

杜林治疗胸痹心痛的临床经验总结

罗佳兴 杨鸿 瞿雪 杜林^(通讯作者)

贵州中医药大学, 贵州省贵阳市, 550005;

摘要: 随着经济、社会、生活方式的改变, 胸痛的发生率逐年上升, 胸痛常困扰人们的生活, 中医认为胸痛属“胸痹心痛”范畴, 杜林专研其二十余年, 认为胸痹本为心脾气血两虚, 情志、痰瘀是主要病邪, 故治疗以运脾化浊为法, 特将其经验总结如下:

关键词: 胸痹心痛; 杜林; 经验总结

DOI: 10.69979/3029-2808.25.10.027

《黄帝内经》记载“心病者, 胸中痛, 胁支满, 胁下痛, 膺背肩胛间痛, 两臂内痛”, 明确描述了胸痹心痛的主要疼痛部位。现代医学中, “胸痹心痛”相当于冠状动脉粥样硬化性心脏病(coronary heart disease, CHD), 简称冠心病; 是多种原因导致心脏负荷加重, 导致冠脉血管腔内部狭窄、阻塞, 引起心肌缺血、缺氧, 甚者出现心绞痛或心肌梗死^[1]。现今胸痹心痛患病率、致死率逐年上升, 规范化、个体化的治疗是目前重要临床方案^[2]。西医干预疗效确切, 中医药对改善胸痹心痛的症状及预后具有独特优势^{[3][4][5][6]}。杜林主任医师作为毕节市心血管疾病名中医, 潜心于心血管科临床诊疗数十余载, 擅于运用中医理论辨治心血管方向的多种疑难杂病, 特别是对冠心病的诊疗形成了自己独到的见解。杜林主任认为, 胸痹之病, 本为心脾两虚, 标为气滞、痰浊、血瘀。心主血脉、脾主运化, 心脾两虚则脾气不足、运化失常, 心气不充; 浊邪内生, 邪留于脉, 则枢机不利; 不通、不荣则发为胸痹。在治疗方面, 秉持“运脾化浊”的治疗法则, 灵活运用经典经方, 依据患者伴随的兼证、次证进行方剂的随症加减, 于临床实践中收获了显著疗效。现将其临床辨证施治的宝贵经验分享如下:

1 推本溯源, 循根究底

历代医家对胸痹心痛见解不同, 张仲景、孙思邈分别在《金匮要略》《千金要方》对胸痹的证候特征进行论述, 认为胸痹的核心病机是阳微阴弦。杨士瀛在《仁斋直指方附遗·方论》中明确提出, “气血痰水”乃是“真心痛”的核心致病机理; 而陈无择在《三因极一病证方论·九痛叙论》中则强调, 胸痹心痛的发生与情志因素紧密相连。王清任的《医林改错》指出血瘀是其重

要的病理因素。

现代医家认为本虚标实是胸痹的主要病机, 中医以“肾为先天之本、脾为后天之本”, 脾肾虚损、脏腑失和, 则气机不畅。脾肾升降出入不利, 气血运行不畅, 水液内停, 聚而生痰; 痰浊痹阻脉络, 困遏心阳, 则心气不足, 血行无力, 久则气血瘀滞, 痰瘀互结乃致心脉瘀阻^{[7][8]}。邓铁涛认为痰浊致病, 因痰致瘀, 治疗宜健脾化痰^[9]。路志正强调当今胸痹发病和中焦脾胃密切相关, 表明从调理脾胃入手, 注重祛湿化浊, 标本兼治^[10]。

总之, 前人论述胸痹心痛为病, 多从虚实、从五脏、从气血津液, 导师将中医经典与多年临床经验相结合, 认为胸痹心痛是以心脾气血两虚为主要病机, 气虚则温煦失常, 津血不行; 血虚则濡养化神不行, 久则成瘀、成痰、成虚, 气机不畅, 血液不行, 则心脉失养、故见胸痹心痛。

2 审证求因, 辨证论治

现代医家认为胸痹心痛病机为本虚标实, 临床中虚实夹杂通常是胸痹心痛的主要病机, 故“补虚需兼邪实, 祛实需兼补虚”。杜导治疗以“运脾化浊”为法; 说文解字中“运”本义是迁徙, 即移动、运行; 浊是指情志、痰湿、瘀血。故“运脾化浊”是恢复后天之本“脾”运化功能, 同时祛除浊邪的治病方法。杜导认为, 冠心病为素体正气不足、久则心脾两虚, 加之外邪趁袭、情志失节等致人体脏腑功能失调, 形成血瘀、气滞、寒凝、痰浊等阻滞气机, 气机不通则痹阻经脉, 不通则痛; 心阳受损, 且心位属上焦, 故可见胸闷、胸痛、气促等不适, 治以调理脏腑功能, 祛邪扶正, 通络止痛。

杜老秉持“脾为后天之本”的理念, 强调“运脾”。正如李杲所言: “若胃气之本弱... 而诸病之所由生也。”

