

杨关林教授治疗胸痹心痛痰瘀互结证 从脾胃论治临床经验总结

李 峥¹ 杨关林²

(1. 辽宁中医药大学附属医院 辽宁 沈阳 110032; 2. 辽宁中医药大学 辽宁 沈阳 110847)

摘 要: 胸痹典型的症状表现为胸痛彻背,背痛彻心,相当于现代医学中的冠心病,基本病机为心阳痹阻。痰瘀互结证是其最主要证候之一,多由人体正气亏虚,而致痰浊、瘀血留聚而引起。杨关林教授,致力于胸痹心痛痰瘀互结证证候特征的研究与治疗,对胸痹心痛痰瘀互结证的辨证论治从脾胃着手,有独到见解,运用健脾益气、活血祛瘀等治法之汤药,同时注重患者精神情志因素以及气候环境因素,防治并用,其疗效显著。

关键词: 胸痹心痛; 痰瘀互结证; 从脾胃论治; 冠心病

中图分类号: R541.4

文献标志码: A

文章编号: 1673-7717(2016)03-0569-03

YANG Guanlin Treating Chest Pain Syndrome of Phlegm and Blood Stasis from Spleen and Stomach

LI Zheng¹, YANG Guanlin²

(1. Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110032, Liaoning, China;

2. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110847, Liaoning, China)

收稿日期: 2015-11-15

基金项目: 国家重点基础研究发展计划项目(973计划)(2013CB531704)

作者简介: 李峥(1981-),男,辽宁沈阳人,主治医师,博士研究生,研究方向:中西医结合治疗心血管疾病。

通讯作者: 杨关林(1962-),男(锡伯族),黑龙江肇东人,教授、主任医师,博士研究生导师,硕士,研究方向:中西医结合治疗心血管疾病的临床及基础研究。

- [17] Mizushima Y, Iida A, Ohta K, et al. Novel triterpenoids inhibit both DNA polymerase and DNA topoisomerase [J]. The Biochemical journal 2000, 350(3): 757-763.
- [18] Viollet B, Horman S, Leclerc J, et al. AMPK inhibition in health and disease [J]. Critical reviews in biochemistry and molecular biology 2010, 45(4): 276-295.
- [19] Hardie DG, Ross FA, Hawley SA. AMP-activated protein kinase: a target for drugs both ancient and modern [J]. Chemistry & biology 2012, 19(10): 1222-1236.
- [20] Lee DH, Lee TH, Jung CH, et al. Wogonin induces apoptosis by activating the AMPK and p53 signaling pathways in human glioblastoma cells [J]. Cellular signalling 2012, 24(11): 2216-2225.
- [21] Yun SM, Jung JH, Jeong SJ, et al. Tanshinone IIA induces autophagic cell death via activation of AMPK and ERK and inhibition of mTOR and p70 S6K in KBM-5 leukemia cells [J]. Phytotherapy research: PTR 2014, 28(3): 458-464.
- [22] Russo GL. Ins and outs of dietary phytochemicals in cancer chemoprevention [J]. Biochemical pharmacology 2007, 74(4): 533-544.
- [23] Lee YK, Park SY, Kim YM, et al. AMP kinase/cyclooxygenase-2 pathway regulates proliferation and apoptosis of cancer cells treated with quercetin [J]. Experimental & molecular medicine 2009, 41(3): 201-207.
- [24] Park IJ, Yang WK, Nam SH, et al. Cryptotanshinone induces G1 cell cycle arrest and autophagic cell death by activating the AMP-activated protein kinase signal pathway in HepG2 hepatoma [J]. Apoptosis: an international journal on programmed cell death 2014, 19(4): 615-628.
- [25] Park JB, Lee MS, Cha EY, et al. Magnolol-induced apoptosis in HCT-116 colon cancer cells is associated with the AMP-activated protein kinase signaling pathway [J]. Biological & pharmaceutical bulletin 2012, 35(9): 1614-1620.
- [26] Li W, Hua B, Saud SM, et al. Berberine regulates AMP-activated protein kinase signaling pathways and inhibits colon tumorigenesis in mice [J]. Molecular carcinogenesis 2015, 54(10): 1096-1109.
- [27] Giles RH, van Es JH, Clevers H. Caught up in a Wnt storm: Wnt signaling in cancer [J]. Biochimica et biophysica acta, 2003, 1653(1): 1-24.
- [28] Gehrke I, Gandhirajan RK, Kreuzer KA. Targeting the WNT/beta-catenin/TCF/LEF1 axis in solid and haematological cancers: Multiplicity of therapeutic options [J]. European journal of cancer 2009, 45(16): 2759-2767.
- [29] He BC, Gao JL, Zhang BQ, et al. Tetrandrine inhibits Wnt/beta-catenin signaling and suppresses tumor growth of human colorectal cancer [J]. Molecular pharmacology 2011, 79(2): 211-219.
- [30] Liu YZ, Wu K, Huang J, et al. The PTEN/PI3K/Akt and Wnt/beta-catenin signaling pathways are involved in the inhibitory effect of resveratrol on human colon cancer cell proliferation [J]. International journal of oncology 2014, 45(1): 104-112.
- [31] Saud SM, Young MR, Jones-Hall YL, et al. Chemopreventive activity of plant flavonoid isorhamnetin in colorectal cancer is mediated by oncogenic Src and beta-catenin [J]. Cancer research 2013, 73(17): 5473-5484.

