

雷忠义国医大师基于“痰瘀毒风” 治疑难杂症*

陈金锋 田心 侯杰军 周岩芬 刘超峰 范虹 雷鹏 指导老师:雷忠义
(陕西省中医医院国医大师研究所,陕西 西安 710003)

摘要:国医大师雷忠义教授根据自己几十年经验总结的胸痹痰瘀毒风辨证理论体系,和中医“风性善行而数变”的特点,用中医祛痰宣痹、活血化瘀、熄风定悸的方法,治愈了很多例心血管疑难杂症,下面举例三例典型病例,供大家交流探讨。

关键词:国医大师;雷忠义;痰瘀毒风互结理论

中图分类号:R255.2 文献标识码:A 文章编号:2096-1340(2020)01-0026-04

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2020.01.007

The Treatment of Difficult Miscellaneous Diseases by Master of Traditional Chinese Medicine – Professor Lei Zhongyi with the TCM Theory “Phlegm Stagnation Intermingled with Wind Pathogen”

Chen Jinfeng, Tian Xin, Hou Jiejun, Zhou Yanfen, Liu Chaofeng, Fan Hong,
Lei Peng Supervisor: Lei Zhongyi

(Institute of TCM Master of Shanxi TCM Hospital, xi'an China, 710003)

Abstract: Professor Lei Zhongyi, a Master of Traditional Chinese Medicine, summed up the theoretical system of syndrome differentiation of chest arthralgia, phlegm stasis as well as wind pathogen based on decades of his experience, and the characteristics of “wind pathogen is inclined to move” in traditional Chinese medicine. That summary of his experience help to cure many difficult miscellaneous cardiovascular diseases by TCM methods of eliminating phlegm and clearing arthralgia, activating blood circulation and removing blood stasis, and calming wind and palpitation. Here are three typical cases.

Keywords: Master of Traditional Chinese Medicine; Lei Zhongyi; theory of intermingled phlegm stasis and wind pathogen

国医大师雷忠义教授半个世纪的临床经验结晶,总结出了胸痹心痛病痰瘀毒风互结理论体系。随着人们生活水平的提高,体质的改变,以痰瘀互结证为主的心血管病发病越来越多了。胸痹心痛病痰瘀毒风互结理论体系认为,胸痹心痛病、心衰病、心悸病发生不仅有痰,而且有瘀,痰瘀互结,日久可化热成毒,痰瘀毒互结,痰瘀毒互结日久可以

发生“风”变,热极生风,或可以耗伤气阴,阴虚生风。心律失常发生时,和中医“风性善行而数变”相类似。依据这一理论,在2012年至今治疗过几百例心血管疑难病患者,现报道三例典型案例。

1 病案举例

1.1 案例一 刘某,男,73岁,初诊日期:2014年11月10日。发病节气:立冬后3天。

* 基金项目:国家中医药管理局第三届国医大师/全国名中医传承工作室建设项目(国中医药办人教函(2018)119号)

主诉:间断胸闷、胸痛3年。现病史:3年前始无明显诱因发生间断胸闷、心前区疼痛,呈压榨样疼痛,伴心慌、烦躁易怒,持续10分钟,休息后可缓解。既往史:“2型糖尿病”病史20年,“高血压”病史10余年,“脑梗塞”病史4年,双侧颈动脉粥样硬化斑块3年。辅助检查:(2014年10月于宁夏第五人民医院)冠脉CT示:LAD(前降支)斑块形成,50%狭窄,D2(第二对角支)狭窄75%,RCA(右冠)狭窄75%。

首诊:间断胸闷、心前区疼痛,乏力,腹痛,下肢水肿,口干唇燥,寐可,二便调。舌脉:舌胖大,有齿痕,苔白腻,脉沉弦细。中医诊断:胸痹(气虚痰瘀互结)、消渴(气虚痰浊中阻);西医诊断:冠心病(心绞痛)、2型糖尿病、高血压病2级。治法:补气祛痰、活血化瘀。方药:养心活血汤加味:太子参、麦冬、五味子等加瓜蒌皮30g,薤白20g,黄精15g,马齿苋30g,骨碎补18g,地龙15g,银杏叶10g,水蛭6g,桑叶10g,黄连6g。12剂,每剂水煎400mL,早晚分服,日1剂。

二诊(2015-4-15),服上药后胸闷、胸痛、心慌症状减轻,发作时间减短,发作次数减少。舌脉:舌胖,齿痕不明显,苔薄腻,脉弦细。拟效不更方,加红景天10g,山萸肉15g,葶苈子15g。6剂,每剂水煎400mL,早晚分服,日1剂。

三诊(2015-4-29),服上药后胸闷、胸痛、心慌症状基本消失,乏力,腹痛,下肢水肿,口干唇燥等症状也明显改善,舌体适中,苔薄白,脉缓。原方再服6剂。症状未再反复,复查冠脉CT示,原病变血管狭窄程度明显改善。