这深刻揭示了脾胃虚弱、饮食不节与疾病发生的内在联系。指出脾虚致无法运化水谷精微，进而影响“奉心化赤”，气血生化不足，心脏失养；气血生化无源时，心血也会不足，心失所养，经脉失荣，故不荣则痛。治疗上当以健运脾胃为根本。杜老认为胸痹为病，脾虚是一个中医的病理状态，而脾土位居中央，水的宣发有赖于中央脾土的运化，运化无力则水液凝聚成痰成湿；痰湿与脾虚两者相互影响，故治疗上不仅要运用黄芪、党参、白术健脾益气，同时运用香附、枳壳、木香等行气药理气健脾，津能载气，气能行津，和而用之则脾胃健运。

杜林认为治疗胸痹要紧扣心脾气血两虚的病机，同时注重“化浊”。痰饮、淤血、气滞是胸痹常见浊邪。

《医宗必读》曰“脾为生痰之源”，根据五行学说，脾属土，肺属金，遵循“土生金”的相生规律，脾为肺之母脏。若治疗痰湿病症却不调理脾胃，实则未触及根本，难以达到理想疗效。杜老治疗胸痹常加用瓜蒌-桔梗、半夏-陈皮等药对以宽胸理气药，胸痹为病常伴中气不足所引发的喘息、气短、乏力，桔梗为肺经的引经药，可引药上行，加强宣肺理气之效，肺气宣降协调，痰湿自除。痰湿粘滞、病势缠绵。王冰在《素问·至真要大论》中提出“治湿不利小便，非其治也”，指出痰湿性浊趋下，治疗当以导利为法。故老杜常治疗痰浊时用利水渗湿法使湿邪从小便出，如泽泻、茯苓利水渗湿，陈皮、枳壳理气健脾，助水下行。杜医生在多年治疗冠心病的行医中总结，认为阳虚是贯穿胸痹的整个过程，鉴于体质差异，不同人的阳虚程度不一，在治疗痰湿疗效欠佳时，若方中加入温阳药干姜、桂枝、附子等温中散寒之药，如此便能达到事半功倍的治疗效果。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中明确提出“病痰饮者，当以温药和之”，这一论述清晰点明痰饮病症的治疗关键在于运用温性药物进行调和温化。

情志致病是胸痹的一大病因，现代人面临着经济压力、工作压力、家庭压力等多方面挑战，精神处于高度紧绷状态，产生焦虑心理。一部分人焦虑表现为紧张、烦躁、易怒等；一部人表现为郁闷、懒言、少语等，甚则引起胸痛、心慌、胸闷，呼吸困难等胸痹症状，这都是肝失疏泄的表现。肝主疏泄，气失调达，阻滞心脉则发为胸痹心痛。杜老认为针对气滞的胸痹患者，要标本同治，运用延胡索、川芎等行气止痛缓解症状可减少患者焦虑，同时要恢复肝脏疏泄功能，以疏肝理气为法。若兼有瘀则加丹参、赤芍等药活血化瘀。当然，若是瘀

血甚于气滞、则急当以桃仁、红花和四物汤加减补血活血，通络止痛。故“运脾化浊”是健运脾胃，祛除浊邪的原则总结。

杜林认为胸痹心痛患者，大多有失眠的病史，究其病机，心为五脏六腑之大主，心主神志，心受邪则神不守。脾为气血生化之源，血液为化神的基础，脾主运化，气血生化，一旦脾虚，气血生化乏源，心神失养。《黄帝内经》记载“老者之血衰，其肌肉枯，气道涩...故昼不精，夜不瞑”，生动阐述了气血亏虚易致失眠的病理机制。气机郁滞，肝失调达，而肝藏魂、心藏神，肝失疏泄，气血不利，气血运行紊乱，则心失濡养，同时肝不舍魂，心不藏神，则也可引起失眠。治疗可通过补血养心、疏肝理气等方法治疗失眠，再选择性加入酸枣仁、合欢皮、远志等养心安神药改善睡眠。

杜导认为，对于有临床表现，但心电图、心脏超声等结果无明显临床治疗指针的冠心病患者，要坚持中西并重，在西药预防冠性病不良事件发生的前提下，运用中医辨病、辨证改善患者生存质量。王新陆大师曾说过“西医可以为中医创造基础，创造更广阔的天地”。包括但不限于冠心病的治疗及预后可通过西医治疗控制病情，如运用阿托伐他汀片、瑞舒伐他汀片等稳定冠心病患者的斑块，给予患者阿司匹林肠溶片、硫酸氢氯吡格雷片，以发挥抗血小板聚集的作用。在患者病情趋于相对稳定的状态下，根据疾病的病机、标本缓急，从痰浊、瘀血、气滞、气虚等方面治疗，调节患者全身脏腑功能，提升其生存质量，故中医和西医并不是处于敌对地位，二者是合作共赢。

