

杨明会教授从阳微阴弦论治冠心病 PCI 术后心绞痛的经验

李明伟 杨文学 李敏 李绍旦 杨明会

解放军总医院中医医学部,北京 100853

通信作者:杨明会,Email:yhm9651@sina.com

【摘要】 经皮冠状动脉介入治疗(PCI)是冠心病的有效治法,但 PCI 术后心绞痛仍是临床难题,严重影响患者预后。杨明会教授认为本病属中医胸痹、络病范畴,病位在心之络脉,病机为“阳微阴弦”,乃本虚标实之证,主要责之阳虚和痰瘀,治疗以温通为主,重在补肾温阳、祛痰通络。

【关键词】 冠心病; 经皮冠状动脉介入治疗术后心绞痛; 胸痹; 阳微阴弦

基金项目: 中医药传承与创新“百千万”人才工程(岐黄工程)岐黄学者(2019 年);“万人计划”百千万工程领军人才(组厅字[2014]12 号)。

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2022.04.021

Discussion on Professor Yang Minghui's experience in treating angina pectoris after percutaneous coronary intervention of coronary heart disease based on "Yangweiyinxian" theory of traditional Chinese medicine

Li Mingwei, Yang Wenxue, Li Min, Li Shaodan, Yang Minghui

Department of Traditional Chinese Medicine, PLA General Hospital, Beijing 100853, China

Corresponding author: Yang Minghui, Email: yhm9651@sina.com

【Abstract】 Percutaneous coronary intervention (PCI) is an effective treatment for coronary heart disease, but angina pectoris after PCI is still a clinical problem, which seriously affects the prognosis of patients. Professor Yang Minghui believes that this disease belongs to the category of chest obstruction and collateral disease of traditional Chinese medicine (TCM), the disease is located in the heart blood vessels, and the pathogenesis is "Yangweiyinxian" in TCM, which means essential empty and out solid or deficiency in origin and excess in superficiality. The main cause is Yang deficiency, phlegm and blood-stasis. The main treatment is warming and freeing, paying attention to reinforcing kidney, warming Yang, removing phlegm and dredging collaterals.

【Key words】 Coronary heart disease; Angina pectoris after percutaneous coronary artery intervention; Chest Obstruction; Yangweiyinxian

Fund program: Chinese Medicine Inheritance and Innovation "Tens of Millions" Talent Project (Qihuang Project) for Qihuang Scholar (2019); "Ten Thousand People Plan" of Tens of Millions of Project for Engineering Leading Talents (2014-12)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2022.04.021

经皮冠状动脉介入治疗(percutaneous coronary intervention, PCI)是目前最为常用的冠心病血运重建手段,而随着 PCI 技术的普及开展,相当比例的心绞痛得到缓解,但仍有 20%~40% 患者在 PCI 术后主要血管狭窄已解决的情况下,反复发作心绞痛,西医抗凝、调脂、扩张冠状动脉(冠脉)等手段亦无法有效缓解其症状,严重影响了患者的心理健康和^[1]生活质量。中医药治疗 PCI 术后心绞痛优势明显,可以显著改善患者的心功能指标及胸痛、乏力等^[2]症状。导师杨明会教授是军地享有盛名的中医专家、岐黄学者,在心血管病的治疗方面积累了丰富的经验,基于“阳微阴弦”理论辨治冠心病 PCI 术后心绞痛,疗效显著,现将导师经验整理如下。

1 “阳微阴弦”释义

冠心病属中医“胸痹”“真心痛”范畴。张仲景在《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》云:“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。”后世诸多医家对“阳微阴弦”的涵义多有论述。

首先从脉象角度,浮取为阳,寸脉为阳,寸主上焦;沉取为阴,尺脉为阴,尺主下焦。清代吴谦在《医宗金鉴·订正金匱要略注》注:“阳微,寸口脉微也……阴弦,尺中脉弦。”尤在泾在《金匱要略心典》云:“寸口亦阳也,而沉迟,则等于微矣;关上小紧,亦阴弦之意。”故阳微即寸脉微,阴弦即尺脉弦。结合脉候,以脉测证:微脉主气血大虚,阳气衰微;弦脉主疼痛与痰饮;而紧脉主寒证,痛症与食积。可见“阳微”指上焦脏腑气血亏虚,胸阳不振,“阴弦”则指下焦阴寒之邪内盛,上袭阳位,相互搏结引发心痛。

