

参 考 文 献

- [1] 明·龚信//王立,陶晓华,万少菊,吴跃进校注.《古今医鉴》[M].南昌:江西科学技术出版社,1990:270.
- [2] 左常波.董氏奇穴针灸特色疗法[J].中国针灸,2003,23(5):283-286.
- [3] 殷克敬.《内经》归来——论述经络别通[J].中国中医基础医学杂志,2012,18(12):1295-1297.
- [4] 清·张锡纯//于华芸等校注.《医学衷中参西录》[M].北京:中国医药科技出版社,2011:533.
- [5] 元·朱震亨//毛俊同点注.《格致余论》[M].江苏:江苏科学技术出版社,1985:53-55.
- [6] 张喆,王微,高敏,等.符思教授治疗非酒精性脂肪肝经验[J].环球中医药,2012,5(1):43-44.
- [7] 张奕秉,林志辉.肠源性内毒素血症与非酒精性脂肪性肝病关系的研究进展[J].福建医药杂志,2010,32(1):90-93.
- [8] 沈峰,范建高.肠道微生态在非酒精性脂肪性肝病发病机制中的研究进展[J].胃肠病学和肝病学杂志,2011,20(10):968-971.
- [9] 张奕秉,林志辉.肠源性内毒素血症与非酒精性脂肪性肝病关系的研究进展[J].福建医药杂志,2010,32(1):90-93.
- [10] 戴鑫,吕宗舜,王邦茂,等.非酒精性脂肪性肝病患者肠道闭锁小带蛋白 1 表达水平的测定[J].《临床荟萃》,2012,27(14):1218-1220.
- [11] Backhed F, Ding H, Wang T, et al. The gut microbiota as an environmental factor that regulates fat storage [J]. Proc Natl Acad Sci USA, 2004, 101(44): 15718-15723.
- [12] Cope K, Risby T, Diehl AM. Increased gastrointestinal ethanol production in obese mice; implications for fatty liver disease pathogenesis [J]. Gastroenterology, 2000, 119(5): 1340-1347.
- [13] 张顺财.内毒素基础与临床[M].北京:科学出版社,2005:292-303.
- [14] 许腊梅,孙丹莉,张予蜀,等.紧密连接蛋白 Occludin 在非酒精性脂肪肝大鼠肠上皮细胞中的表达及其与 TNF- α 的关系[J].世界华人消化杂志,2010,18(10):981-986.
- [15] 戴鑫,吕宗舜.肠道屏障功能在非酒精性脂肪性肝病发病机制中的作用[J].世界华人消化杂志,2012,20(8):656-661.
- [16] 王峻瑶,刘玉兰.肠-肝轴在非酒精性脂肪性肝病发生和发展中的作用[J].实用肝脏病杂志,2012,15(4):276-278.
- [17] 胡锦涛,吴力克,张娟,等.实验性慢性肝损伤大鼠不同肠段正常菌群定量分析[J].山东医药,2008,48(13):29-30.
- [18] 史文丽,孙永强.中医药防治酒精性肝病肠通透性改变的思路和方法[J].中医杂志,2012,53(9):740-744.

(收稿日期:2013-05-05)

(本文编辑:黄凡)

· 名 医 心 鉴 ·

范新发治疗胸痹心痛经验点滴

杨红艳 赵东东

【摘要】 冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)中心绞痛、心肌梗死及神经官能症属中医胸痹心痛的范畴,中医药治疗冠心病得到了越来越多医生和患者的共识。范新发主任有近 40 年中医药治疗胸痹心痛的临床经验,疗效满意。他认为引起胸痹心痛的病因除气滞、血瘀、痰阻、寒凝外,还有湿热浊邪及气郁;宜采用通阳宽胸、行气止痛、消痰散结、祛湿解郁清热之法;用药以小陷胸汤、枳实薤白桂枝汤、丹参饮之合方加减;用药过程中重视药物剂量的变化及药物的加减化裁,治疗中告知患者的饮食宜忌。

【关键词】 胸痹心痛; 中药疗法; 名医经验; 范新发

【中图分类号】 R256.22 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.06.013

范新发主任医师是河北省首届名中医,第一、三、四批河北省老中医药专家学术经验继承工作指导老师,从事中医临床、科研、教学工作近 40 年。在治疗胸痹心痛过程中积累了大量临床经验,笔者有幸跟随范老师学习,现总结如下。