随访(2015-5-10),于解放军323医院复查冠脉CT:LAD(前降支)20%~30%狭窄,D2(第二对角支)多发结节样钙化斑,LCX(回旋支)近中段可见弥漫性混合性斑块,RCA(右冠)10%~30%狭窄。

按语:雷老认为胸痹心痛病发病不仅有“痛”,也会有“闷”,病理产物不仅有瘀血,也会有痰湿,其病机演变特点:患者老年男性,有糖尿病、高血压、脑梗塞等病史,形体肥胖,脾不健运,痰湿积聚,气机不利,瘀血内生,痰浊瘀血搏结,痹阻不通,不通则痛,痹着于血脉,则发生血脉粥样硬化^[1]。该患者糖尿病30余年,容易并发动脉粥样

硬化改变,在初诊时,冠脉CT显示,有双支病变,结合舌脉主症,辨证为中医胸痹病、消渴病,气虚痰瘀互结证,经雷老经验方养心活血汤加味,养心活血汤补益气阴、祛痰化瘀,加上瓜蒌皮、薤白宣痹宽胸,地龙、水蛭等虫类走窜而通痹,银杏叶、红景天活血化瘀,马齿苋、桑叶、黄连等清热解毒、燥湿祛浊,黄精、骨碎补、山萸肉补气通经。经治疗,患者痹通痛除,且复查冠脉CT显示,原狭窄血管较前明显改善,斑块减少。说明按雷老痰瘀互结理论辨证准确,祛痰活血化瘀治疗,可以消减冠状动脉粥样硬化之斑块。

1.2 案二 雷某,男,37岁,2011年3月16日初诊。

主诉:气短、乏力、心悸5月。现病史:患者于5月前无明显诱因出现乏力、心悸、气短等症状,曾先后就诊于两家西医院,均确诊为“扩张型心脏病”,长期口服螺内酯、氢氯噻嗪、美托洛尔、贝那普利、曲美他嗪、辅酶Q10等药,效果不显著,动则气喘,不能正常生活。(2011-6-21)动态心电图示:全心扩大呈球形,左心室EF:29%。某西医院建议做心脏移植手术,在找不到供体,非常绝望的情况下,经朋友介绍来找雷老中医治疗。初诊症见:胸闷不适,乏力、心悸、气短,活动后加重,饮食睡眠差。查体:血压:100/80mmHg,心界向双侧扩大,以左侧尤甚,心率70次/分,律齐,心音低,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,双下肢压陷性水肿(+++)。舌质黯淡,苔白厚腻,有裂纹,脉沉细。诊断为:中医:心衰病(痰瘀互结、气虚水停)。治法:益气活血,化痰利水。方药:生黄芪40g,党参15g,丹参15g,川芎12g,赤芍12g,郁金12g,半夏12g,茯苓10g,升麻12g,枳壳10g,佛手15g,桂枝9g,茯苓10g,薏苡仁12g,北五加皮3g,剂,水煎服,每日1剂。

二诊(2012-3-23),气短、乏力、心悸减轻,有时双下肢发凉,舌质黯,苔白腻,脉沉细。效不更方,6剂。

三诊(2012-4-1),时有双下肢发凉,余无明显不适。舌质红,苔白,脉沉细。诊断:心衰病(气阴两虚、痰瘀互结)。方药:雷氏养心活血汤加味:西洋参、麦冬、五味子等加炙黄芪30g,马齿苋30g,葛根30g,川芎15g,制附片10g,鹿角霜30g,北五

加皮 5g, 3 剂, 水煎服, 每日 1 剂。

四诊(2012 - 5 - 16), 咳嗽、咯痰不利, 纳差, 舌质黯淡, 苔黄腻, 脉沉细。原方中加入浙贝母 12g, 大麦芽 15g, 6 剂。

五诊(2012 - 6 - 27), 精神好转, 血糖平稳, 胸闷、气短未作。舌质红, 苔白腻, 脉沉缓。效不更方, 原方西洋参改为党参 15g, 10 剂。以后即以此方为基础, 略作化裁, 坚持服药半年。活动耐力基本恢复正常, 复查心脏彩超示, 左心室射血分数日益增高。

随访, 2011 - 6 - 21 于第四军医大学西京医院心脏 B 超示: 左心室 EF: 29%; 经治后于第四军医大学西京医院复查心脏 B 超示: 左心室 2012 - 4 - 10 EF: 46%; 2012 - 12 - 7 于第四军医大学西京医院复查 EF: 50%; 2014 - 5 - 28 EF: 55%; 2015 - 4 - 12 于第四军医大学西京医院复查 EF: 53%。2018 - 3 - 20 于第四军医大学西京医院复查 EF: 60%, 患者能正常上班, 日常生活不受影响了。