其次从病机方面,陈修园在《金匱要略浅注》曰:“阴邪乘于阳位,即胸痹而心痛,所以然者,责其上焦阳气极虚也……究其所以胸痹、心痛者,以其阴中之弦,乃阴中之寒邪,乘上焦之虚,而为痹为痛,是虚为致邪之因,而弦则露其衰虚之本象故也。”指出胸痹心痛为本虚标实之证,“阳微”即本虚,脏腑功能衰退,心阳不足,不能濡养、温煦心脉;“阴弦”为标实,阳气不足影响气化和水液代谢,产生寒凝、气滞、痰饮、瘀血等阴邪上乘阳位,邪正相搏,造成胸阳不振,脉络痹阻,导致胸痹的发生。综上所述,“阳微阴弦”既揭示

了胸痹心痛的脉证涵义,亦是对其核心病机的高度概括。

2 对 PCI 术后心绞痛病机再认识

杨教授认为,PCI 术虽然能快速疏通冠脉主干的狭窄,但远端微血管的瘀滞状态并未改善,发生微循环障碍,心肌细胞仍然缺血缺氧,从而引发心绞痛。冠脉微循环障碍常发生于直径 $<200\ \mu\text{m}$ 的冠脉微循环血管中,表现为结构或功能发生改变,导致 PCI 再通后无复流及慢血流,心肌氧供需失衡,这些都是导致术后再发心绞痛的主要原因,也是影响手术疗效和预后的关键因素^[3-4]。其发病机制复杂,目前研究认为主要与以下几点有关:①微血管外周阻力升高;②缺血/再灌注造成微血管内皮损伤;③PCI 术引起的血栓或不稳定斑块破裂随着血液流动,堵塞远端微血管^[5-7]。因此,在临床上除关注冠脉狭窄之外,还应重视微循环灌注不足导致的潜在心肌缺血隐患。

PCI 术后心绞痛以其发病于冠脉微血管,可将其归为中医“络病”范畴,病位在心之络脉。《灵枢·脉度》曰“经脉为里,支而横者为络,络之别者为孙”,指出络脉是经脉别出的分支,循行周身,贯通营卫,沟通表里,是人体气血交会之通道,发挥着渗灌气血、濡养全身的生理功能。络脉支横别出、逐级细分、网状分布的结构特点决定了其病理上易滞易瘀、易入难出、易积成形^[8]。络脉与冠脉微血管在结构分布和功能上有诸多类似,二者皆为循环的通道、物质交换的场所。有研究表明,络气郁滞引起的络脉自稳状态功能异常与血管内皮功能障碍具有内在一致性,络脉瘀阻/动脉粥样硬化、络脉细急/血管痉挛、络脉瘀塞/血管堵塞或闭塞是“脉络-血管系统病”发生发展共同的关键病理环节^[9]。

结合临床表现和络脉的病理特点,杨教授认为,PCI 术后心绞痛之病机仍可用“阳微阴弦”来概括,主要责之阳虚和痰瘀:首先,心主血脉,血液依赖心之阳气的鼓动输送全身以发挥濡养作用,冠心病患者大多年老病久,阳气不断衰少,PCI 术类似于中药破瘀通络之功效,但破血进一步耗伤正气,加重了患者气虚阳虚,阳虚不能推动血运至远端络脉,络脉渐至空虚,心肌失于充养,不荣则痛。其次,阳气不足致气血津液输布障碍,津凝为痰,血停化瘀,痰瘀阻络,气血不通,发为胸痹。此外,冠脉再通时由外力原因导致的血管内膜损伤和支架刺激会引起炎症反应,产生各种细胞因子、炎症因子聚集黏附,形成冠脉微血栓,与斑块碎片等物质阻塞微血管,进而引发微循环障碍,导致心肌缺血缺氧,发为胸痛,这些病理变化与中医的痰瘀致病理论相一致,故 PCI 术后心绞痛的病机以阳虚为本,痰瘀为标。

