疗冠心病经验

安佰海¹, 吉中强¹, 纪文岩¹, 韩晶²

(1. 青岛市海慈医疗集团, 山东 青岛 266033; 2. 山东中医药大学第一临床学院, 山东 济南 250355)

摘 要:总结了吉中强教授治疗冠心病的临床经验, 包括冠心病病因病机的独特见解, 常用方药及经验自拟方, 并列举临床典型病例, 较好地总结了吉中强教授治疗冠心病的学术经验。

关键词:冠心病; 名医经验; 吉中强

中图分类号: R541.4

文献标志码: A

文章编号: 1673-7717(2013)02-0383-02

Introduction of Professor Ji Zhongqiang's Clinical Experience on
the Treatment of Coronary Heart DiseaseAN Baihai¹, Ji Zhongqiang¹, Ji Wenyan¹, HAN Jing²

(1. Qingdao Haici Medical Group, Qingdao 266033, Shandong, China;

2. First Clinical College, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, Shandong, China)

Abstract: This article discussed Professor Ji Zhongqiang's experience of coronary heart disease treatment, which includes the unique thoughts of pathogeny and pathogenesis, common used and empirical prescriptions and demonstrated with typical clinical cases. The article well summarized professor Ji Zhongqiang's experience on treating coronary heart disease.

Key words: coronary heart disease; famous doctor's experience; Ji Zhongqiang

青岛市海慈医疗集团吉中强教授, 是山东中医药大学博士生导师, 中华中医药学会血栓病分会主任委员, 中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会副主任委员, 首届中国医师奖获得者、首届山东省十大名医、山东省名中医药专家。吉中强教授在其近30年的临床及科研工作中, 对冠心病的诊治积累了丰富的经验。吉教授处方灵活, 药味精当, 疗效卓著。笔者有幸跟师学习, 获益匪浅, 现将吉教授治疗冠心病的经验略陈如下。

1 衷中参西 强调中西医结合

吉中强教授无论在治学科研亦或是临床工作方面都注重中西医结合, 中西医并重, 相互促进, 共同发展。吉中强教授认为中西医结合广义上属于中医学, 是中医学发展的分支, 中西医结合是历史的必然, 中医与西医迟早会走到一起。

吉中强教授认为中医和西医虽然是两种体系, 可是这两种体系处理的对象都是自然人, 因此中医与西医是可以结合的。吉教授认为中西医结合的方式可以是多种多样的, 中西医结合可以是理论方面的结合, 可以是实践的结合, 可以是医生个人的结合, 也可以是一个患者的中西医结合疗法。中西医结合的方式应该是灵活的, 结合的目的是为了提高疗效, 而不应该把中西医结合局限地界定在哪个方面。吉中强教授认为中西医结合不是单纯中医和西医的相加, 中西医结合的实质是两种体系有机的融合, 去粗取精, 优势互补, 以期寻找新的思路、新的方法。

在冠心病的诊疗方面, 吉教授强调首先明确诊断疾病。现在临床, 不少非冠心病患者被错误诊断为冠心病, 如胃食

管返流病、心脏神经官能症等。胸痹、心痛也极易与多种疾病如胃痛、悬饮等相混淆, 虽然在治法上有时可以相互参考, 但是在疾病的预后转归上, 却截然不同。因此在中医四诊合参基础上, 结合现代的实验室检查及影像学检查, 更全面地了解掌握病情是非常有必要的。另外, 在处方用药方面, 吉教授认为在不影响中医辨证论治及整体组方原则基础上, 可以适当加用经现代药理研究证实具有针对性作用的药物。如治疗心律失常时, 吉教授常加用甘松、苦参; 治疗高脂血症, 多选用具有降脂作用的活血药如山楂、丹参、三七、大黄、蒲黄; 治疗PTCA后再狭窄, 常选用具有抗血小板聚集作用的药物如枳实、桃仁、红花^[1]。

2 化瘀为主 治法气血水同调

冠心病是严重危害人类健康的多发病, 属于中医“胸痹”、“心痛”等范畴。冠心病的发生与外邪侵袭、膏粱厚味、七情内伤、年老久病等因素均有关系, 其病位在心, 病机多为虚实夹杂, 其中虚有气血阴阳不足, 实则血瘀、痰阻、寒凝、气滞等。吉教授认为贯穿冠心病发病始终的基本病机是血脉瘀阻。《素问·痹论篇》有“心痹者, 脉不通”, “痹……在于脉则血凝而不流”, “脉者, 血之府也”, “……涩则心痛”的论述, 《医学真传》亦谓“心为君主而藏神, 不可以痛, 今云心痛, 乃心包之络不能旁通于脉, 则痛也”, 揭示了心痛与血瘀之间的密切关系。近年来的研究表明, 血瘀证是冠心病发病的证候危险因素, 是冠心病中最常见的证型^[2]。

