

● 名医经验 ●

引用: 鄢磊, 周慧, 莫凌, 肖长江. 肖长江运用理脾祛瘀法治疗胸痹心痛经验[J]. 湖南中医杂志, 2023, 39(5): 39-41.

肖长江运用理脾祛瘀法治疗胸痹心痛经验

鄢磊¹, 周慧¹, 莫凌¹, 肖长江²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南省中医药研究院附属医院, 湖南 长沙, 410006)

[摘要] 介绍肖长江教授运用理脾祛瘀法治疗胸痹心痛临床经验。肖教授认为, 胸痹心痛多与饮食不当、作息不规律、情志不舒等因素有关, 病机为诸因损脾、脾虚致痹, 病性为本虚标实, 脾胃为发病中枢环节, 治疗主张心病从脾论治, 首当健运脾胃, 次当行气化湿醒脾, 兼以活血祛瘀, 方用理脾祛瘀通络汤随症加减, 临床疗效颇佳。并附验案1则, 以资佐证。

[关键词] 胸痹心痛; 从脾论治; 理脾祛瘀; 名医经验; 肖长江

[中图分类号] R256.22 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.05.008

胸痹心痛与现代医学的冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)相关, 临床表现为胸痛、胸闷、心悸, 可伴恶心呕吐、头晕、汗出、黑矇等症, 严重者可致猝死^[1]。《中国心血管健康与疾病报告2021年概要》^[2]推算中国现存冠心病患者约为1139万人。据《2021年中国心血管病医疗质量报告》^[3]统计, 2020年, 全国共有冠心病住院患者5311424例, 平均费用约为17573.7元/人。目前, 西医主要采用抗血小板、抗凝、降脂等治疗, 但易出现出血、肝肾功能衰竭等不良反应^[4]。中医药疗法具有疗效佳、毒副作用小、价廉等优势, 并能有效防止冠心病的发生与发展。

肖长江教授系湖南省首批中医药学科带头人(中医心病专业), 从事中医药事业三十余年, 对于胸痹心痛的临床诊治有着丰富的经验, 现将肖教授运用理脾祛瘀法治疗胸痹心痛的经验介绍如下。

1 病因病机

中医学认为, 胸痹病因多为寒邪内侵、饮食失调、情志失节、劳倦内伤、年迈体虚, 病机为瘀血、寒凝、气滞、痰浊等, 病理产物阻滞心脉, 心脉痹阻不通而发胸痹^[5]。肖教授主张“生命之树脾胃为根”观点, 重视脾胃在各类疾病发生发展中的作用, 认

为胸痹心痛是由脾胃虚损所致。其病机为诸因损脾, 脾虚致痹, 病性为本虚标实。

1.1 诸因损脾 《脾胃论》载:“肠胃为市, 无物不包, 无物不入, 若风、寒、暑、湿、燥一气偏胜, 亦能伤脾损胃。”肖教授认为饮食、作息、情志皆可损害脾胃功能, 以致出现胸痹心痛。饮食方面, 现代生活物质水平明显升高, 饮食习惯由以素食为主转变为荤腥食物为主。而肥甘厚腻之品最易滋腻脾胃, 导致胸痹心痛的产生。临床中嗜食荤腥者多为体型肥胖之人, 常伴有血脂及血糖异常。现代医学认为长期的血糖、血脂异常是冠心病的高危因素。正如《素问·奇病论》载:“肥者令人内热, 甘者令人中满”^[6]。作息方面, 肖教授认为现代人工作时间延长, 作息紊乱, 最易耗气伤血, 损伤脾胃, 进而导致胸痹心痛发作。故临床常见长期熬夜后突发心肌梗死而致猝死的病例。张介宾亦在《景岳全书·论脾胃》中作“盖脾胃之伤于外者, 惟劳倦最能伤脾”之论述^[6]。情志方面, 肖教授认为肝脾同主气机之运化, 情志不舒, 则肝脾不运, 肝郁则脾损。临床所见情志抑郁或性格暴烈者较常人更易发作胸痹心痛。正如古人云“心神安则脾气健, 肝气调则胃气旺”。综上所述, 肖教授认为脾胃为胸痹心痛病发病之中枢环节。

基金项目: 湖南省中医药管理局重点项目(2021008); 湖南省首批中医药学科带头人培养项目(湘中医[2022]4号)

