

专科专病
名医临证经验丛书

心脑血管病

史大卓 李立志 · 主编



人民卫生出版社

专科专病名医临证经验丛书

心脑血管病

主 编 史大卓 李立志

副主编 张 东 张春吉

徐 浩

编 委 (按姓氏笔画为序)

王立群 卢全生 史大卓 李立志

李世敏 张 东 张春吉 张 晋

胡可慧 徐凤芹 徐 浩

14.06 2006
人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

心脑血管病/史大卓等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2001

(专科专病名医临证经验丛书)

ISBN 7-117-04603-1

I. 心... II. 史... III. ①心脏血管疾病-中医学
临床-经验-中国-现代②脑血管疾病-中医学临床-
经验-中国-现代 IV. R259.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 084430 号

专科专病名医临证经验丛书

心脑血管病

主 编: 史大卓 李立志

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E-mail: pmph@pmph.com

印 刷: 三河市富华印刷包装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 22.25

字 数: 489 千字

版 次: 2002 年 1 月第 1 版 2002 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

印 数: 00 001—3 000

标准书号: ISBN 7-117-04603-1/R·4604

定 价: 34.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

出版者的话

为了进一步抢救、挖掘、继承和发扬名老中医、著名中西医结合医学术思想和宝贵经验，不断提高中医、中西医结合诊疗水平，满足广大中医、中西医结合工作者学习需要和加强中医专科专病建设的要求，我社特组织全国有关专家学者编写了《专科专病名医临证经验丛书》。本丛书是在广泛收集近现代国家级和部分省部级名医临床诊疗经验和学术成果的基础上，经过精选、整理研究、汇编而成的系列丛书。该丛书共12个分册，包括呼吸病、心脑血管病、脾胃病、肝胆病、肾脏病、糖尿病、风湿病、血液病、肿瘤、妇科病、儿科病、皮肤病等分册。每一分册均包括两个部分，即疾病篇与方剂篇。其中疾病篇所选医家诊疗经验以病为纲，以人为目；每一疾病均按概述、名医经验、按语三部分来阐述。方剂篇所选医家诊疗经验以病为纲，以证为目，下分列临证有效的专病专方。本丛书作者均为长期在临床第一线从事相关专科专病医疗的工作

2 出版者的话

者，对名医的诊疗经验和学术思想学习理解颇深，故所收名医经验突出名医在诊疗疾病方面的独到之处，而不是面面俱到、泛泛而谈；其中也选录了少量对某一疾病有独到认识和经验的专家体会，以提高本书的实用性。按语是作者结合个人临证体会加以阐述，对名医辨证思维、遣方用药心得进行挖掘、归纳、提炼，指出各名医诊疗疾病的特点所在，语言精练，客观公允，具有画龙点睛的作用，以便于读者理解和掌握。该丛书资料翔实，内容丰富，重点突出，切合临床实际，为各科临床医生提高诊疗水平提供借鉴。本丛书所收病种一律采用西医病名，所选病种为中医或中西医结合治疗疗效好，有优势、有特色者。本丛书对各级中医和中西医结合医师、中医药大专院校师生、中医药专业研究生学习提高参考价值颇大。

人民卫生出版社

2001年10月

内 容 提 要

本书是《专科专病名医临证经验丛书》之一。主要介绍了10种现代临床常见、中医治疗有优势的心脑血管疾病的名医诊治经验。

全书分疾病篇和方剂（药）篇。疾病篇针对10种心脑血管常见病，论述各家的治疗经验和具体遣方用药方法，其中所选医家皆为对该病治疗有丰富经验的、或有独到见解的，其疗效确切，对临床有很大指导意义。在每病后皆附有按语，提纲挈领地总结归纳各家治疗该病的经验和规律，使读者易于学习领会。方剂（药）篇列举了各家治疗心脑血管常见病的方药，包括专病专方、辨证选方，并作了适当的评述。

本书是一部实用性极强的临床参考书。它集名医经验精华为一体，以病为纲，全面展示各家对心脑血管疾病的认识，便于读者学习掌握，启迪临床治疗思路。本书可供中医、中西医结合临床医师、中医院校师生及基层医务工作者参考使用。

编写说明

随着人口老龄化社会的到来和现代医学抗感染（包括抗细菌、寄生虫和病毒）药物的迅速发展，人类的疾病谱发生了重大改变，心脑血管疾病和肿瘤已成为人类生命和健康的主要威胁，尤其是心脑血管疾病，已成为人类死亡的主要原因。在心脑血管疾病的防治方面，尽管现代医学的介入疗法、外科手术方法及新的药物如血管紧张素转换酶抑制剂、他汀类降脂药、新型抗血小板制剂及溶栓制剂等被应用于临床并得以普及应用，但对于如何减少或控制心脑血管事件的发生，仍远未达到令人真正满意的效果。

祖国传统医学早在 2000 年以前的《难经》、《内经》中即有眩晕、胸痹、心痛、心悸、怔忡等有关心脑血管疾病症状的论述，至汉代张仲景在《金匱要略》中更列“胸痹”脉证专篇，从病因病机、治疗方药进行详细阐发。其后，历代医家皆对心脑血管疾病治疗学有所补充和发展，尤其是建国以来，百花争鸣、群星斗灿，或辨证论治，或专病专方专药，皆有可靠疗效，如活血化瘀方药防治冠心病，益气活血通络治疗缺血性中风，化瘀开窍通腑治疗出血性中风，温阳通脉治疗缓慢性心律失常，益气养阴透毒治疗病毒性心肌炎，益气活血利水治疗心功能不全等，或与西医治疗优势互补，或解决西医学难以解决的问题，在心脑

血管疾病防治研究的整体画面上,发挥着独特的作用。但如何整理继承中医或中西医结合医家心脑血管疾病的诊治经验,并使其系统化加以推广应用,同时让广大学者熟谙心脑血管疾病现代中医治疗学上的进展,还有大量工作要做。有感于此,笔者不思卑陋,在卷帙浩繁的中医文献中,着眼于现代医家的临床实践,撰写了《心脑血管病》一书。

此书分疾病篇与方剂(药)篇两篇:疾病篇针对心脑血管常见病,论述各家的治疗经验和具体遣方用药方法。各病之后皆附有“按语”,对各家的治疗经验和用药规律,根据个人的学术见解,加以提纲挈领的总结比较,使读者易于学习贯通;方剂(药)篇列举了现代名医治疗心脑血管常见病的方药,既包括专病专方,又有辨证论治的具体方药,在尽可能保持各家经验原貌的前提下,对方药的使用方法、要点进行了适当的评述。

此书编写前后历经近2年时间,书中作者皆为临床一线的工作者,每日除投身于繁重的医疗工作和追踪本领域的学术进展外,又致力于现代中医或中西医结合心脑血管疾病名家经验的学习与总结。笔者深为前辈专家渊博的学识和精湛的临床造诣所折服,崇仰之情自不待言。近2年的寒窗酷暑,自感获益匪浅,千言万语凝成一句话,对前辈专家以无言的方式传道解惑致以由衷的感谢。此书即将付梓,笔者所幸者,是本书切合临床实际,将现代心脑血管疾病名医经验展示给读者,或可为提高心脑血管病的中医临床疗效尽绵薄之力;所虑者,是笔者学识浅薄,难免挂一漏万、以偏概全,不能领会前辈专家的学术精华所在,在此仅能惟真诚可鉴。

编 者

2001年8月

目 录

疾 病 篇

慢性心功能不全	1
心律失常	60
高血压病	167
冠状动脉粥样硬化性心脏病	241
风湿性心脏病	352
病毒性心肌炎	376
慢性肺源性心脏病	426
周围血管病	451
急性脑血管病	473
老年性痴呆 (脑萎缩)	553

方 剂 (药) 篇

慢性心功能不全	581
心律失常	583
高血压病	604
冠状动脉粥样硬化性心脏病	620

2 目 录

风湿性心脏病	638
病毒性心肌炎	645
慢性肺源性心脏病	650
周围血管病	658
急性脑血管病	672
老年性痴呆 (脑萎缩)	691

疾 病 篇

慢性心功能不全

【概述】

心功能不全为由不同病因引起的心脏舒缩功能障碍，发展到使心排血量在循环血量与血管舒缩功能正常时不能满足全身代谢对血流的需要，从而导致具有血流动力异常和神经激素系统激活两方面特征的临床综合征。心功能不全可分为无症状与有症状两个阶段，前者有心室功能障碍的客观证据（如左心室射血分数降低），但无典型的心力衰竭的症状，心功能尚属 NYHA（纽约心脏病学会）Ⅰ级，是有症状心力衰竭的前期，如不进行有效治疗，迟早会发展成有症状心功能不全。从心室舒张功能和收缩功能障碍而言，心功能不全又可分为收缩性心功能不全和舒张性心功能不全。

慢性原发性心肌病变和心室长期压力或容量负荷过重，可分别引起原发性或继发性心肌舒缩功能受损。早期，通过代偿调节，尚能使心室每搏排血量（心搏量）和每分排血量（心排血量）满足休息和活动时代谢的需要；后

期，即使通过充分代偿调节已不能维持足够的心搏量和心排血量。前者称为慢性心功能不全的代偿期，亦称潜在性、代偿性或无症状性心功能不全；后者称为慢性心功能不全的失代偿期，亦称失代偿性心功能不全。由于慢性心功能不全的失代偿期大多有各器官慢性充血（或淤血）的表现，因而通常称为充血性心力衰竭。成人充血性心力衰竭的最常见的病因为冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠心病）、高血压性心脏病（高心病）、风湿性瓣膜病、心肌病和肺源性心脏病（肺心病）。其他病因有心肌炎、肾炎和先天性心脏病等。较少见的易被忽视的病因有心包疾病、甲状腺功能亢进与减退、贫血、脚气病、动静脉瘘、心房粘液瘤和其他心脏肿瘤、结缔组织疾病、高原病及少见的内分泌病等。

根据慢性心衰的心悸、呼吸困难、水肿、紫绀、肝脏肿大、胃肠道症状等临床表现，中医多将其归属于“喘证”、“心悸”、“怔忡”或“痰饮”等病的范畴。

【名医经验】

1. 周次清诊治经验

周氏认为，心肾阳虚是慢性心功能不全发病的根本。心力衰竭主要表现为心慌、气短、喘促、乏力、紫绀、肝脏肿大及下肢浮肿等。这些症状的出现与心肾阳气不足有密切关系。故提出调气是生命活动的基础，尤其肾阳为诸阳之本、元气之根，具有温煦推动脏腑组织器官活动的功能。心居上焦属火性动，有推动血液运行之功，但心之阳气全赖肾阳的资助。所以，正常血液的运行，不仅需要血液的充盈，更有赖于心肾阳气的推动。如心肾阳气损伤，

即可出现心慌气短、疲乏无力、心跳加快、唇青舌紫、肝脏肿大等病理现象。同时，由于肾虚不能纳气，阳衰不能化水，故上可见咳逆喘促，下可出现尿少水肿。周氏认为这些症状的出现与心力衰竭的病理状态是一致的。若采用温阳补气法治疗切中病机。肾气的升化，需后天脾胃化生的水谷精微之气和肺吸入自然界空气的不断滋生。若脾肺功能失常，势必会导致或加重心肾阳虚。此外，心气的正常功能，有赖于肺气的肃降通调，脾气的升发统摄，肾气的固纳施泄及肝气的疏泄条达等共同协调作用。脏腑间的这种密切联系，可相互促进、相互制约，任何一个环节发生病变，都会不同程度地影响心脏功能。所以，心肾阳虚可以是整体变化的原因，又可以是整体变化的结果。因此，在心力衰竭的辨治中，不仅要看到心脏症状的轻重缓急，还必须考虑到心与肾、肾与脾肺之间的因果关系，从局部到整体，全面分析考虑。周氏临床治疗心衰，多采用病症结合方法。

(1) 左心衰竭

重在益心肺与补肾纳气。左心衰竭早期临床表现主要反映在心肺气血的关系上，后期主要表现为肾不纳气的症状。故临床有心肺气虚与肾不纳气之别。①心肺气虚：主要症状为疲乏无力，短气自汗，舌淡苔薄白；肺气虚者，兼见喘促，咳嗽，痰涎；心气虚者，兼见心悸怔忡，心神不宁，面色灰青，唇青舌紫，脉虚或结代。气虚日久，损及阴血，可出现心悸不宁，口干作渴，肢体倦怠，气短懒言，舌淡少苔，脉细弱。若气虚较重，可出现心慌，汗多，面色苍白，血压下降，脉疾数无力甚则昏厥等元气欲脱之危候。治法：补益心肺。方药：单纯气虚症状者，首选保元汤（人参、黄芪、甘草、肉桂）；肺气不足，失于清肃而

兼痰、咳、喘促者，宜用补肺汤（人参、黄芪、五味子、熟地、紫菀、桑白皮）；心气虚损者，宜用养心汤（人参、黄芪、甘草、肉桂、五味子、当归、川芎、半夏、茯苓、茯神、远志、酸枣仁、柏子仁）；气虚日久损及阴血而见气阴两虚者，用生脉散（人参、麦冬、五味子）；气虚欲脱之重症，急用独参汤益气回阳固脱。此外，周氏辨治中强调心与肺之间的相互影响及标本关系。如咳喘日久，肺气损伤，导致心气不足，出现心悸气短，胸闷胸痛，唇青舌紫等症；反之，心气虚衰，血脉瘀滞，也会影响肺气的肃降，出现喘促、咳嗽、痰涎等症。所以，诊治中既要看到现时症状，更要注意心肺的标本的传变。肺病及心者，肺病为本，心病为标，治宜益气为主，活血为次；心病及肺者，心病为本，肺病为标，治宜活血为主，益气为次。②肾不纳气：肺为气之主，肾为气之根。心肺气虚日久，必然导致肺肾气虚，肾不纳气。主要症状为呼吸短促，呼多吸少，动则更甚，甚则喘息不得平卧。若肾阳虚衰，水气犯肺，则见咳逆喘促不得卧，面色苍白，皮肤湿冷，咳吐白色或粉红色泡沫样痰；若肾阴亏损、元气不足者，可见少气乏力，形瘦体弱，心悸不宁，口干舌燥等症。治法：补肾纳气。方药：肺肾气虚者，宜用参蛤散（人参、蛤蚧）、人参胡桃汤（人参、胡桃仁）以补肺益肾，纳气定喘；若为肾阳虚衰，水气犯肺，应选用参附汤（人参、附子）或人参胡桃汤加葶苈子、车前子、苏子等以温阳利水；咯血者，加三七粉、冬虫夏草等；若为肾阴亏损，元气不足者，用大补元煎（熟地、山萸肉、山药、杜仲、枸杞子、当归、人参、甘草），取其从阴引阳、补元纳气。

（2）右心衰竭

多宜温阳利水、活血化瘀。右心衰竭，急性期主要表

现为阳虚不能制水所致的阴水证，慢性阶段则表现为阳气虚衰不能温运血脉而产生的瘀血征象，故临床有心肾阳衰与心肝瘀血之异。①心肾阳衰：肾为诸阳之本，心阳源于肾阳，肾阳不足也可以影响心肺。主要症状：心悸怔忡，短气乏力，畏寒肢冷，小便短少，下肢浮肿，唇青舌紫，面色灰黯，脉沉细弱。心衰日久，阳损及阴者，兼见口干舌燥，形体消瘦等症。阳虚至极欲脱者，则见心悸喘促，汗出肢冷，血压下降等心源性休克的危候。治法：温阳化水。方药：心肾阳衰不能化水者，用真武汤（附子、茯苓、白术、白芍、生姜）合五苓散（茯苓、猪苓、白术、泽泻、桂枝）；阴阳两虚者，宜用济生肾气丸（熟地、山药、山萸肉、茯苓、泽泻、丹皮、附子、肉桂、车前子、牛膝）；阳衰欲脱者，急宜参附龙骨牡蛎救逆汤（人参、附子、龙骨、牡蛎）。②心肝瘀血：急性右心衰竭经治疗后，心肾阳衰症状基本缓解，但气虚不能行血，阳虚不能温运血脉而致的心肝瘀血征象，往往难获速效。症状：心悸怔忡，胸胁满闷，肋下癥积，两颧黯红，唇青舌紫，腹胀纳呆，目睛黄染，脉沉涩或结代等。气虚甚者，兼见少气乏力，声低懒言；气滞者，兼胸胁胀痛，腹胀噎气。治法：活血化瘀。方药：血瘀征象明显而正气尚不甚虚者，宜用桃红四物汤（桃仁、红花、生地、赤芍、当归、川芎）；兼气虚者，宜补阳还五汤（生黄芪、当归尾、地龙、赤芍、桃仁、红花、川芎）；兼气滞者，宜用血府逐瘀汤（生地、赤芍、当归、桃仁、红花、牛膝、川芎、柴胡、枳壳、桔梗、甘草）；腹胀肝痛明显者，宜用膈下逐瘀汤（当归、川芎、桃仁、赤芍、丹皮、红花、灵脂、延胡索、乌药、香附、枳壳、甘草）；肝瘀癥积较久者，宜大黄廑虫丸。^[1]

2. 赵锡武诊治经验

赵氏认为，充血性心力衰竭证属心肾阳衰，水气上逆，凌心犯肺。肿满、喘促、心悸诸症较为常见。其心悸之治非补益气血，养心复脉之所能，当取强心扶阳，宣痹利水之真武汤为主，复佐“开鬼门”、“洁净府”、“去宛陈莖”之治水三法方能奏效。赵氏强调，《伤寒论》之真武汤原治“太阳病发汗，汗不解，……心下悸，头眩，身瞤动，振振欲擗地者，”虽属强心扶阳，利水之剂，然用治充血性心力衰竭，应与治水三法共施为佳。开鬼门，乃宣肺解表之法，使肺气得宣，营卫因和，而求上焦得通，濈然汗出之效。常用真武汤配用越婢汤；肺热者配麻杏甘石汤。洁净府，意在行水利尿，使水行肿消，其作用在肾。以五苓散加车前子（包）15g，沉香（后下）9g，肉桂（后下）9g，或取消水圣愈汤变通。去宛陈莖法作用于脉，旨在散瘀通络，活血化瘀。须在真武汤强心扶阳基础上，择用桃红四物汤去生地加藕节、苏木等药。

此外，充血性心力衰竭并见心律失常变证多见，治疗较为棘手，临床多崇炙甘草汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤、桂枝甘草汤诸方。阴虚者炙甘草汤配生脉散；阳虚者重用真武汤；心动悸，烦躁不安者，用桂枝龙骨牡蛎汤。

【典型病例】

1. 邓某，女，48岁，1963年6月15日入院初诊。既往有慢性咳嗽史8年。因浮肿半年，加重1周而入院。患者于1961年元月感冒后，始咳嗽气短，下肢浮肿，经治疗后好转，但常心悸。2个月前诸症加重，动则心悸气短，下肢逐渐浮肿，心下痞满，咳嗽痰白，尿少。查体：端坐呼吸，颜面浮肿，唇轻度紫绀，颈静脉怒张，心界向左稍

扩大，心率 100 次/min，律齐，二尖瓣区可闻及Ⅱ级吹风样收缩期杂音。胸部叩诊高度回响，两肺满布细湿啰音。腹稍膨隆，移动性浊音阳性，肝右肋下可触及 2 指、剑突下 4 指，中等硬度，下肢凹陷性浮肿Ⅲ度。X 线胸部摄片：右心室段显著延长膨隆，两肺广泛性索状及斑片状模糊阴影。心电图为肺型 P 波。诊断：慢性支气管炎，阻塞性肺气肿，慢性肺源性心脏病，心力衰竭Ⅲ度。辨证属心肾阳虚、痰湿阻遏、肺气壅塞。治宜温阳宣肺、豁痰利湿，拟真武汤合开鬼门法治之。处方：附子 6g，杭芍 9g，白术 9g，云苓 12g，甘草 9g，麻黄 3g，生石膏 12g，生姜 9g，杏仁 9g，白茅根 30g，车前子（包）15g，大枣 5 枚。上方服 3 剂后，尿量显著增加，每日 1 500~1 900ml，下肢浮肿明显减退，第 5 剂后肿退，咳嗽减轻，于上方中加厚朴 6g，陈皮 6g 以宽胸理气。第 6 剂后浮肿全消，心悸亦除，心率减慢，两肺底部尚闻及湿性啰音，上方去白茅根、厚朴、车前子，加苏子 9g。5 剂后，又投以厚朴麻黄汤清肺泻热、豁痰平喘，继服 1 周，诸症均除，心率 83 次/min，食纳正常，二便自调。

2. 游某，男，24 岁，干部，1964 年 4 月 29 日入院初诊。3 年来心悸气短，近半年尤甚。于 1960 年查体发现患有风湿性心脏病，无任何不适，仅在重体力劳动后稍觉心悸，未曾治疗。1961 年来，活动后心悸气短明显，纳差，脘腹胀满，治疗后时有反复。现查体：自动体位，唇色紫绀，巩膜黄染，结膜充血，咽红，扁桃体不肿大，颈静脉怒张，两肺底可闻及干、湿性啰音，心界明显扩大，心尖搏动弥散，可触及震颤，心尖区闻及Ⅲ级吹风样收缩期杂音及重度隆隆样舒张期杂音，心律绝对不齐，心率 69 次/min，肝肋下 8cm，压痛（+），脾触诊不满意，腹部移动

性浊音(+)，下肢浮肿轻度。心电图：心房纤维颤动，偶发性室性期前收缩，不完全性右束支传导阻滞。肝功能：胆红素 3.0mg/dl ，黄疸指数 16u ，麝絮(一)。曾用炙甘草汤、五苓散、真武汤、联珠饮、消水圣愈汤等配伍应用，病情未见明显好转。视其心下痞硬，面黧黑少华，舌黯红，脉结代，辨证为心肾阳衰、兼有瘀血。拟取真武汤合去宛陈莖法。处方：附子 9g ，杭芍 30g ，云苓 18g ，白术 15g ，生姜 9g ，肉桂(后下) 6g ，沉香(后下) 6g ，当归 12g ，红花 12g ，白茅根 30g ，藕节 10g 。上药服5剂后，症状改善，尿量由 $300\sim 500\text{ml/日}$ 增到 $1\,300\sim 1\,700\text{ml/日}$ ，体重下降 3kg ，肝已缩小，质地变软，偶有心动过速。继用原方治疗后，病情日趋好转。出院时一般情况尚佳，活动后未见明显心悸，无咳嗽，能平卧，腹水征(一)，浮肿消失，肝肋下仅 3cm ，惟心电图仍示心房纤维颤。〔2〕

3. 顾景琰诊治经验

顾氏认为，充血性心力衰竭可由外邪久稽，内舍于心，或因七情内伤，气血违和，心失所养，使心之气血阴阳耗损，血脉循行失畅而引起，其发展可影响肺、肾、脾及其他内脏。另一方面，有病起于肺、脾、肝肾者，随其发展亦可累及于心。故心衰患者常见二脏或数脏同病，虚实错综。不论先为心病而后及于他脏，或先为肺、肾、肝、脾之病而后及于心病，病至心衰，多见五脏俱病，气血阴阳失衡，脏腑功能失调之病理变化和临床表现，但应以心病为主。盖因“心为五脏六腑之大主”，心病则气阳营阴均受损耗，心气心阳虚衰，少力或无力鼓动心脉，血行失畅，五脏失养，甚或气血瘀滞，瘀血内聚，致使它脏功能亦趋失调。心肺同居上焦，心主血，肺主气，气血相贯，心肺

密切相关。肾为先天之本，寓元阴元阳，心本乎肾，心气心阳源于肾，赖肾气肾阳以温煦。心主火，肾主水，阴阳互根，水火既济，二脏常易互相影响，尤其心衰时多见心肾或心肺肾同病。脾为后天之本，气血生化之源，心肾气阴亏虚，不能温煦脾胃，可致运化失权，湿浊内蕴，营血不足，而脾胃亏虚，气血不足，又使心失濡养，心肾阳气虚衰更甚。因此在心衰发展过程中，常见心与肺、肝、肾、脾二脏或数脏同病，交相为患的病理现象。心肺气虚，肾不纳气，则见心悸，咳嗽，气喘、倚息不得卧等症状；心肾阳虚，则见畏寒，肢冷，水肿，心悸，短气、喘促，动则更甚等证候；心肺阴虚可见心悸，咳嗽，咯吐血痰，口干，盗汗等证候；心脾两虚可见心悸，乏力，血虚，腹胀，纳呆，不寐，便溏等证候。在内脏亏虚的基础上，每可形成血瘀、水饮等实邪为患之病理。盖因肺为水之上源，通调水道；脾能运化，输布水湿；肾能温化水湿，气化下行。故若肺脾肾同病，则三焦气化不利，水湿不能正常运行、布输、气化而下泄，乃可泛滥为患。外溢肌肤则见面肢水肿；内停脏腑，则为水饮；上凌心肺可引致或加重心悸、气喘与咳嗽等症；聚留胸腹则成胸水、腹水。且心肾阳虚又使血脉不能赖以推动，可致气滞血瘀而见唇舌指甲青紫、肝脾肿大等症状。病延日久者，正气日衰，五脏俱败，正不胜邪，最终可致心气衰微，心阳欲脱之险证。心主血脉，赖心之气阳以鼓动，使血脉正常循行，濡养全身。虽然心病至心衰阶段，势必累及气血阴阳诸方面，出现心气不足、心阳不振、气阴两虚或阴阳两虚等不同证型，但从临床辨证，未见心衰患者属单纯阴虚者。

鉴于本病之病理特点，治疗原则当以扶正补虚为本，祛除实邪为辅。补虚主在培补心肺肾脾，调和气血阴阳；

祛邪主在和血通络，温化水湿。顾氏认为扶正补虚之关键在于温补心肾，振奋阳气，酌情兼顾肺脾之气，同时配以培补心肺肾阴，滋养营阴，益阴助阳，使阴阳互相制约而致阴平阳秘；再辅以和血利水方药以助长祛邪之力，达到本而标之，祛邪安正之目的。治疗常以参附汤与生脉散为基本方药，随症化裁。参附汤温补心肾气阳，生脉散益气养阴，二者合用相得益彰。常可配合黄芪益气利水，玉竹滋养心肺，茯苓皮、车前子与桑白皮渗湿利水，当归、丹参、赤芍养血和血通络，葶苈子泻肺平喘利水，并可酌加酸枣仁、柏子仁、远志、龙骨、牡蛎、珍珠母或灵磁石等宁心安神之品。参附汤与生脉散中之人参，能用红参或白参最佳，病情危重者可用别直参之类，一般临床常以党参代之，当重用至 20~30g。

心衰患者因内脏俱病，正气虚衰，每易罹受外邪，新感引动宿疾，与内伤交织，使心衰复发或加重，治疗则当灵活变通，急则治标，或标本兼顾，先以控制新感为主。顾氏认为，西药对心衰的疗效虽佳，但用药受一定限制，常不能获得理想的效果。现代药理研究证明，上方中人参对心血管系统具有调节作用，低浓度能提高心肌收缩力，高浓度则减弱心肌收缩力、减慢心率；附子具有强心甙样正性肌力作用，能增强心肌收缩力和心排血量；以人参为主的生脉散具有与人参类似的药理作用，其静脉注射液能在不同的左室充盈压下提高心输出量；玉竹与葶苈子均含强心甙类成分，具有强心利尿作用，能加强动物心肌收缩力和增强心输出量；茯苓、车前子与桑白皮等均有一定利尿作用；当归、丹参与赤芍等均有改善冠状动脉血液供应，降低心肌耗氧量，增加心输出量与减慢心率等作用，诸药相辅相成，多可获得良好效果。原用洋地黄制剂（地高辛）

历代中医资料大全分享

你好，我是**逢原**，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理的。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

只需要在下面输入你的邮箱并确认就可以直接下载中医资料：

http://list.qq.com/cgi-bin/qf_invite?id=03157beabc6d50e0b64029a2715966596d94dcac7ed0cfd7

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 QQ/微信：**2049346637**

三、关注微信公众平台——逢原中医，经常有中医文章更新。

四、关注我的空间：<http://user.qzone.qq.com/2049346637>

免责声明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。



私人微信号：2049346637



公众平台：逢原中医

与利尿剂等西药者，经中药治疗后，西药用量多能递减或停用，从而有助于避免或减少西药毒副作用的发生。

顾氏认为，如单纯着眼于中药的药理作用，则治疗心衰当首选玉竹、葶苈子之类含强心甙成分之药物，但临床实践证明玉竹虽常用治心脏病，却未能满意地控制心衰；生脉散虽具改善心功能的药理作用，但对心衰的效果亦不如上述复方。另一方面，顾氏认为治疗心衰，亦应注意不过于拘泥辨证和古人经验。例如，按《金匱要略》所载，葶苈大枣泻肺汤乃治肺癰，喘不得卧，方中取葶苈子泻水平喘之作用，应用于实证，一般用量不大。而今考虑其药理作用，应用于治疗心衰，就不必拘泥是否存在肺癰实证，是否达到喘不得卧的程度，只要结合辨病，确诊为心衰而见气喘或气短者均可使用，且其用量宜大，一般为 20g，随症可增至 30g，无毒副反应，患者多能耐受。^[2]

4. 柯雪帆诊治经验

柯氏认为，辨证是认识病变本质的过程。对心力衰竭的辨证，除了中医辨脉、辨舌与腹诊之外，还要以心力衰竭的主要临床表现如气喘（或短气）、水肿与怔忡等作为辨证的主要依据。

（1）辨水肿

心力衰竭的水肿来势比较缓慢，有些病人长期有轻度浮肿，其水肿大多先起于足跗，渐及半身以上，或早上面浮，下午足肿，卧床者主要肿于腰骶部，水肿处按之凹而不起。对水肿的辨证，应首辨是阴水还是阳水。中医理论认为，水肿来势迅速者为阳，缓慢者为阴；肿于人体上部者为阳，肿于下部者为阴；水肿处皮肤紧张，按之即起者为阳。按之凹而不起，陷下如泥者为阴。由此可见慢性心

力衰竭的水肿属于阴水。再以《金匱要略》“五水”认识来分析，慢性心力衰竭罕见浮脉，一般无表证，因而不属于风水。如果慢性心力衰竭并发感染时，可能有浮脉，有表证，这时可以属于风水。《金匱要略·水气篇》第3条“寸口脉沉滑者，中有水气，面目肿大，有热，名曰风水。视人之目窠上微肿，如蚕新卧起状，其颈脉动，时时咳，按其手足上，陷而不起者，风水。”因此，在一定条件下，心力衰竭的水肿可以属于风水。慢性心力衰竭罕见浮脉，腹大如鼓者较少，治疗不宜发汗，因此，虽然出现“水肿按之没指”仍不属于皮水。心力衰竭多伴有气喘或短气，脉象虽未必都见沉迟，但心力衰竭证候的基本性质属于虚寒，与沉迟脉是符合的，因此，心力衰竭的水肿大多属于正水范畴。石水以腹满为主症，与心力衰竭不太符合。黄汗与心力衰竭颇多相似之处，但是，黄汗以汗出色黄为主症，又当别论。总之，心力衰竭的水肿，以《金匱》“五水”来分析，主要属于正水，但在发病过程的某个阶段，可有风水的表现。

柯氏认为，心力衰竭水肿的发生机制颇为复杂。古代虽无心力衰竭病名，但古代医家一定治疗过无数患心力衰竭的病人。他们对水肿的论述，对于心力衰竭的辨治，有些至今仍有参考价值。张介宾《景岳全书·水肿论治》说：“凡水肿等证，乃肺脾肾三脏相干为病。盖水为至阴，故其本在肾；水化于气，故其标在肺；水惟畏土，故其制在脾。……虽分而言之，但三脏各有所主，然合而言之，总由阴胜之害，而病本皆归于肾。经曰：膀胱者州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。夫所谓气化者，肾中之气也，阴中之火，阴中无阳则气不能化，所以水道不通，溢而为肿……盖肾为先天生气之源，若先天之源亏于下，则后天

胃气失其所本，而由脾及肺，治节所以不行，是以水积于下，气壅于上而喘胀由生。”柯氏认为张介宾的这段论述符合心力衰竭水肿的发生机制。因为心力衰竭患者可见四肢厥冷、面赤戴阳等肾阳暴脱症状，泛吐呕恶、泻下完谷等脾胃阳虚等症状，短气喘息、咳嗽咯痰等肺失宣肃症状，以及小便短少等膀胱气化失司症状。怔忡心悸是心脏病变的主症。中医认为心主神明、心主血脉，如出现神志方面的见症时，便应从心神论治；出现瘀血或特殊脉象时，便应从心血瘀阻论治。而就心力衰竭的水肿来看，基本在肾，与肺脾密切相关，这个认识可以指导临床治疗。

（2）辨气喘

柯氏认为，中医对气喘的辨证，首先要辨虚喘还是实喘。心脏性气喘有三个临床特点：平时若无病，劳动则甚；呼气吸气都感不足，声低息短，若气欲断，慌张气怯；一般情况下，咳嗽不多，痰吐甚少。这三个特点都符合虚喘的辨证要点。对于虚喘的发生机制，柯氏以为赵献可之“真元耗损，喘出于肾气之上奔，其人平日若无病，但觉气喘，非气喘也，乃气不归元也。视其外证，四肢厥逆，面赤而烦躁恶热，似火非火也，乃命门真元之火离其宫而不归也”的论断非常确切。可见心力衰竭的气喘与肺肾两脏密切相关。一般来说，以肾不纳气为主，水饮射肺为次。然而，素有痰饮宿疾，或兼外感，肺失宣肃而生痰，甚至化成痰热。此时，亦可出现喘咳频频、痰涎壅盛、胸胀腹满等近似于实喘的临床表现，其辨证已非全属虚证，或为本虚标实，或为虚体感邪成实而为虚实夹杂。

柯氏认为，心力衰竭往往是水肿与气喘同时存在，这一点在古代已有明确论述。《内经》中多处论及，如《素问·脏气法时论》：“肾病者，腹大胫肿，喘咳身重。”《素

问·水热穴论》：“水病，下为跗肿大腹，上为喘呼不得卧者，标本俱病。肺为喘呼气逆不得卧，肾为水肿。”《素问·逆调论》说：“夫不得卧，卧则喘者是水气之客也。”这些论述虽无心力衰竭之名，而与心力衰竭的临床表现相合。后之论者，大多根据《内经》之说，直到清代末年，张锡纯氏才提出心病作喘之说。他在《医学衷中参西录》中说：“心有病可以累肺作喘，此说诚信而有征。”并且他认为病累肺作喘之证与肾虚不能纳气之证是一致的。

(3) 怔忡

怔忡即心悸，亦有人认为二者有区别，或认为心悸轻而怔忡重，或认为怔忡由内因所致，病来渐，劳即发；心悸由外因而成，刺激、惊悲、恼怒所致，病来速，病情浅。因此，心力衰竭之病称怔忡为宜。怔忡心悸可以在许多不同性质的疾病中出现，因此，历代对此症的认识，众说纷纭，差别很大。《伤寒论》有“心上悸”、“心下悸”的记载。《金匱要略》有论述惊悸的专篇。分析其病机则有气虚、阳虚、痰饮、阴血亏损、心神受惊等等。后世医家刘河间、朱丹溪、严用和等分别提出了心火自甚、瘦人血少、肥人多痰、心虚胆怯、心想无穷而心君不宁之说，与心力衰竭的心悸怔忡均有一定联系。《伤寒论》64条“发汗过多，其人叉手自冒心，心下悸，欲得按者，桂枝甘草汤主之。”82条“太阳病，发汗，汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身瞤动，振振欲擗地者，真武汤主之。”虽属伤寒外感，但与心力衰竭的心悸有近似之处，对现代心力衰竭的辨证论治有参考价值。

(4) 辨脉象

心力衰竭的脉象复杂而多变，不同的病人有不同的脉象，同一病人前后变化也会出现不同的脉象。掌握规律，

并非轻易。心力衰竭的脉象，有微细沉伏几乎不能按得的；有弦长搏大按之弹指的；有脉来迟缓，甚至一息不足三至的（完全性房室传导阻滞）；有脉来数疾，几乎难以计数的（房颤或心动过速）。柯氏强调要注意的是，切勿拘泥于迟寒数热。脉迟固然属寒，而脉数也可能是虚寒之象，并且愈是虚寒，脉率愈加数疾，而由数疾转为缓慢，则提示阳气恢复病情好转，反之则病情加重。心力衰竭出现脉律不齐者颇多，促、结、代均可出现，更有乍疏乍数、乍大乍小、参伍不调者（心房纤维性颤动）。这种不整脉，病程短暂，病情较轻者，常可在服用中药之后恢复，而病程较长者则难以恢复。不整脉虽不能恢复，但全身状况仍可以好转，甚至恢复工作。

心力衰竭的脉象与其原发的心脏病关系很密切。如高血压性心脏病多见弦脉、弦紧脉，即使血压已不太高，阳虚的征象已经出现，而弦脉之象仍可存在。这也说明《金匱要略》虚劳篇所说的“弦则为减”、“减则为寒”是符合临床实际的。肺源性心脏病多见弦滑而数的脉象，这种数脉，肺肾阳虚时可见，肺有痰热时亦可见，需要仔细鉴别，也可能两种病机同时存在。风湿性心脏病二尖瓣狭窄者多见微细脉，主动脉瓣关闭不全者，脉象多见来盛去衰。冠心病多见于老人，脉象多弦，除非舒张压升高，大多弦而重按无力。可见《金匱要略·胸痹心痛短气篇》所说的“阳微阴弦”，也是符合临床实际的。

柯氏认为心力衰竭还可以出现一些怪脉。如脉率很快而力量不足的“釜沸”脉；舒张压很高，血管壁较硬，血管比较粗大的可见“弹石”脉；血压很高，血管细而壁硬者可见“偃刀”脉；心房纤维病人，脉率较慢的形如“解索”脉；脉率很快而细小的形如“麻促”脉；脉率极慢而

脉律不齐者可见“鱼翔”脉或“虾游”脉；脉律不齐而脉率较快，脉来力量不弱者可见“雀啄”脉。至此，十怪脉已见其八，“屋漏”与“虾游”相似，可能更慢一些；“转豆”与“釜沸”相似，可能力量略大于“釜沸”。看来十怪脉并不十分罕见，诊治心脏病时值得重视。诊脉中寸口脉与人迎脉的比较、联系，对心力衰竭的辨证颇为重要，但这种诊法常被忽视。《素问·六节脏象论》有人迎与寸口脉比较、联系的诊法。原文载：“人迎一盛病在少阳，二盛病在太阳，三盛病在阳明，四盛以上为格阳。”格阳属于死证。心力衰竭病人如见人迎脉明显盛大，而寸口脉却很细弱，二者差别很大，甚至达4倍以上者，确实为危重病症，必须及时抢救。三部诊法大多已经不用，但是对心力衰竭来说，颇有应用价值。

(5) 辨舌象

心力衰竭的舌象变化较慢，比较稳定，但对辨证仍有重要意义。舌形大多胖大，或有齿印，瘦小者少见。这反映了心力衰竭多有水气停留，气盛阳衰。舌面大多润滑，亦为水气停留之象；如兼有热象或损伤津液者，可见舌面干燥，但这并不否定其气虚阳衰依然存在。舌色大多紫黯、偏淡，这是阳气虚衰，血行瘀阻的表现，如兼有热象，可以出现紫红色。舌苔一般为薄白苔，兼有痰饮者多为白腻苔，肺有痰热者多见黄腻或灰黄腻苔，痰湿重者可见灰腻苔。

(6) 心力衰竭的腹诊

柯氏认为，心力衰竭的腹诊对辨证论治有重大的意义。心力衰竭的腹诊，其腹力大多为软，这反映了正气不足，但也有部分心力衰竭的病人腹力出现偏实甚至为实，这反映了虚实夹杂、本虚标实，对治疗有重要的指导意义。心

力衰竭病人可能出现于“心下痞坚”这一腹候，就是在鸠尾（剑突下）至中脘，按之较硬，有抵抗感和压痛，《金匱要略·痰饮篇》曰：“膈间支饮，其人喘满，心下痞坚，面色黧黑……木防己汤主之。”出现这一腹候往往表示本虚标实，标证较急。心力衰竭病人出现“腹胀大”，腹力偏实，可能提示腹水增长较快，亦属于标证较急。心力衰竭出现“脐下不仁”则提示肾阳虚衰严重，病情可能有发展。心力衰竭病人颇多出现胸胁苦满或心下痞硬。这是由于阳气虚衰，气血运行迟缓所致，而心下痞硬则与水饮停留也有关系。有明显水气停留的心力衰竭病人往往出现腹满或腹胀满。《金匱要略·痰饮篇》中“腹满，口舌干燥，此肠间有水气，己椒苈黄丸主之”的条文，对心衰治疗有一定指导意义。心力衰竭病人出现虚里跳动过甚这一体征，亦属腹诊范围。

（7）其他症状、体征的辨析

心力衰竭口唇多见紫绀，这是阳气虚衰，气滞血瘀的表现。肺源性心脏病见紫绀者最多，并不表示病情十分危重，而原紫绀不明显的病人突然紫绀加重，则必须重视，是病情危重的征象。心力衰竭病人的面色大多淡白或苍白，苍白者病情较重。风湿性心脏病二尖瓣病变患者多见两颧暗红，病情加重时其红色加深，切勿误认为是病情好转。危重病人临终前面红如妆，额汗如油，并非心力衰竭所独有。但是心力衰竭病人出现这种现象，如能及早发现，及时抢救，或有挽回的希望。服用大量西药扩血管药物的病人，往往面色潮红，难以作为中医辨证的依据，可通过问诊加以区别。

心力衰竭病人可有腹部痞块（肝、脾肿大），病程较长者为多见，为气滞血瘀的一种表现，可以不作为主症看待。

心脏病人出现指、趾欠温便是阳气虚衰的征象，如出现四肢冷则阳虚较严重，如四肢冷过腕达膝则更为严重。对这一体征须加重视。既喘又肿，表示肺肾俱虚，气不归原。心力衰竭病人见此，证情必重，应加重视。头眩与心悸同时存在，往往提示心脏功能欠佳，如《伤寒论》82条真武汤证有心下悸与头眩同时出现，属阳虚水泛；《金匱要略》痰饮篇22条：“假令瘦人脐下有悸，吐涎沫而颠眩，此水也，五苓散主之。”“同篇23条“卒呕吐，心下痞，膈间有水，眩悸者，小半夏加茯苓汤主之。”上述三条原文，皆眩与悸同时并见，所用之真武汤、五苓散方为治疗心力衰竭的主要方剂，小半夏加茯苓汤亦有人报道能治心肌炎。可见，在心脏病辨证时，如眩与悸同时出现，应加重视。

心力衰竭病人出现恶心呕吐，勿轻易认为是胃气不和而忽视，这可能是阳气严重虚衰，中焦阳气无力运转，阳不制阴，阴邪上逆所致；或为水饮、瘀血严重阻滞，中焦气机阻塞不通，均属危重之象；如服用洋地黄者还应注意洋地黄中毒之可能。心力衰竭病人出现烦躁亦须重视，可能是真阳衰败，阴邪内盛，虚阳浮越的表现，是十分危重的证候，切勿轻易认为是病人情绪不安，用些宁心重镇之药便能了事。《伤寒论》少阴病篇有许多关于烦躁的记载。如282条“少阴病，欲吐不吐，心烦，但欲寐，五六日自利而渴者，属少阴也。”296条“少阴病，吐利，烦躁，四逆者死。”300条“少阴病……至五六日自利，复烦躁不得卧寐者死。”细读之，不能不对烦躁一症加以警惕。

(8) 心力衰竭的治疗

心力衰竭是一个全身性的疾病，病机十分复杂，有真阳虚衰，元气不足，水饮停留，瘀血凝聚，气机阻滞；还有水饮凌心、射肺，痰热、痰湿阻肺，肝气郁结，脾失健

运，胃失和降，肾不纳气，心神不安，肺失宣肃等。因此，临床施治，首要任务是抓住重点。柯氏认为治疗心力衰竭的重点是温阳益气，利水化饮，在此基础上灵活应用活血化瘀、宣通气机、化痰、疏肝、健脾和胃、纳气、宁心安神、宣肃肺气等方法。

①温阳：心力衰竭的温阳需要达到温振元阳之目的，必须用附子。柯氏认为，还没有其他中药能代替附子温振元阳的作用。柯氏喜用熟附子而不用生附子，根据《伤寒论》中四逆汤的用法，用附子1枚，相当于现代剂量的10~20g，10g以下为特别小的剂量，20g以上为特别大的剂量，一般为10~20g之间。如水肿严重，治疗以利水为主时，可以不用甘草。姜与附总是配伍同用，因为附子配干姜之后，可以加强附子温阳的功能，古人有“附子无姜不热”之说。有时为温化水气，附子与生姜相配，仿效真武汤的配伍方法。附子虽有温阳之功，但也有副作用，即过于走散，这对散寒湿、和经脉关节是有利的，然对严重阳虚病人来说却不宜过于走散，因此要配伍守中益气的甘草。有虚阳上越现象者必须附子与肉桂相配，肉桂不仅能温肾阳，桂附相配，相互促进，能引火归原，使虚阳下潜。附子与咸寒的牡蛎或石决明相配，可以减少附子过于温燥辛散的副作用，牡蛎既能潜阳，又能利水，对心力衰竭颇为适宜。

②益气：心力衰竭益气需要大补元气，用药首推人参、红参、白参，随宜使用。剂量根据具体情况而定，平时调理，每天3~5g，病情较重者每天8~10g，严重时15~20g，危急抢救时可用30g。夏季调理可用西洋参，但难当抢救重任。党参健脾益气，可加入煎剂中应用。气脱是心力衰竭致死的主要原因，应及早预防，可用参附龙牡汤，

益气温阳固脱；亦可用生脉散，取五味子纳气固脱。参附配伍，益气与温阳同用是治疗心力衰竭的一个重要方法。黄芪亦能益气，对于心力衰竭来说，其功远逊于人参。益气行水或益气行血时可用黄芪。至于黄精、玉竹只能当佐使之任。甘草为益气方中之常用药，无水肿或水肿较轻而有心律不齐时，需用大量的甘草，“脉结代”、“心动悸”用炙甘草汤时甘草是主药，但水肿明显时慎用。

③利水：心力衰竭利水，根据轻重缓急，可分两类。一是通阳利水，二是泻水逐饮。通阳利水是基本的常用方法，即使在需要泻水逐饮时通阳利水法仍宜配用，不可放弃。心力衰竭的水肿，是阳气虚衰不能化水，由此可见通阳利水的重要性。通阳利水药首推桂枝，桂枝不仅能宣通阳气、利水，还能平降逆气、活血，对心力衰竭来说是一味十分重要的药物，其重要性不亚于附子、人参。桂枝用于利水，剂量不必太大，10~15g为宜。如有心律不齐，冲气上逆，用桂枝平冲降逆时便须大量，可用15~30g。通阳利水的方剂，五苓散与真武汤均可应用，并经常合用。二方中均有白术，可见白术健脾利水之重要性。泽泻、茯苓、猪苓为利水之常用药，其中泽泻利水而不伤阴，尤为常用。真武汤中用芍药，亦取其有利水之功，芍药能利水，《本草经》有记载，而一般常忽略这一功能。泻水逐饮应用于水肿严重或痰涎壅盛之时，作为急则治标之法，立方为己椒蒴黄丸。主药当推葶苈子，此药化痰、利水、平喘，功效显著，过去恐其损伤真气，不敢多用，因而效果不明显，此药用量应酌量增大，以20g左右为宜。近代研究，此药确有强心作用，临床应用未见明显副作用。防己虽无强心作用，但因对冠状动脉有扩张作用而对心脏有利。其利尿作用显著，且能降压，如属高血压性心脏病防己可当

首选。然而,《本草求真》认为“防己辛苦大寒,性险而健”,剂量过大,疗程过长,还当谨慎。心力衰竭一般不用大黄,水气停留,胸腹胀满,舌苔黄腻或秽腻时方可用。一般用制大黄,逐步调整剂量,可使大便日行一二次软便,最为满意。用大黄取其活血化瘀,逐秽化痰湿,利肠胃气机,间接达到利水的目的。五加皮有强心利尿作用,用之有效,但有毒性,须谨慎,不宜大量,不宜久服。此外,川椒目、茯苓皮、冬瓜皮、葫芦壳等均为佐使之品。

④其他治法(活血化瘀、化痰、宁心安神):柯氏认为,对心力衰竭来说,活血化瘀不是主要治法,而是辅助治法。因为心力衰竭的瘀血不是基本病机,而是由于阳气虚衰,推动无力,血行无力,逐渐积聚成瘀,然瘀血形成之后,也会阻碍气机,影响各脏腑功能,所以适当使用活血化瘀药仍是十分必要的。活血药中偏温的有川芎、红花、当归,偏凉的有丹皮、丹参、赤芍、桃仁,其中以川芎、桃仁效果较佳。化痰对治疗心力衰竭来说,固然不是主要治法,但却有多方面的辅助作用。第一,化痰可以宁心,心烦不安之因痰引起者宜之;第二,痰热、痰湿壅肺,肺气失于通畅,则影响心气、心血的运行。因此,痰壅于肺,肺失宣肃者,不可不用化痰药;第三,化痰可以和胃,胃肠运化正常,有助于心气的宣通;第四,如冠心病病人,则化痰药有利于动脉硬化的治疗。常用的化痰药如茯苓、半夏、天竺黄、瓜蒌、贝母(川贝母或象贝母)、竹沥等均可选用。对痰壅于肺者用药还可再宽广一些,紫菀、前胡、苏子、桑白皮等亦可应用。

宁心安神是治疗心力衰竭最常用的辅助疗法,其中琥珀一味,既可宁心安神,又可活血,还能利尿,最为合适而常用。此外,酸枣仁、柏子仁、远志、茯苓、珍珠或珍

珠母、龙骨、龙齿、牡蛎等均可选用。再如，五味子、补骨脂之纳气，柴胡、枳壳之疏肝理气，麻仁之宽肠通便等，均可随机使用。

⑤掌握虚实补泻原则：为了能够正确地运用各种治疗方药，必须掌握治疗原则，并以之指导治疗。对心力衰竭来说，最有重要指导意义的原则是虚实补泻。柯氏认为，心力衰竭最基本的病机是阳气虚衰，因而心力衰竭的基本治疗原则是虚者补之，其治疗大法是益气、温阳。但是，阳气不足，温运无力，可以导致水饮停留，瘀血郁结。还有，元气虚衰则抗御外邪之功能减退，导致痰饮停留，或酿成痰热、痰湿，亦属实邪。因而，心力衰竭也不能舍弃实者泻之的原则。虚证与实证不能误辨，补法与泻法不能误用。但是病情复杂，往往虚与实同时存在，或因虚而致实，或实邪伤正而致虚，这在治疗上便有必要补泻兼施。然而何时宜补，何时宜泻，何时以补为主兼用泻法，何时以泻为主兼用补法，又当根据具体证情灵活应用。

柯氏认为，用中医标本理论来分析，心力衰竭以阳气虚衰为基本病机。虚是本，水饮、痰热、痰湿、瘀血等实邪是由阳气虚衰直接导致的，或者是因阳气虚衰，抗邪能力减退，病邪容易侵袭所导致的，实是标。在一般情况下可以标本同治，即温阳益气与利水、化痰饮、活血化瘀等方法同时并用。病情缓和时可以温阳益气为主，酌量配合利水、化痰、活血药调理，这就是缓则治本。但并非完全不能治标。水饮泛滥，凌心射肺，病情严重，痰涎壅肺时应该以泻水逐饮为主，这就是急则治标。但是，必须注意，此时阳气虚衰也很严重，绝对不能舍本逐末，除泻水逐饮之外，温阳益气药仍需重用。由此可见，对心力衰竭来说，温阳益气是最基本的治法，但不要因此而不应用利水化

饮等祛邪治法。补虚泻实配合得当，才可相得益彰。

〔典型病例〕

1. 郑某，女，63岁。半月前感受风寒，咳嗽流涕，痰白而粘，继而浮肿，由足背开始，蔓延到腰腹，胸腹胀闷，纳减，尿少，完谷不化。近日病情加重，汗出，恶寒，肢冷，心悸，气急不能平卧。在急诊室用过毒毛旋花子甙K 0.25mg 未能控制而入院。患者面色苍白，口唇青紫，神倦嗜睡，语声低微，颈脉怒张，舌色紫黯、苔白腻，脉细数、一息七至、参伍不调，有不规律停搏。体温 36℃，呼吸 42 次/min，心率 140 次/min，有缺脉，心律不齐，收缩期杂音Ⅱ～Ⅲ级，心尖搏动弥散，心界向两侧扩大，两肺底弥漫性湿啰音，腰围 91cm，腹部有移动性浊音。心电图示：心房纤颤，心肌损伤。眼底检查：高血压性眼底动脉硬化。半年已有 2 次类似发作。中医辨证：阳虚水泛，肾不纳气，兼有外感，肺气失宣。西医诊断：冠心病，心房纤颤，全心衰竭Ⅲ度，支气管炎。中药处方：别直人参 3g，熟附块 9g，白术 9g，桂枝 15g，生姜皮 9g，泽泻 9g，芍药 9g，猪苓 9g，茯苓 9g。第 2 天足转温，小便倍增，虚喘得平，脉数转缓。前方再进，第 3 天，心率降为 80 次/min，能平卧，略有咳嗽，酌加化痰药（海浮石 12g，苏子 9g），6 剂后肺部啰音消失，腰围减为 82cm，腹部移动性浊音消失，仅足背轻度浮肿。12 天病情稳定出院。

2. 赵某，女，65 岁。鼻塞咳嗽咯痰已 5 天，傍晚气急、浮肿。昨天起胸闷不欲食，气急加重，不能平卧，夜间来院急诊。在急诊室观察 24 小时，使用毒毛旋花子甙 K 0.25mg 静脉给药，4 次未能控制而入院。患者既往类似发作已 4 次。用洋地黄制剂后有恶心呕吐，要求中药治疗。患者面色苍白，两颧暗红，气息不能平卧，语声低微，咯

痰色白，精神萎靡，下肢有可凹性水肿。两脉弦涩，散乱不齐，大小快慢不一，一息约 6 至，舌体胖，苔薄白腻。体温 37℃，脉搏 100 次/min，血压 180/88mmHg，呼吸 24 次/min，心尖搏动弥散，心界向左扩大，心率 133 次/min，律不齐，有缺脉，心尖区收缩期杂音Ⅲ级，肺底部满布湿性啰音，肝肋下 4cm。胸片提示：风湿性心脏病，二尖瓣关闭不全可能大，肺淤血。心电图示：心房纤颤，室性早搏，低电压。血常规：血红蛋白 135g/L，红细胞 $4.51 \times 10^{12}/L$ ，白细胞 $29.7 \times 10^9/L$ ，中性 0.93，淋巴 0.07。中医辨证：阳虚水泛、虚阳外越、肾不纳气，兼外感肺失宣肃。西医诊断：风湿性心脏病，二尖瓣关闭不全、心房纤颤、心力衰竭Ⅲ度，肺部感染。中药处方：别直参 6g，熟附块 9g，生龙骨 30g，生牡蛎 30g，白芍 4.5g，桂枝 3g，白术 10g，泽泻 9g，猪苓 9g，茯苓 9g，姜半夏 12g，生姜 3 片，日服 2 剂，同时使用西药抗生素控制肺部感染。次日，气急减轻，能够平卧，心率减为 110 次/min。3 天后，每天服药 1 剂。1 周后，颧红明显减退，上方去龙骨、牡蛎。10 天后，自觉症状消失，心率 80 次/min 左右，肺部啰音消失，血常规在正常范围，肝肋下 2cm，足背浮肿轻微。^[3,4]

5. 邓铁涛诊治经验

邓氏认为，辨证首先要辨明病位，不明病位则不知病之何处，治疗就不能有的放矢，自然难望收效。心衰病位在心，但不局限于心。五脏是一个相互关联的整体，在心衰发生发展过程中，肺、脾、肾、肝都起着一定的作用，将心孤立起来就不可能正确地认识心衰的病因病机。如久患肺病，失于肃降治节之功，通调水道不利，水津不布，痰水内结，则可遏伤心阳，阻塞心气；久患肾病，肾精亏

损，命门火衰，精亏不能生血以上奉于心，火衰则气化不利而水饮内停，以致心体失养，水气凌心；脾病不能为胃行其津液，气已日衰，脉道不利，这些都可能是诱发心衰或使心衰加重的因素。反过来，心衰又可以引起多脏腑的功能衰竭。如心衰时，血脉瘀阻，肺气拂郁而喘咳；母病及子，中阳不运而脘痞纳呆；水火不济，心肾两虚而水饮停积等。

邓氏临证强调分清标本主次。心衰虽关联五脏，但以心病为本，他脏为标，治疗应重点调理心脏的气血阴阳。而气属于阳，温阳即所以补气；血属于阴，滋阴即所以养血。温心阳，养心阴是邓氏治疗心衰的基本治则，代表方为暖心方（红参、熟附子、薏苡仁、橘红等）与养心方（生晒参、麦冬、法半夏、茯苓、田三七等），前者偏重温心阳，后者偏重养心阴，分别用于阳气虚和气阴两虚的心衰患者。

除心脏外，邓氏治心衰还特别重视脾肾二脏。认为脾为气血生化之源，也是生痰之源，补益心气离不开健脾，除痰必先理脾，临证常用四君子汤加黄芪或五爪龙补益心脾，少佐桂枝，生少火，通心阳。肾为水脏，内寄命火，心衰日久，穷必及肾。阳虚水泛，或亡阳欲脱，都是常见的心肾两虚之证，治疗必须心肾同治，前者用真武汤，后者用参附汤或四逆汤和人参。若心肾阴虚，则用生脉散合六味地黄汤加减。对于阴虚阳亢者，则在益气养阴的基础上加用平肝潜阳之品，如草决明、代赭石、钩藤等。

病位确定，则应细审病机。邓氏认为，心衰虽病情复杂，表现不一，但病机可以概括为本虚标实，以心之阳气（或兼心阴）亏虚为本，瘀血水停为标。心主血脉，血脉运行全赖心中阳气的推动，心之阳气亏虚，鼓动无力，血行

滞缓，血脉瘀阻，从而出现心衰。故心脏阳气（兼阴血）亏虚是心衰之内因，是心衰发病及转归预后的决定因素。标实多由本虚发展而来。

瘀血水饮虽继发于阳气亏虚，但一旦形成又可进一步损伤阳气，形成由虚致实，因实致虚的恶性病理循环。邓氏认为，阻断这一循环关键在于补虚固本。在补虚的基础上兼以活血化瘀、利水祛痰，绝不可标本倒置，专事攻逐，更伤其正。这一思想在暖心、养心两方的组方中得到充分体现。两方均以人参为主药，培元益气，一配附子温阳，一配麦冬养阴，苡仁、茯苓健脾利水，法半夏、橘红通阳化痰。三七虽功主活血，但与人参同科，也有益气强心的作用。两方均属以补虚为主，标本兼顾之剂。除两方外，阳虚亦可用四君子汤合桂枝甘草汤或参附汤，加五爪龙、黄芪、酸枣仁、柏子仁等；阴虚用生脉散加沙参、玉竹、女贞子、旱莲草、桑椹子等。在此基础上，血瘀者加用桃红饮（桃仁、红花、当归尾、川芎、威灵仙），或失笑散，或选用丹参、田三七、鸡血藤等；水肿甚者加用五苓散、五皮饮；兼外感咳嗽者加稀莩草、北杏仁、紫菀、百部；喘咳痰多者加苏子、白芥子、莱菔子、胆南星、海浮石；湿重苔厚者加苡仁；喘咳欲脱之危症则用高丽参合真武汤浓煎频服，配合静脉注射高丽参针、参附针，或参麦针，以补气固脱。

邓氏辨治心衰主要分为两大类型，即心阳虚型与心阴虚型。阴阳之间，又以阳气为上。邓氏认为，“治本首先要补气温阳”，心衰就是因为心阳气虚衰，功能不全，血脉运行不畅，以致脏腑经脉失养，功能失调。补气除用参、芪、术、草之外，邓氏还喜用五爪龙，且用量多在 30g 以上。五爪龙为桑科植物粗叶榕（又名五指毛桃）的根，性甘温，

有补气、祛痰、除湿的作用。温阳可用桂枝、附片。但应注意，附桂大辛大热，一般只用于阳虚阴盛，形寒肢冷，面白肢肿的患者。寒象不明显者，邓氏多用甘温之法，或配合温胆汤意，温通心阳。对于心阴虚患者，邓氏也多在益气温阳的基础上加用滋阴养血之品，这一点从养心方即可看出，方中用人参、茯苓、法半夏三药益气祛痰通心阳，而仅用麦冬一味滋心阴，退虚热。若虚热已退，气虚突出之时，又当以益气扶阳主治。

邓氏对于心衰，强调应重视病证结合，根据心衰病因不同，适当调整治疗方案。病因为冠心病者，多见气虚夹痰，痰瘀互结，一般用温胆汤加人参、白术、稀莪草、田三七等，益气祛痰，以温阳通脉。若属阴盛，则多用温胆汤合生脉散加减。病因为风湿性心脏病者，每有风寒湿邪伏留，反复发作，治疗则在原基础上加用威灵仙、桑寄生、稀莪草、防己、鸡血藤、桃仁、红花等，以祛风除湿，并嘱患者注意防寒避湿，预防感冒，防止风寒湿邪再次侵入为害。病因为高血压性心脏病者，大多数肝阳偏亢，则需配合平肝潜阳法，常用药有草决明、石决明、代赭石、龟甲、牡蛎、钩藤、牛膝等。如心衰尚不严重之时，可先按高血压病辨证论治，常常可同时收到改善心衰的效果。原有糖尿病或甲亢的患者，证候多属气阴两虚，治疗一般以生脉散加味。糖尿病可加山茱萸、桑螵蛸、玉米须、淮山药等，淮山药用量要大，一般在60~90g。甲亢者多加用浙贝母、生牡蛎、山慈菇、玄参等，以化痰、软坚、散结。^[2]

6. 成启子诊治经验

成氏认为，心衰的基本病因是气虚痰饮，早期症状为

心悸、气短。《金匱要略·痰饮咳嗽篇》：“水停心下，甚者则悸，微者短气。”《伤寒明理论》指出心悸之由，“一者气虚，二者停饮。”说明心气不足与心功能下降有关。心率增快、气短意味着心室舒张末压及肺毛细血管楔压已高于正常，相当于隐性心衰阶段。《素问·脏气法时论》云：“心病者，日中慧，夜半甚。”早期心衰有夜间阵发性憋闷的表现，这是由于夜半迷走神经占优势，反射性引起肺阻性充血及回心血流增加所致，与中医夜属阴，气阳功能下降是一致的。呼吸困难是显性心衰的重要表现，劳力、卧位是加重呼吸困难的常见诱因。心衰呼吸困难与中医气喘相近，特点是劳力性气喘，甚者休息状态亦喘，卧则更剧，重者气促喘息不得卧，即呈端坐呼吸状态。《素问·逆调论》指出：“夫不得卧，卧则喘者，是水气之客也。”所谓“水气”，即卧时回心血量增加，是水气射肺的早期表现。《景岳全书》认为虚喘“劳动甚”因“劳则气耗”，使心气益损，实与机体氧耗及回心血量增加有关。咳嗽或伴咯血是喘证易伴见的症状，与“心气虚损，不能藏血”（《丹溪心法·咯血》）及“瘀血乘肺”（《血证论》）有关，咳而吐血是“心咳”的特点，这与急性左心衰咳唾血性泡沫痰以及风心病二尖瓣狭窄左房衰竭、肺淤血所致之咳血，或伴肺部感染性咯血是一致的。但临床有心脏病及肺与肺病及心之分，由于心主血脉，肺主气而辅心主血，百脉朝肺，故二者在病理上密切相关，一旦心肺同病，临床表现是一致的。

浮肿、紫绀是心衰较重的临床表现，气阳衰弱、水瘀互阻是其严重病理状态。心气阳衰，心血不利，血化为水，水瘀互阻。一使脏腑瘀血加重，二则水饮充斥三焦内外。主要表现除喘咳上气更明显外，另还可见紫绀、颈脉充盈、搏动加强、心搏弥散，肝淤血肿大，周身浮肿，甚至腹水、

胸水等体征。如《素问·平人气象论》所说：“颈脉动，喘，疾咳，曰水”、“虚里……盛喘数绝者，则病在中，结而横，有积矣。”《素问·痹论》的“心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘”，《素问·脉要精微论》的“肝脉搏坚而长……阴血在胁下，令人喘逆”，《金匱要略·痰饮篇》的“膈间之饮，其人喘闷、心下痞坚，面色黧黑”，《素问·水热穴论》的“水病，下为跗肿大腹，上为喘呼”等论述，与全心衰后期表现甚是接近。中医认为是心肾阳衰，肝脾两伤，瘀水相搏，水饮射肺凌心，贮留胸腹，外溢肌肤所致，称之为“心水”。“心水者，其身重而少气，不得卧，烦而悸，其人阴肿是也”（《金匱要略·水气篇》）。

喘脱昏厥是心衰本虚标实、脏腑俱损、阴阳离决之危候表现。心衰尤其是晚期病人最易感受外邪，出现吐血、咳逆上气、其脉数有热，不得卧者之死候，或由于心衰自身病情发展，导致“汗出如油，汗出如珠不流，抬肩撮肚，喘不休，及胸前高起，脉络散张，手足厥冷，脉散及数”（《医学入门》），或兼之直视谵语，脉促或伏等肺绝心脱、内闭外脱、阴阳相离，出现昏迷、休克、心肺等脏器功能衰竭死亡的表现。

成氏将心衰分为4个主要临床类型，即①心悸短气型；②心咳喘满型（可兼咯血）；③心水肿胀型；④心脱肺绝型。其病因病理主要为心气阳虚，血脉不利，血从水化，水瘀互阻，脏腑俱损，内闭外脱，阴阳离决。其病位，始在心肺，在心肺同病基础上进而累及肝脾，终将及肾。主要诱因为感受外邪，劳碌烦心，平卧体位等。成氏用如下4法对心衰进行辨治：

（1）补益心气法

症见心悸气短、胸闷，劳动即甚，易于疲劳乏力，夜

间憋闷，苔薄质偏淡，脉细数。选用生脉散、四君子汤、桂甘龙牡汤加味。

(2) 温阳强心法

在气虚基础上出现气喘，心慌，面色少华，畏寒怕冷或浮肿，脉细弱结代或促或散乱不齐，舌质淡胖齿印或暗。选用参附汤、保元汤加味；兼脾阳虚便溏纳少，选配附子理中汤、苓桂术甘汤；偏肾阳虚腰酸膝软，尿少浮肿，选配真武汤、济生肾气丸；若喘促汗出肢冷厥逆应回阳固脱，选独参汤、参附龙牡汤、生脉饮加味。

(3) 活血利水法

症见面色暗滞、紫紺，喘咳咯血，颈脉动甚，血丝缕缕，腹壁青筋，肋下痞块，舌质淡暗、瘀斑瘀点，舌下青筋显露，脉象散涩，体腔积液，浮肿少尿，选用当归芍药散、防己茯苓汤、桂枝茯苓丸等。

(4) 从肺治四法

①宣肺解表，用于心衰兼外感表证明显者。偏风寒者选用三拗汤、杏苏二陈汤、玉屏风散加味；偏风热者选用桑菊饮、银翘散加减。②清肺化痰法，用于心衰合并肺部感染咳痰粘稠或黄者。选用泻白散、清气化痰丸、千金苇茎汤加减。咯血加茅根、仙鹤草等。③肃肺平喘法，用于心衰喘咳痰白量多，苔白滑或膩，选用苏子降气汤、三子养亲汤等加减。④泻肺利水法，心衰喘满痰多伴支饮、悬饮、浮肿表现者，选用葶苈大枣泻肺汤、五皮饮等。

成氏认为，上述诸法应根据病情选配应用，分清缓急、主次。益气温阳意在强心增加心功能，活血利水可减轻心脏前后负荷，从肺治四法多用于合并感染加重心衰或痰饮咳喘明显时。

成氏强调心衰的诊治应注意：①导致心衰的疾病不同，

病程有长短之分，加之有无合并感染等因素，因此病情有轻重缓急。但从中医分析来看，其病因病机关键在于气阳不足，瘀水互阻。②益气温阳、活血利水是治疗心衰的基本方法，适用于心衰各临床类型。基本方药：黄芪、党参（或红参、西洋参）、麦冬、玉竹、附子、仙灵脾、丹参、泽兰、泽泻、车前子、葶苈子等。该法具有强心、利尿、减轻外周血管阻力、增加心脏排血量等作用。③中医药治疗心衰，辨证是基础，但必须结合辨病，方可提高疗效。辨病治疗包含两方面：一是从药理角度选择具有强心、利尿、扩血管等作用的益气温阳、利水活血的药物组方；二是病情处于隐性心衰阶段，虽无阳虚、显性血瘀、水饮浮肿之表现，亦可温阳活血利水。因气属阳，气虚发展则为阳虚。心主血脉，气虚血脉不畅而致隐性血瘀，瘀从水化，水瘀蕴结于内，成氏称之为隐性血瘀、隐性水饮。^[5]

7. 李介鸣诊治经验

李氏认为，心衰属中医学中的心悸、咳喘、痰饮、水肿等病证范畴。心衰的发生是由于心脏长期受累，心气亏损，阴血不足，久虚不复的结果。每因外感六淫，内伤七情，劳累以及妊娠分娩等因素诱发或加重。其病变早期，病位多在心肺，患者最突出的症状为心悸气短，多在活动及劳累后出现，同时伴有胸闷憋气，头晕乏力，失眠多梦，双下肢浮肿，尿少，两颧暗红，舌黯红苔薄白或少苔，脉沉细或结代等。此时其主要病机为气阴两虚，心血瘀阻。心主血脉，心脏的功能依赖于心气的鼓动与心血之充盈。心气虚损则无力运血而血行瘀阻，心血不足则血脉不充亦使血行不畅，而阴血互生，心血虚则心阴亦亏。故李氏强调此时患者之血瘀为气虚血少，阴液不足所致。诚如张景

岳所说：“凡人之气血犹源泉也，盛则流畅，少则壅滞，故气血不虚则不滞，虚者无有不滞者。”治疗宜用益气养阴、活血化瘀法，方以生脉散为主方（太子参 15g，麦冬 12g，五味子 10g，生地 12g，阿胶 9g，炙甘草 9g，丹参 15g，茯苓 15g，生龙牡各 24g（先入），玉竹 15g，黄芪 24g）。方中生脉散益气养阴，为治疗各种心脏病并经药理实验证明有增加心脏每搏输出量、提高心脏功能、改善气阴两虚症状之有效方剂；黄芪益气固本、利水止汗；玉竹滋养心肺；生地、阿胶养阴补血；生龙牡重镇安神养心止汗；茯苓健脾利水消肿；丹参活血化瘀；炙甘草益心气，为治疗心悸、脉结代的有效药物，并可调和诸药。李氏认为全方配伍，虽无特殊之处，开始服用可能其效平平，但坚持服用既可增强体质，又可调理气血阴阳，改善心脏功能，自获殊功。

呼吸困难为心衰患者的又一常见症状。由心之气阴两虚，病久及肾，肺肾两虚，水气上泛所致。盖肺为气之主，肾为气之根，肺主呼吸，肾主纳气，升降出纳，呼吸乃调。若肺虚不降气，肾虚不纳气，升降出纳失常，或由于肾阳虚损不能蒸化水饮，聚而为痰为饮，凌心射肺，均可出现呼吸困难。其特点为：心悸气短，呼吸急促，端坐倚息不能平卧，动则尤甚，咳嗽咯痰稀白或成泡沫状，面暗唇青，尿少汗出，舌嫩、苔白或润，脉虚数或滑数。此时的呼吸困难较所说之气短憋气程度为重为危。治疗时根据肺肾两虚为本，痰饮内蕴为标的特点，宜用温补肺肾、祛痰化饮之法。方以右归饮加减（制附片 9g，熟地 12g，肉桂 6g，山萸肉 10g，茯苓 24g，苏子 10g，葶苈子 10g，五味子 10g，橘红 9g）。方中附子、肉桂、山萸肉、熟地温肾强心，纳气定喘；苏子、葶苈子降肺气止咳平喘；橘红行气

燥湿祛痰饮；茯苓利水通调水道祛饮，五味子敛肺肾之气强心定喘。其中葶苈子乃取葶苈大枣泻肺汤之意。然心衰患者肺气已虚不可再泻，加用此药岂不犯虚虚之戒？李氏体会，葶苈子质轻味淡，上行入肺，既可泻肺气之闭塞，又可利水消肿，现代医学研究又有强心功能，只要辨证准确，用量恰当，实为治疗心衰喘息不得卧的一味好药。若心衰患者肺的通气功能与弥散功能较差，气短不足以息者，可用人参 9g、蛤蚧尾一对炖服或研末冲服，连服 7~10 天，气短症状多可改善，有的患者服后心肺功能测验亦可提高。若痰多可加海浮石 12g，鹅管石 12g，白芥子 10g。若咳嗽重可加贝母 10g，旋覆花 10g，枇杷叶 10g。

心衰患者通常兼有不同程度的水肿，其特点多先发于下垂部位，尤其是多见于膝盖以下，心衰晚期，水肿可自下而上蔓延至四肢躯干，严重者出现腹水、胸水、心包积液等。李氏认为心衰之水肿属“阴水”范畴，为病情发展至肺、脾、肾三脏阳气虚衰所致。盖水液的代谢有赖于肺的宣发肃降，脾的运化转输，肾的气化开阖与心之鼓动，而水为阴邪，若阳虚不制则水湿泛滥，主要表现为：膝以下水肿明显，按之凹陷不起，腰酸膝冷，畏寒乏力，心悸气短，小便短少，或伴有肝大腹水、胸水、心包积液等，舌淡苔白滑，脉沉细。治疗宜用抑阴扶阳、温阳化气利水法。方以苓桂术甘汤加味（制附子 9g，白术 12g，茯苓 24g，桂枝 12g，炙甘草 6g，木香 6g，大腹皮 12g，车前子 30g（包），冬瓜子皮各 30g）。方中附子、桂枝温阳化气强心；大腹皮、木香行气导水下行；白术、甘草补气健脾利水；茯苓、车前子、冬瓜子皮利水消肿。俾阳复阴化，水肿乃消。气短者加黄芪 24g 或人参 6g；恶心厌食者加砂仁 6g，陈皮 10g。

李氏强调心衰治疗中应注意的几个问题：①尿量减少：心衰患者尿量多减少，尤其是右心衰患者更为突出，而体液的增加又加重心脏的负担，故利尿为治疗心衰之关键。李氏最常用的利尿中药有：茯苓、猪苓、车前子、冬瓜子、冬瓜皮、泽泻等。用量较大者多在 30g 左右，因其性平和不易伤伐正气。对水肿较重的患者，尤其是腹水者多用黑白丑末 3~4.5g 分冲，逐水消肿通便，使水走前后二阴往往应手而效，但不可久用以防伤正气。“血不利则为水”，腹水肝大者可加三棱、莪术各 6g，活血行瘀消除癥瘕积聚以助减轻心脏负担。胸水与心包积液者可在辨证基础上加己椒蒴黄汤治疗；②心律失常：心衰患者往往心率偏快，多伴有房性早搏、心房纤颤或室性早搏等等，可加琥珀末 3g（分冲），紫石英 30g，珍珠母 30g 加强镇心安神作用。有些心衰患者心率偏慢或有传导阻滞或窦房结功能低下，可加独参汤，量要大，多用 10~15g，可强心大补元气提高心率；保元汤合麻黄附子细辛汤，其中细辛量可以在详细观察病情下加至 10~15g；可用补肾阳药，如仙茅、仙灵脾、鹿角胶、补骨脂等以温肾阳促心阳。总之对缓慢性心律失常的治疗强调一定要用温药；③感冒与感染：心衰患者体质虚弱易患感冒，而感冒可加重心衰，故当先本着先表后里的原则纠正感冒再治心衰。合并感染时心衰往往难以纠正，故对心衰患者久治不能控制者，要仔细查找原因；④咳血问题：心衰患者因肺动脉高压或肺淤血易出现咳血或痰中带血丝的症状，治疗时当本着“气升血则升，气降血则降”的理论，在辨证基础上加入代赭石、旋覆花、苏子霜等降气止血药，同时还可加大小蓟、侧柏叶、血余炭、藕节炭等。咯血重者可加三七粉 3g 冲服或云南白药 0.5~1g，每日 4 次，其均具有止血而不留瘀的特点；⑤胃

肠道症状：心衰患者多有胃肠道淤血，又多长期服用强心、利尿以及抗心律失常类药物，易出现胃肠功能紊乱如恶心、纳呆、胃脘胀满等症状，又常可加重心衰，可加砂仁、陈皮、佩兰等健脾行气的药物，调和胃肠功能，以助后天之本；⑥口干渴的问题：心衰患者长期服用利尿剂而损伤阴液，常表现为口干渴思饮水、舌光红少苔，可用生地、石斛、元参、沙参等养阴生津的药物。若病情进一步发展至口渴饮冰水亦不能自救、烦躁、舌红绛如猪肝色，为病情笃危，气阴消竭之象，可用生脉散加大剂量口服，或用西洋参 10~15g，浓煎滤汁，冰片 0.3g 化入，可减轻胸中烦热、渴欲饮水之症状。

[典型病例]

张某，男，48岁，工程师。主诉：劳累后心悸气短8年，加重2月余。现病史：患者1975年发现风心病二尖瓣狭窄。1982年于劳累后感心悸气短。1984年出现心房纤颤。1988年始稍活动即感心悸气短，并出现尿少、双下肢浮肿，咳痰带血丝及夜间不能平卧等症状，间断服用强心、利尿、扩张血管西药，症状可以减轻，近两月来因上述症状加重欲行瓣膜置换术，因心衰较重不能手术而内科先予控制心衰。查体：血压 110/75mmHg，心率 85 次/min，房颤律，心尖可闻双期杂音，胸骨左缘 4、5 肋间可闻Ⅳ级吸风样杂音，右下肺呼吸音弱，肝在肋下 3cm，剑突下 7cm，质中压痛，双下肢浮肿。心电图示：心房纤颤。心脏 X 像：心脏向两侧扩大，肺动脉高压，右肺肺角可见 Kerley B 线，心胸比率：0.91。呼吸功能：通气功能重度受损。入院诊断：风心病二尖瓣狭窄并关闭不全，三尖瓣关闭不全；心脏扩大；心房纤颤；心衰Ⅲ度，心源性肝硬化。于 1991 年 1 月 10 日第 1 次查房，现症：动则心悸气短而喘，

高枕卧位不能平卧，咳嗽白痰，纳差食呆，尿少双下肢浮肿，肝区疼痛，消瘦，体重 38kg，舌质淡，苔薄滑，脉细不齐。证属气阴两虚，血行瘀滞。治宜益气养阴，活血化瘀。方用生脉散加味：沙参 20g，麦冬 12g，五味子 10g，炙黄芪 30g，玉竹 20g，元参 15g，生熟地各 12g，鸡内金 10g，丹参 15g，三棱 6g，莪术 6g，远志 10g，焦麦曲各 12g，7 剂，水煎服。1991 年 1 月 17 日 2 诊，服上方病情变化不大，口干思饮水，舌质黯苔薄白，脉细结代，上方加茯苓 20g，7 剂水煎服。1991 年 1 月 24 日 3 诊，心悸气短肝区痛均有所减轻，咳嗽消失，可以平卧，近两天恶心干呕，纳呆，每日进食量 1~2 两，舌质黯、苔白腻，脉沉细结代。治以益气养阴，健脾和胃。药用：炙黄芪 30g，玉竹 20g，沙参 15g，五味子 10g，陈皮 10g，半夏 10g，藿香 10g，佩兰 10g，鸡内金 10g，薄荷 6g，焦三仙各 10g。1991 年 1 月 30 日 4 诊，恶心消失，食欲增加至 3 两，诸证减轻，舌质黯苔白微腻，脉细不齐。前方加木香 10g。2 月 7 日~2 月 14 日 5~6 诊，饮食增加至 6 两/日，体重增加 2kg，活动量增加，舌质黯苔白脉细不齐。前方去薄荷，加制附片 5g，麦冬 12g，人参蛤蚧散 3g/日，连服 8 天。1991 年 2 月 22 日复查心脏像：心脏较入院时缩小，Kerley B 线消失，心胸比率 0.86，肺功能与入院时比较最大通气量有所增加，时间肺活量和呼吸流速各峰值有所提高，患者于 3 月转入外科，并成功行二尖瓣置换术。^[6]

8. 韩子江诊治经验

韩氏认为，古代医学中虽没有心衰这一病名，但以其临床表现的不同，可分别从“喘证”、“水肿”、“怔忡”等病证的辨治中，窥见历代医家对本病的认识。虽然心衰的

原发疾病不同，临床表现各一，但其基本病机应为本虚。本之虚，虚在功能，虚在阳气。即心主血脉功能的低下，是产生心衰诸症的根本。各种心脏疾患导致了心气（阳）的亏虚，使之不能有效的发挥其“主血脉”将血液输布于全身的功能，临床上则突出表现为各脏器的充（淤）血及周围组织的灌注不足（虚）。瘀于心脉则心血瘀阻，表现为心悸、怔忡、胸闷；瘀于肺，则为气喘、呼吸困难，痰涎壅盛，不能平卧；瘀于周身，则紫绀，唇甲青紫；瘀于腹，则为积为聚。各脏腑组织失却心血的濡养，则出现诸如心慌，气短，倦怠、乏力、动则加重，头晕，嗜睡，纳差、腹胀，腰软，肢沉等症。然心之阳气，须赖肾阳之温煦与推动。久病心疾，穷必及肾，至心衰阶段，心肾阳亏，是其必然。心衰之本为心肾阳虚，而瘀血、水停等则是在虚的基础上产生的病理结果。尽管心衰有左、右之别，症状有憋喘、水肿之异，而其基本病机则是一致的，即虚、瘀、水。三者互为因果，由虚致实，虚实夹杂，致使虚者更虚，实者更实，形成了心衰逐渐加重的病理链。心肾阳气亏虚是心衰各个阶段的基本病机。这一病机的形成有一个逐渐加重的过程，心衰之初，患者仅有活动后气短、乏力、心慌等气虚证，而瘀血、水停等则表现的不充分；随着病情的逐渐加重，气虚证表现的更加充分，不活动时也有明显的症状，并常有四肢不温，形寒怕冷，唇绀面紫，舌质紫黯、舌底脉络瘀滞，肝脾肿大，肢肿，甚至胸腔积液，呼吸困难等。不难看出，至病之严重时，病机已从气虚逐渐发展为阳虚。并且至此，各脏腑组织功能的失调也逐一显现：肺宣降失职，则气逆而喘，痰涎壅盛；脾失健运，水湿内停，气血生化无源，则纳差、乏力、呕恶、泄泻、腹胀、腔肿等；肝疏泄失职，气机失调，则胁胀、烦躁；

肾失温化，水液气化无力，则少尿，肾不纳气则喘促，等等，由于各脏腑组织的功能失调，瘀血、水饮等病理产物随之产生，形成了心衰时虚实夹杂的复杂病理改变。

韩氏根据心衰发展的内在规律，抓住本病虚、瘀、水在不同阶段的标本缓急，分别以补虚、利水、化瘀作为治疗重点，同时，选择功专力宏、针对性强的方药，尤其是那些既符合辨证要求，又与现代研究一致的方药更属首选。如参附汤、真武汤、生脉饮等方剂。药加附子、人参、桂枝、五加皮、淫羊藿、葶苈子、黄芪、玉竹、枳实等。心衰早期，临床症状不明显，但此时已有血液动力学的改变，如肺毛细血管楔嵌压升高、心脏指数降低、射血分数降低等，已经反映出心衰时虚实夹杂的病理变化。针对此期正虚不甚，邪实也不明显的病机特点，临床治疗以治疗原发病为主，适当配益气补心，活血行血之药物如人参、黄芪、丹参、益母草、茯苓、玉竹等。随着疾病的不断发展，气虚逐渐加重，并渐渐出现阳虚的表现。与此同时，各脏腑呈现不同程度的功能失调，血瘀水停逐一显现，此时，正确把握心衰的基本病机，不为表象所迷惑，尤为重要。不论患者病证如何复杂，温阳、活血、利水是治疗心衰始终贯彻的基本治则。但在具体的辨治过程中，应本着“急则治标，缓则治本”的原则，患者以喘促、不能平卧，水肿，紫绀，甚至胸腔积液等标实证为突出时，当以活血利水为主，配以温阳益气，药选葶苈子、枳实、猪苓、泽泻、茯苓、丹参、三七、人参、黄芪、桂枝等；而在患者以气喘，无力，心慌、动则加重等本虚证明显时，则当以扶正为主，补心益肾，配以活血利水，药选人参、黄芪、仙灵脾、桂枝、附子、丹参、茯苓、葶苈子、泽泻、益母草、五加皮、五味子等。外邪侵袭是诱发和加重心衰的重要因

素。心衰患者久患心疾，正气亏虚，易感外邪。一俟感邪，则又会进一步加重心衰，形成虚实夹杂的复杂病理变化，故临证时须明辨正邪，积极祛邪。平素则增强体质，慎避风寒，扶助正气，以防为主。感邪时，视邪之深浅，或解表，或清热，或化痰等，务使邪气不致肆虐，加重心衰。

韩氏强调辨证结合辨病、中西优势互补在心衰治疗中的重要性。认为心衰是各种心脏疾患的严重阶段，在病情危重时，往往单靠中医中药不能迅速缓解病情，需中西密切配合。韩氏常把两者有机地结合起来，各自针对疾病的不同环节中西并重，全方位治疗。中药采取补心、温肾、活血、利水等措施，临证选药做到功专力宏，不散不滥。同时，配合应用西药强心利尿、降低心脏负荷等。随着病情的逐步缓解，可逐渐减少乃至停用各种西药，据临床具体情况进行辨证治疗，以巩固治疗效果。病情较缓者，应以中医中药为主，以虚实兼顾、补泻同施，以平为期。除采用煎服中药汤剂外，可配合应用中药的静脉剂型，如生脉注射液、参麦注射液、参附注射液等。韩氏还针对导致心衰的原发疾病之不同，临证时除把握心衰的共性外，还根据不同原发病所致心衰的特点，施予不同治疗。如风心病心衰常因感受外邪而引发或加重，故辨治时要时时注意祛邪，方中可适当合用清热解毒药，如蒲公英、金银花、黄芩等，必要时配合应用抗生素。高血压心脏病所致心衰，常与肝阳上亢、肝风内动有关，平肝潜阳应是治疗这类心衰的重要治则。方中可加牛膝、钩藤、天麻、黄芩、羚羊角粉等；对血压甚高者，应同时应用降压药，如卡托普利、钙离子拮抗剂等，务使血压迅速降下来。冠心病所致心衰常由较严重的心肌缺血所引发，改善心肌供血、降低心脏耗氧量，是治疗这类心衰的主要环节，故临证选药当以益

气活血、宽胸通痹为要，常用葛根、三七、人参、黄芪、丹参、全瓜蒌、降香等具有扩冠、强心、降粘作用的药物。并应同时应用硝酸酯类药物，如硝酸甘油、消心痛等。心肌病所致心衰，主要以降低心肌耗氧量、降低心脏负荷为原则，临证常用西洋参、仙灵脾、丹参、黄芪、茯苓、玉竹、三七、桂枝等，可配 β -受体阻滞剂，如倍他乐克、氨酰心安等。^[7]

9. 史大卓诊治经验

史氏认为，现代医学认为心功能不全的生理病理基本可分为两个方面：一为心脏收缩、舒张功能下降；二为血液循环障碍、水液代谢产物滞留。中医治疗此病亦不能不考虑这两个方面。中医认为心脏收缩舒张功能减退多属气虚、阳虚。气虚和阳虚不仅在于心，还涉及脾肾。临床亦有阴血不足，不能荣养心脉，而致心脏功能减退者。由于慢性心功能不全多日久难愈，常存在阳损及阴，即使临床没有明显的阴虚症状，亦可存在阳（气）损及阴的潜在病机。因此，史氏临床常在补阳（气）的基础上，稍佐养阴药，如麦冬、生地等，可使阳（气）内守，以贯血脉、运血行。史氏认为真武汤、苓桂术甘汤为阳虚水泛、水气凌心，咳喘上逆、胸中窒闷的治标之法；葶苈大枣泻肺汤为治疗肺气贲郁、喘息不得卧的权宜之计。真武汤、苓桂术甘汤辛温耗散，久用易伤阴耗气；葶苈大枣泻肺汤应用时若不与补心气、宗气药同用，则有泄利伤正之弊。

慢性心功能不全因其病程长，多存在阴损及阳、阳损及阴，且在病理发展过程中，因心气不能主血脉，多有瘀血滞脉、瘀血不利化水的病理改变。因此，临床中医治疗，应注意以下几个方面：

(1) 益气温阳、活血化瘀利水

益气温阳以温运气血，使血脉流通；活血化瘀利水，可促进滞留代谢产物的排泄。益气用黄芪、人参补心气、元气，不应只用党参。党参善补脾气，补心气、元气之力不足；温阳用桂枝，以温通血脉。无血脉凝寒、四肢逆冷或肾阳虚、阴寒内结者，不用附子。附子乃大辛、大热、大燥之品，易伤阴散气，长期大量应用，于慢性心功能不全的长期治疗较为不利。对于慢性心功能不全的水液潴留，不应单用利水之法，用药如茯苓、猪苓、车前子、泽泻、二丑等。血不利则为水，慢性心功能不全的病人水液代谢滞留多因血脉不利所致，故活血利水应以活血化瘀为主，利水为辅。活血化瘀选用丹参、泽兰、益母草。这三味药现代药理研究表明有扩张肾动脉、增加肾小球滤过率、促进水液代谢的作用。利水选用车前子、赤小豆、白茅根、茯苓、猪苓等，淡渗利水而不耗伤阴液。

(2) 调畅肺腑

慢性心功能不全，尤其是有心功能不全引起的肠道淤血、粘膜水肿的病人，大便溏薄者较为多见。就临床而言，大便秘结或大便虽不秘结，而排便困难者，亦复不少见。大便秘结，腑气不通，一影响肺气的升降，水液代谢更为之不利；二可加重肠道血液循环障碍；三可影响毒性代谢产物的排泄。故慢性心功能不全的病人，应注意调畅大便。调畅大便之法，一可用杏仁、瓜蒌仁、桃仁等质润降肺调肠之品；二可用甘温质润药如当归、肉苁蓉，气虚秘结者用黄芪合甘温润肠药；三可应用大黄通腑调气。传统认为大黄，大苦、大寒，泻下通便，易耗伤正气，久病正虚者禁用。而对于慢性心功能不全兼有便秘者，用之可有如下功效：①通腑以降肺气；②通便促进毒性代谢产物排泄。

此非其他通便药所能及；③活血化瘀、推陈致新，促进肠道血液循环。尤其是对肺心病心功能不全合并感染、大便秘结者，恰切使用大黄，可获较好疗效。临床可用10g左右，体虚明显者，用5g左右。与他药同煎，可减弱其泻下之性，增强其活血化瘀、祛毒之用。

（3）养阴、收敛心气

阴液不虚，阳气能内守不外散，才能注血脉以运行。养阴配以酸敛，常用麦冬、五味子，一可使阳气内守，温运心脉；二可防止温阳化气药物辛温伤阴散气。心气心阳用在鼓动血脉，随血脉运行。不象脾阳（气）用在温中守中，肾阳用在潜藏、密精。补心阳、心气，佐以养阴酸敛，有助于使心气、心阳正常运行于血脉之中。心气阴两虚者，常用生脉散，益心气药人参和养阴酸敛药麦冬、五味子相伍。无明显阴虚者，亦应在补气的基础上，稍佐麦冬、五味子，回心气于营血之中。阳虚者，临床常温之、通之，因恐养阴甘寒遏其阳气或酸敛影响阳气温通，而弃之不用。殊不知心气、心阳不同于卫气、卫阳，走肌表、温分肉、肥腠理，性慍悍滑疾、无处不到，心气、心阳只有含于营血之内，走于血脉之中，才能温运血脉运行。因而，在温阳、通阳之时，亦应助以养阴酸敛，以奏阴阳相生、相克之妙。史氏治疗慢性心功能不全，根据心气易于耗散、心主血脉和心与其他脏腑的联系，常用方如下：人参、麦冬、五味子、葶苈子、丹参、坤草、车前子、泽兰、赤小豆、仙灵脾、巴戟天。心阳虚、血脉不利者，加桂枝；大便秘结者，加大黄；全身浮肿者，加桑叶、石韦。^[8]

10. 张晓星诊治经验

张氏认为，顽固性心衰当属中医惊悸、怔忡、喘证、

痰饮、水肿等范畴。病机较为复杂，多由心肾阳气虚衰、瘀血水饮停聚为患。心藏神，主血脉。饮食失节，情志损伤，或劳倦过度，或久病不愈，均可导致心之阳气不足，无力推动血行，血脉不畅，心神不宁，于是发为惊悸、怔忡等。肾为主水之脏，职司开阖，与心之关系至为密切。心阳虚衰，心火不能下交于肾，或由房劳、久病等致肾阳不足，水液失于温化，停蓄泛滥肌肤而为水肿；水气凌心犯肺而发喘促，不能平卧；或夜间阵发性呼吸困难，咳吐痰涎泡沫，甚或咯吐粉红色泡沫样痰。此时病已危殆，应当积极救治。此外，脾虚不运可致心失所养；脾阳不振，可致饮邪上犯，二者皆可导致心悸、水肿，发为心衰。由于气血瘀滞，水饮内停，久则肝络失和，经隧不利，可见右胁疼痛，肝脏肿大等。总之，本病多为虚实夹杂之证，其虚主要责之于阳气不足（以心肾两脏为主，涉及肺、脾、肝诸脏），其实主要表现为血瘀、水停。由于年龄、体质及病理阶段的不同，病变脏腑可有侧重，血瘀、水停可有偏胜。因此，治疗本病要根据正邪盛衰的不同，灵活采用扶正祛邪、攻补兼施之法。但因心主血脉，心阳虚衰则不能推动血脉，故血行瘀滞是本病重要的病理特点。瘀血本是脏腑功能失调的病理性产物，但它形成之后，又成为一种新的致病因素，影响脏腑功能活动，这可能是难治性心衰的成因之一。因而治疗时要在辨证的基础上，适当加强活血化瘀药物。左心衰为主者，可合用血府逐瘀汤；右心衰为主者，可合用膈下逐瘀汤。这样能有效地祛除病邪，改善心衰症状，缓解病情。张氏主张将顽固性心衰分以下几型治疗：

（1）心脾两虚

由于心脾阳气不足，水饮、瘀血内停，病人可见心悸、

胸闷，动则气喘，四肢倦怠无力，畏寒，肢体浮肿，或有腹水，纳呆，腹胀，便溏，面唇紫黯，肝脏肿大，舌黯，脉结代或细涩等。治疗应以补益心脾、活血化瘀为法。宜选六君子汤合苓桂术甘汤化裁。常用药物为：人参、黄芪、桂枝、白术、茯苓、陈皮、枳壳、木香、砂仁、桃仁、红花、川芎、赤芍、当归等。

(2) 肺肾两虚

由于肺肾阳气虚衰，水饮上犯心肺，症见心悸、喘息，咳嗽痰多、白泡沫痰。若痰饮从热化，也可见痰粘，不易咯出，胸闷不能平卧。或有阵发性夜间呼吸困难，尿少，面浮肢肿，畏寒怕冷，语音低弱，唇舌青紫，或有肝脏肿大，脉细数无力。治宜补益肺肾、化痰行瘀。可选补虚汤、参蛤散合葶苈大枣泻肺汤化裁。常用药物为人参、黄芪、枸杞子、胡桃肉、补骨脂、葶苈子、桑白皮、茯苓、当归、川芎、桃仁、泽兰叶、益母草等。

(3) 心肾阳虚

由于心肾阳气不足，水饮、瘀血则停蓄为患。症见心悸，胸闷，气短喘息，动则加重，形寒肢厥，面色苍白，面浮肢肿，尿少，唇舌紫黯，脉微细欲绝。治宜温补心肾、化瘀行水。宜用大剂参附汤合真武汤化裁。常用药物为人参、附片、桂枝、山茱萸、巴戟天、五加皮、鹿角片、车前子、泽泻、赤芍、桃仁、红花、茯苓、枳实等。

〔典型病例〕

杨某，男，53岁，就诊时间1997年9月23日。患者1994年起每于劳累后心慌胸闷，进行性加重，逐渐出现喘促，活动后明显。1997年6月底开始出现不能平卧，并有阵发性夜间呼吸困难，随后出现腹胀，食欲减退，恶心，尿少，双下肢浮肿。曾在某医院使用西药治疗，效果不好。既往无高血压、冠

心病及慢性咳嗽史。体检：血压 110/70mmHg，半卧体位，唇绀，呼吸稍促，颈静脉充盈，心界向两侧扩大，心率 96 次/min，双下肺湿性啰音，腹部膨隆，腹水征（+），肝肋下 3cm，剑突下 8cm，质地饱满，触痛，下肢轻度浮肿。结合心脏超声波、心脏三位片等检查，西医诊断为扩张型心肌病，全心衰。经常规强心、利尿、扩血管、抗炎及对症治疗 1 周，除下肢浮肿稍退外，余症不见改善。刻诊：患者诉心悸，胸闷，喘气，动则更甚难以平卧，神疲，纳差，时恶心、嗝气，腹部胀大尿少，面色晦暗，唇紫，肝肿大触痛，脉虚数，舌黯淡、苔白、根部厚腻。辨证为心脾气虚、血瘀水停。治以补益心脾、化瘀行水之法。处方：生黄芪 50g，晒参 5g（另煎），白术、枳实、川芎、广木香各 10g，姜皮、薏仁各 6g，茯苓、丹参各 30g，大腹皮、赤芍、泽泻、汉防己各 15g，泽兰叶 20g，每天 1 剂。服用 5 剂后心慌喘气减轻，1 周后腹胀、纳差改善。以后坚持服用本方出入，适当配用西药。两月后腹胀全消，肝脏缩小，精神饮食基本正常，能进行一般活动。长期随访，病情稳定。^[9]

11. 陈鼎祺诊治经验

陈氏认为本病病性总属本虚标实。本虚多为气、血、阴、阳的不足，标实则指水、痰、瘀的停留。一般多以益气温阳利水为治，认为脾肾阳虚、水泛凌心为其基本病理，验之临床多有效验。但是陈氏认为，本病脾肾阳虚固属多见，而气阴两虚亦不乏其人，尤其是本病后期，水肿明显，中西利尿剂迭进，加之温阳药的应用，使得阴津更伤，因此临证在利尿的同时应注意养阴，常选用生脉散加味治疗。另外，“心为五脏六腑之大主”、“心主血脉”，本病病位以

心为主，同时涉及多个脏腑。心衰初起，病变主要在心肺两脏，表现为喘憋、咯痰、心悸等症状，病情尚轻，相当于心力衰竭的左心衰竭阶段；后期则累及脾、肾、肝，表现为水肿及动则气喘、肋下积聚，相当于心力衰竭的全心衰竭阶段，病情危重。水肿的成因，一是因为心阳不振，无力温运水湿；二是心病可损及肺、脾、肝、肾等脏，造成肺失宣降、脾失健运、肾失蒸化、肝失疏泄，使水湿不能正常运行、输布、下泄，乃泛滥为患；三是“血不利则为水”，心脉瘀阻，亦可出现水肿。因此，心衰发展过程中，常见心与肺、脾、肝、肾四脏或数脏同病，气、血、水交相为患现象，故治疗上当标本兼治，治心为主，并调他脏。

陈氏在对心衰进行辨证论治的同时，还重视病因的治疗。如风湿性心脏病心衰，多伴房颤，容易出现不同部位的栓塞表现，治疗上要加用活血化瘀之品以防止血栓形成；有风湿活动时还要加用祛风胜湿、宣痹止痛之剂。又如肺源性心脏病心衰，多伴呼吸衰竭，而低氧血症所致的口唇紫绀、颜面晦暗等症属于中医的瘀血范畴，因此临证要注意痰瘀同治；同时肺心病心衰，多以肺部感染为诱因，故清热解毒药物应酌情取舍；对于肺心病水肿的消除应遵守循序渐进的原则，如果过度利尿可使痰液粘稠难以咯出，更加重瘀血表现。利尿药常选用猪苓、茯苓、泽泻、冬瓜皮、车前子、葶苈子，利尿而不伤阴，不易造成电解质紊乱。再如冠心病心衰，多伴有高脂血症，临证又当在辨证施治的基础上加用现代药理研究证实具有降血脂作用的药物，如山楂、葛根、泽泻、决明子、首乌、枸杞子、丹参、三七等，病证兼顾。

〔典型病例〕

1. 邵某，男，44岁，1998年8月8日初诊。患者素有

高血压病史 10 年，血压最高达 210/120mmHg，平时常在 180/100mmHg 左右，因无明显症状，未予相应治疗。1992 年开始出现胸憋、气短，活动后尤甚。1993 年曾在某医院诊为高血压性心脏病、心衰，给予常规治疗后好转出院。1997 年后反复出现急性左心衰竭，每因劳累而诱发，曾在几家医院多次住院治疗，症状控制后出院。现仍有胸憋、心悸、气短，稍动则加重，伴倦怠乏力，纳谷呆滞，夜眠欠安，五心烦热，双下肢稍肿，大便常干，小便短少，舌质黯、舌尖红、苔白，脉沉偶结。查体：血压 165/100mmHg，心率 90 次/min，律不齐，心界向左下扩大，偶闻早搏， $P_2 > A_2$ ，心尖部可闻及Ⅲ级收缩期杂音，双肺（-），腹软，肝脾未及，双下肢按之稍凹陷。心电图示：窦性心律不齐，左心室肥厚劳损，偶发室性早搏。西医诊断为高血压性心脏病，心脏扩大，心律失常—偶发室早，心衰Ⅱ度。中医诊断为心悸、水肿，证属气阴两虚、脾虚不运、心血瘀阻、水气内停。处方：黄芪 15g，太子参 15g，北沙参 15g，天冬 10g，麦冬 10g，五味子 10g，黄精 15g，猪苓 15g，茯苓 15g，泽泻 15g，车前子 20g（包），郁金 10g，益母草 15g，丹参 15g，柏子仁 10g，夜交藤 20g，天麻 10g，钩藤 12g，木香 9g，水煎服，共 7 剂。2 诊：药后胸憋、心悸、气短明显减轻，尿量增多，五心烦热好转，舌尖红、苔薄白，脉沉。守法再进，上方加赤芍 10g，夏枯草 12g，再进 7 剂。3 诊：胸憋、心悸基本未作，偶在劳累后气短，水肿已消，夜眠转安，舌黯红、苔薄白，脉弦。浮肿既消，故去泽泻、车前子，加炒白术 12g 以增强健脾之功。该方调治并随访半年，病情稳定，未再出现急性左心衰竭，血压亦控制在正常范围。

2. 杜某某,女,42岁,1998年6月22日初诊。患者为先天性心脏病,主动脉缩窄,因长期自觉症状不显,未予治疗。近2年开始出现气短乏力。3周前因过度劳累出现喘憋、气急、心悸,未予重视。近1周喘憋明显加重,不能平卧,心悸气短,心中烦热,眼睑及腰以下浮肿,按之没指,纳谷不馨,咳嗽频作,咯吐大量白粘痰,体倦乏力,大便秘结,小便黄少,舌黯红、苔少,脉沉细结数。查体:血压90/60mmHg,口唇紫绀,颈静脉怒张;心率124次/min,心律绝对不齐, $P_2 > A_2$,心界向两侧明显扩大,心尖部及胸骨左缘可闻及IV级收缩期杂音;双肺呼吸音粗,双肺底可闻及中小水泡音;肝大,剑突下7cm,右肋下5cm,质地较硬,有触痛,肝-颈静脉返流征(+),腰以下可凹性浮肿。心电图示:快速心房纤颤,左心室肥厚,肢导低电压,ST-T改变。心脏超声示:全心扩大,主动脉缩窄,左心室肥厚,室壁运动下降,二尖瓣返流,射血分数(EF)40%。腹部B超示:肝大、肝淤血。西医诊断为先天性心脏病,主动脉缩窄,心脏扩大,心律失常—快速房颤,心衰Ⅲ度。中医诊断为喘证、心悸、水肿,证属气阴两虚、脾胃虚弱、水湿内停。处方:太子参15g,麦冬10g,五味子6g,猪苓15g,茯苓15g,泽泻15g,车前子20g(包),薏苡仁15g,青皮6g,陈皮6g,炒酸枣仁10g,柏子仁12g,夜交藤20g,鸡内金10g,焦三仙各10g,茵陈15g,败酱草15g,水煎服,7剂。并配以地高辛0.25mg/日、双氢克尿噻25mg/日、氨苯蝶啶50mg/日。2诊:水肿明显减轻,尿量增多,喘憋、心悸好转,纳谷见增,大便通畅。仍有咳嗽,白粘痰较多。效不更方,原方加炙枇杷叶10g,杏仁10g,继进7剂。3诊:水肿已消,喘憋、心悸明显减轻,已能平卧,纳食尚可,咳嗽、咯痰

好转，二便已调，舌质红、苔少，脉沉细结。上方去泽泻、车前子、薏苡仁，加桑白皮 15g 继服。以后在此方基础上加减进退共服药 35 剂，患者心衰得到控制，心率 70~90 次/min，肝脏剑突下 3cm，右肋下 2cm，EF55%，仅以地高辛 0.125mg/日，双氢克尿噻 25mg/日，氨苯蝶啶 50mg/日维持。随访 1 年，患者病情稳定。^[10]

【按语】

充血性心力衰竭是现代医学病名，中医虽无相应的名称，但其有关内容散见于心悸、怔忡、水肿、喘证、心痹、积聚、痰饮及虚劳等多种中医病症。临床上可据此进行辨证施治。

一、病因病机认识

综合各医家对心衰的认识，以周次清、柯雪帆等医家为代表强调充血性心力衰竭的主要病因是内虚。主要分为心气心阳虚衰，不能运血；肺气虚衰，不能通调水道；脾虚失运，水湿内停；肾阳虚衰，膀胱气化不利等。韩子江、成启予等医家则提出本病是一种以心为主，累及肺、脾、肝、肾的病证，其发生与外邪的反复侵袭，劳累过度，以及脏腑功能失调等因素有关。即充血性心力衰竭的病因以痰、水、血瘀、气滞和心气虚衰为主，是一种本虚标实的病证。总之，充血性心力衰竭可以概括成心气亏虚、瘀血阻滞及水液停留的气、血、水病变。其中心气亏虚为本，血瘀、水肿为标，且气、血、水三者又可相互为病，相互转化。另外，以脏腑为中心来探讨心衰的病因病机及其病理实质，强调心肾阳虚为主，兼顾他脏的，如周

次清、赵锡武等医家；也有强调诸脏相互联系、相互影响而致心衰的，如顾景琰、邓铁涛等医家。他们的共同点为以脏腑辨证为中心，参以八纲及气血津液辨证，如在八纲辨证中，强调表证可加重里证（心衰），心衰过程是因虚致实，实又可致更虚的恶性循环，强调阳虚为主，日久可致阴阳两虚。在气血津液辨证中，因心肾气（阳）虚，可致水液代谢及血行失常，从而痰饮、瘀血由生。各医家临证经验虽各有不同、各有侧重，但总不离乎脏腑及气血津液两个方面。

二、治疗

（一）辨证分型治疗

从本篇所列医家的临床经验来看，11位医家中有6名对心衰进行明确的辨证分型治疗。但中医辨证分型还没有统一的标准，根据心力衰竭的临床特点，大致分为心气不足、心阳亏虚、心肺气虚、肾不纳气、心肾阳虚、脾肾阳虚、心阴虚损、气阴两虚、气虚血瘀、痰饮阻肺、心肝瘀血、阳气虚脱、阴阳俱衰等12型。研究者大都在上述分型的基础上进行探讨、归纳、论证和规范，并进行客观疗效评定，取得一定成绩。目前多数报道将心衰分为4~5型，较有代表性的如心气不足、心阴亏损型；脾肾阳虚、水湿不化型；气虚血瘀、痰湿阻滞型；痰饮阻肺，气道不利型和阴阳俱衰、阳气虚脱型。笔者认为，通过规范合理的临床研究，找出心衰的辨证分型内在规律，使其既符合传统中医理论及现代医学对心衰病因、病理生理的认识，又有效易行，使心衰的治疗有章可循，对提高心衰疗效大有裨益。

（二）辨证要点探讨

以邓铁涛为代表的部分医家在研究心衰的辨证要点时，均持五脏兼顾以心为主的观点。认为心衰病位在心，但不局限于心。心病日久，可累及肺、脾、肾、肝等脏，反之，他脏病变亦可影响至心而变为心气、心阳虚衰或心阳不足、心血瘀阻等病证。如肺心病心衰乃因肺病日久不愈，波及脾、肾及心而出现咳喘、痰饮、心悸、水肿诸证，此时肺脾肾俱虚、心阳受累，心血瘀阻。治疗除温通心阳、活血化瘀之外，尚须重视温肾健脾利水以及泻肺平喘。又如风心病心衰，属中医“心痹”，乃风寒湿热之邪侵犯经脉，伤及心脏所致。早期可仅见心悸、气短、自汗等心气虚、心阳虚之证，进一步发展可出现咳喘、水肿、腹胀、肋下痞块等肺脾肾脏功能失调，痰浊、水饮、瘀血合而为病之证。治疗重点除调整心脏的阴阳气血之外，还须兼治肺、脾、肾三脏。总之，治疗心衰要善于全面分析，抓住重点，以心为主，五脏兼顾。

（三）心衰治疗的标本虚实观

以柯雪帆为代表的多数医家认为，心衰乃各种疾病迁延日久所致，为本虚标实之证。心气、心阳亏虚是其病理基础，血脉瘀滞为其中心病变环节，瘀血、痰浊、水饮乃其标实之候，由于瘀血、痰浊、水饮等邪实每在脏腑亏损的基础上产生，可见标实因本虚所致。故治疗上强调扶正固本，绝不可标本倒置，一味攻逐，以免伤正气。临床应用扶正之法主要有两大类：即益气养阴和温补心阳。前者代表方为生脉散，后者多用参附汤为主方。在扶正的基础上，兼瘀血者加丹参、益母草、三七、赤芍等；兼痰浊者

加橘红、法半夏、茯苓、白术等；兼水饮者加北五加皮、泽泻、汉防己、葶苈子等。值得注意的是，所选用的驱邪药物应注意掌握驱邪而不伤正的原则，慎用耗气破气之品。总之，治疗心衰应时刻顾护正气，扶正药宜重用。例如在应用人参时，可视病情及体质选用太子参、红参、西洋参等。太子参、党参用量 30~60g，红参、西洋参可用至 10~30g，对喘咳欲脱的危证，可用高丽参浓煎频服，以补气固脱。

（四）病证结合、衷中参西观

中医对心衰的认识和研究不断深入和发展，但临床上若能充分利用现代医学的研究成果，在深入了解心衰的病因病理及其发病机制的基础上，从中西医两方面的理论进行分析探讨，寻求结合点，并指导用药，将能取得更好的疗效。在这一方面，韩子江、顾景琰等医家的实践堪为借鉴。笔者认为临证在强调辨证论治的同时，不要忽视西医辨病对治疗的参考意义。充分利用现代医学的各种检测手段，准确查明心衰的基础病变，不仅可判断预后和疗效，同时可避免治疗的盲目性，并可以使治疗用药能有一定的规律可循。如高血压性心脏病心衰，控制血压和改善心功能是治疗的根本原则，中医辨证治疗同样应遵循这一原则，在整个治疗过程中紧紧抓住心肝二脏，以攻补兼施为治疗大法，攻以平肝、泻肝、镇肝为要，补以养心、安神、镇静为重，并参合化痰、除湿、活血、利水等祛邪之法，常能获效。治疗期间，密切观察血压，进行心电图、超声心动图等检查均是必不可少的。又如，部分高血压病患者，已经存在室间隔、左室后壁增厚，左室顺应性减退等高心病的改变，而临床心衰症状不明显，对这一类潜在性心衰

患者，中药治疗在辨证用药的基础上，加用丹参、地龙、益母草等活血药对高心病心室肥厚的逆转、防治心衰有一定的作用。

心衰乃危重症，应积极救治，临证时应掌握时机。一般而言，中药治疗心衰的适应证多为Ⅰ～Ⅱ度患者，Ⅲ度心衰及顽固性心衰主张中西医结合治疗。尤其情况紧急时，应先用西药救急，以免贻误病情。

（五）关于充血性心衰几个常见症状的处理

（1）汗出

从动则自汗、汗出涔涔到冷汗淋漓甚至于大汗虚脱，是治疗和抢救充血性心衰过程中经常遇到的问题。对于心衰不太重、一般的动则自汗、汗出涔涔症，多是慢性心衰、心气心阳不足、不能自敛之故，遵照“损其心者调其营卫”、“太阳病发汗遂漏不止，其人恶风小便难，四肢微急难以屈伸者，桂枝加附子汤主之”，治疗多能奏效。对于病情较重、大汗淋漓、汗出欲脱者，用大剂参附龙牡汤小量频服，收效颇捷。不仅汗敛，且有助于宁心平喘。惟牡蛎有涩肠之弊，多服易致便秘。病人临厕努挣，必然加重心脏负担，易使病情反复，需加以注意。对于素体阴虚而又大汗欲脱者，大剂生脉饮有效，重剂山茱萸单味煎服亦佳，但诚如张锡纯所告诫，山茱萸必须去净核，否则致小便涩少，大便泄泻，汗虽稍止而病仍不减。

（2）水肿

水肿对本病肿势较急较重者，要侧重温阳、通阳利水法。用药宜动不宜静，宜走不宜守，宜辛温不宜阴柔。着眼点要偏重于上焦心肺，因为温通阳气，宣畅气机，则阴霾易散，水肿易消，所谓“大气一转，其气乃散”是也。

消水圣愈汤、麻黄附子细辛汤合五苓散均有较好疗效，可作为主方加减运用。对长期慢性水肿，肿势较轻较缓者，用药时要注意从阴中求阳，从肾主水、肾司二便着眼，偏重于从下焦治本。用济生肾气汤补肾助气化为主，虽不用过多利水药反而洩长肿消。

(3) 咳嗽

成启予医家的心衰从肺治四法，值得借鉴。笔者认为，治疗充血性心衰病人的咳嗽，需注意以下4种情况：第一，病久阳虚者多，在此基础上的咳嗽多是胸阳不足、湿饮上凌，肺气不降，或因外感寒邪引动内饮所致。咳常伴见咯痰清稀色白或带泡沫，畏寒怯冷，心悸气短等症，治疗当以散寒逐饮、温肺化痰为主，用桂枝加杏仁厚朴汤、小青龙汤、桂苓五味姜辛汤等加减，甚至合保元汤；第二，由于强心、利尿类西药和温热类中药的不断应用易于耗津伤阴，因而气阴两虚，宣肃无力，痰浊留阻也较常见。认证主要依据舌苔花剥、脉细数弱、自汗气短等症，还要参考痰之色量、咯之难易及其他兼症斟酌气虚还是阴虚偏重、湿痰抑或燥痰为主。治疗注重扶正清养，辅以疏化达邪。用药讲求平和中正，慎勿温燥或寒腻，可酌选生黄芪，南、北沙参，百合，天花粉，贝母，瓜蒌皮，旋覆花，橘络，冬瓜子等味；第三，外感后久咳不愈，要尽可能拍胸部X光片检查，以确定肺部有无哪怕是细小的感染灶存在，需要时即当配用强有力的抗生素并用足疗程，方可使病情尽早得到控制。笔者常从外邪未尽，余热尚恋，肺失清肃着眼，以王旭高心咳汤以疏风清热、肃肺养阴、宁心化痰，酌情加减，多能取效。另中成药六神丸除清咽利喉、解毒消炎外，内含蟾酥有强心作用，配用甚宜；第四，对左心衰较重难以平卧，卧即咳嗽不止或晚间咳重伴胸闷气喘、

唇黯舌紫者，多有瘀血阻肺、肺络痹阻之因素存在，在辨证基础上要重视降气活血、化瘀通络法的运用，甚至以之为主治疗，药如新绛旋覆花汤加当归、桃仁、泽兰、降香、葶苈子、苏子等，有时可收意外疗效。

（六）关于重用黄芪治疗顽固性心力衰竭

本篇所列大部分医家对心衰或顽固性心力衰竭，用温补或温阳利水、益气活血等治疗时必用黄芪。顽固性心力衰竭，病程迁延，主要累及心、肺、脾、肾四脏。因此治疗顽固性心衰要从调整四脏器功能入手，治以益气养阴、温阳利水、化瘀通络。其中，益气为治疗关键。笔者在治疗顽固性心衰时重用黄芪，用量可根据病情及个人体质增减，一般用量在 30~60g，其作用亦随其用量增加。黄芪甘温入脾、肺经，为补气益阳之要药，温而不燥，补而不膩，且有中等的利尿作用，可增加尿量和氯化物的排泄。黄芪对心、脾、肺、肾功能均有调节作用，其补气之功可使四脏受益，重用于充血性心力衰竭，可明显提高临床疗效。

（七）关于针对原发病治疗充血性心力衰竭

由于充血性心衰是继发于其他心（血管）肺疾病的一种综合征，因此，以韩子江为代表的部分医家强调在治疗充血性心衰时，不仅要把握心衰的共性，更要针对引起该心衰的原发病的特点，施以针对性治疗。

（1）冠心病心衰

冠心病心衰病位在心，与脾肾有关，其病机多为阳气亏虚、痰瘀内阻。常按虚实主次缓急兼顾同治，一则益气温阳行水以治心衰；一则化痰祛瘀以利血脉。常选用参附

汤合真武汤加味，药以人参、附子、黄芪等益气温阳；龙骨、牡蛎重镇降逆；汉防己、车前子、猪苓等利水；瓜蒌、半夏、薤白、白薏仁等通阳豁痰、温中理气；丹参、桃仁、红花、郁金、苏木等化瘀通络，并以能补能敛之五味子引诸药入心。

（2）高血压心脏病心衰

高血压性心脏病心衰病位在心、肝，涉及脾肾，病机多为肝阳上亢，肝肾阴虚，或夹痰浊、血瘀。整个治疗过程中须紧紧抓住心肝二脏，以攻补兼施为治疗大法。常选用天麻钩藤饮合三甲复脉汤加减。一则平肝潜阳以降血压，药以天麻、钩藤等平肝息风，石决明、珍珠母、龙骨、牡蛎、代赭石等镇肝潜阳；一则补肝肾阴虚以治其本，药以炙鳖甲、龟甲、白芍、麦冬、玄参、熟地黄、山茱萸等。同时尚须配合化痰祛瘀通络以图逆转高血压所致的心血管损害，常选用丹参、红花、地龙、益母草、三七等药，现代药理研究证实其具有改善心肌缺血，使心肌供氧量增加，耗氧减少，促进组织修复和再生作用，对心室肥厚的逆转有一定作用。

（3）风湿性心脏病心衰

风湿性心脏病心衰属中医“心痹”范畴，由痹证发展而来，《素问·痹论篇》指出：“脉痹不已，复感于邪，内舍于心。”其病机为风寒湿热之邪搏于血脉，内犯于心，与肺、脾、肾诸脏有关。治宜益气温阳、活血化痰通络，方以炙甘草汤加减。药以炙甘草、人参、北五加皮、干姜、桂枝、桃仁、红花、鸡血藤、苏木等。同时可根据具体病情兼以通痹而抑制风湿活动，药以秦艽、防风、麻黄、威灵仙、防己、知母等。

（4）肺源性心脏病心衰

肺源性心脏病心衰乃肺胀日久不愈，病久势深，不能治理调节心血运行，或心阳虚衰，无力推动血脉而致。其病位在心肺，涉及脾、肾。治疗急当温肾健脾利水以及泻肺平喘。常选用真武汤合五苓散加减。药以附子、桂枝温肾通阳，茯苓、白术、猪苓、泽泻、生姜等健脾利水，黑白丑、万年青根、北五加皮、葶苈子、赤芍、泽兰、红花等化痰行水。病势缓解后则当补肺纳肾为主，同时视邪之深浅轻重配化痰祛瘀以改善心肺功能，提高机体抗感染能力。

三、中医治疗心衰的新思路

随着医疗模式的转变和对病理机制研究的深入，现代医学对充血性心力衰竭的概念也在不断发展。现代概念认为，充血性心衰实质上是由于基因表达异常而引起的一种超负荷心肌病，是心脏储备力的耗竭。其发生，有不同水平（器官、细胞和分子）机制的参与，血流动力学异常仅仅是心力衰竭的结果。在病理生理概念方面，认为心衰时神经内分泌常有过度激活，从而加剧心室重塑和促进心衰恶化，心肌和微血管局部的自分泌和旁分泌在心衰发病中更为重要。其持续激活最终将加重心肌损伤，在心肌肥厚形成及血管壁增厚过程中起重要作用。心肌细胞的丧失与充血性心衰发生和程度密切相关，而心肌细胞凋亡是心肌细胞丧失的一种主要形式，其过度凋亡而引起细胞数减少是心肌肥大由代偿转为失代偿的一个重要因素。治疗观念上不局限于药物的血流动力学效应，更重要的是阻逆、延缓心室重塑，干预神经内分泌，减少心肌丧失量，改善生存质量等。

中医对心衰的治疗，有辨证分型治疗和以一方为主加减和专方专药治疗 3 种情况。从本篇所列医家经验来看，

辨证分型少则两型，多则达 10 个证型，这些治疗一般都能取得一定治疗效果。常用治法有补益心气法、益气活血法、益气温阳法、温阳利水法、泻肺利水法、活血化瘀法等。中药药理研究主要开展了对具有正性肌力作用中药的研究，大致可分为强心甙类和非强心甙两种。强心甙类有万年青、北五加皮等，由于其蓄积作用强，易于中毒，量效关系、药代动力学不清，反不如西药洋地黄类应用方便，目前已较少研究和应用。在非强心甙类中药中主要开展了益气温阳药如人参、附子、黄芪、党参等药物强心作用的研究，发现这些药物可以增加心肌细胞内 cAMP 水平，或调节心肌细胞内 Ca^{2+} 浓度来达到强心效果。但近年现代医学研究结果显示，增加心肌细胞内 cAMP 水平的正性肌力西药虽有明显的血流动力学效应，但长期应用却增加充血性心力衰竭病人的死亡率。而中药的作用机制是多方面的，因此对本类中药开展多层次深入研究是非常必要的。

大量的研究结果显示，活血化瘀药丹参、川芎、红花、赤芍等对心衰的治疗具有多种作用，一些活血药特别是丹参虽无直接的血流动力学效应，但长期应用可使患者症状和心功能改善。以往认为这可能与活血药扩张冠脉、改善心肌供氧、降低心肌耗氧量、保护心肌细胞、抑制血小板聚集、清除氧自由基等作用有关，现已有丹参、红花等降低血浆和心肌局部血管紧张素 II (Ang II) 水平的报道，而 Ang II 参与了心室重塑及心肌细胞凋亡的发生。活血法虽然是心衰治疗中的一个重要方法，但一直认为其属于治标法而对其缺乏较深层次的研究。因此，开展活血法抑制神经内分泌、干预心室重塑、抗心肌细胞凋亡的研究可能是中医治疗充血性心衰研究的一个新的突破点。

(李立志 李世敏)

参考文献

- [1] 路广昆. 周次清教授辨治心力衰竭的经验. 中医药研究, 1994, (1): 3~4
- [2] 单书健, 陈子华编著. 古今名医临证金鉴·心悸怔忡卷. 北京: 中国中医药出版社, 1999
- [3] 柯雪帆. 心力衰竭辨证论治的经验体会. 新疆中医药, 1994, (2): 1~4
- [4] 柯雪帆. 心力衰竭辨证论治的经验体会(续). 新疆中医药, 1994, (3): 1~5
- [5] 成启予, 等. 浅谈充血性心力衰竭的中医诊断及证治. 南京中医学院学报, 1994, 10 (2): 23~24
- [6] 范爱平. 李介鸣治疗心力衰竭经验拾萃. 北京中医, 1995, (1): 6~8
- [7] 丁爱国. 韩子江辨治充血性心衰的思路和方法. 辽宁中医杂志, 1998, 25 (5): 199~200
- [8] 胡可慧. 史大卓教授辨治心力衰竭的经验. 中国中医研究院西苑医院研修医师结业论文, 2000
- [9] 张道亮. 张晓星辨证治疗难治性心力衰竭的经验. 湖北中医杂志, 2000, 22 (4): 5~6
- [10] 刘宗莲, 等. 陈鼎祺治疗心力衰竭经验. 中医杂志, 2000, 41 (4): 204~205

心 律 失 常

【概述】

心律失常是指心搏的频率或节律，心搏起源部位或冲动传导中任一项或多项异常。病因有各种心血管疾病及水、电解质平衡紊乱、麻醉、缺氧、胸腔或心脏手术、自主神经功能紊乱等。部分患者病因不明。临床上常见的心律失常主要有过早搏动（房性、交界性和室性）、阵发性心动过速（室上性或室性）、扑动或颤动（房性或室性）、传导阻滞（窦房、房室及室内）、病态窦房结综合征等。按发病机制可概括为：冲动起源异常、冲动传导异常、冲动起源和传导均异常。临床需根据心电图和其他电生理学检查确定其类型。为临床治疗的方便，根据心律失常时心室率的快慢，将心律失常分为快速性心律失常和缓慢性心律失常两大类。

中医学认为本病的发生，常由于脏腑功能失调、气血亏虚、肝郁气滞、痰湿内滞、心血瘀阻所致。由于年老阴血亏虚，无以充脉，以致血脉运行无力；或情志抑郁，气郁化火，炼液成痰；或饮食不节，损伤脾胃，运化失调，湿聚成痰，痰火扰心，阻滞脉络所致。总之，本病病位在心，与肝、脾、肾等五脏关系密切。总因痰浊气滞，心脉痹阻，传导失常，或心气不足，气血两亏，搏动无力，脉气不相续接所致。

【名医经验】

1. 刘渡舟诊治经验

刘氏认为心律失常属于中医学的“心悸”、“怔忡”范畴。他将本病归纳为心虚失养作悸和心被邪扰作悸两类进行辨治。

(1) 心虚失养作悸

以阴阳为总纲，又分为心阳虚类、心阴虚类和心之阴阳气血两虚类。

心阳虚类：①阳虚作悸：心属火脏，而又上居于胸，胸为阳，火亦阳，两阳相合，故心为“阳中之太阳”。由于阳气主动，阴气主静，故心脏能不息地搏动，从生到死，莫不以阳气为先决条件。故心主血脉与神志，也无不与阳气的主导作用有关。如果离开了阳气，则心脏就停止了搏动，而血脉不流，神志消灭，也是不言而喻。为此，凡是由于各种原因，损伤心之阳气，例如：治疗上的发汗过多；或者过服苦寒之品，而内伤阳气；或因年老阳虚，以及禀赋素弱等等，皆可发生心阳虚的心悸症。治当甘温扶虚，以补心胸阳气，方用桂枝甘草汤。气暖胸，温畅血脉，使心肌得养，则心悸自安。此方妙在药味简捷，又要一次服完，则药力专一，而直达病所，发挥疗效。②阳虚心悸烦躁：若上述阳虚心悸，而又兼见烦躁不安等症，乃是阳虚而心神不潜敛的反映。治应补心敛阳，镇静神气，方用桂枝甘草龙骨牡蛎汤。桂枝 6g，炙甘草 6g，龙骨 12g，牡蛎 12g。本方用桂枝、甘草温补心阳之虚；龙骨、牡蛎潜敛神气而镇静安心。③心悸烦躁手足厥冷：夫阳虚之心悸，若下使肾阳亦虚，兼见烦躁而手足厥冷，脉沉而舌淡者，则

少阴上下皆虚。治当心肾同温，上下兼顾，方用茯苓四逆汤。茯苓 12g，人参 6g，炙甘草 6g，附子 12g，干姜 6g。本方用茯苓、人参以补心气，附子、干姜、炙草（即四逆汤）以温肾阳。务使心肾之气内充，而水火既济，则心悸烦躁、手足厥冷等症自已。刘氏在临床治心阳虚而阴邪滋盛，症见手足发冷，胸满气短，尤以入夜为甚而窘急，非氧气而不能解者，每于上方加桂枝 9g，生姜 9g，大枣 7 枚，减去干姜，取之多效。④心悸气冲胸咽：上述之阳虚心悸，亦可兼见气从少腹而上冲胸咽，面焮热如醉酒状，头目为之眩晕，则为阳虚于上，阴乘于下所致。其脉弦而带结，按之无力，舌淡嫩苔白。治当温补心阳，纳气归根，方用苓桂味甘汤：茯苓 12g，桂枝 10g，五味子 10g，炙甘草 6g。本方桂枝配甘草则温补心阳；茯苓桂枝配则下气消阴；桂枝配五味子则潜阳于下，而使龙归大海，其气自敛。

心阴虚类：①阴虚作悸：患此证者，每因青灯奋读，劳神少寐；或用心不息，而阳用过极；或因情志之火内伤其阴，则心失阴血之养。阴不制阳，阳气浮动，血脉不调，心律不齐，而发生心悸。本证表现：心悸而烦，失眠少寐，口舌生疮，脉来细数，舌红少苔。治当滋补心阴，凉血清热，方用补心汤。补心汤方：生地 12g，玄参 10g，丹参 10g，天冬 6g，麦冬 10g，柏子仁 10g，当归 10g，酸枣仁 10g，远志 6g，茯神 10g，党参 10g，桔梗 3g，朱砂粉 1g（另包分冲），五味子 3g。本方用生地、玄参、天冬、麦冬以滋心阴之虚，丹参凉血清心，柏子仁润心定志，茯神、远志安神养心，酸枣仁、五味子敛阴潜阳，当归补血，党参益气，朱砂镇心而有灵，桔梗载药以滋心阴。②阴虚阳亢：若阴虚之心悸，而续发厥阴心包风阳发动，则症见心中憺憺大动，头目眩晕，行路不稳，耳鸣如蝉，肢颤手麻，

心烦少寐，脉细而弦，或带结象，舌则光红似锦，无苔可言。治当滋阴补血，平息风阳，方用三甲复脉汤。三甲复脉汤方：龟甲 15g，牡蛎 15g，鳖甲 15g，麦冬 30g，生地 30g，阿胶 10g，白芍 12g，炙甘草 12g，麻仁 10g。本方用了大队有情之品，滋阴息风，功大力专。其中加阿胶之甘，龟甲、鳖甲、牡蛎之咸，直走肝肾峻补其阴，配以麦冬、生地、白芍大滋心肝之阴；麻仁润燥以通幽，甘草扶虚而化赤，诸药配合，相须相成，共奏息风定悸之功。

心之气血阴阳两虚类：①心脾气血两虚：此病由于思虑过度，或在亡血之余，心脾气血两虚，不能奉养心主，则发为心悸，并伴有周身无力，饮食不馨，精神恍惚甚或健忘等症，其脉濡缓无力，面舌色白，天然不泽。治当温补心脾，气血两顾，方用归脾汤。归脾汤方：白术 10g，人参 10g，黄芪 10g，炙甘草 10g，当归 10g，茯神 10g，远志 6g，炒酸枣仁 12g，龙眼肉 12g，木香 3g，生姜 3 片，大枣 3 枚。本方用白术、人参、黄芪、甘草补心脾之气；当归、龙眼肉补心脾之血；茯神、远志而有宁心之妙；炒酸枣仁则补肝安魂，有治失眠之功；所奇者用一味木香，既可补而不滞，又可通脾奉心，以发挥诸药之疗效。②心之阴阳两虚：心阴阳两虚证，每继发于各种心脏病中；亦可发于虚人受邪，内震心宫，而脉来结代，心脏动悸不安；或见少气而烦，大便秘结，心神慌乱，不能自主等象。考心悸之病，其脉未必告结，惟心阴阳两虚证，脉必见结代为验。如脉不结代，则又另当别论。治当益气养血，阴阳双补，方用炙甘草汤。炙甘草 15g，人参 10g，麦冬 30g，生地 30g，桂枝 10g，生姜 10g，大枣 15 枚，阿胶 10g（烊化），麻仁 10g（用清酒与水各半，浓煎，分 3 次服，令 1 日尽）。本方炙甘草、桂枝以补心阳；麦冬、生地以滋心

阴；人参补脏以复脉；阿胶育阴而滋血；麻仁润燥以缓胃肠；姜、枣和中而调荣卫。从其药物组成分析，虽云阴阳两补，但补阴之力大于补阳，不可不知。

(2) 心被邪扰作悸，大致有 4 种情况可以发生：

①因惊作悸：此证的特点，心悸不安，胆小善畏，睡则做恶梦，惊叫而醒，身出虚汗，六脉弦而小数，或见动脉之候，舌苔薄白而润。治宜镇惊安神，养心定悸。朱砂安神汤方：人参 9g，龙齿 12g，珍珠母 30g，茯神 10g，远志 6g，炙甘草 6g，当归 10g，朱砂粉 1g（另研分冲）。本方用人参、当归以补正安魂；龙齿、珍珠母潜敛心神内返；茯神、远志有宁心安神之功；炙甘草补心脾而和血脉；朱砂镇惊定悸而使神宁梦稳。②痰热扰心作悸：此证每因气郁不畅，积久化热生痰，痰热相因，则犯胆扰心，发为心悸之变。症状：口苦，呕吐，心悸且烦，胆小善畏；或兼见“三幻”症状（即幻见、幻闻、幻觉），脉弦而舌苔白腻。治当清热化痰，以定惊悸，方用温胆汤。半夏 12g，茯苓 12g，竹茹 12g，生姜 12g，枳实 9g，橘皮 9g，甘草 9g。本方半夏、竹茹清化痰热之邪；橘皮、枳实利气行津，以散痞结；茯苓宁心利水以消生痰之源；生姜健胃止呕，以散水饮之结；甘草扶正而和诸药。③膈饮犯心作悸：此证因膈间停饮，饮为阴邪，必来搏阳，故有心悸不安，心下痞满，呕吐，头目眩晕等症，则脉弦舌水滑，亦势必然矣。治当渗饮于下，涤痰于中，方用小半夏加茯苓汤。小半夏加茯苓汤方：半夏 15g，生姜 20g，茯苓 30g。本方以小半夏汤温涤痰饮而治呕吐；茯苓淡渗利水，以消膈间之饮，使邪从小便去。④水气凌心作悸：水气凌心的悸证，是水阻之邪，上犯心阳的一种病变。其证的特点是气从心下上冲心胸，而心悸胸满，短气，头目眩晕，脉则沉弦，

舌苔水滑而白，而质则淡嫩，方用苓桂术甘汤方：茯苓 15g，桂枝 10g，白术 6g，炙甘草 6g。本方桂枝配甘草以补心阳；桂枝配茯苓则利水、通阳、下气；茯苓配白术，则利水消饮；茯苓配甘草，则扶虚宁心；甘草配白术则又有崇土制水、扶正祛邪之美。药只四味，变化万端，相须相使，以尽治疗之长。^[1]

2. 赵冠英诊治经验

赵氏将心律失常的治疗归纳为 6 法：

(1) 益气活血法

心主血脉，气帅血行。此法针对由于心气亏虚、帅血无力的气虚血瘀型心律失常。症见：心悸乏力，胸闷气短及胸部隐痛，精神倦怠，脉结代等。常用于冠心病、风心病、高心病或心肌炎恢复期等，由于此类病人多年老体弱、病情迁延或毒邪耗损，使心气衰弱，鼓舞气血运行的力量不足，血行不畅，心神躁动，导致心律失常。治宜补益心气为主，活血通脉为辅。常用四君子汤或参术汤加丹参饮等加减。赵氏曾治某男，64 岁。既往患冠心病多年，近 1 个月来，感冒后出现阵发房颤，验心肌酶谱升高，伴心悸乏力，气短胸闷，精神倦怠，懒言少语，纳呆，舌黯、苔薄白，脉细缓。施以本法。药用：黄芪、党参、白术、茯苓、丹参、石菖蒲、当归、酸枣仁、红花、苦参等药。治疗 2 周，症状缓解，房颤未发作。

(2) 益气养阴法

心主血脉，主藏神，阴血为体，心神为用。系针对因心气不足，行血无力及阴血亏虚，心神失养所致的气阴两虚型心律失常。常用于冠心病、甲状腺功能亢进症、高血压性心脏病或神经衰弱等病引起的各种心律失常的患者。此类患者

因久病体虚，气阴耗损，或思虑过度，心脾两伤，气血不足，阴血亏耗，使心气衰弱，心神失养，导致心脉不宁，心神躁动而发生心律失常。治宜益气养阴、补血复脉。常用生脉饮与炙甘草汤或归脾汤与柏子养心丸合方加减。曾治某女，39岁。患甲状腺功能亢进症3年，近2个月来，自觉心慌心烦，胸闷气短，眠差多梦，多汗口干，舌红少苔，脉细数。心电图示：频发室上性早搏及室上性心动过速。赵氏施以本法。药用：黄芪、太子参、麦冬、五味子、生地、白芍、阿胶、炒酸枣仁、丹参、石菖蒲、当归、珍珠母等药加减。18剂后，患者症状缓解，早搏几近消失。

(3) 活血化瘀法

心主血脉，脉络以通达为要，气血以周流为和。系针对脉络痹阻，血行瘀滞，心脏运血不畅引起的心律失常。常见于冠心病、陈旧性心肌梗死、高心病、风心病等引起的心律失常或传导障碍。此类病人，由于病久脉络痹阻，外则使心脏运血不畅，内则使心脏失于气血滋养，导致心气不宁，心神躁动而出现心律失常及心悸心痛。治宜活血通脉，兼用益气养血安神。常以桃红四物汤与丹参饮加减。曾治某男，57岁。患冠心病，陈旧性心梗。近3个月，反复心绞痛及频发室性早搏，冠状动脉造影示：三支狭窄。自觉心前区疼痛，心慌，胸闷，眠差，舌黯瘀斑，脉沉涩。赵氏施以活血通脉。药用：黄芪、党参、丹参、红花、桃仁、川芎、赤芍、白术、郁金、桂枝、葛根、穿山龙等。服药20余剂，症状明显减轻，发作减少。

(4) 宣通心阳法

心主一身之阳气，鼓舞气血运行，胸中阳气不舒，浊阻得以上逆，而阻其升降。系针对由于胸阳被遏、心阳不振引起的心阳痹阻型心律失常。常见于冠心病、病态窦房

结综合征及传导阻滞性心律失常等。此类患者多由于痰饮、瘀血、寒邪等阴邪困遏胸阳，使心阳不达，导致气血运行迟缓，出现心动过缓、心律不齐等。治宜宣通心阳，兼化痰祛瘀或益气散寒。常用瓜蒌薤白汤与麻黄汤等加减。曾治某男，83岁。患冠心病、高血压病、脑梗死等病，自觉胸闷，心慌，头晕，乏力，舌黯红、苔薄白，脉弦迟。心电图示：窦性心动过缓，频发室性早搏。治以益气活血、宣通心阳。药用：黄芪、当归、川芎、丹参、石菖蒲、莪术、红花、瓜蒌、薤白、葛根、钩藤等药加减治疗18天，症状缓解。

(5) 温阳通脉法

心为君火，温煦全身，心阳衰弱则鼓舞无力，血行迟滞。系针对心阳虚衰引起的各种心律失常。常见于窦性心动过缓、病态窦房结综合征、心肌梗死后心律失常及各种原因的心功能不全伴发的心律失常。此类患者多因病久阳衰或大病伤阳，使心阳衰弱，心神为之失用，气血为之迟滞，从而导致心律失常，还可致水液内停。故治宜温阳益气及活血通脉。常用麻黄附子细辛汤、参附汤、桂枝甘草汤等方加减。曾治某男，54岁。先后2次发生心肌梗死，病后胸闷气短，神疲乏力，怕冷心慌，舌黯淡、苔白、脉沉迟。心电图示：右束支传导阻滞、室性早搏、阵发三联律。治宜温阳益气、活血通脉。药用：生晒参、黄芪、白术、熟附片、丹参、石菖蒲、莪术、红花、延胡索、川芎、酸枣仁、白芍、三七等。服药28剂后，症状明显减轻，精神体力明显改善。

(6) 交通心肾法

心为火，居上焦，肾为水，居下焦，心肾相交，水火既济，是保持阴阳平衡的根本。系针对水不济火，心肾不

交型心律失常。常见于冠心病、甲状腺功能亢进症及神经衰弱等原因引起的心律失常。此类患者，因情志失和，饮食不调等原因引起心火亢盛，肾水亏虚，水火不济，心肾不交，使心神浮越，气血紊乱，从而发生心律失常。故治宜滋阴泻火，清心安神。常用天王补心丹与交泰丸加减。曾治某男，61岁。患高血压、冠心病。近2月来，出现心慌心悸，心烦不宁，眠差多梦，胸闷不舒，舌淡红、苔薄白，脉细而促。心电图示：快速房颤。治宜益气养血、滋阴清热、交通心肾。药用：黄芪、党参、麦冬、五味子、当归、丹参、炒酸枣仁、石菖蒲、黄连、桂枝、苦参、川芎等。服药2剂后，症状缓解。^[2]

3. 李培生诊治经验

李氏认为心律失常可分为虚实两类：实证多由痰滞、气郁、血瘀所致；虚证多与阴血不足、阳气虚衰有关。其临床特点：心悸，胸闷，胸痛，短气，乏力，脉结或代、或疾或迟等，临床当循此而辨证处方用药。

(1) 滋阴和阳

心律失常者，每有气阴两虚之脉证。盖心主血脉，血以养心，而血气互用，所谓血载气，气帅血也。外邪入心，心阴阳受损，气血亏虚，心失所养，鼓动无力则心悸气短，脉结或代。当以滋阴养血、通阳复脉为主，兼以治标。症见心悸气短，自汗，少寐多梦，胃纳不振，疲乏无力，脉细或细数，或结代，舌质淡红、苔薄黄或苔剥。此证多见于植物神经功能紊乱、心肌病、冠心病等引起的房性或室性期前收缩、心动过速、心房纤颤等。治宜滋阴和阳、益气养血。药用：炙甘草、人参、生地、麦冬、阿胶、麻仁、茯神、炒山楂、砂仁、大枣等。若触事易惊，心悸不安，

宜加龙牡、珍珠母、柏子仁、炙远志等，以重镇潜纳，宁心安神，定惊止悸；胸闷太甚，自感窒息，呼吸不畅，可加郁金、瓜蒌皮、薤白、橘皮等通阳利气，宽胸散痹；胸部刺痛，舌质紫黯，可加三七、丹参、赤芍、制乳没等，以活血消瘀、通络止痛；心烦不寐，口糜生疮，舌质红绛，是心火太旺，则宜加入丹皮、丹参、竹叶、玄参等育阴养血、清火除烦，甚者加黄连，以苦寒直折火势。

【典型病例】

张某，男，40岁，干部，1982年9月10日初诊。心悸短气、神志不安2年。患者长期在某市搞计划工作，2年前过于劳顿，病发心悸不安。当时做心电图检查，提示“频发室性早搏”，对症治疗3月余，症状好转，惟停药后病情反复，近期病情加重。诊其脉，5、6息即见一止，心悸不安，夜间不眠。遇劳或失眠则心停发剧，饮食、二便尚可，舌边尖甚红，中有白苔。素嗜烟酒。证属劳心太过，阴液虚而不得濡润，阳气虚而不得畅通，遂致心主受累，而见脉结代心动悸之病。治宜益气补虚、滋阴和阳、宁心安神。处方：炙甘草12g，人参10g，生地15g，阿胶12g，炒麻仁12g，茯神、龙骨各15g，煅牡蛎12g，桂枝3g，生姜3g，大枣10g。上药1剂分3服，服时兑入米酒半汤匙合服，并嘱其戒烟酒、辛辣之品，以安静摄养为宜。药进15剂，心悸失眠好转，脉搏仍有间歇，惟面部时有浮肿，腹满不适，上方去龙、牡、炙草，生地减量，而加茯苓、山楂炭、橘皮、橘络以理气消胀。连服15剂，心悸各证大减，脉搏歇止偶见，乃于前方中加入丹参、柏子仁养心安神。服药30剂后，复查心电图已见正常，现已参加工作。

(2) 涤痰通络

李氏认为，痰湿阻络是心律失常的又一重要病机。《证治汇补》所谓：“痰迷于心，为心痛惊悸怔忡恍惚”。李时珍亦云：“迟司脏病或多痰”，可见痰湿亦能导致心律紊乱。因诸阳受气于胸，邪恋胸中，胸阳不振，津液不布，凝聚为痰，痰阻气机，则胸痛胸闷；痰浊阻滞，肺失宣肃，而有咳喘短气诸证。本证凡以胸阳痹阻为主，即可以祛痰为法。症见心痛闷胀，胸中窒闷或如累压，左肩背及左臂内侧有胀闷或痛麻，头晕眼花，泛恶欲吐，舌质红或暗淡、苔白腻，脉弦缓或弦滑，或迟或结代。其多见于冠心病、风心病、高心病等引起的早搏、传导阻滞或心房纤颤等。治宜涤痰通络。药用：瓜蒌实、薤白、法夏、川贝、炒枳实、橘皮、橘络、炒山楂等。若胸闷气短者，宜加党参、麦冬、五味子等益气复脉；心悸怔忡，可加炙甘草、柏子仁养心安神；心前区闷痛加石菖蒲、檀香理气行滞；心痛彻背、背痛彻心，加赤白芍、丹参、乳没活血通络；血压升高，加生龙牡、天麻等重镇潜降。

〔典型病例〕

胡某，女，43岁，工人，1983年3月12日初诊。心悸胸闷喘气反复发作5年，复发加重1月。阵发性夜间呼吸困难，不能平卧，心有憋闷，头昏乏力，轻度咳嗽，有时咯少许粉红色痰，小便短少，舌质黯红、边有瘀点、苔白厚腻，脉结代。体检：口唇发绀，颜面轻度浮肿，两颧紫红，心率102次/min，律不齐，心尖闻及隆隆样舒张期杂音，心电图：P波增宽并有切迹，电轴右偏，心房颤动。X线检查：心房增大。某院诊断为“风湿性心瓣膜病、二尖瓣狭窄、心衰Ⅱ度”。经长期抗感染、强心、利尿等处理，时好时发。此次发作，经某医院中药温阳利水之剂治疗，反致咳喘加剧，咯血不止。此非阳虚寒凝，乃胸阳痹

阻，痰浊凝聚，脉络不通。治宜宣痹通阳，涤痰散结，活血止血。处方：炒瓜蒌皮 15g，薤白 10g，川贝 10g，丹参 30g，赤芍 30g，当归 15g，制乳没各 6g，茯神 30g，血余炭 10g，白茅根 30g，仙鹤草 30g，木通 10g，三七粉 6g（另包吞服），炒山楂 15g，橘皮络各 10g。服药 5 剂，咯血即止，胸闷缓解，咳喘亦轻，小便通利，浮肿告退，惟活动后稍有喘气，肢体乏力，舌质黯红、苔薄白，脉结代。遂以上方去血余炭、仙鹤草、木通，加太子参、麦冬、五味子等，迭进 60 余剂，诸证缓解。后以通阳散结、活血通络、养心安神之法调治收功。随访 2 年未发。

（3）解郁行滞

情志失调是导致心律失常的病因之一。《灵枢·口问》谓：“心者，五脏六腑之大主也……故悲哀愁忧则心动，心动则五脏六腑皆摇。”《素问·举痛论》云：“惊则心无所倚，神无所归，虚无所定，故气乱矣”。可见，各种情志刺激都可能伤及心脏，心神受损又可影响其他脏腑，反过来又加重心脏病情。从临床观察，情志失调引起心律失常者以肝气郁结者为多见。因此调理脏腑气机、解郁行滞是治疗心律失常的两个方面。症见胸闷心悸，失眠多梦，短气乏力，胁肋胀痛，情志抑郁，善太息，噎噫频作，食纳呆滞，或咽中如物梗阻，吞咽不利，月经不调，甚或闭经，舌红、苔薄白或薄黄，脉弦结代或细而结代。此证多见于心脏神经官能症、神经官能症、更年期综合征等有心律失常者。治宜疏肝解郁，养心安神。药用：柴胡、白芍、炒枳壳、制香附、郁金、陈皮、茯神、丹参、炒山楂等。若心悸怔忡，心律较快者，加龙、牡、珍珠母等以定惊安神；心胸憋闷，有窒息感者，加瓜蒌皮、薤白、苏梗等以宽胸理气；胸间多痰，舌苔较腻者，加川贝、石菖蒲、橘红等

化痰通络；心神不宁、夜不安寐者，加柏子仁、炙远志、合欢皮等养血安神；胸闷刺痛，难以耐受者，加桃仁、红花、赤芍等活血化瘀；心烦急躁，卧寐不安者，加炒山栀、黄连、玄参等清心除烦。

〔典型病例〕

周某，女，46岁，教师，1991年9月30日初诊。心悸胸闷腹胀反复发作7年，复发加重1月。1984年行人流术后，情志不舒，大量食用海马、蒸鸡等，致手足浮肿，心悸，腹胀，以为虚损使然，又过服补益之药膏（药名不详），上证加重。曾到某医院诊治，心电图：多发室性早搏，服心律平、谷维素、肌苷片等西药及中药健脾益气、活血化瘀之剂，无明显效果。现心悸胸闷，头昏乏力，失眠多梦，性情烦躁，腹胀纳呆，嗝气频作，大便干燥，小便灼热，月事已3月未潮，舌红苔薄黄，脉来结代，每分钟歇止8~9次。症由情志不遂，滥用补益，则肝气郁滞，脾胃失运，血运失常，心神失养，故有心悸胸闷、纳差腹胀、性情烦躁、脉来结代等证。治疗之法，当以疏肝解郁、宽胸理气、健脾和胃、养心安神为法。处方：柴胡10g，炒枳壳10g，制香附10g，苏梗10g，郁金10g，瓜蒌皮12g，薤白10g，橘红10g，白芍12g，炒丹皮10g，茯神15g，合欢皮10g，麦芽15g。服用上方5剂，心悸好转，浮肿腹胀减轻，大便也较前通畅，脉转细数，惟稍有胸闷。于前方适量参入养血活血之品：柴胡10g，炒枳壳10g，丹参15g，赤白芍各12g，瓜蒌皮12g，薤白10g，郁金10g，苏梗10g，制香附10g，合欢皮10g，麦芽15g。连服15剂，心悸胸闷消失，身无浮肿，纳食正常，脉象细而弦。惟食后稍感腹部不适。后用疏肝健脾、养血和血之剂调治而愈。

(4) 活血通络

李氏认为，血瘀气滞于心律失常中极为常见，李时珍所谓“结脉皆因气血凝”。活血化瘀，调畅气机，对改善微循环，增加冠脉流量，抗心律失常等有良好功效。症见胸闷刺痛，频频发作，心悸气短，精神抑郁，头昏身倦，面色晦暗，唇甲青紫，舌质黯红或边有瘀点、舌苔薄白或薄黄，病久阴伤者，舌红少苔，脉沉弦涩或促或结代。其多见于冠心病、风心病等引起的早搏、房颤等心律失常。治宜活血通络，行气止痛。药用：桃仁、红花、当归、赤芍、枳壳、生地、丹参、制香附、山楂炭等。若瘀血胸痛甚者，加乳没、灵脂、延胡索等活络止痛；胸闷有窒息感者，加厚朴、苏梗、瓜蒌皮、郁金等宽胸理气；心悸头昏，有热象者，加葛根、苦参、黄连以清心泻热；心率较快，阴虚阳亢者，加夏枯草、菊花、钩藤等清热潜阳；胸闷有痰者，加瓜蒌皮、薤白、法夏、川贝等化痰散结；心阴虚损者，加人参、麦冬、五味子、炙甘草等滋阴复脉；心阳不足者，加党参、桂枝、甘草等温通心阳。

