

运用建中、理中和补中法 治疗冠心病的经验

苏州市中医研究所 姜凤霖

冠心病与消化系症状同时出现,属于中医的心胃(脾)同病,其临床表现有中虚征象者,可分别采用建中、理中或补中的法则,辨证施治。考补益脾胃法,《内》、《难》二经素有论述,而辨证施治则自仲景始,经后世医家多方阐发、研究,不断得到充实提高。笔者从临床入手,运用调理补益脾胃为主的方法,治疗冠心病取得初步疗效,现总结如下。

一、建中法

建中法为建中补虚而设,用于中气因急,升降失司,生化无能,营卫不和,胸中之宗气无以支撑,难以“贯心脉”、“行呼吸”之证。如黄芪建中汤,方中以黄芪大剂炙用,为升补脾胃之气,以养胸中之宗气;并用芍药之酸苦,泄肝和营;合饴糖以缓急补中,培建中州;更以桂、姜辛温通阳,营卫协和,脾胃健运,气血自充。因脾胃宗气亏虚而病胸痹、心痛、惊悸、怔忡者常用之。大建中汤用于中阳衰溃、阴寒内盛之候,方中椒、姜大辛大热,驱阴消寒,佐以参、饴甘温缓急补中,四药相协,能挽回中阳虚寒之证。举例如下:

例一:虞××,男,60岁,医师。1974年起心绞痛反复发作,1975年10月以来加重,频发不已,疼痛持续十余分钟至半小时,含硝酸甘油片初时有效,后增量亦失效,心电图示左室肥大伴劳损,ST—T大部压低0.5~1.0毫米,胃镜检查示轻度胃炎,诊断为冠心病,变异型心绞痛。1975年12月初诊时,自诉胸骨后压榨样绞痛,发病前先感胃脘闷痛,常于半夜发病,痛作时进食稍缓,喜温喜按,痛剧时汗出肢冷。平素畏寒喜暖,体倦短气,面色

萎黄,舌质紫暗、苔薄白腻,脉象濡弱。脾胃虚寒,心脉失养,气虚血涩,不通则痛,治当益气建中、温阳化瘀,方宗黄芪建中汤加味。

处方:黄芪30克,桂枝10克,芍药15克,干姜5克,大枣5克,炙甘草5克,紫丹参15克,水蛭5克,草薹5克,玉竹15克,饴糖二匙(冲)。每日一剂,水煎服。

服药1周后,疼痛减少、减轻。续服2周,诸症得以缓解。后用黄芪建中汤、手拈散合丹参饮加味,配成丸药,连续服用半年,病情稳定未发,多次复查心电图,ST—T仅部分压低,或为大致正常心电图。随访至今,一直能正常工作。

二、理中法

理中法亦为温中祛寒,调补脾胃而设,其与建中法之区别在于建中主于胃,理中主于脾。病者多因体素阳气不足,或着寒饮冷,郁遏中阳,或过用寒凉攻伐,中气受戕,致脾失健运,胃寒凝聚。寒注于下则传导失司,逆于上则支饮填胸,留于中则心下疼痛。理中汤以辛温之干姜温化寒滞,白术运脾燥湿,合参、草益气健脾。若虚寒较甚而面色晄白、四肢厥逆或沉睡露睛,可加附子以加强温阳散寒之功。《金匱·胸痹心痛短气篇》中设有人参汤,药味与理中汤同,但以人参为主,治“胸痹,心中痞,留气结在胸,胸满,胁下逆抢心”。举例如下:

例二:欧阳×,男,60岁,干部。1975年1月因劳倦和高山反应感觉胸闷气憋,1年后发作渐频,并有阵发心前区隐痛,放射至肩背,心电图示间歇性完全性左束枝传导阻滞,诊断为冠心病、心绞痛、植物神经功能紊乱。

