

李兴培补气养阴治疗心脑血管病举隅

宁 建 武*

主题词 心血管疾病/中医药疗法 脑血管意外/中医药疗法 补气(中医)

李兴培教授从多年临床实践中见到热病后期或大病初愈之恢复期,某些慢性疾病、消耗性疾病过程中,发现气阴两虚在上述疾病的发生、发展和转归中常常占据着主导地位,治疗时应予认真对待,于此积有大量心得。下面试例举李老治疗数则心脑血管疑难疾患治案,谨供同道参考。

1 脑动脉硬化

袁某某,男,56岁。1981年7月29日初诊。以主诉头晕头痛左上肢麻木逐渐加重4年收治入院。脑血流图示:右侧脑血管阻力增高,左侧脑血管弹性减低。眼底检查:眼底动脉硬化。诊断:脑动脉硬化。证兼双眼视物模糊不清,记忆力明显减退,耳鸣,双侧上肢时有震颤,行动不便,并胸闷心悸,气短汗多,时作寒热,舌质淡红,苔薄黄腻,脉细弦而数。证属风阳上扰,痰蒙清窍,肝阴不足,气滞血瘀。遵古贤“急则治其标”之教言,先予以疏风清热,平肝潜阳,痰瘀同治法治之。处方:葛根30g,白蒺藜、夏枯草各15g,石决明、草决明、丹参、车前仁各25g,蔓荆子、牛膝各10g,甘草3g。同时辅以复方丹参注射液5支加入10%葡萄糖注射液500ml静滴。

服上方6剂寒热除,头痛止,出汗减,耳鸣消失,头晕及肢麻好转,余况如前。虑及该患乃气阴两虚之体,阴虚则阳升,肝阳上亢,痰瘀交阻。故继予损其有余,补其不足,用气阴双补,清肝利湿,活血化瘀法。处方:北沙参、黄精各25g,麦冬15g,丹参25g,当归、降香各15g,泽泻、葛根、草决明各30g,川芎、山楂各10g,炙甘

草3g。服上方10剂,头晕消失,头痛耳鸣未再发,左上肢麻木消失,时轻度心悸,胸闷气短,惟左上肢仍震颤。上方去草决明、山楂、炙甘草,加僵蚕10g、钩藤15g以平肝熄风,地龙、赤芍、红花各15g活血化瘀通络,地龙化瘀且搜逐经络窍隧之风痰。服上方4剂后,胸闷心悸气短好转,各况佳,左上肢震颤依然如故。于9月4日行脑血流图检查已正常。上方更当归为25g,藉以加强活血化瘀。半月后加白芍60g,炙甘草6g。间断用复方丹参注射液,用法同前。用药至9月28日发现原满头花白头发已多数转黑之中,枕部几乎全部转黑,顶部及双鬓部亦有改观,精神佳。10月26日脑血流图检查仍属正常。至11月14日左手颤抖有好转,但右手仍甚。此属肝肾不足,肝肾同源,肝“淫气于筋”,肝血充盈才能濡养筋脉,故改用补气养阴,滋补肝肾。处方:黄精、桑椹、白芍、葛根各25g,麦冬、首乌、当归、地龙、枣仁各15g,白薇12g,僵蚕10g,麦芽30g,大枣6枚,羌活、炙甘草各3g。药后各况稳定,无头晕痛、胸闷、心悸,眠纳佳,双手震颤明显减轻,于11月25日出院。

2 风心病肺心病

李某某,男,47岁。1984年11月14日初诊。主诉咳嗽10年,兼胸闷、心悸、气短两年。1982年在长沙出差时,因劳累出现咳嗽咯血,血量多(具体量不详),色鲜红。此后每当受凉或劳累即出现咳喘胸闷心悸,气短乏力,双下肢浮肿。夜间咳喘不能平卧,须端坐呼吸。体检:面部无发绀,颈静脉无怒张,胸廓呈桶状胸,肋间隙增宽,双肺呼吸音粗糙,两肺底湿罗音,心尖区闻及收缩期杂音,舒张期杂音轻,胸骨左缘3~4肋间触明显震颤,闻明显全收缩期杂音,主动脉瓣区收缩期杂音,脉压增高,闻收缩期杂音,下肢呈可凹性浮肿。X线片示:慢性支气管炎并感染,肺原发性心脏病。心电图示:偶发房性

* 新疆医学院第二附属医院,乌鲁木齐市七道湾路50号(830028)

