

不稳定型心绞痛从肾虚论治探讨

宋耀鸿

(南京市中医院, 江苏南京 210001)

摘要 根据中医学“心肾相关”理论,认为不稳定型心绞痛病位在心、病根在肾,主要病机为肾虚血瘀,并贯穿于发病和病程演变的全过程;补肾活血是其重要治法,贵在标本同治、通补兼施。

关键词 不稳定型心绞痛 肾虚血瘀 补肾活血

中图分类号 R259.414

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)03-0006-02

不稳定型心绞痛(unstable angina, UA)是介于稳定型心绞痛和心肌梗死之间的一种复杂性临床综合征。不稳定型心绞痛与稳定型心绞痛相比表现为胸痛程度加重,发作频率增加,时限延长,硝酸酯类药物缓解作用减弱。本病可归属于中医学“厥心痛”、“卒心痛”、“久心痛”、“去来心痛”等范畴。笔者临证从补肾活血入手治疗不稳定型心绞痛,效果颇佳,兹就其病因病机、治疗方法结合现代临床研究探讨如下。

1 肾虚血瘀是不稳定型心绞痛的病机重点

肾与 UA 之间的关系论述古已有之。《灵枢·厥病》云:“厥心痛,与背相控,善噤,如从后触其心,伛偻者,肾心痛也……”肾心痛,是指肾中阴邪,上乘于心。足少阴之脉贯脊属肾,上贯膈入肺,寒性收引,故痛常牵涉及背部,常常前后抽掣;肾又主骨,肾虚腰脊失养,故伛偻(腰背弯曲)。《素问·脏气法时论》云:“肾病者……虚则胸中痛”,明确指出胸痹心痛与肾虚有关。仲景在《金匮要略》认为:“夫脉当取太过不及,阳微阴弦,则胸痹而病,所以然者,责其极虚也”,其“极虚”是指虚极至肾,是肾阴肾阳之亏虚。《诸病源候论》亦曰:“肾气不足则厥,胸中痛,耳鸣耳聋。”

中医学认为肾与心生理相连,病理相关。肾为先天之本,水火之宅,内藏真阴,“五脏之阴,非此不能滋”,心血依赖肾之阴精而补充,肾之阴精亏虚,心阴失于濡养,脉道失润,可致本病;肾又内寄元阳,为一身阳气之源,“五脏之阳非此不能发”。肾气隆盛,则心阳振奋,鼓动有力,血行畅通,脾得温煦,运化功能正常,水谷精微可生气血,输布周身,若肾气亏虚,不能蒸腾,可致心之运血无力,久而致气滞血瘀,发为胸痹心痛。肾气亏虚,亦可致脾土失温,

气血化源不足,营亏血少,脉道不充,血行不畅,发为胸痹心痛。《景岳全书》也认为“心本乎肾,所以上不宁者,未由不因乎下,心气虚者未由不因乎精”。

临床 UA 多见于 40 岁以上中老年人,与中医理论中肾气虚衰年龄一致。即“年四十,而阴气自半”,肾气亏虚,则人体阴阳气血亏损,不仅脏腑组织失养,并且心之阴阳气血亦会亏虚,心脏经脉得不到濡润滋养而发心痛。所谓“不荣则痛”。肾虚常累及他脏,其中又尤以与之水火相济的心脏、乙癸同源的肝脏及先后天互滋的脾脏为著。这些脏器功能异常而产生瘀血等标实之邪阻滞心脉,引起心痛的发生,所谓“不通则痛”。《医林改错》称:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气必停留为瘀。”蒲正国^[4]从“阳虚因寒血必凝”及“阴虚因火血必滞”两方面说明“肾虚必血瘀”的病理变化。

综上所述,笔者认为 UA 是本虚标实之证,其病机重点是肾虚血瘀。肾虚为本,血瘀为标,可兼夹寒凝、气滞、痰浊、瘀热等病理因素;肾病在先,心病在后,可兼有肝、脾等脏腑功能失调。

2 补肾活血是不稳定型心绞痛的重要治法

笔者临床观察到 UA 患者多发生在 40 岁以后,此时肾阴不足,阳气渐衰,形体衰弱,机体开始老化,代谢渐渐紊乱,瘀血、痰浊、气滞、寒凝、瘀热等标实之邪随之而生,痹阻于心脉,从而导致 UA 的发生。患者临床表现为胸闷胸痛同时,伴有气短,动则加重,乏力,心悸,腰酸腿软,小便清长,遗精或带下稀薄,面色少华,头晕,耳鸣,舌淡红、苔薄白,脉沉弱等肾气虚表现。严重者,表现为畏寒,肢冷,腰酸膝软,乏力,面色苍白,唇甲淡白或青紫,舌淡白或紫暗,脉沉缓或沉弱等肾阳虚表现。亦有小部分患者伴有心

基金项目:江苏省中医药科技项目(LZ11102)