第一作者: 鄢磊, 男, 2020级硕士研究生, 研究方向: 中西医结合防治心血管病

通信作者: 肖长江, 男, 医学博士, 主任医师, 教授, 硕士研究生导师, 研究方向: 中医防治心血管病, E-mail: changjiangx@163.com

1.2 脾虚致痹 脾胃乃气血生化之源,脾胃运化不利则气血生化乏源,营卫之气无所化生,营卫亏损则御邪不利,此谓本虚;脾胃运化乏力则阻碍气血,气血凝滞不通,邪浊积聚,脏腑失养而作胸痹,此谓标实。肖教授总结前人经验并结合临床实践,认为由脾虚所致的瘀血、痰浊、气滞为胸痹心痛病因。其中,瘀血为病因之首,正如《素问·痹论》所载:“心痹者,脉不通。”血行脉中,脉气不利则血留为瘀,故胸痹为痛,此类患者胸痛常以疼痛位置固定不移为特点。其二,痰浊阻滞,精血不利,不能濡养,亦可致胸痹为病,如《继志堂医案·痹气门》载胸痹“不唯痰浊,且有瘀血”,此类患者常以胸部蒙痛为主;其三,气滞不畅,津血停滞,则痰瘀内生,此类患者常以胀痛或走窜为特点。气为血之帅,血为气之母,气行则血行,气滞则血停;血停则为瘀,津停则为痰,痰瘀气滞合病更致胸痹。

2 治则治法

肖教授遵循“湖湘中医五老”之一刘炳凡教授“治病必须治人,治人首重脾胃”思想,总结临证经验,主张心病当先治其脾,兼顾血瘀、痰凝、气滞之实邪,确立理脾祛瘀治法。

2.1 理脾以祛痰瘀之源 脾胃乃气血生化之源,气机升降之枢纽,脾虚则气滞易生,瘀血易停;脾主运化,为生痰之源。脾虚可同时导致瘀血、痰浊、气滞生成。故胸痹心痛多有痰瘀互结,气滞血阻之证;治疗首当理脾,脾胃气血充足,运行通畅无阻,则气滞自消、津血自归,痰饮无所生,瘀血无所留,胸痹得缓。

2.2 祛瘀以除胸痹之标 肖教授认为瘀血为胸痹心痛标实之首,瘀血留滞脉中,一则碍气,加重气滞形成,更助胸痹心痛为病。二则阻血,血行脉中,血液运行不畅则血瘀更甚,加重胸痹心痛症状。故治疗当兼顾活血祛瘀。

综上,肖教授认为理脾首当健运脾胃,次当行气化湿醒脾,兼以活血祛瘀。既可除胸痹心脉瘀阻之标,又能缓脾胃损伤致胸痹为患之本,脾胃健运,气机畅通,则胸痹心痛自消。

3 遣方用药

肖教授临证常用经验方理脾祛瘀通络汤治疗胸痹心痛。方药组成:黄芪 15 g,人参 10 g,白术 30 g,山药 30 g,丹参 15 g,郁金 10 g,桂枝 3 g,川芎 10 g,茯苓 15 g,法半夏 10 g,香附 10 g,藿香 6 g,槟榔 10 g,木香 6 g,炙甘草 6 g。