收稿日期:1993-11-11

早搏,双室肥大,符合肺心病。心脏B超检查:符合风心病,联合瓣膜病(二尖瓣狭窄、主动脉瓣狭窄、闭锁不全)。血气分析显示:轻度低氧血症,轻度高碳酸血症,轻度呼吸性酸中毒。会诊时证见咳嗽,咯清稀痰,胸闷气喘不能平卧,每当活动或情志不畅诸证加重,动则汗出,吃饭时汗出如洗,伴全身乏力,时作烦躁,口干欲饮冷水但量不多,舌淡红、苔白,脉细数略滑。证属气阴两伤,肺气上逆,痰湿渍肺。治宜补气养阴,宽胸降逆,温化痰饮。处方:北沙参、黄精各25g,麦冬、枇杷叶各15g,玉竹、花粉、瓜蒌壳、薤白、竹茹、陈皮、防己各12g,半夏10g,桂枝、甘草各3g。

服上方15剂胸闷气促和出汗著减,夜间已能平卧,下肢浮肿明显好转,心烦及口干减至微,仅偶有咳嗽,咯痰不多。仍本前法,原方去薤白、玉竹、花粉,半夏减量为6g,加太子参25g,茯苓30g,苍术6g,以加强补气、燥湿与利水。服上方45剂,病情继续好转且稳定,仅轻咳,咯少量痰液。12月8日血气分析复检仅见轻度低氧血症。12月25日心电图检查:房性早搏消失。下肢偶有水肿,活动过多仍有心悸,乃肾阳虚不能温阳化气利水。兼之病久入络,仍步原法导入活血化瘀之品。处方:太子参、北沙参各30g,黄精25g,茯苓30g,麦冬、白术各15g,防己12g,白芍、橘红、丹皮、桃仁泥各10g,桂枝、熟附片、生姜、炙甘草各3g。服上方20剂,一般活动已无心悸气喘,轻度下肢水肿,仍宜上方加减。处方:北沙参30g,太子参、黄芪、黄精各20g,麦冬15g,白术、防己各12g,茯苓30g,白芍、桃仁泥、丹皮各10g,生姜、桂枝、熟附片、炙甘草各2g。服上方10剂浮肿消失,惟无特殊诱因右眼球结膜广泛出血,眼科会诊为:“右球结膜下出血”。深恐桂、附辛温刚燥故去之,加白茅根、藕节各30g,劝其勿食辛辣刺激性食物。服10剂后已无胸闷,右眼球结膜下出血基本吸收,眠纳二便正常。但晚间下肢瘙痒,上方去白茅根、藕节,加蝉衣6g,以疏风止痒。药后诸症消失,可以步行1000米及上、下楼,甚至做饭菜而不觉疲劳。3月7日血气分析:正常。3月14日临床缓解出

院。入院后一直佐服蛤蚧定喘丸,以补肾纳气。患者5年后,合并感染与心衰辞世。

3 心房纤颤

雷某某,男,57岁。1992年8月28日初诊。主诉反复头昏,胸闷,心悸1年。心电图发现心房纤颤1周,入某院内科住院37天,服西药治疗无效。西医建议电极射频法治疗,因本人及家属皆不同意,遂出院转延李老师诊治。证见肥胖体型,面色发红,胸闷惊悸,气短乏力,五心烦热,多汗,口干渴喜冷饮,目花,舌质红、苔净,脉滑数。此系气阴两虚,心血不足,肾水不能上济于心,心火上炎,心肾不交。治宜益心气,养心血,滋肾阴,泻心火。处方:北沙参60g,太子参、葛根、黄芪、柏子仁各30g,麦冬、花粉各15g,知母、黄柏、熟地、山药、山萸肉、茯苓、泽泻、丹皮各10g。

服上方7剂,心烦多汗口干渴均好转。原方加苦参30g。服上方14剂,头昏、胸闷、惊悸显著好转中,惟气短乏力,午后头微胀。乃虚阳浮越之兆。上方熟地更生地45g,加白蒺藜15g,以平肝养阴。服上方诸症再减,惟复查心电图:心房扑动,心房纤颤。以其肥胖体型,显系气阴两虚,尚兼血瘀夹痰,故予益气养阴之中,佐以化痰瘀,祛风痰治之。处方:(1)红参末21g,每服1g,1日3次冲服。(2)太子参、北沙参、葛根、柏子仁、生地、玉竹、茯苓各30g,麦冬、当归、焦白术各15g,蜈蚣2条,全蝎10g,炙甘草6g。15剂后,上方益以丹参30g,降香15g,当归更为30g活血通络,降气辟秽。服药至11月20日复查心电图:房颤消失。随访1年,身体健康,正常工作,无不适之感。

4 频发房性早搏伴下壁心肌缺血

张某某,女,34岁。1992年5月29日初诊。主诉胸闷心悸6年,时感气短,有“脉停跳感”,心电图检查示:1.窦性心律不齐;2.频发房性早搏;3.下壁心肌缺血。曾行中西医结合治疗罔效。证见咽干口渴,多汗难寐,面白少华,舌淡红、苔薄白,脉结代。症属气阴两虚,气血不足。治宜补气育阴,养血复脉。处方:党参、麦冬各30g,生地45g,麦冬15g,胡麻仁、阿胶各

