

# 郭子光教授应用芪葛基本方治疗冠心病经验

王 辉

(重庆市北碚区中医院, 重庆 400700)

中图分类号: R249.8 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2012)08-1240-02

【关键词】 冠心病 气虚血瘀 郭子光 经验

国医大师郭子光教授从事中医临床工作近 60 年, 笔者有幸侍师, 深感其中医理论功底深厚, 临证经验十分丰富, 尤其对冠心病的中医发病机理认识深刻, 临床疗效确切, 对许多临床医学治疗棘手的难治性冠心病多能应手而效。兹介绍郭子光教授治疗冠心病的经验, 以飨读者。

## 1 病机探讨

郭老认为引起冠心病的原因, 大多由于年老体衰, 加之情志损伤, 或劳逸失度, 或饮食不节, 或不良嗜好等使脏气亏损, 尤其心气耗伤, 而心主血脉, 气为血帅, 心气亏虚运血无力, 血行不畅, 则心脉瘀滞, 不通则痛, 故心绞痛发作; 心气不足, 心脉痹阻, 心失所养, 故气短、心累、心悸、失眠。所以气虚是冠心病心绞痛发生的基本病理改变, 血瘀因气虚而成, 是继发病理产物; 气虚为本, 血瘀为标。整个病程中心累、气短、疼痛等症状常常存在, 故气虚血瘀是冠心病心绞痛的基本病机, 并贯穿其全过程。但由于素禀强弱, 体质差异, 故其气虚有偏阴虚、阳虚, 血瘀有夹痰、湿、气、郁等不同。更因不同的患者有不同的兼夹症等, 故在基本的病机之上又有不同证型, 当分别论治, 并总结出 5 个基本证型, 即单纯型(单纯气虚血瘀型)、胃心不和型、胆心不和型、肝心同病型、肺心同病型。

## 2 治病溯源

针对冠心病气虚血瘀的基本病机, 郭老总结出了治疗冠心病比较成熟的芪葛基本方: 黄芪 30~50 g, 制首乌 20~30 g, 丹参 20~30 g, 葛根 20~30 g, 川芎 15~20 g。方中黄芪为君, 用大剂量益气行血, 制首乌养血, 使生气有源, 丹参、川芎活血化瘀, 与黄芪相伍行血活血; 葛根辛甘和散, 升散灵动, 以解心脉阴血凝聚, 达到活血化瘀目的。该方大补已虚之气, 使气旺而血行; 化瘀阻之血, 使瘀去而脉通; 通则不痛, 血行通畅, 心脉自然无恙。诸药合用, 共呈益气补虚、活血化瘀之功。

若气虚偏心阳不振者, 则畏寒、面白少神、肢冷、舌淡苔白润, 脉沉细弱, 用基本方加桂枝甘草汤温通心阳, 阳虚重者, 再加制附片 15~20 g; 偏气阴虚、虚阳浮亢者, 则面红、心烦、口苦口干, 舌红苔薄黄少津, 脉多细数, 基本方暂去黄芪加太子参、麦冬、苦参或黄连; 若血瘀夹气郁者, 则胸紧迫感或堵塞感, 嗝气略舒, 苔无定象, 多有瘀点, 脉弦, 加延胡索、香橼、郁金; 如大便干结, 腑气不通, 每加重心脉瘀滞, 加瓜蒌仁 30 g; 夹痰湿者, 则胸憋闷, 多形肥, 舌淡胖苔白滑, 加入薤白、全瓜蒌、法半夏; 如睡眠不佳, 更损气阴, 酌加合欢皮、酸枣仁; 或心痛原本较甚, 或安装支架, 或搭桥手术后阻塞又致心痛者, 均为心络瘀阻太甚, 当搜剔络脉, 酌加水蛭、血竭、三七粉之类。

若兼有胃、胆、肝、肺等脏器病变者, 当视其病变的主次, 以心病变为主的, 以治心为主兼治他脏; 若以上诉他脏病变为主心脏病变为辅的, 则以治他脏为主, 兼治心脏。总以辨识病机, 随证治之为要。

