

基于阴火理论探讨冠心病的治疗思路[※]

叶招娣¹ 孙倩倩² 刘中勇^{3▲}

摘要 本文从李东垣的阴火理论出发,探讨了冠心病与阴火的关系,认为气虚贯穿于冠心病发展的始终,火热是动脉粥样硬化斑块不稳定的关键因素,在祛痰化瘀中配以甘温益气之药以补益中气、调节气机升降,可以提高疗效。

关键词 李东垣;阴火论;甘温除热;冠心病;治疗思路

动脉粥样硬化病变引起冠脉管腔狭窄或阻塞,造成心肌缺血、损伤和坏死的心脏病,称为冠心病。目前西医治疗冠心病的主要措施是控制高血压、高血脂、血小板聚集等危险因素;而中医对冠心病的治疗方法灵活多样,既有药物治疗,又有针灸、穴位贴敷等,且颇具疗效,因此中医治疗冠心病受到越来越多人的重视。笔者在临床实践中以金元时期医家李东垣的“阴火论”为基,从阴火论治此病,获得了较好的疗效,现将此诊治思路总结如下。

1 阴火理论的内涵

1.1 阴火的来源 阴火与元气在生理状态下相互对立,若元气充足,则阴火敛降;若人体受到饮食劳倦、情志、年老体伤等因素的影响导致脾胃元气不足,阴火无以敛降,则为盛为害。其具体的产生原因可进一步细分为四个方面^[1]。(1)阳气不升,伏而化火。中焦脾胃升降失司,清阳无力升发反而下陷阴分,以致虚阳为阴气所郁遏,伏留血脉,郁则化火。(2)脾胃虚弱,水谷精微不化,失于布散于大小肠,液耗津枯,犹如破裂的土地,水不制火,阴火内生。(3)脾胃虚弱,水谷不化精气,酿湿为浊,浊气下流经肾间相火熏蒸而成湿热。(4)脾胃气虚,生化乏源,导致元气不足,元阴亏虚,则肾水不足,阴精水气不能上济于心,心火失其制约,过于亢盛妄动,则可化为“阴火”。综上,阴火是一

切内生之火,包括郁火和虚火。

1.2 阴火的临床表现以及鉴别诊断 由于内伤发热的病机始终围绕着“火与元气不相两立”,故临床表现可大致分为两个方面的内容:脾胃气虚与火热亢盛。脾胃气虚主要表现为肢体无力、酸重不收、倦怠嗜卧、大便溏泄。火热亢盛可随体内气机环行周身,而具有不同的临床表现,主要的临床症候群可概括为以下 2 大类:(1)症状似外感而非外感,可见气高而喘、身热而烦、皮肤不任风寒等症;(2)症状似实热而非实热,出现热、烦、渴、脉洪大。所以医者在临床工作中要区别相似证候,审证求因,“历观名论,皆以别症为先”。李东垣所著的《内外伤辨惑论》从辨阴证阳证、辨脉、辨寒热、辨渴与不渴等方面详细地论述了内伤和外感发热的区别,其中阴证与阳证是内伤和外感发热最主要的鉴别点,“外感风寒乃有余之证,内伤者,乃不足之证”,对于临床辨治内伤和外感发热具有较高的指导意义^[2]。与白虎汤证的壮热不同,内伤发热是一种虚热虚烦,患者自觉蒸蒸燥热,得寒凉则止,热甚汗出而解;白虎汤证为渴而欲饮,而内伤发热为渴而不欲饮;白虎汤证脉洪大有力,内伤发热脉洪大而芤。

2 冠心病与阴火的关系

动脉粥样硬化性病变使冠脉狭窄、痉挛或阻塞导致心肌缺血、缺氧或坏死。迄今为止,有不同的学说从不同角度阐释了导致动脉粥样硬化病变发生的确切机制,其中炎症学说的研究最为广泛。炎症反应介导了动脉粥样硬化形成的不同阶段,从最初的白细胞募集到不稳定动脉粥样硬化斑块的最终破裂,一些炎症级联标志物如 P-选择素、白细胞介素-6(IL-6)、肿

