

王作顺从气、痰、血论治胸痹经验

李子敬¹, 王作顺²

(1. 天津中医药大学, 天津, 300193;

2. 天津市中医药研究院附属医院, 天津, 300120)

[摘要] 介绍王作顺主任医师从气、痰、血论治胸痹的经验。王师认为本病的基本病机是气滞、痰凝、瘀血阻滞, 其病位在心, 临床自拟活血化痰通痹汤从气、痰、血论治, 并随证加减, 取得良好疗效。并附验案3则, 以资佐证。

[关键词] 胸痹; 气、痰、血; 名医经验; 王作顺

[中图分类号] R **[文献标识码]** A256. 22 **DOI:** 10. 16808/j. cnki. issn1003-7705. 2018. 06. 008

胸痹是以胸部闷痛, 甚则胸痛彻背, 喘息不得卧为主症的一种疾病^[1]。依据症状, 西医冠心病心绞痛、心肌梗死等均属于胸痹范畴。最新资料显示, 由于我国人口老龄化及城市化进程加速, 以及心血管疾病危险因素暴露增加, 我国心血管疾病患病率及病死率处于上升趋势, 病死率更是占居民疾病病死率的40%以上, 成为我国居民的首位死因, 其中农村以44.60%高于城市的42.51%^[2]。心血管疾病逐渐高发, 不仅严重影响了居民身体健康及生活质量, 也加重了患病家庭的经济负担和社会负担, 因此心血管疾病防治迫在眉睫。笔者(第一作者)导师王作顺, 是天津市中医药研究院附属医院心病科主任医师, 第三批全国优秀中医临床人才, 中华中医药学会仲景学说分会委员, 临证三十余载, 学验俱丰, 尤擅治疗心血管疾病, 现将其治疗胸痹经验介绍于下。

1 病因病机

王师认为, 胸痹的病位在心, 基本病机为气滞、痰凝及瘀血阻滞心脉; 其病因多为七情内伤、饮食不节、年老体虚等。七情内伤而气机不畅, 肝气郁滞则横犯脾胃, 脾胃运化失调而生痰湿; 肝气郁滞则血行不畅, 血流停聚而生瘀血; 气滞于心, 痰瘀交

结阻于心脉, 心脉失养, 则发胸痹。饮食不节, 嗜食肥甘厚味, 烟酒成癖, 造成脾胃运化功能失调, 肥甘无以消化而积为痰湿, 痰湿阻滞中焦, 中焦气机无以宣化而成气滞, 气滞则血不行, 血不行则留而为瘀; 中焦气滞不通, 无以宣导心脉之痰瘀, 痰瘀阻于心脉, 而发为胸痹。人年老则气虚不足, 行血无力而为瘀滞, 脉络不通而血瘀于络; 年老脾胃功能下降, 无以运化水湿, 水湿聚而成痰, 痰阻于脉道经络, 则气滞而血瘀。气虚而滞, 痰瘀交阻, 则胸痹矣。

2 辨证论治

王师认为, 由于胸痹的基本病机为气滞、痰凝、瘀血阻滞心脉而致, 治疗上当从气、痰、血论治, 运用自拟的活血化痰通痹汤治疗本病。活血化痰通痹汤的主方组成为瓜蒌、薤白、清半夏、枳壳、桂枝、川芎、丹参、茯苓。方中以薤白为君, 行胸中之气滞, 兼破心脉之痰凝; 枳壳下气行痰结, 以助薤白行气逐痰; 瓜蒌、清半夏燥湿化痰, 消痞散结除痹; 茯苓利水渗湿, 健运脾胃, 以除生痰之机; 川芎、丹参活血化瘀, 行气止痛除痹, 此六药共为臣药。桂枝温阳通脉, 行气止痛, 入心经, 能将诸药之药力引入心脉, 故为佐使药。炙甘草调和诸药, 补脾养胃, 以

西医基础治疗, 直接缓解急性发作症状; 缓解期祛湿健脾, 方选香砂六君子汤, 改善因慢性心力衰竭所致的消化道症状; 后期以黄芪建中汤温中补虚, 重建中焦功能, 改善远期预后; 其治疗体系完整, 中医药特色突出, 临床疗效显著。

参考文献

- [1] 葛均波, 徐永健. 内科学(8版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 162-166.
- [2] 张仲景. 金匮要略[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 44.

