

● 名医经验 ●

引用:严佳煜,顾宁.顾宁基于气血理论治疗冠心病介入术后经验[J].湖南中医杂志,2024,40(2):44-46.

顾宁基于气血理论治疗冠心病介入术后经验

严佳煜¹,顾宁²

(1. 南京中医药大学,江苏 南京,210029;

2. 南京中医药大学附属南京中医院,江苏 南京,210022)

[摘要] 介绍顾宁教授基于气血理论治疗冠心病介入术后经验。顾教授认为,冠心病介入术后心绞痛主要病机为气虚血瘀,以气虚为本,血瘀为标,强调活血以治标,益气以固本的治疗原则,气血同调,以益气活血为主,方用补阳还五汤加减,同时,根据冠心病介入术后患者的临证特点,辨病与辨证相结合,临床疗效颇佳。并附验案 2 则,以资佐证。

[关键词] 冠心病;经皮冠状动脉介入术;气血理论;名医经验;顾宁

[中图分类号] R259.414 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2024.02.009

冠状动脉粥样硬化性心脏病(coronary atherosclerotic heart disease, CAHD)也称为缺血性心脏病,是由于冠状动脉血管发生动脉粥样硬化病变,引起血管腔狭窄或阻塞,造成心肌缺血、缺氧或坏死而导致的心脏病。CAHD 已成为我国目前最主要的心血管疾病。经皮冠状动脉介入术(percutaneous coronary intervention, PCI)是目前治疗 CAHD 最重要、有效的方法之一,但因支架内再狭窄与支架内血栓等问题,可能导致术后出现胸闷气短、心慌乏力、出汗等症状,严重者出现持续性胸痛、面色苍白、血压下降,且需长期服用抗凝、调脂和抗血小板聚集等药物,从而加重患者的心理负担,致其常伴有焦虑、抑郁等负面情绪。研究表明,中西医结合治疗 CAHD 介入术后心绞痛效果明显。

顾宁教授主要从事心血管疾病的中西医结合诊疗研究,擅长运用益气活血法治疗心血管疾病,现将其基于气血理论运用中西医结合治疗 CAHD 介入术后的经验介绍如下。

1 中医学认识

根据 CAHD 介入术后出现的临床症状可将其归属为中医学“胸痹”“心痛”“厥心痛”“真心痛”范

畴。本病病机为本虚标实,本为心气、心阳、心阴、心血之不足,标为血瘀、痰浊、气滞、寒凝。调查显示,CAHD 中医证候多属本虚标实、虚实夹杂的复合证型,本虚以气虚(67.17%)为主,标实以血瘀(77.89%)为主。故临床多见气虚血瘀证,兼有气滞、痰凝、肾虚、心阳不振,治以益气活血为主,兼理气、化痰、补肾、温阳。

《素问·调经论》载:“人之所有者,血与气耳。”气血是构成人体的最基本物质,也是维持人体生命活动的物质基础。气血分阴阳,气主动属阳,血主静属阴。气通过其六大功能,包括推动、温煦、防御、固摄、气化和营养,维持人体脏腑功能活动和全身气血津液的正常运行及转化。血行于脉中,载气而行,为全身各脏腑组织器官的功能活动提供能量,维持人体正常生命活动。《医学真传·气血》载:“人之一身,皆气血之所循行。气非血不和,血非气不运,故曰:气主煦之,血主濡之。”气与血在生理上相互依赖和转化,在病理上相互牵连和影响。气能生血、行血、摄血。《血证论·吐血》载:“其气冲和则气为血之帅,血随之而营运,血为气之守,气得之而静谧,气结则血凝,气虚则血脱,气迫则血

基金项目:第二批江苏省中医药领军人才培养项目(苏中医科教[2018]4号)

第一作者:严佳煜,女,2021 级硕士研究生,研究方向:心血管病的临床研究

通信作者:顾宁,男,医学博士,主任中医师,教授,博士研究生导师,研究方向:中西医结合治疗心血管疾病, E-mail: guning@njucm.edu.cn.

