

临床研究

邓氏冠心病胶囊治疗冠心病稳定型心绞痛
随机对照临床研究吴焕林¹ 李新梅¹ 罗文杰¹ 指导:邓铁涛²

摘要 目的:观察邓铁涛教授经验方邓氏冠心病胶囊治疗冠心病心绞痛气虚痰瘀型的临床疗效。方法:选择符合 WHO 标准,至少有 4 个月以上典型劳力型心绞痛患者 90 例,随机分为 3 组,分别用邓氏冠心病胶囊、消心痛及复方丹参滴丸治疗,疗程 6 个月。观察对心绞痛症状、生活质量等的影响。结果:3 组均能显著改善心绞痛症状、硝酸甘油停减率、心电图疗效及动态心电图疗效,但试验组的硝酸甘油停减率及中医证候疗效尤为显著,且在改善患者生活质量方面更优。结论:邓氏冠心病胶囊是治疗冠心病心绞痛气虚痰瘀型的有效中成药,能减少心绞痛的发作,改善患者生活质量。

主题词 冠状动脉疾病/中医药疗法 心绞痛/中医药疗法 @ 邓氏冠心病胶囊

Randomized Control Clinical Study on Deng's Guanxin Capsule for Treatment of Stable Angina Pectoris of Coronary Heart Disease

Wu Huanlin, Li Xinmei, Luo Wenjie, et al.

(Guangdong Provincial Hospital of TCM, Guangzhou 510120)

Objective: To observe therapeutic effect of Prof. Deng Tietao's empirical prescription Deng's Guanxin Capsule on angina pectoris of coronary heart disease of qi-deficiency and phlegm stasis type. **Methods:** 90 cases of typical angina pectoris of labor type for at least over 4 months confirmed by WHO criteria were randomly divided into 3 groups. They were respectively treated with Deng's Guanxin Capsule, isosorbide dinitrate, and Compound Danshen Diwan for 6 months. The therapeutic effect on angina pectoris, quality of life and others were observed. **Results:** Angina pectoris symptom, the withdrawing and reducing rate of nitroglycerin, therapeutic effects for electrocardiogram and dynamic electrocardiogram improved significantly in the 3 groups, but the effects for the withdrawing and reducing rate of nitroglycerin and improvement of TCM syndromes were obvious. Quality of life improved remarkably in the Guanxin Capsule treatment group. **Conclusion:** Deng's Guanxin Capsule is an effective Chinese patent medicine for angina pectoris of coronary heart disease of qi-deficiency and phlegm stasis type. It can reduce onset of angina pectoris and improve quality of life of the patient.

Key Words Coronary artery disease/TCM therapy; Angina pectoris/TCM therapy; @ Deng's Guanxin Capsule

邓氏冠心病胶囊是根据全国著名老中医邓铁涛教授的临床经验研究总结而制成的,具有益气祛瘀、除痰通脉之功,为扶正祛邪兼顾的中成药制剂。我们运用邓氏冠心病胶囊、消心痛、复方丹参滴丸进行了胸痹(冠心病心绞痛)的临床试验研究,现报告如下。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准:参照国际心脏病学会和协会及 WHO 临床命名标准化联合专题组报告《缺血性心脏病的命名及诊断标准》制定^[1]。心绞痛严重度分级按加拿大心血管病学会分类分为 4 级。

1.2 中医诊断标准:参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]中治疗胸痹(冠心病心绞痛)标准制定。胸部闷痛,甚至胸痛彻背,轻者仅感胸闷、憋气、呼吸不畅。

1.3 中医辨证依据:(1) 气虚证:疲乏、气短、手足麻

木,舌质淡胖嫩或有齿痕,脉沉细。痰瘀证:咳嗽痰多,嗜睡,胸腹痞闷,肥胖,口干不饮,恶心呕吐,舌苔腻,脉滑。

1.4 入选病例:纳入病例必须为年龄 30~70 岁,具有胸痹主症,符合中医气虚痰瘀证及冠心病稳定型心绞痛诊断,有 4 个月以上典型劳力型心绞痛病史,每周发作 >2 次,愿意并且能坚持治疗的门诊及住院患者。除外无痛性心肌缺血、急性冠脉综合征、心肌梗死发病后半年内心衰、重度心律失常及脑、肝、肾功能不全者。

