

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2022.05.014

• 医学传薪 •

赵明君教授基于络病理论治疗 PCI 术后心绞痛经验^{*}

李舒钰¹ 赵明君^{2△}

¹陕西中医药大学第一临床医学院, 陕西咸阳 712046

²陕西中医药大学附属医院心内科, 陕西咸阳 712000

关键词 冠心病; PCI 术; 心绞痛; 络病理论

中图分类号 R249 **文献标志码** A

冠心病即冠状动脉发生粥样硬化性改变而引起血管畸形、狭窄甚至闭塞, 继而导致心肌细胞缺血缺氧或坏死的心脏病^[1]。《中国心血管病报告 2018》概要指出在当前发病率及死亡率均较高的疾病中, 冠心病仍占据了不可小觑的地位; 而急性冠状动脉综合征 (acute coronary syndrome, ACS) 是冠心病中的危急重症, 是冠心病患者死亡的首要因素, 需要紧急、迫切的医学手段干预^[2]。经皮冠状动脉介入 (percutaneous coronary intervention, PCI) 是目前公认且广泛应用的治疗冠心病的强有力手段, 但术后相关问题如心绞痛、急性心肌梗死、缺血再灌注心肌损伤等依然常有发生, 患者常出现不同程度的胸闷、胸痛、气短等表现^[3]。临床中发现 PCI 术虽可恢复许多患者的心外膜冠脉循环, 但有 11%~30% 的患者 PCI 术后出现无复流现象^[4], 即再灌注治疗后出现向前血流减慢或完全没有血流的现象。这种“无复流”现象是 PCI 术后的常见并发症, 可使心肌梗死面积进一步增加, 左心室舒缩功能下降, 从而严重影响临床疗效及患者预后, 亦是 PCI 术后发生心绞痛的主要原因^[5]。目前, 针对 PCI 术后心绞痛的治疗药物多选用他汀类、钙通道阻滞剂、硝酸盐类、 β 受体阻滞剂等, 其服药周期长, 对改善患者远期生活质量效果有限。根据 PCI 术后心绞痛的症状及体征, 可将其归入中医学“胸痹”“真心痛”“心痺”等范畴。赵明君教授系陕西省第三届名中医、国家中医药管理局心血管重点专科学科带头人, 从事临床工作 30 余年; 在心血管疾病诊疗方面, 赵教授以从络论治为特色。基于络病理论, 赵教授认为 PCI 术后心绞痛属心脏之脉络疾病, 而心络郁滞或

心络虚滞是引起心络瘀阻或绌急而致心痛的重要因素, 加之 PCI 术本就属“外来异物”, 易致心之脉络、肌肉筋膜等损伤, 使患者心气不足, 无法鼓动气血流行, 从而发为术后心绞痛。现将赵明君教授治疗 PCI 术后心绞痛经验总结如下。

1 络病理论的源流概述

络病学说基于经络理论创建, 并在此基础上得到了发展。络病, 顾名思义, 即指邪入络脉而发生的病变。由于络脉是营卫、气血、津液输布贯通的枢纽, 其细小而广泛, 但功能独特, 一旦邪客络脉则易使气血运行和津液输布失常, 甚则继发脏腑组织病理变化^[6]。

中医学奠基之作《内经》首次提出了“络”的概念, 《灵枢·经脉》载: “经脉者, 伏行分肉之间, 深而不见……诸脉之浮而常见者, 皆络脉也。”明确指出络脉为经脉的分支, 且将其按大小分成无数细支遍布全身, 发挥着渗濡灌注、沟通表里经脉、贯通营卫、津血互渗等重要生理作用。另外《内经》中也初步记载了络脉的病理变化, 如《素问·举痛论》曰: “经脉流行不止, 环周不休, 寒气入经而稽迟, 泣而不行, 客于脉外则血少, 客于脉中则气不通, 故卒然而痛”, 为后世络脉学说的发展奠定了理论基础。东汉张仲景在《内经》学术思想上撰述《金匮要略》首篇《脏腑经络先后病脉证》, 云: “经络受邪, 入脏腑, 为内所因也”, “四肢九窍, 血脉相传, 壅塞不通, 为外皮肤所中也”, 着重阐述了脏腑经络先后病的传变规律。特别是在张仲景治疗络病的方药中, 虫类通络药的应用一直受到后世医家的尊崇, 如大黄蛰虫丸、鳖甲煎丸、抵挡汤等。清代名医叶天士承《内经》络病之说以及张仲景络病用药经验, 提出了“久病入络”“久痛入络”等中医学重要病机概念。

