

◆ 名医传承 ◆

陈伯钧治疗急性冠脉综合征经验介绍

付雪¹, 蔡海荣^{1,2}, 庄杰钦¹, 张为章¹, 刘淑玲^{1,2}, 陈伯钧^{1,2,3}

1. 广州中医药大学第二附属医院, 广东 广州 510006

2. 广东省中医急症研究重点实验室, 广东 广州 510102

3. 广州中医药大学第二附属医院中医药防治心血管急症临床研究团队, 广东 广州 510006

〔摘要〕陈伯钧教授认为, 心气亏虚是急性冠脉综合征(ACS)的始动因素, 痰瘀互结是病理基础, 毒损心络是关键因素。治疗上应补益心气, 寓通于补; 豁痰活血, 和脉通络; 清热解毒, 祛除病因; 活用祛风药。病证结合, 动态治疗。

〔关键词〕急性冠脉综合征; 陈伯钧; 名医经验

〔中图分类号〕R249.2

〔文献标志码〕A

〔文章编号〕0256-7415 (2023) 01-0192-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.01.042

Experience Introduction of CHEN Bojun in Treating Acute Coronary Syndrome

FU Xue, CAI Hairong, ZHUANG Jieqin, ZHANG Weizhang, LIU Shuling, CHEN Bojun

Abstract: Prof. CHEN Bojun believes that heart qi depletion is the initiating factor of acute coronary syndrome(ACS), and its pathological basis is phlegm blended with stasis, whose key factor is the toxin injuring heart collaterals. The treatment should be tonifying heart qi, combining the method of unblocking with supplementing, eliminating phlegm and invigorating blood, harmonizing vessels and unblocking the collaterals, clearing heat and resolving toxin, so as to remove the cause of the disease; and besides, wind-dispelling medicines should be flexibly used. And the disease and syndrome should be combined and treated dynamically.

Keywords: Acute coronary syndrome; CHEN Bojun; Experience of famous doctors

急性冠状动脉综合征(ACS)是由于冠状动脉粥样硬化斑块破裂, 继发冠脉完全或不完全堵塞, 引起心肌缺血缺氧性损伤的一组临床综合征^[1]。目前现代医学治疗 ACS 主要以经皮冠状动脉腔内成形术、冠状动脉旁路移植术、抗凝、抗聚、调脂稳斑、控制血压、控制血糖等治疗为主, 但是仍存在支架内狭窄、支架内血栓形成、再发急性冠脉事件、心衰等

并发症^[2-3]。

陈伯钧教授是广州中医药大学二级教授, 主任医师, 博士研究生导师, 中国医师协会中西医结合分会急救专业委员会主任委员, 中国中西医结合学会脑心同治专业委员会冠心病专家组执行组长, 从事心血管疾病的临床、教学、科研工作近四十余年, 对急性冠脉综合征的治疗积累了丰富的经验。

〔收稿日期〕2021-11-10

〔修回日期〕2022-10-27

〔作者简介〕付雪 (1991-), 女, 主治医师, E-mail: 342852905@qq.com。

〔通信作者〕刘淑玲 (1987-), 女, 副主任中医师, E-mail: 286740201@qq.com。

笔者有幸随师侍诊,获益良多,现将其治疗 ACS 的临证经验介绍如下,以飨同道。

1 病因病机

ACS 包括急性 ST 段抬高型心肌梗死,急性非 ST 段抬高型心肌梗死、不稳定型心绞痛^[4]。ACS 属于中医真心痛范畴,主要症状为胸痛,病位在心,并且危急,死亡率高。《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》曰:“今阳虚知在上焦,所以胸痹心痛者,以其阴弦故也。”明确指出阳微阴弦是冠心病病因病机,为本虚标实之病。在总结大量的中医古籍资料和多年临证经验的基础上,陈教授指出 ACS 的核心病机为心气亏虚、痰瘀痹阻、毒损心络,乃本虚标实、虚实夹杂之病。