3 辨治思路

杨教授依据阳微阴弦的基本病机,主张治疗以温通为主,温即益气温阳,调补心肾;通即针对痰浊、血瘀、气滞等病邪,豁痰泻浊、活血化瘀、梳理气机。在辨治过程中,遵循“急则治标,缓则治本”的原则,心绞痛发作期以标实为多,治当祛痰化瘀、疏通心脉为主。但本病以老年久病者为多,脏腑衰惫,本虚的病机贯穿疾病全程,因此治疗时应分清本虚标实的主次,最终达到去邪不伤正、扶正不留邪。

3.1 补肾温阳以治本:胸痹的病位在上焦,其病变根本在于阳微,《素问·生气通天论》曰:“阳气者,若天与日,失其所,则折寿而不彰,故天运当以日光明。是故阳因而上,卫外者也。”人体的生命活动有赖于阳气的温煦、濡养,方能御邪、维持正常生命活动。心之阳气是心主血脉、推动血液正常运行的保障,胸痹患者多年过半百,久病及肾,肾阳不足,不能鼓舞心阳,而致心阳不振,血行不畅,长此以往,心肾阳衰,水气凌心,发为喘脱、厥逆等危重症,因此在胸痹的治疗中应重视补肾固本。肾藏元阳,为一身阳气之根本,心肾相交,则水火既济,肾阳充盛,则心阳振奋,鼓动有力,血行通畅。杨教授临床发现,患者 PCI 术后循环恢复,标实症状虽减轻,但本虚仍在,患者往往仍有畏寒肢冷、神疲乏力、自汗、舌淡胖等一派阳虚表现,故治疗采用真武汤、苓桂术甘汤加减,常用附子、桂枝、黄芪、干姜、山萸肉、巴戟天、仙灵脾等,补肾阳以助心阳。

3.2 化痰祛瘀以治标:痰瘀是气血津液代谢异常的病理产物,二者皆为阴邪,常相互胶结,黏腻难行,导致气血运行缓慢甚至中断。现代研究发现,冠心病患者有动脉粥样硬化斑块、血栓形成,也会有血黏度升高和血流动力学的异常,与中医学中痰湿、血瘀证有较强的一致性^[10]。《丹溪心法》云“痰夹瘀血,遂成窠囊。”《金匱要略心典》云:“阳痹之处,必有痰浊阻其间耳。”两者虽然均属病理产物,但往往痰浊在前为因,滞塞脉道导致瘀血内停,从而形成痰瘀互结之证^[11]。杨教授指出,现代人饮食失调导致脾胃损伤、痰浊内生,是胸痹发生的重要因素,论治时更应重视痰浊的作用,突出化痰为主,佐以祛瘀。组方以仲景《伤寒论》瓜蒌薤白半夏汤为基础,灵活运用竹茹、陈皮、苍术、厚朴、胆南星、石菖蒲等宣痹豁痰;并加减丹参、桃仁、红花、川芎、赤芍、当归等活血药,奏痰瘀同除之效。

3.3 搜邪通络以除沉痾:叶天士在《临证指南医案》言:“初病气结在经,久病血伤入络。”《古今医鉴》载:“心痹痛者,素有顽痰死血。”顽痰死血固结于络脉细微之处,不尽除之则疼痛反复发作,然而一般药物作用难以企及。杨教授根据“络以通为用”“以辛为泄”等络病理论,主张采用辛味药和虫类药以通心络。辛药能行能散,如桂枝、薤白、柴胡、枳壳、桔梗、香附等,气为血之帅,气行则血行。现代药理研究也证明,大多数辛味药含有挥发油、苷类及生物碱等物质,可广泛作用于心血管系统,可以明显起到扩张血管、改善微循环、强心、抗血栓的作用^[12]。虫类药“飞着升,走者降,灵动迅速”,功专“追拔沉混气血之邪”,善于走窜,如地龙、水蛭、蜈蚣、全蝎等,能“搜剔络中混处之邪”,解除血管痉挛,改善络脉瘀塞。对于久痛而病邪积久难除的患者,合理配伍虫类活血药可搜剔络中之瘀邪,起到良好疗效^[13-14]。

4 验案举隅

4.1 验案一:李某,男性,63岁,初诊时间2022年3月1日,主因“胸闷胸痛3个月”就诊。既往有冠心病、高脂血症病史,2021年10月行冠脉介入治疗,术中发现左前降支中段可见92%狭窄,左右冠脉主干未见明显狭窄,于左前降