3.1 方义 本方以健脾益气之四君子汤、四磨汤为基础方进行加减。方中白术、山药共为君药,白术归脾、胃经,可健脾益气、燥湿止汗,为脾脏补气健脾第一要药^[7],《本草通玄》载其为“补脾胃之药,更无出其右者”;山药性平味甘,归脾、肺、肾经,可益肾气、健脾胃,二药相合更益健运脾胃,助脾胃生养气血,使气滞血阻得去,痰瘀得化,胸痹自除。丹参为臣药,性微寒、味苦,入心经,可活血调经、祛瘀止痛,擅祛瘀生新,功同四物,为调理血分之要药。《本草便读》述其为“虽有参名,补血之力不足,而活血之功有余”。血活则瘀除,瘀血除则胸痹之疾去大半也。藿香、香附、法半夏、茯苓、川芎、郁金、桂枝等共为佐药,其中香附、藿香醒脾行气,法半夏、茯苓燥湿祛痰,川芎、郁金活血行气。脾胃乃周身气机升降之枢纽,脾胃运化不利,则脏腑气机不利而致病。故予以行气醒脾之香附、藿香,理中焦之气滞,助脾胃之健运。《本草正义》云:“藿香……能祛除阴霾湿邪而助脾胃正气”。脾居中焦,为阴土,喜燥恶湿,脾胃功能失调,则水液运化失常,可见痰湿凝滞,阻碍脾胃气机,反复循环,更致脾损。茯苓利水渗湿健脾,消停滞之水液,法半夏燥湿化痰,除已成之痰浊,二药合用燥中焦之阴土,助脾胃之健运。郁金、川芎活血行气,川芎为“血中气药”。气行则血行,血行则瘀自去,故针对胸痹之瘀,仅稍入适量行气活血之药川芎即可。临床部分患者可见胸胁胀满、郁郁不舒等肝气郁结之征象,肖教授常予郁金行气解郁,收效颇佳。胸痹病机在心脉痹阻,慢性迁延,久病入络,久病伤阳,少入桂枝,既达温通心脉、助阳化气之功,又防桂枝辛温化热、伤阴动血之弊。

3.2 用药特点 理脾祛瘀通络汤首重脾胃,重用白术、山药等,以期健运脾胃,充沛气血。其次,本方偏重调气理血,所用香附、川芎、郁金结合四君子汤,既补气血之源,又畅气血之行,使补中有行,补而不滞。针对胸痹心痛病机,本方既以白术、山药等补脾胃之虚,也借法半夏、茯苓、丹参等除痰瘀之滞,标本兼治。全方攻补兼施,故胸痹得缓。

3.3 随症加减 肖教授临证根据患者症状偏重、有无伴随症状等情况进行加减。瘀血重,痛有定处如针刺感,舌质紫暗者,可加桃仁、红花、乳香、没药等活血化瘀药,更甚者可予三棱、莪术、水蛭、虻虫等破血逐瘀药;痰浊偏重,胸闷如窒,头昏目沉者,可加瓜蒌、天竺黄、竹沥等燥湿清热化痰药;气血亏

虚,伴头目眩晕,面色无华,心悸不宁者,可予黄精、枸杞子、当归等益气补血药;阳虚重,伴手足不温,腰膝酸软者,则可加用附子、桂枝、吴茱萸等温经补肾药;气滞偏重者可加用枳壳、沉香等行气药。

4 理脾祛瘀法之心系疾病扩展

肖教授认为大多心系疾病以脾虚为本、瘀阻为标,故临床所见心衰亦可从脾、瘀论治。心衰者脾胃虚损,运化失常,气滞不行,水液不运,则见水肿,腹胀,食欲不振;脾病及肾,肾气自损,则肾不纳气,临床以动则气促;瘀血阻滞,碍气阻血,则见胸胁胀满不适,更甚者可见口唇青紫,胁痛积块。治疗以健脾行气、化瘀利水为法,临床常用参苓白术散合四磨汤加丹参、桃仁、红花等治疗脾虚气滞、血瘀水停之心衰。有研究认为,健脾行气利水之法治疗心衰的机制可能与调节肠道菌群、改善胃肠道瘀血水肿、降低胃肠道有关代谢产物水平、抗心肌纤维化、改善心肌炎症反应等作用有关^[8]。其中氧化三甲胺(TMAO)是一种胃肠道菌群代谢产物,被认为与心脏纤维化、心肌炎症反应高度相关^[9]。经临床证实,四磨汤可改善心衰患者肠道菌群紊乱和临床症状^[10],其作用与上述机制关系密切。