3 临床医案举隅

一诊：谢某，男，47岁，2024年3月6日初诊。主诉：反复胸痛、气短1+年。患者1+年前因加班后出现间断心前区隐痛、气短，劳累后加重，查冠状动脉造影术后诊断“稳定型心绞痛、冠心病”，予抗血小板、扩血管、降血脂等药物治疗后胸痛明显好转，后间断于劳累后发作胸痛。刻下症见：神清，间断心前区隐痛、持续时间约数秒，自行缓解，劳累后加重，气短、乏力，喉中有痰，不易咳出，偶有心悸、心烦、胃脘胀满，纳少，入睡时间约需1h，多梦、易醒，每晚睡眠时间4~5h，二便调；舌淡红、舌边有齿痕，苔薄白，脉弦细。西医诊断：稳定型心绞痛、睡眠障碍；中医诊断：胸痹心痛，不寐（心脾气血两虚夹痰证）。

治以健脾养心，补气养血，兼以化痰利湿。拟方归脾汤加减。药用党参、茯神各20g，炙黄芪、赤芍、酸枣仁、苍术各15g，当归、龙眼肉、延胡索、泽泻各12g，木香、郁金、炙甘草各10g。14剂，日1剂，分3次温服。

二诊：3月20日胸部疼痛较前明显缓解，心胸满闷减轻，全身乏力情况明显改善，近日喉中有痰，易咯出，色白稍稀，无便溏，纳食较前明显好转，睡眠仍一般，夜间偶有早醒，小便调，余未诉明显不适。舌淡苔白，脉弦稍细。以上方化裁，去延胡索、泽泻，加龙眼肉12g，石菖蒲、桔梗各10g。14剂，日1剂，分3次温服。

三诊：4月3日偶有心胸部隐痛，睡眠较前改善，余症状几乎未见，视患者精神状态佳，言语有力，面色红润，舌淡红苔白，脉弦稍细。以上方去桔梗，加白芍15g柔肝止痛，日1剂，分3次温服。嘱患者清淡饮食，适当运动，避免过度劳累，饮食节制，养成良好作息，控制情绪，不适随诊。

按语：患者长期劳累，致心脾两虚，气血不足，加之中年诊断“冠心病”，心理受压，内外和邪，故见胸部隐痛、气短，运化无力，则见痰湿聚于喉成痰，气血无源则心主御神之力不足，见难以入睡、易醒、多梦。结合舌脉为心脾气血两虚，夹痰湿在内，故本在补气养血，健脾宁心，加以郁金疏肝理气，缓解郁虑，兼以健脾利湿。脾为生痰，肺储痰，故患者好转后加入桔梗引药入肺，再以石菖蒲化痰开窍。最后加强肝脏疏泄，柔肝理气，使阴阳平秘。

4 讨论

现代中医治疗胸痹的核心理论各有不一，但“经典”为标，临床为“本”。老杜具有丰富的经典理论基础，充分结合临床，善用健脾养血药物，兼以宁心安神，法在“运脾化浊”，在胸痹心痛的治疗上取得了患者的认可。在临床诊疗过程中，患者就诊时的病情往往错综复杂，多种病机相互交织，需审慎辨证。杜医生在治疗中擅长标本同治之法，在扶助正气的同时兼顾祛邪，巧妙把握治疗尺度，既避免因单纯扶正导致病邪滞留，又防止祛邪过猛伤及正气，从而实现扶正与祛邪的平衡，达到理想的治疗效果。

参考文献

- [1] Anderson KM, Wilson PW, Odell PM, et al. An updated coronary risk profile. A statement for health professionals. *Circulation*, 1991, 83(1): 356-62.
- [2] 国家心血管病中心，中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告 2023 概要[J]. 中国循环杂志, 2024, 39(7): 625-660.
- [3] 《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组. 中成药治疗冠心病临床应用指南(2020年)[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(9): 1409-1435.
- [4] 中国老年学和老年医学学会. 老年冠心病慢病管理指南[J]. 中西医结合研究, 2023, 15(1): 30-42.
- [5] 中医临床诊疗指南制修订项目不稳定型心绞痛项目组. 不稳定型心绞痛中医诊疗专家共识[J]. 中医杂志, 2022, 63(7): 695-700.
- [6] 中国医师协会中西医结合医师分会心血管病专业委员会，国家中医心血管病临床医学研究中心. 麝香保心丸治疗冠心病专家共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(7): 782-790.
- [7] 张宁, 张军平, 李明, 等. 阮士怡基于益肾健脾、软坚散结法辨治胸痹经验[J]. 中医杂志, 2016, 57(01): 16-18.
- [8] 朱建平, 田原, 文思敏, 等. 国医大师张震论治胸痹心痛经验[J]. 中国中医急症, 2022, 31(05): 901-903+914.
- [9] 王嵩, 刘嘉芬, 何小莲, 等. 邓铁涛教授益气除痰活血法治疗冠心病经验[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(03): 699-702.
- [10] 严郑元, 周祯祥, 汪琼, 等. 国医大师路志正调理脾胃法用药规律及其在胸痹中的应用比较分析[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(02): 463-465.

第一作者简介：罗佳兴.，在读研究生，研究方向：中医药防治心血管疾病。

通信作者：杜林，研究生导师，研究方向：中医药防治心血管疾病。