[典型病例]

梁某，男，74岁，干部，1989年9月5日初诊。心悸胸闷反复发作5年，复发加重半年。5年前因为劳累及饮酒病发心悸胸闷，发作欲死，即到某医学院住院诊治，经超声心动图等检查，诊断为冠心病、心房纤颤。用西地兰等治疗，病情缓解。但稍遇劳累或情志不舒时，房颤又发。先后住院5次，房颤时发时止。近半年来，发作尤为频繁。刻诊心悸气短，胸闷不适，时有胸痛，痛如针刺，动则喘气，睡眠多梦，口干舌燥，大便干结，小便色黄，舌质黯红、边有瘀点、苔光剥少津，脉来见代。辨证属心血瘀阻、脉络不通、阴津亏耗、心神失养。治用活血通络、理气宽

胸、滋阴复脉。处方：丹参 30g，赤白芍各 15g，桃仁 10g，红花 6g，炒枳壳 10g，郁金 10g，瓜蒌仁 15g，生地 15g，太子参 15g，麦冬 10g，五味子 10g，炙甘草 10g，茯神 15g，炒山楂 15g。药后心悸气短好转，心痛消失，大便通畅，舌面有少许津液，但仍有胸闷，稍有气喘，睡不安神，舌黯红，边有瘀点，苔光剥较前为好转，脉代。是血脉瘀滞未去，心阴亏损证在，宗上方略为出入为治：丹参 30g，赤白芍各 15g，制乳没各 6g，瓜蒌仁 15g，柏子仁 10g，茯神 18g，西洋参 6g（另包切片含服），麦冬 10g，五味子 10g，炙甘草 10g，生地 15g，山楂炭 15g，香橼皮 10g，橘皮络各 10g。连服 15 剂，心悸胸闷气短缓解，喘促已平，舌上生有薄白苔，脉转细数。心电图检查基本正常。后以养血活血、滋阴复脉、宽胸理气之法调治数月而愈。

李氏对心律失常的用药进行归纳：快速性心律失常者，用柏子仁、当归、菟丝子、石斛、徐长卿等养血安神、滋阴补肾的药物，认为有减慢心率的作用；缓慢性心律失常者，用麻黄、麝香、鹿茸、茶叶等芳香走窜、温阳兴奋的药物，有加速心率的作用。此外，如炙甘草汤及生地、麦冬、延胡索、赤芍、柴胡、桂枝、茵陈、苦参等，均有抗心律失常的作用，临床上可以随证选用。^[3]

4. 华明珍诊治经验

华氏认为冠心病心律失常系本虚标实之疾，本虚以肾虚为主，标实主要为瘀血，治重补肾活血。肾为先天之本，生命之根，为水火之脏，主一身阴阳，五脏之阴非此不能滋，五脏之阳非此不能发，心阳源于肾，赖肾阳以温煦，命火充足则心阳振奋；肾阴上济以滋心阴，濡养心阳，使其不亢。《素问·五脏生成篇》说：“心之合脉也，其荣色

也，其主肾也。”另外，《景岳全书》也有“凡治怔忡惊悸恐者……阳统乎阴，心本乎肾，所以上不宁者，未有不由于下”的记载。由此可见，肾与心关系密切。冠心病心律失常多见于中老年人，年龄增长是本病的重要易患因素，其发病年龄与肾气衰弱的年龄是一致的，男性患者几乎在40岁以上，而女性则在绝经后发病率显著上升，符合《素问·上古天真论》所述肾虚发病的年龄规律。肾阳不足，命门火衰，心君失于温养则心阳不振、心神失守而发为惊悸怔忡、心中空虚、惕惕而动，此即《证治汇补·惊悸怔忡》所谓：“有阳气内虚，心下空豁，状如惊悸。”肾阴亏虚，虚火上扰，心阳独亢，则心失宁静，心悸动而烦，也如《素问玄机原病式·火类》所说：“水衰火旺而扰火之动也，故心胸躁动，谓之怔忡。”盖心为致病之标，肾为受病之本，故治上者必求其下，欲养心阴，必滋肾阴，欲温心阳，必助肾阳。

华氏认为，肾为血脉运行的原动力。肾阴亏虚，津液不足，脉络空虚，脉内有效血容量减少，血粘度增高，血流速减慢则血滞脉络；肾阳不足，温煦推动血行之力减弱，血流减慢，亦致瘀滞脉络；若肾中真阳衰竭，阳虚生内寒，寒则血凝，也将导致瘀阻脉络。可见肾虚为病，无论是肾阴虚还是肾阳虚，都将发生因虚致瘀的病理改变。由于血脉瘀阻，心失所养，神无所主，故见心悸、心痛、胸闷等症。脉络瘀阻，血行不畅，则有碍肾精的充养、肾气的化生，故补肾有助于血脉的流通，活血又有利于肾阴、肾阳的化生。因此，对于本病的治疗，华氏主张补肾活血，临证还须详审心动过速还是心动过缓。

华氏在以上对冠心病心律失常病机认识的基础上，提出补肾活血、标本兼治的治疗大法。

(1) 温肾助阳、活血通络

用于冠心病缓慢型心律失常。常见心慌胸痛，心胸憋闷，气短息促，头晕乏力，畏寒肢冷，唇色紫黯，舌体胖嫩，舌质淡红，脉沉细、迟或结代。常用自拟增率汤：炮附子 10g，淫羊藿 10g，细辛 3g，黄芪 18g，川芎 10g，党参 12g，当归 10g，枸杞子 10g。

[典型病例]

患者，男，61岁。心慌胸闷5年，加重3天，入夜尤甚，伴身倦欲寐、畏寒怕冷。查：舌质黯淡，边有瘀斑，脉沉细结，心率54次/min，律不整，早搏6次/min，未闻及病理性杂音。心电图示：陈旧性下壁心肌梗死，窦性心动过缓，频发室性早搏。治以温壮肾元、活血通脉。处方：炮附子 12g，淫羊藿 10g，黄芪 18g，党参 10g，川芎 10g，当归 10g，枸杞子 10g，炙甘草 10g。水煎分2次服，日1剂，连服6剂。复诊：诸症消失，体力渐增，心率上升至61次/min，律整。继服上方加减以资巩固。

(2) 滋阴补肾、活血复脉

用于冠心病快速型心律失常。常见心慌心烦，胸痛阵作，胸闷气短，口干盗汗，腰酸乏力，头晕耳鸣，舌质黯红，少苔或无苔，脉细数、促或疾。常用自拟定心汤：何首乌 12g，延胡索 10g，三七粉（冲）3g，苦参 15g，珍珠粉（冲）0.3g，炒酸枣仁 15g，淫羊藿 6g。

[典型病例]

患者某女，60岁。冠心病病史13年，心慌加重1天，胸痛时作时止，心烦躁扰，失眠多梦，大便干结。诊见：舌质黯红、苔少，脉促，血压165/90mmHg，心率100次/min，律不整，心音强弱不一。心电图示：心房纤颤，冠状动脉供血不足。治以滋肾养阴、活血化瘀。方药：何首乌

15g, 黄精 10g, 延胡索 12g, 三七粉(冲) 3g, 苦参 18g, 炒酸枣仁 18g, 珍珠粉(冲) 3g, 淫羊藿 6g, 甘草 6g。3 剂水煎服, 日 1 剂。二诊时心慌消失, 胸痛亦轻, 心率 88 次/min, 律整。心电图示: 冠状动脉供血不足。自述仍感心烦失眠, 上方加五味子 10g, 莲子心 3g, 继服 6 剂, 心烦消失, 嘱继续服药治疗以善后。^[4]

5. 赵锡武诊治经验

赵氏认为心律失常属于中医之心悸、怔忡范畴, 是临床常见病症, 多为心系本脏疾病所伴生, 诸如冠心病、慢性肺源性心脏病、心肌炎、充血性心力衰竭等。辨证或气血两亏, 或痰瘀阻络, 或后天不足、宗气失充, 或肾阳虚衰、水气上逆, 或肝木佛郁、气机不疏……。临证时当辨病与辨证相结合, 既明其病, 掌握其自身发展的一般规律, 又知其证, 辨清气血阴阳之所属。如此方能执其机要, 应付自如。

(1) 冠心病心律失常

冠心病发作时以胸痛为主要症状, 一般归于“胸痹”论治。然临证之中, 尚有不少患者仅表现为心悸、胸闷、短气等症, 若仍从胸痹论治, 其效不佳。

赵氏认为, 冠心病之发心悸诸症, 与心、肺、脾胃关系甚密。心为阳中之阳, 位于胸中, 主脉而司血运。若心阳虚微, 鼓动无力, 脉道难充, 则濡养无权; 肺主治节, 佐心而匀脉律, 肺气不足, 帅血无能, 故脉动应息失常; 脾胃乃后天之本, 将水谷之精气灌注于五脏六腑、四肢百骸者, 分为三隧, 是调营、卫、宗气。宗气积于胸中, 营卫行于脉体内外。心舍脉、主动, 营血充盛, 脉动有力方能一息四至, 此谓之无过。又《素问·平人氣象论篇》云:

“胃之大络，名曰虚里，贯膈络肺，出于左乳下，其动应衣，脉宗气也。”左乳下乃心动之处，且曰胃之大络，又曰宗气，故尔心胃关系甚密。

冠心病心律失常的治疗，除习用宣阳通痹之瓜蒌薤白半夏汤为主外，复有补气养血、心胃兼顾、活血行水、补肾养筋诸法可资。

赵氏认为，气之与血，同出而异名。血者气之体，气者血之用。补气能养血，养血亦可益气。故心悸，面色无华，舌淡脉虚者，宜补气养血，投当归补血汤；若见脉间歇而至，心悸短气者，则宜当归芍药散；若心动悸，脉数者，用生脉散加酸枣仁、龙骨、牡蛎、当归；若见脉结代，心动悸，辄用炙甘草汤。心悸胸闷，脘痞泛恶，气塞短气，证偏实者宜橘枳姜汤加减；而动则心悸气短，胸中气塞，病兼在肺者，予茯苓杏仁甘草汤；心悸目眩，胸胁支满，苔白脉滑者，方从苓桂术甘汤出入；若伴心中痞气，胁下冲胸，证偏虚者，宜人参汤加味；心动悸，脉结代兼阳虚浮肿者，则应以瓜蒌薤白半夏汤与真武汤化裁并加活血之品，是属活血利水法；胸闷心悸，头晕耳鸣，兼两尺无力，脉迟，腰酸腿软等肝肾不足，筋失荣润之证，宜补肾养筋之法；阴虚增杞菊地黄丸；阳微合桂附八味丸；便干者宜加草决明、火麻仁；不得寐者添酸枣仁；头昏、脉弦，阴虚阳浮，症见血压偏高者，宜酌用天麻钩藤饮。

（2）慢性肺源性心脏病心律失常

慢性肺源性心脏病，赵氏认为，其标痰饮停滞，肺气壅塞，其本心肾阳虚。肺气壅塞，症见咳嗽严重，痰多胸闷时，多归痰饮、咳嗽论治；若心肾阳虚，水气上逆，症见心悸气短，不能平卧，动则尤甚，尿少浮肿等，则从心悸、水气病证着手论治。然此病心悸，既有别于心血不足

之虚，又不同于痰瘀交阻之实，乃虚实兼夹为患。故遣方用药，温补心肾之阳顾及其本，多择附子、肉桂、麻黄、干姜之辈；温化水饮治其标证，常用茯苓、白术、车前子等物，标本同顾，攻补兼施，不可偏执一端。若心肾阳虚兼见表邪，治宜温阳宣肺利水，方用真武汤合越婢汤加减；若水肿甚显，可施通阳泄水之法，方选消水圣愈汤（即桂枝汤去白芍加麻黄、附子、细辛、知母）；苦心肾阳虚兼心肺气阴不足，宜真武汤合生脉散，复加利肺化痰之品。

（3）心肌炎心律失常

赵氏认为，心舍脉，脉为血之府，营行脉中，卫行脉外。营卫根于中焦，会于心肺。外邪入侵，营卫首当其冲，其邪留而未去，或去而未尽，可循经脉累及于心。况温毒必损其阴，血属阴，“诸血者皆属于心”，故易伤血及心。伤则先损其体，后废其用，心悸，胸闷，神疲乏力，脉结代诸症迭见。因此，治疗心肌炎并发的心律失常，要抓住毒邪侵心的主要病机，先宜祛邪解毒，清其血热，继则辨其阴阳之损伤不同，扶正为要。

初期法当宣散解毒，养阴清热。择竹叶石膏汤加味方，常加葛根 18g，连翘 15g，生地 30g，地丁 12g，蒲公英 30g，金银花 15g 以宣邪解毒；取生脉散合一贯煎加栀子、丹皮、川连、蒲公英等养阴清热。要在初期即治其血分。中、后期呈现虚损之象时，予扶正祛邪法，选四君子汤加生地、地丁、紫草、板蓝根。心律失常为主要表现者，行活血利水之法，辅以清热解毒，方用当归芍药散合瓜蒌薤白汤加桂枝、蒲公英、川连、甘草；伴见关节疼痛者，宜宣痹通络解毒为主，佐以滋养心阴，方用吴鞠通《温病条辨》之宣痹汤，加解毒之金银花、大青叶，继投生脉散以

滋阴养心；低热不退，畏冷恶寒者，病在营卫，为余邪残留之征，祛邪务净，投以柴胡桂枝汤，俟营卫调和，厥阴疏利，成上焦得通，津液得下，胃气因和，热退而愈之功。此外，偶可见到温毒燔盛势猛，直入营血，耗气伤阴，邪盛正衰以及失治、误治之后，阴损及阳，阳气衰微，脉脱神离等证，此皆势笃情危，治当宜慎。

（4）充血性心力衰竭心律失常

赵氏认为，充血性心力衰竭为多种心脏疾病引起的严重心功能代偿不全的共同表现，证属心肾阳衰，水气上逆，凌心犯肺。故肿满、喘促、心悸诸症较为常见。其心悸之治非补益气血，养心复脉之所能，当取强心扶阳，宣痹利水之真武汤为主，复佐“开鬼门”、“洁净府”、“去宛陈莖”之治水三法方能奏效。

开鬼门，乃宣肺、解表之法，使肺气得宣，营卫因和，而求“上焦得通，漉然汗出”之效，其作用部位在肺。常用真武汤为底，配用越婢汤；肺热者配麻杏甘石汤。洁净府，意在行水利尿，使水行肿消，其作用在肾。以五苓散加车前子（包）15g，沉香（后下）9g，肉桂（后下）9g，或取消水圣愈汤变通。去宛陈莖法作用于脉，旨在散瘀通络、活血化瘀。须在真武汤强心扶阳基础上，择用桃红四物汤去生地加藕节、苏木等药。

此外，充血性心力衰竭并见心律失常者变证多见，治疗较为棘手，临床多崇炙甘草汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤、茯苓甘草汤诸方。阴虚者炙甘草汤配生脉散；阳虚者重用真武汤；心动悸，烦躁不安者，用桂枝龙骨牡蛎汤。^{〔1〕}

6. 张笑平诊治经验

张氏采用辨病与辨证相结合，自拟抗早搏汤，随症随

病加減。基本方：酒炒常山、半夏、苦參、炙甘草。心陽虛加附子、桂枝、細辛、白芍；心陰虛加北沙參、麥冬、生地、五味子；強心選用熟附片、黨參、枳殼；抗病毒選用大青葉、板藍根、貫眾；抗風濕選用獨活、桑枝；擴冠選用丹參、川芎、檀香；降壓選用珍珠母、生石決明、粉干葛；抗甲亢選用夏枯草、黃藥子、山慈菇。治療 23 例，顯效 16 例，進步 6 例，無效 3 例。常山、苦參有小毒，常山易致嘔，故用酒炒，并伴以半夏止嘔。苦參、常山均宜從小劑量遞增，以防止毒副作用發生。^[5]

7. 路志正診治經驗

路氏認為，由內外之濕邪引起的心律失常臨床頗為多見，且多有以下特征：①濕為陰邪，易傷陽氣；②濕為標，心脾氣虛為本；③濕邪侵淫心脈，阻滯氣機，故患者除常見胸悶、心悸外，還兼見脘痞、腹脹、納呆、噯氣、口粘、口干不欲飲、大便溏薄不爽、脈濡，化熱則見苔黃膩、脈濡數等証候；④濕性粘膩，故病情纏綿不愈；⑤各種類型的心律失常均可見到，但以過早搏動為多。濕邪所致之心律失常，病因病機複雜，病情兼夾，本虛標實，涉及心、脾（胃）、肝、肺等臟腑相兼為病。在治療時須根據濕邪致病特點，緩緩圖治，既不可早進補益，又不可驟然攻逐，而選用恰當的治濁濕方法。

路氏對濕滯心脈之心律失常，常以宣、化、滲三字統之，宣即開宣上焦，芳化中焦，調暢氣機，滲利下焦，使邪有出路。化熱則佐以芩、連、茵陳等清熱之品。肺主治節，朝百脈，相傳之官，肺氣得宣，有利于協助心主推動血脈之運行；芳香化濁，理脾祛濕，則能斡旋中氣，升降正常；滲利濕熱，从小便而去，往往三焦同治，而收事半

功倍之效。湿性弥漫，常充斥三焦，湿阻上焦，壅滞心脉，则见胸闷，心悸，喜太息，隐痛不适；湿蒙清阳，则兼见头重如裹，昏蒙不清；湿阻中州，则见胃脘痞满，恶心欲吐，纳呆，口粘，口干不欲饮；湿阻下焦，则神困肢倦，溲短色黄，小便不畅，口苦，心烦；在肠则便下不爽，甚或有粘液，面生痤疮……。总之，浊邪诱发之心律失常，其见症虽然多端，而其机制则一。初期则多有表湿、里湿之见症；而中后期则多成湿热之候。治疗用药应以轻灵为贵，中病即止。因芳化太过易化燥伤阴，渗利失当反致伤津耗液。湿邪一化，稍事巩固之后，即宜佐以补益，所谓谨守病机，求其所属，自能桴鼓相应，药到病除。^[1]

8. 姜春华诊治经验

姜氏认为，心律失常多属于中医惊悸、怔忡的范畴，常表现心悸、心痛、心烦、心慌、心胸闷等心的病理证候；反映在脉搏上则多见结脉、迟脉、涩脉、短脉、代脉、促脉。心律失常是中医“心主血脉”系统方面的病理变化，但与整体的阴阳失调、气血亏损、痰饮内停、瘀血阻络，乃至精神因素和外感时邪有关。所以《济生方·怔忡论治》说：“夫怔忡者，此心血不足也……又有冒风寒暑湿，闭塞诸经，令人怔忡；五饮停蓄，湮塞中脘，亦令人怔忡；当随其证，施以治法。”《张氏医通·神志门·悸》也认为：“夫悸之症状不齐，总不外于心伤……若夫虚实之分，气血之辨，痰与饮，寒与热，外感六淫，内伤七情，在临证辨之。”因此，心律失常的治疗，应辨证求因，从整体调节着手。姜氏治疗心律失常的临床经验，可概括为以下5个方面。

（1）活血化瘀、舒心通脉

心主一身之血脉，若心阳不足或心气郁结，心血瘀滞，则心脉鼓动无力，脉管中血运受阻，遂成心脉痹阻之证。心脉痹阻反过来又影响动脉鼓动，郁遏心气心阳，加重心血瘀阻。《素问·痹论》说：“心痹者，脉不通，烦则心下鼓。”脉不通者，脉来迟、结也；心下鼓者，心跳如击鼓也。此为心律失常而症见心跳如鼓，脉来迟结过缓。此外，还可见心痛、脉涩，如《素问·脉要精微论》说：“夫脉者，血之府也，……涩则心痛。”这些都是血瘀痹阻心脉而引起的心律不整、脉律失常。唐容川《血证论》说：“血虚则神不安而怔忡，有瘀血亦怔忡。”明确指出了血瘀可导致心律失常。王清任在《医林改错·血府逐瘀汤》中说：“心跳心慌，用归脾安神等方不效，用此方百发百中”，则点明了活血化瘀的血府逐瘀汤是治疗心律失常的有效方药。

姜氏经验认为：当心律失常起因于心脏的实质性病变时，例如冠心病、风湿性心脏病、病态窦房结综合征等，症见心痛、心悸、舌紫、脉迟涩或结代，不论寒热虚实，必有心血鼓动不畅、血脉运行障碍或瘀血搏击脉络的病理，此时血瘀为主要矛盾，治法首推活血化瘀、舒心通脉，再配合寒热虚实的辨证配伍，常能使心血畅通，心脉得宁，心律恢复正常。姜氏临床取血府逐瘀汤合丹参饮加减：丹参 15~30g，川芎 6g，当归 9g，红花 6g，生地 15g，全瓜蒌 15g，檀香 6g，砂仁 6g，桃仁 9g。寒甚加川椒 1.5g、细辛 3g，阳虚加桂枝 4.5g、附片 12g，胸闷加薤白 9g、枳壳 6g，气虚加党参 15g、黄芪 15g，瘀而有热加赤芍 12g、丹皮 6g、大黄 9g。

[典型病例]

卞××，男，78岁，离休干部。就诊日期：1982年3月9日。有冠心病史十余年，后又发现脑血管硬化，常发

心绞痛及早搏。心电图提示：Ⅲ度房室传导阻滞，自搏性交界性心律。主诉心悸，心慌，心痛，胸闷，头痛，手抖指红，大便有时秘结，有时日行2次，胃纳差，唇紫舌绛苔白腻，舌边有瘀点，脉弦结（脉率42次/min，有不规则间歇）。证属心血瘀滞，寒凝营热互阻，脉行鼓动不畅，治拟活血温化与凉营散瘀同用，舒心络而通心脉。处方：丹参15g，全瓜蒌15g，薤白9g，檀香6g，川椒1.5g，赤芍9g，红花6g，川芎6g，当归9g，桃仁9g，生地15g。连服14剂，心悸、心慌已平，心痛胸闷缓解，头痛手抖消失，脉弦有力（脉率68次/min，无间歇）。心电图复查：Ⅰ度房室传导阻滞，窦性心律。提示有明显好转。后予活血化瘀加入益气药调理数月，心绞痛未复发，心律基本正常。

（2）温阳化痰、宣畅心脉

姜氏认为，血脉运行全赖阳气以鼓动。外罹寒湿之邪，内伤饮食劳倦，致肺脾肾阳气受损，健运宣化失司，三焦气化不利，不能蒸化水液，津液停蓄而成痰饮。饮邪上犯心阳，则离照为阴霾所蒙；浊痰壅遏气化，则脉络之宣畅受阻。因之可引起心悸怔忡，心律失常。《伤寒明理论·悸》曾说：“心悸之由，不越二种，一者气虚也，二者停饮也……。”又说：“其气虚者，由阳气内弱，心下空虚，正气内动而为悸也；其停饮者，由水停心下……水既内停，心不自安，则为悸也。”《证治汇补·惊悸怔忡》也说：“有停饮水气乘心者，则胸中漉漉有声，虚气流动；水既上乘，心火恶之，故筑筑跳动，使人有怏怏之状，其脉偏弦。”痰饮停蓄，心阳不振的心律失常可症见心悸眩晕，胸脘痞闷，痰多气短，形寒肢冷，甚或胸痛彻背，背寒冷如掌大，或浮肿小便短少，恶心吐涎，苔白腻滑，脉弦迟或短、代、结。姜氏常用附桂合瓜蒌薤白半夏汤加味，温通心阳，化

痰蠲浊，宣畅心脉。

〔典型病例〕

沈××，女，41岁，工人，就诊日期：1981年10月29日。

患者有肺气肿、慢性肺源性心脏病史。数日前受凉后曾发高热，经急诊用抗生素治疗后热已退。但心悸咳喘反甚，痰多清稀，胸闷气息不能平卧，畏冷浮肿尿少，口唇青紫，舌苔苍白腻，脉短而促，脉率110次/min，早搏10次/min。外院心电图示：肺型P波，右心室肥大，频发房性早搏。证属心肾阳衰，肺伏痰饮，气不化水，水气凌心。拟温化痰饮，宣畅心脉，俾离照当空，则阴霾自散。处方：桂枝6g，附片9g，川椒1.5g，细辛3g，全瓜蒌15g，薤白9g，制半夏9g，茯苓9g，白芍9g，五味子9g，生姜3g，7剂。复诊：服上方后心悸咳喘均有改善，浮肿已退，原方加党参、黄芪各12g，继服14剂。三诊：心悸咳喘已平，浮肿亦退，尿量正常，略有胸闷，脉率80次/min，无早搏，心电图复查：肺型P波，未见房性早搏，予原方继进7剂，以资巩固。

（3）温补心肾、安神定悸

心律失常属于单纯阳虚者也并不少见。姜氏指出：年老力衰或久病之人，阳气虚弱，心君失于温养，则心神不守而发为惊悸怔忡，心中空虚，惕惕而动，面色㿔白，胸闷气短。心脉赖阳气以温煦鼓动，阳气不足则形寒肢冷，脉来散大无力或虚迟过缓。此即《证治汇补·惊悸怔忡》所说：“有阳气内虚，心下空豁，状如惊悸，右脉大而无力者是也。”《景岳全书·脉神章》也说：“虚脉正气虚也。无力也，无神也……迟而无力为阳虚”、“大部脉来迟慢者，总由元气不充，不可妄施攻击。”姜氏还指出：心阳之虚，

其本在肾。因肾主一身阴阳，为水火之脏，生命之根。肾中真阳不足，则不能振奋鼓舞心阳，致心神散越，心脉失常。故姜氏对阳虚心律失常证的治疗，推崇以附子、仙灵脾、熟地、党参、黄芪等温壮肾元，振奋心阳；以龙骨、牡蛎、酸枣仁、五味子等宁神定惊，安抚心脉。

〔典型病例〕

江××，男，60岁，干部。1981年9月12日会诊。

患者因冠心病、心力衰竭入院。血压偏低，体温36℃，心率48次/min左右。住院已1月，心悸、胸闷、气短反复发作，虽盛夏仍畏寒，汗出而怕冷更甚，眩晕乏力，睡眠不佳，舌苔灰黑，脉迟缓无力，有时腰酸、小便频数清长。显系肾阳虚，神失内守之证，拟温补心肾之阳，收摄外脱之神。处方：黄附块9g，黄芪15g，仙灵脾9g，牡蛎9g，熟地15g，枳壳9g，菟丝子9g，酸枣仁15g，五味子9g，夜交藤30g，丹参15g，7剂。

9月19日复诊：畏寒汗出好转，心悸轻微，体温回升至36.5℃，苔仍黑，感乏力，原方加当归9g、党参9g，再服14剂。

10月3日复诊：诸恙消失，血压、心律均正常，苔转薄腻，脉细缓，脉率66次/min，准备出院，拟方带回：附块9g，仙灵脾9g，菟丝子9g，黄芪15g，丹参15g，党参9g，酸枣仁12g，夜交藤30g，五味子9g，龙骨9g，牡蛎9g，熟地15g。此方常服，病情长期稳定。

（4）益气滋阴、养血复脉

心律失常与心血不足或血不养心有密切关系。《素问·五脏生成篇》曰：“诸血者皆属于心”《济生方·怔忡论治》曰：“夫怔忡者，此心血不足也……，真血虚耗，心帝失辅，渐成怔忡。”《杂病源流犀烛·怔忡源流》进一步指明

了病理：“怔忡，心血不足病也……心血消亡，神气失守，则心中空虚，怏怏动摇不得安宁，无时不作名曰怔忡。”朱丹溪则更是强调“怔忡者血虚，怔忡无时，血少者多。”姜氏认为，血脉空虚者多兼气虚，因为“脉为血腑，以气为本”。气血兴衰与共。如久病体虚，或失血过多，或思虑过度，损伤心脾，既可直接耗损心血，又能影响脾胃生化功能，致气虚不生血，气血两亏，心失所养，发为神志不安而心律失常。

此外，血虚者又多阴虚，因为阴血同源，血虚必及阴，阴虚则血少。况且心肾阴虚，水不济火，虚火妄动，上扰心神，亦能加剧惊悸怔忡的发作。如《素问玄机原病式·火类》指出：“水衰火旺而扰火之动也，故心胸躁动，谓之怔忡。”再有，阴虚也能耗气，使宗气无根而气不归原，引发心律失常，如《景岳全书·怔忡惊恐》所说：“怔忡之病，心胸筑筑振动，惶惶惕惕，无时得宁者是也。……，此证惟阴虚劳损之人乃有之，盖阴虚于下，则宗气无根，而气不归原，所以在上则浮撼于胸臆，在下则振动于脐旁，虚微者动亦微，虚甚者动亦甚。”鉴于血与气、血与阴、阴与气互相资生的链锁关系，姜氏对于心血不足、气阴两虚的心律失常，每取生脉散或炙甘草汤加减，以益气滋阴、养血濡脉。

〔典型病例〕

张××，女，47岁，科研人员。1980年8月21日就诊。思虑过度，劳损心脾，气血两亏，心神不宁。先则眩晕失眠，继则怏怏怔忡。病已2年，入夏后心悸更甚，终日惶恐，如人将捕之。口干汗出，手足心烦热，面赤火升，舌质红，脉细代而数。检查：脉率120次/min，早搏16次/min，间歇有规律，心电图示：频发室性早搏。”此系血

虚及阴，气阴两耗，心失所养，心神撼摇，治拟益气滋阴、养血宁心。处方：生熟地各 9g，五味子 9g，党参 9g，黄芪 15g，枸杞子 9g，制首乌 9g，旱莲草 9g，女贞子 9g，麦冬 9g，7 剂。待药服完，心悸已平，夜眠也大有改善，诸恙好转，脉转细数，脉率 92 次/min，早搏消失。原方续进 7 剂，复查心电图已正常，随访半年余未发。

(5) 泄热解毒、清心宁脉

姜氏认为，病毒性心肌炎引起的心律失常，有时有温热病毒之邪外袭的特点，可从温病论治。叶天士曾说：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包。肺主气属卫，心生血属营。”急性病毒性心肌炎发病初起，可见温邪犯于肺卫之证，继则邪热炽盛，热毒逆犯于心，心脉扰乱，鼓动营血急迫而行，以致常见发热、胸闷、烦躁、心悸、脉动数短促而心律失常。因此与“逆传心包”的病机有相似之处。但局限性的心肌炎并不多见神昏窍闭的神志症状，因此与温病“逆传心包”又不尽相同。由于病毒性心肌炎有时可辨证为邪毒犯心，耗动营血，因此治疗温病的清热解毒、泄卫透营之法，有时也能适用于病毒性心肌炎的心律失常。姜氏常用方药：银花 15g，连翘 15g，板蓝根 15g，生地 30g，赤芍 12g，丹皮 9g，豆豉 9g，山梔 9g，苦参 12g，茅根 30g。舌有瘀点，瘀热内结者加入丹参 15g，桃仁 9g 以凉血化瘀；舌红口干，津液内伤者加入麦冬 9g，石斛 9g 以养阴增液；气短神疲，气阴两伤者加入太子参 15g，五味子 9g，柏子仁 9g 以益气养心。总之，以泄热解毒，清心宁脉为主，随症加减。

[典型病例]

任××，女，36 岁，工人。1981 年 8 月 25 日就诊。

患者 1 月前上呼吸道感染，继则胸闷、心悸、心烦、

低热；在上海某医院作心电图检查，提示：左右心室高电压，ST段及T波改变。心率98次/min，有早搏。诊断为“病毒性心肌炎”而住院治疗，曾予葡萄糖、氯化钾静脉滴注，脱氧核苷酸肌注，强的松口服。治疗10天后心悸未减，早搏及心电图T波改变未见好转，后来至姜氏处求诊。症见胸闷、心荡、心烦、咽痛、口干、面赤、便秘，舌红绛，苔黄，边有瘀点，脉短促。检查：脉率94次/min，早搏10次/min。姜氏曰：“阳盛则促，数则心烦，此证是也。”故此例系风温化热，逆犯心脉，瘀热互结，而致脉律失常。治拟泄热解毒化瘀，清心宁脉。处方：银花15g，连翘15g，板蓝根15g，生地30g，川连3g，豆豉9g，山栀9g，赤芍12g，丹皮9g，苦参12g，丹参15g，桃仁9g，大黄6g，茅根30g，7剂。药后大便得通，心烦咽痛好转，心荡仍有，上方去大黄加麦冬9g，再服7剂而心荡、心烦均平，诸恙逐渐消失。复查心电图T波恢复正常，心律70次/min，无过早搏动，随访至今未复发。

姜氏指出，心律失常是心血管疾病中的重要临床表现。辨其病，则病理不同；辨其证，则证型复杂。心的正常功能与整体的阴阳、气血的平衡协调有密切关系。水能载舟，亦能覆舟；火温心阳，亦能焚心。《素问·灵兰秘典论》曾说：“心者君主之官也，神明出焉。故主明则下安，主不明则十二官危。”同样道理，五脏六腑的病变也能影响到心的安危。因此，姜氏治疗心律失常，并非囿于“心主血脉”的范围，而是着眼整体辨证，揣度水火阴阳，调节气血盛衰，使邪去则心安，正和则脉宁，所以能收到稳妥持久的疗效。^[1]

9. 田嘉禾诊治经验

田氏认为，盖心主血脉和神明，心悸之病离不开血脉

运行的障碍和情志思维的异常。心悸虽有外因，但主要还在于内因，如禀赋不足、脏器虚弱或病后失调、思虑过度伤及心脾，都是导致心阴虚或心阳虚的病因。其阴虚的主要病机为心血亏耗，心失所养，神气失守而发为心悸。阳虚的主要病机为心气不足，血流不畅，以致心无所依，神无所主，心悸乃发。若情志抑郁化火生痰，痰火内扰；或气滞脉中，心血瘀阻；或风、寒、湿邪侵袭血脉，内损及心，发为心痹，亦可出现心悸实证。实证者是心脉气血郁滞，血行不畅，心肝失养所致。若饮邪阻遏心阳，则多虚中夹实，其机制为心阳素虚，阴乘阳位，饮停心下，心火恶之而悸动不宁。

田氏用虚实辨治心悸。其虚证者，或温阳益气，或滋阴养血；其实证者，或清心化痰，或行瘀通脉；其虚实兼见者，则取温心阳、益气、行水之法。

(1) 虚证心悸

①心阳不足：思虑过度，劳伤心神，心气不足，症见心悸时作，心中空虚，惕惕而动，动则尤甚，气短息促，神疲乏力，肢冷，舌淡苔白，脉细弱或虚大无力。治当温益心阳为主，佐以滋润心阴为辅。选四逆汤合生脉散加味：附子 10g，干姜 7.5g，炙甘草 10g，人参 20g，麦冬 15g，五味子 10g，酸枣仁 20g，龙齿 15g。本方取四逆汤辛温，以温益心阳。心阳充实，才能维护内在心阴之体。生脉散酸甘，滋润心阴为辅。心之阴阳平衡互济，则血脉调和，心神内守，心悸自愈。方中加酸枣仁、龙齿可安神、定惊，共奏安心体而复神明之效。②心阴亏损：思虑劳心过度伤及心脾，久之心血亏耗，神失所藏，故见心悸动而烦，惊惕不安，少寐多梦，心中灼热，健忘，梦遗，盗汗，舌质淡红或尖红少苔，脉细数或细弱、结代。治予滋阴安神为

主。若心阳独亢者宜滋润心阴，用黄连阿胶汤合生脉散加味：黄连 15g，黄芩 10g，生地 10g，党参 25g，麦冬 30g，五味子 10g，炒酸枣仁 15g，白芍 15g，阿胶 15g，鸡子黄 2 枚。方中连、芩、冬清心滋阴以制阳亢；生地、白芍养阴敛阳以充心体；党参、酸枣仁复正气安神；阿胶、五味子补血滋肾、生津育阴，使心肾相交；鸡子黄通心气滋心阴。数药合用共奏育阴制阳之效。若心脾两虚，治宜补益心脾，用归脾汤加减：黄芪 25g，茯神 15g，龙眼肉 20g，夜交藤 25g，远志 15g，当归 20g，炒酸枣仁 20g，党参 25g，焦白术 15g，炙甘草 10g。其中参、术、芪甘温，补益心脾，健运生化之源，充实心血；茯神、远志、酸枣仁、龙眼肉甘温酸苦，生血补心；当归滋阴养血；夜交藤安神镇静。若肺心气阴两虚，则宜滋润气阴，方用复脉汤加减：生地 50g，人参 15g，炒酸枣仁 10g，桂枝 5g，阿胶 10g，麦冬 25g，五味子 7.5g，炙甘草 15g，陈绍酒 10g，生姜 3 片，大枣 3 枚。方中生地、阿胶、炙甘草大剂补血为主；人参、麦冬益气增液，润经隧复脉；桂、绍酒辛润行血；姜、枣调和营卫；五味子、酸枣仁酸甘化阴以安心体。

(2) 实证心悸

①痰火内扰：情志抑郁，五志化火，痰热内扰所致之心悸。证有轻重之别，当分而治之。其轻者，仅现心悸，善惊，易恐，少眠，多痰，舌苔黄腻，脉滑数。治宜清热化痰、和胃降逆，兼养心安神。方投温胆汤加味：橘红 25g，清半夏 15g，茯苓 25g，竹茹 20g，枳实 15g，炒酸枣仁 20g，远志 15g，甘草 10g。其重者，心时时悸动，胸中躁动烦热，言语无伦如癫如狂，渴喜冷饮，便干溲赤，舌绛、苔黄燥，脉洪弦或弦实而数。当清心涤痰、泻肝清火。方用清宫汤加减：豆豉 25g，山梔 15g，连翘 20g，玄参

50g, 麦冬 25g, 莲子心 10g, 竹叶 20g, 郁金 15g, 酒军 15g, 天竺黄 15g, 胆星 5g。②心血瘀阻: 心脉气滞血瘀, 脉道不通, 故见心悸不宁, 心痛阵作, 胸胁烦闷, 舌质紫黯, 脉弦或沉弦。治宜理气活血、化瘀通络。选方丹参饮加味: 丹参 40g, 檀香 7.5g, 砂仁 7.5g, 茯神 20g, 酸枣仁 20g, 琥珀面 6g (冲服)。③痹证侵于心脉: 风、寒、湿三气杂至而成痹, 侵入血脉而成脉痹, 由血脉入心脏而成心痹, 症见心悸, 胸闷或心前区痛, 两颧红绛, 口唇发绀, 肢节烦痛, 气短喘促或咯血, 舌绛红, 脉弦细、数细或涩滞。治宜化瘀生新、宁心安神, 兼清浊利湿活络。处方: 白茅根 50g, 丹参 25g, 酸枣仁 20g, 牡蛎 25g, 苍术 10g, 黄柏 10g, 防己 10g, 秦艽 20g, 琥珀粉 3g (单包冲服), 三七粉 3g (单包另冲服)。若心悸较甚而有自汗者加生龙骨 25g, 桂枝 7.5g, 白芍 20g, 甘草 10g。心悸、气短甚者去苍术、黄柏、秦艽、防己, 加白芍 20g, 桂枝 7.5g, 甘草 7.5g, 生龙骨 25g, 党参 40g。

(3) 虚实并见证心悸

前述心阳不振, 因虚而悸, 固然属于虚证, 但又因水饮上逆乘心, 是饮邪阻遏心阳而悸, 又属于实证, 可见心悸头晕, 胸脘痞满, 心下坚筑, 短气, 恶水不欲饮, 神疲乏力, 形寒肢冷, 舌苔白, 脉细弱而数。治拟振奋心阳、益气行水。方用苓桂术甘汤合小半夏汤: 茯苓 25g, 白术 20g, 桂枝 15g, 炙甘草 10g, 半夏 15g, 生姜 15g。若兼见小便短少, 虽有渴意不欲饮, 脉来弦细者, 是气化失利, 水气不能下行, 反而上逆。宜用泽泻汤: 泽泻 50g, 白术 25g, 使水去饮消, 清阳之气上升, 则冒眩自止。若兼见头晕, 冒眩, 卒然呕吐, 心下痞, 胸胁支满, 咳逆倚息不得卧者, 是水饮上扰清阳之故, 则当用小半夏加茯苓汤: 半夏 25g, 生

姜 25g, 炙甘草 15g, 茯苓 20g。兼见面白少气, 食减体倦, 心中空虚, 惕惕而动者, 可用葶苈大枣泻肺汤加味: 葶苈子 40g, 大枣 12 枚, 炒酸枣仁 20g, 茯苓 20g。^[1]

10. 尤松鑫诊治经验

尤氏认为, 心主血脉, 心悸自应注重脉法。诊脉“独取寸口”, 简便易行, 若能指下推求, 必有所获。悸忡之脉, 以迟、速、动、促、结、代、散为主, 如见“怪脉”则病属危殆, 不得稍有疏慢。

迟脉, 一息三至, 去来极迟, 主寒而属里。迟而有力, 内有寒积; 迟而无力, 内有虚寒。偶有属实热者, 多因邪热壅结, 脉道失畅而致, 亦当另有形症可辨。

数脉, 一息六至, 脉流薄疾, 主热。此脉兼浮为表热, 兼沉为里热, 有力属实火, 无力属虚火。器质性心脏病之见数而无力之脉, 则又属元阳虚惫, 不可概言为火为热。

动脉, 与数脉相类, 但急数有力, 滑数如珠, 则又有异于数脉, 此由阴阳乖违, 气血相搏逆乱, 脉行躁动不安而致, 其病多重危。

促脉, 来去数疾, 时而一止。在外感热病, 多属阳盛实热, 阳气先行, 阴血不及后继使然; 于内伤杂病, 则可因气、血、痰、食等病邪阻滞脉道而致。其脉有力者为邪实, 无力者多属真元败坏, 预后堪虑。

结脉, 脉来缓, 时一止者属之。此脉多由阴盛而阳气结滞, 脉道失畅所致。其脉有力者, 为气、血、痰、饮结滞, 病势尚浅; 无力者多属血气衰乏, 精力不继, 见则其病已深。

代脉, 与结脉相类, 惟其歇止或五或十, 自有规律可循。此脉多由脏气衰微, 气血亏损, 元气不足, 以致脉气

不能衔接而致，为病多重，但偶亦见于外感、跌打损伤、七情惊恐等，为时必暂，病退即复。

散脉，按之满指，来去不明，浮散无根且至数不齐。多由元气离散，脉道告竭所致，见则病势危笃。

怪脉，称呼各异，描述多样，要而言之，凡其脉似有似无，忽现忽隐，散乱无序，数疾无伦或坚如弹石者，皆属之。临证之际，可察其“怪”而知之，实难深究。此类脉多属阴阳竭绝，脏气衰败之象，见则距死不远，预后恶劣。

尤氏治疗悸忡（心律失常）常执简驭繁，临床采用捷效与镇摄两法。

（1）捷效法

尤氏认为，悸忡一症，医家有倡用加减归脾汤者，验之临床，确多功效。究其原因，此证以气血交亏居多，所谓“捷效”之法，亦即益气养血之法，以其常见，可望常效，然亦必认证无误而后方可。

（2）服桂法

桂，有桂枝、肉桂之分。悸忡之治，多选桂枝而少用肉桂。盖心居阳位，桂枝宣通上行，且长于温阳化饮，畅调心脉，而肉桂则沉厚下趋，功在温肾助阳，益火消阴，两者同体而生，却各有精专。考仲景组方，凡治悸者，尽皆投用桂枝，亦足资佐。桂枝之用，如配入健脾利水剂中，则宜于悸忡之属痰饮者。尤氏曾治一男性患者，63岁。心慌气促反复发作年余，近发2日，伴头晕泛恶，咳而痰多，色白易咯，纳谷不香，便日行1次，略溏，苔白腻，脉细滑时结。查心电图，为窦性心律，频发室性期前收缩。证属痰饮内停、浊阴不降。用温化痰饮法，选苓桂术甘汤合五苓散化裁而治，药用猪苓、茯苓、白术、泽泻、桂枝、

半夏、陈皮、甘草。服3剂，悸眩即止，心电图复查已转正常。桂枝配以大剂滋阴养血之品，功能燮理阴阳，调畅心脉。

【典型病例】

患者樊某，男，21岁。胸闷心悸时发，已3月余，面色萎黄，怯寒，夜寐多梦，纳谷尚可，脉细软，时见结代，苔薄白、舌偏红。患者平素易于感冒。心电图示：室性期前收缩，aVL、aVF导联，ST段上升0.25mV。拟诊为病毒性心肌炎。证属阴阳两虚，心脉失充。用炙甘草汤加减化裁，以益阴补阳。药用炙甘草、潞党参、炙桂枝、当归、麦冬、生地、火麻仁、阿胶（烊冲）、酸枣仁、大枣、生姜。服5剂结代脉减少，10剂后即消失，再服5剂以巩固疗效，半年后随访未见复发。

（3）镇摄法

怔忡之因于心肝阳旺，内风翕动，心神失摄者，应子育阴平肝，镇摄心神。

【典型病例】

1. 曹某，女，67岁。半月来不时惊跳，同时发出惊叫，跳动时全身一震，似抽搐状，心慌，头晕，失眠，手足时感发麻，口干不多饮，便秘，6~7日1行，舌红少苔，脉细弦数，时促而一止。有高血压史3年，查血压170/76 mmHg。尿糖阴性。心电图检查：窦性心动过速（108次/min），室性期前收缩。证属阴虚风动，神不安舍。予柔肝息风、镇摄心神，选阿胶鸡子黄汤出入，药用：阿胶珠（烊冲）、生地、白芍、钩藤、茯苓、石决明、龙骨、牡蛎、络石藤、制龟甲、鸡子黄（冲）。服药半月余，惊叫未再发生，脉率约在每分钟90次左右，歇止消失。肝郁气滞而致心脉失畅者，也可发为怔忡。此证临床少见，必投解郁之

法，始能奏效。

2. 王某某，女性，46岁。心跳频频发作年余，夜寐不熟，多梦，纳谷一般，多次查心电图均发现有房性期前收缩，曾拟诊为“冠心病”。近半年来，已服用过不少安神养心类中药，收效欠著。曾数次参加全国性教学会议，皆因病发而中途退出，归返休息治疗。苔薄白，脉细弦，时见歇止。复查心电图提示：窦性心律，房性期前收缩。仍从气血交亏，心神失养论治，拟方培益心脾气血，用归脾汤化裁，药选：党参、黄芪、白术、当归、茯神、远志、酸枣仁、木香、五味子、炙甘草、煨姜、大枣，服药5剂，病者复诊时症情无明显改善，依然心悸阵作，并诉病发时感胸满胁胀，且询知平素性情急躁，易发怒。乃转思目下应以肝郁气滞，由气机拂郁而波及心脉欠畅为主，即改以疏肝解郁法治疗，方参柴胡疏肝饮出入，药投：柴胡、赤芍、陈皮、川芎、佛手、香橼皮、香附、茯苓、苏梗、甘草。服用5剂，来诊时述药后心悸明显减轻，胸胁胀满感消失，往昔排便每感滞涩不畅，今亦转觉爽利。诊脉仍弦细，但歇止明显减少。方既有效，不复更张，予原方续服。病人连进柴胡疏肝饮共40剂，复查心电图为：窦性规则心律，正常心电图。药毕，病情稳定，未见反复。

(4) 化痰法

悸忡因于痰者，可有痰饮、痰热之分。痰饮当用温化，于服桂枝法中业已论及；痰热扰心而致者，当清化之，往往效如桴鼓。

[典型病例]

曾某，电工，35岁。患发作性心慌心跳2年余，在外院已诊断为“阵发性室上性心动过速”。每于情绪激动或登高作业时易于发作，发时心跳可达180次/min左右。曾服

利眠宁、心得安等西药，但每月仍发作 2~3 次，持续时间有时竟长达一昼夜。曾多次急诊，静推西地兰可暂时控制。在我院门诊数次，先后服过补心丹、柏子养心丸、参味合剂等成药，未效。因见其舌苔黄腻，脉象弦滑兼数，痰热之象明显，改进汤剂，投黄连温胆汤化裁，药用：川连、半夏、朱茯苓、陈皮、竹茹、佛手、远志、全瓜蒌、海蛤壳。配服 5 剂，即未再诊。约于半年后邂逅，得知药后一直未见发作。

(5) 行瘀法

瘀血留阻，心脉失畅，亦致悸忡。临证辨瘀，或见有形血块，或呈绞痛、针刺样痛而固定，或舌质紫黯有瘀点，或脉来滞涩，种种变化。设已认证无误，径投行瘀活血之法，收效亦颇快捷。

〔典型病例〕

丁某，女，29 岁。因心慌心跳反复发作 7~8 年，多次查心电图，发现有窦性心律不齐，室性期前收缩，不完全性右束支传导阻滞。服过以天王补心丹、归脾汤为基本方加减化裁之汤剂数十剂未效，后结合患者尚有经行腹痛，经色紫黯，夹多量血块，脉细时结等症，而改投活血化瘀法，药选：桃仁、红花、穿山甲、川芎、延胡索、香附、当归、白芍、王不留行等。服药 15 剂后，脉律得以恢复正常，痛经亦同时消除，心电图多次复查未见异常。^[1]

11. 丁光迪诊治经验

丁氏临床主要以养血和益气治疗心悸怔忡（包括心功能不全并心律失常的某些病情）。

(1) 血虚心悸

血虚心悸，每见风火上逆的变化，如心悸而脉数，则

数脉为火；心悸又骤发倏停，善行数变，是为风象，这是常见症状，但均为标证，其本在于心肾。因为心肾阴血亏虚，水不上济，形成阴虚阳亢，风火相煽，才致心悸怔忡。但这种火与风，亦不能完全看作气病，应该重视血分，水盛可以灭火，血旺则其风亦自息，论证施治，应本这个主旨。对于这种证候，丁氏常用阳病治阴，养血宁心方法，并拟定一个基本方，随症加减，用于心动过速、房颤等心悸治疗，屡获疗效。养血宁心汤组成：熟地黄 10～15g，当归 10g，麦冬 20～30g，炒酸枣仁 10g，炙甘草 4～7g，远志肉 10g，茯苓 10g，太子参 15g，合欢皮 30g，制半夏 10g，独活 10g。方中熟地、当归、麦冬、酸枣仁、甘草养血滋阴，缓急宁心，并有纳气作用，是为主药；伍以远志、茯苓、太子参、合欢皮交通心肾，定志安神；半夏下气，而辛通阴药之滞；独活定风搜风，合诸阴药亦有养血息风功用。方从三阴煎、定志丸出入，为滋水济火，以静制动方法。随症加减：此症脉数无力者，不能过用苦味清火药；脉来数疾者，亦不能多用重镇药。因为此时此证，与实火实风尚有区别。如见心烦火旺者，加丹皮、玄参各 10g，甚时亦可改用苦参 10g，见效即止；如见心悸胸闷为甚者，加川芎 2～5g，石菖蒲 5g，宽胸解郁；如见肝胃不和，改用橘皮、橘叶各 10g，理气和胃；如见虚烦少寐者，加川芎 5g，知母 10g，酸枣仁再加 5g，取酸枣仁汤之意；如见胆怯心慌为甚者，加柏子仁 10g，西洋参 5g，另煎浓汤服；亦有为风象的，脉多见弦，则改加防风 10g；心悸停止以后，其脉每见缓象或无力少神者，加炙黄芪 10～15g，五味子 3g，益气敛肺。

〔典型病例〕

1. 朱某，男，33 岁，中学教师。心悸频发已半年余，

发时心虚悸动，神思恍惚，多恐惧感，头晕眼花，恶心欲吐，不能平卧，卧则胸臃如塞，自感心跳欲从口中冲出。曾经“休克”多次。每发持续数小时至十余小时，最长者曾3天不止。心率每分钟达200次左右。中西药治疗欠效。据述在大学读书时，曾因重感冒，突发心悸，数日不平，当时住院治疗拟诊心肌炎，但愈后平善。在工作劳累、情绪紧张时亦偶有心悸，但不介意。这次突然发作，半年余反复不止。心电图检查诊为室性阵发性心动过速，但有时又诊为室上性阵发性心动过速。诊时脉细数疾，不耐按，舌嫩红少苔，饮食尚可，但食不能多，睡眠不安，面色白，两颧浮红。诊为血虚心悸，治以养血宁心法。处方：生地10g，熟地15g，当归10g，麦冬30g，炒酸枣仁15g，炙甘草7g，远志肉10g，茯苓10g，太子参20g，合欢皮30g，制半夏10g，橘皮10g，橘叶10g，五味子3g，独活10g。

二诊：据述服药3剂后即困倦欲睡，得熟寐，醒后心悸已平，觉饥，吃红枣粥甚适，惟尚感神疲，脉细见缓象，舌润，胸臃已舒，颧红亦退。效佳出入再进，原方去生地、半夏、橘皮叶，加炙黄芪15g，服5剂。此后心悸从未发作，用养血宁心汤去合欢皮、半夏，加炙黄芪、五味子，调理巩固。

2. 周某，男，45岁，干部。房颤1年余，反复发作。初发时心悸，惊慌，胸闷如噎，曾有昏厥。但以后自觉症状反而减轻，仅感胸中如热汤沸扬，心动不安，即为房颤发作，需得休息。有时工作紧要，亦勉能应付。经上海、无锡等地住院、门诊多方治疗，未能平复。诊时脉细数疾，至数摸不清楚，按之参伍不齐，舌净罩薄白苔，自感气短，时欲太息，眠食较差，尚能在外活动，但行动语言乏力，

头轻脚重，易忘，有恐惧感。诊为血虚心悸，心肾交病。用养血宁心汤加川芎 5g，5 剂。药后改善，回家又连续服用 20 剂，来函云房颤已止，要求调理巩固。

（2）气虚心悸

气虚心悸的证候，心悸常兼气短，呼吸迫促，尤其不能登高，登高则胸闷，甚则出现心痛，畏寒喜暖，懒于动作，其脉多迟，间见结代，自感心跳一时停搏，或有噎塞感。脉迟为寒，心阳不振，所以畏寒喜暖；寒则血行凝滞，络脉拘急，所以胸闷心痛，这是一般解释。而丁氏认为这里的心悸气促，脉迟见结代，已是宗气外泄，气虚则血行亦涩。而这种气短，一方面是心气大损，同时又与肺肾有关系，因为肺主气，肺朝百脉，心病则肺失血气的煦濡，则见少气短气；而肾为气之根，精之主，心病不能下交于肾，阴精元气亦不能上承于心。正如张景岳对怔忡之因所说：“阴虚于下，则宗气无根，而气不归原，所以在上则浮撼于胸臆，在下则振动于脐旁。”这种心悸，损伤在心，而肺肾亦病。丁氏拟益气复脉汤一方，用治左心功能不全，心律失常的心动过缓、早搏等，取得可喜疗效。益气复脉汤组成：红参 10g（另煎浓汤频服），麦冬 30g，五味子 4g（打），炙黄芪 30g，当归 10g，炙甘草 7g，茯苓 10g，炙远志 10g，九节菖蒲 10g，川芎 7g，生姜 3 片，大枣 7 枚。本方从炙甘草汤、生脉散、当归补血汤、定志丸化裁。炙甘草汤甘润辛润，补虚复脉；生脉散酸甘合化，保元气，滋化源；当归补血汤甘温辛润，益气生血；定志丸交通上下，宁心止悸，合而用之，能够益气宁心、养血复脉。随症加减：此证心悸本身为气虚营亦损，现在每谓心脏供血不足，不能过用辛香温通药，要防其耗气伤阴，应该益气养血，以裕生化之源，使心有所养，而后心悸得宁，因此亦不能

用重镇药，更使心气下陷。如舌质欠津润，或泛红，或夏月天气暑热，以西洋参 10g 换红参，并去川芎、生姜着意保护气阴；如形寒气怯，加桂枝 5~10g；兼见食欲不振，大便无力者，再加炮姜 3~5g；如胸闷隐痛，舌有紫气者，为气虚血瘀，加重川芎至 10g，伍以赤芍，或以红花、桃仁泥各 10g，与芎芍交替用；如过用辛香温开，见舌燥心烦者，改用丹皮、丹参各 10g；胸痛时作，再加降香 10g；脉迟结代尚少改善者，再加炙甘草 5g，干姜 5g，甚时可加制附子 5~10g，加强甘温益气复脉之力；如早搏频繁者，加独活 10g；胃纳可，但动则气短不续者，加熟地、枸杞子各 10~15g。

【典型病例】

陈某，男，60岁，干部。平时血压偏高，血脂高，心动过速呈阵发性，已5年，诊为“冠心病”。于1987年2月，突然心脏后壁、下壁心肌梗死，经抢救好转，住院治疗4月余，病势稍定，但左心功能不全Ⅱ度，血压偏低，最低时只有60/40mmHg。房性、室性早搏较频，并见短阵交界性心动过速，缺血缺氧症状明显。自感心悸慌乱，有恐惧感，间有胸闷隐痛，气短懒言，不能多动，起立头晕飘浮，两脚无力，欲得扶持，行动迟缓稍适，下午脚肿，饮食尚可，但睡眠不安。要求中药治疗。脉细而迟（40~52次/min），结代脉并见，舌质淡嫩，有紫气紫斑，面色萎悴。诊为心悸，病由心脏损伤，神不守舍而起，但肺肝肾俱虚，本元先衰，而且气虚血行亦涩，脉道不利，形成标本虚实错杂的病情。治宜益气宁心、养血复脉为法，方用益气复脉汤：西洋参 10g（另煎浓汤频饮），麦冬 30g，五味子 4g（打），炙黄芪 30g，当归 10g，炙甘草 7g，川芎 7g，赤芍 10g，降香 10g，茯苓 10g，炙远志 10g，九节菖

蒲 10g, 独活 10g, 大枣 7 个。二诊: 服药 5 剂后, 自感甚适, 连续服用 2 周, 心悸好转, 心慌恐惧感几乎, 早搏亦明显减少, 胸痛已无, 仅在天气阴晦时稍感胸闷, 睡眠亦好。效佳再进, 原方减西洋参 5g, 去降香, 加太子参 15g, 熟地 10g。三诊: 上药继服 2 周, 心悸又有改善, 并得熟寐, 气力增强, 精神亦振, 已能独自活动, 朝晚在院中散步。脉尚细, 但已有力有神, 见滑象, 脉搏增至 63 次/min, 歇止减少, 舌色、面色均有光华, 惟大便较难解。原方去川芎、赤芍, 加丹参 15g, 红花 10g, 麻子仁 10g (研)。续服 2 周复查: 二维超声心动图提示左心室顺应性减退; Horder: 窦性心律, 偶发房早, 部分导联 T 波改变; 血压增至 110/70mmHg, 较 2 个月前检查均有改善。此后减轻麦冬、黄芪用量, 去独活、麻子仁, 加枸杞子 10g, 间用炒党参 20g 代替西洋参; 川芎、赤芍与丹参、红花交替应用。如此调理 2 月余, 自觉症状全部平复。乃处膏滋方调理巩固, 至今平善, 行动自如, 仅登高时尚感气短。

丁氏强调对心悸辨证, 首先须分别病情的邪正虚实。认为本例病由心脏损伤, 神不守舍引起, 显而易见气火上逆, 上迫于心致悸, 故不用重镇降逆药。因心肺阳气均不足, 不能过用阴柔养血药或香燥温通药。养血养心是需要的, 但阴柔之物, 不利阳运; 辛香温通虽亦常用, 但此时气虚阳微, 辛香走窜多用, 更伤正气。故必须分析药物与病情的恰当关系, 不能大意用药。此例主要应用益气方法, 辛苦与酸甘相参, 和润平稳, 以改善心肺功能; 在益气养血中, 注意心痹络瘀, 虚中夹实, 兼以理气通络, 而不蛮补。在用药上全面安排补泻通涩的适当配伍, 故数年顽疾得以根除。^[1]

12. 薛盟诊治经验

薛氏将心悸怔忡按照原发病的不同，分别予以论治。

(1) 冠心病心绞痛

心绞痛，多见心脉痹阻。《素问·痹论》说：“心痹者，脉不通。”寓有闭塞不通之意。薛氏认为，胸痹的病证，似包括心绞痛在内，因胸中阳气不得布散，不通则痛，当然胸痹也可以引起心痛及短气的症状。胸痹虽因胸中之气下陷，阳虚不运，久而成痹，但却不能概括所有的心痛短气证。有因痰湿困顿，有因寒邪郁滞，有因气阻血瘀，所以治法也应按病因而异。尽管冠心病以血瘀为其共性，但其各自的特殊性在辨证方面更不能不予考虑。因心痛既为血行不畅，还会出现心气虚损，它的病情和性质却不能一概而论。其痛多突然发作，胸膈常有缩窄感，绞痛，呈锥刺状，甚则憋闷欲绝。但心绞痛又往往和胸闷、气短、心悸怔忡等症状交织在一起，其舌质多黯紫或淡红，边有瘀点，苔少，脉弦涩有力。有的病人症情并不一致，如心痛虽系其主症，却兼有形寒肢厥，自汗乏力，腰酸，眩晕，大便溏泄等症，这都和心功能不全所带来的气血虚损分不开。此时若徒事活血化瘀，仅能取效于一时，愈破结则心气愈虚，宜选用通补兼施的治疗方法，常用方有瓜蒌薤白半夏汤、黄芪五物汤，或以补阳还五汤、拈痛汤等加减。

(2) 病态窦房结综合征

薛氏认为，本病多因心阳不振，心的搏动力弱，即意味着心阳式微，不能鼓动血行畅流，属于心悸、虚劳病的范畴，严重者可停跳，甚至昏厥。所呈脉象，通常以迟或结为主，或迟脉兼见沉细，反映出一系列阴证，属内脏阴寒，气血虚衰。然而困难的是，心动过缓可与心动过速交

替发作。属虚寒者，心率和血液流速皆较慢；若心动过速，则脉搏相应增快而转为数脉，数脉中见细涩虚软，沉取无力，即不应误诊为心经热实之证。张景岳曾指出：“数脉之病，惟损最多，愈虚则愈数，愈数则愈危，岂数皆热乎？若以虚数作热，则万无不败者矣。”在结合舌诊方面，舌质多为黯淡，舌体胖嫩，或兼齿印，若阳损及阴，则见黄白苔，或舌绛少苔，中有裂纹。在辨证时，尤其要抓住“阴胜则寒”这一病机实质，注意到心阳虚是本综合征的病机关键，而以胸闷、心悸、气促、体倦、头昏、喜暖恶寒等症作为诊断依据。治疗上要调整心率，不能忽视升阳益气的原则，既要直接重视心阳的恢复，也要间接照顾肾为血脉运行的资始，脾为脏腑生化之源，运用“劳者温之”、“虚者补之”、“寒者热之”等治则，不仅温通心阳，而且通过补肾阳，大大调动体内先后天内在因素的积极性，从而有利于气的畅旺，达到标本兼顾的目的。常用方剂有保元汤、右归饮、麻黄附子细辛汤、真武汤等。薛氏自拟温营汤，药用：黄芪、白术、茯苓、龙眼肉、炒酸枣仁、党参、广木香、炙甘草、桂枝、莪术，能使心率及脉搏趋向正常，症状改善。

（3）心肌硬化

薛氏认为心肌硬化并发的心悸怔忡多见心阴虚损。本病实系心肌梗死的前驱症，但无严重休克状态，以心律失常、心力衰竭为其主要表现。《伤寒明理论》说：“悸，心松也，筑筑惕惕然动，怔忡怔忡不能自安，则悸即怔忡。”严用和《济生方》推求其病机，认为“怔忡者，心血不足也。”朱丹溪曾指出：“大率惊悸属痰与火，怔忡属血虚有火。”《证治准绳》也说：“悸即忡也，怔忡者，本无所惊，自心动而不宁。”《医学正传》则按发作时间而加以鉴别，

谓“惊悸者，忽然若有惊，惕惕然心中不安，其动也有时；怔忡者，心中惕惕然，动摇不静，其作也无时。”根据朱丹溪“阳常有余，阴常不足”的理论，认为心为阳中之阳，心火无制，相对地使阴血虚损，心失所养，故心悸不安，头晕，气短，口干舌燥，面色无华，倦怠乏力，舌淡少苔，脉细弱而弦，泻心火之有余，补心营之不足，是治疗的大法，可选六味地黄汤加龟甲、磁石、酸枣仁、淮小麦、远志，或朱砂安神丸加减。

(4) 高血压性心脏病

薛氏认为，高血压性心脏病常多肝病及心。心主血，肝藏血，血与诸脉相通，《薛立斋医案》中说：“肝气通则心气和，肝气滞则心气乏。”清·陈士铎说：“肝旺则心亦旺。”可见心与肝之间，有着相互影响的关系。肝为刚脏，体阴而用阳，喜柔润，主疏泄。若长期劳累或精神紧张等因素以及过食膏粱厚味（高动物脂肪），一则引起肝阳上亢，即身中阳气自动，化火上炎；再则肝气郁结，经络痹阻，病在胁肋之间，可直接或间接导致心痛的发生。高血压病常易发展成心脏病变，在胸闷，心痛，心悸怔忡等主症的同时，可伴见眩晕，耳鸣，口苦，噎气，肢麻指颤，紫绀，呼吸短促，失眠，且痛处不移，有时心前区亦有憋痛。《伤寒论》中描述“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食”，说明古人早就注意到厥阴肝病可合并心血管系统发病的可能性。薛氏对高血压性心脏病的心悸怔忡用一贯煎加减治疗，或自拟蒿芩生脉煎治疗。蒿芩生脉煎药用夏枯草、青蒿、黄芩、北沙参、五味子、麦冬、生龙骨、生牡蛎、丹参、泽泻、桑枝。

(5) 风湿性心脏病

薛氏认为，风湿性心脏病常为脾病及心。有关痹证的

发生和发展，经文中有不少记载，其原因大多责之于心脾。《素问·太阴阳明论》说：“脾病而四肢不用，何也？四肢皆禀气于胃，而不得至经，必因于脾，乃得禀也。今脾病不能为胃行其津液，四肢不得禀水谷气，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉，皆无气以生，故不用焉。”《痹论》则先后指出：“脉痹不已，复感于邪，内舍于心。”心痹有“烦则心下鼓，暴上气而喘，嗌干善噫，厥气上则恐”等症。由于脾虚，水液代谢失常，变为湿邪，湿与风寒二气合而成痹，湿久内困，必从燥化，留于营卫经络则发热（风湿热），聚于胸则喘逆，心悸，胸闷，灼于咽隘则为喉痹、口干。治疗原则：如胸闷、心慌、气促持续发作，应急则治标，用自拟益气镇心汤，以制水气凌心，药用：生黄芪、丹参、降香片、云茯苓、瓜蒌皮、薤白、羌活、独活、防己、石菖蒲、赤芍、生龙骨、生牡蛎；部分病人出现心血管病症状明显时，可用《丁甘仁医案》中清络饮：白薇、石斛、生地、忍冬藤、地骨皮、丹皮、秦艽、独活、威灵仙、地龙。此方有滋阴清热、祛风通络止痛的作用。若兼见纳少便溏，则应顾护后天之本，以补脾为先，脾气得复，心脏病症自能改善。

（6）慢性肺源性心脏病

薛氏认为，慢性肺源性心脏病常为肺病及心。《灵枢·本脏》篇说：“肺大则多饮，善病胸痹、喉痹、逆气。”这是对肺气肿的简要概括。按临床辨证，大致分为“肺水”及“肺火”两型，其主症为咳嗽、咯痰、气喘、心悸、浮肿等，严重者可出现嗜睡神昏，谵语躁动，惊厥抽搐，迫血妄行，甚则呼吸困难、休克而死亡。肺水属寒痰凝聚，症见形寒喜温，痰涎稀薄，心动过缓，胸闷短气，心悸，苔白腻、舌淡，脉弦紧；肺火属痰热，阴虚津伤，症见五

心烦热，干咳少痰，或咯吐黄色稠痰，渴不思饮。寒证用真武汤合五苓散加丹参、赤芍、淮小麦、炙甘草等；痰热咳喘用千金苇茎汤合葶苈大枣泻肺汤加味；阴虚心营不足，用自拟保肺养营汤，药用：鲜石斛、野百合、北沙参、五味子、瓜蒌皮、川贝、天冬、麦冬、葶草、鱼腥草。^[1]

13. 万文漠诊治经验

万氏认为心悸属肝心同病者，在临床上并不少见，如高血脂所致的脂肪肝与冠心病，乙型肝炎病毒所致的肝炎与心肌炎，红斑狼疮所致的肝心受损以及心衰所致的心源性肝硬化等，还有其他原因引起两脏同时发病或先后病变的情况。对待这些患者，万氏常运用中医学的脏腑、气血、阴阳等变化机制相似之处，进行“异病同治”，往往收到较好的效果。

〔典型病例〕

1. 尹某，男，29岁，工人。1982年5月10日初诊。患者于1981年春住某医院29天，诊断为病毒性肝炎（急性无黄疸型、HBsAg阳性）。同年秋，又住该院24天。诊断为：病毒性肝炎，慢性活动期，HBsAg阳性；病毒性心肌炎。2次均以病情稳定，肝功能正常出院。但出院月余，又见肝功能异常。近两三年来易于感冒，现又病发3日，症见头痛鼻塞，咳嗽流涕，身热恶风，汗出少许，胁肋隐隐作痛，脘腹胀气不适，动则心悸气短，胸闷不畅，口苦微干，纳食不振，小便黄，大便成形。查其舌苔薄黄，脉数而结代。体温37.8℃，肝可触及，肋下1cm，稍硬。肝功能：谷丙转氨酶200u以上（赖氏法）。乙肝三系：HBsAg阳性，抗-HBc阳性。心率96次/min，心尖区可闻轻度收缩期吹风样杂音。心电图提示：窦性心动过速，室

性早搏。中医诊断：胁痛、积聚、心悸。辨证：上焦风热未清，中焦湿热羁留，进而痰阻、气滞、血瘀为患，以致气阴两伤、心血不畅、肝血瘀阻、脾运失常。法拟：清热祛风利湿、化痰理气以除邪；益气养阴、调肝理脾、肃肺宁心以扶正。处方：太子参 15g，玉竹 15g，丹参 15g，鱼腥草 15g，贯众 15g，连翘 15g，首乌 15g，菊花 10g，青蒿 10g，杏仁 10g，麦冬 10g，甘草 10g，川贝 10g，酸枣仁 10g，连服 12 剂，寒热渐退，诸症减轻，苔薄黄，脉细数（90 次/min），结代减少。拟法如前，处方：生黄芪 30g，太子参 30g，玉竹 30g，丹参 30g，白花蛇舌草 30g，垂盆草 30g，鳖甲 30g，桑寄生 30g，炙甘草 15g，赤芍 10g，苍术 10g，酸枣仁 10g，五味子 10g，苦参 10g，连服 30 剂，心悸好转，肝区稍有不适，再依原方略为增减，服药至 1984 年 10 月，以后多次复查肝功能及心电图正常。随访 5 年未见复发。

2. 肖某，男，54 岁，干部。1975 年 8 月 22 日初诊。患者于 1961 年发现无黄疸肝炎，经治疗好转，以后肝功能异常小有反复。1975 年初，又发现高血压及冠心病。现症见脘腹胀气，胸胁疼痛，头晕心悸，夜寐不宁，口干，微苦，小便微黄，大便干结。苔薄黄，舌边瘀斑，脉弦滑。肝于右肋下可及 1cm，质稍硬。A 超：肝界上在 5 肋间，下在右肋下 1cm，剑突下 3cm，肝厚 12cm，密集微小波，出波衰减。提示为：慢性肝炎，脂肪肝。肝功能：谷丙转氨酶 220u（金氏法），血胆固醇 6.46mmol/L，心率 51 次/min，心律齐。心电图 ST 段轻度下降，提示为心动过缓，冠心病。中医诊断：胁痛、心悸。辨证：始为湿热羁留，继而痰阻血瘀，以致气阴两伤，心肝血行不畅，脾胃运化失常。拟清湿热、化痰瘀、养气阴、调心血、和脾胃。处

方：党参 15g，玉竹 15g，首乌 15g，生山楂 15g，白花蛇舌草 15g，夏枯草 15g，桃仁 10g，赤芍 10g，红花 10g，甘草 10g，柏子仁 10g，茯苓 10g，川芎 4g，三七 4g。连服 1 个月，复查肝功能正常，胆固醇 6.46mmol/L，胁痛、心悸均见好转。再依原方略有加减，继续服用，并配合运动锻炼。至 1984 年以后，血压渐趋稳定，肝功正常，心电图大致正常。至今（1989 年）健在。

3. 王某，女，47 岁，农民。1974 年 11 月 28 日初诊。患风心病 10 年，曾因心衰住院 3 次，病情时轻时重，时发时止。因心悸加重并发黄疸而就诊于中医。初诊时，症见面目发黄，胸闷不畅，心悸气短，疲乏无力，脘腹胀气，纳食不振，恶心厌油，下肢浮肿，腰膝酸痛，小便短少色黄，大便尚可，月事已绝 2 年。苔白腻带黑而润，舌质淡紫，舌边齿印，脉细数。心率 100 次/min，心尖部可闻隆隆样舒张期杂音，触诊肝脾肿大，下肢指压凹陷。心电图提示：右心室肥大。A 超：肝上界第 7 肋间，右肋下 9cm，脾界左肋下 7cm。肝功能：黄疸指数 30u，谷丙转氨酶 260u（金氏法），麝浊 14u。血沉 54mm/小时。抗“O” 833u。西医诊断：风心病二尖瓣狭窄并心衰，心源性肝硬化。中医诊断：心悸、黄疸、积聚。辨证：久病心气不足，心血不畅，脾运失常，继而湿热蕴遏，肝胆疏泄不利。治拟养心气、调心血、和脾胃、利湿热。处方：红参 10g，桂枝 10g，赤芍 10g，蚕砂 10g，白芍 10g，秦艽 10g，黄芪 15g，玉竹 15g，丹参 15g，茯苓 30g，苡仁 30g，茵陈 30g，虎杖 30g。连服 6 剂，小便增多，心悸好转，下肢浮肿减轻，精神纳食转佳。原方加益母草 15g，再服 12 剂。面目黄染已退，下肢不肿，复查肝功能正常，血沉 32mm/小时。继续前法，改处方为：黄芪 30g，党参 30g，丹参 30g，

茯苓 30g, 玉竹 15g, 益母草 15g, 桂枝 10g, 赤芍 10g, 白芍 10g, 蚕砂 10g, 秦艽 10g, 附片 10g, 黄柏 10g, 酸枣仁 10g, 逍遥竹 10g, 阿胶 10g, 甘草 10g, 当归 10g。上药熬成膏剂, 每日约服 60ml (含生药 60g 左右), 每早含化红参 30g 左右, 1 年后 (1976 年 3 月 10 日), 康复如常人, 复查肝功能、血沉正常, B 超: 肝大 3cm, 脾大 2cm。心电图大致正常, 心率 76 次/min, 心尖部仍有轻度舒张期杂音。以后每年服以上膏剂 2~3 料。至今历时 12 年未见病情反复, 并能参加正常活动。

万氏认为, 以上肝心同治的依据是: 脏腑辨证为经, 气血阴阳为纬。如肝的主要功用是既能贮藏有形之血, 又能疏泄无形之气, 有“以血为本, 以气为用”及“体阴用阳”之称。心的主要功能是“主血脉”及“藏血脉之气”, 使血液在脉管中运行不息, 从而供应全身的需要。二者为相生关系, 若血脉充盈, 则心有所主, 肝有所藏, 以维持它们的正常生理功能。反之, 心血不足, 则肝血亦常因之而虚; 肝血不足, 心血亦因之而损。若心血不畅, 肝血可见瘀阻; 肝血瘀阻, 亦可见心血不畅, 故二脏同病时, 以调理气血为治疗大法, 调理气血中又以心气心血为主, 如以上 3 例中的药物配伍均含有炙甘草汤与生脉散等方组成的内容, 有“治病必求于本”之意。怔忡之作, 前人曾提出: “夫怔忡者, 此心血不足也, ……真血虚耗, 心帝失辅, 渐成怔忡; ……又有冒风寒暑湿, 闭塞诸经, 令人怔忡; 五饮停蓄, 壅塞中脘, 亦令人怔忡。”除此尚有痰火为患, 或瘀血内阻等原因。根据这些论述, 在扶正祛邪上也有所侧重, 如病例 1 湿热偏重, 故重在清利湿热; 病例 2 血瘀偏盛, 故重在化瘀; 病例 3 为心之阳气不足, 故重在调补心之阳气。

心肝病变的发生，有标本先后之异，治愈也有先后之别，一般是急性病变同时发生，病因病机相同较多，可见同时转归；慢性病变病因病机上程度上稍有差异，多见先后转归。由异病同治到同中之异，也要因人、因时、因病制宜。^[1]

14. 姚荷生诊治经验

姚氏治疗心悸善用乌梅丸。姚氏认为，乌梅丸首见于《伤寒论》厥阴病篇，附于蛔厥条文之下而兼治久利。初习伤寒者，往往将其误作蛔厥、久利之专方，而实际上，乌梅丸为治疗厥阴病的主方。

仲景作《伤寒论》，其病分六经而各具提纲，厥阴病提纲为：“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之，利不止”。厥阴为两阴交尽，一阳初生，正当阴阳交接之际，手厥阴包络内含相火，主行血通脉，足厥阴肝脏下含肾水，主藏血通络。肝为阴中之少阳，体阴而用阳。厥阴之上，风气治之。肝禀风木，生于水而生火，一身同兼水火两性，故能上寄相火而接于心包手足同经，下含肾水而系于肾脏乙癸同源。所以厥阴生理为由阴出阳，阴阳摩荡，和风以生，其应于肝，则阴阳相贯，阳舒阴布，风和木达，水火调匀。其病则阴阳出入之机不相顺接，阴阳敷布随之混乱，阴阳动荡，贼风妄动，风动木摇，水火二气也因母子关系而同时受扰，为寒为热。总之厥阴病理为阴阳错杂，寒热相兼，风邪内动。而提纲所述之症正是厥阴病理所致的主要症状。

《金匱要略》首篇第一条有：“夫肝之病，补用酸，助用焦苦，益用甘味之药调之。酸入肝，焦苦入心，甘入脾。”以乌梅丸方剂组成分析，其重用乌梅，更以苦酒浸

渍，酸收息风，柔肝补肝，补其本脏之体；助用附、姜、椒、桂、细辛之焦热以助其阳，温以祛寒；以黄连、黄柏之苦寒以坚其阴，清以泻热；宜用人参、当归、蜂蜜之甘味温益脾胃，调和气血，培土升木。由此可见，提纲与乌梅丸之间遥相呼应的内在联系，清晰可见。正如柯韵伯所说：“看厥阴（提纲）诸症，与本方（乌梅丸）相符，下之利不止，又与主久利句合，则乌梅丸为厥阴主方，非只为蛔厥之剂矣。”并认为：“厥利发热诸证，诸条不立方治，当知治法不出此方矣。”至于蛔厥也因“蛔从风化，得酸则静”，而与息风同理。其兼治久利乃“久利则虚，调其寒热，扶其正气，酸以收之，其利自止”于风息之中。综上所述，乌梅丸主治不只是蛔厥久利，而是厥阴肝病的主方，提纲诸症及厥热并发，厥热交替之类，自在其中。所以陈修园说：“肝病治法，悉备于乌梅丸之中也。”其“味备酸甘焦苦，性兼调补助益，统厥阴体用而并治之”。

姚氏根据《伤寒论》所述症状及临床经验，归纳出乌梅丸证的十大主症：①消渴：喜冷或喜热，或不择冷热，饮不解渴。②气上撞心胸：撞心则悸慌，撞胸则如奔豚。③心中疼热：喜按拒按不定，或在胸中，或在胃脘。④饥而不欲食：不欲食，或不能食。⑤干呕、吐蛔、泛涎：干呕，或吐蛔虫，或泛涎沫。⑥时时下利：时作时止，便意频坠，便色带青。⑦小便频数：尿意频作，坠而不胀，色量如常。⑧腹痛：脐周、小腹、少腹均可拘痛或绞痛。⑨肢厥身热：并发或交替发作，或但厥不热。⑩脉弦细弱：多沉，或兼数，或脉微。因心悸乃乌梅丸之主证，故姚氏运用乌梅丸治疗心悸可谓有本之木。

〔典型病例〕

李某，女，45岁。经常心中悸动不安，自觉气冲胸

闷，头晕，伴心中烦热而四肢反冷，夜寐梦多，口干欲饮，饮水则吐，平素虽欲纳谷，但食后欲呕，呕后常易发心悸、胸闷、头晕，舌质黯红、苔白稍腻，脉弦细，西医诊断为阵发性心动过速。曾予天麻钩藤饮，头晕稍减，余症如故，食后呕水反甚。证属厥阴阴阳错杂，肝风内动，上逆心包。但前医用天麻钩藤饮平肝潜阳，清肝泻火太过，食后呕水反甚，乃中焦寒水偏重，故用乌梅丸，参考椒梅汤加减：乌梅 12g，黄连 4g，黄芩 8g，干姜 6g，川椒 6g，党参 10g，白芍 10g，半夏 10g，枳壳 10g，甘草 5g，酸枣仁 10g，蔓荆子 10g。服 7 剂后复诊，心悸、心慌、头晕均止，胸闷、渴饮、呕水大减，舌脉同前，原方再进 7 剂，诸症皆除，病获痊愈。

本病心悸，气冲胸闷，心中烦热，口干欲饮，食后呕吐与提纲之消渴、气上撞心、心中疼热、食则吐蛔相同，说明病属厥阴阴阳错杂，肝风内动。但从症状分析，因厥阴手足同经相传，木火生克相传，病以肝风上冲心包，中焦寒水偏重，故用乌梅丸，重用乌梅，酸收息风为主，并加酸枣仁、白芍，助乌梅酸收以养肝之体；酸枣仁又可养心安神，除烦热、失眠；黄连减量，以应热轻，并去附子；病及下焦肾元，故黄芩代黄柏，去桂枝、细辛，而用蔓荆子，改辛散之偏温为偏凉，加半夏、枳壳，佐干姜、川椒治中焦水逆。如此辨证准确，立法严谨，选方精当，择药妥帖，理法方药丝丝入扣，一线贯穿，故效如桴鼓。^[1]

15. 曹永康诊治经验

曹氏认为，心主藏神，又主血脉，心脉的搏动，心血的运行，必藉心阳之鼓舞及心神之调节，从而主持着正常的心率、心律和血液循环。一旦心阳鼓动式微，心神调节

失常，影响了心脏活动规律，则心悸怔忡作焉。心阳失守，心神失调，对心悸的发生起着主导作用；而心神的调节，体现在阴阳之动静，心阳的煦运，气血之畅遂，因此主张“燮理阴阳，调和气血”，注意方药的双向调节而有所侧重，强调扶阳应在滋阴之先，以此作为治疗心悸之大法。临证时“立足心脏，放眼整体”，注意脏腑相乘，重视体质辨证，审证求因，同病异治。

曹氏将心悸的辨治分为如下8型：①气血两虚型，治以益气补血助心阳。气虚寒从内生，血少心脉不充，营血不足而心脉急，阳运不振而血行涩，心失所养，则见心悸心慌，不能自主，胸闷少气，自汗神疲，舌淡红苔薄白，脉虚弦而弱等症，治以炙甘草汤为主方。法取桂、甘、参、姜、枣助阳补虚，促进心脏活动力；麦、地、胶、麻滋充营血，增进血液流量；佐以清酒，一以温运血行，一以鼓舞胃气，一以载行药力，具有推波助澜之用。方中尤以桂枝平冲定悸，炙甘草温运经脉，辛甘合用，阳气乃生，为治悸要药，故仲景治悸，首推桂甘。生地黄能增液、散瘀、抗凝，对血瘀脂浊内凝者，用之良佳。本方具有“损其心者，调其营卫”之义。如再加磁石以交济心肾，吸引心气下交于肾，则上下交泰，悸动自安。②心阴不足型，治以滋阴养液充血脉。心脏气阴亏虚，则影响血液供求，阴不涵阳，则心神调节失常，由是而心神失靖，心脉躁急，症见心悸怔忡，动数不静，头昏耳鸣，面时升火，夜难安寐，舌红少苔，脉细弦而数。治以生脉散为主方，配合甘麦大枣汤、百合地黄汤加减。生脉散一补一清一敛，养心益肺，生津敛液，能改善血氧供求；淮小麦、甘、枣，甘凉濡润，缓急安中，以消心脉之躁急；百合、地黄滋养阴血，润养心肺，以溉心脏之燥。血得养，燥得润，则心脉之急者舒

而悸动安。此方润泽滋益，济阴恋阳，有改善心肌营养，调节心神偏亢之效用。如心烦寐梦，舌红苔黄，可加酸枣仁、黄连；心中憺憺，虚里跳跃，可加磁石、龟甲；阴虚阳亢，则加龙齿、珍珠母。③心阳不振型，治以温阳摄下平冲降逆。心阳不振，君火不明，阴寒用事，相火失位，虚阳浮越，震撼灵台，心神失倚，而见心悸忧惕，头晕胸闷，当脐筑动，小腹弦急，下肢欠温，脉虚弦尺露，苔白尖红。此心阳虚而冲气上冒之证。宜用桂枝加龙骨牡蛎汤为主方。取桂枝助阳平冲，强心定悸（欲其通阳化气则用桂枝，欲其温下守中则用肉桂）；芍、草、姜、枣缓急安中，镇护冲脉；龙骨、牡蛎潜阳镇摄，平降冲逆。此方有调整阴阳，安神镇逆之功，凡心阳不足，冲脉失藏，或寒伤冲脉，阴寒上逆，浮阳冲气上逆所致的心悸怔忡，均可在本方基础上加减治之。如心悸神弛，可加酸枣仁、远志、茯神、磁朱丸；心肾不交可加交泰丸；阳虚较甚，可加附子；损及阴精，可加熟地、首乌、元精石、龟甲。④水气凌心型，治以温肾散寒镇水降逆。人身惟阳热无损，血分充足，水道乃行。肾阳式微，下焦虚寒，则水不化气。水气凌心，心阳受困，营阴内虚，故心悸欲得按；水在心下，阳不归根，故头眩身瞤动；浮阳吸肾邪上窜，故脐下筑动。此证心肾阳衰，寒水所困，水气盛而血热微，血热微则心失所养也。治以真武汤为主方。用附、芍、姜和营滞而增血热，附、术、苓散里寒而行水邪，使水气下趋，血热充复，则悸动自平。如脐筑动明显，则合苓桂甘枣汤以护中安冲；头晕目眩，则加龙骨以潜浮阳，牡蛎以抑上逆之水气；气血虚寒，面白无华，则加党参、熟地温补气血；寒水所困，血凝成瘀，面色紫绀，则加泽兰、茺蔚子化瘀行水，但此证阳虚血寒，不胜化瘀重剂。⑤宗气虚衰型，治

以心胃同治建中阳。《内经》谓：“胃之大络，名曰虚里，出于左乳下，其动应衣，泄宗气也。”由于脾胃虚寒，生化无能，宗气失荣而气不归原，无以贯心脉，调气息，宗气泄越，上震胸臆，症见心中悸动，波及虚里，按之得缓，劳则更甚，劳则易发，面黄不泽，气短身倦，小腹弦急，脉濡软不耐重按，舌淡、苔薄白，此证重在中虚，不能安抚心神。当用小建中汤为主方，以桂、姜辛温扶中阳，草、枣甘温补中虚，芍药和营缓急，饴糖甘润培中，此不足者补之以温，里急者缓之以甘之法。如少气自汗，重用炙黄芪升补气液，固表止汗；如虚羸较甚，怔忡不安，稍劳即发，可合七福饮（人参、熟地、白术、当归、炙甘草、酸枣仁、远志）酌情加减。⑥心衰虚悸型，治以回阳镇逆挽脱变。心阳衰微，寒从内起，阴乘阳位，不能正常运行血液，心肌缺血、缺氧，心力衰弱，勉力搏动而济之以数，其症心悸虚数，或憺憺大动，或动而中止，胸闷气促，汗出肤冷，面色苍白，四肢不暖，舌质淡紫，脉虚数或沉微或结代。此阳虚血少而心衰作，阴不抱阳而阳欲脱之重症，急当拟参附龙牡救逆汤加味，用附子温壮元阳；人参大补元气；龙骨、牡蛎、紫石英镇潜摄纳，济阴抱阳；鹿茸、紫河车、肉桂血肉有情之品，温补肾命，精血充则阳回有根。温以振其衰，潜以固其脱，譬之油灯将灭，益以膏油，则火归其原而光焰复明。若突发性心悸而厥脱者，先用独参汤送服黑锡丹以温纳镇摄、培元固脱，或中西医结合救治。⑦心悸亢进型，治以导赤涤痰制亢害。心悸亢进，火起于妄，烁阴液为痰浊，痰火相煽，势炎更张，以致心悸动数如奔马，面色潮红，心前区极度不适，头脑昏沉，烦躁不宁，尿黄臭秽，脉来数疾（西医诊断预激综合征、阵发性室上性心动过速）。治以导赤散为主方。取木通降心

火，利小便；竹叶清心；草梢泻火；生地（或用玄参）养心液，滋肾水，使肾水上承，以济心火之焚烧；佐以黄连、枳实、丹皮、山梔、竹茹涤痰泄热，以分化痰火之纠结。如舌苔黄厚糙腻，则加胆星、竺黄；心烦口渴，则加酸枣仁、知母。此证镇降无效，抑则愈亢，惟有因势利导，心与小肠相表里，脏邪假道于腑为出路，此取亢害承制之义。

⑧老年心悸型，治以养心补肾。诊治老年性病症，首先要重视“体质辨证”。人至老年，肾气即衰，一旦影响心脏功能，而出现心悸怔忡，其病证虽在心脏，辨治应从整体着想。昔人谓：“阳统于阴，心本于肾，上不安者由乎下，心气虚者因乎精。”近人也提出“肝肾精血虚衰，是进入衰老的主要机制；而填补精血，消除疲乏，为防治衰老的主要原则。”可见肝肾不足，对心脏病理变化的重要作用。因此，治疗老年心悸，应以调理气血、燮理阴阳、温养肝肾、填补精血为大法，重视“心肾既济”的生理关系。治用桂枝加龙骨牡蛎汤、生脉散、左归饮、右归饮综合组方。取桂枝汤助阳复脉，促进心脏活力；生脉散生津敛液，改善血液供求；龙、牡镇静潜摄，以调节心神功能，使回复之心律不致过于亢奋，是为有制之师。益以左归、右归温养肝肾，填补精血，作为抗衰振惫之用，使精血充复，上煦心脏。此方具有桂枝汤之振奋，生脉散之柔静，左右归之温养，龙牡之镇摄，能共成上下相资、心肾既济之功。其次是对老年人生活动态、体力强弱，了解得愈细愈好，从中可以启发思路。如“疲乏”是心悸发作前后的伴有症状，在发病后感到疲乏无力，此心脏起代偿救济之后而疲乏，当补肝，用黄芪、当归、枸杞子、山萸肉、桂心之属，因肝为罢极之本；因工作疲乏而致发病，此乃先疲乏而未能起而代偿，当补肾，用熟地、菟丝子、苁蓉、巴戟天、附

子等味，因肾为作强之官。辨证虽在几微之间，确能提高疗效。^{〔1〕}

16. 周次清诊治经验

周氏认为阳气虚衰是导致 SSS 的主要原因，而阳气亏虚是在气虚的基础上发生的，所以认为益气温阳是治疗本病的根本大法。而在本病病程中出现的痰湿、血瘀等症是因虚致实的标证，不是疾病的本质，临床中尤应注意，切不可标本倒置，应始终抓住阳气虚衰这一发病本质。根据病因及各个脏腑虚衰程度的不同，临床辨证中又可分为 3 型：①心阳不振：首选桂枝甘草汤。心气虚者用保元汤；心阳虚者用桂枝去芍药加附子汤；阳虚血瘀者加芎归散或丹参饮；阳虚阴盛者用当归四逆加吴萸生姜汤；心阳浮越者用桂枝甘草龙骨牡蛎汤；对气血两虚、阴阳双亏者，强调切不可只重视温阳，而忽略养阴，应益气养血、育阴复脉，用炙甘草汤；②脾阳不运：脾阳虚为主者用拯阳理劳汤；心脾阳虚者用桂枝人参汤；脾虚湿盛、痰浊中阻者用大建中汤合吴茱萸汤或瓜蒌薤白半夏汤；脾肾阳虚者用附子理中汤；③肾阳虚衰：心肾阳虚者用桂枝附子汤；心脾肾阳俱虚者用附姜归桂参甘汤；阳虚阴乘者用麻黄附子细辛汤；阳虚损阴者加生脉散；若见阴衰阳脱的离经脉和厥逆证，宜用镇阴煎或紫石英散。此外，SSS 日久，多见阴阳两虚而偏于阳虚的证候，治宜扶阳配阴、育阴潜阳，用药应温柔平和，慎用刚暴躁热之品，方选右归丸以扶阳配阴。总之，周氏认为，治疗 SSS 重视益气温阳，辨治中又当相应处理好气血同源、阴阳互根及因虚致实的关系。尤其对于重症患者，更应抓住肾阳虚衰、阴阳双亏的病变本质，才能收到满意疗效。^{〔6〕}

17. 田乃庚诊治经验

田氏治疗 SSS 重用温补, 认为 SSS 是以虚证寒证为主, 并且是以心脾肾阳虚为多见, 温补方药具有温性、热性和补益扶正的功能, 能助阳温中、消散阴寒, 故既能纠正虚寒之偏性, 又能治疗阳气不足。但由于阳虚、气虚可引起血行不畅、气机郁滞、心脉瘀阻、痰浊内壅等症状, 因此临床上必须从整体观念出发, 在以温补方药为主的基础上适当配合行气、活血、化痰、养阴的药物, 标本兼治, 这样才能取得更好的疗效。具体提出以下 4 种治法: ①益气养阴温阳法: 适用于 SSS 表现为气阴两虚、阴损及阳者。田氏认为气虚与阳虚往往同时并见, 或久病阴损及阳, 故采用益气养阴温阳法。常用黄芪、党参、太子参、黄精、玉竹、麦冬、五味子以益气养阴, 配附子、桂枝温阳通脉, 使气复阴生而阳回, 诸症自除。②温阳益气法: 适用于 SSS 表现阳虚、气虚者。常用附子、肉桂、仙灵脾、巴戟天、仙茅、麻黄温阳散寒, 壮肾补阳, 以振心阳, 培其先天之本; 黄芪、黄精补气, 配熟地滋补肾阴, 以防附、桂、仙、巴辛温香燥之药太过。田氏认为温阳药能增加心率, 提高窦房结兴奋性, 对于 SSS 表现气阳两虚者, 常在温阳药中加补气药或以补气为主, 佐以温阳, 方可取得较持久的疗效。③温阳活血法: 适用于 SSS 表现阳虚而夹瘀血者。田氏认为胸痛、脉迟与瘀血有密切关系, 治疗时在温阳药中配活血化瘀药。常用附子、桂枝、干姜、仙灵脾、补骨脂以温阳; 当归、丹参、赤芍、川芎、桃仁、红花活血; 配柴胡、枳壳升阳而调理气机, 使胸中阳气宣通, 气血运行通畅, 脉络瘀阻得除。④温阳益气化痰法: 适用于 SSS 表现阳虚兼痰浊者。由于痰为阴邪, 易伤阳气, 故痰浊多

继发于阳虚，因此，将化痰药与温阳益气药物同用。常用黄芪、党参、茯苓、白术益气健脾；附子、桂枝、麻黄温阳化气；瓜蒌、薤白、半夏、陈皮化痰，使痰消则阴寒自散，诸症消除。^[7]

18. 史载祥诊治经验

史氏对 SSSI34 例进行统计分析发现，本病症状主要表现为心悸、口唇紫黯、气短乏力、舌质多见淡紫，脉象以迟、虚、细脉为多。以多种生物物理检测手段测定表明：舌色紫光增强，红光减低，舌表浅血流量较正常人明显减少，脉波 h_4/h_1 较正常人明显增大，左室功能明显减退，心输出量、心脏指数均较正常人明显减低，PEP/LVET 增大，PEP、ICT 明显延长。辨证属心气不足、血瘀（脉）阻络。用补益心气、化瘀通络法为主治疗 109 例，有效率 92.66%。^[8]

19. 成启予诊治经验

成氏曾长期致力于病态窦房结综合征的研究，认为中医文献中并无病态窦房结综合征的记载，根据其主要临床表现，涉及到中医的胸痹、心痛、心悸怔忡、眩晕、虚损、厥脱等病证。然而产生诸多病症的基本表现是心律失常，反映在脉象上主要是迟、缓、促、结、代等，其中以迟脉多见，是心律失常的基本脉象，故成氏将本病称之为“迟脉综合征”。以此为认识契机，进行中医药理论与临床的研究，不无提纲挈领之意义。从中医角度来看，本病的脉象其脉率脉律异常并存，以迟、缓、结、代脉多见，严重者可出现败、损脉，是气阳衰微、寒凝血泣的表现，是病态窦房结综合征的基本脉象；另一类为数、疾、促、散脉。

多为一过性，以慢快型多见，是阳微阴竭、心阳分越，阴阳维系失约的表现。脉体多数为沉细微弱，是气阳、阴血亏损，血脉不充的表现，少数可呈弦、滑之脉。舌苔则以薄白、白腻多见，黄苔较少，舌质以淡紫或兼胖嫩、齿印者为主，符合本虚标实的基本病理。而证候表现则以胸闷心痛、心悸气短、头晕眼花、疲劳乏力多见，亦可见到失眠、耳鸣、腰膝酸软、记忆力衰退等。成氏将其分为4个临床类型：胸痹型、眩晕型、虚损型、厥脱型，临床上以前三者多见，且多错综并见，各有主次，亦可交替出现。

根据本病的临床表现，成氏认为本病的基本病理为本虚标实。本虚主要矛盾在气阳不足，阴血虚损为次；标实以血瘀多见，其次为痰浊。病位主要在心肾。如《诊家枢要》所云：“迟为阴胜阳亏之候，为候，为不足。”《濒湖脉学》亦有“迟而无力定虚寒”、“结脉皆因气血凝”、“代脉都因元气虚”的记载，成氏认为病窦的基本病理为阳亏气衰、阴寒内结、血脉瘀滞。气为血帅，气行则血行，气旺则血盛，故气虚则血少脉涩；而阳虚则脉实，脉寒则率急，血寒则凝泣，气阳衰微，无力鼓动血脉，气血不能接续而见迟、结、代、促等脉，并可致脏腑失于温养，而产生临床诸症。

成氏认为病窦病机核心虽为阳亏气衰，但血脉瘀滞、痰湿阻滞的病理因素亦不容忽视。血本畅行经脉之中，总由心主，心、血、脉三者正常是保证血运畅通的条件。若心阳气虚，鼓动无力或心失血养，或脉络痹阻，都可加重血脉瘀滞，从而出现疼痛，舌质紫黯或瘀斑，脉迟涩、或结代等。如《素问·脉要精微论》说：“脉者，血之府也。长则气治，短则气病，……代则气衰，细则气少，涩则心痛。”另外，痰湿之性多粘腻，易碍心胸，阻滞阳气，滞运

血行，若久居雾露潮湿之处，或冒雨涉水、寒湿浸渍，或饮食不节，中州失运，湿聚成痰，或劳伤脾肾，中阳失运，下焦阳虚，水聚成湿，湿聚成痰，共酿是证。

成氏认为中医药治疗 SSS 的基本法则为温阳益气、活血通脉。然而在改善症状、提高心率方面，益气温阳法优于单纯益气法或单纯温阳法，因实践证明，温通心阳效快而不持久，益气效缓而持久，温阳益气效速而持久，故多气阳并补，心肾同治，而能提高疗效。另外，该病以冠心病多见，且不明原因与硬化-退化之病理密切，血瘀与此关系密切，故活血通脉无疑有利，亦符合心主血脉的中医观点。

成氏用下列 5 法对病态窦房结综合征进行辨治。①补益心气、活血化瘀。用于心气不足、血脉瘀滞者，症见胸闷心痛，心悸气短，疲乏无力，舌淡有紫气、苔薄，脉细迟或伴结代。药用：红参、炙黄芪、肉桂、麦冬、五味子、丹参、赤芍、川芎、降香、炙甘草。方中红参补益心肾，畅血通脉，成氏认为量可用到 10~15g。此外，成氏注重助阳益气不忘护阴，当阴中求阳，故用麦冬、五味子、生地、熟地等阴柔之品。若心气虚进一步发展有阳虚见证，如肢冷畏寒者，可加用制附片温补心肾；若气化失和，饮停心下者，可加用苓桂术甘汤温阳蠲饮、健脾利水。②益气养阴、通脉化瘀。用于气阴两亏、心脉瘀阻者，症见气虚血滞症状较明显，伴有口干，自汗、盗汗，舌质嫩红或偏红，脉迟结代、或促。偏心阴虚可见心烦、失眠多梦；伴肝肾阴虚可见眩晕、耳鸣、腰疼健忘等。药用：太子参、石斛、南北沙参、生黄芪、五味子、远志、天冬、麦冬、酸枣仁、红花、川芎、当归。方中太子参益气养阴、气阴双补，量可用至 20~30g；肝肾阴虚者，选用明天麻、冬

桑叶、潼蒺藜、制豨莶草；偏心阴虚者，重用酸枣仁、远志、茯神、天冬、当归等。③温阳益气、祛寒通痹。用于阳虚寒凝、心脉泣涩者，症在气虚血滞基础上见形寒畏冷，手足不温，精神不振，面色少华，甚至虚浮水肿，脉沉无力，舌质淡胖而暗，或水滑，或兼有胸背冷痛。药用：麻黄、附片、细辛、桂枝、干姜、太子参、补骨脂、山萸肉、生地、熟地、麦冬、泽兰、川芎、炙甘草。偏肾阳虚，见腰膝清冷，夜尿清长，性功能低下者，选用淫羊藿、菟丝子、肉桂、淡苣蓉；偏脾阳虚，见食少便溏者，选用党参、炒白术、炮姜。④温补心肾、化浊逐水。用于心肾阳虚、浊阻水停，症见心中虚慌不宁，胸背冷似凉水，形寒怕冷，喘咳痰稀而清，浮肿尿少，舌质淡暗或蓝紫，舌体胖有齿印、苔白膩或水滑，脉细沉迟弱或促。药用：全瓜蒌、薤白、桂枝、制附片、太子参或红参、淫羊藿、补骨脂、茯苓、炒白术、炮姜、炙甘草。浊水痰湿多碍血运而兼瘀，酌加丹参、赤芍、川芎之属；浮肿者，佐猪苓、泽兰、泽泻、车前子利水消肿。⑤温阳复脉、回阳救脱。用于心气厥逆、脑脉失养，即西医伴发阿-斯综合征者，症见发作突然，面青肢厥抽搐，意识恍惚或丧失，甚至旋即昏脱死亡。药用：制附片、干姜、人参、炙甘草。若见阳气津液两脱者，选用陶氏回阳急救汤以回阳益阴、益气生脉；若见大汗淋漓，脉细微欲绝者，选用参附龙牡汤。

此外，在辨治过程中，成氏注重正确处理辨证施治与辨病用药的关系，认为辨证施治与辨病用药二者互补，可取长补短。一般来讲，辨证更方取效慢，取效后作用持久，副作用少；而辨病用药取效快，但不持久，且易致各种副作用。另一方面，成氏认为要正确处理中医药与西医药治疗的关系，原则为病情相对较轻，危险性较小者，以中医

药为主，反之以西医方法为主，配以中医药治疗，但慢-快型者当以中医药治疗为主。另外，滋养阴血药物，虽有滋腻之虑，但应知常达变，是其证用其药，同时根据阴中求阳思想，温阳药中投以阴药既可起阴阳互根作用，又可敛麻、附、辛之燥烈。^[9]

20. 梅国强诊治经验

梅氏从传统医学思维模式和现代医学理论结构出发，对心律失常的中医病理提出了如下观点。①脏气失调：脏气失调即脏腑功能紊乱，是心律失常发生的主要原因。而脏腑之中则以心为首，盖心为君主之官，行血脉而藏神明。心病则气血逆行而神乱，或心血不足而心动过缓；或心火过旺、痰火扰心而心动过速；或心气衰弱、心血瘀阻而传导阻滞；或肾阳衰、寒气上冲而房颤、房扑；或心阳衰竭、阴阳离绝而室速、室颤等。患者可出现阵发性胸闷、心慌或头晕气短，或夜寐不安，怔忡不宁，或脉律失序（促、结、代、疾等）。他脏之中，以肝肾为要，肝者将军之官，主谋虑而藏血，主疏泄而调气，内合于胆，其经脉循胸布胁，与心相通。厥阴、少阴之枢机运转正常，则有助于心脏有节律地搏动。其疏泄太过不及均可致心律紊乱。梅氏临床观察，心脏神经官能症、胆心综合征、 β 受体功能亢进而致心律失常者，多与肝胆功能失调有关，如暴怒、大喜或抑郁，每致心律失常发作。心律失常其心肝同病者恒多，或心肝血虚、心肝阴亏，或肝气郁结、心神受抑，或肝气暴张、心神忽乱。肾为阴阳之根，肾与心水火兼容，阴阳相济。肾之阴精可助心化血，肾之元阳可辅心通阳。若元阳虚衰而心火不旺则水气凌心而怔忡、心悸、眩晕；阴精下竭而心火炽烈则虚热扰心而怔忡、心烦不寐。心肾

同病者，多心肾阴亏，或心肾阳衰。故治疗心律失常而补阴者，以心肝肾为先；温阳者以心脾肾为重；补血者，以心肝脾为要。②气血不和：气血不和即气血运行失常或亏损虚竭，可有气滞血瘀、气虚血瘀、气血两虚等多种病理表现，其中血液瘀滞为心律失常的病理基础。血瘀多由气滞、气虚所致，气滞多责之于肝胆，盖肝主疏泄助心而调神；胆附于肝，主少阳而运转枢机。肝气调畅，胆气流行，则气血畅通，心神自宁，血气平和则脉律有序；若气血逆乱，则脉律不整，或结、或代。气虚多源于肺脾，肺虚则吸入之清气减少，脾虚则化生水谷之气不足，二气虚乏则宗气化生无源，心血鼓动无力，或病窦、或传导阻滞。血虚或心脉室塞，则心失血濡而现心律失常。③津液不布：津液代谢障碍多由脏气功能失调所致，一旦津液敷布失常则生痰浊、湿、水饮等多种病理产物，这些病理产物在心律失常形成过程中，起着重要作用，且常与瘀血相互交合而为病。痰浊湿邪偏盛者，不但形体肥胖、舌苔厚腻，且血脂、血粘度多增高。此在冠心病所致心律失常中颇为常见，是以痰浊、湿邪随气无处不至，流至心脏，阻塞心脉，发生心痛、心律失常。其他如风心病、心肌炎等亦同样存在痰与湿对心肌的损伤，尤其是动脉硬化，多有痰湿沉积与阻滞的病理改变。

梅氏认为，心律失常的主要病理虽在于脏气失调、气血不和与津液不布，但临床上单一致病者少而复合为病者多，将其辨证为以下几种类型。①气阴亏虚、瘀血阻滞。即心肺气阴不足而兼肝血瘀阻，可见劳力性胸闷、气短、心慌少寐等症状，舌黯红苔花剥少津，脉虚细数或结代。多见于冠心病、高血压冠心病、心肌病等伴有心律失常者。②气阴不足、痰湿内伏。除心悸、气短、神疲乏力等症状

外，尚可见形体肥胖，或伴咳嗽痰多，胸脘痞闷，舌质红嫩苔腻，其色或白或黄，或灰或黑，或粗糙乏津，脉虚滑而节律不整，常在饮酒、吸烟、饱餐时发作，多见于心衰初期，或冠心病、高脂血症、高粘血症等伴有心律失常者。

③气阴两虚、痰瘀胶结。此型既有气阴不足之象，亦有痰瘀混杂之征。

④阴阳俱虚、瘀血内阻。心律失常未发之时，患者常感神疲乏力、腰膝酸软、头晕耳鸣、失眠多梦、夜间惊惕不安、怯寒怕冷等。

⑤气阴亏损、毒邪内侵。常见于病毒性心肌炎，或风心病风湿活动而合并心律失常，除气阴亏损症状外，尚可见关节疼痛，或咽痛、发热、汗出等。

⑥中阳不足、寒饮内动。中阳不足，寒饮内生，随气上逆，冲撞于心而心悸、心下逆满、头目眩晕、舌淡胖苔白滑，脉弦紧或节律不齐。

⑦下焦寒盛、水气上冲。肾阳虚衰，水液不化，致寒气上冲于心；或阴寒极盛，阳虚外浮，致心神外越而不内守，发生室速、室颤。

⑧心阳不振、肝血不足。多因风湿热、上感、病毒性心肌炎等治疗不当，如发汗太过，损伤心阳，致心阳虚弱；妇人产后失血、月经过多或崩漏，或患肺疾，暗耗阴血，致肝血不足。此型多见于妇人。

⑨少阳不利、胆火扰心。少阳枢机不利，胆火内郁，扰及于心，而出现胸满烦惊、心律失常，可见口苦、咽干、目眩及胸胁不适等。

⑩气阴不足、太少合病。气阴不足于内，邪气复感于外，邪居太少二经，致太阳经气流行不利、少阳枢机运转失常，手少阴心、手厥阴心包之经气乖戾而发生心律失常。

梅氏临证常用以下4法：①疏通气血：气血失和，或为气滞血瘀，或气血两虚。气滞者，根据其阻滞程度可分别选用逍遥散、柴胡疏肝散及四逆散，其中白芍易赤芍或赤白芍联用。少阳不利，胆火扰心者，可选柴胡加龙牡汤。

血瘀轻者，可选桃红四物汤、血府逐瘀汤、补阳还五汤、失笑散；重者可加土鳖虫、水蛭、炮甲珠、泽兰等；其丹参、益母草、鸡血藤及川芎、郁金、延胡索等和血养血、行气活血之品则多选用。气血虚者，可选归脾汤，或重用黄芪再配八珍汤。②调理阴阳：阴虚、阳虚、阴阳两虚、阴阳离绝等证型均可见于心律失常，其治疗当以补心肾为主。阴虚者，南北沙参、五味子、麦冬、枸杞子、龟甲、旱莲草；阳虚多兼气虚、血虚，兼气虚者，参芪并用；血虚者，当归、首乌、熟地、阿胶等；气阴不足而兼太少合病者，可以柴胡桂枝汤合生脉散加减。阳虚以心阳虚偏甚者，选桂枝甘草汤、桂枝甘草加龙牡汤；以肾阳虚为主者，肾气丸；气血阴阳俱虚，脉结代无力者，选炙甘草汤（重用炙甘草10~25g）；阴阳离绝、冷汗淋漓、心慌喘气如脱，脉疾速浮散，病情笃重者，可急用参附汤配合西医抢救。③输布津液：津液代谢失调，主要产生痰、湿、水、饮等病理产物，这些产物多与瘀血相交为患，或痰湿夹瘀，或水饮瘀血。其治疗常多法复用，或化痰消瘀，或除湿行血，或活血利水。痰有寒热之分，寒痰者可选二陈汤、小青龙汤、小半夏汤、半夏麻黄丸、苓甘五味姜辛汤；热痰者，可选导痰汤、黄连温胆汤、清金化痰汤，酌加黄芩、野菊花、蒲公英、鱼腥草等；痰多而粘稠不易咯出者，可加天竺黄、竹沥、胆南星、葶苈子等。湿浊内伏者，多选苍术、藿香、佩兰，或配金钱草、滑石（如有瘀血，则滑石配蒲黄，即《金匱》蒲灰散）。水饮有中下之别，中焦阳虚，水饮内动而逆于心者，则苓桂术甘汤化裁；下焦阳衰，寒水自下而上冲撞于心者，则以真武汤或桂枝加桂汤加减。心衰而水湿泛滥者，常利水兼活血，水血并治，可选连皮苓、金钱草、益母草、泽泻、泽兰、郁金、蒲黄、滑石、水蛭

等。④同治他证：心律失常不仅有原发病的存在，且多有兼证。故其治疗，既要主证突出，亦要他证兼顾。就临床所见，心律失常兼证主要有以下几种：怔忡不宁，惊惕不安，加龙骨、牡蛎，或磁石、珍珠母；心悸，失眠多梦，加酸枣仁、柏子仁、夜交藤；四肢震颤，甚或麻木，头晕目眩，加天麻、钩藤、僵蚕，或全蝎、蜈蚣；心烦、失眠、盗汗潮热，属心肝阴血亏虚而生内热加黄连、阿胶、鸡子黄、白芍、合欢花、酸枣仁、百合、地黄、旱莲草；风心病风湿活动明显加忍冬藤、铁菱角、刘寄奴、徐长卿、野菊花；上呼吸道反复感染而咽痛、扁桃体红肿，加白蚤休、黄药子、山豆根、蒲公英、铁菱角等。^[10]

21. 林沛湘诊治经验

林氏根据内经“肺朝百脉”及“肺者，相傅之官，治节出焉。”等理论，在辨治心血管疾病，特别是心律失常病症时，重视调治肺气的治疗。临证常从补益肺气、调和营卫、泻肺行水和宣肃肺气4个方面入手进行辨治。

(1) 补益肺气以养心脉

肺气亏损，则无力帅血，心失所养，常致脉道虚涩。可见心悸气短，动则加重，头晕乏力，神疲倦怠等症，脉虚弱而结，舌质淡、舌苔白。治当补益肺气，以养心脉。方用补肺汤（《永类铃方》）或人参蛤蚧散（《卫生宝鉴》）化裁。慢性心脏疾病伴有心律失常证属气虚者，多用本法治疗。

〔典型病例〕

刘某，男，54岁，1981年4月21日因心悸1年初诊。5年前患心肌梗死，经住院治疗病情缓解。近1年出现心悸，症状日渐加重。日前心电图提示：陈旧性心肌梗死，

冠状动脉供血不足，频发室性早搏，部分呈三联律。西医诊断：陈旧性心肌梗死，慢性心功能不全，心律失常。因服西药疗效不明显求诊。现症见：心悸不安，动则加重，乏力气短，颜面虚浮少华，足跗微肿，舌质淡暗、舌苔白，脉虚而结。证属心肺气虚，夹瘀夹湿。治宜益肺气、养心脏，兼活血利湿。方用补肺汤加减：红参 10g（另炖），黄芪 25g，熟地黄 15g，鲜葱白 30g（后下），五味子 7g，桑白皮 15g，蛤蚧末 10g（冲服），当归 10g，红花 7g，檀香 5g（后下），三七末 1.5g（冲服），每日 1 剂，水煎服。

二诊（5 月 11 日）：服上方 20 剂，足跗水肿已消，余症悉减。大便偏结，舌同前，脉仍虚，但间歇已减少。守上法增损。前方去葱白、红花，加紫菀花 10g，桃仁 10g，黄精 15g，改桑白皮为 10g，每日 1 剂。

三诊（6 月 11 日）：上药服 30 剂，心悸及其他症状大为缓解。复查心电图：陈旧性下壁心肌梗死，冠状动脉供血不足较前明显改善，偶发性室性早搏。舌淡，脉虚。遂用蛤蚧三七按 5：1 比例研末，日服 5g，以红参 3~5g 煎汤送服，嘱长期服用。随访半年，病情稳定。

林氏认为，本例患者大病暴疾，脏气已伤。病情缠绵，更使正气生羸，因而表现为心悸，气短，乏力，舌淡，脉虚结等一派气虚之候。气虚日久，血行滞涩而致瘀；津失气化而生湿。故见足肿、舌质黯等湿瘀互夹之症。方中红参大补元气，合黄芪更能强肺脾而壮宗气之源。宗气盛则能贯心脉以行血。蛤蚧，《本草纲目》言其“补肺气，益精血。”《本草备要》又说其“补肺润肾，益精助阳，……气虚血竭用之。”林氏体会，该药强壮肺肾确有良效，但需久服，不可急于求功。故对心肺疾病气虚者，每嘱其长期服用。选当归、熟地黄、五味子，与蛤蚧共益精血，而为养

气之源。鲜葱白、桑白皮宣泻肺气，通阳行水，与调肺气、宽胸膈之檀香配伍，能助补气药物之功，而利于血脉之运行。桃仁、三七活血，以消其瘀。三诊以后，症状缓解，嘱红参、蛤蚧、三七长期服用，意在巩固疗效。

（2）调和营卫以复血脉

营卫之气，心肺所主。营卫不和则肺失外固，心神乖张。营阴亏虚则血脉失其濡养；卫阳伤耗，在外易受风邪侵袭，在内血脉失去鼓动之力，导致脉失畅和的病证。可见外感之后，心中悸动，身恶风寒，发热汗出，或咽喉不适等症，舌质淡红、苔白，脉缓时结。治当调和营卫以复血脉。方用桂枝汤化裁。本法常用于病毒性心肌炎伴心律失常，证属营卫失调的治疗。

〔典型病例〕

洪某，男，20岁，1987年3月12日因心悸2个月初诊。2个月前发热后出现心悸、胸闷。西医拟诊病毒性心肌炎。用安律酮、能量合剂、抗生素治疗，效果不明显。2月10日心电图：频发室性早搏，部分呈三联律，心肌劳损。现症见心慌悸动，甚时胸闷，恶风自汗，咽喉微痒。舌质淡红、苔薄白，脉虚弦而结。证属营卫不调、卫表失固，且外邪未净。治宜调和营卫，兼固表祛邪。方用桂枝汤合玉屏风散加味：桂枝10g，白芍15g，生姜5g，大枣15g，炙甘草10g，黄芪17g，防风10g，白术10g，金银花15g，桔梗10g，紫苏叶8g，每日1剂，水煎服。以此方为基础，大法不更，药物随症稍出入，治疗1个月。4月13日复诊时，心悸及其余症状均消失，复查心电图属正常范围。后又用玉屏风散合生脉散继续调理半月余。随访2年，未见复发。

林氏认为本例患者因感贼风，耗伤营卫，以致营卫失

调。营为阴行于血脉，卫为阳发于肺气。营卫失调，则营阴失于卫阳之推动而致血脉不利，卫阳不得营阴之滋养而表卫失固。故方中用桂枝辛温，以助阳气、通经脉、解肌祛风；白芍益阳助营；生姜辛温以佐桂枝之功；大枣甘平能增白芍之力；炙甘草合桂枝以化阳，合白芍、大枣以滋阴，为复脉必不可少；伍玉屏风散，更能固表卫御风邪；咽喉微痒，说明外邪未净，故用防风合金银花、桔梗、紫苏叶等祛解余邪，并有舒畅肺气之力。全方以调营卫入手兼固表祛邪，而能奏通复血脉之功。

(3) 泻肺行水以利心脉

痰湿内生，停于胸胁，壅滞肺气则肺气不利，肺气不利则难于行使其朝百脉及助心行血之功能。可见心悸气喘，胸胁胀满，或有面浮足肿等症，舌苔腻或滑，脉结代。治当泻肺下气、行水祛湿。方用葶苈大枣泻肺汤加味。本法适用于高血压性心脏病、肺源性心脏病等伴心律失常而证属痰湿壅肺者。痰湿壅肺在这些疾病中常属兼杂之证，运用时多与其他方法配伍。

〔典型病例〕

曹某，男，52岁，1984年6月10日因心悸伴胸闷、气喘约1年初诊。病人患高血压病10余年。以往取西药能将血压控制在正常范围。但近年来血压控制不理想，并出现心悸及胸闷、气喘等症。西医诊断为高血压性心脏病。现血压196/110mmHg、心电图：左心室肥厚并劳损，频发室性早搏。症见头晕胀痛，心悸气喘，动则悸喘加重，胸闷而胀，两胁胀满，舌质淡暗、苔白滑，脉虚弱而结。证属心肺气虚，血瘀夹湿。治宜益气活血利湿。方用补阳还五汤加味：黄芪60g，当归10g，赤芍15g，地龙10g，川芎7g，桃仁7g，红花7g，泽泻15g，车前子15g，每日

1 剂，水煎服。

二诊（6月20日）：上药已服10剂，除血压稍有下降（180/105mmHg），头晕痛略减外，其余症状未改善。舌脉同前。拟上法合泻肺行水之法并治。前方去泽泻，加葶苈子30g，大枣15g，每日1剂。

三诊（7月10日）：上药已服20剂，头晕痛、心悸气喘、胸胁胀满基本缓解。血压160/94mmHg。心电图示：窦性心律，左心室高电压。继守上方增损，调治月余。随访半年，心律失常未见复发。

本例初诊为林氏学生所治。二诊时林氏指出，用益气活血法是对的。疗效不明显，乃因对气喘胸闷，两胁胀满，舌苔白腻等由气虚血瘀孳生痰湿，以致壅郁肺之气机，阻塞血脉运行的证候认识不足，方中用泽泻、车前子未完全切中病机。后合用葶苈大枣泻肺汤，通泻胸肺壅滞之气，畅利肺及膀胱之水道而祛痰湿之邪，以消除血脉之冗余，并助补阳还五汤益气化瘀之功。根据林氏的体会，葶苈大枣泻肺汤虽性属寒凉而为攻伐之剂，但在虚实夹杂，即以阳气虚为主兼夹痰湿壅肺的证候中，只要温补药物使用得当，就能起到祛邪的作用而无“虚虚”之虞。

（4）宣肃肺气以畅心肺

肺失宣肃则气机不利，肺气难以贯通百脉，从而导致气血运行失常。可见心悸胸闷，喘咳，口唇青紫，舌质黯紫，脉迟或涩或结代等。治当宣肃肺气。方用麻黄汤或桑叶、紫苏、桔梗、枇杷叶之类。本法常不单独运用，对于心律失常病症夹肺失宣降者多兼而用之。其中麻黄汤主要用于心动过缓者。

〔典型病例〕

苏某，女，44岁，1989年10月5日因发作性心悸2

年余初诊。患者有心动过缓史近5年，2年多前开始出现心悸，曾往多家医院检查。做阿托品试验、食道心房调搏及动态心电图，均诊断为病态窦房结综合征。其中动态心电图提示：基本心律为窦性心动过缓并窦性停搏及房速和房扑。近2个月来心悸发作频繁。现症见头晕，健忘，睡眠不佳，心悸发作时气紧胸闷，舌质淡而稍暗、苔白，脉迟而细，脉率38次/min。证属心肺气阴两虚、脉气失宣。治宜益气养阴、宣通肺气。方用生脉散合麻黄汤加味：红参10g（另炖），麦冬15g，五味子10g，麻黄10g，桂枝10g，杏仁10g，炙甘草13g，黄芪15g，黄精15g，龟甲20g（先煎），每日1剂，水煎服。

二诊（10月20日）：上药已服15剂。心悸发作次数减少，仍头晕，睡眠不佳，舌脉同前，脉率42次/min。拟增活血之品。前方加丹参15g，川芎10g，每日1剂。

三诊（11月20日）：上药服30剂，已近半月无心悸发作。其他症状亦减轻，舌脉同前，脉率50次/min。药已中病，法不更迭，上方将红参、麻黄各改为5g，此后随证加减，再治疗3个月，1990年2月12日复查动态心电图：以窦性心律为主，心率最低55次/min，未见停搏，房速及房扑大为减少；有少量房性及室性早搏，均在正常范围。嘱患者长期服用生脉口服液。随访1年，病情稳定。

病态窦房结综合征一般多用温阳方法治疗。本例脉迟舌淡，确有寒象。但从脉象分析，其脉细说明阴液亏耗。故在治疗时，林氏借鉴了金匱肾气丸从阴取阳的方法，用龟甲填精补阴；黄精、麦冬、五味子等益阴敛阴，补心肺阴液之不足；以参芪大补元气；通过麻黄汤的辛温通阳、宣发肺气，使阳气充盛而能除血脉之涩滞，从而达到畅利血脉之目的。^[1]

22. 韦懿馨诊治经验

韦氏认为心律失常之主要病机是痰瘀互阻，脉道失畅，治疗强调辨证施治，以活血化痰为主，临床施以以下5法。

(1) 活血化瘀、行气通脉法

适用于痰瘀互阻，气机不畅。症见心悸，胸闷憋气，胁痛，失眠多梦，每因情志不畅而诱发或加重，舌质的或紫黯，脉弦或结代。常见于高血压病、冠心病合并心律失常。治以活血化瘀、理气宽胸之法。药用：丹参 30g，当归 15g，赤芍 15g，生地 15g，柴胡 12g，半夏 10g，云苓 15g，瓜蒌 15g，炒酸枣仁 20g，陈皮 10g，生甘草 10g。若胁痛重者加延胡索 15g；心烦急躁加黄连 6g，栀子 6g。水煎服，日 1 剂。

(2) 活血祛痰、益气安神法

适用于心气不足，痰瘀阻脉。症见心悸不宁，胸闷或痛，气短乏力，面色苍白或淡暗，多梦易醒，每因劳累而诱发或加重，舌质黯淡体胖、苔薄白，脉细涩或结代，常见于冠心病、肺心病、心肌病合并心律失常。治以补心气、化痰瘀、安神志。药用：太子参 30g，沙参 15g，麦冬 15g，五味子 10g，半夏 10g，云苓 15g，远志 10g，丹参 30g，赤芍 15g，莲子心 60g，炒酸枣仁 20g，甘草 10g。若胸闷憋气重可加瓜蒌 15g，葶苈子用 20~30g。

(3) 益气活血、泻肺利水法

适用于气虚血瘀，脉道不畅，水饮内停，症见心悸，胸闷胸痛自汗喘促，面浮身肿，形寒肢冷，胸水、腹水，舌淡或紫黯、苔白，脉沉细、结代。常见于冠心病、肺心病、心肌病等合并充血性心力衰竭、房颤。治以益气活血、泻肺利水。药用：黄芪 30g，当归 15g，丹参 30g，半夏

10g, 防己 15g, 葶苈子 30~50g, 云苓 15g, 赤芍 15g, 桑白皮 15~30g, 大腹皮 30g, 车前子 (包煎) 30g, 太子参 30g, 陈皮 10g, 水红花子 10g。若胁下痞块可加牡蛎、鸡内金各 15g; 面紫黯加红花 10g, 桃仁 10g。

(4) 活血化痰、平肝潜阳法

适用于内有宿痰, 阴虚阳亢, 上扰心神。症见心悸胸闷, 失眠多梦, 眩晕耳鸣, 五心烦热, 面色潮红, 遗精, 腰酸, 舌红或紫、苔少, 脉细数或结代。常见于高血压病、高血压性心脏病、冠心病合并心律失常。治以平肝潜阳、安神定悸, 佐以活血祛痰。药用: 天麻 10g, 钩藤 15g, 赤芍 15g, 生地 15g, 生龙牡各 20g, 云苓 15g, 丹参 30g, 瓜蒌 15g, 知母 10g, 陈皮 10g, 甘草 10g。若目赤口苦可加菊花 15g, 龙胆草 15g, 栀子 10g。

(5) 养血活血、化痰安神法

适用于血虚不运, 痰瘀内阻, 心脉失常。症见心悸怔忡, 胸闷憋气, 头晕目眩, 倦怠乏力, 面色不华或晦暗, 少寐多梦, 手足麻木, 唇舌黯淡或瘀点、苔白, 脉细或结代。常见于高血压病、冠心病合并心律失常, 神经官能症。治以养血通脉、活血化瘀、宁心安神。药用: 太子参 30g, 黄芪 30g, 当归 15g, 丹参 30g, 龙眼肉 15g, 赤芍 15g, 云苓 15g, 远志 10g, 阿胶 (烊化) 10g, 炒酸枣仁 30g, 甘草 10g。若虚热烦躁可加生地 15g, 丹皮 10g。

[典型病例]

王某, 男, 62 岁, 干部。患冠心病 10 年, 近半年来每遇劳累即心悸、胸闷、气短, 曾服西药愈而复发。1997 年 6 月 8 日初诊时自述心悸不宁, 胸闷憋气, 乏力, 失眠多梦, 活动时加重。症见面色不华, 形体肥胖, 唇舌黯淡、苔白, 脉结代。心电图提示: ST-T 改变、频发室性早搏。

诊断为冠心病，心律失常，频发室性早搏。中医诊断：心悸（气血不足、痰瘀互阻、心脉失养），治宜益气养血、活血化痰、安神定悸。药用：太子参 30g，黄芪 15g，当归 30g，丹参 30g，龙眼肉 15g，赤芍 15g，云苓 15g，阿胶（烔化）10g，炒酸枣仁 20g，半夏 10g，瓜蒌 15g，苦参 15g，陈皮 10g，甘草 10g，日 1 剂水煎服。服 7 剂，诸症减轻，查心电图示：ST-T 改变，偶发室性早搏。效不更方，上方再进 7 剂，胸闷憋气消失，仅于活动时感心悸气短，纳食及睡眠可，舌黯红、苔白，脉细，前方去瓜蒌、苦参，服 7 剂，诸症消失。心电图示：ST-T 改变、室性早搏均消失。继进 7 剂以巩固疗效。3 个月随访，未见复发。^[12]

23. 吴雅凯诊治经验

吴氏认为，心律失常的病理基础多属心肾阳虚。吴氏尝言，脉为心之府，心脏一旦病变，其病理变化必然反应在脉象上，缓慢性心律失常患者多见迟脉及沉、细、结脉。他从《诊宗三昧》“迟为阳气失职，胸中大气不能敷布之候”，以及张秉成“若肾阳气馁，脉皆为迟”之说，并结合临床该类患者除有心悸、胸闷、气短、乏力等心气虚弱证候外，还多伴有面苍畏寒、眩晕昏厥、腰膝酸冷、胸痛耳鸣等肾阳不升、心阳不宣等证候表现，认为缓慢性心律失常病位在心，病本于肾。盖因肾阳为诸阳之本，心脉循行也自然“资始于肾”，肾中真阳不足则心阳式微，不能温运血脉而呈迟、结之脉。故心肾阳虚是本病共同的病理基础。心阳不振可致心脉瘀阻；肾阳亏虚，损及脾阳，脾失健运易成痰饮湿滞。因虚致实，吴氏乃以温通为法，自拟补心通脉汤治疗本病。基本方药由附子、仙灵脾、桂枝、党参、

麦冬、五味子、丹参、当归、炙甘草组成。方中附子配仙灵脾，以通行十二经脉，振奋心肾之阳；伍桂枝、当归、丹参、炙甘草，能和营活血，调畅心脉；合参、芪，则大补元气，鼓舞血行；又以麦冬、五味子，养心护阴，兼制阳药之燥烈。诸药相配，具有温壮肾元、振奋心阳、益气活血、定志通脉之功效。

虽然缓慢性心律失常的根本改变为阳气虚衰，但阳虚有程度和所属脏腑侧重的不同，单纯心阳不振者病情较轻，表现为脉迟、胸闷痛、心悸、气短；心脾阳虚者，表现为脉迟细、眩晕心悸、面色无华、舌淡苔薄；肾阳虚者，脉沉迟而弱、畏寒肢冷、头晕耳鸣、小便清长、夜尿频多。其在阳虚的基础上，常可见到寒凝血瘀、痰饮等标实之证。故吴氏在基本方后尚有加味之法：气虚甚者加人参末；阳虚明显加肉桂、干姜；阳虚寒凝加麻黄、细辛；脾肾阳虚加补骨脂、山药、仙茅；脾阳虚而生化乏源者加重当归用量，并酌选芍药、鸡血藤；夹瘀者选川芎、红花；夹痰者加瓜蒌、薤白、郁金；夹饮者加云苓、白术。

〔典型病例〕

1. 张××，女性，54岁。冠心病、病态窦房结综合征。阿托品试验：心率最快为56次/min。被建议装置起搏器，因患者拒绝，于1979年10月23日来诊。症见：胸闷憋气、时欲叹息，甚则连续吸2~3口气，头晕乏力，心悸心慌，腰膝酸软，小腿肌肉抽掣、夜间尤甚，纳差便秘，舌淡唇白，脉沉细迟，心律齐，心率43次/min。心电图示：交界性逸搏心律。证属命门火衰、心脾阳虚、血脉滞涩，拟温阳通脉法。处方：制附子10g，仙灵脾10g，党参10g，麦冬10g，仙茅10g，丹参10g，炙甘草6g，补骨脂10g，山药10g，当归20g，干姜5g。服药约1月后，心率

增至 60 次/min, 以后间断服中药, 心率稳定在 60 次/min 左右, 查心电图为窦性心律。

2. 李××, 女性, 56 岁。高血压性心脏病、冠心病、Ⅱ度Ⅱ型房室传导阻滞。心跳缓慢 3 年, 感胸闷、胸痛, 阵发性眩晕, 肢麻怕冷, 头晕耳鸣, 腰酸乏力。去年曾 2 次住院治疗, 经用降压、扩冠改善血供等治疗, 病情一度好转, 今年来上述症状明显加重, 于 1979 年 3 月 26 日来院治疗。心电图示: 窦性心动过缓、Ⅱ度Ⅱ型房室传导阻滞。(呈 6:5~2:1 传导), 血压 120/75mmHg。脉迟细, 苔白、质淡紫。证属心肾交亏、阳衰血虚、心脉瘀阻。治拟温补肾、养心活血、通脉和络。处方: 制附子 10g, 党参 10g, 鸡血藤 10g, 当归 20g, 丹参 10g, 川芎 10g, 麦冬 10g, 五味子 5g, 仙灵脾 10g, 红花 5g, 赤白芍各 10g, 桂枝 10g。7 剂后自觉症状明显好转, 14 剂后复查心电图属正常范围, 心率 78 次/min。以后常服本方, 病情稳定。

3. 李××, 男性, 50 岁。患心肌病、病态窦房结综合征。心跳缓慢 10 年, 一般在 40~50 次/min, 其间曾多次出现晕厥, 晕厥时心率最慢为 30~40 次/min。曾在医院多次抢救治疗, 使用过能量合剂、丹参注射液、阿托品、异丙基肾上腺素, 始则有效, 继则乏效。1979 年 6 月来院门诊。症见: 畏寒怕冷, 眩晕耳鸣, 心慌乏力, 下肢浮肿, 气短时喘, 心率 40 次/min, 脉沉细迟, 苔薄、舌淡胖。证属阳虚水泛, 拟温阳化饮法。处方: 制附子 15g, 桂枝 10g, 云茯苓 30g, 炒白术 10g, 炙甘草 3g, 丹参 10g, 仙灵脾 10g, 炙麻黄 10g, 细辛 5g, 党参 10g, 麦冬 10g, 干姜 5g。14 剂后症状改善, 1 月后心率增至 55~60 次/min, 上方稍事加减, 连续治疗多年, 病情稳定。^[14]

24. 裴正学诊治经验

(1) 快速性心律失常

快速性心律失常包括各种早搏、窦性心动过速、室上性和室性心动过速、心房、心室扑动及颤动。临床上多见心悸、胸前区不适、乏力、脉细数或有结代等表现。裴氏认为从中医辨证看多为气阴两虚，瘀血内阻，瘀久化热，热扰心神所致，其中气阴两虚为本；瘀血内阻，瘀久化热，热扰心神为标。治疗上以养阴益气为主，方用炙甘草汤加味：炙甘草 20g，桂枝 10g，干姜 6g，阿胶 10g（烊化），大枣 4 枚，党参 10g，麦冬 20g，生地 20g，麻子仁 10g，丹参 20g，苦参 20g，五味子 10g，水煎分服。临床加减：兼见虚烦不眠、口舌生疮、惊悸多梦者加黄连 3g，朱砂 3g（分冲）；兼见失眠多梦、疲乏无力、少气懒言、食欲不振者加黄连 30g，远志 6g，炒酸枣仁 15g；外感后惊悸、多汗、全身酸困者加白芍 20g；兼见胸前区憋闷不适、脉沉细弦、舌紫黯有瘀斑者用上方合冠心Ⅱ号（丹参、赤芍、川芎、红花、降香）治疗，或用裴氏经验方桂川合剂：桂枝 10g，川芎 6g，葛根 10g，丹参 20g，党参 10g，麦冬 10g，五味子 6g，紫石英 15g，生龙牡各 15g，灵磁石 15g，珍珠母 15g，甘草 6g；兼见烦躁易怒、惊恐不安、失眠多梦者原方加生龙牡各 15g，制乳没各 3g，炒枣仁 15g，柏子仁 15g，圆肉 10g，山萸肉 10g；瘕病引起者选用柴胡加龙骨牡蛎汤加味。

〔典型病例〕

1. 患者许某，男，62 岁，干部。心悸伴胸前区不适 8 年于 1996 年 10 月 26 日就诊。脉搏 100 次/min，血压 120/75mmHg，心脏检查示：心音清楚，心率 102 次/min，心

律不齐，每分钟可闻及6~10个早搏，心前区未闻及病理性杂音。心电图示：①心肌供血不足；②频发多源性室性早搏。结合脉细数有结代，舌红、苔薄黄有瘀点，中医辨证为气阴两虚、瘀血内阻。治以益气养阴化瘀。方药：炙甘草20g，桂枝10g，生姜6g，阿胶10g（烊化），大枣4枚，党参10g，生地20g，麦冬20g，麻子仁10g，丹参20g，苦参20g，瓜蒌10g，薤白10g，半夏6g，红花6g，川芎10g，水煎服20余剂后，胸前区疼痛消失，仍感轻度心悸，有时乏力、胃脘不适，舌红苔薄黄、脉细数。上方去川芎、红花加砂仁6g，檀香6g，白术10g，茯苓12g，继服20余剂后诸症消失，查心率86次/min，每分钟仅可闻及1~2个早搏，心电图示偶发性房早。

2. 赵某，女，50岁，农民。阵发性心悸2年伴右上腹疼痛、失眠多梦，于1997年元月4日就诊。脉搏104次/min，血压90/60mmHg，心音清楚，心率119次/min，律齐，心前区可闻及Ⅰ级吹风样杂音，腹平软，右上腹有压痛。心电图示：窦性心动过速。西医诊断：①窦性心动过速；②慢性胆囊炎；③癔病。结合舌红少苔，脉弦数，中医辨证为肝郁化火，上扰心神。治以疏肝解郁、安神定志，方用柴胡加龙骨牡蛎汤合甘麦大枣汤加味：柴胡10g，黄芩10g，党参10g，半夏6g，生姜6g，甘草6g，大枣4枚，生大黄3g，生龙牡各15g，浮小麦30g，黄连3g，香附6g，远志6g。服用该方10余剂后心悸、失眠多梦好转，但仍有右上腹疼痛，故上方去远志、炒酸枣仁加枳实10g，木香10g，金钱草20g，继服20余剂后诸症消失。

（2）缓慢性心律失常

缓慢性心律失常包括窦性心动过缓、病态窦房结综合征、房室交界性心律及各种传导阻滞。其临床多表现为气

短，头昏，乏力，胸闷不适，脉迟有结代。裴氏认为此证多为阳气亏虚、痰饮内阻所致，治疗以温阳益气化痰为主，代表方剂为麻黄附子细辛汤。若兼见胸前区疼痛、舌紫黯有瘀点者，该方与冠心Ⅰ号合用；兼见失眠多梦、少气懒言、脉沉细无力者该方与归脾汤合用；兼见胸脘痞满、舌苔白厚者该方与苓桂术甘汤合用；兼见畏寒肢冷、胸腹胀满、浮肿少尿者该方与真武汤合用；兼见气短、多汗、口干者该方与生脉散合用。此外生长于陇南地区之茶树根茎（又名茶树根），对各种缓慢性心律失常均有良好的疗效，可酌情使用。

〔典型病例〕

1. 薛某，男，61岁。胸前区疼痛1月伴气短、乏力，于1997年10月7日就诊。脉搏52次/min，血压90/60 mmHg。心音清楚，心率52次/min，律齐，各瓣膜未闻及病理性杂音，舌淡、苔薄白，脉弦缓。心电图示：①心肌供血不足；②窦性心动过缓；③完全性右束支传导阻滞。西医诊断：①冠心病；②窦性心动过缓，完全性右束支传导阻滞。中医辨证为心阳亏虚、瘀血内阻，治以温通心阳、活血化瘀。方用麻黄附子细辛汤合冠心Ⅱ号加味：麻黄6g，附子6g，细辛3g，赤芍10g，川芎6g，红花6g，降香10g，丹参10g，水蛭6g（分冲），党参10g，麦冬10g，五味子3g，苦参15g，汉三七3g（分冲），茶树根30g，檀香6g，砂仁6g。服上药20余剂后胸前区疼痛完全消失，但仍有轻度气短，查心率：58次/min，血压98/60 mmHg。上方去水蛭、汉三七，加黄芪30g，桂枝10g，白术12g，茯苓15g。又服30余剂后诸症消失，两月后复查，心电图已恢复正常。

2. 马某，女，50岁。气短伴头昏、胸闷、咽痛5月于

1994年12月4日就诊。脉搏：54次/min，血压：105/60 mmHg。患者咽部红肿，心音清楚，心率56次/min，心前区可闻及舒张期隆隆样杂音，舌淡苔白，脉滑缓。心电图示：窦性心动过缓。西医诊断：①风湿性心脏病（二尖瓣狭窄）；②窦性心动过缓。中医辨证：心阳亏虚、痰饮内阻。治宜温阳化痰，方药为苓桂术甘汤合麻黄附子细辛汤加味：茯苓15g，桂枝12g，白术10g，甘草8g，麻黄6g，附子6g，细辛3g，半夏6g，金银花15g，连翘15g，蒲公英15g，败酱草15g。服20余剂后咽痛消失，头昏乏力缓解，仍感胸闷，舌淡苔薄白，脉涩，上方去金银花、连翘、蒲公英、败酱草，加瓜蒌10g，薤白10g，继服30余剂后诸症好转，查脉搏68次/min，血压113/75 mmHg，心电图正常。^[14]

25. 郭子光诊治经验

郭氏认为，心律失常乃心律起源部位、心搏频率与节律、以及冲动传导等异常，而心律失常的脉象变化比较明显，所以可以主要以脉象为依据，通过对脉象“形、势、位、数”的分析，并脉证合参，确定其阴阳寒热虚实之性，以辨证施治。所谓“形”，指脉体的形状大小；“势”，指脉搏动的气势强弱与节律；“位”，指脉的部位浅深；“数”，指脉搏的频率。心律失常时，脉象的“形、势、位、数”均有变化，常见迟、数、结、代、促、疾、涩、雀啄、虾游、釜沸、屋漏等脉象。在临床上通常以脉“数”为纲，对心律失常的异常脉象进行分类辨治。

（1）慢率型

包括迟、缓、涩、结、代、虾游、屋漏脉等。

①迟脉与缓脉

心律失常时，迟、缓脉的脉势皆无力而弱，多因心肾阳气虚弱，行血无力所致。常见于窦性心动过缓、病态窦房结综合征或心率缓慢之心房颤动等疾病过程中。治当温补阳气为主。若脉势兼涩象，则夹气滞、痰郁、血瘀，适当加入行气、祛痰、活血之品。伤寒热病，邪热内聚，血为毒滞，气为血阻，亦可出现迟脉，但必迟而有力，按之坚实。如《伤寒论》208条，阳明病，脉迟可下之类。

〔典型病例〕

1. 特发性心房颤动

倪某某，男，60岁，干部。1994年5月15日初诊。病史：1年前发生胸骨剑突后梗塞不适，每次发作医者都当作“胃病”治疗，效果不佳。1月前其梗塞感加重，且气短、乏力殊甚，上3楼也需歇息片刻，乃去本市某医科大学附属医院就诊，作心电图、超声心动图等多种检查，诊断为“特发性心房颤动”。其心室率60次/min左右。血压、血脂等均属正常范围。随即服用丹参片、肌苷、血栓心脉宁等20余日无效前来求治。现症：患者形体偏胖，精神欠佳，气短乏力，头晕，常自汗出，心慌，心下痞塞，手颤抖，舌质淡苔薄白而滑润，脉缓沉细弱而涩，未见结代之象。辨治：阳虚气弱，兼夹痰瘀。由于阳虚不甚，故未见迟脉和肢冷、畏寒等症；痰瘀阻滞不甚，故未见结代之脉。只需甘温升阳益气，略兼活血祛瘀治疗即可。方用生脉散加味：红参15g，五味子15g，麦冬20g，黄芪30g，葛根20g，羌活15g，丹参20g，当归15g，法半夏10g，茯苓15g，炙甘草5g。5月25日复诊。服4剂诸证消失，心电图正常，精神佳，登5楼不觉累，惟睡眠欠佳，脉率78次/min，沉细而有力，舌正常。原方加酸枣仁15g养心安神，继服3剂，作善后调治。随访1年余，未见复

发。

郭氏认为，本例房颤无器质性心脏病，一般说预后良好。但如不积极治疗，也可能转变为持久性心房颤动而引起血流动力学改变。临床上常见特发性心房颤动持久不愈者，多是“病久入络”，痰瘀胶结，脉来结代，已成痼疾，中医治之也难取效。本例用方以生脉加黄芪、炙甘草益气，葛、羌升阳，丹、归活血，夏、苓祛痰，紧扣病机，加之无器质性改变，又病程较短，故效果良好。

2. 病态窦房结综合征

李某某，女，57岁，干部。1993年3月10日初诊。病史：曾为运动员，一直心动缓慢，不任训练而改行。1987年7月，因头晕、心慌等不适，经本市某医院心电图、超声心动图等检查，诊断为“病态窦房结综合征”，患者拒绝安置人工心脏起搏器，心率45次/min左右，常服阿托品制剂等维持。现症：心率45~50次/min。心悸、心慌，心前区闪电式刺痛，有濒死感，头晕，眼花，耳鸣，畏寒冷，乏力，二便如常。察其形体瘦长，精神欠佳，面色苍暗少华，少气懒言，舌质淡苔白润，脉迟沉细涩而弱。辨证：阳虚气弱，兼寒凝血瘀。以温阳益气、活血散寒治之。方用麻黄附子细辛汤、桂枝甘草汤、生脉散合方加味：麻黄6g，制附片20g（先煎30分钟，下同），细辛5g，桂枝15g（后下），炙甘草5g，红参15g，五味子12g，麦冬20g，黄芪40g，丹参20g，当归15g。3月18日复诊，上方服4剂后，自觉症状显著减轻，又自动多配2剂服用。目前心率增至60~65次/min，自谓如常人，测其脉率正常，脉势已无涩弱之象，是阳气渐复，寒瘀已去，乃用右归丸大补肾中元阳，以图巩固疗效。处方：熟地20g，山药20g，山茱萸15g，枸杞子15g，菟丝子15g，鹿角胶20g

(化)，杜仲 15g，肉桂 15g，当归 15g，制附片 20g（浓煎），初 1 日 1 剂，渐 2 日 1 剂，3 日 1 剂，后间断与服，并嘱坚持适当活动。随访至 1994 年 6 月，病情稳定，后随其子移居北方。

郭氏认为，上方除麻黄、桂枝、细辛辛通阳气，虽有散寒发汗之弊，但与生脉散、黄芪等配伍，散中有收，收中有散，相反相成，经用以治疗本病多例，未发生大汗淋漓者。但麻、辛之类，毕竟发散耗气，不能久用。故症状改善即改用右归丸，补肾中元阳，以温养心阳，从本图治。

②结脉、代脉与涩脉

结、代、涩均为本虚标实之象，孰主孰次，以脉势有力无力区分。一般说，心律失常时其脉皆无力，如相对有力即标实为主，这全凭指下经验判定。本虚为主者，治当温阳、益气、补血为主；标实为主者，治当祛寒、行气、化瘀、除痰为主。结、代、涩脉常见于窦性静止，过早搏动或形成二联、三联、四联律，心房颤动，Ⅲ度房室传导阻滞等病过程中。

〔典型病例〕

1. 冠心病，过早搏动

黄某某，女，57 岁，干部。1993 年 3 月 7 日初诊。病史：自诉患冠心病已 5 年，常发心绞痛，服“速效救心丸”等可缓解。近日常自觉心悸、心慌、胸闷殊甚，自扪脉搏不规律，乃去医院作心电图，报告：频发室性早搏。欲取中药而来求治。现症：自觉心悸、心慌，气短，动则更甚，头晕，乏力，胸闷，失眠。察其形体偏瘦，精神欠佳，血压 105/60mmHg，舌质淡、苔薄白润，脉缓结代细而无力，每分钟停 8~10 次。辨治：本案阳虚之象不突出而以气虚血弱为主，兼夹瘀滞为患。其咽干、心慌、失眠，表明有

虚热上扰心神之兆。治以益气养血为主，辅以活血、清心安神。方用生脉散加味：红参 15g，五味子 15g，麦冬 20g，黄芪 40g，制首乌 20g，当归 15g，丹参 20g，酸枣仁 15g，苦参 15g。1月14日复诊：自诉上方服3剂，症状显著缓解，自扪脉搏偶见歇止，服完4剂，脉律正常。已3日未服药而来复诊。目前脉缓细弱，无歇止。上方去苦参，红参改用太子参 30g，与服4剂作善后调治。

郭氏认为，上方用生脉加黄芪益气，首乌、丹、归养血活血，酸枣仁养心安神，略加苦参清热。郭氏经验证明此种病证用炙甘草汤加丹参、黄芪亦能收效。

2. 病态窦房结综合征

胡某某，男，30岁，工人。1994年4月7日初诊。病史：1年前因乏力、头晕、眼花、心前区隐痛，住某医院，经心电图、超声心动图、阿托品试验，以及其他有关检查，诊断为“病态窦房结综合征”，原因未查明。常服用阿托品、舒喘宁等以缓解症状。近月来病情加重，有时心率 35~40 次/min，医院拟安置人工心脏起搏器治疗，患者因经济不便而求治于郭氏。现症：头晕眼花，疲乏无力（曾昏倒1次），心悸动，心前区隐痛，不能坚持工作，察其形体尚壮实，面色苍暗，神差懒言，四肢欠温，舌质淡苔白润，脉迟涩结代尚有力，脉率 45 次/min。辨治：脉迟结代尚有力，表明其寒凝血瘀是主要的，阳虚气弱在其次，治以祛寒活血，辅以益气之法。方用麻黄附子细辛汤加味：麻黄 10g，制附片 25g，细辛 5g，当归 20g，丹参 20g，黄芪 40g。

上方服5剂，脉率提升到 50~55 次/min，头晕、心悸、乏力和心前区隐痛消失，但出现口咽干燥，口苦，舌苔白少津等症状，是方中麻、辛、附等辛燥伤阴之象，乃

加麦冬、玉竹，又服 15 剂，脉率达到 60 次/min 左右，脉象缓而有力，偶有结代，诸证缓解，参加半日轻工作。从 4 月 29 日起，改用右归丸加黄芪、丹参，温补心肾之阳气以治本，两月后恢复全日轻工作，随访半年余，间断服用右归丸，病情稳定。

郭氏认为，麻、辛、附、桂、芪等药，能显著地改善心功能，提高心率，从而迅速缓解胸闷、心悸、头晕、乏力等症状。但因其辛燥发散之性，祛寒的同时又易伤阴爆火或动汗，往往不能久用。郭氏临床体会，若加入麦冬、玉竹、五味子、黄芪之类，则可防其弊而使疗效稳定。

③ 虾游脉、屋漏脉

虾游脉，指脉率一息二至以下，脉形细微，脉势极弱，脉位表浅之象。屋漏脉，指脉率一息二至以下，脉形细微，脉势极弱，脉位深伏之象。两者都是气阳虚极，瘀血、浊水阻滞，势将脱竭之候，十分重险。多见于各种器质性心脏病引起的严重慢性心力衰竭过程中。对此种本虚标实之证，治当虚实并举，一面温阳除寒、益气固脱，同时化瘀、利水，以挽危局。

[典型病例]

1. 风心病心房颤动，心功能Ⅳ级

代某某，男，74 岁，干部。1994 年 5 月 6 日初诊。病史：多年“风心病”，反复浮肿，多次住院治疗。两月前又住某市级医院，诊断为“风心病，心房颤动，心功能Ⅳ级”，一直服地高辛、速尿等药，浮肿消而复肿。自觉腹中灼热如火燎，始终未减，认为效果不佳而自动出院，前来求治郭氏。现症：全身浮肿，下肢肿甚冰凉，按之凹陷如泥。自觉心悸、气短，动则更甚，不能行走，两足麻木，腹中灼热难当，时而热气上冲则面赤、身热、头晕、自汗