作者单位:071000 河北省保定市第一中医院心血管科(杨红艳、赵东东)

作者简介:杨红艳(1976-),女,本科,主治医师。研究方向:中医内科临床。E-mail:baoding402163.com

1 从气、血、痰、湿、郁、热论治

胸痹心痛是由于正气亏虚,饮食、情志、寒邪所引起的以痰浊、瘀血、寒凝痹阻心脉,以膻中或左胸部发作性憋闷、疼痛为主要表现的一种病证。包括中医古籍中的胸痛、心痛、真心痛、厥心痛等病名,与现代西医的冠状动脉粥样硬化性心脏病中心绞痛、心肌梗死、神经官能症、胸膜炎、肋间神经痛相对应。胸痹以部位和病机命名,“痹”是闭塞不通的意思,不通则痛,心痛是以症状命名,以胸中痛为主症,其痛

有定处,多在胸膈两乳间,即膻中周围,亦可涉及肩背与两臂内侧等处。不通则痛,血脉需以温煦以运行,若胸阳不足或胸阳被郁,均可导致浊阴上逆,阻遏清阳而形成胸痹心痛。通常认为导致胸阳被郁的原因有气滞、血瘀、痰阻、寒凝。

范主任认为胸痹心痛为本虚标实证,在正气亏虚基础上有胸阳被郁,导致原因除气滞、血瘀、痰阻、寒凝,还有湿热浊毒之邪和气郁。我们现在生活水平提高,现代人多食膏粱厚味,“膏粱厚味,足生大疔”,易生湿热浊毒之邪,湿热浊毒之邪上郁于胸阳,而致胸痹心痛;目前生活节奏加快,社会关系复杂,工作、社会、家庭压力增加,情志受扰,易生有气郁之邪,以上原因常合而为病。

故范主任认为治疗胸痹心痛,通常应通阳宽胸,行气止痛,消痰散结,药以栝楼、薤白、黄连、半夏、桂枝、丹参、檀香、砂仁、枳实、厚朴为主药加加减化裁。此十味药,乃小陷胸汤、枳实薤白桂枝汤、丹参饮之合方,共同应用,以通阳散结,活血理气止痛,清热。因现代患者多夹有湿热浊毒之邪及气郁,在此基础上可加用化湿解毒开郁之法。

2 重视剂量变化及加减化裁

范主任重视其中药物剂量的变化及加减化裁,其中瓜蒌有润肠通便作用,用量 5~30 g 不等,若患者热相重,大便秘结者可重用至 30 g,普通者用 10~20 g,便软者可用 5 g,脾虚泄泻者可不用;桂枝性温,通常用 10 g,热相明显者可用 5 g,热重者可不用;丹参可视其瘀血轻重用 10~30 g。失眠加酸枣仁 30 g、柏子仁 10 g、夜交藤 20 g;心烦重加栀子 10 g、淡豆豉 10 g;头晕者加天麻 10 g、钩藤 10 g、蔓荆子 10 g、藁本 10 g;胸痛重者加茜草 20 g、元胡 10 g;气虚者加黄芪 10 g、太子参 10 g;加有湿热浊毒之邪的加当归 10 g、玄参 10 g、银花 10 g;郁证重,情绪不畅者加柴胡 10 g、黄芩 10 g、薄荷 10 g、当归 10 g。

3 重视饮食宜忌

范主任在开具中药的同时还告诫病人宜清淡饮食,不宜过食肥甘厚味,戒烟酒,低盐饮食,多吃水果蔬菜及富含纤维食物,保持大便通畅,饮食勿过饱,忌辛辣油腻甘甜之品,不饮浓茶、咖啡、饮料。生活起居应适寒温,《诸病源候论》“风凉邪气乘于心也”,居处条件应温暖、安静、通风。病情发作期应卧床休息,缓解期应适度活动,有条件的可练太极拳、五禽戏,否则也应坚持力所能及的活动,做到动中有静。保持情志舒畅,忌大怒、大喜、大悲。