※基金项目 名中医传承创新研究团队建设项目(No.JXSYLXK-ZHYI006)

▲通讯作者 刘中勇,男,教授,主任医师,博士研究生导师。研究方向:中医内科学心脑血管疾病。E-mail:lzyongmail@163.com

•作者单位 1.江西中医药大学(江西南昌 330004);2.漯河市中医院(河南漯河 462099);3.江西中医药大学附属医院(江西南昌 330006)

瘤坏死因子- α (TNF- α)已经被证实可以预测斑块破裂的风险^[3]。很多中医工作者认为现代医学的炎症反应与中医的热毒有相似之处,故用清热解毒剂治疗此类疾病,此类方多选用黄连、黄芩、栀子、金银花、连翘等苦寒药。

然而笔者认为这种慢性的低度炎症并非是一种实火,而更应该被理解作为一种虚火。其理由如下:从生理角度来看,此类疾病的患者年纪较大,多在 40 岁以后发病,阴阳渐衰、气血亏虚,元气日渐消减,故为虚火的可能性更大;在临床表现方面,患者胸闷、胸痛、心悸等症状多在活动后加重,休息时减轻,同时伴有动则汗出、动辄气短、低声怯语等气虚之症,这与中医“动则气耗”的观点相一致。甘温益气的代表方补中益气汤可通过下调 CML(N ϵ -羧甲基赖氨酸)水平、TNF- α 水平,直接或间接抑制机体的炎症水平,进一步佐证了这种慢性低度炎症与气虚的关系更为密切^[4-5]。这种内生虚火被李东垣解释为阴火,而阴火与冠状动脉粥样硬化发生、发展之间的关系可作进一步解释。

2.1 气虚贯穿冠心病发展的始终 气血阴阳失调是脏腑功能失其常度的病理征象,气虚涉及五脏,尤与脾肾关系最为密切。先天精气化生人体元气,人体元气依赖后天脾胃的滋养,李东垣尤其重视元气与脾胃的关系,指出脾胃是滋养元气之本,脾胃之气升发才能保证元气充沛,阴火得以敛降,疾病不生。后世医家对此多有阐发,薛己重视李东垣的脾胃学说,进一步提出脾胃是气血之本,人体诸脏的功能得益于脾胃的滋养和健运;黄元御尤其重视脾胃升降对五脏六腑功能活动的影响,脾气主升,胃气主降,胃清虚而善容纳,脾温暖而善消磨,从而脏腑气机升降有序,水火既济,心火不亢。

气具有推动、气化和防御功能。冠心病多见于老年人,此时气血渐少,气虚无力推动血行,血液瘀滞,气虚影响水液输布,津停为痰,痰瘀互结,痹阻血脉,发为胸痹;而气血通畅则津液并行,无痰以生。同时气的防御功能与现代医学的免疫系统具有对应关系,冠心病的慢性低度炎症与免疫系统密切相关,免疫异常贯穿整个炎症过程,而气虚意味着机体免疫功能下降,从而导致慢性低度炎症反应^[6]。可见,气虚贯穿于冠心病发展的始终。

2.2 火热是动脉粥样硬化斑块不稳定的关键因素 急性心血管事件发生的主要原因是是不稳定斑块破裂

伴血栓形成,而炎症反应在斑块不稳定与破裂过程中起主要作用^[7]。中医学将动脉粥样硬化斑块破裂过程中的血栓形成概括为“瘀血内阻”,而火热邪气是斑块破裂的关键因素。火热邪气灼津成痰,炼血为瘀,痰瘀胶结不化,伏于冠脉,日久弥重,蕴积不解,终酿热毒,发为急性心血管事件,正如缪仲淳所言“内热弥甚,煎熬津液,凝结成痰”。同时,中老年人多为阴虚阳盛之体,阴虚火旺,营血阻遏,灼津为痰,日久化热,热久成毒,热毒、痰浊、瘀血互结而致脉道阻塞发为本病。