出，咳嗽痰少带血，口不渴，小便短少。察其精神委顿，面色苍暗，颈脉怒张，呼吸短促，舌光无苔润而紫黯，六脉呈虾游之象。辨治：阴盛格阳、气阳欲脱、寒水停聚、血流瘀阻、虚阳浮越，病险。治以大力益气温阳以救脱，利水活血以通格阻。方用生脉散、防己茯苓汤《金匮》、心宝（含附子、鹿茸等）合方加味：①黄芪 90g，白术 20g，茯苓 20g，泽泻 20g，丹参 20g，红参 20g，麦冬 20g，五味子 12g。服 3 剂。进低盐饮食。②心宝 120mg，1 日 3 次。5 月 18 日复诊，浮肿全消，仅踝关节部轻微浮肿，小便略增，自觉腹中灼热、冲热、面热赤等症状消失，咳嗽大减，未见痰血，下肢转温，心悸、气短、精神均好转，舌无苔而红活，脉沉细而缓，参伍不调。是阳气已通，阴寒已去，虚阳潜藏，气阴回复之象。继续上方减黄芪为 70g，加制附片 15g，以温阳气。再进 3 剂。5 月 23 日 3 诊，诸证缓解，脉仍不调，是标证已去，本证未除，全在调补之功。此后均以上方略减芪、术、苓、泽，略加归、地、草之类，调补月余，病情稳定。

郭氏认为，本案阴盛阳虚，浊水瘀血停聚，残阳被格拒而内郁、上浮，故出现腹中灼热、热气上冲、面赤、咳血等症。由于心肾气阳虚极，故心悸、气短、小便不利。阴阳互根，阳虚阴也不足，故舌光无苔。气阳大虚，不能鼓动与充盈血脉，更加虚阳浮越，故出现虾游之脉。叶天士所云：“通阳不在温，而在利小便”的法则，经验证明，不仅适于外感温热病阳气内郁之证，内伤杂病用之比单纯使用四逆辈温通阳气效果更好。故以防己（因当时市售者品质不佳而未用）茯苓汤重用黄芪以益气利水而通阳为主，配以生脉散补气阴，心宝温阳气，加丹参活血。小便利则阳气通，浊阴自消，气阳回复，诸证缓解。中医利小便治

法，旨在调节体内水液平衡，往往浮肿消退而小便并不明显增多。

2. 心房间隔缺损，心力衰竭

黄某某，男，52岁，和尚。1994年1月9日初诊。病史：患者长期存在先天性心脏病，心房间隔缺损，未作手术治疗，继后又出现完全性右束支传导阻滞、频发室性早搏，因心功能不全发生浮肿，多次住院治疗。现症：全身浮肿，下肢肿甚而厥冷，按之如泥，心悸、气短殊甚，不能行走，甚至无力完成洗脸、穿鞋等劳作；胸闷胀作痛，咳嗽痰少，头晕，自汗出，不欲食，腹中痞满，小便少。察其面色苍暗，精神萎靡，唇甲青紫，语音低而断续，舌质紫黯、苔薄白腻，脉呈屋漏之象。辨证：阳衰阴盛、寒凝血瘀、气虚欲脱，病险。治以温阳益气为主，兼利水活血。方用真武汤、生脉散加味：制附片20g，茯苓20g，白术20g，白芍15g，生姜20g，红参15g，五味子12g，麦冬20g，黄芪60g，桂枝15g，丹参20g。服4剂，嘱低盐饮食。1月14日复诊，浮肿尽消，只足踝部尚有轻度浮肿，能下床在室内行，小便量增加，诸证缓解，舌质紫苔薄白润，脉缓细沉而结代，参伍不调，未见屋漏之象。是气阳回复，阴寒消退之征，上方减黄芪为40g，茯苓、白术为15g，继续与服。治疗观察2月余，过程中浮肿两次反复，加重黄芪60~80g，茯苓、白术各20g，则尿量增多，浮肿又消退。惟脉象结代而参伍不调，始终如故，表明病根未除。

郭氏认为，虾游脉与屋漏脉，皆因心力衰竭时心排量严重不足，几乎未能激起外周血管搏动所致。从中医宏观辨证观察，虽然两者都是气阳虚极，瘀血浊水阻滞所致，但虾游脉多有阴盛格阳，虚阳外越的表现，而屋漏脉则是

阴寒凝结比较突出。在治疗上，两者都以大力温阳益气为主，不过前者注意“通阳”以除格拒，后者注意“散寒”以解凝结，略有不同。

(2) 快率型

包括数、疾、促、釜沸、雀啄脉等。

①数脉、疾脉与促脉

心律失常时，数脉与疾脉的脉形细而脉势弱，由数而疾是病进，由疾转数是病退。常见于窦性心动过速、阵发性心动过速，若伴有过早搏动，则出现促脉。治当以益气养血、滋阴清火为大法。

【典型病例】

1. 窦性心动过速

周某，女，31岁，工程师。1993年9月7日初诊。病史：1年多来，常发心悸，心慌、胸闷、失眠，易怒等症，本市某医院诊断为植物神经功能紊乱所致的窦性心动过速，常服心得安等药而缓解。前日复发又服心得安等药，血压由128/90mmHg降至98/67mmHg，心率110~130次/min降至90~100次/min，但其他症状无改善而来求治。现症：仍然心悸、心慌，心前区窒塞感，失眠、多梦，情绪急躁，大便干燥，2~3日1次，小便正常。察其形体偏瘦，神情激动，舌质淡、尖红、苔薄白而干，脉数细无力。辨证：阴血不足，心神失养。治以滋阴、养阴、安神。方用天王补心丹：太子参20g，玄参15g，丹参20g，茯苓15g，五味子15g，炙远志6g，桔梗10g，当归15g，天冬20g，麦冬20g，柏子仁15g，酸枣仁15g，生地15g。服4剂症状消失，心率80次/min左右，又两日1剂，服10余剂善后调治，停药随访半年余未复发。

郭氏临床体会，窦性心动过速用西药 β -阻滞剂虽可迅

速减慢心率，但对自觉症状的缓解多不满意，中医治疗常可收到良好效果。

2. 过早搏动

汪某某，女，48岁，家庭妇女。1993年10月27日初诊。病史：有长期吸烟史。1周前自觉心悸、心慌、心空，头晕，失眠，气短、乏力，遂即去当地县医院诊治，心电图检查结果：“频发室性期前收缩、下壁心肌缺血”。服用心律平、丹参片等无效而来求治。现症：仍觉心悸、心慌、心空、胸闷塞，心烦，气短乏力，时太息，头晕，眠差，饮食尚可，二便正常。察其形体偏瘦，精神欠佳，舌质淡有瘀点，苔薄白少津，脉促细而无力。血压90/60mmHg。辨治：气虚血弱，心失滋养而夹瘀滞。用炙甘草汤加味：红参15g，炙甘草10g，麦冬30g，阿胶15g（烊服），生地20g，桂枝10g，生姜10g，酸枣仁15g，大枣15g，黄芪30g，丹参20g。7月11日复诊，上方服4剂，诸证缓解，又自配原方再服2剂后，去原医院复查心电图，结果正常。诊其脉率数（80次/min）细而有力，脉律正常。以上方与服6剂善后，随访2年余未复发。

郭氏认为，炙甘草汤为仲景治疗“伤寒，脉结代，心动悸”之方，现代研究认为，本方有减低异位起搏点自律性和恢复心脏传导的作用。临床体会，以酸枣仁易麻仁更能养心安神，气虚甚者加黄芪，夹瘀者加丹参，对改善症状效果更好。

3. 病毒性心肌炎、过早搏动

周某某，女，30岁，工人。1993年6月22日初诊。病史：3月前因感冒发热、心悸住本市某医院，诊断为“病毒性心肌炎”，经治愈出院已1月余。昨日又感冒引起头晕、心悸、胸闷等症状，仍去原医院诊治，给服肌苷、

维生素等未效而来求治。现证：自诉头眩晕，心悸，心烦，胸闷塞，心前区隐痛，全身乏力，手足心热，时时干呕，厌食，小便黄，大便正常。察其舌质红，苔薄黄滑，脉疾而细滑无力。辨证：气阴两虚、中焦湿热。治分两步，先用黄连温胆汤清化湿热、和胃止呕，待胃气和后再议第2步治疗。处方：黄连 6g，竹茹 10g，枳实 10g，姜制半夏 15g，陈皮 10g，茯苓 15g，甘草 3g，生姜 10g，服 2 剂。6 月 25 日 2 诊：胃和呕止，但出现频繁的过早搏动，心悸，气短，感到胸闷塞，心前区隐痛，舌红、苔薄白少津，脉促细无力。湿热已去，气阴两虚，心火亢夹瘀滞比较突出。用生脉散加味：太子参 30g，五味子 15g，麦冬 30g，炙甘草 10g，丹参 20g，郁金 15g，苦参 20g。服 4 剂。5 月 30 日 3 诊：诸证缓解，偶因劳累、情绪激动，感到短暂的心悸，患者自扪脉搏有间歇现象。仍以上方减炙甘草 5g，苦参为 15g，与服 3 剂调治。随访半年余未见复发。

以上 3 例快率型心律失常，皆属虚而未衰之证，其中阴血虚弱，心神失养突出者用天王补心丹加味；气血两虚心失滋养者多用甘草汤加味；气阴不足，兼心火亢者，用生脉散加苦参或黄连之类。苦参泄心火、除湿热。现代药理研究认为，苦参有良好的抗早搏作用。郭氏临床体会，用之于心火偏亢或夹湿热者效果较好，而用于属阳虚寒证之早搏则效果不佳，黄连亦然。

②釜沸脉与雀啄脉

釜沸脉，指脉率一息九至以上，脉位浮浅，脉形或大或小，脉势极弱稍按即无之象。雀啄脉，指脉率九至以上，脉位深沉在筋骨之间，脉形细微，脉势极弱，旦久而至，疾速三五下，如雀啄食之象。这两种脉象皆属气阴将尽，元气将脱之危候，也多见于各种器质性心脏病所致慢性心

力衰竭的严重阶段。不过，釜沸脉与雀啄脉属气阴衰竭之热证，虾游脉与屋漏脉属气阳衰竭之寒证，属性不同，治疗有别。

〔典型病例〕

冠心病，心房颤动、左心衰竭

余某某，女，80岁，教师。1994年4月12日初诊。病史：自诉患冠心病、时发心房颤动已10余年。近年来常于冬季加重，发生浮肿。此次复发住本市某医科大学附属医院诊治，诊断为“冠心病，心房颤动，左心衰竭”。给予地高辛、速尿等药。患者感到以往服这类药效果不佳，自动出院而来求治。现证：自诉头眩晕，心悸、心慌，时有心前区隐痛，气短甚，不能行走。小便短黄，大便3日未解，腹胀满，两腿足灼热难当，口燥咽干不欲饮。察其形体枯瘦而浮肿，面苍，神清，懒言，语音低微而断续，两足高度浮肿至膝以上，按之如泥，右胁下痞块（肝大），舌质光剥无苔少津而紫，脉呈雀啄之象。辨证：气阴衰竭、浊水停聚、瘀血阻滞、格阳于下，有脱竭之势，病险。治以益气滋阴、利水通津，辅以通下活血之法。方用生脉散加味，处方：①红参25g，五味子15g，麦冬30g，生地15g，黄芪30g，白术20g，泽泻20g，麦冬20g，车前子15g，丹参20g。嘱进低盐饮食；②大黄10g泡服，解便后停药。4月25日复诊：上方服4剂，大便通，小便逐日增多，浮肿渐消。又自配原方2剂服用，浮肿全消退，能在室内行走，诸证缓解，仍感头晕，乏力，察其头前倾似无力支撑，一身枯槁如皮包骨状，舌光剥无苔而有津，脉数沉细而参伍不调，未见雀啄之象。气阴回复，浊水消退，病根未除，元气大伤。以麦味地黄丸加参芪与服，调养善后，随访1月余，病情稳定。

郭氏认为，前案气阳衰可以出现格阳证，本案说明气阴衰之格阳证，通阳不在温而在利小便。气阴衰之格阳证，救阴不在滋亦在利小便，都是基于同样的原因——浊水停聚。因津液不化气阴，反凝聚而为浊水，阻碍气机升降，当此之时，使小便利则津液通，阴液自生，气化有源，含有以“通”为“补”之义。而用大黄通下大肠积滞，旨在改善胃肠淤血状态，有利于气机升降，亦有以“通”为“补”之义。不过，对此种气阴衰惫而又浊水瘀血停滞，本虚极而标实甚之证，只通利化瘀，恐正气难支；纯补气阴，又愈补愈滞。故当攻补兼施，双管齐下，力挽狂澜。^[15]

【按语】

心律失常是指心搏的频率或节律，心搏起源部位或冲动传导中任一项或多项异常。根据世界卫生组织调查，心血管疾病是当今世界死亡率最高的疾病，占总死亡数的40%。我国“八五”攻关研究表明，在146.6万监测人群中，27~74岁年龄段心血管病死亡占男性总死亡的31%，占女性总死亡的36%，与癌症并居首位。心血管病，如冠心病、高血压、脑卒中、病毒性心肌炎、心肌病等多伴有心律失常，而恶性心律失常往往是心血管病致死的主要原因。因此，研究抗心律失常药物是治疗心血管病的重要环节。目前，临床上大多运用化学合成药物治疗心律失常，疗效虽显，但存在严重的毒副作用，其中以致心律失常作用最为突出。结合本病的临床表现，一般将其归属于中医的“心悸”、“怔忡”、“眩晕”等病证范畴。近年大量医疗实践证明，中医药在治疗心律失常方面具有整体调节、毒副作用小等独特优势，显示出良好的研究前景。

一、对心律失常病因病机的认识

多数医家认为本病的发生，常由于脏腑功能失调、气血亏虚、肝郁气滞、痰湿内滞、心血瘀阻所致。由于年老阴血亏虚，无以充脉，以致血脉运行无力；或情志抑郁，气郁化火，炼液成痰；或饮食不节，损伤脾胃，运化失调，湿聚成痰，痰火扰心，阻滞脉络所致。裴正学认为快速性心律失常多为气阴两虚、瘀血内阻、瘀久化热、热扰心神所致，其中气阴两虚为本；瘀血内阻、瘀久化热、热扰心神为标。缓慢性心律失常多为阳气亏虚、痰饮内阻所致。路志正则认为，由内外之湿邪引起的心律失常临床颇为多见，以过早搏动为多。湿邪所致之心律失常，病因病机复杂，病情兼夹，本虚标实，心、脾（胃）、肝、肺等脏腑相兼为病。总之，本病病位在心，与肝、脾、肾五脏关系密切。总因痰浊气滞，心脉痹阻，传导失常，或心气不足，气血两亏，搏动无力，脉气不相续接所致。

二、脉诊在心律失常辨治中的作用

尤松鑫诊治心律失常主张注重脉法。认为诊脉“独取寸口”，简便易行，若能指下推求，必有所获。悸忡之脉，以迟、速、动、促、结、代、散为主，如见“怪脉”，则病属危殆，不得稍有疏慢。迟脉，一息三至，去来极迟，主寒而属里。迟而有力，内有寒积；迟而无力，内有虚寒；偶有属实热者，多因邪热壅结，脉道失畅而致，亦当另有形症可辨。数脉，一息六至，脉流薄疾，主热。此脉兼浮为表热，兼沉为里热；有力属实火，无力属虚火。器质性心脏病之见数而无力之脉，则又属元阳虚惫，不可概言为火为热。动脉，与数脉相类，但急数有力，滑数如珠，则

又有异于数脉，此由阴阳乖违，气血相搏逆乱，脉行躁动不安而致，其病多重危。促脉，来去数疾，时而一止。在外感热病，多属阳盛实热，阳气先行，阴血不及后继使然；于内伤杂病，则可因气、血、痰、食等病邪阻滞脉道而致。其脉有力者为邪实，无力者多属真元败坏，预后堪虑。结脉，脉来缓，时一止者属之。此脉多由阴盛而阳气结滞，脉道失畅所致。其脉有力者，为气、血、痰、饮结滞，病势尚浅；无力者多属血气衰乏，精力不继，见则其病已深。代脉，与结脉相类，惟其歇止或五或十，自有规律可循。此脉多由脏气衰微，气血亏损，元气不足，以致脉气不能衔接而致，为病多重，但偶亦见于外感、跌打损伤、七情惊恐等，为时必暂，病退即复。散脉，按之满指，来去不明，浮散无根且至数不齐。多由元气离散，脉道枯竭所致，见则病势危笃。怪脉，称呼各异，描述多样。要而言之，凡其脉似有似无，忽现忽隐，散乱无序，数疾无伦或坚如弹石者，皆属之。临证之际，可察其“怪”而知之，实难深究。此类脉多属阴阳竭绝，脏气衰败之象，见则距死不远，预后恶劣。郭子光诊治心律失常也主要以脉象为依据，通过对脉象“形、势、位、数”的分析，并脉证合参，确定其阴阳寒热虚实之性，以辨证施治。所谓“形”，指脉体的形状大小；“势”，指脉搏动的气势强弱与节律；“位”，指脉的部位浅深；“数”，指脉搏的频率。心律失常时，脉象的“形、势、位、数”均有变化，常见迟、数、结、代、促、疾、涩、雀啄、虾游、釜沸、屋漏等脉象。在临床上通常以脉“数”为纲，对心律失常的异常脉象进行分类辨治：

(1) 慢率型：包括迟、缓、涩、结、代、虾游、屋漏脉等。迟脉与缓脉常见于窦性心动过缓、病态窦房结综合征或心率缓慢之心房颤动等疾病过程中。治当温补阳气为主。若脉势

兼涩象，则夹气滞、痰郁、血瘀，适当加入行气、祛痰、活血之品。结脉、代脉与涩脉均为本虚标实之象，孰主孰次，以脉势有力无力区分。一般说，心律失常时其脉皆无力，如相对有力即标实为主。本虚为主者，治当温阳、益气、补血为主；标实为主者，治当祛寒、行气、化瘀、除痰为主。结、代、涩脉常见于窦性静止，过早搏动或形成二联、三联、四联律，心房颤动，Ⅲ度房室传导阻滞等病过程中。虾游脉、屋漏脉都是气阳虚极，瘀血、浊水阻滞，势将脱竭之候，十分重险。多见于各种器质性心脏病引起的严重慢性心力衰竭过程中。对此种本虚标实之证，治当虚实并举，一面温阳除寒、益气固脱，同时化瘀、利水，以挽危局。

(2) 快率型：包括数、疾、促、釜沸、雀啄脉等。数脉与疾脉的脉形细而脉势弱，由数而疾是病进，由疾转数是病退。常见于窦性心动过速、阵发性心动过速，若伴有过早搏动，则出现促脉。治当以益气养血、滋阴清火为大法。釜沸脉与雀啄脉皆属气阴将尽，元气将脱之危候，也多见于各种器质性心脏病所致慢性心力衰竭的严重阶段。不过，釜沸脉与雀啄脉属气阴衰竭之热证，虾游脉与屋漏脉属气阳衰竭之寒证，属性不同，治疗有别。

三、心律失常的中医辨治

据心律失常时心室率的快慢，将心律失常分为快速性心律失常和缓慢性心律失常两大类，现就其辨治特色分别进行论述。

(一) 缓慢性心律失常（以病态窦房结综合征为代表）

中医对本病病因病机的认识目前较多地集中于气虚、

阳虚，尤以心阳虚为主。因此众多医家临证多以温阳益气为治疗大法，并根据临床所兼见，或辅以养阴，或佐以活血等，均取得较好的疗效，故可以将“温阳益气”定为治疗本病的大法。如周次清认为阳气虚衰是导致病态窦房结综合征（SSS）的主要原因，而阳气亏虚是在气虚的基础上发生的，所以认为益气温阳是治疗本病的根本大法。而在本病病程中出现的痰湿、血瘀等证是因虚致实的标证，不是疾病的本质，临床中尤应注意，切不可标本倒置，应始终抓住阳气虚衰这一发病本质。根据病因及各个脏腑虚衰程度的不同，临床辨证中又可分为心阳不振、脾阳不运和肾阳虚衰三型。田乃庚治疗 SSS 重用温补，认为 SSS 是以虚证寒证为主，并且是以心脾肾阳虚为多见，温补方药具有温性、热性和补益扶正的功能，能助阳温中，消散阴寒，故既能纠正虚寒之偏性，又能治疗阳气不足。但由于阳虚、气虚可引起血行不畅，气机郁滞，心脉瘀阻，痰浊内塞等症状，因此临床上必须从整体观念出发，在以温补方药为主的基础上适当配合行气、活血、化痰、养阴的药物，标本兼治，这样才能取得更好的疗效。具体治法包括益气养阴温阳法、温阳益气法、温阳活血法和温阳益气化痰法。成启予将 SSS 分为 4 个临床类型：胸痹型、眩晕型、虚损型、厥脱型。根据本病的临床表现，成氏认为本病的基本病理为本虚标实，本虚主要矛盾在气阳不足，阴血虚损为次；标实以血瘀多见，其次为痰浊，病位主要在心肾，中医药治疗 SSS 的基本法则为温阳益气，活血通脉。纵观诸家经验，温阳多用附子、肉桂、桂枝、干姜、吴茱萸等药；补气多用党参（或人参）、黄芪、白术、太子参、甘草等药；补肾多用补骨脂、仙茅、淫羊藿、肉苁蓉、巴戟天等药。在今后临床上还要加强对 SSS 具有特殊疗效的温阳益气方药配伍的研究，力

争找到公认的基础配伍组方。在运用温阳益气大法的同时,也不应忽视辨证论治的重要性。辨证的关键是需辨清心、脾、肾三脏气、阳虚衰之不同,使遣方用药更具有针对性。在治疗 SSS 过程中,还要注意以下几个问题:

1. 治疗 SSS 多用温阳类药物,而温补药长期大量服用易出现心慌、血压升高、少汗、口干等反应;附子、细辛等过量还会引起毒性反应,故在配伍中需适当加入滋阴清润之品,一方面可制参附之滋补太过;另一方面又寓“善补阳者必于阴中求阳,阳得阴助而生化无穷”之义。在服药剂量上应从小剂量开始,逐渐增加,以防止引起毒性反应,再者因病人阳气素虚,若用药急骤,恐难受补,反伤阴液。

2. SSS 病机复杂,病程缠绵,治疗难以速效,故病人要长期服药。即使短时间内症状改善,心率提高,也不可停药,仍需坚持服药数月以上,方能巩固疗效,防止病情反复。本病由于要长期治疗,故在剂型上若能变汤为丸,则有利于病人坚持服药。

3. 本病虽以心阳虚、心气虚为主要表现,但考虑到本病多为老年人所患,老年人肾气虚弱,加之病程漫长,久病易及肾,故肾气、肾阳之虚衰可能是本病更深层的病理机制或病机转归。所以温补心阳的同时,切不可忽略心肾同治,心得肾阳之温煦、肾阴之滋养,自当恢复心气之充沛,这是治疗本病时不可忽视的重要方面。

(二) 快速性心律失常

1. 辨证论治

由于快速性心律失常临床表现复杂,许多医家均采用辨证论治的方法。如刘渡舟将心律失常分为心虚失养作悸

和心被邪扰作悸两大类，前者包括心阳虚类，方选桂枝甘草汤、桂甘龙牡汤、茯苓四逆汤和苓桂味甘汤；心阴虚类，方选补心汤、三甲复脉汤；心之阴阳气血两虚类，方选归脾汤、炙甘草汤。后者包括因惊而悸，方选朱砂安神丸；痰热扰心作悸，方选温胆汤；膈饮犯心作悸，方选小半夏加茯苓汤；水饮凌心作悸，方选苓桂术甘汤。李培生认为心律失常可分为虚实两类：实证多由痰滞、气郁、血瘀所致；虚证多与阴血不足、阳气虚衰有关。常辨证采用以下治法：①滋阴和阳：药用炙甘草、人参、生地、麦冬、阿胶、麻仁、茯神、炒山楂、砂仁、大枣等；②涤痰通络：药用瓜蒌实、薤白、法夏、川贝、炒枳实、橘皮、橘络、炒山楂等；③解郁行滞：药用柴胡、白芍、炒枳壳、制香附、郁金、陈皮、茯神、丹参、炒山楂等；④活血通络：药用桃仁、红花、当归、赤芍、枳壳、生地、丹参、制香附、山楂炭等。归纳李氏对心律失常的用药特点：快速性心律失常者，用柏子仁、当归、菟丝子、石斛、徐长卿等养血安神、滋阴补肾的药物，认为有减慢心律的作用；缓慢性心律失常者，用麻黄、麝香、鹿茸、茶叶等芳香走窜、温阳兴奋的药物，有加速心率的作用。此外，如炙甘草汤及生地、麦冬、延胡索、赤芍、柴胡、桂枝、茵陈、苦参等，均有抗心律失常的作用，临床上可以随证选用。姜春华认为治疗心律失常，应辨证求因，从整体调节着手。常采用以下5种治法：①活血化瘀，舒心通脉：血府逐瘀汤合丹参饮加减；②温阳化痰，宣畅心脉：附桂合瓜蒌薤白半夏汤加味；③温补心肾，安神定悸：以附子、仙灵脾、熟地、党参、黄芪等温壮肾元，振奋心阳；以龙骨、牡蛎、酸枣仁、五味子等宁神定惊，安抚心脉；④益气滋阴，养血复脉：生脉散或炙甘草汤加减；⑤泄热解毒，清心宁脉：

常用银花 15g, 连翘 15g, 板蓝根 15g, 生地 30g, 赤芍 12g, 丹皮 9g, 豆豉 9g, 山梔 9g, 苦参 12g, 茅根 30g。曹永康治疗心律失常主张“燮理阴阳, 调和气血”, 注意方药的双向调节而有所侧重, 强调扶阳应在滋阴之先, 以此作为治疗心悸之大法。临证时“立足心脏, 放眼整体”, 注意脏腑相乘, 重视体质辨证, 审证求因, 同病异治。将心悸的辨治分为如下 8 型: ①气血两虚型, 治以炙甘草汤为主方; ②心阴不足型, 治以生脉散为主方, 配合甘麦大枣汤、百合地黄汤加减; ③心阳不振型, 治以桂枝加龙骨牡蛎汤为主方; ④水气凌心型, 治以真武汤为主方; ⑤宗气虚衰型, 治以小建中汤为主方; ⑥心衰虚悸型, 治以参附龙牡救逆汤加味; ⑦心悸亢进型, 治以导赤散为主方; ⑧老年心悸型, 治以桂枝加龙骨牡蛎汤、生脉散、左归饮、右归饮综合组方。

2. 辨病辨证结合

多数医家主张治疗心律失常时当辨病与辨证相结合, 这样才能既明其病, 掌握其自身发展的一般规律, 又知其证, 辨清气血阴阳之所属, 如此方能执其机要, 应付自如。

(1) 冠心病心律失常: 赵锡武除习用宣阳通痹之瓜蒌薤白半夏汤为主外, 复有补气养血 (如当归补血汤、当归芍药散、生脉散)、心胃兼顾 (如橘枳姜汤)、活血行水 (瓜蒌薤白半夏汤与真武汤化裁并加活血之品)、补肾养筋 (阴虚增杞菊地黄丸, 阳微合桂附八味丸) 诸法可资; 薛盟常选用通补兼施的治疗方法, 常用方有瓜蒌薤白半夏汤、黄芪五物汤, 或以补阳还五汤、拈痛汤等加减; 心肌梗死并发的心悸怔忡多见心阴虚损, 选六味地黄汤加龟甲、磁石、酸枣仁、淮小麦、远志, 或朱砂安神丸加减; 华明珍

认为本病系本虚标实之疾，本虚以肾虚为主，标实主要为瘀血，治重补肾活血。常用自拟定心汤：何首乌 12g，延胡索 10g，三七粉（冲）3g，苦参 15g，珍珠粉（冲）0.3g，炒酸枣仁 15g，淫羊藿 6g。

（2）慢性肺源性心脏病之心律失常：赵锡武认为，其标痰饮停滞，肺气壅塞，其本心肾阳虚。故遣方用药，温补心肾之阳顾及其本，多择附子、肉桂、麻黄、干姜之辈，温化水饮治其标证，常用茯苓、白术、车前子等，标本同顾，攻补兼施，不可偏执一端；薛盟则对寒证者用真武汤合五苓散加丹参、赤芍、淮小麦、炙甘草等；痰热咳喘用千金苇茎汤合葶苈大枣泻肺汤加味；阴虚心营不足，用自拟保肺养营汤。

（3）心肌炎之心律失常：赵锡武抓住毒邪侵心的主要病机，治以祛邪解毒，清其血热，继则辨其阴阳之损伤不同，扶正为要。初期法当宣散解毒，养阴清热，选方竹叶石膏汤加葛根 18g，连翘 15g，生地 30g，地丁 12g，蒲公英 30g，金银花 15g 以宣邪解毒；中、后期呈现虚损之象时，予扶正祛邪法，选四君子汤加生地、地丁、紫草、板蓝根。心律失常为主要表现者，行活血利水之法，辅以清热解毒，方用当归芍药散合瓜蒌薤白汤加桂枝、蒲公英、川连、甘草。

（4）充血性心力衰竭之心律失常：赵锡武认为其证属心肾阳衰，水气上逆，凌心犯肺。其治非补益气血，养心复脉之所能，当取强心扶阳，宣痹利水之真武汤为主，复佐“开鬼门”、“洁净府”、“去宛陈莖”之治水三法方能奏效。开鬼门，常用真武汤为主，配用越婢汤；洁净府，以五苓散、消水圣愈汤变通；去宛陈莖法须在真武汤强心扶阳基础上，择用桃红四物汤去生地加藕

节、苏木等药。

(5) 其他：如薛盟对高血压性心脏病之心律失常，主张用一贯煎加减治疗，或自拟蒿芩生脉煎治疗；对风湿性心脏病之心律失常，主张用自拟益气镇心汤。

此外，还有医家采用辨病与辨证相结合方法，以一方为主，辨病辨证加减，颇有特色。如张笑平自拟抗早搏汤，随症随病加减。基本方：酒炒常山、半夏、苦参、炙甘草。心阳虚加附子、桂枝、细辛、白芍；心阴虚加北沙参、麦冬、生地、五味子；强心选用熟附片、党参、枳壳；抗病毒选用大青叶、板蓝根、贯众；抗风湿选用独活、桑枝；扩冠选用丹参、川芎、檀香；降压选用珍珠母、生石决明、粉干葛；抗甲亢选用夏枯草、黄药子、山慈菇。

3. 专方专药

临床上治疗快速型心律失常的专方专药，有的是古方化裁而成，有的是自拟新方，有的就是重用单味有效药。古方类，使用最多的是张仲景所创的炙甘草汤。有医家指出运用此方治疗心律失常时炙甘草用量宜大，一般用 15～30g，甚至 40～60g。自拟方类，多为中医基本病机认识和现代药理研究结合组方，临床亦有一定的效果。单味药，最常应用的是苦参、黄连、麦冬、炙甘草、丹参、党参、黄芪、五味子、生地、太子参、炒酸枣仁、玉竹、桂枝、三七粉、当归等，临床可在辨证的基础上选用。

4. 其他疗法

中医药治疗心律失常的手段日趋丰富，除中药外，还有针刺法、针药并用法、贴敷法等。针刺常用的穴位有内关、神门，或内关、郄门，或内关、通里，或内关、大陵，

或心俞、少海等。针刺法起效快，对迅速地控制快速型心律失常有一定疗效。外治法，如有人以生半夏、生石菖蒲等分研末取少许吹鼻取嚏，治疗多例室上性心动过速；有人将桂枝、葛根、苦参、三七、冰片、甘松、丹参制成软膏，取膻中、心俞、心前区或背部阿是穴贴敷，用于一般心律失常，均可获效。

（三）治疗特色

中医药治疗心律失常的临床现状有以下几个特色：

1. 辨证论治和辨病论治二者相结合的趋势

辨证与辨病相结合往往更能全面地把握疾病，更好地指导临床用药。如现代医学认为病毒性心肌炎是由病毒感染引起的心肌炎症，常伴有心律失常。中医认为该证是温热之邪侵及心脉所致的气阴两伤证，有人在治疗中采用生脉散益气养阴的同时，注重“病毒感染”这一微观机制，选用大青叶、板蓝根等抗病毒中药，疗效显著。

2. 多脏腑论治

治法上不囿于一脏一腑，而是多脏腑论治，主要有心肝同治、心脾（胃）同治和心肾同治3种。如调肝养心法，调肝舒郁、宣通心气，治疗心气久虚、肝郁失柔、心阴亏损、虚火内扰患者，收效明显；还有健脾养心法，温补心肾法，滋肾养心法等。也有人从肝肾论治难治性过早搏动，提示疏肝益肾法对常规服用抗心律失常药治疗无效者有显著疗效，且对心肌及其传导系统无抑制作用。林沛湘根据内经“肺朝百脉”及“肺者，相傅之官，治节出焉”等理论，在辨治心血管疾病，特别是心律失常病证时，重视调

治肺气，临证常从补益肺气、调和营卫、泻肺行水和宣肃肺气 4 个方面入手进行辨治。

3. 治疗手段的多样化

治疗上出现了综合运用多种治疗手段的趋势。因为不同治疗方法具有不同特点，针刺起效快；药物起效时间较长，作用时间也长；外用起效慢，但药物经透皮系统缓慢吸收，作用时间很长。根据不同治疗手段的特殊性，适时使用，可提高疗效。

(徐 浩 胡可贇)

参考文献

- [1] 单书健，陈子华编著. 古今名医临证金鉴·心悸怔忡卷. 北京：中国中医药出版社，1999
- [2] 姜永起，等. 赵冠英教授治疗心律失常证治经验. 辽宁中医杂志，1998，25（11）：502~503
- [3] 李家庚. 李培生辨治心律失常的经验. 中医杂志，1995，36（11）：653~655
- [4] 戚宏. 华明珍用补肾活血法治疗冠心病心律失常的经验. 山东中医杂志，1997，16（6）：274~275
- [5] 张笑平. 辨证与辨病结合治疗频发早搏 23 例临床分析. 新中医，1982（9）：24~26
- [6] 路广晁. 周次清教授诊治 SSS 经验述要. 山东中医杂志，1993，12（4）：6
- [7] 吴俊喜. 田乃庚治疗 SSS 的经验. 中医杂志，1994，35（1）：14
- [8] 史载祥，等. 病态窦房结综合征 134 例辨证的初步研究. 中医杂志，1993，34（7）：425~427
- [9] 孔繁立. 成启予教授治疗病态窦房结综合征的经验. 新中医，1994，（2）：3~5

- [10] 廖子君. 梅国强教授论治心律失常学术思想. 辽宁中医杂志, 1995, 22 (4): 155~157
- [11] 林寿宇. 林沛湘从肺论治心律失常经验. 广西中医药, 1994, 17 (1): 26~28
- [12] 朱修身. 韦懿馨主任医师治疗心律失常五法. 河南中医药学刊, 1999, 14 (6): 5~6
- [13] 吴新欲. 吴雅恺治疗缓慢性心律失常经验. 中医杂志, 35 (3): 142~143
- [14] 薛文翰, 等. 裴正学教授治疗心律失常的经验. 现代中医, 1998, (4): 7~8
- [15] 郭子光. 心律失常的凭脉辨治. 成都中医药大学学报, 1996, 19 (1): 8~13

高血压病

【概述】

高血压凡未接受抗高血压药物者见收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ ，和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 者，均称为高血压。18岁以上成人血压水平分类选择了“1、2、3”级，而不是JNC-VI使用的“1、2、3期”。在高血压中，原发性高血压约占90%，继发性高血压约占10%。原发性高血压的发病机制尚未完全阐明，流行病学调查发现以下因素与高血压病发病有关：①遗传因素：父母双方都有高血压，其子女患高血压达45%；父母一方有高血压，其子女患高血压达28%；父母均无高血压，其子女患高血压仅3%；②体重因素：超重者比瘦者患高血压高2~3倍，是一独立危险因素；③营养因素：食盐摄入量多者，血压升高。目前认为在上述各种因素影响下，使血压调节功能失调而产生的。目前研究表明，左心搏出量、外周血管阻力等血流动力学参数是影响动脉血压的主要因素，可用简单公式表示其间关系，即平均动脉压=心排血量 $\times$ 总外周阻力。凡能使心输出量增加或增加外周阻力的因素均可使血压升高。心输出量随心肌收缩力增强、血容量增加、心率加快而增加；外周阻力随大血管弹性降低，小动脉管径变细或狭窄，血液粘稠度增加而增加。下列因素在血压升高中起主要作用：①钠与高血压：研究表明高钠摄入可使血压升高，平均收

缩压与尿钠呈直线正相关。钠可使血容量上升,血管平滑肌肿胀致血管变细,外周阻力增加;②肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)与高血压:RAAS是重要加压机制之一,肾素主要由肾小球旁细胞分泌,血循环中的肾素将肝产生的血管紧张素原水解为血管紧张素Ⅰ,又在肺循环中由血管紧张素转化酶(ACE)的作用下转化为血管紧张素Ⅱ。血管紧张素Ⅱ可:A.直接使小动脉平滑肌收缩,外周阻力增加;B.使交感神经发放冲动增加,小动脉收缩,外周阻力增加;C.刺激肾上腺皮质球状带,使醛固酮分泌增多,从而使肾小管远端集合管对钠重吸收增加,导致体内水、钠潴留,使血容量增加,从而致血压升高。近年的研究显示在中枢神经系统、心脏和大动脉壁均有肾素和血管紧张素Ⅱ,对血压的调节起重要作用;③中枢神经系统和植物神经与高血压:过度紧张与精神刺激可使大脑皮层兴奋与抑制失调,结果使皮层下血管运动中枢失去平衡,交感神经兴奋性增高;下丘脑神经内分泌中枢功能失调,致垂体后叶血管加压素分泌增加,节后交感神经释放去甲肾上腺素增加,最终导致小动脉痉挛、收缩,使外周阻力增加,肾小动脉收缩致肾缺血,肾素分泌增加,血压升高;④某些体液因素与高血压:A.具有扩血管作用的激肽释放酶-激肽系统与前列腺素减少,它们除了扩血管外,尚抑制钠重吸收,血容量减少,血压下降。它们缺少则导致血压上升;B.高胰岛素血症时促进肾小管重吸收钠,引起水钠潴留,血容量增加,致血压升高。高胰岛素血症常伴有交感神经兴奋,使血压升高。所以,胰岛素可能是高血压的发病机制之一;⑤遗传因素与高血压:有高血压遗传因素者可能是细胞膜钠运转异常,导致细胞内钠增加,肾排钠功能减退,致体内水钠潴留,使血管平滑肌细胞对去甲肾上腺素、血管

紧张素Ⅱ反应增强，结果外周阻力增高，最终导致高血压。

高血压病多见于40岁以上中年人，80%有家族史。根据起病缓急和病情进展情况，临床上可分为缓进型与急进型。病情急骤变化，血压突然急剧升高时可表现为高血压危象和（或）高血压脑病。本病多属中医眩晕、头痛、心悸、中风等病的范畴，病因病机较复杂，但归纳起来不外虚（阴虚、气血虚）、火（肝火）、风（肝风）、痰（风痰、湿痰）、气（气逆）、血（血瘀）6个方面，其中以肝肾阴虚为其根本。

【名医经验】

1. 孟景春诊治经验

（1）补气降压，重用黄芪

重用黄芪降压，必须具有典型的气虚症状和体征，如体型肥胖，面色少华，语言短气。或有多汗、易汗，或易于腹胀便溏，或下肢浮肿等。脉见细软，重按近无，舌质淡胖，齿印明显，即可重用黄芪适当加活血通络药治疗。若有兼证则随证加味，可取得一定的降压效果。孟氏重用黄芪降压，据称是得自《医林改错》补阳还五汤的启示。补阳还五汤现常以之治中风后遗症。王清任指出该方适应证为：半身不遂，口眼喎斜，语言謇涩，口角流涎，大便干燥，小便频数，遗尿不禁等。现有人提出凡中风后遗症而血压仍高者必须降压，因此推想中风后遗症时可重用黄芪，未见中风之前用之岂不更好。后又见《医学衷中参西录》有“中风不可轻用补阳还五汤”之说。言其不可轻用是告诫用之宜慎，非不能用也。关键在于辨证的正确与否，

因而重用黄芪降压时，必须细微观察有无气虚的症状和体征。在处方配伍时，必须遵循补阳还五汤之原义，在重用黄芪的同时，必参少量的活血通络药。重用黄芪常为 30~50g，重者 80g。

〔典型病例〕

韩某，男，46岁，干部。1997年8月10日初诊。高血压病史20年，常觉头晕、头胀，兼有哮喘，发则喘息痰鸣。血压高时，收缩压180mmHg，舒张压120mmHg。观其形体颇丰，但面色少华，平时易汗，动则气喘，入夜经常失眠，入寐则梦境纷纭，大便常干结如栗，便时艰涩，舌质淡胖，边齿印明显，脉细滑。脉证合参，显系肺、脾气虚，肺失宣肃，腑气失下行之顺（肺与大肠相合），治宜补气理脾、通调腑气，佐以养心安神。处方：生黄芪50g，广地龙12g，炒赤白芍各10g，陈皮10g，丹参15g，郁李仁10g，炙甘草6g，柏子仁10g，明天麻10g，茯神12g，夜交藤、炙紫菀各15g，服药6剂。二诊：药后大便通畅，睡眠转佳，梦亦少，头晕、气喘均减，惟汗出颇多，汗后并不恶风。续予原方加桑叶15g。续服15剂。三诊：2周后复诊，血压已基本正常，收缩压145mmHg，舒张压92mmHg。不仅血压下降，哮喘亦未发作。药病中肯，续予原方加生山楂15g，泽泻12g，继服半月。并嘱平时饮食宜清淡，加强运动锻炼。此例以上方为基础，稍事加减，调治半年，血压一直保持在正常范围，哮喘亦未发作。若气虚证兼见阴虚者则宜兼养其阴，兼有血虚者则宜兼养其血。但黄芪用量不宜减轻。

（2）活血降压，必伍降脂

活血降压法，适用于瘀血阻滞型。其症状和体征为：头晕较为突出，血压安静时升高，活动后降低，舌质紫黯，

舌底静脉怒张，脉细涩。凡此证型，常以活血通络为主，稍佐理气之品，以气为血之帅也。

〔典型病例〕

蒋某，女，58岁，干部。血压升高15年，曾服多种降压药及中药，均乏效，也有服降压药头晕更甚（血压下降太多），停药后，又反跳升高。平时不易入睡，寐则梦多惊险。其每日测试记录，最高者是晨起活动时，中午稍低，晚上将卧时血压又复上升。夜寐差，常烦躁不宁，舌质两边红赤，苔薄黄，舌下静脉怒张，脉弦涩。脉证合参，系瘀阻络脉、心肝火旺以致心神不安。治宜活血通络、清心泄肝，佐以安神。处方：川牛膝20g，丹参15g，益母草20g，法夏10g，夏枯草10g，丹皮10g，柏子仁10g，炒酸枣仁20g，淡竹叶10g，青龙齿20g（先煎），制香附10g，夜交藤20g（7剂）。二诊：药后睡眠改善，梦少且无惊险，血压明显下降。自服至3剂后，每日3次测试已持续稳定在145~150mmHg，头晕亦除。原方去青龙齿，加炒谷麦芽各15g，嘱其继服半月。三诊：血压一直稳定在正常范围，舌边红赤转淡，舌下静脉怒张近于消失，舌苔黄腻已化。肝心之火渐平，瘀血渐化。再以原方加减：川牛膝20g，丹皮10g，丹参15g，甘菊12g，柏子仁10g，炒酸枣仁15g，法半夏10g，陈皮6g，益母草15g，生山楂15g，泽泻12g。嘱此方间日服1剂，以巩固疗效。平日忌食酸冷、辛辣肥腻食物。

血瘀易于阻络，络阻则血行失畅，导致血压升高，故活血通络，实为此种证型高血压的治本之计。然瘀阻之因非一：气虚血瘀者则宜补气活血，气滞血瘀者宜理气活血，血寒致瘀者则宜温运祛瘀，血热致瘀者则宜清热活血。本证之瘀，应属血热，其热来自心肝火旺，故用丹皮、甘菊、

夏枯草、淡竹叶以清心、肝之火。

临床上高血压之属血瘀者，常伴有血脂升高，或胆固醇偏高者，中医学称为痰瘀交阻，因此二者增高，易使血行迟滞而致瘀，故在化瘀药方中配以生山楂、泽泻、半夏、陈皮、决明子等。现代药理研究表明，这些药物有降脂降胆固醇的功效，从而有利于活血化瘀药功效的发挥。

(3) 燮调阴阳，二仙加减

燮调阴阳，在此指调理肾阴肾阳。这种阴阳失调的高血压，多见于妇女更年期。其阴阳失调之特征，常有夏季怕热，冬季畏寒。冬季畏寒，以两足更甚，熨之稍温，亦有上热下寒者，即面部常觉烘热颊赤，而下肢寒冷殊甚。此外，头晕耳鸣亦多。上热下寒者舌质偏红少苔，无上热者，舌质多较淡，两尺脉沉细，或见细数。凡见此高血压升高持续不降者，常以二仙汤加减：仙茅、仙灵脾各 12g，巴戟天 10g，川柏片 10g，知母 10g，当归 10g。若兼见肝阳上亢头痛者，加白蒺藜 12g，双钩藤 15g，甘菊花 12g；若上热下寒明显者，加大熟地 12g，怀牛膝 15g，上肉桂 6g，或加灵磁石 20g，以加强其引火归原；若阴虚较明显者，则减轻温阳药，加制首乌、大生地、怀山药、山萸肉各 10g。一旦血压下降，稳定在正常范围内，其上热下寒，或寒热失调症状消失后，则用杞菊地黄丸（早服），金匱肾气丸（晚服），二者配合常服半年至 1 年，或更长时间，以巩固疗效。

(4) 降血压须重视兼证

患高血压病的患者，除表现头痛、头胀或头晕外，常有不少兼证，如失眠多梦、大便秘结数日一行、或下肢浮肿、小便不利，这些兼证常与高血压相互为患。兼证不解，虽降压药（包括中西药）对症，其效亦不显。所以提出对

其兼证，切勿忽视。如兼失眠多梦者，宜加柏子仁、炒酸枣仁、朱茯神、生龙牡等。但失眠的形成，亦有多种原因，若用安神镇静不效者，更当究其因而治之。如大便干结数日一行，如属热结者可用生大黄、瓜蒌仁、玄明粉等，一般可用润肠通便，如郁李仁、火麻仁、桃仁等；如阳虚便秘者可用肉苁蓉、核桃仁等。总之治便秘亦应辨证施治。如见下肢浮肿，小便检查无异常者，有朝轻暮重者多属气虚不能化湿，宜用仲景防己黄芪汤加减，常用汉防己、生黄芪、陈皮、生苡仁、生白术、扁豆衣等，并适当加活血药，如益母草、红花等。若有其他兼证较为突出者，亦当究其因而治之，可提高降压效果。^[1]

2. 盛国荣诊治经验

盛氏提倡中西医理汇通，取长补短。治疗高血压病，常于中医辨证处方中选用不同利尿降压中药，而收事半功倍之效。盛氏认为利尿降压的中药，具有清除患者体内的水湿瘀积，通畅血脉，调节气血之能，其中有些药物尚有降血脂、血糖之效；所以没有西药利尿剂所引起的低血钾、高血脂、高血糖等副作用。

(1) 地龙、夏枯草，平肝利水

盛氏认为地龙功能清热平肝，通络利水，“主大热狂烦及大人小儿小便不通”；夏枯草清肝散结，能“补养厥阴血脉，疏通结气”。现代药理研究证实此两药对麻醉动物及肾性高血压犬均有缓慢而持久的降压作用，尤其夏枯草含有丰富钾盐，降压而不失钾。临床常用于肝阳妄动，络道所扰之高血压，有较好疗效。

〔典型病例〕

陈某，男，56岁。高血压病Ⅱ期，症见头目眩晕，头

胀面红，心烦不寐，口苦肢麻，大便硬结，小便短少，舌红苔黄，脉弦，血压 175/110mmHg。证属肝阳上亢，治宜平肝、利水、息风。药用：地龙干 20g，生地 20g，夏枯草 15g，钩藤 15g，白蒺藜 10g，白芍 10g，丹皮 10g，天麻 10g，车前子 10g，甘草 3g。服 10 剂后，血压降至 150/96mmHg，头胀眩晕减，寐安，二便通畅，于上方加茯苓 10g，枸杞 10g，调治半月血压降至正常。

(2) 黄芩、龙胆草，泻热利水

对于肝胃火旺之高血压患者，盛氏常投苦寒之黄芩、龙胆草以清肝胃之实热，利水而除湿，认为黄芩苦寒能除湿热，所以小肠利而水自逐，源清则流洁；龙胆草则功专于利水，消湿。现代药理研究证实此两药对麻醉动物均有降压作用，黄芩尚有利尿作用，以黄芩甙元最强，其醇提取物及煎剂亦有利尿作用，此外，黄芩还有降血脂之功效。

〔典型病例〕

林某；女，60 岁。素有高血压、冠心病、脂肪肝病史，近来头晕肢麻，胸闷痛，牙龈浮肿疼痛，夜寐不宁，恶梦纷纭，口干口臭，大便硬结，小便短赤，舌红苔腻，脉弦滑，血压 150/105mmHg。证属肝胃火盛，湿热盘踞。治宜泻火以平肝，利水以清胃，投以龙胆泻肝汤化裁。药用：龙胆草 6g，菊花 10g，黄芩 10g，车前子 10g，泽泻 10g，钩藤 10g，生地 10g，地龙干 20g，葛根 20g，夏枯草 20g，甘草 4g。服药 10 剂，洩长大便通，寐安，牙痛止，余症亦减，血压 143/90mmHg，于上方加强清胃化湿之力，再服 10 剂，诸症均失，血压恢复正常。

(3) 苓皮、车前子，渗湿利水

茯苓皮性味甘淡，功能利水消肿，能“行皮肤之水”；车前子甘寒，功能利水，清热，明目，能“去肝中风热”。

药理研究车前子可降低麻醉犬、猫血压。盛氏认为对于脾湿壅滞，痰湿瘀阻经络之高血压患者，尤为常用。

〔典型病例〕

吴某，女，51岁。年轻怀孕时发现高血压，至今20年余，形体虚胖，头重头胀，脘腹胀闷，上楼气喘，四肢关节酸楚麻胀，弯屈不灵，晨起尤剧，纳少口淡，便溏溲短，舌淡胖苔白滑，脉濡，血压160/100mmHg。证属湿浊滞阻经脉，治宜健脾渗湿、利水通经。药用：桑枝15g，车前子15g，蚕沙15g，茯苓皮30g，薏米30g，泽泻10g，秦艽10g，木瓜10g，乳香6g，没药6g，甘草4g，服6剂后，头重头胀减，纳增溲长，湿浊渐化，舌苔转薄白，脉缓，血压147/88mmHg，于上方加白术、陈皮各10g，调理1个月，血压稳定。

（4）赤小豆、玉米须，健脾利水

赤小豆、玉米须性味甘平，功能利水祛湿，平肝泄热，盛氏认为赤小豆清热和血，利水通经，且能除烦；玉米须民间中恒以炖冰糖饮服治疗高血压水肿。现代药理研究证实，玉米须对人或家兔均有利尿作用，可增加氯化物排出量，其煎剂有降压作用，且有降血糖之功，两者合用对肾性高血压效果尤佳。惟其性味平淡，临证须用较大剂量，方能奏效，盛氏常用30~60g。

〔典型病例〕

黄某，女，64岁。高血压病10年余，近月来眼睑、下肢浮肿，头重胀痛，视物昏花，胸闷气喘，动则尤甚，脘腹胀纳呆，小便短少，大便溲薄，日2~3次，舌淡胖、苔白滑，脉细弱。血压210/126mmHg，胆固醇6.7mmol/L (260mg/dl)，甘油三酯1.9mmol/L (170mg/dl)，血糖7.5mmol/L (135mg/dl)；尿蛋白(++)，白细胞(+)。

证属中土疲惫、湿浊不化，治宜健脾理气，利水渗湿。药用：玉米须 60g，带皮茯苓 30g，赤小豆 30g，薏米 30g，党参 15g，白术 15g，泽泻 15g，车前子 15g，砂仁 10g，怀牛膝 10g。连服 2 周，血压降至 160/96mmHg，尿检正常，诸症均减。嘱以玉米须 100g 煎汤煮薏米、赤小豆、黑脂豆、山药各 30g，1 日 1 煎，调理半年，血压稳定，血脂、血糖均降至正常。

(5) 琥珀、益母草，活血行水

盛氏认为湿滞血瘀，脉络痹阻，血行不畅，而血压升降失调，须活血行水，通畅血脉则血压自平。常选用琥珀、益母草，认为此两药均入心、肝经，功能活血祛瘀、行水安神，其中琥珀属阳，古方今用为利小便，以燥脾上有功，脾能运化，肺气下降，故小便可通；益母草则“消水行血，去瘀生新”。药理证明，益母草的多种制剂对麻醉动物静注均有降压作用，利尿消肿作用显著。

【典型病例】

林某，男，54 岁。素有高血压病史，血压 160~188/100~120mmHg，11 月初，突发左半身手足不遂，言謇语涩，而住院治疗。出院后求诊于盛氏。视患者颜面黧黑、浮肿，行动迟钝，左半身不遂，手指关节肿胀伴疼痛，夜寐欠安，大便秘结，2~3 天 1 行。小便频、数量少，舌质黯晦，舌体胖齿痕，舌苔白厚腻，脉弦滑尺弱，血压 165/105mmHg。证属湿阻血瘀、隧道不通。治宜活血通络、祛风利湿。药用：益母草 15g，钩藤 15g，蚕沙 15g，地龙干 15g，乳香、没药各 7g，赤芍 10g，天麻 10g，蕲蛇 10g，蜈蚣 2 条，全蝎 2g，磁石 30g，石决明 30g（先煎），琥珀 6g（研末，分 2 次冲服）。服药 6 剂，血压降至 156/98mmHg，诸证均减，于上方加桑寄生 20g，继服半个月，

病情日趋好转，血压保持在 150/160/90~96mmHg 之间。继以补气养血、健脾化湿、活血通络之散剂调理，越半年，肢体活动功能恢复，血压降至正常。

(6) 牛膝、桑寄生，补肾利水

盛氏认为肝肾阴虚，肝阳上亢乃高血压病主因之一，因此益肝肾，潜虚阳乃治本之法，常选用牛膝、桑寄生为主药。两药均入肝肾经，功能补肝肾，散瘀血，通经络。张锡纯认为牛膝性善下行，“善治淋疼，通利小便”。盛氏认为桑寄生乃得桑树精英，尤胜于桑，其补肝肾、通血脉之功效卓著。药理研究证实两药对麻醉猫、犬均有短暂降压作用，具有扩张外周血管及舒张冠状动脉之作用，其中桑寄生所含之蒽醌甙有利尿作用，如增加剂量时作用显著，临床上盛氏常用 15~30g。

〔典型病例〕

苏某，女，66岁。罹患高血压病Ⅱ期2~3年，现症头晕头痛，行走时有飘浮感，左半身麻木如蚁行，心烦不寐，腰酸耳鸣，胸闷善太息，大便溏薄，日1~2次，夜尿频数，舌红晦胖、苔少，脉沉细弦，血压180/110mmHg。证属肝肾阴虚，风阳上扰，当虑其有中风之不测，治宜滋补肝肾、潜阳息风。药用：桑寄生20g，生地20g，牛膝15g，白芍15g，钩藤15g，秦艽10g，当归10g，川芎10g，枸杞10g，磁石20g，龙牡各20g（先煎），甘草4g。服药10剂，诸症均减，血压降至160/98mmHg，脉舌同上，守上方加天麻、红花各8g，续服10剂，血压降至正常，头晕头痛消失，寐安行走稳，肢麻缓解，舌脉同上。嘱以杞菊地黄丸长期服用以巩固疗效。

(7) 人参、炙黄芪，益气化水

参、芪性味甘温，功能补气生津，益卫利水，《别

录》说人参“调中，通血脉”；《本经逢原》认为黄芪“性虽温补，而能通调血脉，流行经络，可无碍于壅滞也。”现代药理研究证实大剂量人参及多品种的黄芪均可使血压明显下降，血管扩张，并有降低血糖之效。此外，黄芪尚有利尿及使钠排出量增加的作用，持续时间较长。盛氏常以参、芪相伍治疗元气虚弱，水湿内踞之高血压患者。

〔典型病例〕

韦某，男，57岁。罹高血压病15年，现症头晕目眩，胸闷气短，心悸心慌，寐差健忘，腰膝酸软，手足麻木欠温，大便溏，洩频数，舌淡胖苔白，脉细数，血压170/108mmHg，心率116次/min。证属元气亏虚，胸阳不振，水湿内停，升降失调，投以益气通阳、调气化湿之剂。药用：党参20g，炙黄芪20g，炒酸枣仁20g，丹参20g，怀牛膝10g，薤白10g，杜仲10g，葶苈子8g，石菖蒲8g，天麻8g，龙牡各15g（先煎）。服药半个月，血压153/96mmHg，头晕、心悸等症减，于上方去葶苈子加肉苁蓉10g，继服半个月，血压降至正常。嘱以左、右归丸交替服用，以巩固疗效。

（8）大黄、草决明，通便泻水

盛氏认为腑气不通，水道不畅，湿浊凝滞，升降失常，气血运行紊乱而致血压升高者，非通腑降浊，调畅二便不能为功。临床常选用大黄、草决明以釜底抽薪，通便泻水，认为大黄可“调血脉，泄壅滞、水气，利大小便”；草决明清肝明目，利水通便。药理研究两药均有降压和降低血清胆固醇作用。盛氏尤喜用草决明，认为其性缓味醇，对于高血压之便秘，无论男妇、体弱或年老者均为佳品。

[典型病例]

黄某，男，62岁。素患高血压、高血脂、冠心病、糖尿病，现症头晕目眩，视物昏花，心烦寐差，胸闷心悸，上楼气喘，颜面及双下肢浮肿，纳少腹胀，大便秘结2~3天一行，小便黄少，舌质红晦、舌体胖齿痕、舌苔白厚，脉沉细弦。血压：186/105mmHg，血胆固醇4.7mmol/L，甘油三酯1.8mmol/L，血糖8.3mmol/L。证属中土气虚，湿浊壅滞、腑气不通、升降失常，治宜健脾益气、通腑降浊。药用：黄芪30g，带皮茯苓30g，赤小豆30g，草决明30g，生地20g，车前子20g，郁李仁10g，火麻仁10g，猪苓10g，泽泻10g，大黄6g（后下）。服6剂，便通洩畅，浮肿明显消退，血压降至160/92mmHg，余症亦减，于上方去郁李仁、大黄、生地、草决明，加白术、陈皮各10g。另嘱以草决明研末，每日冲服15g，连服半个月，血压正常，小便清长，大便通畅，浮肿消退，纳增神旺，头晕心悸等症均减。嘱以草决明研末，每次冲服1.5g，1日1次，继服1个月，血压平稳，血脂、血糖均下降，诸症均失。

(9) 温阳化气、调和升降

头痛眩晕，乃高血压病之常见症状，究其因多责之肝火上扰或肝阳上亢或痰凝血瘀，或肾虚或气虚或血虚等等，通常治法不外乎清肝泻火、平肝潜阳、滋养肝肾、化湿祛痰、活血化瘀、益气养血等。盛氏深感上述诸法，对于一些单纯性头痛眩晕症，只要辨证准确，也可收桴鼓之效。然而对于一些病因错综复杂，病程缠绵不已之头痛眩晕患者，则难免有望方兴叹之慨矣！于此之际，每调理升降出入，斡旋气机运化，使诸阳之首、清空之地不受诸邪干扰，则头痛、眩晕之症，迎刃而解。

[典型病例]

李某，男，58岁，干部。高血压病反复发作，头痛眩晕10年多。近半年来头痛眩晕发作频繁，伴下肢浮肿，近1个月来病情加剧。入院检查：血压230/120mmHg，心率68次/min，心界向左扩大，下肢踝以下呈凹陷性水肿，左踝关节轻度肿胀畸形（类风湿关节炎），尿检：蛋白（++）。B超提示：动脉硬化，高血压致左室壁肥厚，冠心病，前列腺肥大。经中药温化寒湿、利水通淋，配合西药降压利尿治疗，病情未见明显改善，出院求诊于盛氏。视患者颜面浮肿，面色晦暗，神疲倦怠，四肢乏力颤抖，行走不稳需人扶持，并诉头痛眩晕频发，下肢浮肿明显，腹胀纳少，寐差梦多，口干不欲饮，小便短少不畅，大便秘结，舌胖苔白腻，脉弦大无力。血压220/117mmHg。尿检：蛋白（++）。乃因阳虚湿阻，气机运化不畅，升降出入失常，姑拟温阳化气、健脾利湿，佐以解痉利尿。药用：黄芪30g，白术15g，带皮茯苓30g，干姜6g，地龙干10g，川附子6g，夏枯草10g，葛根20g，车前子15g，砂仁6g。11月18日二诊：上药服6剂后，头痛眩晕好转，夜寐渐安，纳食稍进，但二便尚未通畅，余症仍存，脉舌同上，血压200/100mmHg，药已中鹄，勿庸更张，斡运气机、调和升降，以期二便通畅，仍以上方进退加减。药用：黄芪20g，白术10g，带皮茯苓30g，干姜6g，川附子6g，地龙干10g，火麻仁10g，郁李仁10g，砂仁6g，葛根20g。另以玉米须60g，山药20g，先煎15分钟后，以汤液煎上药；嘱以草决明研末，每次10g，开水冲服。三诊：上药服6剂后，气机条达，大便通，尿量增，下肢浮肿渐消，头痛止，眩晕减，行走渐稳，不需人扶持可在室内行走，但尚感乏力，寐安食增，血压180/98mmHg，舌淡胖、苔白腻，脉

弦大无力、尺弱。气机虽畅，湿浊未净，升降仍阻，宜加强温阳化气、健脾化湿之力。药用：生晒参 10g，黄芪 30g，白术 10g，川花椒 8g，地龙干 15g，猪苓 15g，泽泻 15g，带皮茯苓 20g，干姜 6g，赤小豆 30g，黑藜豆 30g，油肉桂粉 2g（分 2 次冲服）。另嘱血鹿茸粉 2g，分 2 次以鸭汤冲服。四诊：上药服 10 剂，并配服血茸 3 次，精神倍增，眩晕止，头痛未发，下肢浮肿明显消退，已能独立外出行走，二便通畅，舌淡红，脉弦滑，白腻苔渐化。尿检：蛋白消失，血压 160/94mmHg。以三诊处方续服，并嘱以血肉有情之品食疗调养，以巩固疗效。食疗药方：甘枸杞 20g，杜仲 15g，黄精 10g，当归 8g，煎汤加生晒参 10g，天麻 10g，炖鳖鱼服。上药服 20 剂余，并配服血茸鸭汤及炖服鳖鱼数次，病情稳定，行走自如，矫健如昔，血压 150~160/90~95mmHg，已能上半天班。

盛氏认为，治疗高血压病，临证时尤需注意气机之运化，特别对于一些病情错综复杂的患者，每以调和升降出入、气机运化为法。因此处方用药不拘泥于一般清规戒律，务使其气机运化通畅，保持正常的升降出入。本例患者病情错综复杂，病程缠绵不已，但细析其病情，乃因脾肾阳虚，气机运化失健，致使湿浊内阻，升降出入失常。该升者不升，清阳受阻，津液不能输布，故见头痛眩晕，口干不欲饮；该降者不降，故见大小便不利。而究其导致升降出入失常者，则在于脾肾阳虚，故见患者颜面浮肿，面色晦暗，神疲倦怠，舌胖苔白腻，此乃本病辨证要点。特别应该指出的是该患者脉虽弦大，但中空无力，亦为阳虚之象，这与肝火上扰，肝阳上亢之脉弦劲有力，迥然有异，临证尤须细辨。临床上恒见一些老年性高血压病患者，脉象多弦大，此乃动脉硬化之征，切勿一概误认为肝火、肝

阳。于此之际，务须细审详参四诊，分析其病情，找出其病因，如是辨证立法，施治用药方可丝丝入扣。盛氏认为，该患者主要以头痛、眩晕为表现，立法、处方、用药自始至终紧扣温肾阳以利水、补脾气以化湿，药用生晒参、黄芪、附子、干姜、肉桂、鹿茸、白术、砂仁、杜仲等，俾脾肾健，运化旺则水湿行，这正所谓治本之计也。另一方面调畅气机、通利水道，开启二阴又势在必行，故方中以车前子、猪苓、泽泻、茯苓皮、玉米须、赤小豆、地龙干、黑薑豆利小便，通水道；以火麻仁、郁李仁、草决明通大便，启后阴；再用葛根、花椒利气机，通三焦，诚如《本经疏证》说：“葛根之用，妙在非徒如瓜蒌但滋阴津，亦非徒如升麻但升阳气，而能兼擅二者之长”。《本草纲目》说花椒“解郁结，通三焦”，此乃治标之计。标本兼顾，脾醒阳充，运化复健，二便能利，则气机运化条达，升降出入复常，亦即“通因通用，塞因塞用”之意，而头痛、眩晕、水肿均冰消雪解。^[2]

3. 周次清诊治经验

(1) 初期多实，重在治肝

高血压病初期，多数为精神刺激、情志抑郁而诱发。因精神抑郁不舒，肝失疏泄，导致肝气郁结，肝火上炎，肝阳上亢，甚至肝风内动。整个病理变化过程，以实为主，病位在肝，以头痛、眩晕为主症。临证宜分别采用疏肝、清肝、凉肝之法。①疏肝法：适用于初期不稳定型高血压患者。症见头痛头晕，胸闷胁痛，精神不振，血压变化与情绪波动密切相关，舌苔薄白，脉沉弦。治宜疏肝理气，佐以活血解郁。方选柴胡疏肝散。方中柴胡、薄荷疏肝解郁；枳壳、香附理气解郁；当归、芍药活血解郁；甘草缓

肝调中。关于柴胡的应用，周氏认为，小量升清，大量清解，中量疏肝，故用治高血压，以中量为宜。②清肝法：肝郁日久化火，或肝阳疏泄太过导致木火内生，均可出现头痛头胀，眩晕，心烦口苦，胸胁胀满，多梦易惊，小便黄赤，大便秘结，舌红苔薄黄，脉弦数。治宜清肝泻火，方选清肝降压汤（周氏自拟方：柴胡、菊花、钩藤、黄芩、丹皮、栀子、香附、青木香、佛手）。方中柴胡、香附疏肝解郁；丹皮、栀子、黄芩清肝泻火；菊花、钩藤平肝清热；青木香有降压之功；佛手理气和胃。共奏清肝降压之功。多梦易惊者加炒酸枣仁、夜交藤；手足发胀者加泽泻；便秘者加大黄；面红目赤，急躁易怒者加龙胆草、黄连。③凉肝法：肝阳过亢，往往可导致化火生风，主要表现为剧烈头痛，眩晕肢麻，颈项强硬，烦躁不安，手足抽搐，舌红苔黄，脉弦数等肝经风火上动的症状，甚则出现突然昏倒，肢体偏瘫，痰涎壅盛的中风证。治宜凉肝息风，首选羚羊钩藤汤。方中羚羊角、钩藤、菊花、桑叶凉肝息风；生地、白芍、甘草益阴凉血；贝母、竹茹、茯神豁痰通络，宁心安神。若兼见视物模糊，筋惕肉瞤等肝肾阴虚症状，则改用镇肝息风汤。

（2）中期多虚实并见，治宜肝肾兼顾

高血压病发展至中期，常出现本虚标实、阴虚阳亢的病理变化。有的始于肝阳有余，进而损及肝肾之阴；也有的先由肝肾阴亏发展至阴虚不能敛阳，阳动风生，最终导致虚实并见，阴亏阳浮的病理结局。周氏根据其病因、病理的不同及肝肾受病的侧重，灵活运用滋阴潜阳与育阴摄纳、敛阳息风两法，多能获得良效。①滋阴潜阳法：由于病变过程中肝阳上亢与肝肾阴虚的程度不同，临床表现亦各不相同。一般来讲，偏于阳亢者，多由肝郁化火而来，

症状以头胀头痛，面红目赤，烦躁易怒，舌苔黄燥，脉弦数为主，其病变重心在肝；偏于阴虚者多由肾虚发展而来，症状以腰膝酸软，头晕耳鸣，心烦少寐，舌红少苔，脉细数为主，其病变重心在肾。临证中，周氏特别注意根据阴虚与阳亢的轻重主次，灵活应用。阳亢重，阴虚轻者，多见于中青年患者。治宜潜阳为主，滋阴为辅，方选天麻钩藤饮。方中天麻、钩藤、石决明平肝潜阳；黄芩、栀子、益母草泻肝火；桑寄生、杜仲、牛膝益肝肾；夜交藤、茯神宁心安神。肝火偏盛者加夏枯草、龙胆草；耳聾加磁石、珍珠母；心烦易惊加生龙骨、生牡蛎、龙齿。阴虚重，阳亢轻者，多见于老年患者。治宜滋阴为主，潜阳为辅，用三甲复脉汤。方中地黄、阿胶、麻仁、麦冬、芍药、甘草滋肾养肝，牡蛎、龟甲、鳖甲育阴潜阳。诸药合用，共奏育阴增液、摄纳浮阳之功。阴虚与阳亢均较重者，首选建瓴汤。方中代赭石、龙骨、牡蛎潜镇浮阳；牛膝、地黄、山药、芍药滋阴；柏子仁养心安神。亦可选用秦伯未的镇静气浮法（龙齿、牡蛎、代赭石、旋覆花、朱茯神、益智仁、酸枣仁、柏子仁）或杞菊地黄丸、桑麻丸等，均能获得良效。对于顽固性高血压，在上述治法的基础上，加泽泻、车前子等利尿降压药，但对于血液粘稠度高者不宜应用。②育阴摄纳、敛阳息风法：由于肝肾阴液过于亏耗，肝阳升动无制，必然导致阴虚不能制阳，形成虚风内动的病理变化。主要表现为头痛眩晕，唇舌发麻，视物模糊，头摇肢颤，半身麻木，筋惕肉瞤，舌红少苔，脉弦细数等。此多为中风先兆，须加警惕。首选大定风珠。方中三甲复脉汤育阴潜阳；五味子、鸡子黄敛阳息风。伴抽搐震颤、口眼喎斜者，可加搜风止痉之品，如全蝎、蜈蚣、僵蚕等。

（3）后期多虚，重在治肾

高血压病发展至后期，往往因年老体弱，肾气虚衰，加之久病由肝及肾、由实转虚，而出现“髓海不足，脑转耳鸣”，“上气不足，脑为之不满”的肾虚症状。在辨治中，根据肾阴虚、肾阳虚与阴阳两虚的不同，分别采用相应的治疗方法。

①补阴益阳法：适用于单纯肾气虚衰所导致的高血压病。老年人高血压及更年期高血压多为肾气虚衰所致。主要症状为头晕头痛，耳鸣耳聋，记忆力减退，倦怠嗜睡，既不耐冷，又不耐热，发白发脱，牙齿浮动早脱，腰膝酸软，头重脚轻，尿频，夜尿多，月经量少或闭经、绝经，舌淡，脉虚弱。治宜补阴益阳，调理阴阳。方选益肾降压汤（周氏自拟方：桑寄生、炒杜仲、仙灵脾、黄芪、黄精、女贞子、牛膝、泽泻）。方中桑寄生、炒杜仲、仙灵脾补肾温阳；女贞子、牛膝益肾育阴；黄芪、黄精益气补中，以补后天；泽泻利尿降压。兼见口干心烦、面部烘热者，加知母、黄柏；失眠多梦者，加炒酸枣仁、夜交藤；血压持续不降者，加青木香、钩藤；血液粘稠度增高者，加决明子、生山楂。

②育阴涵阳法：用于阴虚阳浮、水亏火旺所致的高血压病。由于肾阴亏虚不能制阳，虚阳浮越，表现为头晕头痛，面部潮红，心烦口干，失眠健忘，腰酸耳鸣，视物昏花，双目干涩，大便秘结。治宜首选左归丸加减。方中熟地、山药、山萸肉、鹿角胶、龟甲、枸杞、菟丝子、牛膝，皆为阴中涵阳之品，意取“阳中求阴”、“补中有化”之意。若出现五心烦热，舌红少苔，脉细数等阴虚火旺的征象，可以暂用知柏地黄汤，以滋阴降火，泻其有余，补其不足。

③扶阳配阴法：适用于肾阳偏衰的高血压病。肾阳虚衰的形成，可由肾气虚衰发展而来，也可由阴损及阳而致。主要表现为头晕头痛，耳鸣耳聋，腰膝酸软，疲乏无力，记忆力减退，畏寒肢冷，面色㿠白，小

便清长，大便稀溏，舌淡苔白，脉沉迟无力等症。另外，肾阳虚衰，亦可累及心阳不振，脾阳式微，出现水气凌心、水湿泛滥而兼见心悸不宁、喘促、水肿等症。治宜首选右归丸加减。方中熟地、山萸肉、山药、鹿角胶、枸杞、菟丝子等药阴中有阳，附子、肉桂温肾壮阳，意在“阴中求阳”，“化中寓补”。若见阳虚阴盛，水湿不化而兼见心悸、喘促、水肿者，可暂用真武汤以达益火制阴之目的。方中附子温肾化水，白术、茯苓健脾宁心利水；芍药养阴柔肝。此外，对于老年人高血压病，治疗应以调理阴阳的偏盛偏衰为主，尤应注意降压不可太过，慎用重镇之品，以防全身重要脏器供血不足而导致变证丛生。

周氏对高血压病的中医病理认识亦提出了如下认识：

（1）肝阳上亢，难概全貌

肝阳上亢可为高血压病的一种类型，但高血压病不一定是肝阳上亢，而肝阳上亢也不一定就是高血压病。阳亢与血压升高的表现虽同，但阴阳失调的本质有异。肾（肝）阴虚肝阳亢，在高血压病中固然多见，而肾水亏心火旺，在高血压病中亦常发生，尤其多见于青壮年女性患者。

〔典型病例〕

李某，女，42岁。高血压病4年，血压一般在150/100mmHg左右。临床表现为头胀头晕，耳鸣，面红，口干苦，头汗多，心烦心悸，健忘失眠，多梦，月经先期量多，大便干，小便黄，舌红苔薄黄，脉弦数。先后用滋阴潜阳、凉肝息风的天麻钩藤饮、镇肝息风汤治疗3周，效果不明显。后来见以心烦、心悸、失眠多梦为主症，认为水亏火旺、心肾不交为病因，用俞根初黄连阿胶汤加酸枣仁、夜交藤，服用3剂，症状明显减轻，血压始降。继服12剂，症状消失，血压恢复正常。

(2) 阳虚阴乘，并非少见

阳虚阴乘，在高血压病中并非少见，尤其是年老体衰患者，由于肾阳不足，脾阳不运，清阳不升，阴寒痰湿上乘所致的头痛、眩晕，在高血压病中屡见不鲜。

〔典型病例〕

1. 孙某，男，54岁，火车司机。患高血压病12年，血压一般为180/120mmHg。身高体胖，头晕目胀，面红目赤，多汗畏寒，心烦健忘，口干苦不欲饮，左侧上下肢麻木，下肢浮肿，夜尿清频，苔白厚，脉沉细缓。当时考虑，高血压多从肝治，头晕面红目赤又是肝阳上亢之象，给以镇肝息风汤和建瓴汤皆不效。又根据患者体胖，苔厚，脉细缓的脉症，改用半夏白术天麻汤，症状不见好转，血压始终不降。认真分析其病症，认为面红目赤、口干苦，阳亢是假；畏寒、下肢浮肿、夜尿清频、口不渴，阴寒是真。试用真武汤加肉桂、泽泻、车前子。6剂后面色由红赤变为苍黄，目睛不红，血压下降。自觉服药后舒适，连服30剂余，症状消失，血压降至150/90mmHg左右。

〔典型病例〕

2. 战某，男，52岁，教授。高血压病史7~8年。头晕目胀，耳鸣，口干，目涩，五更泻，舌淡红、苔白厚，脉弦。血压：160/110mmHg。当时认为，高血压病重在肝肾。先用滋阴潜阳以降压，后以温肾健脾以止泻。服用建瓴汤12剂，血压不但不降，反而较前有所增高。舍上治下，改用真武汤合四神丸，治疗1周，大便成形，五更泻愈。血压降至130/90mmHg。有意降压而不降，无意降压而自降，说明本病的关键不在阳亢而为阴盛。

(3) 无痛无晕，阳亢难辨

高血压病不一定都有头痛头晕。属于阴阳两虚或阳亢

日久的患者，血压往往较高，而临床症状常不明显，或仅有耳鸣、健忘、记忆力减退。这类病人，大多始于“阴虚阳亢”。病变日久，机体本身“阳化气，阴成形”，“阳生阴长”，由偏而盛，自身调整达到相对“阴平阳秘”，因而血压虽高，临床症状并不明显。对这类病的防治，张景岳有很好的经验，他说：“阴根于阳，阳根于阴，凡病有不可正治者，当从阳以引阴，从阴以引阳，各求其属而衰之”，其治疗，应首先考虑左归丸。

（4）虽见阳亢，血压不高

血压不高，可见阴虚阳亢的病证。人体在正常的情况下，阴阳消长是保持相对平衡的，如果“阴平阳秘”的生理关系被破坏，就会产生阴阳偏盛偏衰的病理现象。倘若病变属于阴阳两虚而偏阴虚者，其临床症状往往比较明显，而血压升高的现象常不显著。

〔典型病例〕

宋某，男，64岁，干部。基础血压一般在130/75mmHg。心肌梗死后，血压一直维持在110/65mmHg。临床表现为经常口干，乏力，心慌，气短，失眠多梦，腰膝酸软，大便干，小便黄，时有头胀，舌红、苔薄白，脉沉细数。诊断为气阴两虚。用人参、五味子、炙甘草等补气，血压升至130/80mmHg，病人即有明显的头胀、头晕、头痛、恶心等肝阳上亢的症状。用生地、首乌、麦冬滋阴，即出现腹痛、便溏等阳虚阴寒的征象。最后归结于阴阳两虚偏于阴虚，用左归饮加减而收功。患者虽临床表现为阴虚阳亢，但是其血压并不高。

总之，高血压病的发生发展，主要与脏腑阴阳失调，制约关系失常有关，决不能把高血压病和肝阳上亢等同起来。如果在高血压病的辨证中只重视阴虚阳亢的发生，而

忽略阳虚阴盛的变化；或只知肝阳上亢是高血压病的根本，不晓水亏火旺是高血压的原因，把滋阴潜阳、凉肝息风作为治疗高血压的惟一方法，其施治往往会得出中医治疗高血压病效果不好或中药只能改善症状，不能降低血压的结论。这种观点，主要是由于脱离了阴阳辨证的基本规律，单纯把肝阳上亢作为高血压病的病机造成的。^[1]

4. 柴浩然诊治经验

柴氏在临床实践中，对高血压病主张辨证以虚实为纲，分析不同的病因病机，确立相应的治疗大法。一般来说，偏于实证者，多由素体阳盛，肝气偏激，或七情所伤，忧郁恼怒过度，使脏腑功能失调，气血逆乱，以致肝失疏泄，阳热亢盛，或化火、生风，或伤阴、耗血，或酿痰、致瘀，形成以肝火炽盛、肝阳上亢为主要证型，兼夹风、火、痰、瘀等以实为主的病因病机；偏于虚证者，多因年高体衰，肾虚精亏，虚阳失潜，或阴虚及阳，以致阴阳失衡，水火不济，形成以阴虚阳亢、阴阳两虚为主要证型，兼夹痰浊上逆、阳虚水泛等以虚为主的病因病机。基于上述认识，柴氏认为：以虚实辨证为纲，实责之于肝，虚责之于肾，有利于确定不同的治疗大法，兼顾各种错综复杂的病情需要。至于病程日久，实证转虚，或病情变化，虚中夹实，仍可根据虚实之纲，权衡二者的主次、轻重、缓急，兼顾治疗。

(1) 基本治法

柴氏辨治本病，以虚实为纲，确立以下 4 种基本治法。

①清肝泻热法

适用于肝火炽盛，攻冲头目之高血压病者。症见头痛且胀，口苦咽干，胸中烦热，急躁易怒，夜寐不安，大便

干结，小便短黄，舌红苔黄，脉弦滑而数。柴氏自拟处方如下：龙胆草 6~9g，杭白菊 9~15g，钩藤 12~18g，竹茹 15~24g，地龙 9~12g，生地 15~24g，决明子 15~30g，栀子 9~12g，黄芩 6~9g，玄参 9~15g，甘草 6g。大便秘结甚者，加大黄 6~9g。

②平肝息风法

适用于肝阳上亢，气血上逆，甚或肝风内动之高血压病者。症见头晕头痛，心烦耳鸣，面红目赤，失眠健忘，恶梦纷纭。甚或眩晕欲仆，头痛如掣，双手颤抖，语言不利，步履不稳，舌红苔白，脉弦数或弦长有力。柴氏自拟处方如下：珍珠母 24~30g，生石决明 24~30g，生白芍 15~18g，夏枯草 15~18g，天麻 6~9g，钩藤 12~18g，磁石 15~30g，生牡蛎 15~24g，生龟甲 15~24g，甘草 6g。

③滋阴潜阳法

适用于肾阴不足，虚阳失潜之高血压病者。症见头晕目眩，咽干耳鸣，两目干涩，视物昏花，失眠寐浅，烦躁易怒，腰膝酸软，肢麻震颤，舌红或绛、少苔或无苔，脉弦细或细数。柴氏自拟处方如下：制首乌 18~24g，女贞子 9~15g，生地 9~15g，杭白菊 9~15g，旱莲草 9~12g，桑寄生 9~15g，怀牛膝 9~15g，珍珠母 15~30g，制龟甲 9~15g，枸杞子 9~15g，炙甘草 6g。

④补阴和阳法

适用于肝肾不足，阴阳两虚之高血压病者。症见头晕耳鸣，心悸失眠，健忘目干，腰腿酸软，下肢不温，夜尿增多，舌淡红、苔薄白，脉沉细弱。柴氏自拟处方如下：熟地 15~24g，山萸肉 6~9g，仙灵脾 9~15g，杜仲 9~12g，桑寄生 9~12g，巴戟天 9~12g，怀牛膝 12~15g，制龟甲 12~15g，珍珠母 15~30g，炙甘草 6g。

在上述4种基本治法用药的基础上，柴氏临证中常常根据病人年龄性别的不同，体质禀赋的差异，兼夹病证的多寡，知常达变，灵活加减，以应对错综复杂的病情需要。肝火炽盛或肝阳上亢之高血压病，均与七情所伤密切相关，又随情志波动加重。在阳热亢盛，气血逆乱之中，每寓肝失疏泄条达之病机；加之清肝泻热药苦寒降泄，平肝息风药质地重坠，困束肝之疏泄条达之性。对此，柴氏十分注意照顾肝主疏泄的生理特点，酌情加入白蒺藜、佛手、生麦芽、川楝子、绿萼梅、玫瑰花等舒肝解郁之品，既顺随肝木之性，又可消除胸胁胀闷，时欲太息等兼症。高血压证属肝火炽盛、肝阳上亢者，灼伤阴血，内扰心神，或肾阴不足，心神失养，每兼心悸、失眠、寐浅、多梦等神志不安之症。而神不守舍，虚阳浮动，又不利于肝火的清泄或肝阳的平潜，使高血压病加重。所以，柴氏根据心神不安的轻重不同，酌情选用琥珀、建莲子、夜交藤、柏子仁、合欢皮等养心安神之品。高血压病程日久，络脉瘀阻，伴有肢体麻木，甚或活动失灵等症，柴氏多根据其轻重程度不同，一是善用藤类药物，如养血通络的鸡血藤，清热通络的忍冬藤，祛风通络的青风藤、海风藤、络石藤等，此类药品通络化瘀，且性质平和，宜于长期配用。二是选用秦艽、豨薟草、嫩桑枝等辛寒或甘寒的祛风湿、通筋脉之品，可避免温燥之弊端。三是择用乌梢蛇、桃仁、红花等活血通经之品，以畅血行，但此类药多为暂用，长期服用不宜。肝火炽盛或肝阳上亢，往往灼津成痰，形成痰火交炽或风痰上扰等兼夹病证，出现恶心呕吐，时唾痰涎，脘腹痞满，舌苔黄腻等症。柴氏在清肝泻热或平肝息风的同时，酌情配入川贝、胆星等清热化痰之品，或合以小陷胸汤（黄连、半夏、瓜蒌）清热化痰、宽胸散结。另外，对于痰湿内生，

上蒙清窍为主而夹肝阳上亢之证，柴氏则用温胆汤加天麻、珍珠母，亦常收显效。

高血压不论何种证型，若兼有胸闷、胸痛，气短，心悸，舌质紫黯，脉弦涩等心脉瘀阻之证，则可酌加丹参、郁金、桃仁、红花、赤芍、枳壳等行气活血、祛瘀通脉之品。此外，对于其他兼症，如面肌痉挛，口角抽动者，酌配僵蚕、全蝎；下肢浮肿，小便不利者，配伍丝瓜络、路路通、泽泻、茯苓、益母草；胃纳呆滞、饮食减少者，酌加炒鸡内金等。

(2) 高血压“反跳”治法

高血压“反跳”，是指高血压病在用中医清肝泻火、平肝息风、滋阴潜阳等方药，或使用西药降压之品治疗中，初用效果明显，渐用微效或无效，甚至出现血压增高，波动较大，持续不降的临床现象。柴氏从辨证论治着眼不拘泥于常法常方，针对高血压“反跳”的不同病因病机。总结出7种治疗方法：

①疏肝理气，顺肝木之性

本法适用于肝郁气滞，化火上冲所致的高血压病或其“反跳”者，症见头痛头胀、胸胁满闷，时欲太息，烦躁易怒，失眠寐浅，乳房胀痛，舌红、苔薄黄，脉弦而数。此证虽有肝火上冲，初用清肝泻火法即效，但因肝火乃肝失疏泄，气郁化火所致，屡用清肝泻火之法，其苦寒清降，有碍肝的疏泄条达之性，使肝气愈郁愈逆，血压波动较大，不时出现“反跳”。这种情况尤其是在情志不遂，忧思恼怒，或正值经前期、更年期、精神过度紧张时，更为明显。对此，柴氏主张以疏肝理气为主，顺肝木之性治之，常用逍遥散或四逆散加天麻、钩藤、菊花、夏枯草等。

[典型病例]

原某，女，50岁，市民，1993年3月9日初诊。6月前头痛，头晕，烦躁，失眠，烘热，出汗，胸闷胁胀，时欲太息，血压160/120mmHg，诊为高血压、更年期综合征。初用更年期康、谷维素、心痛定，血压降至110/70mmHg，停药后血压升高，复用上药时则须加大剂量方能维持。后改用龙胆泻肝汤加减方，初用血压下降，10余剂后上症未除，又增胃脘不适，食后顶胀，大便溏薄，血压忽高忽低，波动在110~160/70~120mmHg。舌黯红、苔薄白，脉弦细略数。辨证为肝郁化火、苦寒伤脾。治宜疏肝解郁、健脾泄热。方用逍遥散加味：当归9g，炒白芍9g，柴胡6g，炒白术9g，茯苓9g，白蒺藜9g，钩藤12g，夏枯草12g，菊花9g，荷叶9g，炙甘草6g。3剂后上症明显减轻，停服心痛定等，血压120/80mmHg。继用上方稍事化裁10余剂，血压稳定在110~120/70~80mmHg，2月后随访未复发。

②行气活血，调理气血郁滞

本法适用于气血郁滞，肝阳偏亢所致高血压病，或中风瘀血阻络，肝阳上亢，血压波动不稳定者。症见头晕头痛，胸胁刺痛，肢体麻木，或半身不遂，唇色紫黯，舌有瘀斑瘀点，脉弦涩或弦细涩。此证由于气血郁滞以至气血逆乱，上冲于脑，而使肝阳上亢加重。若单纯平肝潜阳，气血逆乱得不到恢复，往往出现血压波动较大，甚或反跳。对此，柴氏强调以行气活血为主，调理气血郁滞常用血府逐瘀汤加天麻、钩藤、珍珠母等平肝潜阳之品，使血压恢复正常。

[典型病例]

崔某，女，39岁，教师，1992年5月20日初诊。患

者有家族性高血压病史，1988 年发现高血压，血压波动在 160~170/110~120mmHg，长期服用复方降压片，血压维持在正常范围。近 1 年来虽未中断降压药，但血压不稳定。症见头晕头痛，部位固定，伴胸闷刺痛，上肢时作麻木，舌质淡青、苔白润，脉弦细涩，血压 140/100mmHg。辨证为气血郁滞、肝阳偏亢。治宜行气活血、平肝潜阳。方用血府逐瘀汤加味：生地 15g，当归 15g，赤芍 9g，川芎 9g，桃仁 9g，红花 9g，怀牛膝 15g，柴胡 9g，炒枳壳 9g，桔梗 9g，天麻 9g，钩藤 16g，丹参 15g，甘草 6g。上方服用 8 剂，血压稳定在 120/90mmHg，后用上方酌加珍珠母 30g，竹茹 15g 等，前后服用 20 剂，血压恢复正常。

③降胃安冲，有利肝阳下潜

本法适用于胃气不降、冲气上逆所致高血压病者，症见头痛眩晕，胸闷不舒，噯气频作，食后胃脘痞满顶胀，甚或时觉有气从小腹或胃脘上冲胸咽或头部，而症状加剧，血压波动者。因胃气以下行为顺，冲气以敛藏为常。肝阳上亢，易引动胃气、冲气上逆。胃气、冲气上逆，又能助长肝阳上亢，故长期服用平肝潜阳之剂，未顾及胃气不降与冲气上逆，往往出现高血压“反跳”现象。对此，柴氏认为以降胃安冲为主，则有利于肝阳的下潜，常用《金匱》奔豚汤加生代赭石、生龙骨、生牡蛎等平肝潜阳之品，使血压恢复正常。

〔典型病例〕

韩某，女，49 岁，干部，1992 年 4 月 28 日初诊。患高血压病 2 年，血压 150~160/95~100mmHg，经常头晕，寒热时作，胸闷脘痞，因服降压药不适，改用中药平肝潜阳之剂，血压恢复正常，停药后多次反复，用前方效果不佳。2 月前又觉有热气从两大腿内侧沿腹部上冲胃脘，发

作时头晕加重，胸闷、气短，有窒息恐惧感。发作后胃脘痞塞，时时暖气，舌质红，脉沉弦。辨证为冲气上逆、肝阳偏亢、胃失和降。治宜降胃安冲、平肝潜阳。方用奔豚汤加味：清半夏 12g，黄芩 6g，炒白芍 12g，当归 9g，川芎 6g，粉葛根 15g，桑白皮 15g，生代赭石 30g，生龙骨 15g，生牡蛎 4g，旋覆花 9g（包煎），甘草 6g，6 剂后冲气上逆来作，血压 140/90mmHg。继用上方加減 10 剂，血压正常，未再出现波动。

④温肝散寒，以利浊阴下降

本法适用于肝胃虚寒，浊阴上逆所致高血压病患者，症见巅顶头痛，眩晕时作，干呕或多吐涎沫，或口中粘滞多唾，胸膈满闷，胃脘痞塞，吞酸嘈杂，舌淡苔白滑，脉沉弦滑。本证原因一是长期服用平肝潜阳、清热镇逆等重坠寒凉之剂，损伤脾胃，内生寒湿痰浊，随肝气上逆；二是素体阳弱，肝气不畅，中焦升降失司，痰浊内生，随厥阴肝经上逆；三是久病不愈，年高阳衰，从阴化寒，以致阴寒痰浊之邪上逆，阻塞清窍。对此，柴氏治从温肝散寒，使浊阴之邪下降，常用《伤寒论》吴茱萸汤或合以半夏天麻白术汤治疗。

【典型病例】

王某，男，46 岁，干部，1991 年 7 月 4 日初诊。头痛眩晕，恶心干呕 1 年余，时轻时重，血压 180/120mmHg，住院治疗 10 天，血压降至 120/80mmHg。服心痛定等降压药不能耐受，停药后血压较前更高。诊时症见巅顶头痛为甚，干呕，吐涎沫，头晕欲睡，胸闷气短，口干但欲热饮，每用凉饮则上症明显加重。辨证为肝胃虚寒、浊阴上逆。方用吴茱萸汤：吴茱萸 9g，党参 15g，鲜生姜 15g，大枣 8 枚。3 剂后头痛、眩晕明显减轻，余症亦有好转。继用上

方合半夏白术天麻汤 20 剂，血压稳定于 120/80mmHg，未有复发或反跳。

⑤温化痰饮，斡旋中焦气机

本法适用于脾胃阳虚、痰饮中阻、气机升降失常所致高血压病患者，症见头晕嗜睡，头重如裹，心悸短气，胸胁胀满，倦怠乏力，舌淡体胖，苔浊腻或滑润，脉沉弦滑。中焦为气机升降枢纽，脾胃阳虚，痰饮内停，阻滞中焦，使升降失常，清浊相混，而上干清窍，则可出现上述诸症。若临床忽视辨证论治，一味平肝降肝，不仅血压难降，还会加重临床症状。对此，柴氏辨证求因，治从温化痰饮、斡旋中焦气机，常用《金匱》苓桂术甘汤合泽泻汤加味治疗。

[典型病例]

张某，男，39 岁，干部，1993 年 8 月 27 日初诊。发现高血压病 1 年，血压 150/100mmHg，初服小量降压药即能降至正常，后用则需逐渐加量。症见头晕时作，头重嗜睡，心悸易惊，短气乏力，舌质淡、体胖、苔白润，脉弦滑。辨证为脾胃阳虚，痰饮内阻，上蒙清窍。方用苓桂术甘汤合泽泻汤加味：茯苓 30g，桂枝 6g，白术 24g，泽泻 12g，天麻 6g，珍珠母 30g，丹参 15g，炙甘草 6g。8 剂后上症基本消失，停服降压药，血压 150/95mmHg。继用上方稍事化裁 15 剂，血压降至 140/90mmHg，停服中药 3 月后随访，血压正常。

⑥温阳利水，以助膀胱气化

本法适用于肾阳不足，膀胱气化不行，水气上凌或浊邪上逆所致高血压病患者，症见头晕头痛，畏寒肢冷，小便不利或夜尿较多，下肢或全身浮肿，舌淡白、苔白润或水滑，脉沉弱或沉弦迟。属于肾阳不足、水气上凌之证，

此型临床虽较少见，但如未能切中病证，不仅徒劳无功，还往往加重病情。对此，柴氏大胆使用温阳利水之法，以助膀胱气化，常用《伤寒论》真武汤加味。

〔典型病例〕

郑某，男，59岁，工人，1993年3月22日初诊。患高血压病10年，血压持续在170/100~190/100~130mmHg之间。屡用复方降压片、降压灵、心痛定、尼群地平等药，始终未能降至正常，还经常出现“反跳”现象。近2年来，头晕较甚，巅顶闷疼，精神萎靡，全身畏寒，手足不温，饮食减少，下肢浮肿，小便量少，夜尿较频，舌质淡白、苔滑，脉沉迟。辨证为肾阳不足、浊阴上逆。方用真武汤加味：熟附子9g，茯苓30g，炒白术30g，白芍9g，吴茱萸6g，天麻6g，鲜生姜15g。服上方3剂后，头晕、头疼减轻，食欲增加，小便量多，浮肿亦轻，精神明显好转。二诊用上方去吴茱萸，加泽泻9g，6剂后上症基本消失，再用上方稍事化裁10余剂停药，血压稳定在150/95mmHg，亦未服降压药。3月后随访，血压未再升高。

⑦解表散寒，疏通太阳经输

本法适用于高血压病兼夹风寒外感，营卫失和，太阳经输不利而致高血压病者。除高血压常见证外，又见恶寒发热，肢体酸楚疼痛，后头部胀痛较甚，且有紧束感，或颈项僵直疼痛等。高血压患者兼夹外感，临床较为多见，若属风热外感，疏散风热之桑叶、菊花、蝉衣、僵蚕之类，每兼有清热平肝之功，可与高血压辨证用药相得益彰。若属外感风寒，皮毛闭塞，太阳经输不利，往往会使血压增高。对此，柴氏认为，只要有风寒表证，即可使用解表散寒之法，表实宜用《伤寒论》葛根汤，表虚则用桂枝加葛根汤。

[典型病例]

展某,男,49岁,农民,1991年10月13日初诊。患者素有高血压病史,血压持续在160/170/95~100mmHg之间。间断服用复方降压片、降压灵等药,血压降至正常后停药。7天前因夜间受冻,后即恶寒发热,后头部胀痛较甚,颈部僵直疼痛似落枕状,全身拘急疼痛,血压上升至180/105mmHg,服用速效感冒胶囊,注射安痛定,发热虽轻,但余症未减;又用复方降压片,血压不降。辨证为风寒束表,皮毛闭塞,太阳经腧不利。方用葛根汤加味:粉葛根18g,麻黄9g,桂枝6g,白芍6g,甘草6g,天麻6g,鲜生姜9g,大枣8枚,1剂水煎服。服药后汗出热退,恶寒已解,头痛、身痛、颈部僵痛减轻,血压降至140/90mmHg。二诊方用桂枝加葛根汤2剂,外感痊愈,血压正常。^[3,4]

5. 张云鹏诊治经验

张氏认为本病与七情郁结、肾气不足、嗜食肥厚、内伤虚损等4个因素有关,在病机、病程转归的认识上,赞成阴虚→阳亢→阴虚阳亢→阴阳两虚的观点,并认为本病发生与肝心肾脾功能失常有关,尤与肝肾关系密切。其病变在肝,发源在肾,阴虚为本,阳亢为标,阴虚与阳亢往往先后同时出现,或偏于阴虚,或偏于阳亢。阴虚主要是肾阴虚,阳亢主要是肝阳亢。本病虽以阴虚为主,但也有夹火、夹风、夹痰等,形成本虚标实之证。临证中大多数高血压病的演变过程中,表现为阳常有余、阴常不足的征象。因此,治疗以滋阴平肝降火为主,但平肝降火之药,不宜长期服用,以免苦寒伤胃。

[典型病例]

赵某,女,49岁。患者有高血压病史10年,经常头

晕头痛，近2周来，头晕头痛发作，时有胸闷胸痛，胃脘不舒，腹胀纳少，血压188/120mmHg，曾服用复方降压片、复方芦丁等，但血压未降。刻下症如上述，兼见面色微红，口唇轻度紫绀，二便尚调，舌红、苔薄白，脉细弦，血压192/120mmHg。西医诊断：①高血压病；②冠心病。中医辨证属阴虚阳亢、脾胃失和、心脉瘀阻，治以养阴平肝、调和脾胃、理气活血。处方：黑芝麻、制何首乌、茯苓、丹参、钩藤（后下）各30g，葛根60g，地龙10g，蒺藜15g，陈皮、砂仁（后下）各6g，降香3g，每日1剂水煎服。服药7剂后，胃部较舒，腹胀减轻，头痛除，尚有头晕胸闷，血压150/98mmHg，上方去降香，续服21剂，复查血压139/98mmHg，诸症消失，病情基本稳定。

张氏认为，本例患者血压持续不降，乃因其肾气虚而延及于肝，肝为刚脏，赖肾水以滋养，肾阴不足则肝失所养而肝阳上亢。故病变在肝，发源在肾，阴虚为本，阳亢为标。治疗应从养阴平肝着手。方中黑芝麻、制首乌滋肾养肝；钩藤清热平肝息风；葛根舒头项之痛；地龙祛风通络；蒺藜疏肝理郁、祛风明目；陈皮、砂仁、茯苓调和脾胃；降香、丹参理气活血。全方共奏养阴平肝、调和脾胃、理气活血之功，其中养阴平肝之药味少而量重，若养阴过多，则有碍胃之嫌。凡高血压者，黑芝麻、钩藤、葛根为张氏必用之品，坚持服药2周以上，多可获疗效。^[5]

6. 印会河诊治经验

(1) 从肝论治，肝火肝阳虚分辨

印氏治病重视“抓主症”。病期较短，凡见肝火偏旺，头痛耳鸣，体格壮实，性格刚躁，血压以收缩压升高为主

者，治以清肝泻火法，龙胆泻肝汤加味；凡见肝阳偏亢，头晕耳鸣为主者，治以平肝潜阳，天麻钩藤饮加味。无论肝阳肝火，配以青箱子、夏枯草苦寒泻热，清肝火，多可增加降压效果。

〔典型病例〕

王某，男，56岁，1988年9月2日诊。头痛头胀，眩晕耳鸣，心烦胸闷半年。每服复方降压片而好转，停药后血压即上升。诊时血压200/120mmHg，面赤心烦，大便秘结，舌淡、苔黄腻，脉弦数。此乃肝火上炎，血瘀于上，治以清肝泻火法，龙胆泻肝汤加味：龙胆草、生山栀子、黄芩、车前子（包）、木通、苦丁茶、柴胡各10g，夏枯草、青箱子各15g，大黄6g，泽泻30g，白术12g，珍珠母60g，水煎服7剂。9月10日复诊，血压140/90mmHg，惟头痛不减，食欲不振，加白蒺藜、川芎各15g，钩藤30g，减龙胆草为2g，大黄为1g，再进10剂，诸症消失，3个月后随访，血压正常。

（2）温脾化痰，通阳去湿以利水

印氏说，痰湿中阻，水饮内停，多由脾阳不运，水湿不化所致。水停中焦，阳气不能蒸散而血压升高；痰饮上逆，清空被扰而眩晕频作；水气凌心而心悸胸闷。抓住主症采用温阳利水法，才能降血压。若大便偏干，改橘红为青皮，加草决明子而润肺降压；如痰热甚者，加竹茹、南星逐痰降压。

〔典型病例〕

李某，女，52岁，1991年5月18日诊。主诉：血压高，头目沉胀，眩晕气短，心悸耳鸣，血压190/110mmHg，舌淡、苔白微腻，脉濡而滑。此为痰湿中阻、水饮内停，以苓桂术甘汤加味：茯苓、泽泻、钩藤各30g，桂枝、白术、

甘草、车前子（包煎）、半夏、天麻、橘红各 10g，夏枯草 15g，制附子 6g，水煎服，10 剂。6 月 2 日复诊：血压 150/90mmHg，苔根黄腻，大便偏干，去附子，加竹茹 12g，南星 6g，炒草决明子 30g，又 10 剂以巩固疗效。

（3）重在补肾，清上实下必分明

肝肾阴虚，内热由生，或值更年期，内分泌失调，而使水不涵木，肝阳偏亢，血压升高。此证型多见舒张压升高为明显。治疗应清上实下。若手足麻木甚者，加木瓜、青黛活络解痉。

〔典型病例〕

张某，女，48 岁，1988 年 9 月 2 日诊。头晕耳鸣，两目干涩，视物昏花，血压 180/100mmHg，多梦盗汗，心悸乏力，口干不欲饮，腰酸腿困，舌红少苔，脉细数。月经周期紊乱，两月一至或经期延长而量多，心烦易怒。曾服降压片，血压下降，但症状不减轻。一旦停药，血压又回升。此属肾阴不足、虚火上升，治以滋水清肝法，杞菊地黄汤合二仙汤加味：枸杞子、菊花、熟地、川断各 15g，山药、山茱萸、粉丹皮、白茯苓、生杜仲各 10g，仙灵脾、仙茅、夏枯草、怀牛膝各 12g，泽泻 30g，水煎服，10 剂。9 月 12 日复诊：药后诸症得减，腰困肢麻已除，血压下降至 150/90mmHg，心悸失眠依然，循上方加减：黄柏、生地、青箱子、夏枯草、枸杞子各 15g，知母、山药、仙灵脾、仙茅各 12g，山茱萸、粉丹皮各 10g，白茯苓、泽泻、草决明子各 30g，生龙骨、生牡蛎各 24g，续服 10 剂而愈，半年后随访，血压一直稳定在 120/80mmHg，诸症消失。^[6]

7. 徐迪华诊治经验

徐氏认为，在中医古代文献中，并无高血压病名的记

载，但本病的一些主要症状则早有记载，如《素问·至真要大论》之“诸风掉眩，皆属于肝”，《灵枢·海论》中的“髓海不足，则脑转耳鸣”等等。本病可归属于中医“眩晕”、“头痛”、“中风”等病的范畴。徐氏在综合历代医家认识的基础上，通过临床观察，认为本病初、中期的病机关键是肝肾阴亏、肝阳上亢，属上盛下虚。阳亢上扰及清窍，则面红升火、头晕头痛。阴虚于下不能上荣，则腰膝酸软，眼花耳鸣。病久阴损及阳，此时的主要矛盾是阳虚，心肾最为突出，临床可见面色苍白、心悸气促、形寒肢冷等症。这一病机与西医病理改变紧密联系，其客观的病理基础与全身细小动脉硬化、管腔狭窄所致的脏器供血不足有关。高血压病久则病机较为复杂，除心肾阳虚外，每多兼夹。有阴虚火旺，炼液成痰；肝阳亢盛，化生内风；有阳虚无力运血，致血行瘀滞；有风、痰、瘀合而为患，痹阻脉络；有肾阳衰微，膀胱气化失司，下焦决渎不利，致水液停聚，上凌心肺，泛溢肌肤。基于以上认识，徐氏提出根据其疾病不同时期而采用相应治法。初中期者，主以滋阴潜阳；久病者，主以温补心肾。后者若有精血虚亏，而无其他兼夹，则佐以益精补血；若兼夹风、痰、瘀，则佐以息风化痰、逐瘀通络；若兼夹水气凌心，则佐以利水之法。对温法治高血压，医界颇有争议，认为温热之品于降压不利。徐氏认为对高血压的病机演变应加以动态观察，不能拘泥阴虚阳亢，要整体看待阴阳二者的关系。阴阳互根，阴损日久必然殃及阳气。临床上，高血压久病患者，阳虚之证非常明显，用温药治疗后，在降压及稳定血压方面取得了很好的疗效，也反证了本病久病阳虚为主要病机的观点是正确的。若以心肾阳虚为主，心阳无力鼓舞血液通行十二经脉，命火不能温煦五脏六腑之时，妄投滋阴潜

阳之剂，恐有雪上加霜之虞，使西医所谓之“高阻低排”状况难以得到改善。至于方药运用，徐氏既吸收古代医家的用药经验，又参照近代药理研究成果，组方选药重视君臣佐使的配伍，倡导重用君药，方精药简。常以参、附、芪、桂温壮心阳；以苁蓉、巴戟天、仙灵脾等补精血；以生石决明、天麻、钩藤、全蝎等息风；以僵蚕、胆星、半夏、竹茹、蒺苪等化痰；以丹参、当归、川芎、地龙、牛膝、生蒲黄、姜黄、鸡血藤等通脉通瘀。

〔典型病例〕

赵某，男，66岁，1993年11月30日初诊。患高血压病约25年，常有头胀头痛，服降压药，血压仍难恢复正常。近2年来，精神萎靡，形寒喜暖，四肢发麻，下肢有冰凉感，静息时疼痛，月余以来间歇性跛行。刻诊面色萎白，舌黯胖、苔白腻滑，脉弦涩迟。右下肢皮肤发冷，足背动脉搏动明显减弱。X光片示左心室扩大，血压162/109mmHg。证属心肾阳虚、风痰瘀阻脉络。拟温壮心肾、化痰通络。药用：黄芪50g，附片9g，桂枝8g，天麻15g，胆星10g，干地龙15g，丹参20g，川牛膝30g，当归15g，姜黄10g，生蒲黄（包）15g，首服10剂。药后精神转佳，下肢麻木冷痛见轻，间歇性跛行缓解。查舌紫黯见退，脉涩迟见转，血压降为143/94mmHg，原方加鸡血藤20g，再服10剂。三诊时患者面色转红，舌紫气尽退，精神又有好转，下肢麻木冷痛减半。乃稍减黄芪、当归用量，加虎杖10g。该患者先后共诊20次，追踪观察2年，间歇性跛行一直未发，血压稳定，病情缓解。^[7]

8. 卢永兵诊治经验

卢氏认为老年高血压病属祖国医学“头痛”、“眩晕”

的范畴，与心、肝、肾、脾多脏器关系密切，也与血管弹性、血粘度、血脂、胆固醇等有密切关系。本病是虚实夹杂、虚多实少、上实下虚之病，始病常以实为主，病久以虚为主。虚以肝肾阴虚、心脾气虚多见，实以风、火、痰、瘀为主，最终导致了阴阳气血失衡。在治疗上，卢氏强调要注意老年人的生理、病理特点和本病的兼证，辨别标本虚实，分先后缓急治之，以调和阴阳、活血通脉贯通始终。

(1) 清热泻肝法

用于肝之实火证，多见于急进型高血压。常见症状有发热，头痛剧烈，面部红赤，烦热失眠，便结尿赤，口苦口干，舌红、苔黄腻，脉弦滑数。用龙胆泻肝汤去当归，酌加羚羊角、大黄、石膏治之，直折肝经火势。

(2) 平肝潜阳法

用于肝肾阴亏，风阳上扰，风火升发之证。常见症状有头眩晕且胀，烦躁易怒，睡眠不宁，震颤，耳鸣，口干口苦，舌红少苔，脉弦略数，用天麻钩藤饮酌加生地、羚羊角、葛根、白芍，以平肝息风，钩藤可用至30~40g。

(3) 燥湿化痰法

用于痰浊壅阻，升降失调，清阳不升，浊阴不降，蒙闭清窍引起之头晕。头重如裹，多痰，胸脘满闷，恶心欲呕，少食多寐，便溏，舌胖苔厚腻，脉滑。用半夏白术天麻汤酌加葛根、泽泻以升清降浊。

(4) 滋肾柔肝法

用于肝肾阴亏，虚火上越之头晕目眩，脑海空虚，耳鸣耳聋，腰膝酸软，失眠多梦，阳强遗精，口干咽燥，舌少苔或剥苔，脉细略数。用六味地黄汤合一贯煎加白芍、天冬、牡蛎治之，行“壮水之主，以制阳光”法。

(5) 滋肾养心法

用于心肾阳虚、心血不足之头晕，心悸，失眠，多梦，健忘，口干，耳鸣之症，可用天王补心丹酌加女贞子、五味子之类以养阴清热安神。

(6) 益气活血法

用于气虚血瘀阻络之头晕、头胀，有时刺痛，头痛固定，反复发作，失眠健忘，舌有瘀斑、瘀点、舌下静脉曲张，脉涩。用补阳还五汤酌加田七、益母草、水蛭治之，以益气、活血、通络、止痛。

(7) 育阴助阳法

用于阴阳两虚、冲任失调，头昏眼花，腰酸畏寒，手足不温，阳痿、滑精，耳鸣，舌嫩脉沉。用二仙汤（仙茅、仙灵脾、当归、巴戟天、黄柏、知母）酌加熟地、山茱萸治之，以育阴助阳、调和冲任。

(8) 温肾健脾法

用于脾肾阳虚，头晕冷痛、遇寒则剧，腰膝酸软，大便溏泻，小便清长，纳少口淡，舌淡有齿印，脉沉细。用《太平圣惠方》黄芪散酌加山萸肉、仙灵脾、补骨脂治之，以温肾健脾。

卢氏认为，老年性高血压病证型多，兼证多变，治法不一，不能墨守成规，临证贵在仔细辨证，灵活施治。老年发病多虚多瘀，这是一个病理特点。临床要辨明何脏虚为主，确定主补方向，扶正才能显效。临床观察，老年高血压病患者常有血瘀证，正如《内经》所说：“病久入深，营卫之行塞，经络时疏，故不通”，治疗上要结合活血通脉，疏通气血。血瘀常与气滞和气虚并存，要适当配伍行滞药和补气药，气旺则血活，血活则瘀化，“气血充则万病不生”。临证也可用些单方、简方，如证属风火上扰，或清阳不升，浊阴不降者，用葛根 30~50g 也常获效。临床药

理证实葛根能明显改善脑循环和侧支循环，有抗高血压的作用。老年高血压是慢性病、多发病，获效以后，效不更方，可减量以巩固疗效，以防复发。^[8]

9. 陈克忠诊治经验

陈氏认为，从老年高血压病的临床表现来看，多以肾虚为主。原因有二：一是肾主藏精，肾气的盛衰决定着人体的生、长、壮、老、已，老人衰老多表现为以肾虚为主的多脏器虚损。二是高血压病在肝郁日久，郁而化火，损耗肾之阴精，肾之虚损逐渐转化为矛盾的主要方面。肾气亏虚，精髓不足，脑海失养，则见头晕耳鸣诸证。陈修园云：“究之肾为肝母，肾主藏精，精虚则脑海空虚而头重，故《内经》以肾虚及髓海不足立论也。其言虚者，言其病根，其言实者，言其病象，理本一贯。”肾为五脏之本，阴阳之根，生化之机，在于肾气之盛衰，故肾气虚常累及它脏。肝木全赖肾水以涵之，肾水不足，水不涵木，肝阳亢于上，或旋转为晕，或搏击为痛。肾阴不足、不能上济心火，则出现心肾不交之心烦不眠。脾阳根于肾阳，肾阳不足，则健运失职，痰浊内生，上扰清窍，则见头晕、头昏等证。故朱震亨主张“无痰则不作眩”，治晕应以“治痰为主”。另外，肾阳不足亦可使心阳失温，心阳虚损，鼓血无力，则产生瘀血，可致头痛胸痛等证。老年高血压病，临床多肾气已虚，肝郁、肝火少见，多出现肝阳、肝风、痰浊或伴瘀血。陈氏提出高血压病的治疗三法：

(1) 育阴潜阳法

适用于肝肾阴虚、肝阳上亢的患者。症见头晕目眩，头痛且胀，每因烦劳或恼怒而加剧，面时潮红，急躁易怒，心烦失眠，腰酸乏力，耳鸣目涩，手足心热，舌红苔黄或

少苔，脉弦细数。治当育阴潜阳、清上实下。建瓴汤合天麻钩藤饮加减：生地、白芍各 20g，莲须 12g，怀牛膝 20g，桑寄生、杭菊花各 15g，生龙骨、生牡蛎、生石决明（先煎）、钩藤（后人）、夜交藤各 30g，莲子心 6g。方中生地、白芍、莲须、桑寄生滋阴培本、益肾填精；牛膝补肝肾、引血下行；生龙骨、生石决明、钩藤、菊花平肝潜阳以清上；夜交藤、莲子心清心安神。若有阳动化风之势，症见眩晕急剧、手足麻木或震颤者，加珍珠母、地龙、羚羊粉 2g（吞服）；肝肾阴虚偏重者，加女贞子、枸杞子；胸闷胸痛或头痛如刺者，加丹参、川芎、赤芍；大便干者，加郁李仁或大黄。

[典型案例]

田某，男，64 岁，退休干部，1992 年 3 月 13 日初诊。患者头晕乏力 15 天，头重足轻，走路不稳，且易烦躁，眠差多梦，双目干涩，手足心热，舌黯红、苔薄黄，脉弦滑。血压 165/105mmHg。证属肝肾阴虚、肝阳上亢。治宜育阴潜阳、清上实下。建瓴汤合天麻钩藤饮加减：生地 30g，白芍 20g，莲须 12g，怀牛膝、桑寄生各 20g，天麻 12g，生龙骨、生牡蛎、生石决明各 30g，杭菊花 15g，钩藤 30g，莲子心 6g。服 6 剂，患者头晕乏力减轻，睡眠稍好转，但仍心烦，且偶感胸闷，上方加夜交藤、丹参各 30g，女贞子 15g，续服 12 剂，患者头晕诸证消失，行走稳健。舌黯红、苔薄黄，脉弦，血压 150/90mmHg。继取原方 6 剂，以资巩固。

(2) 育阴助阳法

适用于阴阳两虚的患者。症见头晕头昏，耳鸣耳聋，腰酸腿软，心悸健忘，少寐多梦。偏于阴虚者，五心烦热，舌红，脉弦细数；偏于阳虚者，畏寒肢冷，舌淡，脉沉细

无力。治当育阴助阳，左归丸或右归丸加减：熟地 20g，山萸肉、枸杞子、杜仲、怀牛膝各 15g，桑寄生 20g，黄精、淫羊藿各 30g。方中药物药性平和，阴阳并补，以恢复其阴平阳秘之平衡状态。若肾阴偏虚者，加女贞子；阴虚内热者，加知母、黄柏；肾阳偏虚者，加巴戟天；阳虚畏寒者，加制附子。

〔典型病例〕

张某，男，69岁，农民，1992年12月18日初诊。患高血压病3年，头晕耳鸣，听力减退，心悸健忘，腰酸乏力，手足心热，口干咽燥。舌红、苔薄黄，脉弦细数，血压165/90mmHg。证属肾阴偏虚。治宜滋肾填精、兼调心脉。方药：熟地 20g，山萸肉、枸杞子、女贞子各 15g，黄精 30g，怀牛膝 18g，桑寄生 20g，杜仲 12g，太子参 20g，麦冬 15g，五味子 12g，丹参 15g。服6剂后，头晕、心悸、口干好转，仍乏力耳鸣，上方加黄芪 30g，连服20剂。头晕乏力诸证消失，心悸耳鸣明显改善，舌淡红、苔薄黄，脉弦细，血压150/90mmHg。

（3）健脾化湿法

适用于脾虚痰浊的患者。症见眩晕，头重如蒙，胸闷恶心，食少多寐，倦怠乏力，苔白腻，脉弦滑。治当健脾化湿。六君子汤合半夏白术天麻汤加减：党参 12g，白术 15g，陈皮 10g，半夏 12g，茯苓 15g，天麻 12g，胆星 10g，决明子 30g。方中以党参、白术、陈皮、半夏、茯苓、胆星健脾益气，化痰渗湿；天麻、决明子息风止眩以治其标。若气虚甚者，可加黄芪；恶心甚者，加竹茹、代赭石；纳呆食少者，加白蔻仁、砂仁；痰郁化火，心烦口苦者，加黄连、黄芩；尿少肢重者，加车前子、泽泻。

[典型病例]

赵某，女，60岁，农民，1993年3月9日初诊。有高血压史4年，近10天来头晕头重，胸闷多寐，纳呆食少，体困乏力，口苦咽干，体丰，舌淡、苔白腻，脉滑。血压165/98mmHg。证属脾气亏虚、痰浊上扰。治宜健脾化湿，佐以息风止眩。处方：党参12g，黄芪15g，白术15g，陈皮10g，半夏12g，茯苓15g，胆星10g，天麻12g，决明子30g，黄芩12g。服6剂后，头晕好转，仍纳差食少，上方加白蔻仁12g，生山楂20g，麦谷芽各15g。连服24剂，诸证悉平，舌淡红、苔薄白，脉缓，血压143/94mmHg。

陈氏在重视药物治疗的同时，也十分强调非药物性疗法。认为本病首戒七情妄动与过劳，恼怒忧思或过劳均可使气机逆乱，肝阳暴亢，气血上逆，易致中风昏仆。故应保持精神乐观，情绪安定，同时应保证睡眠充足。饮食方面忌食肥腻甘咸，多进蔬菜清淡之品。肥胖者须控制饮食，减轻体重。老年高血压病患者，多见于高血压中、末期，常伴有不同程度的脑动脉硬化，因此在短期内症状虽有改善，但血压常不易下降。中药疗效虽慢，但较巩固，须守法守方，或将汤剂改成丸剂，坚持长期治疗。对于顽固之高血压或高血压危象，宜中西并用，以提高疗效。^[9]

10. 江世英诊治经验

江氏认为，高血压的发生，与阴阳失调、气血紊乱有关。其病机涉及肝肾脾胃，病理上又相互影响。如七情伤肝，肝郁化火，火盛灼津，则肝阳上亢；劳欲过度，高年肾衰，阴精亏耗，水不涵木，则肝用失于承制，亢而有害；恣食肥甘或饮酒过度，损伤脾胃，脾失健运，痰浊内生，夹肝风而上扰清窍，皆可发生高血压病眩晕、头痛。在病

机转化上，肝阳上亢，化火动风，下灼肾阴，可致肾阴亏虚；而肾阴亏虚，水不涵木，肝失所养，则肝阳更亢。如此二者形成恶性循环，经久不愈。阴耗过度，又损及阳，则可出现肾阳不足；或阴亏于前，阳损及后，而成阴阳两虚证。脾为后天之本，升降之枢，过食肥甘厚味，酿成内热，热盛伤阴。肾阴为各脏腑阴液之源泉，肾阴不足，致肝阴不足，水不涵木，则虚阳上冒，发生高血压眩晕、头痛之证。因此，高血压病眩晕、头痛与肝肾脾胃关系最为密切，其病机可概括为“病变在肝，根源在肾，关键在脾”，明乎此，则临证时宜多从肝脾肾三脏进行考虑，复其阴阳，调其血气，则药中病机。江氏临床一般将本病分为肝火亢盛、阴虚阳亢、阴阳两虚、痰浊壅盛4种证型。但细究其证，则不出虚实两端。实证多以肝风痰火为主，而虚证则以肝肾脾气血不足多见。如肝火亢盛和痰浊壅盛两证属实；阴虚阳亢与阴阳两虚证为虚。正如《玉机微义》说：“眩晕一证，……所谓虚者，血与气也；所谓实者，痰涎风火也”。但虚实二证并非一成不变，虚证可转化为实证，实证可转化为虚证，或虚中夹实，或实中夹虚。临床所见血虚肝旺证及气虚痰阻证皆为虚中夹实。因此，临证时务宜详审，辨明虚实及其转化、兼夹，才不致贻误病机。高血压病所致眩晕头痛，其病机重在肝脾肾，其治疗以调肝、益肾、理脾为重点，知常达变，灵活施治，方能切中要害。所谓调肝，是用柔养肝体、甘寒清肝、降气平肝的药物，用以治疗肝火亢盛，阴虚阳亢，肝气升发太过的病证。常用柔养肝体药物如生地、山萸肉、枸杞子、白芍、木瓜、五味子、山楂之类；甘寒清肝的药物有桑叶、夏枯草、甘菊、葛根、丹皮、钩藤、山梔子、白蒺藜等；降气平肝息风潜阳常用珍珠母、石决明、生龙骨、生牡蛎、磁

石、代赭石之属。

江氏认为，高血压病之阴阳两虚，多由阴损及阳所致。肾为肝之母，肾阴是各脏阴液的源泉，对肝的涵养最为重要，故益肾是本病治疗的关键，尤其是对于病情顽固，反复不愈者，益肾不但可缓肝息风，而且在巩固疗效方面显得更为重要。常用益肾补阴药有女贞子、旱莲草、熟地、首乌、桑椹子、桑寄生、山萸肉等；益肾补阳药有巴戟天、杜仲、覆盆子、菟丝子、淫羊藿之属。理脾，宜使用消食导滞，升清降浊的药物。脾胃为后天之本，气血生化之源，饮食失调与高血压密切相关。脾胃损伤，气机升降不利，疏泄郁滞，则风动痰生。故治疗本病调理脾胃则显得更为重要。正所谓“治肝不应，当取阳明”。脾得健运，则本得疏泄，前人有云“柔肝当养胃阴，疏肝当通胃阳”。通过滋养胃阴以荣肝体，通胃腑以疏泄肝气，脾健则升清降浊，枢机得利，则风痰自平。常用药物有山楂、谷芽、山药、莲子等药，临床还可配合化痰降浊药，如法夏、橘红、川贝、胆星、枳壳、茯苓之品，随证选用。此外，夹食滞可加谷芽、麦芽、山楂、鸡内金、神曲；兼瘀血可加田七末、丹参之类。部分病人如湿浊较甚可配合利尿降压，选玉米须为主，既不伤阴，又能利尿降压。

江氏认为，《素问·脏气法时论》云：“肝苦急，急食甘以缓之”。由于高血压病眩晕头痛，多因阴虚在先，若用苦寒药物直折其火，虽然可暂时收到降火之效，但久用过用可加重体质的削伐，有促使其向阴阳两虚转化之弊。肝脏的特点是体阴用阳，其气易逆，故采用柔养肝体，甘寒清肝之法，则肝体得以柔润，肝气冲和，条达舒畅，无冲逆之变。同时忌用辛散走窜之品，以防助火气逆发生变证。总之，高血压病眩晕头痛证，处方用药应做到“降不伤气，

补不燥肝，滋不碍脾”。用药宜柔不宜刚，宜滋不宜燥，宜和不宜伐，处处以甘柔平和为贵，方为上策。

〔典型病例〕

1. 韩某，男，60岁，广东省某公司干部。患者有高血压病史10余年，前月患脑血栓经某医院抢救治疗，症状缓解而出院。于1978年1月10日来急诊。测血压226/150mmHg。现症：性情躁急，头痛头晕，项强，舌颤，右半身偏瘫，步履不正，需扶持方能勉强徐行，神志恍惚，难寐多梦，食欲锐减，大便正常，夜尿较多，舌质偏黯红，脉弦有力。此属眩晕并中风后遗症。治宜开窍救逆、镇肝息风、疏通经络。处方：怀牛膝9g，山楂子12g，夏枯草12g，菊花12g，白芍15g，猪笼草20g，桑寄生30g，茯苓10g，菖蒲6g。1月25日二诊：服药7剂后血压190/140mmHg，头痛头晕稍减，项背仍觉强痛，右上下肢活动不灵，夜寐多梦，舌脉如前。处方：草决明30g，葛根30g，生牡蛎25g（先煎），田七花6g，猪笼草20g，旱莲草15g，熟地15g，白芍15g，夜交藤15g，杭菊花12g，枸杞子9g。2月1日三诊：服上药7剂，测血压205/130mmHg。头痛头晕减轻，项背强痛有所好转，右半身上下肢活动较前有力，然步履不稳，难寐少梦，食欲渐增，舌质黯红、苔微黄，脉弦。守前方加减治疗1个月余，诸症日见好转。3月8日四诊：血压130/85mmHg。无心慌心跳，情况良好，体力渐增，行动自如，饮食如常，二便调，舌质红润，脉平。处方：枸杞子12g，泽泻12g，熟地20g，茯苓20g，山药15g，菊花15g，山萸肉10g，丹皮10g，玉米须30g。继服1个月，以巩固疗效，查访患者已康复，未复发。

江氏认为，本例患者平素性情容易急躁，肝阴暗耗，加之精神冲动，肝火偏亢，风阳升动上冲巅顶而致眩晕、

头痛。又因肝阳上亢，肝火过盛，致肝风内动，“血之与气，并走于上，则为大厥”经脉阻滞，终致偏瘫。今患者素体亏虚，水不涵木，肝体不足，肝火偏亢，皆属下虚上盛，本虚标实之证，故治宜标本兼顾，法在开窍救厥、镇肝息风、平肝潜阳，滋水涵木、疏通经络。后宜着重补水制火、养阴益肾，使邪气得祛，正气得复。方内加玉米须者，取其行水利湿，使其降压而不伤阴，知常达变，以收速效。

2. 冯某，女，39岁，工人。素有眩晕，每因恼怒而增剧，面色潮红，少寐多梦，心慌心跳，舌质红，脉弦细数，血压190/110mmHg。属肾水亏虚，水不涵木，肝体不足，肝阳上亢，下虚上盛，本虚标实之证。治宜平肝潜阳、滋水涵木，佐以镇肝息风。处方：熟地15g，山药30g，山萸肉10g，茯苓15g，泽泻12g，丹皮10g，枸杞子12g，龙骨30g（先煎），牡蛎30g（先煎），莲子心6g。服药4日，血压170/100mmHg，眩晕稍减，基本能寐，但仍有多梦，面红，心慌心跳，舌脉同前。处方：熟地20g，山药15g，茯苓20g，泽泻10g，丹皮10g，枸杞子10g，菊花12g，玉竹30g，猪笼草20g，夏枯草20g。三诊，血压160/94mmHg，眩晕减轻，面色潮红显减，已能安寐，心跳减轻，舌质红，脉略弦细。处方：熟地20g，山药15g，茯苓20g，丹皮12g，白芍15g，钩藤12g，菊花12g，草决明20g，桑寄生15g。四诊：服上方4日后，血压130/80mmHg。诸症悉平，上方继服10剂，以防复发。^[1]

11. 焦树德诊治经验

焦氏认为，高血压病的临床症状很多，根据体内阴阳盛衰、脏腑虚实、舌苔、脉象、体型以及发病诱因等的不同

同，进行分析归纳，最常见的可有以下4种不同表现。

(1) 肝阳（火）上亢

多由素体阳盛，或怒动肝火，或气郁化火致使肝阳亢盛。阳主动、主升，肝阳上冲，肝热生风，清窍受扰而致发病。主要症状：头痛、头晕、头胀，目赤面红，急躁易怒，口苦便秘，尿黄赤，舌苔黄，脉弦数有力。治法：苦寒直折、凉血泻火、平肝息风。方选龙胆泻肝汤加减。处方：龙胆草、黄芩、山梔、夏枯草、生赭石、泽泻、车前子、草决明、苦丁茶、白蒺藜、赤芍、生大黄。加减法：肝火盛者，重用龙胆草、黄芩、山梔、生赭石、泽泻；气郁者，去赤芍、车前子，加香附、青皮、厚朴、郁金、白梅花；兼有阴虚者，去山梔、车前子、大黄，加生白芍、生地、元参、生石决明。

(2) 阴虚阳亢

多由平素阴虚，或久劳伤阴，或久病耗阴等导致肝肾阴虚，肝阳偏旺，肝风内动而发。主要症状：头晕目花，头重脚轻，或偏头痛、烦躁易怒、失眠多梦，或面部阵阵烘热，或两手颤抖，下午手心发热，午后及夜间口干。舌质红、苔薄白薄黄或无苔，脉细数。治法：养阴潜阳、柔肝息风。方选天麻钩藤饮加减。处方：生地、白芍、元参、生石决明（先下）、生牡蛎（先下）、生赭石（先下）、天麻、钩藤、桑寄生、牛膝、夏枯草、菊花。加减法：尺脉沉弱，腰膝酸软者，去夏枯草、菊花，加何首乌、女贞子、地骨皮；头晕目眩，头重脚轻明显，两足无根者，去元参、菊花，加灵磁石（先下）、山萸肉、杜仲、泽泻。

(3) 肾精亏虚

多由先天不足，肾精不充，或房劳伤肾，肾精亏耗而致。肾主髓，脑为髓海，“髓海不足，则脑转耳鸣，腰酸眩

冒，目无所见，懈怠安卧”；另一方面，肾虚不能养肝，则肝阳易动，虚风上扰。主要症状：头晕、目花，头部空痛，脑转耳鸣，记忆力减退，腰膝酸软，精神萎靡，不能耐劳，舌质红，脉沉细，两尺弱。治法：滋肾填精、养肝息风。杞菊地黄汤加减。处方：生地、熟地、山萸肉、山药、泽泻、丹皮、茯苓、枸杞子、菊花、潼蒺藜、白蒺藜、牛膝、钩藤、桑寄生。加减法：偏于肾阴虚者，兼见五心烦热，口渴梦遗，脉细数，酌加地骨皮、秦艽、鳖甲、龟甲；偏于肾阳虚者，兼见畏寒阳痿，腰以下发凉，足冷，两腿无根，舌质淡，尺脉沉弱，酌加肉桂、紫河车粉（分冲）、淫羊藿、沉香粉（分冲）；妇女更年期高血压，表现为阴阳俱虚者，既有五心烦热，面部烘热，烦躁，脉细等阴虚证，又有畏冷足寒，腰膝酸痛，喜暖等阳虚证，可用二仙汤加减。处方：仙茅、仙灵脾、当归、巴戟天、黄柏、知母、牛膝、生地、熟地、桑寄生，酌加生牡蛎、珍珠母等。

（4）痰浊上犯

素体肥胖或恣食肥甘，伤于脾胃，中湿不化，湿聚生痰，痰浊壅盛，脾壅肝郁，可致肝风夹痰上扰而发病。另一方面，痰浊流注经络，影响气血运行，亦可致肢体麻木，半身不遂等。主要症状：头胀、头重，如裹如蒙，眩晕且痛，胸膈满闷，呕恶痰涎，少食少寐，舌苔白腻，脉弦滑。治法：化痰降浊，调肝健脾。方选旋赭涤痰汤加减。处方：旋覆花、生代赭石、半夏、橘红、枳实、竹茹、茯苓、黄芩、槟榔、瓜蒌、南星、天麻、钩藤。加减法：便清、迟消、倒饱、脉濡者，去枳实、黄芩、瓜蒌，加白术、草薢仁、炒薏米等；痰郁化火者，去半夏，加竹沥，改南星为胆星。

焦氏认为以上 4 种证型虽较为常见的，但在临床上 4

证又常混合兼见，并且四者互为影响，在一定条件下，又可相互转化，故临证时必须灵活运用。

【典型病例】

1. 杨某，男，46岁。1967年11月30日初诊。近4~5年来经常左侧偏头痛，生气时加重，下午比上午痛重，并有头晕、头痛、头胀，左手有时发麻，大便干燥2~3日1次，小便黄，性情急躁易怒，夜间口干思饮，少眠多梦，腰膝酸软。曾经多次诊治，诊断为高血压病，血压经常在180~150/110~100mmHg之间，服用中西药品，效果均未满意。近日头痛加重，头晕眼花明显。面现痛苦表情，舌苔薄而微黄、舌质偏红，脉细弦数，左手弦象大于右手，左尺脉沉，血压170/120mmHg。证属肝阴虚、肝阳旺、肝风上扰。治法：养阴柔肝、潜阳息风，佐以益肾清热。处方：生地15g，赤芍12g，白芍12g，生石决明30g（先下），生赭石35g（先下），生牡蛎30g（先下），荆芥10g，钩藤30g（后下），香附9g，黄芩10g，泽泻12g，桑寄生24g，牛膝12g，全瓜蒌30g。12月6日二诊：服药6剂，头痛、头晕、头胀均有减轻，大便较前通畅，每日或隔日1行，昨日测血压140/90mmHg，睡眠尚差，易急躁，口稍干，舌苔薄白，脉弦细略数，左尺沉细。前方去香附，加远志10g。12月12日三诊：上方进6剂，诸症明显减轻，精神转佳，面色较前红润，已无急躁之情，尚有头目发胀。血压134/83mmHg。舌苔薄白，脉弦细、左尺仍沉。上方去黄芩、荆芥，加夏枯草12g，桑寄生改为30g，6剂。12月13日四诊：已无头痛，头晕、头胀已未再现。睡眠好，大便正常，已不急躁，腰膝较前有力，脉略弦细，血压17.3/9.5kPa（130/72mmHg）。上方加红花9g，6剂。嘱其在服药期间，另将本方（生赭石改为30g，加香附、黄芩

各 9g), 4 剂, 共研为细末, 炼蜜为丸, 每丸重 9g。服完汤药后, 继服丸药, 每日 2 次, 每次 1~2 丸, 温开水送服, 以巩固疗效。12 月 23 日随访: 正在服用丸药, 头痛、头晕未发生, 血压一直稳定。

2. 李某, 女, 41 岁, 1979 年 8 月 31 日初诊。既往有高血压病史, 5 天前在洗衣服时, 突然感憋气胸堵, 继而面色青紫, 口吐白沫, 不省人事, 小便失禁, 经急诊诊治好转。现症: 头晕目眩, 两眼喜闭, 恶心欲吐, 不思饮食, 有时少腹隐痛, 大便不畅。检查: 神清合作, 言语清晰, 嗜卧不起, 起则头晕欲吐, 目闭无神, 体型较胖, 四肢活动自如, 心肺未见异常, 腹软, 肝脾未触及, 血压 25.3/14.7kPa (190/110mmHg), 脉沉细滑, 舌苔白。综观脉症, 诊为痰浊壅盛、肝郁风动之证。治宜化痰降逆、平肝息风, 佐以和中。处方: 半夏 10g, 化橘红 12g, 茯苓 12g, 制南星 10g, 竹茹 10g, 泽泻 12g, 钩藤 30g (后下), 生赭石 35g (先下), 石决明 30g (先下), 灵磁石 20g (先下), 珍珠母 30 (先下), 生香附 12g, 焦槟榔 10g, 桑寄生 25g, 另用木香槟榔丸 5g, 1 日 2 次。9 月 4 日二诊: 药后头晕目眩减轻, 大便通畅, 眼已睁开, 有神, 能自己走上二楼就诊, 食纳好转, 脉沉细滑, 舌苔薄白, 血压 120/90mmHg。继服上方去槟榔、竹茹, 加防风 10g, 白蒺藜 12g 以加强平肝息风之力。9 月 18 日三诊: 尚感头晕, 左偏头痛, 自觉食道部发热, 胸胀满, 项部发滞, 行走坐卧已近常人, 脉沉滑, 苔薄白, 血压 130/90mmHg。二诊方去泽泻、桑寄生、磁石、珍珠母, 加菊花 12g, 黄芩 10g, 葛根 20g, 瓜蒌 30g。9 月 25 日四诊: 头晕显著减轻, 头痛已除, 血压一直正常, 偶感腰痛, 要求上班工作, 脉苔同前。三诊方去橘红、防风, 加续断 15g, 桑寄生 25g, 以益肾固本, 巩

固疗效。

焦氏认为，高血压病以肝阳上亢、阴虚肝旺及风痰上扰证较为多见。但要注意分析病人的特性，对肝风、肝阳、肾虚、肝旺、痰壅经络、风痰上扰等孰先孰后，主次标本，缓急轻重，都须分辨清楚。立法组方，必须权衡准确，才能取得良好效果。千万不可用“对号入座”式的方法，生搬硬套。在运用前人经验的同时，要随时吸取近人的研究成果，如近代报道有降血压作用的中药：桑寄生、杜仲、仙灵脾、元参、山萸肉、山梔、白蒺藜、钩藤、石决明、夏枯草、野菊花、桑白皮、地龙、茯苓、半夏、泽泻、牛膝、葛根、桑枝、枸杞子、丹参等，均可结合辨证选用。焦氏在治疗比较顽固的头痛、偏头痛时，常在辨证论治的适应证方剂内，加用一些荆芥或芥穗（病情较轻者用荆芥，重者用芥穗），往往取得良效。因为荆芥（芥穗）可兼入血分（头痛久者多与血分有关），可引方内其他药力上达头部而发挥效果（风药上达），可疏散风邪，清头目而治头痛、头晕、目眩。头部气血疏畅则疼痛可减。对属于肝阳旺的高血压病，常在辨证论治的方剂中加用泽泻，或与地骨皮同用。因为泽泻能泻肝肾湿热、郁火，并能起养阴气以召上亢之阳复返于下的作用。肝经郁热不解者，又常有肾经虚热上浮，故又可配加地骨皮清热益肾，二药合用肝肾兼顾，相得益彰。焦氏强调治疗高血压病不可操之过急，故在诊治过程中，要注意守法守方，坚持一段时间，以观后效。有些主要药物，药量宜稍加重，例如用钩藤，不但药量较大，而且注意煎药时要后下，久煎则效果不好。生赭石、生石决明、生牡蛎、磁石等量需重用，并要先下，待其煎煮10~15min，再下他药。如遇到服药则有效，血压可降至正常，但停药一段时间，血压又回升的情况，要继

续给予辨证施治，深入观察，循症求因，遵循治病必求其本的精神，进行治疗，其稳定的时间则会一次比一次延长，并且在全身情况都好转的基础上血压也渐渐稳定。不要一见血压有波动，即认为无效而放弃治疗。^[1]

12. 李仲守诊治经验

李氏认为，目前中医对高血压病的病机一般多从肝肾论述。但除肝肾之外，脾对高血压病的发病和变化亦具有重要影响，亦为高血压病病机之关键。高血压病的病机可概括为“变动在肝，根源在肾，关键在脾。”高血压病的病理变化规律早期以阴损为主，临床多见阴虚阳亢症状，后期阴损及阳，多见阴阳两虚（包括气阴两虚）症状。临证每以以下诸端为要。

（1）补养阴精与高血压病

高血压病是上实下虚，肝、脾、肾亏损之证。肾藏精，肝藏血，脾统血，肝脾肾亏损，必然导致精血的不足。因此常用桑寄生、首乌、鸡血藤、熟地、桑椹子、女贞子、枸杞子、金樱子、沙苑子、菟丝子、杜仲等补养精血，以补下虚之本。而目前许多治疗高血压病处方偏重于解决上实之标，是不够全面的。

（2）介类镇潜与高血压病

李氏治疗高血压病吸取前人的经验，喜用介类药以潜阳。《临证指南·肝风篇》说“凡肝阳上亢，必须用介类以潜之。”事实证明，治疗高血压病用介类镇潜上亢之阳十分有效。在使用时要结合病情配伍。如石决明、珍珠母善清肝火兼能明目，适用于高血压病视力障碍，目赤羞明等症；海蛤壳能清热除痰散结，适用于高血压病肺热痰稠之症；牡蛎生用能镇静安神，煅用则收敛固涩，适用于高血压病

心悸失眠或遗精盗汗等症。此外介类用量宜大，一般以30~60g为宜。

(3) 参芪补气与高血压病

用参芪补气药治疗高血压病，有些人畏而不用，认为参芪补气有升高血压的作用，只宜用于低血压病，不适宜于高血压病。有些人过分相信“参芪少量兴奋，大量抑制”之说，主张治疗低血压病参芪用少量，治疗高血压病参芪用大量。实际上，两者都是背离辨证论治的原则的。实践证明，高血压病和低血压病如属气虚甚者，重用参芪以益气，临床每收到良好效果。昧者不谨守病机，对症下药，斤斤计较于“兴奋”、“抑制”，适见其陋也。

(4) 活血化瘀药与高血压病

高血压病，由于气血运行失常，可有血瘀症状出现，如舌质紫黯，舌边有瘀点或瘀斑，真心痛等。一般人主张使用红花、桃仁、蒲黄、五灵脂、三棱、莪术等祛瘀药。然瘀证有实瘀、虚瘀之分。高血压病为本虚标实之证，瘀血的形成，主要由于气虚、阴虚，或阳虚所引起，故治瘀必须顾正，用药不能选用攻破之品耗伤正气。临床祛瘀药最好选用丹参、田七之类。因为“一味丹参，功同四物”，既养血又活血；田七能祛瘀而不伤正，张锡纯称之为“化瘀血而不伤新血，允为理血妙品”。实乃经验之谈。

(5) 苦寒药与高血压病

高血压病，常有肝热内蕴之象，如面红、头痛、口苦、咽红、舌边红、苔黄等。此非实热，乃属虚热。治疗上应慎用或不用苦寒药，如黄芩、黄柏、栀子、龙胆草、黄连等。倘若阳亢过甚，偶用苦寒直折，未尝不可，但要适可而止，否则犯虚虚之戒。对待虚热，以甘寒为妥。可选用甘菊、夏枯草、旱莲草、干葛根、桑白皮、竹茹、麦冬、

谷精草、白茅根等。因这些药物既能清热，又不削伐，实为治疗本证之佳品。

(6) 消导药与高血压病

治疗高血压病者，可常在平肝息风、育阴潜阳的基础上，适当加些消导药，如川厚朴、枳实、枳壳、山楂子、神曲、谷芽、鸡内金之类，以调理脾胃，并嘱其少食或不食辛辣烤炙食物，以免脾胃发生积滞燥热，促使血压上升。

(7) 饮食调治与高血压病

高血压病除了药物治疗外，饮食的配合实属必要，肉类以免肉、鱼肉、瘦猪肉、鸭肉等较为适宜。燥热动肝之品如公鸡、虾、蟹、鱿鱼、墨鱼等不宜吃。蔬菜可多吃，苦瓜和芹菜都有降血压作用，苦瓜适宜于胃热的高血压病人，芹菜适宜于胃寒高血压患者。坚果类中以花生米较佳。水果可常吃，因水果有清热、养阴、助消化、通大便的作用，其中以甜橙为首选，苹果、梨次之，西瓜虽有降压作用，但体虚之人不宜多吃。茶叶也有降血压的作用，其中以沱茶较好，因沱茶有清热利尿，消导降压的作用；其次为岩茶，如乌龙、水仙、铁观音之类；绿茶苦寒削伐，不宜长期饮用。

〔典型病例〕

1. 王某，男，64岁，干部，1982年4月5日初诊。患高血压病10年余，曾用复方降压片、利血平等多种降压药治疗，血压一直未能控制正常，常觉头痛、面红、短气心悸。近2个月来，胃脘胀痛加重，胸闷，食纳一般，大便滞，夜尿2~3次，舌苔黄微腻，脉弦细。检查：血压180/110mmHg。胆固醇11mmol/L。证属眩晕（阴虚阳亢，肝郁脾虚），治以育阴潜阳为主，佐以健脾消导。处方：桑寄生20g，党参20g，首乌20g，珍珠母30g，鸡血藤30g，甘

菊 12g, 白蒺藜 12g, 桑白皮 15g, 山楂子 15g, 茯苓 15g, 枳实 10g。4 月 12 日二诊: 服药 7 剂头晕痛明显减轻, 胃脘微胀痛, 大便稍烂, 舌苔转薄黄, 脉弦细。血压 140/90mmHg。药切病机, 上方去桑皮加川厚朴 10g, 继服 7 剂。4 月 19 日三诊: 头晕、胃脘胀痛消失, 大便成形, 夜尿 1~2 次, 舌脉同前。血压降至 140/80mmHg。守上方去甘菊、川厚朴, 加干葛 30g, 杜仲 15g, 再进 7 剂。此后以本方为基础加减, 嘱患者间服以巩固疗效。

2. 李某, 男, 42 岁, 工人, 1984 年 2 月 28 日初诊。自述血压增高 2 年, 症见头晕胀眼花, 左上肢麻痹, 胃脘胀, 口苦, 咽红, 二便正常, 舌边偏红, 苔薄黄, 脉弦, 血压 169/100mmHg。治以平肝潜阳、调和脾胃。处方: 夏枯草 15g, 丹参 15g, 山楂子 15g, 桑白皮 15g, 钩藤 15g, 白蒺藜 12g, 甘菊 12g, 牛蒡子 10g, 枳壳 10g, 鸡血藤 30g, 干葛根 30g, 石决明 40g。3 月 5 日二诊: 服药 7 剂, 头晕大减, 口微苦, 舌脉同前。血压降至 139/90mmHg。^[1]

13. 俞长荣诊治经验

俞氏认为, 高血压病的病因病理变化与人体脏腑、器官、组织都有一定关联, 同时与外界环境以及人的精神、生活、体质等因素有关。本病临床症状的产生和血压升高都客观地反映着高血压病的发生、发展以及病理过程的早晚、轻重和缓急。血压升高可引起内脏功能失调, 而内脏功能失调也必然出现各种不同程度的症状。而当内脏功能损害严重时, 血压也同时进一步升高并且变得很顽固, 而其他临床症状亦同时明显加重。当内脏功能的损害程度有所减轻或消除时, 血压也相应下降。其他临床症状亦随之减轻乃至消失。所以, 俞氏提出: 阴阳、气血紊乱是高血

压病的主要发病因素。对本病的诊治不能单纯针对降压，应该根据中医临证思维方法，通过辨证论治，调整机体阴阳平衡，气血调和，以求从根本上解除高血压发生发展的内在因素，从而使血压降低，临床症状得以改善。俞氏根据本病临床高龄老人多见，阴虚阳亢者多见，治疗上常用方为六味地黄丸。若头晕、头痛明显，兼见耳鸣、腰酸、盗汗、身热等肝阳上亢症状较重者，加菊花、钩藤、天麻、牡蛎等平肝息风；兼见肢麻、胸闷、舌质晦暗等瘀血阻络者，加益母草、地龙干、丹参、怀牛膝等活血通络之品；兼见心悸、气短、疲乏、舌淡等气血两虚者，加当归、黄芪、何首乌、酸枣仁等益气养血安神之品。若痰湿内阻，因气机逆乱而夹肝阳上亢，症见眩晕、头重、呕恶痰涎，苔黄厚腻等，则治以祛湿化痰，辅以太平肝息风之品，方选半夏白术天麻汤加竹茹、钩藤、薏苡仁、石菖蒲、佩兰。还有阴阳两虚型高血压病，多由于禀赋不足，体质虚弱，或后天劳损太过，及久病、年老体衰而形成，症见头晕耳鸣，肢冷畏寒，腰酸多尿等，此发病时间一般较长，内脏功能受损较重，治以补肾壮阳育阴法，方选金匱肾气丸（改汤）加杜仲、枸杞子、桑寄生、怀牛膝、肉苁蓉等缓慢调补。对于各期高血压病出现的心肝火旺型或恶性高血压，俞氏治疗用药和急救措施以泻火平肝、镇逆息风为原则，方选黄连解毒汤合三甲复脉汤加减。俞氏还常加稀莖草、毛冬青、桑寄生、夏枯草、槐花、草决明、桑椹子、向日葵、磁石、石决明、紫石英等增强降压效果，疗效良好。但强调要辨别寒热虚实，根据不同症状、不同体质进行选择，效果才会更好。

俞氏治疗高血压病有时不囿于上述诸法，“不远辛温遵经旨，但求潜降难为功。”这是他诊治高血压病的经验结

晶。在临证中反复强调以下两种情况。

(1) 使用中药降压不能依赖实验室结果选择使用降压药，而忽略辨证论治这一根本大法。中医中药能够治疗高血压病，但起降压作用的机制是多种多样的，特别是许多药组成方剂后，其作用机制更是需要探讨。如俞氏常用桂、附、萸、姜治疗阳虚或中寒的高血压病，若从单味药看，这些药并无降压作用，但配合其他药物就不一样了。

〔典型病例〕

刘某，男，43岁，汽车驾驶员。因头晕年余并进行性加重而被迫暂停行车休息。主诉头晕并头顶枕后痛，晕甚则呕吐清涎痰水，血压143/102mmHg，脉左细右小弦，舌淡红、苔白厚，诊为脾虚肝强，寒饮上逆，清阳受扰，予吴茱萸汤加白术、半夏、泽泻，服2剂。头眩痛均减，呕吐缓解。续服4剂，诸症解除，血压正常，半个月后恢复行车。

(2) 要跳出“见病套药”的框架。俞氏认为，任何病都有寒热虚实之别，高血压病虽多见于肝肾阴虚、肝阳上亢或肝风内动、肝火上炎等阴虚阳亢病证，但是阳虚阴盛者亦非少见，亦有阴阳两虚者，不能简单地认为本病是血热而动辄用平肝降火、养阴凉血药物，或从已知能降压的中药中采用辛凉、苦寒之品的以病套药的方法。

〔典型病例〕

1. 林某，女，43岁，外科医生。眩晕1个月，伴心悸易惊，性情急躁，夜睡多梦，胸膈痞闷，食欲尚可，大便较干。血压在162~143/120~113mmHg之间，服降压药能暂时下降，但又时上升，半年内晕厥2次。西医拟诊为高血压和植物神经功能紊乱。患者面部微浮，舌淡苔白厚，脉象细缓。证属肾阴亏虚，肾阳不足，水火失济，肝木失

涵，阴虚阳浮而为晕，阴阳不相接续而为厥。法宜滋阴温阳、养肝纳肾。予金匱肾气丸改汤加牛膝、女贞子、白蒺藜，共服 50 余剂，诸症消失，血压正常，已重操外科手术工作。

2. 董某，男，45 岁，福州市外贸局干部。平素血压较高，经常服益寿宁等降压药及杞菊地黄丸之类，血压仍持续在 162/150/102~90mmHg 之间。1973 年春，出现头晕头痛，站立不稳，血压升高至 203/102mmHg，服降压药血压略降，但眩晕不能解除，更易数医，疗效不显。同年 11 月 18 日前来就医。主要症状为眩晕，站立不稳，甚则欲仆，睡眠欠佳，小便频且量多，余沥不净，下肢欠温。血压 173/113mmHg。舌边尖红苔白厚，脉濡细。诊为下元亏虚、肾阴不足、阳不潜藏。先拟填阴潜阳以固其下，予六味地黄丸去苓、泽，加菟丝子、枸杞子、肉苁蓉、牡蛎。服 8 剂，眩晕减轻，血压下降至 150/94mmHg。但小便仍如前，下肢仍欠温。患者毕竟下元亏虚，肾气不充，虚阳上浮，思真阳以肾阴为宅，仍宜滋肾益阴，加桂附引火归原，据其窟宅而招之，庶阴阳和合则安。方拟济生肾气汤，嘱 2~3 天服 1 剂，连服 1 个月，眩晕解除，下肢稍温，血压基本正常。随访 3 年，血压稳定。^[10]