Abstract: The typical symptoms of chest pain include chest pain involving back and back pain involving heart corresponding to coronary heart disease in modern medicine. The basic pathogenesis is heart Yang obstruction and accumulation of phlegm and blood stasis syndrome is common, which is due to the vital Qi deficiency and blood stasis. Professor YANG Guanlin has devoted himself to studying phlegm and blood stasis syndromes and treats the disease from stomach and spleen. Prescriptions for strengthening spleen and Qi as well as activating blood and expell phlegm could be used. Meanwhile mind and emotions as well as climate should be paid attention to. The effect is obvious.

Key words: chest pain; accumulation of phlegm and blood stasis syndrome; treatment from stomach and spleen; coronary heart disease

胸痹心痛是指人体正气亏虚,而致痰浊、瘀血留聚而引起心脉气血阻闭不通而出现的以胸痛彻背,背痛彻心甚,其主要与现代医学冠状动脉粥样硬化性心脏病(心绞痛、心肌梗死)密切相关,冠心病是指冠状动脉粥样硬化后使血管腔狭窄或阻塞,或因冠脉痉挛(功能性改变)而引起心肌缺血缺氧甚至坏死而引起的心脏病,为临床常见病、多发病,严重影响人们的身体健康,给家庭和社会造成严重负担,冠心病属于祖国医学“胸痹心痛”的范畴^[1]。近年来,众多学者研究认为,胸痹心痛的发病与痰浊、瘀血密切相关,痰浊血瘀证可占冠心病患病50%~70%,通过对冠心病的中医研究发现,痰瘀互结在其病因病机和治疗方面有更为重要的意义^[2]。杨关林教授从事临床工作30余载,致力于胸痹心痛痰瘀互结证候特征的研究与治疗,依托于国家重点基础研究发展计划(973计划),对胸痹心痛痰瘀互结证的辨证论治从脾胃着手,有独到见解,其疗效显著闻名于杏林。笔者随师出诊,现将其经验总结如下。

1 对胸痹心痛的认识

传统中医理论认为胸痹心痛的发生多与饮食失调、劳倦内伤、寒邪内侵、情志失节、年迈体虚等因素有关,病机有虚实两个方面。《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》中提出的胸痹,其论述如下:“夫脉当取太过不及,阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也。今阳微知在上焦,所以胸痹、心痛者,以其阴弦故也。”^[3]谓胸痹“阳微阴弦”的脉理,以及《素问·痹论篇》“心痹者,脉不通”的理论确定胸痹的基本病机是本虚(阳微)邪实(阴弦)。临床工作中发现本虚以脾气虚而致心脉失养为多,是发病基础。邪实是指痰浊、瘀血为主,是胸痹病理因素。其病位在心,以痰浊血瘀,心脉痹阻不通为基本病机。杨关林教授认为,新病者,多以邪实为主,久病者,多由实转虚,或虚实夹杂。治宜标本兼顾,临床以益气健脾化痰,活血化瘀止痛为基本治法,尤重健脾、化痰、活血,指出“脾气升则浊气降,血滞行则心脉通”为治疗原则,体现寓补于通,攻补兼施的治疗特点。