当代对络病学理论的研究与发展以王永炎院士提

^{*} 陕西省第三届名中医传承工作室建设项目 (No. 2019007); 陕西中医药大学附属医院 2020 年度院级科研项目 (No. 2020YSGZZ001)

[△] 通信作者, Corresponding author, E-mail: zmj7125@163.com

出的“瘀毒阻络是络病形成的病理基础”以及吴以岭院士提出的关于络病学说理论框架的“三维立体网络系统”为突出代表。且有大量的实验与临床研究佐证了络病学说的科学价值,促进了络病学说的快速发展。

2 络病理论与 PCI 术后心绞痛的相关性

2.1 病因探讨

2.1.1 外邪侵袭 PCI 术后患者身体娇弱,或因频繁变换体位,来回于手术室与病房之间,以及术中衣不蔽体,而极易感受外来风邪。风邪直中手少阴心之络,导致经脉气血运行失调,引发心绞痛。《太平圣惠方》曰:“夫卒心痛者,由脏腑虚弱,风邪冷热之气,客于手少阴之络。正气不足,邪气胜盛,邪正相击,上冲于心,心如寒状。痛不得息,故云卒心痛也。”此外,PCI 术中所使用的造影剂、生理盐水等性属寒凉之物,寒邪主收引、凝滞,这些性质寒冷之物沿着手少阴心经循行部位进入心脏,使得心之脉管痉挛蜷缩,气机不畅,血行运行受阻,心脉痹阻,从而导致心绞痛的发生。正如《素问·举痛论》云:“寒气客于脉外则脉寒,脉寒则缩蜷,缩蜷则脉细急,细急则外引小络,故卒然而痛。”

2.1.2 七情内伤 冠心病患者术前、术中均易产生紧张、忧虑等不良情绪,且术后担心病情是否能及时得到有效控制,这些均可导致患者的精神压力过重,进而容易引起气机紊乱,脏腑功能失调。叶天士言:“初为气结在经”,从经分支而出的气络承载着在经中运行的经气,经气郁结,气机不畅,必然导致络脉气机郁滞。若患者忧思、惊恐过度,则致使心、脾之络均受影响;脾失健运,痰浊内生,子病累母,导致心络郁滞;胸中窒闷,日久心络瘀阻,痰瘀互结,阻塞心络,不通则通,发为心绞痛。

2.1.3 外伤致病 PCI 术本身即可使心之脉管损伤,络膜受损。据报道^[7-8],血管内皮损伤是导致 PCI 术后再发心绞痛的重要原因,而血管损伤又会导致内皮功能失调,导致冠状动脉痉挛和血小板聚集,最终导致血栓形成。陈无择在《三因方》中提到“金刃所伤”,这与支架植入后再狭窄的病因病机基本一致,即血管内膜损伤导致瘀血阻滞,脉络不通。另外,支架作为外来异物,其在置入心之脉络过程中,易将外来火毒温热之邪带入脉络,日久致使热毒滞络,损伤心之脉络、筋膜肌肉,发为心绞痛;或热毒之邪留滞于脉络中,并能炼液成痰,炼血成瘀,最终使得支架与热毒、痰瘀的复合物共同盘踞于脉络,进一步加重脉络损伤,最终导致 PCI 术后心绞痛反复发作,缠绵难愈。