支放置支架 1 枚,手术成功,术后常规服用阿司匹林、氯吡格雷、阿托伐他汀治疗。患者术后仍偶发胸闷胸痛,近 1 个月来发作性胸前区隐痛明显,伴气短乏力,动则尤甚,遇劳加重,临床症状与 PCI 术前相似,没有缓解。患者慕名寻求中医治疗,刻下症见:肢体沉重,形体肥胖,面色晦暗,口唇发绀,阵发胸部隐痛,每日发作,疼痛固定,痛引肩背,胸闷乏力,头重痰多,失眠易惊,纳呆便溏,舌质紫黯,舌苔白腻,舌下静脉迂曲,脉弦细。

西医诊断:冠心病,不稳定性心绞痛,PCI 术后,高脂血症。中医诊断:胸痹心痛,证属痰瘀痹阻、心阳不振。法当通阳泄浊、豁痰化瘀,方取瓜蒌薤白半夏汤合血府逐瘀汤加减:瓜蒌 30 g,薤白 10 g,半夏 10 g,桂枝 15 g,苍术 15 g,香附 10 g,竹茹 8 g,胆南星 10 g,炙甘草 10 g,当归 10 g,柴胡 10 g,枳壳 15 g,丹参 15 g,赤芍 15 g,桃仁 10 g,红花 10 g,水蛭 6 g。14 剂,水煎服,每日 1 剂。二诊:胸痛缓解,发作频率减轻,持续时间缩短,可自行缓解,乏力、气短等症较前明显好转,整体精神状态及睡眠改善,舌苔略腻,脉沉,加三七粉 3 g 冲服,回当地继续服用 1 个月,半年后复诊,患者病情稳定。

按:患者平素痰湿体质,发病日久,又兼行有创治疗,脉络损伤,痰瘀互结,气血不达,心脉不畅,则出现胸闷痛,气短乏力等症;清阳不升,气血不能上达,故面色不泽,精神不振;痰浊扰心,心神不宁,则出现眠差易惊;舌质黯淡,苔白腻,脉沉涩均为痰瘀痹阻之象。PCI 术后痰瘀互结的病机客观存在,《温热经纬·方论》曰:“络伤则血不能循行……其伤处即瘀阻,阻久而蓄积,无阳气以化之,乃成死血矣。”本案辨证以标实为主,治以祛痰通络为主,取薤白、瓜蒌、半夏、苍术、竹茹、胆南星涤痰散结,桃仁、红花、当归、丹参、赤芍活血化瘀,柴胡、枳壳、香附疏肝理气,推动血液运行,加水蛭、三七粉增强活血通络之功,诸药合用,祛除邪实,收效显著。

4.2 验案二:王某,男性,71 岁,2021 年 2 月 5 日初诊,以“间断性胸痛 1 个月”为主诉,既往高血压病史 10 年余,2020 年 12 月突发胸闷胸痛,冠脉造影显示前降支近端 95% 闭塞,并于前降支近端闭塞处植入支架 2 枚,术后患者胸闷胸痛症状未见明显缓解,近 1 个月活动后出现胸闷、心慌加重,每次持续 3~5 min。查心电图示:V4~V6 导联 ST 段下移 >0.1 mV。症见:胸前区及胸骨后疼痛,伴心悸气短,形寒肢冷,胸闷气喘,不能平卧,精神萎靡,双下肢水肿,纳食少,夜眠差,尿少,大便不成形(每日 2 次),舌淡胖边有齿痕,苔白滑,脉沉细。

西医诊断:冠心病,不稳定性心绞痛,PCI 术后,高血压病。中医诊断:胸痹,证属心肾阳虚、水气凌心。治以补肾温阳、散寒利水,方用真武汤合苓桂术甘汤加减。组方为:桂枝 15 g,薤白 15 g,黑附片 10 g,干姜 15 g,仙灵脾 10 g,巴戟天 10 g,黄芪 30 g,党参 15 g,茯苓 20 g,白术 15 g,丹参 15 g,当归 15 g,川芎 15 g,元胡 15 g,炙甘草 10 g。14 剂,每日 1 剂,水煎服。二诊:半个月后,患者胸痛程度、频次均显著减轻,