14. 高泳江诊治经验

高氏治疗高血压病，多以调肝为首务，临床遣方用药有如下特点。

(1) 气郁血道，疏肝调血为法

《素问·标本病传论》曰：“肝病头目眩，胁支满”。盖肝为厥阴风木之脏，职司疏泄，喜条达而恶抑郁。若肝失疏泄，气机郁阻，久则气郁血逆，而致血脉失调，血压升

高。临床多见头痛头晕，胸胁闷胀，情绪低落，纳食减少，甚则两胁窜痛，舌淡红或偏红，脉弦或沉弦。高氏对其理法分析颇有见地，他说：怡愉快乐为肝德，忧愁郁怒则肝病，此证肝气拂郁于先，血脉失调于后，治当遵循“木郁达之”之法，以疏肝调血为主，庶乎肝木畅达，气血调顺，则血压自降。因此，他临证恒用自拟验方疏肝调血汤（柴胡、香附、郁金、苏梗、川芎、当归、白芍各 10g，薄荷 6g）。观古人平肝之法，乃芳香鼓舞，舒而平之，故方中以柴胡、香附、郁金、苏梗、薄荷芳香鼓舞、疏肝解郁，当归、川芎、白芍调和血脉。全方共奏疏肝调血之功。根据高氏临证经验，若疏肝不应，则必有营气痹塞，脉络瘀阻，于上方中加入桃仁、红花活血通络，多有效验。

〔典型病例〕

汪某，男，48岁，1972年4月12日初诊。患高血压病2年余，平时血压波动于165/150/100~95mmHg。刻诊：血压160/98mmHg，头痛，以巅顶为重，胸闷心烦，恶心纳减，两胁窜痛，尿黄便调，舌偏红苔薄，脉弦。辨证为气郁血逆。投以“疏肝调血汤”加炒山栀、姜竹茹、桃仁、红花各10g。服药5剂后，血压降为150/95mmHg，诸症明显改善。守方续服10余剂，血压稳定于140/90mmHg。诸症释然，后改服逍遥丸巩固善后。

（2）阴虚火旺，滋肾凉肝建功

肝肾同居下焦，相火寄焉。肝藏血，肾主精，平时肝肾相济，精血互生。若情志失调，肝郁化火，灼伤肝肾，或恣情淫欲，耗竭肾水，以致肝肾阴亏，相火用事，鼓动血脉，煎熬血液，从而导致血压升高。临床多见头痛头晕，目眩耳鸣，面部潮热，口苦咽干，心烦不寐，腰膝酸软，尿黄便结，舌红苔薄或黄，脉弦细数。高氏对此治疗体会

尤深，他说此乃水亏于下，火炎于上，宜甘凉益肝肾之阴，俟水火既济，血脉宁静，则升者自伏。若误投苦寒直折之品，徒伤脾阳，未有不误事者。他临证治之从滋肾凉肝立法，每用自拟验方滋肾凉肝汤（生地、旱莲草、女贞子、枸杞子各 15g，玄参、桑叶、菊花、泽泻各 10g，石决明 30g）。方中生地、玄参、二至丸、枸杞子、泽泻滋肾泻浊，桑叶、菊花、石决明凉肝潜阳，共建滋肾凉肝之功。

〔典型病例〕

梁某，男，52岁，1974年10月7日初诊。素嗜烟酒，发现高血压病4年余，平时血压波动于180/160/100~95mmHg，曾服西药降压，但疗效不显，故求治于中医。刻诊：血压175/100mmHg，头痛头晕，耳如蝉鸣，间有面部潮热，失眠健忘，口苦咽干，腰酸腿软，尿浊便结，舌红、苔薄黄，脉弦细数。辨证为阴虚火旺，予滋肾凉肝汤加炙远志10g。服药10剂，血压降为160/95mmHg，头痛头晕，面部潮热明显改善，夜能安寐，余症亦见减轻。药证合拍再进此方30余剂，血压稳定于140/80mmHg，诸症悉平。遂改杞菊地黄丸巩固疗效。

（3）肝阳化风，镇肝息风贵速

“诸风掉眩，皆属于肝”。大抵肝为风水之脏，体阴用阳，主升主动，其经脉循行，起于足大趾，散布胸胁，上行巅顶。若肝阳上亢，久则阳热动风，血随风激，循经攻冲头目，则血压陡升，有中风之险。临床多见头目胀痛，眩晕欲仆，鼻衄耳闭，面赤如醉，胸闷呕恶，甚则四肢抽动，昏不识人，舌红苔黄，脉弦长有力。高氏认为：治肝阳化风最是紧迫，急当重镇以潜阳，盖以阳潜则风静，倘若抱守滋水涵木，养血息风，专事柔静，不用重镇，则缓不济急，中风之祸不远矣。故对此喜用张锡纯镇肝息风汤

化裁施治。病情急危者，每投以重剂。若合并意识障碍属于闭证者，用生大黄 10g 煎水化服安宫牛黄丸 1 丸，清心醒脑，每获佳效。

〔典型病例〕

方某，男，56 岁，1978 年 4 月 2 日初诊。罹患高血压病 6~7 年，平素经常头痛头晕，一直间断服药治疗。近 1 周工作繁忙，睡眠减少，自觉头痛目胀，眩晕欲仆，胸闷恶心，遂在家休息，并自服降压药。发病当日晨起，患者头目胀痛较剧，而后眩晕仆地，昏不识人，面赤如醉，四肢抽动，由家人急送来院，测血压 230/120mmHg，诊断为高血压脑病，急收入院。经用快速降压、镇静及脱水降颅压等综合救治，血压降为 190/105mmHg，神识转清，头目胀痛大减。其后 2 天血压波动于 200~185/110~105mmHg，余症如故，乃邀请中医会诊。刻诊：血压 190/107mmHg，眩晕不能起床，面赤如醉，夜难入寐，间有四肢抽动，恶心纳差，尿黄便结，舌红苔黄，脉弦长有力。辨证为肝阳化风，仿镇肝息风汤加减。药用：生龙骨、生牡蛎、生石决、生赭石、生龟甲、夜交藤各 30g，天麻、白蒺藜、钩藤（后煎）、生白芍、泽泻、怀牛膝、玄参、生麦芽各 12g，每日 2 剂，每剂水煎 2 次混匀顿服。服药 6 剂，患者血压降为 175/100mmHg，眩晕大减，面赤已退，夜能安眠，余症亦有改善。遂改此方为每日 1 剂，水煎分 2 次服。原方又服 20 余剂，血压稳定于 160/90mmHg，诸症消失而出院治疗。

（4）肝旺脾虚，培土缓肝则效

肝主藏血，脾生运化。肝藏血充足，则能疏泄，有助于脾之运化；脾运化正常，生血有源，则有助于肝之藏血。肝脾生理相关，病理亦相互影响。故仲景有“见肝之病，

知肝传脾，当先实脾”之训戒。高血压病患者，由于肝旺日久，肝气横逆，克伐脾土，或医治失当，过用寒凉败胃，均可影响脾胃运化功能，以致肝脾同病，升降失宜。临床除见血压升高、头痛头晕、失眠多梦等肝旺表现外，尚可见腹胀纳少、呕恶便溏等脾虚症状。高氏认为，此证多见于久病高血压者，治疗关键在于培土以宁风，健中而缓肝。他临证治之惯用自拟验方培土缓肝汤（太子参、茯苓、白术、山药、陈皮、木瓜、乌梅、白芍各 10g）。方中太子参、茯苓、白术、山药、陈皮培土宁风，木瓜、乌梅、白芍酸敛缓肝，合而共奏培土缓肝之功。

〔典型病例〕

杨某，男，66岁，1975年3月19日初诊。患高血压病近10年，平素血压尚稳定，近1年来血压波动于180/170/100~95mmHg。刻诊：血压172/98mmHg，头痛头晕，失眠多梦，腹胀纳少，大便清稀，每日2~3次，舌淡边缘有齿印，苔薄白，脉弦细。辨证为肝旺脾虚。遂拟培土缓肝汤加木香9g，砂仁（后煎）3g，夜交藤15g。服药5剂，血压降为165/95mmHg，头痛头晕、腹胀便溏减轻，纳食增多。共守方服20余剂，血压逐渐稳定，诸症悉平。^{〔1〕}

15. 汪履秋诊治经验

汪氏根据高血压病的主要临床特点，以平肝息风、苦泄泻火、化痰消瘀、下气降逆和补益肝肾为五大治则，并在临证中有机地贯通融汇，多可控制血压和减轻症状。

（1）平肝息风

汪氏认为，头为“诸阳之会”、“清阳之府”，“巅顶之上，惟风可到”。从症求因，高血压病的头痛眩晕之候，并

非外来之风，而是厥阴肝木不静，肝风上逆，清空被扰，窍络不利，故出现头昏头胀，着于两侧太阳及巅顶部位，甚则痛如裂，双目模糊涩胀。若素体阳盛，或长期忧思恼怒，肝失条达，可致气郁化风生火，风阳升动，临床上除血压明显升高外，又可伴见面色潮红、烦躁少寐、口苦耳鸣等症。其治疗应以平肝息风为主法，天麻钩藤饮是首选方剂。若兼阳热亢盛，非羚羊角莫属，意取凉肝镇惊之功。除天麻具息风镇痉，为治眩晕头痛之要药外，钩藤、僵蚕、全蝎、玳瑁、蜈蚣等均能平肝息风、清热镇惊，临床应随证选用。

（2）苦泄泻火

高血压病的发生、发展及其演变转化，虽与肝风内动密切相联，但《医学从众录》指出：“盖风者，非外来之风，指厥阴风木而言，与少阳相火同居，厥阴气逆，则风升火动，故河间以风火立论也。风生必夹木势而克主，主病则聚液而成痰。故仲景以痰饮立论，丹溪以痰火立论也。”可见风火相煽，或痰火内盛，上蒙头目，扰及心神，皆可出现头额胀痛，面红目赤，阵感烘热，貌似醉状，心烦易怒，失眠多梦，口苦苔黄，脉弦而数等。届时如用一般平肝息风法，则嫌药力不及，必须参入苦泄肝胆实火之品，方能直折里热，龙胆草、黑山栀、黄芩、丹皮、夏枯草、菊花均为清泻肝热的佳药。若心火独亢，再配黄连、竹叶、莲子心以清心泻火。伴见大便秘结，肺气不行，可增当归、芦荟、大黄、青黛等泄肝通腑，冀其火灭风自平。

【典型病例】

李某，多年高血压病，病情反反复复，用罗布麻片、复方降压片可暂时缓解，但始终不稳定。查血压 180/98 mmHg，头目胀痛，心烦善怒，口中干苦，面部潮红，目

赤洩黄，常有耳胀耳鸣，大便偏干，舌苔黄腻，脉弦滑数。脉证合参，为木火素质，肝阳亢盛，夹痰上扰所致。速取龙胆泻肝汤合天麻钩藤饮出入，药如龙胆草 5g，夏枯草 10g，焦山栀 10g，制大黄 10g，天麻 5g，僵蚕 10g，钩藤 12g，半夏 10g，川牛膝 10g，石决明 15g。前后四诊，服药渐次取效，仅作个别药物调整以巩固之。

(3) 化痰消痰

肝为刚脏，性喜条达而最恶抑郁，长期心胸不悦，气机失调，或进而化火，可致津液不布，火聚成痰，再则嗜酒醇厚，饥饱劳倦，内伤脾胃，健运失司，水谷精微不归正化，亦能聚湿生痰。清阳不升，浊阴不降，是高血压病变中一个不可忽视的重要病理。故治疗时把握化痰环节至关重要。湿痰上蒙，逆而不降，头重晕眩，泛恶欲吐时，应予燥湿化痰，息风和胃，用半夏白术天麻汤、泽泻汤之类；呕吐频繁加旋覆花、代赭石、竹茹、生姜降逆和中；伴耳鸣重听，用葱白、郁金、菖蒲、苏梗通阳利窍；若痰阻气机，郁而化火，症兼心烦口苦，苔黄腻，脉弦滑，应伍入苦泄清热之品。气郁易化火，阳亢则风动，风阳升动关联气血。“治风先治血，血行风自灭，”故高血压病的全程必须始终重视治血法，血虚者养血，重用黄芪、当归、白芍、生熟地、桑椹子；血瘀者活血，宜选桃仁、红花、川芎、赤芍、丹参、郁金之类。必要时配上全蝎、蜈蚣、地龙、地鳖虫等虫类搜逐药，既活血又祛风，效果更加理想。

〔典型病例〕

陈某，男，素食肥甘，又贪酒热，致使形体日丰，头昏而重，倦怠懒动，晨起干恶，有时手臂轻度麻木，血压 173/105mmHg，舌苔白腻，脉小滑。证属痰浊中阻，痰随

风升。拟半夏白术天麻汤化痰息风，药选半夏 10g，陈皮 5g，天麻 10g，苍术 10g，泽泻 15g，陈胆星 5g，地龙 10g，牛膝 10g，豨莶草 15g，菖蒲 5g，生山楂 15g，并嘱其节制饮食，约半月左右，症状开始减轻乃至消失，后继适加桃仁、红花行血活血，以善其后。

(4) 下气降逆

《素问·方盛衰论篇》说：“气上不下，头痛巅疾”。《景岳全书·头痛》说：“有里邪者，此三阳之火，炙于内也，治宜清降，最忌升散”。高血压病的风阳痰火瘀滞邪，均源于气机失调，反过来又促使气难畅达。所以调气，降气势在必行。一面可将里邪消散，一面又能镇逆潜阳，从而达到降低血压的功效，金石重镇药即属此列，龙骨、牡蛎、石决明、代赭石、珍珠母、灵磁石多可选用。此外，旋覆花、枳壳、厚朴、降香、川楝子等条理气机药，若能结合它法，一旦气机得畅，则可望风平火灭，痰去血和，而诸证悉除。中年以上患者，血压骤升，肝阳暴涨，尤须注重降逆下气法的应用。否则，若阳盛亢逆，化为肝风，引动痰火，其病情极易逆转，造成卒然晕倒，风中脏腑之虞。

[典型病例]

某男，60岁。患高血压病多年，用降压、扩血管药不尽人意，血压 195/113mmHg，头昏头痛，耳胀耳鸣，心烦少寐，颜面阵觉烘热，口干苦，间见肢麻，胸中闷塞，苔黄脉数。中医辨证为风阳痰火瘀阻窍络，气机不调。选镇肝息风汤、龙胆泻肝汤、天麻钩藤饮三方化裁，药拟代赭石 30g，煅龙齿 15g，生石决 15g，川楝子 10g，龙胆草 5g，焦山栀 10g，钩藤 15g，僵蚕 10g，川牛膝 10g，红花 10g，小蓟 15g、天麻 10g。每日 1 剂，并加用羚羊角粉 0.3g，早

晚分服。首诊7天后，患者即感症状减轻，血压也稍有下降。后在原方基础上，根据病情变化，在镇逆、平肝、息风、化痰、活血等法的用药上略作调整，前后约诊治2个月，病情基本稳定。

(5) 补益肝肾

肝肾同源，风阳痰火久恋不解，或因禀赋不足，髓海空虚，均可导致肝肾精血亏耗，肾水不足，水不涵木，肝失濡养，上实下虚，症见头中空痛，每兼眩晕，腰酸胫软，耳鸣不聪，神疲寐差等。《临证指南医案·头痛》邹时乘按：“……如阴虚阳越而头痛者，用仲景复脉汤、甘麦大枣汤法，加胶芍牡蛎镇摄益虚、和阴息风为主；如厥阴风木上触，兼内风而为头痛者，用首乌、柏仁、绿豆衣、甘菊、生芍、杞子辈息风滋阴为主”。临证可作遣药借鉴。此外，生地、熟地、山萸肉、当归、杜仲等养肝滋肾之品亦可参选其中。

【典型病例】

谭某，男，72岁。血压158/98mmHg，舌干红少津，诊脉细数无力，头目昏胀，视物模糊，听力不聪，腰膝酸软。脉证合参，从滋水涵木、平息风木法遣药，处方：枸杞子10g，菊花10g，生熟地各12g，山药15g，山萸肉10g，泽泻12g，丹皮10g，首乌12g，桑椹子10g，潼沙苑10g，灵磁石30g。药过月余，病情显著改善，改用杞菊地黄口服液久服巩固。^[12]

【按语】

高血压病为我国临床常见病和引发心脑血管并发症严重的疾病之一。本篇所列医家对高血压的理论认识临床遣方用药的经验，多有可取之处，值得借鉴。

一、关于病因病机的认识

本篇所列医家大都认为高血压病的形成是一个长期的病理生理过程，不是单一因素，而是由素体、精神、饮食、劳欲等多种因素交互作用所致。体质的阴阳偏盛或偏衰、禀赋不足、脏腑亏损等为发病的内因，过度精神紧张或强烈精神刺激是发病的常见因素，嗜食肥甘或饮酒过多也是重要病因。高血压病的病因病机，可归纳为以下几种观点：①从风、火、痰、瘀论述；②强调机体阴阳失调、气血紊乱；③认为风火交煽、痰浊壅实构成本病的标实。关于高血压病的病位，有认为主要为肝、肾两脏，病位在肝，根源在肾；也有认为涉及心、脾。关于发病的机制，多认为本虚标实、肾气亏虚、精髓不足、水不涵木、肝阳上亢，进而导致五脏功能失调，是其核心所在。也有认为肝肾阴虚、心阳虚损为发病之本。还有认为老年高血压病以阳虚为主，兼见阴寒气逆或水气上逆。亦有医家根据张锡纯“脏腑之气有升无降，则血随气升者过多，遂至充塞于脑部”的理论，提出病邪入脑是高血压病的主要病机。从临床多数患者的发病情况以及多数医家的意见看，体质的阴虚阳亢是本病的基本病理，风、火、痰、瘀，包括气血升降失调则是其标，心阳虚、肾阳（气）虚、阴寒气逆、水气上逆则为其继发表现，是部分原发性高血压患者在一定阶段或晚期主要病理发生转化或兼并夹杂趋于复杂所致。

二、治疗

（一）辨证分型治疗

综合本篇所列医家对高血压的辨证分型，以阴虚阳亢

型为最多（占66%），其次为肝火亢盛、阴阳两虚、痰湿壅盛、肝肾阴虚、脾肾阳虚、肝阳化风等证型，其他还有气虚血瘀、血瘀水停、肝郁气滞、痰热相煽等。随着高血压病研究的不断深入，其辨证分型也更加全面和客观。常见的是中医证型除与血压变化结合辨治外，还联系血脂指标、血液流变学、微循环、体外血栓形成、血液超氧化物歧化酶、过氧化脂质、动脉硬化指数以及血管活性物质的变化进行宏观、微观辨治。即使是传统的舌、脉诊，也引入客观量化的评定，更具有针对性和指导性。这有助于临床疗效的提高。

（二）关于抗高血压的中药研究

本篇所列医家所习用的主要抗高血压中药有葛根、杜仲、当归、黄芪、人参、苦丁茶、首乌、三七等。现代药理学研究证明，这些药物确实具有一定的抗高血压的作用。如葛根，主要成分为葛根素，具有 β 受体阻断作用，还能增强脑血流和脑的代谢；有报道从杜仲叶片中提取出的绿橡胶酸，有一定的降压作用。各种杜仲制剂对狗、猫、兔均有降压作用，其中以炒杜仲的煎剂作用较强，在其降压的同时反射引起呼吸兴奋。当归挥发油能对抗血小板所释放的 TXA_2 引起的血管收缩，水溶性成分阿魏酸钠则能抑制 TXA_2 生成，从而起到扩张血管作用；黄芪对多种动物静脉注射均可使血压下降。其降压特点是迅速、短暂，连续给药无快速耐受现象，其降压成分是 γ -氨基丁酸及黄芪甲甙等。黄芪的降压作用可能是直接扩张外周血管的结果；人参含人参皂甙量约4%，人参皂甙是人参生理活性的主要物质基础。人参还含有挥发油、多种有机酸、人参酸等，有扩张血管和降压作用。人参对整体动物的冠状动脉、脑

血管、椎动脉、肺动脉均有扩张作用，改善这些器官的血循环。人参皂甙对血压有双向调节作用，并与剂量及机体功能状态有关。小剂量人参使血压升高，大剂量使血压下降。人参可使高血压患者血压下降，而使低血压或休克患者血压上升。用阿托品后，降压作用明显减弱，故认为人参降压是由于阻滞件 M-胆碱受体的结果。最近研究表明，人参皂甙的降压作用还可能与其激动突触前膜 α_2 受体，减少交感递质释放有关；苦丁茶的水提液能降低血压；首乌对高血压早期肾脏损害有明显的保护作用；三七的主要活性成分-三七总皂甙有较好的降压作用，能显著降低红细胞内 Ca^{2+} 浓度，提高红细胞膜上钙泵活性，改善左室舒张功能。

（三）关于活血化瘀与高血压

现代中医临床治疗高血压病，多重视活血化瘀法的应用。本篇所列医家治疗高血压病常用活血化瘀药，频率最高的为当归、丹参、红花、川芎；其次为牛膝、桃仁、赤芍、丹皮、地龙、益母草；再次为郁金、鸡血藤、大黄、姜黄、水蛭等。由于 1959 年全国心脏血管系统疾病学术会议以来，对高血压病辨证分型以肝肾阴阳辨证为主，所以活血化瘀治则、方药均不处于主流地位。近些年来，随着医家临床实践认识的不断提高，出现了以活血化瘀为主的降压治疗方药，方剂有自拟者，如李仲守医家等；亦有用成方者，如柴浩然医家善用血府逐瘀汤。当然，活血化瘀治疗高血压病与肝肾阴阳辨证并不抵触，在活血化瘀降压方中加入了部分平肝、滋肾药，或从气虚血瘀辨证组方而应用部分益气药，佐以苦寒清热、淡渗利水药，临床多有较好疗效。

(四) 关于高血压的行血息风法治疗

以江世英、俞长荣等医家倡导气血紊乱、阴阳失调为高血压的病机。气血理论在高血压的实验研究和临床论治中占有重要的地位,《素问·生气通天论》曰:“阳气者,大怒则形气绝而血菀于上,使人薄厥。”近代认为这一气血相乱的病机与高血压病极其近似,张锡纯甚至将这一病机解释高血压所致的“脑充血”,“其曰薄厥者,言其脑中所菀之血,激薄其脑部,以至于昏厥也”。这一诠释似与临床因精神紧张所致的高血压脑病有相通之处。传统理论认为“风”的本质与气血不和密切相关,临床观察原发性高血压临床证候大多与中医“风”的发病特点近似。

所谓血瘀,即指血行不利,缓而不畅。《医学入门》说:“人皆知百病生于气,而不知血为百病之始也。”临床上不少病证由“气郁”所引发,但也存在因“血郁”而引发的病证。由于血行郁滞不畅,引起机体脏腑组织局部血液供求不平衡,产生局部脏腑组织相应“血虚”,这种“血虚”可以是一过性的,但如果经常性地发生此类“血虚”,必定导致脏腑功能的失调,形成病理性改变。中医理论认为,“血虚”可以生风,产生麻木、震颤、眩晕等症状。

根据中医气血理论,认为正常血压范围是气血冲和的生理状态;低血压或高血压等血压异常是气血失和的病理表现,严重时可导致厥脱、中风等气血逆乱的后果。因此,气血同治或以理血为主的法则,在高血压病的临床治疗中应受到重视。本篇所列医家提出了血流供求不平衡,机体在各种内外因素作用下,血行充而不利、缓而不畅,导致血郁生风的发病假说,所以认为“行血息风”可作为原发性高血压的基本法则之一。

三、结语

纵观本篇所列医家对高血压的病因、病机特点认识，多认为本虚标实是共同点。但在高血压病理过程中标本的孰轻孰重，目前存在着两大流派：以柴浩然为代表的部分医家认为基本病位在肝，病机系肝的阴阳平衡失调；以张云鹏为代表的部分医家强调病机关键是“内风”，其病位在肾。笔者认为，高血压病病机复杂，患者机体状态不同和疾病阶段不同，往往个体差异很大，且病理机制也并非绝对的单一，往往错综复杂，本虚标实同在，只是偏重的不同。因而辨证或以肝为主，或以肾为主，皆不可偏止。瘀血、痰阻在高血压发病中的作用也受到高度重视，并有大量研究资料表明瘀与痰浊的存在和作用。江世英等医家提出从中医气血理论认识“血压”的概念，认为正常的血压是气血冲和的表现，异常的血压则是气血平衡失调所致。与此相似，孟景春医家提出气虚血瘀是本病的基本病机，血流供求失衡是本病的深一层本质，临床症状就是其本质的外在反应。所有这些都说明中医对高血压的认识在不断提高和深入。

高血压病，以血压升高为标志，以头痛、头晕等为主要临床症状。需要注意的是头痛、头晕并不等于肝阳上亢或阴虚阳亢，更不能将血压升高和肝阳上亢等同起来。临床高血压病有虚有实：虚者为肝肾阴虚、肾精不足、脾气亏损、肾失温煦等；实者，有痰浊、瘀血、气滞、肝阳、肝火等。临床高血压病人，多发生于中年以后，常有腰酸酸软、不耐劳累、夜尿频多、气短乏力、面色虚浮等症状，尤其是形体肥胖的高血压病人。这些都是“精气内夺”、气不化精、痰湿内停的表现。肝阳上扰清窍可致头痛、头晕；

精不足，髓海失充；血不足，脑脉失养；气不足，清阳下陷；痰浊中阻，清阳不升；瘀血阻络，气血不利，亦可致头晕、头痛。可见头痛、头晕病机多端。临床施治，当详辨虚实，调和阴阳，畅达气机，使气机升降有节，阴阳调和、血脉通利，诸症自可痊愈。

在高血压病的病理演变过程中，阴阳虚实可因病程的阶段不同，而发生变化。一般来说，病程早期以实证为主，但并非肝阳上亢一端；痰浊中阻、瘀血阻脉、冲任失和、肝气郁滞等亦为常见。治当以上亢者平之、潜之；痰阻者燥之、化之；瘀血阻脉者，通之、活之；冲任失和者，调之、和之；肝郁者达之、疏之。在病程晚期，以虚为主、虚实兼杂。当根据气血阴阳的虚损不同，采用阴中求阳、阳中求阴、补气生血、补气助阳诸法。并结合兼夹病邪的性质，采用相应的祛邪之法。总之，高血压病机在于阴阳失调、气血失和，而非是肝阳上亢。调和阴阳、畅达气血，升者治以降、降者治以升，结者治以散，寒者治以温，热者治以寒，使阴阳和调、气血冲和，则高血压病诸症自可痊愈。

(张 东 张 晋 王立群)

参 考 文 献

- [1] 单书健，陈子华编著. 古今名医临证金鉴·头痛眩晕卷. 北京：中国中医药出版社，1999
- [2] 柯联才. 盛国荣利水降压法用药经验. 中医杂志，1994，35(1)：22~24
- [3] 柴瑞霖. 柴浩然治疗高血压病的经验. 山西中医，1994，10(4)：10~11
- [4] 柴瑞霖. 柴浩然辨治高血压“反跳”的经验. 山西中医，1994，10(6)：5~8

- [5] 周琴花, 花根才, 张云鹏老师心脑血管疾病学术经验介绍. 新中医, 1998, 30 (12): 9~11
- [6] 韩仲成, 等. 印会河治疗高血压病经验举隅. 浙江中医杂志, 1994, 29 (11): 484
- [7] 陈根芳, 徐迪华治疗原发性高血压的经验. 江苏中医, 1999, 20 (3): 11
- [8] 卢灿辉, 等. 卢永兵治疗老年高血压病经验. 中医药研究, 1999, 15 (6): 40
- [9] 张继东, 陈克忠治疗老年高血压经验. 江苏中医, 1994, 35 (1): 6~7
- [10] 许仕纳, 等. 俞长荣教授治疗高血压病的经验. 福建中医学院学报, 1994, 4 (3): 1~3
- [11] 高振华, 高咏江辨治高血压病的经验. 中医杂志, 1997, 38 (11): 654~655
- [12] 王顺贤, 汪履秋治疗高血压病经验. 南京中医学院学报, 1994, 10 (5): 26~27

冠状动脉粥样硬化性心脏病

【概述】

冠状动脉粥样硬化性心脏病简称冠状动脉性心脏病或冠心病，指由于冠状动脉粥样硬化导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏病。为动脉粥样硬化导致器官病变的最常见类型。

本病多发生于40岁以上，男性多于女性，且以脑力劳动者居多，是工业发达国家的流行病，已成为欧美国家最常见的心脏病病种。1988年美国约有608万人患冠心病，约54万人因此而死亡。

作为亚洲国家本病在我国不如欧美国家多见，但近年有增多趋势。1976年我国12个城市的统计，本病人口死亡率为29.6/10万，其中以北京、天津两市最高。70年代中期北京、上海、广州三市本病人口死亡率分别为21.7/10万、15.7/10万和4.1/10万，80年代中期分别增至62.0/10万、37.4/10万和19.8/10万，其趋势是北方高于南方。由于在大规模普查中诊断冠心病有技术上的困难，结果不十分可靠，但70年代全国22个省、市、自治区和部队调查40岁以上人群患病率为6.46%，较50年代北京和上海的2.45%~3.18%高1倍以上，可能有参考意义。WHO监测47国35~64岁年龄段冠心病事件发病率的MONICA方案显示我国北京处于倒数第二（男性）和第三（女性）位，然而却高于末

位的日本, 值得注意。上海医科大学两附属医院 4 个年代的资料显示本病在住院内科心脏病病人的构成比中, 由 50 年代的 6.78%, 增至 80 年代的 26.80%。

本病是动脉粥样硬化所致。对冠状动脉粥样硬化来说, 最重要的易患因素是高龄、男性、高脂血症、高血压、吸烟和糖尿病。冠状动脉之所以易于发生粥样硬化, 可能是: ①该动脉内膜和部分中膜的血供由管腔直接供给, 血中的氧和营养物质直接透入内膜和中膜, 因而脂质亦易于透入。②该动脉与主动脉的交角几乎呈直角, 其近端及主要分支的近端受到的血流冲击压力大, 因而易受损伤。近年来还发现血小板功能和本病发病密切相关。本病病人血小板功能多数亢进, 对各种致聚因素敏感, 生存时间缩短, 循环血液中血小板聚集率增加, 发生释放反应, 释出 β 血小板球蛋白、血小板因子 IV、血小板源生长因子、二磷酸腺苷、5-羟色胺、儿茶酚胺、凝血激酶、组胺、血栓烷 A_2 等。这些物质使更多血小板聚集, 形成血栓; 增加冠状动脉的通透性; 使冠状血管痉挛, 损伤血管壁; 促使血管壁平滑肌细胞增生从而导致冠状动脉粥样硬化。

冠状动脉有左、右两支, 开口分别在左、右主动脉窦。左冠状动脉有 1~3cm 长的总干, 然后分为前降支和回旋支。前降支供血给左心室前壁中下部、心室间隔的前 2/3 及二尖瓣前外乳头肌和左心房; 回旋支供血给左心房、左心室前壁上部、左心室外侧壁及心脏膈面的左半部或全部和二尖瓣后内乳头肌。右冠状动脉供血给右心室、心室间隔的后 1/3 和心脏膈面的右侧或全部。这三支冠状动脉之间有许多小分支互相吻合, 连同左冠状动脉的主干, 合称为冠状动脉的四支。粥样硬化可累及四支中的一、二或三支, 亦可四支冠状动脉同时受累。其中以左前降支受累最

为多见，病变也最重，然后依次为右冠状动脉、左回旋支和左冠状动脉主干。病变在血管近端较远端重，主支病变较边缘分支重。粥样斑块多分布在血管分支的开口处，且常偏于血管的一侧，呈新月形，并逐渐引起管腔狭窄或闭塞。冠状动脉粥样硬化发展到一定程度，将影响心肌的血供。心肌的需血和冠状动脉的供血是矛盾对立统一的两个方面。在正常情况下，通过神经和体液的调节，两者保持着动态的平衡。当血管腔轻度狭窄时（ $\leq 50\%$ ，心肌的血供未受影响，病人无症状，各种心脏负荷试验也未显出心肌缺血的表现，故虽有冠状动脉粥样硬化，还不能认为已有冠心病。当血管腔重度狭窄时（ $> 50\% \sim 75\%$ ），其对心肌供血的能力大减，心肌发生缺血，是为冠心病。冠状动脉供血不足范围的大小，取决于病变动脉支的大小和多少，其程度取决于管腔狭窄程度及病变发展速度。发展缓慢者，细小动脉吻合支由于代偿性的血流量增大而逐渐增粗，增进了侧支循环，改善心肌血供，此时即使动脉病变较严重，心肌损伤却不重；发展较快者，管腔迅速堵塞，心肌出现损伤、坏死；心肌长期血供不足，引起心肌萎缩、变性、纤维组织增生，心脏扩大。此外，粥样硬化斑块的出血或破裂，粥样硬化的冠状动脉（亦可无粥样硬化病变）发生痉挛或病变动脉内血栓形成，均可使动脉腔迅速严重地狭窄或堵塞，引起心肌急性缺血或坏死。

由于冠状动脉病变的部位、范围和程度的不同，本病有不同的临床特点，一般可分为5型：①隐匿型或无症状性冠心病。无症状，但有心肌缺血的心电图改变。心肌无组织形态改变。②心绞痛。有发作性胸骨后疼痛，为一时性心肌供血不足所引起。心肌多无组织形态改变。③心肌梗死。症状严重，为冠状动脉阻塞，心肌急性缺血性坏死。

所引起。④缺血性心肌病。长期心肌缺血所导致的心肌逐渐纤维化，过去称为心肌纤维化或心肌硬化。表现为心脏增大、心力衰竭和（或）心律失常。⑤猝死。突发心脏骤停而死亡，多为心脏局部发生电生理紊乱或起搏、传导功能发生障碍引起严重心律失常所致。近年有人提出急性冠状动脉综合征一词，指由于冠状动脉急性变化，血流突然减少，引起不稳定型心绞痛、急性心肌梗死或猝死。

心绞痛和心肌梗死，祖国医学家称之为“厥心痛”、“真心痛”（《内经》）和“胸痹”（《金匱要略》）。气滞血瘀是本病的主要病理。因气为血帅，气行则血行，气滞则血亦滞。由于阳气不足使气血瘀滞，阻塞心窍，脉络不通，不通则痛而发生心绞痛。如《素问·举痛论》说：“经脉流行不止，环周不休。寒气入经而稽迟，泣而不行。客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛。”又说：“心痹者，脉不通。烦则心下鼓，暴上气而喘。噤干善噫，厥气上则恐”（痹论篇）。《类证活人书》说：“包络之痛，亦有失血之后，瘀血留滞，胸中隐隐痞痛……亦有痰涎停伏，窒碍不通而痛。更有本经血滞气郁，久从火化而虚……皆俗所谓心痛也”。《金匱要略》说：“阳微阴弦，即胸疾而痛。所以然者，责其极虚也。今阳虚，知在上焦，所以胸痹心痛者，以其阴弦故也。”总之，本病是以心的阴阳气血不足为核心，属本；血瘀、痰湿、气滞、寒凝则是诱发因素。

【名医经验】

1. 陈可冀诊治经验

陈氏将冠心病按西医病名为纲，主张辨证与辨病相结

合进行治疗。

(1) 心绞痛

《临证指南医案》胸痹一节，曾归纳叶天士的经验认为“胸痹无热证”，陈氏认为这些见解似欠全面。冠心病乃本虚标实证，其心绞痛的发作有偏热痛、偏寒痛、偏虚痛、偏实痛之不同。胸痹中的热证并不少见，由于冠心病多见于中、老年人，吸烟及合并高血压者很多，除有胸闷症状外，患者常感心前区烧灼样疼痛，面红赤，口干口苦，舌燥，大便干，舌质黯红，苔黄腻，脉弦滑或涩等，证属“痰热内阻，夹有瘀血”。是由于胸阳痹阻，气血瘀滞，痰浊内阻，瘀久化热；或痰浊血瘀耗气伤阴，阴虚内热所致。治疗心绞痛热象偏重者，陈氏常用小陷胸汤和凉血活血药，或用四妙勇安汤加减；偏寒痛者，痛时肢冷汗出，面色苍白，脉迟，以温通类方药如苏合香丸较宜；偏虚痛者，形气较虚，动则心痛诱发或加剧，心悸气短，疲倦乏力，舌胖有瘀斑，苔白，脉细弱无力，常用生脉散、保元汤合活血药调治，或用补阳还五汤化裁；偏实痛者，形体俱实，易激动，苔黄或燥，脉弦有力，常用血府逐瘀汤理气活血。

陈氏认为，冠心病心绞痛发作的直接原因是心脉瘀阻、心肌缺血缺氧，但引起心脉瘀阻的原因却是多方面的，气滞、痰浊、寒凝、热结、心脉挛急，或心脏气血阴阳亏虚等均可引起，临床以多种因素相互影响、交杂为患者较多。本病病位在心，但却往往和其他脏腑功能低下或失调相关。《难经·六十难》云：“其五脏气相干，名厥心痛”，较好地说明了心痛与其他脏腑的关系。因此，陈氏在治疗冠心病时常不独治心，而是依据脏腑相关理论，通过调整其他脏腑阴阳气血的偏盛偏衰达到治疗心痛的目的。归纳起来大致有如下3法：①心胃同治。临床上不少冠心病心绞痛患

者，心绞痛每于餐后发作，或餐后规律性地发生各种心律失常。现代医学认为，饱餐后发生心肌缺血，反映病人的冠状动脉储备能力极差。患者往往在餐后 20~30min 出现心前区疼痛，伴胸脘痞闷、恶心、纳呆等症。中医临床从调理脾胃入手，不仅可以改善临床症状，部分病例心电图心肌缺血的变化亦可随之好转。

脾胃与心有经络相连。足太阴脾之经脉，属脾络胃，“其支者，复从胃，别上膈，注心中。”《素问·平人氣象论》云：“胃之大络，名曰虚里，贯膈络肺，出于左乳下，其动应衣，脉宗气也。”虚里即心尖搏动处，可见心与脾胃关系密切。脾病，气血生化乏源，不能上奉于心，心失荣养；或营卫、宗气生成不足，胸中阳气式微，不能贯注心脉，血脉凝泣不通；或脾失健运，不能运化水谷精微以营养四肢百骸、五脏六腑，酿生湿浊，循经上逆胸中，痹阻胸阳，阻滞心脉而致胸闷心痛。正如《素问·太阴阳明篇》云：“今脾病不能为胃行其津液，四肢不得禀水谷气，气日以衰，脉道不利。”至于胃发生病变时，因“脉以胃气为本”，“胃为水谷之海”，故心胃相互依赖，相互影响。因此，胃病则不能受纳腐熟水谷，宗气不利，胃之大络阻滞，虚里痹阻，心脉受阻以致心痛发作。冠心病心胃同治法首载于《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》，“胸痹，心中痞，气结在胸，胸满胁下逆抢心，枳实薤白桂枝汤主之，人参汤亦主之。”此处之人参汤，即是温补脾胃的方药。其次象橘枳姜汤，亦是脾胃论治胸痹的方药，只是后者是通过和胃降逆，达到调理气机，振奋中阳，驱除胸中寒邪之目的。临床上陈氏遵仲景之法，从调理脾胃，斡旋中州入手，治疗冠心病心绞痛每获良效。脾胃虚弱，气虚不运，症见心前区隐痛，时作时止，心悸气短，动则尤甚，倦怠

乏力，食少纳呆，舌淡胖有齿痕，苔薄白，脉细弱或结代者，治以健脾胃、补中气，中气盛则宗气旺，心脉自通，方选保元汤加瓜蒌、薤白、丹参；若有清阳不升、中气下陷之证，则予补中益气汤加味。本证虽有心痛、气短等证，但此乃气虚无力运行血脉所致，宜慎用行气破气之品。正如《罗氏会约医镜》所云：“凡常人之于气滞者，惟知破之散之，而言补以行气，必不然也，不知实则气滞，虚则力不足运动其气，亦觉气滞，再用消散，重虚其虚矣。”若气血两虚，脉道不充，血行滞涩，心失所养，症见胸痛隐隐，心悸、怔忡，气短、胸闷，眩晕，健忘、失眠多梦，面色无华，唇甲色淡，舌淡暗、苔薄白，脉细弱涩滞者。治以健脾益气、养心安神，陈氏常用归脾汤加减。此型注意不可过用活血祛瘀消滞之品，当知养血以行血，使气旺血足，脉道自可充盈调畅。若气虚中寒，或中阳虚衰，阴寒内盛，上逆心胸，或素体脾胃阳虚，复感寒邪而致胸阳痹阻，心脉挛急，心血瘀阻，症见猝然心痛如绞，冷汗出，每因寒冷诱发或平素胃脘冷痛，喜温喜按，大便溏薄，舌淡苔白，脉沉迟者。治用温中散寒、健脾益胃、通络止痛法，常选附子理中汤加味。若脾胃虚弱，湿浊内生，阻碍气机，痹阻胸阳，血行不畅，症以胸部闷痛为主，伴见胸脘痞闷，纳呆呕恶，头晕头沉，便软不爽，苔腻脉滑者。临床应辨证属湿浊、湿热亦或痰浊、痰热之不同。湿浊内盛、脾失健运者，予芳香化湿、行气和胃，方选平胃散加味；湿热中阻者，予宣畅气机、清化湿热，方以三仁汤加减；痰浊痹阻者，以瓜蒌薤白半夏汤合小陷胸汤进退；偏于痰热者，则予黄连温胆汤加减治疗。②补肾固元。肾为先天之本，水火之宅，内藏元阴，五脏之阴非此不能滋，心血靠肾精化生而补充。又内寄元阳，为一身阳气之根本，五脏之阳

非此不能发。若肾阳亏虚，不能温煦五脏，心脾之阳气亦为之不足。心阳亏虚，血不得运；脾气失温，气血生化乏源，营亏血少，脉道不充，血行艰涩，均可发为心痛。冠心病心绞痛多见于45岁以上的中老年人，“人年四十，阴气自半”，“八八肾气衰”，故冠心病患者心肾气虚或阳虚证候常较突出。因此，陈氏在治疗中非常重视补肾固元这一环节：偏于肾阳虚者，常用保元汤加仙灵脾、菟丝子冲服细辛、沉香各0.5g温补心肾；偏于肾阴虚者，常用左归丸、首乌延寿丹加减治疗。临证即使没有肾虚症状，亦常于方中加仙灵脾、菟丝子、枸杞等温润之品，以补先天、化气血、运血脉。③调畅肝气。肝主藏血、疏泄，以血为体，以气为用，与人体气血息息相关。明代《薛氏医案·求脏篇》云：“肝气通则心气和，肝气滞则心气乏。”强调肝气失调可致心病。肝的疏泄功能失常，气机失畅，气结则血脉运行不畅；若肝气郁结，日久化火，郁热伤阴，心失所养，脉道不充，血行艰涩；或肝气横逆犯脾，脾失健运，湿浊内生，痰火扰心，炼血为瘀，皆可致发心痛。此外，肝主筋脉，肝气郁结，亦可致心脉挛急而发心痛。临床患者多因情绪变化而诱发或加重心前区疼痛，伴胸闷、气短、善太息、胁痛等。对痛随情绪变化而加重或变频，伴两胁不适者，陈氏常予以疏肝调气、活血化瘀治疗，以“疏其血气，令其调达。”临床陈氏常用疏肝解郁汤加减（柴胡、郁金、香附、金铃子、延胡索、青皮、红花、丹参、泽兰）治疗。瘀血明显者则予血府逐瘀汤或通窍活血汤以理气解郁、活血止痛；夹痰湿者常合用通阳宣痹之瓜蒌薤白半夏汤或温胆汤；兼有肝阴不足者，常与柔肝安神的酸枣仁汤或杞菊地黄汤合用；肝肾阴虚者，予一贯煎加减。

陈氏认为冠心病心绞痛病机多属本虚标实，治则可以“扶正祛邪、标本兼顾、通补兼施”概括之。但在本病的不同时期，本虚标实的轻重缓急常有不同，临床症状变化难测，表现极其复杂。如何根据冠心病心绞痛发生发展过程中的虚实变化遣方用药，成为中医临床能否取得疗效的关键。陈氏临床治疗此病，强调按疾病的不同发展阶段，根据疾病的病因、病性、病势病证结合论治。

①心绞痛发作期：心绞痛发作时，病机以气滞、血瘀、寒凝、热结为主，此时治疗应以芳香温通、急开其痹为大法，以使通而不痛。开痹之法，首推芳香温通类药物，其气味芳香，性善走窜，既有通脉宣痹之力，又有较快解痛之功。中成药如苏合香丸、苏冰滴丸、冠心苏合丸、速效救心丸、宽胸丸、宽胸气雾剂等皆可在心痛发作时含服、喷雾或吞服。但芳香温通药不宜过用久服，以免耗伤心气、心阴，必要时常以保元汤加圆肉、柏子仁、酸枣仁、远志等药温阳散寒、安神通脉。心痛频繁发作间期，陈氏则常选用活血化瘀或豁痰宣痹类药物治疗，使血脉流通，从而达到缓解疼痛之目的。这类方药缺乏较速解痛之功，宜在心痛标急得缓后使用，活血通络，豁痰宣痹，标本同治。活血化瘀常用冠心Ⅱ号方、血府逐瘀汤、失笑散（生蒲黄、五灵脂）、乳没片、延胡索沉香末、沉香郁金粉、三七粉等。兼见寒凝或阳虚者，加用通阳或温阳之品，如桂枝、薤白、细辛、仙茅、仙灵脾等；寒重者可用附子、肉桂等大辛大热之品，以急散其寒，温通经脉；痰瘀痹阻者，则豁痰与宣痹并用，以开豁胸中痰浊，宣达胸中阳气，使血脉畅通，通则不痛，常加用瓜蒌薤白半夏汤或枳实薤白桂枝汤、瓜蒌片以及进食葱蒜薤等定痛，陈氏临床体会薤蒜确有“走上焦，通心阳，泄浊阴，开胸痹，散结气”等作

用，平素胃寒者更合适。若痰浊化热而见痰热证候者多仿黄连温胆汤意。

②心绞痛缓解期：多为慢性冠状动脉供血不足，中医治疗应以减少或防止心绞痛复发为目的，治宜标本兼顾，补通兼施。补为治本之法，旨在调脏腑气血阴阳之偏盛偏衰，如益气温阳、滋阴养血等。通为治标之法，旨在宣通脉络之痹阻，其活血化瘀法尤为常用。但临证时应根据临床症状之不同，分别采用理气活血、化痰活血、温阳活血、祛湿活血等不同，并根据心绞痛的不同类型病证结合辨证治疗。

A. 自发型心绞痛（包括变异型心绞痛）：自发型心绞痛是由于冠状动脉痉挛、局部血流供应减少所致的心绞痛。与劳力型心绞痛相比，这种疼痛一般持续时间较长、程度较重、不易为硝酸甘油缓解，胸痛发作与心肌耗氧量增加无明显关系。变异型心绞痛患者冠状动脉造影显示，正常冠状动脉者占10%~20%，冠状动脉严重狭窄者占50%~70%，冠状动脉痉挛发生率随粥样硬化程度的加重而增加。现代医学治疗此病主要应用硝酸酯类药物及钙拮抗剂扩张冠状动脉、改善心肌血供，药物无效者则考虑行介入性冠状动脉手术治疗。自发型心绞痛和中医的“厥心痛”、“卒心痛”等病临床表现较为相似，临床治疗通常采用温阳、活血、舒肝、通脉等方法，但疗效多不满意。陈氏治疗自发型心绞痛遣方用药独具匠心，每见良效。

温通心阳，重在培元：自发型心绞痛患者临床多表现为阳虚寒凝症状，如胸痛剧烈、常在夜间或感受寒邪时发作，平素畏寒肢冷、体乏无力、胸闷气短，舌质紫黯、脉沉弦或弦紧等。陈氏认为此病阳虚虽多以心阳虚、血脉凝滞为主，但其本则多源于元阳亏虚。肾阳亏虚、命门火弱，

不能温煦心阳，寒邪侵其虚处、客其心脉，则引发心痛。陈氏治疗此类患者，多主张以温阳益气散寒、活血通脉止痛立法，尤其注重温补心肾之阳。临证处方，即使无肾阳虚症状，亦多加温补肾阳之品。善用甘温辛润药如淫羊藿、补骨脂、山萸肉、菟丝子、巴戟天等，配伍黄芪、桂枝、薤白等益气温阳。不主张用姜、附等辛热之品，以防辛燥耗散伤阴。常用保元汤加减，方为：人参 6~10g（先煎兑入），生黄芪 30g，桂枝 8~10g，白芍 30g，川芎 10g，生甘草 5g，淫羊藿 15g，菟丝子 15g。若症见畏寒肢冷，腰酸腿软，小便清长，舌淡胖，脉沉迟者，属肾阳亏虚为主，可加熟地、附子等以阴中求阳，附子用量为熟地的 1/3~1/4；若兼脘腹胀满，便溏，纳呆，属脾阳不足为主者，可加干姜、砂仁、香附以温运中州、理气化滞。运中州加香附，意在理肝气、调气血，使气血调畅，湿浊易化。若以胸闷为主、感寒诱发者，多为心阳不宣、气血凝滞，加瓜蒌、重用薤白、桂枝以通阳宣痹。瓜蒌、薤白在方中均可用至 30g 左右。薤白辛而不燥，善通阳气、散结气，与桂枝合用易取温心阳、散寒邪之效；心绞痛发作频繁、舌质紫黯或有瘀斑者，则用上方冲服复方血竭散（血竭、沉香、琥珀、冰片、三七、延胡索）治疗，以补虚理气、活血定痛。胃不和者，去血竭、琥珀；若为寒凝血脉、疼痛剧烈、唇甲晦暗或青紫、脉弦紧者，则加重附子、桂枝用量，同时配伍芳香温散之品。待凝寒散、结滞祛，再用甘温补益之法，缓图治本。

解郁升阳，善用风药：冠心病自发型心绞痛常和情志抑郁不畅有关，心绞痛症状有时并不典型，但发作却较频繁。常伴见胸闷、善太息、两胁不舒等症，疼痛多在清晨 5~7 点或情绪波动时发作。陈氏认为肝藏血，主筋、主疏

泄，而卯时为肝所主，肝木当旺，阳气升发之时，若肝气郁结，疏泄、条达、宣散功能失常，阳气升发无力，不能温养筋脉，可致心脉挛急作痛；此外，情志抑郁，失其疏泄，气机郁滞，脉络阻滞亦能作痛。治当疏肝解郁、升阳解痉。陈氏常用疏肝解郁汤加减治疗，方用：柴胡 12g，郁金 12g，香附 10g，金铃子 6g，陈皮 12g，延胡索 10g，荷叶 10g，丹参 12~15g，红花 10g，白芍 15g。本方疏肝解郁以解心脉挛急，舒脉活血以行血中瘀滞，使气血调达、胸痛自止。陈氏临床治疗肝气郁证，多取李东垣风药升阳之法，于疏肝之中伍用风药如荷叶、柴胡、葛根、防风、升麻等。此处治疗自发型心绞痛加用风药，亦为风药升阳，助肝胆升发少阳春生之气，以利气血布达，使心脉挛急得舒，心痛自可向愈。陈氏还认为，在天为风，在脏为肝，用散风之药亦可发挥行气之用，从而使气行血行。若有脘腹胀满、食欲不振、乏力便溏者，为肝郁脾虚，可在上方基础上加香砂六君子汤补气运脾；兼有湿阻者，可加藿香、佩兰芳香化浊。

滋肾柔肝，解痉舒脉：寒凝、气滞、瘀血阻滞血脉，不通则痛；血脉失荣、筋脉挛缩，亦可发生疼痛。临床冠心病自发型心绞痛反复发作，有阴虚见证者并不少见。其阴虚失荣责之于脏腑，多在肾、肝、心三脏。阴血亏虚，一则心失濡养而心痛；二则阴虚生内热、消烁津液、血脉艰涩而发心痛；三则筋脉失荣而挛缩，发生心痛。临床常表现为心烦不眠、五心烦热、潮热自汗或盗汗、舌红少苔或无苔、或舌有裂纹。心绞痛多在上午发作，或起床穿衣、洗漱时发作，常伴耳鸣目涩、头晕健忘、腰酸腿软等症状。治疗当滋肾养肝、柔肝解痉、活血舒脉。陈氏临床治疗此类患者，常用一贯煎加减治疗。方用：生地 15g，沙参

20g, 女贞子 12g, 旱莲草 12g, 麦冬 12g, 当归 15g, 白芍 30g, 炒川楝 6g, 丹参 20g, 桂枝 6g, 生甘草 6g。方中生地、沙参、麦冬养阴荣脉; 女贞子、旱莲草滋补肾阴; 当归、白芍、丹参养血柔肝、活血舒脉, 少佐川楝疏肝解郁; 桂枝温阳通脉、变化阴阳。若症见心悸、怔忡、心烦少寐属心阴虚为主者, 易用天王补心丹加减治疗; 因情绪激动而诱发, 兼见肝气郁结症状者, 加柴胡、郁金、防风疏肝解郁、活血定痛; 冠状动脉痉挛反复发作, 加龟甲、炙鳖甲、地龙、秦艽滋阴息风解痉; 兼有肝阳上亢者, 加天麻、钩藤、桑叶、菊花、生石决明平肝潜阳; 瘀血症状明显者, 加赤芍、桃仁、红花活血通脉止痛。

巧用活血, 意在和脉: 自发型心绞痛, 多为冠状动脉严重狭窄的基础上冠状动脉痉挛所致, 其机制与斑块破裂、血小板聚集和释放缩血管活性物质及不全堵塞性血栓形成有关。中医认为这一病理改变属于血瘀证范畴。因此, 活血化瘀、通利血脉在自发型心绞痛的治疗中占有重要地位。陈氏临床应用活血化瘀药治疗自发型心绞痛, 多注重以下要点, 即活血祛瘀药物中每稍佐滋阴。活血化瘀药多辛香走窜, 易伤阴耗血。邪实阻滞如寒凝、痰阻、气滞等可致血脉不利, 阴血亏虚, 血脉失荣亦可致血行瘀滞。故临床应用活血药治疗心痛时, 常佐生地、当归、白芍等, 以防辛香走窜伤阴; 另外, 益气或温阳活血, 活血药量宜小; 理气活血, 活血药量宜大; 理气活血与益气活血有所不同, 益气活血时, 益气药量应大, 活血药量应小, 以取气行血行之效; 理气活血时, 活血药量常应大于理气药剂量, 以调理气机于轻灵之中; 再者, 对瘀血、顽血, 常应佐以破散。疼痛反复发作, 瘀血征象明显, 多有瘀血、顽血阻滞血脉, 陈氏临床常投以水蛭粉、桃仁泥、红花、鬼箭羽、

土鳖虫等逐瘀散血药味，以使血脉畅通。但多不用三棱、莪术等破血耗气之品；对于久病不愈、冠状动脉痉挛为主者，陈氏善用通络息风药味如全蝎、地龙、白芍等，以活血通络解痉，缓解冠状动脉痉挛。

B. 劳力型心绞痛（初发型、稳定型或恶化型）：劳力型心绞痛是在冠状动脉粥样硬化导致管腔固定性狭窄的基础上，由于心肌耗氧量的增加而引起的心绞痛。它有一个明显的特征，即心绞痛每因劳累、情绪激动、饱餐等增加心肌耗氧量的因素而诱发。一般而言，劳力型心绞痛的本虚标实以本虚更明显，治疗当补虚祛邪，且偏重补虚，临床才能取得较好效果。

扶正为主，顾护阴阳：由于劳力型心绞痛每因劳累诱发或加重，中医认为劳则气耗，因此，气虚多是病机的一个主要方面。宗气内虚，不足以贯心脉，行呼吸而致心痛、胸闷、气短；气虚津液不布，易致心肺阴虚、津液亏乏，出现阴虚见症。由于阴阳互根，故治疗上宜采取“补阴顾阳，补阳护阴”的方法，才能使阴阳逐渐趋于平和，达到“阴平阳秘，精神乃治”。陈氏临床常益气养阴并举。补气，陈氏常参芪并用，尤喜用黄芪，认为黄芪善补胸中宗气。宗气旺，则虚滞者行，血瘀者通，痰浊者化，即“大气一转，其结乃散”。临床上陈氏应用黄芪，每佐以与陈皮配伍，使其补而不滞。党参一味，有条件者或病重者常换用人参，偏阴虚者，则以西洋参或太子参代替。他认为人参、西洋参，其补气之力远非党参、黄芪、黄精之类所能及，其能上补心肺，下补肾元，和黄芪相伍可宗气、元气并补，显著增强补气活血之力。若无人参、西洋参，可用黄芪、党参等与温补肾阳药如仙灵脾、菟丝子等合用，达到宗气、元气并补之目的。处方常选生脉保元汤加味（党参 15～

30g, 黄芪 15~30g, 麦冬 10~15g, 五味子 10g, 丹参 12~30g, 瓜蒌 15~30g, 薤白 15~30g, 半夏 12g, 菟丝子 15~30g), 以益气养阴、通阳宣痹、活血止痛。

活血调脉, 化瘀止痛:劳力型心绞痛活血化瘀为治标之法, 用法常参照王清任补阳还五汤意, 重用补气药, 轻用活血化瘀药, 补而寓通, 使气旺血行。活血化瘀药常选用丹参、川芎、红花、当归、焦山楂等养血活血或活血而不破血耗气之品; 亦喜用前辈岳美中老师所创制的人参三七琥珀末方, 三药之比 2:2:1, 共为细末调匀, 每日 3 次, 每次 1g。若入汤剂, 则以延胡索易琥珀。治疗冠心病劳力型心绞痛每获佳效。此外, 冠心病 II 号方中丹参、川芎、赤芍、红花、降香之配伍, 也有活血而不破血, 行气而不破气等优点, 陈氏临证亦常选用。而初发劳力型心绞痛、恶化劳力型心绞痛属不稳定性心绞痛范畴, 多有冠状动脉进行性狭窄、斑块破裂、内膜下出血、血小板易于粘附聚集、冠状动脉微血栓形成等病理改变, 较之稳定性劳力型心绞痛相比, 其血脉瘀滞较重, 且常有血管痉挛因素存在, 其气虚更加明显。治疗应在大补宗气、元气的基础上加重活血化瘀药的用量, 甚至适当加用破血逐瘀药, 如水蛭粉、桃仁泥、生乳香、没药、土元等化瘀止痛药, 临床上常有较好的效果。

宣痹通阳, 豁痰宽胸:张仲景《金匱要略》将胸痹病机归纳为“阳微阴弦”, “责其极虚也”, 可见本病以虚居多。陈氏认为此处阳微阴弦乃指上焦阳气不足, 下焦阴寒内盛, 上乘于清阳之位。胸阳不足, 阴邪搏结为其主要病理。由于心为阳中之太阳, 位于胸中, 上焦阳虚, 不能温运血脉, 心脉痹阻, 发为心痛; 胸为清阳之府, 阳气生发之处, 心阳充沛则气机流畅, 若外邪侵袭, 痰浊痹阻, 抑

遏胸阳，亦可心痛胸闷。陈氏临床常用瓜蒌薤白半夏汤加减。瓜蒌宣痹豁痰通络，薤白通阳宣痹，半夏和胃降浊，间接扶助心阳，鼓动阳气，祛散阴霾。陈氏强调应用瓜蒌薤白半夏汤治疗冠心病应注意以下几个方面：一是要掌握适应证，患者要有明确的痰浊、湿浊壅阻、胸阳不展的症状，如形体肥胖，胸闷窒息而痛，舌苔厚腻，脉弦滑等。否则一遇冠心病就予瓜蒌薤白半夏汤等治疗，只能徒伤正气，加重病情；二要注意痰浊是否有郁而化热之象。痰浊闭阻，无热化者，瓜蒌薤白半夏汤即可，偏寒者，用瓜蒌薤白半夏汤加桂枝；痰浊化热者，则易用小陷胸汤（黄连、瓜蒌、半夏）。此外，劳力型心绞痛多有气虚痰浊这一病理改变，陈氏亦常加补气药，如黄芪、党参等。二者配伍，补气促其气化，痰浊易祛；宣痹通阳，气血易于运行。还常稍佐醒脾运脾化湿之品，如陈皮、茯苓、砂仁、藿香、佩兰等，使脾运而痰湿无由所生。胸痹气憋较甚者，常加疏肝调气之青陈皮、柴胡、枳壳等，使气顺而痰消，所谓：“善治痰者，不治痰而理气，气顺则一身之津液亦随之而顺。”自无停积成痰之患。

补肾顾本，安神定心：冠心病心绞痛多发生于中老年人，经曰：“人年四十，阴气自半”，故临床冠心病心绞痛病人不论有无肾虚症状，皆可存在一定程度的肾虚。因血脉遇寒则凝，遇温则行，故补肾时宜偏于温补，陈氏常用仙灵脾、巴戟天、菟丝子、枸杞等温而不燥之品。现代药理研究亦证实此类药物有抗心肌缺血、调节血小板功能等作用。但冠心病肾阳虚者，往往肾阴亦虚，而呈阴阳两虚之候，治之应扶阳养阴并举，常用桂附地黄汤，或加女贞子、旱莲草、玄参等；阴虚阳亢者，常加天麻、钩藤、生石决明等平肝潜阳之品；肾阴亏虚不能上济于心，水火不

济，心肾不交，出现心悸、失眠多梦，五心烦热等症状者，常用知柏地黄汤加酸枣仁、柏子仁、远志等以滋阴降火、安神定心。现代药理研究亦证实酸枣仁、柏子仁、夜交藤、远志等宁心安神之品，对调节交感神经功能平衡，增强心肌耐缺血缺氧的能力有一定作用。

恶化劳力型心绞痛病程较长，与中医的“久心痛”表现类似，临床特点为心痛发作频繁，甚至稍动即发，说明此型心绞痛除有瘀血阻滞、心脉不通外，还存在明显的气虚与肾虚，陈氏治疗此型心绞痛尤其重视益气补肾活血化瘀。劳力型心绞痛的恶化目前有3种机制：一为心肌供血下降；二为心肌耗氧量增加；三为心肌细胞耐缺血缺氧能力下降。活血化瘀可改善冠状动脉供血，增加冠状动脉血流量；益气药与补肾药则偏重于后两种机制，通过调节激素分泌及细胞代谢等，降低心肌氧的消耗量，增强心肌细胞的耐缺血缺氧能力。

卧位型心绞痛，是一种严重的劳力型心绞痛。以卧位时发生心绞痛，坐起或下地时缓解为特征。平卧后回心血量增多导致室壁张力增加、心肌耗氧量加重是卧位型心绞痛的发病原因。卧位型心绞痛临床一般分为3型：心绞痛发作前肺动脉压正常，且发作过程中无明显变化。这种类型的心绞痛发作，主要是由于心肌耗氧量的增加超过了固定狭窄的冠状动脉的储备能力所致，患者的心功能尚属正常；心绞痛发作前虽有肺动脉压升高，但无心功能不全表现；心绞痛发作前即有肺动脉压的升高，先出现心功能不全，反射性地引起心率加快、血压升高，心肌耗氧量增加。陈氏治疗本病，前两型一般与恶化性劳力型心绞痛基本相同，后者则强调重用益气温阳扶正，改善心功能，佐以肃肺活血利水。常用生脉散、真武汤合葶苈大枣泻肺汤等加

减,药用人参、麦冬、五味子、附子、玉竹、葶苈子、茯苓、丹参、益母草、酸枣仁、大枣等,常受到良好效果。

(2) 心肌梗死

陈氏认为,急性心肌梗死(是指持久而严重的心肌急性缺血所致的心肌部分坏死,其中90%左右是在冠状动脉病变的基础上发生的冠状动脉供血急剧减少或血流中断,10%左右是冠状动脉痉挛或其他原因所致。由于供应心脏的冠状动脉发生粥样硬化,在此基础上加上血小板的粘附、聚集、血栓形成、纤维蛋白原的参与及斑块破裂、出血等使冠状动脉急性闭塞及/或冠状动脉痉挛造成管腔的闭塞,使心肌细胞出现缺血性损伤。当缺血持续并进一步加重时,心肌就会出现不可逆的损害,即心肌梗死。发生心肌梗死的患者临床常有剧烈胸痛,持续时间长,休息或含服硝酸甘油片不能使之缓解,伴有恐惧感、濒死感、窒息感及大汗淋漓、烦躁不安等表现,可有休克、心律失常和心力衰竭甚至猝死。是危害人类健康和致死的主要疾病之一。属于中医“真心痛”、“厥心痛”等病的范畴。由于心肌梗死与心绞痛同属于冠心病的不同临床类型,二者有相同的病理生理基础,故心绞痛的理法方药多适用于急性心肌梗死。但心肌梗死之血脉闭阻比心绞痛之血脉瘀阻更重,本虚和标实较心绞痛更为突出,病情更加凶险。陈氏强调宜中西医结合积极救治,治之不当或抢救不及时,均易发展成“厥脱”之证。并观察到痰浊内阻为急性心肌梗死各种证型和不同阶段的常见病机之一,临床多表现为痰瘀交阻、痹阻心脉。另外阴虚热灼肺阴成痰而为阴虚血瘀夹痰浊,或阳虚水气不化,聚而上泛而为阳虚血瘀夹痰浊亦为本病常见病机。痰浊虽为标证,但标证不除,本证难愈,对病情转归及预后亦有一定影响。此外痰浊壅阻,肺气不通,也

为本病另一个不容忽视的病机，若处理不当，用力排便可导致猝死。因此，陈氏特别强调治疗急性心肌梗死除注意益气活血化瘀外，尤应注意通腑化浊降逆。益气多选用人参、党参、黄芪、黄精等；活血化瘀药则选用桃仁、红花、赤芍、川芎、丹参、当归；豁痰理气多选用瓜蒌薤白半夏汤、小陷胸汤、温胆汤等，并于方中伍用和胃降逆，通腑泄浊之品，如大黄、藿香、佩兰、半夏等，多可促进急性心肌梗死临床症状如呕恶、胸痛、胸闷、腹胀、便秘等的缓解，对本病康复有积极作用。陈氏临床常用自制愈梗通瘀汤（生晒人参 10~15g，生黄芪 15g，紫丹参 15g，全当归 10g，延胡索 10g，川芎 10g，广藿香 12g，佩兰 10g，陈皮 10g，半夏 10g，生大黄 6~10g）治疗心肌梗死急性期和恢复期，临床表现为气虚气滞、血瘀浊阻，或气阴两虚、气滞血瘀浊阻者。方中人参以生晒参或红参为好，津液亏损者常用西洋参。薛立斋云人参为“气中血药”，帅气之力极强，血之运行当可改善；党参虽也用，但陈氏认为党参平补和缓，似不能与生晒参等温补益气之效同日而语。张洁古称黄芪乃“疮家圣药”，《名医别录》亦云本药可“逐五脏间恶血”，黄芪性补而不守，补宗气而帅血行。方中参芪并用，宗气、心气、元气并补，以促血行。其当归、丹参并用，调气养血活血，使气血各有所归。当归的主要有效成分阿魏酸有扩张冠状动脉、改善红细胞变形能力及清除超氧自由基的功用。延胡索、川芎并用，可增强理气定痛、化瘀抗栓通脉之功。《雷公炮炙论》有“心痛欲死，速觅延胡索”之论。藿香、佩兰、半夏、陈皮合用芳香化湿、醒脾和胃，健脾燥湿、降逆止呕，治疗浊阻呕吐尤好。方中大黄既可通腑化浊，又能祛瘀生新。全方诸药相伍，共奏益气活血、祛瘀生新、化痰泄浊之功效。加減运用：低

血压状态甚至休克阳脱者，同时服生脉四逆汤加肉桂；舌红口干五心烦热者，加石斛 30g，玄参 15g，麦冬 12g，生地 10g；汗出较多者常加山萸肉 12g，五味子 10g，黄芪加至 30g；七情不畅，胸闷胁胀者，合用四逆散或柴胡疏肝散；心痛剧烈者，嚼服苏合香丸，或于方中加细辛 3~6g，三七粉 3g 冲服；大便不畅或秘结者，加桃仁泥 10g，火麻仁 10g；舌紫黯，瘀血重者，加莪术 10g，水蛭 12g，赤芍 12g；脉结代者，可与复脉汤或保元汤加减治疗。

现代研究表明本方确有增加冠状动脉血流量、改善心肌供血、修复损伤心肌、缩小梗死面积及改善心肌细胞活力等作用。笔者在跟师学习期间，曾尊师法加减治疗急性心肌梗死患者 50 例，结合西药溶栓、扩张冠状动脉、抗凝、抑制血小板聚集等，证实该方具有降低急性心肌梗死患者的住院病死率（死亡率 4.5%），减少早期并发症，改善心功能等功效，值得进一步临床推广应用。

【典型病例】

1. 冠心病、急性广泛前壁心肌梗死验案

患者尹××，男性，64 岁，汉族，干部。初诊日期：1997 年 3 月 19 日。主诉：反复心前区疼痛 3 年余，加重 1 月余。病史：患者自 3 年前开始，每因劳累、情绪波动而诱发心前区疼痛，持续 3~5min，疼痛向左肩部及左上肢放射，休息或含服硝酸甘油 0.6mg 可缓解，常服消心痛 10mg，每日 3 次；氨酰心安 12.5mg，每日 2 次；阿司匹林 50mg，每日 1 次；潘生丁 25mg，每日 3 次。今年 1 月 27 日突感心前区剧烈疼痛，大汗出，在海淀医院住院治疗，诊为“急性广泛前壁心肌梗死”。予扩张冠状动脉、抗凝、抑制血小板等治疗后好转出院，但剧烈活动时仍有心前区疼痛，休息后缓解，伴乏力、胸闷、饮食可，大便干，

小便正常，舌质黯、苔薄黄腻，脉弦细。既往有支气管扩张史 10 余年，吸烟史 20 余年。查体：血压 135/85mmHg，双肺检查阴性，心界不大，心率 78 次/min，律齐，各瓣膜听诊区未闻病理性杂音，腹软，肝脾肋下未触及，双下肢不肿。心电图示 $V_1 \sim V_5$ 导联异常 Q 波，T 波倒置。西医诊断：冠心病、急性广泛前壁心肌梗死恢复期，梗死后心绞痛（劳力型）。中医诊断：胸痹（气虚血瘀夹痰浊）。治法：益气活血、通阳宣痹、化痰降浊。处方：生黄芪 15g，丹参 12g，赤芍 10g，红花 10g，川芎 10g，延胡索 10g，藿香 10g，佩兰 10g，瓜蒌 30g，薤白 10g，半夏 10g，桃仁泥 12g。6 剂，水煎服。

二诊：1997 年 3 月 25 日。服药 6 剂，患者胸闷减轻，仍头晕、大便干，服通便灵后可保持大便通畅，劳累或过饱时仍有心前区疼痛，休息或含速效救心丸 8 粒后可缓解，舌黯苔薄黄腻，脉细弦。查心率 74 次/min，律齐。血压 90/60mmHg。上方黄芪、薤白、桃仁、丹参均改为 30g，7 剂，水煎服。

三诊：1997 年 4 月 1 日。服上方 7 剂，患者心痛、胸闷未作，大便通畅，体力明显好转，但仍有头晕，舌质黯、苔薄黄略腻，脉细弦。查体：血压 115/75mmHg，心率 70 次/min，律齐，双肺阴性。上方加钩藤 30g，7 剂，水煎服。

四诊：1997 年 4 月 8 日。服上方 7 剂，患者偶有心前区刺痛，余无其他不适，舌质黯，苔薄白，脉弦。查体：血压 125/75mmHg，心率 66 次/min，律齐，双肺阴性。上方去黄芪、佩兰、钩藤、桃仁泥，加薄荷 10g，继服 10 剂后诸症悉除。

2. 自发型心绞痛验案

患者温××，男性，70岁，汉族，已婚，干部。初诊日期：1999年5月18日。主诉：反复心前区疼痛1年余，加重1周。病史：患者近1年余，多于夜间睡眠或晨起时发作心前区疼痛，呈压榨性，向肩部及左上肢放射，每周发作2~3次，持续5~8min，舌下含服硝酸甘油0.6mg可缓解。伴头晕、胸闷、畏寒、神疲乏力，舌淡暗、苔白滑，脉弦。现服消心痛10mg，3次/日；硝苯地平缓释片20mg，2次/日；阿司匹林50mg，1次/日。既往有高血压病史3年。查体：体温36.5℃，脉搏80次/min，呼吸20次/min，血压150/90mmHg，双肺检查阴性，心界不大，心率80次/min，律齐，听诊未闻病理性杂音，腹软，肝脾肋下未触及，双下肢不肿。心绞痛发作时 $V_3 \sim V_5$ 导联ST段下移0.1mV，心电图次极量踏车运动试验阳性。西医诊断：1. 冠心病、自发型心绞痛；2. 高血压病Ⅱ期。中医诊断：胸痹（心阳亏虚、胸阳痹阻）。治法：温通心阳、宣痹和脉。处方：黄芪15g，桂枝10g，巴戟天15g，甘草5g，瓜蒌15g，薤白30g，半夏10g，丹参15g，天麻15g。6剂，水煎服。

二诊：1999年5月25日。服药6剂，患者头晕、疲乏均减轻，畏寒、夜间心绞痛发作消失，但仍于清晨醒后或起床时发作，舌淡暗，脉弦。心率75次/min，律齐。血压135/90mmHg。上方加柴胡15g，白芍15g，6剂，水煎服。

三诊：1999年6月4日。服上方10剂，患者心痛未作，诸症息除，血压140/90mmHg。上方继服12剂巩固疗效。随访半年，患者除偶有心前区疼痛发作外，无其他不适。

3. 劳力型心绞痛验案

患者张××，男性，65岁，汉族，干部。初诊日期：

1997年11月16日。主诉：心前区疼痛反复发作4月余。病史：患者4月前突感心前区闷痛难忍，心电图示急性前间壁心肌梗死，经住院治疗病情好转出院。出院后常服消心痛10mg，每日3次；倍他乐克25mg，每日2次；阿司匹林25mg，每日1次。但仍感胸闷、心悸、气短，活动后尤甚，伴口苦口干，腹胀，舌质紫黯、苔黑燥厚腻，脉弦滑。既往身体健康。查体：血压135/85mmHg，双肺检查阴性，心界不大，心率78次/min，律齐，各瓣膜听诊区未闻病理性杂音，腹软，肝脾肋下未触及，双下肢不肿。心电图示 $V_1 \sim V_3$ 导联异常Q波，II、III、avF、 $V_4 \sim V_6$ 导联ST段下移0.05~0.075mV。西医诊断：冠心病、陈旧性前间壁心肌梗死，劳力型心绞痛。中医诊断：胸痹（痰浊血瘀）。治法：通阳宣痹、化痰降浊。处方：瓜蒌20g，薤白20g，半夏10g，广藿香12g，佩兰10g，石菖蒲10g，炒苡仁15g，草薢仁10g，川军6g，川连10g，枳壳10g，大腹皮10g，甘草10g，6剂水煎服。

二诊：1997年11月25日。服药9剂，患者心绞痛消失，腹胀减轻，但药后大便每日2次，稀便，偶有肠鸣，舌黯苔黄略腻，中心仍有黑苔（较前减轻），脉沉滑。心率74次/min，律齐。血压135/80mmHg。上方改瓜蒌为15g，黄芩10g易川连，继服7剂，水煎服。

三诊：1997年12月3日。服上方7剂，患者心痛未作，药后大便通畅，偶有便溏，腹胀明显减轻，舌质黯，苔近正常，脉沉滑。查体：血压130/80mmHg，心率74次/min，律齐，双肺阴性。上方去炒薢仁、草豆薢、大腹皮；加厚朴10g，玫瑰花10g，桃仁泥10g，草红花10g，减藿香为15g，佩兰为10g。继服12剂，水煎服。

四诊：1997年12月15日。服上方12剂，患者心痛未

作，腹胀明显减轻，无其他不适主诉，舌质黯，黑苔全消，呈薄白苔，脉沉滑。查体：血压 125/80mmHg，心率 70 次/min，律齐，双肺阴性。上方继服 10 剂，水煎服，巩固疗效。

4. 冠心病心律失常验案

患者杨××，男性，59 岁，汉族，已婚，干部。初诊日期：1997 年 11 月 26 日。主诉：反复心悸、气短 2 年，加重 2 周。病史：患者自 1995 年 10 月无明显诱因突感心悸、气短。心电图显示频发室性早搏，下壁、前侧壁心肌缺血。核素心肌扫描显示下后壁、侧壁心肌缺血性改变。予消心痛 10mg，3 次/日；阿司匹林 50mg，1 次/日；丹参滴丸 10 粒，每日 3 次；慢心律 150mg，3 次/日，病情好转。近 2 周来，因工作紧张，心悸、气短又作，自觉疲乏无力，午后尤甚，失眠、多梦，饮食尚可，大小便正常，舌紫黯、苔白，脉沉弦。查体：脉搏 76 次/min，血压 130/75mmHg，双肺检查阴性，心界不大，心率 84 次/min，律不齐，早搏 8 次/min，听诊未闻病理性杂音，腹软，肝脾肋下未触及，双下肢不肿。心电图示 $V_3 \sim V_6$ 导联 ST 段下移大于 0.05mV。西医诊断：冠心病；心律失常—频发室性早搏。中医诊断：胸痹（气阴两虚兼有血瘀）。治法：益气养阴、活血安神。处方：黄芪 30g，太子参 15g，麦冬 10g，北五味子 10g，酸枣仁 30g，夜交藤 30g，牡丹皮 10g，赤芍 10g，草红花 10g，6 剂，水煎服。

二诊：1997 年 12 月 19 日。服药 21 剂，患者心悸、气短、乏力均明显减轻，大便通畅、口干、眠差，舌黯，脉弦细。查心率 86 次/min，律齐。血压 130/65mmHg。上方加制首乌 20g，柏子仁 10g，桃仁 10g，6 剂，水煎服。

三诊：1998 年 1 月 4 日。患者睡眠好转，但仍有心悸、

气短，余症同前，舌黯、脉弦细。查心率 82 次/min，律不齐。血压 125/60mmHg。上方加当归 12g，延胡索 10g，14 剂巩固疗效。

四诊：1998 年 1 月 18 日患者心悸、气短、乏力消失，睡眠好转，偶有口干、腰酸（既往有腰椎间盘突出症），舌淡红、苔白，脉弦细。查心率 75 次/min，律齐。血压 125/65mmHg。上方加骨碎补 10g，继服 12 剂巩固疗效，患者心律失常基本控制。^[1]

2. 顾景琰诊治经验

顾氏认为，冠心病实际上应包括胸痹、心痛，二者主体相同，但同中有异。胸痹，常为胸闷、胸痛并见，而以胸闷为主。其特点为闷痛而不甚，相当于轻度冠心病或非典型心绞痛或某些急性心肌梗死（如无痛型心梗，多见于老年患者）。心痛，常以胸中痛为主症，其痛有定处，多在胸膺两乳间，即膻中周围，亦可涉及肩背与两臂内侧等处。又因疼痛发作有时，乍间乍甚，经久不瘥，尚有“久心痛”之名。大致与稳定型心绞痛相似。其疼痛较甚，常伴手足厥冷或汗出者名曰“厥心痛”。《灵枢·厥病》载有“痛如锥刺心，……去真心痛一间耳。手足逆而通身冷汗出，……气微力弱，……亦主旦发夕死”。甚者类似真心痛，大多相当于不稳定型心绞痛，如变异型心绞痛，部分则属急性心肌梗死。而“真心痛”为心痛最严厉者，常卒然大痛，易于猝死。真心痛则属于急性心肌梗死。

冠心病的辨证特点属本虚标实。经对不同临床类型冠心病（心绞痛、心肌梗死、心力衰竭与心律失常为主，猝死除外）数百例进行辨证分析，结论为冠心病之胸痹心痛（心绞痛）以肝肾阴虚（或伴阳亢）、心气亏虚、血瘀气滞

(部分兼痰阻、寒凝)为常见类型,而虚实、气(阳)阴之孰主孰次,常因人而异。其辨证特点为:心气虚衰转重,甚则可见心阳或心肾阳虚之证;血瘀证更明显,且常夹痰浊,而以痰热证居多;心阴同受耗损,病程后期常见明显气阴两虚之证。

基本证型轻症多属气虚(或气阴两虚)血瘀证,重症多为气虚(或气阴两虚)血瘀痰热证。病情多变易变而出现多种变证。由于心气虚衰转重,气血失调加甚,可致心悸怔忡(心律失常);如因心病甚而及于肺肾脾,由气阳及于营阴,可使诸脏俱病,阴阳气血均趋失衡(心力衰竭);心气心阳耗损尤甚者,常可骤然出现心阳暴脱之险证(心源性休克)。因此,辨证需作动态观察。

顾氏认为,冠心病患者舌象的动态改变常随病情演变而呈现规律性变化,对判断预后有一定意义,应予重视。①观察舌苔变化有助于了解实邪为患之轻重深浅。病之初,轻症(心梗部位局限于前间壁或为局灶性者,范围不大,无严重并发症或合并病)常见薄白苔。重症(心梗范围较广,有严重并发症或合并症)虽仅发病数小时或1~2天,即可出现薄黄苔或白腻苔,甚至黄腻苔(须排除吸烟之影响)。病情进展中,轻症一般演变顺利,舌苔变化较少,可以始终为薄白苔,亦可在病程第3、4天时出现黄苔或白腻苔,经治常能较快地化为薄白苔,病情随之好转而进入恢复期。因此,凡病初舌苔不厚不腻,病程中变化不多,治疗后恢复较快者,大多提示病情较轻,预后较好;而重症一般较早出现黄腻苔,若经治疗腻苔易化者,常可转危为安;腻苔持久不化或日见加重者,常伴恶心、呕吐、呃逆、便秘等脾胃征候,预后多险恶。②观察舌质变化有助于了解心脏功能与正气盛衰程度。冠心病人之舌质以暗红或淡

暗、紫气、紫斑等紫舌多见。心肌梗死初起胸痛剧烈时，舌质紫气加重或转晦暗少泽。经治疗疼痛缓解后，舌紫可减轻。如心肌梗死前原为红舌者，随病情进展可加深，尤在膩苔经治化薄后，常可出现红绛或光红舌苔，反映正气进一步受损，已由气阳亏虚及于营阴耗损，提示病情转重。红绛舌而苔黄膩厚者，病情多较复杂严重，治疗多有矛盾，预后多差。若淡暗舌渐转轻度红舌，多属正气渐复，乃好转之兆，常见于急性心肌梗死恢复期。

顾氏针对冠心病心痛复杂多变的病症特点制定了如下两条治法方药选用原则：①治法当按病情之缓急轻重而定：胸痹心痛发作较甚时多以治标为主。为求速效，首选芳香温通剂作临时治疗，继之可按辨证选用活血化瘀或/和宣痹通阳剂以控制其反复发作。症状缓解或控制后，欲图巩固，或胸痛不甚而伴心悸、气短等其他症状者（多见于慢性冠状动脉供血不足），则以标本兼治为宜。②方药与剂型选用适当与否可以影响疗效：速效芳香温通剂以成药为宜，市售之冠心苏合丸、苏冰滴丸、麝香保心丸与速效救心丸等均可使用，见效较速，持续时间不长，不宜作为防治本病之基本药物。本病发作期，口服复方煎剂或/和丹参静脉滴注之效果较成药为佳；缓解期则宜以复方煎剂或/和成药合用以巩固疗效，预防再发。

顾氏根据本病的病机与辨证特点，以“补虚祛邪，标本兼顾”概括其法则。然而，在本病不同发展阶段，本虚标实的缓急轻重不一，加之禀赋有别，心肌受损与功能减退程度与速度亦不尽相同，且因邪正相干，病情多有变异。临床表现虽有共性之处，但亦需慎察其错综变化而辨证施治，非执一法一方能获全效。因此，在应用已确认有效成药制剂治疗外，在本病不同发展阶段，发挥辨证论治优越

性，仍属必要而且是有益的。①心绞痛发作期：丹参静脉滴注的疗效固然较为显著，但不能持久应用，亦不如口服治疗方便，应以中药复方煎剂为主，酌情配合丹参静滴或中成药口服，相辅相成，常可取得较好疗效。如以心痛为主症者，多以活血化瘀为主，常选用丹参、赤芍、川芎、失笑散、当归、红花、郁金等为基本方药。如兼见寒凝或阳虚证候，当选加通阳或温阳之品，如桂枝、仙灵脾、细辛、附子、肉桂等。一般通阳温经用桂枝、薤白、仙灵脾、细辛已可，寒重痛甚者需附子、肉桂等大温大热之品，其剂量宜随证增减，而以由小量递增为妥。如伴阴虚阳亢，血压高等证候（临床多见此类病人），常配合滋阴潜阳平肝之品如生地黄、制首乌、桑寄生、钩藤、稀莶草、夏枯草、珍珠母、牡蛎等；如伴胸闷而舌苔不太厚腻者，常加全瓜蒌1只（30g，脾虚便溏者酌减量）以宽胸理气化痰；若以胸痹为主症者，多予宣痹通阳剂主治，常取《金匱》胸痹方化裁，以全瓜蒌、法半夏、桂枝、薤白、枳壳或枳实等为基本方药，酌加当归、丹参、红花、郁金、香附等和络理气之品。痰浊化热而见痰热证候者多仿黄连温胆汤意，用黄连、山栀、竹沥、半夏、竹茹、胆南星、菖蒲、郁金、枳壳、丹参等药。

桂枝与薤白两药均具辛温通阳性能，前者温经通络之力较强，药理研究提示该药具舒张外周血管，调整微循环等作用；后者主要为行气止痛，其舒张冠状动脉作用不太强。临床部分患者不能耐受，因此，顾氏偏用桂枝其气味，惟当寒痰浊阻较著，胸闷较甚时常两药同用。临诊所见，冠心病患者兼具心痛胸痹两病征候者，并非鲜见，可参照以上治法配合变化为治。果能明辨心痛或胸痹，则宜分别按上述法则治疗，较之一概治以活血化瘀的效果为佳。

②心绞痛改善或缓解（多属冠状动脉慢性供血不足）：治宜标本兼顾，通补兼施，按辨证或以补为主，或以通为主，灵活变化。补虚重在心肾，以肝肾阴虚为主者多取六味地黄丸意化裁，伴阳亢且有血压升高者，以杞菊地黄丸加减，常合桑寄生、钩藤、稀莶草、夏枯草、石决明、珍珠母、怀牛膝等。心气虚衰者当养心为治，主用生脉散与天王补心丹化裁；伴心阳不振，心功能不全者则以生脉散合附子、玉竹、葶苈子等益气温阳、强心利水之剂为治。心肾同病者当以上述诸法方药，随证配伍化裁。不拘有无心痛发作，均需酌情合用治标通络之剂。临证顾氏认为，属于本阶段类似久心痛之冠心病患者，为数不少，如能长期服药，将有助于预防心痛复发或病变进展。然而，复方煎剂常服，不易为患者所接受，以成药为宜。顾氏以首乌、黄精、仙灵脾等补益心肾，调和阴阳之品，合丹参、川芎、五灵脂等活血化瘀药制成“舒冠片”作为该类患者的长期治疗。腑气不通，邪实可以伤正，此时运用中药治疗，倍觉需要。盖因中医从整体辨证，或泻热泄浊，或芳香化湿，或消痞导滞，或润肠通便，在黄连温胆汤与小陷胸汤化裁基础上，加用大黄、桃仁或麻仁丸等治之，每使湿阻痰热得化，腑气通利，心脉瘀阻改善，邪去正复而使病情转危为安。

③益气养阴复脉法：适用于病程中后期或恢复期或出现心气虚衰、心悸怔忡（心律失常）之变证时。症见神疲乏力，头昏心慌，胸闷气短，舌质红绛或光红，脉沉细或结代。以生脉散、复脉汤等方加减，参以活血通络之品。对严重心律失常者需治以西药。

④回阳救逆法：适用于心气虚衰、心阳衰微，出现阳虚欲脱（心源性休克）之变证时。症见头晕气促，汗出心慌，四肢厥冷，神疲乏力，甚至神志朦胧，面色㿔白，唇舌淡白或青紫，脉微欲绝。以独参汤、

四逆汤、参附汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤等方加减为治。抗休克主要用西药，对神志清醒，能够服药者，配合中药治疗则可较快改善虚寒症状，并有利于稳定血压。⑤益气温阳肃肺利水法：适用于心气虚衰，心肾阳虚，水湿内泛，肺失清肃（心力衰竭）之变证时。症见气喘咳嗽，面浮肢肿，脘腹痞胀，胃纳欠馨，面色少华虚浮，唇舌青紫，脉沉细数。治以参附汤、真武汤、生脉散等方加减。急性左心衰竭，病情多危急，应以西药为主救治，中药仅作配合治疗。对慢性心衰应用人参、附子、玉竹、麦冬、五味子、连皮茯苓、紫丹参、酸枣仁等药治之，常能改善症状与心脏功能。^[2]

3. 周信有诊治经验

周氏认为冠心病属中医“胸痹”、“心痛”等范畴，属本虚标实之疾，本虚多属气虚，而标实多为痰瘀交结为患。由于气虚不运，气不行则血亦瘀滞，或心阳不运，则脾阳不振，痰浊内生，痰瘀盘踞，阻痹心脉发为胸痹。因此气虚血瘀，痰浊阻滞是本病的共性，亦是贯穿于本病全过程的主要矛盾，而气虚又是主要矛盾中的主要方面。

周氏指出，以前的研究主要着重于气虚血瘀方面，虽然在临床上取得了较好的效果，但难尽人意，此乃忽视了痰浊致病方面之故。周氏认为，冠心病有痰浊内生之说早在《内经》中已有明训，曰：“心痹者，脉不通”，与现代医学所谓动脉粥样硬化非常雷同。即使是对本病提出系统辨证论治的张仲景亦重痰说，此从瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤等组方中可见一斑。痰浊之生，可由瘀血内停，津液涩滲，停而不去所致。《诸病源候论》曰：“诸痰者，此由血脉里塞，饮水结聚而不消散，故能痰也。”《血证论》

亦云：“血积既久，亦能化为痰水。”其次，随着人们生活水平的改善，多进膏粱厚味，嗜食油腻醇酒，咀嚼蚌蜆，损伤脾胃，运化失健，水液不归正化，变生痰浊。反之，痰浊既生，影响气机，病殃及血，致血行迟滞，瘀血内停。

由此观之，或痰生于先，影响气机，病殃及血，血行瘀滞；或血瘀为先，变生痰浊，两者终致痰瘀交结，兼夹为患。金元四大家朱丹溪曾云：“痰夹瘀血，造成真囊。”当属真知灼见。痰瘀凝结，使病情错综，难以痊愈。但溯其根源，皆因于气虚，气虚不运则血脉瘀滞，痰浊内生。气虚为本，痰瘀为标。此亦即《内经》“百病皆生于气”之谓。

周氏还指出，在冠心病的治疗中，尚须知道冠心病中存在着肾中精气亏乏的方面。冠心病常发于中老年人。随着年龄增长，体内各脏器都将发生生理性退行性改变，其中尤以肾中精气的衰减对人体影响为大。肾为五脏之本，阴阳之宅，肾中精气充足，则各脏腑组织器官便可得到温煦和濡养。张景岳曾谓：“五脏之阳气，非此不能发；五脏之阴气，非此不能滋”便是此意。若肾中精气不足，心得不到温煦、濡养，胸痛诸症由生。因此对冠心病有明显肾虚者治以补肾自属必然，但对无明显肾虚表现者可酌配补肾之药，常收到满意效果，临证不可不知。

基于以上认识，周氏认为在冠心病治疗时应益气温肾，活血祛瘀，诸药综合运用，而重在气。任何仅用一法一方，或以祛邪为主，忽略扶正；或以扶正为主，忽略祛邪，都必然会带来某种局限性。临床常用心痹Ⅰ号（周氏经验方）。药用：瓜蒌 15g，川芎 15g，赤芍 15g，丹参 20g，郁金 15g，延胡索 20g，生山楂 20g，桂枝 10g，细辛 4g，草拨 10g，黄芪 30g，白术 15g，淫羊藿 20g。本方适用于正

气亏虚，痰瘀交结，属本虚标实，症见胸闷不适，时发心前区疼痛，可放射至左肩、左臂，伴疲乏无力，气短懒言，心慌自汗，脉细涩或结代者，用于冠心病病人缠绵难愈，时轻时重、反复发作，为治疗冠心病的基本方。方中黄芪、白术补助正气、以治根本；赤芍、丹参、延胡索、郁金、川芎、山楂、瓜蒌活血化瘀、豁痰散结、宽胸理气，治标止痛；桂枝、细辛、荜拨辛香温通、通阳宣痹，以止顽痛；淫羊藿补肾助阳，上煦心阳以统血脉、疏通瘀阻。现代药理学亦证实上述多数药物可扩张血管，改善微循环，增加冠状动脉血流量，改善心肌供血，抑制血小板粘附聚集等作用。又现代医学认为冠心病除心脏本身的病变外，尚涉及全身各系统，使之发生病理改变。本方组成既注重心脏本身的病变特点，亦从整体入手，照顾到全身各器官的病理变化，不但符合中医学整体与局部相结合的原则，亦符合以中医辨证论治为主，兼顾辨病论治，辨证辨病相结合的原则。是故无论从中医学抑或西医学角度来看，本方都具有广阔的应用前景。

周氏常以上方为基础化裁治疗冠心病取得了满意效果，但此方以治本为主，属缓治之法。如遇“急则顾命”为主时，周氏常用芳香开窍之法，收效满意。芳香药物以走窜为能事，故有开窍之功。假设“心窍”是指冠状动脉的管腔，包括广泛分布在心肌中的冠状动脉管腔。本病急性发作之时，瘀血痰浊闭塞心窍，病势危急，故开通心窍，刻不容缓。此时一般破瘀化浊药物嫌其药性缓慢，直用苏合香丸芳香走窜，开窍醒神。临证可见患者口含1粒后，大多在半小时内心剧痛可得到缓解。胸廓即有开朗流畅之感。实验研究证实苏合香丸中苏合香脂和冰片是芳香开窍的主要成分。其药理学表明，其中多数药物具有相当挥发性，

对口腔、鼻腔粘膜、神经末梢和呼吸道神经末梢，特别是冷觉感受器有选择性兴奋作用，使冠脉血管调节发生反射性的变化，促进了心肌血流供求矛盾的暂时性解决而化险为夷。^[3]

4. 徐承秋诊治经验

徐氏认为，冠心病病机在于本虚标实，心之气阴两虚为本，痰浊、瘀血、寒凝、气滞为标，其中又以气虚血瘀构成发病之关键。在收集冠心病病史资料上，徐氏主张：冠心病诊断，四诊固不可少，舌诊尤重；取证不惟其多，中肯而足，突出主证。诚如舌质淡胖为气虚阳衰；舌红少苔为阴虚有热；舌质紫黯瘀点瘀斑，舌下静脉曲张为血脉瘀滞；苔厚腻为痰浊中阻等等，不一而足。冠心病的临床表现复杂多变，陈述不一，临证中须注意去粗取精，去伪存真，鉴别明辨。更主要的是结合病史、典型表现、年龄、易发因素、心电图、超声、Holter、核素心肌显像等明确诊断。

针对冠心病心绞痛本虚标实的病机特点，徐氏临床辨证讲求实用、简便、有效，以气虚血瘀为基本主证，分设阴虚、痰浊、寒凝、气滞、阳虚五个兼证。总以益气养阴、活血化瘀为基本治则，贯穿于冠心病心绞痛治疗的全过程。只要宗其治则，就能紧紧把握住治疗的主动权，促进病变的向愈转化。常用方药为益气活血合剂合生脉散：黄芪、党参、黄精、郁金、赤芍、丹参、麦冬、五味子。兼有痰浊者加法半夏、石菖蒲；寒凝者加干姜、檀香；气滞者加枳实、厚朴；阳虚者加附片、桂枝；痛甚者加延胡索、三七粉。冠心病以其临床表现不一，现代医学将其分为猝死、心绞痛、心肌梗死、心力衰竭、心律失常五个类型，其中

心绞痛又有劳力型与自发型之别。徐氏于多年临床实践中探索出了一套对此诊断和治疗行之有效的办法。

无痛性心肌缺血（隐匿性冠心病），临床无明显胸闷胸痛症状，常依赖于 Holter 和阳性心电图而被查出，临床似乎“无证可辨”，徐氏认为此类患者须结合患者年龄、家族史、高血压、高血脂、糖尿病等易发因素，再根据舌脉等综合分析，充分认识到业已存在的气虚血瘀病理基础，估计到病变的发展趋势，实施超前治疗，及时给予益气养阴、活血祛瘀、降脂化痰之品，则可起到防微杜渐，延缓和控制病变发展的目的。常取便于冲服久用的粉末之剂，处方：晒参粉 30g，黄连粉 10g，三七粉 30g，琥珀粉 30g，混匀，每次 3g，每日 2 次。寒凝者加肉桂粉，痰浊者加川贝粉。

初发劳力型心绞痛，病程少于 1 个月，病情多变尚不稳定。常由于冠心病诸多易发因素未能控制，复加情绪激动、过劳、饱餐暴饮诱发。病变以标实为主，本虚次之。对此类患者，须急则治其标，当务之急投以宣痹宽胸、活血理气之品，祛邪为要，少佐益气养阴扶助正气之品。常用药物是：全瓜蒌、薤白、半夏、郁金、赤芍、丹参、枳实、石菖蒲、葛根、党参、麦冬，并可酌情加用生牡蛎、珍珠母、酸枣仁以镇静安神，稳定情绪，解除患者初发心绞痛引起的紧张恐惧心理。

稳定劳力型心绞痛是心绞痛中的常见类型，反复发作，经久不愈。常因劳累、情绪紧张、感染等诱发，与心肌耗氧量增加密切相关。患者心功能低下，心肌供血储备力降低。气虚血瘀为主导病机，本虚为主。治疗此类患者的关键在于补心气、养心阴、助心行血，从而提高心肌的供血储备，降低心肌耗氧量，改善心功能。应用药物除前述基本方外，少佐桂枝、厚朴等宣痹开结，通阳化气。

自发型心绞痛是心绞痛中较为严重的一种类型，被认为与心肌耗氧量增加无明显关系，而责之于心肌供血量减少。患者常于夜间休息时发病，疼痛持续时间较长，程度较重，且不易为硝酸甘油所缓解。徐氏认为，夜半之时，阳气正虚，阴气当令，冠心病患者心肾阳气已虚，夜间又不得天时之助，则阴寒、痰浊阴凝之邪极易盘踞胸中，袭扰阳位，血脉凝滞而痛，病机属标本俱重。非温阳益气不足以振奋心胸，非散寒化浊不足以开痹散结。只宜标本同治，立温阳散寒，化痰通脉之法。常以益气活血合剂加制附片、桂枝、白术、全瓜蒌、半夏、檀香，使阳气复，阴凝散，气机得通，血脉得和而疼痛自止。

徐氏认为，尽管胸痹心痛病位在心，病机所涉却是五脏六腑，切不可囿于一脏，而成管窥之见。须以心为主轴，为枢机，兼顾其他。务使气血阴阳协调统一，上下畅达，祛除产生寒凝、痰浊、气滞、血瘀的诸多病理基础。其次心主血脉，藏神则安。临证时注意调养心神，或养血或潜镇或祛邪，使神安其位，血畅其流，亦是冠心病心绞痛治疗成败的关键因素。其次，徐氏于临床对针药并用亦是推崇倍至，独有心得。针灸取穴计有主穴与配穴之分，手法取虚则补之，实则泻之，多用平补平泻。主穴有心俞、膻中、宁心、内关、合谷、中脘、大椎。配穴则随证选用，阴虚者配三阴交、太溪；阳虚者配关元、肾俞；气虚者配气海、膈俞；气滞者配期门、章门。

徐氏指出：常言道，三分治病七分养。冠心病心绞痛的治疗亦是如此。除要求患者积极治疗外，病中护理与病后调养至关重要。直接关系到病变的预后和转归。既病之后，首先让患者及家属了解病变特征，发作特点及自救自护常识。第二，保持心情舒畅和乐观情绪，戒除忿怒、恐

惧、激动、焦躁等不良精神刺激。经反复解释开导，使之建立起战胜疾病的信心，更好地配合治疗。第三，起居有常、劳逸适度，进行适当身体锻炼，如户外散步、太极拳、气功、体操等。第四，饮食有节，宜进食清淡低脂、低盐之品、多食蔬菜、水果，忌烟少酒。第五，时时注意保持大便通畅，忌临厕强力努挣，以防不测。^[4]

5. 周次清诊治经验

周氏认为，阴阳失调、气血失和为冠心病之本；气滞、血瘀、痰阻、寒凝为病之标。其病因病机比较复杂，归纳起来主要与情志失调、饮食失节、寒邪内侵以及年老体衰等因素有关。情态失调主要导致气机不畅，进而气病及血，气滞则血瘀。如大怒则伤肝，可造成肝气郁滞；忧愁思虑则伤心，可导致心气郁结。饮食失节则损伤脾胃，或造成脾气虚，或造成中气滞。脾气虚则心失所养而致心气虚。脾虚不运，还可引起津液水湿输布失常而生痰浊。中气滞亦可导致湿阻痰生。寒邪内侵，血脉凝塞不通最易导致疼痛，年老体衰，肾气不足，气虚血涩，则心失所养而痛等等。由此可见，以上诸种因素可直接或间接地产生气滞、血瘀、痰阻、寒凝等病理变化，痹阻心脉，发生“不通则痛”的胸痹、心痛之证。如果气滞、血瘀、痰阻、寒凝等实邪痹阻进一步导致阳气不煦，阴血不濡，经络损伤，心失所养，则病变由实致虚，虚实夹杂，除可发生“不荣则痛”外，还可出现气阳虚衰或阴血不足的证候，甚至出现“亡阳”、“亡阴”的危证或猝然死亡。

就标本而言，情志失调、饮食失节、寒邪内侵等致病因素引起人体内部阴阳失调、气血失和的病理变化，贯穿在冠心病的全过程，这是病之本；由阴阳失调、气血失和

所致的气滞、血瘀、痰阻、寒凝为病之标；标本相兼，虚实转化为病之变。

周氏认为，冠心病辨证须明辨虚实分清标本，着眼整体重视局部。冠心病的主要临床表现有虚实两方面。一是气滞、血瘀、痰阻、寒凝之实证；一为气阳虚弱和阴血不足为主的虚证。如虚实转化，或由实致虚，或由虚致实，则表现为虚实夹杂之证。一般情况下，心绞痛多表现为邪气较盛、正气未衰的实证，即使有正气不足的表现，也多与邪实的存在有关，以实为主；心肌梗死多表现为正气不足的虚证。即使有血瘀、痰阻等邪实的表现，也多为由虚而致实，且已不堪攻伐，以虚为主。

冠心病患者的全身证候，既是机体阴阳气血失调的表现，又是局部病变在整体的反映。主要有气阳虚衰和阴血不足两个方面。气阳虚衰主要表现为疲乏无力，汗出短气，精神疲惫，身怯懒言，畏寒肢冷，舌质淡胖，脉象虚弱或沉迟。无寒象者为单纯气虚。如气虚不能行血，可见唇舌紫黯、脉象沉涩等血瘀证候；阳虚不能化湿，可见胸闷脘痞，恶心呕吐，舌苔白腻等痰浊瘀阻之证；病重者，阳虚不能化水，可见尿少、尿闭、腰以下水肿；水气凌心犯肺则见心悸、怔忡，喘咳不得卧；如阳气虚衰至严重阶段，可见大汗淋漓，呼吸短促，四肢厥逆，神识模糊，脉微弱急疾等阳气欲脱的危候。阴血不足主要表现为眩晕心悸，心烦失眠，唇舌干燥，消瘦，少苔，脉象虚数无力。如阴虚生内热，则见五心烦热，盗汗，大便干结，小便赤涩，舌红少苔等症；如阴虚血涩，可见口干漱水不欲咽，舌绛无苔之候；重者阴衰不能涵阳，可见汗出如珠，身热肢厥，喘促怔忡，烦躁不安，脉象疾数无力等阴衰阳脱的危证。以上重症危候主要见于急性心肌梗死患者。

由于阴阳互根、气血同源，在冠心病的发展过程中，也可阴病损阳、阳病损阴，从而形成阴阳两虚或气血双亏的病证。

冠心病除着眼于整体辨证外，其局部症状有时亦可上升为主要矛盾，成为影响整体的重要因素。冠心病的主要局部症状就是心前区疼痛。其疼痛发生的原因，不外“本虚”与“标实”。本虚，是因阳气温运无力，阴血濡养不足而导致的“不荣则痛”；标实，是脏腑经络因气滞、血瘀、痰阻、寒凝等邪实痹阻所致时“不通则痛”。寒凝血滞的疼痛，表现为疼痛急剧，喜热畏冷，面色苍白，舌质黯淡，脉象沉迟弦紧；气滞血瘀的疼痛，表现为胸胁满闷胀痛，或疼痛彻背，或放射肩臂，脉沉或弦；痰浊瘀阻的疼痛，表现为胸中痞闷或板痛，舌苔滑腻，脉象濡缓；血瘀气滞的疼痛，其痛如锥刺刀割，面色青晦，舌质紫黯或有瘀斑，脉象沉涩；虚证之疼痛，其痛往往不甚剧烈，且伴有阳气虚衰或阴血不足的证候。一般来讲，实证的疼痛多急剧，虚证的疼痛多缓慢而较轻，虚实夹杂的疼痛则介乎二者之间，时轻时重。

除辨疼痛外，对急性心肌梗死患者还有一个辨并发症的问题。急性心肌梗死有三大并发症，即心律失常、心力衰竭和心源性休克。对此三大并发症的辨证，除从全身整体表现综合考虑外，尚需结合中医对心律失常、心力衰竭和心源性休克的辨证方法，方可处以正确的救治措施。

冠心病的治疗，周氏认为，心绞痛以祛邪为主，心肌梗死以扶正为要。一般情况下，心绞痛多以邪实为主，其治疗则应以祛邪为主，扶正为次，“以通为补”，使邪去而正自安；心肌梗死多以正虚为主，且不耐攻伐，治疗当以扶正为要，“以补为通”，使正足而邪自去。周氏对心绞痛

的治疗主要采用以下几种方法。

(1) 调畅气机法

适应证：肝气郁结或中气郁滞。症见性情急躁或抑郁。肝气郁结者，胸胁胀痛或攻痛，每因情志刺激诱发或加重，脉象沉弦；中气郁滞者，则见胸闷胸痛，脘腹胀满，食少纳呆，大便失调等。常用药物：疏肝气用柴胡、香附、枳壳；理中气用木香、厚朴、沉香。常用方剂：疏肝气用柴胡疏肝散、枳壳煮散（枳壳、川芎、桔梗、细辛、葛根、防风、甘草）加减。兼血瘀者，症见唇青舌紫或舌有瘀斑，脉沉涩，加丹参、郁金、延胡索；气郁化火者，症见胸中烦热或烧灼感，面红目赤，口苦，小便黄，舌边红赤，脉弦数，加栀子、丹皮、黄芩；伤阴者，症见舌红少苔而干，脉弦细而数，加生地、麦冬、百合；肝气犯胃，症见脘痞腹胀，嗳气吞酸，恶心呕吐，加代赭石、陈皮、半夏；肝脾不和，症见肠鸣腹泻，食少纳呆，舌苔白腻，加白术、茯苓、陈皮。理中气用木香调气散。痰气互结者，症见泛恶欲吐，舌苔白腻，加半夏、茯苓、陈皮、瓜蒌。脾胃失调者，用沉香降气散加减。

(2) 活血化瘀法

适应证：心血瘀阻，心脉痹塞不通。症见胸痛如锥刺刀割，疼痛部位固定，且持续时间较长，多在午后、夜间发作或加剧，胸闷憋气有紧压感，唇舌紫黯，或舌有瘀斑，脉象沉涩或结代。常用药物：瘀血较轻者，用川芎、赤芍、丹参；瘀血较重者，用桃仁、红花、莪术、大黄；活血止痛常用延胡索、细辛、乳香、没药。常用方剂：一般血瘀用通窍活血汤加减；血瘀气滞者用手拈散（延胡索、五灵脂、草果、没药）或拈痛丸（五灵脂、莪术、木香、当归）加减；血瘀兼寒者，用《景岳全书》胜金散（桂枝、延胡

索、五灵脂、当归) 加减; 气虚不能行血者, 用自拟“冠心病”方(黄芪、丹参、川芎等) 或用补阳还五汤加减。

(3) 化痰泄浊法

适应证: 痰浊中阻, 胸阳不宣。多见于肥胖患者。症见胸闷胸痛时痛时缓, 且常因阴雨天加重或诱发, 伴有头昏不清, 肢体倦怠, 口淡无味, 舌苔白腻, 脉象沉细或濡缓。常用药物: 瓜蒌、半夏、前胡、茯苓、陈皮、石菖蒲。常用方剂: 症见胸闷胸痛, 或胸痛彻背, 喘息咳唾, 舌苔白腻, 脉沉弦者, 用瓜蒌薤白半夏汤加减; 胸闷胸痛, 心悸眩晕, 虚烦不得眠者, 用温胆汤加减。气虚者, 加党参、白术, 或用六君子汤; 脾阳虚痰浊寒化者, 症见胸腹冷痛, 喜热畏寒, 面色㿔白, 大便稀, 舌淡、苔薄白或白厚、松浮剥脱, 加干姜、桂枝, 或用苓桂术甘汤; 胃阳盛痰浊热化者, 症见胸脘灼热, 泛恶欲吐, 舌质红苔黄腻, 脉滑数, 加黄连、黄芩; 心脾同病兼见血瘀者, 加郁金、延胡索、丹参; 肝脾同病兼见头痛眩晕者, 加天麻、钩藤、菊花。

(4) 温经散寒法

适应证: 寒邪内侵, 阳气困遏, 心脉痹阻。症见胸痛暴发, 疼痛较剧, 喜热畏寒, 手足逆冷, 舌青苔薄白润滑, 脉象沉紧或沉弦。常用药物: 良姜、干姜、细辛、炮附子、桂枝、荜拨。常用方剂: 一般用二姜丸(良姜、干姜) 加味; 寒证较明显者用乌头赤石脂丸加减; 寒凝血滞者用附姜归桂汤。

心肌梗死的治疗以扶正固本、调理阴阳为主, 主要治法为益气温阳和益气养阴。

(5) 益气温阳法

适应证: 气阳虚衰。症见乏力、气短, 自汗懒言, 精神疲惫, 舌淡、苔薄白, 脉虚弱, 此为气虚之证; 阳虚则

兼见形寒肢冷，面色晦暗，脉沉迟等寒象；如气阳虚衰至极，则见大汗淋漓，四肢厥逆，神昏息促，脉微欲绝等阳气虚脱之象。常用药物：补气用人参或党参、黄芪、黄精、炙甘草；温阳用附子、干姜、肉桂；必要时配熟地、当归、五味子以纳阳，龙骨、牡蛎以固脱。常用方剂：气虚以保元汤为主；阳虚以四逆加人参汤为主；兼血瘀者，症见心胸疼痛，唇舌青紫，脉沉涩等，加丹参、川芎、红花；或用急救回阳饮（人参、白术、甘草、附子、干姜、桃仁、红花）；兼有痰浊者，症见胸闷脘痞，恶心呕吐，舌苔白腻，脉濡缓等，加瓜蒌、半夏、陈皮；水气凌心犯肺，症见心悸不宁，喘咳不得卧，小便不利，下肢水肿者，加葶苈子、车前子、茯苓；阳气虚脱者，急用独参汤或参附龙牡汤益气固脱。

（6）益气养阴法

适应证：气阴不足。症见乏力气短，自汗懒言，心烦失眠，口干唇燥，舌红、苔薄白，脉细无力或细数。严重者可见多汗，喘促，身热，烦躁，脉虚数无力等气阴欲脱之象。常用药物：益气用人参或党参、黄精、黄芪、甘草；心肺阴虚用麦冬、百合、五味子；肝肾阴虚用生地、玄参、何首乌、枸杞子。常用方剂：心肺气阴不足者用生脉散加味；肝肾亏损者，用大补元煎合增液汤加减。兼血瘀者加丹参、赤芍、丹皮；阴虚生热者，症见发热，盗汗，面红目赤，大便难，小便黄，舌红脉数，加黄连、知母、栀子、莲子心；气阴欲脱者，用《伤寒六书》回阳返本汤（附子、干姜、炙甘草、人参、麦冬、五味子、腊茶）。^[5]

6. 卢尚岭诊治经验

卢氏认为，气滞是冠心病心绞痛标实的主要环节。本

病虽以正虚为根本，但在其初期，病程尚短，常以邪实之证为重，邪实不出气滞、血瘀、痰阻、火旺、寒凝5方面。邪实之中，气滞为先，痰瘀火旺每因气滞而后成。气滞责之肝脾气机郁滞。心绞痛之特点是胸痛阵作，须臾多止，反复发作，此皆气机郁滞之特征。胸为气海，心肺所居，肝脉所注。肝司疏泄，调畅气机；脾居中焦，通上连下，主升降，清升浊降，气机调和。故肝脾与气机之升降密切相关。情志失调，精神紧张为心绞痛之重要诱发因素。《灵枢·邪气脏腑病形》曰：“愁忧恐惧则伤心”。《灵枢·寿夭刚柔》曰：“忧恐忿怒伤气”。《备急千金要方》则曰：“愁忧思虑则伤气”。情志刺激，伤及心肝，影响气机。情志之伤，肝当其冲。肝气郁滞，疏泄失司，气机不畅，胸满胸痛。《灵枢·经脉》曰：“是肝所生病者，胸满……”。气有余便是火，气郁不解易从火化，故肝郁化热化火之证并不鲜见。津液赖气以输布，气不布津则生痰；气为血帅，气不行血则成瘀。痰瘀又可互为其因，痰瘀阻滞，气机不畅，经脉痹阻，故胸痛发作。痰瘀久结，化热化火，郁热郁火内扰，最易扰动心神，烦乱不宁，诸症益甚。饮食失调是本病的又一重要诱因。过食肥甘，醇酒厚味，嗜咸辛辣，内伤脾胃，运化失健，升降之机不利，气机壅滞；津液结而为痰，痰阻气滞，妨碍血行，则气滞、痰阻、血瘀、火旺亦因之而生。诸邪阻滞，气机不畅，经脉痹阻，不通则痛。

邪滞日久，由实致虚。气、血、痰、火郁阻，日久必损正气，肝失疏泄，木不疏土，横逆乘脾，脾失健运，久则气虚，如《脾胃论》所云：“脾胃之气既伤，而元气亦不能充，而诸病之所由生也”。脾胃损伤，累及元气，则其病由实转虚。所以说，冠心病心绞痛之标实具有暂时性与阶

段性的特点，提示治标毋忘其本，治实当顾其虚。

冠心病心绞痛标实证临床特点：①病程尚短，患者年龄大多偏低；②心绞痛发作诱因多较明显，如情绪刺激、饱餐、劳累等；③心绞痛部位大多不固定，或范围较大；疼痛程度不重，持续时间较短，发作多在白天或体力活动时；④除疼痛外，胸闷胀满较突出，而气短、乏力、多汗等少见或不着；⑤舌脉俱无虚象。

卢氏以“治重调气、疏解为要”八字统领冠心病心绞痛的治疗。认为心绞痛标实证治以调理气机为本，调气以疏理肝脾气机为先，疏郁调气，兼化痰瘀、清郁火，常用治法如下。

(1) 疏肝解郁法

用于心绞痛，胸闷胀满，或疼痛部位常不固定，因情志刺激诱发或加重，伴情志不畅，胁痛背胀，噎气叹息，苔薄白，脉弦。方用自拟疏解汤：柴胡 20g，白芍 24g，枳实 20g~30g，郁金、莪术、香附各 12~15g，薄荷、陈皮各 9g。方中以四逆散之柴胡、枳实、白芍为主，疏肝调气，升降气机，加理气活血解郁之香附、薄荷、郁金、莪术，则疏肝解郁、调气活血、宽胸定痛，其效益佳。若气滞重，胸闷、胁胀突出，加乌药、青陈皮、木香以增疏理气机之力；气逆不降，噎气颇作，加沉香粉（后入或冲服）、厚朴、旋覆花理气降逆；气郁化火，口干口苦，心烦少寐，加黄连、栀子泻火除烦；郁火伤阴，大便秘结，加蒲公英、知母、大黄清热泻火，润肠通便；气郁痰阻，胸脘满闷，痞塞不通，苔腻，加瓜蒌、薤白宽胸化痰、宣痹开结；胸痛较重，多是夹瘀，加炒五灵脂、生蒲黄、九香虫、延胡索化瘀通络止痛；头晕目眩，加蔓荆子、夏枯草以利头目；心悸不宁，加紫石英、生龙齿、合欢皮、炒酸

枣仁镇静养心安神；兼气虚疲乏无力，加麦冬、黄芪、党参或人参以益气补虚。

(2) 疏郁活血法

用于心绞痛气滞血瘀证，由气滞日久，血行不畅，痹阻脉络，其胸痛较剧，频频发作，痛处不移，胀痛并见，舌质偏黯、或有瘀点瘀斑、苔薄白，脉弦。方用疏解汤加桃仁、红花、延胡索、炒五灵脂、生蒲黄理气疏郁、活血化瘀、通络止痛。疼痛较重，加制乳没增其通络止痛之效；再甚者加沉香粉辛香理气、芳香通络。此外，王清任血府逐瘀汤理气活血、气血并调，凡冠心病患者主诉繁多，兹一时难以确定诊断者，每投本方取效。

(3) 理气化痰法

用于心绞痛证属气滞痰阻者，症见胸闷不舒，闷痛交作，或恶心，泛泛欲吐，大便偏干，苔多白腻，脉弦且滑。治痰之法，理气为先。肝气郁滞，气滞痰阻，用疏解汤以疏肝理气，加半夏、茯苓、瓜蒌、薤白化痰宽胸。恶心欲呕，加竹茹和胃化痰降逆；气滞痰阻，而大便偏稀或不实，苔白腻，常用温胆汤加味：枳壳 30g，半夏 12g，茯苓 30g，竹茹 12g，陈皮 9g，甘草 9g，远志 12g，郁金 15g。卢氏认为，温胆汤诸药多理气之品，枳壳行气导滞、除满化痰；陈皮辛以理气；半夏辛散，善开宣气机。故本方当为理气之剂，其化痰之功实得益于理气开郁之力，亦即治痰先利气，气顺则痰利；复配以竹茹则和中理气之力增强；加茯苓、甘草和中健脾，以杜生痰之源；加远志、郁金开郁化痰，利窍通络。全方长于疏郁理气，化痰宽胸。凡心绞痛患者，胸闷胸痛，苔腻，大便不实，投之每能获效；口苦、苔黄腻，加黄连、栀子。

(4) 疏郁清火法

用于气郁化火证，胸痛频作，或诉左胸、心前区辛辣、辛热感明显，如咽蒜状，心烦少寐，急躁多怒，口干且苦，舌质红、苔黄，脉弦或数。本证以气郁化火、肝火扰心者居多，而痰瘀化热者亦间有之。治以疏郁清火并施，方用疏解汤加黄连、丹皮、栀子。若心火偏旺，则用黄连配莲子心清心泻火；痰热内蕴，入竹茹、瓜蒌、川贝清热化痰、开郁宽胸；瘀血阻络，久从热化，宜加赤芍、丹皮、白薇化瘀凉血清热；郁火伤阴，口干便结，加知母、玄参、生地、蒲公英、大黄养阴生津、清热泻火、除烦安神；火邪扰心，心悸不宁，心律失常，或为室性早搏、或为阵发性心动过速，加苦参、白头翁、黄连清热泻火、安神宁心，对恢复正常心律颇佳。^[6]

7. 董建华诊治经验

董氏治疗冠心病心绞痛，不囿于西医的诊断及辨证分型框架，而是细审明察，运用中医的思维方法，深入分析其病因病机，辨证立法，因人施药，因此，能切中病机，较快缓解心绞痛。

胸背疼痛或满闷，是冠心病心绞痛的主要症状。董氏认为，其病因病机或寒凝胸中，胸阳失展；或忧思恼怒，气机郁滞；或饮食失节，聚湿生痰；或心脾两虚，心失所养；或肝肾亏虚，阳微阴弦，但气滞血瘀，不通则痛却是共性的。董氏治疗冠心病心绞痛，可一法独进，也可数法并用，但疏调气机、化瘀通脉则为基本治则，寓于各法之中，或通阳、或益气、或豁痰、或滋阴、或清火。行气药常以旋覆花、广郁金配伍；活血药多以三七、丹参合用。旋覆花苦降辛散，温以宣通；广郁金苦寒泄降，行血中之气。两药合用，行气散郁，寒热相宜；丹参微寒凉血，祛

瘀生新；三七甘缓温通，散瘀活血，二药合用，活血通脉，阴虚、阳虚均可应用。临证偏于阳虚可伍用薤白、桂枝、降香、川芎等温性理气活血药；偏于阴虚可伍用赤芍、枳壳、金铃子、延胡索等凉性、平性理气活血药。

胸为清旷之地，宗气之源，血脉赖阳气鼓动，运行不息。胸阳之气，温则通，寒则凝，而痰为阴邪，其性粘滞，胸阳不振，则阴邪上乘，脉道阻遏，酿成是证。董氏认为，冠心病心绞痛，心阳不振是常变；阴虚火旺是阶段性变化。因此，治疗宗旨要以温通为主，顺乎生理，使气血通畅、阳通营和，心绞痛才能得以缓解。常用药物：薤白、瓜蒌、桂枝、甘草。薤白、瓜蒌化痰通阳、行气止痛；桂枝、甘草温阳化气通脉、养阳之虚，即以逐阴。

冠心病心绞痛虽然以疼痛为主证，气滞、血瘀、痰结是普遍存在的，易显标实。但本病均以年老体弱者多，因其脏腑功能失调。且经年累月，心气最先受累，心气不足，运化无力，血脉滞涩，以至瘀血、痰浊阻遏，心气不足虽是本源，易受掩盖。因此，临证董氏注重补养心气，通补兼施。补亦有节，不以碍邪，通亦有度，不以伤正。标实明显者，可先通后补，疼痛缓解后，多通补兼施。常用药物：人参、黄芪、党参、丹参、三七粉、广郁金、旋覆花、檀香。益气、宽胸、通络，正本清源，疗效才能持久。

冠心病以心阳不振最为常见，但也有的患者由于忧思恼怒，暗耗心阴，虚火内炽，营阴润涩，心脉不畅，心前区刺痛。由于阴不敛阳，心神不宁，而出现心烦不寐，面红升火之象。此时，董氏则予滋阴清火，巧配温通。使滋阴而不寒凝，温通而不助火，对于痰热阻络，肝火偏亢之证，亦在清热化痰，滋阴潜阳的同时，佐以温通之品，心绞痛才能尽快缓解。常用药：生地、天花粉、玄参、丹参、

三七、广郁金、酸枣仁、檀香、赤芍等。^[7]

8. 高辉远诊治经验

高氏认为，心脏具有主神志、主阳气、主血脉等生理功能。而冠心病乃是一种老年性由“损”所致的“虚”证。或者心阳不足，或者心气虚弱，或者心血失养，或者营卫失调。有一于此，均可使心痛发作，或心悸怔忡。故高氏着重以“通心阳、益心气、养心血、调营卫”为主。但又指出，冠心病所表现的证候，乃本虚标实之为病，其病有新久，虚中有实，证有兼杂。因此，必须通过“辨证论治”才能达到提高疗效的目的。临证辨治冠心病主要有以下八法。

(1) 养心疏肝法

此法多用于冠心病证属心肝失调型。其表现为心绞痛，伴有善感易怒，烦躁汗出，心慌气短，舌红苔薄，脉细弦或兼促象。高氏常用甘麦大枣汤加茯神、麦冬、酸枣仁、菖蒲、远志、丹参、佛手、丝瓜络等品。若气虚者加太子参；虚烦不寐甚者，可用酸枣仁汤加味治之。

(2) 通阳宣痹法

此法多用于冠心病证属胸阳不振，寒湿痹阳者。其表现为心绞痛，伴见胸膈痹痛或痞满，痛引左肩臂或彻背，舌质微暗、苔白腻，脉沉弦或微涩。高氏常用瓜蒌薤白桂枝汤，或瓜蒌薤白半夏汤加减。

(3) 养心温胆法

此法多用于冠心病证属心虚胆怯、痰湿阻络者，其表现为心绞痛，伴有头痛且胀，心慌气短，胁区疼痛，咳吐痰涎，睡眠欠佳，多梦健忘，体态肥胖，舌尖红、舌苔白，脉沉细或滑。高氏常用十味温胆汤（人参、茯苓、陈皮、法夏、枳壳、酸枣仁、远志、五味子、熟地、甘草）化裁。

(4) 滋阴潜阳法

此法多用于冠心病证属阴虚阳亢者，其表现为心绞痛，伴有头晕目眩，头痛目赤，肢麻或手足震颤，失眠耳鸣，心慌心烦，舌红无苔，脉弦细数。高氏常用首乌丹加龙骨、牡蛎、石决明、菖蒲、郁金、天麻等。

(5) 清热宽胸法

此法多用于冠心病证属热陷心胸者，其表现为心绞痛，伴胸中发热，胸闷不舒，心烦口渴，心下痞按之痛，舌质红，苔薄黄，脉滑数或促。高氏常用小陷胸汤加麦冬、菖蒲、郁金、荷叶等品。

(6) 行气活血法

此法多用于冠心病证属气滞血瘀者，其表现为心绞痛较剧烈，呈刺痛状，痛行肩背，胸闷气短，心悸怔忡，心烦少寐，舌质紫黯，边尖红，脉沉涩或结，高氏常用拈痛汤（五灵脂、当归、莪术、木香）加减，也可用丹参饮、血府逐瘀汤化裁。

(7) 调和营卫法

此法多用于冠心病证属营卫失调者，其表现为心前区隐痛，伴有胸闷，心悸，怔忡，自汗盗汗，夜寐不安，舌淡，苔少而润，脉数或结代。高氏常用炙甘草汤、桂枝甘草汤、柏子养心丸加减。

(8) 温脾益气法

此法多用于冠心病证属心脾阳虚者，表现为形寒不泽，畏寒浮肿，舌质淡，苔白，脉弱无力。高氏常用苓桂术甘汤加味。若阴亦虚，可合用生脉散。^[8]

9. 袁家胤诊治经验

袁氏认为，冠心病发病在心，其病机应以心的脏气失

调为主，但根据脏腑学说来看，五脏是相互关联的整体，气虚、气滞、痰浊、血瘀这四方面的病理改变，其病机与肝肾、脾胃亦有密切联系，尤以脾胃为重。其病机中重要一环便是水谷精微的构布，因而脾胃在冠心病中占有一定位置。在治疗原则上，除采用温阳滋阴、通阳宣痹、芳香温通、活血化瘀法外，健脾益气、补气化痰、疏肝和胃等调治脾胃之法也广泛用于临床，尤其是心胃同治法正受到重视，并取得一定疗效。冠心病治疗从调治脾胃着手，正是“治病必求其本”精神的具体运用。袁氏认为中医对动脉粥样硬化所致疾病多理解与“痰”有关。“痰”指广义之痰，也是重要病因，要重视“痰”和“瘀”的关系。临床多用化痰通络之剂，取效甚捷。但益气化痰又不能离开健脾补肺。袁氏在治疗冠心病时非常注意抓主要矛盾，冠心病出现脾胃症状，要以调理脾胃为主，因脾胃为人体气血生化之源，但要辨证确切。袁氏指出：冠心病辨证重点当在心，但应与肺、脾、肝、肾联系起来分析，才能全面。而在临证病久虚损，病情复杂，多种证候同时出现时，必须抓住脾胃以建中气，中气一振则全身脏腑功能可以增强，可使错综复杂的病情向顺利方向转化。

关于冠心病的成因，多数医家都认为过食肥甘和缺乏活动是导致本病的重要原因。长期的情绪紧张、过食肥腻可影响血脉运行，同时亦影响了脾胃的“纳运”功能，以致痰湿内生，升降失常，浊气阻于大络，造成心脉瘀滞，产生心痛胸痹等证。气候失调在以上基础之上亦可成为发病因素。脾胃之气不足，则无阳以护，营卫不任风气，更易感风寒。可见心阳虚与胸阳不足均与本病发生有关。另外，“久卧伤气，久坐伤身”，“动则谷气消，血脉流行，病不得生”。可见由于缺乏体力活动，则谷气不消，对血脉不

利。劳倦伤脾，过逸伤气，脾虚生痰，阻滞脉络也是心与脉管发病的因素。

《金匱·胸痹心痛短气病脉证治》篇曰：“夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。今阳虚知在上焦，所以胸痹心痛者，以其阴弦故也。”清楚指出病因病机是胸阳不足，阴邪搏结，阴乘阳位，气机不利。《素问·痹论》也指出：“心疾者，脉不通”，“不通则痛”而呈现胸痹心痛症状。机体营养需水谷精微来输布，靠心阳鼓动来流通，心阳不足就必然形成浊阴不化，五脏六腑代谢异常。日久，心与脉管就出现病理改变，而其中脾胃运化转输失职对水谷精微输布及化浊阴方面的作用也是不能忽视的。

冠心病实质是虚，而其表现是实，虚中夹实，本虚而标实。就其本虚而言，心阳心气不足，必然影响脾胃运化，而脾胃运化失常，化源不足，不能益气生血，心血虚少，也可直接影响心阳心气的功能。因此在分析其本虚病机时，脾气脾阳也是一个重要方面。就其标实而言，痰浊产生与脾不健运关系甚大，脾虚不运，纳运失常则痰饮中阻，痰浊内生，可阻塞心脉，血泣不行，影响气血运行，也可导致加重血流瘀滞。

瘀血的产生，固然可由长期精神紧张、思虑太多，致使心肝气机阻滞，气机不畅，气滞血瘀致心肌痹阻，或因年老体衰，肝肾阴亏，日久阴损及阳，心阳不振，心脉瘀阻，气滞血瘀而致，但气血渐衰，气虚不能行血，致血脉瘀阻者也不鲜见。气滞气虚皆可导致血瘀，应审证求因，具体分析。脾乃气血生化之源，如功能正常则血液生长运行不已，反之则可令血液不生不行而瘀滞，其间联系不能忽视。

在冠心病病机中，水谷精微的输布也是重要的一环。《金匱·嘔吐下利篇》指出：“因发汗而致阳气衰微，膈气虚弱，不能消谷化食，胃中虚冷，胃气无余，不能养心。”又云：“寸口脉微而数，微则无气，无气则荣虚，荣虚则血不足，血不足则胸中冷。”这说明心阳虚能使胃阳虚、胃虚冷，而胃中虚冷，胃阳衰微则不能消化水谷，直接影响血行，形成胸痛、心痛。其病机为胃阳虚弱不能消化水谷，致阳微无气，血不足，胸中冷，脉不通。《素问·平人氣象论》则指出：胃的大络是由胃腑直接分出的一条大络脉，其循行路线是由胃上行，贯通横膈，连络肺脏后，向外布于左胸乳部的下方（心尖搏动处），可知其间关系密切。另外，隋·巢元方《诸病源候论》也有“脾心痛”、“胃心病”之说，描述心痛不能饮食时说：“心痛而不饮食者，积冷在内，客于脾而乘心络故也。心，阳气也；冷，阴气也。冷乘于心，阴阳相乘，冷热相击，故令病也。脾主消水谷，冷气客之则脾气冷，弱不胜于水谷也。心为火，脾为土。是母子也。俱为邪所乘，故病复不能饮食也。”此外，心与脾胃有经络相通，心胃常可同病，临床观察冠心病心绞痛发作严重者，常可伴有恶心呕吐、胃脘胀闷、嗳气等消化道症状。

综上以观，脾胃与冠心病既有如此密切的关系，因此在具体治疗中，袁氏重视调理脾胃尤其要顾全胃气。重视脾胃归根结底是为了培养元气，增强正气而达到祛除邪气之目的。

冠心病平时调治应以治本为主，补而兼通，急时治标，以通为主，通补兼施；心绞痛发作频繁、程度较重时，常为血瘀痹阻、胸膈不宣之候，应先通后补，分别用芳香温通、宣痹通阳、活血化瘀等法。此时虽以通为主，但不能

忽视扶正。芳香温通不宜久服，以免损伤心脾之气。通阳宣痹要结合兼证，常选用人参或党参、太子参、黄芪、大红枣、陈皮、炙草等健脾益气之品，通中寓补，通不伤正，这有利于生成正气，可以充分发挥人体内因作用，纠正其衰微之脏气，脾得恢复其运行转输之能。治标用通法时，以血瘀为主，在运用活血化瘀法时，应辨证加入补气、理气之品，达到促进血脉流通、调和气血之目的。

袁氏将冠心病分为以下5型。

(1) 脾胃虚弱、脾失健运、脾气不足

主证：以心绞痛为主，兼有自汗频作，动则加甚，饮食衰少，腹胀满，倦怠乏力，少气懒言，面色萎黄，或兼白，大便溏薄，舌淡苔薄，脉虚弱。治法：补脾益气，兼以化痰、活血、祛瘀。方药：香砂六君子汤合化痰祛瘀药：党参、白术、茯苓、陈皮、半夏、木香、砂仁、瓜蒌、薤白、佛手、丹参、川芎、大红枣、三七粉。中气虚弱甚者以补中益气汤为主方加减。

(2) 气虚血少、心脾两虚

主证：胸闷胸痛，有时夜间憋醒，心悸，动则尤甚，健忘气短，多梦易醒，体倦神疲，饮食无味，面色少华，舌淡苔薄，脉细弱、或濡细。治法：补益心脾，兼通络祛瘀。方药：归脾汤加通络祛瘀药：党参、黄芪、当归、炙草、酸枣仁、龙眼肉、焦白术、远志、大枣、桂枝、丹参、红花、桃仁、赤芍、鸡血藤、延胡、三七粉。

(3) 脾阳虚衰

主证：以心绞痛为主证，兼有食少、腹胀、便溏、面黄、神疲、痰多、肢冷形寒等证，舌质淡、苔白，脉弱、沉迟。治法：温阳健脾、化痰祛瘀。方药：桂枝人参汤合二陈汤配活血祛瘀药：桂枝、干姜、炙草、茯苓、法夏、

陈皮、党参、焦白术、丹参、红花、川芎、郁金、延胡、三七粉。若属饮停血瘀，症见心悸短气，起则头眩，心痛阵发，舌紫黯、有瘀点，脉细弱、或结代。可用温阳化痰、活血祛瘀之法，苓桂术甘汤加活血祛瘀药。

(4) 脾虚湿盛

主证：胸部憋闷，胸痛，痛处固定，兼有胸脘痞闷，恶心欲吐，咯痰沫，形体肥胖，苔白腻，脉缓滑、或弦滑。治法：化湿祛痰、宣通胸阳。方药：二陈平胃汤合瓜蒌薤白半夏汤配活血祛瘀药：陈皮、半夏、茯苓、苍术、厚朴、甘草、瓜蒌、薤白、苡仁、泽泻、丹参、红花、三七粉。若见头昏、心悸、气短、恶心、肢麻，舌苔腻，或舌有瘀点、瘀斑，脉细涩、或促结代。此为气虚痰瘀闭阻。治宜补气化痰通瘀，温胆汤加味：法夏、云苓、橘红、枳壳、甘草、党参、丹参。

(5) 肝脾失调、肝胃不和

主证：胸痛，兼见两胁胀满，或胃脘胀痛，呕逆、嗳气、吞酸、嘈杂，郁闷，不思饮食，或腹胀肠鸣便溏，苔白腻或薄黄，脉弦。治法：疏肝理气、健脾和胃，兼以活血通络。方药：柴胡疏肝散（或逍遥散）合金铃子散（或六君子散）加减：柴胡、白芍、枳壳、甘草、香附、川楝、延胡、青陈皮、佛手、党参、白术、云苓、半夏、丹参、川芎、瓜蒌壳。

单味药物的应用：目前一般认为脂类代谢异常是引起局限性的动脉内膜脂类积聚和纤维组织增生的重要原因，逐渐发展可以使冠状动脉呈部分或完全性阻塞而成冠心病。

血脂增高与动脉粥样硬化病关系甚为密切。高脂血症病人均有不同程度的过食厚味及少劳，无疑脾胃先伤，故症多见头昏眩痛，胸闷气短，或倦怠乏力，或动则自汗，

或大便时溏，小便频数，或有咯痰，舌苔白厚腻、舌质淡、边有齿痕，脉细或细弦。综合病情为中气不足，脾虚夹湿。用中药健脾、利湿、消食之品，常能获得较好疗效。可见“高血脂”、“动脉硬化”和中医“痰湿”之间有一定联系。此外，高脂血症中有一部分可不见痰浊实证，而呈现一派脾失健运之象，脾虚无力运化，清浊混淆，浊脂内生而影响脂质代谢的紊乱。也有食积于内，输之受碍，而致血脂增高者。西医一般以控制总热量，限制饮食，防止肥胖为法。中医则使用中药健脾利湿消食，调整脾胃功能，对降低血脂，防止冠心病诱发确有一定疗效。常用药物如下：

茯苓：性味甘淡平，入心、脾、肺经。益脾和胃、宁心安神、渗湿利水。临床常重用茯苓可健脾益心。

泽泻：性味淡甘寒，入肾、膀胱经。利水渗湿。《本草正义》云：“其亦能滑痰化饮者，痰饮亦积水停湿为病，惟其沉利，故可滑痰”。泽泻能轻度抑制血中胆固醇含量，减轻动脉粥样硬化的发展，降低 β 脂蛋白和甘油三酯，常与茯苓配伍运用。

茵陈：性味苦微寒，入胃、肝、胆经。清热利湿。《本草正义》谓“乃治脾胃两家湿热之专药”，有明显降压作用，可使血清胆固醇及 β 脂蛋白下降。

山楂：性味酸甘微温，归脾、胃、肝经。消食健胃、活血化痰。有扩张血管、增加冠状动脉血流量、降压、降低血清胆固醇等作用。对冠心病心悸、胸闷、隐痛者常单用有效。也常配用茶叶、茵陈适量煎汤代茶，每天服用，对降血脂和改善症状有效。

炙甘草：性味甘平，入脾、胃、肺经。和中缓急、补益心脾。治脾胃虚弱，能降低血清胆固醇，阻止动脉粥样硬化发展，能兴奋心脏，增加心肌收缩力，临床常重用。^[9]

10. 邓铁涛诊治经验

冠心病辨证，邓氏认为首先要辨明病位。《内经》既称“真心痛”，《金匱》又有“胸痹”篇，则此病病位在心无疑。其次要详审病机，心阳心阴内虚是冠心病内因，为本；痰与瘀是构成冠心病的继续与发展，为标。冠心病属本虚标实之证。

论治，邓氏分析了各地对冠心病的治疗，大部分方剂以祛瘀为主。从广东的病例来看，心气虚（阳虚）兼痰浊者多见，特别是早、中期患者，其后则兼瘀或痰瘀为多，故治疗原则以益气除痰或益气养阴，除痰化瘀为主。基本方药为温胆汤加党参，或加太子参，或加白术，名为“温胆加参汤”。心阴虚合用生脉散，痰湿重加胆南星或石菖蒲，兼瘀加三七、丹参、川芎，气虚甚者加黄芪。五爪龙（广东草药，又名南芪）、鸡血藤二药，一入气分一入血分，益气活血补而不燥，也是邓氏治疗冠心病的常用药。

广州中医学院内科冠心病研究小组，70年代末运用邓氏上述经验，对70例冠心病患者临床观察，症状疗效总有效率90.25%；心电图疗效休息时心电图总有效率32.6%，运动试验总有效率36.7%。80年代邓铁涛和欧明教授指导研究生丁有钦，通过对30例心血管病痰症患者血液流变学有关指标检测，其全血比粘度、红细胞及血小板电泳时间、血沉方程K值、纤维蛋白原、甘油三酯和 β -脂蛋白浓度均明显增高，与健康人组73例比较差异有非常显著性意义（ $P \leq 0.01$ ），表明这些指标的异常是心血管病痰证患者血液流变性突出的变化。其后又指导研究生方显明，以益气除痰方药（温胆加参汤化裁）对52例冠心病患者进行临床疗效观察，结果痰证与非痰证患者组间疗效比较差别无显著

性意义 ($P>0.05$), 提示益气除痰法治疗冠心病, 无论是痰证患者还是非痰证患者均有一定疗效, 辨证论治不应排除专方专药。上述研究从临床实验角度支持了邓铁涛教授对冠心病辨证论治的主张, 也为开发心血管疾病新药如“广州冠心丸”、“健心胶囊”奠定了基础。^[10]

11. 张云鹏诊治经验

冠状动脉粥样硬化性心脏病, 根据其发病症状的性质、部位和表现, 一般认为属中医学“厥心痛”、“真心痛”、“心痹”、“胸痹”等范畴。张氏认为本病以饮食、情绪、寒邪为诱因, 心肾肝脾功能低下为本, 痰凝气滞血瘀为标, 心脏为发病场所, 肾虚为发病的基础。饮食因素与本病关系密切, 若饮食失调, 则运化失常而痰浊内生, 痰涎壅滞, 阻遏心阳, 心阳痹塞, 遂导致本病。而情绪激动、情志变化, 则肝失疏泄, 肝气郁结, 肝阳上亢, 脉络失养, 舒通不利, 气血运行不畅, 心血不通, 导致气滞血瘀, 痰浊内阻心脉而发生心痛。至于寒邪为病, 正如《素问·举痛论》云: “寒气客于脉外则脉寒, 脉寒则缩倦, 缩倦则脉细急……。”晋·王叔和亦云: “厥心痛者, 乃寒气客于心包络也。”说明无论外来寒邪, 还是内生阴寒, 都可影响血液循环, 易诱发本病。然而心功能低下以及心阳和心阴相对平衡失调, 则占重要地位, 心主血、主脉, 心阳衰微或心气不足, 血液失去心力的推动, 心阴虚则不能濡养心脏致循环受阻, 所谓“气行血亦行, 气滞血亦滞”, 且心与肾皆属少阴, 两者互相联系, 肾为先天之本, 为真阴真阳之所在, 若肾阳式微, 命门火衰, 则不能上济心火。治疗上宜补肾养心为先, 益气活血辅之, 灵活化裁, 才能提高疗效。若心绞痛重度发作时, 可用芳香温通法, 缓解疼痛; 心绞

痛发作或心前区隐隐作痛，以活血化瘀法为主，扶正为辅；心绞痛缓解后，惟有胸闷重压感，可用益肾养心法或益气养阴为主，活血为辅；回阳救逆法则为急救之用；宣痹通阳法在各法中可以互参运用。^[11]

12. 韩子江诊治经验

韩氏也认为冠心病属本虚标实证，但对本虚标实之具体内容则有独到见解。他认为“本虚”虚在气，虚在功能，虚在心、肾二脏。心主血脉，五脏六腑、四肢百骸无不赖心血以养之。然心血之运行，需心气为之推动。只有心气旺盛，心血才不致瘀阻，心脉才不致不通。心气旺盛与否，当取决于肾气之盛衰。肾中阳气是人体生命活动之根基，肾阳充足，心阳亦充，心肾二脏共同温煦心脉，使血流畅行脉道之中。若肾气亏虚，命门火衰，则心阳鼓动无力，进而血脉不畅，引起心君失养，则发胸痹心痛诸症。中年之后，肾气渐衰，本病之发病率也随之增高，这种伴随衰老而发生、发展的特征，客观地反映了本病与肾虚的密切相关性。韩氏认为，尽管有不少冠心病病人无明显肾虚表现，但近年来有关冠心病病理生理学研究已发现，本病与性激素分泌紊乱、免疫功能失调、自由基代谢异常、微量元素比例失调等微观肾虚证有密切关系。

在心肾虚的基础上，瘀血、痰浊等病理产物阻滞心脉，痹阻胸阳，致心脉不通是本病的基本病理过程。心气亏虚，行血无力，致心血瘀阻发为本病，肾虚则脾虚不运，痰浊内生，痹阻胸阳亦可发为本病。

本病的发生、发展还与气滞、寒凝、饮食劳倦等诸多因素有关。临床每见因情志不畅、气候突变、过食、过劳等而诱发之心绞痛。这些因素常为本病之诱因。情志不畅，

肝气郁滞，疏泄失职则气滞血瘀；寒为阴邪，易伤阳气，感之则凝滞心脉；饮食劳倦，损伤脾阳，则痰浊内生，痹阻胸阳。

总之，韩氏对本病病因病机之认识可归纳为：心肾气虚为根本，痰瘀阻滞为标实，寒凝气滞、饮食劳倦等为条件，诸种因素相互作用，从而导致心脉不通，血行不畅。

韩氏提出本病应标本同治，以通为要，并将治疗原则归纳为：补益心肾、活血化瘀、宣痹通阳、芳香开窍。临证中注重辨证与辨病结合，遣方用药以补为通，以通助补，补通结合。经过多年实践，拟创了十味冠心病汤作为治疗本病的基本方。该方由人参、麦冬、淫羊藿、丹参、三七、葛根、降香、瓜蒌、川芎、红花等组成。方中人参、淫羊藿、麦冬补心益肾、益气生脉，以改善冠心病之本虚；配葛根、丹参、降香、红花、川芎等祛瘀通脉；三七活血止痛，扩冠通脉，祛瘀生新；瓜蒌开胸化痰。全方补通结合，标本兼治。对因寒诱发，心痛频作，疼痛剧烈，形寒肢冷等胸阳痹阻者，则加桂枝、细辛等温通心脉，化瘀止痛；心悸不安、脉律不整或心动过速者加黄连、苦参等以复脉定悸；心动过缓、脉微欲绝者加桂枝、附子等温阳通阳；若胸闷胀痛，形肥困重，舌苔厚腻等痰浊较重者，则配薤白、半夏等开胸化痰；伴心烦失眠、自汗乏力者加炒酸枣仁、五味子等养心安神；若真阴不足，口干少津，消谷善饥，血糖增高者，人参改西洋参，加玉竹、天花粉、枸杞子等滋阴清热；伴头晕目眩、心烦耳鸣、急躁易怒、血压升高者则配天麻、怀牛膝平肝潜阳。因情志失调而诱发，表现为心胸闷胀、隐痛阵阵者则取心肝同治之法，加柴胡、郁金、枳实等以疏肝解郁；伴便秘纳差，脘腹胀满，食后易发者则取心胃同治之法加半夏、大黄等降气通腑，调畅

气机。

除内治外，韩氏还提出了冠心病之外治法。他以丹参、瓜蒌、葛根、红花、桂枝、蒲黄、五灵脂、血竭、川芎、乳香、没药、细辛、三七粉等，按常规方法加工制成外用黑膏药，每帖重 10g，名之曰心痛灵膏，使用时贴敷于心前区，临床疗效确切，若配合十味冠心汤内服，效果更佳。

在辨病方面，韩氏常根据冠心病的不同类型、不同阶段及不同表现加以治之，尤其对无症状型心肌缺血及急性心肌梗死，更以辨病为主。对无症状心肌缺血发作次数少、ST-T 缺血性变化轻者常给予人参、麦冬、五味子三味，煎水代茶，配服丹参片；对发作频、ST-T 变化重者，则予补益心肾、活血化瘀之十味冠心汤加减治疗。韩氏认为，对急性心梗的重点应放在防厥、防脱、防变上。临证中常先予患者西洋参、熟附子各 30g，水煎频服，以生气回阳，鼓舞心气。配合应用止痛、吸氧、抗心律失常等各种有效措施，先救其急。病情稳定后，再依证予十味冠心汤加减治疗。^[12]

13. 朱锡祺诊治经验

朱氏认为冠心病患者大多虚实夹杂，而以“本虚标实”为多见，单纯属虚或属实者较少。“本虚”，朱氏认为主要是气虚和肝肾两虚。患者或偏阳虚或偏阴虚，但每多兼有气虚。肝肾两虚在冠心病患者中也很常见。“标实”，多指本虚影响血液循环、津液输布而导致的气滞、血瘀、痰浊等病机。因此，朱氏治疗冠心病倡用“以补为主”、“以通为用”的原则。“补”，主要是补气、补肝肾；“通”，主要是理气、活血、化痰。

对临床上较常见的气滞血瘀型患者，朱氏认为仅用理

气活血药还不够。根据朱氏的长期观察和体验，冠心病人的气滞血瘀，常与气虚有关。因心气不足导致的气血瘀滞，宜用七分益气，三分活血。

朱氏治疗冠心病，不仅着眼于“心”，而且通过分析五脏之间的关系，进行整体治疗。肾为一身阴阳之根本，且心肾同属少阴，两者互相依存又互相制约；心肺分主气血，且同居上焦。故朱氏在整体治疗中尤重心肾、心肺并治。具体来说，在“本虚”，尤其是气阳、气阴和肝肾两虚为主时，常心肾同治；在“标实”，即表现为气滞、血瘀、痰浊为主时，或对兼有慢性支气管炎、肺部感染的冠心病患者，常心肺同治。在胸闷胸痛与情绪或饱餐明显有关时，朱氏又常心肝、心胃同治。

朱氏强调治疗冠心病的思维决策过程：①确定治疗对象主要矛盾的思维决策过程。朱氏首先根据病人的病史、主诉及各种实验室检查指标，判断患者冠心病诊断是否成立。如成立，则进一步分析患者在就诊时的主要矛盾所在。朱氏的思维决策过程是：当冠心病患者就诊时，心力衰竭达到一定的程度（朱氏有自己的判别标准，下同），血压或血糖指标超过一定的限度，近期有中风史，或伴见慢性支气管炎合并感染、感冒发热、急性腹泻等，均按主要矛盾所在进行辨证论治，而缓冠心病本病治疗。虽兼有其他病证而尚未成为主要矛盾，则仍按冠心病论治，而用药物的加减来解决兼证。朱氏在掌握上述病证的标准时，虽有一定的灵活性和模糊性（如掌握血压过高限度时，常要考虑患者有无高血压史等因素），但总的来说，仍有一定的法度可以遵循。②确定病机的思维决策过程。朱氏将冠心病分为心气不足、气阳两虚、气阴两虚、肝肾两虚、阴虚阳亢、血瘀气滞、痰浊壅塞、痰瘀交阻等8个基本证型，及由此

组成的40个复合证型。朱氏确定病机的思维决策过程大致分为三步：第一步，在确立病机前，进行初筛，即剔除无关的病机，初筛候选病机。朱氏有独特的判别气虚、阳虚、阴虚、血瘀、痰浊、肝肾虚等组成病机的核心单元是否成立的标准。例如，只有气虚、阳虚都达到一定的指标，气阳两虚作为候选病机才有可能被确定为病机。又如痰浊没有达到一定的指标，那么痰浊壅塞，痰瘀交阻的病机首先就被剔除。第二步，从候选病机到最后病机的确定，朱氏常常依靠抓“复合证”来确立诊断。“复合证”，常表现为特定的证候群。中医理论和临床经验表明，孤立的单个症状和特定的证候群，对于证型确立的意义是大不相同的。如患者有气短、畏寒、动则汗出、舌质淡胖的症状或体征，这时确立气阳两虚的依据就显得非常充分。朱氏认为，这一证候群的意义要比四个孤立症状的意义之和大得多。第三步，在复合病机（按朱氏习惯，多为两个）中确定主病机和次病机。朱氏的思维决策主要是结合构成两个病机成立的参数个数和严重程度这两方面来决定的。当两个病机为一虚一实时，除胸痛、胸闷程度严重，或虚证的参数依据相对很少外，朱氏一般将表示“本虚”的病机置前，而将表示“标实”的病机放后。③确定随症加减的思维决策过程。随症加减比较集中地反映了朱氏的经验和用药特点。他确定随症加减的思维决策过程主要是：兼证加药分别对待。即有些兼证一旦出现就考虑加药，有些兼证只有达到一定程度才加药，而有些兼证一般不考虑加药。如便秘只要存在，即考虑加药，因朱氏认为冠心病患者保持大便通畅是十分重要的。头晕是冠心病患者常有的兼证，如只是轻微头晕，一般不予加药，只有程度严重时，才考虑辨证加药。而健忘之类的兼证，一般不考虑加药。在兼证较多