5 典型病案

徐某,男,58岁,2022年5月11日初诊。主诉:胸闷气促1年余,加重1个月。患者1年前自觉劳累后出现胸前区闷痛,于他院诊断为冠心病。出院后规律服用抗血小板及降脂药物,因疗效欠佳而前来就诊。现症见:胸闷间断发作,稍活动后引发气促,偶有心悸心慌,情志不畅及劳累后加重,伴神疲气短,汗出乏力,平素易感冒,面色少华,纳呆腹胀,双下肢轻度水肿,小便少,大便偏稀,夜寐差,舌淡紫、苔薄腻,脉细弱。心电图示:1)窦性心律;2)Ⅱ、Ⅲ、AVF S-T段压低,提示心肌缺血。心脏彩超示:1)升主动脉硬化;2)二、三尖瓣轻度返流;3)左心收缩功能减退,左室舒张功能减退。西医诊断:冠状动脉粥样硬化性心脏病,稳定性心绞痛,心功能Ⅱ级。中医诊断:胸痹心痛,脾胃气虚、瘀阻水停证。治法:健脾行气、化瘀利水。处方:党参15g,白术30g,茯苓30g,陈皮10g,法半夏10g,丹参20g,郁金10g,香附10g,木香6g,桂枝3g,炒酸枣仁10g,山楂10g,槟榔6g,炙甘草10g。7剂,每天1剂,水煎,分2次服用。5月18日二诊:患者胸闷发作频率较前降低,下肢水肿改善,偶感胸闷,伴心慌,乏力、纳呆差症状稍改善,口微渴,舌淡紫、

苔薄,脉细。予一诊方加薤白10g,继服14剂。6月2日三诊:患者诸症均除,但要求继服中药以巩固疗效,予六君子汤加柴胡10g、丹参10g、田三七(超微)5g。30剂。每天1剂,煎服法同前。随访病情稳定,未再复发。

按语:本案患者以胸闷不适为主证,且以活动后为甚,考虑气虚致心脉痹阻,心脉失养,且伴神疲气短,汗出乏力,纳呆腹胀不适,考虑脾胃气滞,脾虚则气弱,气血荣养不足则见心悸心慌;气滞不运,水湿内停,则见双下肢轻度水肿;舌淡紫为瘀血之象。治以健脾行气、化瘀利水,方用理脾祛瘀通络汤加减治疗。方中党参、茯苓、白术、炙甘草健脾益气,丹参、郁金、山楂活血祛瘀,法半夏、茯苓健脾化痰利水,陈皮、香附、木香、槟榔为理脾胃气机、行三焦气滞之品,酸枣仁养心安神。全方共奏健脾益气、活血气行、利水化瘀之功。气盈脾健则水湿、瘀血随郁气而去,胸痹得缓;但胸痹日久,久病入络,病邪难以速去,故二诊仍偶有胸闷发作,故加用薤白行气通滞、通阳散结,以求通其心阳,去其瘀滞,除其胸痹。三诊胸痹之症虽除,但脾胃易损之根未解,予以六君子汤健脾胃之本,防病邪再发。

参考文献

- [1] 中华医学会,中华医学会临床药学会,中华医学会杂志社,等.稳定性冠心病基层合理用药指南[J].中华全科医师杂志,2021,20(4):423-444.
- [2] 中国心血管健康与疾病报告编写组.中国心血管健康与疾病报告2021年概要[J].中国循环杂志,2022,37(6):553-578.
- [3] 马文君,马涵洋,王运红,等.《2021年中国心血管病医疗质量报告》概要[J].中国循环杂志,2021,36(11):1041-1064.
- [4] 谢维.心血管内科临床用药常见问题及合理用药管理探讨[J].中国卫生产业,2019,16(9):49-50.
- [5] 祝珍珍.基于古今医案的胸痹(冠心病)病机研究[D].武汉:湖北中医药大学,2018.
- [6] 马天驰,王彩霞,于漫.论《景岳全书》调脾胃养生思想[J].中华中医药学刊,2016,34(6):1313-1316.
- [7] 张凤杰,刘薇薇,徐世红.白术的健脾作用探讨[J].内蒙古中医药,2014,33(9):90-91.
- [8] 王慧芳,杨雨民.中西医治疗慢性心衰的研究进展[J].云南中医中药杂志,2022,43(1):79-83.
- [9] ANDERSON KELLEY M, FERRANTI ERIN P, ALAGHA EM-INLY COUVILLON, et al. The heart and gut relationship: A systematic review of the evaluation of the microbiome and trimethylamine-N-oxide (TMAO) in heart failure[J]. Heart Failure Reviews, 2022, 21(8): 187-190.
- [10] 夏相宜,肖长江,饶文娟.艾炙联合四磨汤对心衰患者肠道菌群的影响[J].医学理论与实践,2021,34(22):3906-3908.

(收稿日期:2022-11-05)

[编辑:王红梅]