2.1.4 术后体虚 络脉具有运行气血、濡养渗灌的功能,而气血是络脉发挥该功能的物质基础。PCI 术具有破气伤血的作用,因此术后患者一般都处于心络气血亏虚的病理状态,也就无法濡养心之脉络、筋肉肌膜,亦容易导致心绞痛的发生,正所谓“不荣则痛”。

2.2 病机探讨

赵教授根据长期大量的临床实践,以及结合古今文献研究,认为本病的病位在心络,病机以气虚为本,标实责之瘀、痰、毒,其中又以血瘀最为重要,故其病性属于本虚标实。PCI 术后络气虚所致络脉瘀滞,继则络脉瘀塞,正所谓“久病入络”“久瘀入络”,是由功能性病变发展为器质性病变的重要病程阶段。心络气虚而邪气留滞,气机紊乱,出现升降出入失常等一系列变化,久则引起“脉络-血管系统”舒缩功能和血液运行障碍,血运受阻,心脏组织供血供气不足,故见胸闷、胸痛等症状。《医林改错》中早已明确血瘀与气虚的密切关系,指出“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀”。PCI 术虽能重建血运,使病死率降低,但梗死区微小血管仍存在栓塞、痉挛以及血管内皮细胞完整性被破坏等病理状态,其本质亦属络脉瘀滞,故而最终病机的落脚点总归于“血瘀”。再加上术后患者正气不足,因此“气虚血瘀”就是 PCI 术后心绞痛的核心病机。李波^[9]在对 133 例 PCI 术后患者的追踪调查中发现,血瘀证占 88%,气虚证占 61%,提示气虚、瘀血是 PCI 术后再发心绞痛的主要致病因素;此研究结果与赵明君教授的观点不谋而合。

3 运用益气通络、活血化瘀法治疗 PCI 术后心绞痛

络病的治疗原则遵循“络以通为要”,然通络法根据不同的致病原因亦各有不同。赵明君教授认为 PCI 术后心绞痛多为络虚血瘀型,故创立“益气通络、活血化瘀”的基本治疗原则,以补阳还五汤为基础并化裁,自拟益气通络调心汤,以黄芪、丹参、地龙、鸡血藤、当归、炒桃仁、麸炒僵蚕、焦山楂、桂枝等入药,随证加减,临床疗效显著。方中黄芪为君,补气升阳,可纠正 PCI 术后心绞痛患者的气虚之象;且黄芪主归肺经,肺朝百脉,肺气充足亦可保证脉道中血流通畅,血非气不运,气能行血、生血,“有形之血不能速生,无形之气所当急固”,正气恢复,阳气再生,体质增强,则祛邪有力。另有《本经》中将黄芪列为补气“上品”药材。已有研究表明,黄芪提取物皂苷可通过生物化学反应使受损的心肌细胞加速新生,对心肌缺血、心肌损伤等均起到保护作用^[10]。臣药丹参味苦散结,活血祛瘀。《明理论》记载丹参一味,可抵当归、川芎、白芍、熟地

黄四物之功,祛瘀同时补血生血、行而不破、有补有散。“破宿血,补新血”,佐以鸡血藤、当归和血活血补血的功效,活血则可祛络中瘀血,通过补血一则使正气恢复、二则使活血不伤正;佐以桃仁味苦通泄,善泄血滞,为治疗多种血行瘀滞病症之要药,且能和畅气血生新,加强组方祛瘀生新之力。四药配伍,活血化瘀,祛瘀生新。另臣药地龙佐以僵蚕,二者性擅走窜通络,可使心络瘀血尽数散去,保证了脉道的通畅性,使得血液得以正常运行,有利于受损的心络得到充足的濡养;佐以桂枝甘温助阳、辛温通络,可行里达表,有温通一身之阳气、流畅血脉而和血散瘀之功,又可宣导活血药物以增强化瘀之效。三药配伍,温通心络,气血得行。此外,周蓓^[1]研究桂枝桃仁配伍对抗凝血作用的影响发现,桂枝、桃仁配伍后抗凝血作用明显强于单药桂枝,故临床上可用来治疗瘀血阻滞的各种病证。使药焦山楂性温兼入肝经血分,通行气血、活血化瘀之余亦可兼顾调养脾胃,使得苦寒之品不伤及脾胃。本方标本同治,寓通于补,诸药合用共奏益气通络、活血化瘀之效。