时,按经验有先加后加的决策。一般与冠心病关系密切的兼证及失血、疼痛等考虑先加,其余则后加,朱氏用药大多在12味药左右,一般不超过15味。朱氏重视应用习惯的经验“药对”,如夜尿频数,每用菟丝子与金樱子同加;肾虚头晕,常首乌合黑料豆并用。④复诊的思维决策过程。在复诊时,朱氏主要根据冠心病主症(胸痛、胸闷、气短、心悸、乏力等)的变化情况,大致分为好转、基本不变、加重三类。对于好转或基本不变的患者,原则上守方或随症略作加减。对于病情加重者,朱氏采取如下对策:首先辨察主要矛盾是否转移,若是,则按主要矛盾所在另行辨证治疗。如果主要矛盾没有转移,则通过问诊,判断病情加重是否与劳累、情绪、饱餐、受寒诸因素有关,或考虑是否与气候反常或交节气等有关。若属上述因素所致,则仍守原方,随症加减,并加医嘱。如主要矛盾没有转移,又无上述诸因素影响,则根据病情重辨病机,并确定相应的治则方药。在治疗过程中,针对病情加重的不同情况,变换方药或加大某些药物的剂量。

朱氏治疗冠心病,积累了丰富的用药经验。他将冠心病分为八个基本证型,每一证型都有比较成熟和习用的基本药物。心气不足,主用党参、黄芪、丹参、麦冬、益母草;气阴两虚,主用太子参、麦冬、五味子、丹参;气阳两虚,主用党参、黄芪、丹参、仙灵脾、附块;肝肾两虚,主用首乌、黑料豆、女贞子、旱莲草、枸杞子;阴虚阳亢,主用生地、首乌、黑料豆、珍珠母、钩藤;血瘀气滞,主用丹参、益母草、苏罗子、郁金、旋覆梗;痰浊壅塞,主用桂枝、瓜蒌、薤白、半夏、陈皮;痰瘀交阻,主用丹参、益母草、半夏、陈皮、郁金、旋覆梗。补气,朱氏每参芪并用。其中党参一味,在病重时换移山参,抢救用野山参,

阳虚明显，常易以红参或高丽参，或配合附块同用。朱氏认为，附子乃温壮肾阳第一要药，能下补肾阳以益火，中温脾阳以健运，上助心阳以强心。治疗冠心病合并有缓慢型心律失常，如病态窦房结综合征或窦性心动过缓，常须配合参芪及麦冬等养阴药，方能作用持久，相得益彰而较少弊端。偏阳虚者，则以太子参、皮尾参或西洋参代替，或再配合麦冬同用。麦冬一味，朱氏不仅用治阴虚者，在阳虚用大队温药时也常加用之，取其强心作用，既有相辅相成的意义，又可起到监制辛温太过的作用。朱氏认为黄芪是补气要药，较之党参，作用更强，而且善补胸中大气，大气壮旺，则气滞者行，血瘀者通，痰浊者化，此即“大气一转，其结乃散”之谓。基于这种认识，朱氏不但对气虚表现明显者恒用黄芪，而且对血瘀气滞或痰瘀交阻表现为主的冠心病患者，也常以黄芪与它药配伍同用。因今药店配方之黄芪，枝细力薄，故用量常须至 15~30g，其功始显，甚者可用至 60g。补肝肾，朱氏习用首乌、黑料豆、枸杞子、地黄等药。偏阳虚配合仙灵脾、附子，阴虚明显并投女贞子、旱莲草。首乌和黑料豆，补益肝肾，并能降低胆固醇。延寿丹之类，常选首乌为君，说明其有抗衰老作用，而所用首乌，每与黑豆隔层铺垫，反复蒸制，可见两药合用，又有相须之性。临床还观察到，两药肾虚肝旺的头晕有较好疗效，对改善神疲乏力症状也有较好效果。女贞子合旱莲草，即“二至丸”补肝肾而不膩是其特长，长期服用，对动脉硬化有治疗和缓解作用。朱氏还发现两药对眼底动脉硬化性出血，有促进吸收的效果。

朱氏认为，人之有生，贵在气血流通，所以无论属虚属实，均需运用或配合运用行气活血药。常用药有丹参、益母草、郁金、旋覆梗、赤芍、川芎等。丹参专入心经与

心包经，不论寒热虚实，都可以用，并无禁忌。郁金配旋覆梗，以行气宽胸为长；川芎合赤芍，以活血止痛为优。益母草一味，养血而不滞瘀血，行血而不伤新血，又有降压利水之功，在冠心病伴见血压高时尤宜。胸痛较甚或心绞痛频发者，朱氏常加红花、王不留行子。对心绞痛发作病程历久，或心衰病人引起瘀血性肝肿大或心源性肝硬化者，则加配三棱、莪术两药。关于两药性能，朱氏推崇张锡纯之说，认为用于疼痛和瘀血“性非猛烈而建功甚速”，只要配伍恰当，用之并无流弊。

朱氏治疗冠心病善用桂枝，在痰浊和痰瘀壅塞胸膈，胸痛彻背或放射肩臂时，尤为常用。当心阳不振，浊阴弥漫，胸膈清旷之区顿成迷雾之乡，投以桂枝，犹如离照当空，阴霾自散。历来多以舌红为用桂枝之禁忌，但朱氏认为，只要舌上有津，具有桂枝适应证者，红舌亦可选用。此时常与赤芍相配，意在各展其长而又相得益彰。

在冠心病伴有肺部感染时，朱氏认为治肺常要先于治心，否则每易引起心衰。此时常在辨证施治的基础上加用鱼腥草、开金锁、山海螺。三药合用，药力较强，对长期使用抗生素已产生耐药性者，尤为适宜。若冠心病而见心衰，出现急性肺水肿征象时，朱氏则以益气强心配合泻肺利水法，如参、芪、苓、术配合附块、茶树根、万年青根、葶苈子、泽泻、槟榔等药。茶树根、万年青根均有强心利尿作用，但万年青根在心率慢于 60 次/min 时即不用，而茶树根则不论心率过速或过缓，都可应用。葶苈子一味，泻肺利水作用颇佳，但过去多认为其药性峻烈，不可轻用，现证之临床并非如此。肺与大肠相表里，用槟榔旨在破大肠气而助泻肺行水之功。

朱氏的用药经验还有两个特点：一是选药针对性强，

并尽可能发挥药物的多种作用：如同是胸痛，血瘀气滞为主的，主用红花、王不留行，而舌苔厚腻，或痰浊壅塞者，则换用白芥子、桃杏仁；同是便秘，一般习用瓜蒌仁、柏子仁，但若伴见高血压者，则换用决明子、大黄。二是既要药性平和，又要顾及脾胃。性味平和，则久服无弊；顾及脾胃，则化源不绝。^[2]

14. 方药中诊治经验

方氏认为，中医学对冠心病心绞痛的认识，涉及到心痛、厥心痛、真心痛、卒心痛、久心痛、胸痹、心痹，以及九种心痛等，故可统称为心痛胸痹类证。因为这类疾病绝非一朝一夕之所成，故正确认识该病原发与继发的关系，就成为中医辨证论治的第一环节。方氏指出：所谓原发，即从该病患者可追记的病中开始，直至目前存在的临床见证中，如某个病始终未愈地延续下来，那么它就是整个病程中的原发病，尔后的各种复杂病变，则都可认为是在此原发的基础上继发而来。尽管有时继发病的症状比原发病的症状更为突出，但就其实质而言，原发病的病机却始终是决定疾病发展变化的主要方面。所谓“原发”为本，即在治疗中应详尽分析病史，找出原发病，并重点地施治。

疼痛虽是心痛痹证的主要临床表现，但只有伏其所主而先其所因，才能通过治本而达到治标的目的。张景岳说：“五脏之滞，皆为心痛，刺治分经，理甚明悉。”“但得其本，则必随手而应”。冠心病患者虽多因胸痛心悸而入院，就定位而言，当主要在心。临床上多数患者的发病部位、致病原因，乃至年龄、体型、季节气候特点等都与心肾两脏密切相关，故应特别重视心肾两脏的调治。

方氏认为，心痛胸痹类证的发生，首先应责之正气虚

损。即或兼有标实，亦属本虚所致。正如张景岳所说：“若无六气之邪而病出三阴，则惟情欲以伤内，劳倦以伤外，非邪似邪，非实似实，此所谓无，无则病在元气也”。为此，在该病的治疗中，只有在治本的前提下治标，在扶正的基础上祛邪，即以正气为本，才能确实提高疗效。所谓“痛则不通，通则不痛”，对于实邪致痛者固然颇为精当，但以此而概百痛之全，则有失片面。临床上虽遇胸痛颇为急重，但倘若只重标实而不顾本虚，就可能犯虚虚实实之成。张景岳说：“有曰通则不痛，又曰痛随利减，人皆以为不易之法，不知此为治实痛者言也，……其有因虚而作痛者，则此说更如冰炭。”方氏还认为：因为心性属火，其主阳气，故“伤心者病在阳”的情况在心痛胸痹类证中最为多见，以温补之法治该病的经验也不乏记载。

阴精与阳气之间，不仅相互依存，而且相互转化，故气虚可以导致阴虚，阴虚也可造成气虚。心痛胸痹类证之初，虽然五脏所伤不同，在气在血各异，但久而久之，势必阳损及阴，阴损及阳。为此，只有在“谨守病机，各司其属”的基础上，随时注意划清阶段，把握分寸，即不断于恒动中求得新的平衡，才可能使医者把握住整个治疗过程中的主动权。方氏认为，心痛胸痹类证以阴阳两虚最为多见，故治疗中不仅要针对原发之所在而取之，而且还要随时注意划清阶段，把握分寸。一旦原发病已有好转，就应避免偏执温补或滋养，可转而采用阴中求阳，阳中求阴的灵活治法。所谓甘药，即阴阳兼顾之剂。而所谓兼顾，又非等量齐观，无所侧重。阳为有生之本，阳旺则能化生阴血，故补气应在补血之先，扶阳应在滋阴之上。为此，方氏对阴阳俱损而其证急重者，往往先行补气，用补中益气汤之类。一旦病势趋于稳定，又根据阴为阳之根，阴虚

不复则阳无化源的理论，再以养阴缓收其功，用丹鸡黄精汤、六味地黄汤之类。但是，不论先行补气，或继之养阴，都要随时注意兼顾阴阳，绝不妄投刚燥或阴柔之“至剂”，这也正是方氏每于补中益气汤中加生脉散、增液汤，以及丹鸡黄精汤中加参芪，六味地黄汤中合桂附之寓意所在。

方氏认为，五脏是不可分割的整体，任何一脏的病变都或多或少地会对其他脏器产生影响。心痛胸痹类证的发生，就是脏器虚损，由轻而重，久病不瘳，相互影响的过程。一旦病之既成，这种影响及其发展，还可能使病情越来越重。因此，主张见微知着，未雨绸缪，以全局观点分析病机，判断转归，从而积极地“治疗未病”。^[2]

15. 焦树德诊治经验

焦氏认为，冠心病实际上应属于中医之心痹与胸痹范畴。“心痹”即心受邪侵、致血脉、经络、脏腑、气血闭阻，不得宣行而发生的以心胸闷痛为主要证候的疾病。可见凡是因为心气不宣，血脉不通畅，经络闭阻而致胸闷气喘，厥气心痛，心烦心跳，咽干善噫，脘腹胀满，心痛引背（或痛串左臂内侧），心脉沉弦（或紧、或涩）者，即为心痹。

心痹与胸痹，均为经络、血脉、气血闭而不通所产生的疾病，并且都可发生心痛的症状，所以说心痹与胸痹的病因、病机、症状均有相同之处。但胸痹主指胸中气血闭阻，经络、血脉不畅通而致的疾病，故胸痹轻者，仅有胸部气塞之症，重者才发生疼痛。胸中有肺也有心，肺主气，心主血，故胸痹重时，不但可产生心痛，而且也产生“喘息咳唾，胸背痛，短气”等肺的病症，据此来看，胸痹比心痹所涉及的范围更广泛，更复杂。胸痹可以包括心痹，

心痹不能包括胸痹，这又是心痹与胸痹不同之处。但再深入分析其证候，胸痹中有“胸痹心中痞气”、“胁下逆抢心”、“诸逆心悬痛”等，心痹中有“暴上气而喘”、“心痛引背”、“动作痛益甚，色不变，肺心痛也”等心肺相关联的证候。二者之严重者，均可发生真心痛这种“旦发夕死”的危证。据此又不难看出心痹与胸痹密切相关，不好截然分开，实属同中有异，异中有同之病。从而可以体会到《黄帝内经》中只谈到了心痹、心痛、厥心痛、真心痛等有关心痛的病证，关于胸痹只谈到此名，无症状描述。至汉代张仲景先师根据临床实践，密切结合《内》、《难》诸经，才又提出了胸痹心痛之病，并且指出了治疗方药、辨证论治和随证加减的理法。

导致心痹发生的因素很多，无论内伤七情、外感六淫、脏腑诸病的传变转化等，都可发生心痹。但焦氏认为此证最多见的病因病机有以下几种。①气血虚弱，心阳不振：年老体弱，气血不足，血不荣心，心脉血少，心阳不振，少阴气逆，阳虚阴厥而发心痛。心为阳中之阳，居于胸中，犹如离照当空，天朗气爽，阳气敷化，气血宣畅，则体壮无病。若心虚阳气不足，心阳不振，则如云雾阴霾，气血不得宣畅，血脉受阻，脉不通而心痹心痛（其痛有的波及咽喉之处）。一般说，正气虚弱时，邪气常来乘之，故又须结合以下诸种因素，综合分析。寒邪乘心、血脉不通：寒性凝涩，寒邪伤人，可使气血滞滞，血脉不通畅；心主血脉，不通则痛。②忧思伤心，气血郁滞：中医学所说的神明之心与血肉之心密切相联，分而言之可为二，合而言之则为一。心主神明，过于悲忧、长久思虑则伤神；神伤则心虚，虚则邪易干之，致气血郁滞而发心痹。痰浊积滞、脉道涩阻：膏粱厚味，油腻醇醴或体胖湿盛，易生痰浊；

痰浊上犯，阴乘阳位，阳气不布，血脉痹阻；不通则心痹疼痛。还须注意的是厚味入胃，胃属阳明，其性炙热，内生之痰浊，有的从阳化热，而形成痰热浊火，上蒙心窍。心窍不利，脉道涩滞，也可发生心痹疼痛。③久病入络，瘀血阻滞；跌打损伤，努责过度，饮食过热之物，急愤大怒，均可使人产生瘀血；久病不愈，也可因邪气深入血络而产生瘀血；或患血证（呕血、便血、咳血等）后，也可产生瘀血。④饮食塞滞、积气上逆：《素问·平人气象论》说：“胃之大络，名曰虚里，贯膈络肺，出于左乳下，其动应衣，脉宗气也。”可见胃与心有着密切的联系。暴饮暴食，或中虚食滞，痞塞难消，胃失和降，积气上逆，虚里失畅，宗气不行，心血受阻，脉道不通，心气不得宣行而发心痹，出现上腹及心胸疼痛。所以临床上遇有胃痛呕哕，心胸痞塞堵闷之症，须详加辨认是否为心痹，切勿误诊为胃脘痛。

焦氏认为临床上对冠心病进行辨证论治，首先要注意抓住主证和舌、脉的变化。主证：胸闷，心跳，气短，咽干，噎气，心胸疼痛，膺背肩胛间痛，甚则左臂内侧沿心经路线窜痛。见此证候，即可诊为心痹。再结合舌诊、脉象和后面所谈的虚、实、寒、热、痰、血、食积等证，四诊合参，进行辨治。舌诊：心痹者，由于血脉不通畅，故可见舌质较暗。一般患者舌质无明显变化。有热象或阴虚者，可见舌质发红；瘀血所致者，可见舌有瘀斑，舌苔一般多为薄白；湿滞可见白厚苔；痰浊盛者，可见白厚腻滑难退之苔（兼热者黄腻）；饮食积滞者可见白厚垢积难化之苔；寒甚者，有的可见灰黑之苔；热盛者，可见舌苔黄褐少津。脉象：寸脉沉者，胸中痛引背；关上沉者，心痛吞酸，沉弦细之脉，多为气痛证；见于寸，多为心痛；见于

关，多为腹痛；见于尺，多为下腹、前后阴痛。心痛者中，脉沉而迟者易治；坚大而实，浮大而长、滑、数者难治。脉涩者有瘀血、死血。右手脉紧实为有痰积之证。以上脉象为临床常见者，应熟记心中，若遇有结、促、代脉者，证情多较重，应结合四诊全面分析，深入辨认。

通过辨证，抓住了主证，虽然可以辨出为心痹病，但若行论治，还须进一步辨出虚、实、寒、热、兼夹、转化等具体的证候。

焦氏将其分为虚实两证。

(1) 虚证

除见前述主证外，兼见形体羸弱，气怯神疲，倦怠乏力，语少声低。心痛绵绵，时发时愈，痛处喜按抚，心慌心悸，面色苍白。舌质偏淡，舌苔薄白，脉象沉细或虚软。此为气血两虚，心脉失养，少阴气逆，血脉痹阻之证。治法：养血益气，助阳通脉。方药：《千金方》细辛散加减。细辛、炙甘草、干姜、当归、白术、党参、麦冬、茯苓、瓜蒌、薤白、桂枝、红花、丹参、延胡索。另用人参粉，三七粉，琥珀粉，混合均匀，装胶囊，随汤药吞服，1日2次。如心痛不解者，可用苏合香丸1粒，温开水送服，1日2次。心痛止，则停服。

虚证一般为气血两虚，但又有偏于气虚、血虚、阳虚、阴虚之不同，药物也要随证加减。①气虚证：除一般虚证的表现外，还有明显的气短，乏力，倦怠嗜卧，说话先重后轻，渐渐少气无力，食少纳呆，舌质淡浮胖，脉虚。治法应加强补气，可在上方中加大白术用量，改党参为白人参，去丹参、麦冬，加炙黄芪，另加木香、檀香，以防补气药之壅滞。②阳虚证：在气虚证严重时，则可出现阳虚。阳虚证的特点是在气虚证的基础上，兼见喜暖畏冷，胸背

部发凉，喜着厚衣，心胸痛处经热敷可减轻，手足不温，饮食亦喜热，舌苔薄白或白，脉虚而带迟缓。治疗应加重补阳之品。可在虚证方中加大干姜、桂枝用量，或另加桂心，可去麦冬、丹参。如手足兼现厥冷，精神不振，心中冷痛，脉沉细，出冷汗者，可在虚证原方中去瓜蒌、麦冬、丹参、党参，加制附子、白芥子、人参、加大干姜用量。

③血虚证：在虚证中兼见面色觥白，唇舌色淡，心悸动，月经量少，皮肤干燥，大便涩少，头昏目花，脉象细。治法中应加重补血，可在虚证方中加白芍、阿胶珠、熟地黄、砂仁。

④阴虚证：血虚进一步加重时，有的则出现阴虚证。如下午病情加重，手足心发热，心烦，夜间口渴，重者下午颧红，夜间盗汗，舌质红、苔薄白或无苔，脉象细数。治法中应加重益阴。可在虚证方中去干姜、桂枝，加生地、元参、沙参、白芍。正虚之时，邪易乘袭，故在治疗虚证时，应注意辨认有无虚中夹实之证，如夹痰、夹寒、夹食、夹血等，与实证互相参看。

(2) 实证

除见前述主证外，兼见形体壮实，心胸急速绞痛，胸中窒塞，喜捶拍，疼痛难解，言语声音洪亮，舌苔略见发白，脉象弦滑或沉紧。此多为邪气乘心，心脉痹阻之证。治法：宽胸开痹、活血通脉。方药：《金匱》枳实薤白桂枝汤加减。枳实、厚朴、瓜蒌、薤白、桂枝、红花、檀香（后下）蒲黄、炒五灵脂、焦山楂、延胡索、莪术。心痛甚者加服苏合香丸。

临床上实证比较多见，实邪又多种多样，故辨证要非常细致，常见者有如下几种。

①寒盛证：除实证、主证的证候外，还兼见喜暖畏寒，胸中冷，痛处喜热熨，喜热饮食，遇寒病情加重，甚则手足发凉，舌苔白，脉紧或迟、

或弦紧。治法宜加重散寒温阳，可在实证方中加干姜、细辛、白芥子、紫肉桂，去枳实、丹参，增桂枝量。②痰盛证：实证同时兼见痰涎壅盛，胸闷呕恶，或有头部昏晕，不喜饮水，体胖形实，舌苔厚腻，脉滑或兼弦。治法要加强化痰祛湿。可在实证方中加半夏、化橘红，茯苓加量。痛重者还可加莪术，米醋 30~50ml。③气滞证：兼见面青善怒，嗳气太息，长吁后较舒适，胸胁痛，胁下气逆抢心而痛，怒则加重，舌苔白，脉象弦。治法要加重疏肝理气。可在实证方中加青皮、香附、炒川楝子、广郁金。可去红花、丹参。④血瘀证：痛处固定，痛如锥刺，大便发黑，夜间加重，舌质紫黯，或有瘀斑，脉涩。治法要活血化瘀。可在实证方中去厚朴，加桃仁、苏木、藏红花（用黄酒炖化，兑入汤药中服）。⑤食滞证：兼见脘腹腹胀，恶心欲呕，恶闻食臭，胃部痞满，嗳腐吞酸，舌苔垢厚，脉象右手弦滑，左手沉滑。治法也要加重消食导滞。可在实证方中去红花，加焦神曲、焦麦芽、焦槟榔、炒莱菔子、广木香。⑥热盛证：同时兼见烦热口渴，目赤面红，大便干结，数日不下，或有体温升高，舌苔黄厚，脉象滑数有力。治法应着重清热。可在实证方中去桂枝、蒲黄，加炒山栀、炒黄芩、连翘、郁金、川黄连。

焦氏在治疗急性心肌梗死时，遇有心痛数日不得缓解，大便干秘，数日不行，面红气盛，痛连胸腔，舌苔黄厚少津，属于实热证者，常用小陷胸汤合小承气汤加减，每获良效。药用：全瓜蒌、川黄连、半夏、厚朴、枳实、生大黄、红花、檀香、（后下）薤白、丹参、槟榔。服药大便畅通后，则疼痛减轻，病情很快好转。大便畅通后，生大黄可减量，但不宜立即去掉，以保持处方中化瘀、导滞、和降、清热之作用。

焦氏认为，在辨证论治时，要注意各种证候并不是孤立存在的，往往两三证同时兼见。例如痰盛证与热盛证兼见而成为痰热证；阳虚证与寒盛证兼见等。有的还可转化，例如食滞证发于阳盛体质的人就可以从阳化热而渐渐转化为热盛食滞之证。反之，也可转化为食滞寒湿之证。还有的会影响到肾、肝、脾、胃等。另外，病程的初中末三期之变化，也要随时注意。例如急性心痹在初起时，多见实证；过1~2周后，有的可化热而出现热证；有的可不化热而渐现虚象。过5~6周后，则有的出现虚证，有的则虚实证并见。疾病的恢复期，往往邪退正虚而出现虚象，在治疗上也要注意有所区别而随时变化治法，或随证加减药物。^[2]

16. 岳美中诊治经验

岳氏认为，冠心病之心痛内因阳气素虚，寒气聚于清阳之府。时有厥气上逆，导致心阳亦虚。外因寒邪外袭，胸阳不布，脉管缩挛而细急，寒则血凝滞而不利。若夹浊阴上逆，胸膈痹塞作闷作痛则为胸痹。胸为清阳之府，心属少阴，体阴而用阳，一有浊阴，则发生胸痹之证，必须采用阳药及通药以廓清阴邪，不可掺杂阴柔滋敛助长阴邪之品，这是仲景的药法。观《伤寒论·太阳上篇》桂枝汤证，胸满者（乃阴邪上犯之证），桂枝去芍药汤，桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤可证。尤怡说：“其去芍药加蜀漆者，盖欲甘辛急复心阳，而不需酸味更益其阴气也”，此乃仲景用药的心法。岳氏用血府逐瘀汤多去芍药等阴柔品而加温通药，就是本着这个道理。对胸痹之诊察，岳氏最重舌脉诊。胸痹证若有舌苔，则多为白苔坐底，上罩一层薄黄苔，且多滋润。因浊阴上干清阳之府而为病，苔应呈白

色，若呈黄色，岳氏认为不可误为热象。一因阴邪踞阳位，不免表面阳化；二因阴浊逼胸中阳气上腾，也可使表面阳化。所以上罩薄黄滋润之苔，是即欲阳化而又无力祛除阴邪以廓清阳位，此其所以为胸痹之苔。倘一见舌面敷黄苔，即被其迷惑，忽视底座的白苔，从阳邪论治，则会差之毫厘，谬之千里。

岳氏对“心阳式微”的诊察独具见解。心阳式微在将萌未显的时候，岳氏于临床上体会到有两种比较简捷的诊法：其一，在手背近腕处，抚摸其皮肤必较它处为凉，甚至在心阳衰微的前一二日即现此先兆，如手掌大，渐次过腕则重而至于厥逆，过肘则危险了。其二，在鸡鸣时，约早晨3点钟以后，自觉不能安睡，烦躁起坐，喘息、冷汗，或胸中作痛，挨到6点钟时，则渐就安顿，否则将发生危险。

岳氏认为，猝心痛急性心肌梗死时，患者面色苍白，心悸气短，恶寒冷汗，四肢厥逆或疼痛，或下利清谷，甚者指端青紫，唇青面黑，舌质紫黯，大小便失禁，脉微欲绝或见结代。用回阳救逆法急救，张仲景四逆汤主之。四逆汤方：生附子12~24g，干姜45~49g，炙甘草6g。若脉不出者，加人参。水10盅，先煮生附子3小时，至水3盅，再入姜草，煎成1盅，热服。若嫌煮药时间长，也可用熟附子片24~30g，一起急火煮服，但不如生附子之回阳力大。仲景治急性心衰证，附子与干姜相配伍，率用生附，不用熟附。若全身厥逆由于痰涎壅遏，食积结滞不开者，应另行处理，不可投此方。

猝心痛（心肌梗死）证，在病理上中医即认为是气滞血瘀，经脉不通，不通则痛，是急症，须采取紧急措施。芳香开窍，温以通之，《太平惠民和剂局方》苏合香丸主

之，有一定的疗效。苏合香丸各中药店备有成品，此丸取多种香窜之药以开闭，疗效迅捷，止痛作用强，大有宣利气机，开窍醒神之功，在服后数分钟左右，即能生效，可避免或减轻休克和心律失常。惟不宜多服久服，恐其耗阴、损血、烁津。

岳氏认为，临床所见冠心病，多为心绞痛，胸闷，心律失常，心肌梗死，舌质紫黯，源于心阳式微，或心气不足，而导致心脉痹阻、气滞血瘀。所谓不通则痛，是冠心病的共性，多用活血化瘀法治之。王肯堂《证治准绳·心痛门》有死血作梗的心痛，用化死血方：当归尾、川芎、丹皮、苏木、红花、延胡索、桂枝、桃仁、赤芍、番降香、通草、大麦芽、穿山甲，水煎成，入童便、酒、韭汁饮之。岳氏认为，本方化瘀为主，辅以通阳行气，用治冠心病瘀血严重者，力量颇为雄厚。岳氏体会，王清任《医林改错》血府逐瘀汤，治瘀血胸痛有效，认为王氏强调“血化下行不作劳”，颇有见地。方为：当归、川芎、生地、赤芍、桔梗、枳壳、红花、桃仁、怀牛膝、甘草、柴胡。惟若胸阳不振所导致寒凝气滞的瘀血，则应去赤芍、生地、甘草，加桂心、薤白、瓜蒌治之。宜血府逐瘀汤加减：当归尾、川芎、桂心、瓜蒌、薤白、桔梗、枳壳、红花、桃仁、怀牛膝、柴胡。气为血帅，气行则血行，方中既有化瘀的归、芎、桃、红，又有行气的桔、枳、柴胡，更益以宣痹的薤、薤、肉桂，使以引血下趋的牛膝，是行气活血治疗心肌梗死比较全面的一个方剂。

岳氏对冠心病心绞痛合并心律失常的理解，认为属阳虚证固居多数，但也有一些患者，频发心绞痛，心律失常，脉结代，膻中动悸，是真气内虚，心血不足，气阴两伤之故。须用纯甘壮水之剂，填补真阴，益阴复脉，遵仲景炙

甘草汤。炙甘草、桂枝、生姜、麦门冬、火麻仁、人参、阿胶、生地黄、大枣。

冠心病逢夏即重者，多呈心部隐痛，渴而多汗，气短神疲，懒于动作，不思饮食。脉弦细芤迟。源于心阴本虚，又为暑热夺气，消烁津液，治宜益气养津，李东垣清暑益气汤主之。方中取补中益气汤去柴胡加葛根合生脉散，外加苍术、黄柏、泽泻、神曲而成。以其治冠心病，因盛暑炎蒸，汗液不绝，不免中运弛缓，心病宿疾复发，而屡成气津两虚之证者，用补中益气以扶阳，合生脉散以滋液，更辅祛暑湿之品，恰是针对性很强的一个良方。^[2]

17. 高泳江诊治经验

高氏认为：“本病乃本虚标实之证，率以年老体弱者多为多，复以不善摄生，而致脏腑功能失调，心脉痹阻不通，发为心痛之证。”在治疗上主张标本兼顾，辨证与辨病结合。他根据本病因心脉痹阻而致心痛的病理特点，恒用自拟验方“通脉散”通脉定痛，急治其标；他本着“因人制宜”的原则，将本病辨证分为5类7型，即气、血、寒、痰、食五类和气虚、气滞、血虚、血瘀、寒凝、痰阻、食滞7型。

通脉散药物组成：沉香、檀香、制乳香、三七各等份。上四味研末，过筛备用。每服3~6g，汤水冲服。方中制乳香、三七活血通脉，沉香、檀香芳香定痛，全方合奏通脉定痛之功，乃治冠心病心绞痛之良方。

①气虚：本类病人心绞痛，每因劳累而诱发。临床多伴有面色㿔白，头昏，心悸，气短，乏力，纳差，舌边有齿印，脉微弱或结代等心脾气虚证。高氏认为，气为血帅，血脉通畅，有赖气的推动作用，气虚则鼓动无力，血脉瘀

阻，心失所养而发心痛。治疗多用归脾汤加减，冲服“通脉散”。二方合奏补气养心，通脉定痛之功。

②气滞：本类病人心绞痛，每因情志不遂而发作。临床表现为心痛连胁，胸闷叹息，脉弦或沉弦等肝郁气滞证。正如《素问·脏气法时论》所云：“心病者，胸中痛，胁支满，胁下痛”。清·陈士铎亦云：“肝旺则心亦旺”（《石室秘录》）说明心与肝在生理病理上有密切联系。高氏认为，肝气通则心气和，肝气郁则心气滞，血脉阻而发为心痛之证。临床每用逍遥散加减煎汤，冲服“通脉散”为治。二方合奏疏肝解郁、通脉止痛之功。

③血虚：本类病人心绞痛，每于夜间或休息时发作。高氏认为，人动则血运以营养脏腑经脉，人静则血聚以养肝，以致心脉缺血，不能荣心，则心痛作矣。临床多伴有面色无华，头晕眼花，心悸失眠，手臂麻木，舌淡，脉细弱或结代等营血亏虚证。治疗选用自拟验方补血六君汤：黄芪、当归、丹参、熟地、阿胶（烔化）、杞子。

④血瘀：高氏对叶天士“久病人络”之说颇多推崇。他根据冠心病病程较长的特点，认为本病初为气滞，缠绵日久，血络之中，必有瘀凝，瘀甚则血脉闭阻，不通则痛。临床可见心前区或胸骨后剧痛，甚则如针刺样，痛点每次发作固定不移，伴心烦，胸闷，唇甲青紫，舌紫黯、舌下静脉瘀紫，脉沉弦或涩等血瘀络阻证。治疗喜用血府逐瘀汤水煎，冲服“通脉散”。二方合奏化瘀通脉之效。

⑤寒凝：本类病人心绞痛，每因感寒而发。临床多见心痛彻胸连背，手足厥冷，舌青紫苔白，脉沉紧或涩等寒凝脉阻证。高氏根据《内经》“诸寒收引，皆属于肾”之说，认为本类病人多元阳式微，脏腑虚寒，致风冷邪气逆乘于心，胸阳不得舒展，血脉痹阻，发为心痛。非辛热重

剂，不能温阳散寒，通达血脉。治疗多用重剂麻黄附子细辛汤合二仙汤加味水煎，一般熟附子（先煎）可用至 30g，细辛可用至 9g，冲服“通脉散”。二方合奏温阳散寒，通脉镇痛之功。

⑥痰阻：《玉机微义》尝云：痰之为患，“或心下如停冰铁，心气冷痛”。高氏根据前贤经验，认为痰浊痹阻胸阳，心脉失其煦养，亦是导致心痛的重要因素。他说：“其中人阳素虚，脾失健运，滋生痰浊，上泛胸中，痹阻胸阳，心脉失煦，而发心下冷痛。”临床除见心下冷痛、胸闷心悸外，还伴有纳差、恶心呕吐、苔厚腻等痰浊中阻证。治疗上，认为关键在于温脾豁痰。他说：“脾温上健，斡旋有力，升降得宜，则清阳腾胸，痰浊自降，胸阳振奋，心脉畅达，何心痛之有？”临床每用自拟验方温脾豁痰汤。瓜蒌皮、薤白、姜半夏、陈皮、白芥子、苏子、茯苓、白术、桂枝、干姜、吴茱萸、远志（水煎，冲服“通脉散”）。

⑦食滞：唐代孙思邈《千金要方》中有“食心痛”的记载。高氏认为，饮食自倍，损伤脾胃，以致食滞中焦，不能化生营血，充养心脉，而发为心痛之证。正如《症因脉治·胸痹》所言：“胸痹之因，饮食不节，饥饱损伤”，以致“中焦混浊，则闭食闷痛之症作矣”。临床可见心绞痛，每因过量饱餐而诱发，除表现为心胸闷痛外，尚可见脘满拒按、噎腐恶食、苔垢浊、脉滑实等食滞中焦证。治疗用保和丸加减，根据食滞轻重，轻则加木香、砂仁行气消食，重则用熟牵牛荡积除滞，冲服“通脉散”。二方合奏化滞通脉之功。^[2]

18. 赵冠英诊治经验

赵氏认为，从冠心病的流行病学调查看，本病多发生

在40岁以后,以50~60岁为高峰期,此时处在人之肾气渐虚之时。肾阳为脏腑功能活动的根本,肾阳不但可助心阳,又可助脾阳对水谷之精微和津液的运化,心阳失去肾阳之温煦,则致心阳不足,血流失宣,脾阳失肾阳之温煦,久而导致脾阳虚,脾阳虚则运化失司,痰浊内生,阻塞心脉,即发生心绞痛。

赵氏在多年临诊观察和冠心病病因调查中,发现许多冠心病者存在着不同程度的肾虚症状。如腰酸腿软,耳鸣耳聋,脱发健忘,遗精阳痿,畏寒肢冷,便溏溲清,自汗气短,失眠盗汗,脉尺弱等。

基于以上理论,赵氏用温肾益气治其本,佐以辨证加减,经过多年大量临床验证,均能收到显著疗效。常用益气药:人参、熟附片、刺五加、黄芪、桂枝、肉桂、薤白、干姜、白术、枳壳、麦冬。常用补肾药:仙灵脾、仙茅、杜仲、巴戟天、肉苁蓉、补骨脂、枸杞子、山萸肉、何首乌、女贞子、生地、熟地、五味子、核桃仁、紫河车、旱莲草等。

赵氏体会,应用温阳益气法应注意以下几点:急者治其标,缓者治其本,当冠心病的病情处在稳定期和症状不明显时,以治本为主,常用生脉散、保元汤加减。心气虚衰、心功能不全者,则主用温阳益气法,常用生脉散、参附汤加减。心动过缓者,主用麻黄附子细辛汤、生脉散加减。合并更年期症状者,常用二仙汤、冠心病Ⅱ号汤加减。依气为血帅,血为气母之理,结合冠心病的病因病机,应用温阳益气法时,均伍以活血化瘀药,两者不可偏废,可收相辅相成之效。活血化瘀治疗被证明是治疗冠心病、心绞痛的一大法则。赵氏临床常用如下活血化瘀中药:补血活血:当归、丹参、鸡血藤、芍药等。活血化瘀:红花、

川芎、益母草、五灵脂、蒲黄、茜草、葛根、月季花、白芷、香附、姜黄、丹皮。攻瘀散血：苏木、水蛭、虻虫、瘀虫、泽兰叶、王不留行。破血祛瘀：乳香、没药、血竭、昆布、海藻、三棱、莪术、穿山甲、郁金、山楂、桃仁、刘寄奴。

赵氏认为运用活血化瘀法则应注意以下几个问题：

冠心病、心绞痛已知是由于瘀浊瘀血阻塞心脉所致，故此凡确诊为冠心病、心绞痛的患者，活血化瘀药为必用药。

虽然都是冠心病，但病情有轻有重，病程也有长短之别，心绞痛和其他症状亦不尽相同，患者的体质也有强弱之不同，故冠心病心绞痛的患者就会出现虚、实、寒、热之不同，这就要求选方用药时一定要掌握辨证论治的原则。

气滞血瘀兼血虚者，选用养血化瘀活血药如丹参、当归、熟地、芍药、鸡血藤等。气滞血瘀以瘀为主的实证，选用破瘀活血药如泽兰、红花、桃仁、血竭、乳香、没药。血瘀较重者，选用三棱、莪术、水蛭、虻虫等。气滞血瘀兼有热象者，选凉血活血药如丹皮、赤芍、黄芩、凌霄花等。气滞血瘀兼有寒象者，选温阳活血药如苏木、川芎、肉桂、桂枝等。气滞血瘀以疼痛为主者，选活血化瘀止痛药如延胡索、五灵脂、罂粟壳、没药、乳香等。根据中医“气为血帅”，“气行血行”的理论，在应用活血化瘀药时，应适当加入益气药。

赵氏认为，活血化瘀为一种“通法”，而冠心病心绞痛系本虚标实的慢性疾患，故应采用攻补兼施法，尤其是体虚和症状不明显者，更应如此。

赵氏在观察心肌梗死的演变过程中，发现舌质和舌苔

的变化有一定的规律。在舌质方面，约 70% 左右的病例，危重期呈红紫或红暗，少数病人舌边或舌尖有瘀斑，这种舌为内有瘀血，基本上符合心肌梗死后血液循环障碍的病理变化。随着病情的好转，舌质瘀血的情况也逐渐好转。还有少数病人，舌中央有瓜子大小的无苔区，即鸡心舌；极少数舌质红光无苔，此两种舌质变化是心、胃阴虚所致，这种变化一般也随病情好转而恢复常态。舌苔的变化规律是：绝大多数患者于患病 1~2 天后，舌苔逐渐由薄变厚，3~4 天即可达到厚白腻苔，有的变为黄厚腻苔，在舌苔变化的同时，一般伴有恶心呕吐，腹胀纳差，大便干等消化道症状。第 3 周以后，食欲好转，舌苔也逐渐变薄，一般于第 4 周下床活动时，舌苔恢复常态。

赵氏对急性心肌梗死根据多年经验，总结出辨证分期论治的法则，即首先根据急性心肌梗死的病理和一般临床演变规律，将其分为 3 期：即危重期、演变期和恢复期。在此基础上，再根据各期病理特点，结合每个患者的脉症，进行辨证施治和选方用药。辨证和分期论治的用药原则如下：危重期（1~6 天）以心阳虚损、血瘀痰阻为主。治宜温补心阳、活血化瘀。主方：人参（黄芪或党参）、熟附片、丹参、麦冬、陈皮、三七粉。辨证加减：心阳虚损较重或心阳虚脱者，重用人参，另加黄芪、桂枝、玉竹等，并静脉滴注参附注射液。恶心呕吐者，用独参汤代茶，以小量频服的方法，或加姜半夏、砂仁、藿香等。心绞痛频发者，加延胡索、细辛、罂粟壳。心律失常者，加炒酸枣仁、石菖蒲、珍珠母、延胡索、当归。演变期（7~21 天）以阴阳两虚、气滞血瘀为主。治宜调补阴阳、益气活血。主方：党参、黄芪、黄精、丹参、山楂、郁金、赤芍、鸡血藤、红花、当归、川芎、三七粉。辨证加减：阳虚者加

桂枝、熟附片。阴虚者加石斛、玉竹、生地等。脾胃失司，纳呆腹胀者，加佛手、陈皮、鸡内金、砂仁等。恢复期以脉络失畅、心气不足为主。治宜活血化瘀、益气养血。主方：黄芪、黄精、当归、丹参、川芎、红花、郁金、鸡内金、穿山龙、山楂、三七粉。心肌梗死合并症的辨证用药原则：心源性休克，治疗宜回阳救逆。主方：静脉滴注参附注射液。将 60~100ml 参附注射液加入 10% 葡萄糖 500ml 中静脉滴注，参附液 1 日可用 200ml。口服生脉煎剂：人参、熟附片、麦冬、丹参、佛手。心律失常：主要是心阳虚损，心失所养。治宜益气活血，养心安神。主方：人参、桂枝、当归、延胡索、石菖蒲、丹参、珍珠母、三七粉。并在此基础上，结合患者的具体病情，进行辨证加减。心力衰竭：以心阳衰微，肺肾两虚为主。治宜温补心阳，利水宣肺。主方：人参、黄芪、熟附片、白术、茯苓、陈皮、葶苈子、桑白皮。并在此基础上，结合患者的具体病情，辨证加减。

按照以上用药原则，1980 年以前治疗急性心肌梗死 124 例，病死率为 6%，之后又治疗约 100 余例患者，证明疗效较其他方法显著。

赵氏所倡分期论治源于中医的辨证和西医的辨病及多年的临床总结，符合急性心肌梗死的病机，即心阳虚损、脉络阻滞和阴阳失调。急性心肌梗死初期，症状和合并症虽多，但均在分期论治的病机范畴之内。如心绞痛，是由于心阳虚损，血瘀脉阻，不通而痛。心源性休克和低血压状态，前者是心阳虚脱，后者是心阳虚损。充血性心衰，是由于心阳虚损，使脾失健运，肺气不宜，肾气亏虚所致。赵氏认为急性心肌梗死的分期论治是辨证论治的具体运用。^[2]

19. 田乃庚诊治经验

田氏认为，近年来，活血化瘀之法在医界颇为盛行，据此问世的协定处方、成药也日益增多，此类治法和方药对某些胸痹心痛也确能取效，然不效者也有之。

《难经·六十难》关于“其五脏气相干，名厥心痛”之说，深刻地阐明了胸痹的发病关键。《灵枢·厥病》篇所载肝心痛、肾心痛、肺心痛、脾心痛等病名，精确地反映出心痛证虽然病位在心，但往往由于其他脏腑功能失调影响于心，因而致病的道理，故临证时，常依据脏腑相关的理论，通过调整其他脏腑功能而达到治疗心痛的目的。

心肺同居胸中，肺主气而心主血，气血相贯，心肺相关，“心痛彻背”每与“喘息咳唾”并见。《灵枢·本脏》篇更有“肺大……则善病胸痹”之言。痰浊阻滞，郁闭肺气，胸中气机壅塞，胸阳痹阻，心血亦常瘀阻而致心痛阵作。治应肃肺化痰，调气行血，方如瓜蒌薤白半夏汤、苏子降气汤、厚朴麻黄汤、泻白散等据证加减。

足太阴脾之经脉，属脾络胃，“其支者，复从胃，别上膈，注心中”。脾病气血生化乏源，无以奉心化赤，心失荣养；或脾失健运，湿浊中生，循经上逆胸中，痹阻胸阳，均可致胸闷心痛。若脾虚气弱者，治宜益气健脾、补血荣心，方用归脾汤、补中益气汤加减。中虚气寒者方用人参汤、保元汤化裁；脾虚中阳失运，湿浊滋生，上逆胸中者，用苓桂术甘汤、理中汤加减；久泻脾虚，水谷下流，清阳虚陷者，可用参苓白术散和升举清阳之品。心主血脉，肝主藏血，条达气机，明代《薛氏医案·心脏病》云：“肝气通则心气和，肝气滞则心气乏”，强调肝气失调可致心病。如肝气郁结，气机失畅，气滞血凝，心脉亦阻，可致胸憋

心痛，治宜疏肝解郁，行气和血，用柴胡疏肝散合丹参饮加减常收捷效。若气郁化火，湿热蕴结，亦可扰动心神，瘀滞心脉，治宜清肝泻火、解郁安神，可用丹栀逍遥散、龙胆泻肝汤加减；若郁热伤阴，肝血暗耗，心血亦失濡养，治宜补肝养血、清热安神，可用酸枣仁汤合补肝汤加减。

心居上焦，属阳主火，肾居下焦，属阴主水，心火下潜以温肾阳，肾水上济以资心阴，共奏阴阳协调，水火相济之功。且肾中真火又名元阳，元阳温煦可助心阳，故肾病也常引起心痛证发作。《素问·脏气法时论》云：“肾病者……虚则胸中痛”。若肾中元阳不足，则心阳失助亦随之而衰，心阳不振，心脉瘀滞，胸痛发作。治宜温肾扶阳，方用肾气丸、乌头赤石脂丸、麻黄附子细辛汤加减。若肾精不足，心失水滋，致心火偏亢，耗伤阴血，心脉失荣，挛急而痛，治宜滋肾填精、清火安神。方用黄连阿胶汤、六味地黄丸、左归饮等加减。

胃居中州，为水谷之海，以和降为顺。胃之大络名曰虚里，贯膈络肺。注于心前，胃气和降，心脉亦安。若痰食中积，停滞于胃，胃气失和，不降反逆，循经脉上逆胸中，壅塞气机，痹阻胸阳，治宜和胃降浊，斡旋中州，方用越鞠丸、平胃散等加减。

胆附于肝，偏居胁下，其脉布于胸胁，为气机之枢。胆寄相火，常宜清净。若失于清肃通降，则胆火上逆，夹痰热上扰心神，阻滞心脉。治宜利胆降逆，清化痰热，方用温胆汤加减。

总之，中医对冠心病心绞痛的治疗，应本着五脏皆有心痛，不可见心之痛，一味治心的原则。田氏认为，既要重视心脏本脏气血阴阳的病理改变，注意其本虚标实的发病特点，又应重视其他脏腑功能失调对心绞痛发病的影响，

伏其所主，审因施治，才能发挥中医辨证论治之特长，提高临床疗效。^{〔2〕}

20. 姜春华诊治经验

现代医学认为冠心病之胸痛心悸，其原因是冠脉硬化狭窄或阻塞。中医学治疗本病多以辨证论治，审证求因。但姜氏认为古人早就认识了冠脉的形态结构，并由此而形成病因病机等认识。《诸病源候论》说：“久心痛者，是心之支别络为风邪冷热所乘痛也，故成疾不死，发作有时，经久不疲。”姜氏认为此心之支别络指冠状血管，为邪所乘则疼痛发作。《灵枢·邪客》说：“少阴心脉也，心者五脏六腑之大主也……故诸邪之在心者，皆在于心之包络，包络者心主之脉也。”明·虞传《医学正传·医学或问》说：“心包络实乃裹心之脉，络于心外，故曰心包络”。姜氏认为此心主之脉，络于心外之脉，也明显是指心脏之冠状血管。外邪侵入，伤及包络即冠脉，乃发胸痹。姜氏认为，从古人的论述可以看到，心主身之血脉，若外邪入侵，损伤心脉，或心阳心气不足，气不行血，心血瘀滞，则心脏鼓动无力，脉管中运受阻，遂成心脉痹阻之证。心脉痹阻反过来又影响心脉鼓动，郁遏心气心阳，加重心血瘀积，不通则痛。

胸痹的特征是心前区阵发性闷痛或绞痛。姜氏认为其辨证应从体质、夹杂症以及诱发因素等多方面予以诊查，其诱因有风、寒、湿、劳倦、内伤等。古人说风邪寒热乘于心之包络，即是此意。从夹杂证而言，有夹痰、夹饮、夹食（或有消化道症状）以及兼夹脏器其他疾病之不同。辨其体质，则心肾阳衰较为多见。姜氏指出，年老力衰或久病之人，往往阳气虚弱，心君失于温养。心脉赖阳气以

温煦鼓动，若心阳不足或心气郁结，则心血瘀滞。临床可见到面色㿔白，胸闷气短，心中空虚，惕惕而动，形寒肢冷等现象。姜氏还指出，心阳之虚，其本在肾。因肾主一身阴阳，为水火之脏，生命之根。肾中真阳不足，则不能振奋鼓舞心阳，临床可见胸闷、心悸、气短、纳差、畏寒、肢冷、腰膝酸软、头晕耳鸣等症。故对体质属心肾阳衰，气虚郁滞者，当以温药纠正之。

基于上述分析，姜氏常以温阳益气、化瘀通脉治疗本病。他以辨证论治为主，但十分重视药理作用的探索。综观前人的治疗法则，不外温阳、温中、温通、温散、活血、益气、开窍、祛痰、蠲饮等。所用药物有些药理已证实是可以扩张冠状血管或加强心力，改善血液循环，如附子、人参、丹参、瓜蒌、麝香等，姜氏常常选用。有些药物可以施治于多种疾病，如温阳附子、肉桂，可以用于周围循环衰竭，也可用于急性病的休克，或慢性病的衰弱，或许多慢性炎症。温散药麻黄、桂枝等，既能解表祛寒，又可用于心血管病变。温中药吴萸、川椒、干姜、厚朴、半夏等，一般治胃病，但对心血管病也起作用，姜氏也在辨别其不同作用的基础上，运用异病同治的原理加以选用。

胸痹的治疗，姜氏常用一个基本方，并随证加减。即一般情况下胸闷或偶有心痛者，可用瓜蒌薤白汤加减：瓜蒌、薤白、枳壳、丹参、郁金、或加川椒、吴萸、细辛。其随证加减：经常胸痛者加制乳香，炒五灵脂；剧痛加川乌、蒲黄、檀香、降香；舌有瘀紫加赤芍、桃仁、当归、川芎、红花；有气虚表现者加别直参、黄芪；阳虚，唇紫舌黯、肢冷恶寒者加附子、肉桂（或川乌、桂枝）；若面白、汗出肢冷者应急用参附汤；阴虚者加生地、麦冬、元参、五味子；有痰湿者加半夏、茯苓。

姜氏的体会是，凡痛久入络，阴邪闭结，常可温阳益气活血同用，如附子、川乌、肉桂、吴萸、川椒、党参或人参、丹参、赤芍、川芎、桃仁、红花等。但是若见舌红口干，不使用附桂，可改用瓜蒌、丹参为主，再佐以生地、麦冬、元参之类。姜氏平时用附子、川乌、桂枝都为 9g 亦可以 3g 开始增量。细辛不可重用，否则麻痹心脏。^[2]

21. 邢锡波诊治经验

邢氏认为，治疗冠心病一通一补而已。当其发作疼痛剧烈之时，首重舒经活络，活血化瘀次之。根据临床反复实践，自拟“心通神效丹”，效果迅速，一般 3~5 分钟疼痛可以缓解。并指出如配合针灸其效更速。

心通神效丹药物组成：吉林参 0.3g，草拨、香附各 0.6g，木香 0.3g，丁香、檀香、苏合香、安息香、朱砂各 0.15g，冰片 0.12g，麝香 0.09g，川芎 3g（1 次量，研细粉，白水送服），同时可配合汤剂标本兼治（方药见后）。

近年来大量研究证明，冠心病心绞痛急性发作与某些急性心肌梗死的直接原因是冠状动脉痉挛，而未必是冠脉闭塞。故而舒经活络为主的治疗思路，较单用活血化瘀法更为切合病机。临床验证也表明其止痛作用确较活血化瘀法强而迅速。如目前习用的复方丹参制剂（含丹参、三七等），笔者在临床运用中觉其力稍嫌单薄，常配合邢氏上方取其舒经活络，不仅止痛作用颇捷，而且具有较好的强心功能，较单用活血化瘀方药，效力为优且更为全面。

邢氏认为，冠心病患者突然出现汗出肢冷，喘急唇紫（休克、心衰），乃变证欲脱，宜中西医结合抢救。中医急救须大力强心，峻补固脱，此时一般滋补药类无效。常用自拟的养心急救丹或补心急救丹。

养心急救丹组方：夹竹桃粉 0.03~0.06g，甘草粉 0.6g，吉林参面 0.6g，麝香 0.09g（1次量，白水送服）。用于体质相对较强者的。

补心急救丹组方：夹竹桃粉 0.03~0.06g，甘草粉 0.6g，吉林参面 0.6g，麝香 0.09g，苏合香、安息香、冰片各 0.12g，蟾酥 0.003~0.006g，鹿茸 0.15g，朱砂 0.3g（1次量，白水送服）。用于体质较弱者。同时皆以独参汤（15~30g）浓煎频服或辨证配用汤剂，邢氏认为该用法较传统单用独参汤、生脉散、参附龙牡汤之类为优。邢氏以体质强弱分别选用其一，同时指出两方皆应在喘不得卧，心率在 120 次/min 以上时方可用之，可以作为使用时的参考指征。

邢氏晚年致力于中西医结合临床研究，衷中参西，熔于一炉，形成了独特的用药风格，其强心急救两方即充分体现了这一特点。笔者研究该方方义，人参、夹竹桃粉，大力补气强心，合蟾酥、麝香，其力尤彰，为方中主药。养心急救丹药专力宏；用于心力衰竭者最宜。补心急救丹补虚之力较强，可用于心衰及休克者，立意更为周密。据近年来中医急症临床研究，夹竹桃粉口服疗效与地高辛近似，蟾酥注射剂强心作用与毒毛旋花子甙相同，且有升压和兴奋呼吸作用。邢氏两方配伍严谨，药力雄厚，疗效确切。

邢氏认为，冠心病的发病机制，以阴精损耗，心肾两虚，血脉失于濡润（动脉硬化）为本，而心血瘀阻为标。心血之所以瘀阻，在于血脉失于濡润，而血脉之所以失于濡润，在于阴精损耗，其本不惟在心，尤重在肾。因此冠心病不可一味活血化瘀，尤须益阴养脉。活血化瘀只能治标，益阴养脉方为图本。并据此拟定治疗冠心病汤剂如下：

益阴养心汤，用于辨证偏于阴虚者。方药：玉竹 24g，何首乌、麦冬各 15g，元参、丹参各 12g，远志、川芎、桃仁、丹皮、五味子各 9g，甘草 3g，吉林参粉 1.5g，琥珀 1g，朱砂 0.6g（后 3 味研面送服）。补阳养心汤，用于辨证偏于阳虚者。方药：乌附子、桂枝各 6g，黄芪、柏子仁各 15g，何首乌、赤芍各 12g，川芎、丹参、茯神、菖蒲、栀子各 9g，甘草 3g，吉林参粉 1.5g，琥珀 1.2g（后 2 味研面送服）。养心双补汤，用于辨证阴阳两虚者。方药：玉竹 24g，生地、元参、麦冬、何首乌各 15g，桂枝、川芎、丹参、茯神、香附各 7.5g，乌附子 6g，甘草 3g，吉林参粉 1.5g，朱砂 0.9g（后 2 味研面送服）。各方皆以养阴扶阳为主，辅以活血化瘀之品。养阴而不滋腻，扶阳而不燥烈，补中有通，柔中寓刚，注重濡润血脉。如为心肌梗死，亦可以上方加大活血化瘀药量或酌用郁金、没药、血竭、苏合香、安息香、麝香、冰片等，随证调治。^[13]

22. 梁贻俊诊治经验

梁氏认为，冠心病心绞痛病位在心，心气虚，无力鼓动血脉畅行；阴血不足，心肌不得充养气滞、血瘀、痰阻、络闭以致脉道涩滞均为其主要病机，其病证虚实夹杂，治疗宜虚实兼顾，标本共治，具体遣方用药如下。

（1）益气养阴、维护心功

梁氏认为，《金匱要略·胸痹心痛短气病篇》所说的“夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。”阐明了胸痹之病机离不开正气虚。心气不足不能鼓动气血畅行，阴血不足不能充养心肌，此为胸痹心痛发病之基础。现代医学证实停止心肌血流供应，心肌舒张和收缩机械障碍会立即发生，缺血时间愈长，心肌功能

恢复愈慢。梁氏在治疗冠心病心绞痛时强调首先补益心气、育养心血以维护心功。心气充、阴血丰，心肌得阴血之濡养，心气之鼓动，方可正常地推动血液运行，百脉和顺以营养机体。基本方剂为生脉散。药用：人参、麦冬、五味子以益气养心，滋阴，而获益气生津充脉之效，起到益气养阴，维护心功的作用。据现代药理研究证实生脉散有稳定而持久的强心作用，一方面能减少心肌的耗氧量和减少糖原代谢，另一方面能促进细胞分裂和核糖核酸的合成。人参对多种动物的心脏均有强心作用，对动物的冠状动脉，脑血管、眼底血管有扩张作用。对生脉散的运用梁氏根据患者的临床证候之异，三味药物剂量各有侧重，气短无力，动则心悸胸痛，心功能差之气虚严重者，用人参 6~15g，大补元气，振心固脱。若见身疲少力，烦倦口渴，舌红少津，心梗后复作心前区疼痛，气阴两虚明显者用西洋参 6~15g，补气生津兼清虚火。《医学衷中参西录》提到：“西洋参，性凉而补，凡欲用人参而不受人参之温补者，皆可以此代之”心功能正常，体力尚支，气虚程度不著者，用党参 15~40g 或太子参 15~30g 以维护心功。口燥咽干心烦便干者，重用麦冬 20~25g 以生津除烦兼润肠通便。心悸多汗，早搏频繁，失眠多梦者重用五味子 10~15g 以宁心定悸、安神敛汗。

(2) 化瘀除滞、畅通心脉

梁氏认为在心气不足，阴血亏虚，心失充养之基础上加之情绪紧张、过度烟酒、膏粱厚味等诸多因素常致气滞、血瘀、痰浊内生秽浊之物积滞于脉道，则脉络狭窄心脉更涩滞不通，为胸痹心病又一重要病因。脉道内瘀滞不除，心血不得畅行，更会加重心之气血失养，虚者更虚，实者更实，故治疗又应化瘀消滞以畅通心脉，方可症解病消，

因瘀滞之秽浊之邪不同，又当分而论治。①气滞脉阻。此型患者每因忧思恼怒等情绪变化而诱发或加剧。症见：心前区憋闷胀痛为主，或胸中如有气顶，常兼有胸胁隐痛，长叹为快，腹胀便结证候。治宜维护心功，舒肝理气，畅达心脉。方以生脉散合柴胡舒肝散加减。药用：生脉散加柴胡、枳壳、香附各 10g，槟榔、半夏各 15g，苏梗 10g，厚朴 20g。配合速效救心丸或活心丹。梁氏曾治某患者，因生气而致心前区疼痛，心悸，舌体胖大、边有齿痕、苔薄白，脉沉弦缓而结。心电图示：室性期前收缩，慢性冠状动脉供血不足。证属肝郁气滞、气阴两虚、脉气闭阻。治宜舒肝理气、补益气阴、行阳通脉。上方加阿胶 15g，生地 25g，桂枝 10g。7 剂后症状明显缓解，间断服药 3 个月，症状消失，心电图恢复正常。②血瘀脉涩。此类患者胸痹心痛发作频繁，持续时间长，发时心前区刺痛，固定不移，入夜更甚，痛剧可见唇甲青紫，有濒死感，舌紫黯或有瘀点瘀斑，脉沉涩。治宜维护心功、活血化瘀、消除瘀滞、通畅血脉。以生脉散加桃仁、红花各 6g，延胡索 15g，丹参 20~50g 等。配合复方丹参滴丸口服。为防活血行气之药耗伤心血，方中可加当归、芍药。曾治某患者，主诉心前区疼痛，观其舌紫黯边有瘀斑。心电图示：冠状动脉供血不足。梁氏以活血化瘀、行气止痛为法，上方加行气之品木香、香附等，服药后疼痛很快缓解，继续治疗 3 个月后诸症均减，心电图亦恢复正常。③痰浊壅滞。此类患者多形体肥胖，平素即痰多壅盛，口粘脘闷，每因外感或饮食不节，外邪触发宿痰，痰浊壅滞心脉而发病。证以胸闷如窒，压榨样疼痛为主，常兼有咳嗽痰盛，气粗而喘，便粘不畅，舌苔厚腻等证候。治宜维护心功、祛除痰浊壅滞、畅展胸阳、通利血脉。以生脉散加化痰祛浊之品。若

因寒痰而发，以生脉散去五味子合瓜蒌薤白半夏汤加陈皮 10g，厚朴 15g，杏仁 10g；兼湿邪加藿香、佩兰、白蔻仁各 10g 等；痰浊内阻，郁久化热见舌苔黄腻，以小陷胸汤加浙贝 15g，黄芩 10g，以清热涤痰。梁氏曾治某女患者，因心前区疼痛两次住院治疗，经静点硝酸甘油缓解，但不久即复发，请梁氏诊治。刻下：阵发性心前区疼痛，活动则加重，气短胸闷，身疲乏力，舌黯红、体胖大、边有齿痕、苔薄黄而腻，脉沉细无力。心电图示：慢性冠状动脉供血不足。证属心气不足、痰浊内阻。治宜补益气阴、宽胸化痰。方以生脉散合小陷胸汤加佩兰、白蔻仁等。服后心前区疼痛明显缓解，发作次数减少，体力有增，精神转佳。坚持服药 3 个月，诸症缓解，心电图恢复正常。④络脉不通。此类患者胸痹心痛发作时常兼有双臂内侧、舌及下颌部窜痛，下肢麻木不适，肢端畏寒等症。证属心脉闭阻不畅、少阴心经之络脉涩滞不通。治宜维护心功能、通经畅络、消除络脉瘀滞、促助心脉通畅。以生脉散加桑枝 15g，橘络 6g，丝瓜络 10g，桂枝 6~10g，片姜黄 10g 等。同时可口服平肝舒络丸。曾遇某患，其除心前区疼痛外，尚有双下肢麻木，心电图示：冠状动脉供血不足。梁氏用上方加减治疗，症状及心电图均明显好转而获效。^[14]

23. 周仲瑛诊治经验

周氏认为心为五脏六腑之主，故冠心病最多并病、合病。若他病患于先，冠心病其后，则他病为本，冠心病为标；冠心病发于前，他病继于后，则冠心病为本、他病为标。治疗总当标本兼顾，但治本顾标、或治标顾本，又当权衡处理，必要时更要重视急则治其标。如高血压病所致的当用平肝潜阳药；高脂血症所致的应予化痰消脂剂；糖

尿病所致的须伍生津润燥类药。同时要根据并发病的症状特点和轻重缓急，分别给予兼治，如快速性心律失常的配镇心安神药，缓慢性心律失常的加辛温通阳药等，心胃同病者配和胃理气药，胆（肝）心同病的伍疏肝利胆、清热利湿药，肺心同病配宣肃肺气、化痰祛痰药，心肾同病当补益精气，济阴助阳，选药应择一药多用之品，既能兼顾合、并病证，又免组方配药杂乱不纯，如黄精、玉竹补心阴治冠心，又可滋胃、肾之阴疗糖尿病消渴；丹参、川芎、赤芍可以活血止痛治胸痹心痛，亦能扩张冠状动脉、减少血粘度、防止血小板集聚，既辨证又辨病。周氏认为冠心病乃中老年疾患，病情多变，诊治原则既应以常规常法为基础，更须重视变证、变法，才能提高临床疗效。

〔典型病例〕

1. 治理中焦案

余某，男，62岁，干部。1992年12月26日初诊。冠心病胸痛1年余，加重3月。3个月来，心胸疼痛阵作，日发10数次，发则疼痛难支，伴有汗出，多于活动后发生，痛后神疲乏力，不发时胸闷不舒，胸膈隐痛，脘后噎气，纳谷欠馨，大便溏薄，日1或2次，面色偏黯，舌淡映紫，苔黄浊腻，脉细滑。心电图为I、II、V₃ST段下移0.05~0.1mV，T波倒置。证属心胃同病、中阳不足、胸阳不振、血行瘀滞。治宜标本兼顾、温理中焦、通阳宣痹、理气化痰。处方：路党参10g，淡干姜5g，焦白术10g，炙甘草3g，炙桂枝6g，失笑散（包）10g，红花10g，丹参15g，三棱10g，莪术10g，炒延胡索10g，九香虫5g，甘松10g，7剂。药后胸痛大减，仅快步行走时小有发作，无汗出，脘痛噎气基本消除，纳谷有增，便溏改善而仍欠实，守方继进，加重党参量为15g，淡干姜6g，炙桂枝10g，症状日

见好转。此后原方稍事出入服用近2月，胸痛诸症消失，大便成形。复查心电图Ⅰ、Ⅱ、V₃ ST段下移0.025~0.05mV，T波无异常。

2. 血府逐瘀案

竺某，女，55岁，营业员。1992年9月16日初诊。既往有子宫肌瘤手术史，4年来胸际常感阻塞不舒，伴有疼痛，与情志变化相关，平素性情抑郁，多次查心电图均为轻度异常。血脂、血流变学检查高于正常值，西医院诊断为冠心病心绞痛，服用过消心痛、心痛定、丹参片、麝香保心丸等药，收效不显。现胸闷、疼痛牵及左臂疼痛，活动欠利，胁肋不适，头昏，易受惊吓，纳谷二便无明显异常。唇紫，舌紫，舌下青筋显露，苔薄黄，脉细涩。证乃肝郁气滞、久病入络、心营失畅、血脉不和。治宜疏肝解郁、理气宽胸、化瘀通络。方用血府逐瘀汤加减：醋柴胡5g，赤芍10g，川芎10g，片姜黄10g，红花6g，桃仁10g，穿山甲6g，丹参12g，鸡血藤10g，制香附10g，路路通10g，白蒺藜10g。上方连服30剂，闷痛逐渐减轻而最终平复，余症亦失，复查心电图正常，追访半年未发。

3. 气阴兼顾案

赵某，女，68岁，退休工人。1993年1月3日初诊。冠心病3年，胸部经常疼痛，伴有胸闷，呼吸不畅，心慌不宁，活动后明显，喜叹息，夜寐不实，口干，舌质偏红有裂纹、映紫气，苔薄黄，脉小弦滑，1992年12月6日查心电图Ⅱ、Ⅲ、avF ST段下移0.05mV，Ⅱ、V₃ T波低平，房性早搏。此为心之气阴两伤、心营失畅、心神失宁所致。治予益气养阴、行气活血、清心安神。处方：太子参15g，大麦冬10g，炒玉竹10g，丹参15g，白檀香3g，龙牡各20g（先煎），黄连3g，炒酸枣仁12g，甘松10g，

苏罗子 10g, 莲子心 3g。上方略有增损连服 21 剂, 诸症悉除, 复查心电图 ST-T 改善。房早未见。随访至今, 恙平未作。

4. 燮理阴阳案

丁某, 女, 61 岁, 退休工人。1993 年 5 月 13 日初诊。既往有高血压、冠心病史, 2 年来房颤频繁发作, 平时亦见心律不齐, 常苦胸闷隐痛, 头昏目眩, 颈项不和, 活动加重, 房颤多发于早、晚, 日 1 或 3 次。易汗, 下肢清冷不温, 常发头痛, 牙痛, 两目干涩, 舌质淡紫、苔薄, 脉细弦滑, 参伍不调。辨证为心肾两虚、阴阳失调、心营不畅、心神失养。方选连附合桂甘龙牡汤、生脉散化裁。制附片 5g, 川黄连 3g, 炙桂枝 6g, 炙甘草 5g, 生龙牡各 20g (先煎), 大生地 10g, 大麦冬 10g, 仙灵脾 10g, 丹参 15g, 川芎 10g, 葛根 15g, 石菖蒲 10g, 潞党参 15g, 红花 10g。药进 7 帖, 房颤得止, 胸闷痛稍减, 呼吸欠畅, 怕冷减轻, 前方去生地、葛根, 加砂仁 3g (后下), 甘松 10g。后 2 周房颤复发 2 次而程度较以往为轻, 因头昏加天麻、腹部灼热增功劳叶 10g, 乏力伍太子参 12g, 并做相应删舍。经服 2 旬至 7 月 22 日复诊时, 诉房颤控制近月, 胸闷、心慌、疼痛能平, 胃冷腹热、下肢怕冷消失, 惟头昏眩晕减而来已, 仍从心肾两虚、阴阳失调论治以资巩固, 药选制附片 5g, 川黄连 3g, 炙桂枝 6g, 炙草 5g, 龙牡各 20g (先煎), 大生地 10g, 仙灵脾 10g, 丹参 15g, 天麻 10g, 功劳叶 10g, 甘松 10g, 炙黄连 15g, 枸杞子 10g, 7 帖。^[14]

【按语】

冠心病是一种严重危害人类健康和生命的常见病、多

发病，属于中医的“胸痹”、“心痛”、“厥心痛”、“真心痛”、“卒心痛”、“久心痛”等病证的范畴。早在《黄帝内经》中即有心痹、心痛、厥心痛、真心痛等病证的记载，至汉代张仲景，在《内经》、《难经》的基础上，则列胸痹心痛专篇进行病证的辨治论述，为后世临床所推崇。

一、本病病位和病因病机的认识

多数医家认为冠心病的病位在心。现代医学认为冠心病心绞痛，其原因是冠脉硬化狭窄或阻塞。本病病因归纳起来大致有：气血虚弱、心阳不振，寒邪乘心、血脉不通，忧思伤心、气血郁滞，痰浊积滞、脉道涩阻，久病人络、瘀血阻滞，饮食塞滞、积气上逆等。冠心病的病机属于“本虚标实”。“本虚”有心的气、血、阴、阳亏虚，也有肝、肾、脾、肺不足。肝、肾、脾、肺的不足，必须损伤（传）及心，引起心之气、血、阴、阳亏虚，才可导致心脉运行的改变；“标实”主要为瘀血、痰浊、寒凝、气滞等。

（一）“痰浊”与冠心病

周信有、袁家玠、邓铁涛等强调痰浊在冠心病发病中的重要作用。胸痹有痰浊内生之说早在《内经》中已有明训，如《素问·痹论》曰：“心痹者，脉不通”，与现代医学所谓动脉粥样硬化非常雷同。即使是对本病提出系统辨证论治的张仲景亦重痰说，此从瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤等组方中可见一斑。痰浊之生，可由瘀血内停，津液涩滞，停而不去所致。《诸病源候论》曰：“诸痰者，此由血脉里塞，饮水结聚而不消散，故能痰也。”《血证论》亦云：“血积既久，亦能化为痰水。”其次，随着人们生活

水平的改善，多进膏粱厚味，嗜食油腻醇酒，损伤脾胃，运化失健，水液不归正化，变生痰浊。反之，痰浊既生，影响气机，病殃及血，致血行迟滞，瘀血内停。由此观之，或痰生于先，影响气机，病殃及血，血行瘀滞；或血瘀为先，变生痰浊，两者终致痰瘀交结，兼夹为患。痰瘀凝结，使病情错综，难以痊愈。但溯其根源，皆因于气虚，气虚不运则血脉瘀滞，痰浊内生。气虚为本，痰瘀为标。袁家玘认为中医对冠状动脉粥样硬化（AS）所致疾病多理解与“痰”有关。关于冠心病的成因，多数医家都认为过食肥甘和缺乏活动是导致本病的重要原因。长期的情绪紧张、过食肥腻可影响血脉运行，同时亦影响了脾胃的“纳运”功能，以致痰湿内生，升降失常，浊气阻于大络，造成心肺瘀滞，产生心痛胸痹等证。气候失调在以上基础之上亦可成为发病因素。脾胃之气不足，则无阳以护，营卫不任风气，更易感风寒。可见心阳虚与胸阳不足均与本病发生有关。另外，“久卧伤气，久坐伤身”，“动则谷气消，血脉流行，病不得生”。可见由于缺乏体力活动，则谷气不消，对血脉不利。劳倦伤脾，过逸伤气，脾虚生痰，阻滞脉络也是心与脉管发病的因素。

（二）“气滞”与冠心病

卢尚岭认为气滞是冠心病心绞痛标实的主要环节。心绞痛之特点是胸痛阵作，须臾多止，反复发作，此确符合气机郁滞特征。胸为气海，心肺所居，肝脉所注。肝司疏泄，调畅气机；脾（胃）居中焦，通上连下，清升浊降，故肝脾与气机之升降密切相关。情志失调，精神紧张可致气机郁滞，故为心绞痛之重要诱发因素。津液赖气以输布，气不布津则生痰；气为血帅，气不行血则成瘀。痰瘀又可

互为其因，痰瘀阻滞，气机不畅，经脉痹阻，故胸痛发作。

（三）脏腑相关论

冠心病发作的直接原因是心脉瘀阻、不通则痛，但引起心脉瘀阻的原因却是多方面的。气滞、痰浊、寒凝、热结、心脉挛急，或心脏气血阴阳亏虚等均可引起，临床以多种因素相互影响、交杂为患者较多。本病病位虽然在心，但却往往和其他脏腑功能低下或失调密切相关。《难经·六十难》云：“其五脏气相干，名厥心痛”，较好地说明了心痛与其他脏腑的关系。

二、治疗

（一）辨证论治

临床上对冠心病的治疗多数医家仍按中医传统的宏观辨证，围绕“本虚标实”展开。焦树德等将本病分为虚实两证：虚证，除见冠心病主证外，兼见形体羸弱，气怯神疲，倦怠乏力，语少声低，心痛绵绵，时发时愈，痛处喜按抚，心慌心悸，面色苍白，舌质偏淡，舌苔薄白，脉象沉细或虚软。此为气血两虚，心脉失养，少阴气逆，血脉痹阻之证。治以养血益气，助阳通脉。虚证一般为气血两虚，但又有偏于气虚、血虚、阳虚、阴虚之不同，药物也要随证加减。①气虚证：除一般虚证的表现外，还有明显的气短，乏力，倦怠嗜卧，说话先重后轻，渐渐少气无力，食少纳呆，舌质淡浮胖，脉虚。治疗应加强补气，可重用白术，加人参、炙黄芪；②阳虚证：在气虚证严重时，则可出现阳虚。阳虚证的特点是在气虚证的基础上，兼见喜暖畏冷，胸背部发凉，喜着厚衣，心胸痛处经热敷可减轻，

手足不温，饮食亦喜热，舌苔薄白或白，脉虚而迟缓。治疗应加重补阳之品。可在虚证方中加大干姜、桂枝用量，或加桂心。如手足兼见厥冷，精神不振，心中冷痛，脉沉细，冷汗出者，可加制附子、白芥子、人参，重用干姜；③血虚证：在虚证中兼见面色㿔白，唇舌色淡，心悸动，月经量少，皮肤干燥，大便涩少，头昏目花，脉象细。治疗中应加重补血，可在虚证方中加白芍、阿胶珠、熟地黄、砂仁；④阴虚证：血虚进一步加重时，有的则出现阴虚证。如出现下午病情加重，手足心发热，心烦，夜间口渴，重者午后颧红，夜间盗汗，舌质红，苔薄白或无苔，脉细数。治疗中应加重益阴。可在虚证方中去干姜、桂枝，加生地、元参、沙参、白芍。证虚之时，邪易乘袭，故在治疗虚证时，应注意辨认有无虚中夹实之证，如夹痰、夹寒、夹食、夹血等，与实证互相参看。实证，除冠心病主证外，兼见形体壮实，心胸急速绞痛，胸中窒塞，喜捶拍，疼痛难解，言语声音洪亮，舌苔略见发白，脉象弦滑或沉紧。此多为邪气乘心，心脉痹阻之证。治以宽胸开痹，活血通脉。心痛甚者加服苏合香丸。临床上实邪多种多样，故辨证要非常细致，常见者有如下几种：①寒盛证：除实证的主要症状外，还兼见喜暖畏寒，胸中冷，痛处喜热熨，喜热饮食，遇寒病情加重，甚则手足发凉，舌苔白，脉紧或迟或弦紧。治宜加重散寒温阳，可在实证方中加干姜、细辛、白芥子、紫肉桂，去枳实、丹参；②痰盛证：实证同时兼见痰涎壅盛，胸闷呕恶，或头部昏晕，不喜饮水，体胖形实，舌苔厚腻，脉滑或兼弦。治要加强化痰祛湿，可在实证方中加半夏、橘红，茯苓加量；痛剧者还可加莪术，米醋 30～50ml；③气滞证：兼见面青善怒，嗳气太息，长吁后较舒适，胸胁痛，胁下气逆抢心而痛，怒则加重，舌苔白，脉

象弦。治要加重疏肝理气，可在实证方中加青皮、香附、炒川楝子、广郁金，同时可去红花、丹参；④血瘀证：痛处固定，痛如锥刺，大便发黑，夜间加重，舌质紫暗，或有瘀斑，脉涩。治要活血化瘀，可在实证方中去厚朴，加桃仁、苏木、藏红花（用黄酒炖化，兑入汤药中服）；⑤食滞证：兼见脘腹腹胀，恶心欲呕，恶闻食臭，胃部痞满，嗳气吞酸，舌苔厚，脉象右手弦滑，左手沉滑。治要加重消食导滞，可在实证方中去红花，加焦神曲、焦麦芽、焦槟榔、炒莱菔子、广木香；⑥热盛证：同时兼见烦热口渴，目赤面红，大便于结，数日不下，或有体温升高，舌苔黄厚，脉象滑数有力。治应着重清热，可在实证方中去桂枝、蒲黄，加炒山栀、炒黄芩、连翘、郁金、川黄连。以此虚实辨证加减用药，对临床有提纲挈领作用。

（二）从脏腑相关论治

1. 心胃同治

此以田乃庚等医家为代表。临床上不少冠心病心绞痛患者，心绞痛每于餐后发作，或餐后规律性地发生各种心律失常。现代医学认为，饱餐后发生心肌缺血，反映病人的冠状动脉储备能力极差。患者往往在餐后 20~30 分钟出现心前区疼痛，伴胸脘痞闷、恶心、纳呆等症。中医临床从调理脾胃入手，不仅可以改善临床症状，部分病例心电图心肌缺血的改变亦可随之好转。脾胃与心有经络相连。足太阴脾之经脉，属脾络胃，“其支者，复从胃，别上膈，注心中。”冠心病心胃同治法首载于《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》，“胸痹，心中痞，气结在胸，胸满胁下逆抢心，枳实薤白桂枝汤主之，人参汤亦主之。”此处之人参

汤，即是温补脾胃的方药。其次如橘枳姜汤，亦是脾胃论治胸痹的方药，只是后者是通过和胃降逆，达到调理气机，振奋中阳，驱除胸中寒邪之目的。临床上遵仲景之法，从调理脾胃，斡旋中州入手，治疗冠心病的具体方法如下：脾胃虚弱，气虚不运，证见心前区隐痛，时作时止，心悸气短，动则尤甚，倦怠乏力，食少纳呆，舌淡胖有齿痕，苔薄白，脉细弱或结代者，治以健脾胃、补中气，中气盛则宗气旺，心脉自通，方选保元汤加瓜蒌、薤白、丹参；若有清阳不升、中气下陷之证，则予补中益气汤加味。本证虽有心痛、气短等证，但此乃气虚无力运行血脉所致，宜慎用行气破气之品。正如《罗氏会约医镜》所云：“凡常人之于气滞者，惟知破之散之，而言补以行气，必不然也，不知实则气滞，虚则力不足运动其气，亦觉气滞，再用消散，重虚其虚矣。”若气血两虚，脉道不充，血行滞涩，心失所养，症见胸痛隐隐、心悸怔忡，胸闷气短，眩晕健忘，失眠多梦，面色无华，唇甲色淡，舌淡暗苔薄白，脉细弱涩滞者，治以健脾益气、养心安神，方用归脾汤加减。此型注意不可过用活血祛瘀消滞之品，当知养血以行血，使气旺血足，脉道自可充盈调畅；若气虚中寒，或中阳虚衰，阴寒内盛，上逆心胸，或素体脾胃阳虚，复感寒邪而致胸阳痹阻，心脉挛急，心血瘀阻，症见猝然心痛如绞，冷汗出，每因寒冷诱发或平素胃脘冷痛，喜温喜按，大便溏薄，舌淡苔白，脉沉迟者，治以温中散寒、健脾益胃、通络止痛，方选附子理中汤加味；若脾胃虚弱，湿浊内生，阻碍气机，痹阻胸阳，血行不畅，症以胸部闷痛为主，伴见胸脘痞闷，纳呆呕恶，头晕头沉，便软不爽，苔腻脉滑者，临床应辨证属湿浊、湿热亦或痰浊、痰热之不同。湿浊内盛、脾失健运者，予芳香化湿、行气和胃，方选平胃散加

味；湿热中阻者，予宣畅气机、清化湿热，方以三仁汤加减；痰浊痹阻者，以瓜蒌薤白半夏汤合小陷胸汤进退；偏于痰热者，则予黄连温胆汤加减治疗。

2. 补肾固元

此以赵冠英等医家为代表。心居上焦，属阳主火；肾居下焦，属阴主水，心火下潜以温肾阳，肾水上济以资心阴，共奏阴阳协调，水火相济之功。且肾中真火又名元阳，元阳温煦可助心阳，故肾病也常引起心痛证发作。《素问·脏气法时论》云：“肾病者……虚则胸中痛。”若肾中元阳不足，则心阳失助亦随之而衰，心阳不振，心脉瘀滞，胸痛发作。治宜温肾扶阳，方用肾气丸、乌头赤石脂丸、麻黄附子细辛汤加减。若肾精不足，心失水滋，致心火偏亢，耗伤阴血，心脉失荣，挛急而痛，治宜滋肾填精、清火安神，方用黄连阿胶汤、六味地黄丸、左归饮等加减。冠心病心绞痛多见于45岁以上的中老年人，“人年四十，阴气自半”，“八八肾气衰”，故冠心病患者心肾气虚或阳虚证候常较突出。因此，在治疗中应重视补肾固元这一环节：偏于肾阳虚者，可用保元汤加仙灵脾、菟丝子冲服细辛、沉香各0.5g，温补心肾；偏于肾阴虚者，可用左归丸、首乌延寿丹加减治疗。临证即使没有肾虚症状，亦可于方中加仙灵脾、菟丝子、枸杞等温润之品，以补先天、化气血、运血脉。

3. 注意调肝

肝主藏血、疏泄，以血为体，以气为用，与人体气血息息相关。明代《薛氏医案》云：“肝气通则心气和，肝气滞则心气乏。”强调肝气失调可致心病。肝的疏泄功能失

常，气机失畅，气结则血脉运行不畅；若肝气郁结，日久化火，郁热伤阴，心失所养，脉道不充，血行艰涩；或肝气横逆犯脾，脾失健运，湿浊内生，痰火扰心，烁血为瘀，皆可致发心痛。此外，肝主筋脉，肝气郁结，亦可致心脉挛急而发心痛。临床患者多因情绪变化而诱发或加重心前区疼痛，伴胸闷气短，善太息，胁痛等。胁痛随情绪变化而加重或变频，伴两胁不适者，临床常以疏肝调气、活血化瘀治疗，以“疏其血气，令其调达”，选用疏肝解郁汤加减（柴胡、郁金、香附、金铃子、延胡索、青皮、红花、丹参、泽兰）治疗；瘀血明显者则予血府逐瘀汤或通窍活血汤以理气解郁、活血止痛；夹痰湿者常合用通阳宣痹之瓜蒌薤白半夏汤或温胆汤；兼有肝阴不足者，常与柔肝安神的酸枣仁汤或杞菊地黄汤合用；肝肾阴虚者，予一贯煎加减。

4. 心肺同治

此以朱锡祺等医家为代表。心肺同居胸中，肺主气而心主血，气血相贯，心肺相关，“心痛彻背”每与“喘息咳嗽”并见，《灵枢·本脏》篇更有“肺大……则善病胸痹”之言。痰浊阻滞，郁闭肺气，胸中气机壅塞，胸阳痹阻，心血亦常瘀阻而致心痛阵作。治应肃肺化痰、调气行血，方如瓜蒌薤白半夏汤、苏子降气汤、厚朴麻黄汤、泻白散等据证加减。

总之，中医对冠心病心绞痛的治疗，应本着五脏皆有心痛，不可见心之痛，一味治心的原则。既要重视心脏本脏气血阴阳的病理改变，注意其本虚标实的发病特点，又应重视其他脏腑功能失调对心绞痛发病的影响，伏其所主，审因施治，才能提高临床疗效。

（三）病证结合论治

本篇所列医家中，有多位医家采用病证结合对冠心病进行论治。病的方面，基本包括了无症状性心肌缺血、不稳定性心绞痛、急性心肌梗死（含并发症）3种类型。

1. 无症状性心肌缺血（隐匿性冠心病）

无症状性心肌缺血指患者虽有心肌缺血的客观证据（如心电图典型的缺血性ST段改变，核医学或超声心动图检查所示的灌注缺损及/或室壁运动异常），但不伴随各种类型心绞痛症状，是冠心病的一种特殊类型，其发生率高，危险性大。

韩子江、徐承秋两位医家对无症状性心肌缺血的中医辨证问题进行了论述。由于无症状性心肌缺血临床无明显胸闷胸痛症状，常依靠负荷心电图、Holter、核素心肌扫描以及冠状动脉造影等予以诊断，临床似乎“无证可辨”。徐氏认为此类患者须结合患者年龄、家族史、高血压、高血脂、糖尿病等易发因素，再根据舌脉等综合分析，充分认识到业已存在的气虚血瘀病理基础，及时给予益气养阴、活血祛瘀、降脂化痰之品，或可起到防微杜渐，延缓和控制病变发展的作用。

2. 不稳定性心绞痛

不稳定性心绞痛是介于稳定性心绞痛与急性心肌梗死之间的严重而复杂的临床状态，和稳定性心绞痛相比，不稳定性心绞痛具有疼痛程度重、持续时间长、硝酸酯类药物疗效差、易发展为急性心肌梗死或发生猝死的特点。本篇所列医家中，陈可冀等医家结合现代医学的研究进展和

个人的临床经验，用活血化瘀、益气活血、宣痹通阳等方法治疗本病，显示有可靠疗效。

(1) 病机特点：久病入络，心脉瘀阻：不稳定性心绞痛的病理改变包括以下几个方面：①冠状动脉粥样硬化，病变呈急剧进行性发展；②粥样硬化斑块破裂、内膜损伤、血小板被激活而聚集、白细胞粘着，可导致不完全性血栓形成，或是血小板以及白细胞衍生介质的释放导致动力性冠状动脉阻力增加，使冠脉管腔的狭窄程度更为严重；③在AS固定性狭窄的基础上发生血管痉挛。由于病变进展迅速，侧支循环未能形成，一旦冠状动脉血供障碍，相应供血区域的心肌缺血多较严重。结合不稳定性心绞痛临床表现及病理变化，中医认为不稳定性心绞痛的病机多为瘀血凝结、久病入络、心脉瘀阻。其瘀血症状和一般心绞痛相比，多较严重。由于患者素体禀赋的差异，不稳定性心绞痛患者临床可表现为气滞血瘀、气虚血瘀、阳虚血瘀及痰瘀互阻等不同的证型。

阳虚不运，阴寒凝滞：不稳定性心绞痛的发作，既有AS的固定病变，又有血管痉挛等动力性梗阻因素的参与。AS病变的血管更易激惹、痉挛，导致心肌缺血、疼痛发作。不稳定性心绞痛患者多在静息时或凌晨4~5点钟疼痛发作，特别在寒冷季节更易发作或加重。阳气静则敛藏，动则敷布运行。阳虚不运、寒性收引、阻遏气血，故发为心痛。不稳定性心绞痛病位在心，阳虚主要责为心阳不足，但心阳不足实根源于脾肾阳虚。脾阳虚，运化无力，饮食水谷不能化生精微上奉于心，反生痰浊，闭阻胸阳；肾阳虚，温化无权，阴寒不化，阻遏胸阳，阳气不得宣通，则发为厥心痛、久心痛等症。不稳定性心绞痛中的自发型心绞痛，在临床上常表现出一派阳虚寒凝之象。

(2) 治疗特点: ①温阳重在心肾, 活血不忘祛瘀: 不稳定性心绞痛的病机特点是阳虚与血瘀的程度都较严重, 因此中医治疗应注重温阳以通血脉。疼痛发作时治以芳香温通, 使阴寒得散, 阳气得复, 心脉调畅, 心痛可望缓解。临床上许多速效制剂如冠心苏合丸、宽胸丸、苏合香丸等, 皆取温阳宣通法, 对于缓解心绞痛有一定良效。心绞痛缓解后, 要稳定疗效, 单纯温通则难以达到目的。心阳根于肾阳, 生化于脾阳。疼痛缓解后, 取甘温辛润之品如淫羊藿、巴戟天、菟丝子或黄芪、人参等, 配以活血化瘀之品, 使肾阳蒸腾, 脾阳运化, 心阳得以主血脉, 血脉畅通, 心血得阳气温润而供养心肌, 从而防止心痛发作。不稳定性心绞痛的活血化瘀治疗, 一要偏于辛温柔润, 取叶天士辛温通络之法, 选用红花、当归尾、川芎等; 二要破瘀散结, 在扶正的基础上使用桃仁、土鳖虫、水蛭、地龙等, 当可提高不稳定性心绞痛的临床疗效; ②病证并辨, 谨察虚实: 不同类型的不稳定性心绞痛患者, 有各不相同的病因病机。如恶化劳累型心绞痛, 病理变化多为在原有 AS 病变的基础上, 出现病灶斑块破裂, 血小板被激活, 微小血栓形成, 中医临床血瘀证症状多较重, 且多有阳虚寒凝的症状。而自发型心绞痛则是在 AS 的基础上, 病变部位或相邻部位血管发生痉挛而致, 阳虚寒凝症状多较突出。不同类型的心绞痛, 其治疗亦应有所偏重:

初发劳累型心绞痛——重用活血祛瘀: 初发劳累型心绞痛, 是指初次发生心绞痛 1 个月之内的患者。此型患者有两种转化趋势: 一为病情逐渐稳定, 成为稳定劳累型心绞痛; 二为病情逐渐恶化, 甚至发生心肌梗死或猝死。本病发生主要由于 AS 病变达到一定的程度后, 冠状动脉贮备功能下降。在增加心肌氧消耗的情况下, 即发生心绞痛。

心绞痛的出现往往提示 AS 病变发展到较为严重的程度，或病灶不稳定，出现破裂、出血、血小板被激活、微小血栓形成等。这一系列的病理改变，中医认为属于血瘀的范畴。因此中医治疗，应重用活血化瘀药，适当应用破血逐瘀药如桃仁、土鳖虫等，可提高疗效，防止病情恶化。

恶化劳累型心绞痛——益气补肾，活血祛瘀：本病特点是患病时间较长，往往由稳定劳累型心绞痛发展演变而来，与中医的“久心痛”类似。临床特点为心痛发作频繁，甚者动则即发。久病多虚、多瘀，此型心绞痛除有瘀血阻滞、心脉不通外，还存在明显的正虚症状。正虚多以气虚、肾虚为主，因此中医治疗此型患者多采用益气补肾活血法。益气除补心气、宗气外，还要注意补元气。只有补元气，使元气上达胸中，宗气才可贯血脉，推动血行。药物选用人参、西洋参、黄芪等，以取元气、宗气并补之效。补肾应偏于温补，用鹿角、鹿茸等血肉有情之品，或用巴戟天、淫羊藿、菟丝子等甘温柔润补肾之药，临床即使没有明显肾虚症状，亦应注意运用。尤其是在益气活血疗效不佳或更年期后的女性患者。益气补肾结合活血化瘀通脉，使阳复阴散、心脉通、血行畅、胸阳布达，胸痛之症可望得到持久的缓解。

自发型心绞痛——温阳散寒，活血祛瘀：自发型心绞痛临床表现各异，但总的特点是与活动无明显的关系，以夜间及凌晨发作多见。夜间为阴时，凌晨为阳气初生。阳虚生内寒，寒则血涩而不行，心脉不畅，则发为心痛。变异型心绞痛患者冠状动脉造影证实，有 AS 病变的冠状动脉比没有病变者更易发生痉挛，狭窄程度重者较狭窄程度轻者更为明显。治疗此类心绞痛，应当温阳活血祛瘀并重。疼痛发作时，宜痹通阳散结，药用薤白、高良姜、细辛、

冰片、桂枝等以奏散寒凝、通血脉之效；缓解期，则应甘温柔润、活血通络之品，或在补阴的基础上再加附子、桂枝以化生少火、燮理阴阳、温运血脉。勿一味温通辛散，以免耗散阴血，致使心脉失养，筋脉挛急。

卧位型心绞痛——重用益气补肾，兼以活血化瘀：卧位型心绞痛，属于严重的劳累型心绞痛。根据卧位型心绞痛患者的冠脉造影情况及血流动力学研究的结果，可将卧位型心绞痛分为3种类型：一种是发作前肺动脉压（PADP）正常，且发作过程中无明显变化。这种类型的心绞痛发作，主要原因是由于心肌耗氧量的增加超出了固定狭窄的冠状动脉贮备能力所致，患者心功能尚属正常；另一种是心绞痛发作前虽有PADP升高，但无左心功能不全的表现；第三类是心绞痛发作前已经有PADP增高，先出现左心功能不全，反射性的引起心率加快、血压升高，加重了心肌的耗氧量。这是一种更为严重的劳累型心绞痛。中医治疗本病，前两者与一般恶化劳累型心绞痛基本相同，而后者则应重在益气扶正，改善心功能，佐以活血利水。不可过用活血化瘀、宣痹通阳之品，以免破气耗气，加重病情。临床上可在重用黄芪、人参等补气药的基础上，加用益母草、丹参、车前子、茯苓、赤小豆等以活血利水，减轻心脏负担，可望收到满意效果。

3. 急性心肌梗死

陈可冀等多位医家在对急性心肌梗死进行辨治时，无论益气温阳还是益气养阴，多用人参或党参、黄芪、黄精、炙甘草等。常用方剂为保元汤、四逆加入参汤、急救回阳饮（人参、白术、甘草、附子、干姜、桃仁、红花）、大补元煎等。对改善急性心肌梗死患者的左室功能，显示有一

定作用，值得临床重视。

由于心肌梗死与心绞痛同属于冠心病的不同临床类型，二者有相同的病理生理基础，故心绞痛的理法方药多可用于急性心肌梗死。但陈可冀教授认为，心肌梗死之血脉闭阻比心绞痛之血脉瘀阻更重，本虚和标实较心绞痛更为突出，病情更加凶险，并观察到痰浊内阻为急性心肌梗死各种证型和不同阶段的常见病机之一。痰浊虽为标证，但标实不除，本虚难愈。此外痰浊壅阻，腑气不通，也为本病另一个不容忽视的病机，若处理不当，用力排便可导致猝死。陈氏治疗急性心肌梗死在强调益气活血、祛瘀生肌的同时，还注意通腑化浊。益气多选用人参、党参、黄芪、黄精等；活血化瘀药则选用桃仁、红花、赤芍、川芎、丹参、当归；豁痰理气多选用瓜蒌薤白半夏汤、温胆汤等，药如大黄、藿香、佩兰、半夏等。黄芪在方中尤为重用，认为黄芪有益气生肌、托毒外出之效，帅气之力极强，非党参益气作用可比。重用黄芪和大黄相伍，既可通腑化浊，又能祛瘀生新。用药有独到之处，值得效仿。

周次清等医家治疗急性心肌梗死，强调要重视防治其并发症：即心律失常、心力衰竭和心源性休克。周氏认为，中医临床治疗冠心病，心绞痛应以祛邪为主，心肌梗死则要以扶正为要。一般情况下，心绞痛多以邪实为主，其治疗则应以祛邪为主，扶正为次，“以通为补”，使邪去而正自安；心肌梗死多以正虚为主，且不耐攻伐，治疗当以扶正为要，“以补为通”，使正复邪去，对预防急性心肌梗死并发症的发生，有一定作用。

赵冠英医家对急性心肌梗死的诊治，总结出辨证分期论治的原则，即根据急性心肌梗死的病理和一般临床演变规律，将其分为3期，即危重期、演变期和恢复期。在此

基础上,再根据各期病理特点,进行辨证施治和选方用药。危重期(1~6天)以心阳虚损、血瘀痰阻为主,治宜温补心阳、活血化瘀;演变期(7~21天)以阴阳两虚、气滞血瘀为主,治宜调补阴阳、益气活血;恢复期以脉络失畅、心气不足为主,治宜活血化瘀、益气养血,值得临床参考。

(史大卓 徐凤芹 卢全生)

参 考 文 献

- [1] 徐凤芹,陈可冀老师学术经验总结中国中医研究院第二届全国老中医药专家学术经验继承结业论文,2000
- [2] 单书健,陈子华编著.古今名医临证金鉴·胸痹心痛卷.北京:中国中医药出版社,1999
- [3] 何建成,等.周信有教授治疗冠心病临证思路和用药特点.中医药研究,1995,(4):3~4
- [4] 徐贵成,徐承秋治疗冠心病经验撷英.北京中医,1996,(6):6~7
- [5] 高洪春,周次清教授治疗冠心病的经验.山东中医学院学报,1994,18(2):116~117
- [6] 丁元庆,卢尚岭用疏解法治疗心绞痛经验.山东中医杂志,1996,15(6):172~273
- [7] 王长洪,著名中医学家董建华教授学术经验系列之三.从肝论治高血压病的经验.辽宁中医杂志,1999,26(9):390
- [8] 王发渭,等.高辉远论治冠心病经验撷菁.河南中医,1994,14(4):227~228
- [9] 赵国定.学习袁家玠教授在冠心病治疗中运用调理脾胃法的体会.贵阳中医学院学报,1995,17(1):19~22
- [10] 刘小斌,邓铁涛教授诊疗经验整理研究.新中医,1998,30(3):6~8
- [11] 周琴花,等.张云鹏老师心脑血管疾病学术经验介绍.新中医,1998,30(12):9~12

- [12] 丁爱国, 韩子江辨治冠心病经验. 山东中医杂志, 1996, 15 (7): 318~319
- [13] 周德荣, 邢锡波治疗冠心病经验研究. 天津中医, 1998, 15 (1): 5~6
- [14] 刘春芳, 等. 梁貽俊教授治疗冠心病心绞痛的经验. 辽宁中医杂志, 1999, 26 (6): 241~242

风湿性心脏病

【概述】

风湿热急性发作阶段，伴随发热、毒血症、关节炎、皮下结节、环形红斑、舞蹈症等，可出现急性风湿性心脏病，风湿热过后可遗留轻重不等的瓣膜病变，尤以二尖瓣和主动脉瓣多见，称为慢性风湿性心脏瓣膜病，简称风心病。此病若伴有活动性风湿炎症的反复发作，称为风湿活动。病理改变以心瓣膜的粘连、增厚、变硬、畸形，致狭窄或（和）关闭不全，造成血流动力学异常为特点。临床表现随累及瓣膜的不同及病理改变的不同而异，可出现程度不一的左心、右心及全心的充血性心力衰竭，心律失常，肺淤血，全身静脉淤血，并发肺部、支气管、心内膜感染，脑栓塞等。典型的风湿热病史，心脏相关瓣膜听诊区的病理性杂音及超声心动图检查等是确诊的主要依据。本病是国内常见的一种心脏病之一，发病年龄以 20~40 岁最多见，女性稍多于男性。近年来发病率虽较前下降，但在心脏病住院比例中仍占很大部分。

本病以其临床症状和病理改变，可将其归属于中医“心痹”、“心悸”、“水肿”等范畴。病因病机多为外邪侵袭，机体正虚，瘀血水饮内停，其中风寒湿热为外袭之邪，瘀血水饮属内生之邪，心气、心阳亏虚为病之根本，肺脾肾不足与之相关，属本虚标实之证。治疗重在控制风湿活

动和纠正心衰。急性风湿性心脏炎发生时能得到有效及时治疗，预后尚好，否则风湿活动反复发作，使病情逐渐加重，终致不治。

【名医经验】

1. 邵念方诊治经验

邵氏认为，根据临床表现，“风心病”当属中医“心痹”范畴。如《内经》曰“风寒湿三气杂至合而为痹也”，“脉痹不已，复感于邪，内舍于心”，“心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘。”不论从病因病机，还是临床表现，都与现代医学之“风心病”相似，因此，中医病名应用“心痹”更为准确和全面，适宜指导临床用药。邵氏依据风心病的不同发病阶段及临床表现，对风心病进行分期论治。①初期：多见于风湿热初起或风湿活动期而有风湿性心脏炎表现者。临床证见：心悸，胸闷，发热口渴，汗出乏力，多伴有关节红肿热痛，舌红苔黄，脉滑数。邵氏认为，此期乃因于风、寒、湿、热之邪侵袭人体，注于经络，留于关节，内舍于心所致。临证尤以热邪为多见：一则因感受风热之邪，二则因素体阳盛或阴虚有热，感受外邪之后易从热化，三则因风寒湿邪日久化热。故治疗此期患者当重视清热凉血之法。常用药物为生地、丹皮、赤芍、金银花、蒲公英、土茯苓、薏苡仁、防己、独活、秦艽、威灵仙、苦参、黄连等。此期患者心脏主要表现为心肌炎、心内膜炎，而清热凉血类中药对于消除心脏、关节的急性炎症，有较为确切的疗效；②中期：此期多为急性风湿热或风心病风湿活动发作被控制后，从发炎、损害、愈合过

程中遗留下心脏瓣膜病变的患者。临床证见：心慌胸闷，或见唇甲青紫，两颧暗红，舌紫黯或有瘀点瘀斑，脉涩或结代。此期乃因风寒湿热诸邪内舍于心，心脉痹阻，故营血运行不畅，留而为瘀所致。故此期病机突出一个“瘀”字。所以，治疗应在辨证的基础上加用活血化瘀之品，另外稍佐以理气之品，取“气为血之帅”、“气滞则血瘀”、“气行则血行”之义。常用药物为丹参、桃仁、红花、赤芍、水蛭、土鳖虫、当归、鸡血藤、檀香、砂仁、陈皮等。邵氏认为，从现代医学角度讲，瓣膜病变所致纤维样增厚、粘连以及房颤日久出现的附壁血栓等亦属于中医“瘀”的表现之一。因此，此期治疗不能忽视活血化瘀；③后期：此期多见于风心病病久出现心力衰竭的患者。临床证见：动则心慌，气喘，或卧床不起，胸闷，乏力，或有咳嗽，咯痰，或肢体浮肿，口唇发绀，尿少，纳呆，舌淡黯苔白滑，脉细涩或结代。邵氏指出，此期患者多患病日久，其病机特点除“瘀”之外，更出现了“水”和“虚”两种病理变化。首先，血不利则为水，瘀血内阻日久，营津不行，凝结为痰，外渗为饮。唐容川即谓：“血积既久亦能化为痰水”若饮停胸中，则有胸闷、气喘、咳嗽、咯痰等症，若饮溢肌肤，则可有肢体浮肿。同时，痰饮、水浊内停，进一步阻塞气机，血脉不畅，更加重瘀血。另一方面，久病耗气，患者发展到此期，多病程较长，气虚症状明显，表现为乏力，动则心慌，气喘，甚则卧床不起等。而气虚运血无力亦可进一步加重血瘀，造成恶性循环。故此期治疗尚需注重补气、利水之法。常用药物如黄芪、人参、党参、麦冬、坤草、泽兰、葶苈子、车前子、北五加皮等。

[典型病例]

王某，男，43岁，1995年3月7日初诊。患者素有风

心病史4年，反复发作心慌、双下肢浮肿，心电图示心房纤颤，超声心动图示风心病，联合瓣膜病变，一直未系统治疗。4月前因劳累，上述症状加重，感胸闷、憋气，咯痰，全身无力，动则喘促，心慌，纳少，双下肢浮肿，舌淡黯苔白，脉细弱结代，超声心动图示二尖瓣狭窄（中度）、关闭不全（轻度），主动脉瓣关闭不全（轻度），三尖瓣关闭不全（轻度），肺动脉高压（轻度），左房56mm，二尖瓣口面积 0.9cm^2 。证属心痹之气虚血瘀，水饮内停。治以益气活血利水，佐以理气。药用：生黄芪45g，党参20g，麦冬30g，赤芍12g，木香6g，当归、桃仁、红花各12g，丹参24g，砂仁10g，汉防己30g，葶苈子12g，厚朴、北五加皮各10g，桑白皮15g，前胡12g，生山楂18g，炙甘草3g。6剂，水煎服，日1剂。二诊来人代诉，患者服3剂药后即能下地做轻微活动，惟感全身无力，余证均减。上方出入前后共服30余剂，患者于4月份起开始上班，一般活动无明显不适。半年后随访，病情一直较稳定。^[1]

2. 梅国强诊治经验

梅氏认为，任何疾病发生、发展都会呈现出一定的阶段性，而确定这种阶段性对掌握疾病发展进程，认识疾病演变状态具有重要意义。就临床所见，风心病病程较长，少者数年，多者数十年。病情较轻或稳定者，常无明显症状，仅于风湿活动或心力衰竭时方有症状出现。据此，一般可将风心病分为症状不显期、症状突出期与慢性心衰期。此与它病分期法不尽雷同，并不完全反映风心病等级进展，而主要提示风心病所处状态。

（1）症状不显期

可为风心病初始阶段或未至心衰之时，病情稳定，症状不突出。其瓣膜病变（狭窄或关闭不全）不甚严重，心功能亦未受明显损害。一般无明显自觉症状，仅于剧烈运动、负重之时，始有轻度心慌、胸闷、气短；或有两颧紫红、唇微绀、心下筑筑而动；或心悸、叉手自冒心等。本期病机多为虚少实多，虚以心肺气阴两虚为主，盖风寒湿邪白皮毛肌肤、筋脉骨节而入侵于心，渐次化热；或阴弱之体感受风热之邪，热灼肺阴，耗散肺气而宗气自虚。宗气不足则灌注无力，阴营亏损则心肌失养。实者，或湿热内伏，或风邪在脏，或痰浊壅塞，或血液瘀滞，或肝气不疏，或胆气横逆，它们既可单独存在，亦可相兼为病，故当辨其偏重多寡，以免施治失之毫厘。本期时程较长，禀赋充足，体质壮实，不易外感者，可延续数十年方出现明显症状；先天不足，后天失养，体质羸弱，生活艰辛，易于外感者，则病情进展较快，数年内症状即可突出而进行性加重，预后不佳。因此在本期及时治疗，对防止风心病发展是有意义的。

（2）症状突出期

随着病情进一步发展，瓣膜病理损害进行性加重，或其演化过程中反复出现风湿活动，或合并感染、糖尿病、冠心病、肾功能不全等，则患者可出现明显的风心病症状，如低热不退、夜间盗汗、关节酸痛、颧红唇紫、心慌胸闷、易疲劳、倦怠乏力、生活质量下降，稍劳即感气短，脉虚数或促结代疾。此期多虚实并重，虚者气阴两虚，或阴虚内热；实者，外有风湿毒邪在表。内有痰浊瘀血在里。虚实相兼，内外并存是本期病机特点。

风湿活动是促使风心病病情加重的关键因素。因此，在抓住病机实质的同时，须判断风湿活动之有无，以下几

点可供临证参考：①易受外感，轻微感冒即心悸、气短，且症状持续半月以上；②无明显原因的反复鼻衄、关节疼痛；③无明显原因的进行性心慌、气短，尤其是年龄较轻者；④血沉（ESR）增快、抗“O”（ASO）增高；⑤易出现心律失常；⑥短期内出现新的瓣膜杂音或杂音有动态改变；⑦试用抗风湿药治疗短期内获效；⑧咽痛不适，或见扁桃体红肿；⑨恶风寒，自汗盗汗、发热（ $38^{\circ}\text{C}\sim 38.5^{\circ}\text{C}$ ），周身关节酸胀疼痛；⑩舌红而干，苔薄黄少津，脉浮数。对此10点进行综合分析，则不难判断。

（3）慢性心衰期

病至心衰，其势危重，五脏六腑俱病，气血阴阳皆虚。心衰之始，以心肺气虚或气阴两虚多见，继之气虚及阳、阴损及阳，则心脾肾三脏阳衰。气虚则血不行而阻滞，阳衰则血不温而凝涩，以成瘀血阻脉之候；气虚则水不流，阳衰则水不化，以成痰饮、水气之证。故心衰之病，实乃本虚标实，且非一脏受累，一邪为病。既有少阴心肾同病，亦有太阴脾肺俱损。上焦，心不能主血、行血，肺不能主气及通调；中焦，脾胃不能升降运化；下焦，肝不能藏血疏血，肾不能气化蒸腾，则痰、水、瘀诸邪聚合，多脏多经为病。是故症现多端，上有喘息短气胸闷，中有腹胀脘痞，下有尿少浮肿。在风心病心衰演变过程中，常出现下焦肾阳衰弱、寒水内盛，而上焦肺气不利、痰热蕴积等寒热并存之象，以及风湿热毒袭于外而阴寒痰饮盛于内等内外合病之证。

梅氏对风心病的临床辨证，强调区别风心病演变过程中出现的各种合并症，以指导其整体治疗。病家一旦罹患风心病，首因病程较长，在风心病的病理过程中一般有如下病理改变：一为正气亏虚，抗病力及生活质量下降，易

致外邪伤人并发呼吸道感染；二为虽病处稳定期或病情不显期，然自身免疫反应仍在持续损害着心肌组织，可影响窦房结正常起搏与房室功能而并发心律失常；三为随着风心病演化，瓣膜狭窄或关闭不全等损害程度进行性加重而并发充血性心衰、急性肺水肿；四为心之阳气衰弱，鼓动无力，血流滞缓，粘度增高，以致血栓形成，血栓脱落则易并发血栓栓塞。

（1）呼吸道感染

此合并症可出现风心病任何一期，而当出现于心衰时则感染难控制，且多为混合性感染。轻者，病人常干咳，少痰或无痰，肺部可闻细湿鸣或干鸣音；重者，则咯浓稠痰或黄或白，或灰绿，不易咯出；若至心衰，肺部淤血，则咳嗽加重、咯痰量多，甚至出现呼吸困难、咯血等。

（2）心律失常

风心病患者除有瓣膜损害的病理性杂音之外，通过心电图、听诊或诊脉大都可发现心律紊乱，一般房颤为多，多由房早转变而来。是因风湿性心房肌炎症后心房纤维化，左心房肌束排列混乱，引起心肌、心房传导束在不应期长短及传导速度显著不一致产生折返激动或局部自律性增高所致。当发展至心衰时，则可出现房室传导阻滞或室上性、室性心动过速等多种心律失常，这与心衰时心肌纤维化、室壁张力增高及交感神经与内分泌因素改变及低钾、低镁有密切关系。

（3）急性左心衰、肺水肿

当瓣膜严重损害时，常发生急性左心衰，其最严重表现是急性肺水肿。患者可出现高度气急，端坐呼吸，极度烦躁不安，面色灰白，口唇紫绀，冷汗淋漓，脉搏强而速，阵阵咳嗽，咯大量白色或粉红色泡沫样痰，双肺布满水泡

音。一般而言，风心病致急性左心衰并不多见，然应提高警惕。其病理为水饮凌心射肺，肺络瘀阻，心阳衰竭。

(4) 脑栓塞

栓子多来自扩大的左心房伴房颤者，常发生于大脑中动脉，有偏瘫、失语等症状。

对于风心病的治疗，梅氏首先根据整体辨证和疾病的病理改变确定基本治法，而后根据风心病各阶段的临床症状不同，进行遣方用药。具体如下：

常法：亦可谓基本治法，是根据风心病基本病理特点而制定。前已述及，风心病是以虚与瘀为中心病理环节，虚以气阴亏虚或阳气衰弱为关键，瘀则以血脉瘀滞为重点。故常法有二：一者益气养阴与活血通脉联用；二者温阳益气与化瘀行血并施。益气重在心肺脾，温阳偏于心脾肾（尤以肾之真阳为主），养阴重在心肝；化瘀既有和血、活血、破血之不同，亦有活血兼行气、行气以活血及养血兼活血、活血以养血（祛瘀生新）之差异。运用之时，须灵活多变。

变法：变法即灵活变通之法，根据风心病兼夹症的不同，其变法主要有以下几种：①解毒利咽，抗风湿：适用于风心病兼风湿活动，症见咳嗽，咽痛，扁桃体肿大，汗多，发热，全身关节酸胀疼痛，舌红苔薄黄，脉浮数；②清肺化痰，抗感染：适用于风心病合并肺部感染，表现为咳嗽，咯痰，色黄或灰绿，粘稠难出，量多；甚则咯痰带血，呼吸困难，胸闷短气，不能平卧，舌苔黄厚腻，中根部为甚，脉滑数；③镇静安神，抗心律失常：适用于风心病并发心律失常，表现为阵发性心悸，胸闷或短气，精神疲乏，夜寝不安，惊惕等；④利尿消肿，改善肾功能：适用风心病发展至心衰期出现下肢浮肿，或胸水、腹水、

肾功能降低等；⑤化瘀止血，养血调经：适用月经失调的女性风心病患者，月经量少，色淡；或月经延后色紫黯，夹血块；或月经延期，量多，色淡，等；⑥温经解表，清热化痰：适用于风心病患者外有风寒在表，内有上焦痰热伏肺、下焦阳虚寒盛之证。梅氏临床具体用药如下：

气阴两虚、瘀血阻滞：生脉散合桃红四物汤加减。人参（或红参、生晒参）6g（另煎），麦冬 10g，五味子 10g，黄芪 30g，焦术 10g，茯苓 30g，当归 10g，川芎 10g，桃仁 10g，红花 10g，赤芍 10~20g；心肾阳虚、瘀血阻滞：真武汤合桃红四物汤加减。制附片 10g，人参（或红参，生晒参、太子参）6g，茯苓 30g，赤白芍各 10g，干姜 10g，焦术 10g，当归 10g，红花 10g；阳衰阴弱、气虚血瘀：真武汤合生脉散、桃红四物汤加减。黄芪 30g，人参 6g，麦冬 10g，五味子 10g，制附片 10g，焦术 10g，茯苓 30g、当归 10g，川芎 10g，赤白芍各 10g，红花 10g，干姜 10g。

加减：肝郁血而胁痛者，加柴胡 10g，枳实 10g，郁金 10g，延胡索 15~20g；水肿甚而小便量少者，加连皮茯苓 60g，益母草 30g，泽泻 10g，或金钱草 30g，海金沙 30g；胸闷而刺痛，肋下有积块（肝淤血）者，加丹参 30g，水蛭 10g，土鳖虫 10g，泽兰 10g，生蒲黄 10g；关节疼痛，汗多，ESR 和 ASO 异常等风湿活动者，加马鞭草 30g，铁菱角 30g，老鹳草 30g，刘寄奴 25g，忍冬藤 30g；心悸、失眠、易惊惕者，加煅龙牡各 15g，桂枝 15g，炙甘草 10~20g，或酸枣仁 10g，柏子仁 10g；妇女月经量多而色淡者，加蒲黄炭 10g，贯众炭 10g；咯痰黄稠或灰绿而证属痰热蕴肺者，加黄芩 30g，野菊花 15g，金银花 30g，鱼腥草 30g，竹茹 10g；脑血栓形成而致语言謇涩、偏瘫者，配伍黄芪桂枝五物汤或补阳还五汤；咽痛而干，或扁桃体红肿、发

热者，加板蓝根 15g，山豆根 15g，野菊花 15g；呼吸困难、不能平卧、紫绀，双肺满布水泡音者，配合西医抢救，给予葶苈大枣泻肺汤、十枣汤；脾虚腹胀者，配伍半夏厚朴生姜甘草人参汤；心烦胸闷，舌红少津而浮肿尿少，证属阴虚水热内结者，配伍猪苓汤，重用滑石 16g，易茯苓为连皮茯苓 60g；头昏头痛或眩晕，属肝阳上浮者，加天麻 10g，钩藤 30g，僵蚕 10g；阳虚寒盛者，加仙茅 15g，仙灵脾 30g，鹿角霜 10g；血虚寒凝而手足厥逆、关节冷痛者，配伍当归四逆汤。

〔典型病例〕

严某，女，62岁，工人，1991年12月9日初诊。反复关节疼痛20年，胸闷、心慌、气短5年，加重伴双下肢浮肿2月。患者20年来，常感肢体关节酸胀疼痛，咽部不适，易感冒；近5年，劳累后明显感心慌、胸闷、气短，甚则咯痰带血丝。1989年确诊为风心病（二尖瓣狭窄并关闭不全），给予地高辛、双氢克尿噻、消心痛及氨酰心安等，病情时轻时重。1991年7月在该院做二尖瓣置换术，术后2月病情稳定，至10月因感冒而诸症加重，直至初诊。就诊时自言心慌、胸闷、喘气，稍劳即发。尚可平卧，右肋下疼痛不适，双下肢浮肿，关节酸胀，肢端厥冷而发绀，舌质紫红、两边瘀斑、苔白滑。血压123/80mmHg，房颤，心尖区V级收缩期吹风样杂音，颈静脉怒张，肝于肋下11cm，肝颈静脉回流征（+），左肺下可闻细湿啰音。超声心动图提示有胸腔积液。证属心肾阳衰、瘀血阻滞、水饮内停，兼风湿袭于关节。治宜温阳益气、活血利水、抗风除湿，方以真武汤、四逆散、桃红四物汤加减：黄芪30g，人参6g（另煎入），制附片10g，干姜10g，焦白术10g，连皮茯苓60g，当归10g，川芎10g，桃仁10g，红花

10g, 益母草 30g, 赤芍 20g, 枳实 10g, 郁金 10g, 泽泻 10g, 铁菱角 30g, 老鹳草 30g。每日 1 剂, 连服 21 剂后, 能上四层楼而无明显心慌、气短, 浮肿消退, 关节酸胀及肢冷消失, 房颤发作减少, 肝脏缩小 (肋下 5cm)。后以上方剂量扩大 10 倍而炼蜜为丸, 长期口服, 随访 1 年心衰未发。^[2]

3. 曹永康诊治经验

曹氏认为, 风湿性心脏病在全心衰竭时, 出现血瘀、水停, 为胀为肿。胀乃自觉, 肿可目测, 在施治上应各有重点。胀乃血郁, 其病机是心血瘀而肝脾 (胃) 亦有瘀滞, 临床以“腹胀”为主症, 病变涉及肝脾两脏。且肝藏血, 主疏泄; 脾统血, 主动, 二脏均有调节血行的职能。心病可以累及肝脾, 肝脾病则加重心病, 在病理上形成恶性循环。肿是水停, 其病机为心肾阳虚, 水寒气夺, 血脉不行, 津液留滞, 而外溢于肌肤, 临床以水肿为主症, 病变重心在心肾二脏。

在治疗方面, 凡症见脘腹支胀, 气壅不舒, 心区憋闷, 肝区胀痛, 面色黯滞, 尿少色黄, 舌质紫、苔腻, 脉来涩滞者, 此属“血郁则胀”。治以疏肝运脾、活血疏滞, 方拟党参、黄芪、桂枝、甘草益气温阳, 纠正心衰为基础, 再以下组药按症情取舍加减: 醋炒柴胡、川芎、香附、生麦芽疏肝理气; 白术、枳壳、生鸡内金、砂仁运脾和中; 芍药、丹参、桃仁、当归尾活血化瘀; 煅牡蛎、海藻、昆布、片姜黄软肝疏滞; 泽泻、泽兰、生薏仁、天仙藤行气化湿。此法能温疏瘀滞, 通利二便, 消除胀满, 使血循得以改善。若见足跗或全身浮肿, 小便甚少, 心胸痞闷, 气短心悸, 唇甲紫绀, 腹部板滞, 脉象细弦, 舌胖淡紫、苔白腻或水

滑，此属“水停为肿”之证。治以强心温肾，活血行水为主，方用真武汤加味，取附、术、茯苓散里寒而行水邪，附、芍、姜增血热而和营滞。面色紫绀者，加桂枝、当归以温疏营郁；面唇苍白者，加熟地、黄芪以温补气血；尿少不畅者，加泽泻、泽兰、防己、益母草以化瘀行水；如见下肢清冷，心胸烦热，喘促自汗，肝心虚于上，肾动于下，心气泄越，水寒阳浮，为心衰重症，宜合二加龙牡汤守火养阴；虚阳浮越，加磁石、紫石英、怀牛膝、山萸肉、沉香等纳肾镇摄。^[3]

4. 王渭川诊治经验

王氏认为，风湿性心脏病常由风、寒、湿邪杂合而至，入营及血，使营卫气血运行失常，气虚血瘀，脉络痹阻。“五脏皆有所合，病久不去者内舍于其合”而出现相应脏腑虚损之症。临床证治应遵循补虚泻实的原则，在调补脏腑阴阳的同时，顾及祛风除湿、温经散寒、活血化瘀等。王氏以阴阳为纲，将本病分为脾肾阳虚和肝肾阴虚证，随症加减治疗。如阳虚用虫类药通经活络，软化血管，辅以虫白蜡、党参、黄芪益气；桑寄生、菟丝子、冬虫夏草固肾；大剂熟附片以温心肾之阳；万年青有洋地黄样作用，能调节心脏功能；红藤、蒲公英、升麻能抵抗病毒侵扰心脏内膜。诸药协和，能收到满意疗效。阴虚用沙参、红参润燥益气；枸杞子、阿胶、鱼鳔胶养血生血，润脾燥而生津，津足则肾水涵木而肝气平，肝肾阴虚症状由此而消；鲜生地、白芍、女贞子、旱莲草、山萸肉、万年青叶调节心脏功能；虫类药物祛瘀通络、软化血管，有助心脏功能恢复；大剂量甘草有类似激素强的松样作用，在病情危重时可酌情采用。具体辨证用药如下：

(1) 脾肾阳虚

症见心悸气短，动则尤甚，眩晕自汗，神疲乏力，形寒浮肿，胸胁及周身关节疼痛，纳差便溏，小溲清长，舌质淡、苔白，脉濡缓或弦数。治宜温运脾肾、祛风除湿、通经化瘀。方选河间地黄饮子合通窍活血汤或血府逐瘀汤加减。随症加减：祛风除湿用白花蛇（乌梢蛇）9g，蜈蚣2条；通经化瘀用土元9g，水蛭9g，黑故纸12g，炒蒲黄9g；温运脾肾用红参9g，潞党参30g，鸡血藤18g，生黄芪30g，桑寄生15g，菟丝子15g；调心悸用炒北五味子12g，山萸肉9g；心动过缓用桂枝6g，生白芍12g，麝香0.3g（冲服）；心动过速用山萸肉12g，苦参24g，龙眼肉24g；浮肿用熟附片12~30g（先煎2小时），糯米草60g，海金沙12g，夜明砂12g；胸胁痛用红藤24g，蒲公英24g，夏枯草12g，薤白9g，柴胡9g，丹参9g；食欲差用麦芽60g，山楂9g，鸡内金9g。

〔典型病例〕

杨某，女性，19岁，学生，1960年7月26日初诊。经成都某医院、四川省某医院检查，确诊为风湿性心脏病，二尖瓣关闭不全，住院治疗效果不佳。病人心悸气短，低热，形寒浮肿，疲乏无力，食欲减退，大便溏薄，小便清长，关节疼痛，胸痛，咽喉疼痛，舌苔薄白，脉弦数，扁桃体肿大。治拟温运脾肾，祛湿化浊，活血清热。方选河间地黄饮子合通窍活血汤加减。处方：潞党参30g，红参10g，鸡血藤18g，生黄芪30g，桑寄生15g，菟丝子15g，黑故纸12g，蜚虫9g，炒蒲黄9g，蜈蚣2条，白花蛇（乌梢蛇）9g，全蝎9g，红藤24g，蒲公英24g，大青叶9g，鸡内金9g，糯米草60g，海金沙12g，炒北五味12g，苦参24g，山萸肉9g，续断60g，羌活3g。二诊，服上药12剂

后，咽痛消失，扁桃体恢复正常，食欲有增，心悸、胸痛、关节疼痛显著减轻，体温降至正常，但仍有畏寒浮肿，舌苔白，脉弦缓。治宗原法，以前方去红参、大青叶、续断，加熟附片 30g（先煎 2 小时），杜仲、万年青叶各 10g。三诊，上方连服 4 周，病情显著好转，全身疼痛消失，体温正常，脸和下肢浮肿消失，睡眠时呼吸平稳，但稍事活动，即觉气紧，呼吸短促，月经量少，先后无定期，舌苔薄白，脉弦涩。再以初诊方去红参、大青叶、续断、羌活，加入调摄冲任之品，如胎盘粉 9g，冬虫夏草 9g，覆盆子 24g，另加升麻 24g，虫白蜡 9g（研细末冲服）。四诊，病人服上方 24 剂后，诸症悉解，上街配药已不感劳累、气急和呼吸困难。又续服 6 周，诸症悉愈，体重增加 3kg，精神佳，体质健壮。病人回校继续读高中，请求配膏方，以巩固疗效。处方：潞党参 300g，鸡血藤 180g，生黄芪 300g，桑寄生 100g，菟丝子 100g，冬虫夏草 100g，蜈蚣 20 条，白花蛇 90g，土元 90g，地龙 90g，炒北五味 120g，山萸肉 90g，枸杞 120g，砂仁 30g。以上诸药熬 4 次，取浓汁，加冰糖 1kg，虫白蜡 300g，蛤蚧 1 对，共研极细末，缓缓投入，搅匀收膏。每日早、晚各服 1 大汤匙，2 月服完。1981 年巧遇患者，告知风湿性心脏病始终未发。

（2）肝肾阴虚

症见心悸气短，眩晕耳鸣，胸胁、周身关节疼痛，舌麻，四肢麻木，口苦咽干，舌质红，脉弦细而数。治宜滋养肝肾，祛风除湿，通络化瘀。方选一贯煎合通窍活血汤或血府逐瘀汤。随症加减：滋养肝肾用沙参 9g，生地 12~24g，生白芍 12g，女贞子 24g，旱莲草 24g。其他同脾肾阳虚。

〔典型病例〕

耿某，女，24 岁，工人。1960 年 4 月 1 日初诊。因下

乡久居潮湿之地，又劳累生气而发高热，咽痛。经四川某医院、四川某医学院检查，确诊为风湿性心脏病，二尖瓣关闭不全。病人感心悸，气短而促，周身关节疼痛，胸胁疼痛，呼吸困难，夜间不能平卧，心跳震衣，眩晕耳鸣，咽干口苦，不能进食，烦躁失眠，大便干结，小便短黄，月经停闭，舌质深红、无苔，脉弦细而数。治拟滋养肝肾，祛风除湿，通络和营。方选一贯煎合通窍活血汤加减。处方：沙参20g，鲜生地30g，炒川楝子9g，生白芍12g，红参9g，鸡血藤18g，女贞子24g，旱莲草24g，炒北五味12g，山萸肉9g，苦参24g，枸杞子9g，蜈蚣2条，白花蛇9g，全蝎9g，蜚虫9g，大青叶9g，阿胶10g（蒸化冲服），鱼鳔胶10g（蒸化冲服），砂仁3g，J 藿香6g，甘草30g，海金沙12g，万年青叶尺许长者2片。二诊，服上方12剂后，心跳气促症状减轻，夜间能平卧入睡，胸胁、关节疼痛减轻，耳鸣消失，口不干不苦，能吃稀饭、面条，但有腹胀，大便仍干燥，舌质润、苔薄白，脉弦缓。原方去辛温芳香之红参、砂仁、藿香，加生黄芪30g，益母草24g，覆盆子24g，地龙15g，槟榔6g，厚朴6g。三诊，上方又服4周后，全身已不痛，呼吸正常，已不感气紧，能操持家务，小便清长，大便不干，月经已行，量少色淡。经四川某医院检查，血沉正常。原方再服8周，诸症悉解，可以上班工作，但不能劳累，为巩固疗效，改服丸方：党参300g，生熟地各200g，生黄芪300g，覆盆子300g，淫羊藿300g，山萸肉100g，蜈蚣20条，白花蛇300g，山楂90g，广木香60g，虫白蜡90g，炒蒲黄90g。以上诸药共研细末，炼蜜为丸如豌豆大，每日早、中、晚各服10g，1月服完。病人服丸方2月后，健康如常人。随访2年，一切正常。^[3]

5. 焦树德诊治经验

焦氏将本病归入中医“心痹”论治，认为是心气不宣、血脉不通、经络闭阻而致。辨治时，强调病程初、中、末期的虚实转化和偏重。如急性初起，多见实证；1~4周后，可化热而出现热证，可不化热而渐现虚象；过5~6周后则出现虚证，或虚实并见；恢复期邪退正虚而呈虚象。因此，治疗上要有所区别，随时随症变换用药。结合四诊，临证时分虚实论治。①虚证用千金方细辛散加减为基本方，以养血益气，助阳通脉。处方：细辛3g，炙甘草6g，干姜3~6g，当归、党参、红花各10g，白术、麦冬各6g，茯苓、薤白、丹参各12g，瓜蒌25g，桂枝、延胡索各9g。另用人参粉0.3g，三七粉0.6g，琥珀粉0.3g混匀，装入胶囊，随汤药吞服。心痛不解，用苏合香丸1粒，温开水送服，日2次，痛止停药。偏重加减：偏于气虚，上方改白术为10g，党参为15g，白人参6~9g，去丹参、麦冬，加炙黄芪10~12g，木香、檀香各6g，既可加强补气之功，又防气药壅滞；偏于阳虚，重用补阳之品，基本方中改干姜为9~10g，桂枝为12g或另加桂心3~6g，去麦冬、丹参；阳虚甚者，基本方去瓜蒌、麦冬、丹参，加制附子6~9g，白芥子3~6g，人参9~12g，改干姜为9g，去党参；偏血虚，于基本方中加白芍10~15g，阿胶珠9g，熟地黄10~18g，砂仁6g，以加重补血；偏阴虚，在基本方中去干姜、桂枝，加生地、玄参各15g，沙参9g，白芍12g，改麦冬为9g；若虚中夹实，则与实证互参用药。②实证：以《金匱要略》中枳实薤白桂枝汤加减，重在宽胸开痹、活血通脉。药用：枳实、厚朴、炒五灵脂、焦山楂各12g，瓜蒌30g，薤白、茯苓各15g，桂枝6g，红花、蒲黄各10g，

延胡索、檀香（后下）各 9g，丹参 18g，莪术 6~9g，水煎，日 1 剂，分 2 次温服。心痛甚，合苏合香丸。视实邪之不同，增减药物：寒盛上方中加干姜 6g，细辛 3g，白芥子 5~6g，紫肉桂 3~6g，去枳实、丹参，改桂枝为 12g，以加重散寒温阳；痰盛者，基本方中加半夏 12g，化橘红 12g，茯苓改为 18g；痛重者，再加白术 6g，米醋 30~50ml，以加强化痰祛湿；气滞者，于基本方中加青皮 6~9g，香附 10g，炒川楝子 12g，广郁金 10g，去红花、丹参，重在疏肝理气；血瘀者，基本方去厚朴，加桃仁 10g，苏木 15g，藏红花 0.3~0.6g，用黄酒炖化，分 2 次兑入汤药中服；食滞者，基本方去红花，加焦神曲、焦麦芽、焦槟榔、炒莱菔子各 10g，广木香 6~9g。^[4]

6. 路志正诊治经验

路氏自创五法治心痹，疗效斐然。

（1）调理心中阴阳法

多用仲景炙甘草汤加减，视阴阳偏颇、调整用量。偏于心阳虚，加重参、桂、姜用量；偏于心阴虚，重用麦冬、生地、阿胶、大枣。

（2）补益心脾法

凡病由脾胃虚弱、无以养心，心脾两虚、气不行血致脉道瘀阻，治以补脾益心。补脾多用太子参、黄芪、炒白术；养心多用黄精、麦冬、柏子仁、小麦；安神多用生牡蛎、莲子心，加丹参合桂枝、取其六病和络之意；若胸痛、胸闷、气短，加菖蒲、郁金，意在开郁通痹；若心烦易怒，口干便结，加谷麦芽、枳实、生首乌，以理气消导、润降通便。

（3）和胃化浊法

用于胃纳素佳、饮食不节之人，因胃失和降、清阳不升、浊气上逆、蒙蔽心阳，为实多虚少之证。升清，用藿香梗；化浊，用半夏、厚朴、陈皮、枳实、谷麦芽；降逆，用杏仁、旋覆花，枇杷叶；开胸宣痹，用菖蒲、郁金。

(4) 调补肝肾法

喜用山药、山萸肉、桑寄生、生牡蛎、制首乌、女贞子、旱莲草、沙参等；合当归补血汤，麦冬、柏子仁、黄精、丹参等养血安神。加入佛手，意在补中有通、滋而不腻。

(5) 清胆和胃法

用竹茹、茵陈清胆祛热；半夏、茯苓、薏苡仁健脾化痰；辅以菖蒲、郁金、枳壳豁痰开窍；枳实子、甘草调和诸药，并随证加减。^[5]

7. 朱良春诊治经验

朱氏认为风心病系风寒湿邪侵入经脉，致脉道不利、遮蔽不严所引起，主要病机是心脉瘀阻。审证时，须辨明主次，标本兼治：①凡风心病之心悸，首先须辨属阳虚、阴虚或阴阳两虚。偏阳虚，当补而偏阴虚，当补而兼清，同时均参用通脉之品。阳虚通脉，选用桂枝、鹿角霜、鹿角片等。阴虚通脉重用柏子仁、麦冬、玉竹等；炙甘草补中兼通无论阴虚、阳虚均应重用；阳虚，方选参附汤合桂枝加龙牡汤；阴虚，方选生脉散加味；阴阳两虚，宜炙甘草汤化裁（方中须用黄酒 250ml 及适量水，煎煮 1 小时，且姜、桂不可缺少）；②凡风心病之喘逆喘促，系心体伤残，正气虚损，心气拂逆之故，必须治以益气通脉，参用宣通肺络、泄化痰瘀之品，方用“杏参散”（杏仁、人参、桃仁、桑白皮）以匡正祛邪，标本兼顾。药后气未纳、喘

未平，酌加紫河车、紫石英、补骨脂、胡桃肉等；剧者加蛤蚧粉 1.6g，1 日 2 次，以收益心肾，填下元，纳气定喘之功；③风心病之咯血，系因气虚不能帅血归纳，瘀阻而新血难守所致，虚实夹杂，殊难措手，不可见血止血，妄用收涩。治宜益气固本、消瘀宁络，选用“参苏饮”（人参、苏木）加花蕊石；④风心病之水肿，系因心阳不足、心血瘀阻所致，治以温阳益气、活血利水为大法，选方消水圣愈汤（即桂甘姜枣麻辛附子汤加知母）。若系心气不足，心脉瘀阻，治于温阳益气，化瘀利水中加用水蛇粉 1.2g，装胶囊分 2 次吞服，以增强化瘀利水之功；若心肾阳虚，用济生肾气丸，加用葶苈子末 4g，食后服；若气阴两虚，以玉竹为宜。⑤风心病之痹痛，须从心体残损、心脉不通出发，区别阴阳偏颇，病邪寒热，采用养营温阳通脉，兼祛湿治之，凡阴伤风湿逗留者，可选防己地黄汤为主方加减，药用地黄、防风、桂枝、甘草、防己、虎杖、薤白、晚蚕沙、广地龙、嫩桑枝等，其中地黄可用至 60g，虎杖 30g。属阳虚风湿相搏者，可选用黄芪桂枝五物汤加附子、仙灵脾、桃仁、红花、油松节、桑寄生等。^[6]

【按语】

风湿性心脏病是国内很常见的心脏病，主要累及心脏瓣膜，引起狭窄或/和关闭不全。西医治疗多采用瓣膜分离切开术或置换术，对缓解临床症状，疗效显著，但因技术难度、条件要求和相应经济问题等限制，难以广泛开展治疗；内科一般是采取预防性使用抗生素，控制心衰，对症处理并发症等。但因病情复杂难愈，西药

久用易出现抗药性、耐药性或毒副作用等，尚难以获得令人满意疗效。中医治疗此病既能明显改善症状和体征，调整机体免疫功能，增强抗感染力，改善心功能状态，又可控制风湿活动、延缓病情发展，且无明显抗药耐药性，毒副作用较少。辨证论治恰当，往往可收到满意疗效。

一、关于病名归属

邵氏认为，根据临床表现，“风心病”当属中医“心痹”范畴。如《内经》曰“风寒湿三气杂至合而为痹也”，“脉痹不已，复感于邪，内舍于心”，“心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘。”不论从病因病机，还是临床表现，都与现代医学之“风心病”相似，因此，中医病名应用“心痹”更为准确。焦树德氏、路志正氏等亦将本病归入中医“心痹”的范畴进行论治。结合风心病的临床症状和病理演变，将其归属于中医“心痹”的范畴，能更好地体现本病的病位和病理过程。

二、病因病机和临床治疗

关于风心病的中医治疗，多数医家主张根据疾病的发病阶段和症状的轻重进行辨证施治。如邵念方氏治疗风心病强调进行分期论治。初期：多见于风湿热初起或风湿活动期而有风湿性心脏病表现者。此期乃因于风、寒、湿、热之邪侵袭人体，注于经络，留于关节，内舍于心所致，临证尤以热邪为多见，治疗重视清热养阴凉血之法。中期多为急性风湿热或风心病风湿活动发作被控制后，从发炎、损害、愈合过程中遗留下心脏瓣膜病变的患者。病机乃因风寒湿热诸邪内会于心，故营运不

畅，留而为瘀。此期治疗突出一个“瘀”字。后期多见于风心病病久出现心力衰竭的患者。病机特点除“瘀”之外，更出现了“水”和“虚”两种病理变化，此处虚重在阳虚、气虚。此期治疗应注重补气、利水之法。梅氏则将风心病分为症状不显期、症状突出期与慢性心衰期。症状不显期，可为风心病初始阶段或未至心衰之时，病情稳定，症状不突出。其瓣膜病变（狭窄或关闭不全）不甚严重，心功能亦未受明显损害。病机多为虚少实多，虚以心肺气阴两虚为主；实者，多为湿热内伏，风邪内侵，痰浊壅塞，血液瘀滞，或肝气不疏，或胆气横逆；症状突出期，随着病情进一步发展，瓣膜病理损害进行性加重，患者可出现明显的风心病症状。此期多虚实并重，虚者气阴两虚，或阴虚内热；实者，外有风湿热毒邪在表，内有痰浊瘀血在里。虚实相兼，内外并存是本期病机特点；慢性心衰期：病至心衰，其势危重，五脏六腑俱病，气血阴阳皆虚。王渭川氏认为，风湿性心脏病常由风、寒、湿邪杂合而至，入营及血，使营卫气血运行失常，脉络痹阻。临证治疗在调补脏腑阴阳的同时，顾及祛风除湿、温经散寒、活血化瘀等。焦树德氏认为风心病病机多为心气不宣、血脉不通、经络闭阻而致，强调病程初、中、末期的虚实转化和偏重。认为急性初起，多见实证，多有化热而出现热证，亦可不化热而渐现虚象；过5~6周后则出现虚证，或虚实并见；恢复期邪退正虚而虚象显著。因此，治疗上要有所区别，随时随证变换用药，分虚实论治。朱良春氏认为风心病系风寒湿邪侵入经脉，致脉道不利、遮蔽不严所引起，主要病机是心脉瘀阻。审证时，须辨明主次，标本兼治。

三、辨症和辨证治疗

(一) 水肿和胸腹部胀满

风湿性心脏病在全心衰竭时，出现血瘀、水停，为胀为肿。胀乃自觉，肿可目测，在施治上应各有重点。曹永康氏认为胀乃血瘀，其病机是心血瘀而肝脾（胃）亦有瘀滞，临床以“腹胀”为主症，病变涉及肝脾两脏。肿是水停，其病机为心肾阳虚，水寒气夺，血脉不行，津液留滞，而外溢于肌肤，临床以水肿为主症，病变重心在心肾二脏。在治疗方面，凡症见脘腹支胀，气壅不舒，心区憋闷，肝区胀痛，面色黯滞，尿少色黄，舌质紫、苔腻，脉来涩滞者，此属“血郁则胀”之证。治以疏肝运脾，活血疏滞。切不可单纯疏肝理气，芳香理气之品多有耗气散气之弊。用之太过，每易致气愈虚而血愈滞，胀满愈甚。若见足跗或全身浮肿，小便甚少，心胸痞闷，气短心悸，唇甲紫绀，腹部板滞，脉象细弦，舌胖淡紫、苔白腻或水滑，此属水停为肿之证。治以强心温肾，活血行水为主。心源性肿，多为血不利则为水，血瘀为水是其关键病理环节。然其血瘀之因，则有阳虚、气虚阴虚或痰阻气滞之不同。一般而言，阳虚、气虚、血不利为水者为多，治疗应重视温阳补气、祛瘀行水之法，不宜过用寒凉滋腻，以防其寒凉滋腻壅遏气机，使血瘀更甚。即使有阴虚见症者，亦应甘寒凉润，缓缓用之。

(二) 心悸

朱良春氏认为风心病之心悸，首先须辨属阳虚、阴虚或阴阳两虚。偏阳虚，当补而兼温；偏阴虚，当补而兼清，

同时均参用通脉之品。朱氏在此强调需参用通脉之品，实为明鉴。盖心主血脉，心脉不和，则心神难安。除阳虚、阴虚或阴阳两虚外，就临床所见风心病心悸一症，水气凌心，瘀血阻滞者亦有之。水气凌心，重在脾阳虚不能运化者，方用苓桂术甘汤结合活血通脉之品；脾肾而虚，气不化水者，则应苓桂术甘汤合真武汤，参用活血化瘀，以冀阳气复，阴水散，悸自止；血瘀心脉者，可用血府逐瘀汤加琥珀，桂枝治之，以祛胸中血瘀，通心窍安心神。

（三）喘促

凡风心病之喘逆喘促，系心体伤残，正气虚损，心气拂逆之故，必须治以益气通脉，参用宣通肺络、泄化痰瘀之品。即使痰涎壅盛者，亦每因正气衰败，气不内守，水气上泛所致，切不可一味泻肺平喘。

（四）咯血

风心病之咳血，多系因气虚不能帅血，瘀阻而新血难守所致，治疗不可见血止血，妄用收涩。临床应当益气固本、消瘀宁络，使正气复，瘀血散，则血可归经。

总之，风心病的治疗关键应注重三个环节：一为控制风湿活动，尽可能降低风湿活动对心脏瓣膜和心肌的损害；二为延缓心功能衰竭的发生，一旦形成心衰，则要以改善患者临床症状和提高患者生命质量为重；三为控制减少并发症的发生，尤其是脑栓塞。一般而言，风湿热初起或风湿活动时，病机多为风热、湿热或兼有阴虚，治疗多应清热解毒、活血通络，同时结合祛风湿或清热利咽解毒之品，尽快控制病情。病情缓解期或慢性阶段，病人多表现脏腑虚损，血脉瘀滞，其虚损主在心肺，迁延不愈，则累及肝

肾。正虚虽有阳气虚，阴虚的不同，但在病理演变过程中多存在阴损及阳、阳损及阴的病机。因此，补虚不易偏执，过于温燥或滋腻。对于血脉瘀滞，亦多应采用和血或活血之法，防止破血散血，以免耗伤正气。病至心功能失代偿阶段，患者喘促，不能平卧，水肿，动则气喘，此多为正气（心气、肺气、肾气）大虚，血脉瘀滞，水气上泛或外溢所致，病势急者，选用苓桂术甘汤、真武汤、独参汤、参附汤或葶苈大枣泻肺汤加减；病势缓者，则当用补正活血利水之法，缓缓治之，以求正复血和水去，症状缓解或消失。

（徐 浩 李立志）

参 考 文 献

- [1] 徐浩，等。邵念方教授分期论治风湿性心脏病的经验。辽宁中医杂志，1997，24（3）：112～113
- [2] 廖子君，梅国强教授诊疗风心病思维模式论治心律失常学术思想。中医药研究，1995，（1）：5～8
- [3] 单书健，陈子华编著。古今名医临证金鉴·心悸怔忡卷。北京：中国中医药出版社，1999
- [4] 焦树德。再谈心痹的辨证论治。中医杂志，1997，38（8）：504～505
- [5] 张守林，等。路志正教授善从中焦调治心痹的经验。光明中医，2000，15（4）：21～23
- [6] 邱志济，等。朱良春治疗心病巧用对药的经验与特色。辽宁中医杂志，2000，27（7）：295～296

病毒性心肌炎

【概述】

心肌炎是指心肌中有局限性或弥漫性的急性、亚急性或慢性炎性病变。心肌炎常为各种全身性疾病的一部分。轻度心肌炎的临床表现较少，诊断较难，故病理诊断远比临床发病率为高。近年来，由于对心肌炎的病原学进一步了解和诊断方法的改进，心肌炎已成为常见的心脏病之一，日益受到重视。按病因心肌炎可分为3类：①感染性疾病病程中发生的心肌炎。其致病病原体可为细菌、病毒、霉菌、立克次体、螺旋体或寄生虫。细菌感染以白喉为著，成为该病最严重的并发症之一；伤寒时心肌炎不少见；细菌感染时心肌受细菌毒素的损害。细菌性心内膜炎或心包炎可以延及心肌，伴发心肌炎，致病菌以葡萄球菌、链球菌或肺炎球菌为主，脑膜炎球菌菌血症、脓毒血症等偶尔可侵犯心肌而引起炎症。多种霉菌如放线菌、白色念珠菌、曲菌、组织胞浆菌、隐球菌等都可引起心肌炎症，但均少见。原虫性心肌炎主要见于南美洲锥虫病与弓形体病。立克次体病如斑疹伤寒也可有心肌炎症。螺旋体感染中钩端螺旋体病的心肌炎不少见，梅毒时心肌中可发生树胶样肿。近年来，病毒性心肌炎的发病率显著增多，受到高度重视，是当前我国最常见的心肌炎，霉菌、寄生虫、立克次体或螺旋体引起的心肌炎则远比病毒和细菌性心肌炎少见。

②过敏或变态反应所致的心肌炎。就目前所知,风湿热的发病以变态反应可能最大,风湿性心肌炎属于此类。③化学、物理或药物所致的心肌炎化学品或药物如吐根素、三价锑、阿霉素等,或电解质平衡失调如缺钾或钾过多时,均可造成心肌损害,病理上有炎性变化;心脏区过度放射,也可引起类似的炎性变化。

各种病毒都可引起心肌炎,其中以引起肠道和上呼吸道的各种病毒感染最多见。肠道病毒为微小核糖核酸病毒,其中柯萨奇、埃可(ECHO)、脊髓灰质炎病毒为致心肌炎的主要病毒,粘病毒如流感、副流感、呼吸道合胞病毒等引起的心肌炎也不少见,腺病毒有时也引起心肌炎。此外,麻疹、腮腺炎、乙型脑炎、肝炎、巨细胞病毒等也可引起心肌炎。临床上绝大多数病毒性心肌炎由柯萨奇病毒和埃可病毒引起。柯萨奇病毒的B组为人体心肌炎的首位病原体,按其分型以2、4二组最多见,5、3、1型次之;A组的1、4、9、16、23各型易侵犯婴儿,偶尔侵及成人。其发病机制主要包括两个方面:①病毒直接作用:实验将病毒注入血循环后可以造成心肌炎。急性期,起病9天以内病人或动物的心肌中可分离出病毒,病毒荧光抗体IgM检查结果阳性,电镜检查可发现病毒颗粒。病毒感染心肌细胞后产生溶细胞物质,使细胞溶解;②免疫反应:病毒性心肌炎起病9天后心肌内已不能再找到病毒,但心肌炎变仍继续;有些患者病毒感染的其他症状轻微而心肌炎表现却严重;有些患者心肌炎的症状在病毒感染其他症状开始一段时间以后方出现;有些患者的心肌中可发现抗原抗体复合体等,都提示免疫损伤机制的存在。实验中小鼠心肌细胞感染少量柯萨奇病毒,其细胞毒性并不显著。但如加用同种免疫脾细胞,则细胞毒性增强;如预先用抗

胸脾抗体及补体处理免疫脾细胞，则细胞毒性不增强；若预先以柯萨奇 B 抗体及补体处理免疫脾细胞，则细胞毒性增加。说明病毒性心肌炎有细胞介导的免疫机制存在。研究还提示细胞毒性主要由 T 淋巴细胞所介导。临床病毒性心肌炎迁延不愈者，E 花环、淋巴细胞转化率、补体 C 均较正常人为低，抗核抗体、抗心肌抗体、抗补体均较正常人的检出率为高，说明病毒性心肌炎时免疫功能低下。最近发现病毒性心肌炎时自然杀伤细胞的活力显著低于正常，干扰素则高于正常，亦反映有细胞免疫失控。实验性心肌炎小鼠给免疫抑制剂环孢霉素 A 后，感染早期可使病情加重和死亡率增高，感染 1 周后给药则使死亡率降低。提示病毒性心肌炎早期以病毒直接作用为主，后期则以免疫反应为主。

中医无病毒性心肌炎病名，但据其舌、脉和临床表现可将其归属于“脚气冲心”、“心水”、“心痹”等病的范畴。杂疫之邪（细菌、病毒、霉菌及风湿等）乘体虚内侵，由皮毛或口鼻而入，内入营血，归于心，心脏受损而发病。发病关键在于正气不足致外邪内侵，而情志、疲劳、外感等是诱发因素。病位主要在心、肺，病久则涉及脾、肝、肾等脏器。目前西医对本病尚无可靠治疗方法，中医和中西医结合在这方面做了大量工作，且积累了一定经验。

【名医经验】

1. 周次清诊治经验

周氏将病毒性心肌炎划分为 4 期进行论治：

（1）急性期

多因感受外邪而引发。这个外邪主要是风热之邪和风湿之邪，其病变部位有肺心同病和脾心同病之分。肺心同病：风热之邪侵袭人体，伤及肺卫，由于肺朝百脉，与心脉相通，肺脏受邪损及于心，出现肺心同病的病证。一般先有发热微寒、全身酸楚、头痛咽痛、咳嗽流涕、舌苔薄白、脉象浮数等风热犯肺的上呼吸道感染症状，继而出现心悸、气短、乏力、胸闷或胸痛等。风热初起，治疗宜疏表清热宣肺，方用辛凉清解饮（桔梗、杏仁、牛蒡子、蝉蜕、薄荷、金银花、连翘、淡竹叶）加减。热伤气阴、损及心肺，出现心悸、气短、乏力者，合用生脉散；胸闷、胸痛者，加瓜蒌皮、前胡、郁金。脾心同病：风湿之邪内侵，易伤脾之气阳。由于心主血脉，脾为气血生化之源，湿邪困脾，脾失健运，气血不充，心脉失养，故而出现脾心同病的病证。一般先有肌肉酸痛，寒热起伏，恶心呕吐，腹泻纳呆，舌苔滑腻，脉象濡缓或结代等风湿犯脾的消化道感染症状，继而出现胸闷、胸痛、心悸、乏力等。风湿初起，治宜祛风湿，用宣疏表湿方（《时病论》方：苍术、藿香、防风、秦艽、陈皮、砂仁、甘草）加减；表里俱实，湿热内迫，胸闷、脉促、腹泻者，宜用葛根芩连汤加味；湿热蕴脾，病情缠绵者，宜用清热渗湿汤（《证治准绳》方：盐黄柏、黄连、苍术、白术、茯苓、泽泻、甘草）苦降清热，健脾利湿。

无论是肺心同病或脾心同病，重症患者起病急骤，病情危笃，除一般上述症状外，常出现呼吸困难，烦躁不安，面色发绀，脉象细数微弱或结代无力等心阳虚衰、心脉瘀阻的充血性心力衰竭证候。有的患者由于正虚邪陷，突然出现面色苍白，肢厥汗冷，唇甲青紫，血压下降，脉微欲绝的阴竭阳脱危候。此种情况多见于小儿。对这种危重症