走。”气的推动作用正常则能推动血液在脉管内循环往复地流动,反之运血无力则致血液凝滞,脉道不畅。老者心气虚衰则无力行血,脉络堵塞,瘀血壅滞。血能载气、化气。气存在于血中,依附于血在体内周而复始的循行;血能不断地为气的生成和功能活动提供水谷精微,血盛则气旺,血衰则气少。基于上述理论,顾教授临证对于 CAHD 介入术后患者从气血论治,以气虚血瘀为其主要病机。

2 临证论治

顾教授认为,PCI 只能改善冠状动脉血流,缓解症状,却不能阻止冠状动脉粥样硬化的发展。必须配合药物调控血脂,延缓冠状动脉粥样硬化,防止冠状动脉再狭窄,胸闷气短加重,甚至出现胸痛。本病与气血失和密切相关,治疗时须以调节气血运行为主,所用组方紧扣气虚血瘀这一主要病机,同时兼顾气滞、痰浊、肾虚等兼证,因证、因病灵活化裁,以达到阴阳气血调和。

2.1 基本治则治法 CAHD 病机为血脉瘀阻,介入术为有创操作,且患者多年老体弱,术后损伤元气,导致正气亏损。故气虚血瘀是 PCI 术后的主要证候^[1]。清代王清任提出采用补阳还五汤治疗气虚血瘀证。研究表明,补阳还五汤可提高气虚血瘀型 CAHD 患者的临床疗效,改善患者的血流动力学和左心室功能,调整自主神经失衡情况^[2]。因此,顾教授以益气活血法为 PCI 术后的基本治法,方用补阳还五汤加减。方药组成:生黄芪 15~20 g,炒太子参 10~15 g,党参 10~12 g,酒炒当归 10~12 g,川芎 10~12 g,桃仁 10~12 g,赤芍 10~12 g。通过大补元气以推血行、通脉络。方中重用生黄芪,甘温大补元气,为君药;炒太子参、党参益气健脾,酒炒当归活血通络而不伤血,为臣药;川芎、桃仁、赤芍助当归活血祛瘀,为佐药。全方重用补气药与活血药相伍,气旺血行以治本,祛瘀通络以治标,标本兼顾;且补气而不壅滞,活血又不伤正。气血调和,诸症自消,病去人安。

2.2 辨证加减用药 顾教授认为,PCI 术后患者常兼有气滞、痰浊、肾虚、心阳不振等证,单一使用补阳还五汤虽可缓解症状,但收效有限。因此,顾教授对有兼夹证者辨证论治,常加减补阳还五汤或加减多方,防止专方的偏性,增强方剂疗效。其中兼有气滞者常伴胸闷、胁肋胀满、忧郁悲伤或急躁易怒,临床常配伍柴胡 9~15 g、芍药 9~15 g、枳实

6~9 g 等疏肝理气;兼有痰浊者常伴咳嗽咳痰、头晕胸闷、腹胀纳差,临床常配伍山药 6~9 g、茯苓 6~9 g、瓜蒌 6~9 g 等燥湿化痰;兼有肾虚者常伴耳鸣、双下肢水肿、腰膝酸软,临床常配伍枸杞子 6~9 g、熟地黄 9~15 g 等补肾;兼有心神不宁者常伴夜寐欠佳、入睡困难、睡后易醒,临床常配伍交泰丸,以及莲子心 6~9 g、煅珍珠母 12~15 g、酸枣仁 6~9 g 等养心安神;兼有心阳不振者常伴水肿、畏寒喜暖、咳吐痰涎,临床常配伍薤白 6~9 g、桂枝 9~12 g、肉苁蓉 9~12 g 等益气壮阳;兼有胆虚者常伴梦多易惊,临床常配伍百合 9~12 g、合欢皮 12~15 g、首乌藤 15~20 g。

2.3 辨病与辨证相结合 CAHD 患者常合并高血脂、高血压、糖尿病,顾教授主张辨病与辨证相结合,临证配伍时加用“对病”之品常可获得佳效。伴高血脂症者常加山楂 10~15 g、绞股蓝 9~12 g、荷叶 6~9 g 等;伴高血压病者常加夏枯草 6~9 g、罗布麻叶 6~9 g、钩藤 6~9 g 等;伴糖尿病者常加葛根 6~9 g、枸杞子 6~9 g、玉米须 6~9 g 等。