2.3 气虚是冠心病火热之邪形成的基础 气虚是冠状动脉粥样硬化性心脏病火热邪气形成的基础,可概括为以下 3 个方面。一是脾胃是人体气机升降的枢纽,阳气升发,阴火自然会沉降,反映在机体上就是脾阳之气升发则水谷精微上输于心肺,元气充沛,阴火自然戢敛潜藏;若脾胃虚弱,其气不升反降,心肺阴虚生内热。二是气虚引起免疫系统功能紊乱,促进各种炎症细胞因子和趋化因子释放,导致动脉粥样硬化斑块附近的温度和炎症水平超出未病变区域,火热之邪由此产生,各种炎症标志物在血管壁沉积,凝血纤溶系统不断进行组织破坏和修复,势必造成气血津液运行不畅,痹阻心脉,发为胸痹。三是气虚意味着机体能量不足。一些研究发现,ATP 的释放和伴随的 P2Y2R 信号可促进巨噬细胞和中性粒细胞对凋亡细胞或细菌的吞噬和清除,当 ATP 不足时,可促使血管内皮细胞产生的炎症因子和肿瘤坏死因子 α 、C 反应蛋白激活,促进动脉粥样硬化斑块的形成^[8],若运用一些改善能量代谢的药物可防止心肌进一步损伤。与此同时,火热之邪可进一步耗伤气血,使元气更虚,火热之邪愈盛。

综上,慢性低度炎症病性为本虚标实,以气虚为本,火热为标,火热日久化毒,热毒、痰浊、瘀血互阻而致脉道阻塞,发为冠心病。

3 “甘温除大热”临证发挥

3.1 “甘温除热法”的理论内涵 李东垣主张治疗阴火以“甘温除热”为要,认为阴火其本在于元气不足,治病必求于本。其在《内外伤辨惑论》中警示后人“惟当甘温之剂,补其中、升其阳,甘寒以泻火则愈”,故调补元气,升发阳气为其治本之法;而对于运用苦寒泻火之品治疗阴火,李东垣更是发出了“医杀之耳”的感叹。《医学心悟·火字解》言“贼可驱而不可留,子可养

而不可害”,进一步阐释了内火应该用补中益气汤等甘温的方剂^[9]。若用苦寒之药见热止热,可能暂时有效,然而因其进一步损伤脾胃,可继而出现便溏不止、烦热愈盛等症状。而避免过用清热解毒、苦寒泻火之品,一来可防止耗伤患者原本就不足的阳气,以免元气耗伤,阴火更盛,正气虚弱,抵御外邪的能力下降;二来可防苦寒伤胃,使脾胃亏虚,气血阴阳失调,五脏六腑失养、功能失司,三焦气化不利,进而发生一系列有虚有实、多层次复杂的病理环节。此法避免了脾胃损伤,符合《黄帝内经》“损其有余,补其不足”的治疗原则。

3.2 临床实践中不受“大热”拘束 李东垣对于患者出现的大热解释为“肾间受脾胃下流之湿气,湿浊闭塞其下,致阴火上冲,作蒸蒸而燥热,上彻头顶,旁彻皮毛,浑身燥热作”。国医大师邓铁涛提出“(阴火)发热程度可随阳气虚衰、虚阳亢奋的程度不同而不同,亢奋程度重的则发高热,否则发低热。体温表上是否显示发热或高热,不能作为是否采用甘温除大热法的依据,关键则在于抓住气虚或阳虚这一本质”^[10]。而这一见解亦并非邓老独创,明代薛己在论述补中益气汤适应证时就提出其主治“元气不足,四肢倦怠,口干发热,饮食无味,或饮食失节,劳倦身热,脉洪大而无力,或头痛发热,或恶寒自汗,或气高而喘,身热而烦”。其中发热只是其或然症。而当代医家宋乃光等编著的《神奇的中医八大名方》对今人运用补中益气汤的296个病案进行分析,一共统计出99个症状,排在前7名分别是纳呆、乏力、神疲、面色无华、气短、头晕、便溏,其中并无发热^[11]。可见临床运用补中益气汤不应以“大热”为主症,关键在于抓住气虚或阳虚的病机本质。

