

李锡光治疗冠心病 PCI 术后经验

赵旋, 李锡光, 邓嘉星, 张远照, 匡朋, 李成林

(广西中医药大学, 广西 南宁, 530001)

[摘要] 总结全国名老中医李锡光教授治疗冠心病 PCI 术后患者的临证用药经验。李教授认为, 冠心病的病因系痰浊、瘀血阻滞脉管, 病机为正气虚损、气血阴阳不足。而对于冠心病 PCI 术后的患者而言, 其证型多属痰瘀阻脉、气阴两虚; 治疗应以益气养阴、通龙路、调三气为法; 组方用药上强调扶正与祛邪兼顾。

[关键词] 冠心病 PCI 术后; 中医药疗法; 名医经验; 李锡光

[中图分类号] R259.414 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.11.007

冠状动脉粥样硬化性心脏病系因冠状动脉粥样硬化而导致人体血管腔变窄、痉挛, 或产生心肌细胞组织缺血缺氧, 甚至发生坏死而引发的心脏病, 简称冠心病。随着社会老龄化和城市化进程的加快, 居民的生活方式不断改变, 我国心血管疾病的发病率和病死率不断攀升。目前, 治疗冠心病急性心肌梗死的有效手段之一即经皮冠状动脉介入术(PCI术), 但其术后也会产生一些问题, 如缺血再灌注损伤、支架内再狭窄、支架内血栓形成等。西医主要以抗血小板、抗血栓等为治疗手段, 但中医学认为, 冠心病 PCI 术后患者多以伤血耗气为主, 术中有管腔受损及人体血液的流失, 而后期药物的长期使用则多有伤阴、伤血、耗气之弊, 加之术后患者体虚, 脾胃功能失调, 气血生化乏源, 继而导致患者正气耗损、恢复欠佳, 机体抗病能力下降, 御邪能力不足, 从而加剧其病情的发展, 或导致久病不愈。

李锡光, 第三批全国名老中医, 有着五十余年的中医内科临床、教学和科研工作经验, 擅长中西医结合治疗, 提倡将心电图与中医脉象相结合, 运用于疾病的诊治中。主张辨证应重视病机, 强调扶正的重要性, 倡导中西医结合治疗, 擅于将中药学的现代研究成果科学合理地应用于中医传统的辨证施治中。益气养阴法是李教授在长期临床工作中总结出的关于胸痹、心痛、心悸等心血管相关疾病的治疗法则, 以益气养阴法论治冠心病 PCI 术后患者, 可切实减轻患者的临床症状, 提高患者的生活质量。现将李教授论治冠心病 PCI 术后患者的经验总结如下。

1 病因病机

中医学将胸痹心痛的致病因素主要归结于痰

浊、瘀血、气滞、寒凝等几个方面, 为“标实”; 而心、脾、胃、肝、肾诸脏亏虚, 功能失调是疾病发病的根本点所在, 为“本虚”。心主血脉, 若心气、心阳虚损, 鼓动运血无力, 则心脉失于温养而发为心痛; 若心血、心阴亏虚, 则心脉不得濡养, 亦可发生心绞痛, 即所谓“不荣则痛”。脾胃同属中州, 主运化、受纳, 为化生气血津液之源。若脾胃虚弱、气血生化乏源, 可致心之气血亏虚; 若运化失司, 水湿积聚成痰, 痰浊闭阻心脉而发为心痛。肝藏血, 属木, 主疏泄调达。若肝之阴血亏虚, 心、肝乃母子之系, 母病及子, 可致心之阴血亏虚; 若肝脏疏达之功减弱或丧失, 肝气郁结于内, 以致心血运行滞涩, 亦可发为心痛。肾为先天之本, 内寄真阴真阳, 五脏之阳非此不能生发, 五脏之阴非此不能滋养。若肾阳亏虚, 不能温煦心阳, 可致心阳不振; 若肾阴亏虚, 不能上滋于心, 以致心阴亏虚, 皆可发为本病。冠心病 PCI 术后患者, 术前血脉被痰浊、瘀血等病理杂物闭塞, 脉络不畅, 造成脏腑、津气血津液等形质损伤, 术中又因利器等金属物质损伤脉络, 可谓阳邪致病, 耗伤阴气, 阴血亏虚, 脉络亏空, 重病、久病之后, 人体正气耗伤, 体质虚弱。李教授认为, 脏腑亏损, 功能失调是本病发病的根本原因; 外邪、情志、劳累等因素常可作为诱发元素存在, 痰瘀是本病继发的和内生的主要致病因子。冠心病 PCI 术后的患者, 病变脏腑总属于心, 气、血、阴、阳调节紊乱, 则脏腑病变产生。李教授认为, 术后患者多为心气虚→阴虚→阳虚, 此三个阶段的发展又因血运不畅、瘀血内停, 最终导致痰浊、瘀血的产生和停滞, 以“本虚”为主, 其中又以气阴两虚为多见。对于此时, 在治疗上万