的治疗，虽有外邪的存在，但正气已损伤到阴竭阳脱的严重程度，必须以扶正为主。心阳虚衰、心脉瘀阻者，宜用回阳汤（《银海精微》方：人参、附子、五味子、甘草、当归、赤芍、川芎、细辛、茯苓、车前子）加减；阴竭阳脱者，急用独参汤或参附汤补气回阳救脱，继用回阳返本汤（《伤寒六书》方：人参、麦冬、五味子、附子、干姜、甘草、陈皮、腊茶）加减。

（2）恢复期

病毒性心肌炎恢复期，邪气始退而正气已伤，亦有患者在发病初期外感症状突出，外感症状消失后，始觉胸闷或胸痛、心悸乏力、脉象结代。心电图出现心肌劳损、心动过速、早搏或传导阻滞等。这时治疗应以扶正为主、兼祛余邪。主要有两种情况：①肺心同病患者，由于风热犯肺、热伤气阴，多致气阴两伤、热邪未尽。临床症见：午后发热，心悸，心烦，口干，乏力，盗汗，舌红、少苔，脉象细数或促。治疗当益气养阴、清热安神，方用人参安神汤（《幼科铁镜》方：人参、麦冬、生地黄、当归、黄连、酸枣仁、茯神）加减。夏秋季节或感暑湿者，宜用生脉散合清络饮轻清缓补；②脾心同病患者，由于风湿犯脾，湿伤脾阳，多致气阳亏虚、湿邪留恋。临床症见：低热不解，或发热起伏，胸闷憋气，神疲肢倦，面色苍白，时出冷汗，纳呆便稀，舌苔白腻，脉象濡缓或结代。治疗当益气温阳、健脾燥湿，方用参芪丸（《疡医大全》方：黄芪、苦参、苍术）加味。阳虚感受风寒，自觉形寒微热，倦怠乏力，食欲不振，脉缓者，宜用保元汤合桂枝汤益气逐寒、调和营卫。

（3）慢性期

病毒性心肌炎进入慢性期，多为邪去而正伤。其病机

特点是机体阴阳气血紊乱和由此而产生的痰浊、血瘀等病理变化，因虚而致实，形成虚中有实、实中有虚的虚实夹杂之证。周氏分为以下二型进行辨证论治：①阴血不足：一般多由肺心同病发展而来。由于风热犯肺，热邪伤阴，阴血同源，而致阴血亏虚。临床常见症状为心悸怔忡，胸闷胸痛，头晕目眩，烦躁盗汗，口干，失眠，便秘，尿黄，舌质红干、少苔，脉象细数或促。治疗宜滋阴养血安神，方用人参养营汤加减；如阴亏火旺，煎液成痰，痰火阻络，则见口干不欲饮，舌苔腻或黄，脉象动数、滑促，当加瓜蒌、黄连、石菖蒲，或用涤痰汤加减；阴亏血滞者，则见舌质黯红，口干漱水不欲咽等，宜加桃仁、丹参、红花；②气阳不足：一般多由脾心同病发展而来。由于风湿犯脾，湿为阴邪，易伤阳气而致。临床常见症状为心悸乏力，胸闷胸痛，短气自汗，面色苍白，舌质淡、苔薄白，脉象迟涩、结代。治疗当益气温阳，方用参芪益气汤（《杂病源流犀烛》方：人参、黄芪、炮附子、白术、炙甘草、五味子、麦冬、陈皮）加减。如阳虚阴乘，痰湿内生，则兼见浮肿，舌质淡胖、舌苔滑腻，脉象缓滑、结代。治宜益气温阳、宽胸化痰，合用瓜蒌薤白半夏汤；若气虚血滞，则见舌质紫黯或有瘀斑瘀点，胸痛较重，治当益气温阳、行气活血，合用丹参饮加减；胸中气陷者，症见胸闷、气喘，气短，脉象沉迟微弱、参伍不调，治疗宜升举下陷之气，方用升陷汤加人参、山萸肉等。

（4）后遗症期

病毒性心肌炎后遗症以心律失常为主，常见的有房室或束支传导阻滞、早搏及交界性心律等，有的则表现为心肌劳损。后遗症患者有的伴有全身症状，有的没有明显症状，只是遗留有异常心电图改变。造成后遗症的主要原因，

一是由于病情反复发作，精气内夺，心肾亏虚，积虚成损；一是脏气乖违，痰浊瘀血阻其运行之机。①心肾亏虚：损其心者，症见心悸怔忡，胸闷气短，舌苔少，脉结代。治宜养心通脉，方用炙甘草汤加减。损其肾者，则见心悸头晕，神疲乏力，耳鸣健忘，失眠多梦，畏寒，小便清频，舌淡少津，脉象沉细或结代。治宜益肾生精通脉，方用生脉补精汤（《类证治裁》方：人参、麦冬、五味子、熟地、当归、鹿茸）加减；②痰阻血瘀：痰浊阻络者，症见心悸怔忡，胸闷憋气，烦躁失眠，口干不欲饮，舌苔腻，脉象滑数、结代。治宜涤痰通络，方用涤痰汤加减。痰火盛者，加黄连、山栀。瘀阻心脉者，症见心悸怔忡，胸痛胸闷，舌质黯或有瘀斑瘀点，脉象迟涩、结代。治疗宜活血化瘀通脉，方用血府逐瘀汤加减。

周氏强调，对病毒性心肌炎的治疗要鉴别病期，明辨病位，详察虚实。急性期和恢复期重点察明有无外邪的存在以及外邪的性质，治疗要点为祛除外邪、扶助正气。慢性期和后遗症期则须把握阴阳气血的偏盛偏衰，注意因虚而致实所形成的痰浊、瘀血等病理变化，治疗要点为扶阳益阴而消瘀阻。全身情况基本恢复，无明显的自觉症状，只是遗留异常心电图改变，或有可能发展为心肌病变时，活血化瘀的方法应首先考虑，可望能取得较好的治疗效果。^[1]

2. 马骥诊治经验

马氏认为，病毒性心肌炎临床以心悸怔忡、胸闷气短、神疲乏力为主要见证，其病变机制是由禀赋素弱，复感外邪，滞而不散，延及脏腑，内含于心而成。温疫热毒侵袭或白喉、麻疹、水痘、疫斑等均致发此疾者，所入之途，或由温邪袭肺，或卫气营血顺行而至，或自卫直入营血，

或逆传心包，起病较急，且多重笃；时行感冒所致者，虽偶有严重之症，然起病势缓，病程迁延总属其常。另有劳倦过度致生本病者，较少单独为患，更多成为其他病邪致发本病的主要诱因。

临证，马氏认为，病毒性心肌炎以气阴两虚证候为多，症见心悸气短，神疲乏力，胸闷自汗，口干唇燥，舌红少津，脉细数或结代等。常从益气敛阴安神立法，善用生脉散加味，药用人参、麦门冬、五味子、炙甘草、远志肉、酸枣仁、生地、丹参等。久热伤阴，津液耗伤，出现烦躁不安，心悸脉促等症者，方宗吴鞠通氏加减复脉汤化裁；兼见手足抽搐者，加牡蛎、龟甲、鳖甲、芍药等物。若见心动悸，脉结代者，则予炙甘草汤加柏子仁、当归、炙黄芪，加米酒煎服；症见心悸自汗，形寒肢冷，神疲尿少，下肢浮肿，或伴胸水、腹水，甚则气喘，苔薄白或薄腻，脉沉细者，乃阳虚水泛所致，予真武汤加桑白皮、陈皮、缩砂仁；至于心悸气急，不能平卧，大汗淋漓，手足厥冷，苔薄舌淡，脉微欲绝者，此乃阳微欲脱之重证，用参芪附子汤加麦门冬、五味子、炙甘草、桂枝等。

马氏在应用常法治疗的同时，也特别强调变证的处理，认为除恒予养心、益气之品外，尚应随症治之：①胸部闷痛，或伴有绞痛样发作，应用丹参、赤芍、香附、延胡索、广木香、檀香等活血理气止痛之品；②突然晕厥者，乃毒邪侵心所为，应辨其证属寒属热。热证予至宝丹、紫雪丹；寒证投苏合香丸。嗣后则扶正为主，辅以祛邪，以固其根本，兼治其标。

〔典型病例〕

刘某，女，23岁。流行性感冒后1周左右自觉胸闷微痛，心率120次/min，频发期前收缩，诊断为病毒性心肌

炎，住院治疗2月余不效。诊时心悸，气短，潮热，舌质红、无苔，脉细数乏力。证属阴血亏损，阳气内扰所致，从养阴清热、解毒通阳立法治之，药用：麦门冬20g，生地20g，金银花25g，连翘20g，地丁25g，板蓝根25g，瓜蒌20g，薤白10g，炙甘草10g。服5剂后，热渐退，脉亦较和缓，仍宗原方，加党参、丹参，继服15剂。药毕微热已退，脉仍数而无力，舌淡，投下方连服1月许而痊愈。麦门冬15g，沙参15g，五味子10g，生地20g，金银花20g，蒲公英20g，板蓝根25g，人参10g，生黄芪20g。^[1]

3. 张镜人诊治经验

张氏根据多年临床经验，研究出病毒性心肌炎治疗方“复方四参饮”，临床应用，甚有效验。药物组成：丹参12g，孩儿参12g，南沙参9g，苦参9g，炙甘草3g，广郁金9g，炒酸枣仁9g，莲子心2g。上述剂量制成颗粒冲剂，每次服1小包，日服2次。

张氏认为此病以正虚为本（尤其是心肺气阴两虚），热毒内侵为标，多因情志、疲劳、外感等因素而诱发。热毒侵心，可导致气阴更虚，营卫运行失畅，而致痰瘀内阻。治疗原则当推扶正祛邪。在对病毒性心肌炎患者辨证施治的过程中，发现气阴两虚的病理现象存在于大部分患者的全病程。病初因气阴两虚之体质易感邪热；病中又可因邪热加重气阴虚损，导致瘀热内阻，痰浊内生；久病又可因之反复发作，迁延难愈，终致脏损严重，气阴益虚。因此，气阴虚损是病毒性心肌炎最多见的证型，亦是该病最基本、最关键的病理机制。“复方四参饮”以益气养阴扶正治本，活血清热祛邪治标。方中孩儿参为补气药中轻补之品，功同人参而力薄，对气虚兼阴亏者尤宜。丹参有“一味丹参

饮，功同四物汤。”之说，故其可调心血，且苦能降泄，微寒清肝，入肝心两经，有除烦安神之效，此处用之对有瘀血内阻、虚热心烦、失眠心悸者尤宜。南沙参有滋润上焦阴分的作用，兼有清热祛痰之力。苦参有“专治心经之火，与黄连功用相近”之说。近代药理也证实其具有抗心律失常之作用，对湿热郁火明显之心悸甚宜。莲子心长于清心除烦。广郁金为血中气药，擅入心活血通滞，取其辛开苦降、芳香直达，对瘀热所致的胸闷、心悸有较好疗效。酸枣仁养心宁神调肝，是治虚烦惊悸不眠之良药。甘草可上可下、可内可外，有骤有缓、有补有泻，此处取其和中养心缓脉之用。诸药相合，益心气、滋心阴、调心血、清心热、通心滞、除心烦、安心神、缓心脉，攻补兼施，升降通调，相辅相成，其效亦彰。现代研究证实，病毒本身及T细胞介导免疫是病毒性心肌炎的主要发病机制，益气养阴中药治疗病毒性心肌炎与调节和改善免疫功能密切关系。张氏以益气养阴作为基本法则，结合活血清热、宁心安神法组成复方四参饮，不仅具改善症状，控制和减轻病情的治疗作用，还可通过益气养阴增强免疫功能，减少和预防复发。^[2]

4. 查玉明诊治经验

查氏运用温热病学“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”理论指导论治本病。认为尽管症状复杂多变，结合临床实际，常以3个证候为辨证依据：

(1) 热毒内蕴（初期、急性期）

主症：具有上呼吸道感染史，发热，心悸气短，心胸隐痛，心烦不眠，或怔忡，舌质绛红而干，脉细数或结代。病机为温邪内侵，毒热犯肺，内伤心营，心肌受累。治当祛邪以扶正、清热解毒、养阴宁心为主，方用清营解毒汤

(清营汤化裁)。处方：金银花、连翘、鱼腥草、板蓝根、射干、生地、玄参、麦冬、丹参、竹叶、莲子心、黄连。本方具有清热解毒、控制感染、养心阴、保津液、清心除烦、宁心安神的功能。

(2) 气阴两虚（心律不齐）

主症：心动悸，怔忡不宁，心胸隐痛，或低热不解，汗出气短，虚烦不眠，神疲乏力，舌质淡红少津，脉细数无力或结代。病机为邪热久羁，津液被劫，耗伤气阴，心中动悸，真气内虚。治宜益气养阴以复脉，复脉汤加减。处方：炙甘草、生地、麦冬、西洋参、桂枝、阿胶、酸枣仁、苦参、葛根、白芍、大枣、生姜。本方有益血生津、通心复脉的功能。

(3) 气血亏损（末期、恢复期）

主症：汗出心悸，气弱乏力，午后微热，虚烦不寐，面色淡白少华，舌淡红、少苔，脉沉细无力或结代。病机为邪气退而未尽，精气被夺，气血两衰。治以宜益气血、和营卫、复化源、扶虚损。生脉散、黄芪建中汤化裁。处方：人参、麦冬、五味子、黄芪、甘草、白芍、桂枝、当归、大枣、生姜。全方有补不足、止心悸、消除结代和益气扶正的作用。随症加减：心动过速加柏子仁、生地、龙骨养血宁心，减五味子、桂枝；心动过缓加熟附子、桂枝温阳益气；不眠加百合、蝉蜕、龙齿镇静安神；心胸闷痛加红花、三七粉行瘀开痹；胸闷憋气加葛根、丹参减少心肌耗氧量；咳嗽加枳壳、橘红、前胡理气祛痰；咽痛加鱼腥草、射干清热利咽；肌肉关节痛加防己、苍术祛湿止痛。^[1]

5. 苏树荣诊治经验

苏氏认为从发病时节而论，本病多见于冬末春初，或

夏秋交接之时，正是温热邪毒开始活跃之季；从临床症状而言，所见之症多为一派风热之候，且具有善行、传变迅速的特点，轻者见心烦，重者可因阳衰阴竭而猝死。与叶天士“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”之论相通，符合温热病传变规律。现代医学研究表明，病毒性心肌炎的发病与病毒的直接作用和机体细胞介导免疫两方面因素有关。中医学亦认为本病之发病乃由两方面因素决定，一是感受毒邪之数量及毒力，二是人体正气的盛衰及抗御毒邪能力之强弱。苏氏指出：在此二者中，人体正气之兴衰，是决定病发本症及决定病情发展险坦之趋向的总枢纽。盖邪侵之初，表卫被遏，宣肃失司，于是卫气奋起抗争，此时病变程度较轻。若人体正气旺盛，则可拒邪于门户之外，故并非外感邪者均可并发心肌炎。但若表卫不固或肺气素虚，外邪乘虚而入，先伤肺之气阴，而后内攻于心，遂引起心肌病变。

苏氏认为，病毒性心肌炎其病位在心，但与诸脏腑相关。心者，五脏六腑之大主，主血营脉，以灌溉、荣养四肢百骸，维持机体新陈代谢。心与肺同居上焦，肺气贯于心脉而百脉又朝于肺，故而肺受邪极易传于心；脾为后天之本，气血生化之源，化生之血液源源不断供奉心脏，若脾气虚弱，化源不足，可致心失所养；肝为心母，性喜疏达条畅，若木郁不伸，郁久化热，耗伤阴津，心阴被夺而起病变；心为君火之乡，肾为藏水之脏，升降平衡，水火既济，若肾阴不足，水无以上升，则心火独焚，心肾失交，则为祸乱。由此可见，病毒性心肌炎是个较为复杂的病理机转过程，尤其是后遗症阶段，常由于精气内夺，积虚成损，气血稽留，心脉失常而使病情反复缠绵。因此苏氏将病毒性心肌炎的病理归纳为外邪侵袭、正气不足、脏气乖

逆、心官受损。

患者外有形体腴羸之异，内有虚实转化之别，因此病毒性心肌炎临床表现亦不尽一致。苏氏认为本病的病理改变可以从脉象上窥之。盖血脉为心所主，心阴、心气之偏颇均可反映在脉象上。病毒性心肌炎常见之病脉有：细脉、涩脉、迟脉或结代脉等。细脉主心血虚无疑；涩脉乃瘀血内阻，血行不畅所致；迟脉多为心气（阳）不足，鼓动无力之候；而结代脉总因气血衰微，阴阳失和之外象。对病毒性心肌炎临床证候，苏氏将其划分为二期5型，即急性期之风热袭肺证与心阳衰竭证；慢性期之气阴两虚证、心脾亏虚证和心脉瘀阻证。

（1）急性期

急性期一般是指邪毒侵袭肺卫，初犯心脉之阶段。一般先有发热、咳嗽、流涕、脉浮数等风热袭肺症状，数日后出现胸闷、气短、心悸、乏力等心肌损害之兆，此时若并呈脉结代、心律失常之候，则心肌炎可予以确诊。另一类心阳衰竭证，乃少数病人在发病初期即出现邪毒内陷之心悸、胸闷痛、呼吸困难、面色紫绀、烦躁不安等危象，呈现一系列心阳虚衰之症。更有甚者发生汗出肢冷、脉微欲绝、良久方一动之正气虚脱险象。此时心电图每多示Ⅲ度房室传导阻滞。如不及时抢救，可因阳气暴脱而亡。病在急性期，治以清热解毒、祛邪护心为主。常用药有金银花、连翘、板蓝根、羌活祛邪，同时参以丹参、麦冬以护心，寓防于治。胸部闷塞可酌加瓜蒌、远志宽胸通阳。对心阳虚脱者，急于回阳救心，重点在于纠正其结代脉，主用参附龙牡汤，酌加苦参。苏氏于急性期喜用苦参一药。苦参在历代古医籍中均作为清热燥湿、解毒杀虫之用，但苏氏认为苦参既能祛邪，又能护心。病在初期，即用苦参，

实也是辨病与辨证相结合之策。

(2) 慢性期

慢性期阶段，此时表邪已解，邪毒渐衰，而正气不足之象显露，由此产生多种临床症状。苏氏将其分为3类：①气阴不足证：心悸，怔忡，胸闷气短，心烦失眠，脉来细象为其主症。随其不同脏腑受累常有不同兼症，若见口咽干燥，盗汗颧红，脉细数者乃肺阴虚之症；两目干涩，月经不调，脉细弦是为肝阴不足之兆；眩晕耳鸣，失眠健忘，腰膝酸软，脉象细弱则属肾阴亏损之象；②心脾两虚证：若心病影响脾脏者，在临床上多表现出心脾气虚血亏之象，在心悸、心慌的同时，常伴见气短，动则尤甚，纳食不馨，大便溏薄，舌质淡，脉细缓而不匀之症；③心脉瘀阻证：心脉瘀阻证是慢性期中后期多见之证。苏氏认为造成心脉瘀阻的成因有二：一是由于反复感染，邪浊稽留心脉；二是心气日渐不足，无力推运血行，而使部分血液沉滞于脉中，久而久之，瘀结脉壁而形成恶性循环。

进入慢性期后，由于病情复杂，苏氏所择之治则、选方、用药亦相应多变。气阴两虚者，苏氏着眼于益气养阴，最常用方剂为生脉散，着力补养心肺之阴；若兼有肝郁阴虚者，酌加甘麦大枣汤以增强解郁、养心、安神之功；若有肾阴不足之象则加枸杞子、山萸肉等，以期气阴双复。心脾两虚证，苏氏重点扶助中州，使中土沃肥以滋润心田，首选方剂为归脾汤，药物常用党参、黄芪、焦白术等；心神不安者加酸枣仁、合欢皮；食后腹胀，嗳气频频加焦楂曲、木香和砂仁醒胃理气。心脉痹阻者，苏氏主张以通为用，疏通瘀积，使脉中血滑气爽，环流复始，生生不息，血府逐瘀汤是其代表方，药用赤芍、桃仁、红花、丹参、降香、黄芪等。在此，苏氏必用降香一味。降香过去多从

印度进口，即《本草纲目》所谓之“番降”，“其气辛香，清甜而不辣，主入血分而下降，故内服能行气破滞”（《本经逢原》），治疗瘀血停积心胸甚为合拍。药理实验亦证明其所含黄酮素具有显著的增加冠脉流量，增加心跳振幅的作用，且其芳香醒脑，而能开启神机。苏氏不仅用于心脉痹阻型，而且广泛用于慢性期各型患者，此乃基于临床各型均有不同程度的瘀血状况，故加入降香一味，能起到推动、振奋、开导之功，有利于疾病早日恢复。

此外，慢性病心律失常患者，一般已用过或正在服抗心律失常的西药，对此苏氏考虑抗心律失常的西药虽具有降低心肌自律性及改变传导速度等作用，但大剂量久服会有一定副作用，而中药主要作用在于激发、提高自身免疫力，调整气血，平衡阴阳，从而恢复心脏正常节律。鉴于部分患者对西药已有所适应，若在服中药初期便骤然停用西药，由于机体对中药尚未完全适应，心脏突然失去西药调节，反而易使疾病反复而加重病情。因而苏氏先中西药并用，俟病情许可，再逐步撤减西药，往往可收到良好治疗效果。

〔典型病例〕

范某，男，16岁，1991年12月10日初诊。患者半年前因感冒发热，头痛，咳嗽，鼻塞流涕，继而引起胸闷，心悸，心慌，气急。心电图示有房、室性早搏，心肌损害。诊为病毒性心肌炎。长期服心律平、异搏定，早搏仍持续不减而转中医治疗。刻下患者心悸，心慌，动则心悸加重，胸闷如物堵压，伴头昏乏力，面色晄白，精神萎靡，不思饮食，心率72次/min，早搏5~6次/min。现服异搏定，1日4次，1次2片（80mg）。心电图示：频发室性和房性早搏。舌质淡，苔薄白，脉细结代。此乃气血两虚、心失所

养、神机失灵、脉律异常。治宜补益气血以养心、镇惊安神以复脉。处方：党参 30g，黄芪 30g，丹参 30g，龙齿 30g（先煎），磁石 30g（先煎），酸枣仁 9g，茯神 12g，辰灯心 1.5g，苦参 15g，麦冬 12g，降香 9g，全瓜蒌 12g，郁金 12g，琥珀粉 1.5g（分吞），砂仁 3g（后下），炒六曲 9g。并嘱西药继服，在服中药和西药之间须间隔 1 小时。7 剂后复诊：白天早搏消失，入夜偶见，精神转佳，知饥纳谷，胸闷塞感已除。方证合拍，原方加减继进 14 剂后，早搏消失。心电图复查已正常。时至 2 月春节期间，因过度劳累早搏又起，再进 7 剂后，症状消失。后坚持服中药半年，早搏定已由 1 天总量 8 片（320mg）逐步撤减至全部停药，病情稳定，并无反跳现象。期间心电图共复查 3 次，均为正常心电图，病告痊愈。^[7]

6. 邵念方诊治经验

邵氏认为病毒性心肌炎的病位虽在心，但治疗不能仅着眼于心，而要注意与其他脏腑的联系，即心病治心不专于心，调整脏腑以利于心。“心本乎肾，上不安者由乎下”，可知心病可由乎肾，且本病多缠绵或反复发作，久病归肾。如此，心肾互累，互为因果影响着本病的发生与发展。本病存在着心病及肾，肾病及心，心肾同病机制。因此，心肾并治是提高疗效的关键。又因肾与免疫功能密切相关，通过补肾，增强机体免疫力，能有效地预防本病的复发或转归为慢性期。邵氏根据临症所见，通常分为以下几型：①心肾阴（血）亏虚型：方用六味地黄汤加减：生地 15g，山药 12g，山萸肉 6g，茯苓 12g，泽泻 12g，丹皮 10g，麦冬 30g，西洋参 6g，黄连 6g，肉桂 2g，砂仁 5g，水煎日服 1 剂，分 2 次服。方中生地兼入心肾，养阴清热；

山萸肉酸温滋肾益肝；山药滋肾补脾，三阴并补以收补肾固本之功；麦冬、西洋参合生地，养心阴、清心热；西洋参益心气，增加心肌血流量，降低冠脉阻力，减少心肌耗氧量，并能预防、控制心律失常。如此心肾气阴并补，以收标本兼顾之功；泽泻、丹皮、茯苓降肾浊、泻肝火、渗脾湿，补中有泻，防止滋补之品滞腻之弊；黄连苦寒，入心，能泻心火、制阳亢，驱心之阳下降于肾而不独盛于上；肉桂辛甘大热，入肾，能温肾阳、引火归原，使肾中之阳得以气化而上济于心。二药一寒一热、一阴一阳，相反相成，有泻南补北，交通心肾之。佐少量肉桂配生地、麦冬等，有阴中求阳之意。加砂仁健脾助运，以资气血生化之源。③心肾气（阳）不足型：方用金匱肾气丸加减，黄芪 30g，人参 5g（或党参 20g），生地 15g，山药 12g，山茱萸 6g，茯苓 12g，泽泻 10g，丹皮 10g，桂枝 9g，黄连 9g，陈皮 10g，甘草 3g，水煎日服 1 剂，分 2 次服。方中生地滋补肾阴，山茱萸、山药滋补脾肾，辅助滋补肾中之阴，以少量桂枝温补肾中之阳，意在微微生长少火以生肾气。同时，桂枝入手少阴心经，走而不守，辛甘化阳，一则温补心中阳气，使心阳复，心悸止，再则又能通血脉，故在此又借其领药直达病所。黄芪、人参（党参）、甘草健脾益气，使气复阳回。黄芪能增加心肌营养，现代医学认为其能抗病毒，提高免疫功能，可以诱生干扰素，能改善心肌营养及增强心肌收缩力，抗心律失常。方中泽泻、茯苓利水渗湿，丹皮清肝泻火，陈皮理气健脾，意在补中寓泻，补而不腻。佐少量黄连以制诸药温燥滋腻之性，并抗心律失常。^[3]

7. 黄秉良诊治经验

黄氏认为病毒性心肌炎多由感受湿热毒邪引起，病初

可见形寒发热，肢体酸痛，咽喉肿痛，咳嗽，而后出现异常疲乏，心悸气短，胸闷胸痛，脉细软或细数，或见结代。这是由卫入营，热伤心肌所致。正如叶天士所说：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”，而逆传多见于心气虚或心阴素亏，以及受邪较重者。其中心之气阴素亏为本，感受湿热毒邪是标。临床上必须见微知著，防微杜渐，不能囿于一般时邪治疗，而贻误病机。

黄氏诊治病毒性心肌炎，主张参合中西、对症用药。认为本病的产生系正气虚（主要是心气虚、心阴虚）病邪内侵心包使然。故扶正祛邪为治疗本病之大法。然该病虽在营分心包，但与肺脾胃皆有关系，尤其是肺脾关系更为密切，治疗上要从整体出发，以治心为本，兼顾它脏，随证处方，才能获得效果。黄氏认为，在感邪之初借助现代医学检测手段（心电图、心肌酶谱检测）作出诊断后，即应及早应用补心气、益心阴药，并加用清营解毒祛邪之品。习用生黄芪、生地、麦冬、玄参、金银花、连翘、板蓝根、桂枝、白芍、生甘草、益母草等。黄氏盛赞生黄芪之妙，方中生黄芪非徒扶正以资生化之源，且富有护心之深意，这现代药理研究认为黄芪有提高机体免疫功能、促进心肌营养代谢以及正性肌力的作用的结论是一致的。这样，心气内存，心阴得固，使热清毒净，营不再耗，心神得养，则病自愈。病至中期，由于热病易伤津耗液，常见气阴两虚、余邪留恋之候，而心阴虚更为突出，故以生脉饮为主方，佐以清肃余邪。药用生黄芪、党参、麦冬、五味子、百合、桂枝、益母草、生牡蛎、野蔷薇根、板蓝根等。若病程日久，心肌一再受累，导致心功能不全，不仅气阴两伤、血脉运行迟滞、痰湿内阻，甚则心阴亏损，肾阳不足。对此，除用人参、附、桂益心气、助肾阳外，再用二陈汤

加郁金、川芎、益母草、枳壳、瓜蒌、菖蒲以祛痰、利气、化痰，还可酌情应用西药，中西合治。使心阳通、心气复、心血充盈，则心得其养。总之，临证时黄氏除遵循中医理论进行辨证施治外，还同时注意结合现代药理研究成果。如使用已证明具有抗病毒作用的金银花、连翘、板蓝根、野蔷薇根等，有抗心律失常作用的苦参、万年青等，有提高心肌脱氧核糖核酸作用和抑制心肌细胞膜三磷酸腺苷活性，调整心肌供氧平衡，改善心肌缺血区营养，增强心肌收缩力作用的生脉饮。本病与细胞免疫有密切关系，现已受到临床上的普遍重视。黄氏针对患者低细胞免疫反应性，强调应用黄芪、党参、麦冬、甘草、白术等以调整机体的免疫状态。根据黄氏多年的临床经验，对各种兼夹症，亦有独到的用法。如重用生地治疗心律失常，近代药理研究表明，生地有强心作用，且含有维生素 A、多种糖类、氨基酸，含有有益于心肌功能的微量元素，可促进组织损伤恢复。另外，胸闷习用枳壳、栝蒌、合欢皮理气宽胸；心悸不安用茯神、远志、琥珀宁心安神；怔忡加龙齿、牡蛎、紫石英重镇定惊；咽喉肿痛常用桔梗、玉蝴蝶、玄参等散结透毒。另外，黄氏临床十分注意病毒性心肌炎患者体虚易感外邪留连之症结，认为病毒性心肌炎每多迁延难愈，反复发作，且易后遗心律失常。究其原因往往是患者机体免疫功能低下，体虚阳浮，易招外邪，动辄复感，故患者经常感冒而触发心肌一再受累。据此，黄氏认为，病情难解易感者应嘱其平时常服玉屏风散加龙齿、牡蛎或刺五加片，益气固表、敛摄浮阳、提高抗病力。同时，还应注意外邪羁留，医家要善于洞悉病邪留恋之候，咽喉为病邪侵袭之门户，邪恋、痰瘀、热郁心肺，常见咽喉隐痛不适，局部充血，扁桃腺肿大。炎症难消，这是心肌继续受损的

病因所在。非祛邪不足以安正，针对这类患者气阴两亏又有蕴热滞留之候，黄氏常用太子参、麦冬、五味子、玄参、百合扶其正，还酌情加用赤芍、丹皮、牛蒡子、桔梗等活血解毒利咽之品，以祛其邪。

〔典型病例〕

1. 王某，男，23岁。患者反复感冒半年余，近周来咽喉肿痛，午后低热，心悸气短，胸闷不适，寐差多梦，口干尿黄，舌尖红、苔薄白，脉细数。心电图示ST-T改变。西医诊断为病毒性心肌炎。证属心营不足、气阴两亏、复感温邪。治以益气养阴、清热安神。药用：生黄芪、生地、桔梗、板蓝根、益母草各15g，龙齿、牡蛎各30g，桔梗、生甘草、玉蝴蝶各6g，玄参、银柴胡各9g，6剂。药后低热已退，咽喉肿痛亦安，温邪外达，而心营未复，再以上法增损，原方去桔梗、玉蝴蝶、银柴胡，加党参15g，麦冬12g，五味子9g，10剂。复查心电图正常，诸证消失。继以玉屏风散加龙齿、牡蛎为丸治疗以巩固疗效。

2. 刘某，女，27岁。平素体弱易感，患病毒性心肌炎1年后遗留室性早搏，劳累、感冒后加重。刻诊：胸闷气短，心悸自汗，倦怠乏力，咽红，心率55次/min，室性早搏4~5次/min，苔薄黄，脉细弱而缓结代。此证乃心气不足、营阴内耗，而致心搏无力，兼外邪留连。治以益气养阴、和营祛邪。方用党参、生黄芪、益母草、板蓝根、野蔷薇根各15g，麦冬、枳壳、白芍、苦参、玄参各9g，五味子、炙甘草各6g，生地、牡蛎各30g，6剂。药后早搏减少，咽红未消，上方去苦参，加连翘9g，15剂。诸证安，偶有早搏，惟心动过缓。此乃心阳亦不足之候，时值冬令，当以温养法阴中求阳。拟用：附子、枳壳、仙灵脾、麦冬各9g，党参、生黄芪、百合、益母草各15g，生地、牡蛎

各 30g,炙甘草、五味子各 6g。调治 1 月余,早搏基本消失,心率达 60~72 次/min。此后常服刺五加片,体质大有增强,2 年余,多次复查心电图,均在正常范围。^[4]

8. 董建华诊治经验

董氏认为,病毒性心肌炎多因感受温热毒邪引起,临床表现从发热咽痛而后出现的心悸、胸闷、隐痛等症,是温邪由卫入营、热伤心肌所致,这在温病学上称为逆传。这种逆传虽未见神错谵语之候,但可见心气营阴耗损之症,如身热夜甚,舌红而干,脉细数或结代等。逆传多见于心气或心阴素亏,以及受邪较重的患者。治疗上以清解心营热毒为主,同时照顾到邪热耗阴的一面,如在方中酌参滋阴养心之品如太子参、北沙参、麦冬、生地等,若病深入络则配伍活血通络之品;兼湿阻者,则加化湿或透表之品。具体治法如下:①清热透表法:用于初期因外感温毒、肺卫失宣、内扰心神,或本有心之气阴不足,复感温邪之证。故须表里同治,治以清热透表,常用方药为银翘散加丹参、板蓝根、玉竹等;②清热化湿法:用于夏秋季节,外感时邪,内伤心营的病证。常用方药为石膏滑石汤(董氏验方):石膏、知母、淡竹叶、青蒿、白薇、金银花、连翘、滑石、豆卷、桂枝等。本方以平淡轻清而不伤正为特点。董氏认为湿热互阻于内,不可操之过急,骤清必伤正,速补则留邪。惟轻清化气利湿为先,平补气阴与清利相伍,正气渐复,湿热之邪分利而去,缠绵之病始得平复;③清热养阴法:中后期常见余热未净而营阴耗损之象,尤以心阴耗损为突出。方用加减复脉汤加银柴胡、白薇、丹参、生龙骨、牡蛎;④清热解毒法:本病常见咽痛,且反复难愈。在感冒期间咽痛以热毒为主,治以清热解毒利咽,方

用银翘马勃散加板蓝根、玄参、蒲公英、玉蝴蝶。无感冒而咽肿痛较轻者，以养阴清热为主，兼以解毒，药用别直参、甘草、麦冬、桔梗、板蓝根、芦根、银翘、赤芍等，若表虚则伍用玉屏风散；⑤清热通络法：本病多为热毒内侵，加之气阴耗损，血运涩滞，易致心包脉络瘀滞之证，尤以后期多见。治当在清热基础上配伍活血化瘀通络之品，如丹参、赤芍、桃仁、红花、当归、桂枝、郁金、旋覆花。以上无论何种治法，清热是主线，同时要注意到透表、化湿、解毒、通络、养阴。处方用药要多选入营分心络的药物，如丹参、桂枝、金银花、连翘、麦冬、生地、白薇、玄参、龙齿、炒酸枣仁等。虽然本病可见卫气营血证候，但病位主要在营分心包络，涉及肺胃肝肾。故治疗以清心凉营解毒为主，热清毒解，营不再耗，心神得养，则病自痊愈。至于迁延日久、气阴两伤，甚则阴阳俱虚而出现的病证，则应按心悸、怔忡、胸痹、汗证等杂病论治。^[5]

9. 黄云瑞诊治经验

黄氏认为，病毒性心肌炎多由于外感温热、湿热毒邪，或表病迅速累及心脏，或表病已愈，而心脏受累所致。虽外感者众多，而酿成病毒性心肌炎者甚少，究其原因，乃由于不同体质对病邪反应各异所致。正气不足，尤以心气不足是病毒性心肌炎发病的内在因素。

纵观病毒性心肌炎的整个病理过程，黄氏认为，温热、湿热毒邪侵犯机体，内舍于心，伤阴耗气是本病的基本病理改变。心为“君主之官”，“主身之血脉”，若素体心气不足，感受邪毒，易犯于心，致心之阴阳气血失调，心主血脉的功能减退而出现心悸、脉结代等证。正如《诸病源候论》所谓：“心藏神而主血脉，虚劳则损伤血脉，致令心气

不足，因为邪气所乘，则使搏动不安。”

温热、湿热毒邪为阳热之邪，易煎熬血液而成瘀，王清任指出：“血受热则煎熬成块”。尤其是病程迁延日久，脏腑气阴亏虚，心主血脉之功能失调，更易导致气血不畅、心脉瘀阻，而心脉瘀阻又可妨碍气血的正常运行，影响本病的转归，因此，瘀血是本病不可忽视的病理因素。

本病初起热甚为主，兼气阴不足；继之邪毒渐尽或邪毒已尽，而以气阴亏虚为主，故益气养阴之法贯穿本病始终，只是需分清主次，灵活运用。初期应攻邪勿忘扶正，以清热解毒攻邪为主，兼以益气养阴，可选用银翘散、人参败毒散、葛根芩连汤酌加太子参、麦冬、知母、生地等益气养阴之品；慢性期或恢复期以益气养阴为主，自拟宁心汤，方以人参、麦冬等益气养阴，栀子清心之余热，酸枣仁宁心安神，诸药合用，共奏益气养阴、清热解毒之效。临证用药时要因症、因人而异，既不可纯用苦寒直折之品，以免伤阴碍胃；又不可一味投以滋腻之品，以免“闭门留寇”和阻碍气机。在病毒性心肌炎发病过程中，气阴不足虽占有主导地位，但患者常出现心悸、胸闷或痛、舌黯红或有瘀点、脉涩或结代等心脉瘀阻表现，说明气血脉不畅、心脉瘀阻仍为一重要病理环节。黄氏主张临证时一方面益气养阴以固本，另一方面少佐以活血理气之品，以冀气血冲和、心脉流畅。选药宜以平和为原则，如丹参、赤芍、三七、薤白、瓜蒌壳等，切不可滥用破血峻猛之品，以免耗伤气血，变生他证。

黄氏认为，辨病与辨证结合，在治疗病毒性心肌炎中尤为重要，辨证虽有常规可循，但应知常识变。现代医学认为，病毒性心肌炎除病毒本身直接溶解心肌细胞，经T细胞介导免疫引起心肌损害等作用环节外，细胞免疫功能

低下及免疫调节功能紊乱为病毒性心肌炎发病、转归及影响预后的重要因素。因此,结合现代药理研究,常选用具有抗病毒作用及调节免疫功能的中药。抗病毒治疗,临床多选用板蓝根、大青叶、黄芩等。调节机体免疫功能,多选用黄芪、太子参、刺五加、生脉注射液等。针对在本病过程中出现的心律失常,黄氏多采用黄连、苦参等,病久则采用补骨脂、淫羊藿等。

[典型病例]

徐某,男,24岁。因感冒后出现心累、心悸3年就诊。曾在当地医院诊断为病毒性心肌炎。长期服用心律平等抗心律失常药及肌苷等心肌营养药,反复不愈,且易感冒。就诊时,病人心悸,心跳,乏力,气短,心前区隐痛,失眠,纳差,二便调,舌质淡红、苔白黄相间,脉细数而结代。心脏听诊:心音低钝,心率102次/min,律不齐,每分钟可闻及25次以上早搏。心电图示:频发、多源室性早搏,短阵室速,偶发房早。动态心电图提示:24小时总心率141135次,室性早搏37983次,且有ST段下移的缺血性改变。超声心动图未发现心脏各房室有明显扩大。诊断为病毒性心肌炎(迁延期)。中医辨证气阴两虚型,治以补益养心解毒:人参10g,酸枣仁12g,栀子12g,麦门冬15g,炙甘草10g等。服用1周后,病员自感症状明显减轻。再诊时,查心率78次/min,早搏每分钟减至14次。治疗有效,用药不变。服药2周后复诊,症状较前明显改善,心悸、气短诸症显著缓解。4周后复查动态心电图提示:平均心率73次/min,偶有室性早搏。^[6]

10. 张伯臾诊治经验

张氏认为,病毒性心肌炎发病,多起于外感时邪。外

邪由表入里，郁而化热，内犯于心，热伤心肌，耗气伤阴，心失血养，使心脏搏动失其常度，致心络瘀阻，出现痰浊湿热阻滞等各种症状。张氏将心肌炎分为5型：①外感时邪、热毒，内停于心，心脉痹阻。主症：形寒发热，咽痛咳嗽，心悸闷痛，气短乏力，舌质红、苔薄黄，脉浮滑细数或结代。治疗：清热护心。方用银翘散加黄连、山梔、元参、丹参、赤芍；②气阴两亏。心肌炎中后期，或久病体弱，气阴两伤。主症：心悸心烦，咽部干燥，舌红少苔，脉濡细结代。治疗：益气养阴。方用生脉饮、炙甘草汤加味；③痰热阻滞。主症：心悸而闷痛，头晕头眩，胸腔痞闷，纳呆恶心，苔薄黄腻，脉濡滑结代。治疗：清化痰热。方用黄连温胆汤或小陷胸汤加味；④气滞血瘀。邪毒侵入心脉，留滞不去，损及心脏气血。主证：胸痛如刺，心悸不宁，舌质黯、边有瘀点，脉细涩。治疗：活血养心。方用血府逐瘀汤加酸枣仁、柏子仁、麦冬；⑤正虚邪恋。由于病程较长，气血耗损，余毒不易清彻。主证：神疲气短，动则更甚，咽部徐痛，夜寐不眠，苔薄腻，脉细不匀。治疗：益气清心。方用生脉饮加元参、连翘、山梔、丹参、赤白芍等。

张氏认为，临床观察心肌炎以虚证居多，亦可见本虚标实，或虚实夹杂者。而心肌炎后遗症心律不齐，以频繁早搏为主。后遗早搏，类似中医结代脉。结脉与代脉均因气流通不畅，但两者有区别。一般来说，结脉皆因气血凝滞，治重在行气活血；代脉都因元气虚衰，治重在培本固元。尤其是成联律的代脉，此乃心气大亏，搏动无力，不能推动血液流通，血不养心络所致，与瘀血阻滞心脉不同，切不可破血通脉，当从虚损论治。

〔典型病例〕

1. 姚某,女,44岁,1983年9月6日诊。初起寒热泄泻,5天后热退泻止,但胸闷心悸早搏,头晕乏力,寐短纳呆,咽喉有堵塞感,午后低热,苔薄黄腻,脉弦小数。心电图示:窦性心律,Q-T延长,频发室性早搏,伴早搏后ST-T段变化。体质素亏,时邪夹湿由表传里,侵犯心胃。拟宣化利气、养心和胃。处方:茶香梗、焦楂曲、广郁金各9g,黑山栀6g,川厚朴6g,瓜蒌皮12g,生苡仁24g,白蔻仁(后下)3g,淮小麦30g,炒酸枣仁10g,丹参15g,3剂,水煎服。二诊:胸闷不舒、咽梗减轻,低热未退,动则气短汗出,苔薄腻,脉虚细。湿邪化而未清,营卫不利,正虚邪恋。治以扶正祛邪、调和营卫。处方:桂枝45g,炒白芍、炒酸枣仁各10g,炙甘草3g,银柴胡9g,炒黄芩6g,太子参、全瓜蒌、丹参各12g,淮小麦30g,糯稻根须24g,5剂,水煎服。三诊:低热退尽,胸闷汗多均减,动则心悸加重,月经来潮量多腹胀,倦怠肢软,脉虚细涩,苔腻已化,舌质淡红。湿邪虽见清化,心气阴未复,兼之经行过多,冲任受伤,脾气亦弱。再拟益气养血,佐以健脾调经。处方:生晒参(另炖服)6g,生黄芪、茯苓各12g,炒白术、阿胶珠、炒当归各9g,炒白芍、炒酸枣仁各10g,淮小麦30g,炙甘草5g,艾绒炭3g,紫石英(先煎)15g,5剂,水煎服。四诊:胸闷心悸渐平,行动后微有心慌,大便正常,纳食亦增,精神日趋健旺,舌质红,脉濡细。心气已得好转,脾运亦复,气血得资生之源,乃培补心脏之本。以前方化裁调治2月而愈。

2. 张某,男,17岁,1982年6月诊。1981年5月因外感发热后,出现心悸怔忡,惊惕自汗。心电图示:频繁性室性早搏呈二联律。外地医院拟诊为病毒性心肌炎。来诊时精神萎靡,心悸心慌,自汗升火,夜寐不安,夜间时

有惊惕，大便干结，脉细小数，时有结代，舌质红、苔薄白。辨证：气阴两伤、心失濡养。拟养气阴而宁心神、清余邪而潜虚阳。处方：太子参、生地各 15g，麦冬、连翘各 12g，五味子 3g，炙甘草 4.5g，大红枣 5 枚，淮小麦、煅龙牡（先煎）各 30g，竹叶心 6g，7 剂。二诊：自汗升火均减，睡眠渐安，夜间无惊惕感。但昼日仍心悸怔忡，舌质较前稍淡，脉细时有结代。再拟原方增损，去竹叶心，加白芍 18g，炒酸枣仁 12g。三诊：心悸怔忡大为减轻，精神渐振，纳寐均佳，脉细匀，舌质偏红。再守养心法。处方：太子参 15g，麦冬 12g，五味子 3g，麦冬、生黄芪、炒酸枣仁、茯苓、生地各 12g，炙甘草 6g，淮小麦 30g，煅龙牡（先煎）24g，大枣 7 枚。上方连服 20 余剂，临床症状消失，心电图复查无异常，回原地就学。^[7]

11. 乔仰先诊治经验

乔氏将病毒性心肌炎归纳为 5 型进行辨证论治：①气滞血瘀：表现为心胸刺痛，胸闷，气短，心悸怔忡，舌质紫黯或有瘀斑，脉细弦或结代。治以疏肝理气、活血化瘀。常用方为桃红四物汤、四逆散、瓜蒌薤白白酒汤，还可酌情加三七粉吞服；②胸阳不振：表现为心悸甚，动则加剧，胸闷气促，畏寒肢冷，面色苍白，疲乏无力，舌质淡而胖或有齿痕、苔白腻，脉沉而细迟或结代。治以温补心阳。常用方为苓桂术甘汤、四逆汤，还可酌加四物汤；③气阴两虚：表现为心悸不宁，头晕乏力，气短易汗，失眠多梦，舌质红、苔薄，脉细弱或细弦数。治以补气养阴、宁心安神。通常以生脉饮、归脾汤、增液汤等药加减；④肝气郁结：表现为胸闷，胸胁胀痛，脘闷，噎气，食少，舌苔薄或白，脉弦。治以疏肝理气解郁。常以逍遥散、四逆散、

柴胡疏肝散等方为主；⑤痰湿内阻：表现为胸腔闷胀，气短，喘促，四肢酸重，全身乏力，饮食无味，舌苔白腻，脉滑。治以化痰利湿、行气开痹。常以薤朴二陈汤、温胆汤、平胃散等方随症加减。

[典型病例]

黄某，男，37岁。早搏1年余，逐渐加重，外院诊断为心肌炎后遗症。就诊时自诉胸闷，心悸，气急，尤以安静休息及夜间睡眠时早搏明显增多，舌质青紫、苔薄，脉弦数结代。证属气滞血瘀型。治以疏肝理气、活血化瘀。药用：柴胡5g，延胡索24g，赤芍、白芍各15g，枳实6g，当归、川芎各15g，桃仁12g，红花9g，炙水蛭6g，毛冬青25g，生地、茯苓、党参、丹参、红枣各15g，每日1剂，分2次煎服，服药1周后，早搏减少，胸闷减轻，续服2周，早搏基本控制，胸闷、心悸、气急等症状明显改善。又经3个月中药调治，随访1年，未发生早搏。^[8]

12. 徐敏华诊治经验

徐氏认为，病毒性心肌炎急性期多系温邪袭表，热毒侵心，其特点是温邪热毒结合为患，最易耗气伤阴。临证辨治虽以清热解毒为主，然解表的同时，要顾及耗气伤阴的一面，毋忘滋养心阴。徐氏常用连翘既清热避邪，又清心除烦；太子参、麦冬、生地、五味子益心气、养心阴；柏子仁、酸枣仁、远志、龙齿养心血、安心神；川贝、郁金豁痰宽胸、凉血清心；又苦参一味归心经，能清热祛余毒，对改善心律失常有良效。

[典型病例]

1. 顾某某，女，23岁。1992年12月11日，因急性病毒性心肌炎入院，有感冒史。心电图示：频发室早，抗心

肌病毒抗体阳性，口服慢心律疗效不显。诊见：心悸怔忡，伴咽喉疼痛，口舌干燥，乏力。舌尖红、中见细裂纹、苔薄腻，脉细数结代。证属感受热毒、耗伤气阴、心失所养。治以清热解毒、益气养阴。处方：连翘、麦冬、柏子仁、酸枣仁、郁金各 12g，蒲公英、淮小麦各 30g，板蓝根、太子参、青龙齿各 15g，五味子、远志各 6g，川贝 3g，苦参 9g。上方加减服用 3 周后，咽痛、心悸消失，心电图正常。

徐氏认为，心律失常是本病最为常见的并发症之一。为温邪热毒侵犯心脉后，使气血阴阳进一步受损，心气不足，鼓动无力，血行不畅所致。气为血帅，阴血的运行有赖阳气的推动。治疗心律失常，应在宁心安神的同时，勿忘温阳通脉。徐氏常取参、附益气温通心阳、救逆固脱，使阴阳得以顺接；龙、牡、贝齿重镇宁心安神；玄参清热养阴；丹参与丹皮配伍，使瘀血去、心脉通；黄连苦寒，清泄心火，附子辛热，温通心阳，两者相合，同归心经，寒热并用，相反相成。

2. 殷某，女，53 岁。1994 年 7 月 27 日初诊。发热恶寒、咽痛稍咳 10 天。无冠心病史。心电图示：频发室早，ST 段改变。西医诊为病毒性心肌炎。诊见：面色少华，肢软乏力，胸闷不畅，心悸怔忡，夜寐欠安，大便艰少，舌红、苔薄黄，脉细弦结代。证属心气不足、心血运行不畅、热毒未清、扰动心神。治以宁心安神、温阳通脉、清热解毒。处方：煅龙骨、煅牡蛎、蒲公英、紫贝齿各 30g，玄参 20g，丹参、丹皮、金银花、连翘、郁金各 15g，熟附子 9g，天冬、麦冬各 12g，川黄连、五味子各 6g。服药 5 剂后，早搏消失，心电图正常。半年后复查，未见复发。

徐氏认为，本病迁延日久，或经治疗后，表实证已解，但头晕乏力，胸闷气短加重。此时虚多实少，以气阴两虚

为主，然遗留温邪热毒仍缠绵不去。治疗当用益气养阴为主，少佐清热解毒之品，补中有清，以肃清未尽之余邪。徐氏常取：太子参、麦冬、五味子益气养阴生脉；柏子仁、酸枣仁、远志、郁金、龙齿宁心安神；金银花、连翘清除毒邪；葛根、黄连、黄芩既清热透邪，又生津止渴。^[9]

13. 丁书文诊治经验

丁氏治疗病毒性心肌炎可以用“清热解毒及时彻底、益气养阴贯穿始终、活血化瘀不容忽视、安神定悸须随证选用、后遗诸症攻补兼施”五句话来概括。

病毒性心肌炎主要是感受温热邪毒，袭肺侵心所致。发病早期多表现为外感实热证，如发热，恶寒，头身痛，舌质红、苔黄，脉浮数等。据此，丁氏认为在本病急性期或反复发作伴有外感症状时，治疗以祛邪为原则，清热解毒为常法，常选金银花、连翘、大青叶、苦参、黄连、黄芩和栀子等为主组方。强调解毒祛邪务要彻底，急性期治疗不应以肺卫表证的消除而过早弃用解毒祛邪之品，应注意诊察有无余邪稽留，彻底清除隐患。一是察咽喉：咽喉为防卫之门户，毒邪留恋心肺，可见咽喉隐痛、局部充血、扁桃体肿大等。咽部炎症存在，是本病反复发作或迁延不愈的病因所在。因非暴感时邪，咽痛不著，不少医家临证时往往因此忽视咽喉的诊察，徒用扶正之品，造成“闭门留寇”之弊。非祛邪不足以安正，应在辨证拟方的基础上，加用黄芩、赤芍、丹皮、牛蒡子、桔梗等解毒活血利咽之品，肃清余邪。二是观舌苔：认为本病若见黄苔或白厚苔持续不退，皆提示余毒蕴蒸心肺，无论病处何期，均可配用清热解毒药，清除余毒，则正气可安。应用清热解毒之品，须遵记：由于本病为本虚标实，故祛邪勿要伤正，要

根据病人的素体禀赋和临床表现，因人因证施治。体质壮实者，可重用清热解毒之品以祛邪；体质素虚或病情严重、正气亏损症状突出者，则扶正多于祛邪，不可妄用苦寒之剂，而犯虚虚之弊。

丁氏认为，病毒性心肌炎的发病虽与感受温热毒邪有关，但起决定作用的是人体正气的充沛与否，认为“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”病机中“逆传”的关键在于心肺气阴不足；并且温热毒邪致病，传变迅速，极易耗气伤阴，因此，气阴两虚不仅是病毒性心肌炎发病的内因，还是病变的必然结果，存在于疾病发展过程中的各个环节。故益气养阴法当贯穿治疗的始终。本病早期在清热解毒的同时，及时应用补心气、益心阴药，以截断传变，可减轻心肌病理损伤，防止或减少后遗症。常在解毒祛邪的同时加用生黄芪、西洋参、生地黄、麦冬、玄参等药。生黄芪非徒扶正且有护心之用；西洋参、生地黄、麦冬、玄参等甘寒滋阴又兼清热，无滋腻恋邪之虞。本病中后期全身气血阴阳均可受损，加之病理产物郁热、痰浊、瘀血的产生，导致病机虚实夹杂，临床证候表现不一。但病机特点总以气阴两虚为本，郁热、痰浊、瘀血为标，治疗要以益气养阴为主，用黄芪生脉饮（生黄芪、西洋参、麦冬、五味子）为主方，随证酌加清热、豁痰、活血或温阳之品。丁氏认为复阴不易速效，从滋补肾阴着手养护心阴，治心而不专于心，可获良效。常选用熟地黄、山茱萸、黄精、制首乌、杜仲等药。丁氏长期临床观察发现，本病反复发作患者常有气虚易感倾向，每次外感都会进一步耗伤心肺之气，并为下次的感染受邪制造机会，导致恶性循环。此“复感于邪”的表现，正是造成“内舍于心”的重要因素，故应积极防治，可用玉屏风散加味以固表防邪。丁氏认为气阴两

虚与本病的免疫机制失调有密切关系。现代研究证实益气养阴药能改善机体的免疫状态，增强抗病能力。总之，益气养阴体现在病毒性心肌炎的治疗、预防及改善预后各个方面，为本病辨治之根本大法。

丁氏认为，热毒之邪，既伤心体又伤心用，使心气不足，鼓动血行无力，血流不畅而形成瘀血。瘀血既成，阻塞脉络，进一步使气血滯涩不畅，加重病情，即所谓虚可致瘀，瘀亦可致虚。所以瘀血不仅是病毒性心肌炎病程中的病理产物，同时亦是致病、加重病情的重要因素，故活血化瘀是治疗中不容忽视的环节。丁氏使用活血化瘀药不拘泥于机体有否瘀血征象，认为瘀血存在于本病发展过程的各个时期，中后期由于正气亏虚明显，瘀血征象也就相应突出，但早期瘀血征象不典型者，也有瘀血的存在。他结合现代医学指出，本病早期病毒直接侵害心肌使之发生炎症、变性或坏死，可以认为是机体局部瘀血的形成。现代研究证实，活血化瘀法有改善炎性病灶的血液循环，减少渗出，促进炎症吸收的作用。由于虚可致瘀，瘀亦可致虚，故丁氏主张治疗应重在治气，而祛瘀又利于气旺，两者相辅相成。常在益气、行气的基础上选用玫瑰花、红花、川芎、当归、丹参、葛根等药。瘀血征象明显或胸痛者，加用乳香、没药、土鳖虫、三七粉等理气活血止痛。丁氏认为活血化瘀法对本病所致的心脏扩大有缩小功效，并有显著改善左室功能的作用。

病毒性心肌炎恢复期患者常有心悸、心烦、失眠等心神不安的表现，且常以此作为就诊的主诉。丁氏临床观察还发现，上述心神不安的表现会因各种不良刺激而加重，甚至成为本病急性发作的重要诱因。据此，丁氏认为安神定悸法应为治疗病毒性心肌炎的重要辅助治疗措施。根据

病机偏虚偏实的不同，分别选用酸枣仁、夜交藤、石菖蒲、远志等养心安神；莲子心、珍珠母、琥珀粉、龙骨、牡蛎等清心重镇安神。如此邪去神清、心神得养，心悸、心烦、失眠之症可除，有利于患者康复。现代研究证实，此类药物具有改善心脏植物神经功能和镇静安神的作用，故能解除心悸、失眠等不适症状。

病毒性心肌炎后遗症主要表现为遗留各种异常心电图，如 ST-T 改变和各种心律失常，尤以早搏多见，或伴有全身症状。丁氏认为这是由于病程日久，心肾亏虚，脏气乖违，气血运行失常兼痰瘀阻涩脉道所致。病机特点总属虚实夹杂，治宜攻补兼施。属气阴亏虚者以黄芪生脉饮、六味地黄丸为主，属气阳亏虚者以炙甘草汤、金匱肾气丸为主，皆随证配以清热、豁痰、逐瘀之品，亦可结合现代药理研究，酌加有抗心律失常作用的药物如黄连、苦参、葛根、甘松、桑寄生等。顽固性心律失常者，在上述用药的基础上，加用息风通络之品，如地龙、僵蚕、全蝎等，可使部分患者获验。^[10]

14. 张琪诊治经验

张氏临床常用如下 4 法治疗病毒性心肌炎，施法巧妙，甚有效验。

(1) 解毒清热、宣肺清心法

本法适用于病毒性心肌炎急性期，临床表现为心悸，胸闷，咳嗽，气短，发热，咽痛，舌红、苔薄黄，脉数或促等证候，辨证属热毒侵心、兼袭表犯肺者。张氏常以自拟解毒清心饮加减治之。药用：板蓝根、大青叶、金银花、连翘各 20g，薄荷、桔梗、竹叶、枇杷叶、牛蒡子、寸麦冬、柏子仁各 15g，甘草 10g。诸药相合以达解毒清热、宣

肺宁心之效。咳重气憋者加杏仁，气虚乏力加党参，心中烦加豆豉、山栀。

〔典型病例〕

姜某，女，35岁，1991年12月8日初诊。患者感冒10余天后，出现心悸、胸闷、气短、乏力、自汗，时有低热，伴有咽痛而痒、时有咳嗽。查舌质微红、苔薄黄，脉浮数。心电图检查：心率104次/min，心律不齐，室性早搏6~8次/min，ST段下移。实验室检查：抗心肌抗体(+)，血清肌酸磷酸激酶、谷草转氨酶均有明显增高。西医诊为病毒性心肌炎（急性期）；中医辨证为邪毒侵心，袭表犯肺。治以宣肺解表、解毒清心。投以上方加生地、丹参各15g，每日1剂，水煎服。服药7剂，低热渐除，咳嗽、咽痛不显，心悸、胸闷等症亦明显减轻，心率88次/min，仍有早搏、自汗、手心热、乏力，舌质淡红、苔薄黄。证属余热未尽、气阴不足。仍以解毒清心为主，兼以益气养心为治。投方：板蓝根、大青叶、玉竹、丹参、龙齿各20g，生地、寸麦冬、柏子仁、党参、黄芪各15g，炙甘草10g，每日1剂，连服14剂，诸症悉除，舌润脉平。心电图复查早搏消失，属正常心电图。嘱继服二诊处方2周以资巩固。

(2) 益气养阴、活血通络法

本法适用于病毒性心肌炎恢复期或迁延期，临床表现心悸，胸闷，气短，乏力，自汗，心前区隐痛或刺疼，舌质紫或暗红、或有瘀斑、舌苔薄白，脉细或涩、或结代等。辨证属气阴两亏、瘀血阻络者。张氏常以生脉饮合血府逐瘀汤加减治之。基本方组成为：当归、丹参各20g，红参、寸麦冬、五味子、柴胡、生地、桃仁、枳壳、赤芍、桔梗、川芎、红花各15g。方以生脉饮益气养阴，以血府逐瘀汤

行气活血，二者相伍为用，有补而不滞、消而不损、相辅相成之效。若气阴虚较重可减行气药；胸闷重者加瓜蒌；胸疼甚者加三七、蒲黄。

〔典型病例〕

陈某，女，25岁，1991年6月9日初诊。心悸、气短、胸痛2月余。某西医医院检查抗心肌抗体（+），心肌酶测定CPK、GOT、LDH均有增高。心电图示：窦性心律不齐，ST段下移，T波低平，频发室性早搏，呈二联律。诊断为病毒性心肌炎。曾用抗生素、能量合剂、异搏定等药治疗两月余，无明显效果，转请中医诊治。症见心惊心悸，心前区时有刺疼（平时多闷疼），伴气短、乏力自汗，手心热，面色萎黄，形体消瘦，舌质紫黯、舌苔薄白，脉结代。中医诊为气阴两亏、瘀血阻滞。治以益气养阴、活血通络。处方：黄芪30g，生地、当归、丹参、党参各20g，寸麦冬、五味子、玉竹、柴胡、桃仁、红花、枳壳、桔梗、川芎、赤芍、甘草各15g，每日1剂，水煎服。连服7剂，诸症明显减轻，早搏减至12次/min。继服14剂，诸症大减，早搏减至5~6次/min，舌转红润、苔薄白，脉结，但乏力较明显，食纳欠佳。此瘀血渐除，气阴不足较为突出。仍宗前法，加强补益气阴之力，酌减理气活血之品。投方：黄芪30g，当归、玉竹、丹参各20g，红参、赤芍、茯苓、寸麦冬、生地、五味子、桃仁、红花、柏子仁、桂枝、陈皮、炙甘草各15g，砂仁10g。服30余剂，诸症渐平，面色转红，身感有力。但劳累后仍可见少量早搏。嘱继服前方2周，后改服归脾丸月余，复查心电图已完全正常。随访半年，病人已痊愈上班。

（3）疏肝泄热、益气通阳、潜镇宁心法

本法适用于病毒性心肌炎恢复期、迁延期或慢性期，

临床表现为：心中悸动不已，心烦口苦，胸闷，夜寐不安，舌质红、苔白干，脉弦或弦细无力等，辨证属肝火痰热内扰、而兼阳气不足者。常用柴胡加龙骨牡蛎汤加减。基本方为：龙骨、牡蛎各 30g，柴胡、黄芩、半夏、太子参、茯苓、丹参各 15g，制军、甘草各 10g。方以柴胡、黄芩、制军疏泄肝热，茯苓、半夏健脾化痰，太子参、桂枝、丹参益气通阳和血，龙骨、牡蛎潜镇宁心安神，甘草调和诸药。本方散与敛、通与补、温与清诸法合用，对于虚实寒热错杂之证多有效验。

〔典型病例〕

高某，女，38岁。1991年4月10日初诊。主诉心悸、心慌胸闷1年半，伴有心烦、失眠多梦、口苦、咽干、乏力、脉律不整。1年多来作数次心电图均示：心律失常、频发早搏。发病初期查心肌酶及抗心肌抗体均有明显升高。西医诊为病毒性心肌炎，曾用多种药物效果不佳，早搏严重时多达18次/min左右，轻时亦在10次/min左右。近几日因情绪不好，前述诸症均较严重。查舌质稍红、苔白腻，脉结代。中医辨证为肝火痰热内扰、心虚失宁。治以疏肝泄热化痰、益气宁心之法。投方：龙骨、牡蛎各30g，柴胡、黄芩、半夏、茯苓、远志、菖蒲、太子参、丹参各15g，桂枝、甘草各10g，制军5g，每日1剂，水煎服。连续服14剂，心悸、胸闷、口干苦、心烦诸症明显减轻，早搏少见，夜寐渐安，舌质淡红、苔薄白。宗前方加减继服40余剂，诸症皆除，心电图复查为正常心电图。随访半年，未见反复。

(4) 温振心阳、化痰消瘀法

本法适用于病毒性心肌炎迁延期或慢性期，临床表现为胸闷气憋、心悸、气短、胸中时有刺疼、纳差、手足欠

温、舌质黯红、苔薄白或白腻、脉沉迟或结代。辨证属心阳不振、痰瘀互阻者。张氏常用瓜蒌薤白半夏汤合血府逐瘀汤加减。基本方药有当归、丹参各 20g，瓜蒌、薤白、半夏、桂枝、桃仁、赤芍、枳壳、红参各 15g，制附子、甘草各 10g。本方有温振心阳、化痰消瘀之功，若气虚加红参、黄芪；心下有寒饮加茯苓、白术。

〔典型病例〕

李某，女，34 岁，1991 年 3 月 21 日初诊。主诉胸闷气憋、心前区疼二月余。曾经市某医院系统检查诊为病毒性心肌炎。心电图示：心律不齐，窦性心动过缓，52 次/min，ST 段及 T 波改变。曾用抗生素、能量合剂等治疗二月余，病情反而日渐加重。症见胸闷、胸疼，咳嗽、少痰，气短、心悸，周身乏力，伴有头晕、腹胀、纳呆，大便不爽，舌质黯红、舌苔白稍腻，脉沉缓。证属胸阳不振、痰浊瘀血阻滞脉络。治以温振心阳、化痰消瘀。处方：丹参 20g，瓜蒌、半夏、薤白、桃仁、桂枝、红花、赤芍、柴胡、川芎、川厚朴、枳壳、陈皮、党参、甘草各 15g，每日 1 剂，水煎服。服 7 剂，胸闷气憋、心悸、胸痛诸症明显减轻，咳嗽、眩晕等亦有所好转。但仍纳呆，腹胀明显，舌苔白腻，脉沉缓。前方加紫苏、莱菔子各 15g，木香 7g，先后服药 30 剂。病人除微感乏力外，余无明显症状，脉稍沉，心率 62 次/min，舌质转润，舌苔变薄白。心电图复查心律正常，ST 段、T 波基本恢复。遂投香砂六君子汤以善其后。^[11]

15. 杨培军诊治经验

杨氏认为，病毒性心肌炎之所以发生，关键在于邪毒。其初得之时，风热毒邪，侵犯肺卫，不得宣散，由表入里，致肺经郁热。由于心肺同居上焦，肺朝百脉，与心脉相通，

肺经郁热，浸淫及心，邪热毒邪消灼心阴，耗伤心气，故每见呼吸道感染之时或稍后，渐感心慌、胸闷、气短、动则加剧之征象。从广义讲此发病亦即叶天士之谓：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包。”同时邪热毒邪犯心，每与正气不足有关。《诸病源候论》指出：“凡惊悸者，由体虚心气不足，心之府为风邪所乘，或恐惧忧迫，令心气虚，亦受风邪。风邪搏于心，则惊不自安。惊不自己，则悸动不安。”现代医学亦认为，心肌炎发病早期，病毒直接溶解心肌细胞为主要机制，同时病毒介导的细胞免疫反应，亦引起心肌细胞损伤。由此可以看出病毒在早期发病中所起的致病危害作用。杨氏认为，邪毒既自外来，理应从外而解，同时心气亦伤，应不忘顾护心气，但此时应以解毒祛邪为主。临床常用金银花、连翘、板蓝根、牛蒡子、贯众、虎杖、麦冬、五味子、太子参、黄芪等清解益心之品，同时根据邪正消长、随时调整。如用得法，往往迅速起效，能阻止进一步发展，达到截断扭转之用。若进入恢复期、慢性期及后遗症期，或每遇不慎，复感与邪，仍能内舍于心，引起急性发作，治疗亦应清解益心。对于平时风热毒邪征象不显，但咽干口干者，杨氏特别重视对咽喉的诊察，因咽喉乃肺之门户，寒热表现极易显现。临证应察实火及虚火。但见咽喉微红或显红、或咽壁滤泡增生，即不论处于何期，即于益心气、养心阴、安神定悸之中加入清热解毒之品，以除邪气。对于虚火，每以滋阴降火法治疗，用仲景之麦门冬汤。

杨氏认为，病毒性心肌炎的病理因素，概括起来不外“毒、瘀、虚”。“毒”即邪毒，如前所述，乃病之祸根；“瘀”有两方面含义，即血瘀及痰凝，病毒性心肌炎早期外观瘀血征象虽不明显，但一定兼瘀，即早期心肌细胞变性坏死、心肌组织缺血、缺氧、心肌间质水肿，均产生大量

的自由基，堆积局部，导致瘀血，故杨氏每每早期即在方中加入活血化瘀之品，以清除氧自由基，改善微循环，促进心肌细胞功能恢复或再生，能显著地缩短病程，促进心电图、心肌酶谱及心功能的恢复；至于慢性期及后遗症期兼有血瘀者，常合用血府逐瘀汤于益心气养心阴之中；“瘀”的另一面即痰凝，常见于肥胖之人或胸闷不适、舌苔厚腻者，常用瓜蒌薤白半夏汤以化痰理气、宽胸、舒展胸阳；“虚”即心之气血阴阳不足，验之临床，以气阴两虚最为常见，虚之征象贯彻始终，早期邪毒盛而伤正，中后期正伤不复，每见心悸、怔忡，胸闷短气，劳则加重，或者脉虚不复而见结代，或阳虚水饮内停，甚为邪毒内陷、正气不支，此类表现无不以虚为主。

杨氏认为，心肌炎症状轻重不一，有时甚至难以分期，但抓住心律失常这一最常见并发症，并紧扣“毒”、“瘀”、“虚”之病理，明辨孰轻孰重，治疗定会得心应手。常推崇以下几方：如早期解毒益心用银翘散加减；补益心气、养心阴用生脉散；宽胸理气化痰用瓜蒌薤白半夏汤；治疗心动悸、脉结代用炙甘草汤；活血化瘀用血府逐瘀汤。杨氏对炙甘草汤治疗心律失常尤有体会，遵古用方，药量灵活，常处方如下：炙甘草 10~20g，党参 15~30g，生地 20~30g，麦冬 15~20g，大枣 15 枚，阿胶 20g，苦参 15~30g，临证常获满意疗效。同时强调，由于患者常常已服西药，故中药治疗心律失常时不能骤然停西药，以免突然反跳加重。对于心功不全或心动过缓，则常用黄芪 60g 或西洋参 10g 兑服，每见殊功。^[12]

16. 陈宝义诊治经验

陈氏认为，热毒之邪是小儿病毒性心肌炎的致病主因。

毒热逆传于心，犯及营血，血与热毒互结，可使血液因之而壅滞不散，形成热壅血滞之证，遂见发热，咽痛，咳嗽，或腹泻，心烦，口干不欲饮，出疹，伴心悸、乏力、心痛，舌质红绛，脉滑数或细数等，多见于心肌炎初发不久，亦见于复感热毒之后，治以解毒散瘀为主。若属风热邪毒上犯，则以银翘散化裁疏风清热、解毒散瘀，药用金银花、连翘、薄荷、牛蒡子、芦根、竹叶、生甘草、赤芍、丹皮、生地、丹参等；若为湿热邪毒内侵，则以藿连汤化裁清热利湿、解毒散瘀，药用藿香、川连、苦参、葛根、厚朴、郁金、山楂、丹参、甘草等。清热解毒乃对因之治，清除毒热可以防止心之气阴的进一步损伤，散瘀的目的在于疏通经脉，以利于热毒的消散。

陈氏认为，热毒入心，耗损气血阴阳是心肌炎病机转化过程的关键环节。阴血虚则心脉失养，阳气虚则鼓动无力，均可致血液运行不畅、心脉瘀阻，反过来，心脉瘀阻又可妨碍气血的正常运行，影响疾病向愈。因此，活血通脉、祛瘀生新为本阶段的重要治法。因气阴两虚而心脉瘀阻者临床最常见，症见面色苍白，明显乏力，头晕多汗，心痛心悸，舌红少津，脉细数或结代等，多见于急性期热毒消除之后，治以生脉饮化裁益气养阴、活血化瘀，药用太子参、黄芪、炙甘草、玉竹、麦冬、五味子、丹参、川芎、山楂等，亦用陈氏自制心复康液（炙甘草、玉竹、五味子、丹参、川芎、大青叶等）。心脉瘀阻而阴血亏虚者，多见于病情迁延不愈之时，症见面色晦暗，胸闷气短，心前区疼痛，心悸怔忡，乏力盗汗，心脏扩大，舌质黯，脉弦细或结代等，拟血府逐瘀汤化裁以活血化瘀、养血通脉，药用当归、生地、丹参、枳壳、赤芍、川芎、降香、山楂等，亦用陈氏自制通脉液（当归、三七、姜黄、降香、赤

芍等)。因阳气虚衰而心脉瘀阻者，有轻、重二证之分。轻者多见于迁延期或恢复期属于心阳不振、血运不畅，症见面色苍白，头晕、心悸、胸闷、气短，四肢不温，脉沉迟或涩或结代等，治以温振心阳、活血通脉。常用陈氏自制温阳通脉饮（炙麻黄、制附子、细辛、淫羊藿、桂枝、丹参、降香、川芎等）；重者多见于暴发性急性期病例或病情日进展的慢性期病例，为久病重病阴损及阳、阴阳俱损而瘀血内阻，症见面色苍白，肢厥汗多，气短心悸，肢体浮肿，肝脏肿大，皮肤发花，唇舌紫绀，脉细弱疾数，或微细欲绝等，急以参附龙牡救逆汤合生脉饮化裁以益气回阳、敛阴固脱、活血化瘀，药选人参、制附子、麦冬、五味子、山萸肉、生龙牡、白芍、炙甘草、丹参、川芎、红花、枳实等。

陈氏认为，在小儿心肌炎病程中，可因心脉瘀阻日久不复，宗气运行受阻、郁滞，进而生痰，气与痰互结，进一步加重心脉瘀阻。或情志不遂，气郁生痰，内阻心肺，致使气血运行不畅而表现为气滞痰阻血瘀之证候。临床症见胸闷气短，或长出气，胸背疼痛，舌胖淡紫，脉弦缓或涩等，每遇情绪波动而症状加重。常以四七汤合瓜蒌薤白半夏汤化裁以理气行瘀、宽胸化痰。药用紫苏、厚朴、香附、砂仁、山楂、郁金、降香、丹参、半夏、云苓、瓜蒌皮、甘草等。理气、化痰的目的是为了更有效地行瘀，以畅通心脉、消散瘀阻，促进疾病康复。由于心肌炎总属本虚标实之证，因此，该法一般应用于本虚（心之气血阴阳亏虚）已趋恢复正常或病情较轻虚损不甚，而以标实（气滞、痰阻、血瘀）为主之时，应用时尚需注意维护机体正气，避免过用、滥用攻伐峻猛之品。^[13]

17. 刘弼臣诊治经验

刘氏将小儿病毒性心肌炎分为5型论治。①温热闭肺型：痰热阻肺，宣降失司，则咽喉不利，咳嗽，气粗而胸闷；痰热内蒸，心神不能自持，则心悸而烦躁，乏力，舌苔厚腻，出现脉象歇止。证属热伤心肌、扰动心神所致。急以清化痰热、宁心安神为治，常以栀子豉汤合半夏泻心汤加减：淡豆豉、桔梗、黄芩清热利咽；郁金、枳壳、山栀、蚤休、丹皮、苦参清热除烦、养心通窍；万年青、卷柏活血化瘀；半夏、干姜以开中焦痰实。全方可清宣肺胃、涤痰宁心，达到邪去自安的目的；②湿热扰心型：湿困脾阳，则运化失司，加之患者素体虚弱，则湿蕴化热，形成湿热扰心，往往出现心悸，心律失常；若湿热蕴阻中焦，熏蒸肝胆，障碍肝胆之疏泄，胆热液泄常可使胆液不循常道，泛滥熏染肌肤，出现黄疸。宜以清化湿热、宁心安神为治，常用葛根芩连汤加减：葛根、黄芩、黄连清上、中焦之热；陈皮、木香、厚朴、茯苓健脾理气；苦参、卷柏清化燥湿，活血化瘀；③心阳虚衰型：病邪内陷，正气不支，心阳不振，鼓动无力则面色苍白，心悸不安，身出大汗，四肢发凉，脉细虚脱。心主血，血流不畅则心阳不振，不能温养分肉，尽其输运血液的功能，又常以肺、肾病变相互影响，故心阳不足，常伴见咳逆上气，端坐呼吸，脉沉细而弱。常以回阳固脱法，宜用参附龙牡救急汤加减：人参、附子大补元气，温通散寒；龙骨、牡蛎镇惊固涩；白芍、炙甘草、五味子养阴补血、温中平喘；生姜、大枣醒脾开胃、补益气血。青紫瘀血明显可加当归、红花、丹参等活血通瘀，以助血行畅利；④气阴两伤型：血属于阴，久病血虚，不能养心则心悸，不能上荣于面，则面色无华。

心气虚弱，鼓动无力，气血不能正常运行，则脉细而弱，气短、自汗、盗汗，耗散津液，邪盛正衰，可以导致心肌代谢紊乱。故丹溪谓：“人之所主者心，心之所养者血，心血一虚，神气不守，此惊悸之肇端。”宜以益气养阴主之，常用炙甘草汤合生脉饮加减：太子参、麦冬、五味子、炙甘草益气复脉；桂枝、白芍、阿胶温经通络，养阴补血。自汗加生龙牡、浮小麦、炒白术、丹参、苦参；盗汗加黄芪、生熟地、黄连、黄芩、黄柏、当归。此期多为病久、多汗耗损心血津液，形成气阴两虚，应慎防心力衰竭；⑤瘀血内阻型：瘀血停滞，心气受阻，痰浊凝聚，心血滞塞，从而导致心血瘀阻，瘀血痹阻于心脉，心脉气血运行不畅故出现心悸动，胸憋闷，疼痛，舌有瘀斑，脉涩而不流利。治宜祛瘀通络、佐以调气养血，常用桃红四物合血府逐瘀汤加减：桃仁、红花、川芎、赤芍活血化瘀、理气止痛；天台乌药、郁金、枳壳宽胸理气；当归、生地养血柔肝。

〔典型病例〕

张某，男，15岁，初诊日期1993年9月13日。家长代诉：患心肌炎1年余，曾就诊于北京医科大学第一附院儿科，并收治住院两月余对症治疗病情缓解出院。患儿于1周前感冒，发热、咳嗽、胸闷而来就诊。查体咽部充血，扁桃体Ⅱ度肿大，双肺听诊清音，心率100次/min，有早搏10次/min。心电图检查：窦性心率，室性期前收缩，舌尖红、苔薄，脉细。证属余热未消、邪郁咽喉，治以清热解毒、利咽复脉。淡豆豉10g，黄芩10g，桔梗3g，山豆根3g，蚤休10g，山栀3g，枳壳10g，丹参15g，苦参15g，炙杷叶10g，生龙牡各20g（先下）。7剂。1993年9月20日复诊，热已退，惟自汗、盗汗、烦躁。查咽红，扁桃体

Ⅰ度肿大, 心率 100 次/min, 早搏 5 次/min, 证属气阴两虚、余邪留恋。治以清热祛邪、养阴敛汗、宁心安神。处方: 太子参 10g, 麦冬 10g, 五味子 10g, 炙甘草 6g, 阿胶 10g (化服), 黄芩 10g, 丹参 15g, 苦参 15g, 生龙牡各 20g (先下), 山豆根 3g, 山栀子 3g, 7 剂。1993 年 9 月 27 日三诊, 诸症已愈, 但身感乏力, 易疲劳, 治以益气复脉, 同时加强补气: 玄参 10g, 板蓝根 10g, 山豆根 3g, 黄芪 10g, 麦冬 10g, 五味子 10g, 丹参 15g, 苦参 15g, 阿胶 10g (化服), 当归 10g, 山栀子 3g, 黄精 15g, 7 剂。随后又以上方加减巩固疗效, 病情得解, 佐以养心复脉散调之。1994 年 1 月 10 日再次复诊, 无明显不适, 心电图及心肌酶谱检查均正常。^[1]

18. 于作盈诊治经验

于氏认为, 病毒性心肌炎属中医心悸、怔忡、胸痹等范畴。由于肺卫外失职, 外感毒邪乘虚侵袭, 内舍于心, 犯及心脉, 心神受扰, 则惊悸怔忡乃作。毒邪内陷, 邪热久羁, 则耗伤心之气阴, 导致心之气阴两虚。心气虚, 则鼓动无力, 血脉瘀阻; 心阴虚, 则心脉失养, 心神不宁, 故出现心动悸、脉结代等症状。病理改变, 虚实夹杂。虚为气阴两虚, 实为邪毒内陷, 瘀血、痰浊阻滞。因此, 提出了益气养阴、清热活血、宁心安神为主的治疗原则, 并结合用药心得, 创立清心解毒复脉汤治疗该病, 疗效显著。该方由黄连、苦参、栀子、金银花、连翘、板蓝根、玄参、党参、麦冬、五味子、丹参、炙甘草、酸枣仁、远志组成。方中黄连、苦参、栀子、金银花、连翘、板蓝根、玄参、丹参清热解毒、透邪外出, 并能养心活血散瘀; 党参、麦冬、五味子益气养阴, 维护心功能; 酸枣仁养心宁神、调肝安魂, 是治

疗虚烦惊悸不眠之良药；远志既能养心安神，又能化痰散郁；炙甘草养心和中而缓心脉。诸药相伍，共奏益气养阴、活血调心、清心宁神之功。于氏将该方用于临床，强调要在准确辨证的基础上方能取效。于氏将该病分为急性期、恢复期、迁延期、慢性期进行辨证治疗。其中，急性期常辨证为邪毒侵心型，以上方加牛蒡子、石菖蒲以开心气、祛邪毒。若在邪毒侵心证基础上突然面色青灰，口唇青紫，呼吸困难，冷汗淋漓，脉微欲绝，此乃心阳虚脱证，宜前方减黄连、栀子、金银花、连翘、板蓝根，加参附龙牡汤，以回阳救逆。于氏认为，本病急性期属于热毒内侵，只有及早采用清热解毒，透邪于外之法，才能有效地控制病情，防止传变。恢复期常辨证为气阴两亏和心脾两虚型，宜加大生脉散用量，另加黄芪、白术、生地以扶正固本。迁延期多辨为痰热内盛型或气虚血滞型，前者合入半夏泻心汤，后者加入赤芍、生地、牛膝、川芎，减玄参、板蓝根、金银花、连翘、栀子等寒凉之品，以清热除痰、益气化瘀。慢性期常辨证为阳虚水停，宜前方减清热解毒之品，合入真武汤或苓桂术甘汤。由于阳虚血行不畅，瘀血内停，故慢性期用药均须在上述基础上加活血化瘀药。此外，以上各期证型中如早搏频繁，常加生龙骨、生牡蛎、紫石英等。若脉迟缓，心电图示传导阻滞者，加附子、细辛、甘松。^[16]

【按语】

一、病因病机

多数医家认为本病的病因病机多为气阴不足，温邪犯肺及心，进一步损耗心阴而成。而病至后期，缠绵难愈，

往往穷必及肾，导致心肾同病。以黄秉良氏为代表的部分医家认为本病病机以气阴两虚、邪毒内壅为主。以张镜人氏为代表的多数医家认为本病气阴两虚存在于疾病的全过程中，初因气阴两虚之体易感邪热，后又因邪热加重气阴亏损，导致瘀热内阻。黄云瑞氏医家认为本病为温热邪毒侵及心脉，邪气滞留损伤心气心血，气血失和，脉络瘀阻所致。黄秉良氏认为本病的病机演变为温热之邪→伤阴耗气→阴损及阳→阴阳两虚→正气欲脱。丁书文氏则认为，本病为素体气虚血瘀，每因遭受风热外邪侵袭而致病，虚实夹杂是本病重要的病机特点。总之，本病为本虚标实之证，温热邪毒侵表犯肺，气阴两虚是其共同的病因病理基础。在疾病的不同时期，又可出现“痰”、“瘀”等病理产物，又可作为致病因素参与本病的发展变化。

二、治疗

（一）辨证分型治疗

从本篇所列诸多医家经验来看，周次清等医家治疗病毒性心肌炎多遵循辨证论治原则遣方用药，而张镜人等医家则根据病机自拟方剂。几乎所有医家在遣方用药的同时，均结合中草药现代药理研究，立法组方，选用既符合辨证需要，又具有抗炎、抗病毒功效，增加机体免疫功能，改善心肌供血等双重或多重作用的药味。

经对本篇所列医家辨证分型进行统计，其中气阴两虚型最多。在气阴两虚证型基础上，分别有温毒兼阴虚火旺、兼脉络瘀阻等亚型；其次为邪毒内盛型、气滞血瘀型、心脾两虚型、胸阳不振型、痰浊壅盛型、阳气不足型等。故治疗方法以益气养阴、清热解毒、宣降肺气三法为最常用，

生脉散、炙甘草汤、归脾汤及银翘散为常用方剂。随病情变化，血府逐瘀汤、黄连温胆汤、枳实薤白桂枝汤等可结合选用。

（二）病证结合论治

以查玉明、周次清等为代表的大部分医家均对病毒性心肌炎主张病证结合治疗。认为本病早期乃是在正气不足的情况下，温热毒邪乘虚侵犯卫表，内犯于肺，使肌腠失司，宣肃失用。临证表现为胸闷气短，咳嗽，咽喉红肿疼痛，恶寒发热等。因心肺同居上焦，肺主气，心主血，生理上相互为用，病理上相互影响，故温热毒邪又必浸淫心脉，使心失所主，临证表现为心悸、心慌、脉律不整而数等。治宜清热解毒、宣肺解表，方多选银翘散或桑菊饮加减。病毒性心肌炎，多为感受邪毒、热毒，入血脉，内含于心，此不同于一般的邪热外侵，可清宣而散，临床治疗直须清投营分，使邪毒从营血透解。

病毒性心肌炎如早期失治、误治则进入中期。温热毒邪侵犯人体后，可耗气伤阴，且能灼津为痰，呈现热毒痰虚（气阴两虚）夹杂、虚实互见之。本篇所列医家中以马骥、苏树荣、丁书文等为代表的多数医家持此观点。心主血脉，故病亦常由气病而及血，出现血瘀征象。机制有3个方面：①热毒耗伤津液。“夫血犹舟也，津液水也”，“津旺为火灼竭，则血行愈滞”（周学海《读医随笔》语），血停为瘀；②“痰多能瘀脉”。热毒灼津为痰，久则血脉壅阻；③气阴两虚。气虚不能行血，阴虚不能荣血，亦能致血脉瘀滞。无论痰生于先，而后生瘀；或是瘀生于先，而后生痰；还是气阴亏虚，不能运化水谷精微，久必痰瘀互结。故病毒性心肌炎中期为热毒内盛，耗气伤阴，灼津为

痰，血停为瘀，终致气阴两伤，痰瘀热互结。由此观之，气阴两伤，热毒痰瘀胶结是本病中期之发病关键。此期患者常因失治、误治而致病情反复发作，迁延难愈。笔者认为，痰瘀互结是病毒性心肌炎患者病情反复迁延的原因之一，故此期之治疗须在以益气养阴、清热解毒的基础上，重视痰、瘀之多少而酌配化痰活血药。应强调的是，即使在痰瘀临床表现不明显时，亦不能忽视化痰祛瘀药的运用。对本病在辨证的基础上，恰当使用活血化瘀和化痰药常能增强治疗效果，对痰瘀征象不明显之患者亦是如此。

病毒性心肌炎患在晚期可分为恢复期和慢性迁延期：恢复期患者随着中期益气养阴、清热解毒、化痰活血法之正确施治，患者病邪渐去，正气未复，故此时矛盾的主要方面为正虚，其治疗以益气养阴为主，但亦应酌以清热解毒药，方多选生脉散合天王补心丹化裁。生脉散由人参、麦冬、五味子组成，可益气养阴。现代药理证实，本方可减轻心肌耗氧量，增强心肌收缩力，改善血液循环。天王补心丹可滋阴补血、养心安神，用治阴血亏虚之心悸、失眠等证颇有效验。二方合用可益气养阴、养心护心。合清热解毒之板蓝根、大青叶等则主要用于恢复期之治疗。以周次清、丁书文为代表的部分医家强调恢复期又一常见证为心阳亏虚证。因中期热毒炽盛，耗伤气阴，久则气虚及阳，阴损及阳，终致心阳亏虚，治疗宜温阳、益气、养心，方多选保元汤合桂枝甘草汤治疗，值得临床参考。

慢性迁延期最重要之病机为热毒内盛，气阴两伤，痰瘀胶结。疾病早期不重视化痰活血，尤其是活血化瘀法之运用可能是本病迁延复发的重要原因之一。故此期治疗应兼顾正邪两方面而又有所侧重，即或以扶正为主，或以祛邪为主。此时仅用扶正或祛邪法均将有失于全面而对病情

不利。

笔者认为,对于病毒性心肌炎患者,在具体治疗时,除掌握上述基本变化规律外,应知常达变,灵活运用。益气养阴、清热解毒、化痰活血法可谓是本病基本的治疗法则,应贯穿于本病治疗之始终。

三、结语

病毒性心肌炎发病率在逐年上升,严重威胁人们的身体健康,现代医学对其治疗仍缺乏真正有效的措施。中医治疗病毒性心肌炎在改善临床症状、促进病情恢复方面显示有一定优势。目前对本病比较成熟的研究多趋向于单味中药,如黄芪、刺五加、麦门冬等,但从本病发生的病因病机来看,机理比较复杂,复方研究可能更具前景,应给予足够的重视。

(李立志 张春吉 李世敏)

参考文献

- [1] 单书健,陈子华编著.古今名医临证金鉴·心悸怔忡卷.北京:中国中医药出版社,1999
- [2] 石蕴玉.张镜人治疗病毒性心肌炎的经验.浙江中医杂志,1996,31(6):242
- [3] 崔向宁,邵念方从肾论治病毒性心肌炎.山东中医杂志,1995,14(7):315~316
- [4] 史正芳,等.黄秉良老中医治疗病毒性心肌炎的经验.辽宁中医杂志,1991(5):17
- [5] 田金洲.董建华运用温病病理发治疗心肌炎.中医杂志,1989(8):14
- [6] 王庆苗,等.黄云瑞教授对病毒性心肌炎的辨治经验.四川中医,2000,18(3):4~5

- [7] 张菊生. 张伯臾治疗心肌炎的经验. 湖北中医杂志, 1997, 19 (3): 6~7
- [8] 吕维新. 乔仰先治疗病毒性心肌炎的经验. 辽宁中医杂志, 1997, 24 (9): 394
- [9] 车向前. 徐敏华治疗病毒性心肌炎经验举隅. 浙江中医杂志, 1997 (5): 199~200
- [10] 杨文军. 丁书文治疗病毒性心肌炎经验. 山东中医药大学学报, 1997, 21 (1): 48~50
- [11] 朱永志, 等. 张琪治疗病毒性心肌炎四法. 四川中医, 1994, 12 (6): 7
- [12] 崔立丰, 等. 杨培军教授论治病毒性心肌炎的证治概要. 陕西中医学院学报, 1999, 22 (4): 19
- [13] 胡思源. 陈宝义运用活血化瘀法治疗病毒性心肌炎经验探析. 天津中医, 1996, 13 (5): 21
- [14] 李贵满. 于作盈主任医师治疗病毒性心肌炎的经验. 吉林中医药, 1999, 19 (6): 10

慢性肺源性心脏病

【概述】

慢性肺源性心脏病，简称肺心病，是指由肺部、胸廓或肺动脉的慢性病变引起的肺循环阻力增高，导致肺动脉高压和右心室肥大，伴或不伴有右心衰竭的一类心脏病。肺心病在我国是常见病、多发病。1992 年在北京、湖北、辽宁某些地区农民中普查了 10 万余人，肺心病的平均患病率为 0.47%。居住高原、日照不足或过于潮湿的西南地区及抽烟的人群患病率为高，91.2% 以上患者年龄在 41 岁以上，男女性别无明显差异。随职业的不同患病率依次为工人、农民及一般城市居民。

本病病程进展缓慢，可分为代偿与失代偿二个阶段，但两者界限并不清楚。功能代偿期患者多有慢性咳嗽、咳痰或哮喘史，逐步出现乏力、呼吸困难。体检示明显肺气肿体征，包括桶状胸、肺部叩诊呈过清音、肝浊音上界下降、心浊音界缩小甚或消失。听诊呼吸音低，可有干湿啰音，心音低，有时只能在剑突下处听到。肺动脉区第二音亢进，上腹部、剑突下有明显心脏搏动，是病变累及心脏的主要表现。颈静脉可有轻度怒张，但静脉压并不明显增高。功能失代偿期肺组织损害严重引起缺氧、二氧化碳潴留，可导致呼吸和/或心力衰竭。呼吸衰竭病人缺氧早期主要表现为紫绀、心悸和胸闷等，病变进一步发展，可出现低氧血症和高碳酸

血症，表现出各种精神神经障碍症状，称为肺性脑病。表现为头痛、头胀、烦躁不安、言语障碍，并有幻觉、精神错乱、抽搐或震颤等。动脉血氧分压低于 25mmHg、动脉血二氧化碳分压超过 70mmHg 时，中枢神经系统症状更明显，出现神志淡漠、嗜睡，进而昏迷以至死亡。心力衰竭多发生在急性呼吸道感染时，常合并有呼吸衰竭，患者出现气喘、心悸、少尿、紫绀加重，上腹胀痛、食欲不振、恶心甚至呕吐等右心衰竭症状。体检示颈静脉怒张、心率增快、心前区或剑突下可闻及奔马律或有相对性三尖瓣关闭不全引起的收缩期杂音，杂音可随病情好转而消失。同时可出现各种心律失常，特别是房性心律失常，肝肿大伴压痛、肝-颈静脉回流征阳性、水肿和腹水。病情严重者可发生休克。此外，由于肺心病是以心、肺病变为基础的多脏器受损害的疾病，在重症患者中，可有肾功能不全、弥散性血管内凝血、肾上腺皮质功能减退等表现。

本病一般属于中医“喘证”、“痰饮”、“心悸”、“水肿”、“肺胀”等病的范畴。本病的发生，常因先后天诸因素致使机体正气不足，抗病能力低下，寒热诸邪乘虚侵入肺脏所致。病位首先在肺，进而侵及脾、肾、心等脏，致病情复杂，变证蜂起，经久不愈。本虚标实为其主要病机，其病因与外感六淫、痰湿、水饮、瘀血以及肺、脾、肾、心等的阴阳气血失调密切相关。

【名医经验】

1. 杨继荪诊治经验

杨氏认为，肺心病多起因于反复感受外邪，肺失肃降，

肺气日虚而成。反复感染是促使肺心病进展的主要因素。《内经》谓“邪之所凑，其气必虚。”“肺朝百脉”、“贯心肺而行呼吸”，肺气虚不能朝百脉而运血行，每可使肺心同病。临床表现除咳、痰、喘外，同时有心悸、水肿、血瘀等证候。对本病辨证，杨氏认为，肺心病急性感染期多属外感新邪诱发，郁而化热，热炽伤津所致。常见症状有咳嗽，痰多黄稠，胸闷气短，烦热渴饮，面色青紫，舌质紫绛而干，舌下瘀筋明显，脉象滑数或细数等。肺心病在急性期所见阴虚之候，多数为暂时现象。临床上对慢支、肺心病患者“冬病夏治”，用温补脾肾法多可获得良效，亦说明肺心病缓解期以阳虚者为多见。肺心病在不同阶段的病情演变，既有虚实互见，又有外邪、痰热、水饮、血瘀夹杂。本虚标实，为肺心病之病机特征。杨氏治疗本病常分急性发作期与缓解期进行辨治。

(1) 急性发作期

肺心病急性发作期是在已有虚和夹有不同程度的痰饮内伏与瘀血阻滞的基础上，因外感新邪而诱发。此期突出的矛盾为“痰”与“热”。由于痰热壅盛而致咳、喘或心悸、水肿等症均在原有程度上加重加剧，杨氏认为从临床所见，肺心病感受外邪以热邪为常见，热邪有转化快的特点，每易热炽伤津。素体阴虚者感受热邪转化迅速，很快出现烦热渴饮，痰黄稠，舌质红绛，脉滑数等痰热炽盛、伤津耗阴之象；而素体阳虚者，若外感之邪不解，郁而化热之势相对较缓，逐渐出现痰质粘稠难以咯出，痰色白或黄，舌质仍是淡胖、舌苔腻，脉细弦等症。这是两种不同体质的患者，虽然临床症状不尽相同，但热之趋势是一致的。在急性发作期，治疗应以“急则治标”为原则，予大剂清热为主，结合祛痰，清化痰热，控制感染，保持呼吸

道通畅。他还强调了清热药与祛痰药之间的主从关系，应清热重于祛痰，及治痰不忘祛瘀，在清热药中伍以活血药，意在改善血气之载运，即降低血液粘稠度，调节血氧渗透压，使药物易达病所，从而加强清泄作用。杨氏认为，肺心病患者多有年高、病久、体虚之特点，对因热盛伤阴耗津者，适佐养阴不碍邪之清热生津之品以扶正祛邪，亦属必要。若热邪未能控制累及心、脾、肾，出现心悸，胸闷气短，唇舌爪甲青紫，浮肿，腹水等症状，治疗上应在清热，宣肺，涤痰之基础上加入利尿药，并应选用活血利水之法，因大量利尿药的采用，可致血液浓缩（血液粘稠度增高）。

在急性发作期中常选药物分别为：①清热药如黄芩、鱼腥草、野荞麦根、金银花、连翘、石膏、重楼、三叶青等；②祛痰药如桔梗、桑白皮、杏仁、贝母、佛耳草、竹沥、半夏、鲜竹沥等；③清热养阴生津药如鲜石斛、鲜芦根、天花粉、知母、玄参、麦冬、鲜生地、西洋参等；④活血化瘀药如桃仁、莪术、三棱、丹参、赤芍、川芎、王不留行、红花、郁金等。

如痰浊壅阻，苔黄厚腻，腹胀便秘可加生大黄、莱菔子、枳壳等；如下肢浮肿尿少则加冬葵子、车前草、葶苈子、猪苓等，或活血利水之泽兰、益母草、虎杖根、马鞭草等；如心阳虚衰则用别直参、西洋参、麦冬、淡附片。

杨氏特别强调：由于肺心病人的心、肺功能均有不同程度的损害，抵抗力处于低下的状态，对病原体侵袭的反应能力减弱，起病往往呈隐袭式，无发热，咳脓痰或白细胞增多的特征，但只要有咳，喘，痰症状，仍应看作是肺部感染而不容忽视，因急性感染未得控制，病情进展，通气功能发生严重障碍时，导致呼吸衰竭，甚至出现肺性脑

病。而肺性脑病是肺心病死亡的主因。治疗上除采取综合措施以外，药选金银花、连翘、黄芩、野荞麦根、虎杖、鱼腥草、鲜芦根、鲜石斛、玄参、麦冬、鲜菖蒲、郁金、杏仁、竹沥半夏、川贝、桑白皮、天竺黄、桔梗、鲜竹沥及羚羊角、生石决明、制僵蚕、地龙、桃仁、丹参、赤芍等，并择用安宫牛黄丸、紫雪、至宝丹、猴枣散。若见喘息，汗多肢冷，脉细微或结代等真阴耗竭、元阳欲脱之症，用别直参或参附汤扶正固脱亦为抢救一法。

(2) 缓解期

肺心病缓解期，急性感染虽得到基本控制，但仍有不同程度的咯痰或动则气急、气短等症状。病机多属邪未祛尽，正虚日甚。此期的突出矛盾已由急性发作期的“痰”与“热”转化为“虚”和“瘀”。在治疗上，以“缓则治本”为原则，根据病人体质和累及脏腑不同分别进行整体调治。治以虚瘀并顾、扶正活血为主，辅之清热祛邪，以图正胜达邪，稳定病情，延缓病程发展。杨氏常将肺心病缓解期分为5型：①肺卫不固：“肺为气之主”，肺心病人多气虚表疏、卫阳不固，不能抗御外邪，常因新感引动宿疾。杨氏对表虚易感者治以益气固卫，方用玉屏风散、参苏饮等，重用黄芪以益气固表，同时佐马兜铃、海蛤壳、海浮石、枇杷叶等止咳化痰之品。此外，肺心病人过敏体质者较多，如兼有荨麻疹、慢性鼻炎等，一些刺激极易引起过敏，导致气管痉挛，突然喘逆，适当使用疏风（抗敏解痉）药也很必要，杨氏常用苍耳子、辛夷、蝉蜕、徐长卿、防风、浮萍、地肤子、地龙等。对虫卵过敏者则用乌梅、使君子等祛虫之品以祛病源；②气阴不足：肺心病多见于40岁以上患者。《内经》曰：“年四十，而阴气自半也。”何况有病之体，虚火内炽，阴液暗耗。老年人中，气

阴不足者十之七八，高龄患者伴咳声低弱，言语无力，舌质红，脉细者，治以养肺阴兼以益气，如北沙参、天冬、麦冬、百合、山海螺等；肺阴虚者用益气药，当选清补之味，如太子参、人参、西洋参等；肺阴虚累及肾阴不足者，用生地黄、山茱萸、女贞子、龟甲、五味子、冬虫夏草等以滋肺补肾；③脾虚生痰：“脾为生痰之源”，临床上有相当一部分患者，在用清热祛痰药后，咳减，痰色由黄转白，痰质由粘稠转为清稀，咯痰趋畅，但痰量仍多。杨氏认为这是肺热渐清而脾虚渐重，治疗当以扶中化饮为主，药选四君子汤合紫菀、款冬花、白前、白芥子、苏子、姜半夏、佛耳草、橘红，或选苓桂术甘汤合清宣活血药治之；④肾不纳气：“肾为气之根”，喘促日久，气不得续。杨氏多选用紫石英、五味子、巴戟天、紫河车、淫羊藿、仙茅、甜苁蓉、炒牛膝、鹿角胶、菟丝子、海狗肾及人参蛤蚧汤、肾气丸等。杨氏认为补肾纳气是治喘的一个方面，治喘常在补肾前提下与益气固卫、活血化瘀、清宣化痰等法并施，以增强机体防御能力，改善心肺循环和通气功能，有相得益彰之效；⑤肾虚水泛：部分高年肾虚患者出现畏寒、肢冷、面色㿔白、水肿、舌质淡、苔白脉细、舌下瘀筋明显等脾肾阳虚、肾虚水泛症状，则予温补脾肾、活血利水法治之。^[1,2]

2. 姚正平诊治经验

姚氏认为肺心病之喘为虚喘，肺气虚表现为喘促气浮，多为吸长呼短；肾气虚表现为不能纳气于肾，多为吸短呼长。在肺心病发生发展过程中，由于气机阻滞，积液为痰饮，其清者为饮，病位在脾；浊者为痰，病位在肺。脾肺功能失常而生痰饮，饮溢肠胃，可见泛呕、脘闷；饮停于

胸膈，阻碍气机，肺气失降，则可见胸闷、喘满；肾虚不能制水，三焦通调失职，可见浮肿、尿少、面色晦暗；水气凌心可见心悸、气促。肺心病虽为虚证，但因其虚而常易反复感受外邪而成虚中夹实之证。由于本病常因反复外感而使病情日益恶化，所以姚氏强调预防、及时有效地治疗外感是预防慢性支气管炎、肺气肿、肺心病的关键。

姚氏认为，肺心病的治疗大致可分两个阶段：缓解期，一般多属本虚，治疗当以补虚扶正为主，培补肺肾为要，治心为辅，以益气养阴补肾、兼以降气化痰为法；急性发作期，一般多属本虚标实，其中可有几种情况：心功能代偿不全，以摄纳肾气、消肿平喘为主，佐以养心活血，重点在扶正；心肺功能不全，水饮内停，以健脾行气、化痰蠲饮为主，标本兼治；合并外感，则以解表散寒、温化痰饮、祛邪为主；有痰阻气道时，则以疏通气道为主；出现代谢性酸中毒时，重在调整脾胃的升降功能。姚氏认为，肺心病多五脏俱虚，但以心、肺、肾为主。肺主气，心主血，肾主温化，为气血正常运行的动力。故肺心病中后期，血液运行必然受阻，发生气滞血瘀现象。肺中血瘀不去，心肺功能的恢复、呼吸气道的畅通是很困难的。因而他强调在肺心病的中后期治疗上，一定要加强活血化瘀，以促进气血运行，改善心肺功能。姚氏将肺心病分为以下 6 型进行辨证施治：

①心肺气虚、肺气壅滞（肺心病缓解期）

主症：动则气憋，气短，心悸，时不能平卧，脉虚大数或缓。治法：补肺养心、降气定喘。方用：白人参 6g，五味子 9g，北沙参 30g，麦冬 12g，川贝母 10g，葶苈子 6g，莱菔子 10g，炙苏子 10g，丹参 12g，远志 10g，茯苓 10g，炙甘草 3g。

本方是生脉散、保肺汤、葶苈大枣泻肺汤加味而成。方中人参、五味子、北沙参、麦冬补益心肺；川贝母、葶苈子、莱菔子、苏子降气化痰、疏通气道；丹参活血；甘草强心和中；茯苓、远志交通心肾。

②外感风寒、痰饮内停（肺心病并发慢性支气管感染）

主症：发热，恶寒，咳嗽，痰多白沫，胸痞，恶心呕吐，身重肢肿，舌苔白滑，脉弦紧。治法：宣肺解表、温化痰饮。方用：炙麻黄 10g，桂枝 10g，白芍 10g，炙甘草 6g，大枣 3 枚，细辛 6g，半夏 10g，干姜 10g，五味子 6g。

本方是小青龙汤原方。方中炙麻黄宣肺平喘，治喘咳；桂枝、干姜、细辛、半夏辛温，温中蠲饮、散寒降逆；芍药配桂枝调和营卫；五味子、白芍酸敛，能收耗散之气。本方辛散与酸敛同用，开敛兼施，是治疗外感引发痰饮宿疾的主方。

③肾不纳气、心气不足（肺心病心功能不全期）

主症：呼吸喘促，心悸不宁，倚息不能平卧，面浮肿胀，尿少，下半身发冷，唇舌面黯，舌质胖、苔润，脉浮大无力。治法：益气养心、摄纳肾气。方用：潞党参 10g，麦冬 10g，五味子 10g，淮山药 12g，生熟地各 10g，肉桂 3g，淡附子 6g，车前子（包）10g，牛膝 10g，泽泻 12g，茯苓 12g，丹皮 10g，丹参 10g。

本方是生脉散、济生肾气丸加减方。方中党参、麦冬、五味子益气养心生脉；丹参活血；其余诸药温肾纳气、消肿利水。

④脾虚饮结、阻遏心肺（肺心病心肺功能不全期）

主症：喘满、不能平卧，心悸，紫绀，四肢肿痛，食少恶心，乏力，脉缓，苔白。治法：温脾行气、化痰蠲饮。方用：白术 10g，茯苓 10g，桂枝 6g，半夏 10g，川贝母

10g, 生姜 10g, 葶苈子 6g, 炙甘草 3g, 大枣 4 枚。

本方由苓桂术甘汤、小半夏加茯苓汤、葶苈大枣泻肺汤加味而成。方中白术、茯苓、桂枝、甘草健脾渗湿、温化痰饮, 针对痰饮停于心; 葶苈子、大枣、川贝顺气行痰, 针对饮停于肺; 半夏、生姜降逆止呕, 针对饮停于胃。

⑤肝风内动、痰迷心窍（肺性脑病）

主症：嗜睡、烦躁、颤动、抽搐，甚至昏迷或伴有气促痰鸣，苔黄糙，脉滑数。治法：镇肝息风、降气化痰。方用：生赭石 30g，生白芍 15g，干生地 12g，全蝎 6g，钩藤 30g，葶苈子 10g，川贝母 10g，石菖蒲 10g，远志 10g，炙甘草 3g，白人参 6g。

本方由镇肝息风汤加减而成。方取全蝎、钩藤镇肝息风；生赭石降逆平冲；白芍、生地养阴柔肝；白人参、炙甘草补气益中；川贝、葶苈子降气化痰；菖蒲、远志开窍化痰、宁神醒脑。同时可配合局方至宝丹、苏合香丸化服，或以醒脑静或清开灵静脉滴注以取化痰开窍之效。

⑥脾胃失和、升降失司（肺心病电解质、酸碱平衡失调阶段）

主症：食欲不振，恶心呕吐，嗜睡。治法：健脾和胃、降逆止呕。方用：白人参 10g，茯苓 15g，姜半夏 30g，陈皮 10g，白术 10g，炒麦芽 15g，生姜 10g，旋覆花 9g（包），另加伏龙肝 30g 煎汤代水熬药。

本方由六君子汤合小半夏加茯苓汤加减而成。方中参、术、苓、草益气健脾；陈皮理气调中；半夏、生姜、旋覆花降逆止呕和中，麦芽和胃气。^[3]

3. 王会仍诊治经验

王氏认为，慢性肺心病与中医肺、心、脾、肾诸脏均

有关系，其中与肺、心的关系最为直接、密切。“肺主气”、“心主血”，肺朝百脉，肺气辅佐心脏运行血液，序贯全身，因此心肺在生理功能上密切相关。慢性肺系疾患迁延不愈，久则肺气不足，无力推动心之血脉，心血运行不畅而瘀阻，即由肺病累及于心，而致肺心同病，故肺心病形成的关键在于气虚血瘀。其主要症状为：长期咳嗽、咯痰、气急、心悸、胸闷、紫绀、肢肿等，甚者出现神识昏蒙。

遵循“气血相关”理论，针对肺心病“虚、瘀、痰、热”的病理特点，王氏十分重视益气活血法治疗慢性肺心病。发作期，在使用清肺、化痰、平喘药的同时，加入益气活血药物，既可顾护正气，又能祛邪；缓解期重用益气活血，扶正固本，以达“正气存内，邪不可干”的目的，减少肺心病急性发作的次数。在药物上，常用黄芪、党参补气；麦冬、沙参滋阴养心，兼能祛痰；丹参、广地龙活血化瘀化痰。三者相伍，共奏益气养阴活血之效。益气活血能使气血流畅，津液流通，痰无由以生，故能从根本上缓解患者的临床症状，延缓或减少心力衰竭的发生，提高患者生存质量和生存年限。

王氏认为，慢性肺心病患者常因反复感受外邪，邪犯于肺，肺失肃降，而滋生痰浊。同时由于长期反复发作，脾、肾二脏亦受累。肺主宣降，通调水道；脾主运化水湿；肾主蒸化水液。三者功能失常，均致聚湿生痰。而肺为贮痰之器，故痰邪常伏留于肺。痰或由内而生，或由外而生，贯穿慢性肺心病的始终。痰浊既是病理产物，又是致病因子，若不清除，将会导致恶性循环，因此宣肺化痰必须贯穿于整个治疗过程。急性发作期尤应加大清肺、化痰、止咳力度，尽快控制肺部感染，保持呼吸道通畅，以防痰与外邪胶恋不解，导致病情加重。

王氏善用金银花、七叶一枝花、桔梗、鱼腥草、前胡、杏仁、羊乳、虎杖根、野荞麦根、云雾草等。有喘息者，加用佛耳草、碧桃干、老鹳草、广地龙、苏子、莱菔子等降气平喘之品。

在运用宣肺化痰止咳的同时，王氏非常注意保持肺气通畅，使邪有出路。“肺与大肠相表里”，故应不失时机地应用宣肺通降原则，尤其是肺实患者，可用大黄等力专势猛之品，以挫其邪势，但须中病而止，勿攻太过。若患者年高体弱，可用杏仁、瓜蒌仁，既能化痰，又能润下。由于肺心病是一种长期慢性疾病，故王氏在强调治疗的同时，十分重视患者的日常调理，如采用营养疗法，鼓励病人进行呼吸肌锻炼、调节情志、戒烟等。慢性肺心病是一种消耗性疾病，急性发作时多有高代谢，易致营养不良。营养不良又会影响肺的结构与功能，导致肺功能下降，能量需要增大，如此恶性循环，导致心肺功能出现进行性减退。《内经》云：“五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充，气味合而服之，以补益精气。”慢性肺心病患者需要食用富含蛋白质、碳水化合物、维生素的食物以加强营养，这样利于心肺功能恢复。^[1]

4. 洪广祥诊治经验

洪氏认为，阳气虚弱、痰瘀伏肺是慢性肺源性心脏病的主要病理基础。肺心病急性发作期以肺肾阳虚为本，痰瘀伏肺为标。肺主皮毛，司卫气，寒邪犯肺，伤及卫阳，卫阳虚则易感寒邪，更伤及肺气，损及肺阳。肺阳虚不能输布津液，聚而成痰，痰阻气机，血液运行不畅，导致瘀血阻肺。痰瘀相搏，内伏于肺为其“夙根”，这个“夙根”为本病标实的主要方面。临床可见：咳喘甚，口唇黯，舌

质黯、苔腻，脉滑等痰瘀伏肺症状。痰瘀均为阴邪，易为外感之寒邪所引动，内外相激加重痰瘀气阻的病理变化。肾阳为人体阳气之根本，卫气虽为肺所司，但卫阳根于肾阳，肺卫阳虚日久可导致肾阳亦虚。由于阳虚易感寒邪，引动“夙根”而致肺心病急性发作，同时阳气虚弱，寒痰瘀阻，损伤心阳，心阳不能温运血脉，心血瘀阻，临床症状见咳喘不能平卧，畏寒，面色黧黑，口唇暗，舌质黯淡，肢端青紫或颈部青筋显露等。心肺俱受痰瘀阻滞，则上焦壅遏不通，三焦决渎失司，聚水而肿。临床可见咳嗽、气喘、气短、动则尤甚、心悸心慌、畏寒肢冷、双下肢浮肿，甚至出现全身浮肿或腹水。形成咳、喘、悸、肿四大相关的主症。因此，洪氏提出温补阳气、涤痰祛瘀为治疗肺心病的基本法则。治疗肺心病，多数学者主张急性发作期以清热解毒、活血化瘀等治之。而洪氏认为肺心病多以感受寒邪而致急性发作。阳气虚弱、痰瘀伏肺为其病理基础，初感寒邪、尚未化热，从西医来看是属于感染所致，但从中医辨证观点来看急性发作期不一定都表现为热象，多呈阳气虚弱、寒痰瘀阻证。此时不宜过早使用寒凉之品，免致寒邪内闭、阳气更伤，促使病情加重。宜温阳与涤痰并举。温阳应从温肺肾之阳着手。肺阳可以护卫御外，驱除外邪；肾阳为人体阳气之根，温肾以充全身之阳气。同时血得温则行，痰得温则化，从而达到温阳以化痰散瘀之目的。涤痰祛瘀应从疏利气机着手，因为气顺则痰消，气行血亦活。治气之法，应从调肝气、行脾气、泻肺气、利腑气着手，以达到气通壅除之目的。洪氏根据肺心病的病理基础及临床症状的不同分别从以下几个方面进行辨证治疗：

(1) 肺肾阳虚、痰瘀伏肺

主症：咳嗽、气喘，怯寒、肢冷，平素易感冒，唇舌

黯、苔白黄腻，脉细弦滑。治以温阳益气、涤痰祛瘀法。常用药物：生黄芪、熟附子、葶苈子、牡荆子、槟榔、青皮、陈皮、卫矛、生大黄。肺寒证明显者，配合温散，加生麻黄、干姜、细辛等；痰热明显者，配合清化，合麻杏甘石汤，或选加金荞麦根、十大功劳、七叶一枝花、紫背天葵、鱼腥草等。

(2) 脾肾阳虚、水气攻心

主症：心悸、心慌、气短不能平卧，浮肿，尿少，口唇暗，舌质紫黯、苔腻，脉沉滑略数。治以温肾健脾、利水宁心，佐以涤痰祛瘀。方用真武汤、苓桂术甘汤加减：药用制附子、桂枝、白术、茯苓、生姜、椒目、泽泻、车前子、法半夏、陈皮、益母草、水蛭等。

(3) 气阴两虚、痰瘀胶结

主症：咳嗽，痰难咯出，气喘，气短，口干，口唇暗红，苔少或无苔，脉细弦滑数。治以益气养阴、涤散痰瘀。方用生脉散加味：西洋参、麦门冬、五味子、淮山药、法半夏、竹沥、海蛤壳、海浮石、葶苈子、青皮、陈皮、水蛭等。

(4) 痰浊蔽窍

主症：意识朦胧，神昏谵语，喘促痰鸣，舌质紫黯、苔腻，脉弦滑数。治以除痰开窍，方用菖蒲郁金汤合涤痰汤加减：石菖蒲、郁金、法半夏、制南星、竹沥、礞石、生大黄、桃仁等；若阳气暴脱者，宜回阳救脱，用参附汤合生脉散加减。

〔典型病例〕

游××，女，53岁，1990年12月12日入院，住院号：6504。患者以反复咳嗽，咯痰，气喘30余年，加重伴头痛5天入院。患者于30年前无明显诱因出现咳嗽、咯

痰、气喘，服消炎止咳平喘西药好转。此后每年冬季易发，曾在某医院诊断为慢性支气管炎、肺气肿、肺心病。本次发病于5天前因受寒诱发，咳嗽明显，吐黄白粘痰，量约300ml/日，气憋，伴头痛，烦躁。入院时症见：神志模糊，倦怠嗜睡，气喘不能平卧。体检：体温37℃，呼吸27次/min，脉搏101次/min，血压113/68mmHg，球结膜水肿明显，口唇青紫，颈静脉怒张，桶状胸，双肺满布湿性啰音，腹部叩诊移动性浊音阳性，双下肢浮肿至膝，舌黯无苔，脉浮大无根。化验：WBC $6.2 \times 10^9/L$ ，N0.79，L0.21。动脉血气分析：PO₂ 30.41mmHg，PCO₂ 36mmHg。诊断：慢性支气管炎（单纯型）合并感染、阻塞性肺气肿、肺源性心脏病合并心衰Ⅲ度，呼吸衰竭Ⅱ型，肺性脑病。中医辨证：阳气虚衰、痰瘀伏肺、上蒙清窍、水气不化、心阳欲脱。治以回阳救逆、涤痰祛瘀、开窍醒神、温阳利水。2UQW处方：红参（另煎）、麦冬、五味子、青皮、陈皮、槟榔、卫矛、生大黄、石菖蒲、郁金各10g，熟附子、葶苈子、牡蛎子、防己各15g，益母草30g，日1剂，分2~3次煎服。结合西药对症处理。中西药治疗5天后，症状明显好转，神志转清，头痛消失，两肺湿性啰音较前局限，腹部叩诊移动性浊音阴性，双下肢踝部有轻微浮肿，咯吐少许黄白痰，舌黯红、苔少，脉弦滑数。化验：WBC $5.3 \times 10^9/L$ ，N0.70，L0.26，E0.02。动脉血气分析 PO₂ 30.8mmHg，PCO₂ 34mmHg。停用西药，继续中药涤痰祛瘀、温补阳气法为治。处方：上方加葶苈子、金荞麦根、泽泻各15g，七叶一枝花20g，鱼腥草30g，桃仁10g，继服1周后症状明显改善，生活已能自理。体检：肺部可闻及散在的细小水泡音，余无异常。动脉血气分析 PO₂ 38.4mmHg，PCO₂ 33.1mmHg。显效出院。^[5]

5. 汪履秋诊治经验

汪氏治疗此病，主张辨证与辨病结合。他将肺心病的临床表现归为五大症、五个证型和四大危象，并制定了相应的治法。

五大症状：指闷、咳、喘、痰、悸。汪氏认为，通过这5大症的观察，可了解病人病情轻重，辨别虚实寒热。闷越重，表明病人肺功能越差，预后欠佳；咳嗽剧烈却可能是病情较轻的表现，说明病人正气尚旺，能通过气逆作咳而逐邪外达；喘当辨虚实，实喘乃痰气郁结所致。虚喘当分肺肾，劳累后少气不足以息者，为肺虚不能主气。静息时也有气短，活动后加重者，乃肾虚不能纳气之候；痰当分寒热，白痰多为寒，黄痰多为热，但痰白质粘亦是热象，黄痰质稀亦可见寒象；悸乃心悸，是肺病及心，心气、心阳衰弱，常为病情危重的表现。

五大证型

(1) 痰浊壅肺证

症见咳嗽气喘，胸满闷胀，痰多粘腻，舌苔白腻，脉滑。治以化痰降气，方选苏子降气汤、三子养亲汤，药用半夏、陈皮、茯苓、苏子、白芥子、莱菔子、苍术、厚朴等。如痰从寒化为饮，外感风寒诱发，喘咳痰多，色白而有泡沫，见表寒里饮者，可予小青龙汤加减以散寒化饮。

(2) 痰热蕴结证

多为肺心病合并感染，症见咳嗽气粗，胸膈烦闷不安，痰黄或白，粘稠难咯，舌红、苔黄腻，脉滑数。治以清肺化痰、降逆止喘，方选泻白散合三子养亲汤加金荞麦、鱼腥草等清热之品，药用桑白皮、黄芩、贝母、竹沥、半夏、莱菔子、白芥子、苏子、金荞麦、鱼腥草、一枝黄花、平

地木等。

(3) 肺肾两虚证

症见呼吸浅促，声低气怯，咳嗽痰白如沫，咯吐不利，舌淡或红，脉沉细或有结代。治以养肺阴、益肾气，方选生脉散合人参胡桃饮加减，药用太子参（党参、人参）、麦冬、五味子、沉香、炒熟地、钟乳石、紫石英、蛤蚧等。

(4) 脾肾两虚证

症见食少痰多，短气息促，纳后脘痞，腰酸腿软，舌淡、苔薄，脉沉细。治以健脾补肾，方选桂苓理中汤合金匱肾气丸加减，药用桂枝、茯苓、白术、附子、党参、熟地、山萸肉等。

(5) 心阳亏虚证

症见喘咳心悸，咯痰清稀，面浮肢肿，小便量少，舌淡胖、苔白滑，脉沉细。治以温通阳气，方选真武汤加减，药用附子、桂枝、白术、猪苓、茯苓、赤芍、生姜等。

以上 5 大证型以前 3 型最为多见。其中前 2 型为实证，后 3 型为虚证。但临床症状错综复杂，须掌握急性发病时每多实中夹虚，缓解期每多虚中有实，虚实之间，错综交杂，贵在权衡。如痰浊壅肺，兼见易汗、短气乏力等肺脾气虚之象时，可于化痰药中加党参、黄芪、白术等补肺健脾之品，此乃实中求虚；如肺肾两虚，兼见咳嗽痰多，色黄或白，粘稠难咯等痰热之象时，可于补益肺肾药中酌加金荞麦、鱼腥草等以清化痰热，此乃虚中求实。

四大危象

(1) 喘脱

症见喘咳甚剧，鼻煽气促，心慌动悸，面青唇紫，汗出肢冷，脉浮大无根或见歇止或模糊不清。治以扶正固脱，方选参附龙牡汤送服蛤蚧粉或黑锡丹，药用人参、附子、

生龙骨、生牡蛎、干姜等。

(2) 痰厥

症见面色青紫，胸闷如窒，喉有痰声，不能咯出，舌苔腻，脉沉滑。治以开胸结、化痰浊，方选香附旋覆花汤和半夏厚朴汤加减，药用香附、旋覆花、苏子、杏仁、半夏、厚朴、橘皮、瓜蒌等。

(3) 出血

症见皮肤、粘膜出血，咯血，便血等。多为气不摄血或热盛动血，治以益气摄血、凉血止血，方选归脾汤加地榆、槐花、丹皮、水牛角等。

(4) 昏迷

症见神志恍惚，撮空理线，表情淡漠、嗜睡、昏迷，或肢体颤动，抽搐，咳逆喘促，咯痰不爽。多为肝风内动或热盛动风，痰蒙心窍所致。治以平肝化痰、息风开窍，方选天麻钩藤饮加减，另服至宝丹或紫雪丹，药用天麻、钩藤、黄芩、半夏、茯苓、石菖蒲、枯矾、郁金、胆星等。

【典型病例】

张××，男，62岁，1992年12月6日初诊。患者原有慢性支气管炎、肺心病史8年，反复发作。近1周来，咳嗽气喘又作，痰多色白粘腻，胸满闷胀，纳谷欠佳，二便正常，舌淡、苔白腻，脉细滑。证属痰浊壅肺，治以化痰降气，方选苏子降气汤合三子养亲汤加减。处方：苏子、制半夏、前胡、苍术、款冬花、莱菔子、葶苈子、杏仁各10g，陈皮6g，平地木15g。7剂，日1剂，水煎分2次服。

二诊：服药后咳嗽胸满闷胀减轻，咯痰减少，但觉脘痞纳少，短气喘息，怕风易汗。此乃痰浊渐去，肺虚脾弱之象显露。原方去平地木、莱菔子、葶苈子等祛痰之品，加党参、黄芪、白术各10g以补肺健脾。又服7剂，自觉诸症

均减，继服7剂以图巩固。^[6]

6. 汪达成诊治经验

肺心病的发病机制，近代有两种观点：一为肺虚屏障不固学说，认为本病首起于肺。因肺主气，外合皮毛，外邪侵犯人体首先犯肺，肺为娇脏，主气的宣肃，一旦受邪则肺气肃降不利，而致咳逆上气。如久咳不愈则易耗气伤阴，卫外功能下降，更易为邪所袭。如此反复发作，致肺功能及组织结构发生病理改变而成“肺胀”之证（慢性阻塞性肺气肿）。心与肺同居上焦，肺主气，心主营，若咳喘逐渐加重，肺气虚则影响心营而致心气不定，心脉瘀滞，导致缺氧和肺循环阻力增加，肺动脉高压，遂影响右心功能而致衰竭；二为脾肾本虚、气化不足学说，认为肺久病则能导致脾肾功能障碍。脾主运化，为生痰之源，脾失健运不能制水以致水饮内停，聚湿生痰，射肺凌心，发为咳痰喘逆之证。肺主出气，肾主纳气，肺为水之上源，肾为水之下源，肺脏久病则影响肾之功能，使肾虚而摄纳无权，则喘逆上气，甚至呼吸衰竭。肺受外邪，反复感染，致肺功能日益衰减，肺气虚则心气亦虚，心气虚则心脉瘀滞，气血运行不畅，而血脉瘀滞更加重肺气失宣和气血运行障碍，发生气虚→气滞→痰凝→血瘀诸症，导致长期缺氧和二氧化碳潴留，形成肺心病的病理变化。临床痰饮、水气、瘀血交织，出现胸闷气急，咯痰，喘逆，心悸，紫绀等症。本病虽较复杂，病情轻重不一，但主要症状均以咳、痰、喘三者常见。尤其在住院病例中观察到患者虽有咳喘水肿、胸闷、气急、紫绀等症，但病情的恶化或好转，常随咯痰之难易，痰量之多少、性状之变化而变化。从血气分析客观指标中，同样反映出痰的变化与血氧饱和度之高低呈同

步一致性。大部分患者常因咯痰情况改善，咳喘诸症包括西医的低氧血症与高碳酸血症、电解质平衡失调而相应改善。因此，汪氏指出，肺心病患者各种临床表现均与咳、痰、喘三者密切相关，而咳喘二症又皆系于痰，痰多则咳多、咳甚则喘亦甚。反之痰量减少或消失，咳喘之症亦随之平定。所以咯痰虽只是临床症状之一，而实际上与肺心病形成及病理演变、转归、预后关系极为密切。在治疗上，汪氏认为急性发作期以控制感染为主。祛邪应针对各种外感致病因子和其病理产物及早应用针对性较强的药物方剂，控制呼吸道感染，改善呼吸通气功能。其时应着重肃肺排痰：如咳痰呈白沫且量多，咯之不爽者，汪氏常用自拟的华盖五子汤（炙麻黄、炙桑白皮、炒苏子、橘红、杏仁、海浮石、葶苈子、白芥子、莱服子、车前子）治之；若咳痰黄浓粘稠不易咯出者，则用自拟之加味导痰汤（桑白皮、半夏、胆南星、枳实、橘红、炙紫菀、桔梗、黄芩、瓜蒌皮、川贝等）治之；如咳逆喘息吐痰不爽者，于上方中加鱼腥草、佛手、射干。

肺心病缓解期，汪氏则转以扶正固本、健脾益肺为主，使卫表得固，外邪不易侵犯；脾气健运，痰饮无以滋生，以防止或减少本病的复发。^[7]

【按语】

肺心病系慢性肺源性心脏病之简称，是由慢性支气管炎、肺气肿及其他肺、胸疾患或肺血管病变引起的心脏病。祖国医学虽无此病名，但类似肺心病相关症状的记载颇多，如《灵枢·胀论》云：“肺胀者，虚满而喘咳。”《素问·咳论》谓：“久咳不已，则三焦受之，三焦咳状，咳而腹

满……使人多涕唾而面浮肿气逆也。”临床表现有久咳、多痰、气喘、水肿、心悸、胸闷腹胀、唇青舌紫等，故属中医“咳喘”、“痰饮”、“水肿”、“心悸”、“肺胀”等病范畴。

一、关于肺心病的病因病机认识

（一）脾肺双虚基础论

汪履秋、姚正平二位医家在论肺心病病理时，均十分强调脾肺两虚在肺心病病理过程中的基础地位。肺心病的形成是一个漫长的过程。临床上对慢性支气管炎-肺气肿-肺心病的患者进行动态观察，发现本病符合一个由肺气虚→脾肺双虚→脾肾俱虚→五脏衰竭的发展过程。有学者提出“证的衍生”及“截断证的衍生”概念，认为“证”是可以截断又是可逆的，在肺心病形成的各个病理阶段皆存在这种病理转变的可能。脾和肺有相互资生的作用，脾有补肺之功，肺有益脾之力，脾肺共同参与人体防御功能：“肺合皮毛”，为人体防御外邪入侵的第一屏障；“脾旺四季不受邪”，为人体元真之气的化源。慢阻肺肺气虚患者的细胞免疫功能和体液免疫功能均有所降低，是肺虚卫外不固，肺虚易感的主要病理机制之一。

（二）外感诱因论

肺心病的发病，所有医家均认为与感受外邪有关。外邪内侵是导致肺心病反复发作甚至恶化的因素之一，其中以风寒之邪最为常见。持风寒论者有洪广祥、姚正平等医家。肺心病急性发作与季节和气候的变化有密切关系，尤以冬春气候寒冷时易发。我国北方比南方气候寒冷，慢阻肺发病率也比南方高，也从一个方面说明寒邪是诱发肺心病发病的一个

重要原因。慢性支气管炎的反复发作，既能损伤呼吸道的免疫防御功能，其炎性渗出物和粘液滞留又能造成再次感染。因此，寒冷对慢支病变向肺心病发展具有重要作用。

（三）血瘀形成论

多数医家都认为血瘀贯穿于肺心病的整个病理过程。中医学对瘀血所致咳、痰、喘等肺心病的临床表现早有所认识，如《丹溪心法·咳嗽篇》：“肿胀而咳，或左或右不得眠，此痰夹瘀血碍气而病。”《医学入门》：“肺胀满，此痰与瘀血碍气，所以动则喘息。”说明瘀血可致咳、痰、喘的发生。

如前所述，肺心病的形成，经历肺→脾→肾→心的传变过程。因长期咳嗽气逆，反复发作，以致肺、脾、肾、心功能失调，气血津液的运行敷布障碍。肺不主气，肾不纳气，脾失健运，因而痰浊内阻，肺气壅塞，病及于心，心阳不振，心血瘀阻，致使痰瘀并见。“血不利则为水”，痰浊、瘀血、水饮交互为害，进而累及脾、肾、心诸脏。在本病发病过程中，非但肺气受损，治节失司可致瘀；心气不足，无力推动血行，亦可致瘀；诸脏阳虚，温煦失职，也可致寒凝血脉而成瘀。虚可致瘀，瘀亦可致瘀。可见，肺心病中多种原因皆可致瘀。瘀是形成肺心病的一个主要环节，并且贯穿于肺心病的全过程。它既是肺心病的病理产物，又是加重正虚痰阻的重要原因，并可进一步演变为水肿。肺心病血瘀证一旦形成，各种病理变化即随之产生，而有血瘀生痰、血瘀致水、血瘀气滞、血瘀致虚等病理机转。各种病理变化的产生，又会加重血瘀，如此而形成恶性循环。

（四）肺心病痰证论

（1）肺实痰证：肺心病多反复发作，缠绵难愈。伏痰

阻于肺，损伤肺气，从而影响肺主气、司呼吸的功能。肺为娇脏，不耐寒热，主清肃，外邪袭肺，肺气郁遏不宣，清肃之令失常，气道不利，肺气上逆，发为咳喘。因而当肺心病病人稍有风寒等外邪入侵，正气无力御邪，即发为标实证。从临床来看，肺心病急性发作多有外感病史，且主要以风寒为主。本病多发于冬春寒冷季节，寒邪直接或间接袭肺，致肺气失宣，积湿聚痰，表现多有恶寒发热、咳嗽多痰、脉滑、苔腻等。如内郁化热，则可形成“寒包火”之征象。此时治疗应“急则治标”，多采用宣通肺气、疏散外邪之法，不宜过早使用收涩补益之剂，以免留邪于内。临床辨治宜因证而异：属寒者，当宣肺散寒、温化寒饮，用小青龙汤温肺散寒。痰鸣喘咳不得息，可合葶苈大枣泻肺汤止咳化痰平喘；属热者，当宣肺清热，以清气化痰丸加减清气止咳；兼表热者，以越婢加半夏汤疏散清热、降逆止咳；兼痰热便秘者，以礞石滚痰丸坠下痰热，或大承气汤合小陷胸汤通腑泻热；属寒包火者，以麻杏石甘汤外散表寒、内清肺热，以达止咳平喘之目的。

(2) 脾虚痰证：肺心病咯痰一症，虽表现为肺系症状，但与脾脏关系甚为密切。肺主气，脾主运化，肺气有赖于脾所运化的水谷精微以充养。若脾虚日久可导致肺气亦衰，同时痰湿内生，上干于肺系，阻塞气道，使肺气宣降失常，而见咳喘、咯痰之症，故有“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”之说。张景岳更明确指出“五脏之疾，虽俱能生痰，然无不由于脾胃”，“脾主湿，湿聚则为痰。”可见脾阳不振为其重要病因之一。脾虚失运，聚湿生痰，痰饮恋肺，故见咳嗽多痰、胸腔痞闷、食纳不佳、神疲乏力等症。姚正平对肺心病心肺功能不全治疗采用苓桂术甘汤、小半夏汤及葶苈大枣泻肺汤治疗，正是《金匱要略》“病痰饮者，当

以温药和之”大法的具体体现。脾虚痰证，亦不能一概温脾化饮，当寒者温之，热者清之，灵活运用。杨继荪、汪履秋等医家则强调痰热蕴结的病机而善用泻白散或三子养亲汤合鱼腥草、野荞麦根，值得临床参考。

（五）肾虚致喘论

人的呼吸虽由肺所主，但肾主纳气，肾精充足，吸入之气经过肺的肃降，才能使之下纳于肾。若肾精亏损，不能助肺吸气，则出现呼吸短促等症，故有“肺为气之主，肾为气之根。”之说。《医贯》云：“真元耗损，喘出于肾气之上奔。”肾虚不能温煦气化，则水泛成痰。肾气亏虚，失摄纳之权，气不能归纳于肾，则表现为呼多吸少，喘促难续，动则尤甚，甚者张口抬肩，进而小便不利，肢体浮肿。故肺心病久咳者必累及肾，伤及肾阳或肾阴，临床出现诸多兼证。本篇所列医家均认为，随着肺心病的不断发展，临床必然出现肾元不固的证候，或已有肺或脾等脏的虚损，出现合病的证候。治肾属治本之法，常用补肾纳气的金匱肾气丸温肾纳气，缓者用丸，急者用汤。根据前人“虚喘治肾宜兼治肺”之说，常加太子参等补益肺气；如喘甚而烦躁不安、脉浮大者，加龙骨、牡蛎、磁石、紫石英等镇摄肾气；命门火衰者，选用苏子降气汤、金匱肾气丸等；偏阴虚者，选用七味都气丸、麦味地黄丸、百合固金汤、生脉散等，以滋补肺肾、纳气平喘。

二、病证结合治疗

（一）清热化痰法

以杨继荪医家为代表的医家善用此法。肺心病在急性发作时，呼吸道感染可加重已有的肺循环阻力。肺心病急

性加重期或合并心力衰竭、心律失常者，控制感染是关键举措。为了提高抗感染的疗效，减少抗菌药物的用量，避免副作用的发生，应用清热解毒、清肺化痰类中药，是控制肺心病肺部感染的一个可取途径。

（二）益气活血法

肺心病乃本虚标实的疾病。气虚血瘀乃肺心病的一个主要病机，益气活血法切合病机，无论急性发作期还是缓解期，恰当应用该法治疗对改善肺功能、血气紊乱和血液流变学等均有作用。但应注意，急性期痰热实证或慢性期痰郁化热者，则非甘温益气说明恰切应用益气活血法，是提高肺心病疗效的一个途径。

（三）温阳化痰法

洪广祥等医家认为肺心病急性感染期以“气阳虚衰、痰瘀伏肺”为主要病理基础，提出治疗本病重在治肺而不在治心和治肺不远温的原则，可谓具有鲜明特点。以温阳益气为主，辅以涤痰行瘀治疗肺心病，能提高患者的局部免疫及体液免疫功能，改变血液流变学之“浓”、“粘”、“聚”的特征，增强机体消除氧自由基的能力。阳虚血瘀是肺心病的一个重要病理环节，根据“血得温则行，水得温则化”及“血不利则为水”的有关认识，恰切运用温阳化痰法治疗肺心病或合并心衰者，多可获得明显疗效。

（四）通里攻下法

通里攻下能提高肺心病急性发作期疗效。肺与大肠相表里，攻下通便，可使肺部实热从大便而下泄，肺气得以肃降，临床症状改善。临床实验亦证明本法能促进肠源性

毒素排出,改善肠道功能,解除肺部郁滞,有利于肺部感染之控制及损害之修复,具有消炎、化痰平喘、消退水肿的作用。攻下一法,一般适用于里实热证,如见发热、口渴喜冷饮、腹部胀满疼痛拒按、大便秘结、小便短赤、烦躁谵语或昏迷、呼吸急促、胸闷气喘痰多、舌苔黄厚、脉滑数等症者,皆可采用。对虚实夹杂而标证突出时也可酌用,勿可虑虚生怯,闭门留寇,贻误病机。然而,肺心病毕竟为本虚标实之证,通里攻下法系峻逐实邪之法,临证之时还应根据具体症状而全面权衡。或与温阳益气、滋阴等法配合,扶正祛邪,以达攻下不伤正,扶正而不恋邪之目的。

(李立志 张 东)

参 考 文 献

- [1] 潘智敏,等. 杨继荪主任医师临证经验撷英. 浙江中医学院学报, 1997, 21 (5): 1~2
- [2] 潘智敏,等. 杨继荪主任医师临证经验撷英. 浙江中医学院学报, 1997, 21 (6): 1~2
- [3] 李文良. 姚正平治疗肺心病的经验. 中医杂志, 1995, 3 (10): 596~597
- [4] 骆仙芳,等. 王会仍治疗肺心病经验. 湖北中医杂志, 1998, 20 (2): 10~11
- [5] 赵凤达. 洪广祥教授治疗慢性肺源性心脏病的经验. 新中医, 1994, (10): 9~10
- [6] 奚肇庆,等. 汪履秋老中医治疗肺心病经验. 新中医, 1996, (5): 2~3
- [7] 赵子敏. 汪达成治疗肺心病的临床经验. 陕西中医学院学报, 1994, 17 (4): 18~19

周围血管病

【概述】

周围血管病常见的病种有：①雷诺氏病。由阵发性四肢末梢的对称性缺血引起的皮肤发白、紫绀，继以恢复时充血潮红现象，称为雷诺现象。其中原因不明者称雷诺氏病，即原发性雷诺氏现象；而有原因可查者称为雷诺氏综合征，即继发性雷诺氏现象。雷诺氏病多见于女性，男女比为1:5，常在40岁以下发病，左右指端对称，可有家族史。典型发作为突然指端苍白、发绀，伴局部冷感、麻木、疼痛，数分钟或数小时后可消失。恢复时局部有潮红、搏动感、灼热性疼痛、知觉异常和轻度水肿。发作诱因有四肢末梢受凉、精神紧张。早期只侵犯一侧，逐渐发展为双侧对称。实验室检查：将患者双手浸入冰水中30分钟，然后测定肢端温度恢复至浸入前温度所需要的时间，正常人为5~10分钟，而雷诺氏病者常需10~30分钟；②急性动脉闭塞症。急性动脉闭塞症是正常或有病变的动脉血管腔突然完全阻塞所致的急性缺血综合征，病因可分两类：A血栓性动脉闭塞，如动脉粥样硬化、血栓闭塞性脉管炎、急性血管内膜损伤或高凝状态致急性动脉血栓形成。B栓塞性动脉闭塞，如风心病二尖瓣狭窄、急性心肌梗死、感染性心内膜炎等栓子脱落，动脉瘤的附壁血栓或动脉粥样斑块脱落，常致动脉远端的闭塞。临床表现取决于动脉阻

塞的部位及缺血范围的大小。如肢体动脉栓塞可致肢体突然剧烈疼痛、脉搏消失、麻木、无力、温度降低，严重者可致肢体组织坏死。如肾动脉栓塞可致肾性高血压，肠系膜动脉栓塞可致急性腹痛、甚至肠管坏死，脑动脉急性栓塞可致偏瘫、失语等症状。急性动脉闭塞属内科急症，治疗包括：减轻疼痛、溶栓治疗、抗凝治疗及血管扩张剂应用。病情严重者可作血栓剥除术、动脉旁路术，肢体坏死者需作截肢术；③动脉硬化性血管闭塞症。动脉粥样硬化病变引起动脉管腔进行性狭窄，伴或不伴血栓形成，最终导致管腔狭窄或完全性闭塞而引起远端血流减少的症状和体征，称为动脉硬化性血管闭塞症。本病多见于40~60岁。男性发病率为女性的10倍。病人常伴有糖尿病、高血压、高脂血症、冠状动脉和脑动脉硬化等。病变多发于大、中型动脉及其分支部位，尤以腹主动脉下端及下肢血管最常见。典型症状是下肢间歇性跛行，进一步发展则呈静息性疼痛。如整个下肢及臀部疼痛，提示病变在腹主动脉下端或髂动脉部位。患肢发凉、麻木、感觉异常，晚期可形成足、趾或小腿溃疡或坏疽，闭塞远端动脉搏动减弱或消失，腹主动脉或周围动脉可听到收缩期或连续性血管杂音，肢体血流图和多普勒超声检查有助于诊断，腹主动脉或股动脉造影可以确诊。外科治疗：间歇性跛行进行性加重影响日常生活者可作血管旁路移植术或动脉内膜剥脱术，近年应用气囊导管扩张术收到良好效果；④血栓性浅静脉炎。常见：A 静脉壁损伤，如外伤、静脉穿刺插管或静脉注射刺激性液体或细菌毒素。B 静脉曲张致血流淤滞、静脉内膜缺氧变性。临床表现为受累静脉发红，有明显压痛，呈条索状，可有低热。1~3周后炎症消退，局部遗留硬的条索状物和局部皮肤色素沉着，常经久不退；⑤深部静脉血

栓形成。静脉血流淤滞、静脉内膜缺氧变性，高凝状态或深静脉插管致静脉内膜损伤或撕裂为其常见病因。临床表现：A 小腿静脉或腘静脉深部血栓形成。为最常见部位。患肢局部疼痛，行走时加重，可有肿胀、发热、压痛，呈条索状；B 髂或股静脉血栓形成。患肢呈痉挛性剧痛，整个下肢呈弥漫性可凹性水肿，大腿和腹股沟区可见浅静脉曲张，股静脉部位可触到有压痛的条索，股三角区有明显压痛；C 下腔静脉血栓形成。血栓向下腔静脉延伸引起下腔静脉阻塞时，疼痛部位较高，下腹部及两下肢明显水肿。后期水肿减轻，但可见腹壁浅静脉曲张；D 上肢深静脉和上腔静脉血栓形成。较少见，通常与深部静脉插管致内膜损伤有关。一旦发生则主要表现上肢、胸壁、颈和头部静脉回流受阻；E 深部静脉血栓形成。常有血栓脱落，可造成肺栓塞。

周围血管病好发于远端血管，以肢体疼痛、缺血和坏死为特征。属于中医“脱疽”、“蛇节疔”、“冷疔”、“脱骨疽”、“脉痹”等病的范畴。

【名医经验】

1. 颜德馨诊治经验

颜氏治疗周围血管病可用“活血化瘀、温经散寒、清热解毒、扶正祛邪、软坚散结”二十个字来概括。

(1) 活血化瘀

用于各种脉管炎、静脉炎、雷诺氏病等。症见局部肿胀、刺痛、皮肤红斑、结节、紫绀、舌黯脉涩等。颜氏认为，气血乃构成人体的基本物质，气血流通无所不至，故

“血脉流通，病不得生”，特别是“脉者，血之府”，故血管病表现为血瘀最为常见，虽然其临床表现不一，但其瘀阻血脉、隧道不通之机理则一，用活血化瘀通脉则一。常用红花、桃仁、赤芍、川芎、当归、丹参、郁金、水蛭、生蒲黄、川牛膝等。

〔典型病例〕

毛某，女，18岁，学生。患静脉炎，右上肢肿胀疼痛已1年，日益肿大，至为痛苦，某医院外科拟截肢，因家长不愿意而求诊颜氏。症见右上肢红肿疼痛，周径为36cm，青筋暴露，肌肉紧张，不能持物，月经末潮，舌紫、苔薄腻，脉细小。由瘀滞血络所致，治用活血化瘀法。处方：丹参、威灵仙、王不留行各12g，桃仁、当归、川芎、郁金、延胡索、茯苓、炮穿山甲、党参各9g，红花6g，甘草4g，头2煎内服，3煎加油少许，青葱3支，外熏患处，日2次，7剂后肿势略退，活动则疼痛加剧，青筋仍暴露，舌苔薄腻，脉细涩。病已经年，难求速效，上方去郁金，加海藻、昆布各9g，用法同前，服30剂，月经来潮，病情显著好转，局部肿胀消退13cm，皮色不红，肌肉柔软，活动时偶尔发现有大拇指青筋暴露，仍以上方改为散剂服，每服6g，日2次，再1月，症状全部消失。

(2) 温经散寒

用于肢体寒冷发紫，疼痛剧烈，舌淡脉细，或脉搏难以触及属寒凝型慢性血管病。颜氏认为，仲景用通脉四逆汤治阴证厥逆、脉沉微细欲绝，取其伸发阳气、化凝复脉，可以效法。临床常以阳和汤与麻黄附子细辛汤加减，药用麻黄、附子、桂枝、细辛、毛冬青、白芥子、当归、川芎、红花等。本法温经散寒、回阳通脉、扩张血管，具有改善肢体血液循环作用。若与补气养血等法配合，灵活运用，

疗效更佳。

〔典型病例〕

谈某，男，35岁，木工。原患下肢关节炎，后因不慎扭伤足部，疼痛更甚，曾进行局部封闭，疼痛好转。但此后两下肢麻木不仁，不能行走，稍受寒冷，即出现雷诺氏症，症见两侧上下肢苍白青紫，自觉麻木胀痛，手足不用，苔薄白，脉弦细。证属脾肾不足、寒凝气血、瘀滞经络，治以温经散寒。处方：附子、赤芍各10g，桂枝、当归、川牛膝各15g，干姜6g，生黄芪24g，党参18g，白术12g，红花9g，甘草5g，服30剂后症状次第消失。继以河车大造丸，每次6g，日2次，连服3月而愈。

（3）清热解毒

用于局部红肿疼痛，高热烦躁，舌红、脉数等热毒型周围血管病，如急性血管炎以及病程日久，肢体出现溃烂继发感染者。颜氏认为，在具体应用时应根据热毒轻重和体质不同使用清热解毒、清热凉血、养阴清热等方法，常用方剂如仙方活命饮、五味消毒饮、犀角地黄汤、四妙勇安汤等。如脓水流滴，为湿热偏盛者，加用三妙散，同时配合活血化瘀以提高疗效。

〔典型病例〕

王某，男，37岁，工人。患脱疽1年，溃破疼痛，近来增剧，夜不安眠，舌红而干、苔薄黄，脉细数。证属瘀热交搏、气血运行不畅、脉络阻塞，治拟清热化瘀、和营通络。处方：金银花、玄参、丹参各15g，忍冬藤30g，当归、丹皮各9g，川牛膝10g，乳香、没药、生甘草各4.5g。另用中药洋金花浸液外洗，足趾溃疡逐渐愈合，下肢疼痛消失。

（4）扶正祛邪

用于身体虚弱、肌肉萎缩、肢体慢性溃疡久不愈合，或疾病恢复期，正气耗伤的周围血管病。颜氏认为，气血亏虚，血行不畅，艰涩成瘀，因虚而瘀，因瘀而虚，互为因果，久病难复，故须补益与祛邪并进。如正气虚弱、热毒炽盛，当以补气与清热同用。若病情处于稳定阶段，多以补益气血与活血化瘀兼顾，以防止复发。临床常用黄芪桂枝五物汤、补阳还五汤、桃红四物汤加减。

〔典型病例〕

章某，男，62岁，干部。阑尾炎切除术后出现下肢深静脉炎，行动后疼痛加剧，局部皮温较低，自觉胸痞心悸，舌淡、苔薄，脉沉涩。证属气血瘀滞，复以高年积劳，气分已虚，气虚则血流不畅，更益瘀血之势。故拟益气化瘀、标本兼顾。处方：生黄芪30g，桂枝、地龙各6g，当归、红花、川芎、王不留行各9g，桃仁、川牛膝、威灵仙各12g，8剂后，下肢有汗，为循环来复之兆，上方加鹿角9g，桂枝加为9g，以加强温通补益之力，连服12剂，症状完全消失。

（5）软坚散结

用于患肢结节、硬索状物、肿胀疼痛，或肢体麻木、发冷疼痛属痰瘀交阻型的周围血管病，如结节性脉管炎、血管瘤等，常用药物如夏枯草、牡蛎、玄参、海藻、昆布等，与化痰药如瓜蒌、贝母、海浮石或活血药如当归、莪术、红花同用。若病情顽固难愈则用虫类搜剔，如水蛭、土元、全蝎、地龙等以加强疗效。

〔典型病例〕

林某，男，30岁，工人。病已10多年，遍体大小紫色肿块，质软隆起，压痛不显，南京某医院诊为“血管瘤”，因范围广泛，治疗困难，建议中药治疗而来诊。症见舌紫、

苔薄腻，脉细涩。病已日久，痰瘀交结已成凝块，当软坚散结、活血化瘀。处方：海藻、昆布、贝母、当归、桃仁、红花、赤芍各9g，牡蛎30g，黄药子18g，柴胡、川芎、牛膝各4.5g，生地15g，甘草3g。7剂后局部紫色转淡，且有收缩之佳象。治有效果，仍守之，原方加水蛭粉（吞）3g，治后肿块逐渐收缩。病延已久，势难速效，上方再加莪术9g。7剂后将原方制丸常服，缓图根治。^[1]