按语: 雷老根据痰瘀毒互结理论, 痰瘀日久可以化热生毒, 痰瘀毒日久, 可以损伤气阴, 也因运化乏力, 痰饮瘀血积聚, 虚实夹杂。痰浊和瘀血常相兼为病, 两者既是病理产物, 又是致病因素, 相互胶结, 在胸痹心痛病发生发展中起着非常重要的作用^[2-3]。患者临床表现为: 胸闷痛伴有烧灼感, 心烦, 易怒, 头晕, 少寐, 大便干结, 舌红苔腻, 脉滑等, 不是单纯的痰瘀互结证, 可兼见较明显热像。先生总结, 此热非外感, 必是内伤。而痰瘀互结日久, 生热化毒, 郁热毒邪内伏致营卫不和, 气血亏虚, 形成痰瘀与热毒互为因果的恶性循环, 促进了胸痹心痛病的恶化^[4-5]。

1.3 案三 患者, 井某, 男, 66 岁, 于 2012 年 1 月 10 首诊。

主诉: 发作性胸闷、心悸 7 年余, 加重 3 月。2004 年因急性心肌梗死于第四军医大学唐都医院住院, 诊断为“冠心病、急性前壁心肌梗死、心律失常、阵发性室性心动过速”, 冠脉造影示: LAD 完全闭塞, LCX75% 狭窄, RCA25% 狭窄。行 PCI 术未成功, 手术台上反复发生室速、室颤, 给予静点胺碘酮、利多卡因、泵入艾司洛尔等, 并植入 ICD, 肌注氯丙嗪、异丙嗪, 术中 ICD 放电 20 余次, 体外电除颤 4 次。3 月前反复出现胸闷、气短、心悸、晕

厥, 于第四军医大学西京医院住院治疗, 诊断为: “冠心病、陈旧性前壁心肌梗死、心律失常、阵发性室性心动过速、交感风暴” 住院期间, 心电监测示: “阵发性室速、室颤”, 有一天, 体内 ICD 反复放电 50 余次, 几次体外人工电除颤, 后给予口服酒石酸美托洛尔片 75mg, 2 次/日。病人自感生命濒危, 惶惶不可终日。经介绍来我院雷教授中医门诊就诊。

首诊, 症见胸闷、气短、心悸、头晕、烦闷、发热。舌红、苔腻、脉弦滑数。中医诊断: 心悸病、胸痹病(痰瘀毒风互结证)。治法: 平肝熄风、安神定悸, 活血化瘀、清热解毒。方选: 天麻钩藤饮加黄连、徐长卿、甘松、龙齿、珍珠母、琥珀、茯神、郁金、泽兰、野菊花等。

二诊, 胸闷、心慌减轻, 有乏力、气短, 自汗、盗汗、五心烦热, 舌红、苔薄, 脉弦滑数。治法: 熄风定悸、祛痰化瘀解毒, 原方加浮小麦、沙参、麦冬等。

三诊, 胸闷、心悸症状明显减轻, 乏力、自汗、盗汗较前好转, 舌红、苔少、脉弦滑。治法: 熄风定悸, 原方去浮小麦, 仍用滋阴熄风之品。

四诊, 胸闷、心慌未作, 自汗、盗汗症状消失, 舌淡红、苔薄白, 脉弦滑。治法同前, 于原方中加莲子以清心安神。

半年后, 共服 218 剂中药, 胸闷、心悸、乏力症状彻底消失, 心律失常、阵发性室性心动过速未再发作。

随访, 5 年后(2017 - 4), 胸闷、气短症状偶尔发生, 阵发心悸、心慌症状未再发生, 舌淡红, 苔薄白, 脉缓。精神可, 可如往常一样散步、正常生活。复查动态心电图(2017 - 4 - 27) HOTEL: 24h 心跳 91155 次, 最快心率 86 次/分, 最慢心率 58 次/分, 平均心律 66 次/分, 室性异位心律 192 次, 成对 3 次, 室上性早搏 75 次。

按语: 患者老年男性, 有冠心病、急性前壁心肌梗死、心律失常、阵发性室性心动过速等病史, 冠脉造影示: LAD 完全闭塞, LCX75% 狭窄, RCA25% 狭窄。行 PCI 术未成功, 后植入 ICD。每次发病心悸、心慌频繁, 恐惶, 频发的室速、室颤。根据雷忠义国医大师探索性的理论“胸痹心痛心悸痰瘀毒风互结理论”认为痰瘀互结证, 日久化热