3.3 阴虚发热则非所宜,热病发热尤当忌用 阴虚发热的本质为肝肾亏虚,阴精耗损,相火妄动,症见五心烦热、腰膝酸软、潮热盗汗等,当治以滋阴降火之法,若误用甘温,津液亏损越为严重,无疑为抱薪救火^[12];外感发热或实火者也应该忌用,外感发热治疗当辛温发汗或辛凉发汗,病证属于实火者当清热解毒,万不可不经辨证,把补中益气汤当“神方”,通用诸病。

3.4 甘温除热法治疗冠心病的临床应用 将李东垣之“阴火论”用于冠心病的辨证施治,即当遵循其“甘温除热”之立法,辅以祛湿浊、活血通络,在临床上可取得较为满意的效果,尤其是对于反复发作、迁延难

愈的慢性患者疗效更佳。

临证遣方以“甘温除热法”的代表方“补中益气汤”为主方随症进行加减化裁。补中益气汤的病机关键是脾胃气虚,阳气不升,导致阳气郁积于体内。本方被广泛运用于内、外、妇、儿疾病的治疗。方中“甘温”的药物为人参、黄芪、甘草,三者补益脾肺;陈皮健脾理气;白术健脾燥湿;升麻、柴胡升举脾胃之清阳;当归和营养血;姜枣调和营卫,增强黄芪固表护卫的功能。诸药合用,共奏补中益气、调补脾胃之功。国医大师邓铁涛认为“对于虚实夹杂之证,除了可采用李东垣主张的补中益气汤为基本方外,还应根据中气虚弱之重轻,累及脏腑之多寡,兼夹证之有无等等而辨证加减,灵活运用,甘温除大热法,其用方并不拘泥于补中益气汤”^[10]。

4 验案举隅

莫某,男,72岁,退休,因“反复胸闷胸痛3年,再发加重伴发热1月余”入院。曾于外院予以养血活血、祛痰化瘀等药物治疗,逊效。入院症见:胸闷、胸痛,服用硝酸甘油未见好转,低热不退,便溏,神疲乏力,身倦肢怠,纳差,腹部胀满,双下肢浮肿,寐差,舌淡胖苔白,脉细弱而数。辅助检查:普通心电图可见不正常T波;血常规提示“WBC $30 \times 10^9/L$,嗜酸细胞绝对值 $5 \times 10^9/L$ ”;行骨穿诊断为“嗜酸细胞增多症”;冠脉造影示“三支病变”。西医诊断:冠心病;嗜酸性粒细胞增多症。中医诊断:胸痹心痛病,辨为心脾两虚内热证。入院后常规服用冠心病二级预防药物以及改善心功能药物,同时予以美罗培南+头孢哌酮钠舒巴坦钠抗感染治疗,甲强龙抗炎治疗。中药处方:补中益气汤加减。药用:人参20g,黄芪20g,甘草6g,白术10g,陈皮10g,升麻10g,柴胡10g,当归10g,丹参10g,木香10g,山药10g,薏苡仁10g,生姜3片,大枣6枚。14剂,1剂/日,水煎服。服用2个星期后,诸症明显减轻,但仍有腹胀、便溏,予上方加炒扁豆、枳壳,继续服用7剂,后停用激素和抗生素,患者低热消退,继续予以7剂巩固疗效。

按 从本例患者的病程演变分析,初期以心血不足和心脉痹阻为主要表现,病久由心及脾,导致脾胃气虚,升降失司,纳运失职,水谷精微失于输布,气血乏源,心血进一步亏虚,阴火愈旺。《脾胃论》中提出“其治肝、心、肺、肾有余不足或补或泻,惟益脾胃为切”,强调他脏有病影响到脾胃而脾虚明显时,应该以

治脾胃为主或(和)兼顾他脏。证之临床,因肺、心、肝、肾因素而致的脾虚阴火证,经过以他脏病为主的治疗无效时,而改从脾胃入手,灵活运用甘温除热方法往往会收到意想不到的效果。