1.1 心气亏虚是始动因素 陈教授认为 ACS 发生发展包括内因和诱因,内因为心气亏虚、阴阳失调,诱因为七情失调、劳逸过度、外感六淫邪气、饮食不节等。心气虚是 ACS 的内在基础和根本原因,贯穿 ACS 发生发展的整个过程。“正气存内,邪不可干”,正气不足是疾病的前提和依据。陈教授认为 ACS 好发于中老年人群,气血阴阳亏虚^[5],正所谓“年过四十,而阴气自半也……”。气为血之帅,气行则血行,气滞则血瘀,心主血脉,患者心气亏虚,气虚不能行血,血行瘀滞,痹阻血脉,不通则痛;气为阳之渐,阳为气之甚,气虚日久损及心阳,心阳虚衰,血脉失于温运,阴寒内生,寒凝血脉,痹阻不通,发为真心痛。心虚日久,母病及子,脾气亏虚,脾主运化水湿,为生痰之源,脾虚则水湿失于运化,聚饮成痰。心虚累及肾虚,肾主水,为元气之根,肾阳虚,不能温化水湿,聚为痰饮,不能温煦鼓舞心阳,加重心阳亏虚。肺主治节,心虚引起肺虚,气虚不能辅助心气推动血液运行,加重血瘀。因此,心气虚是 ACS 的内在基础和根本原因,病位在心,涉及肺、脾、肾。

1.2 痰瘀互结是病理基础 痰浊、瘀血既是气虚的病理产物,也是 ACS 重要的致病因子,痰瘀痹阻是 ACS 的病理基础。随着现代生活饮食方式偏向肥甘厚腻,日久损伤脾胃,脾主运化水湿,脾虚则水湿不运,聚为痰浊,阻滞气机,血脉不通,气血运行不畅,引起血瘀,痰瘀互结。长期劳逸过度,好逸恶劳,久坐久卧,脾胃呆滞,不能运化水湿,聚为痰饮。年老体虚,气虚不能行血,瘀血滞留,脾虚

失于运化,痰浊内生,痰瘀互结。工作生活压力大,肝气郁结,气滞血瘀,肝木乘脾,脾失健运,津聚成痰,痰瘀互结。痰浊是水液代谢的病理产物,瘀血是血瘀代谢的病理产物,生理上津血同源,病理上相互影响,痰瘀同病,痹阻血脉,留于血管,引起血管增生、增厚。痰瘀痹阻与现代医学动脉粥样硬化斑块形成是 ACS 的病理基础的观点不谋而合^[6]。

1.3 毒损心络是关键因素 毒损脉络是化生的火毒灼伤络脉,引起冠状动脉粥样硬化斑块不稳定、破裂、出血或糜烂,堵塞血管,猝发 ACS。热毒致病特点与现代医学炎症性疾病特点高度重合,而 ACS 也属于炎症性疾病,炎症因子在 ACS 发生发展起到至关重要的作用^[7-8]。中医学认为毒邪有内毒和外毒之分,内毒主要为脏腑功能失调所致,包括痰毒、瘀毒、郁毒等,外毒主要是六淫邪气。气滞、血瘀、痰浊等病理产物在血脉内长期蛰伏,郁而化热成毒,损伤心络。血瘀是稳定期患者的基础病理状态,也是贯穿疾病始终的关键因素。《温热逢源》曰“留瘀化火”,瘀血滞留心脉,日久化成毒。痰浊留滞血脉,胶结难解,郁而化火成毒。肝气郁结,情志不舒,气郁化火。痰浊与瘀血胶结,正邪相争,正消毒长,毒邪逐渐累积,损伤血脉,由量变引起质变,一旦由诱因引触,则蕴毒骤发,痹阻心脉,猝发 ACS,出现突发心绞痛,病情危重,伴面色潮红、大汗淋漓、心烦、口渴、大便秘结等症状。临床上 ACS 起病急骤、病情危急、进展迅速与毒损心络关系密切。痰瘀火毒,胶结难解,留滞血脉,热毒煎灼津液,伤津耗血,炼液为痰,炼血为瘀,耗伤心气,加重心气虚、瘀血、痰浊、火毒,两者互为因果,相互促生,形成恶性循环,最终损害血脉,变证丛生。外毒如《诸病源候论·毒疮候》所云“此由风气相搏,变成热毒”,患者外感六淫,郁而化火成毒,或外感火毒,随血流行,或聚结壅塞,致络脉凝滞,内外合毒,损伤心络,猝发 ACS。