成毒生风^[6]。对应于冠心病急性心肌梗塞、急冠综合征等伴发的快速心律失常改变,变异性心律失常似《内经》中的“风性善行而数变”特点。其病机胸痹痰瘀毒互结,既可以阻碍气机,气机不畅而逆乱,也因痰瘀毒本身耗气伤阴,阴虚而生风,同时,正气不足,不能抵御外邪,风邪易外受,表现为胸痹心痛病本身之胸痛、胸闷,也有心悸、怔忡,乏力、气短,恶风、多汗等症状。痰瘀毒风互结,正气不足,虚实夹杂^[7]。从平肝熄风、安神定悸,活血化瘀、清热解毒等方法入手,用天麻钩藤饮平肝熄风,加黄连可以清热除烦,加茯神、徐长卿、甘松、龙齿、珍珠母、琥珀可以安神定悸,加郁金、泽兰、野菊花可以舒肝理气,宽胸畅中等。二诊有乏力、气短,自汗、盗汗、五心烦热等气阴两伤之症状,加浮小麦、沙参、麦冬等益气养阴敛汗。三诊汗止,去浮小麦,继续扶正益气养阴安神定悸,四诊加入养心之品。本例病例病情复杂凶险,在西医 ICD 治疗下,仍有频繁室早、室速、室颤发生,经过中医辨证,从“风”入手,平肝熄风、安神定悸,患者症状缓解,后期复查心律失常较前明显改善。也给我们一定启发,说明心律失常中医辨证为心悸病、心悸怔忡不定时,可以从“风”入手辨证论治。胸痹心痛心悸痰瘀毒风互结理论成立,有待于进一步积累大量病例资料,从大量临床实验和基础实验考究其原理。

2 讨论

以上三个病例是非常典型的也很好的体现国医大师雷忠义教授提出的胸痹心痛病、心悸病痰瘀互结理论、痰瘀毒互结理论、痰瘀毒风互结理论的临床应用。痰瘀互结理论自提出已经五十余年,已经被大量应用和广泛推广,痰瘀日久可以化热,郁热可以生热毒,痰瘀毒互结必生炎症因子和动脉粥样硬化,痰瘀毒日久,耗气伤阴,心神失养,心神不宁,风动而心悸不止。痰瘀毒风互结理论可以用于胸痹心痛病、心悸病的临床辨证施治。从以上病例治疗可以看出,雷教授根据长期临床经验总结,提出了胸痹心痛病痰瘀毒风理论体系,暨痰瘀互结理论、痰瘀毒互结理论、痰瘀毒风互结理论。经过中医药准确的辨证施治,都取得了很

好的疗效。痰瘀互结可以导致胸痹、心痛病、心衰病、心悸病、眩晕病,治疗当考虑化痰活血化瘀;痰瘀日久可以化热成毒,痰瘀毒互结可以导致胸痹、心痛病、心衰病、心悸病,治疗当清热解、祛痰活血;痰瘀毒互结日久可以化风,风性善行而数变,引起心神不宁的心悸病,治疗当在以上方法中加入祛风药,以熄风定悸。

总之,雷教授依痰瘀毒风互结理论,曾治疗多种心血管典型病例和疑难病例,用祛痰化瘀,清热解毒,熄风定悸等治法,临床治疗,屡见奇效^[1,8-9]。这一理论体系中是经过不断的临床和实验积淀而成,也还需要不断总结,不断挖掘,继承创新。

参考文献

- [1] 陈金锋,雷忠义,刘超峰,等.雷忠义教授“胸痹痰瘀毒风”理论体系探析[J].陕西中医药大学学报,2018,41(6):1-2,20.
- [2] 于小勇,雷忠义.冠心病痰瘀互结证与痰瘀毒互结证探析[J].陕西中医,2013,33(12):1646-1669.
- [3] 雷忠义,于小勇,刘超峰,等.冠心病痰瘀互结证与痰瘀毒互结证探析[J].陕西中医,2013,34(12):1646-1648,1669.
- [4] 范虹,安静,刘超峰,等.丹曲方治疗冠心病心绞痛痰瘀毒互结证疗效观察[J].陕西中医,2014,35(8):973-975.
- [5] 武雪萍,于小勇,刘超峰,等.雷忠义主任医师痰瘀毒并治冠心病心绞痛的经验[J].陕西中医,2010,31(11):1507-1508.
- [6] 范虹,刘超峰,武雪萍,等.养心活血汤加味治疗室性早搏40例[J].陕西中医,2014,35(9):1167-1169.
- [7] 范虹,刘超峰,雷鹏,等.雷忠义主任医师治疗心肌炎Ⅲ°房室传导阻滞验案1例[J].陕西中医,2013,34(1):89-90.
- [8] 范虹,雷鹏.雷忠义主任医师运用养心活血汤治疗多种心血管病经验[J].陕西中医,2005,26(10):1075-1076.
- [9] 刘超峰,范虹,雷鹏.名老中医雷忠义治疗冠心病心绞痛痰瘀互结证的经验[J].陕西中医,2003,24(8):722-723.

(收稿日期:2019-06-10 编辑:文颖娟)