- [3] 柯雪帆. 心力衰竭辨证论治的经验体会[J]. 新疆中医药, 1994, 12(2): 1-4.
- [4] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2009: 95-97.
- [5] 陶玲, 史琴, 沈祥春. 小建中汤有无饴糖对实验性小鼠脾虚模型的作用研究[J]. 中药药理与临床, 2008, 24(6): 12-14.
- [6] Hunt HA, Baker DW, Chin MH, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary[J]. J Am Coll Cardiol, 2001, 38(7): 2101-2113.

(收稿日期: 2017-06-06)

第一作者: 李子敬, 男, 2015级硕士研究生, 研究方向: 中医内科学(心血管疾病方向)

通讯作者: 王作顺, 男, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 中医内科学(心血管疾病方向), E-mail: tjwzs666@126.com

防攻伐太过而伤正。气滞重者加檀香、砂仁辛香行气,以助薤白、枳壳破气结,通心脉之痹痛;痰凝重者加檀香、胆南星、竹茹,胆南星、竹茹化痰湿,兼清痰凝所致之郁热,檀香以增行气之力,因气行则水湿化,故用之;血瘀重者加三棱、莪术、胆南星、竹茹、檀香,三棱、莪术破气结行血,胆南星、竹茹清郁热、化痰湿,檀香行气以除痰结破血瘀。

3 典型病案

案1:任某,女,70岁,2016年7月8日初诊。主因胸闷憋气伴心前区疼痛3d就诊。现症见胸闷气短,心前区窜痛,时头晕、头痛,双下肢怕冷,寐差,大便干燥。舌淡苔薄白,有裂纹,脉弦。查BP 170/90mmHg,血压时高时低,HR 63次/min,心电图示:Ⅱ、Ⅲ、aVF导联S-T段压低,心肌缺血样改变。西医诊断:冠心病心绞痛,高血压病,心肌缺血;中医诊断:胸痹,气虚气滞证。方用活血化瘀通痹汤加味:瓜蒌15g,薤白20g,清半夏15g,枳壳10g,桂枝15g,川芎15g,丹参30g,茯苓40g,檀香10g,砂仁15g,党参25g,生黄芪30g,香附10g,炙甘草10g,炒白术15g,桔梗10g。7剂,水煎服,每天1剂,分2次温服。二诊:患者诸症皆有好转,仍诉寐差,时头晕头痛,查BP 150/80mmHg。效不更方,守方继服14剂。三诊:诸症大为好转,仍诉寐差,头晕头痛减轻亦不明显。前方去党参、炒白术,加天麻10g、五味子15g,14剂,煎服法同前。四诊:诸症悉愈,将前方配成水丸,每天服用3次,每次9g,以巩固疗效,防止病情反复。

按:此患者气短,时头晕、双下肢怕冷,寐差,舌淡苔薄白,有裂纹,此为气虚之象;胸闷,心前区窜痛,头痛,大便干燥,脉弦,此为气滞之象。其气滞根本原因源于气虚,故方中加入党参、炒白术、炙甘草以补中焦脾胃之气,桔梗载药上行,使所补之气入于心脉;香附行气,则无呆补之弊。后加天麻以止晕,加五味子以养心安神,助其安寐。

案2:丁某,女,68岁,2016年9月2日初诊。主因心悸伴前胸后背疼痛1周就诊。现症见心悸,心前区及后背疼痛明显,寐差,纳差,食后腹胀,大便黏腻不爽,小便可。舌质红苔少水润,脉滑。查BP 160/100mmHg,HR 74次/min,心电图示:V1、V2、V3导联S-T段压低,心肌缺血样改变。西医诊断:冠心病心绞痛,高血压病,心肌缺血;中医诊断:胸痹,痰湿阻滞证。方用活血化瘀通痹汤加味:瓜蒌15g,薤白20g,清半夏15g,枳壳10g,桂枝15g,川芎15g,丹参30g,茯苓40g,檀香10g,胆南星15g,竹茹15g。7剂,水煎服,每天1剂,分2次温服。二诊:诸症皆有所减轻,唯夜寐欠安,大便黏腻不爽等症未见减轻,效不更方,守方继服14剂。三诊:情况同前,继服14剂。四诊:诸症皆有明显好转,夜寐欠安亦有所好转,大便已不甚黏滞,加五味子15g,继服14剂。五诊:诸症悉愈,将前方配制成水丸,每天服用3次,每次9g,以巩固疗效,防止病情反复。