1976年5月初诊,自诉心胸隐痛,满闷气憋,2~5天发作一次,甚则日发2~3次,每次1~2分钟可自行缓解,平时活动短气,心悸,自汗,倦怠乏力,脘痞便溏,神色萎黄,舌胖质淡紫暗,苔白,脉细濡弱。阳气衰弱,脾胃失煦,逆犯心胸,瘀浊郁阻,治宜温中补脾,益气助阳。

处方:红参10克,干姜3克,白术15克,炙甘草5克,桂枝10克,陈皮10克,枳壳15克,郁金10克,草薢5克,薤白15克,娑罗子15克。水煎,每日一剂。

服药1周后,胸闷气憋、胸痛脘痞已获减轻。原方续服2周,症状若失,精神、食欲、消化复常。时值冬令,议用膏滋调补,以资巩固,用右归丸、人参汤合丹参饮化裁为治。1978年5月因他病复诊时,上述病症未再复发,心电图示偶发房早。

三、补中法

继仲景创建中、理中之后,在调治脾胃中首推东垣“陷者举之”之法,立补中益气汤,治脾胃虚损,清气不升,湿浊流注,阴火上乘,中气下陷之证。药用黄芪补中益气为主,得升麻之“举”,柴胡之“展”,以升达清阳之气于胸中为法。气血互生,气虚则血弱,故协以养血和营之当归,俾宗气得支持,心脉得以贯通。取参、术、草甘温益气,补养脾胃,辅以陈皮拨动困急之气机。方中既有参、芪、术、草之补益,充以陈皮一药则补中兼运,不致有偏嗜之弊。更以姜、枣为引,增入荷叶一味以助升清。脾升胃降,中气始复。举例如下:

例三:马××,女,70岁,家庭妇女。胸骨后及上腹部闷痛,发作无常,伴有心悸、心慌已2年余,心电图示窦性心律不齐、房性早搏、结性逸搏、窦房传导阻滞,诊断为冠心病、心绞痛、胃肠功能紊乱,于1978年11月就诊。诉2月来胸骨后闷痛频发,伴胃脘脐腹疼痛,短气心慌,常欲噎气,纳减神疲,便意频繁,肛门重坠,消瘦面黄,肌肤粗糙如甲错,舌暗红、苔薄,脉细濡数伴结代。平素劳倦,中虚气陷,宗气贯脉无能,气少血涩,心脉瘀

滞,治拟补中益气,举陷止痛。

处方:黄芪30克,白术15克,党参15克,当归10克,炙甘草15克,陈皮10克,升麻10克,柴胡5克,丹参15克,苦参15克,玉竹15克。每日一剂,水煎服。另取红参、三七、肉桂、沉香各2克,共研末,每日分3次吞服。

服药5天,诸症减半,乃除去吞服药末。续服10剂,症状缓解,惟早搏尚多,改处炙甘草汤加减(炙甘草30克,桂枝5克,生姜3克,党参、丹参、苦参、玉竹、炙黄芪各15克,炙升麻、远志、降香各5克)。又服半月余,动悸结代明显减少,心电图复查示窦性心律不齐、低电压。

四、小 结

《素问·经脉别论》说:“食气入胃,浊气归心,淫精于脉,脉气流经……”,说明饮食入胃后经过消化吸收,转输精气,注入于心,流入经脉,营养血脉;同时,脾胃之气化功能,也须要得到心血的濡养和心神的主宰,才能健运不息。《灵枢·经脉篇》说:“脾足太阴之脉,……其支者,复从胃,别上膈,注心中。”指出足太阴经脉属脾络胃,上过膈膜,注入心中,与手少阴心经相衔接。在病理上,足太阴经脉属是动病者,表现有食即作呕、胃脘疼痛、腹内作胀、噎气频作等;属所生病者,则表现有舌本疼痛、体重不能动摇、食物不下、心内烦扰、心下掣痛等。这就是通过经络而反映到机体的一定部位并表现出的病理现象。在《灵枢·厥论》里有五种厥心痛,其中胃心痛、脾心痛就合并有消化道症状在内。气血的运行,须赖积于胸中的宗气。《医门法律》说:“五脏六腑,大经小络,昼夜循环不息,必赖胸中大气(即宗气)斡旋其间。”揭示了宗气对气血运动的输布功能。《医门法律》又说:“上气之虚,由胸中宗气之虚,故其动应手者,无常耳。”《灵枢·刺节真邪篇》说:“宗气不下,则脉中之血凝而留止。”说明如果宗气不足可导致经隧不通,血凝留止,出现无常之脉。这当是心痹、胸痹、心痛等的发病基础。