3 典型病案

案 1 曹某,女,57 岁,因“胸闷胸痛间作 7 d”于 2023 年 7 月 3 日初诊。冠状动脉造影示:左主干未见明显狭窄;前降支:远段可见狭窄 50%,中段狭窄 90%,开口及近段可见散在斑块;对角支:第一对角支近段狭窄 80%;中间支:近段可见狭窄 60%;回旋支:细小,可见散在斑块,狭窄 30%;右冠脉:PDA 可见弥漫性斑块,最重处狭窄 60%。排除相关手术禁忌后在局部浸润麻醉下行经皮冠状动脉造影术及支架植入术,于 LAD 中段植入微创 3 mm×18 mm 支架 1 枚。术后规律服用相关西药,仍有胸闷气短。刻下症见:胸闷气短,偶有心慌胸痛,活动后明显,休息后缓解,头晕乏力时作,畏寒,易汗出,纳食一般,小便调,大便质硬难解,夜寐欠佳。舌暗红、苔薄白,脉沉涩。既往高血压病病史 30 年,2 型糖尿病 20 年。心电图:窦性心律;中度 ST 段压低;T 波异常。现服用阿司匹林肠溶片、替格瑞洛片、阿托伐他汀钙片、单硝酸异山梨酯片、沙库巴曲缬沙坦钠片、达格列净片。西医诊断:不稳定型心绞痛;冠状动脉粥样硬化性心脏病;冠状动脉支架植入术后状态;高血压病;2 型糖尿病。中医诊断:胸痹心痛,气虚血瘀证。治法:益气活血、通络止痛。处方:黄芪 20 g,太子参 10 g,川芎 10 g,桃仁 10 g,赤

芍 10 g, 酒炒当归 10 g, 薤白 8 g, 桂枝 10 g, 煅珍珠母 12 g, 莲子心 6 g, 麸炒枳实 15 g, 罗布麻叶 9 g, 炙甘草 3 g。7 剂, 每天 1 剂, 水煎, 分早晚服。7 月 10 日二诊: 胸闷气短、入睡困难有所改善, 但仍有自汗盗汗, 大便偏硬难解, 舌暗红、苔薄白, 脉沉涩。继前方去煅珍珠母, 加柏子仁 9 g、浮小麦 12 g、麦冬 10 g。14 剂, 每天 1 剂, 水煎, 分早晚服。7 月 24 日三诊: 诸症较前减轻, 自汗盗汗缓解, 大便较前易解且成形。予二诊方继服 14 剂, 嘱患者避免过度劳累, 保持心情愉悦。后随访患者胸闷未再发作。

按语: 本案患者为中老年女性, 既往有高血压病、糖尿病病史, 冠状动脉支架植入术后仍有胸闷气短, 偶有心慌胸痛, 活动后明显, 休息后缓解, 乏力易汗出, 结合冠脉狭窄, 舌苔和脉象, 辨为气虚血瘀证。方中重用“补气之要药”黄芪, 辅以太子参补益心气, 配伍“血中之气药”川芎, 以及桃仁、赤芍、酒炒当归活血化瘀止痛。心气虚致心阳虚, 胸阳不振则痛, 故出现畏寒、劳累后胸痛, 以薤白、桂枝温振胸阳。患者心气耗伤则致心神不宁、夜寐欠佳, 故以煅珍珠母、莲子心宁心安神, 麸炒枳实理气止痛, 罗布麻叶降压安神, 甘草益气补中, 调和诸药。全方补虚泻实、标本兼顾, 共奏益气温阳、活血通络之效。二诊中, 患者胸闷气短、入睡困难有所改善, 故去重镇安神之煅珍珠母, 加柏子仁安神润肠通便, 加浮小麦、麦冬固汗养阴生津, 效显益彰。三诊时患者病情基本稳定, 诸症有所改善, 顾教授遂续前方巩固治疗。