共纳入 90 例患者。试验采用随机对照方法,试验组与对照组按 1:1:1 分配。采用 PEMS 3.0 统计软件,将样本量及分组数输入计算机,产生随机种子数及分组数,制备随机卡,装信封后备用。实施临床随机时,将符合纳入标准的受试对象按进入临床的先后顺序对应随机卡信封的序号,拆开信封按信封内的分组方案实施临床治疗。入选的病例随机分配为试验组、对照 1 组(消心痛组)及对照 2 组(复方丹参滴丸组)。

试验组男性 18 例,女性 12 例,平均年龄(61.90±

基金项目:广东省中医药管理局基金资助项目(101056)

1 广东省中医院心脏中心广州市大德路 111 号(510120)

2 广州中医药大学

收稿日期:2005-01-27;修回日期:2005-06-13

Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

9.31) 岁, 体重(58.3±9.8) kg, 心绞痛病史(73.3±74.4) 个月, 心绞痛严重程度分级Ⅰ级 7 例, Ⅱ级 8 例, Ⅲ级 9 例, Ⅳ级 6 例; 对照 1 组男性 17 例, 女性 13 例, 平均年龄(61.93±8.33) 岁, 体重(61.6±12.6) kg, 心绞痛病史(61.1±73.8) 个月, 心绞痛严重程度分级Ⅰ级 6 例, Ⅱ级 11 例, Ⅲ级 8 例, Ⅳ级 5 例; 对照 2 组男性 17 例, 女性 13 例, 平均年龄(62.57±7.71) 岁, 体重(61.4±9.9) kg, 心绞痛病史(77.4±78.6) 个月, 心绞痛严重程度分级Ⅰ级 6 例, Ⅱ级 9 例, Ⅲ级 8 例, Ⅳ级 7 例。3 组治疗前基线特征差异无显著性($P>0.05$), 具有可比性。

2 治疗及观察方法

2.1 药物: 邓氏冠心胶囊为广东省中医院院内制剂(批号 50401), 主要由法半夏、茯苓、甘草、枳壳、三七等药物组成, 每粒 0.5g; 消心痛由江苏方强制药厂生产(批号 010126), 复方丹参滴丸由天津天士力制药公司生产(批号 010615)。

2.2 治疗方法: 治疗前两周停用一切抗心绞痛药物, 心绞痛发作时可以含服硝酸甘油片。两周后治疗组口服邓氏冠心胶囊, 每次 3 粒, 每日 3 次。对照 1 组口服消心痛片, 每次 10mg, 每日 3 次。对照 2 组口服复方丹参滴丸, 每次 10 粒, 每日 3 次。3 组均治疗 3 个月为 1 个疗程, 共两个疗程。3 组治疗期间心绞痛发作时均临时含服硝酸甘油, 禁用其他药物。

在临床试验过程中, 若患者心绞痛进行性加重, 或出现急性心肌梗死、严重心功能不全或心律失常等危重情况时, 可按中西医结合原则治疗, 积极处理, 注明加用药物和剂量, 并作为剔除病例统计。

2.3 观察指标: 疗效性观测分别于试验前、试验期间第 3 个月、试验后观察记录以下项目: (1) 临床症状: 胸痛、胸闷、心悸、气短、恶心欲呕、脘满纳呆、咳嗽痰多、疲乏嗜睡、手足麻木、口干不饮。心绞痛发作的频率、部位、持续时间、疼痛程度、硝酸甘油的服用量、药物起效时间等; (2) 体征: 舌象及脉象的变化; (3) 客观检查: 心电图、动态心电图、运动平板试验; (4) 生活质量评价: 采用健康状况调查问卷(SF-36)^[3,4]及西雅图心绞痛量表(SAQ)^[5,6]评价患者的生活质量。SF-36 问卷采用个人独立答卷的形式, 对患者进行 9 个方面的自我判定。

