

# 杨积武治疗冠心病不稳定型心绞痛经验撷菁

周 绮, 指导: 杨积武

(辽宁中医药大学, 辽宁 沈阳 110032)

**摘 要:** 不稳定型心绞痛 (UAP) 是介于稳定型心绞痛和急性心肌梗死间的心肌缺血综合征。本病多发于中老年人, 皆因脏腑亏损, 阴阳失调, 气血失和所致, 气虚常为气滞血瘀的病因病理重要环节。扶正和祛邪是治疗本病的两大法则。杨积武教授通过临床辨证, 分以益气活血法、疏肝养肝法、健脾养心法、补肾固本法, 并结合现代医学, 每每取得良好效果。

**关键词:** 不稳定型心绞痛; 中医药治疗; 经验

**中图分类号:** R259.414

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1009-5276(2006)03-0409-02

不稳定型心绞痛 (UAP) 是介于稳定型心绞痛和急性心肌梗死间的心肌缺血综合征, 包括初发劳力型、恶化劳力型、自发型心绞痛, 以及梗死后心绞痛。其发生原因是由于粥样硬化斑块破裂、出血并发血栓形成, 造成管腔不完全性阻塞, 或血管痉挛, 或斑块因脂质浸润急剧增大所致, 以发作性胸骨后疼痛为特征, 属于中医学的“心痛”、“胸痹”范畴。杨积武教授是辽宁省名医之一, 博士生导师, 首席主任医师, 现任中医学院附属医院心内科主任, 几十年来致力于心血管疾病的研究, 积累了丰富的中医治疗经验。笔者在学习、整理杨师的临床经验的过程中, 为其辨证思路之灵活与中药运用之巧妙所深深折服, 现将其治疗胸痹的经验介

绍如下。

## 1 病因病机

胸痹属本虚标实证, 病在心肺, 但与五脏相关, 上焦心肺机能不足是发病的基础。在内虚的基础上, 或外感时邪, 或内伤情志, 或饮食失节, 导致气血、痰浊瘀阻心胸, 脉络阻滞而为胸痹。胸痹虽为本虚标实之证, 但初起正虚往往不太明显, 而是以邪实为主, 病起于七情内伤者, 以气滞心胸为主要见证, 症以胸闷气短为主, 可偶发心痛。若多食膏粱厚味, 形体肥胖, 或气郁日久, 多成为痰浊瘀阻之证。此时虽胸脘满闷, 咳吐痰浊, 但心痛也常发作。若痰浊瘀阻, 血行不畅, 日久遂成心血瘀阻之证, 此时患者以心胸疼痛为

作, 血因痛散则止血, 三七气味苦温, 能于血分化其血瘀。”现代研究认为可以改善微循环, 扩张毛细血管, 增加组织流量, 增强纤维蛋白的溶解, 抗血栓, 抑制血小板聚集, 减少肾小球局部 TGF- $\beta$  的含量, 减弱其放大作用, 对于减少尿蛋白, 增加肾血流量, 增强肾小管排泄以及防治增生、纤维化、硬化有显著疗效。

因为脾肾阳虚为慢性肾炎蛋白尿临床最常见证型, 故唐主任常用附子汤加补骨脂、金樱子、芡实等临证加减, 脾肾气虚型常用方剂如水陆二仙丹, 偏脾虚者可以用参苓白术散加补骨脂、金樱子、菟丝子之类; 偏肾虚者可以用五子衍宗丸加党参之类; 肝肾阴虚者治宜滋养肝肾, 佐以平肝潜阳, 方用六味地黄丸合羚羊钩藤汤加减, 药用生熟地、山茱萸、丹皮、羚羊角、钩藤、菊花等。湿热互结型方用滋肾通关丸合五味消毒饮加白花蛇舌草、半枝莲、土茯苓等。

## 3 体 会

唐师强调, 在慢性肾炎蛋白尿的分型论治过程中, 益气活血要贯穿始终。黄芪为治疗此病之要药, 蛋白渗出属腠理不固, 本药古称可以紧“腠理”。慢性肾炎蛋白尿患者由于元气不足, 表卫不固, 易出现上呼吸道感染、慢性咽炎, 诱发蛋白尿反复加重, 临床上可见病人因为外感不愈而尿蛋白不消, 或者是慢性肾炎尿蛋白常因为外感而复发, 中医辨

证注意病因, 急治其标, 采用疏风清利或养阴清利的方法, 使表证解而蛋白消; 并且叮嘱患者要注意防寒保暖, 避免感冒诱发。“久病必瘀”, 慢性肾炎患者, 肾小球病变与中医“瘀血”有相通之处。瘀血是慢性肾炎发生发展过程中形成的重要病理产物, 同时又使病机复杂化, 是病情缠绵难愈的因素。通过活血化瘀, 改善肾脏的血流量, 增强肾小管排泄, 减少蛋白尿以及防治增生、纤维化、硬化有显著疗效。本病由于病程长且易反复, 患者常发生抑郁症状, 因此调畅情志必不可少。除在内服药中酌加疏肝理气之品外, 还会告诫患者及家属舒畅情志的小知识, 让患者保持心情愉悦, 从而有利于疾病的治疗。