2 治疗初探

2.1 补益心气,寓通于补 心居胸中,属阳中之阳。陈教授指出,ACS 发生乃心气不足为根本,故治疗上应以补益心气为主。心主血脉,血液运行依赖心气推动,依据“气为血之帅”“血为气之母”的理论依据,在补益心气同时,辅以行气活血,以通

为补,以补为通,补中寓通,补而不壅滞,通而不损正^[9]。补益心气药物可选用人参、红参、黄芪、党参、五指毛桃等,补而不滞,甘苦化阴,滋阴补血,滋而不膩,配以瓜蒌、枳实、桂枝、薤白等温通心阳,血中之气药川芎行气活血,则气血调和,阴阳平衡,正复邪自却。若气虚及阳,心阳亏虚,则加用肉桂、干姜、淫羊藿、附子等温阳益气;若心虚及肾,心神阳虚,则加用鹿茸、薤白、菟丝子等温补心肾;若气虚不能生血,则加用当归、白芍等补血生血;心气亏虚,母病及子,心脾俱虚,则加用白术、山药、太子参等益气健脾;若气不化津,津液亏虚,则加用西洋参、玉竹、麦冬等益气生津。

2.2 豁痰活血,和脉通络 痰浊、瘀血是气血津液代谢异常的病理产物,痰可致瘀,瘀可致痰,痰瘀也是 ACS 的重要病理产物,病程较长,缠绵难愈,纯用化痰则瘀不去,单用祛瘀则痰不化^[10],故 ACS 的治疗上要豁痰化瘀,痰瘀同治,祛痰不忘化瘀,化瘀不忘祛痰。陈教授活血化瘀药常选用丹参、郁金、川芎、桃仁、红花等药物,祛痰药常用瓜蒌、半夏、陈皮、枳实、竹茹等药物。根据痰浊、瘀血轻重而用药各有侧重,青年 ACS 患者多由于嗜食肥甘厚膩,或过食烟酒毒物引起,痰浊阻滞较重,应以祛痰为主。老年 ACS 患者正气不足,久而成瘀,瘀血阻滞,瘀血较重,应以活血为主。痰浊、瘀血内生与气虚、气滞关系密切,祛痰化瘀同时配以补气、益气。若瘀血较重者,可选用三棱、莪术破血逐瘀。若瘀血入络,加用地龙、僵蚕等虫类药物加强活血通络之功,用药层层推进。

2.3 清热解毒,祛除病因 火毒损伤心络是 ACS 促发的主要原因,故治疗应清热解毒。清热解毒可选用连翘、菊花、黄芩、黄连、栀子、苦参、玄参等,清热解毒的同时配以活血化瘀、祛痰之品以解除内毒化生之根。丹参活血化瘀,凉血消痈,医药两用,既活血化瘀,又清热解毒,消除火毒生之本——瘀血。《本草正义》载:“连翘,能散结而化络脉之热。”黄连清心解毒,又兼活血,《本草分经》评价黄连“大苦大寒,入心泻火,消心窍恶血”。苦参热毒盛时可泻火解毒,热毒清可防止热毒再起,药虽寒凉但无凉遏之弊,亦无损脾胃之祸。若火毒由肝气郁结,郁而化火而致,加用柴胡、薄

