

· 名医心鉴 ·

李文泉安和五脏法辨治胸痹经验

胡文忠

【摘要】 李文泉教授对于心系疾病的辨证治疗积累了丰富的临床经验和诊治特色。本文对李教授治疗胸痹临床经验进行总结,论述胸痹的基本病机为本虚标实,病机特点为多虚、多郁、多瘀、多痰,辨证思路以脏腑整体论治为核心、提出“安和五脏,权衡缓急”作为治疗胸痹的思路。以整体论治及分期论治为辨证特点。注重治疗的同一性及个体化的治疗。诸法合用,强调动态思维的重要性,善于应用复方组药的用药经验。

【关键词】 李文泉; 胸痹; 辨治经验

【中图分类号】 R256.22 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.07.032

胸痹是由诸多病因导致的心脉痹阻不通,心之阴阳气血失调为主要病机的病证。临床以膻中或胸部憋闷疼痛为主要表现的一种疾病,相当于西医的冠状动脉粥样硬化性心脏病,其临床症状因病情轻重而不同,重者相当于心肌梗死,属于真心痛范畴^[1]。李文泉教授从事中医临床工作 40 余年,是第五批全国名老中医学学术经验继承工作指导老师,对心、脑血管疾病和危重疑难病证的中医治疗有丰富的经验。笔者有幸作为学术继承人跟师学习,现将李老师和五脏法论治胸痹的诊治思路及个人体会介绍如下。

1 谨守病机,明辨虚实

李教授认为,胸痹的基本病机为本虚标实,本虚证为五脏功能不足,有心气虚证、心阳不振证、心阴亏虚证、气阴两虚证、心阳暴脱证;标实证为气血津液的敷布、运行、转输障碍,进而产生血瘀、痰浊等病理产物导致心脉瘀阻,常见有气滞心胸证、痰浊闭阻证、心血瘀阻证、寒凝心脉证。李文泉教授将胸痹的病机特点概括为四多:多虚、多郁、多瘀、多痰。多虚主要见气虚、阳虚、阴虚、血虚证;多郁见肝气郁结、气郁化火证;多瘀见心血瘀阻证;多痰见痰浊扰心、湿浊阻滞证。多虚者为年老久病胸痹者,病位常见于心、肾;多郁者常见于情志失调者,病位在心、肝二脏;多瘀者为胸痹急性发作或病情反复发作,久病入络者常见,病位在心;多痰者往往合并代谢障碍,病位在心、脾二脏。李文泉教授认为胸痹病机虽有虚实之分,但就其本质而言,心气虚与心阳虚在胸痹的发病机制中占主导地位,心气虚乃至心阳衰微是胸痹心脉瘀阻的根本病理基础,正虚为先,邪实为后,正虚为因,邪实为果,虚

实关系中强调应以正虚为主,邪实为辅。

2 安和五脏,权衡缓急

近代研究对心与五脏的关系有诸多论述,如路志正提出主张调理脾胃治疗胸痹^[2],孙兰军认为应从肾论治冠心病^[3],魏刚^[4]提出五脏调治胸痹心痛的观点,都将心与五脏相关理论作为辨治胸痹的依据,以脏腑辨证作为胸痹辨证论治的首选方法。李文泉教授秉承其先师方和谦教授“燮调阴阳,以平为期”的生理观^[5],结合临床个人经验提出“安和五脏,权衡缓急”作为胸痹的辨治思路,是对胸痹心与五脏相关理论的进一步阐述与发展。对胸痹的辨治,将整体观念贯穿胸痹辨治的始终。胸痹病位以心为主,涉及人体各脏腑器官,故辨治时以本脏病变为首要,更注重调节心与其它脏腑之间的阴阳失衡。所谓安和五脏,辨治论治均要以心脏为中心,强调要调整心与其他各个脏腑间阴阳的盛衰关系,治疗以平为期。心与其他各脏腑相关性并非是一一对应的简单关联关系。不同脏腑在心病的发病机制及病理演变过程中也有虚实、正邪偏盛之不同。根据五脏相关的整体观念“五脏六腑皆可致心病,非独心也”。故心与五脏疾病的关系有肝心痛、脾心痛、肾心痛的不同证候,则治法也有从心、从肝、从脾、从肾论治的不同。对于复杂病例亦有三脏或多脏腑合并为患者治疗也应诸法同用,从五脏论治。

《金匱要略》中将胸痹的基本病机定义为“阳微阴弦”^[6],上焦阳虚,阴乘阳位。阳虚于上焦,此为病之本,阴弦是心阳虚极,引起阳微不运,瘀血、痰浊、寒凝、气滞诸多阴寒之邪客于心之血脉,导致气血虚损、脉道不利、气血凝滞痹阻不通而发为胸痹。现代中医研究认为,胸痹常见证素分布频率由高至低依次为血瘀、痰浊、寒凝、气滞,心血瘀阻证出现频率明显高于其他证候^[7]。瘀血为本病的主要病理产物,同时又作为致病因素,久而不去,阻碍气血津液的运行,可使心脉痹阻不通则痛,或不荣则痛,发为胸痹。从心论治,