## 4 病案举例

冯某, 女, 42 岁, 2004 年 3 月 21 日初诊。患慢性肾小球肾炎 3 年余, 肾穿刺病理类型为中度系膜增生性肾炎 (MsPGN), 曾用中西药治疗未能完全缓解。刻下症见: 面色淡黄, 眼睑浮肿, 纳差乏力, 伴腰痛, 夜尿频多, 尿常规: PRO (+ +), 红细胞 (±), 24h 尿蛋白定量 2.1g/L, 血清 ALB 34g/L, 脉濡细, 舌淡苔白腻。证属脾肾气虚挟湿型, 治宜健脾固肾, 益气祛湿, 用参苓白术散加减: 黄芪 30g 三七 8g 人参 12g 茯苓 20g 炒白术 15g 薏苡仁 30g 山药 20g 泽泻 30g 丹皮 15g 川芎 25g 金樱子、芡实各 20g。同时嘱患者摄入优质蛋白饮食, 调畅情志。1 周后, 患者眼睑浮肿消退, 腰酸、乏力减轻。尿蛋白 (+), RBC (-), 24h 尿蛋白定量 1.5g/L, 舌淡苔白, 脉濡细。守方加乌梅 15g 继服 2 周, 尿 RT 正常。嘱患者继服 2 月, 并注意防寒保暖, 以巩固疗效。随访至今未见复发。

收稿日期: 2005-09-02

作者简介: 周绮 (1980-), 女, 辽宁沈阳人, 2003 级硕士研究生, 研究方向: 心血管中西医结合临床。

主,且发作较频,兼有舌黯或瘀斑点,脉细涩。在心脉瘀阻的基础上,或感于寒邪或因于劳累,心阳益损,则可发生寒凝心脉,此为标实之重证。上证若调治得当合理,病情可好转,若失治与误治,由实证转为虚证,常发生心阳暴脱。胸痹之虚证,一是久病失养,脏气亏虚而得,一是由实证转化而成,二者演变规律不尽相同。由实变虚者,就气与阳而论,往往先见气虚,后成为阳虚;就阴血而论,先有血虚,再及阴精。从五脏而论,一般由心及脾,再到肝肾。其中病在心脾者较轻,病及肝肾者往往难以治之。由久病失养,他脏先病而后及于心者,则以脾病及心或肝肾阴虚及心较为常见。其发病先后,取决于原病之脏,而无一定规律可循。

本病多发于中老年人,皆因脏腑亏损,阴阳失调,气虚失和所致,故气虚则常为气滞血瘀的病因病理重要环节。现代医学研究证实,老年冠心病不稳定型心绞痛高危患者,左心室大范围心肌缺血,射血分数降低,左心室功能低下,是冠心病“心气虚、心阳虚”的实质。所以老年不稳定型心绞痛患者临床上除心绞痛症状外,大多不同程度地伴有心悸、气短、疲乏无力、头晕、体力下降等症。

## 2 关于辨证论治

杨师认为临证辨清“标本”十分关键,所谓“知标本者,万举万当;不知标本,是为妄行”。扶正和祛邪是治疗本病的两大法则,而辨该病之虚实多少,在阴在阳,病涉及何脏,是至关重要的。初病及年轻体壮者“以通为补”,久病及年老体弱者“以补为通”,寓通于补,以补为通,补则着重于阳气,通当从痰、从瘀着手,通补结合,痰瘀同治,标本兼顾。杨师用药温而不燥,活而不破,补而不滞,滋而不膩,以调和气血,畅达血脉,恢复脏腑功能,祛除病因,解除病痛。主要治疗方法有以下几种。