万不可因已解决的致病物而掉以轻心,所谓“正虚感邪而发病”,一旦复感外邪,无论邪气强弱,均可表现为感邪深入,正气更虚,其病情笃重,预后极差。

2 用药特色

2.1 益气养阴、扶正祛邪 根据冠心病 PCI 术后患者的体质、症状以及发病机制,该病的论治主要以益气养阴、扶正祛邪为法,其中尤以扶正为先导。李教授认为,正气不足是导致冠心病 PCI 术后患者机体虚弱、久病不愈的内在因素,强调术后患者充实的精、气、血、津液是机体驱除病邪、修复调节能力的物质基础。《素问·刺法论》云:“正气存内,邪不可干。”当正气相对虚弱而御邪无力时,致病邪气则乘虚而入。因此,扶正的同时必须兼顾祛邪,即使原发病灶已通过手术去除,但仍不能保证致病的病理物质不会复发,无论是手术还是药物,均能导致脏腑功能的受损,复而发病。冠心病 PCI 术后患者多处于慢性虚损阶段,且根据患者体质与年龄的差异,正气损伤的程度也有所偏差,这便决定了理法方药的不同。再者,术后患者必须接受双抗治疗,且服药时间较长,甚至终生服药,可耗气伤阴,危害人体的正气。因此,对于术后患者的治疗,应加大扶正之力,重视人参、麦冬、五味子、玉竹等益气养阴药物的运用。

2.2 通龙路、调三气 李教授将胸痹心痛的发病机制与壮医学所说的“疏通龙路、通调三气”之理论相结合,龙路亦称血脉、龙脉,是血液流经的通道,将营养物质输送至五脏及肉体。天、地、人三者即为三气,与《内经》中所云“春夏养阳,秋冬养阴,以从其根”的观点相似,强调了人需顺从四时阴阳规律,若违逆四时阴阳则会导致五脏受损,这充分体现了中医学“天人相应”的整体观思想及预防医学思想。对于气阴两虚的冠心病 PCI 术后患者而言,痰瘀是致病的主要病理因素,机体正气虚则痰瘀复生导致龙路不通、三气不能同步,从而出现心脏不适的临床症状,在补虚扶正、益气养阴的治法基础上,予以“通龙路、调三气”之法,如扶芳藤、丹参、当归配伍,可起到“去陈生新、通脉止痛”之功,即心脉通则胸闷痛可去矣。扶芳藤作为壮医药特色常用药材,具有益气活血、疏通龙路、调理气道的功效。除此之外,李教授倡导的中西医结合治疗疾病,将中药学的现代研究成果科学合理地应用于中医辨证施治当中,从而取得了满意

的临床效果。据报道,人参的主要活性成分为人参皂苷,人参单体皂苷对心血管相关疾病具有显著疗效^[1];扶芳藤具有保护心内膜微血管、促进微血管再生的作用^[2-4]。李教授在相关脏腑的治疗上,尤重视脾胃功能的恢复,因脾胃为气血生化之源,脾经药物的使用有助于气血的化生,诸如白芍、茯苓、白术、甘草等。在此基础上,配伍木香等行气之品,可起到芳香、行气、温通的功效,可共奏“通龙路、调三气”之功,能补益术后患者正气并提高其生活质量。