按:此患者心悸,心前区及后背疼痛明显,寐差,纳差,食后腹胀,大便黏腻不爽,小便可,舌质红

苔少水润,脉滑,当辨为痰湿阻滞心脉之证,故加入行气之檀香,清热化痰之胆南星、竹茹,清化热痰以除痹;患者夜寐欠安,故用养心安神药,但此类药多滋腻,生痰湿,故于痰湿即将化尽之时用之。

案3:孙某,男,67岁,2017年2月10日初诊。主因心悸伴心前区及后背疼痛5d就诊。6年前曾因阵发性胸闷憋气、气短及心前区疼痛到当地医院住院治疗,诊断为高血压病、冠心病,出院后遵医嘱口服阿托伐他汀钙片、阿司匹林肠溶片、硝苯地平控释片等药物治疗,之后病情时有反复。5d前患者劳累后出现胸闷气短,心前区及后背疼痛,入睡困难,睡后易醒,易惊惕,夜间突然开灯时尤甚,暖气打嗝后方觉舒服,咳黄痰,纳差,口干不欲饮,小便可,大便干结。舌质暗红有瘀斑、苔黄腻,脉涩。查BP 150/105mmHg,HR 62次/min,心电图示:全导联S-T段压低,心肌缺血样改变,窦性心律不齐,偶发房性期前收缩。西医诊断:冠心病心绞痛,高血压病,心肌缺血,心律失常;中医诊断:胸痹,气滞痰凝血瘀证。方用活血化瘀通痹汤加味:瓜蒌15g,薤白20g,清半夏15g,枳壳10g,桂枝15g,川芎15g,丹参30g,茯苓40g,檀香10g,胆南星15g,竹茹15g,三棱15g,莪术15g,炙甘草15g,水蛭10g,桃仁10g,石菖蒲15g,远志15g,炒山药20g。7剂,水煎服,每天1剂,分2次温服。二诊:诸症皆有减轻,寐欠安、易惊惕未见好转,效不更方,守方继服14剂。三诊:诸症明显好转,寐仍欠安、易惊惕稍有好转,效不更方,守方继服14剂。四诊:诸症大为好转,寐欠安、易惊惕症状同前,前方去水蛭、桃仁、石菖蒲、远志、炒山药,加酸枣仁20g、五味子15g,14剂,煎服法同前。五诊:诸症悉愈,将前方配制成水丸,每天服用3次,每次9g,以巩固疗效,防止病情反复。

按:此患者胸闷气短,心前区及后背疼痛,入睡困难,睡后易醒,易惊惕,夜间突然开灯时尤甚,暖气打嗝后方觉舒服,咳黄痰,纳差,口干不欲饮,小便可,大便干结,舌质暗红有瘀斑、苔黄腻,脉涩,当辨为胸痹之气滞痰凝血瘀证。故加入檀香、胆南星、竹茹、石菖蒲、远志以行气化痰;加三棱、莪术、水蛭、桃仁以活血化瘀除痹;炙甘草、炒山药固护正气,以防攻伐太过。

4 小结

综上所述,王师认为本病的基本病机是气滞、痰凝、瘀血阻滞,其病位在心。应用自拟的活血化瘀通痹汤从气、痰、血论治本病,并随证加减。由于本病属于慢性病,病情易反复,故王师每于患者大愈之后,配制水丸,巩固疗效,防止病情反复。用之于临床,取得良好疗效。

参考文献

- [1] 周仲瑛. 中医内科学(2版)[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007:135.
- [2] 陈伟伟,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告2015》概要[J]. 中国循环杂志,2016,31(6):521-528.

(收稿日期:2017-06-13)