2 胸痹心痛痰瘀互结证的研究

近年来,痰瘀互结证在胸痹心痛发病中的地位越来越得到认可。痰指痰浊,脾胃运化水湿的功能就会减弱,湿邪就聚集在身体的某处地方而形成;瘀指瘀血,溢于脉外的血液停留于体内或血液运行不畅而停滞于血脉之中而形成,瘀血证最初见于《黄帝内经·素问·缪刺论》曰“人有所堕坠,恶于留内,腹中胀满,不得前后”^[4]。痰源于津,瘀本于血,生理上属津血同源,冠心病病机特点属本虚标实,虚则气虚、阳虚、气阴两虚;实则气滞、血瘀、痰浊、寒凝。根据冠心病的病机特点,杨关林教授提出了冠心病“痰瘀相关”理论,同时应用健脾、活血、化痰等药物治疗也取得了不俗的疗效。国医大师邓铁涛认为,冠心病发病的首要因素是心气不足,由气虚生痰致瘀分析,始终贯穿于疾病发生、变化的全过程^[5]。徐莲香调查冠心病中医证型分布结果显

示:冠心病痰瘀互结证是其主要证型之一,从基本证型来看,胸痹心痛三大证中,气虚痰浊为虚实相兼证的基本证型,气阴两虚为虚证的基本证型,而痰瘀互结为实证中基本证型^[6]。罗卫平对260例冠心病中医证型分布的研究中发现,痰瘀互结型占其所调查所有冠心病患者的21.7%^[7],另有研究表示,稳定型心绞痛病机以标实为主,并且心血瘀阻型冠心病稳定型心绞痛患者内皮功能最低,痰浊阻塞、气滞心胸组患者次之,此结果从内皮功能变化证实了中医“痰瘀”理论中痰与瘀的关系,并为今后稳定型心绞痛患者的中医辨证分期提供了科学的依据^[8]。

3 从脾胃论治胸痹心痛痰瘀互结证

3.1 从脾胃论治的理论基础

人体是一个有机的整体,藏象理论是中医理论的核心,在五脏之中,心属火,脾属土,火生土,即心生脾,又脾胃相表里,所以心与脾胃为母子关系。正常生理状态下,脾喜燥恶湿,心阳能温煦脾土,助脾运化,脾胃必得心火的温煦,才能维持正常的运化功能^[9]。病理状态下,依据母子相及理论,心病可以传脾胃,脾胃病变也可以传心^[10],这也是冠心病从脾胃论治的理论依据之一。张仲景在《金匱要略》中开创了胸痹心痛从脾胃治疗的先河,“胸痹心中痞,留气结在胸,胸满,胁下逆抢心,枳实薤白桂枝汤主之;人参汤亦主之”^[11]。脾属土居中,“运化水谷,化津液以灌溉肝、心、肺、肾四脏”(《类经·卷五》),“五脏之气,皆绕于脾”(《嵩崖先生全书·卷六》),“人身五脏六腑非脾胃不养”(《圣济总录·卷六》),胃者,五脏六腑之海也《灵枢·经别篇》曰“足阳明之正,上至髀,入于腹里,属胃,散之脾,上通于心”^[12]。心与脾胃之间为经络络属关系,在经络循行上是相衔接,古代文献中亦有相关论述,如《仁斋直指方》云:“心之包络,与胃口相应,往往脾痛连心”^[13]。由上脾脏象理论研究是脏象理论研究的核心。在此基础上李东垣则又提出了“内伤脾胃,百病由生”的观点,成为后世医家从脾胃论治胸痹心痛的基石。

3.2 从脾胃论治的具体治法举例

3.2.1 益气健脾,活血通脉,痰瘀同治法 胸痹心痛的患者饮食不节、思虑劳倦伤脾,或久用行气化痰之品损伤心气,导致脾气不足,宗气大虚,累及于心,而致心气虚衰,鼓动血脉不利,日久必致心脉瘀阻。此证常见胸部隐痛,时作时止,每遇劳累后发作或加重,心悸,倦怠乏力,食少纳呆,舌暗淡,舌胖大有齿痕,苔薄白,脉结代。治以健脾益气,活血通脉。方选异功散合益气通脉煎剂加减。脾五行属土,居于中焦,为气机升降之枢纽,异功散为四君子汤加陈皮,功在益气健脾、行气化痰,脾醒则运化,可以补而不滞。两方合用,共奏益气健脾,活血通脉之功。何朝春^[14]益气活血化痰治疗冠心病心绞痛,治疗组疗效明显优于对照组。