5 结语

“阴火论”滥觞于《黄帝内经》,由李东垣首次提出,可概括为虚火和郁火。饮食劳倦、情志化火、年老体虚等因素的影响可导致脾胃元气不足而引发阴火。阴火形成的病机可归纳为“脾胃健运失司、清阳不升;液耗津枯,水不制火;湿浊下流;相火妄动”。同时,对于“阴火”的诊断,应注意阴火与实火的鉴别、内伤发热与外感发热的鉴别,区别相似证候,审证求因。针对冠心病,笔者提出从阴火论治的思路,认为脾虚之病可致阴火内生,致使痰瘀热毒胶结不化,痹阻心脉,发为胸痹。故其治疗必须本着辨证论治的精髓,对于阴火所致的冠心病,应紧紧抓住脾虚之根本,以“益气健脾,升阳降火”立法,使清阳得升,元气得旺,气血通畅,则阴火自除。另外,在治本的同时,不应忽视痰、瘀、热、毒这些病理因素的存在,而应灵活配伍祛痰化瘀等药物。

(上接第 15 页)

服 7 剂以巩固疗效。后随访 3 个月未见复发。

按 肝之经络循股阴入毛中,过阴器,若情志不节,肝脉失和,气随血结,致使肝脉瘀滞,气血阻滞不能通达,宗筋失盈;患者肥胖之人,膏脂堆积,化浊生痰等皆可致全身气机壅滞,升降异常,肝脾不和,阴络闭遏,气血不畅,综上而致阳痿。方中越鞠丸与柴胡疏肝散合用,疏肝健脾、清热活血解诸郁;萆薢、淫羊藿、巴戟天、锁阳、蜈蚣益肾通络,切中本病病机,且蜈蚣为虫类药,借其走窜之性,入络搜逐,常使临证获效更捷。全方共奏疏肝解郁、健脾化痰、益肾通络之功,故疗效满意。张师提示以越鞠丸合柴胡疏肝散为主方辨证施治于肥胖男子阳痿病之肝脾瘀滞是行之有效的,临证可参。

4 结语

张师认为男科郁证一般病程较长,故而用药不宜

参考文献

- [1]刘桂荣. 中医各家学说[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2016:100.
- [2]李东垣. 内外伤辨惑论[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2019:101.
- [3]GJ B, PM R. Novel clinical markers of vascular wall inflammation.[J]. Circulation research, 2001, 89(9):763-771.
- [4]张耀元,王立坤,常青,等. 血管性眩晕患者血清 Ne-羧甲基赖氨酸、氧化低密度脂蛋白水平变化及其意义[J]. 山东医药, 2018, 58(27): 54-57.
- [5]成莎. 补中益气汤对气虚型冠心病心衰功能及 TNF- α 水平的影响[D]. 广州:广州中医药大学, 2016.
- [6]冯桂贞,曾谷兰,吕崇山. 低度炎症病理状态的中医病机分析[J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(8):1768-1770.
- [7]聂文欢,张翠英. 解毒通脉法治疗热毒瘀滞型冠心病[J]. 中医学报, 2021, 36(4):706-709.
- [8]IDZKO M, FERRARI D, ELTZSCHIG H K. Nucleotide signaling during inflammation[J]. Nature: International weekly journal of science, 2014, 509(7500):310-317.
- [9]程国彭. 医学心悟[M]. 北京:中国中医药出版社, 2019:103.
- [10]邓铁涛. 邓铁涛医学文集[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001:104.
- [11]李瑞. 神奇的中医八大名方[M]. 北京:中国中医药出版社, 1997:105.

(收稿日期:2021-08-08)

(本文编辑:金冠羽)

峻猛。对实证的治疗,在用药时需注意理气解郁但不可耗气,活血散瘀但不可破血,清热而不败胃,祛痰而不伤正;对虚证的治疗,则需注意补益心脾而不过燥,滋养而不滋腻。除此之外,对男科郁证的心理分析和调摄也极具重要作用。

参考文献

- [1]成扬,杨雪丽,蒋健. 中医药治疗郁证的研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(6):193-196.
- [2]蒋健. 郁证发微(一):郁证形态论[J]. 上海中医药杂志, 2015, 49(8): 4-7.
- [3]张敏建,郭军. 疏肝理气法治疗慢性非细菌性前列腺炎的临床研究[J]. 中华男科学, 2002, 8(1):76-78.

(收稿日期:2021-06-16)

(本文编辑:蒋艺芬)