## 3 典型病例

患某, 男性, 65 岁, 四川阆中人, 于 2009 年 7 月 26 日因“胸痛、心悸反复发作 10 余年, 前后安支架 4 根, 疼痛复发 1 年半, 加重 3 个月”来诊。患者诉 2001 年 5 月初某日下午在伏案工作时突发左胸及胸骨后压榨样闷痛, 进行性加重, 伴心悸、心累, 出冷汗, 有濒死感, 且觉上腹胀痛不适, 放射至左肩、左手臂, 经当地医院检查后诊断为“急性前壁心肌梗死”, 经住院治疗缓解。但出院后胸痛又反复发作, 遂于 2002 年 3 月行冠脉造影, 提示左冠状动脉前降支多处狭窄达 70%~80%, 1 月后行经皮冠状动脉腔内成形术(PTCA)术, 并置入支架 1 根。出院后的 3 年半间, 病情轻微, 日常生活影响小。但随后的半年, 胸闷、胸痛再次频发, 遂于 2005 年再次入院, 诊断为“冠心病, 冠脉支架置入术后再狭窄, 陈旧性广泛前壁心肌梗死, 不稳定型心绞痛”, 再经 PTCA 术置入支架 3 根, 同时服用西药、中成药等, 病情基本控制。但 2008 年又出现胸痛、心累, 冠脉造影提示“左冠状动脉重度狭窄, 支架内完全闭塞”, 拟行搭桥手术, 进一步诊断后认为“前降支已无冠状动脉移植位点, 无法行外科手术”。2009 年 6 月患者病情逐渐加重, 动则心累气短, 以至无法行动, 只得长期卧床休养。2009 年患者来郭老处就诊。

时见: 患者形体清瘦, 面色㿖白, 口唇紫黯, 精神疲乏。自觉心累心慌, 短气不续。上楼困难, 动则汗出, 每日需吸氧 4~6 次。胸前区闷痛频发, 含服硝酸甘油可暂时缓解。其四肢不温, 食欲尚可, 大便正常。舌质灰黯, 苔白润, 根部略黄, 脉细涩。郭老辨证后认为其心气大虚, 瘀血入络, 兼有痰湿。遂处方芪葛基本方加减: 北黄芪 50 g, 丹参 30 g, 葛根 30 g, 制首乌 30 g, 川芎 15 g, 薤白 20 g, 法半夏 15 g, 全瓜蒌 15 g, 红花 10 g, 血竭 5 g, 延胡索 20 g, 当归尾 15 g, 降香 10 g, 炙甘草 6 g, 黄连 6 g。10 剂。另加服复方丹参滴丸嘱其胸闷心痛时立即含服 10 粒。患者复诊时诉服药后诸症有所减轻, 尤其胸痛明显缓解, 舌根部黄苔已去。继续以前方去黄连、血竭, 加桃仁、水蛭。药用北黄芪 50 g, 丹参 20 g, 葛根 30 g, 制首乌 30 g, 川芎 15 g, 薤白 20 g, 法半夏 15 g, 全瓜蒌 15 g, 水蛭 5 g, 红花 10 g, 当归尾 15 g, 延胡索 20 g, 桃仁 10 g, 炙甘草 6 g, 炒稻芽 30 g。10 剂。服至 2009 年 9 月 6 日, 患者病情明显改善, 不再卧床, 外出已不用拐杖, 吸氧基本停止。已不觉心累、气短。胸痛由频发变成偶发, 一般 10 d 左右发作 1 次, 多

因劳累诱发。仍以前方,加黄芪至 60 g,水蛭至 7 g,继续服用。后一直以芪葛基本方为基础加减治疗 3 年,共服药 270 剂,至 2012 年 1 月 11 日,患者情况良好,无心慌心累等症状,面色红润,神采飞扬,精神面貌与初诊时已判若两人,可从事家务及一般轻体力劳动,生活质量大大提高。

在这个病例中,郭老始终抓住患者气虚血瘀这一核心病机,

采取益气通脉,化痰逐瘀的治疗思路,用大剂量黄芪以益气行血,制首乌、丹参、川芎等以养血、活血,葛根升阳发散,助心行血。另用瓜蒌、法半夏等以化痰散结,患者瘀滞太盛,再加水蛭等搜剔络脉,诸药合用,以益气补虚、活血化痰,终使瘀血去而新血生,如此重症竟渐获愈,实中医药之功不可没也。

(收稿日期 2012-02-17)

(上接第 1223 页)

表 1 两组治疗前后血常规比较( $\times 10^9/L, \bar{x} \pm s$ )

| 组别         | 白细胞                    | 淋巴细胞                   | 中性粒细胞                  | 单核细胞                   | 淋巴细胞比率(%)               | 中性粒细胞比率(%)              |
|------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 治疗组        | 13.12±0.05             | 4.99±0.75              | 7.39±0.55              | 1.12±0.05              | 43.18±1.05              | 76.24±9.75              |
| (n=31) 治疗后 | 6.51±0.12 <sup>△</sup> | 1.52±0.71 <sup>△</sup> | 3.83±0.64 <sup>△</sup> | 0.56±0.02 <sup>△</sup> | 21.58±1.24 <sup>△</sup> | 52.61±8.64 <sup>△</sup> |
| 对照组        | 12.82±0.02             | 5.02±0.23              | 7.95±0.78              | 1.63±0.04              | 49.32±1.19              | 78.33±7.54              |
| (n=31) 治疗后 | 9.04±0.34 <sup>*</sup> | 3.12±0.05 <sup>*</sup> | 5.62±0.05 <sup>*</sup> | 0.72±0.09 <sup>*</sup> | 32.12±1.05 <sup>*</sup> | 67.12±6.05 <sup>*</sup> |