3 典型病案

杨某,男,72岁,2014年11月12日就诊。2014年8月因“胸闷痛十余天”于心血管内科住院治疗,期间行冠状动脉造影术,结果提示:1)左右冠状动脉起源正常,冠脉分布呈右优势型。2)LM(-),LAD近中段弥漫性病变,最重狭窄约80%,中段管状狭窄约30%~40%,远段局限性狭窄约40%;LCX近中段弥漫性病变,狭窄约60%~70%;RCA中远段弥漫性病变,最重狭窄约70%。术中予左前降支中段狭窄处植入支架一枚,术后遵医嘱规律服药。此次就诊诉胸闷劳累时发作明显,时有胸痛,每次发作持续3~4s,休息后可自行缓解,无放射痛,偶有干咳、乏力,活动后气促,五心烦热,夜间入睡后汗出明显,面色少华,纳寐尚可,有痔疮出血,量少、色鲜红,小便正常。舌质暗、舌边红,苔白,脉弦细。西医诊断:冠心病 PCI 术后。中医诊断:胸痹心痛,气阴两虚夹瘀证。治以益气养阴、行气化瘀止痛为法。处方:扶芳藤 20g,人参 20g,黄芪 20g,山茱萸、仙鹤草、茜草、白术各 15g,丹参、川芎、白芷、延胡索、黄柏、砂仁(后下)、防风、木香、麦冬、五味子、槐花各 10g。每天 1 剂,水煎约 400ml,分早晚 2 次饭后温服。11 月 30 日二诊:患者诉胸闷痛较前减轻,夜间盗汗较前减少,惟觉乏力,时有嗝气反酸,口干易烦,无其他特殊不适,纳寐尚可,已无痔疮出血,小便正常。舌质尖边红、苔薄黄,脉弦细。守初诊方去茜草、槐花,加黄柏 15g,海螵蛸 10g。每天 1 剂,水煎至约 400ml,分早晚 2 次饭后温服。12 月 24 日三诊:患者二诊方已服用 1 个月余,诉无明显胸闷痛,夜间汗出明显减少,活动可,乏力减轻,面色少华,纳尚可,夜寐欠佳,二便正常,舌质稍暗、尖边红,苔薄白,脉细,证属气阴两虚为主,治以益气养阴、扶正祛邪。处方:扶芳藤、人参、黄芪、酸枣仁、茯神各 20g,麦冬 10g,五味子 10g,山茱萸 15g,丹参 10g,川芎 10g,白芷 10g,白术 20g,防风 10g,木香 10g,砂仁(后下) 10g,仙鹤草 15g,夜交藤 15g。每天 1 剂,水煎,分早晚 2 次饭后温服。患者服用药物半年余,病情稳定,症状改善,守法观察,定期复诊。患者于 2015 年 9 月复查冠脉造影术,提示 LAD 近中段支架固定到位;LCX 近中段弥漫性病变,狭窄约 50%~60%,TIMI 血流 3 级;RCA 中远段弥漫性病变,最重狭窄约 55%,TIMI 血流 3 级。

梁雪从“开阖枢”论治胃食管反流病经验

陈星玥¹, 谭志康¹, 王亚飞¹, 梁雪²

(1. 广西中医药大学, 广西 南宁, 530001;

2. 广西中医药大学第一附属医院, 广西 南宁, 530023)

[摘要] 介绍梁雪教授运用“开阖枢”理论治疗胃食管反流病的经验。梁教授认为胃食管反流病的治疗应从“开阖枢”入手, 着眼于降胃气, 清肝胆, 并总结了“开阖枢”对于胃食管反流病治疗的重要指导作用, 自拟五味清胆方, 以蒲公英、紫花地丁为君药清泄胃火以降胃气, 柴胡、郁金、佛手为臣疏肝解郁以清肝胆, 并根据患者临床症状灵活加减, 在临床上取得了满意的疗效。