4 验案举隅

患者,女性,63岁,2021年3月30日初诊。2020年10月行PCI术,于左前降支中段、回旋支近段分别植入支架1枚。术后长期口服阿司匹林肠溶片、硫酸氢氯吡格雷片、瑞舒伐他汀钙片。患者既往有高血压病史。1周前无明显诱因出现间断胸闷、胸痛,呈针扎样,气短,自汗,活动后加重,舌下含服丹参滴丸后症状稍有缓解,于当地医院查心电图示:ST段轻度压低。血清总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇水平均高于正常值。遂来本院要求中医治疗,入院时症见:间断胸闷、胸痛,气短、全身乏力,活动后加重,兼见汗出,纳差,腹胀,口渴不欲饮水,夜眠差,舌质黯淡且伴有瘀斑瘀点,舌苔薄白,脉沉无力。辨证为“络虚血瘀”,治以益气通络、活血化瘀,方选自拟方益气通络调心汤,组方:黄芪30g,丹参15g,鸡血藤15g,当归15g,桃仁12g,僵蚕5g,地龙5g,桂枝9g,焦山楂6g;共14剂,免煎颗粒剂,1剂/d。

4月20日二诊:服药14d后,胸闷,乏力感较前改善,仍诉气短,腹胀,纳差,夜眠差,舌质暗红,苔薄白,脉沉细无力,故上方加西洋参15g,炒酸枣仁15g,茯苓15g,共14剂。5月5日三诊:继服药14d后,患者诉胸闷痛、气短、乏力已明显好转,精神状态佳,纳食可,夜眠可,二便调。复查心电图ST段回升至正常水平,患者病情基本稳定,守法观察,定期复诊。

按:PCI术后心绞痛患者病机多以络虚血瘀为主,虚实夹杂,且病程中可见痰浊、热毒等多种病理变化。本例患者间断胸闷、胸痛、气短、全身乏力,活动后加重,舌质黯淡且伴有瘀斑瘀点,舌苔薄白,脉沉迟且无力;符合心绞痛络虚血瘀征象。“气行则血行,气虚则血瘀”,故赵明君教授以补阳还五汤为基础,自拟益气通络调心汤补身体正气、通心脉瘀血。此医案中患者兼见纳差、腹胀,多责气虚致脾运化无力,水谷积滞,化湿生痰,困遏阳气,终亦致血瘀,故二诊中加西洋参、茯苓醒脾益气、祛除湿邪,正如《薛生白医案》中言:“脾为元气之本,赖谷气以生;肺为气化之源,而寄养于脾者也。”故脾为生气之源,健脾旨在益气,纠正气虚之本。血为阴分,血瘀则阴伤,西洋参配伍酸枣仁益气养阴、滋养心神,使夜寐安,精神好转。

5 结语

PCI术是有效缓解和改善心脏供血的治疗手段,而术后常见并发症的发生也使得其术后调护成为不可或缺的一部分。中医认为PCI术后心绞痛络虚血瘀证以气虚为本,瘀血(病理产物)为标,治宜标本同治,虚实兼顾。赵明君教授自拟方益气通络调心汤以黄芪为君补本,以丹参、地龙为臣治标,佐以活血通络之药物强化治标之功,组方用药体现出祛瘀不伤正、补正不留邪的特点。赵教授通过长期的临床观察及大量的医案研究,积累了丰富的治疗经验。对于益气通络调心汤的加减使用,值得进一步深入继承与挖掘。

参 考 文 献

- [1] 葛均波,徐永健,王辰.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2018:218.
- [2] 胡盛寿,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告2018》概要[J].中国循环杂志,2019,34(3):209-220.
- [3] 赵普,李牧蔚,沈玉祥.经皮冠状动脉介入治疗术后血管痉挛性心绞痛的病因及诊断方法的研究进展[J].中国心血管病研究,2022,20(3):231-235.
- [4] Al-Lamee R, Thompson D, Dehbi HM, et al. Percutaneous coronary intervention in stable angina(ORBITA): a double-blind, randomised controlled trial[J]. Lancet, 2018, 391(10115):31-40.
- [5] Ndrepepa G, Tiroch K, Keta D, et al. Predictive factors and impact of no reflow after primary percutaneous coronary intervention in patients with acute myocardial infarction[J]. Circ Cardiovasc Interv, 2010, 3(1):27-33.