作者单位: 100020 首都医科大学附属北京朝阳医院中医科

作者简介: 胡文忠(1968-),本科,副主任医师。研究方向:名老中医经验传承,中医心脑血管病。E-mail: huwenzhong1378@sina.com

采用补益心气、活血化痰的主要治法,具体方药多以生脉饮合丹参饮、桃红四物汤方加减应用。

肝主疏泄,有调节和畅达脏腑经络气机的作用,以保持脏腑经络气血的运行和输布。近代医家也有主张肝失疏泄,气血瘀滞为胸痹发病的根本原因^[8]。李教授认为疏肝之法用于胸痹治疗关键在于辨证准确,须注意在疏肝理气的同时应配合益气养阴,健脾柔肝之品,以防行气过甚而伤及气阴之本。肝气郁结者选用柴胡疏肝散加减,气郁化火则用丹栀逍遥散化裁。

肾藏精,肾脏乃人体的根本,心得肾之水则滋润,肾得心之火则温暖^[9]。正常人心肾相交,水火既济。李教授认为老年胸痹病人辨证以心脉瘀阻,肝肾阴虚证为主,如临床观察中成药宁心宁口口服液治疗心脉瘀阻,肝肾亏虚证取效明显^[10]。肾阴不足,心火独亢,或心火炽盛,独亢于上,不能交下,表现为心肾不交证,治宜滋阴清热,交通心肾。方用天王补心丹合左归丸加减。若心肾阳虚,以附子、桂枝(或肉桂)补水中之火,用六味地黄丸壮水之主,从阴引阳,合为温补心肾而消阴翳。心肾阳虚兼见水饮凌心射肺,而出现水肿、喘促、心悸,用真武汤温阳化气行水;心肾阳虚见虚阳欲脱厥逆者,用四逆加人参汤。

依据“急则治标,缓则治本,标本俱急,标本同治”的治疗原则。在治疗顺序上,讲究权衡缓急。对标实之证的治疗,宜从瘀论治。李教授认为冠心病心绞痛急性发作的主要病理机制为心脉瘀阻,而瘀血常贯穿于胸痹的整个发生、发展过程中,从瘀论治胸痹,采用活血化瘀治法应为冠心病心绞痛的主要祛邪治法。李教授治疗胸痹心痛常用的活血药有:丹参、郁金、川芎、三七;化痰药有:桃仁、红花、莪术、地龙、檀香、降香。此外,临床还有痰瘀互结问题。痰瘀作为病理产物,常相兼为病,痹阻心脉而成胸痹。痰瘀互结是胸痹的重要证候,是胸痹发展到中后期的主要病理机制,痰、瘀作为致病因素阻碍胸中之阳气,不闭阻清阳的同时损耗气血,从而导致虚实夹杂的病症缠绵难愈。李教授化痰常用陈皮、法半夏、胆南星、天竺黄,配以虎杖、决明子、生山楂、干荷叶降脂化浊。对本虚之证的治疗,当补其不足。年高脏器衰弱,或久病体虚、暴病耗气的胸痹患者多由心气不足所致。心气虚者,宜补心气;久病体虚,或暴病伤阳者多表现为阳气不足,胸阳不振。“阳”对人体有推动温煦的作用。若胸阳不振,则温运血脉不利,血失温运则血流不畅,心脉痹阻,心失温养,不通不荣则痛。心阳虚,宜温之;心血虚,宜养之;心阴虚,宜滋之;心气阴不足,则心神失养,故多兼用养心安神之法。气属阳,血属阴,心气虚进一步发展及阳而成心阳虚,心阴虚亦多兼心血虚,所以治疗心阳虚必加用补心气药,治心阴虚亦多兼用养心血药。治疗心气虚可酌加少许温心阳药,取“少火生气”之意;养心血时可加补气之药,益气以生血。若气血双亏,阴阳俱虚,应两者兼治。

3 分期论治,诸法并用

李教授治疗胸痹以安和五脏为总体思路,调和五脏气

血,注重扶助心阳以行心血。对于胸痹治疗遵循整体观,着重治疗的同一性;遵循辨证论治的特点,强调个体化的治疗。辨证施治按分期论治:早期以治标为主,着重开郁、活血、化痰;后期治本为主,着重补虚扶正。胸痹早期:气滞心胸者,治以开郁之法,用柴胡疏肝散加减疏调气机,和血舒脉;气郁化火者,用丹栀逍遥散加减疏肝泻火;瘀血痹阻者治以化瘀之法,用血府逐瘀汤加减活血化痰,通脉止痛;痰浊闭阻者,治以化痰之法,用瓜蒌薤白半夏汤加味通阳泄浊,豁痰开窍;或病因寒凝心脉而发作,治以祛寒活血,宣阳通痹,用当归四逆汤加减。胸痹后期:以补虚之法调心脏之气血阴阳。心气虚者,用保元汤加减补养心气,鼓动心脉;心阳不振者,用参附汤合桂枝甘草汤加减温振心阳;心阴虚者,用天王补心丹加减滋阴清热,养心安神;心血虚者,用四物汤加减补益心血。