安全性检测包括: 一般体检项目; 血、尿、粪便常规化验, 于试验前后各检查 1 次; 肝功能、肾功能化验, 试验前后各检查 1 次; 心肌酶学检查。

2.4 疗效判定标准: 主要根据心绞痛、心电图、临床证候的改善情况, 参照 1979 年中西医结合治疗冠心病心绞痛及心律失常座谈会《冠心病心绞痛及心电图疗效

评定标准》制定^[7]。

2.4.1 心绞痛症状疗效标准: 轻度: (1) 显效: 胸痛消失或基本消失。(2) 有效: 胸痛发作明显减轻。(3) 无效: 胸痛症状无改善。(4) 加重: 胸痛发作加重, 达到“中度”以上标准。中度: (1) 显效: 胸痛消失或基本消失。(2) 有效: 胸痛减轻 1 级, 达到“轻度”标准。(3) 无效: 胸痛症状无改善。(4) 加重: 胸痛症状加重, 达到“较重度”或以上标准。较重度: (1) 显效: 胸痛消失或减轻到“轻度”标准。(2) 有效: 胸痛减轻到“中度”标准。(3) 无效: 胸痛症状与治疗前相同。(4) 加重: 胸痛发作加重(或达到“重度”标准)。

2.4.2 心电图疗效评定标准: (1) 显效: 心电图恢复至“大致正常”或达到“正常心电图”。(2) 有效: S-T 段降低, 治疗后回升 0.05mV 以上, 但未达到正常水平, 在主要导联倒置 T 波变浅(达 25% 以上者), 或 T 波由平坦变直立。(3) 无效: 心电图与治疗前相同。(4) 加重: 治疗后 S-T 段降低加重, T 波加深, 或 T 波由平坦变倒置。

2.4.3 中医证候总疗效判定: 根据疗效指数(n) 判定中医证候总疗效。(1) 显效: $n \geq 70\%$; (2) 有效: $70\% > n \geq 30\%$; (3) 无效: $n < 30\%$ 。

疗效指数(n) = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%

2.5 统计学方法: 采用 SPSS 11.0 统计软件包建立数据库, 并进行数据的清理、核对及统计分析。计数资料比较采用卡方检验; 多组等级资料比较采用 Kruskal-Wallis 秩和检验, 两组间比较采用 Mann-Whitney U 秩和检验; 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ (平均值 ± 标准差) 表示, 组间比较采用 t 检验(不齐时进行变量代换)。

3 治疗结果

3.1 心绞痛疗效: 试验组显效 10 例(33.3%), 有效 15 例(50.0%), 无效 5 例(16.7%), 总有效率 83.3%; 对照 1 组显效 12 例(40.0%), 有效 10 例(33.3%), 无效 8 例(26.7%), 总有效率 73.3%; 对照 2 组显效 8 例(26.7%), 有效 15 例(50.0%), 无效 7 例(23.3%), 总有效率 76.7%, 3 组经 Kruskal-Wallis 秩和检验($P>0.05$), 差异无显著性。表 1 示, 3 组在每周心绞痛发作次数及每周硝酸甘油用量等方面, 治疗前后比较, 差异均有显著性($P<0.05$); 治疗后 3 组间比较, 试验组的每周硝酸甘油用量显著低于两对照组($P<0.05$)。

3.2 硝酸甘油停减率: 3 组均能有效地减少冠心病稳定型心绞痛患者硝酸甘油的使用率, 其中试验组停用 9 例(30.0%), 减用 16 例(53.3%), 不变 5 例

(16.7%), 停减率 83.3%; 对照 1 组停用 7 例 (23.3%), 减用 9 例 (30.0%), 不变 14 例 (46.7%), 停减率 53.3%; 对照 2 组停用 6 例 (20.0%), 减用 10 例 (33.3%), 不变 14 例 (46.7%), 停减率 53.3%。组间比较先用 Kruskal-Wallis 秩和检验行 3 组比较, 后用 Mann-Whitney U 秩和检验行两两比较, 试验组与对照 1 组、对照 2 组比较, 差异有显著性 ($P < 0.05$), 试验组更优。

3.3 心电图疗效: 试验组显效 6 例 (20.0%), 有效 14 例 (46.7%), 无效 10 例 (33.3%), 总有效率 66.7%; 对照 1 组显效 8 例 (26.7%), 有效 10 例 (33.3%), 无效 12 例 (40.0%), 总有效率 60.0%; 对照 2 组显效 5 例 (16.7%), 有效 14 例 (46.6%), 无效 11 例 (36.7%), 总有效率 63.3%, 3 组经 Kruskal-Wallis 秩和检验, 组间差异无显著性 ($P > 0.05$)。