鸡血藤、夜交藤补血通络,养血安神。诸药共用,使寒得除,血得养,络得通,病得愈。

5 结语

石老临证师于经典,勤求古训,博极医源,知行合一,擅用名方、经方于临床,并对中医理论、名方经方进行发挥、创新;每可挽狂澜于危危险症,起沉痾于疑难怪病^[7]。石老常言临证中面对疑难病要擅抓主证、主病,即找到疾病的主要矛盾,分清主次,抓住主线,步步为营,剥丝抽茧,方能做到方证一致、反客为主而药到病除。此外,临证中还要辨证、辨病、辨体(辨体质)、辨情(辨情志)、辨季(辨季节)、辨域(辨地域)互参,全面考量患者病情(现病史与既往史互参),才能把握诊疗的主动权。石老还强调,临床中要善于吸取他人经验教训,对于反复就诊患者,定要注重其既往诊治方案,避免“穿新鞋走老路、被疾病牵着鼻子走”的局面。临床中除要注重四诊合参外,更要结合现代诊疗技术,即结合查体技术及相关辅助检查结果,做到衷中参西、中西并用、中西并重^[8]。

参 考 文 献

[1] 徐玉慧. 青蒿鳖甲汤合知柏地黄汤加减治疗肾阴虚型围

绝经期综合征的临床分析[D]. 成都:成都中医药大学,2011.

[2] 柴惠斌. 青蒿鳖甲汤加减治疗骨科术后无菌性发热疗效观察[J]. 中国民族民间医药,2013,22(5):125.
[3] 陈远芳. 针灸疏肝调神法治疗纤维肌痛综合征的临床研究[D]. 广州:广州中医药大学,2013.
[4] 张洋,石鉴泉,石志超,等. 胸痹医案 2 则[J]. 新中医,2020,52(22):200-202.
[5] 艾相乾,左新松,张仕玉,等. 四逆散加味治疗肝郁型类风湿关节炎的疗效观察[J]. 中医临床研究,2018,10(27):79-81.
[6] 谭庆. 经方四逆散之妇科临证应用[J]. 中国临床医生杂志,2017,45(1):113-114.
[7] 王达,石志超. 石志超教授辨治胆系疾病高热经验[J]. 中国医药指南,2020,18(26):117-118.
[8] 石鉴泉,张洋,石志超. 石志超教授临证经验撷英[J]. 中国中医药现代远程教育,2022,20(11):61-62.

(收稿日期:2022-03-30)

(上接第 343 页)

[6] 吴以岭. 络病学[M]. 北京:中国中药出版社,2017:2.
[7] 郭丛丛. 血管内皮功能与冠脉病变程度及 PCI 术后转归的相关性研究[D]. 北京:北京中医药大学,2016.
[8] 赵思鸿. 替罗非班对急诊 PCI 治疗心肌梗死患者内皮细胞功能的影响[J]. 心血管康复医学杂志,2017,26(4):410-413.
[9] 李波. PCI 术后心脏康复/二级预防现状与中医证型调查

研究[D]. 北京:北京中医药大学,2016.

[10] 张淑娟,张育贵,牛江涛,等. 黄芪的研究进展及其质量标志物预测分析[J]. 中华中医药学刊,2022,40(2):151-155.
[11] 周蓓. 桂枝桃仁及其配伍对抗凝血作用影响的研究[J]. 云南中医中药杂志,2014,35(1):62-63.

(收稿日期:2022-03-24)