荷、香附、枳壳以疏肝解郁。若火毒耗气伤阴,加用麦冬、玉竹、太子参、沙参等益气养阴。若梦多寐差,则加用鸡血藤、合欢皮、远志、龙骨以清心除烦,养心安神。

2.4 活用祛风 斑块的不稳定性是 ACS 的病理基础^[11-12]。ACS 具有发病关键因素是斑块不稳定破裂、疾病变化快、病变部位不一致等特点,这些特性与风性轻扬开泄、易袭阳位、风性善行而数变、风性主动的性质类似。因此,治疗上应活用祛风药。若外感风邪而诱发 ACS,可选用银翘散等疏风解表。若瘀热生风,肝风内动,则加用龙骨、牡蛎、石决明以镇肝熄风。

2.5 病证结合,动态治疗 陈教授强调 ACS 的治疗应“观其脉证,知犯何逆,随证治之”,在 ACS 的不同发展阶段和不同患者体质的差异,根据其核心病机,病证结合,动态治疗。其一,正虚邪实这一矛盾在 ACS 是动态演变的,治疗上要根据“急则治其标,缓则治其本”原则,急性期祛邪为主,缓解期扶正为主。其二,活血化瘀是动态变化,活血化瘀贯穿疾病的始终,但是应用配以祛痰、理气、补气等,不可见瘀血一味活血,且不同时间瘀血程度是不同的,药物选择应有所侧重。其三,重视劳累、情绪激动、饮食不节等可逆因素对 ACS 的影响,祛除可逆因素^[13]。

3 病案举例

例 1:李某,男,68 岁,2020 年 9 月 16 日因“突发心前区疼痛 2 小时”就诊于广东省中医院大学城医院急诊科。就诊时症见:心前区心绞痛,心慌心悸,稍气促,乏力,烦躁,情绪激动,口干,口渴,寐差,大便干结,舌红苔黄,脉细数。既往高血压病史 10 年。心电图示:窦性心律;ST-T 段异常(Ⅱ、Ⅲ、aVF)。肌钙蛋白:1.023 μg/L。N 端-脑钠肽前体:1 584.25 ng/L。现代医学诊断:ACS;中医诊断:胸痹心痛病(气虚血瘀、热毒内结)。治以益气活血,清热解毒,方选四君子汤合犀角地黄汤加减。处方:水牛角 30 g,黄芪、白术、茯苓、牡丹皮、赤芍、丹参、川芎、黄连各 15 g,茯神、生地、法半夏、栀子各 10 g,陈皮、甘草各 6 g,大黄 5 g。水煎服,每天 1 剂,共 7 剂。现代医学治疗:行经皮冠状动脉介入术、阿司匹林、硫酸氢氯吡格雷片、阿托伐他汀、缬沙坦、琥珀酸美托洛尔

缓释片等。

2020年9月24日二诊：胸闷胸痛较前减轻，少许心慌心悸，仍烦躁失眠，大便通畅，舌暗红，苔薄黄，脉滑。效不更方，仍守前方，去大黄，黄连改为10g。水煎服，每天1剂，14剂。西药继续服用。

2020年10月9日三诊：无胸闷胸痛，无心慌心悸，无心烦易怒，偶有失眠，大便通畅，舌暗红，苔薄黄，脉弦。上方去栀子、黄连，加煅龙骨（先煎）、煅牡蛎（先煎）各30g。水煎服，每天1剂，7剂。西药同前。

2020年10月18日四诊：无胸闷胸痛，无心烦，纳差，寐可，二便调，舌暗红，苔薄白，脉弦。上方去水牛角，黄芪改为20g。水煎服，每天1剂，14剂。西药同前。经治疗后患者症状明显缓解，继续服用1个月。