具体治法常常以补法、温法、理气、活血化瘀、祛湿化痰等诸法配合,多药联用。其治疗原则提出八字方针:补虚、开郁、活血、化痰。具体治法及加减应用根据临床证候不同而化裁应用。如治疗胸阳不振,痰浊瘀血互结于胸之胸痹,采用二陈汤、瓜蒌薤白半夏汤、桃红四物汤化裁,体现了李文泉教授益气活血与健脾化痰并重的治疗思路。具体用药选择上多以药组配伍应用以提高临床疗效。如:以太子参、炙黄芪、红景天、炙甘草为补益心气常用药组,桃仁、红花、丹参为活血化瘀常用药组。陈皮、法半夏、浙贝母、茯苓为化痰常用药组,加以木香、砂仁理气化痰,薤白、苏梗宽胸理气。炒酸枣仁、柏子仁、茯神、合欢花为养心安神常用药组。

4 强调动态思维

胸痹心痛具有病程长,病情较重,变化迅速的特点,其发生发展转归是一个不断变化的过程,应随着疾病的进展采取不同的治疗措施。本病多表现为虚实夹杂,寒凝、气滞、痰浊、瘀血等可相互兼杂或互相转化,心之气血、阴阳的虚损也可相互兼见,并可合并他脏亏虚之证。本病失治或疾病后期又可变生瘀血闭阻心脉、水饮凌心射肺、阳虚欲脱等危重证候。因此,安和五脏辨治胸痹的思路不仅体现在五脏并治,更应理解为依据各脏腑在胸痹发展变化中因虚致瘀,因郁致瘀,因痰致瘀等不同的病证转化,在治疗过程中密切观察病情变化,诸法同用时应根据具体临证表现而辨证论治,遣方用药应随证加减变化,灵活掌握,强调个体化治疗,不可执一方一法而通治本病。如补益心气法和活血化瘀法虽为临床通用之法,往往贯穿胸痹心痛治疗始终,但在不同时期,不同个体的具体应用时,往往对药味及剂量进行加减变化,急性期应用大量活血化瘀药组,急则治标,病情平稳须以补益心肾之气血为主,缓则治本。体现了李老对复杂病证动态变化的思辨方法。

5 个人体会

李老治疗胸痹经验在于首先抓住心气不足、心脉瘀阻这一病机关键,辨证始终先权衡心之气血阴阳之盈亏,再论有无兼见肝、脾、肾之诸脏亏虚,治疗强调通过补益阴阳、气

血而纠脏腑之偏衰。李老师提出的安和五脏辨治胸痹的思路一方面是指本病虚实夹杂,取效关键在于权衡标本虚实之轻重,确定补泻法度之适宜。无论从何脏入手,选用何法治疗,最终必须通过安和五脏使心脏气血充盛、血脉通畅,胸痹才能治愈;另一方面是指针对胸痹病情复杂变化迅速的特点,应当于胸痹未发作之时即调和五脏气血,五脏气血充和,则心脉气血流通,达到未病预防,既病防变的目的。活血通络法在不同的证型及分期中均在安和五脏,扶正补虚的基础上视病情轻重随证配合加减应用。在胸痹发病早期及心痛反复发作阶段,李文泉教授对于胸痹重症者强调辨清证候之顺逆,尤其注意脱证的预防与治疗,一旦发现脱证之先兆,须尽早使用益气固脱之品,并中西医结合救治。

参 考 文 献

- [1] 周仲英. 中医内科学[M]. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2007:22.
- [2] 李小小. 国医大师路志正调理脾胃法治胸痹经验发挥[J].

中华中医药杂志, 2012, 27(1):123-125.

- [3] 李长月, 孙兰军. 孙兰军从肾论治冠心病经验[J]. 河南中医, 2011, 31(12):1365.
- [4] 魏刚. 胸痹心痛的五脏调治[J]. 中医药学刊, 2006, 24(6):1088.
- [5] 李文泉, 范春琦, 权红, 等. 方和谦学术思想研究[J]. 中医杂志, 2010, 51(6):491-494.
- [6] 张机. 金匮要略方论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1982: 26-27.
- [7] 杜莹, 贾连群, 王列等. 冠心病心绞痛证型分布及辨证规律系统综述[J]. 实用中医内科杂志, 2014, 28(3):1-11.
- [8] 黄小燕, 刘中勇. 从肝论治冠心病心绞痛[J]. 江西中医药大学学报, 2014, 26(1):19-22.
- [9] 傅山. 傅青主女科[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1959:16.
- [10] 曹锐, 李文泉. 心脑宁口服液治疗胸痹(冠心病、心绞痛)31 例临床观察[J]. 北京中医, 2001, (1):57-61.

(收稿日期: 2015-04-06)

(本文编辑: 禹佳)