10g,桂枝、生姜、炙甘草各 6g,大枣 5 枚。

服上方 10 剂,胸闷、心悸、气短、咽干口燥、多汗难寐均好转。循方炙甘草倍量,以通经脉,利血气。周后时作烦躁,稍劳累后仍心悸甚。上方桂、姜各更 3g,以减辛温刚燥;加生地至 60g,以滋阴生津润燥。1 周后各症再减。6 月 26 日复查心电图:1. 频发房性早搏消失;2. 窦性心律不齐;3. 下壁心肌缺血。盖气血同源,气虚则痰瘀阻遏心脉。故再予以益气养阴,佐以痰瘀同治

法。处方:北沙参、麦冬、赤芍、红花、柏子仁、枣仁各 15g,丹参、葛根各 30g,当归、橘红各 12g,远志 6g,炙甘草 3g。服上方 5 剂后去枣仁、太子参易为苦参 30g 以清热燥湿,加生地 60g 以滋阴生津,并加大补元气、固阴生津之红参末 21g,1g 一日三次冲服。前后服药计 90 余剂,诸症完全消失。9 月 18 日复查心电图:1. 心肌劳损;2. 心律不齐及早搏未再出现。随访 1 年余,无复发征象。

针刺攒竹穴即时降压的临床观察

姚卫海* 刘红旭*

我们根据经典文献记载,选用针刺攒竹穴即时降压,取得满意疗效,现介绍如下。

1 一般资料

所选病例均为 1990 年 8 月至 1991 年 12 月在我院急诊的高血压患者,共 62 例,均符合 WHO 的高血压诊断标准。其中男性 24 例,女性 38 例,年龄在 28~84 岁之间。随机分为针刺攒竹穴组(治疗组)和舌下含心痛定组(对照组),各 31 例。针刺组高血压 I 期 5 例,II 期 21 例,III 期 5 例;对照组 I 期 4 例,II 期 27 例。两组性别、平均年龄、高血压分期情况基本一致,具有可比性。

2 观察与治疗方法

患者来院前 3 小时内未服用任何降压药物,测血压前安静休息 15 分钟,用标准台式水银柱血压计测量患者坐位或卧位的右上臂血压,同时测定心率。

针刺组患者取卧位或坐位,在眉毛内侧端眶上切迹处取攒竹穴,用 1 寸毫针向鼻根部斜刺,进针约 0.5 寸,予平补平泻手法,以有酸、麻、胀、痛感为度,留针 20 分钟,去针后即刻测量血压、心率。对照组给予心痛定 20mg,嚼碎舌下含服,含药 20 分钟测量血压及心率。

3 疗效分析

降压疗效评定以《1979 年全国心血管流行病学及人群防治汇报讨论会(郑州)纪要》规定为标准。

针刺组针刺前收缩压为 25.23kPa,针刺后为 22.10kPa,下降 3.13 ± 0.18 kPa;针刺前舒张压为 13.90kPa,针刺后为 11.86kPa,下降 2.04 ± 0.27 kPa,均有非常显著性下降($P < 0.01$)。对照组服药前收缩压为 24.05kPa,服药后为 20.85kPa,下降 3.20 ± 0.40 kPa;服药前舒张压为 13.6kPa,服药后为 12.1kPa,下降 1.5 ± 0.23 kPa,均有非常显著性差异($P < 0.01$)。针刺组针刺前后心率均为 82 次/分左右,无明显变化;服药组服药前心率为 78.55 次/分,服药后上升至 80.35 次/分。

按上述降压疗效标准评定,针刺组 31 例中,显效 21 例(67.7%),有效 7 例(22.3%),无效 3 例(9.7%),总有效率为 90.3%。对照组 31 例中,显效 10 例(32.3%),有效 15 例(48.4%),无效 6 例(19.4%),总有效率 80.7%。经统计学处理,针刺攒竹穴组与口含心痛定组治疗高血压的总有效率无显著差异($P > 0.05$)。经分析针刺法对高血压不同中医证型均有相似疗效。

4 讨论

攒竹穴具有醒窍祛风、清眩止痛之功效。文献记载的攒竹穴主治病症与高血压病相一致。如《针灸甲乙经》曰:“头风痛、眉头痛、颈椎不可左右顾等症,攒竹主之。”《针灸大成》:“攒竹穴主目眵眵,目眩、风眩等症”。故而,我们选择了针刺足太阳经的攒竹穴作为急诊治疗高血压病的方法。经过 1 年余的临床观察,显示本法 20 分钟降压总有效率达到 90.3%,对中医各证型高血压患者均有效,降压效果可与口含心痛定组相媲美。

本组病例还显示针刺攒竹穴,在迅速降压、缓解症状的同时无一例产生新不适感,值得进一步验证研究。

* 北京中医医院急诊科,北京市东城区美术馆后街 23 号(100010)

收稿日期:1993-07-20;修回日期:1993-09-22