悸心烦,头晕不寐,盗汗耳鸣、腰膝酸软,舌质红或有瘀斑,脉细弦或细数等肾阴虚症状。故笔者认为 UA 活动期的病机重点是肾虚血瘀,采用补肾活血为治疗大法,创制协定方仙人通脉饮治疗,并随证化裁,每每取得良效。笔者研究团队曾采用上述协定方进行实验研究亦证实:补肾活血法可通过调节血脂代谢、升高血浆 NO、cGMP、减少 ET 生成等途径达到抗动脉粥样硬化的目的^[2]。仙人通脉饮基本方药组成:淫羊藿 15g,生晒参 10g,生地 10g,麦冬 10g,赤芍 10g,丹参 15g,降香 10g,生山楂 10g。方中以淫羊藿温肾阳,助心阳;生晒参益肾气,补心气;生地黄、麦冬滋肾水,固心阴;赤芍、丹参活血通脉;降香、山楂行气止痛。纵观全方,补肾以壮元阳、滋肾水为主,偏于温肾益气,滋阴与补阳药同用,寓阴中求阳,使阳得阴助而生化无穷;活血以行气药助活血化瘀之力,使心脉通畅疼痛自止。具体应用时还应根据患者具体情况,随证化裁:兼有脾虚痰浊者加法半夏、全瓜蒌、白术、菖蒲、茯苓、神曲、荷叶;肝郁气滞者加制香附、延胡索、醋柴胡、木香;阴寒内盛者加桂枝、枳实、薤白、附片;夹有瘀热者可加丹皮、制大黄;热毒内蕴者可加连翘、银花;心痛缠绵,久而不愈者酌配虫类药,加水蛭、全蝎、地龙、土鳖虫等。通过上述治疗后,多数患者胸痛可得到持久缓解,硝酸甘油用量明显减少或停服,生活质量明显改善。

3 典型病例

陆某某,女,58岁。2013年9月23日初诊。

患者因“胸闷胸痛反复发作1年,加重2天”收入我院心血管病科。1年来每于劳累后感胸闷,气短,胸骨后及心前区闷痛,经休息及舌下含服速效救心丸可缓解。近2天来胸痛发作频率、程度加重,并有夜间发作,含速效救心丸10~15分钟缓解。入院时伴神倦乏力,面色萎黄,气短心慌时作,腰膝酸痛,足趾麻,胃胀,食欲尚可,夜寐一般,夜尿频急,大便一日3行。舌质暗紫,苔薄黄腻,脉细涩。有高血压病史3年,最高达165/105mmHg,目前服用左旋氨氯地平,血压控制可;有高血脂症及脂肪肝4年,30年前有十二指肠溃疡史。心电图示:I、AVL及V4-V6导联ST段下移0.05~0.15mV,V4-V6导联T波倒置。肌钙蛋白I正常,高敏-CRP:4.52μg/mL,甘油三酯:2.78mmol/L。西医诊断为冠心病不稳定型心绞痛;中医辨证为肾虚血瘀型胸痹。治以补肾活血法。处方:

淫羊藿 15g,全须生晒参 10g,制首乌 10g,生地 10g,麦冬 10g,赤芍 10g,丹参 15g,降香 6g,生山楂 10g,生蒲黄 10g(包煎),神曲 10g,荷叶 10g。常法煎服。

服药7剂后,面色较前红润,胸骨后及心前区闷痛症状减轻,发作次数减少,无明显气短心慌,腰

膝酸痛减轻,大便日行一次,夜尿频次减少,寐安,舌质暗淡,苔薄腻,脉细滑。前方继服7剂,胸闷、气短、胸骨后及心前区闷痛基本消失,未服用速效救心丸及硝酸酯类药物,查心电图ST段下移较前好转。续以原方继进调治2周,胸闷痛未再发作。

4 体会

4.1 临证须掌握好标本兼治、通补兼施的尺度

UA为临床常见病、多发病,其病位在心,病根在肾,属本虚标实之证,肾气虚衰对UA的发生及病情的发展有着重要意义。在防治UA临床实践中要重视扶正固本,就具体脏腑而言除了心、肾外还要兼顾肝脾。由于孤阴不生,孤阳不长,故补肾固本治疗时应注意阴中求阳,阳中求阴。祛邪治标当以活血化瘀治疗贯穿始终,兼顾理气、温经、化痰、清热、凉血、解毒等法。临证要根据患者情况运用好补与通两大方法,一般病势较缓者,补多通少,以治本为主,或通补并重;病势急者,应先治其标,通多补少,重在通脉止痛,待病势缓后再标本兼治。就补肾活血法而言,是将补肾与活血法有机结合,通过补肾促进活血,应用活血益于补肾。二者相互协同,补而有节,不至碍邪;通而有度,不至伤正。

4.2 芳香温通类药物缓解症状效显但不宜久服

《金匱要略》将胸痹专设一篇,治疗着重散寒通阳、化痰宣痹,创瓜蒌薤白白酒汤、乌头赤石脂丸等方。《太平惠民和剂局方》载苏合香丸主治卒暴心痛,开创了芳香温通类药物救急止痛的先河。笔者认为这些治法方药在UA疼痛发作时发挥温阳通脉作用,使阴寒得散,阳气得复,心阳通,心脉畅,心痛可以缓解。然而,在临床实践中,芳香温通类药物大多有辛香走窜之弊,常用于急救止痛,宜中病即止,以防耗气伤阴。同样,虫类药、破血攻伐之品有止痛作用,初期疗效较佳,但治疗一段时间后反而出现体力下降、疲乏无力,四肢沉重,口干舌麻,头晕头胀等症状。故亦不宜久用多用,痛止后应配以扶正之品,以防伤正耗气之虞。《辨证录卷二·心痛门》曰:“痛无补法,而独去来痛,必须用补,不补虚而痛不能止。”古人所言,亦提醒我们不能“见痛止痛”,而应多从源头入手,这样才能全面体现中医药防治UA丰富的科学内涵。

5 参考文献

- [1] 蒲正国.试论肾虚血必瘀.浙江中医杂志,1993,28(10):471
- [2] 李宝石,宋耀鸿,曹守沛,等.补心通脉颗粒抗动脉粥样硬化作用的实验研究.华南国防药理学杂志,2010,24(2):134

第一作者:宋耀鸿(1970-),男,医学博士,副主任中医师,从事心血管疾病的诊治与研究工作。tcmantichf@126.com

收稿日期:2013-12-23

编辑:傅如海