3.4 中医证候疗效: 试验组显效 10 例 (33.3%), 有效 18 例 (60.0%), 无效 2 例 (6.7%), 总有效率为

93.3%; 对照 1 组显效 4 例 (13.3%), 有效 8 例 (26.7%), 无效 18 例 (60.0%), 总有效率为 40.0%; 对照 2 组显效 5 例 (16.6%), 有效 11 例 (36.7%), 无效 14 例 (46.7%), 总有效率为 53.3%。试验组中医证候疗效优于两对照组, 经 Kruskal-Wallis 秩和检验行 3 组比较及 Mann-Whitney U 秩和检验两两比较 ($P < 0.01$), 差异有显著性。

3.5 3 组治疗前后生活质量评分比较: 表 2、表 3 示, 试验组及对照 1、对照 2 组治疗前 SF-36 各项评分差异无显著性。治疗后, 试验组在一般健康状况、精力、情感职能、精神健康及健康变化等方面与对照 1 组、对照 2 组比较差异均有显著性。心绞痛量表治疗前各组评分差异均无显著性, 治疗后试验组患者治疗满意度方面与对照 1 组、对照 2 组比较差异有显著性。

3.6 活动平板疗效: 表 4 示, 3 组均能提高患者的运动耐量, 但 3 组间采用多组等级资料 Kruskal-Wallis 秩和检验, 差异无显著性 ($P > 0.05$)。

表 1 3 组治疗前后心绞痛每周发作次数及硝酸甘油用量比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	每周心绞痛发作次数 (次)	t 值	P 值 (双侧)	每周硝酸甘油用量 (mg)	t 值	P 值 (双侧)
试验组	治疗前	30	11.00 $\pm$ 7.32	5.960	0.000	5.98 $\pm$ 4.55	6.227	0.000
	治疗后	30	3.90 $\pm$ 6.46			2.22 $\pm$ 4.53		
对照 1 组	治疗前	30	10.40 $\pm$ 7.47	5.213	0.000	5.65 $\pm$ 5.27	3.134	0.004
	治疗后	30	5.50 $\pm$ 7.24			4.87 $\pm$ 5.89		
对照 2 组	治疗前	30	10.87 $\pm$ 7.95	5.689	0.000	5.98 $\pm$ 5.21	2.779	0.009
	治疗后	30	5.23 $\pm$ 6.74			4.93 $\pm$ 4.49		

表 2 3 组治疗前后 SF-36 计分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

项目	试验组 (30 例)		对照 1 组 (30 例)		对照 2 组 (30 例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
PF	54.2 $\pm$ 14.4	65.5 $\pm$ 18.9 *	56.3 $\pm$ 14.4	66.2 $\pm$ 18.8 *	53.0 $\pm$ 15.4	62.7 $\pm$ 19.3 *
RP	17.5 $\pm$ 19.9	38.3 $\pm$ 22.5 *	15.8 $\pm$ 19.1	33.3 $\pm$ 24.9 *	12.5 $\pm$ 15.7	30.0 $\pm$ 24.0 *
BP	47.5 $\pm$ 20.1	59.1 $\pm$ 23.3 *	50.7 $\pm$ 20.1	61.6 $\pm$ 24.8 *	48.2 $\pm$ 20.2	58.3 $\pm$ 23.3 *
GH	27.2 $\pm$ 16.5	44.7 $\pm$ 19.8 *	24.5 $\pm$ 17.4	31.2 $\pm$ 21.7 # *	24.7 $\pm$ 19.0	31.3 $\pm$ 23.2 # *
VT	37.8 $\pm$ 12.2	47.8 $\pm$ 13.8 *	38.3 $\pm$ 10.8	39.1 $\pm$ 18.8 # *	35.0 $\pm$ 13.1	38.5 $\pm$ 17.6 # *
SF	56.7 $\pm$ 26.6	70.8 $\pm$ 31.4 *	60.0 $\pm$ 26.5	73.8 $\pm$ 32.9 *	54.2 $\pm$ 27.1	60.7 $\pm$ 31.2 *
RE	17.8 $\pm$ 22.7	63.3 $\pm$ 37.5 *	22.2 $\pm$ 26.7	37.8 $\pm$ 40.8 # *	15.6 $\pm$ 20.9	36.7 $\pm$ 36.5 # *
MH	40.0 $\pm$ 10.9	73.2 $\pm$ 42.9 *	40.0 $\pm$ 12.3	52.0 $\pm$ 18.1 # *	38.0 $\pm$ 14.9	49.1 $\pm$ 18.6 # *
HT	30.0 $\pm$ 17.9	68.3 $\pm$ 28.6 *	28.3 $\pm$ 14.3	46.7 $\pm$ 28.4 # *	26.7 $\pm$ 15.9	45.0 $\pm$ 27.4 # *