尿量增加,偶有心慌、气短,下肢肿已消,能平卧。效不更方,继续服用,服药 1 个月后,诸症悉平,嘱继续服用巩固治疗,以提高患者生活质量。

按:本病以“阳微阴弦”为病机,阳微除指上焦心阳虚以外,又指各脏器阳性功能的减退,脾胃为气机升降的枢纽,脾胃功能正常,阳气才能正常升发;肾阳为一身之元阳,对全身各个脏腑起推动、温煦作用。本例患者年逾古稀,肾阳亏虚,气血生化无力,不能振奋阳气,致脏腑阳气衰微,血行不畅,心脉瘀阻。心肾阳虚,不能制水,水气凌心,故胸闷疼痛,心悸气短;脾肾阳虚,水湿泛滥,故大便溏泄,肢体水肿;肾阳虚衰,膀胱气化不利,故尿少。本案以本虚为主,治以温阳补虚,以桂枝、薤白通阳泄浊,黄芪、党参、白术、茯苓益气健脾,丹参、川芎、当归、元胡行气活血,予附子、干姜、仙灵脾、巴戟天等补肾助阳,以资生化之源,心、脾得肾阳之温煦则心脉通畅、水湿得运,症状解除。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 宋惠,李晓芳,李艳萍. 中医药治疗经皮冠状动脉介入治疗后胸痛的研究进展[J]. 中国中医急症, 2022, 31 (1): 166-169. DOI: 10.3969/j.issn.1004-745X.2022.01.045.
- [2] 李成伟,秦俊岭,刘永娟,等. 葛远汤治疗痰瘀阻络型老年择期经皮冠状动脉介入治疗后心绞痛 80 例:一项前瞻性多中心随机对照研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2020, 27 (1): 76-80. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2020.01.022.
- [3] 安军钰,黄晏,李万鹏. 冠状动脉微循环障碍在冠状动脉粥样硬化性心脏病中的研究进展[J]. 兰州大学学报(医学版), 2018, 44 (6): 76-81. DOI: 10.13885/j.issn.1000-2812.2018.06.014.
- [4] 杨艳红,李守贤. 中西医结合治疗微血管心绞痛的疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2017, 24 (1): 21-23. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2017.01.007.
- [5] 何芳蕊,侯静波. 冠脉微循环障碍病理学机制和分型研究的进展[J]. 心血管康复医学杂志, 2017, 26 (5): 567-570. DOI: 10.3969/j.issn.1008-0074.2017.05.28.
- [6] 韩冬旭. 冠心病微循环障碍的临床研究进展[J]. 实用中西医结合临床, 2018, 18 (5): 182, 封 3. DOI: 10.13638/j.issn.1671-4040.2018.05.097.
- [7] 鲁香宇,李玄,李艳萍,等. 中药改善经皮冠状动脉介入术后无复流心肌微循环障碍的研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36 (9): 5377-5379.
- [8] 吴以岭. 络病治疗原则与通络药物[J]. 疑难病杂志, 2005, 4 (4): 213-215. DOI: 10.3969/j.issn.1671-6450.2005.04.008.
- [9] 吴以岭. 络病与血管病变的相关性研究及治疗[J]. 中医杂志, 2006, 47 (3): 163-165. DOI: 10.3321/j.issn:1001-1668.2006.03.001.
- [10] 刘婷玉,张忠辉. 张忠辉从痰瘀论治冠状动脉粥样硬化性心脏病[J]. 实用中医内科杂志, 2016, 30 (5): 25-27. DOI: 10.13729/j.issn.1671-7813.2016.05.12.
- [11] 郭力恒,王磊,朱瑛莹,等. 邓铁涛教授病证结合论治冠心病[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2012, 19 (3): 129-131. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2012.03.001.
- [12] 徐小璐,王金波,王蕊,等. 张金波教授“解肌扩脉”法治疗冠心病心绞痛经验总结[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2021, 28 (6): 738-741. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2021.06.022.
- [13] 胡骏,谈钰濛. 从“病从络起”与“久病入络”论治冠心病[J]. 中医学报, 2021, 36 (11): 2273-2276. DOI: 10.16368/j.issn.1674-8999.2021.11.471.
- [14] 张亚萍,唐振宇,李永亮. 论叶天士对张仲景通络法的继承与发挥[J]. 上海中医药杂志, 2017, 51 (9): 37-39. DOI: 10.16305/j.1007-1334.2017.09.010.

(收稿日期:2022-05-17)