心衰合剂治疗充血性心力衰竭 30例临床观察

北京中医医院内三病房心血管组

许心如 魏执真 许信国 韦懿馨 高育华 黄丽娟

1980年3月至1981年4月,我们以心衰合剂为主治疗充血性心力衰竭30例收到良好效果,现报告如下:

一、一般资料

本组男9例,女21例。20~40岁6例,41~60岁18例,61~80岁6例。原发病为风湿性心脏病者19例,冠心病者10例,充血性心肌病者1例。心衰程度^(注)属II°者2例,III°者28例。病程在1年以内者3例,1~2年者12例,2~3年者3例,3~4年者5例,4~5年者3例,5~6年者2例,10年以上2例。入院前有21例已用过西药强心、利尿和抗感染治疗,但心衰仍未能控制。

本组30例均有心悸、气短、咳喘、有稀薄泡沫痰或夹血丝、胸胁腹部胀满、纳谷不香、尿少浮肿等症状和体征。除1例外,29例均不能平躺。舌质均暗淡或暗红,白苔24例,黄白相兼苔6例。数脉8例,促脉22例。

二、观察方法

本组病例辨证属心气虚衰,血脉瘀阻,水饮停聚,肺气壅塞,以泻肺利水、益气养心、活血通脉为法,方用心衰合剂。

处方:葶苈子30克,桑白皮30克,车前子30克(包),泽泻15克,生黄芪30克,太子参30克,五味子10克,麦冬15克,紫丹参30克,全当归10克。

冠心病合并有消化系统症状者临床不在少数,尤其在某些急性心肌梗塞初期,不一定有典型的疼痛,亦无明显心脏并发症,反而表现为胃肠症状。遇平素没有心胃病史的老年人,尤应提高警惕,应考虑有无心肌梗塞的可能。

以上为1剂量。每剂浓煎成200毫升。病情重时,每日服2剂,分4次服;病情转轻后,改为每日1剂,分2次服。心衰缓解后仍可继续服用,以巩固疗效。

本组病人采用自身前后对照观察。入院后卧床休息,低钠饮食,在严密观察保证安全的基础上,继续服用入院前药物,记录主要观察指标3~5天作为服药前对照;以后加服心衰合剂,继续记录有关指标,以资比较。有8例因病情紧急,提前加服了心衰合剂;有4例在对照期,值班医生临时注射了速尿或西地兰,均从注射药物的作用消失后算起,再观察3天,作为服药前对照。

三、观察结果

(一)疗效标准:服心衰合剂后当日或次日,临床症状明显改善(包括尿量增加,心率快有所减慢,憋气好转),治疗1~2周心衰基本缓解者(包括憋气消失,肺部罗音基本消失,肝大明显缩小,水肿消失,尿量正常,能够平躺,心率下降到90次/分钟以下)为有效;服药后3日病情无改善者为无效;服药后症状加重乃至死亡者为恶化。

(二)治疗结果:对21例继服原来西药而心衰不能控制者,加服心衰合剂后全部有效;9例未用西药者,单纯服用心衰合剂后7例有效,2例无效。附表为主要观察指标及自身前

心胃(脾)同病的病因病理较为复杂,常多虚实错杂,辨证用药更须圆机活法。本文所论偏于中虚证者,运用建中、理中、补中三个法则随证治疗,取得了较好效果。临床亦可见其他性质者,又当别论。