痰瘀互结证是胸痹心痛的常见证型,痰、瘀的形成与脾胃的运化功能失常密切相关,益气健脾,痰瘀同治,疗效显

著。杨关林^[15]“痰瘀同治”,着重从脾论治,以益气健脾化痰、活血化痰止痛为基本治法,临床效果显著。杨教授临床上十分注意老年患者心绞痛发作时的血压水平,若血压偏高者,运用黄芪、人参的大补元气之品,需减量或不用,代之以太子参等清补之品,慎用破气之品。

3.2.2 健脾祛痰通脉法 冠心病常见于形体肥胖,痰湿素盛之人,常合并血脂异常、2型糖尿病等代谢性疾病,此类患者常以脾虚痰盛为主要病机。痰随气行,无处不至,内生之痰循经上行心脉之中,痹阻心脉,使得心脉痹阻。临床常表现为胸闷痛彻背,背痛彻心,伴见体胖,头晕、脘痞,纳呆呕恶,大便不爽,苔腻脉滑。痰浊之生,可因年老久病,脾胃虚弱,失于健运,湿聚为痰;或瘀血内阻,脉道涩滞,津停而不去所致;或因痰浊随气而行,上注心脉,阻碍脉道,痰瘀互阻发为胸痹心痛。因此,化痰降浊为胸痹心痛的重要方法之一。《金匱要略》中的枳实薤白桂枝汤、瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤等均具化痰活血之功。常用通脉降浊方加减。常用柴胡、枳实、黄芩、大黄、法半夏、白芍、丹参、茯苓、陈皮、三七、炙甘草。本证多伴气虚,故当注重补气,气行则痰行,痰浊则易祛;心阳宣通,则气血易于运行;稍佐醒脾化湿之品,如陈皮、砂仁、藿香、佩兰等,脾运则痰湿无由所生;加枳壳、柴胡等品,可使气顺则痰消。

3.2.3 温中健脾 通络止痛法 患者久病必虚,而脾气虚日久即会出现脾阳不足。若中阳虚衰,阴寒内盛,或素体脾胃阳虚,或气虚中寒,或上逆心胸,复感寒邪而致胸阳痹阻,心血瘀阻,痹阻心脉,可致猝然心痛如绞,汗出,每因寒冷刺激而诱发或平素胃脘痛,喜温喜按,大便溏薄,舌淡苔白,脉迟。“胸痹缓急者,薤白附子散主之”(《金匱要略》)。此病治应温中散寒,宣通心阳,健脾益胃。若中焦脾胃之寒散,则胸阳自运,心脉自通。杨教授以仲景之法常选附子人参汤加温阳通脉汤加减。附子人参汤功用辛甘化阳,温中助阳,健脾益气,可以阳气振奋,阴寒消除,使得脾气得以恢复,可以有效治疗脾气虚而偏于阳虚有寒者。合用温阳通脉汤加强活血化痰之功,方中赤芍、红花、丹参、川芎、配伍,行气而不破气,活血而不破血的特点。如有合并心律失常者,杨关林教授常加用甘松治疗。甘松甘而不滞,香而不燥,温而不热,功可疏肝气,畅脾胃之气机,并能补中寓,疏开胃消食。现代药理学研究表明甘松可以抗心肌缺血、保护心肌细胞、抗心律失常、降血压等药理作用^[16]。

胸痹心痛病位在心,在治疗痰瘀互结证时,杨关林教授同时注重补心、养心、安神等药物的配伍。药用当归、茯神、远志、酸枣仁、木香、龙眼肉等。治疗本证重在养血和血,要慎用破血逐瘀之剂,忌大辛大热及燥热耗气之品,以达到血旺则血行,祛瘀生新的目的;同时注重气机的调畅,常加厚朴、枳壳、绿萼梅、香橼、佛手等理气之剂,寓通于补,使得补而不滞;心脾两虚者常伴有心悸怔忡之症,故加入养心安神镇静,如酸枣仁、珍珠母、磁石等药物。