与试验组治疗后比较, # $P < 0.05$; 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; PF 表示生理功能, RP 表示生理职能, BP 表示身体疼痛, GH 表示总体健康, VT 表示精力, SF 表示社会功能, RE 表示情感职能, MH 表示精神健康, HT 表示健康变化

表 3 3 组治疗前后 SAQ 计分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

项目	试验组 (30 例)		对照 1 组 (30 例)		对照 2 组 (30 例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
PL	61.7 $\pm$ 6.8	46.2 $\pm$ 11.2 *	61.2 $\pm$ 6.6	47.0 $\pm$ 13.1 *	62.1 $\pm$ 6.6	47.2 $\pm$ 10.6 *
AS	70.0 $\pm$ 12.1	21.7 $\pm$ 19.4 *	69.2 $\pm$ 10.8	23.3 $\pm$ 23.6 *	70.0 $\pm$ 10.2	26.7 $\pm$ 20.7 *
AF	69.3 $\pm$ 21.5	37.0 $\pm$ 30.9 *	67.3 $\pm$ 20.7	37.7 $\pm$ 35.2 *	70.7 $\pm$ 21.5	44.3 $\pm$ 30.5 *
TS	70.2 $\pm$ 12.6	39.8 $\pm$ 25.9 *	69.0 $\pm$ 12.2	50.9 $\pm$ 20.6 # *	70.9 $\pm$ 12.6	53.9 $\pm$ 16.6 # *
DP	76.1 $\pm$ 13.9	44.7 $\pm$ 28.6 *	75.3 $\pm$ 13.2	53.1 $\pm$ 24.0 # *	77.5 $\pm$ 14.2	53.3 $\pm$ 21.8 # *

与试验组治疗后比较, # $P < 0.05$; 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; PL 表示躯体活动受限程度, AS 表示心绞痛稳定状态, AF 表示心绞痛发作情况, TS 表示治疗满意程度, DP 表示疾病认识程度

表 4 3 组活动平板疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
试验组	15	3(20.0)	5(33.3)	7(46.7)	8(53.3)
对照 1 组	14	4(28.6)	4(28.6)	6(42.8)	8(57.2)
对照 2 组	16	2(12.5)	6(37.5)	8(50.0)	8(50.0)

3.7 毒性和不良反应:试验组未发现明显的毒性和不良反应。对照 2 组有 3 例原有慢性胃炎患者服药 1 周后有胃部不适,经对症处理后症状消失。对照 1 组 6 例服药后出现面红、头痛、头晕,1 例因头痛加重伴恶心停药。3 组病例治疗前、中、后,血、尿、便常规,肝、肾功能,心肌酶学检查等均无异常。

4 讨论

冠心病据其临床表现属中医学“胸痹”、“真心痛”范畴,中医学对该病的治疗积累了丰富的临床经验,几十年来进行了大量的研究,对其病因病机认为有虚实两端:本虚包括气虚、血虚、阴虚、阳虚、痰浊、寒凝、瘀血等,故治疗多以扶正、行气、活血、化痰、温阳等。多数医家认为其基本病机是气虚血瘀,临床上尤重活血益气法的运用。