血瘀既是冠心病的重要致病因素, 也是脏腑功能失调, 气血运行失常的病理反应, 因此需要探究血瘀形成的原因以及与其它病机的关系。吉教授认为需从气血水三方面来研究血瘀。气、血、水三者在生理上密切相关, 病理上则相互影响。气血水是人体功能活动的物质基础, 气可化生水, 水可化生血, 血可化生水, 水可化生气。生理状态下, 三者可正常的相互转化。气、血、水皆可由水谷精微转化而成, 《灵枢·邪客》曰“五谷入于胃也, 其糟粕、津液、宗气分为

收稿日期: 2012-09-21

作者简介: 安佰海(1984-), 男, 山东日照人, 博士研究生, 研究方向: 中医药治疗心脑血管疾病的研究。

通讯作者: 吉中强(1954-), 男, 主任医师, 博士研究生导师。E-mail: jizq1958@163.com。

三隧,故宗气积于胸中,出于喉咙,以贯心脉而行呼吸焉。营气者,泌其津液,注之于脉,化以为血”[1]。唐容川《血证论》论述“若气达皮毛可生汗,气上输于肺可为津液,气化于下可为溺”。水可化气,《素问·经脉别论》曰“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行,合于四时五脏,按度以为常也。”此言人体气的生成来源之一,由饮食水谷所化生的水谷精微之气生成。津血同源,《景岳全书》明确指出“血亦水谷之液”,即血和津液都是由水谷精气化生而来的。全身组织中的津液渗入脉中即成为血液的组成部分,而血液渗出脉外,则成为津液。《灵枢·痈疽》言“中焦出气如雾,上注溪谷,而渗孙脉,津液和调,变化而赤为血”。

基于气血水生理上的同源相生,决定了气血水在病理状态下极易相因为患。气虚或气滞可以影响血液、津液的正常循行及输布,造成血瘀或水湿停聚。即所谓“气行则血行,气滞则血瘀”、“气滞水亦滞”。同时“血不利则为水”,水邪阻滞血脉,亦可使血行不畅,《灵枢·刺节真邪》中云“津液内溢,乃下流于胫,血道不通”。另外水湿停聚日久蕴为痰浊,而痰瘀阻滞经脉,血行不畅,心脉闭阻,这些皆可发为胸痹。

吉教授认为冠心病的病因病机复杂且因人而异,在其发展过程中气虚、气滞、血瘀、水停等病机常是同时存在,互为因果,但其核心病机是心脉瘀阻,治疗以活血化瘀贯彻始终,或以补气利湿,寓通于补,以补中益气汤加减;或以理气行滞,通达气血,以柴胡疏肝散加减。湿聚则易为痰,痰浊常兼血瘀,痰瘀互结,常以血府逐瘀汤合半夏泻心汤加减。

3 立足整体 辨五脏相关联系

吉教授认为冠心病久病心血、心阴易亏,辨证有阴血亏损者,即可加用生脉饮、酸枣仁、柏子仁之类,不主张长期应用檀香等辛香燥烈之品。川芎虽云辛温香燥,但是配伍芍药、生地等养阴之品,则无耗血之弊,吉教授认为临床应用大剂量(15~30g)川芎有良好的散风止痛之功,对于冠心病伴有风寒头痛者有良好疗效。

吉教授立足中医的整体观和治病求本的思想,认为冠心病虽病位在心,但与其余脏腑亦关系密切。老年冠心病患者,肾气逐渐衰损,加之久病及肾,而肾为一身阴阳之本,心的诸般功能有赖于肾气的温煦与滋养,肾气亏虚,元气不足,心气运血乏力则血行瘀滞,临床常见肾虚血瘀之证,吉教授常以六味地黄丸合桃红四物汤加减治疗。吉教授强调临证须时时顾护胃气,冠心病患者多为老年人,脾胃等脏腑功能减退,吉教授处方精简,剂量适中,既减轻患者胃肠负担,又降低就医成本。脾胃为气血生化之源,心主血,脾统血,若因思虑劳倦或饮食不节,脾胃受损,则气血生化乏源,如此由脾胃累及于心,导致心气、心血不足,吉教授临床多以归脾汤加减治疗。肺主气,司呼吸,通调水道,若脾虚土不生金,则肺气不足,水湿停聚,吉教授多以补中益气汤合春泽汤加减。脾胃为气机升降之枢纽,脾胃升降不利则全身气机受阻,胸中气机不利,影响血液运行,心脉痹阻则发为胸痹;另外脾失健运,胃失合降,津液运化失常而化为痰浊,痰浊痹阻胸阳,也可发为胸痹。半夏泻心汤全方辛开苦降,疏理气机,寒温并用,攻补兼施,临床用之,常收佳效。现代生活压力加重,不少患者情绪压抑,另一方面,冠心病为慢性疾病,患者久病情志不舒,这均可导致肝气郁结,不得正常疏泄,影响及心之气血舒散,影响病情进展,吉教授多以逍遥散加减,若气郁化火者加生龙骨、生牡蛎潜镇浮阳。