3.3 预防与调摄

此外杨关林教授同时注重因人制宜,预后调护,综合调理。根据患者体质的不同,加减配伍。偏阴虚者,证见胸部灼痛,口干渴,五心烦热,舌红,少苔,脉弦细数,加生地、沙参、麦冬;偏阳虚者,证见形寒肢冷,手足不温,舌淡胖,苔白润,脉沉细无力,可加附子、细辛、肉桂;偏气虚者,证见胸闷,气短,倦怠懒言,乏力,自汗,舌淡,脉细或结代,可加入党参、茯苓、白术;偏血虚者,证见胸部隐隐作痛,面色萎黄,

头晕,肢体麻木,舌淡,脉细,加阿胶、大枣;如若患者每每发作,与情志因素有关,见胸胁胀闷而痛,暖气,善太息,易于生气,脉弦,加柴胡、合欢皮、枳壳,以疏肝理气,同时注重开导患者,畅其情志。

吾师杨关林教授亦注重对患者饮食、运动等方面进行指导。杨教授认为冠心病患者应选择低盐、低脂、富含维生素及纤维素的食物,如蔬菜、水果、粗粮、菌类、深海鱼等,尽量用植物油类,并戒烟限酒。同时根据患者的身体状况选择适当的运动种类及运动量进行身体锻炼,如太极拳、散步、气功等;同时叮嘱患者饮食有节,起居有节,畅情志,避风寒等。这些调护措施对胸痹心痛的预防和再发生的控制均具有极其重要的作用。

综上所述,胸痹心痛痰瘀互结证从脾胃论治的理论,与临床实践均有一定研究基础,对临床上的应用具有较高的实用价值,值得进一步深入研究。调理脾胃是防治胸痹心痛的基础法则,理论和临床研究均证实冠心病从脾胃论治的重要性及可靠性,运用健脾、活血、养心、祛瘀化痰等可有效减少诱发和加重胸痹心痛的因素,从而缓解和改善胸痹心痛的症状,重视各个脏腑之间的联系,辨证施治,体现了中医药治疗的整体观。目前冠心病从脾胃论治研究也存在一些不足,例如:对于相关治疗方法的基础性研究如动物实验、相关药物的药理学研究如药效学和药代动力学及循证医学等研究相对比较薄弱,这些迫切需要在今后的科研工作中不断的加强和完善。

参考文献

- [1] 韩学杰,沈绍功. 中医治疗冠心病心绞痛研究进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2003, 9(7): 78-80.
- [2] 房肖曼,陈晓. 中医辨治痰瘀互结型冠心病研究进展[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35(8): 1272-1274.
- [3] 张仲景撰,何任,何若苹整理. 金匱要略[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005: 31.
- [4] 王庆其. 内经选读[M]. 北京:中国中医药出版社, 2008: 5.
- [5] 杨利,邓铁涛. 冠心病三论[J]. 湖南中医药导报, 2004, 10(6): 8-10.
- [6] 徐莲香. 冠心病中医证型分布特征及与相关个性特征、心理状态的初步研究[硕士论文]. 广州中医药大学, 2007.
- [7] 罗卫平. 冠心病中医证型分布特征研究[J]. 按摩与康复医学, 2012, 3(1): 184-186.
- [8] 卞继芳,王清海. 冠心康颗粒治疗冠心病稳定性心绞痛49例临床观察[J]. 河南中医, 2005, 25(7): 30-33. 足见痰瘀互结证的重要性。
- [9] 潘光明,盛小刚. “心脾相关”理论源流探讨[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2011, 9(7): 741-745.
- [10] 张瑞珍,贾云芳,侯仙明. 冠心病治疗中心胃关系探讨[J]. 河北中医药学报, 2013, 28(1): 8-9.
- [11] 范永升. 金匱要略[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社, 2004: 20.
- [12] 王庆其. 内经选读[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社, 2007: 501-513.
- [13] 杨士赢. 仁斋直指方[M]. 上海:上海第二军医大学出版社, 2006: 220.
- [14] 何朝春. 益气活血化痰法治疗冠心病心绞痛96例[J]. 中外医疗, 2010, 30: 98.
- [15] 刘光颖,张哲,杨关林. 杨关林教授从脾胃论治胸痹心痛临床经验总结[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(1): 64-66.
- [16] 万新,石晋丽,刘勇,等. 甘松属植物化学成分与药理作用[J]. 国外医药:植物药分册, 2007, 22(1): 1-6.