邓铁涛教授从中医的整体观出发,创造性地提出了“五脏相关学说”,认为疾病非独一脏之病,乃与五脏失调有关,是整体平衡失调的反映。具体到心系疾病的治疗,邓教授强调“心脾相关”、“痰瘀相关”,善于从脾论治冠心病。乃因心与脾胃在生理、病理上联系紧密,心与脾为母子关系,心为脾之母,脾为心之子。心藏神,主血脉,而血液赖脾胃运化水谷精微而化生,脾胃为气血化生之源,但需心血濡养,心神主宰;在经络上心与脾胃经气相通,《灵枢·经脉》篇曰:“脾足太阴之脉……其支者,别上膈,注心中”,“足阳明之经……属胃,散之脾,上通于心”。因脾为生痰之源,脾气虚则运化失职,水湿停滞,留而为痰,痰阻脉络导致气血失畅,停而

成瘀,瘀痰阻于脉络,心失所养,发为胸痹之证。所以临床上邓教授多以益气化痰、活血通络法治疗胸痹之气虚痰瘀证患者,选用红参、三七、茯苓等组方,以人参补益元气、温通心阳;三七活血祛瘀通脉;茯苓等药除痰理气;升清降浊,攻补兼施,共奏益气除痰、祛瘀通脉之功,使心脉通畅,而达到防治冠心病的目的。

本随机临床试验初步验证了邓氏冠心胶囊治疗稳定型心绞痛的有效性,该药能有效减少心绞痛的发作频率、发作时间及硝酸甘油使用量,疗效与消心痛及复方丹参滴丸相似,心电图及运动平板心电图检查亦佐证了这一点。同时,试验组在硝酸甘油停减率上略优于两对照组,我们考虑可能与消心痛长期应用产生了耐药性有关。同时试验组药物不良反应更少,可见在长期治疗上,邓氏冠心胶囊比消心痛更为理想。同时,邓氏冠心胶囊明显改善了气虚痰瘀型患者的中医综合证候,从而提高了患者的生活质量。

参考文献

- 1 国际心脏病学会和协会及世界卫生组织临床命名标准联合专题组. 缺血性心脏病的命名及诊断标准. 中华心血管病杂志, 1981, 9(1): 75.
- 2 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则. 北京: 中国医药科技出版社, 2002; 68~73.
- 3 王家良主编. 临床流行病学——临床科研设计、衡量与评价. 第 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2001; 369~373.
- 4 魏朝晖. 生命质量 SF-36 测定量表的应用. 国外医学社会医学分册, 1997, 14(4): 145~147.
- 5 Spertus JA, Winder JA, Dewhurst TA, et al. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. J Col Cardiol, 1995, 25(2): 333~341.
- 6 饶中和, 袁志敏. 一种新的估测冠心病患者机体功能状态的调查表. 国外医学·老年医学分册, 1996, 17(1): 14~16.
- 7 1997 年全国中西医结合防治冠心病心绞痛、心律失常研究座谈会修订. 冠心病心绞痛及心电图疗效标准. 医学研究通讯, 1979, 8(12): 17.

(上接第 17 页)

日以心窝区隐痛来诊,得知呃逆偶有轻微发作。

按:此例病起于过食冷饮之后,胃阳遏郁而致呃逆,正如《证治汇补》所说:“呃逆有过服寒凉,胃寒而得者。”故处方用苍术、甘草、干姜,和中温胃,加通草一味,导降肺气。

4 暖气

翁某,男,6 岁,初诊日期:2004 年 11 月 16 日。诉近 1 年来,经常暖气,发作甚频,与进食无关,说话时暖气即止。有时欲暖不得则上腹痞胀不适,食欲欠佳,大便日行,苔白微腻,脉细滑。诊为胃阳偏虚,胃气滞逆之

暖气。处方:炒苍术、炙甘草、枸橼李、紫苏梗、佛手、赤芍、诃子各 3g,吴茱萸 1g,紫石英 6g,每日 1 剂,水煎服,7 剂。12 月 3 日复诊:诉服药 1 剂后暖气即止,日前饮牛奶后暖气又作,但频率明显减少,苔薄,脉细滑。处方减去吴茱萸,加干姜 1g,徐长卿 3g,7 剂。

按:此例暖气已久,与进食无关,《医学入门》曰:“不因饮食而常暖者虚也。”而在欲暖不得时感到痞胀,显见胃气郁滞不和。苔白微腻为胃阳不振,处方温中利气,和降胃气,方用紫石英,《本经》言其味甘性温,主心腹逆邪气。其不同于赭石之苦寒偏于血分者,诃子具酸敛苦泄之功,敛摄久逆之胃气而无壅滞之弊。