按：患者为老年男性，既往有高血压病史，此次突发心前区疼痛，伴有心烦易怒，口干，口渴，大便干结，舌红，苔黄，脉细数。西医诊断为ACS，中医诊断为胸痹心痛病，辨证为气虚血瘀，热毒内结。患者老年男性，年老体虚，心气不足，气滞血瘀，瘀血痹阻心脉，郁而化热，热毒内生，促发ACS。因热重于瘀，瘀血不重。治疗上，以益气活血、清热解毒为法。方选四君子汤合犀角地黄汤加减，黄芪、白术、甘草、茯苓合为四君子汤，补益心气；水牛角清心解毒；生地助水牛角清热凉血，滋阴；牡丹皮、赤芍、丹参清热活血；川芎行气活血；黄连、栀子、大黄清热解毒，泻热通便；陈皮、半夏燥湿化痰。诸药合用，共奏行气活血、清热解毒、祛痰之功效。二诊患者胸闷痛减轻，大便通畅，故去大黄和减轻黄连剂量防寒凉伤正。三诊患者症状好转，寐差，无心烦、口渴等，去栀子、黄连之寒凉，加牡蛎、龙骨清心安神。四诊患者症状好转，但是纳差，去水牛角之寒凉，加大黄芪剂量以益气健脾。

例2：陈某，男，72岁，2021年3月25日因“反复胸闷痛3年余，再发5小时”就诊于广东省中医院大学城医院急诊科。患者3年前出现劳力性胸闷痛，曾于外院行冠状动脉造影示前降支狭窄80%，并植入支架1枚。术后患者间断胸闷，一直予冠心病二级预防治疗。5小时前患者因家庭矛盾、情

绪激动后再次出现胸闷痛，予单硝酸异山梨酯片口服后症状未见缓解，遂至广东省中医院大学城医院急诊科就诊。就诊时症见：精神疲倦，胸闷胸痛，心慌心悸，痰多，稍心烦，无气促，无夜间阵发性呼吸困难，寐差，口干口苦，舌暗红，边有瘀斑瘀点，苔薄黄腻，脉弦。心电图示：窦性心律；V1-V4导联ST-T段异常；T波倒置。肌钙蛋白：0.06 μg/L。N端-脑钠肽前体：105.34 ng/L。现代医学诊断：冠状动脉粥样硬化性心脏病-不稳定型心绞痛；中医诊断：胸痹心痛病（气虚血瘀，痰热内阻）。治以益气活血、清热化痰为法，方选补阳还五汤合黄连温胆汤加减。处方：黄芪、当归、川芎、竹茹、枳实、法半夏、茯苓、柏子仁、桃仁、酸枣仁各15g，赤芍、地龙、红花、黄连、化橘红、郁金、柴胡各10g。水煎服，每天1剂，共7剂。现代医学治疗：予硫酸氢氯吡格雷片、阿托伐他汀片、琥珀酸美托洛尔缓释片等冠心病二级预防治疗，单硝酸异山梨酯缓释片抗心绞痛。

2021年4月5日二诊：胸闷胸痛较前减轻，无心慌心悸，无心烦易怒，仍寐差，舌暗红，边有瘀斑瘀点，苔薄黄腻，脉弦。效不更方，仍守前方，加百合、远志各15g，煅龙骨（先煎）、煅牡蛎（先煎）各30g。水煎服，每天1剂，7剂。

2021年4月13日三诊：偶胸闷，无胸痛，无心慌心悸，无烦躁，睡眠较前改善，舌暗红，苔薄黄，脉弦。原方效，续服7剂。

2021年4月22日四诊：无胸闷胸痛，无心慌心悸，无口干口苦，纳眠可，二便调，舌淡暗红，边有瘀斑瘀点，苔薄白，脉弦。上方去黄连、酸枣仁、柏子仁、龙骨、牡蛎。水煎煮服，7剂。经治疗后患者症状明显缓解，继续服用14d。