与本组治疗前比较, \*  $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较,  $\Delta P < 0.05$ 。

2.2 两组临床疗效比较 见表 2。治疗组有效率高于对照组 ( $P < 0.05$ )。

表 2 两组临床疗效比较(n)

| 组别  | n  | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 愈显(%)                  |
|-----|----|----|----|----|----|------------------------|
| 治疗组 | 31 | 17 | 11 | 2  | 1  | 28(90.32) <sup>△</sup> |
| 对照组 | 31 | 10 | 8  | 5  | 8  | 18(58.06)              |

与对照组比较,  $\Delta P < 0.05$ 。下同。

2.3 两组预后指标比较 见表 3。治疗组治疗后机械通气时间、ICU 监护时间明显少于对照组 ( $P < 0.05$ ); 首次脱机成功率明显高于对照组 ( $P < 0.05$ ); 死亡率明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。

表 3 两组预后指标比较(n)

| 组别  | n  | 机械通气时间(h, $\bar{x} \pm s$ ) | ICU 监护天数(d, $\bar{x} \pm s$ ) | 首次脱机成功(%)              | 死亡(%)                |
|-----|----|-----------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|
| 治疗组 | 31 | 79.51±11.74 <sup>△</sup>    | 18.23±1.73 <sup>△</sup>       | 28(90.32) <sup>△</sup> | 1(3.23) <sup>△</sup> |
| 对照组 | 31 | 87.64±4.96                  | 25.61±2.73                    | 24(77.42)              | 5(16.13)             |

### 3 讨论

VAP 无论是有创或是无创的气管插管, 均有较高的感染医院获得性肺炎的风险<sup>[6]</sup>。本病属中医学风温肺热病范畴, 辨证属痰热雍肺, 治疗原则应遵循清热解

毒, 化痰止咳。余应喜等<sup>[7]</sup>报道使用痰热清注射液治疗 VAP, 通过抑制过度的炎症反应可以恢复部分机体免疫功能, 从而缩短机械通气时间, 改善 VAP 预后, 降低死亡率。痰热清注射液主要成分为黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘。方中黄芩为君药, 起到清蒸肺火的功效; 熊胆粉、山羊角为臣药, 具有清热、解毒、化痰的功效; 以金银花为佐药, 增强消炎抗菌, 清热解毒的功效; 连翘为使药, 引领诸药入肺经, 清热透肺, 解毒止咳。刘景仑等<sup>[6]</sup>研究表明该药能够促进外周白细胞的吞噬作用, 增加机体免疫力, 起到抑菌消炎的作用。

本研究结果显示, 痰热清注射液治疗 VAP 可明显缩短患者平均机械通气时间、ICU 监护时间, 提高首次脱机成功率, 降低死亡率, 明显改善患者预后, 值得深入研究。

### 参 考 资 料

- [1] 茹晃耀. 痰热清注射液联合抗生素治疗呼吸机相关性肺炎疗效观察[J]. 南方医科大学学报, 2009, (29)3: 509-511.
- [2] 李统. 痰热清注射液联合青霉素或红霉素治疗慢性支气管炎 80 例[J]. 临床和实验医学杂志, 2006, 5(12): 54-55.
- [3] 许启霞, 童朝辉, 王辰. 呼吸机相关性肺炎的诊断进展[J]. 临床和实验医学杂志, 2006, 5(12): 54-55.
- [4] 邓铁涛. 中医诊断学[M]. 5 版. 上海: 科学技术出版社, 2006: 93-94.
- [5] 国家中医药管理局. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 54-58.
- [6] 刘景仑, 周发春, 刘琼, 等. 痰热清治疗 ICU 呼吸机相关性肺炎患者疗效观察[J]. 中国中医急症, 2008, 17(1): 24-25.
- [7] 余应喜, 刘景仑. 痰热清注射液对 ICU 呼吸机相关性肺炎患者 CRP、IL-6 和 TNF- $\alpha$  的调节作用[J]. 中国中医急症, 2009, 19(2): 184-185.

(收稿日期 2012-01-20)