[关键词] 胃食管反流病; 开阖枢; 名医经验; 梁雪

[中图分类号] R259.73 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.11.008

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是因胃内容物反流入食管、口腔、咽喉或肺所致的一种常见消化系统疾病, 烧心和反流是其最典型的症状。在我国, 约37.6%和35.5%的患者伴有胸痛和上腹痛, 此外还可伴有食管外症状, 如咳嗽、咽喉症状和哮喘等^[1]。在中医学中, GERD属于“吐酸”“食管瘕”的范畴, 其病位在食管和胃, 与肝、胆、脾、肺相关, 其基本病机为肝胆

失于疏泄, 胃失和降, 胃气上逆, 其病证变化多端, 临床症状多种多样^[1]。梁雪系广西中医药大学附属医院主任医师, 研究消化系统疾病二十余年, 在临床上积累了丰富的经验, 对胃食管反流病的治疗有独到的见解, 其运用《内经》中“开阖枢”理论, 创新性地提出了“阖阳明, 转枢机”的治疗大法, 本文将梁雪运用“开阖枢”理论论治胃食管反流病经验总结如下。

第一作者: 陈星玥, 女, 2016级硕士研究生, 研究方向: 中医药防治脾胃病

通讯作者: 梁雪, 女, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 中医药防治脾胃病, E-mail: 1195614543@qq.com

按语: 李教授在辨证论治的过程中强调方剂组成应体现中医药理论和理法方药一致的原则, 即方剂的整体功效, 而不是“个药”的个性功能或是各药作用的简单相加。冠心病PCI术后患者属本虚标实之证, 以气阴两虚为本, 瘀血痰浊为标。因此, 在疾病治疗中应强调标本兼顾, 组方以益气养阴、活血祛瘀、理气止痛为法, 标本兼治。方中以补气养阴为主, 兼顾脾胃, 活血化瘀、理气止痛。取人参、黄芪二者相伍, 大补脾肺之气, 使元气振兴, 气血旺行, 气行则血行, 气滞者畅, 血瘀者通, 痰浊者化。人参大补元气, 使正气充而能御邪, 又有扶正祛邪之意。李教授认为, 阴虚易化生虚火, 故用黄柏、麦冬等清热养阴之品以养阴润肺、清心除烦。肺为水上之源, 麦冬清金而滋水源, 有金水相生之义, 可助参芪以补心营之不足。同时人参、麦冬、五味子三药组合, 即为生脉散, 功效为益气生津、敛阴止汗, 多用于心血管疾病的治疗^[5]。脾为后天之本, 李教授重视脾胃功能的调理与修复, 取白术、仙鹤草等以健运脾气、补气补虚, 使患者气血充盛、心气充

沛。扶芳藤、丹参、川芎等通络止痛、活血化瘀之药, 皆为治标之用。瘀血、痰浊内生, 再次阻滞于内, 脉管不通则再次出现胸闷痛等不适, 故以通为先, 扶正基础上加以祛邪之力, 方使症状减轻。诸药合用, 共奏益气养阴、扶正祛邪、通调三气之效。

参考文献

- [1] 李森, 唐仕欢, 刘金玲, 等. 基于数据挖掘和整合药理学的人参用药规律分析及治疗冠心病的分子机制探讨[J]. 中国中药杂志, 2018, 43(7): 1303-1309.
 - [2] 李成林, 江会镇, 陈博灵, 等. 扶芳藤益心方对缺血再灌注损伤后心内膜微血管内皮细胞的保护机制[J]. 山东中医杂志, 2015, 34(6): 459-462.
 - [3] 李成林, 江会镇, 陈博灵, 等. 扶芳藤益心方对缺氧、复氧后人心内膜微血管内皮细胞的增殖作用[J]. 陕西中医, 2015, 36(5): 621-623.
 - [4] 李成林, 江会镇, 陈博灵. 扶芳藤益心方、益心方及扶芳藤对小鼠急性毒性影响试验[J]. 陕西中医, 2015, 36(2): 249-250.
 - [5] 叶定江, 方泰惠, 季洪法, 等. 生脉散中人参参与生晒参的药效比较研究[J]. 南京中医药大学学报: 自然科学版, 2001, 17(4): 218.
- (收稿日期: 2018-10-11)