2. 胡慧明诊治经验

胡氏治周围血管诸疾，在自创“通脉散”的基础上又拟“溶栓汤”，用以治疗多种周围血管疾病。溶栓汤由牛膝、地龙、水蛭、当归、泽泻、苍术各10g，连翘15g，金银花藤、丹参各30g，壁虎粉1.5~3g冲服，或壁虎10g同煎，皂角刺45~60g，生甘草6g组成（详见方药篇）。功用活血化瘀、清热利湿、散结止痛。主治血栓闭塞性脉管炎、下肢血栓性静脉炎、糖尿病坏疽、动脉硬化性坏疽、臁疮腿（大隐静脉曲张合并慢性溃疡）、下肢丹毒、下肢慢性骨髓炎等病。本方以地龙、水蛭化瘀通脉为主；辅以丹参、当归加强和营之功，并兼养血，以达化瘀不伤正；佐以泽泻、苍术利湿；金银花藤、连翘、壁虎解毒止痛；牛膝活血引药直达病所；皂角刺消肿散结；生甘草解毒，调和诸药为使。共奏活血化瘀、利湿解毒、散结止痛之功。

（1）血栓闭塞性脉管炎

胡氏认为本病虽因不通为患，实则血瘀为标，深究成瘀之因方为其本，只有标本同治才为上工。本病除血瘀症状又多见面色㿔白或萎黄，患肢冰冷，皮色苍白，趺阳脉减弱或消失，舌多淡或胖大，脉弦细或紧等虚寒之候。故溶栓汤方中减连翘、泽泻、金银花藤，加桂枝或肉桂、麻

黄各 9g，鹿角霜、白芥子各 10g，熟地 30g，以达化瘀止痛、温阳散寒、标本同治之目的。坏死期者局部又多红肿热痛、舌红苔黄，故本方又宜加强解毒泻火之品，玄参 30g，土茯苓 30g，丹皮 10g。后期坏死脱落肉芽生长缓慢，需加益气养血之品以促愈合，生黄芪 30g，党参、白术各 10g，当归加至 20g。

〔典型病例〕

患者男，40 岁，干部，门诊病历号 17041。自诉患脉管炎 3 年余，时轻时重，近日痛甚，夜不能寐。舌黯有瘀斑，脉弦紧，趺阳脉大减。予溶栓汤 6 剂。复诊曰病如前，送请胡氏诊治，胡氏云：舌黯有瘀斑，但舌胖、局部冰冷而白，应减连翘、金银花藤，配合阳和汤为宜。3 剂后，再诊疼痛大减。后胡氏调治月余而疼痛消失。

(2) 下肢血栓性静脉炎

本病临床分为深、浅部两大类，尤以浅部者更为多见。浅部者初起局部有索条状结节，红肿热痛，舌质多红、苔黄腻。胡氏在溶栓汤基础上加黄柏 10g，苡米 20g，连翘加至 30g，以加强清热解毒散结之力。外敷金黄膏，日 1 换。随湿热减而上药去，免过寒反血凝难化。

〔典型病例〕

患者，女，62 岁，门诊病历号 30041。患下肢静脉曲张 20 余年，小腿外侧沿曲张静脉有一条索状结节长约 8cm，红肿热痛，舌红、苔薄黄腻，脉弦滑。诊为血栓性静脉炎。上方加黄柏 10g，生苡米 20g，连翘加至 30g，每日 1 剂。外敷金黄膏，每日 1 换。4 剂后红肿全消，疼痛大减，条索状结节缩至 4cm，较前变硬。原方去黄柏，加蜈蚣 1 条，日 1 剂。共服 14 剂肿块消失。

(3) 臃疮腿（下肢静脉曲张合并慢性溃疡）

本病病机为血瘀在下而不能上循所致。针对本病常伴溃破久不愈合，肉芽不生情况，胡氏于原方中当归加至 30g，再加生黄芪 30g，白术 10g；渗液多者加车前子 10~20g；染毒红肿热病者连翘加至 30g，黄柏 10g。

【典型病例】

患者，女，61 岁，门诊病历号 13841。双下肢静脉曲张 30 余年。右足踝上 8cm 处溃疡，7 年未愈。疮面 4 处，大者 6cm×5cm，小者 1cm×5cm 左右，肉芽苍老不生，渗出多，伤口四周皮色黑。治以化瘀通络、健脾利湿为主。溶栓汤减连翘，加生黄芪 30g，当归加至 30g，另加白术 10g，车前子 20g，外敷金黄膏纱条，日 1 换。上方 10 剂后渗出大减，肉芽渐生，原方去车前子，外改生肌橡皮膏纱条，每日 1 换。前后治疗近 3 个月痊愈。

(4) 下肢坏疽

下肢坏疽属中医脱疽，常见有血栓闭塞性脉管炎、糖尿病坏疽和动脉硬化性坏疽，属缺血性坏死。胡氏用溶栓汤治之，效果十分显著；多数病人可免截肢之苦。糖尿病坏疽和动脉硬化性坏疽多发于年老体弱之人，属气阴两虚，舌多胖大而淡，溶栓汤方中再加入益气养阴之品，如生黄芪 30g，党参 10g，生地 30g。坏死者再加象牙粉 1.5g（冲）以加速好坏组织分离。

【典型病例】

患者，男，71 岁，住院病历号 37132。患者有糖尿病史 30 余年，右足大趾及足背突然发黑坏死，伴高热 2 天，诊为糖尿病坏疽收入院。入院后经抗炎、降糖治疗，1 周后发热退，坏死基本停止，改中药溶栓汤，连翘加至 30g，黄柏 10g，生黄芪 30g，生地 30g，象牙粉 1.5g（冲），每日 1 剂；局部外敷金黄膏，每日 1 换。1 周后去连翘加白术

10g, 每日 1 剂。1 个月后好坏组织分离, 施足大趾离断术, 术后继服前药, 伤口改敷生肌橡皮膏, 每日 1 换。前后 54 天伤口愈合而出院。^[2]

3. 唐祖宣诊治经验

(1) 血栓闭塞性脉管炎(阳虚型)

唐氏认为本病多由于阳虚, 不能鼓动气血运行, 导致气滞血瘀、寒凝之象相继出现。治疗主张以温阳益气、散寒活血复脉之法, 常用白芍、白术、茯苓、炮附子、桂枝、潞党参、黄芪各 30g, 红花、水蛭、乳香、没药各 10g。疼痛甚加麻黄 15g; 湿重加苍术 15g、薏米 30g; 病在下肢加牛膝 30g。

[典型病例]

刘某, 男, 38 岁, 1996 年 12 月 10 日诊治。1996 年春因涉水受寒诱发左下肢发凉、麻木, 继而跛行、疼痛、色变暗紫, 赴多处诊治, 均确认为血栓闭塞性脉管炎, 服中西药效果不佳, 经介绍求治于唐氏。症见: 形体消瘦, 面色黧黑, 表情痛苦, 自觉右下肢发凉、麻木、疼痛, 入夜尤甚, 夜难入眠, 痛时发凉, 暖则稍减, 右下肢色呈潮红, 抬高苍白, 下垂暗紫, 肌肉萎缩, 汗毛脱落, 肌肤枯槁, 右腿肚 30.5cm, 左腿肚 33cm, 左足背、胫后、腘动脉均消失, 股动脉搏动微弱, 舌质淡、苔薄白, 脉沉细迟。甲皱微循环检查: 甲皱微血管轮廓模糊, 管袢总数 11 根, 畸形 7 根, 管袢周围有渗出, 袢顶有淤血, 血色暗红, 流速缓慢。证属阳虚寒凝、脉络瘀阻, 治宜温阳益气、散寒解凝、活血化瘀。以上述基本方加川牛膝, 每日 1 剂, 日服 3 次。服 5 剂后疼痛减轻, 25 剂后疼痛基本消失, 可下床活动。共服 105 剂, 疼痛消失, 温度恢复正常, 趾甲汗毛开

始生长，肌肉明显恢复，右腿肚 33cm，左 32cm，可连续行走 300m 无不适感，动脉恢复搏动，甲皱微循环检查示微循环障碍有明显改善。

(2) 栓塞性坏疽

此类患者既往多有风湿性心脏病、心房纤颤、二尖瓣狭窄或心肌梗死等病史，多由卫阳不固，寒湿内侵，导致阳气不足，气血运行无力，瘀阻血脉而得，其病变多于下肢大动脉血管，发病急，进展快，病情重。治当以温阳益气、活血化瘀为主，常用方药如茯苓、炮附片、白芍、丹参、潞党参、白术、赤芍、苏木、红花、甘草等。

[典型案例]

孙某，男，61 岁，1997 年 2 月 21 日诊治。患者主诉下肢后部发凉，疼痛 7 天，右踝关节以下皮肤黯已 3 天。1 周前突发右足背剧烈疼痛，活动受限，在本地卫生院诊断不详，输低分子右旋糖酐及口服消炎止痛药物无效，患者自述既往曾有“前壁心肌梗死”、“心绞痛”每月发作 1~3 次，此次患病前曾有短时心绞痛发作。症见：形体消瘦，面色黧黑，右下肢发凉麻木，踝关节以下紫黯，剧烈疼痛，抱地而坐，夜难入眠，精神疲惫，心悸气短，右足背、胫后、腓动脉搏动均消失，皮肤枯槁，舌淡、苔白，脉促。查血白细胞 $8.2 \times 10^9/L$ ，中性 0.74，淋巴 0.23，单核 0.02，酸性 0.01，血红蛋白 115g/L，血红细胞 $4.40 \times 10^{12}/L$ ，血小板 $94 \times 10^9/L$ ，血沉 4mm/h，心电图提示陈旧性前壁心肌梗死。血液流变检查：全血比粘度、血浆粘度、红细胞压积、红细胞聚积指数和纤维蛋白原均高于正常值。证属寒凝脉络、瘀阻不通，治宜温阳益气、活血通络。方用：苍术、白芍、丹参、潞党参各 30g，白术、赤芍、苏木、炮附片各 15g，红花、甘草各 10g。右足用三黄酊外敷，消毒干纱布包扎以防溃破。

服上方 10 剂，疼痛减轻，夜能安睡 3~5 小时。上方加水蛭 15g，服 25 剂，肢体转温。继服 30 剂后，静止痛消失，右足黑色渐退，心绞痛也未发作。上方共服 78 剂，肢体转温，肤色红润，复查除心电图外，血常规、血沉、血小板等均在正常范围，血液流变学检查各项指标同前有明显改善。

(3) 雷诺氏病

本病之病机为营卫失调，阳气不达四肢，寒凝脉络，经络不通所致，治疗宜采用温阳益气、活血通络之法。唐氏常用方药为炮附片、桂枝、当归、白芍、细辛、甘草、水蛭、红花、黄芪、干姜、赤芍等。

[典型病例]

秦某，女，18 岁，1997 年 12 月 7 日诊治。患者自诉双手发凉、麻木、变色已 2 年，初次发作为 2 年前受寒冷刺激，双手手指突变苍白，继而变为青紫，初期在指尖部，逐渐发展至手掌，患肢发凉、麻木，冬季尤甚。症见双手发凉，右食指尖已结黑痂，冷水试验后，出现苍白，继而青紫、潮红症状，双手麻木、僵硬并有针刺感，舌质淡、苔白，脉沉细无力。甲皱微循环检查：管袢模糊不清，动脉管袢口径小，血流缓慢，血流量明显减少。证属营卫失调、寒凝脉络、气血阻滞；治宜温阳益气、活瘀通络。方用：桂枝、炮附片、水蛭各 15g，干姜、红花各 10g，当归、白芍、赤芍各 20g，细辛、甘草各 6g，黄芪 45g。服药 6 剂，患者自述双手麻木、发凉减轻，苍白、潮红次数减少。上方共服 36 剂，患肢右食指指尖退去一层黑痂，凉水试验症状已不发作，甲皱微循环检查各项指标较前均有明显好转。^[3]

4. 吴景芬诊治经验

吴氏认为，脉管炎发病是由于素体脾胃阳虚、复感寒

湿或湿热毒邪阻塞脉络。其病理变化为脉道闭塞、气血不通、四肢失荣。因此活血化瘀是治疗本病的基本方法。但本病不同阶段其治疗侧重亦不同：急性活动期以祛邪为主，好转期以活血化瘀为主，恢复期以扶正为主。吴氏将本病分为3型：阴寒型（初期），多属虚寒之证，多夹寒邪，治宜温经散寒、活血化瘀；郁滞型（中期），气滞血瘀明显，治以行气止痛、活血化瘀；热毒型（晚期），多属热毒蕴结之证，宜养阴清热、活血化瘀。

吴氏认为“不通则痛”，活血化瘀则能起到通则不痛的作用。治疗脉管炎，活血化瘀应为首选。基本方：当归25g，丹参50g，鸡血藤25g，赤芍50g，牛膝25g，红花15g，川芎25g，地龙25g。热毒盛者，加金银花、蒲公英、黄芩；凉甚者，加附子、肉桂、干姜；偏湿者加薏苡仁、防己、泽泻；瘀结不通加水蛭、山甲珠；剧痛者，加罂粟壳、乳香、没药、延胡索；虚弱者加党参、黄芪。

〔典型病例〕

高某，男，45岁，1989年4月12日初诊。右足趾剧痛、破溃2个月。某医院诊为3期脉管炎，劝其手术，患者不同意而来诊。症见右足拇趾皮色紫红、有瘀斑，汗毛脱落，趾甲增厚变形，趾甲下红肿破溃，右腿肌肉萎缩，足背动脉搏动消失，舌黯红，苔黄、中心干，脉沉弦稍数。诊为脉管炎（坏死期），证为热毒蕴结、阴液耗伤、脉络瘀阻。方用：通脉汤合四妙勇安汤加减。处方：金银花100g，玄参50g，蒲公英50g，赤芍50g，当归25g，丹参50g，地龙25g，牛膝25g，山甲珠15g，罂粟壳20g，水煎，每日3次服，每日1剂。同时破溃局部外敷庆大霉素控制感染。上方加减用之，连服60余剂，治疗2个月，创面愈合，皮色温度恢复正常，疼痛消失，足背动脉稍见搏

动,基本治愈。半年后随访,患肢恢复正常。^[4]

5. 奚九一诊治经验

奚氏对周围血管病的诊治,在传统活血化瘀辨证治疗的基础上,发展了辨证审因的独特经验,提出“因邪致瘀”、“祛邪为先”的学术观点,临床疗效较为可靠。

(1) 血栓闭塞性脉管炎

奚氏认为血栓闭塞性脉管炎属中医学血瘀之证。其“瘀”是由致病因子“邪”引起血管炎变而导致,在治疗上若见瘀治瘀,则致瘀之邪未去,新瘀还会不断发生,此非治本之道。他提出“因邪致瘀”的发病观点,在治疗上确立以“祛邪为先”,根据疾病的不同阶段辨证施治的原则。急性期——邪盛易致新瘀,所以缺血呈急性状态,其邪多为“湿热”或“热毒”,并常表现为里热外寒的假象。治疗宜清热解毒利湿为主,药用清脉 791-1 冲剂(药物组成:土三七、生甘草等),此期禁用活血之品。因为在急性活动期,活血药可激惹血管炎症的发展。缓解期——正虚瘀留,即其邪已去,但气阴两伤,瘀血停滞未化。治宜益气养阴、活血通脉,方用益气活血冲剂(药物组成:生黄芪、川石斛、鸡血藤等)。但也不必大队活血重剂,以免徒伤脾胃。稳定期——正复邪去、陈瘀已伏。治疗宜补肾固本、益气活血。方用六味地黄丸合益气通脉片(药物组成:党参、黄芪、当归等),以防复发。此外,在本病的外治方面,奚氏亦有独特见解。①缺血性坏疽宜干,干性疮面有利于感染的预防和坏疽的分界;②清创、截骨时机的选择,强调要在坏疽与正常组织有明显分界,近端组织肿胀消退,皮肤温度改善,提示血管炎变稳定,侧支代偿已良好建立的情况下方可进行;③足部湿性溃疡一般多伴有真菌及厌氧菌等混合感染,奚氏

善用祛腐杀菌的一枝黄花等药水煎浸洗。

〔典型病例〕

顾某，男，22岁。主诉：右足疼痛及小趾浅溃7个月，伴间歇性跛行，静息痛。检查：右足轻度苍白，皮温较左足明显降低，右足小趾末节屈侧浅溃疡0.5cm×0.5cm，肉芽暗红，有脓性分泌物，伴肿胀。两下肢动脉搏动：右股动脉（++）、腘动脉（+）、胫后及足背动脉（-）；左股、腘、胫后及足背动脉（++）。两下肢抬高苍白试验：右足I°/15"；左足（-）。心肺听诊（-）。心电图无异常改变。血管超声提示：右胫动脉闭塞。临床诊断：血栓闭塞性脉管炎——迁移活动期。中医辨证：热毒瘀阻血脉。治拟清解通脉，选用清脉791-1冲剂，每次1小包，日服3次，外用0.5%甲硝唑湿敷。经用祛邪方法为主治疗1月余，患足溃疡愈合，肿胀消退，静息痛消失，间歇性跛行明显好转，能常速步行1小时。

（2）深静脉血栓形成

奚氏认为深静脉血栓形成属中医学“脉痹”范畴。本病发作时多因热邪壅滞络脉，煎熬阴血而致脉络痹阻、气血不通。临床上可分为两个阶段：急性发作阶段——热壅脉络、瘀血稽留，属实热证。治宜清营泻瘀，方选清营化瘀冲剂、清络化瘀片（药物组成：牛角片、益母草、丹皮、大黄等），外用具有清热泻瘀的将军散（大黄等）加适量面和米醋调成糊状，敷于患肢，常可取得满意疗效。好转稳定阶段——热去瘀留、气虚湿滞，治宜益气化瘀、利湿消肿。方用益气通脉片和利湿消肿冲剂（苍术、生苡仁、马鞭草等），巩固善后。

〔典型病例〕

施某，男，55岁。主诉：左下肢肿胀疼痛1月余，行

走不便。检查：左下肢肿胀，小腿张力明显升高，伴皮温偏高，可见皮下浅静脉扩张，皮肤纹理增粗。两下肢周径比较：左股段增粗 8.5cm，小腿增粗 5cm。多普勒超声阻抗静脉血流图提示：左下肢静脉回流量明显降低。诊断：左髂股静脉血栓形成——亚急性期。中医辨证：热壅脉络、瘀血稽留。治拟清营泻瘀。方选清营化瘀冲剂，每日 3 次，每次 1 小包；清络化瘀片每日 3 次，每次 6 片内服；外敷将军散每日 2 次。6 天后复诊，患肢肿胀明显改善，皮肤张力显著下降。复查两下肢周径：左大小腿仅增粗 2.5～0.5cm。多普勒超声阻抗静脉血流图复查提示，左下肢静脉血流欠畅，比初诊检查明显好转。

（3）急性肢体动脉栓塞

奚氏认为，急性肢体动脉栓塞好发于老年患者，一般在动脉粥样硬化或严重心脏疾患的基础上而继发。发病大多危急，治疗亦颇为棘手。此病关键在于心气虚亏、心阳不振，导致痰凝塞阻脉络。治疗上急则强调温振心阳，以回阳救逆、扶持元气，方用人参四逆汤等。待心阳回复，缓则益气化痰通脉，方取王清任《医林改错》的补阳还五汤以补气活血，临床上常可取效。

〔典型病例〕

张某，男，67 岁。患者素有高血压、心脏房颤病史。3 天前突然左手前半掌麻木厥冷，得热不解。检查：神清，左手前半掌苍白，皮温下降，左桡动脉搏动消失。心电图提示：房颤，心率 70 次/min。诊断：心源性左前臂动脉急性栓塞。中医辨证：心阳不振、心气不足、络脉瘀塞。急予益气振阳、活血通脉，方用生黄芪 30g，炒党参 15g，川桂枝 10g，淡附片 10g（先煎），大川芎 15g，三七粉（吞服）2g，炙甘草 10g，水煎内服，每日 1 剂。5 天后复诊，左桡动脉搏

动恢复(++)，左手苍白消失，皮温正常，仅感左手麻木。嘱服清脉 791-1 冲剂和益气活血冲剂（药物组成：生黄芪、鸡血藤、大川芎等）补心气、通血脉，以巩固疗效。^[3]

【按语】

一、周围血管病的异病同治

血栓闭塞性脉管炎，是周围（四肢）血管炎症和闭塞，临床表现为患肢疼痛，夜间较重，麻木、间歇性跛行，发凉肢体动脉搏动减弱或消失。肢体动脉栓塞性坏疽是由于各种血栓堵塞了肢体动脉，肢体突然出现疼痛，皮肤苍白、麻木、厥冷、运动障碍及动脉搏动减弱或消失。由于血供障碍而产生坏疽。雷诺氏病是血管神经功能紊乱所引起的肢端小动脉痉挛性疾病，以阵发性四肢肢端（主要是上肢手指）对称性、间歇性发白与紫绀为特点。常因情绪波动及受寒而发作。上述这些疾病虽病名各异，但皆属于周围血管疾病，在疾病的发展过程中，都有血脉瘀滞、湿热蕴结、痰浊阻塞等病机存在，所以其治疗也多有相似之处。颜德馨提出活血化瘀、温经散寒、清热解毒、扶正祛邪、软坚散结 20 字要诀统治周围血管病，根据疾病某阶段的证候分别治之。胡慧明治周围血管诸疾，则立活血化瘀、清热利湿、散结止痛的专方“通脉散”和“溶栓汤”，在此基础上进行辨证加减治疗。

二、周围血管病的遣方用药要点

纵观上述医家治疗周围血管病的遣方用药，可以看出如下特点：

（一）活血化瘀着重于通脉

闭塞性周围血管病如动脉硬化性闭塞症、血栓闭塞性脉管炎、大动脉炎、深静脉血栓形成等，虽是不同性质的疾病，但由于其在动脉或静脉内均有血栓形成、血管狭窄或闭塞，均可引起血液循环障碍的病理表现，因此在临床治疗上不乏共同之处。现代医学认为，血栓形成的原因，有血管壁因素、血流因素和血液因素。其中血液因素是血栓形成的主要因素，它可分为血液凝固状态改变、血小板作用、血液流变学异常等。血液之能否在脉管中正常运行，取决于血与脉的状况。如心气充沛，脉管通利，血液粘稠适度，则血液能在脉管中循行无阻，通达全身。如脉管为瘀血或痰浊所阻，使其通达不利，或寒、热、瘀血、痰浊客于脉中，与血液相溶，使血液粘稠，则可使血液循行不流畅或迟缓，甚则脉道阻塞，血循离经。这与现代医学的观点，不无共同之处。因此，活血化瘀为周围血管病的重要治则之一。因周围血管病如闭塞性动脉粥样硬化、血栓闭塞性脉管炎、深静脉血栓形成等，血管皆有形成阻塞之势或已形成闭塞，故非一般活血和血能够取效。在治疗周围血管病时，多数医家主张活血重在通脉，成为经验之谈。其通脉之法，表现在如下几个方面：①阳虚寒凝不明显者，活血散瘀结合破血散血之品，如当归、红花、川芎、赤芍和水蛭、穿山甲、乳香、没药等并用；②阳虚寒凝者，活血化瘀结合温阳通阳之品，如附子、麻黄、炮姜等；③血瘀化热化毒，则活血化瘀配伍清热通络之品，如忍冬藤、地龙等。

（二）化痰结合软坚散结

周围血管病之痰浊，非肺之疾患痰浊可随咳吐而出，

为有形之痰。周围血管病之痰浊多随血脉流窜，附于血管壁，阻塞脉道，日久则坚附于上，甚则造成血管闭塞，为无形之痰。肢体坏疽、溃疡等无不与此无形痰浊有关。中医治疗周围血管病之痰浊的无形之痰时，多结合软坚散结之品，如穿山甲、皂刺、海藻、昆布等。以冀结散痰祛、血脉流畅。

（三）痰瘀并重

痰浊与瘀血均为人体受某种致病因素作用后所形成的病理产物，这些病理产物又能作为致病因素引起多种病症。其中痰浊是由水湿津液代谢障碍所形成，而瘀血则由气血失调导致血行不畅或血离经脉所酿成。痰证和血瘀证无论在发病机制、临床证候方面均有一定的内在联系。王纶说：“津液者，血之余，行乎脉外，流通一身，如天之清露。若血浊气滞，则凝聚而为痰。痰乃津液之变，如天之露也。故云痰遍身上下无处不到，盖即津液之在周身者。”张景岳说：“痰即人之津液，无非水谷之所化，此痰亦即化生物而非不化之属也，但化得其正，则形体强营卫充。而痰涎本皆血气，若化失其正则脏腑病，津液败，而血气即成痰涎。”这里指出痰浊形成的基本物质是水谷，血气亦可转化为痰饮。痰之既成，即随气升降，遍身上下无处不到。痰热互结，则为热痰；寒痰互凝，则为寒痰；兼有湿象，则为湿痰。痰可与气相结，可与瘀交阻。所到之处，痰浊瘀阻，百病由生。因此素有“痰生百病”、“百病皆由痰作祟”之说。在血管病的范畴中，痰浊阻滞于经脉，则因其粘滞凝涩之性，致脉络壅滞而痹阻，影响气血运行和经络的生理功能。此处之痰当属“无形之痰”，非其不见形质，乃因深存于经络之中。

在周围血管病的发病过程中，痰可说是无时无处不在。病之初期，痰与气结，阻遏脉道，气血受阻，凝滞不行，筋脉失养，则四肢间歇性疲劳或疼痛、麻木、感觉减退、肤温低、肤色苍白，舌苔白腻，脉弦滑。病之深入，痰浊不化，瘀血由生，痰瘀相兼，血循愈艰，乃至脉道渐闭，患肢失荣，疼痛加剧。痰瘀与热结，热毒壅盛，则肢体红肿灼痛，甚或肉腐化脓，舌苔黄腻或黄燥，脉洪数。痰瘀与寒凝，阻遏阳气，则患肢冰冷，肤色苍白或青紫，遇寒疼痛尤甚，舌苔白腻，脉沉迟。痰瘀与湿互滞，则患肢沉重肿胀，坏疽，创面粘滞不洁，迁延难愈，舌苔白腻，脉濡。病之愈久，痰之阻滞愈重。所谓痰有新久轻重之殊者也。痰浊可积于脉管内壁，渐次阻遏脉道，壅塞血流。亦可与瘀血相兼，使血瘀更重。可见痰浊瘀血是周围血管病的两个重要病理因素，在疾病的发展过程中，可随体质的不同，有热化寒化、酿毒和聚结成块的不同，临床应根据疾病的转化，分别治之。痰瘀化热酿毒者，治以祛瘀化痰、清热散毒；痰瘀寒化者，治以温阳活血化瘀，同时结合散结软坚通窜之品，如穿山甲、五味子、皂刺、水蛭等，则可望收到满意疗效。

（四）内外兼治并重

因周围血管疾病显现于四肢，表现为四肢尤其是下肢的血运行障碍、肢体疼痛肿胀，甚则溃烂。所以，某些临床医家在强调辨证论治的同时，还注重药物作用、内外并治，使药物直达病所。寒凝血脉者，常用透骨草、防风、川椒、艾叶、桂枝、苏木等洗或热敷患处，以促进血脉运行；湿热蕴积、肢体红肿者，常用苦参、黄柏、大黄等外洗，结合金黄膏等外敷，以清热利湿解毒。同时糜烂者，

可结合一些收敛生肌药帮助疮口愈合，多能收到一定效果。

三、周围血管病治疗的侧重点有所不同

周围血管病的中医治疗既有其相同之处，又因疾病的病理不同和临床证候的差异，治疗方法和遣方用药又各具特点。如血栓闭塞性脉管炎，主要病理环节多为两个方面，一为热毒蕴结血脉，表现为表浅静脉炎、红肿疼痛、肢体缺血，此时治疗多清热解毒、活血化瘀并重，方用四妙勇安汤合五味消毒饮结合凉血活血散血之品；二为阳虚寒凝较甚，表现为肢体缺血、夜间或寒冷时疼痛剧烈，此时治疗则以温阳散寒为主，方用阳和汤合辛温活血祛瘀药及活血止痛药如乳香、苏木、三七粉等。因此，血栓性脉管炎在疾病治疗过程中，注重于活血通脉，结合散寒、解毒等法进行治疗；闭塞性动脉粥样硬化，在血脉瘀滞的基础上，痰浊阻滞多较明显，临床治疗多在活血通脉的基础上，结合化痰祛浊的药进行治疗。如三妙散、草决明、焦山楂、泽泻等。深静脉血栓形成，多有肢体肿胀等血不利则为水的征象，故在辨证治疗和活血通脉的基础上，多结合活血利水药进行治疗，如丹参、益母草、泽兰、薏苡仁、木瓜、海桐皮、川牛膝等，以祛瘀行水并重；雷诺氏病多发现在上肢，以上血管痉挛为特征，病机多以阳虚寒凝为主，其阳虚多为心阳虚和卫阳虚，故其治疗多在温补心肺的基础上，加宣通阳气、活血化瘀之品，如当归四逆汤、黄芪桂枝五物汤等。其寒凝不象血栓闭塞性脉管炎，多位于肝肾深潜经筋。总之活血通脉是周围血管病治疗的共性。在此基础上，因病变部位或感邪轻重及性质不同，治疗上又有

所侧重，临床应给予注意。

(李立志 张春吉)

参 考 文 献

- [1] 吕立言. 颜德馨教授治疗周围血管病经验简介. 新中医, 1994, (7): 12~13
- [2] 陈宝元, 等. 胡慧明教授“溶栓汤”的临床应用. 天津中医, 1995, 12 (5): 1~2
- [3] 许宝华, 等. 唐祖宣老师在周围血管病中运用温阳药物的经验. 陕西中医学院学报, 1998, 21 (3): 28~29
- [4] 徐明, 等. 吴景芬主任医师治疗脉管炎经验. 中医函授通讯, 1996, 15 (3): 17
- [5] 单书健, 陈子华编著. 古今名医临证金鉴·外科卷. 北京: 中国中医药出版社, 1999

急性脑血管病

【概述】

急性脑血管病又称脑血管意外、脑卒中或中风，是一种突然起病的脑血液循环障碍疾病。泛指脑部动脉或支配脑部血液供应的颈、椎动脉发生病变，引起局部血液循环障碍，导致急性或亚急性脑损害。临床表现以突然或迅速出现受累区的相应症状和体征，以昏迷、失语、偏瘫等症状较为多见。发病多在40岁以上。本篇重点论述出血性脑血管病和缺血性脑血管病的名老中医治疗经验。急性出血性脑血管病主要包括脑出血和蛛网膜下腔出血，急性缺血性脑血管病主要包括脑血栓形成。急性脑血管病一般包括脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血及短暂脑缺血发作(TIA)等。

一、脑血栓形成

脑血栓形成是缺血性脑血管病中常见的类型。由于供应脑的动脉因动脉粥样硬化等自身病变使管腔狭窄、闭塞，或在狭窄的基础上形成血栓，造成脑局部急性血流中断，缺血缺氧，软化坏死，出现相应的神经系统症状，常出现偏瘫、失语。最常见的病因为动脉粥样硬化，且常伴有高血压，少见的原因有动脉壁的炎症，如结核性、梅毒性、化脓性、钩端螺旋体感染、结缔组织病、变态反应性动脉

炎等，还可见于先天性血管畸形、真性红血细胞增多症、血高凝状态等。由于动脉粥样硬化好发于大血管的分叉处及弯曲处，故脑血栓的好发部位为大脑中动脉、颈内动脉的虹吸部及起始部、椎动脉及基底动脉中下段等。由于脑动脉有丰富的侧支循环，管腔狭窄需达 80% 以上才能影响脑血流量，逐渐发生的动脉硬化斑块一般不出现症状，当内膜损伤破裂形成溃疡后，血小板及纤维素等血中有形成分粘附、聚集、沉着形成血栓，有时血栓的碎屑脱落阻塞远端动脉（血栓—栓塞），或血压下降、血流缓慢、脱水等血液粘度增加，致供血减少或促进血栓形成的情况下，即出现急性缺血症状。

脑动脉闭塞 6 小时以内脑组织改变尚不明显，属可逆性。8~48 小时缺血最重的中心部位发生软化即梗塞，脑组织肿胀、变软，灰白质界限不清，如病变范围大，脑组织高度肿胀时，可向对侧移位，甚至形成脑疝。镜下见组织结构不清，神经细胞及胶质细胞坏变，毛细血管轻度扩张，周围可见液体或红细胞渗出，此期为坏死期。动脉阻塞 2~3 天后，特别是 7~14 天，脑组织开始液化，周围水肿明显，病变区明显变软，神经细胞消失，吞噬细胞大量出现，星形细胞增生，此期为软化期。3~4 周后液化的坏死组织被吞噬和移走，胶质细胞、胶质纤维及毛细血管增生，小病灶形成胶质瘢痕，大病灶形成中风囊，此期称恢复期，可持续数月至 1~2 年。大多数脑血栓形成呈上述病理改变称白色梗塞；少数梗塞区，特别是近皮质者，由于血管丰富，于再灌流时可继发出血，呈现出血性梗塞或称红色梗塞。

本病多见于 50~60 岁以上患有动脉硬化的老年人，常伴有高血压、冠心病或糖尿病。多于静态发病，约 25% 患

者病前有 TIA 史。多数病例症状经数小时甚至 1~2 天达高峰。通常意识清楚,生命体征平稳,但当大脑大面积梗塞或基底动脉闭塞病情严重时,意识可不清,甚至出现脑瘤,引起死亡。卒中发作患者,多无意识障碍,神经系统症状及体征相对较轻,有血压降低或血灌注量不足者应考虑本病。最后确诊需依靠 CT 或 MRI 等影像学检查。

二、脑出血

脑出血是指非外伤性脑实质内出血,约占全部脑卒中的 20%~30%,死亡率高。脑出血绝大多数由高血压合并动脉硬化引起,仅有少数为其他原因所致,如先天性脑血管畸形、动脉瘤、血液病(白血病、再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜和血友病等)、梗塞性出血、抗凝或溶栓治疗,类淀粉样血管病、脑底异常血管网及脑动脉炎等。此外,绒癌脑转移及其他恶性肿瘤均可破坏血管引起脑内出血。虽然高血压是脑出血最常见的原因,但其发病机制至今仍有争论,单纯高血压不至于引起血管破裂,而是在血管病变的基础上血压升高所致。目前认为持续高血压可使脑内小动脉硬化、玻璃样变,形成微动脉瘤,当血压骤然升高时破裂出血,这种微动脉瘤已被微血管造影所证实,显微镜下也可见 250 μ m 以下的粟粒状动脉瘤。此外有人认为高血压引起血管痉挛致小血管缺氧坏死发生出血,出血融合成片即成较大的出血。脑内动脉壁薄弱,中层肌细胞及外膜结缔组织均少,且无外弹力层,这种结构特点可能是脑出血明显多于其他内脏出血的原因。

条件许可,CT 检查应作为首选,因脑出血发病后立即出现高密度影,可与梗塞鉴别。同时 CT 可显示血肿的部位、大小、是否有脑移位、有无破入脑室,以便决定治疗

方针。无CT的单位，对重症脑出血一般可根据临床表现做出诊断。对那些病情不十分严重，无明显颅压增高的患者可慎重进行腰穿，脑出血者脑脊液压力常增高，多呈血性。有脑疝及小脑出血者应禁做腰穿。

本病以50岁以上的高血压患者最多见。多在情绪紧张、兴奋、排便、用力时发病，少数在静态发病，气候变化剧烈时发病较多。起病前多无预感，仅少数患者发病前有头痛、头昏、动作不便、口齿不清等症状。发病突然，一般在数分钟至数小时达高峰，多表现为突然头痛、头晕、恶心、呕吐、偏瘫、失语、意识障碍、大小便失禁。血压多增高、根据出血部位不同，临床表现各异。脑血管造影适用于寻找出血原因，如脑血管畸形、脑动脉瘤、脑底异常血管网等。

典型病例多为50岁以上，有高血压病史，情绪激动及体力活动时突然发病，进展迅速，有不同程度的意识障碍及头痛、呕吐等颅内压增高症状，有偏瘫、失语等脑局灶体征，诊断不难。但小量出血与脑梗死相似，而重症脑梗死可出现明显高颅压症状甚至脑病，又与脑出血难以鉴别，此时需靠CT以助诊断。小量脑出血时做腰穿查脑脊液也有所帮助。

发病突然，迅速昏迷，局灶体征不明显的患者，应与可引起昏迷的全身性疾病如糖尿病、肝性昏迷、尿毒症、急性酒精中毒、低血糖、药物中毒、CO中毒等鉴别。应详细询问病史，仔细查体，如发现同向偏视、一侧瞳孔散大、一侧面部船帆现象、一侧上肢出现扬鞭现象、一侧下肢呈外旋位时，对诊断脑出血有帮助。此外，还应与外伤性颅内血肿，特别是硬膜下血肿鉴别。

三、蛛网膜下腔出血

蛛网膜下腔出血是指各种原因出血血液流入蛛网膜下

腔的统称。临床上可分自发性与外伤性两类，自发性又分为原发性与继发性两种。由各种原因引起软脑膜血管破裂血液流入蛛网膜下腔者称原发性蛛网膜下腔出血；因脑实质内出血血液穿破脑组织流入蛛网膜下腔者称继发性蛛网膜下腔出血。一般所谓的蛛网膜下腔出血仅指原发性蛛网膜下腔出血，约占急性脑血管病的15%左右，本篇所述者也仅限于此。

最常见的原因是先天性动脉瘤（50%~80%），其次是脑血管畸形和高血压动脉硬化。还可见于脑底异常血管网症（烟雾病）；各种感染引起的动脉炎、肿瘤破坏血管、血液病、抗凝治疗的并发症等。

脑动脉瘤好发于动脉分叉部，80%~90%见于脑底动脉环前部，特别是颈内动脉与后交通动脉、大脑前动脉与前交通动脉分叉处最为常见。由于动脉分叉部内弹力层和肌层先天缺失，在血流涡流的冲击下渐向外突出形成动脉瘤，多呈囊状，一般为单发，10%~20%为多发。动脉瘤虽为先天性，但通常在青年时才发展，故婴儿及儿童期很少发现。有人研究直径在4mm以下的动脉瘤一般不破裂，50%的病人出现症状在40岁以后。脑血管畸形多为动静脉畸形，血管壁发育不全，厚薄不一，常位于大脑中动脉和大脑前动脉供血区的脑表面。脑底动脉粥样硬化时，因脑动脉中纤维组织代替了肌层，内弹力层变性断裂和胆固醇沉积于内膜，经过血液冲击逐渐扩张形成梭形动脉瘤亦可破裂出血。

血液进入蛛网膜下腔后，主要沉积在脑底部各脑池中呈紫红色。如出血量大，血液凝结后，颅底的血管、神经可被掩盖。仔细分离脑底血管常可找到破裂的动脉瘤或病变血管。部分脑表面也可见薄层血凝块。脑膜可有轻度炎

性反应，以后可发生粘连。前交通支动脉瘤破裂，有时血液可穿破脑底面进入第五脑室（透明中隔腔）及侧脑室，血量多时可充满全部脑室。脑底大量积血和（或）脑室内积血影响脑脊液循环，30%~70%的病人早期即出现急性梗阻性脑室扩张积水，随着病情恢复多可好转，脑室逐渐恢复正常。约有5%的病人因蛛网膜颗粒受出血影响发生粘连，影响脑脊液吸收，出现不同程度的正常颅压脑积水。

此外，血液进入蛛网膜下腔后，直接刺激血管或血细胞破坏产生多种血管收缩物质（如氧合血红蛋白、肾上腺素、去甲肾上腺素、5-羟色胺等）刺激血管，使部分患者发生脑血管痉挛，这种痉挛多数为局限性，也可为广泛性，严重时可导致脑梗死。

各个年龄组均可发病，但以40~70岁为多。发病突然，可有情绪激动、用力、排便、咳嗽等诱因。最常见的症状是突然剧烈头痛、恶心呕吐、面色苍白、全身冷汗。半数病人可有不同程度意识障碍，以一过性意识不清为多，重者昏迷。20%可有抽搐发作。少数病人可出现精神症状，如烦躁不安，定向力障碍等。某些患者可出现头昏、眩晕、项背或下肢疼痛等。脑膜刺激征明显，常在1~2天内即出现。某些患者出现一侧动眼神经麻痹，提示为该侧后交通支动脉瘤破裂所致，其他脑神经麻痹少见。少数病人可出现一侧肢体轻瘫、感觉障碍、失语等，早期出现者多因出血破入脑实质和脑水肿所致，晚期往往系迟发血管痉挛引起。眼底检查25%可见玻璃体膜下片块状出血，这种出血在发病1小时内即可出现。这是诊断蛛网膜下腔出血相当有力的依据，出血量过大时，血流可侵入玻璃体内引起视力障碍。10%~20%可见视乳头水肿。

蛛网膜下腔出血容易发生脑血管痉挛，发生率为

31.6%~66%。早期痉挛常发生于起病不久,历时数十分钟或数小时即缓解,出血后早期发生一过性意识障碍和轻度神经功能缺失即可能是其结果。迟发痉挛多发生在病后5~15天,主要表现为意识障碍,局限性神经系统体征、精神障碍等,应与再出血鉴别。

60岁以上的老年患者临床症状常不典型,头痛、呕吐、脑膜刺激征都可能不明显,而表现精神症状或意识障碍。

蛛网膜下腔出血发病后数日可有低热,系出血后吸收热。少数重症患者昏迷深,可出现去脑强直、脑疝死亡。CT检查对诊断蛛网膜下腔出血和鉴别无明显肢体瘫痪的脑出血很有帮助,多数可见脑沟、脑池或外侧裂中有高密度影。某些患者同时可见脑室积血,血液可波及一个或全部脑室,或在脑实质内或沟裂中形成血肿。对脑血管痉挛引起的脑梗死和阻塞性脑积水均可得出明确结论。有时还可确定出血原因,如增强扫描后可显示血管畸形等;脑脊液检查脑脊液压力多增高,外观呈均匀一致血性。镜检可见大量红细胞,开始时红细胞与白细胞之比与血液相似,但可见皱缩红细胞。发病数小时非炎症性白细胞即出现,2~3天达高峰,1周左右中性粒细胞消失。发病3~6天见红细胞吞噬细胞。1周后红细胞破坏消失,脑脊液黄变,可见含铁血黄素吞噬细胞,蛋白常偏高,糖及氯化物正常。3~4周后脑脊液恢复正常。但含铁血黄素吞噬细胞往往持续存在数周甚至数月之久。突然剧烈头痛,恶心呕吐,脑膜刺激征(+)的患者,应高度怀疑本病,脑脊液呈均匀一致血性,压力增高,基本上可诊断,特别是眼底检查发现玻璃体膜下出血对诊断很有帮助。但近来国内学者研究1组250例临床诊断为蛛网膜下腔出血的病人,经CT检查,

仅 59.2% 为蛛网膜下腔出血, 40.8% 为脑叶出血、原发性脑室出血、小脑出血、尾状核头出血等无明显肢体瘫痪的颅内出血。因此查体必须细致, 有条件时均应做 CT 以鉴别。各种脑膜炎均有头痛、呕吐、脑膜刺激征, 但起病不如蛛网膜下腔出血急骤, 且开始即有发热, 腰穿查脑脊液可资鉴别。比较困难的是蛛网膜下腔出血发病 1~2 周后, 脑脊液黄变, 白细胞增加, 应与结核性脑膜炎鉴别。结核性脑膜炎发病较慢, 中毒症状重, 脑脊液蛋白增高明显, 糖、氯化物降低。某些以精神症状为主要表现者, 应与精神病鉴别, 需详细询问病史及检查, 如疑似本病者, 可腰穿查脑脊液或做 CT 检查以防误诊。

本病属中医“中风”的范畴, 与中医古籍中所载的“半身不遂”、“偏枯”、“偏风”、“痲风”、“类中风”等病相似。多是在气血内虚的基础上遇劳倦内伤、忧思恼怒、嗜食烟酒等诱因, 进而引起脏腑阴阳失调, 阴亏于下, 阳亢于上, 内风旋动, 气血逆乱, 夹痰夹火, 蒙蔽心窍, 横窜经络, 而发生猝然昏仆, 口眼喎斜, 半身不遂诸证。本病根据临床表现有中经络和中脏腑之分。

【名医经验】

1. 张琪诊治经验

张氏治疗急性脑血管病, 根据疾病的不同情况, 自拟七法, 试之临床颇有疗效。

(1) 化痰清热、通腑泻浊

适应证: 中风入脏腑(脑出血), 痰热壅闭清窍、腑实不通。症见猝然昏倒, 神志不清, 面红, 口渴, 痰声曳锯,

牙关紧闭，偏瘫，息鼾，大便不通，小便赤涩，两手紧握，体温高，舌苔黄腻、舌质红干，脉弦滑或弦数有力，瞳孔固定，眼球干涩，呼吸气粗，胸部烦热，时去衣被，血压高。药用：半夏 15g，胆星 15g，橘红 15g，石菖蒲 15g，郁金 15g，黄芩 15g，白蒺藜 15g，元参 20g，麦冬 20g，菊花 20g，黄连 10g，大黄 15~25g，生地 25g。另冲服安宫牛黄丸、清心丸、至宝丹之类以醒脑开窍；刺人中、水沟、十宣等穴以清神志。加减：大便闭结不通加芒硝 15g（冲），四肢抽搐加全蝎 3g，蜈蚣 1 条（冲）。

本方为化痰清热通腑之剂，治疗中风痰热内壅之闭证。方中半夏、胆星、橘红化痰；黄芩、黄连清热；菖蒲、郁金开窍；生地、元参、麦冬滋阴清热；大黄泄热通腑。

此病患者多数大便不通，甚至 7、8 日不便，神志昏迷不醒，全身蒸蒸发热，脉象弦滑有力，舌红绛、苔黄燥。服此方大便通利，下燥屎后，多数患者神志可随之而醒。张氏认为，方内大黄一味，甚为重要，用量足方能取效，量小则大便不下，神志亦不能好转。另外，脑出血之病机，乃血因热迫而外溢，所谓“热伤阳络”，用大黄可协同其他药泄热，热清则血止。若见血止血，用止血药治疗则为舍本求末，反不能取效。安宫牛黄丸、至宝丹、清心丸之类为凉心开窍剂，如用于中风之热闭，用量小则杯水车薪不能取效，可采取每次 2~3 丸鼻饲，4 小时 1 次，大剂量连续用药，使其能胜病方效。

（2）辛温开窍、豁痰醒脑

适应证：中风入脏腑，痰气（寒痰）郁结，扰于心神，窍络闭阻之阴闭证。症见昏不知人，痰声辘辘，四肢不温，面白唇紫，舌苔白腻，脉象沉滑，无狂躁，静而不烦，口眼喎斜，偏瘫，两拳握不紧。治以豁痰开窍。药用：清半

夏 20g, 陈皮 15g, 茯苓 20g, 甘草 10g, 枳实 15g, 竹茹 15g, 菖蒲 15g, 胆南星 15g, 郁金 15g。另用苏合香丸以辛温开窍豁痰。

本方即导痰汤加味, 为豁痰开窍之剂, 痰除窍开则神志苏醒。寒痰蒙闭, 不可用凉开之药, 必用辛温芳香开窍醒脑之苏合香丸, 但用量小则药力不逮, 2.5g 重丸药, 每次可服 3~4 丸, 4 小时 1 次, 采取连续用药法, 以神志清醒为止。阴闭用温开豁痰后, 病人神志清醒, 常出现舌红、苔燥、口干, 手足由凉转热, 由阴转阳, 病有向愈转机, 此时宜停服温药, 防止伤阴。本方的要点在于痰湿蒙闭心包, 因未化热, 故防止寒凝之药使痰热塞闭, 化痰则同, 清热除湿则异。又“脾脉络胃, 夹咽, 连舌本, 散舌下”, “心之别脉系舌本”, 风痰中于二经, 壅塞经络, 则舌强不语。本方除风痰, 开窍络, 治舌强难言颇效。

(3) 滋阴潜阳、清热平肝息风

适应证: 中风苏醒后, 阴亏阳亢, 心肝二经风火上升。症见头痛, 心烦不寐, 半身瘫痪, 舌强难言, 手足热, 脉弦滑或弦数, 血压一般偏高。处方: 生地 25g, 玄参 25g, 酸枣仁 25g, 生赭石 30g, 珍珠母 30g, 川连 10g, 柏子仁 20g, 生牡蛎 20g, 生龙骨 25g, 甘菊花 10g, 夏枯草 25g, 怀牛膝 20g。

本方用生地、玄参、赭石、龙牡、珍珠母滋阴潜阳; 酸枣仁、柏子仁安神养心; 怀牛膝、夏枯草引血下行; 菊花、黄连清热息风。如大便秘者, 加大黄以泄热通腑; 热盛者加生石膏; 痰盛者加竹沥、天竺黄、胆星; 心烦不寐者加阿胶、鸡子黄冲服。另本方对高血压病及高血压脑病, 辨证属肝阳亢盛者亦效。

(4) 清热养血、疏风通络

适应证：中风入经络，血虚不能荣筋，邪热内蕴，外为风邪所中。症见半身不遂，口眼喎斜，舌强、语言謇涩，意识清，头晕，手足麻，或寒热，肢体拘急，脉浮滑或弦滑兼数，舌边红、苔白。见于脑血栓形成及脑出血之轻者，或脑出血后遗症及脑血管痉挛等。药用：秦艽 15g，羌活 20g，独活 20g，防风 10g，川芎 15g，白芷 15g，黄芩 15g，生地 40g，熟地 40g，生石膏 50g，当归 20g，赤芍 15g，苍术 15g，甘草 10g。

本方有清热养血、疏风通络之作用，以治风中经络而兼内热者。秦艽、防风、羌活、独活、白芷疏散风邪；当归、川芎、生熟地、赤芍养血和营。养血与疏风合用，体现了扶正祛邪的治疗原则，兼风热故用生地、石膏、黄芩以清热，苍术除湿，合而为剂，使邪祛、筋舒。邪祛正不伤，诸症自可向愈。本方应用重点，在于风邪夹热，血虚不能荣筋，故肢体拘急，手足热，舌红苔白，脉弦滑兼数等。因属血虚夹热，故用四物汤补血和血，又用石膏、黄芩清热。补血与清热合之以治内，再加祛风之剂以治外，内外并治则风自除。由于风邪夹热留滞经络，切忌一味纯补，误补则邪气滞而不去，促使病情加重。

(5) 疏风清热、活血通络

适应证：中风入经络（脑血栓形成），风邪夹热入于经络。症见半身不遂，酸软无力，头昏，口眼喎斜，舌苔薄白而干，脉浮数或弦数。处方：钩藤 15g，独活 15g，菊花 15g，黄芩 15g，生石膏 40g，赤芍 20g，全蝎 7.5g，红花 15g，丹参 20g，川芎 15g。

方中独活、全蝎祛风；钩藤、菊花息风；石膏、黄芩清热；赤芍、红花、丹参、川芎活血通络。合而为剂，以治风热交炽邪入经络之证。临床观察多见于脑血栓形成初

期有热者。此类型忌用补药，误补易使经络壅塞邪气不除，病必加重。辨证应注意舌苔白干、质红，脉象弦而有力或滑数。

(6) 培元固本、开窍豁痰

适应证：中风（脑血栓形成及脑出血后遗症等）后，肝肾阴亏，阴损及阳，虚风内动，肾气不能上荣，痰浊循心肾二经上泛闭阻窍络者。症见舌强、语言不清（暗瘕），肢体麻木弛软，偏废不用，口眼喎斜，饮水呛，口干痰多，舌淡，脉虚弦、尺沉弱。治宜补肝肾之阴为主，辅以助阳以固本，开窍豁痰以治标，标本兼顾，以治本为主，使水升火降，内风自息。处方：熟地 30g，山茱萸 20g，石斛 20g，肉苁蓉 20g，巴戟天 15g，枸杞子 20g，麦冬 20g，五味子 10g，菖蒲 15g，远志 15g，肉桂 7.5g，附子 7.5g，茯苓 20g。

本方用熟地、山茱萸、枸杞子滋补肾阴为主，辅以苁蓉、巴戟天、附子、肉桂以助肾阳，阴阳充则真元得以温养，浮阳摄纳；肉桂、附子引火归原，使阳纳于阴；石斛、麦冬、五味子滋补阴液；茯苓、菖蒲、远志开窍化痰，治上治下，而以治下为主。张氏强调，肉桂、附子于补肾阴药中温肾阳，引火归原使阳纳于阴中。用量宜小，临床用于治疗中风后遗症甚效，不用桂附则疗效较差。本法是从补肾入手，适于“阴亏于前，阳损于后，阴陷于下，而阳浮于上，以致阴阳相失，精气不复”者，故在补肾之时，又当兼顾肾中之阴阳，使其保持相对的平衡，不至于偏盛则效。

(7) 补气、活血、通络

适应证：气虚类中风（脑血管意外后遗症）。气为血之帅，气虚无力推动血液运行，偏注一侧，症见半身不遂，

口眼喎斜，口角流涎，语言不清，小便频数，全身无力，短气自汗，脉虚或缓弱，舌淡润。处方：黄芪 100g，川芎 15g，赤芍 15g，归尾 15g，地龙 15g，桃仁 15g，红花 15g，丹参 20g。

本方适用于缺血性中风，属于气虚血滞所致之半身不遂、口眼喎斜、语言蹇涩等症。由于病机非风、痰、火，故不用祛风豁痰及清火之品，而以补气，辅以归尾、川芎、赤芍、桃仁、红花、地龙等活血通络，合之可使气旺血行，瘀去络通诸症自可渐愈。本方黄芪为主，用量一般为 100g 为宜。但黄芪量大，又连续用，常出现胸脘痞满，可稍佐理气之药，如陈皮、枳壳、香橼之类。又黄芪性温，用量多时，易出现口干、咽干热证，可加麦冬、花粉、石斛等滋阴清热。张氏用此方治疗脑血栓形成后遗症屡效，尤以肢体功能恢复较明显。虽血压高，但辨证不属肝阳上亢及风火痰热者亦无碍。

【典型病例】

1. 刘某，男，46 岁，工人。1970 年 4 月 14 日初诊。有高血压病史，1 周前突然昏迷跌倒，继则出现右侧上下肢瘫痪。经某医院诊断为脑内囊出血。病人意识不清，口眼向左歪斜，牙关紧闭，右侧瞳孔散大，高热持续不退。血压 170/100mmHg，病理反射阳性。虽用多种抗生素，其热不退。1970 年 4 月 14 日请中医会诊。病情如下：病人昏不知人，右侧肢体瘫痪，口角歪斜，面颊赤，唇干，胸部烦热，牙关紧闭，喉中痰声曳锯，呼吸气粗，双手紧握，大便 7 日未行，遗尿，小便赤涩，腹部拒按，发热不退，舌红、苔黄燥，脉象滑数有力。病属中腑，痰热内阻、腑实不通。以化痰清热、开窍通腑泻浊之剂。处方：半夏 15g，橘红 15g，麦冬 20g，玄参 20g，生地 25g，川连 10g，

黄芩 15g, 郁金 15g, 菖蒲 15g, 大黄 10g, 菊花 20g (后下), 蒺藜 20g, 甘草 10g。4 月 17 日二诊: 服前方 2 剂, 体温降至 37.2℃, 病人意识稍清, 可对话一二句, 烦热之象大减, 牙关已开, 大便仍未行, 小便已知, 舌苔厚而干, 脉弦滑有力。此痰热及内结之实热稍减, 清窍见利, 但大便未通, 以前方增减, 加芒硝以软坚通便。处方: 大黄 15g, 芒硝 15g (冲), 橘红 15g, 枳实 15g, 郁金 15g, 川连 10g, 黄芩 15g, 菊花 15g (后下), 玄参 20g, 生地 20g, 麦冬 20g, 茯苓 20g。4 月 20 日三诊: 服药 2 剂, 大便下行 3 次, 量较多, 坚硬成块, 意识逐渐转清, 已能对话, 烦热已除, 舌质鲜红、苔白干, 体温 36.4℃, 喉部痰声已减, 从证候可知腑实已通, 痰热得清, 清窍已开, 继续以前法治之。处方: 半夏 15g, 胆星 15g, 橘红 15g, 茯苓 15g, 菖蒲 15g, 郁金 15g, 玄参 20g, 甘草 7.5g, 川连 10g, 黄芩 15g, 大黄 7.5g, 生地 20g, 麦冬 20g。4 月 27 日四诊: 服药 3 剂, 舌强已明显好转, 吞咽稍呛, 右侧半身偏瘫, 舌质红, 苔已退, 脉弦滑。宜清热养血活络。处方: 秦艽 15g, 羌活 10g, 独活 15g, 防风 10g, 川芎 15g, 白芷 15g, 黄芩 15g, 生地 20g, 生石膏 40g (碎), 当归 20g, 白芍 20g, 苍术 15g, 茯苓 15g。5 月 3 日五诊: 服前方 5 剂, 诸症悉减, 尤以患侧肢体功能恢复明显, 血压 150/100mmHg, 舌脉同前, 继续服前方。5 月 15 日六诊: 服药 6 剂, 肢体功能明显恢复, 可扶杖下地走几十步, 上肢稍能抬起, 仍用上方加地龙 15g。5 月 27 日七诊: 服上方 8 剂, 肢体功能明显恢复, 以前方增减续服。

2. 王某, 女, 72 岁, 1971 年 12 月 27 日初诊。有高血压病史, 常头痛, 眩晕。于 1971 年 12 月 24 日突然昏迷, 跌倒, 意识不清, 左半身偏瘫, 病理反射阳性。某医院诊

断为脑出血，定位在内囊内侧。病人发热不退，体温在 $38.5^{\circ}\text{C}\sim 39.0^{\circ}\text{C}$ ，给庆大霉素、红霉素热不退。或一时下降，旋即又升。同时给维生素K、硫酸镁等止血及降低颅内压药物，病人昏迷渐加深。12月27日诊时，病人昏迷不醒已3夜4天，面颊潮红，右侧瞳孔缩小，身热（体温 38.5°C ），头额发热，手心热，大便4日未行，牙关紧闭，小便赤涩，遗尿，气促，口眼喎斜，左侧上下肢偏瘫。舌绛、苔黄燥，脉象弦劲滑数。血压 $160/90\text{mmHg}$ 。此属中腑闭证，因肝阳暴涨，痰火壅盛，清窍闭塞，实热内结所致。治宜清肝泻火、豁痰开窍。处方：半夏15g，橘红15g，茯苓15g，郁金15g，黄芩10g，川连7.5g，菖蒲15g，生地20g，麦冬15g，大黄7.5g，菊花15g（后下），蒺藜15g，甘草5g。12月29日二诊：服前药2剂，体温下降至 37°C ，意识转清，仍呆滞，额痛，胸部烦热，扬手掷足，大便未行，下腹左侧拒按，小便黄，舌苔白厚而燥、舌质绛，六脉弦劲滑数。此清窍虽开，痰热稍轻，但腑实未通，宗前法加重滋阴泻下之力。处方：大黄15g，生地30g，玄参25g，麦冬25g，黄芩15g，川连10g，半夏15g，橘红15g，菖蒲15g，桃仁15g，蒺藜20g，甘菊花15g（后下）。1972年1月2日三诊：继服前方2剂，大便秘行2次，量多，大多如羊矢之状，坚硬奇臭，便后头额已不痛，体温降至 $36.4^{\circ}\text{C}\sim 36.5^{\circ}\text{C}$ ，烦躁畏热等症消失，意识清醒，睡眠好，饮食已知味，左侧上下肢瘫痪，血压 $180/140\text{mmHg}$ ，舌质转红、舌苔薄，脉象弦滑不数。此腑实已通，清窍开，痰热清，已脱离险境。再以清热化痰息风之法善其后。处方：半夏15g，橘红15g，茯苓20g，竹茹15g，甘草10g，菖蒲15g，川连10g，黄芩15g，生地20g，麦冬20g，甘菊花15g（后下），钩藤15g（后下）。1

月6日四诊：用前方2剂后，食欲转佳，头已不痛，意识清醒，体温正常，舌苔退，脉弦无力。血压140/80mmHg。但不欲言，右侧上下肢偏瘫。以养血疏风活络法治之以改善肢体功能，但年迈之人，恢复非易。

3. 刘某，男，47岁，干部。1974年2月10日初诊，病人素有脑动脉硬化病史。2周前感觉右侧上肢酸麻软弱，不能持重物。1月28日夜間，睡眠醒后出现右侧上下肢瘫痪，口眼喎斜，饮水呛，舌强、语言謇涩，血压160/100mmHg，经某医院诊断为脑血栓形成，曾用芦丁、低分子右旋糖酐等，患侧肢体略有恢复，但不明显。2月10日会诊，症状同前，舌质红、无苔，脉象左虚弦、右细弱。此由心肾阴亏、肝风内动，夹痰浊上阻于廉泉，是以舌暗不能语，足废不能用，此为肾虚内夺之风痲症。以河间地黄饮子大补肾阴佐以温阳，使阴阳相济，以平内风。处方：熟地40g，石斛10g，麦冬15g，五味子15g，菖蒲10g，远志15g，肉苁蓉20g，巴戟天15g，枸杞子15g，菟丝子15g，肉桂7.5g，附子7.5g。3月2日复诊：连服前方13剂后，患肢不遂明显好转，能扶杖走十余步。上肢可伸缩上下活动，但仍软弱无力，舌较笨重，语言吃力。左脉虚弦稍有力，右脉弦细。药已对症，继以前方治之。3月28日复诊：继用前方20剂，患侧肢体功能进一步恢复，能扶杖行百余步，说话已基本恢复正常。饮水不呛，口眼已不歪斜，惟头部时昏，健忘。血压140/94mmHg。脉象左弦滑、右弦细无力。遵前法继续治疗。4月30日复诊：服上方6剂，走路及说话大致同前。宗前方不变，继用远志15g，肉苁蓉20g，巴戟天15g，甘菊花15g（后下），菖蒲15g，钩藤15g（后下）。4月24日复诊：连用前方10剂，口唇麻及眼斜明显好转，舌见软，语言较清，患侧上下肢

比前有力，尤以下肢明显，能下地扶杖走几步，六脉稍有力。遵前方续进。5月4日复诊：连用6剂，唇麻眼斜及语言基本恢复，半身不遂明显好转，脉左右渐有力，嘱继续用本方以善后。

4. 金某，男，85岁，退休工人。1977年7月4日初诊。口角流涎，颜面向左歪斜，左半身不遂，血压不高，意识清，语言正常，舌光红无苔，脉象弦滑，西医诊断为脑血栓形成。中医诊断为风中经络，属气阴两虚，络脉瘀阻，以益气滋阴、活血通络法治之。处方：黄芪50g，赤芍15g，川芎15g，当归20g，地龙15g，桃仁15g，红花15g，石斛20g，生地20g，麦冬15g，麻仁20g，肉苁蓉15g。8月18日复诊：服上方20剂，已能下地走路，上肢能抬，口角恢复正常，大便通，意识清，舌红苔薄，脉弦滑，继用前方以巩固之。

5. 姜某，女，50岁，工人，1973年9月6日初诊。病人于本年6月间患脑出血，现遗右半身瘫痪，上下肢不能动，足仅能上翘，手指能微动，颈强，咽干口燥，自汗、恶风、头痛、手足热，舌强语謇，舌红干，脉象弦滑有力。血压180/110mmHg。病机为内则血虚夹有燥热，血为热耗，无以营养筋骨；外则风邪中于经络，络脉痹阻，筋骨为之不用。遵“治风先治血，血行风自灭”之旨，以养血清热、疏风通络之剂治之。处方：秦艽15g，羌活10g，独活10g，防风10g，川芎10g，白芷10g，黄芩15g，生地20g，熟地20g，生石膏50g（碎），当归20g，赤芍20g，葛根25g，甘草7.5g。11月16日二诊：用前方10剂，患侧肢体有明显恢复，上肢可拿一般较轻物品，下肢能扶杖走10~20步，颈已见柔，头痛减轻，血压150/90mmHg，仍口渴，自汗，恶风，舌红稍润，脉弦滑略见缓象。方取

前意，酌为加减。处方：羌活 10g，独活 10g，桃仁 15g，葛根 20g，桂枝 15g，川芎 15g，白芷 15g，石膏 40g（碎），防风 15g，生地 20g，熟地 20g，赤芍 20g，茯苓 20g，甘草 10g。12月10日三诊：服前方 10 剂，患侧肢体功能继续恢复，可在家人陪伴下来门诊就诊。舌转润，脉弦缓，血压 110/70mmHg。此热清血和，风邪祛除，仍以养血疏风之法。处方：羌活 10g，独活 10g，川芎 15g，当归 20g，生地 20g，熟地 20g，赤芍 15g，防风 10g，白芷 10g，川牛膝 15g，秦艽 15g，甘草 10g。1974 年 1 月 5 日四诊：服前方 10 剂，患肢已基本恢复正常，仅步履稍欠灵活，嘱其继服上方数剂，以善后。

6. 张某，女，39 岁，工人。1976 年 7 月 11 日初诊。因其母在某县病重，闻讯之后，急赴某县，旅途过劳，回家中途，突然不能说话。经针灸治疗，约 10 小时后，始能言语。但舌僵硬，说话吃力，右上下肢麻木，手不能持重物，艰于行走。血压 110/70mmHg。舌苔白厚稍干，脉象沉而有力。观其脉症乃属里热蕴蓄，外为风邪所袭，风中于络之证。当以祛风清热，活血通络法治之。处方：白芷 15g，独活 10g，川芎 15g，赤芍 15g，生地 20g，黄芩 15g，生石膏 40g（碎），麻黄 7.5g，防风 10g，甘草 5g，菊花 15g（后下），桔梗 15g。7 月 19 日复诊：服药 3 剂，全身微微汗出，头痛、发热大减，舌强见柔，说话流利如平素，右半身麻木亦愈十之七八。舌苔白转润，脉象沉滑。此乃风撤热清之征，继用前方增减。处方：钩藤 20g（后下），甘菊花 15g（后下），麻黄 10g，黄芩 15g，生石膏 40g（碎），薄荷 10g，地龙 15g，白芷 15g，红花 15g，赤芍 20g，川芎 10g，甘草 7.5g。随访此病人，服药 6 剂肢体功能和言语已基本恢复。

张氏认为，本例系真中风。《医宗金鉴》称“风邪外中伤肢体”即此类。因系外中风邪，故有“六经形证”，如右半身麻木、无汗等。治疗方法当以散风泄热驱邪为主，仿小续命汤加减治之。二诊周身微汗出，半身麻木大减，语言流利，全身症状消除，是内热得清，风邪外出之兆。^[1]

2. 汪履秋诊治经验

汪氏治疗中风，简言之，可用“开窍、通腑、活血、调气、扶正”十字加以概括。汪氏认为，急性脑血管病，对伴有意识障碍的中脏者强调以开窍为先，认为尽早地使用开窍剂，促使神志清醒，对中风中脏腑的预后有极其重要的意义。在使用开窍剂时，一要注意及早使用；二要反复使用，直至窍开；三要辨证选用开窍剂。中风中脏腑闭证多为痰火炽盛，常有胃热积滞，腑气不通，大便秘结，舌苔厚腻。此时证情每多危重。清火化痰是所必须，然往往难取速效，惟攻下一法可迅速荡涤肠腑中积滞，大便一通，邪热下泄，痰火之势每亦随之转衰，窍闭渐开转危为安。即使大便不甚干结，只要痰火壅盛亦可使用通腑法，即“釜底抽薪”法。刘完素的三化汤（厚朴、大黄、枳实、羌活），就是治疗中风二便不通的方子。从现代医学研究来看，它不但能排出积于肠内的代谢废物，还能降低颅内压，对缓解症状具有较大的意义。通腑泻热临床常用大承气汤，药如大黄、玄明粉、枳实等，或煎汤灌肠，或鼻饲，亦可使用保留灌肠法，不过使用攻下药要注意适度，以免泻下过频，正气受损。

〔典型病例〕

1. 魏某，55岁，1962年3月20日入院。素有高血压病史，2小时前突然昏倒，口角喎斜，急诊入院。查患者

神志昏迷，口角向左侧歪斜，右侧上下肢瘫痪，面赤气粗，舌苔黄腻，脉象弦滑。诊为中风中脏腑。一派痰火内闭，神窍被蒙之象，即予清火化痰剂每日1剂鼻饲，并加用牛黄清心丸每日2粒，连服11天，症情未见好转，昏迷仍然不醒。查患者大便三四日一行，肺气不通，痰火难清。除继服牛黄清心丸外，改用攻下通腑法，加用大黄、玄明粉等，连服5剂，终于神志转清，病情明显好转，后遗半身不遂，门诊继续调治。

汪氏认为，中风病理虽有风、火、痰、瘀、气等，然痰是一个特别重要的病理因素，所谓“无痰不中风”。朱丹溪曾云：“中风大率主血虚有痰，治痰为先”。故化痰之法贯穿在整个治疗过程中。曾有“痰一化，窍自开，络自通，风自灭”之说。中脏腑急性期，痰涎壅盛者，常用陈胆星、竹沥、半夏、川贝、远志、竹茹、僵蚕、石菖蒲、矾水、郁金等药煎汤灌服或鼻饲，同时还可加用竹沥水、猴枣散、雪羹汤（荸荠、海蜇）等以加强化痰之功。中经络和中脏腑后期遗有半身不遂，手足活动不利者，常用指迷茯苓丸化痰通络；语言謇涩者常用解语丹化痰通窍。

2. 石某，女，63岁。素有头昏头痛。两天前因恼怒，突然昏仆，不省人事。翌日神志稍清，但仍呆钝不能言语，右半身不遂，口角左歪，在某医院急诊为高血压、脑出血。患者高龄肥胖之躯，痰湿素盛，复因暴怒伤肝，肝阳化风，夹痰上扰清空，蒙蔽心包，以致突然昏仆，神迷嗜睡。风痰入络，络脉痹阻，则见半身不遂，口眼喎斜，舌强不语。痰气闭阻，则胸膈闷塞，喉间痰多，舌苔白腻，脉象弦滑，均属痰浊偏盛之象。治以平肝息风、化痰开窍，方选半夏白术天麻汤合温胆汤加减。处方：明天麻10g，钩藤12g（后下），炙远志6g，炒竹茹6g，苍术10g，橘红5g，炒枳

实 6g, 竹沥半夏 10g, 矾水郁金 10g, 川厚朴 5g, 石菖蒲 5g, 连皮茯苓 15g (包煎)。药进 2 剂, 神志已清, 语言渐利, 喉间痰少, 惟右手足仍然不用。原方略减开窍涤痰之品, 配合针灸宣通经络。第 5 天右腿渐能活动, 嘴歪逐渐复正。第 12 天右臂渐渐有力, 稍能抬举, 但不能持重。继以原方加归、芍养血和络, 共服药 30 剂, 口能言, 手握, 足能履, 遂拟调摄方出院继服。

汪氏十分重视瘀血与中风发病的关系, 认为缺血性脑血管病为血液粘滞阻塞致病, 出血性脑血管疾病为血溢脉道, 出血致瘀, 二者均有瘀的因素存在, 故活血化瘀为现在临床常用之法, 此即“治风先治血, 血行风自灭”之意。认为在中风急性发作期, 使用活血化瘀法, 要区分缺血性与出血性脑血管疾病而分别处理。缺血性脑血管疾病 (脑血栓形成、脑栓塞) 宜用活血化瘀通络之法, 选用丹参、川芎、赤芍、桃仁、红花、地龙、牛膝等加入辨证方中, 现临床还常用丹参注射液、川芎嗪注射液静脉滴注治疗, 效果较好; 出血性脑血管疾病 (脑出血、蛛网膜下腔出血) 宜用化瘀止血的方法, 药如参三七、花蕊石、蒲黄、茜草、藕节等加入辨证方中, 有一定的辅助治疗作用。出血性脑血管疾病在急性发作期, 用活血化瘀药并不会导致再次出血而加重病情, 相反, 因瘀血祛除, 血流通畅而有利于出血停止。中风恢复期后遗半身不遂, 多为气滞血瘀, 络脉痹阻, 风痰流窜经络, 气血不能营养肢体所致, 治疗此证, 宜活血化瘀与补气通络之品同用。在中风辨治中, 汪氏还提出中气的概念。所谓中气, 是指气机逆乱导致中风而言。治疗中风必须注意调气, 尤其是以恼怒为诱因者。且气有余, 便是火, 气滞则痰凝, 气滞则血瘀, 调气 (理气、降气) 有利于清火、降火、化瘀、祛痰。临床常用《苏沈良

方》之顺风匀气汤（白术、乌药、沉香、白芷、紫苏、木瓜、炙甘草、青皮、天麻、人参）治疗因气血不和所致的中风。

3. 王某，男性，58岁。患者1972年10月患蛛网膜下腔出血，经治疗病情基本稳定，惟后遗瘫痪，言语不利。1973年4月8日病情复发，突然吞咽困难，饮食不进，不能言语，瘫痪加甚，呈强直性。查病人面赤形瘦，舌质光红，脉象细数，血压140/95mmHg。以肝肾阴虚，痰火上扰论治，痰火渐清，肝肾阴虚未复。即转拟地黄饮子加减治疗，连服40余剂，舌光红转淡红，但仍不能言语，饮食靠鼻饲。追问病史，患者平素易生气，每遇情绪不佳则病情加重，此次发病，亦因生气而作，转用顺风匀气汤加减：乌药10g，沉香3g，木瓜10g，青皮5g，苏梗10g，天麻10g，橘红6g，胆星10g，熟酸枣仁10g，太子参12g，煎汤鼻饲，每日1剂。另竹沥水20ml，羚羊角粉1g冲服，每日2次。药进30余剂，病情大为好转，吞咽顺利能进饮食，会简单语言，活动亦较前好转，出院继续调治。

汪氏强调，中风乃本虚标实为患，病初风阳痰火，气滞血瘀等实邪较盛，治以祛邪为主；后期往往虚象较著，或正虚邪实并见，治以扶正为要。虚者多见气血不足，肝肾亏虚，故益气养血，滋养肝肾为治虚之大法。气血亏虚者，多见肢软无力，面色萎黄，舌质淡，脉细弱。气虚不能推动血液运行，血郁成瘀，脉络痹阻，还每有肢体瘫痪不用，舌有瘀斑、瘀点。治以益气养血、化瘀通络，补阳还五汤为首选方。药用黄芪、当归、川芎、桃仁、红花、枸杞、首乌等，其中黄芪必须重用。若腰膝酸软，加川断、桑寄生、杜仲、牛膝等以壮骨，强腰膝。肝肾不足者，因阴血不能濡养筋脉，每见患侧肢体拘挛变形，肌肉

萎缩，肾虚精气不能上承，还可见舌暗不语。治以滋养肝肾，地黄饮子为常用方。药如干地黄、首乌、枸杞、山茱萸、麦冬、石斛、当归、鸡血藤、杜仲、桑寄生等。肾阳虚腰膝酸冷者，加巴戟天、苁蓉、附子、肉桂等。总之，中风恢复期必须注重扶正补虚，但化痰、祛瘀之法也不可偏废。^[1]

3. 王永炎诊治经验

王氏认为，中风急症病人的急性期虽有其本虚，然侧重标实，标实以瘀血、痰热为主。便于便秘、舌苔黄腻、脉弦滑为可通下的三大特征。患者发病后即有便干便秘，常3~5天，甚至10天不大便。初期脘堵腹满，矢气频，继而腹胀坚实，腹部可触及燥屎包块，或起病后虽能大便，但大便干硬如球状。便秘便干乃由中焦蕴热，消灼津液所致，因腑气不通，浊邪上扰心神，进而发生意识障碍，致病情加重。若舌苔初始可见薄黄，舌质多暗红，此乃有热邪；舌苔转为黄厚腻，是中焦蕴蓄痰热；又常见舌苔中部黄厚而腻，此是痰热蕴蓄中焦；又常见舌中后部黄厚而腻，此是痰热郁阻中下焦。脉弦滑是内有痰热。尤以瘫侧脉弦滑而大者，则是痰热实邪猖獗之证，脉大为病进。总之急性期中焦为痰热实邪阻滞，失于升清降浊，影响气血运行布达，这对半身不遂和神识障碍的恢复不利。因此，当务之急应化痰通腑。另外，掌握泻下的时机甚为重要。王氏认为，不仅腑实可用，腑气不顺不降也可以适当应用本法施治。但在临床中，常有用通下1次后又在几天之内形成腑实。从临床观察可知，大便得以通下后，其舌象变化有三：一是黄苔或黄腻苔脱落，代之以薄白苔而舌质转为淡，此为顺；二是黄苔或黄腻苔持续不退，此时应考虑为少阳枢

机不利，气郁生热的因素存在，可改用大柴胡汤，往往可使腑气通畅；三是黄苔或黄腻苔迅速剥落而舌质转红绛，此为逆，有复中之危险。近年来，急性缺血性脑卒中病人有半数以上为痰热腑实型，其原因可能与地理环境、气候因素和个体生活习惯有关。从病因上看，急性病人本虚标实，以标实为主。重在痰瘀互阻。除中焦壅滞，升降失常之外，还有肝失疏泄，气郁化火的一面，故发病后多数病情皆从阳化，而见邪热风火充斥三焦，以入腑者多。针对痰热腑实证中风予以化痰通腑治疗，一可使腑气通畅，气血得以敷布，以通痹达络促进半身不遂等症的好转；二可使阻于胃肠的痰热积滞得以清除，浊邪不得上扰心神，克服气血逆乱以防内闭；三可急下存阴，以防阴劫于内，阳脱于外，发生抽搐、戴阳等变证。故正确适时地应用化痰通腑法是抢救中风急症的重要措施。但王氏认为，过用泻下药可伤正气，常表现为两种情况：一为患者有心慌、气短、自汗、口干、舌红少津、脉沉缓等，甚或肛门总有少量大便。这种情况的出现，一是用药过量；二是用通泄剂过早，在临床上经补液后，可很快纠正。另一种情况是硝黄虽用至10~15g，但仍无大便，此时病人烦躁或腹中绞痛，而半身不遂和神志状况逐渐变坏加重。所以应该强调根据病情和体质合理地运用本法。若素体壮实，当以重剂，硝黄可用至10g以上，以达到通泻目的为度，若素体气阴不足者，则用药宜轻或攻补兼施为宜。王氏常用自拟通腑化痰饮（由《伤寒论》大承气汤化裁而来）：全瓜蒌30~40g，胆星6~10g，生大黄10~15g（后下），芒硝10~15g（分冲）。硝黄用量一般掌握10~15g左右，以大便通泻，涤除痰热积滞为度，不宜过量，等腑气通后，再予清化痰热活络之剂。如瓜蒌、胆星、丹参、赤芍、鸡血藤、威灵

仙等。对于中脏腑而见痰热实证的重证病人，还可加用竹沥、清开灵等。竹沥微苦寒，具有清热化痰之功，可单用或兑入汤药中用，每服 30~60ml，日 2~3 次。清开灵针剂 40ml 加入 5%GS 250ml 中静滴，每日 1~2 次。

王氏认为，大承气汤本为阳明里实燥热而设。本证型由痰热壅盛导致痞满燥实等临床见症，或虽未成腑实，但因腑气不降，浊邪上犯，气血循环受阻而出现神志不清，半身不遂，口歪言謇者，遵“异病同治”、“有是证，用是方”的原则，虽是中风急症病人，只要符合大承气汤证，即可选用本方加减治之。本证型之痞满症状是由痰热结滞中焦而成，所以用全瓜蒌、胆星。方中全瓜蒌清热化痰散结、利大便，使痰热下行；胆南星息风解痉，也有清化痰热的作用。二味合用，清化痰热、散结宽中。生大黄苦寒峻下、荡涤胃肠积滞；芒硝咸寒软坚、润燥散结，助大黄以通腑导滞。经过多年临床观察，在诸多化痰泻下方药中，最后筛选出全瓜蒌、胆南星、生大黄、芒硝四药，组成了化痰通腑饮，验之临床，疗效满意。

(1) 缺血性中风

王氏认为，缺血性脑卒中常见有 4 证，4 证均见半身不遂，偏身麻木，口眼喎斜，言语謇涩。故针对 4 大主证，确立 4 大分型进行治疗。①风痰瘀血，痹阻脉络：症见眩晕，舌质黯淡，苔薄白或白腻，脉弦滑。治以平肝息风，化痰活络。药选钩藤、菊花、瓜蒌、胆南星、丹参、赤芍、鸡血藤等，随症加减；②痰热腑实：见朦胧昏睡，便干便秘，眩晕，痰多，舌质红或黯淡，苔黄腻，脉弦滑。治以通腑化痰为先。药选大黄、芒硝、全瓜蒌、胆南星。待大便通泻后，改清化痰热活络法。药选全瓜蒌、胆南星、丹参、赤芍、鸡血藤等；③气虚血瘀：见口角流涎，汗出，

乏力，气短，便清，心悸，手足肿胀，舌质黯淡、苔薄白或白腻，脉细弦滑。治以益气活血。药选黄芪、太子参、丹参、赤芍、鸡血藤等随症加减；④阴虚风动：见烦躁、失眠，重则神识昏蒙，眩晕耳鸣，手足心热，舌质红绛或暗红、少苔或无苔，脉细弦或细数。治以育阴息风为主。药选生地、玄参、麦冬、珍珠母、生牡蛎、丹皮、丹参等，随症加减。

（2）出血性中风

王氏将出血性脑卒中的常见证候也归纳为4种。①风火上扰清窍：症见平素多有眩晕、麻木之症，情志之火相激，病势突变，神志障碍，朦胧嗜睡，偏瘫肢体强痉拘急，便干便秘，舌质红绛、苔黄腻而干，脉弦滑数。治以清肝息风、滋阴潜阳。药选羚羊角粉、钩藤、夏枯草、生地、白芍、生牡蛎、生石决明、丹皮、大黄等；②痰浊蒙塞心神：突然神志不清，偏瘫肢体瘫软不温，甚则四末冰冷，面白唇黯，痰涎壅盛，苔白腻，脉沉滑或沉缓。治以涤痰降浊，辛温开窍。药选半夏、茯苓、制南星、厚朴、附子、陈皮、菖蒲、郁金等，同时灌服或鼻饲苏合香丸1丸；③邪热内闭心窍：起病骤急，神志昏愦，偏瘫肢体强痉拘急，项强身热，躁扰不宁，舌质红绛、苔褐黄腻，脉弦滑数。治以清心泻肝、辛凉开窍。药选丹参、黄连、麦冬、连翘、钩藤、菊花、龙胆草、丹皮、大黄、羚羊角粉、生石决明、生牡蛎等，同时灌服或鼻饲安宫牛黄丸1丸，或加静脉滴注清开灵注射液20~40ml，每日1~2次；④元气败脱，心神散乱：突然神志昏愦，肢体瘫软，手撒，肢冷，汗多，二便自遗，舌痿、质紫黯、苔白滑，脉沉微。治以回阳固脱，予大剂参附汤急煎灌服或鼻饲，同时静脉滴注生脉注射液20~40ml，每日2~3次。^[2]

4. 孔伯华诊治经验

孔氏对中风的治疗经验及特点可概括为：前期多用芳香开窍，清心通脑之法；中期多用柔肝潜阳，疏通经络之法；痊愈恢复期始适度用滋阴、助气、活血、补血之法。开窍药用鲜菖蒲根捣汁冲服，苏合香丸、安宫牛黄丸、局方至宝丹以及辛夷、麻黄佐生石膏。脱证以独参汤或以生脉散加附子至一两，皆有效验。

〔典型病例〕

1. 赵某，男性，年逾六旬。平素肝阳偏盛而多痰，头晕目眩，手大指次指麻木。于进餐之时，卒然昏仆于地，不省人事，痰涎壅盛，醒后即见口眼歪，音暗不语，善哭笑，左半身不遂，舌苔垢、舌心黑，大便秘结，小溲短少，脉象弦大而浮数，此为风湿中络，邪闭心包所致，亟宜豁痰开窍、息风通络。处方：麻黄 0.3g，生石膏 24g（先煎去沫），郁金 12g，桑枝 30g，苏子霜 4.5g，天竺黄 15g，辛夷 6g，青竹茹 18g，桃仁 18g，杏仁 3g，莲子心 10g，龙胆草 15g，全瓜蒌 30g，鲜芦根 30g，鲜苇根 30g，金银花 18g，羚羊角粉 0.6g（分冲），犀角粉 0.6g（分冲），竹沥水 30g（分冲），鲜石斛 30g（先煎），鲜荷叶 1 个（带梗尺许），鲜九节菖蒲根 30g（洗净兑凉开水捣兑入），安宫牛黄丸 1 粒、苏合香丸 1 粒（每次各半粒）。二诊：进前方药后，症状略减，闭者渐开，肌腹略和，痰出颇多，歪斜减轻，欲言而舌謇语涩，吐字不清，善烦躁而哭，内风夹痰上犯清窍，肝阳未戢所致，舌脉同前。经曰：风淫于内，治以甘寒。仍服原方药加石决明 30g（生研先煎），黛蛤粉 30g（布包同煎），1 剂。三诊：进服逐风祛痰之剂，邪势顿开，络脉渐和，舌强言謇均转，左肢虽能稍动，但仍不

遂，饮水易呛，痰涎仍盛，烦躁渐平息，悲泣已渐少，舌苔仍黑垢，较前稍润，小溲短赤，大便七日未解，再依前方稍事变通，佐润下之品，以存阴液。麻黄 0.6g，生石膏 30g（先煎去沫），天竺黄 30g，桃仁泥 9g，杏仁 9g，连翘 9g，苏子霜 4.5g，胆南星 3g，白蒺藜 9g，桑寄生 30g，鲜石斛 30g（先煎），石决明 45g（生研先煎），威灵仙 12g，龙胆草 9g，全瓜蒌 30g，火麻仁 9g，牛膝 9g，旋覆花 12g（布包），滑石块 12g，鲜九节菖蒲根 9g，代赭石 12g，独活 15g，清宁片 9g（开水泡兑），局方至宝丹 1 粒（分化），苏合香丸 1 粒（分化），2 剂。四诊：口目已正，舌强渐转，遂能语，唇音较正，舌音尚迟，大便下黄褐色球状燥矢，小溲较前通利，臂能举，腿渐能伸屈，精神颇佳，舌上黑苔已少，包络热邪阻窍之象已退，而络脉犹未和也，脉弦数，左寸关较盛，亟宜柔润通络之品。麻黄 0.6g，生石膏 24g（同先煎去沫），川郁金 9g，旋覆花 9g（布包），代赭石 9g，海风藤 12g，石决明 30g（生研先煎），威灵仙 12g，生知母 9g，生黄柏 9g，生山甲 9g，天仙藤 12g，秦艽 6g，川牛膝 9g，桑寄生 30g，苏地龙 12g，独活 15g，清半夏 9g，全瓜蒌 30g，火麻仁 9g，广陈皮 9g，车前子 9g（布包），小木通 5g，灯心草 5g，局方至宝丹 1 粒（分化），苏合香丸 1 粒（分化），2 剂。五诊：连进前方药，症已大转，左肢已渐恢复，腿部仍不良，二便已畅，纳食较佳，舌黑、垢苔退变滑薄，语言仍较缓涩，肝阳渐平，脾家尚困，前进滑凉，然柔润之功尚须偏重，免致劫烁津液，此外切忌劳倦、食伤等。鲜石斛 45g，生龙齿 15g，威灵仙 15g，络石藤 12g，鲜地龙 15g，生山甲 9g，苏地龙 9g，海风藤 12g，珍珠母 45g，桑寄生 30g，桃仁泥 6g，川牛膝 12g，旋覆花 9g（布包），代赭石 9g，郁金 9g（生白矾水浸），生

芪皮 15g, 化橘红 4.5g, 火麻仁 9g, 肥玉竹 9g, 秦艽 9g, 牛黄清心丸 1 粒 (分化), 3 剂。六诊: 进眼前方药, 诸症均好转, 歪僻、语言皆正, 湿痰得宣化之后, 目下卧蚕已除, 惟臂不能高举, 行路无力, 神疲欲寐, 脉较平匀而缓, 邪势已去, 元气未复, 再予清滋益气, 通经达络之品。生牡蛎 18g, 北沙参 9g, 桂枝尖 1.5g, 稽豆衣 15g, 珍珠母 30g, 生山甲 9g, 合欢皮 12g, 生黄芪 9g, 生海蛤 30g, 桑寄生 30g, 火麻仁 15g, 秦艽 15g, 淡苡蓉 15g, 苏地龙 9g, 川牛膝 18g, 玳瑁 3g, 大活络丹 1 粒 (分化), 虎潜丸 5g (分化), 4 剂。

孔氏认为, 此案之猝然昏仆乃气血逆于上, 复加痰涎壅盛所致。症见口眼喎斜, 音痺不语, 善哭笑, 左半身不遂, 舌苔垢、舌心黑, 大便秘, 小便短少, 脉弦大而浮数, 乃邪闭心包之闭证。急宜开闭为主, 丸汤并进。以安宫牛黄丸、苏合香丸清热豁痰、开窍醒神, 羚、犀、龙胆草, 平肝清热息风; 竹沥、郁金、菖蒲、竹茹、瓜蒌、天竺黄等清泄痰湿; 苏子、杏仁、辛夷降气; 桃仁配桑枝活血通络; 莲心助郁金以清心包之痰浊。妙用生石膏伍麻黄同煎以解肌表、清腑热、生津液、宣湿邪。孔氏谓: “石膏一药, 遇热证而放胆用之, 起死回生, 功同金液, 能收意外之效, 绝无僭事之虞, 若用之量少, 则难奏效。俗流煅用, 则多流弊……其体重能泻胃火, 其气之轻能解肌表、生津液、除烦渴、退热疗狂、宣散湿邪之发热使从毛孔透出, 其性凉而并不寒于其他凉药, 但其解热却较其他凉药而过之……催乳通汁, 阳燥润、乳道滋、润而激出, 惟气血虚者在所当禁。”此案四诊之方皆用生石膏配麻黄先同煎, 使二者寒之不甚, 热之不过, 表里皆达, 湿热可清, 胃燥可滋。诸药合用, 治平肝息风、化痰去湿、清心开窍、行气

活血通络诸法于一炉，故能起沉痾。

2. 牟某，男。素患手指麻木，为风邪所中，陡然舌强、语謇，右手不用，足软无力，咳而痰塞，舌中苔垢，边缘赤，脉浮而弦，先予芳香辛凉开窍，以祛风邪。麻黄 0.45g，生石膏 24g（先煎去沫），天竺黄 9g，蝉衣 9g，广藿梗 9g，桃仁 9g，杏仁 9g，桑寄生 24g，竹茹 18g，滑石块 10g，磁朱粉 9g（先煎），莲子心 6g，鲜菖蒲根 12g，威灵仙 9g，苏合香丸 1 粒（分化），2 剂。二诊：前方药进服两剂，诸症渐轻，痰咳均少，声音渐出而仍不成语，手已渐用，寝食二便如常，舌赤苔腻，风中心脾，舌络仍强，脉象同前，亟宜解语汤加减之。生石膏 18g（先煎），桂枝尖 1.5g，连翘心 9g，羌活 1.5g，鲜石斛 30g，防风 9g，蝉衣 6g，橘红 4.5g，明天麻 15g，桑寄生 24g，生甘草 1.5g，菖蒲 9g，天竺黄 9g，威灵仙 12g，竹沥水 9g，羚羊角 0.3g，牛黄清心丸 1 粒（分化），3 剂。三诊：风邪已渐平息，言语已恢复，第阴分本属不足，肝脾更是虚馁，足肢仍是困疲，不良于行，脉细弦，再依培气固本之法调理。生石决明 30g（研先煎），熟地黄 9g（砂仁 1.5g 拌），干百合 15g，附片 1.5g，淡苡蓉 4.5g，龟甲 9g，桂枝尖 1.5g，独活 1.5g，全当归 9g，桑寄生 30g，伸筋草 15g，茯苓 1.5g，生黄芪 30g，杜仲炭 9g，鸡血藤 15g，土炒杭芍 6g，吉林清水人参 9g（另煎兑入），3 剂。

3. 梁某，女，年逾五旬，肝胆内风旋动，邪居上焦已久，晚间突发昏睡不醒，鼾而喉中多痰，右半身不遂，面红如醉，唇青，舌紫、苔褐而糙，小溲自遗，脉象弦大有力，左寸关尤盛，亟宜芳香宣窍，以开心包。嫩麻黄 0.3g，生石膏 18g（同先煎去沫），胆南星 3g，全蝎 2 个，滑石块 15g，川郁金 9g，双钩藤 15g，龙胆草 6g，青竹茹

18g, 天竺黄 12g, 白蒺藜 15g, 莲子心 6g, 鲜荷叶 1 个, 竹沥水 30g (分四次兑入), 鲜九节菖蒲根 30g (用凉开水捣汁兑入), 局方至宝丹 1 粒 (分化), 苏合香丸 1 粒 (分化), 2 剂。二诊: 神识渐醒, 明昧不定, 舌謇语涩, 目歪斜, 唇舌转为红润, 苔白粘褐, 面红稍退, 脉弦数而滑大, 风邪未熄, 肝阳未降, 胸膈时有烦热憋闷之征, 再依前方稍事加减。麻黄 0.3g, 生石膏 18g (先煎去沫), 川郁金 9g, 全蝎 2 个, 鲜苇根 30g, 天竺黄 12g, 生石决明 30g (研先煎), 双钩藤 15g, 鲜荷叶 1 个, 白蒺藜 15g, 胆南星 3g, 莲子心 6g, 鲜菖蒲 30g, 苏子霜 6g, 青竹茹 18g, 滑石块 12g, 龙胆草 9g, 犀角尖 0.6g (另研兑入), 竹沥水 30g (分冲), 局方至宝丹 1 粒 (分化), 苏合香丸 1 粒 (分化), 3 剂。三诊: 进前方芳香宣窍之剂, 闭者已开, 神志已清, 右臂已能转动, 惟有经络尚未调达, 言謇, 面红赤, 大便不通, 脉弦而数, 风邪痰势渐去, 再依通络除热润导之法。麻黄 0.3g, 生石膏 30g (先煎去沫), 银花 18g, 金银花藤 18g, 旋覆花 12g (布包), 秦艽 1.5g, 鲜石斛 30g, 嫩桑叶 9g, 嫩桑枝 18g, 代赭石 12g, 独活 1.5g, 地骨皮 9g, 鲜茅根 30g, 鲜芦根 30g, 杭菊花 12g, 龙胆草 9g, 火麻仁 15g, 威灵仙 12g, 栀子 12g, 川黄柏 9g, 川牛膝 12g, 全瓜蒌 30g (元明粉 5g 拌), 苏合香丸 1 粒 (分化), 局方至宝丹 1 粒 (分化), 3 剂。四诊: 言謇、口角喎斜均好转, 大便下而未畅, 小溲仍较短赤, 腿肢已能伸屈, 仍是软弱无力, 手指渐用而未灵活, 胸热已除, 精神颇佳, 脉数左手弦盛。肝为刚胜, 肝阳上越已久, 津液被夺, 经络久失濡养。再以柔肝为主, 兼调肝脾, 可向愈也。鲜生地 30g, 生龙骨 25g, 生牡蛎 25g, 生知母 15g, 生黄柏 15g, 珍珠母 45g (生研先煎), 鲜石斛 30g (先煎), 紫贝齿 15g, 淡

苁蓉 25g, 火麻仁 25g, 润玄参 25g, 桑寄生 30g, 云苓 15g, 龙胆草 15g, 粉丹皮 25g, 威灵仙 15g, 当归尾 15g, 羚羊角片 1g, 活络丹 1 粒 (分化), 3 剂。

4. 江某, 女。肝火夹痰, 脾湿久困, 脉络壅塞不畅, 迁延数月, 经医未能治愈。近因暴怒之后, 肝阳暴动, 陡然而风中络, 舌謇不语, 左臂不遂, 两腿麻木, 二便俱少, 舌苔白腻, 脉弦滑而数。亟宜豁痰息风、镇肝宣窍。麻黄 0.6g, 生石膏 24g (先煎去沫), 天竺黄 9g, 藿梗 9g, 瓜蒌皮 15g, 川郁金 15g, 生铁落 12g (先煎), 龙胆草 9g, 老苏梗 9g, 黛蛤粉 30g (包), 胆南星 1.5g, 栀子 15g, 嫩桑枝 30g, 白蒺藜 9g, 银花 9g, 银花藤 9g, 肥知母 9g, 鲜荷叶 1 个, 鲜九节菖蒲 12g, 酒黄芩 9g, 羚羊角片 0.6g (冲入), 猴枣 0.6g (研细冲服), 竹茹 12g, 苏合香丸 1 粒 (分化), 2 剂。二诊: 所闭者一剂即开, 已能言语而且清利, 臂肢已渐和, 惟有麻木尚存, 出痰颇多, 然胸膈仍觉不畅, 溲如茶, 大便下燥矢, 且伴脓状胶质, 痰热未清, 气机尚滞, 是以经络未得通畅, 脉弦滑而数, 再依前方稍事变通。麻黄 0.6g, 生石膏 24g (先煎去沫), 金礞石 6g, 桑寄生 24g, 酒黄芩 9g, 白蒺藜 9g, 黛蛤粉 15g (包), 旋覆花 9g (布包), 代赭石 9g, 竹茹 12g, 石决明 24g (先煎), 海风藤 12g, 灯心草 4.5g, 川郁金 12g, 威灵仙 12g, 防风 12g, 川黄柏 9g, 滑石块 12g, 川牛膝 12g, 秦艽 3g, 龙胆草 9g, 磁石粉 9g, 辰砂 2g (冲), 竹沥水 15g (冲入), 局方至宝丹 1 粒 (分化), 2 剂。^[1]

5. 冉雪峰诊治经验

冉氏认为: “中风自当以脑为主, 而各项诱因为辅, 其方剂治疗亦当以脑为主。”他选辑古人有关中风病、脑病诸

方，根据自己临床经验，撰成《中风效方选注》一书，对临床有一定的参考价值。冉氏倡用镇静、兴奋二法。

(1) 镇静法

此法旨在调整内脏与脑之关系。冉氏认为脑为十二官之主，脏腑之功能活动皆在大脑神经之调节下进行的。谓：“古无神经名词，亦无神经学说，但长期阅历，临床经验，有吻合神经原理、神经疗法之处。”镇静一法中，常用①百合地黄汤（《金匱》方：百合、地黄汁），益水敛阳、滋液息风、消敛浮越、宁温神经，可治神经轻病或作预防疗法；②铁精散（《外台方》：铁精、川芎、防风、蛇床子）；③银液丹（《局方》：天南星、朱砂、铁粉、水银、膩粉、黑铅）；④金箔镇心丸（《局方》：白茯苓、人参、甘草、山药、龙脑、牙硝、朱砂、麝香、紫河车、金箔）皆为镇定神经之用；⑤至宝丹、紫雪丹、碧血丹（《千金方》：寒水石、石膏、青黛、朴硝、芒硝、马牙硝、硝石、甘草），三方具有醒脑开窍、镇痉泻热之功，而至宝丹开窍醒神之效长，紫雪丹镇痉止搐之力大，碧血丹泻火清热之力专，各有其长；⑥黑锡丹镇坠纳降之中又佐温化；⑦珍珠母丸（许叔微方：珍珠母、干地黄、当归、柏子仁、酸枣仁、茯神、犀角、龙齿、沉香），具调补之效，以培养生化之机，运旋正气，为镇静中最为和缓者。冉氏指出：上方均属镇降，均是着眼内脏与脑部相连关系，但有轻重之别，寒热之辨，醒窍、镇痉、泻热，孰强孰弱之分……无非咸求脑部神经的镇静，学者宜旁通互证，引而伸之。

(2) 兴奋法

冉氏认为，昔脑之学未昌，中医虽不明神经之病理，却已悟到神经之疗法，亦提出兴奋诸方：①菝葜散（《外台》）：猪卵、菝葜子、牛黄、鲤鱼胆、桂心；②木鳖散

(《永类铃方》): 木鳖子仁、厚朴。上两方可兴奋神经、通畅隧络; ③伏虎丹(《局方》): 草乌头、南星、羊躑躅、白胶香、五灵脂、蔓荆子、干生地、白僵蚕。兴奋神经、豁痰宣窍; ④蟾酥丸(《圣惠方》): 蟾酥、干蝎、天麻。强心醒脑, 兼祛风化毒; ⑤天仙子丸(《圣济方》): 天仙子、大草乌、甘草。兴奋大脑、温寒解凝、活血宣窍; ⑥缬草根散(《药典》方): 缬草根。醒豁神经、舒气定痛; ⑦当归四逆加吴茱萸生姜汤: 镇肝醒脑、通络回苏; ⑧乌头桂枝汤方: 复阳救厥、醒脑回苏。冉氏认为, 以上 8 方, 原本非疗神经之方, 然原方内所用之药, 疗中风神经闭阻, 欲醒豁之, 微达兴奋程度即可。

〔典型病例〕

1. 余某, 男, 60 岁。曾患中风, 口眼喎斜, 半身不遂, 卧床不起, 不仅不能坐行, 且不能转侧, 面赤气粗(风犹未息), 痰声辘辘, 神识半昏, 时成昏瞆, 食不易下, 非难吞即自下。时历 4 月, 脉乍密乍疏, 弦劲中带滑象, 此病乃《素问》所谓“血之与气, 并走于上, 则为大厥, 血菀于上, 使人薄厥。”平时血压高, 工作又忙, 烦劳则张, 平衡失取, 风阳上冒, 激荡不宁, 均是促成此病暴发因素。且病逾百日, 犹复面赤气粗, 气血上并, 冲激未已, 气来犹盛, 未成痼疾, 病犹可愈。此际治疗, 镇敛浮越, 平戢孤元, 息未息之风, 冀可暂免急剧变化。拟方: 白薇 9g, 百合 9g, 龙骨 12g, 牡蛎 12g, 紫石英 9g, 灵磁石 9g, 赤石脂 9g, 寒水石 18g, 滑石 18g, 大黄 5.4g, 铁锈末 9g, 荆沥 15g, 竹沥 15g (二沥冲服)。一星期略安, 得大便 1 次, 原方减大黄为 3g, 加琥珀 1.5g。又 1 星期, 大便 2 次, 面赤气粗, 痰壅神昏等象锐减, 手足能动, 勉能起坐。原方去大黄、铁锈, 加鲜生地 30g, 山茱萸 9g, 约两星期,

病愈大半，后于前方去寒水石、滑石、荆沥，加菖蒲、泽兰、甘松、橘络、青木香等，前后约 60 日，肢体功能恢复。

2. 某女，突患中风，口眼喎斜，半身不遂，言语謇涩，转侧难艰，面灰白，并不红润，脉亦微弦劲。以为实则非纯实证，且年方四十岁，并不为老，身犹壮健，体质并不为弱；以为虚则非纯虚证，病机不甚紧迫，病理却多分歧。询知经事适来，偶因烦劳折回。盖月事轮回，偶因情志激荡阻隔，迫而逆流上冲，上犯于脑，不显气盛热炽等象，只显半身不遂，不显神识昏瞢者，此与血厥、血晕类似，乃中风病之又一原因，不得局限外风一途，亦不得局限任何原因之一途。拟用许氏白薇汤及杨氏紫金丸合裁加减：白薇 12g，归尾 9g，白芍 9g，甘草 3g，怀牛膝 9g，白茅根 12g，橘络 3g，青木香 15g，同煎。紫金丸 9g（即蒲黄、灵脂二味炼制），用前药汁 2 次吞服，3 剂。经畅行，手足渐次活动，原方去紫金丸，继服 3 剂，渐能起坐。前方去牛膝，加当归尾、白芍各 15g，守服 1 星期，病者已能用人牵扶步行住宅左右 1 周。

3. 苏某，男，年六旬。体不胖，亦无中风素质，偶尔跌仆，感觉心烦头晕，手足麻痹。同乡某医为其处方，满纸参芪术附，麻桂羌薄。服 2 剂，因而口眼喎斜，半身不遂，昏若瞢知人，痰声辘辘，势颇危殆，此时已音暗不语，语亦不明晰，脉弦数劲急，气升痰升火升，一派风火激荡之象。拟方：鲜生地汁 60g，大黄 3g（泡汁），白薇 12g，百合 12g，怀牛膝 18g，石决明 24g，犀角 2.4g（磨汁）（水牛角代替），鲜石菖蒲 18g，天竺黄 9g，竹沥 24g，白薇等六药煮取 1 杯，兑入三汁一沥，分 3 服，昼 2 夜 1。次晨复诊，气火略平，神识略清。因多日未大便，原方去菖蒲、

竺黄，加火麻仁、郁李仁各 9g（研）。越日再复诊，病机大转，已能言。^[1]

6. 程门雪诊治经验

程氏治疗本病，强调首先分别病因的表里、虚实、寒热。外风比较轻，内风比较重；外风变化少，内风变幻多；外风可温开，内风宜清泄。但是，临床实际所见，并不如此简单，因为外风是表，表邪可以入里；内风是里，里病可以及表；内风属虚，虚中有实；外风属实，实中有虚；外风有寒热之不同，内风亦有寒热之不同，错综复杂，绝非一言可决，一法可依，尚需通过认真的辨证。从辨证用药上来看，程氏认为外风、内风应分，但不必强为划分。外风之药不一定限于羌、防、麻、桂，如菊花、桑叶、桑枝、豨莶草、天麻、蒺藜、僵蚕，甚至地龙、全蝎等，均为祛外风药。在先兆时期，如所谓“手指麻，数年之内必中风”，而无其他症状者，可用祛外风之药，肥白人合益气化痰用，瘦黑人合养血药用。其他如臂麻、面麻、唇麻等，各看其他症状而定处方，但也须合上列祛风药同用。再如眩晕为中风先期最多见之症，治眩晕方法，不论属于气虚脾弱，或属于肾亏肝旺，天麻、蒺藜、桑叶、菊花、僵蚕等泄风之药，也在所必用。喻嘉言曾经说过“中风乃杂合之病，必须以杂合之药治之。”程氏对他这个说法深有体会。《千金》、《外台》罗列许多治中风的方子，大都不出小续命、录验续命的范围。试为分析，其中有散风的药（如防风、麻黄、桂枝等），有清热的药（如黄芩、石膏等），有温经的药（如桂心、附子、干姜等），有补虚的药（如参、术补气，归、芍和营等）。综合来说，就是中风是正虚邪实，寒热夹杂之证，所以用补气、和营、祛风、温经、

清热的复方治之。可见古人对中风一证，虽有认为属外中风邪，但也绝不认为单用祛风一法就能解决问题。程氏对小续命这张方子有应用经验。临床医生反对这张方子用于治疗中风的不少，反对者有2种说法：一认为中风之证，风自内生，本气自病，乃身中阴阳之变动，绝对不能用这类方子；一种认为西北地区或有真中，东南绝无，承认此方有作用，但不宜于东南地区。惟有徐灵胎独树一帜，他说：“续命乃中风之主方，因症加减，变化由人，而总不能舍此立法……。”徐氏认为：“中风乃急暴之证，其为邪实无疑，天下未有行动如常，忽然大虚而仆者。”又说：“名曰中风，则其属风可知，既为风邪，则主病之方，必以治风为本。”所以徐氏批《临证指南》医案上，每每说叶氏“不兼用风药，此病从何出头？”徐氏主张用辛凉甘寒清疏之剂治中风，这是根据前人“中风多由心腹大热而作”的阐发。所以，他对《临证指南》中用清疏一类方子，即加以赞扬，用温补一类方子，则予以批评。程氏认为徐氏这种看法是片面的，叶氏既能用清疏，也能用温补；既能治虚，也能治实；既能温寒，也能清热，表里虚实寒热都有适应的治法。当然其中的主次、多少、轻重，是有所区别的。方法不嫌多，愈多愈好，程氏认为这是叶氏见长的地方。

程氏认为，辨别脱症、闭症，实为治疗中风之主要关键。因猝然昏仆之时，神识不知，一切均难措手，主要是辨其闭、脱，乃为救急之图。李士材说：“牙关紧闭，两手握固，即是闭证。”是正确的。又说：“口开心绝，撒手脾绝，眼合肝绝，遗尿肾绝，声如鼾肺绝。”就不完全符合临床了。所谓绝者不过言其凶恶，并非一定绝不可治。中风神昏不知人后，每每二便自遗，不能算遗尿，只有在中风

时小便自遗的，乃谓之遗尿。声嘶更是中风常见之症，谓之肺绝，亦属太过。程氏体会，当以汗出肢冷，汗出如珠，汗出如油，口开眼合，撒手等并见者是为脱症。闭症宜开，但治有开表、开里之不同；脱症宜固，而有固阴、固阳之各异。但中风证有一特点：即开泄药中，必兼扶正；固正方中，亦必兼宣利，两者并行不悖，可以灵活掌握，主要还是从脉辨证，以脉合证，方可下断语。强调辨证尚需要辨脉，如按脉如浮紧、浮洪大的属于表邪，而用药有辛温、辛凉之不同；细数、弦数的属于肝火、内风，而有滋阴、清泄的区别，尤其是浮洪、浮大而按之空虚的，或者尺部独不足的，每见戴阳、虚烦、假热之象，倘不辨脉，便难判断。

在中风初期（猝中），首先注重开闭清泄（闭症），扶阳救脱（脱症）等救急之治，它不暇顾。救急之中，开豁痰热，如竹沥、姜汁、菖蒲、远志等为要药。待猝中大势既定，再治其口眼喎斜、舌强言謇等症状。程氏认为，王孟英善用六君子汤加羚羊角、蝎尾。羚羊角泄内风，蝎尾治外风，是内外并用；资寿解语汤中羌活、天麻与羚羊角同用，亦是内外风并治（只有地黄饮子之治风痲，完全不用祛风药，而用菖蒲、远志化痰），最后方注重半身不遂。补阳还五汤之地龙即祛风药，大小活络丹、人参再造丸等方中，祛风药物更为繁多。而此时之用祛风药，只作宣通经络之用，并非直接作用于祛风了。

闭症既开，脱症既固之后，还需层层辨治，不能呆定。更有先闭后脱者，亦有先脱后闭者，尤当灵活治疗。程氏认为大部分中风证，都是内闭兼外脱者为多，需分主次不同。如口开、眼合、撒手、遗尿、汗出、痰涎壅盛、神识不知等，既要救其脱，又要顾其闭，其常以人参、附子与

羚羊角、竹沥、姜汁、至宝丹、导痰汤等同用，颇收效验。

程氏认为治疗方法上，当分开关、重镇、清滋、腻补四步。首宜开关（开窍），内风升扰于上，本宜重镇之药以降之，但发病之时，必有痰涎壅塞，则药无下行之路，不得不暂借开关之药，使其痰闭得开，窍闭得通，重镇药方能见效，不是说开关即能治内风也。惟开亦有法，一切芳香走窜，均不相宜。在程氏“猝中八法”中，开关一门，但取白矾散、稀涎散、通关散、胜金丸各方，而不用苏合香丸、龙脑、麝香等香窜之品，以免拔其升浮之焰，可以取法。关闭既开，第二步接着用重镇以平其逆上之气火，乃治内风之要法。药取兼用，不任独味，凡珠母、石决、玳瑁、牡蛎、贝齿、龟甲、鳖甲、铁落、磁石、龙骨、赭石、寒水石、紫石英、辰砂等介类、金石之品，大剂量一方并投，先平其冲激之势。上述诸药均属重镇，但又分潜降、镇坠、吸纳三种用法。介类一般都有潜降之功，对肝风最为适合；磁石、龙骨、石英兼有吸纳、重镇两种功能，亦是治内风的好药；其他金石类仅以镇坠见长者，作用最差。内风既降，痰涎已化，上逆既平，则用清滋之法，以清其气火，滋其阴液。因为中风虽由于上逆，但上逆之源，由于气火，气火之来，由于阴虚。滋阴当为主法。惟内风挟痰涎以上升，阻碍气道，滋阴药多粘腻，恐其更滞关窍。故取清滋之品，清气火，滋阴液，而不助痰增腻者，以清其气火之源，为第三步。用方如十味温胆汤、大补阴丸、二至丸、生脉散、阿胶鸡子黄汤、三甲复脉汤、大小定风珠之类。气火已清，冲激既平，便当用血肉有情、厚味腻补之品，生精益血，填补肝肾。养肾阴以恋肝阳，为根本之治，用方如左归丸、杞菊地黄汤等，进而用血肉有情（动物类药）之品，此末一步。急则治其标（开关、重镇），

缓则图其本（清滋、膩补），标本缓急，步骤不乱，乃可见效。

程氏认为豁痰通络，宣通机窍，是治疗中风全过程中的一种重要手段，从卒中以至后期，每需贯彻始终。化痰如温胆汤或导痰汤合竹沥、姜汁。热痰用温胆汤加黄连，缓则用雪羹汤。宣窍以菖蒲、远志为最佳，转舌膏（《张氏医通》方：大黄、芒硝、甘草、黄芩、竹叶、栀子、薄荷、菖蒲、远志）得力在此，地黄饮子得力也在此。进一步可用至宝丹或局方牛黄丸，后者可以合清热药用，也可以合补虚药用。而祛外风之药西北宜辛温，东南可着重辛凉（如伤寒、温病之例）。其常以《千金》竹沥汤中生葛汁一味易生葛根，治中风有热之症，合羚羊角用。其他如菊花、桑叶、天麻、蒺藜、豨莶草等亦可。^[1]

7. 陆永昌诊治经验

陆氏致力于中风病的研究，尤重视对中风先兆证的防治。透过以下病例，可窥陆氏治中风先兆证之一斑。

〔典型病例〕

王某，女，51岁。因头痛、头晕2年，伴一过性肢麻、语謇半年，于1992年5月15日来诊。患者平素性情急躁，近2年来常感头痛头晕，每于生气、情绪激动或劳累时加重，自测血压196~150/120/80mmHg，头痛剧时伴视物模糊。经常服用降压药。近半年来，工作紧张劳累后，除时感左侧偏头痛，血压高时连及右侧外，出现一过性右侧肢体麻木伴语言謇涩，右手用力时出现手指僵硬、活动不灵，伴心烦易怒，口苦口臭，便干便秘，健忘，失眠多梦。查体：血压180/110mmHg，形体略胖，面色红润，情绪亢奋，焦躁不安。神经系统检查未见异常。舌质红、苔黄，

脉弦而稍数。头颅 CT 扫描正常。诊为中风先兆证，证属肝阳上亢，风火上扰，痰浊瘀血痹阻脉络。给予镇肝潜阳法治之，方选中风先兆 1 号方（陆氏自拟方）加减：明天麻 9g，钩藤 24g，赤白芍各 12g，怀牛膝 18g，代赭石 18g，生龙牡各 24g，全蝎 6g（研末冲服），广地龙 15g，制首乌 18g，枸杞子 12g，红花 12g，炒桃仁 12g，石菖蒲 12g，远志 12g，大黄粉 3g（冲服），水煎服，日 1 剂。患者服 12 剂后，自感头痛头晕大减，肢麻和手指活动不灵症状消失，心烦失眠较前好转，未再出现视物模糊，二便通调，舌质淡红、苔薄白，脉弦细滑，血压 150/95mmHg。治疗有效，加用当归 15g，守方继用以巩固。患者间断服药半年余，血压维持在 150~140/95~90mmHg，诸症消失。

陆氏认为，患者年逾五旬，肝肾渐亏，且平素性情急躁，久之伤肝，使肝阳偏亢，循经上扰，故时感头痛头晕，生气或劳累时加重，肝开窍于目，肝阴亏虚，目失所养，故视物时有模糊。半年来，过劳使阴精更耗，形成上盛下虚、阴不潜阳之势，致风阳内动，夹痰走窜经络，脉络不畅，故出现一过性肢麻语謇，甚则手指僵硬活动不灵。肝火亢盛，扰乱心神，则出现心烦易怒，失眠多梦。肝胆郁热，气机不畅，腑气不通，则口苦口臭，便干便秘。肝肾阴亏，脑失所养，则出现健忘。舌红苔黄，脉弦稍数，亦为肝经有热之象。由于肢麻语謇、视物模糊均为一过性发作，且神经系统检查和脑 CT 均未见异常，故诊为中风先兆证，证属肝阳上亢，风火上扰，痰浊瘀血痹阻脉络。陆氏之组方原则，是在镇肝息风汤和天麻钩藤饮两方的基础上加减化裁而来。其中取镇肝息风汤中怀牛膝、代赭石、生龙牡、杭白芍以柔肝潜阳；取天麻钩藤饮中天麻、钩藤，伍入全蝎、地龙以息风通络；加赤芍、红花、桃仁、当归

以活血化瘀，加石菖蒲、远志祛痰开窍；制首乌、枸杞子补肝肾，使补而不膩。诸药相伍，共达镇肝潜阳、息风活络、祛痰开窍的作用（此后选入方剂加减内）。由于药证相符，故而取得良效。^[3]

8. 傅祥昌诊治经验

傅氏认为，突然昏仆、不省人事乃中风危证，治宜分秒必争，从风阳痰火入手。傅氏将其分为以下4型治疗：

①风阳上扰清窍型：患者多有头晕目眩、肢麻抖动、耳胀耳鸣等先兆症状。常因七情过极而突然发病，昏迷以朦胧嗜睡、间有烦躁为特点，偏瘫肢体抽动或拘急，舌质红绛、苔黄干，脉弦滑数。治则清肝息风、滋阴潜阳。药用羚羊角粉、天麻、钩藤、白芍、丹皮、石决明、大黄；

②痰浊闭阻清窍型：素体多肥胖，昏迷以静而不烦为特点，偏瘫肢体软而不温，甚至四肢厥冷，痰涎壅盛，面白唇暗，舌淡、苔白膩，脉沉滑或沉缓。治则涤痰降浊、辛温开窍。药用附子、半夏、茯苓、胆南星、石菖蒲；

③热毒内闭清窍型：体质素壮，少在先兆，起病急骤，昏迷以身热烦躁为特点，偏瘫肢体强痉拘急，口干口臭，舌质红绛、苔黄黑焦，脉弦滑数。治则清心通腑、辛凉开窍。药用人参、芒硝、黄连、龙胆草、石决明、丹皮、石菖蒲；

④元气败脱型：昏迷，肢体瘫软，手撒肢冷，汗多便遗，舌痿、质暗苔白，脉沉细数。治则益气回阳固脱。药用人参、附子、黄芪、生龙骨、生牡蛎、丹参。傅氏认为中风一证，肝肾阴亏为本，阳亢风动为标，而瘀血是其病程中的病理产物，活血化瘀虽然对瘀血的清除有一定作用，然并非为久用之法，更不可过用。此类药物性多温燥，若长期应用，则有伤阴耗血动血之弊，极易引起如复中等变证。活血化瘀系

治标之法，应用的目的是勿使瘀血为患。故不宜过于峻猛或过剂，辨证确为血瘀者，亦应顾及肝肾阴虚之本而灵活配伍，切不可一味攻逐而生变证。中风后患肢疼痛，临床颇为常见，中医治疗多从补气活血通络入手，但疗效不佳。傅氏认为，中风肢痛的病因病机当为风寒湿三气作祟，风寒湿邪闭阻经络，气血不通而发肢痛。因此，治以温阳散寒通络为主，平肝潜阳活血化瘀为辅，拟中风肢痛方。药物组成：川乌 15g，附子 12g，麻黄 10g，桂枝 15g，黄芪 30g，地龙 12g，蜈蚣 3 条，天麻 12g，威灵仙 15g。方中川乌、附子温阳散寒，守而不走；黄芪益气和营，助川乌、附子温通经络而散寒；麻黄、桂枝祛风散寒，使邪从表解；地龙、蜈蚣搜风剔邪通络，使血行风自灭；威灵仙祛风除湿；天麻平肝潜阳。诸药合用，有温阳散寒、和营通络、祛风除湿、活血止痛的功效。

紫黯舌在中风病中颇为多见，治疗多用活血化瘀法。傅氏认为，紫黯舌虽是瘀血证的特征之一，但阳气虚、气不运血是其根本病因。故提出了“中风病紫黯舌从阳虚论治”的观点，并自拟温通汤一方，临床用之，疗效颇佳。其药物组成：黄芪 30g，防风 6g，肉桂 9g 或桂枝 12g，细辛 6g，丹参 15g。方中黄芪生用为君药，用量大，防风为臣药，用量小，黄芪温阳益气，配防风可使气周流全身；肉桂温中补阳，凡阳虚则用，然走散之力弱于桂枝，若阳虚不甚则直用桂枝；细辛味辛性散，取其温通、辛散、升发之功以助黄芪通脉之效；丹参活血养血以通脉。以上诸药，既可温阳益气固本，又能活血化瘀治标，是治疗中风病紫黯舌的良方。临床应用应注意以下几点：少佐活血化瘀药，然不可过量；一般不伍用搜风剔络之虫类药；若阳气虚极则伍用附子。^[4]

9. 邵念方诊治经验

(1) 中风先兆

邵氏认为，中风先兆与中风病虽属一脉相承，以年老体虚、肝肾不足、气血两亏、瘀痰内扰为其发病基础，但二者所处病理阶段不同。中风先兆以“风动”为特征，内风时时升动，扰动体内瘀血伏痰，走串脑脉经络，导致眩晕欲仆，手足麻木，阵发性偏身不遂和语言不利等症，时发时止，变化不定。内风旋动为发病的主要病机，瘀血痰浊是重要的致病因素。故中风先兆从整体认识属本虚标实，发病期则是风瘀痰邪扰乱清窍为患。邵氏自拟愈风通络汤，方药组成：天麻 12g，钩藤 20g，胆南星 10g，降香 10g，水蛭 8g，蜈蚣 5g，大黄 6g，白芍 15g，制首乌 15g。方中天麻质地柔润，能养肝血、育肝阴、抑肝阳、平风木，并通经活络；钩藤平肝息风、清热化痰；水蛭、降香、蜈蚣活血通络；胆南星开宣化痰；大黄通腑降气；何首乌、白芍滋阴敛阳。全方共奏息风活血、化痰通络之效。临证运用：若肝火亢盛，头痛头胀、烦躁易怒者加夏枯草、黄芩清泻肝火；痰浊内阻而见身困、舌苔厚腻者加石菖蒲、半夏化湿祛痰；瘀血显著而见唇舌紫黯、肢麻较甚，或为复中先兆者加川芎、丹参以增活血化瘀之效；兼有气虚，表现神疲乏力、形体虚弱者加黄芪、党参。

〔典型病例〕

某男，56岁，1996年7月19日初诊。阵发性左侧肢体麻木、左面部肌肉痉挛1个月，1日发作10余次，每次持续5~10min，伴头晕耳鸣，头胀痛，失眠多梦，舌质黯红、苔黄腻，脉弦细。血压143/105mmHg。血液流变学检查示血粘度、红细胞压积、纤维蛋白原均增高。诊断为中

风先兆证，证属风痰内盛，瘀血阻络。给予愈风通络汤加减。服12剂后肢麻、面肌痉挛消失，余症减轻。继用18剂后，诸症全消，血压134/90mmHg，复查血液流变学恢复正常。

（2）急性中风

邵氏认为瘀血形成是急性中风病的病机核心。瘀，泛指血脉瘀阻，出血性中风为血溢脉外而成瘀，缺血性中风为血阻脉络而瘀塞。风、火、痰、虚等诸多致病因素导致中风病的发生，无不与瘀血形成相关。水，包括痰浊、水饮，是津液运行障碍所产生，其形成与血脉瘀阻有紧密联系。脑脉血瘀既成，气机阻滞，则水津不行，水聚而成饮，饮敛化为痰，痰浊积聚髓窍，并进而加重气血阻滞。邵氏认为，急性中风病只要瘀血阻塞在进展，水饮滞留也必然进展，脑脉瘀血愈重，水饮痰浊聚积就愈甚。瘀血与水饮痰浊搏结于脑，导致窍隧瘀闭，神机失运。临床表现除有半身不遂、口舌歪斜、语言不利等中风病主症外，还出现头痛头胀、嗜睡、神志不清、恶心呕吐、项强肢痉等症状。瘀水互结除作用于脑的局部外，并常与其他病邪相互影响、相互作用，引起和加重全身气血津液运行失调，产生许多中风并发症状。如导致肺气上逆，痰浊内生，出现喘促痰鸣；引起脾胃升降失常，痰热互结胃腑，而见呃逆、腹胀、便秘等。故邵氏认为治疗的关键在于活血利水、辅以通腑降气，拟活血利水通脉饮，方药组成：泽兰15g，泽泻30g，茵陈15g，水蛭6g，三七粉3g（冲服），葛根30g，石菖蒲12g，大黄6~10g，白术24g，枳实10g。方中泽兰活血通经，行水利湿；泽泻、茵陈利水而兼清热；水蛭、三七粉、葛根活血化瘀，通利水道；石菖蒲化痰醒神开窍；大黄通腑降气，逐瘀泄浊；白术健脾运中而行水湿；枳实

调气通腑，行瘀除痰。

〔典型病例〕

某女，58岁。1996年12月25日因突发眩晕呕吐，四肢无力，语言蹇涩4小时入院，伴嗜睡、头痛，舌质红、苔薄黄，脉弦细。血压165/100mmHg。四肢肌力Ⅳ级，脑CT检查示脑干出血。诊断：出血性中风病，证属瘀水互结、痹阻脉络。治以活血利水、通腑降气法，给予活血利水通脉饮加天麻12g，钩藤24g，水煎服，日1剂，并静滴双黄连粉针剂以清热化痰。用药后病情好转，治疗1个月，诸症消失，语言流利，四肢肌力恢复正常，脑CT示血肿已吸收。

（3）中风恢复期

邵氏认为，元气亏损、肝肾阴虚是中风发病的本源。在中风病恢复期，机体气阴亏虚之象明显，而瘀血留滞脑络所致半身不遂、肢体麻木、语言蹇涩等症状恢复缓慢，并伴有神疲乏力、少气懒言、头晕耳鸣、舌质紫黯等症，成为辨证论治的要点。治疗宜益气养阴以扶本，活血通络而消顽瘀。拟中风康复饮。组成：黄芪30～90g，制何首乌30g，川芎12g，桃仁10g，鸡血藤30g，葛根30g，水蛭8g，土鳖虫8g，山楂24g。本方特点为重用黄芪、制何首乌益元气滋真阴，培本扶正，从而鼓舞血行，敛收浮阳；川芎、桃仁、鸡血藤、葛根活血化瘀，通经达络；加用虫类药水蛭、土鳖虫攻窜善走，祛脑络内久滞瘀血；山楂消食化瘀。若兼阴虚阳亢，见头晕头痛、脉弦者加天麻、钩藤、白芍、桑寄生；兼痰浊偏盛，见胸腔满闷、神倦多寐、舌苔厚腻者加石菖蒲、半夏。

〔典型病例〕

某男，48岁，1995年6月12日初诊。高血压病史10

年,3个月前因疲劳突发右侧肢体偏瘫、失语,CT检查为左基底节区脑梗死。在某医院住院第30天时,又突发左侧肢体活动失灵、麻木,CT检查为右额叶脑梗死。治疗60天后病情好转出院,遗有四肢活动无力、肢麻。诊见上肢抬举不能平肩,步履艰难,四肢麻木,头晕耳鸣,舌质黯红,脉弦。证属气阴两虚,肝阳上亢,瘀血阻络。方用中风康复饮加天麻12g,钩藤30g,白芍15g,水煎服,日1剂。12剂后,肢体活动有力,头晕耳鸣减轻。此方随症加减,共服90余剂,配合功能锻炼,四肢活动自如,余症好转,生活自理。^[5]

10. 赵锡武诊治经验

赵氏认为,古医家所称中风有中脏中腑、中经络之说,而中腑多在阳明,中脏多在少阴,少阴指肾而言。肾主骨,骨藏髓,脑为髓之海,靠肾精滋养。若肾精亏,七情过度导致肝阳上逆而发病,则出现神志不清,血脉瘀痹,经络不通。故脑梗死、脑出血恢复期均宜以补肾为大法,辨证投以地黄饮子加减。脑出血急性期应立即用续命汤配以再造丸,1~2日,以偏凉方剂止血;脑梗死急性期则须以温热性之小续命汤,佐以桃红四物汤及再造丸,该方之虫类药物,能调节神经功能;养血活血药有化瘀通经之功。半身不遂兼高血压者,地黄饮子配合风引汤加生杜仲、草决明。

中风恢复期,脑萎缩、脑软化者地黄引子配合王清任补阳还五汤。热象明显者,地黄饮子中去附子,加重阴药。湿重痰盛者,地黄饮子加藿饮六神汤。地黄饮子以补肾阴为主,补肾阳为辅。凡中风后出现舌謇音暗、肢废、饮食作呛、反应迟钝者均宜投用。方中地黄宜生用,且用量达20~40g。生地黄为方中主药,功在逐血痹。中风有脑及四

肢血痹不通之候，故宜量大用之。血痹一除，气血得充，筋骨强壮，脑府得以滋养，其他药物亦能各尽其职。

赵氏认为，历来医家强调地黄饮子原方虽可用于中风，但由于方中温补之品偏重，只宜用于虚寒性中风，邪实者绝不可妄投。而中风本身则是一个虚实夹杂、本虚标实之证，临床纯虚无邪者并不多见，即使中风后遗症或虽以虚象为主但有痰瘀等标实夹杂。一般认为，中风之病，忌用温热，而赵氏却有不同看法。地黄饮子方中桂附性热，山茱萸、肉苁蓉、菖蒲等虽属性温之品，但被大量生地黄、麦冬、石斛等寒凉之品所制约，况且桂附用量亦不大，故其温热之性在方中并不明显。一般肉桂只用 3g，制附片 6g，此 2 味虽为大辛大热之品，在此方中只取其补阳散寒、温通经脉之效。中风病久，经络筋脉气血痹阻、痰浊瘀血留滞，虽需活血祛瘀，但必须兼顾温阳通脉，附子、肉桂大辛大热，其中附子归十二经，两药相合，可鼓动阳气运行，祛寒通痹，而使经脉通畅，气血得以正常流通。桂附配合方中补肾、祛瘀、豁痰之品，相辅相成，既可配合补肾药滋阴补阳，鼓动气血运行，亦可协助豁痰、祛瘀药开窍通络。临床观察表明地黄饮子对患者因阴阳失调、阴虚阳衰所致肢瘫、四肢畏寒发凉、抽掣挛急等症有明显治疗作用。即使在无效病例中亦未见因服药后火热肝阳更甚者。能够产生这种疗效的关键，是组方中除上述甘寒、苦寒或咸寒之品所起的制约外，有时加用钩藤、地龙等清热平肝息风之品，此类药物不但可以平肝潜阳，而且可以防止桂附等温热药物助阳升火之弊。赵氏认为，从临床用药实践中可以看出，中风急性期后，温热药物不是绝对禁忌，只要辨证确当，在适宜的配伍下，完全可以使用，借其温通效力可使临床疗效得以提高。^[6]

11. 王季儒诊治经验

王氏对中风的治疗，简化为中经络与中脏腑两种类型，同时又据其不同脉证，进一步分为虚、实、闭、脱四证，在治疗上用平肝豁痰、通络活血法治中经络实证，用补气养血、宣通经络法治中经络虚证，以清热镇肝、豁痰开窍法治中脏腑之闭，以补气固脱法治中脏腑之脱。王氏认为：“中风一病，多系肾阴不足，肝阳上亢、热极生风、肝风上扰所致。”在治疗时，以神志分中经络或中脏腑，再以脉象辨虚实。如半身不遂是中经络之主症，其实证之脉来弦滑而数，虚证之脉来则弦软无力或濡滑。昏迷为中脏腑之主证，但其闭证之状，牙关紧闭、两手握固、面赤气粗、痰涎壅盛、脉弦滑而数；其脱证之状，口开、眼合、手撒、遗尿、鼾声，或四肢清冷、汗出如油、面赤如妆，脉浮大无根，或沉细欲绝。在脱证中，心肺两绝最为严重。如再兼见四肢逆冷、汗出如油，系危在顷刻，为挽救于万一，可用参附汤（人参 30g、附子 15g）或能冀南转北。然中风一病，机制复杂，兼证迭出，尤其是中脏腑之闭脱两证相兼出现者最为难治，如见病人卒然倒仆，不省人事，伴有眼合、手撒、遗尿、牙关紧闭，脉弦数有力。眼合为肝绝，手撒为脾绝，遗尿为肾绝，但牙关紧闭、脉弦数有力，系肝阳暴涨、气血充斥之征，虽见脱证，亦应以闭证治疗，兼以固脱。若见脱固脱，则肝阳得助，必升腾莫制。又如患者脉来弦大，身大热及眼合、手撒、遗尿，若细按其脉来中空，恐为虚阳外脱之象，当按脱证治之。若见其身大热、脉来弦大，则按闭证为主论治，如妄投安宫，则阳气立见消亡。如在治疗脱证过程中，见病人两手已握、牙关已闭、脉转弦数有力，当急转直下，按闭证治疗。治脱证

如此，治闭证亦如此，故在闭脱难辨或机制转变时，详寻脉象，至关重要。

王氏认为，虽然中风病之中经络者多系脑栓塞之类，中脏腑多系脑出血之属，然亦有时出现中医认证与西医诊断不符的现象。此时必须尊重西医的诊断，同时又不能被其束缚，才能真正体现出中医辨证论治的特色。如经西医诊断为脑栓塞，可病人出现昏迷现象，仍当按中脏腑治疗。如经西医诊断为脑出血，但脑出血病灶小，病人仅出现偏瘫、口眼喎斜、舌强言謇，若脉来弦滑者，仍可按中经络治疗。若其脉乍按弦大、细按中空，虽证属中经络，亦应急以固脱。

大凡神昏之人，一旦苏醒，即加入通络之品，以速荡经络之瘀滞，如是则可不留偏瘫之余弊。脉滑数有力者，用通络活血汤；脉弦软无力者，用通络益气汤。如服通络药患侧已能活动，惟觉无力，脉仍滑数有力者，亦不可加入参、芪等补益之剂，必待脉象已衰方可加入，否则必将痰热之邪郁闭于内，酿成终身之累。王氏自拟虚、实、闭、脱四方及加减有：①通络活血汤（用于中经络实证）：生石决明 30g，黛蛤粉 30g，旋覆花 9g，代赭石 9g，桑寄生 30g，威灵仙 10g，地龙 10g，生穿山甲 9g，僵蚕 10g，豨莶草 12g，竹茹 12g，鸡血藤 20g，知母 9g，黄柏 9g，土元 3g，全蝎 3g。加减法：湿痰盛加清半夏 9g，陈皮 6g，茯苓 12g；言语不利加羚羊角粉 1g（冲服），九节菖蒲 9g，天竺黄 9g，郁金 9g；如不语或兼饮水即呛者，再加天麻 3g，白附子 3g；脉数大有力加生石膏 30g，龙胆草 9g、栀子 9g；头重脚轻加白蒺藜 10g、钩藤 12g（后人），杭菊花 9g，龙胆草 9g，牛膝 9g，羚羊角粉 0.6g，（冲服）。②通络益气汤（用于中经络虚证）：黄芪、党参、鸡血藤各 18~30g，桑

寄生 30g, 威灵仙 10g, 豨薟草 12g, 当归 9g, 白术 10g, 地龙 9g, 僵蚕 9g, 熟地 12g, 杭白芍 12g, 全蝎 3g, 白附子 2g。加减法: 头晕加生海蛤 30g, 白蒺藜 10g, 菊花 10g, 何首乌 10g, 或加桑麻丸 30g (布包同煎), 或加鹿角胶 9g (烱化); 腰腿无力加川续断 12g, 狗脊 12g, 枸杞子 12g; 口干加石斛 30g, 麦冬 12g; 大便干燥加肉苁蓉 30g, 或加郁李仁 12g, 桃仁 9g; 精神倦怠加白人参 9g (或西洋参), 鹿角胶 9g (烱化), 何首乌 12g; 湿痰盛加清半夏 9g, 陈皮 6g, 茯苓 12g; 言语不利或声音低微加九节菖蒲, 巴戟天, 山茱萸各 10g, 远志 6g, 天麻 3g, 麦冬 10g, 五味子 5g。③镇肝益阴汤 (用于中脏腑闭证): 生石膏 30g, 生石决明 30g, 黛蛤粉 30g, 龙胆草 9g, 山梔子 9g, 天竺黄 9g, 九节菖蒲 9g, 旋覆花 10g, 代赭石 10g, 知母 10g, 黄柏 10g, 牛膝 9g, 川郁金 9g, 竹茹 12g, 滑石 12g, 磁石 12g, 安宫牛黄丸 1 粒 (吞服), 羚羊角粉 0.6g, 广角粉 0.6g (冲服)。加减法: 如突然昏仆、脉沉弦而缓者, 必然四肢不温, 面色苍白, 此为气血郁闭之象, 可先用苏合丸以开之, 或于方内去安宫牛黄丸加入苏合香丸; 如服后脉转滑数, 面转红润, 再去苏合香丸改用安宫牛黄丸; 患者牙关紧闭, 不能服药者, 可用乌梅 1 个, 温水泡软, 塞于腮内, 牙关即开。如肥胖人湿痰素盛者加清半夏 9g, 陈皮 6g, 茯苓 12g; 如痰涎壅盛加竹沥水 30g (兑服), 猴枣 0.6g (冲服), 或先用稀涎散 (白矾、皂角) 1.5g 白水送下, 神志清醒后, 去安宫牛黄丸、犀角, 加桑寄生 30g, 威灵仙 10g, 鸡血藤 30g, 及大活络丹等; 脉弦滑有力, 头晕甚者, 石决明可用至 60~90g, 加菊花 9g, 白蒺藜 9g, 天麻 15g; 面赤烦躁不安, 脉数有力者, 生石膏可用至 60~90g; 舌强言謇加全蝎 3g、僵蚕 9g; 大便溏加黄连 6g、芡实

30g;如四肢已灵活,惟腰腿尚无力,加狗脊 18g,川断 12g,杜仲 12g。④固脱保元汤(中脏腑脱证):黄芪 30g,党参 30g,熟地 30g,山茱萸 20g,桂圆 30g,山药 30g,枸杞子 30g,茯苓 12g,酸枣仁 12g,白术 9g,生龙骨 12~30g,生牡蛎 12~30g,甘草 3g。加减法:如四肢清冷,汗出如油,脉微细者,加附子 15g(先煎),干姜 6g,四肢转温即去之;药后病情好转,仍昏迷者,加十香丹 1 粒(分 2~3 次服);如头不能直竖,系督脉虚损,加鹿茸 0.6g(冲服);大便干燥加火麻仁 30g。^[7]

12. 卢尚岭诊治经验

卢氏提出“气机升降逆乱是急性中风病病机的关键”这一学术观点。中风病以发病迅速为主要临床特点之一,那么,何以能卒然发病,迅即昏仆不语,歪僻不遂?若以前贤所云气虚、阴虚、湿热生痰、瘀血阻络诸说皆难以阐释清楚,惟气机逆乱学说可以阐明卒中诸症之发生机制。痰、火、瘀、滞均由气机升降逆乱,气血津液运行失其常度所致。患者先天不足,或后天饮食不节,情志失调,损伤脏腑,以致体内阴平阳秘的状态被破坏,气机失和,气血运行偏颇,痰瘀内结,成为中风病之内在的发病学基础。如若继续发展,或迁延失治,气血津液运行失常日趋加重,气行不畅则为气郁、气滞。痰乃津液之变,津液赖气以蒸发鼓动,气滞则津停为痰。血由气行,气不行则血滞为瘀;气逆则上乱,故《素问·调经论》有“血之与气并走于上则为大厥”之说。滞而不通,责在气机不畅,气血津液不行,气滞、血瘀、痰阻则易从火化,火热内蕴为急性中风发病早期较为常见的病理改变。气机郁滞,大肠传导失调,糟粕内停,腑气不通,从而形成了风、火、痰、滞、瘀、

宿食、燥屎等病理产物。在此基础上，若卒然情志相激，烦劳所伤，以致气机逆乱，升降失司，引触内伏之痰、瘀、火、滞，则气机升降逆乱，而上壅清窍，闭阻经脉，故昏仆不知人，歪僻不遂诸风象由生，此之谓风。故风是气机逆乱之产物，是中风病之表现特点，而不是中风病之病因。诚如《重订严氏济生方·中风论治》所云：“大率一时气闭不行，痰涎蓄聚，所以昏愦。”

气机逆乱当责之脾与肝。人体气机之舒畅条达，要在肝脾两脏。脾与胃居中焦，中焦通上连下，为气机升降之枢纽，故中风病之气机逆乱，首先表现为中焦气机升降失司，其腹满腹胀、大便数日不行，甚则呕吐、呃逆，口气臭秽，皆为腑气不通，浊气不能下行，反而上壅清窍。其头痛眩晕、烦乱昏迷，亦皆由此而致。气乱浊壅，则痰、瘀、火、滞既可因之加重，亦可随之内生。肝失疏泄，调畅一身之气机，肝肾素亏，或肝阳、肝火偏亢，复因恼怒郁忿，肝气卒遏，肝火内炽，肝阳暴涨，风阳上扰，此如叶天士《临证指南医案》所谓“内风乃身中阳气之变动”因此，所谓气机逆乱是指人体脏腑、经络、津液升降失调，失调较重，则会形成痰、火、瘀、滞等病理产物。所以说气机升降逆乱是中风病病机的关键，其痰、火、瘀、滞等均由气机升降逆乱，气血津液运行障碍所致。故气机升降逆乱是本，痰火瘀滞为标。气机逆乱要在肝脾，而中焦升降失常，清气不升，浊气不降，为中风病发病之根本。卢氏治疗急性中风首先注重调气，畅利中焦，祛除邪气为主。调气之要，在畅利中焦。中焦通上连下，为气机升降之枢纽，故调理气机，必以调畅中焦为首务。其调气法具体应用大致有4个方面。

(1) 通畅中焦，验在腑气

药以大黄、枳实为主。大黄苦寒，色黄气香，长于入中焦，畅利脾气，复具泻火、散瘀、活血之力；枳实辛苦，入脾胃大肠经，能升清降浊，为畅利中焦，调理气机之佳品。卢氏认为大黄、枳实（枳壳）是急性中风调理气机之首选药物。创制调气息风饮（生大黄 9g，全瓜蒌 30g，枳实 30g，胆南星 9g，土鳖虫 12g）、大黄瓜蒌汤（前方去枳实）等以大黄、枳实、瓜蒌为主药，以通腑调气为主要功效的方剂。方中生大黄配枳实通腑泻热，畅利中焦，调畅气机；全瓜蒌、胆南星清热化痰，土鳖虫活血逐瘀，共奏调畅气机、泻热化痰、逐瘀行滞之功。对急性中风病，凡腹胀便滞，苔黄垢浊，脉沉弦滑者，随证投之，待大便通畅三五日，则腹胀消失，厚浊腻苔渐退，其痰热积滞之象渐平。中焦通畅，气血异常趋于平和，经脉渐通，正所谓“气得上下，五脏安定”，痰火瘀滞遂失，而中风歪僻不遂诸症亦常随之改善。

（2）调气可以化痰

痰是中风病之主要病理因素之一，痰浊或痰热内阻，蒙窍阻络是中风病之主要病机。痰因气而生，气有不调，津不顺行，痰自内生，故治痰亦当先调其气。《丹溪心法》曾曰：“善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身之津液亦随之而顺矣。”故中风病治痰要在调气。治气之品颇多，卢氏独钟情于枳实（枳壳），认为该药为利气佳品，又善治痰。张元素谓其：“治痰有冲墙倒壁之力。”在《三因极一病证方论》温胆汤的基础上，重用枳壳（或枳实），加入开窍通络之品，名曰加减温胆汤，药用枳壳（或枳实）、茯苓各 30g，半夏、陈皮、竹茹、远志各 12g，石菖蒲 15～30g，郁金 20g，蜈蚣 5 条。方中重用枳壳（实）配陈皮、半夏疏利气机，以治痰之本；二陈配竹茹、石菖蒲、郁金、远志

化痰宣窍通络；蜈蚣善逐瘀而通血脉，共奏理气化痰、消瘀通络之功。主治中风病中经络证属气机失调、痰瘀互阻者，症见歪僻不遂，肌肤麻木，头晕目眩，舌质偏黯、苔厚腻，脉弦滑者。卢氏认为温胆汤本为调气化痰、宣通气机之剂，其化痰之力得益于调气之功。重用枳壳（或枳实）则调气之力益彰，合诸药则治中风病风痰瘀血、痹阻脉络症尤为妥帖。

（3）平镇肝木之逆，舒畅条达肝气

肝郁气逆，风阳火热亢逆上冲，气血逆乱，直犯于脑，亦为中风病病机之一端。因此，平镇肝木之亢逆，疏达肝气，亦属中风病调气之法。凡中风病患者头痛、眩晕，面色潮红，烦乱多怒，舌质红，脉弦劲有力，宜用此法。处方则活用张锡纯《医学衷中参西录》之镇肝息风汤，认为方中怀牛膝、代赭石、生龙骨、生牡蛎、龟甲为镇肝阳、降逆气之要药；而生麦芽、茵陈、川楝子之疏达肝木上升之清气，也十分重要。盖因肝阳逆气虽当潜降，而肝之清气亦当升发，故处方中之生麦芽、茵陈、川楝子绝不可或缺。

（4）调气以助行血

瘀血内阻、经脉痹阻为中风歪僻不遂之主要机制。瘀血为死血，不能自行，惟赖气以行之，是以中风治疗须以调气为先。血府逐瘀汤为常用方剂。临证常加蜈蚣、水蛭以逐瘀通络；石菖蒲、郁金、远志以化痰利窍。血府逐瘀汤实为疏肝调气之四逆散与桃红四物汤的加味方。^[8]

13. 姬乾园诊治经验

姬氏将中脏以闭脱为纲，再以症舌脉而分为阴闭阳闭、阴脱阳脱。

(1) 闭证

闭证有阳闭与阴闭之别，多属实证。①阳闭：突然昏倒，不省人事，牙关紧闭，半身不遂，两手握拳，面赤唇红，气粗息高，痰声如锯，二便不通，舌苔黄腻、或黄燥，脉弦（滑）劲洪数。此系肝阳暴动，气血上逆，痰涎壅盛，络脉痹阻。首先急救，安宫牛黄丸1粒、局方至宝丹1粒研汁和匀分2次吞服，再予开窍豁痰、潜阳镇逆、清肝息风。方药选羚角钩藤汤合驯龙汤、加味竹沥汤、珍珠母丸加减。药用：珍珠母30g，僵蚕、钩藤、橘络各10g，莲子心、石菖蒲各9g，全蝎4g，胆南星3g，竹沥水2盅，生姜汁1盅，羚羊角粉5g（分2次冲服）。水煎服。加减：肝胆热盛加鲜荷叶、龙胆草；大便燥结加玄明粉、火麻仁；呃逆加柿蒂、竹茹；腹中实满加枳实、大黄（小量）；口歪加郁金、川贝母；痰热盛加天竺黄。②阴闭：昏仆卒到，不省人事，牙关紧闭，口歪眼斜，半身不遂，两手握拳，面白唇紫，痰涎壅盛，鼻起鼾声，静而不烦，四肢不温，舌苔白腻，脉沉弦或似牢实（若脉沉细弦为气虚），此系风痰偏盛，肝阳上亢，气血奔涌，痰随气逆，上壅清窍，清阳痹阻，络道不通，病发势盛难遏。治宜首先急救，苏合香丸1粒配合安宫牛黄丸、局方至宝丹，用竹沥水、生姜汁调灌下，开窍醒神。再予辛温开窍、息风豁痰、扶正通络、平肝镇逆。方用导痰汤合补阳还五汤、牵正散、加味竹沥汤加减。药用：黄芪15~100g，当归、桃仁、赤芍、白芍、石菖蒲、僵蚕各10g，地龙、川芎各9g，红花、胆南星各5g，全蝎3g，珍珠母30g。水煎服。加减：阴闭阳闭同时出现者，去黄芪，加珍珠母30g，再配合羚角钩藤汤加减；恶心加竹茹、橘络或橘红；头晕加天麻；痰浊盛加白矾、郁金；若脉沉弦似牢实，脑出血者去黄芪；脉见沉

细弦气虚者可加重黄芪用量。

(2) 脱证

脱证有阳脱、阴脱之异，多属虚证。①阳脱：昏仆不醒人事，目合口开，鼻鼾，呼吸微弱，四肢厥冷，或手撒遗尿，汗出，唇缓流涎，舌痿、苔白润，脉象沉细弱。如面赤如妆，脉浮大无根，或沉细微欲绝，是肾阴大亏而虚阳外越之危证，此元气衰败，阴阳将欲离绝。脱证宜固脱，治宜益气回阳，或滋阴敛阳，均需酌加活血通络之品，方用独参汤或参附汤。药用：人参 30g，制附子、生龙骨、生牡蛎各 15g，石菖蒲 9g。水煎服。②阴脱：昏仆不醒人事，歪僻不遂，面赤如妆，汗出痰壅，气促喘息，唇干发热，手撒遗尿，四肢厥冷，舌尖红，脉浮大无根，或沉细欲绝，此阴血大亏，浮阳上越之证。治宜壮水滋肾，引火归原。方用地黄饮子加减。药用：熟地 15g，麦冬、茯苓、肉苁蓉各 12g，山茱萸、石菖蒲、远志各 9g，制附子 5g，肉桂 1.5g，珍珠母 30g，水煎服。

姬氏认为中腑多由中脏转轻而出腑，或由中经络转重而入腑所致。临床观察，中脏、中腑不能截然分开，二者仅有病情轻重之不同。中腑的治疗法则参照中脏方药予以加减：肝阳偏亢者，治宜平肝息风，方用羚角钩藤汤加减；痰热盛者，治宜息风豁痰，方用导痰汤加减；气虚者，治宜补气开窍，活血通络，方用补阳还五汤或黄芪桂枝五物汤加减；阴血亏损者，治宜滋阴通络，方用地黄饮子加减。

邪中经络为中风轻证，或发生在中脏、中腑以后者，故又称为卒中后。辨证大致分为风痰阻络与阴虚阳亢两类。①风痰阻络：神识清楚，或神昏冒寐，口歪眼斜，手足麻木，或肌肤不仁，拘急不伸，半身不遂，语言謇涩，苔白腻，脉浮滑或弦滑。此属风痰流窜，痹阻经络。治宜祛风

利窍、通络活血、养血和营。方用加味牵正散：生地 12g，僵蚕、当归、赤芍、白芍、桑枝各 10g，地龙、川芎各 9g，白附子 5g，全蝎 4g，珍珠母 30g。水煎服。加减：痰热盛者，酌加天竺黄、胆南星、石菖蒲、远志；大便干燥酌加瓜蒌、大黄、元明粉、火麻仁；头痛眩晕者，加磁石；②阴虚阳亢：卒然口眼喎斜，头痛眩晕，舌謇或歪斜，语言謇涩，肢重不胜，半身不遂，面赤口干，目昏耳鸣，心乱不宁，舌质红、苔白或黄，脉弦滑数，此属肝肾阴虚，风阳亢盛，痰热痹阻经络之证。治宜育阴息风、平肝潜阳、化痰通络。方用天麻钩藤饮合牵正散加减：珍珠母 30g，钩藤、生地各 12g，生白芍、僵蚕、桑寄生各 10g，地龙、天麻、菊花、石菖蒲各 9g。水煎服。另服紫雪丹 9g。阴虚明显者，加重生地、麦冬用量。^[9]

14. 孙连金诊治经验

孙氏认为，中风多有先兆症状如头晕、目眩、耳鸣，突然一侧手足麻木阵作，一侧拇指无故阵阵蠕动，持物坠落或一侧手足无知觉等。先兆症一显现，表明患者体内中风病潜在因素—风、火、痰、瘀、浊已形成。造成发病的气血逆乱、阴阳失调之病机亦显现苗头，其病位首先在肝肾，次在心脾，病因以风火第一，痰瘀第二，以气瘀为先，血瘀次之，另有寒湿存在。因此应重视审察先兆症状，及早防治。药物的选择应结合病位、病因、病性而定。孙氏辨治中风强调要掌握 3 期 4 型，以区别病位深浅，病势顺逆。