案 2 费某, 女, 80 岁, 因“胸闷胸痛间作 7 年, 加重 3d”于 2023 年 7 月 10 日前来就诊。患者 7 年前无明显诱因下出现胸闷胸痛, 心前区压榨性疼痛, 持续 30 min, 后于当地某医院行冠状动脉造影+9 枚支架植入术。近 3 d 患者胸闷隐隐, 时有心慌胸痛。刻下症见: 胸部憋闷, 时有胸痛心慌, 活动后加重, 休息后可缓解, 肢体乏力, 视物模糊, 纳食较欠, 夜尿频, 大便正常, 夜寐差, 梦多易醒。舌暗红、苔薄白, 脉沉涩。既往有高血压病病史 30 年, 2 型糖尿病病史 20 年。心脏彩超示: 主动脉瓣退行性改变、轻度主动脉瓣关闭不全、轻度二尖瓣关闭不全、左室舒张功能减退。目前规律服用氯吡格雷、阿司匹林肠溶片抗血小板聚集, 阿托伐他汀调脂稳斑, 沙库巴曲缬沙坦钠片、苯磺酸左氨氯地平控制血压, 二甲双胍、格列齐特调控血糖。西医诊断: 冠

状动脉粥样硬化性心脏病; 心肌梗死; 冠状动脉支架植入后状态。中医诊断: 胸痹心痛, 气虚血瘀证。治法: 益气活血、通络止痛。处方: 黄芪 15 g, 太子参 10 g, 川芎 10 g, 炒桃仁 10 g, 赤芍 10 g, 酒炒当归 10 g, 陈皮 10 g, 法半夏 10 g, 茯苓 10 g, 首乌藤 20 g, 合欢皮 15 g, 百合 15 g, 神曲 10 g, 炙甘草 5 g。7 剂, 每天 1 剂, 水煎, 分早晚服。7 月 17 日二诊: 胸闷心慌、睡眠质量有所改善, 仍食欲不振, 舌暗红、苔薄白, 脉沉涩。继前方去首乌藤, 加炒麦芽 10 g、炒谷芽 10 g。7 剂, 煎服法同前。7 月 25 日三诊: 诸症较前减轻, 纳食较前改善。继服二诊方 14 剂。嘱患者避免过度劳累, 保持心情愉悦, 随诊。

按语: 本案患者为老年女性, 冠状动脉支架植入术后出现胸部憋闷等症状, 说明单纯使用西药干预效果并不理想, 而肢体乏力、夜尿频、舌暗红、苔薄白、脉沉涩正是气虚血瘀之象。故顾教授以黄芪、太子参为君, 益气宽胸, 川芎、桃仁、赤芍、酒炒当归为臣, 活血化瘀止痛, 君臣协作, 气血同调。患者食欲不振, 气虚亦无力推动水液运行, 故以陈皮、法半夏、茯苓理气燥湿健脾, 神曲开胃消食; 患者夜寐欠佳, 久病则元气耗伤、心气不足, 致心神不宁, 故以首乌藤、合欢皮、百合养心安神; 辅以甘草益气补中, 调和诸药。全方气血双调, 标本兼顾, 共奏益气健脾、活血通络之效。二诊时, 患者胸痛症状减轻, 夜寐较前好转, 遂去首乌藤, 因仍有纳食欠佳, 加炒麦芽、炒谷芽健脾消食。三诊中, 患者症状明显缓解, 胸闷胸痛未发, 纳食可, 故续前方巩固治疗。

4 小 结

顾教授治疗 CAHD 介入术后从本虚入手, 在补益心气的基础上活血化瘀、通络止痛, 标本同治, 同时需考虑兼证及合病, 辨证、辨病施药。此外, 临床治疗中应与患者进行良好的沟通, 使患者树立对该病正确的认识。顾宁教授辨证准确, 立法得当, 方证合拍, 故药到病除, 治疗效果显著。

参考文献

- [1] 张辰浩, 刘冠男, 孔晓琳, 等. 801 例冠心病患者 PCI 术后中医证候及相关因素的回顾性研究[J]. 中医杂志, 2018, 59(20): 1766-1770.
- [2] 张儒佳. 补阳还五汤对气虚血瘀型冠心病患者左心室功能及自主神经失衡影响的研究[J]. 中国处方药, 2022, 20(10): 160-162.

(收稿日期: 2023-07-28)

[编辑: 王红梅, 徐琦]