按：患者为老年男性，既往有冠心病（PCI术后）病史，此次再发胸闷痛就诊，伴有疲倦乏力，心慌心悸，痰多，稍心烦，寐差，口干口苦，舌暗红，边有瘀斑瘀点，苔薄黄腻，脉弦。现代医学诊断为冠状动脉粥样硬化性心脏病-不稳定型心绞痛，中医诊断为胸痹心痛病，辨证为气虚血瘀，痰热内阻。患者老年男性，正气亏虚，心气不足，气虚不能行血、气虚不能运化水湿，痰浊内蕴，痰瘀胶结，痹阻心脉，故胸闷胸痛，痰瘀痹阻，郁而化热，故苔薄黄腻，口干口苦。治疗上，以益气活血、清热化

痰为法。方选补阳还五汤合黄连温胆汤加减,黄芪补益心气,川芎、桃仁、红花活血化瘀,黄连、竹茹、橘红、半夏清热化痰,茯苓健脾化湿,杜绝生痰之源,郁金、柴胡行气解郁,柏子仁、酸枣仁养心安神。诸药合用,共奏益气活血、清热化痰之功效。二诊患者胸闷痛、心慌心悸减轻,仍寐差,故加百合清心安神,龙骨、牡蛎镇静安神。三诊患者症状好转,原方效,续服。四诊患者诸症状减轻,无寐差,无心烦易怒,以益气活血、祛痰为主,故去黄连、酸枣仁、柏子仁、龙骨、牡蛎。

〔参考文献〕

- [1] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等.非ST段抬高型急性冠状动脉综合征基层诊疗指南(2019年)[J].中华全科医师杂志,2021,20(1):6-13.
- [2] 孔晓琳,刘冠男,高丽霓,等.经皮冠状动脉介入术后主要并发症中医证候学研究进展[J].世界中医药,2018,13(12):3251-3254.
- [3] 任洁.急诊PCI术后无复流相关危险因素的研究进展[J].医学综述,2014,20(12):2143-2145.
- [4] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.非ST段抬高型急性冠状动脉综合征诊断和治疗指南(2016)[J].中华心血管病杂志,2017,45(5):359-376.
- [5] 陈冬杰,郭永宁,张为章,等.陈伯钧教授治疗冠心病经验探析[J].中国中医急症,2017,26(5):817-818,833.
- [6] 赵瑜.颈动脉粥样硬化斑块超声在冠心病诊断中的意义[J].黑龙江医药科学,2021,44(1):170-171.
- [7] 伍慧妍,沈昱民.冠心病患者CRP、SAA、PCT、IL-6水平与冠状动脉粥样硬化的相关性研究[J].检验医学与临床,2021,18(9):1250-1253.
- [8] 黄珊,杨洋,孟庆雯,等.IL-23/IL-17炎症轴与冠心病及动脉粥样硬化的关系[J].中国老年学杂志,2019,39(8):1800-1803.
- [9] 赵子聪,蔡海荣,陈冬杰,等.陈伯钧教授治疗岭南地区慢性心力衰竭急性加重的经验介绍[J].中国中医急症,2019,28(6):1087-1089.
- [10] 黄巍,唐雅妮,王伟松,等.程丑夫教授治疗冠心病经验[J].中国中医急症,2021,30(2):345-347,353.
- [11] 聂红军,李芬穗,李建,等.超声造影评价颈动脉粥样硬化斑块与冠心病的关系[J].湘南学院学报(医学版),2019,21(4):22-24.
- [12] 王璇,贾海波.冠心病患者粥样硬化斑块特征及其与血清PAF、PDGF、LP-PLA2的关系[J].岭南心血管病杂志,2019,25(1):24-27.
- [13] 刘淑清,华迅,罗家祺,等.赵国定从痰瘀论治冠心病经验[J].中医文献杂志,2021,39(3):61-63.

(责任编辑:吴凌,郭雨驰)