2.1 益气活血法 心主血脉,血瘀阻络,或挟寒凝,或挟痰浊,不通则痛,而发胸痹。本病多发老年人,且久病伤及气血,故以本虚为主,临床以气虚血瘀证为多。气虚主要表现在元气亏虚和宗气不足。“气为血之帅”,气虚则无以温养血脉及推动血液在脉管内正常运行,致使瘀阻血脉。故而益气固本,活血通脉为主要治疗大法。然本病之治,最讲中庸之道,忌用大攻大补,益气与活血要恰到好处,以扶正而不助邪,攻邪而不伤正为原则。益气以人参、黄芪为主。人参,《本草纲目》谓之有补气宁神,益智养心作用,尚可通血脉。黄芪,可补诸虚不足,亦为补气之要药。参芪配伍,补气作用尤强。辅以川芎、当归、丹参、红花等活血化瘀之品,使得心气旺盛,心脉疏通,则痹痛可止。若血瘀明显,可血府逐瘀汤活血化瘀为主以治标,但因活血化瘀之剂久服易损伤正气,又因本病以虚为本,故待标证缓解后,再以益气以固本。若兼血虚,加养血活血药,如丹参、当归、熟地、芍药、鸡血藤;若兼痰浊闭阻,则以豁痰开结,加瓜蒌、薤白;若兼有热象,加丹皮、赤芍、黄连;若兼寒象,加肉桂、桂枝;若病久耗气伤阴,则气阴并补,以生脉散加减;气损及阳,则以红参易人参,与芪相伍,加强补气助阳之力。因本病存在“标实”之证,即痰浊瘀血阻塞心脉,故不论本病病程长久,病势缓急,活血药为必用药。

2.2 疏肝养肝法 “气行则血行,气滞则血瘀”。气滞与血瘀常互为因果,同时并见,仅为程度轻重不同而已,故在活血药中加以行气药,寓行气于化瘀之中。杨师尤其注重肝气之疏通。明代薛己《薛氏医案》指出:“肝气通则心气和,肝气滞则心气乏。”肝为藏血之脏,性喜条达,能调节血量、血流及经脉之舒缩。若因情志不畅,肝失疏泄,经脉舒缩障碍,心之络脉挛急而发胸痹心痛。临床因情志不遂而发病者亦多见,中医证属肝郁气滞,多用枳壳、川楝子、乌药、元胡以疏肝理气止痛。围绝经期妇女常合并植物神经功能失调症,加益母草、郁金、香附、白芍以养血柔肝。或见肝阴亏虚,无以敛阳,肝阳上亢,甚至肝风内动者,当加天麻、钩藤、石决明。

2.3 健脾养心法 病之初期,常由心及脾,症见心胸部隐隐作痛,时发时止,心悸气短,失眠头晕,倦怠乏力,纳呆食少。脾胃失调,升降失司,浊气上逆,则阻于胸中而发心病;脾胃虚弱,气血生化乏源,营血亏虚,血少不运而致脉道滞涩不通发为胸痹。治疗上应注意预防,晚饭宜少,适量运动,减轻体重,以免损伤脾胃。若系湿浊为患,阻碍气机者选用党参、白术、茯苓、枳壳、厚朴;若见心神不宁,则选用枣仁、远志、珍珠母、磁石、夜交藤。

2.4 补肾固本法 肾之阴阳是五脏阴阳的根本,即“五脏之阴非此不能滋,五脏之阳非此不能发”,冠心病的发病与老年肾衰而心失温养濡润有密切关系。肾阳不足,不能鼓舞心阳,则心阳不振;或致阴寒内生,或致痰湿内生,均可发为心痛;肾阴亏虚,不能上济心阴;或阴虚火旺,灼津为痰,均可发为心痛之因。而从临床表现上看,多数冠心病不稳定型心绞痛患者都兼有肾虚症状,如常见短气乏力,头晕耳鸣,记忆力减退,腰膝酸软,小便频数,听力减退,女性绝经等;肾阳衰微者常见畏寒肢冷,精神倦怠,自汗,浮肿,舌淡体胖,脉沉迟细弱或结代;肾阴不足者,多伴五心烦热,口干盗汗,面红,小便短赤,大便秘结,舌红少苔,脉细数或促。然肾为水火之脏,肾阳寓于肾阴之中,故当阴阳互补,不可偏颇,常用菟丝子、五味子等。菟丝子能补肾养肝,温脾助胃,但补而不峻,温而不燥,故入肾经,虚可以补,实可以利,寒可以温,热可以凉,湿可以燥,燥可以润。五味子五味皆备,而酸独胜,酸敛生津,保固元气,入肾有固精养髓之功,常合麦冬生津益血,配人参乃取生脉之意。

## 3 小 结

杨师认为,不稳定型心绞痛病机复杂,变化多端,不可拘泥于一方一药,对于稳定型心绞痛和心肌梗死者,亦可运用上法,详细辨证,随证加减。本病属急症重症,如果不加以积极控制,可发展成为ST段抬高或非抬高型心肌梗死,然中药的弱点是药物作用的特异性差,在应急时不能发挥立竿见影的效果,故宜采用中西医相结合的综合治疗方法,以达到更好更快的疗效。若病势较缓,病症较轻,可合并口服硝酸酯类药物,小剂量阿司匹林,β受体阻滞剂,钙离子拮抗剂等。若病势紧急,病情危重,当静脉使用硝酸酯类,中药针剂,以及低分子肝素,必要时考虑介入治疗。另外需严格控制冠心病危险因素,如高血压病、血脂异常、糖尿病以及不良生活习惯,包括吸烟、酗酒等。