4 师法古今 创新血府逐瘀汤

王清任创立的血府逐瘀汤是治疗各种血瘀证的名方,气血兼顾,以活血祛瘀为主,开胸行气为辅,用于治疗“胸中血府血瘀之证”。吉教授针对现代冠心病的特点,有针对性地对血府逐瘀汤进行加减,使之更加切合临床实际需要,命名为新血府逐瘀汤。药物组成:生地、桃仁、红花、赤芍、川芎、当归、牛膝、枳实、生山楂、泽泻、首乌。方中以桃红四物汤活血化瘀,山楂健胃消积,首乌补肾养血,枳实行气和胃,牛膝活血兼有利湿,泽泻利湿而不伤阴。本方气血水三者同调,加入补肾健胃之品,理气行血又祛瘀生新,活血而不耗血。

吉中强教授临床善用新血府逐瘀汤加减化裁治疗心脑血管系统各种血瘀证,效果显著。对于气滞血瘀型患者,吉教授常予新血府逐瘀汤,气滞甚者加香附、陈皮;对于血瘀甚者,常配三棱、莪术活血行气;对久病、顽症,瘀血日久者,结合“久病入络”理论,多佐用地龙、蜈蚣、全蝎等虫类药,搜剔窜透,破瘀通络;对于气虚血瘀型患者,加用具有补气健脾功效的黄芪、白术、党参、山药等药物;对于肾虚血瘀型患者,合六味地黄丸进行加减化裁;血瘀兼痰湿者,合用瓜蒌薤白半夏汤,豁痰通阳;血瘀兼寒者,喜用桂枝、制附子、细辛等温经散寒;血瘀兼热者,加用栀子、丹皮以清热凉血化瘀;对瘀而化热之腑实证,善用大黄、芒硝通腑泻热;对肝火上炎、肝阳上亢者,加用茵陈、生龙牡散郁热、平肝火。

5 病案举例

杨某,男,61岁,2010年11月25日初诊。患者于2008年无明显诱因出现胸前区疼痛,伴胸闷憋气,以活动后明显,休息及含服速效救心丸可缓解,于当地医院就诊,查心电图示:胸导联ST段低平,T波倒置,诊为:冠心病。服用消心痛、心痛定等药物治疗,效果欠佳。患者既往有高血脂症病史1年。现症见:胸痛时作,胸闷憋气,脘腹胀满,纳差,睡眠可,二便调。舌胖质黯,苔薄白,脉沉弦。证属气滞血瘀,水湿停聚。处方:当归10g,川芎20g,桃仁10g,红花10g,赤芍20g,枳实10g,山楂10g,首乌15g,茵陈10g,泽泻15g,川牛膝10g,桂枝10g,7剂。二诊时,患者胸闷憋气较前减轻,活动时有发作,口干,纳差,不欲进食,时有恶心,无泛酸烧心,眠可,二便正常。上方加半夏10g,继服7剂。三诊患者胸闷憋气明显减轻,活动及受凉后有发作,畏寒,手脚发凉,进食较前改善,无恶心呕吐,睡眠可,二便正常。上方加制附子6g,7剂。此后原方稍事加减服用近2个月,诸症消失,复查心电图示大致正常。

按 患者证属气滞血瘀水停,治疗以理气活血,利湿通阳为主,选方以新血府逐瘀汤加减,经治疗后症状明显缓解。患者老年男性,气机郁滞,津液不得正常输布,血脉痹阻,发为胸痹。脘腹胀满为气郁表现,患者舌质暗,脉沉弦,为血瘀水湿征象。给予当归、川芎、桃仁、红花、赤芍、枳实、川牛膝以理气活血;茵陈舒肝利湿,桂枝通阳化瘀;山楂活血健胃,泽泻利水渗湿,首乌补肾养血,三者还有降低血脂之功效。二诊时患者仍有胃气上逆,加用半夏降逆化饮。三诊时患者阳气虚明显,加用制附子。吉中强教授认为只要辨证准确,虽半夏附子有不宜同用之说,但其实二者合用是安全的,初始剂量宜偏小,可根据情况逐渐加量。另外二者同用是有据可考的,《金匱要略》之附子粳米汤、《辨症录》之洗心汤等古今诸多方剂均有记载,历代医家亦多有应用。

参考文献

- [1] 纪文岩. 吉中强治疗血栓病经验[J]. 山东中医杂志, 2006, 25(4): 276.
- [2] 旷惠桃, 潘远根. 冠心病心绞痛临床证型分类探讨[J]. 中医杂志, 1997, 38(12): 742.