4 病案析评

患者,男,50 岁,2012 年 9 月 8 日初诊。发作性胸闷,心悸 1 年,加重半月来诊。患者体胖,平素应酬多,工作繁忙。症见:胸闷,胸痛,活动及安静时均可发作,伴有肢体沉重,乏力,少寐,便软,每日 2~3 次,舌质暗,苔白腻,脉弦滑。既往有高血压病史。心电图:窦性心律,V1~V6 T 波低平。血脂:总胆固醇:6.1 mmol/L。中医诊断:胸痹心痛 痰瘀湿热

互结,闭阻胸阳,郁热扰心。患者素食肥甘厚味,易生痰生湿生热,工作压力大,体力活动少,易气行不畅生郁,气滞血瘀,痰瘀交阻,阻于胸阳,胸阳不振、心脉痹阻而致胸闷、胸痛;痰湿困脾,脾运失职,故肢体困重,乏力,便软;患者工作压力大,易生郁,郁久化热扰心,故少寐,舌质暗,苔白腻,脉弦滑均为痰瘀互阻,闭阻胸阳,郁热扰心之象。治宜理气活血,化痰除痰,宽胸通阳,清热。处方:瓜蒌 5 g、薤白 10 g、黄连 10 g、清半夏 10 g、桂枝 10 g、丹参 20 g、檀香 6 g、砂仁 6 g、厚朴 10 g、枳实 10 g、降香 8 g、茜草 20 g、三七粉^{冲服}5 g、陈皮 10 g、茯苓 30 g、葶苈子 15 g、玄参 10 g、银花 10 g、柴胡 10 g、黄芩 10 g、薄荷 10 g、当归 10 g,水煎服,每天一剂,早晚两次分服。七剂后复诊,症状好转,效不更方,继服七剂,安静时无胸闷发作,活动可诱发,上方加黄精 10 g、党参 15 g,去玄参、银花,加减继服 40 余剂,诸症消失。

按语 患者胸闷、胸痛属中医“胸痹心痛”范畴,患者素食肥甘厚味,易生痰湿热,工作压力大,体力活动少,气行不畅,气滞血瘀,痰瘀湿热互结,闭阻胸阳,郁热扰心,治疗理气活血化痰,宽胸通阳,清热除湿。方用瓜蒌清热化痰,宽胸理气散结,清胸中之痰浊;薤白苦降辛散,温中通阳,行气散结,活血止痛;二药伍用,一散一收,一通一降,通阳行气散结之痛。黄连泄热降火,栝蒌与黄连配伍清热涤痰,既可防痰瘀日久化热,又可佐制半夏、薤白之辛温;桂枝通脉散结以宣通心胸之阳;清夏、茯苓除痰湿;丹参、茜草、三七粉活血凉血养血,通脉止痛;砂仁、厚朴、降香辛散温通,芳香理气,行气除满止痛;玄参、银花解毒泄浊;葶苈子利湿化痰;柴胡、黄芩、薄荷、当归疏肝解郁。14 剂后症状好转,无安静时发作,劳累诱发,虚象显现,加用黄精以安五脏,党参健脾益气。“胸痹心痛”为本虚标实证,治疗开始以泄实为主,开始即补,易使邪气益盛,待其邪去七八,再辅以扶正之法,以使正盛邪去。

5 结语

“师曰:夫脉当取太过不及,阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也。今阳虚知在上焦,所以胸痹、心痛者,以其阴弦故也。”《金匮要略》所言之胸痹心痛,多责之胸阳不足、阴寒阻滞,喻嘉言曰“胸中如太空,其阳气所过,如离照当空,旷然无处,设地气一上,窒塞有加”血脉需以温煦以运行,若胸阳不足或胸阳被郁,均可导致浊阴上逆,阻遏清阳而形成胸痹心痛。导致胸痹心痛的原因除有气滞、血瘀、痰阻、寒凝,还有湿热浊毒之邪及气郁,且常合而致病,故应去病因,扶助正气,使胸中恢复“离照当空,旷然无处”之状。在临床中除遵循经典,运用宽胸通阳之瓜蒌薤白剂,随着时代的变迁,目前临床患者常多种病因合而为病,症候表现寒热错杂,在“通阳宽胸,行气止痛,消痰散结”基础上应用“化湿解毒开郁”之法,在胸痹心痛的治疗中有重要的临床意义。在“胸痹心痛”的治疗中,虽为本虚,治疗开始仍以驱除邪实为主,“有病则病当之”,邪实减轻后,加以固本之法。

(收稿日期:2013-03-19)

(本文编辑:秦楠)