所谓 3 期，是指按发病的先后分为初期、发病期及恢复期。发病初期是邪中经络的较浅阶段，发病 1~3 天内。以肌肤不仁，口角歪斜，半身不遂，筋骨不用，无意

识障碍，伴头晕目眩等为主要症状。此阶段症状轻微，风邪引动痰湿，流窜经络，脑脉瘀阻不畅。由于病邪轻浅，易被忽视，因此正确判断是治疗和截断病势发展的关键，亦是治疗本病的最佳时期；发病期是病邪由支别络脉渐及正经，脑脉被气血瘀阻，病邪直入脏腑，属中风的危重阶段，以突然昏仆，神志恍惚或神昏不语，半身不遂，口角流涎，二便失禁，项强头痛为特征，此阶段一般发病在 14 天之内。病至中期，邪日益深入，脑脉被气血瘀阻或经脉阻滞，血液妄行，正随之衰退，正虚邪实，宜且通且补；恢复期以中风经救治或轻者，证势缓解后，以神志转清，瘫痪肢体及语言开始恢复为主要特征，一般在 3 周之后，如《医宗必读·真中风》形象地指出了该证病机“譬如树木，或有一边津液不荫注而枝叶偏枯，故知偏枯一证皆由气血不周。”病至恢复期本虚标实，心肝肾三脏阴阳失调，气阴两虚，筋脉肌肉失养，必以益气化痰为先务，然后针对不同病因分而治之。

孙氏治疗中风，主要辨证分为以下 4 型：①气血阻滞型：症见头晕目眩，头痛，手足麻木沉重或半身不遂，口眼喎斜，语言不利，舌红，苔黄，脉弦滑或细数。治当祛风通络，活血通脉，方以牵正散加蜈蚣、天麻、当归、川芎、钩藤、防风、僵蚕。如头痛、头胀，目眩较重，属阳亢过盛，可加石决明、夏枯草、菊花、石菖蒲、远志；失眠、多梦，心中烦热加山栀子、黄芩、珍珠母、夜交藤；②痰血瘀阻型：突然昏仆，不省人事，肢体强痉，半身不遂，舌蹇不语，牙关紧闭，小便不通，大便闭结，面色潮红，烦躁不宁，气粗口臭，手足温热，舌黯红、苔黄腻，脉弦滑数。此为风中脏腑之阳闭，治当辛凉开窍，清肝息风，以至宝丹或安宫牛黄丸并用羚羊角汤加減清肝息风，

滋阴清热。若抽搐加全蝎、蜈蚣、僵蚕息风解痉；痰涎壅盛宜加胆星、天竺黄清热豁痰；便秘者酌加大黄、芒硝以通腑泻热。此外除闭证共有症状外，兼见静而不烦，面白唇紫，四肢不温，痰涎壅盛，舌黯、苔白腻，脉沉滑者属阴闭，治当辛温开窍，豁痰息风，先灌服苏合香丸，继服涤痰汤加天麻、钩藤、僵蚕；③正气虚脱型：突然昏仆，不省人事，目合口开，手撒鼻鼾，肢冷汗多，二便失禁，四肢不收，舌体痿软，脉微欲绝为脱证，阴阳不相维系，生命垂绝之危证，治当益气回阳、扶正固脱，急用大剂量参附汤合生脉散加龙骨、牡蛎、山茱萸。回阳之后症见面赤足冷，虚烦不安，脉浮大无根为真阴亏损，下元虚衰，阴不敛阳，虚阳无依上浮，当改用地黄饮子峻补真阴，温肾扶阳，药用熟地、山茱萸、石斛、麦冬、五味子、肉苁蓉、巴戟天、附子、肉桂、石菖蒲、远志，待阳回脱固之后再详为辨证；④气虚血瘀型：中风经过急救，证势缓解后，多留有不同程度后遗症，如半身不遂，患肢痿软无力，舌体强硬或疲软运动不灵等症状。治当益气化痰。以补阳还五汤加石菖蒲、远志治之。上肢偏废者加桑枝、桂枝；下肢软弱无力甚者加川续断、桑寄生、牛膝；若偏瘫日久，虽加重活血药而效果不显者，在扶正的基础上可加水蛭、土鳖虫、乌梢蛇。

孙氏对用药提出如下原则。化痰勿过燥：痰浊壅盛者在用化痰药物时不宜过用温燥，否则非但痰浊不去，反伤真阴，进而形成燥痰胶固变生它证；活血勿伤血：本病在发病初期和恢复期，活血化瘀为其常法，鉴于本病属本虚标实，故活血化瘀当与益气养血相结合方能标本兼顾；用药宜适时：中风初期肝风内动才可用羚羊角，若是痰盛切不可用，用之亦无效，相反有害。宣窍以石菖蒲、远志为

佳；见肿勿利尿：本病恢复期有一部分病人出现患侧肢体肿胀，对肢体功能恢复不利，这是由于气虚湿阻，血行不畅，此时不宜滥用利尿药以免伤正气，当予补气活血。若图一时之效，见肿便利尿则遗患无穷；通腑勿伤正：本病中期，有部分病患表现为痰热腑实征象，需要通腑泻热，但应以腑气通畅为度，此时虽有舌红、苔腻，亦不能过施通泻，否则极易损伤正气。^[10]

15. 刘仕昌诊治经验

(1) 活血祛瘀、通腑泄热

刘氏认为不论是缺血性中风或是出血性中风都存在血瘀证。活血通腑法是刘氏治疗中风急性期常用的方法。当气血失调，血液运行不畅而致血滞经脉时易发为缺血性中风。出血性中风，其原因为离经之血，瘀于脑部。当暴怒难遏，肝阳暴涨，阳动生风，上冲脑络，络破血溢脉外而成血瘀，称之为“离经之血”。《血证论》曰：“既是离经之血，虽清血鲜血，亦是瘀血。”中风急性期往往合并有便秘，腹胀或腹痛，舌苔黄燥，甚则起芒刺，脉弦滑等里热实证。究其原因，刘氏认为，中风病人气血逆乱，运行不畅，血蓄于内，胃肠气机不畅，糟粕积滞阻于肠道，郁久化热而出现胃肠实热证。故治疗上刘氏善用活血通腑法。大便的通畅与中风的治疗效果密切相关。刘氏认为，大便通则病愈过半。故活血化瘀时常配以通腑泻热法，方用桃仁承气汤加减。常用药：毛冬青、丹参、红花、桃仁、鸡血藤、怀牛膝、田三七末、香附、枳实、大黄等。其中，毛冬青、田三七末、丹参、桃仁具有清热凉血消瘀作用；枳实、香附具有行气通下，调节气机作用；怀牛膝引药下行，并有活血化瘀的作用；丹参、鸡血藤养血和血并行血

中之气；大黄通腑泄热，又可活血止血，起到釜底抽薪，调整机体阴阳平衡的作用。

（2）清热涤痰、开窍醒脑

中风症见眩晕跌仆，语言不利，口舌歪斜，肢瘫、麻木不仁，痰多，苔腻，甚则神志不清，昏迷等症。刘氏认为此为风阳上升，痰热内盛，风痰阻络，蒙蔽心窍所致。且中风病人由于气道不畅，排痰不利，长期卧床等原因引起痰浊壅盛，更易引发痰蒙心窍，故化痰法为治疗中风之常法。叶天士在《临证指南医案·中风》中指出：“风阳上游，痰火阻窍，神识不清，则有宝丹芳香宣窍，或以辛凉清上痰火。”刘氏常用清热涤痰，开窍醒神法。方用温胆汤合菖蒲郁金汤加减。常用药物：石菖蒲、黄芩、郁金、胆南星、竹茹、法半夏、天竺黄、僵蚕等。对于昏迷病人，加强开窍醒脑，选用三宝，早期足量使用可使病人尽快苏醒。现常用醒脑静静脉点滴代替，亦有一定效果。

（3）平肝息风、育阴潜阳

平肝息风、育阴潜阳亦是刘氏治疗中风的常用方法。中风病人因肝阳上亢，风火内动，症见眩晕，跌仆，偏瘫，头痛如掣，肢体麻木，手足抽搐，痉厥等症。刘氏多选用羚角钩藤汤加减。常用药：羚羊角粉、天麻、钩藤、生石决明、草决明、怀牛膝、菊花、白蒺藜、桑叶、牡蛎等。中风病人肝肾亏虚，水不涵木，肝阳偏亢，实属本虚标实，在平肝治标的同时，常配合育阴潜阳柔肝治本，如常配枸杞子、熟地、生地、麦冬、菟丝子、白芍、首乌、杜仲等。

（4）祛风化痰、舒筋活络

此法用于中风后期。因中风后期多气虚血瘀，脉络阻塞，习惯上多以补阳还五汤治之。但刘氏则多采用滋肾水及祛风通络之法，尤其善用虫类药物，意在借其峻猛之力，

以搜剔血脉之瘀滞及风邪。虫类药物善于走窜，其通经达络，远非植物所及。如地龙具有清热、舒筋活络及降血压的作用，对合并有高血压者效优；蜈蚣、全蝎均有通络止痛、息风止痉的作用，常相须为用，但两者皆有毒，用量宜小，如全蝎一般用3~6g，蜈蚣用2条；水蛭具有破血散瘀，通经脉的作用，有破瘀血而不伤新血之称；僵蚕具有化痰散结、祛风止痉的作用，如合并痰浊内阻，选僵蚕尤佳。中风后遗症，治疗棘手，而虫类药在此方面又独具功效。^[11]

16. 张学文诊治经验

张氏认为中风发病规律是因虚致瘀，瘀阻脑络。而责其虚又是因肝肾之虚，精、气、血受损。单纯的虚一般不能导致中风，只有因虚致瘀且又发展到了一定程度，影响了气血的正常运行，造成瘀血阻塞脑络，内有所瘀，外有所激，才能卒中。中风之虚多由增龄而影响了精、气、血之生化运行所致。人体增龄之虚，是始于肾，终及肝肾。肾之虚，必然影响气血之生化运行而致瘀。如元气不足，五脏之气化乏源，必致气虚无力行血而致瘀，肾精不足，精不化血则血少，血脉不充，血行迟缓为瘀。肝与肾精血同源，肾之虚必及于肝，而致肝肾同虚，肝气不用，失其条达疏泄之职，亦致气滞或气虚而致血瘀，就有导致中风的可能。由于肝肾与脑在生理方面的密切关系，因此病理上当肝肾因虚致瘀时，必然会影响于脑，使脑之脉络瘀阻，清气难入，浊气难出。脑络瘀阻之轻者，头乏清阳之助，津液之濡，脑神失用而为缺血性中风；甚者络破血溢，离经之血便是瘀血，又加重瘀血之形成，压迫脑髓，神明失主，动觉失司而为出血性中风。

张氏认为因虚致瘀，瘀阻脑络至中风的发生，实质上是瘀血这一主要矛盾由量变到质变的过程。无论是脑血管痉挛、脑血栓形成、脑栓塞，还是脑出血，其病理改变都符合中医血瘀的概念。张氏根据自己的临床实践经验，总结了中风整个病变过程的发展规律，将其概括为六大证候（肝热血瘀、气虚血瘀、痰瘀阻窍、瘀热腑实、颅脑水瘀、肾虚血瘀）及三大阶段（先兆期、急性发作期、恢复期）。

肝热血瘀型：肝热血瘀系指肝经郁热或肝肾阴虚，水不涵木，肝阳上亢，化热灼津为瘀；或肾精亏乏，肝血不足，血涩为瘀所致的一种中风早期证候。表现为头痛眩晕或目胀面赤、肢体麻木，或短暂性语言謇涩，或一过性肢瘫无力，大便秘结，或排便不爽，舌质紫黯、舌下散布瘀丝或瘀点，脉象弦滑或细涩、或弦硬等。张氏认为肝热血瘀是中风早期的基本病理之一。其治疗以清肝化瘀为大法。常用自拟的清脑通络汤加减：菊花、葛根、草决明、川芎、地龙、赤芍、胆星、山楂、磁石、鸡血藤、丹参、川牛膝等。

气虚血瘀型：气虚血瘀是指因气虚无力行血而致血行缓慢为瘀的一种证候。其症见半身不遂，肢体麻木，神疲乏力，语言不利，面色萎黄，舌质淡紫、苔白或白腻，脉细涩等。可见于中风初期或恢复期，缺血性中风多见。张氏认为气滞可以形成瘀血，而气虚无力推动血液，血液不能畅行于脉道，同样可以致血凝成瘀，阻滞脉络，筋脉失养而发病，这便是因虚致瘀的因果，也是本证的主要病机。治当益气活血为要，常用自拟通脉舒络液治疗：黄芪、丹参、川芎、赤芍等。

痰瘀闭窍型：痰瘀闭窍系指因瘀滞脉络，脉络不利，气不行津，津聚为痰，或宿有痰疾，痰瘀互结，内闭神窍，

外滞经络的一类证候。其症见突然昏仆、神志不清、肢体偏瘫、喉中痰鸣、语言不利或失语，脉弦滑或弦硬，舌体胖大或偏歪、舌质黯或有瘀丝瘀点，常见于中风急性期或康复初期。张氏认为津聚成痰，治宜涤痰开窍，活血化瘀。常用自拟蒲金丹：郁金、菖蒲、丹参等。

瘀热腑实型：瘀热腑实证系指因精亏血瘀、胃肠液乏，传导失司而致肺气不通、上闭下实之证。其临床表现为神志昏蒙，偏身不遂，舌强语蹇，口眼喎斜，呕恶便秘，舌红或黯红、苔黄腻，脉弦滑等，常见于中风急性期。张氏治疗此证常用通腑化瘀、釜底抽薪之法，药用生大黄、枳实、玄明粉、丹参、川牛膝、桃仁、菖蒲、胆星等，使瘀浊去，腑气通利。此方妙用大黄、牛膝活血化瘀，引血引热下行；菖蒲、胆星开窍化浊，上下通利，则肠腑之积荡然无存，使神苏津复。

颅脑水瘀型：颅脑水瘀证系指瘀血与水湿痰浊互阻于脑窍，致神明失主，肢体失用，七窍失司为主要表现的一类证候。临床症状表现为神志障碍，半身不遂，语言蹇涩，偏盲等。本证急则可因瘀血水浊之病理产物压迫脑筋而致病危，缓则可致脑髓失养而疲缩（相当于血管性痴呆）。常见于中风急性期或恢复期及其他脑病中。张氏认为颅脑水瘀为诸多脑病之病机关键所在，为血不利则为水之所因。治以通窍活血利水为大法，常用自拟脑窍通口服液治疗：丹参、赤芍、红花、茯苓、水蛭、麝香等。

肾虚血瘀型：肾虚血瘀证系指因肾精不足，血亏液乏，血脉不充为瘀，液少不能上承清窍的一类中风后遗症。症见音喑失语，心悸，腰膝酸软，肢体半身不遂，舌质红或黯红、脉细涩等。张氏认为肝肾同源，精血相生，久病及肾、久病入络，精亏血必瘀，瘀阻则清窍失濡，肢体不用。

治宜补肾益精，活血化瘀，常用桃红四物汤加鹿角胶、鹿衔草、桑寄生、川牛膝、大云、丹参，少佐黄芪以益气生精。

〔典型病例〕

1. 刘某，女性，63岁，初诊于1993年9月25日。自诉头痛眩晕2月余，伴耳鸣，半身肢体麻木，经治多次未愈。诊见面微赤，善烦，口苦咽干，食纳不佳，大便秘结，舌质红、苔薄黄，脉弦滑，血压150/100mmHg。张氏诊为中风先兆证（肝热血瘀型）。治法：清肝和血，化瘀通络，处自拟清脑通络汤加减（菊花、葛根、草决、川芎、赤芍、地龙、胆星、磁石、山楂、僵蚕、丹参）。服上方6剂后，患者自觉头痛眩晕、耳鸣等症减轻，复诊仍于上方稍事加减，调治月余，症状消失。并嘱其避风寒，勿生气，忌过劳，并常服小中风片（丹参、草决明、川芎等）以善后。

张氏认为，中风先兆证是中风病变过程中的量变阶段，应防其于未然。中风先兆证的病机关键是肝热血瘀，其证候特点常表现为一过性眩晕、肢体麻木，或头痛易怒，舌质红或黯红或有瘀点，脉弦滑或硬等。治法宜清肝和血、化瘀通络，常用自拟小中风片治疗（丹参、草决明、川芎等），并采取辨证服用方法：如气虚者加黄芪15g泡水送服小中风片；兼痰瘀者以竹沥水送服；肝热偏盛者以菊花泡水送服，提高了临床疗效。

2. 岳某，男性，40岁，初诊于1985年11月28日。患者于1周前因过量饮酒后于次日晨起而感右侧肢体麻木，口角流涎，语言不利，以脑血栓形成收住院，住院治疗2天后，病情进行性加重，头痛剧烈，呕吐，神志昏蒙，右侧肢体偏瘫，项强，经CT诊断为脑出血（左侧外囊出血），经抢救治疗后，神志清醒，该院建议手术治疗，但患

者要求中药治疗。诊见神志基本清楚，语言謇涩，口眼喎斜，右鼻唇沟消失，伸舌偏右，右上下肢偏瘫，颈有抵抗感，血压 150/100mmHg，舌质黯红、苔黄稍腻，脉弦硬。辨证为络破血溢、水瘀阻窍，宜通窍活血、化瘀利水，处通窍活血汤加茅根 30g，丹参 15g，川牛膝 15g，豨莶草 30g，并丹参注射液肌注。服上方 10 剂后，患者即感右上肢能抬高至头，手指稍可提物，右下肢能活动，仍守上方加天麻、菊花、茯苓，去麝香。此后复诊 2 次，于上方加蜂房、南星等调治 2 月余，诸症消失，复查 CT，血肿吸收。9 年后复查脑 CT 示：外囊部有条状软化灶，余无异常。

出血性脑中风，乃中风急性期凶险之症，其病理变化为瘀血、痰、水、风、火等交织成错，复杂而多变，然尚以瘀血为主因。张氏认为在脑出血急性期，应及时使用适当的活血化瘀药。中风无论是缺血性中风或出血性中风，皆是同源异流，出血与梗塞是瘀血发展的两种不同结果。血瘀是出血性中风的主要病机，活血化瘀法有去除瘀血、消除血肿、制止出血和促进组织再生的作用。在具体用药上，张氏强调应注意适度，应选用一些具有活血与止血之双向调节等药物，如三七、水蛭之属。另外，由于急性期的闭脱症难于口服，可采用鼻饲或肛肠给药等途径。

3. 王某，男性，63 岁，初诊于 1993 年 7 月 11 日。曾于 4 个月前患脑栓塞，住院 4 月余，余症均愈，惟有半身不遂未愈。诊见其神志清楚，语言謇涩，伸舌偏右，右侧上下肢瘫痪而有强直感，颈无抵抗感，上肢肌力 I 级、下肢肌力 II 级，自感头晕乏力，纳食不佳。血压 180/128mmHg，舌质紫黯、舌下有瘀点、苔薄白，脉细涩。辨证为气虚血瘀、络脉痹

阻，治宜益气活血、化瘀通络，方用补阳还五汤加水蛭、乌蛇、桂枝、路路通、豨莶草、续断、山楂，并外用所服之药渣加艾叶、花椒热浴患肢。二诊于1993年8月15日，服上方12剂后，患侧上下肢肌力和全身症状都有好转，于上方加葛根、桑寄生、僵蚕。尔后复诊皆守上方稍事加减，服药月余，患者右上下肢肌力均恢复，行动自如，伸舌居中，语言流利。

偏瘫为中风恢复期的主要症状之一，其病机不外乎气虚血瘀所致，张氏认为后遗症除因气虚血瘀所致偏瘫外，尚还有由于脑络瘀血致脉道不利，血不利则为水，形成以颅脑水瘀为主要病理，以神情呆钝、语言不利等症为主要表现的后遗症亦属常见。病至此期，顽血痰水痹阻经脉，又正气亏虚，病势胶结顽固，恢复能力差。此时的治疗，除内服汤药等外，尚须采取多种疗法协同配合。内外综合，才能获得较为理想的效果。在内服药方面，对于气虚血瘀之偏瘫，常用益气行血之补阳还五汤加乌梢蛇、僵蚕、全蝎、水蛭等虫类搜剔之药。如因颅脑水瘀之语言不利等，则用通窍活血汤加减。除内服汤药之外，常嘱病人用所取汤药之渣加艾叶、花椒、桂枝、路路通煎水热浴患肢，另配合适当的活动锻炼，使之疏其经脉，令其条达。如此内外综合治疗，可提高疗效，缩短康复时间。^[12]

17. 邓振明诊治经验

一般认为，中风病人，无论风、火、气、痰阻滞脉络均可造成血瘀。因此活血化瘀、疏通脉络是治疗中风病的重要法则之一。无论出血性还是缺血性中风，其瘀阻脉络的病机是一致的，采用活血化瘀之品亦切合病机。但邓氏对此有独到见解，认为出血性中风的早期应慎用活血破瘀

之品，因为此类药品如川芎、红花、尤其是土元、水蛭之类逐瘀峻品，有减少血小板数量、抑制血小板聚集和释放反应，抗凝、增强纤溶活性的作用，因而在出血性中风早期，破损的血管尚未修复，再用活血破瘀之品，将影响破裂脑络的修复，有引起再出血的可能。对缺血性中风患者，用活血破瘀之品亦须适度，因为病损部位的脑血管，由于缺血、缺氧，已处于极度扩张状态，若过用破瘀之品，亦有络破血溢之虞，且过用破瘀之品有耗气伤阴之弊。故常选用作用温和的养血活血通络之品，如当归、丹参、赤芍、鸡血藤等，此类药物不但能扩张脑血管，增加脑血流量灌注，改善脑细胞代谢，抑制病损，增加调节功能，且能调整血行，使血出能止，血滞能行。邓氏认为，中风病一般属于本虚标实，以肝肾阴亏为其根本。

急性期则侧重于标实，即风阳夹瘀血痰浊逆上直冲犯脑，或络破血溢或脉络壅塞，扰乱清窍则见半身不遂诸症。因此，中风病急性期应以祛邪为主，针对风、痰、瘀等主要因素进行辨证治疗。具体用药如下：风痰瘀血、痹阻脉络者，治以平肝息风、化痰通络；药用：钩藤、菊花、天麻、瓜蒌、胆南星、丹参、赤芍、鸡血藤、大黄等；痰热腑实、风痰上扰者，治以通腑化痰，药用星蒌承气汤；气虚血瘀者，治以益气活血、化痰通络；药用黄芪、太子参、茯苓、丹参、赤芍、鸡血藤等；阴虚风动者，治以育阴息风；药用生地、玄参、麦冬、钩藤、珍珠母、丹参、丹皮、赤芍等。

另外，中风病起病急骤，症见多端，变化迅速；症状表现亦因人、因时、因地而有所不同。对此，邓氏用药颇有领悟：①神志不清，或昏睡、朦胧，根据风火、痰湿、痰热等病因的不同而选用息风、泄火、豁痰、开窍醒脑之

品，如羚羊角粉、珍珠粉、天竺黄、胆南星、石菖蒲、远志等，或选用安宫牛黄丸（散）、苏合香丸等；②言语謇涩，吞咽困难者，为痰阻舌本。选用石菖蒲、远志、郁金、桔梗等化痰利窍；③舒筋活络，用威灵仙、鸡血藤。《药品化义》云：“灵仙性猛急，盖走而不守，宣通十二经络……以此通络则血滞痰阻，无不立豁”，鸡血藤善长养血活血通络，二者相伍，刚柔相济，功得益彰；④眩晕、头痛，喜用葛根、羌活。邓氏认为二者能通行督脉、升举清阳。眩晕、头痛多为痰瘀阻窍，使清阳不能升居清窍。葛根、羌活轻清升散，助药势直达头面。常配珍珠母、牛膝以潜降，使清阳得升、浊阴得降，而头痛眩晕皆除；⑤肢体麻木为甚者，短期难除，须重用通络逐痰之品，如威灵仙、鸡血藤、僵蚕、地龙、郁金、半夏等；⑥烦躁失眠亦多为肝肾亏虚、虚火扰心所致。用生地、百合、珍珠母、生龙牡以滋肾水潜浮阳，或用交泰丸使水火既济；⑦神情呆滞，记忆力下降，责之肝肾亏虚，髓海失养，常用何首乌、枸杞子、女贞子、山萸肉滋肾补脑；⑧二便失控总因肾司无能，理当补肾固涩。选益智仁、芡实、金樱子、覆盆子之类。^[13]

【按语】

本篇所述中风主要包括缺血性中风（脑血栓形成）和出血性中风（脑出血及蛛网膜下腔出血）。所列医家除孔伯华、程门雪、冉雪峰等因受当时西医诊断水平所限，所治病患可能与西医诊断有所出入外，其他医家对中风诊断均经如腰穿、CT 及磁共振等现代医学诊断手段证实，因此诊断具有可靠性。

（一）出血性中风

1. 辨证分型治疗

多数医家认为出血性中风的发生不外阴阳偏旺，气血逆乱，脑脉破损，血流入脑。临证当分清中经络或中脏腑，闭证或脱证，识别风、火、痰、水、瘀等病理变化而分治。中经络者，如平素有高血压病，身体健壮；或痰湿壅盛，肝热风动；或肝郁化热，灼津为痰，阻塞脉络者，治宜平肝豁痰，通络活血；如体质素弱，气血不通，为中经络之虚证，可服通络益气之品。中脏腑者按闭证、脱证分治。闭证治以清热镇肝，豁痰开窍，常用镇肝息风合化痰通腑之剂加用安宫牛黄丸、羚羊角、犀角、清开灵等；脱证治以回阳救逆，扶正固脱，内服固脱保元之剂，配合参附注射液静滴。以王永炎为代表的医家，将中风分为中络、中经、中脏。中经络分肝阳暴亢、风火上扰（治以平肝泻火通络）；风痰瘀血、痹阻脉络（治以化痰通络）；痰热腑实、风痰上扰（治以通腑化痰）；气虚血瘀（治以益气活血）；阴虚风动（治以育阴息风）5个证型；中脏腑分为风火上扰清窍（治以清热息风、开窍醒神）；痰湿蒙塞心神（治以温阳化痰、醒神开窍）；痰热内闭心窍（治以清热化痰、醒神开窍）；元气败脱、心神逆乱（治以益气回阳救逆）4个证型。此分类分型对辨证治疗具有指导性，临床多可取得较好疗效。

2. 活血化痰法的治疗

多数医家认为，出血性中风的病机核心是气血逆乱-下而脏腑、上而脑髓受伤，入脑筋经络，气机不利，血脉不

畅，引起气血发生病变。气变为动，从中化火生风，攻冲激烈，轻则脑脉受阻，血变内凝为瘀，重则脑脉及脉络破而不能约束，血行脉内，外溢于脑髓，滞留为瘀，即离经之血为瘀血。瘀血凝滞日久可造成瘀血中水精、津液外渗，为痰为饮为水，从而脑髓内风火瘀而成痰浊，瘀血与痰浊互结，蕴久可生邪热，侵扰神明，蒙蔽清窍，痹阻脉络，神机不用，发为中风。而破血行瘀，祛邪扶正，祛瘀生新是治疗的关键，即中医所谓“治风先治血，血行风自灭。”故破血行瘀，泄热醒神应为急性出血性中风的主要治法。从临床CT检查情况看，颅内出血量的多少，与恢复期脑神经功能残废的程度是呈正相关的。因而促使颅内血肿尽快吸收，是提高疗效、减少病残的重要环节。临床资料表明，活血化瘀法治疗的脑出血患者，血肿吸收较快，脑功能恢复较好。但对活血化瘀药物、剂量和应用时间，观点有所不同。有医家认为，脑出血后应立即使用化瘀之品；也有的医家认为，化瘀之品应在急性期3日~1周后使用。笔者认为，只要凝血机制和肝功能正常，中风后即可用药。但最好选择既有活血又有止血作用的药物。

现代医学研究证明，脑出血的主要发病机制在于血管壁发生玻璃样变性，长期高血压脑实质内还可形成小动脉瘤，血压骤升时，可引起破裂出血，而非凝血因素改变所致。出血后引起脑组织损害，脑功能缺损以及脑水肿和脑缺血缺氧等急性脑循环障碍，而产生的一系列病理生理改变，主要与血肿及脑水肿等有关，而非出血本身。因此脑出血急性期止血不是首要的问题，而清除血肿，解除血肿对于脑组织的压迫效应，从而改善血肿周围神经组织的缺血缺氧状态是治疗的关键。采用活血化瘀药可加速血肿吸收和解除脑受压，有利神经功能恢复。由于中药主要是通

过整体血管调节而起作用，故越早使用，越有利于血肿和脑水肿吸收，特别是对于阻止蛛网膜下腔出血的再次发生十分有利。许多临床实验研究发现，脑出血急性期血液流变学显示全血粘度均高于正常对照组，提示处于高凝状态，且脑出血第3周增高更显著。证明脑出血急性期血液处于浓、粘、凝、聚状态，而许多活血化瘀药物可改善这种状态。这为中医临床应用活血化瘀治疗出血性中风提供了有力的佐证。

3. 通腑泻下的治疗

以王永炎、汪履秋、邵念方等医家为代表，认为出血性中风其病机多属本虚标实。本虚乃肝肾阴亏，气血不足，病势尚缓；标实者多为风火痰瘀，相因为患，一旦发病，来势凶险。主要机转为气血升降逆乱。气血逆乱，风火相煽，升降失调，痰瘀壅滞，腑气不通，实邪肆虐无度，骤间可出现大壅大塞之象。由于中焦通上连下，是升降的枢纽，中焦气机不畅则枢机不利，气机逆乱难于恢复正常。此时惟有通腑泻下最宜。腑气通畅，一者可使脾胃气机升降枢纽复常，气血逆乱得以改善；二者可使痰热积滞得以降泄，神昏烦躁自除，病情得以缓解；三者可引亢盛之火下行，急下存阴，以防劫阴于内，发生变证。腑气得以通降后，中焦气畅，痰瘀速下，风火上升之势得降，枢机运转正常，升降得宜，气血循于常道，则诸证自解。即“脏病以腑为出路。”《儒门事亲》曰：“陈腐去而肠胃清，肠胃清两营卫畅。”张元素首创三化汤治中风，刘河间继以发挥，“中风内有便溺阳格，是以三化汤主之，”可谓通下治中风之源。现代有关研究表明，通腑法可改善血液循环，促进新陈代谢，并能减轻脑水肿，降低颅内压，加速神经

功能的恢复。

通腑泻下法主要用于中风病腑实证。近年来,随着中风病研究的不断深入,本法在中风病急性期治疗中得到了广泛应用和普遍重视,并就其适应证、疗效机制以及在病势转归中的作用进行了深入的研究。笔者观察 50%~70% 中风急性期病人伴腑气不通症状,尤以出血性中风急性期最多见。恰当通腑泄热可改善人体血液循环,促进新陈代谢,排除毒性产物和降颅脑压减轻脑水肿。泻下通腑之法虽已被广泛应用到中风急诊治疗上,值得注意的是,通腑之法只适用于中风实证,盲目使用泻法,易导致病情加重和恶化,特别是对于昏迷病人尤应慎用。

4. 复合治法的治疗

以王永炎、傅祥昌、卢尚岭等医家为代表,认为出血性中风急性期的基本病理为风、火、痰、热、瘀互结。风是气的一种运动形式,病发之前,内风多为气机升降逆乱的一种表象,在出血性中风的发病中起到了主导作用。病发之后,瘀血生风,风火相合,加重气血逆乱。瘀又生水化痰,痰浊即可阻窍,痰瘀互结,蕴久化热,热为火之渐,火为热之甚,热极则化火生风,火热借风势而炽炎,炼津耗液,结于阳明又使粪结腑实而不通,清气不升,浊气难降,浊毒扰心脑,可致神昏谵语等危重之候。窍闭不开,神明无主,脑气与脏腑之气不相接,五脏六腑功能失调,又可化生风、火、痰、瘀等实邪。可见在出血性中风急性期,风、火、痰、瘀互结为患,形成恶性循环。如不及时救治,则变化多端而致危候变化而死亡。因此急性期治疗不宜针对某一种病因和局部病变采用单一治法,而应就其病理变化进行治疗。本篇所列多数医家基本形成较一致的认识,

认为出血性中风急性期应在祛邪为主的治则指导下,以破血逐瘀、泄热醒神、息风化痰、解毒等作为基本治法综合应用。

5. 中成药的治疗

出血性中风具有发病急、变化快、病情危重、病机复杂等特点,临床必须紧急救治。而要提高中风病的中医治疗效果,应研制开发使用方便、适应证广、起效快、疗效高的中成药。因此,新的中成药的开发研制及其机制的实验研究成了近年来中风病研究的一个热点。而这些中成药大多是在总结本篇所列医家治疗经验基础上或是由他们指导研制而成。主要剂型有注射液及口服制剂两大类。具有代表性的中成药如下:

(1) 清开灵:清开灵应用于治疗中风病已 10 多年,取得显著疗效,是治疗中风病的良药,成为急性中风病的首选中成药。对中风病急性期以邪热、痰浊、瘀血、内风等标实症状突出者疗效最佳。具有清热解毒,化痰活血,平肝息风,醒脑开窍等功效,与出血性中风急性期之风、火、痰、瘀的病机证药吻合。临床恰切应用,多可收到理想的效果。

(2) 醒脑静:醒脑静注射液是由安宫牛黄丸改制而成的水溶性注射液,静脉给药,可透过血脑屏障直接作用中枢神经系统,是继清开灵后的一种治疗中风病的中成药新剂型。具有醒神、清热、活血、解毒等功效。

(3) 其他:近几年来随着对出血性中风研究的不断深入,开发研制了多种中成药。除清开灵、醒脑静等有效制剂外,他如醒脑健神胶囊、救脑宁注射液、中风脑得平、中风醒脑口服液等均有降低颅内压,减轻脑水肿,促进血

肿吸收,清除自由基,保护脑细胞,改善脑功能等多方面药理作用。临床可根据病证的轻重和感邪的深浅而选择应用。

(二) 缺血性中风

1. 活血化瘀法

大部分医家认为血瘀是缺血性中风的基本病机,活血化瘀法系治疗本病的基本大法。缺血性中风治疗的关键在于对急性期梗塞灶周围缺血半影区神经细胞的抢救,因此急性期迅速缓减脑缺血性损害,是减轻病情,改善预后的关键。针对中风病人血液呈浓、粘、聚集状况,中医在此阶段强调使用活血化瘀之品,可谓有的放矢。现代药理研究表明,活血化瘀中药具有降低血小板聚集,改善微循环和毛细血管通透性,促进脑水肿吸收等综合作用。中药活血化瘀的作用,不是特异性的,而是通过调节全身整体血管状态而发挥作用的。从本篇所列诸位医家治疗经验来看,尽管普遍强调活血化瘀法在缺血性中风中的应用,但单以活血化瘀法治之者甚少,多是以活血化瘀法为主配以他法,或以他法为主配以活血化瘀法。值的临床效仿。

2. 益气活血法

张琪、赵锡武等许多学者宗王清任气虚血瘀是中风重要病机的学说,认为气虚是缺血性中风病理之本,血瘀乃本病发生发展的核心。在治疗中采用益气活血法治疗本病,选方多用补阳还五汤或自拟益气活血方。张琪等医家采用益气活血法治疗本病时,多重用黄芪达 100g 以上,以取气行血行之效。缺血性中风患者,血液处于高凝状态是由血

粘稠导致血瘀，补阳还五汤可改善血液粘度，促进血液运行，故可取得疗效。

虽然上述医家普遍认为血瘀是缺血性中风的基本病机且倾向于活血化瘀或补气活血法的应用，但随着缺血性中风研究的深入，可以看到，活血化瘀药物治疗本病也有许多问题有待解决。活血药多有溶栓、扩血管、增加脑血流量的作用，这对缺血性中风早期虽可重建供血，但可使脑中自由基增多，甚至促发出血性梗塞，引起缺血性再灌注损伤，而补气活血法或许较单纯的活血化瘀药血管扩张作用更强，临床应在辨证的前提下恰当应用。现代医学对抗凝治疗结果研究表明：完全性脑卒中抗凝治疗所获得的效益往往可被脑出血危险的增加所掩盖。进展性卒中如有大血管进行性血栓性闭塞，短期内应用抗凝治疗可能有益，但还存在争论。笔者认为，对缺血性中风的中医治疗，应用活血、补气活血等法，应结合现代医学研究成果和先进的检测方法，探索提高治疗缺血性中风临床疗效的新途径，使治疗更有效、更具针对性。

3. 其他治法

张学文等医家提出颅脑水瘀是本病的主要病机，认为中风急性期，瘀血内停，水津外渗，易造成水瘀互结于脑的水瘀证。治疗宜活血化瘀结合利水，认为活血可促进利水，利水可促进活血的观点可谓另辟溪径。并认为活血利水法具有扩张脑血管，缓解血管痉挛等作用。汪履秋医家等认为缺血性中风急性期痰浊症状表现尤为突出，因此，根据病情以化痰法配合活血通络或配其他治法用以治疗本病，拓宽了缺血性中风的治疗思路。其他还有邵念方的养阴活血法，傅祥昌的温阳通络法，刘仕昌的祛风化痰法等

缺血性中风的治法亦多特点鲜明，验之与临床，亦颇多效验，值得深入研究。

（三）舌诊与中风辨治

中风是以突然跌倒、昏迷，半身不遂，说话不清或不能说话、肢体麻木等为主要临床表现的疾病。本篇所列医家治疗中风，均根据临床症状、舌、脉的表现进行辨证论治或病证结合论治。由于一些病人在急性期有神志和语言障碍，因而给四诊带来一定的困难，舌象作为反应人体内部脏腑气血功能及邪正双方盛衰的客观指标，尤其受到重视，而且经过大量病例的系统观察，发现中风病人的舌象变化具有一定的规律性，是判断病预后和治疗效果的可靠指征。

1. 舌苔 中风患者在起病初期多见薄白苔和薄黄苔，如起病时即见白腻苔，多见患者平素痰湿内盛，常见于喜食肥甘厚味嗜好烟酒之人。大多数病人在病后两周内舌苔由薄变厚且腻，一部分病人苔色变黄，逐渐加深，甚至变为焦黄、老黄，同时伴有大便秘结不通，是中风后，痰浊瘀血闭阻，病人脏腑功能失调，升降失司，郁而化热所致。痰热内盛，腑气不通，可以进一步伤气灼阴，还可上扰清窍、扰乱神明而出现神志障碍。此时宜用清热化痰通腑之剂以泄热化痰通腑。腑气得通，病人神志好转，瘫痪肢体功能逐渐恢复。在中风的发展过程中，若舌苔可逐渐脱落，渐至舌光无苔。舌光无苔，是气阴两伤的重要见证，常见于病后4周左右，乃因邪热内盛耗损所致。在治疗上常用益气养阴清热药物。随着胃气渐复，病情的好转，可逐渐长出薄白苔。如新苔不长，是正气大伤，缺乏生发之机，忌用耗散之品。有的病人，舌苔黄腻，大便不通，下则洞

泻不止，为正气已伤，治疗上不可大剂通下，可攻补兼施，缓缓图之。凡舌苔多变，骤起骤退，常有肺部感染等合并症发生，或者复中，提示预后不良。神志昏愦，属于中脏腑的重症患者，姬乾园、傅祥昌等医家常根据舌苔的颜色作为判断阴闭阳闭的指征。阴闭常因痰浊内盛，闭塞清窍引起，常见舌苔白腻，神志昏迷，四肢不温，面白唇暗，静卧不烦等症，治当开窍豁痰，回阳通脉；而阳闭则为痰热内盛蒙蔽清窍所致，常见舌苔黄腻，神昏不语，面赤，躁扰不安等症，治当清热豁痰，开窍醒神。

2. 舌质：舌为心之苗，而血脉为心所主。因此，舌质常反应血脉的运行和盛衰。舌质紫暗或舌边有瘀斑是血瘀的重要证据，在中风病中比较常见。傅祥昌医家提出中风紫暗舌为阳虚的认识，诚为经验之谈。舌质红为内有热，舌质红绛多见于病后数周，也可见于服用大量脱水药或通泻药，以及进食少，液体入量不足的患者，是伤阴的佐证。舌质淡是血虚的反应，可见于血液病或肾病合并中风患者。在急性期，病人舌质以暗紫、青紫，舌边有瘀斑者多见，而在恢复期则以暗红、红绛舌为多见。

此外，舌体胖瘦、舌面津液、舌在口腔中的位置，以及舌的运动情况，亦是中风病人舌象诊察的重要内容。

总之，对于中风，临证当细心诊治，四诊合参。而舌诊是诊断中风病的重要方法，在察舌时，要反复验证，摒除假象，结合全身其他的症状、体征、作出判断，决定治疗方法。特别要注意系统观察舌的动态变化。

(张 东 王立群 张 晋)

参 考 文 献

[1] 单书健，陈子华编著. 古今名医临证金鉴·中风卷. 北京：中

国中医药出版社, 1999

- [2] 邹忆怀. 王永炎教授应用化痰通腑法治疗急性期中风的经验探讨. 北京中医药大学学报, 1999, 22 (4): 68~69
- [3] 曹晓岚, 等. 陆永昌教授防治中风先兆的经验. 中国中医急症, 1994, 3 (1): 27
- [4] 李万水. 傅祥昌治疗中风经验. 山东中医杂志, 1998, 17 (3): 131
- [5] 骆丰. 邵念方治疗中风病经验. 山东中医杂志, 1998, 17 (2): 77~78
- [6] 赵荃. 赵锡武治疗中风脑梗塞琐记. 中医杂志, 1999, 40 (12): 758~759
- [7] 王启瑞. 王季儒对辨治中风的临床经验. 中医杂志, 1995, 36 (10): 587~588
- [8] 丁元庆. 卢尚岭调气为主治疗急性中风经验. 山东中医药大学学报, 2000, 24 (1): 43~44
- [9] 姬晓东, 等. 姬乾园治疗中风临床经验撷萃. 山西中医, 1997, 13 (2): 5~6
- [10] 王桂琴, 等. 孙连金老中医治中风经验介绍. 新中医, 1994, 26 (9): 5~6
- [11] 刘亚敏. 刘仕昌教授治疗中风的用药经验. 新中医, 1995, 27 (6): 11~12
- [12] 申锦林. 张学文教授治疗中风病的思路与方法. 陕西中医学院学报, 1994, 17 (3): 6~9
- [13] 张仲兴, 等. 邓振明教授治疗中风并用药经验举隅. 北京中医药大学学报, 1999, 22 (2): 48

老年性痴呆（脑萎缩）

【概述】

老年性痴呆是指意识清楚的老年患者，由于各种躯体疾病而引起的持续性高级神经活动功能的弥漫性紊乱，最终导致精神功能全面衰退的一组后天获得性综合征。我国 80 年代曾对 11 个城市作过调查，发现 60 岁以上老年人口中老年性痴呆的患病率为 238/10 万人口。而脑萎缩是以病理改变命名的一种脑病，多见的有中风后脑萎缩、老年痴呆性脑萎缩、脑动脉硬化症性脑萎缩等。老年性痴呆常系中枢神经系统变性病变引起，另外，多发性脑梗死和腔隙性脑梗死亦可引起本病。老年性痴呆患者通常以下列症状及现象为临床表现：①近记忆力减退：忘记常用物品放置处，忘记家中电话号码，忘记熟人的姓名，忘记约会时间和地点，家庭主妇煮饭忘记加水，烧菜忘记放盐等，上述症状进行性加重，对日常生活产生一定影响；②熟练技巧退化：以往熟练掌握的专业技术及技巧逐渐退化，对工作力不从心，反复出现漏洞和差错，以致无法胜任本职工作；③抽象思维和理解能力减退：注意力不集中，无法理解和掌握新的知识，不能回答和解释稍复杂的问题，思维缺乏逻辑性；④计算力减退：无法自行购物和算账，经济往来困难，无法完成简单的两位数加减运算；⑤情感和人格改

变：可有表情淡漠，寡言少语，抑郁或焦虑状态，或表情欣快，喜怒无常，经常为很小的事情暴跳加雷，不可理喻；⑥言语功能障碍：词汇量逐渐减少，语言表达能力减退，严重者仅用单音节词汇和手势表示较强烈的愿望；⑦生活自理能力减退：经常穿错衣裤或鞋袜，不修边幅，丢失随身物品，行为怪异，随地便溺；⑧定向力障碍：外出经常迷路，不识家门，不知日期和季节，严重者不认识家人，称配偶和子女是外来人，或是要谋害自己的坏人。

老年性痴呆属祖国医学“呆病”、“文痴”、“郁证”或“癫疾”等病的范畴。其病机复杂，治疗颇为棘手。本篇所列医家运用中医药治疗本病，多有一定疗效。

【名医经验】

1. 张学文诊治经验

张氏认为，脑萎缩总属脑髓失于精血濡养，脑髓不健。其病机有3：①肾虚血瘀。肾受五脏六腑之精而藏之，统司全身之阴阳，全身之阴非此不能滋，全身之阳非此不能发，故它脏之虚，病久必影响肾，导致肾精亏损或肾气不足。血之化生和运行有赖于气的温煦、气化和推动，更离不开肾阳的激发。若肾气不足，激发之原动力衰微，则血之化生不足而血少，运行无力而血瘀。精血同源，二者可以互生，血之化生有赖于肾精之充足。若久病肾虚，肾精不足，则精亏而血少，精枯而血燥，血脉空虚，运化不利，久而成瘀，终成肾虚血瘀、虚实夹杂之证。“脑为髓海”，肾虚则髓不足，血瘀则脑络痹阻，益使精血上荣不利，久损不

足，终致髓海空虚，发为脑萎缩。张氏认为，久病多瘀，肾虚既久，多见血瘀，益肾当要活血；②气虚血瘀。血之运行全赖气之推动方能通行百脉、上至头面外达周身。若阳气亏乏，助血无力久而成瘀，瘀阻脑络则气血运行不畅，脑失所养，脑髓空虚而发为脑萎缩；③颅脑水瘀：颅脑水瘀，乃津血互病之证。血不利则津亦不得敷布，血不利则郁而为瘀，津不布则聚而为水，此即“血不利则为水”，“孙络水溢，则经有留血”（《素问·调经论篇》）之理。若中风脑脉瘀阻；或络破血溢，或久思不遂，肝郁脾虚，气滞痰郁；或久病阳气虚衰，运血布津力弱，终致瘀血内留，水津外渗，瘀水互结，痹阻脑络，气血运行不利，脑髓失之濡养，久则发为脑萎缩。总之，脑萎缩之为病乃气血不荣清窍，精气不济脑髓，脑失所养，久而空虚成萎。其成因有年老肾衰，精气亏乏，中风既久、脑络痹阻；阳气偏衰，气虚血瘀；久瘀不散，孙络水溢，瘀水互结，蒙害清窍等。诸种因素均可影响清窍之给养，精气不济，气血难荣，脑髓失健，久而成萎，而见神明失主，肢体失用，七窍失司等证。

张氏认为脑萎缩证治总以滋肾为要，然据其虚实夹杂之不同，仍当分证辨治，不可一味补肾填精。脑萎缩乃虚实夹杂之病，纯虚者少，其病理关键是（虚、瘀、水瘀等）以浊害清。故滋肾荣胞治当补气和血、宁瘀利水、解郁化痰、益肾活血。张氏将其归纳为4型进行辨证论治。

（1）肾虚血瘀

主症：股酸眩冒，脑鸣耳响，健忘失眠，行为迟缓，或呆不识人，舌黯、边有瘀点或舌下脉络迂曲，脉沉细或沉涩。治以益肾活血。偏阴虚，症见舌红少苔，口干不喜

饮，烦躁者治以滋阴健脑，活血行瘀。杞菊地黄汤加丹参、山楂、川芎、桃仁、胡桃肉等；偏阳虚，症见舌胖大而淡，口润不渴，小便清长者，治以助阳健脑，活血行瘀，肾气丸加鹿角胶、桑寄生、鹿衔草、白芍、山楂、赤芍、丹参等。张氏认为，治疗脑萎缩不可见肾虚之证而猛投补肾之品，一味大剂滋补，反使清窍益虚，瘀阻益重，适得其反。脑萎缩系慢性疑难病，治疗宜缓图，欲速而不达。杞菊地黄汤、肾气丸虽视平淡，乃经典补肾名方，补而不膩，用之得法，效果立验，但宜久服方效。

(2) 阴虚风动

主症：眩晕肢麻，行走不稳，手足抽搐，或肢体震颤，舌红或舌黯红而口干，脉弦硬或弦细。治以滋阴息风。滋水清肝饮加天麻、僵蚕、钩藤、龟甲、丹参、石决明等。

(3) 气虚血瘀

主症：面色苍白，懒言少气，手足痿软，或半身不遂，健忘、迟钝、舌淡胖或夹有瘀点，脉弱或沉。治以补气活血。补阳还五汤加桂枝、路路通、丹参、三七、鸡血藤、人参等。

(4) 颅脑水瘀

主症：头痛头重，眩晕昏视，健忘不寐，神识痴呆，步履不稳，甚则全身瘫痪，失语失明，舌质黯淡，舌下脉络青紫，脉沉弦。治以化瘀利水、通神醒脑。选用张氏自拟方新加脑窍通。药用丹参、川芎、赤芍、桃仁、麝香、泽泻等。

上述4证若见夹痰之证，均可视其情况分别加石菖蒲、天麻、天竺黄、胆南星、远志等。

〔典型病例〕

刘某，男，65岁。1988年6月18日初诊。1年来先觉眩晕，失眠，健忘，心情烦躁，后渐头痛眼胀，步态蹒跚，二便失禁，终至呆滞。经省某院脑血流图检查：脑动脉硬化，脑血管弹性差，左侧脑动脉痉挛。颅脑CT提示：大脑皮层广泛性萎缩。眼底检查：视盘水肿，血管银丝样改变。曾口服脑复新，肌注胞二磷胆碱效不佳，遂求治于张氏。患者舌黯淡，苔白滑，舌下脉络青紫，脉沉弦而硬。张氏以颅脑水瘀立论，施以化瘀行水，通神醒脑之法。方用新加脑窍通加减：桃仁12g，川芎10g，赤芍12g，丹参18g，益母草30g，茯苓15g，泽泻12g，麝香0.03g等。前后稍事加减守方3个月，症状大有改善，已能识人，并可忆起往事。又诊治3月，并嘱其以鹿角胶90g，枸杞子150g，菊花60g，山楂150g，炼蜜为丸，每服6g，日2次，病情基本控制。嘱其每年间断性服用上药3个月，随访3年，病情稳定，未见加重。^[1]

2. 谢海洲诊治经验

谢氏认为，脑萎缩乃虚实相兼，虚主要责之于脾肾亏损，实则起源于痰浊瘀毒之邪盘踞。病位在脑，却涉及五脏六腑。临证主张补虚与泻实并举，疏利三焦气机，升阳益髓，除痰化瘀，解毒散结，使脑气充盛而络脉畅达，病变组织得以修复，诸症可安。

(1) 升阳益髓，须疏利三焦而扶脾肾

脑主元神，为“精明之府”、“髓之海”，是人体生命活动的中枢，精神意识的主宰。《灵枢·本神篇》云：“两精相搏谓之神”，言阴精与阳气的转化输注是脑发挥正常生理

功能的保证。精气旺则脑纯灵，精气衰则脑杂钝。临床呈现形体衰惫，神志恍惚，寡言少动，善忘迟钝，眩晕气短，纳呆出汗等症。根据“虚者补之”、“损者益之”的原则，谢氏临证注重扶助脾肾二脏以充实精气。补肾习用五子衍宗丸，或右归丸、左归丸化裁以平衡阴阳，益精填髓，滋肾荣脑。扶脾则强调“升阳益气”，即以辛甘温补之黄芪、白术、党参、甘草补脾益气，配以辛香气雄、味薄升散之羌活、防风、藁本、白芷、苍耳子、柴胡、升麻等祛风药1~2味入方，求助气升阳，促发脾胃清阳之气升腾贯注于脑，使脑得充分荣养和修复。谢氏擅将祛风药用于此，虽然味少量轻，却寓意深刻。一则升阳达巅，行经入脑。脑为诸阳之会，居于巅高，惟风药辛宣，方可疏通经脉，升发清阳之气贯注于脑，以壮髓海；二则醒脾助肾，以促化源。《脾胃论·脾胃胜衰论》云：“三元真气衰惫皆由脾胃先虚而气不上行所致也”，脾胃为后天之本，气血生化之源，气机升降之枢，风药胜湿，有助于脾气升发，五脏之气旺盛，使气血津精化生有源，以保证脑功能活动所需的精微物质；三则阳升气旺，可化痰瘀。气帅血行，气能行津，脑气充盛而气化畅利，既可防止津血凝滞为痰瘀之害，又能消散少量痰瘀之浊，此祛杂致纯，以补为通之意。

谢氏补虚不忘疏调三焦气机，乃因三焦总司全身的气机和气化，为通行元气，运行水液之道路。倘上焦失宣、中焦失衡、下焦失畅，气机逆乱，则势必阻碍精气代谢，使脑无所依附而病变愈重，故临证惟使三焦气机畅达，方可求升阳益髓之功。

(2) 除痰化瘀，可散结通络而开清窍

脑为“清灵之府”，盖六腑清阳之气，五脏精华之血，

皆朝会上注于脑以司其用。倘若年老气衰、久病迁延，或内风卒中及外伤头脑，或邪毒内窜而盘结脑络，可导致脏腑失和，营卫不清，气血败浊，凝为痰瘀，交结脑府，阻滞髓络，阴阳之气不相顺接，则清窍失用，出现表情淡漠，神志散乱，行为呆滞，情绪不稳，嗜睡烦躁，甚至语言不清，语无伦次，愚钝呆痴，饮食起居不能自理，可兼有失语，半身不遂，舌质紫黯或有瘀斑、苔腻，脉弦滑等症状。依“结者散之”、“留者攻之”之法，治当化痰瘀、畅络脉、散结聚、通窍遂以开窍醒脑。谢氏临证痰瘀并治，拟四虫饮（全蝎、地龙各10g，土鳖虫、水蛭各6g）为基础方，视其兼证、变证而辨证用药。对神志散乱，焦虑烦躁，睡眠不安，梦呓哭笑者，伍莲子心、淡竹叶、琥珀、远志以清心醒脑；语言障碍，迟缓不利者，加石菖蒲、郁金以通窍解语；神情淡漠，行为呆滞，记忆障碍，思维模糊者，加苏合香末，芳香开窍，提神醒脑；痰瘀浊邪动风，肢体颤抖，行动困难者，每参以天麻、僵蚕、钩藤、生牡蛎等以平肝息风；有中风病史，颜面晦暗，肌肤甲错，乱梦纷纭，半身不遂，语言謇涩，舌体歪斜，舌质黯紫者，加茺蔚子、丹参、鸡血藤、川芎等以增强化痰通脉之功。

谢氏在祛邪化浊的同时，十分注重顾护胃气，常于方中加陈皮，生麦芽，谷芽以促进药食运化。

〔典型病例〕

1. 赵某，女，52岁，1991年10月25日初诊。家人代诉自1989年底感到双下肢软弱无力，步履不稳，渐至记忆衰退，口齿含糊，言不达意，性格孤僻。1990年2月曾在北京某医院就诊，头颅CT示：双侧额、顶部蛛网膜下腔增宽，诊断为脑叶萎缩。西药治疗症状改善不明显。刻下

表情淡漠，闭目不睁，沉默缄言，不能站立行走，记忆衰退，思维模糊，定向力差，形体疲惫，嗜睡多饮，大便秘结，小便短赤，纳呆口臭，舌红、苔腻黄，脉沉。证属湿热内蕴，下焦失畅，精气亏虚，痰瘀交结，神府失用。治先清利湿热，调畅气机，后补虚化浊，通窍醒脑。以枳实导滞丸每服 9g，每日 2 次，白开水送服。2 周后便秘溲赤，口臭多饮，黄腻苔消失，食欲增加，即改用汤剂。处方：生黄芪、菟丝子、熟地黄、谷芽、麦芽各 18g，天麻、僵蚕、全蝎、地龙、山药、山茱萸、苍耳子、怀牛膝、枸杞子、石菖蒲各 9g，水蛭、土鳖虫、鹿角胶、龟甲胶、青皮、陈皮各 6g，郁李仁 30g。水煎服，每日 1 剂。服药 36 剂，晕减目睁，站立平稳，可自行短距离行走，近期记忆改善，惟思维混乱，言不达意，行为呆滞不减，于上方加苏合香末 0.6g，按比例碾粉配制蜜丸，9g/丸，每次 1 丸，每日 3 次，白开水送服。半年后复诊，诸症均明显好转，生活基本自理。

2. 郑某，男，61 岁，1991 年 6 月 8 日初诊。3 年前患脑梗死，近半年来眩晕渐重，记忆力明显减退，思维迟钝，联想困难，喃喃自语，语言蹇涩，行为古怪。CT 片示：多发性脑梗死，脑室扩大，有明显脑皮质萎缩。刻下颜面晦暗，神情呆滞，言词含糊，妄想，急躁失眠，记忆障碍，思维混乱，口角流涎，不知饥饱，生活不能自理，舌质紫黯，苔薄腻，脉滑。证属精髓亏虚，痰瘀交阻，清灵失用。治宜升阳益髓、除痰化瘀、清心除烦、醒脑通窍。处方：全蝎、土鳖虫、水蛭、羌活、莲子心、淡竹叶各 6g，辛夷、地龙、石菖蒲、远志、五味子、青皮、陈皮各 9g，菟丝子、枸杞子、羌蔚子、覆盆子、车前子、谷芽、麦芽各

15g, 生甘草 3g。水煎服, 每日 1 剂。服药 10 剂后, 烦躁失眠, 口角流涎消失, 纳食增加, 余症未见改善。前方加鸡血藤 30g, 郁金 10g 继服。经 5 个月的治疗, 精神障碍诸症基本消除。^[2]

3. 王宝光诊治经验（老年性痴呆）

（1）从脏治脑，首当补益肝肾

脑为元神之府，由脑髓滋养，脑髓充才能神气清灵。脑筋不足，则神气呆钝，失却清灵。脑髓由精血化生，精血源于水谷，饮食入胃，化生精微，经脾之散精，肺之转输，肝之疏泄，心之所主，而下及于肾，化精生髓养脑，因此说五脏的生理活动是脑髓之根本。人至老年或久病，五脏之气渐衰，气血精液化生不足，精亏于下，不能上充于脑，髓海空虚，元神失养，神明失聪，是痴呆发生的主要病理机制。临床常见头晕，耳鸣，懈怠思卧，步行艰难，表情呆滞，双目少神，沉默懒言或语无伦次，记忆力减退，反应迟钝，小便不利或失禁，舌瘦而淡，脉细弱。在治疗上首先补肝肾，养精填髓。方用桑麻地黄汤加减，药选桑叶、黑芝麻、何首乌、茯苓、山茱萸、山药、丹皮、生地黄、肉桂、石菖蒲、远志、麦冬、五味子、甘草。方中桑叶甘寒清润，轻清发散，疏风清泻肝热；黑芝麻养肝血滋肾阴；何首乌补肝肾益精血，收敛精气。其性温和，不凉不燥，又无膩滞之弊；地黄丸补肝肾，养血填精，补中有泻，寓泻于补；肉桂辛热壮其少火，引火归原，与地黄丸相配，真阴得补则阳可降，少火壮则阴自升，有灶底加薪之意，一般用量宜小；石菖蒲、远志开窍化痰。若肾精亏虚甚者加桑椹子、紫河车；遗尿者加金樱子、桑螵蛸；失

眠者加炒酸枣仁；阴亏虚日久，阴损及阳，而出现腰膝酸软，形寒肢冷，夜尿颇多者，多选用还少丹加减：山药、山茱萸、茯苓、熟地黄、杜仲、牛膝、肉苁蓉、楮实子、小茴香、巴戟天、狗脊、远志、石菖蒲、五味子等。对于晚期阴阳两虚而见神情呆滞，两足瘦弱不能站立行走，小便淋漓失禁，以地黄饮子为主治疗。

(2) 扶正祛邪，勿忘痰浊瘀血

老年人脏腑功能衰弱，劳倦过度，饮食不节或久病体虚，脾气亏虚，运化失司，易致痰浊内蕴，痰阻脑络，蒙闭清窍，症见神情呆钝，举止失度，喉中痰鸣，口角流涎，喃喃独语或语言謇涩，舌红、苔黄厚或腻；痰火扰神，则不寐；痰浊阻络，则步行艰难或偏瘫。七情失调，肝气失疏，气机郁滞，日久血行不畅，或元气亏虚，气虚不能运血，亦可使脑络瘀滞，神识失养，半身不遂，面色紫黯，肌肤瘀斑或甲错，舌质黯。治宜痰瘀同治，方用涤痰汤加减，药选橘红、半夏、茯苓、竹茹、枳实、石菖蒲、胆南星、僵蚕、桃仁、红花、川贝母、远志。方中涤痰汤涤痰开窍醒神为该方基础；石菖蒲香窜疏达，善开心窍又兼化痰；僵蚕入肝肺经，既息风止痉，又能化痰除湿；桃仁、红花活血化瘀通络。痰热重加黄芩、莲子心、天竺黄；瘀血重加丹参、川芎；偏瘫者加全蝎；大便干者加大黄、肉苁蓉；晚期兼手足抖动，筋脉拘急者加当归、白芍，取当归养血活血，白芍和营理血，柔肝养筋缓急，两药相配，白芍入血分，当归属血中气药，可使补而不滞，营卫调和，血脉充养。

(3) 审病求因，重视平素调理

老年性痴呆应重视平素调理，消除各种诱发因素。老

年人及久病体弱者，脏腑功能衰退，因情志所伤，肝郁化火上扰清窍，而出现头痛目赤，心烦易躁易怒；肝魄不藏，肝火扰神，可见不寐多梦，易惊吓；气滞血瘀而见面色紫黯，舌黯有瘀斑。常用丹栀逍遥散、滋水清肝汤加减。因饮食不节，脾失健运，水谷不化精微，而见不思饮食，体倦懒言，喜卧，面色无华，常用归脾丸加减；脾虚不运，水湿停聚为痰，痰浊上扰清窍，而见喉中痰鸣，言语不清，智力渐退，脘腹痞满，常用温胆汤加减；因思虑过度，房室不节，损及肝肾之阴，而精血亏虚，多见腰膝酸软，头晕耳鸣，失眠多梦，五心烦热，肢体麻木，舌红苔少，脉细弱，常用杞菊地黄丸加减。另外王氏强调，腑气不通是痴呆发病过程中的重要因素，因阴血不足，无水行舟，或痰浊中阻，胃肠积滞，而见大便干或不爽，此时胃肠浊热不得下泻，而助肝阳痰火之势上蒙犯脑，倘及时通腑，大便一通则邪热下泻，窍闭渐开，病人常能豁然清醒。故处方中常配大黄、肉苁蓉等，临证时泻下要迅速，中病即止，过量恐有伤正之咎。^[3]

4. 张发荣诊治经验

张氏认为，老年期痴呆的直接病机是髓海失养，脑窍闭塞，然其所致之由又在肾与脾。肾脾两亏，既可导致精微不足，髓海失养，又可在肾脾亏虚的基础上病及心、肺、肝。产生湿、痰、瘀、郁、火诸邪，形成邪滞脑络，脑窍闭塞而发病。临床可见纯虚者，亦可见本虚标实者及标实为突出表现者。但以肾精亏虚及瘀阻脑络为常见，其余多为阶段性主要表现。治疗上，张氏坚持常变结合的治疗方法，概括起来，主要有：

(1) 补肾填精法

适用于肾精亏虚，髓海失充者。盖肾健则精足，精足则髓旺而脑有所藏。常用药有熟地、菟丝子、黄精、肉苁蓉、桑椹、楮实子、菌灵芝、蛤蚧。

(2) 补脾益气（血）法

适用于脾虚气弱，或中气下陷，或兼血虚者。盖脾健则能化五谷而养气血。气血足则化精有源。常用药如人参、黄芪、白术、当归、鸡血藤、阿胶、龟甲胶、鹿角胶、制首乌。

(3) 开窍醒脑法

适用于本病各个阶段凡有脑窍闭塞，神思失灵者。盖芳香之药能透气启闭，开窍醒神。常用药有冰片、石菖蒲、远志、郁金、麝香等。^[4]

5. 陈柏荫诊治经验

陈氏认为，脑萎缩病在祖国医学中尚无此称谓，但根据其表现的一系列症状，应属于眩晕范畴。此病多为老年人或久病之体。因此，患者头目眩晕、视物昏花、记忆力下降以及运动功能障碍等症状，陈氏认为此乃肝肾不足所致。肝阴虚，头目失养则头晕、目眩；阴血不足，筋脉失养而为手足震颤；肾之阴精亏虚，上不能濡养脑筋，下不能约束膀胱，故耳鸣眩晕，夜洩频数；精生气，气生神，聚精可以全神，因肾精亏耗，无以养神，故神疲乏力，记忆力减退。在治疗上，以滋养肝肾、益气活血法为主，辅以平肝抑阳药物。常用方组成：何首乌、枸杞子、山茱萸、白芍、黄精、鸡血藤、葛根、天麻、地龙、桑叶、泽泻等。方中何首乌入肝、肾经，善补肝肾、健筋骨，为补益肝肾

之良药；枸杞子能补肝血，益肾精，壮筋骨，明目，和何首乌同为养血补精之要药；山茱萸酸温质润，不寒不燥，能补肝肾，益精血，调肝气，通血脉、壮骨髓，为平补肝肾之佳品；白芍养血敛阴，补肝血而养经脉，敛阴精以和营卫，为肝家要药；黄精气味平和，质地滋润，能益气养阴，常用于肾亏精虚证；鸡血藤守走兼备，能化阴生血，温通经脉，活血通络，推陈致新，有润而不燥，补而不滞，行而不破之功，为补肝血、通经络之良品。葛根、天麻、地龙、桑叶、泽泻诸药有平肝抑阳之功。同时，陈氏在治疗脑萎缩性疾病过程中，不拘泥于一方一法，辨证与辨病相结合，同时辅以心理治疗。

〔典型病例〕

祖某，男性，53岁，干部，1993年7月7日就诊。初诊头晕，头痛，失眠，耳鸣，视物模糊，记忆力减退，思维迟滞，夜洩频数，大便尚可，舌质黯红、苔薄，脉沉细。测血压165/98mmHg。患者既往有高血压病史，曾用西药扩管、降压等治疗，疗效不稳定，且头晕症状始终存在。心电图检查正常，经颅脑CT扫描揭示脑萎缩病，椎-基底动脉供血不足。治以滋养肝肾，益气活血，处方：制首乌40g，枸杞子、山茱萸、白芍、天麻、泽泻、黄精、鸡血藤各30g，葛根50g，地龙、桑叶各20g，共为细末，炼蜜为丸，每丸9g，日服2次，每服1丸，3个月为一疗程。患者在服药期间，无任何不良感觉。一疗程后来院复查，诉头晕减轻，头痛，耳鸣症状消失，精神较好，血压143/90mmHg。继以上方加减化裁，续服药两月，症状大减，已能正常工作和学习，血压稳定。经颅脑CT复查脑萎缩亦有所好转。继续调治，1年后随访，情况正常。^[5]

6. 张子义诊治经验

张氏认为，老年性痴呆属于祖国医学“痴呆”中的“文痴”，或可称为“老来癡”。清代王清任谓：“高年无记性者，脑髓渐空。”他认为此说颇有见地。综观历代医家，阐述本病较少，治疗亦无定法。张氏在治疗本病时立足整体，抓住脏腑辨证施治。还指出本病虽非不治之症，但治宜缓图，又须精心调剂，庶可获效。

(1) 益肾补脑安神

此法适用于脑失营运，神明散乱者。此类病人多为长期不用脑者，脑不用则不灵，钟不叩则不鸣。脑失营运日久，脑气虚，脑缩小。症见：呆钝如痴，少言寡语，神志恍惚，近事不记，舌苔薄，脉象沉细。治当益肾补脑安神。

【典型病例】

李某，男，64岁，1990年3月7日就诊。患者长期自居一室，不问世事，性情孤僻，少言寡语。半年前发现记忆不佳，遗忘明显、多疑，继而言语无序，哭笑失常。于青岛市某医院做脑部CT，示轻度脑萎缩，用药未效，遂求治张氏。查舌质淡、苔薄，脉象沉细。予以益肾补脑安神法。方投自拟补脑养神汤：生地30g，炒酸枣仁30g，枸杞子15g，何首乌10g，益智仁10g，远志10g，胡桃仁10g，丹参30g，制龟甲10g，九节菖蒲10g，珍珠母15g。水煎服，每日1剂。服药5剂，病情略有起色，言语有序，神安。效不更方，守方加减。前后共服60余剂，能对答一般问题，精神基本恢复正常，反应较前敏捷。

(2) 补肾填精荣脑

此法适用于肾精亏损、脑髓不足者。张氏认为，人的

言语、思维、头脑清晰程度与肾密切相关。明代孙一奎说过：“脑者髓之海，肾窍贯通脑。”有些老年性痴呆患者由于过度劳累、长期饮酒或房劳过劳等原因，致肾精亏虚，精亏不能生髓，脑髓亦空，神明不彰而成痴呆。症见：呆若木偶，近事不记，答非所问，腰膝酸软，小便失禁，舌质淡、苔薄，脉沉细而虚。治当补肾填精荣脑。

（3）补益心脾宁神

此法适用于思虑过度、劳伤心脾、神志不宁者。张氏认为，人体在正常情况下，脾能化生精微物质，以奉心血。两脏在生理上有相生关系。如果思虑过度，劳伤心脾，心虚则神耗，脾虚则化源不足。久之，心脾失调，志无所主，酿成本病。症见：表情呆板，沉默不语，记忆力减退，多虑，言不达意，心慌，动则甚，不饥不食，疲倦乏力。舌质淡、舌体胖，边缘有齿印、苔薄，脉象沉弱略数。治当补益心脾宁神。

〔典型病例〕

李某，女，60岁，1990年4月20日就诊。患者次女1年前因癌症而亡，此后整日悲伤，时常念叨，家人未介意。3年即见忽悲忽哭，独处自语，神呆，记忆力减退，心慌，不知饥，倦怠。舌质略淡、苔薄，脉象沉弱略数。予以补益心脾宁神之法。方宗归脾汤意：党参15g，黄芪15g，当归15g，茯苓15g，白术10g，石菖蒲10g，远志10g，益智仁15g，女贞子10g，琥珀3g（冲服），甘草6g。水煎服，每日1剂。先后共16诊，取药55剂后，神志安定，未见独语现象，记忆力较前进步。

（4）解郁开痰宣窍

本法适用于肝气郁结、痰蔽神明者。张氏认为，肝属

刚脏，性喜条达，肝气郁，脾运失健，致痰浊不化而积于胸中，蒙蔽清灵之窍，神明不清，则发为本病。症见：呆钝少言，精神抑郁不乐，不饮不食，头重如裹，倦怠嗜卧，时傻笑，近事无记忆，舌苔白腻，脉象弦滑无力。治当解郁蠲痰宣窍。

[典型病例]

刘某，男，70岁。1990年5月就诊。患者中年丧妻，与长子同居，其子性情暴躁，常同妻吵架，久则抑郁不乐，两目常呆滞，少言。一日又遇儿媳口角，遂目瞪口呆，时傻哭傻笑，时喃喃自语，自责自罪。经潍坊市某医院做脑部CT扫描，示脑萎缩，诊断为老年性痴呆。延医数人罔效，求张氏诊治。查舌质红、苔白腻，脉弦滑无力。予解郁蠲痰宣窍法，方投自拟四二宣窍汤：杭白芍15g，柴胡10g，枳壳10g，陈皮10g，半夏10g，茯苓20g，瓜蒌10g，胆南星10g，香附10g，龙齿30g，郁金10g，菖蒲10g。水煎服，每日1剂。先后守方出入调治服药70余剂，神识清晰，未再见傻哭傻笑现象，待人接物如常。

(5) 益气活血通窍

本法适用于气虚血滞、瘀血阻络者，多见于中风之后。清·王清任说：“气血凝滞，脑气与脏腑之气不接，如同做梦一样。”张氏认为老年人常喜久坐、久卧，或久病不起，皆可使气虚血滞成瘀，瘀阻脉络，气血难于上荣于脑，于是痴呆便成。症见：神情淡漠，反应迟钝，近事不记，言语不利，身倦乏力，舌质黯有瘀斑、苔薄白，脉象沉涩。治当益气活血通窍。

[典型病例]

张某，男，62岁。1991年3月20日就诊。患者于半

年前出现肢体麻木、言语不利，继而右侧肢体废用，口眼喎斜，诊断为中风。经住院治疗，上述症状有所好转。近1月来突然发现患者表情淡漠，反应迟钝，近事记忆丧失，忽愁忽哭，日甚一日。经青岛医学院附院做脑部CT，示脑梗死、脑萎缩。诊断为脑动脉硬化，老年性痴呆。经多方治疗无效，遂求张氏诊治。查舌质略暗、边缘可见瘀斑、舌体略歪斜，脉象沉涩而弱。予以补气活血通窍法。方宗补阳还五汤加减：黄芪30g，桃仁10g，红花10g，赤芍15g，川芎10g，当归10g，地龙10g，全蝎5g，炒山甲6g，牛膝10g，郁金10g，菖蒲10g，水煎服，每日1剂。服药5剂，无不适，仍于原方加黄芪30g，槐米15g，继服5剂，神志转佳。守方出入，黄芪加至120g，共服80余剂，并配合针灸，患者肢体活动较前灵活，言语亦较前流利。后随访，近期记忆较前明显好转，他人扶持可行走100多米。^[6]

【按语】

一、中医对脑萎缩及痴呆的病名认识

中医对老年病的认识早在先秦时期《左传》中就有“不慧，盖世所谓白痴”的记载，虞传《医学正传》谓之“愚痴”，《资生经》名曰“痴狂”，皇甫谧《针灸甲乙经》和杨继洲《针灸大成》以“呆痴”命名，陈士铎《辨证录》谓之“呆病”，《华佗神医秘传》和《景岳全书》称为“痴呆”。所谓“呆”，痴也、痴也、不慧也，不明事理之谓也，可见呆有迟钝、笨拙、愚昧、愣傻等意。现代医家认为痴呆有先、后天之分，后天痴呆主要指老年痴呆，而其中中

风痴呆占有相当大比例。该病主要是因老年精气亏虚，或情志失调，外伤、中毒等导致的智能活动发生严重障碍，以呆傻愚笨为主要临床表现的一种神志疾病。其轻者可见神志淡漠，寡言少语，迟钝，健忘等症，重则表现为终日少语，或闭门独居，或忽笑忽哭，或不饮食，数日不知饥饿等。其成因在《医林改错》中已有“灵机记性在脑，高年无记性者，脑髓渐空”的概述，并说明痴呆与脑髓充盈的程度有直接关系，即脑髓充盈则人的脑神具有灵性智慧、神机聪颖，否则神机衰退以至不慧而成痴呆。综观本篇所列医家观点，认为痴呆病发于脑，故根据临床诸多表现，可统归神志病范畴内的呆病、健忘、癰证、郁证等病证之中。

二、关于病因病机及病理实质

（一）病因病机

关于本病的病因病机，多数医家认为是由于痰、火、虚引起髓海空虚，邪阻窍闭而致。而各医家又有侧重，如张学文认为老年痴呆病机主要有3个方面：即肾虚血瘀，气虚血瘀，颅脑水瘀。诸因导致气血不荣清窍，精气不济脑髓，脑失所养，久而空虚成萎。其成因有老年肾衰，精气亏乏，中风既久，脑络痹阻；阳气偏衰，气虚血瘀，久瘀不散，孙络水溢，瘀水互结，蒙害清窍，诸种因素均可影响清窍之给养。精气不济，气血难荣，脑髓失健，而成是病。谢海洲认为本病是属虚实相兼，虚主要责之于脾肾亏损，实则起源于痰浊瘀毒之邪盘踞。其病位在脑，与五脏六腑相关。张发荣认为老年痴呆的直接病理机制是髓海

失养，脑窍闭塞，然其导致缘由又在肾于脾，脾肾两亏，既可导致精微不足，髓海失养，又可在脾肾亏虚的基础上病及心、肺、肝，产生湿浊、痰浊、瘀血、郁火阻滞脑络，终致脑窍闭塞而发病。其还指出临床可见纯虚者，亦可见本虚标实及标实为突出表现者，但以肾精亏虚，瘀阻脑络为常见，其余多为阶段性表现。王宝光以脑髓由精血化生，精血源于水谷，而饮食入肾化生精微，需脾之散精，肺之传输，肝之疏泄，心之所主，而下及于肾，化精生髓养脑，得出五脏的生理活动是脑髓之根本。年老体衰，五脏之气衰，或有气血精微化生不足，不能上充于脑，致髓海空虚，元神失养，神明失聪，而成老年痴呆，或突出表现为脾失运化，痰浊内蕴，瘀阻脑络，蒙闭清窍而致病，其中五脏之气衰是本病发生的主要病机。此外，王氏还认为老年人之平素失于调理，亦是老年痴呆发生的诱因。平素失调或致肝郁化火上扰，或致脾失健运，或致肝肾阴虚，皆可最终导致本病。笔者认为，人体脏腑功能的协调和气血精神的转化，除随着年龄增长的自然衰退外，还有因脏腑功能失调、气机郁滞而导致的虚热内扰、水湿痰浊、脉涩血瘀等病邪的缠结，以及外在七情六淫等其他诱发因素。

（二）病理实质

虽然本病病程较长，病证复杂，但本篇所列医家均认为其病理变化具有一定的规律性，即病位在脑，病理性质多属虚实夹杂。

1. 肾虚髓空、脑府失养

以张子义、王宝光为代表的部分医家认为肾虚髓空，

脑府失养是本病的最关键病理。笔者认同这一观点。脑是人体精神意识思维活动的中枢。脑位于颅内，由髓汇集而成，《素问·五脏生成篇》说：“诸髓者，皆属于脑。”《灵枢·海论》也说“脑为髓之海。”王清任则对脑髓作了详细的解释，指出“精汁之清者，化而为髓，由脊骨上行入脑，名曰脑髓，盛脑髓者，名曰髓海。”说明髓为脑府功能活动的物质基础。脑主神明，人的认识思维、智慧技巧、分析决断、感觉联想、情绪情感等精神活动都是脑的生理功能。而脑府正常的功能活动，必须依靠脑髓的充润和滋养，脑髓不足，髓海失充，必然影响人体正常的精神意识活动，故《灵枢·海论》曰：“髓海有余，则轻劲多力，自过其度；髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧”，《医林改错》也指出：“小儿无记性者，脑髓未满；高年无记性者，脑髓渐空”，并认为“脑髓中一时无气，不但无灵机，必死一时；一刻无气，必死一刻。

脑髓的化生和充养与肾有着密切的关系。肾为先天之本，主藏精，为生命之源、脏腑之根，精是构成人体的基本物质及机体生长发育和各种功能活动的物质基础。肾之精不断上行入脑充养髓海，从而保证了脑府各种生理活动的正常进行。肾阴充盈，肾精化源充足，髓海得养，脑髓充足，才能充分发挥其“精明之府”的生理功能。反之，若肾阴不足，肾精化源匮乏，髓海失于充养，脑髓空虚，脑府正常的生理活动如精、意识、思维、记忆、感觉、运动等必然受到影响而产生不同程度的神志病变。高年老人，由于脏腑疲惫，肾气虚衰，肾阴日益亏耗，难以化生脑髓，充养髓海，致使“精明之府”失养而不用，是形成老年期痴呆症的主要病理因素。老年期痴呆症病人在见有记忆力

减退甚至丧失，计算、判断、推理、概括等智力活动功能明显下降，神情淡漠或烦躁，多疑善虑，性格怪异，语言错乱，动作呆滞、刻板等表现的同时，大多伴有头晕耳鸣、腰膝酸软、两足无力、行则振掉、两目昏花、瞳神呆滞、语怯倦怠、舌质枯萎无华、脉象细弱等肾阴衰惫的临床表现。也说明肾阴亏损，脑髓化生不足，脑府失养，脑脉失用，神机运行失常，是老年期痴呆症主要的病理变化。

2. 瘀血阻脑、髓海混杂

以张学文、谢海洲等医家为代表，在承认肾阴亏虚是老年期痴呆症形成的重要病理因素的同时，更强调瘀血阻脑是其不可忽视的病理环节。血是构成人体和维持机体生命活动的基本物质之一，具有营养和滋润全身各脏腑组织器官的作用，脑府中血脉丰富，血流量较大，血液的需求量较多，故脑与血的关系密切；另外“精血同源”，肾阴与血能够相互资生，相互转化，而脑髓的资生和充养，有赖肾阴的生化，所以血液也为脑髓之化源之一，是机体精神意识活动的重要物质之一。人的精神充沛，神志清晰，感觉灵敏，活动自如均有赖于血气的充盛，血脉的调和。不论何种原因造成血液不足或血液运行不畅均可出现精神衰退、健忘、烦躁、甚则神情恍惚，惊悸不安等临床表现。高年体弱，脏腑疲惫，功能减退，元气虚衰，蒸化无权，易致体内废物堆积，血液浑浊，积聚难消；或元气不能有效地鼓动气血的运行，以致血行乏力，血流缓慢，循环障碍；或脉络的调节和舒缩功能失调，血行失控而不畅，导致瘀血内生。瘀血留滞脑络，阻塞机窍，脑府之灵机运行不畅，加之瘀血痹阻，脑络不通，肾阴难以上行充髓养脑，

以致脑府失养，神机失用，即可产生老年期痴呆症的种种表现。在古代文献中，对于由瘀血引起老年期痴呆症的各种表现记载颇多，如《伤寒论》说：“其人喜忘者，必有蓄血。”唐容川《血证论》说：“凡心有瘀血，亦令健忘”，“凡失血家猝得健忘者，每有瘀血。”现代研究提示：老年期痴呆症的发生与脑循环障碍，脑缺血密切相关，其中脑血流障碍、全脑血流量降低的程度与痴呆的严重程度成正比，其中血管性痴呆症与瘀血的关系更为密切，此病是由于脑血管病变如高血压、脑动脉硬化、脑梗死、脑出血等引起脑组织血液供应障碍，导致脑功能衰退而产生的，其基本的病理形态学改变是脑组织中出現多发性小梗死灶，特别是直径在1cm左右腔隙状态的多发性梗死灶，局限性的容积大于50ml以上的大梗死灶和脑动脉硬化等，这些病理改变均与瘀血的病理变化具有密切的关系。

3. 痰浊蔽窍、灵机不运

以谢海洲、王宝光等为代表的部分医家认为痰浊困阻，蒙蔽清窍为老年期痴呆症又一重要的病理环节。“痰积于胸中，盘踞于心外，使神明不清而成呆病矣”。痰为粘稠滑腻之物，其性流动，可外达肌肤，内停脏腑，流窜经络，发为诸多病证；同时痰又具有粘腻、滞涩之性，致病易于留伏遏阻，滞涩不散，在病势上表现为病情缠绵，不易速效，病程较长，在病理上表现为易于困遏气机，阻塞气道，致使气机运行不畅，或气机阻滞或升降失常，在病症上表现为肿块、结节、精神紊乱、神志呆滞等。究其成因或为脏腑功能失调，水液代谢障碍；或为外感六淫，邪郁而化，或为情志失调，郁积而生。痰既是脏腑功能失调而生的病

理产物，又能直接或间接地作用于脏腑组织引起各种病证，故有“痰为诸病之源，怪病皆由痰成”之说。痰浊阻闭脑府，留着不去，凝聚难化，致使髓海浑浊，清窍闭塞，灵机不运，神识失调，呆病则应运而生。老年期痴呆症病人所常见的心情烦躁、多疑善虑、言语颠倒、举动不经、头痛失眠，甚至哭笑无常、痛不欲生、喉中痰鸣、口多涎沫、头身困重、胸脘痞闷、舌苔黄腻或白腻、脉滑或涩等多为痰浊为患的指征。

总之，真阴亏损、瘀血、痰浊为老年期痴呆症主要的病理因素，三者在本病的发生发展中既具有不同的病理作用，又相互联系，互相影响，有着密切的关系，尤其是瘀血和痰浊在病变过程中常常相互兼夹，互相为患，密不可分。肾之真阴亏损，五脏之气则衰，气血津液运行不畅，易生瘀血、痰浊；反之瘀血、痰浊内留，痹阻经脉，肾阴上行之通道不畅，难以上升入脑，易致髓海空虚，脑府失养。临床大多数病例并非单纯的肾阴亏虚或痰瘀留滞，而是虚实夹杂或本虚标实，或偏重于虚，或侧重于实，或虚实并重。因而在辨证时必须抓住阴（精）虚、痰浊、瘀血的特征来分辨证候的侧重点，给予恰当的治疗。

三、治疗

（一）辨证施治

本篇所列医家通常将本病分虚、实两类，实多为痰盛血瘀，虚多责之于肝、脾、肾。如张学文氏分为肾虚血瘀、阴虚风动、气虚血瘀和颅脑水瘀4型，并认为治本病不可因见肾虚之证而猛投补肾之品，一味大剂滋补，反生瘀阻，

使清窍益虚，瘀阻益重，适得其反。此为慢性疑难病，治宜缓图，否则欲速则不达。张氏指出杞菊地黄汤，肾气丸看似平淡，实为经典补肾名方，补而不腻，活用则立验，但须久服方能显效。谢海洲临证主张补虚与泻实并举，疏利三焦气机，升阳益髓，除痰化瘀，解毒散结，使脑气充盛而络脉畅达，病变得复。针对脾肾亏损这一病机，其既注重扶助脾肾二脏以充实精气，又善疏调三焦气机。谢氏补肾扶脾的同时，配以辛香气雄，味薄升散之羌活、防风、藁本、白芷、苍耳子、柴胡、升麻等祛风药 1~2 味入方，求助气升阳，促发脾肾清阳之气升腾贯注于脑，使脑得充分荣养和修复，可谓用药独特，值得借鉴。张发荣分为 3 型治疗：肾精亏虚、脾气（血）亏虚、脑窍闭塞。临床特别强调开窍醒神法的使用，指出该法适用老年痴呆各个阶段有脑窍闭塞，神思失灵者，以芳香之药透气启闭，开窍醒神，常用冰片，石菖蒲，远志，郁金，麝香论治。王宝光分为肝肾亏虚、痰瘀阻滞、腑气不通 3 型。认为其中的腑气不通是痴呆发病过程中的重要因素。阴血不足，无水行舟，或痰浊中阻，胃肠积滞，诸因使大便干或不爽，致胃肠浊热不下泻，则助肝阳痰火之势上蒙犯脑，倘腑通可使邪热下，窍闭得开。故常于处方中配大黄、肉苁蓉等，用后病人常能豁然清醒。但应注意临证泻下要迅速，中病即止，不可过量伤正。此法在痴呆的治疗中有其独到之处，值得临床验证。陈柏荫、张子义在治疗时十分重视滋养肝肾、益气活血疗法的应用，选药亦颇有特色。

（二）辨治要点探讨

对本病临床辨治必须做到明确诊断，把握主症兼症，

祛邪注重辨热与痰浊血瘀，扶正强调分调补疏通的治疗。

①祛邪辨热与血瘀：A 热扰气室：头昏脑胀或痛，目花干涩，耳鸣耳聋，口干咽燥，心悸怔忡，五心烦热，失眠多梦，心烦易怒，情绪反复，腰膝酸软，舌红少苔或苔薄黄少津，脉细数或细弦。此候之邪热，即由心、肝、肾之阴血亏虚内生的虚热，邪热内扰心神，热郁则津液耗而不流，升降之机失度而影响气津（阴）生化，使气机窒塞而致。当以养阴清热，和血生津，交通心肾，宁志安神为法。常选以黄连阿胶汤、一贯煎、二阴煎、滋水清肝饮、知柏地黄汤、左归饮、镇肝息风汤、枕中丹、交泰丸等方药审势配合，具体药物多以生地、玄参、白芍、丹参、山萸肉、泽泻、川连、肉桂、龟甲、葛根、远志、生龙骨、生牡蛎等配伍。②痰浊血瘀：神疲倦怠，声低懒言，面垢色暗，表情淡漠，动作迟缓，头昏而沉，耳聋失聪，胸闷气短，脘腹痞满，纳食不馨，腹胀便秘，尿少而频或遗尿，舌暗淡而胖或有瘀斑、苔腻，脉沉细。此即因肺、脾、肾之气精亏乏，气机不利，水湿痰浊凝聚，气虚血运不及而致痰湿瘀阻，气滞血瘀证候。当以行气化痰，利湿化浊，活血化瘀，通窍醒神为法。常选以顺气导痰汤、涤痰汤、半夏白术天麻汤、五苓散、指迷汤、复元活血汤、通窍活血汤、身痛逐瘀汤、羌活胜湿汤、小陷胸汤等方药审势配合，具体药物多以党参、白术、猪苓、茯苓、泽泻、陈皮、半夏、丹参、赤芍、川芎、菖蒲、郁金、远志、羌活、麝香等。

②扶正分调补疏通：上述两种辨治，其作用在于祛邪的同时以调理气机，使阴阳平和，恢复气精得以正常生化的内环境。在此基础上，施以益气扶阳、和血养阴、健脾补肾、充髓醒脑的调补疏通之法，并侧重交通心肾，以达到上下

通而益心肾相交、脏腑调以促气精生化、气机畅而利郁浊消融、脉络和以求气充血旺、髓脑充以开元神聪慧之目的。基于这种思路,笔者多采用补益脾肾之气精,畅调肺、脾、肝、三焦、膀胱之气机,驱除蓄积之邪毒的治法以促进脏腑的协调,气血平和流畅和气精的生化,使髓脑得养,神窍渐开,病情向稳定及康复转化。临床选用方药常以上下两济丹、水火两补丹、生慧汤、扶老丸、通窍活血汤等为基础,随证加减配伍。具体药物多以人参、黄芪、生白术、生熟地、山萸肉、丹参、菟丝子、仙灵脾、泽泻、肉桂、川连、桃仁等药配伍。在调补疏通治疗赤道病的过程中,尤应注重脾胃这一气机升降的枢纽,临证治疗可伍用苏梗、丝瓜络、陈皮、焦山楂等,以升降脾胃,调畅气机,同时又能防诸滋补药腻滞、壅气等弊病。近年来,有医家根据老年性痴呆患者脑组织神经变性,氧自由基生成过多等病例现象,强调毒这一病理因素,采用黄连泻心汤以清热泻毒,为病证结合治疗痴呆的一个新的方法,遇有痰热、湿热和郁热证候的痴呆患者,可望收到满意疗效。

(张春吉 李立志 胡可慧)

参 考 文 献

- [1] 丰广魁. 张学文论治脑萎缩的经验. 辽宁中医杂志, 1995, 22 (9): 385~386
- [2] 郭宇, 等. 谢海洲治疗脑萎缩经验. 中医杂志, 1997, 38 (10): 586~587
- [3] 田立, 等. 王宝光治疗老年性痴呆经验. 山东中医杂志, 1998, 17 (2): 80
- [4] 衡先培, 等. 张发荣论治老年期痴呆的经验. 四川中医, 1997,

15 (2): 4~5

- [5] 何俊清, 陈柏荫治疗脑萎缩性眩晕病经验. 湖北中医杂志, 1995, 17 (6): 6
- [6] 王仕鑫. 等. 张子义治疗老年性痴呆五法. 山东中医杂志, 1992, 11 (5): 34~35

方剂(药)篇

慢性心功能不全

1. 通脉饮 (朱锡祺)

组成：桂枝 6~12g，赤芍 9g，桃仁 12g，川芎 6g，益母草 30g，红花 6~9g，丹参 15g，麦冬 15g，黄芪 15~30g，甘草 6g。

用法：水煎服。

功效：活血化瘀、益气通脉。

主治：病机为虚实相杂，血气瘀滞的慢性心衰或风心患者。

方解：方中桂枝通阳化气，是活血通络的要药，朱氏认为舌红只要舌上有津，运用桂枝并无大碍；赤芍、桃仁、川芎、益母草、红花、丹参活血化瘀；麦冬养阴清心，可制其燥；黄芪益气，补胸中大气，大气壮旺，则气滞者行，血瘀者通，痰浊者化；甘草调和诸药，和中健脾。

加减：肺部感染，加鱼腥草 30g、开金锁 15g、山海螺 15g；心衰出现肺水肿征象，加附子 9~15g、万年青根 15~30g、葶苈子 12g、泽泻 15g、槟榔 9~12g（心率慢于

60次/min时不用万年青根)；心源性肝肿大或肝硬化，加三棱9~12g、莪术9~12g。^[1]

2. 强心汤（高翟凤）

组成：红参9g，黄芪50g，山萸肉15g，葶苈子9g，丹参30g，炙甘草6g。

用法：水煎服。

功效：益气扶阳、化瘀逐饮。

主治：充血性心力衰竭。

方解：方中红参甘温，气壮而不辛，大补元气，治劳伤虚损一切气血津液不足之证；黄芪甘温，入肺脾，助红参振脾阳以滋化源，补肺气而充百脉。两药相伍，使气旺阳生，共为主药。心恶散乱而喜收敛，张景岳言：“阳统乎阴，心本乎肾，所以上不宁者，未有不由于下，心气虚者，未有不因乎精”，方用山萸肉酸温质润为辅，滋阴养血，济阴以应其阳。红参得萸肉大能回归耗散之心气，且能敛汗固脱。丹参舒通心脉，活血化瘀；葶苈子辛开苦降，开肺利窍，下气行水，与丹参同用，旨在使瘀血与水饮同去；炙甘草甘温益气，养心复脉，三者共为佐使之药。全方组成，药只6味，药专力宏，共收益气扶阳、化瘀逐饮之效，使气旺阳生，元气转复，正胜邪退。

加减：肢冷脉微，喘急不得卧者，加附子、肉桂、泽兰；唇甲青紫，胸闷隐痛或肝肿大者，加川芎、红花、赤芍。^[2]

心 律 失 常

一、阳虚寒凝证

1. 温通复脉汤（陈可冀）

组成：党参 10~15g，黄芪 10~15g，柴胡 10g，干姜 10g，升麻 10g，肉桂 1.5~3g（后下），白术 10g，当归 10g，陈皮 10g，净麻黄 3~6g，细辛 3~6g，制附子 10g，炙甘草 10g。

用法：水煎服，日 1 剂。也可制成丸剂缓图，口服，每日 3 次，1 次 3g。

功效：益气补阳、温经散寒、提高脉率。

主治：缓慢性心律失常，包括以心动过缓为表现的病态窦房结综合征，可以加速传导，提高脉率，改善虚寒证候。

方解：缓慢性心律失常或以心动过缓为主要表现的病态窦房结综合征，实属“脉迟证”范畴，多由冠心病、各类心肌炎或心肌病等导致窦房结供血不足，或窦房结动脉血栓形成、窦房结的激动形成或传出发生障碍所致。脉象多迟而无力，舌以淡居多，常见肢体发凉、喜暖恶风之虚证、寒证。重者感足心微风吹拂，夏仍厚衣重被，背腹亦凉。平素则乏力肢重，胸闷气短，时作眩晕，甚则晕厥。本方由保元汤、补中益气汤及麻黄附子细辛汤三方合方组

成，旨在针对心、脾、肾之气虚、阳虚特点，温通心阳，温运脾阳，温补肾阳，以使脏腑阳气及血脉运行复常，起到寒者温之、虚者补之的功效。保元汤出自《景岳全书》，由参、芪、桂、草组成，温补阳气。重者可用人参，轻者可用党参。参、芪补肺脾之气，甘草补胃气，肉桂温肾气，补命门，四药相伍，可使内外上下之气皆得温补，对于虚劳损怯，自是好方。补中益气汤出自李东垣之《脾胃论》及《内外伤辨惑论》，本方补气升阳，对于脉迟亦佳，方中参、芪、草固在保元汤中亦备，方中又有升麻、柴胡，升腾清阳之气；当归补血，陈皮理气，白术健脾，配伍应用，对于乏力肢重懒倦和中气不足尤佳。麻黄附子细辛汤出自《伤寒论》，原治少阴病初起而脉沉或脉微细但欲寐者，此等患者平素肾阳虚，附子助阳温肾，细辛温经散寒，麻黄原为发散表寒，此借助其辛苦温药性，鼓动心脉，提高脉率。以上三方，均有助阳益气、消散阴寒、补虚纠偏之功用，故疗阳气不足，脉迟不及，可以取效。本方加干姜者，盖取干姜辛热之性，入心、肺、脾、肾诸经，加强温中逐寒、回阳通脉力量，治疗脉迟、脉沉、脉微及肢冷、喜暖等症均有佐助。

加减：口干者可伍石斛 30g，知母、黄柏各 6~10g，以制其燥，欲其温阳益气而不助火；有血瘀征象者，可加鸡血藤 15g，川芎 10g 以活血通瘀；有咽干、牙痛“上火”征象，不宜用大辛大热药者，药量酌减。或以巴戟天 10g，仙灵脾 30g，补骨脂 12g，用温润药取代肉桂、附子及麻黄。尤其久服者，更应注意阴阳寒热消长情况。眩晕或晕厥发作，心率减慢，可以“生脉、四逆浓缩煎剂”30ml 服用（相当于常用量中药 1 剂）；畏冷明显，脉沉者，肉桂末 1.5g 冲服，每日 2~3 次；恶心、心悸等痰饮征象，可伍

用苓桂术甘汤；血压高且有头晕、头痛、肢麻症状者，可酌加珍珠母 30g，葛根 12g，菊花 12g；心悸、腹胀者，可配合灸上脘、中脘、足三里、三阴交等穴。^[3]

2. 温阳益气复脉汤（李介鸣）

组成：人参 15g，黄芪 20g，北细辛 6~15g，制附片 10g，炙麻黄 6g，麦冬 12g，丹参 18g，五味子 12g，桂枝 10g，甘草 10g。

用法：每日 1 剂，水煎 2 次，早晚各服 1 煎。

功效：温阳益气、和络复脉。

主治：心肾阳虚、心阳不运所致脉象迟滞结代，心悸怔忡，胸憋气短等症。

方解：本病多生于年老体弱、久病过劳者，其心肾阳气亏损，心阳不运，胸中阴霾不散，则脉络受阻，心血失养，即可出现心悸怔忡、脉迟结代之症。方中人参、黄芪、附子益气壮阳以为君；细辛、麻黄、桂枝通阳以为臣；甘草益气兼和诸药；丹参活血通脉兼以养心；麦冬、五味子滋阴敛气，是遵景岳“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷”之训，辅阳气之生，制阳药之燥。各药配伍，共奏温阳益气、活血复脉之效。

加减：房颤者加珍珠母、百合、琥珀粉安神定悸，去附子、麻黄、桂枝，减细辛用量；心痛者加延胡索、生蒲黄、檀香活血行气；胸憋者加瓜蒌、薤白宣痹通阳，或用菖蒲、郁金解郁理气；头晕者加菖蒲、磁石开窍通阳；气喘者加大人参用量，补元固脱。

按语：本方系仲景方“麻黄附子细辛汤”变改君臣佐使加味而成。本方细辛用量较大，最大量可达 30g，据观察，一般服药 1 个半小时即可见心率增加，4 小时后逐渐下

降。服用大剂量细辛只要用法得当，除少数人有一过性面红潮热外，未见有不良反应。^[4]

3. 甘温宁心汤（夏锦堂）

组成：桂枝 10g，炙甘草 15g，党参 30g，麦冬 12g，五味子 6g，丹参 18g，酸枣仁 18g，炙远志 10g，生姜 6g，大枣 6 枚。

功效：温阳宁心、调整心律。

用法：水煎服，日 1 剂。

主治：心阳不振所致的心悸不安、胸闷、气短、畏冷、脉细缓或结代等症（心律失常如心动过缓、过早搏动、房室传导阻滞以及风心病、冠心病心律不齐者）。

方解：心主血脉，血液循行周身，主要靠心阳的鼓动。若心阳虚衰，鼓动无力，则不仅血行不畅，心律亦将失其常度。方中桂枝辛甘而温，能通胸中阳气，对于心悸不安，脉象结代者，有助阳复脉之功；甘草、党参，补中益气，促进气血生化以养心神；麦冬味甘，性微寒，五味子味酸性温，二味合用，养阴敛气，与桂枝、甘草、党参配合，扶阳中兼以养阴，则阳得阴助；心阳不足，则血行不畅，丹参养血活血，防止心脉瘀阻；酸枣仁养血敛阴，远志定心通窍，二者直接用以宁心安神；生姜辛温，大枣甘温，佐参、甘调养脾胃，生长气血而宁心神。总之，本方通过振奋心阳、补益气血而调整心律。

加减：阳虚明显，身恶寒、四肢冷者，加熟附子 6g；心神失养，失眠多梦者，加柏子仁 12g，菖蒲 10g；胸阳不通，胸闷、胸背痛者，加薤白 15g。

按语：本方系由炙甘草汤变化而来，用药以辛甘温为主。辛甘生阳，甘温扶阳，故用于心阳不振，心脉失于温

养而心悸不安之证。然而阴阳互根，气血同源，心阳不振者，多有心阴虚或心血不足之象，所以在温阳的同时，应适当配合滋阴养血之品。尤其是心阳不振，鼓动血行无力，易发展为心血瘀阻。因此，方中用活血药，体现出“治未病”精神。^[5]

4. 温阳复脉汤（田乃庚）

组成：红参 10g，仙灵脾 15g，黄芪 20g，桂枝 9g，巴戟天 15g，当归 10g，赤芍 12g，川芎 9g，生地 12g，丹参 18g，三七粉 3g，甘草 6g。

用法：先将红参用火煎 30 分钟后，纳入其他药物同煎。煎 2 次，每次煎 30 分钟，把 2 次煎出液混合后，分早晚 2 次服。三七粉不入煎，服药时白开水送服即可。

功效：益气温阳、养血通络。

主治：病窦综合征，症见心悸气短，胸闷痛不适，形寒肢冷，周身无力，甚者胸中烦闷欲死，口唇紫绀，舌淡红或淡胖、苔白，脉沉细无力或沉细欲绝。

方解：病窦综合征多由于“三阳气虚”，即肾阳、心阳、脾阳之气不足，心脉痹阻所致。肾为阳气之根，肾阳虚损，不能温煦心阳，心阳不足，鼓动血脉运行无力，则血行不畅，心脉痹阻。心肾阳虚，宗气虚弱，元阳之气不足，因此病人不仅出现一派虚寒之象，而且出现胸中烦闷等元阳之气不足之征。故方中用人参补益心气，养心安神，又可“安精神，定魂魄，止惊悸”。黄芪助人参以补益阳气；巴戟天、仙灵脾温肾壮阳，且性温不燥，为补肾之佳品。尤其是巴戟天，温肾壮阳，兼益肾精，一味即具“阴中求阳”之意。当归、赤芍、川芎、生地补养心血，和血养营；丹参、三七活血化瘀，与川芎、赤芍配伍，行气化

痹，宣通心脉之痹阻；桂枝辛散性温，温心阳，通血脉，为治心脉痹阻之要药。甘草调和药性，与桂枝配伍“辛甘化阳”，以温补阳气。本方标本兼顾，温阳益气治其本，活血通脉顾其标，且药性平和，温而不燥，为温阳益气、活血通脉之良方。

加减：手足逆冷者加附子 6g，细辛 3g；心悸不安者加菖蒲 10g，远志 6g；失眠多梦者加炒酸枣仁 20g，夜交藤 25g。^[1]

二、气阴两虚证

1. 益气养阴汤（杨百荊）

组成：炙甘草、黄芪各 15g，党参、生地、麦冬、茯苓各 12g，桂枝、白芍、郁金、佛手各 10g，生姜 6g，大枣 5 枚。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：益气养阴。

主治：心律失常的气阴两虚者。症见自觉心前区突然跳动，或心跳暂停，悸动不安，口干喜热饮，舌质淡红、少苔，脉结代。

方解：方以白芍补血敛阴，与甘草合用可酸甘化阴，与生地、麦冬共奏养阴之功；加黄芪与炙甘草、党参、大枣，以增益气之力，并能助桂枝、生姜温阳通脉；再加云苓，既可宁心安神，又能健脾以生化气血；加郁金、佛手理气解郁以除胸闷，且无耗气伤阴之弊。又因郁金功效活血，可防血脉瘀阻。诸药合用，可收温阳益气、滋阴养血之功。

加减：虚寒甚者，加制附片 10g；气虚重者，黄芪量

增至 30g。

按语：早搏是由异位起搏点过早地发出冲动而引起的心脏搏动，为临床最常见的心律失常，可见于多种疾病中。杨氏认为，心主血脉，全赖阳气之温煦、阴血之滋养。如心之阳气不足，阴血亏虚，则心失所养，鼓动无力，因而出现早搏。所以临床常以“滋补”为主。临床上，本病多为虚实夹杂，故常用补中寓通法治之，方中既有补益心阴之药，又佐以丹参、郁金通利心脉之品，合而用之，而有补中寓泻之妙，达到了“祛邪而不伤正，扶正而不碍邪”的目的。^[4]

2. 生脉活血汤（吴震西）

组成：太子参 15g，寸麦冬 10g，五味子 6g，全当归 15g，炒赤芍 12g，紫丹参 20g，茯苓 12g，柏子仁 10g，生牡蛎 30g（先煎），炙甘草 6g（早搏频发时加量）。

功效：益气养阴、活血通脉。

用法：每日 1 剂，头二煎合并分早晚服。

主治：心悸胸闷，气短口干，脉细或结代之气阴两虚、心血瘀滞之证，即现代医学中房性早搏和室性早搏。

方解：生脉活血汤系据《内外伤辨惑论》中之“生脉散”加活血化瘀等品而拟。方中太子参、麦冬、五味子益气养阴、敛汗生脉；当归入手少阴，气味温辛而甘，善补血而活血；赤芍功效清热凉血、散瘀，为治瘀血之品；丹参一味，功同四物，功专活血散瘀。当归、赤芍、丹参合伍，共奏活血化瘀之功；柏子仁养心安神，主疗心悸；茯苓利窍宁心而安神；生牡蛎益阴而潜上越之阳；炙甘草补三焦元气，调和诸药，且能通经脉利血气。诸药共奏益气养阴、活血通脉之效。

加减：胸闷者加合欢皮 12g，佛手 6g；心前区痛加郁金 10g，延胡索 10g，娑罗子（开心果）10g；失眠加酸枣仁 10g，生龙骨 30g（先煎），首乌藤 15g；口干、心烦者加黄连 5g，生地 15g；纳少腹胀加炒白术 10g，炒枳壳 10g；便秘加决明子 12g，枳实 10g；脘痛加白檀香 3g，砂仁 5g（后下）；胁痛加柴胡 10g，炒白芍 10g；心动过速加灵磁石 30g（先煎），炒酸枣仁 10g；心动过缓加制附片 10g，桂枝 10g。

注意：见过早搏动辨证属阳虚或痰浊者均不宜应用本方。^[4]

3. 百合生脉汤（肖琪）

组成：百合 24g，生地 12g，沙参 20g，麦冬 9g，五味子 6g，丹参 12g，黄芪 15g，当归 12g，山楂核 12g，莲子心 3g，炙甘草 9g，桂枝 6g。

用法：每日 1 剂，水煎 2 次，共兑药汁 400ml 左右，早晚 2 次分服。

功效：滋阴益心复脉。

主治：器质性心脏病或心脏神经官能症，症见心悸怔忡，或低热，或五心烦热，性急易怒，口舌生疮，咽干口苦，盗汗，夜卧不宁，舌质红少苔，脉细数或促，参伍不调。

方解：本方治疗心悸怔忡，或有脉律失常之心阴虚证，以百合地黄汤合生脉散加味而成。百合地黄汤原是《金匱要略》为治百合病而立，今用来治心阴虚之心悸怔忡是因为病机相似，而属异病同治。百合味甘性平微寒，能润心肺之阴，清上焦虚火，并有滋养强壮、安神益志之功；生地黄甘寒，入心、肝、肾、肺四经，以其滋阴退热强心之

力辅助百合，而达清热除烦、养阴降火之用。生脉散则是治疗心之气阴两虚的名方，因其益气生脉而被广泛用于各种心脏病症的治疗。因本证以阴虚为重，故用沙参替代人参。沙参微寒，长于疏润，而无燥、腻之弊，以气分中兼理血为其特点，此药合麦冬、五味子之清、敛，更可酸甘化阴，保元气以滋化源。百合地黄汤与生脉散合之可滋水济火，镇静安神，静以止动而除心悸怔忡，解烦宁躁。当归为血分之气药，合生地、丹参、炙甘草可养血行血滋阴，缓急宁心。丹参、黄芪乃气血之药相伍，在此方中用为佐使，意在促进心脉气血流畅。“阴非阳不化”，用桂枝少佐于滋阴养血药中，取其补少火以生气，与炙草通阳和营而化阴。山楂核酸敛，可收浮越之阳气，阳入于阴则汗不外泄，与麦冬心、莲子心以心入心，载药直达病所。如此诸药合用，以调理心之阴阳为旨而达宁心平悸调律之目的。

加减：心烦重去生地易知母；胸痛加白芍、延胡索；胸闷加瓜蒌、郁金；血压偏高加钩藤、珍珠母；咽痛加玄参、山豆根；血虚加阿胶、艾叶；肝肾不足加枸杞子、沙苑子；脉数疾加苦参；低热不退加白薇；兼气虚者去沙参易党参。^[5]

4. 养心安神汤（田乃庚）

组成：西洋参 10g，麦冬 15g，生地 15g，五味子 9g，当归 12g，川芎 9g，白芍 15g，菖蒲 9g，远志 6g，茯苓 20g，甘草 6g。

功效：益气生血、宁心安神。

用法：每日 1 剂。先将西洋参用文火煎 30 分钟后，纳入诸药，再煎 2 次，每次煎 30 分钟，把 2 次煎出液混合后，分早晚 2 次服。

主治：期前收缩、心律不齐等心律失常，症见心悸气短，周身疲乏无力，面色无华，或心中动悸阵作，胸中不适，失眠多梦，舌红苔白，脉细数，或沉细而结代。

方解：心律失常病因复杂，但临床以心血不足为多见。因为心主神志，其主神志功效是以心血为基础，心血充足，心神得养，则心神安宁。若思虑过度，或久病体虚，心血不足，不能荣养心神，则心悸不安发为本病。故方中用西洋参益气生血、益智安神。正如叶天士所说：“血虚者，补其气而血自生”。生地、当归、川芎、白芍即四物汤，养血生血，使心血充足，心神自安；菖蒲、远志养心安神、宁心定志；五味子、茯苓、麦冬益气养阴、宁心安神。尤其是麦冬，不仅养心肺之阴，又“主心气不足，惊悸怔忡”，是治疗本病必用之品，对心血不足和心气虚弱所致的心悸不安，均有良效。甘草调和药性，又主心悸。诸药合用有益气养血、宁心安神之功。

加减：心阴不足，虚火扰心者加苦参 12g、栀子 8g；失眠多梦者加炒酸枣仁 20g、琥珀粉 3g（冲服）；脉迟缓者加巴戟天 15g、仙灵脾 15g；脉来参伍不调（心房纤颤）者加桂枝 9g、生龙牡各 18g。^[3]

5. 养血宁心汤（丁光迪）

组成：熟地黄 10～15g，当归 10g，麦冬 20～30g，炒酸枣仁 10g，炙甘草 4～7g，远志肉 10g，茯苓 10g，太子参 15g，合欢皮 30g，制半夏 10g，独活 10g。

用法：水煎服。

功效：滋阴养血、宁心定悸。

主治：各种心律失常，辨证属心血亏虚者。

方解：方中熟地、当归、麦冬、酸枣仁、甘草养血滋

阴，缓急宁心，并有纳气作用，是为主药；伍以远志、茯苓、太子参、合欢皮交通心肾，定志安神；半夏下气，而辛通阴药之滞；独活定风搜风，合诸阴药亦有养血息风功用。方从三阴煎、定志丸出入，为滋水济火，以静制动方法。

加减：此证脉数无力者，不能过用苦味清火药；脉来数疾者，亦不能多用重镇药。因为此时此证，与实火实风尚有区别。如见心烦火旺者，加丹皮、玄参各 10g，甚时亦可改用苦参 10g，见效即止；如见心悸胸闷为甚者，加川芎 2~5g，石菖蒲 5g，宽胸解郁；如见肝胃不和，改用橘皮、橘叶各 10g，理气和胃；如见虚烦少寐者，加川芎 5g，知母 10g，酸枣仁再加 5g，取酸枣仁汤之意；如见胆怯心慌为甚者，加柏子仁 10g，西洋参 5g，另煎浓汤服；亦有为风象的，脉多见弦，则改加防风 10g，防风治风，亦“能安神定志”；心悸停止以后，其脉每见缓象或无力少神者，加炙黄芪 10~15g，五味子 3g 益气敛肺。

按语：血虚心悸，每见火风上逆的变化，如心悸而脉数，则数脉为火；心悸又骤发倏停，善行数变，是为风象，这是常见症状，但均为标证，其本在于心肾。因为心肾阴血亏虚，水不上济，形成阴虚阳亢，风火相煽，才致心悸怔忡。但这种火与风，亦不能完全看作气病，应该重视血分，水盛可以灭火，血旺则其风亦自息，论证施治，应本这个主旨。

张景岳深悟此中枢机，曾谓“凡治怔忡惊恐者，虽有心脾肝肾之分，然阳统乎阴，心本乎肾，所以上不宁者，未有不由乎下；心气虚者，未有不因乎精”。对于这种证候，丁氏常用阳病治阴，养血宁心方法，用养血宁心汤为基本方，随症加减，治疗心动过速、房颤等心悸。^[2]

三、气虚血瘀证

1. 益心汤(李辅仁)

组成: 党参 20g, 紫丹参 20g, 麦冬 15g, 五味子 10g, 龙眼肉 10g, 郁金 10g, 炒远志 10g, 菖蒲 10g, 柏子仁 10g, 瓜蒌 15g, 薤白 15g, 葛根 15g, 生黄芪 20g。

用法: 每日 1 剂, 煎 2 次, 每次 30 分钟, 两次煎液合并, 分早晚温服。

功效: 养心安神、化瘀通痹。

主治: 心悸气短, 胸闷憋气, 早搏, 心前区痛, 心房纤颤, 失眠, 脉结代或沉细或涩, 舌质黯或紫暗苔薄。

方解: 本方临床应用治疗早搏、多发性早搏、心房纤颤、冠心病属于气虚血瘀者。方中用党参、丹参自拟为“二参汤”, 益气活血化瘀; 配生脉散、黄芪益气强心, 改善心肌代谢, 增强心肌收缩力; 炒远志、菖蒲为远志汤, 专治久心痛; 配龙眼肉、柏子仁, 奏健脾宁心之功; 葛根配丹参能扩张心脑血管、改善血液循环, 其效益彰。

加减: 便干者加肉苁蓉 30g; 心火偏旺者加炒山栀 10g; 口干者加元参 10g, 石斛 10g; 夜寐多梦者加夜交藤 30g; 下肢浮肿者加泽泻 20g。^[4]

2. 九味合璧煎(夏度衡)

组成: 茯苓 10g, 桂枝 6g, 白术 10g, 远志肉 6g, 当归 10g, 川芎 9g, 赤芍 10g, 党参 10g, 甘草 3g。

用法: 水煎服, 1 剂分上下午服用。

功效: 温阳益气、活血祛瘀。

主治: 胸阳不展, 痰浊、瘀滞扰动心脉之心悸、胸痹

痛。

方解：本方以苓桂术甘汤为主，温运脾阳、渗湿化饮。脾为土脏，气血生化之源，若气血生化健旺，则心有所养，心有所主，且桂枝尚有温经通脉之力，可温经通脉行瘀滞。方中又取四物汤补血活血，以培其形。但考虑心脏病心阳易损，痰湿、瘀血易生，故于方中去碍湿滋腻之地黄，易白芍为赤芍。《医宗金鉴·删补名医方论》引张珊言：“四物汤不得补气药，不能成阳生阴长之功。”故于方中加党参一味，以促其气血之成，使补血养血而不滞。方中加远志一味，借其宁心安神、祛痰开窍、交通心肾。

加减：气虚较甚兼汗出者加黄芪 20g；阳虚较显者加附片 10g，党参易红参 3g；痰多头晕者加法半夏 10g，陈皮 6g，或加制南星 10g；心神不安，易汗出者加浮小麦 30g，或生牡蛎、生龙骨各 20g；水肿较甚者加泽泻 15g；血虚较显著加黄芪 30g，丹参 15g；阴虚者加参须 6g，麦冬 9g 泡水喝；兼肝郁气滞者加柴胡 10g，黄芪 10g。^[4]

四、肝郁血虚证

调安汤（胡肇基）

组成：人参 10g（另炖，或党参 15g），麦冬 12g，五味子 10g，香附 12g，酸枣仁 12g，夜交藤 15g，生铁落 15g，栀子 10g，龙齿 30g（先煎，或龙骨 20g 先煎），香橼 12g。

功效：调肝安神。

用法：清水 3 碗，煎为 1 碗，温服。药渣以水 1 碗半，煎为 1 碗，睡前再服。

主治：心血虚少，肝气郁结而出现的眩晕、失眠、多梦、心悸、忧郁、烦躁，甚至出现神魂失守症状者。

方解：本方由调肝与安神两组药物组成，故名调安汤。方中香附疏肝解郁、行气止痛；香橼舒肝解郁、和胃理气，二药相合以疏肝；酸枣仁养肝宁心、安神镇悸；夜交藤养心安神、和肝通络，二药相伍以柔（养）肝。配合栀子，清心除烦、清热泻火；生铁落养阴清热、安神定志，共行清肝之能。此外，人参（党参）养心安神、补益气血；麦冬清心除烦、养阴清热；龙齿（龙骨）镇心安神、平肝潜阳，此组药物相互配合，养心气、益中气、清心火、镇心神、平肝阳。五味子酸、咸、温，本方用之，取其有益气生津之功，更有宁心益智之效，此药合人参、麦门冬，名生脉散，为李东垣之名方，有益气敛汗、养阴生脉之功，治疗气阴两伤，汗多神疲者有效。胡氏于调肝安神汤中加入生脉散，从气阴两方面着手，使全方有清有补，有散有收，隐含“补天元真气”之义。

加减：头痛眩晕（高血压），去栀子、石斛，加石决明 30g（先煎），天麻 12g；胸痛、胸闷（冠心病），去栀子、石斛，加砂仁 10g，田七末 6g 冲服；大便秘结，去龙骨，加火麻仁 12g；眩晕、心悸（动脉硬化、高血脂、供血不足），去栀子、石斛，加丹参 15g，何首乌 20g，山楂 12g。^{〔1〕}

五、心气亏虚证

益气复脉汤（丁光迪）

组成：红参 10g（另煎浓汤频服），麦冬 30g，五味子 4g（打），炙黄芪 30g，当归 10g，炙甘草 7g，茯苓 10g，炙远志 10g，九节菖蒲 10g，川芎 7g，生姜 3 片，大枣 7 枚。

用法：水煎服。

功效：益气宁心、养血复脉。

主治：心律失常，证属心气不足者。

方解：本方从炙甘草汤、生脉散、当归补血汤、定志丸化裁。炙甘草汤甘润、补虚复脉；生脉散酸甘合化、保元气、滋化源；当归补血汤甘温辛润、益气生血；定志丸交通上下、宁心止悸。合而用之，能够益气宁心、养血复脉。

加減：此证心悸本身为气虚营亦损，不能过用辛香温通药，以防其耗气伤阴，应该益气养血，以裕生化之源，使心有所养，而后心悸得宁。亦不能用重镇药，以防心气下陷更甚。如舌质欠津润，或泛红，或夏月天气暑热，以西洋参 10g 换红参，并去川芎、生姜，着意保护气阴；如形寒气怯，加桂枝 5~10g；兼见食欲不振，大便无力者，再加炮姜 3~5g；如胸闷隐痛，舌紫暗者，为气虚血瘀，加重川芎至 10g，伍以赤芍，或以红花、桃仁泥各 10g，与芍药交替用。如过用辛香温开，见舌燥心烦者，改用丹皮、丹参各 10g；胸痛时作，再加降香 10g；脉迟结代尚少改善者，再加炙甘草 5g，干姜 5g，甚时可加制附子 5~10g，加强甘温益气复脉之力；如早搏频繁者，加独活 10g；胃纳可，但动则气短不续者，加熟地、枸杞子各 10~15g。^[2]

六、专病专方

1. 变方交泰丸治早搏方（郭业勋）

组成：川黄连、竹叶心、肉桂、附子、鹿角片、瓜蒌、丹参、麦冬（原方无剂量）。

用法：水煎服。

功效：益心化饮、祛痰逐瘀。

主治：早搏，症见心烦，失眠，口苦，面红或时而烘热，时而畏寒，渴而不欲饮，夜尿频，形寒肢冷或腰以下怕冷，便溏等上热下寒之证。

方解：方中以川黄连、竹叶心清上焦心火，肉桂、附子、鹿角片以温升下元肾水，清上实下，交通心肾；复配瓜蒌宽胸理气、化痰散结；丹参活血化瘀以通血脉；麦冬滋养心阴。共奏交通心肾，调和阴阳之功效。

加减：兼气虚者加黄芪、党参；阴虚者加北沙参、石斛；阳虚阴盛或沉寒痼冷，心痛寒痹者可重用附子、肉桂，甚至川乌、草乌；若心脉瘀滞者可选加川芎、桃仁、红花、失笑散，甚则加三棱、莪术等；气滞明显者可选加乌药、降香、香附、九香虫等。^[2]

2. 四参安心汤（张学文）

组成：西洋参或太子参、玄参、丹参、苦参、炒酸枣仁、炙甘草（原方无剂量）。

用法：水煎服。

功效：清热化痰、通阳化水。

主治：心肌炎并发的心律失常。

方解：西洋参益气养阴；玄参味苦性寒，归肾经，滋阴降虚火；丹参味苦入血归心，祛瘀生新，行而不破；苦参味苦归心经，具有清热、祛风杀虫、通利小便之功，使心经邪热从小便而解。现代药理研究表明：苦参具有较好的抗心律失常作用，对各种快速型心律失常均有一定的疗效。其抗心律失常作用可能是一种非特异性“奎尼丁样”效应，即通过抑制异位节律点而起作用。丹参也具有抗心律失常作用，可能与其扩张血管，增加血流量及降低心肌

耗氧量有关。因心主血脉与心主神志的功能密切相关，故加炒酸枣仁养心安神；炙甘草益气复脉。

加减：因本病的基本病理改变为心之气阴两虚，或阴阳俱虚，心阳不振，津液不能输布，凝聚为痰，痰阻气机，结于胸中，故方中可酌加瓜蒌、薤白、桂枝，以振奋心阳，通阳祛痰散结，标本同治，而有利于心脏功能的恢复。^[6]

3. 宁心复律汤（董平）

组成：人参 9g（另煎兑入），麦冬 15g，五味子 9g，桂枝 6~9g，赤白芍各 6~9g，丹参 30g，甘草 9g，生龙牡各 25g（先煎），琥珀粉 3~6g（冲）。

功效：双补气阴、调和阴阳、活血通络、安神定悸、调整心律。

主治：心律失常（包括心动过速、窦性心律不齐、过早搏动、心房颤动、房室传导阻滞等）。本方随证加减可以通治心悸、怔忡、虚劳等病属虚实夹杂以虚为主的种种心律失常，包括气血阴阳偏虚夹气、夹痰、夹瘀、夹寒、夹火各证型。

用法：水煎，分 2 次服。

方解：心律失常可出现于多种疾病，经多年观察其主要病机是心脏气血两虚，损及阴阳，脉络阻滞，基本治则不外乎双补气阴（血）、调和阴阳为主，活血通络为辅，在扶正的基础上有针对性的祛邪。本方在扶正方面用生脉饮加丹参、白芍双补气血，其中人参、甘草益气；麦冬、五味子养阴；丹参、白芍补血。又套入芍药甘草汤、桂枝甘草汤和桂枝甘草龙骨牡蛎汤，其中芍、甘养阴；桂、甘通阳；龙、牡潜阳，三方协同共奏调和阴阳之功。在祛邪用药方面，考虑到祛邪在本方中居于辅佐地位，所以用药宜

少而和缓，但以赤芍配丹参活血宁心，通利血脉，佐以琥珀散瘀定悸安神。综观全方，实为根据各种心律失常的病机共性而制订的辨病应用的通治方。

加减：阳气偏虚，见结代脉者，桂枝加至 12~15g；阳虚明显，脉偏迟缓者，除桂枝加量外，再加附子 9~12g，远志 9~12g；如有可能阳复而气亢者，须再加磁石（先煎）25g 以防之；血虚不寐、健忘、夜卧多梦者，酌加炒酸枣仁 12g，柏子仁 12g，桂圆肉 12g，夜交藤 30g；阴虚明显，口干咽燥，五心烦热，眩晕，盗汗，舌光红者，去桂枝、加生地 15g，阿胶 9g，百合 30g，龟甲 15g，鳖甲 15g；有明显热象者，去桂枝；脉促或过疾，经细审确有热象者，不仅去桂，还可加苦参 18~30g，沙参 30g，磁石（先煎）30~60g；脉促无力属虚阳浮越者，桂枝改肉桂，再加附子 9~15g，熟地 15~30g，菟丝子 15g；心火上炎而烦热亢奋，眠少不安者，去桂枝，加生地 15~30g，川连 3~6g；兼胃家实便秘者再加大黄 9g，黄芩 6~9g；肥人夹痰而晕者，去白芍、五味子，加半夏 9g，白术 12g，天麻 9g；血脂高者，加山楂 15g，生首乌 15g；瘀象明显，胸闷痛或口唇指趾青紫者，加桃仁 9g，红花 9g；肝肿大者，再加大黄廋虫丸（每日 3 次，每次 3 丸）。^[3]

4. 养心定搏汤（柯雪帆）

组成：生地 30~60g，麦冬 12~24g，桂枝 15~30g，党参 15~30g，炙甘草 12~30g，麻仁 10~20g，生姜 3~8 片（10~30g），红枣 10~15 枚，阿胶 10~20g（烊），生龙牡各 30g，生龙齿 30g，川芎 10~15g，丹参 15~30g，琥珀粉 1.0~1.5g（吞）。

用法：水煎服，水约 1 500ml，黄酒 250~500ml，浸

泡30分钟以上，然后煎头汁400ml，二煎200ml，二汁混合。（煎煮到最后几分钟，可将锅盖打开，使酒气散尽，服药时应无酒味，乘药汁热时溶入阿胶。）分2~3次服，每次200~300ml，琥珀粉宜以蜂蜜适量调服。每日1剂，症状减轻后可以隔日1剂。药后大多有腹胀、肠鸣、便溏等副作用，轻者不影响服药，重者应减轻剂量，不能耐受而停药者少见。平素便秘者用本方最为合适。

功效：养心阴、补心血、益心气、通心阳，兼活血、宁心、安神。

主治：各种心律失常，见心悸怔忡，神疲乏力，短气，失眠多梦等症，或除心律失常之外，其他见症不明显者。中医辨证基本上属于虚证，而以阴血不足、气阴两虚为主。无明显热象，无明显阳虚水泛，无严重气滞湿阻，无严重瘀血者，均可使用本方。本方对心肌炎后遗症所致心律失常最为合适，对风心病、冠心病所致心律失常，通过辨证，亦有较好效果。

禁忌：本方不适用于高血压性心脏病与肺源性心脏病。

方解：本方为《伤寒论》炙甘草汤加味。炙甘草汤具有养心阴、补心血、益心气、通心阳之功效；本方再加川芎、丹参活血养心；加龙齿、龙骨、牡蛎、琥珀以重镇、宁心、安神。《伤寒论》原文182条云：“伤寒，脉结代，心动悸，炙甘草汤主之”。可见炙甘草汤最适合于因外感病（伤寒）所引起的心律失常。所以本方最适用于心肌炎所致的心律失常。《伤寒论》炙甘草汤方中，生地、甘草的用量，较其他方为大；《温病条辨》加减复脉汤中甘草用18~30g。可见，要达到纠正心律的目的，便需大剂量。方中炙甘草是益心气的要药，也是全方的主药；桂枝、甘草相配能温通心阳，温振心阳；生地、麦冬相配是滋养心阴的要

药，以上四味是本方的核心。方中用麻仁不是为了润肠通便，而是用于滋养气血。吴鞠通自己解释加减复脉汤时说，麻仁有“甘益气、润去燥”之功。

加减：心律失常比较严重，或服本方无明显副作用时，本方剂量可以再加大 1/2，即生地可用至 90g，余药类推，但麻仁有小毒，能滑肠，不宜再加；有胸闷者加全瓜蒌 20～30g，胸闷明显者再加川厚朴 10g，枳壳 10g；本证大多有胸闷，遵《伤寒论》胸闷去芍药之戒，所以方中无芍药；如有胸痛而无胸闷时可加芍药，还可在广郁金、甘松、参三七中选用一二味；有心烦、舌红、咽红、轻度热象时可在黄连、莲子心、苦参、丹皮中选用一二味；重镇宁心安神药还可选用珍珠母或代赭石或紫贝齿；血压略为偏高者可加汉防己、滁菊花；有阳虚见症者可加附子；脉率迟缓者去丹参；胃纳欠佳去阿胶。^[3]

5. 清心定搏汤（柯雪帆）

组成：生地 30～60g，赤白芍各 15g，丹皮 15g，水牛角 15g，元参 12g，苦参 18g，炙甘草 12～18g，连翘 12g，天麦冬各 10g，丹参 30g，生龙齿 30g，珍珠母 30g，黄连 6g，琥珀粉 1.5g（吞）。

用法：水煎服。加水 1 500ml，浸泡 30 分钟以上，煎取头汁 400ml，二汁 200ml，两汁和匀，分 3 次服。琥珀粉以蜂蜜适量调服，每日 1 剂。药后可能有腹胀、便溏的副作用，轻者不影响服药，重者可适当减少生地、元参剂量，或改为隔日服 1 剂。

功效：凉血清心、滋阴养心、重镇宁心。

主治：心肌炎（无论活动期或后遗症期）心律不齐，反复发作上呼吸道感染者。症见脉细数，节律不齐，重按

无力，咽红或肿痛，心烦，眠不安，反复感染发热，神疲乏力，劳则短气，舌红或正常，苔少、薄黄或薄白等。中医辨证属于热入血分，血热扰心，热盛伤阴，心神不安。病久者往往兼有气虚症状。

方解：本方是一首复合性的方剂，以犀角地黄汤为基础，用加减复脉汤中的甘草、麦冬、生地、芍药，增液汤全方，清营汤的大部分药物，再加重镇之剂。全方可分三个部分：一是凉血解毒清心的药物，如水牛角、生地、丹皮、芍药、连翘、黄连、苦参、丹参，药味多而用量重，是本方的主要部分；二是滋阴清热养心的药物，如生地、天冬、麦冬、元参等；三是重镇宁心的药物，如龙齿、珍珠母、琥珀。此外，甘草一味既能补益心气，又能清热解毒，用量较大，并非辅佐，为方中要药。方中生地既能清热凉血，又能益心肾之阴，为本方最主要的药物，用量要大，是仿《伤寒论》炙甘草汤的用法。丹参既能凉血清心，又能养血宁心、祛瘀生新，亦为方中必用之药。

加减：无明显肠胃副作用者，生地可用大剂量，甚可超过 60g，用大剂量生地是取效关键之一；脉率不快者可减少丹参剂量；热象已经减退者可依次逐步减去水牛角、连翘、玄参、苦参；胸闷明显者去芍药；便溏、腹胀副作用严重者减少生地剂量，并减去元参、天冬；重镇宁心药还可选用琥珀、代赭石、牡蛎、龙骨等，取其一二味；如有短气、神疲乏力等比较明显的气虚见证时，可加党参 15~30g 或西洋参 3g；如有面色淡白、肢端欠温等阳气失于宣通见症而热象不严重时，可加桂枝 10~20g。^[3]

高血压病

一、肝风内动证

活络蠲痹饮（郭振球）

组成：天麻 10g，钩藤 20g，木瓜 10g，车前子 15g，当归 15g，白芍 15g，续断 12g，黄芪 15g，牛膝 10g，僵蚕 12g，松节 15g，威灵仙 15g。

用法：水煎服。

功效：息风蠲痹、养血活络。

主治：高血压病，中风半身不遂，手足不能举动，麻木不仁，关节酸痛或咯吐痰涎者。

方解：高血压病的病机是“肝风内动”，风阳上冒则头目眩晕；内风袭络，血虚不能荣筋，则成半身不遂；血络风邪阻痹，则手足不能举动，而麻木不仁；风盛激液为痰为湿，流窜关节，则可使关节酸痛。凡肢体不仁不用，麻木酸胀，大都是络脉失和、风痰或夹湿阳痹不通之候。方中天麻、钩藤祛风；僵蚕因风而僵反能治风；续断能续能补；威灵仙通络中之气；归、芍、松节和血络而利关节；木瓜舒筋除痹；黄芪益气助血行，可收血行风自灭之效；配入牛膝引诸药上出下行，左右逢源，各不相悖。全方使风痰湿除，血脉正气复常而恢复健康。^[4]

二、肝阳上亢证

1. 石决龙牡汤（邓铁涛）

组成：石决明（先煎）、生牡蛎（先煎）、生龙骨（先煎）各 30g，白芍、牛膝、钩藤各 15g，莲须 10g，莲子心 6g。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：平肝潜阳。

主治：高血压病，症见头痛，头晕易怒，夜眠不宁，口苦或干，脉弦有力。

方解：本方证属肝阳上亢，方中石决明、龙骨、牡蛎、钩藤、白芍平肝潜阳、清泻肝火；莲子心味苦性寒，清心除热；莲须清心固肾；牛膝引血下行。上七味药合用，则具平肝潜阳之功。

加减：若苔黄脉数者加黄芩；便秘者加大黄；苔厚腻者去莲须，加云苓、泽泻；头痛甚属热者加龙胆草、菊花；头晕甚者加天麻；失眠者加酸枣仁、夜交藤。^[1]

2. 莲椹汤（邓铁涛）

组成：莲须、桑椹子、女贞子、旱莲草各 12g，山药、牛膝各 15g，龟甲（先煎）、生牡蛎（先煎）各 30g。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：滋阴补肾、平肝潜阳。

主治：高血压病，症见眩晕，精神不振，记忆力减退，耳鸣，失眠，心悸，盗汗，腰膝无力，脉细数。

方解：本方证属肝肾阴虚，阴虚阳亢。方中以桑椹子、女贞子、旱莲草、龟甲滋补肝肾；莲须清心固肾；山药健

脾固肾；牛膝引血下行；牡蛎滋阴潜阳。合用共成滋阴补肾，平肝潜阳之剂。

按语：因肝阳上亢而致眩晕者，一般多由身心过动，或由情志郁结，或由年高肾液已衰，水不涵木，以致头晕目眩。邓氏认为，眩晕之治法，一般以滋养肝肾为主，至若肝阳上亢，化火生风者，则宜清之、镇之、潜之、降之。从本方可窥，莲须能清，牡蛎可镇潜，牛膝可降，女贞子等能滋，清、潜、镇、降、滋俱全，可见构思巧妙，配伍严谨。^[4]

3. 清肝汤（龚志贤）

组成：川芎、川牛膝、地骨皮各 15g，菊花 20g，地龙 10g，夏枯草、玉米须各 30g。

用法：每日 1 剂，水煎分 2 次服下。

功效：平肝清热、通络止痛。

主治：高血压病，症见头痛、眩晕、耳鸣、脉象弦实。

方解：本方证属肝火上扰清空，故方以夏枯草苦寒泻热，清泻肝火；地骨皮清热凉血；菊花清头明目；地龙通经活络；玉米须平肝泄热；川芎上行头目，通经活络；川牛膝引血下行。合而成方，能平肝清热，通络止痛。

按语：肝热循经上扰清空，则易出现头痛、面赤、口苦诸症。热则宜清宜泄，故龚氏常用夏枯草以泄肝热，与菊花、地龙诸药配，效力更增。此方只适于肝火偏盛者，不适于痰浊、肾虚诸症。^[4]

4. 降压调肝汤（魏长春）

组成：旱莲草、夏枯草、野菊花、决明子、地龙、怀牛膝、桑寄生、钩藤各 10g，谷精草 15g。

用法：每日1剂，水煎分服。

功效：凉肝潜阳、滋肝平眩。

主治：高血压病，症见头痛目眩，昏晕欲仆，烦躁失眠，舌红，脉弦劲。

方解：本方证属肝阳上亢，故方以谷精草、夏枯草、野菊花清肝泄热；决明子、地龙柔肝降压；钩藤平肝息风；旱莲草、桑寄生、怀牛膝补益肝肾、滋阴固本。诸药合用则能补益肝肾、潜阳止眩。

按语：肝阳上亢而致眩晕，多见于中年之人，盖肝为刚脏，主动主升，若七情过激，则肝阳易亢。魏氏在临床中，常用夏枯草、野菊花等药清泄肝热，同时又配以滋补肾阴之药，使肝阳得降，肾阴能滋，标本兼顾，虚实相兼。本方立法宗旨正确，药证相符，确为治疗眩晕（肝阳上亢）之良剂。^[4]

5. 滋阴平肝汤（李斯炽）

组成：女贞子、旱莲草、白芍、竹茹、钩藤、龙骨、牡蛎、冬瓜仁各12g，枸杞子、菊花、牛膝、茯苓各10g，制首乌15g。

用法：每日2剂，水煎分服。

功效：滋阴养血、平肝利水。

主治：高血压病，冠心病。症见头部昏胀疼痛，视物昏花，面赤目酸，体困乏力，耳鸣盗汗，下肢浮肿，舌红略黯，苔白滑，脉弦。

方解：方以女贞子、旱莲草、白芍、枸杞子、制首乌滋阴补肾；钩藤、菊花平肝息风；龙骨、牡蛎潜阳镇逆；牛膝引血下行；竹茹、茯苓、冬瓜仁化痰利湿。合而为剂则具有滋阴补血、平肝利水之能。^[4]

6. 凉肝汤（岳美中）

组成：百合、生地、菊花、草决明、夏枯草、白芍各12g，桑寄生9g。

用法：每日1剂，水煎分服。

功效：凉肝滋阴、息风止眩。

主治：高血压病，症见头晕胀痛，每因劳累或情绪波动而加重，偶有心悸、耳鸣。

方解：本方证属阴虚阳亢，故方以夏枯草、草决明、菊花清肝凉肝；百合、生地、白芍、桑寄生滋补肾阴。七药合用，共奏清热凉肝、补益肾阴、息风止眩之效。

按语：清代名医叶天士认为眩晕乃“肝胆之风阳上冒”所致，并主张“火盛者宜清泄上焦窍络之热；下虚者宜从肝治，补肾滋肝、育阴潜阳，镇摄之治是也。”眩晕一病，多见于中老年人，且病程较长，缠绵不愈，故纯实纯虚之证颇为少见，而以虚实并见者为多。岳氏治疗本病，常用凉肝药与滋肾药合用，既可清上焦窍络之热，又可滋肝肾之阴，将清解与补法熔为一炉，立方选药，构思巧妙，为治疗高血压的良方。^[4]

7. 珍羚汤（李宠仁）

组成：珍珠母50g，羚羊角粉（包煎）10g，紫贝齿（先煎）40g，川牛膝、天麻、钩藤、菊花各15g，龟甲、鳖甲各25g。

用法：每日1剂，每剂水煎3次，分2次服下。

功效：平肝潜阳、滋肾息风。

主治：高血压病（肝阳上亢型），症见眩晕耳鸣，头痛且胀，面色红赤，急躁易怒，少寐多梦，舌红、苔薄黄，

脉弦有力。

方解：本方证属肝阳上亢，上扰清空所致，故方中用珍珠母、羚羊角、紫贝齿、天麻、钩藤平肝潜阳息风；川牛膝引血下行；龟甲、鳖甲滋阴潜阳；菊花清头明目。诸药合用，共奏平肝潜阳、滋肾息风之功。

加减：若肝火偏盛者加夏枯草、丹皮各 15g；若肾阴虚甚者加枸杞、玄参各 30g。

按语：阴虚阳亢是导致头目眩晕最常见的病因之一，属本虚标实证，治宜培补肝肾以治本，平肝潜阳以治标。方中龟甲、鳖甲为滋阴补肾、培元固本之良药，合以紫贝齿、珍珠母、羚羊角以平肝潜阳，标本同治。^[4]

8. 潜息宁合剂（郭振球）

组成：珍珠母 12g，天麻 12g，钩藤 15g，菊花 10g，桑椹 12g。

用法：①煎剂：每日煎服 1 剂，珍珠母敲碎先煮 1 小时，再入其他 4 药，煮沸后用文火煮 1 小时，每剂煎 2 次，分早、晚服完；②片剂：珍珠母先熬，余药熬成浸膏，作糖衣片，备用，20 天为 1 疗程。服药过程停服其他药物，忌辛辣刺激性食物。

功效：育阴潜阳、平肝息风。

主治：高血压病肝阳上亢、阴虚阳亢证。表现为眩晕、耳鸣、心烦、心悸、易怒、面红、肢体麻木、脉弦细数、舌红者。

方解：高血压病属“眩晕”、“肝风”范围。肝为风木之脏，其性刚主动主升。《临证指南·眩晕》按：“经云：诸风掉眩，皆属于肝。头为六阳之首，耳目、口鼻皆系清空之窍，所患眩晕者，非外来之邪，乃肝胆之风阳上冒耳。”《类

证治裁》亦云，眩晕“可由年高肾液已衰，水不涵木，或由病后精神未复，阴不及阳，以至目昏耳鸣，震眩不定。”故其治法，宜“缓肝之急以息风，滋肾之液以驱热”，补肾滋肝，育阴潜阳。方中珍珠母平肝养阴、潜阳为君；天麻、钩藤，平肝清肝息风为臣；菊花滋肾、清头目，主金水二脏，《本草正义》谓其“摄纳下降，能平肝火，息内风”，“摄纳虚阳而归于下”；桑椹滋肾肝，《本草经疏》谓其“为凉血补血滋阴之药”；合菊花为佐使，共收益肾滋肝、缓晕宁神之效。

加减：心烦面赤，加黄芩、山梔清肝火以息风；兼腑热便秘，加大黄、芒硝通腑以泻热；若肝阳偏亢阴虚甚者，加滋养肝肾之药，如旱莲草、女贞子、生地黄之属；失眠甚者，加夜交藤、茯神、酸枣仁之属，以养心宁神。^[7]

9. 升降汤（王菽波）

组成：菊花、怀牛膝、龙胆草各 10g，钩藤 25g，夏枯草、麦冬、生地、玄参、桑寄生各 12g，石决明 30g，白芍 20g。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：息风潜阳、养阴清热。

主治：高血压病，症见头痛头晕，面红肢软，口干，大便秘结，苔白，脉弦有力。

方解：方以菊花、钩藤、夏枯草凉肝息风；石决明镇肝潜阳；生地、麦冬、玄参、桑寄生、白芍养阴；龙胆草清肝热；怀牛膝引血下行、滋补肝肾。

加减：肢体麻木者加桑枝 15g，地龙 15g；头晕眼花重者加槐花 15g；恶心欲呕者加代赭石 25g。^[7]

10. 潜降汤（颜正华）

组成：熟地 15g，白芍 12g，石决明 30g（先下），茯神

10g, 丹参 12g, 生牡蛎 30g (先下), 怀牛膝 12g, 益母草 15g, 白菊花 10g, 夜交藤 30g。

用法: 水煎服, 每日 1 剂。如服汤剂不便, 可用上方 10 倍量, 水煎 3 次去渣, 旺火浓缩, 加白蜜或冰糖 500g 缓火收汤, 每服 1~2 匙, 温开水冲服, 1 日 2 次。便溏者勿用白蜜。不喜甜者, 白蜜或冰糖可减为 250g。

功效: 滋阴潜阳、平肝安神。

主治: 阴亏血虚, 肝阳上亢, 眩晕头痛, 失眠多梦。也适用于中老年血压偏高见有上述症状者。

方解: 《内经》云: “诸风掉眩, 皆属于肝。”因肝主风, 体阴而用阳, 凡肾阴不足, 肾水不能滋肝木, 则肝阳上亢, 能引起眩晕头痛, 肝火扰心能导致失眠多梦。中老年肝肾之阴渐虚, 常易罹此证。本方立法为滋阴平肝, 因滋阴可潜阳, 平肝能降逆, 故名潜降汤。方中熟地味甘性微温, 为滋阴补血要药, 对阴血不足之证有固本之效; 白芍味苦酸、性微寒, 为养血滋阴平肝之品, 常用于肝阳上亢引起的眩晕头痛等症。二药合用, 滋阴补血、平抑肝阳之功更著, 故为方中之主药; 石决明味咸、性寒, 善清肝火, 益肝阴, 且介类可以潜阳, 故多用于肝阳上亢之证; 生牡蛎味咸涩、性微寒, 功效益肝肾之阴, 也为潜阳之品, 且可镇心安神, 治心悸失眠, 共助主药增强疗效, 故为方中之辅药; 茯神等有安神之功, 丹参能清心除烦, 牛膝补肝肾, 又能引血引火下行, 配以益母草有活血、利尿、清热之功, 共为方中之佐药; 白菊花平肝清头目, 夜交藤养心安神, 共为方中之使药。上药合用, 共奏滋阴潜阳、平肝安神之功。

加减: 如食欲不振者, 去熟地, 加何首乌 15g; 阴虚火旺, 心烦较重者, 去熟地, 加生地 15g, 麦冬 12g; 肝火

较重，急躁易怒，头胀目赤者，加龙胆草 6g，夏枯草 15g；眩晕较重者，加天麻 6g，钩藤 15g（后下）；头痛较重者加白蒺藜 12g，蔓荆子 10g；耳鸣者加磁石 30g（先下）；失眠较重者加酸枣仁 15g，龙骨 15g（先下）；腰膝酸软者加杜仲 12g，桑寄生 30g；盗汗加五味子 6g，浮小麦 30g；大便不通加决明子 30g，黑芝麻 30g。

禁忌：脉弦滑、舌苔黄厚腻，痰多者忌服，服药期间忌饮酒、浓茶、咖啡等，宜食清淡食品。^[3]

三、阴阳两虚证

1. 附子龟甲汤（姜春华）

组成：附块 6g，龟甲、女贞子、旱莲草各 9g，何首乌、丹参各 15g，磁石 30g，石决明 24g。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：滋阴潜阳。

主治：高血压。症见面浮头胀，少寐，耳鸣，眼花，腰酸，夜尿频，苔白，脉弦细。

方解：本方证属阴阳两虚，虚阳上亢。故方中用附子补阳益火；龟甲、女贞子、何首乌、旱莲草滋阴益肾；磁石、石决明平肝潜阳；丹参凉血活血、清心除烦。合而成方，具有滋阴潜阳除眩之效。^[4]

2. 脾肾双补汤（邓铁涛）

组成：桑寄生、玉米须、生龙骨（先煎）、磁石（先煎）各 30g，首乌 24g，川芎、淫羊藿、杜仲各 9g。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：平肝滋肾潜阳。

主治：高血压病，症见头晕，眼花，耳鸣，腰酸，腰痛，阳痿，遗精，夜尿增多，或自汗盗汗，舌淡嫩红、苔白厚或浊腻，脉弦滑。

方解：本方证属肾阴阳两虚，故以桑寄生、何首乌滋补肾阴；淫羊藿、杜仲温补肾阳；生龙骨、磁石平肝潜阳；川芎等活血通络；玉米须利尿降压。

按语：肾为先天之本，性命之根，主藏精生髓，髓聚而成脑。若年老肾精亏虚，或因房事不节，阴精亏耗过甚；或劳役过度，伤骨损髓；或肾气亏虚，精关不固；或病久不愈等，常能导致肾阴阳两虚。由于眩晕多属本虚标实之证，所以治疗宜标本兼顾。此方能阴阳双补，佐以潜阳之药，以达阴气平和，阳气固秘，肝阳得平，眩晕可宁之功。^[4]

3. 阳和息风汤（徐迪华）

组成：制附片 8g（先），肉桂 3g（后），黄芪 30g，熟地 15g，山萸肉 10g，天麻 12g，川牛膝 10g，泽泻 15g，茯苓 15g，桑寄生 10g。

用法：水煎分服。

功效：滋阴和阳、息风消肿。

主治：高血压 2~3 级，伴有高血压心脏病、心功能不全及闭塞性动脉硬化者。临床既有头晕头痛等肝风症状，又有下肢发冷、肢体浮肿、动后喘促、夜尿增多等心肾阳虚证候。

方解：高血压病，多由肝肾阴亏，肝阳上亢而致，论其治疗，自当滋阴图其本，息风潜阳治其标。然而，阴阳互根，阴损既久，阳必渐衰；心肾之阳既衰，气血不能温养四末，阳不化水，水饮停聚，自必出现肢体浮肿发冷，

动后喘促，面色不华，夜尿增多等症。此时论治，自当阴阳兼顾，重护其阳，方为上策。本方以附子为君，黄芪、肉桂为臣，旨在温壮心肾，益气化水；熟地、萸肉为佐，旨在滋肾纳气，填补阴精，使阳有所养；再佐天麻、桑寄生壮肾息风，使肝风敛藏；茯苓、泽泻下行助黄芪化泄水饮；牛膝为使，化瘀通络，引诸药下行。全方配伍严谨，相须相成，共奏温壮心肾、滋阴息风、通畅脉络、化泄水邪之功。

加减：食少苔腻者加白术 10g；咳嗽多痰加苏子 10g，川贝末 6g（2 次冲服）；不寐者茯苓改朱茯神 10g，另加五味子 10g；水肿甚者加五加皮 15g。^{〔5〕}

四、阳虚水停证

龙牡真武汤（蒲辅周）

组成：茯苓、清半夏各 9g，白术、白芍、附片各 6g，生姜 4.5g，生龙骨、生牡蛎各 12g。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：温阳利水、健脾化痰。

主治：高血压病，症见头晕头痛，耳鸣不聪，劳累时加重，形体肥胖，痰多，饮食喜温，饮水则腹胀，手足不温，怕冷，小便时有失禁，舌淡且滑，脉沉细。

方解：本方证属脾肾阳虚，痰湿内盛，水气上逆。方用附子温肾阳、化水气；茯苓、白术健脾利水；生姜、半夏和胃降逆化痰；白芍、龙骨、牡蛎平肝潜阳。诸药合用，具有温阳利水、健脾化痰之效。

按语：因平素饮食不节，肥甘厚味太过，损伤脾胃；或劳倦伤脾，以致脾阳不振，健运失职，水湿内停，积聚

成痰；或肾虚不能化气行水，水泛而为痰。痰阻经络，清阳不升，清窍之窍失其所养，故而头冒眩晕。正如元代医家朱丹溪所云：“无痰不作眩”。蒲氏治疗眩晕，尤注重脾肾两脏，常选用温肾化气、健脾化痰之药合用，以使脾肾之阳得以振奋，痰湿闭除，眩晕乃止。^[4]

五、气虚痰阻证

赭决九味汤（邓铁涛）

组成：黄芪、代赭石（先煎）各 30g，草决明 24g，党参、云苓各 15g，法半夏 12g，陈皮 6g，白术 9g，甘草 3g。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：益气化痰。

主治：高血压病，症见眩晕，头脑欠清醒，胸闷食少，倦怠乏力，或恶心吐痰，舌胖嫩、苔白厚或浊腻，脉弦滑。

方解：本方证属气虚痰浊阻滞，故方中重用黄芪合六君子汤（党参、云苓、白术、甘草、陈皮、半夏）补气化痰；代赭石、草决明降气平肝。合用而有益气化痰之功。

加减：若兼肝肾阴虚者加首乌、桑椹、女贞子；若兼肾阳虚者加桂心、仙茅、淫羊藿；若兼血瘀者加丹参、川芎。

按语：一般来说，眩晕一证，以内伤为主，其中尤以痰浊中阻，气血亏虚、肝阳上亢较为常见。古人认为“无痰不作眩”，“无虚不作眩”，病变部位多在肝、脾、肾。盖脾主运化水谷精微与水湿，若饮食不节或劳倦伤脾，致脾气亏虚，健运失职，水湿内停，津液留聚而成痰，痰阻经络，清阳不升，清窍失养，终致眩晕。治宜补益脾气以治本，燥湿化痰以治标。^[4]

六、肝肾阴虚证

龟甲养阴煎（李宠仁）

组成：龟甲、鳖甲各 25g，女贞子、旱莲草、枸杞子各 20g，山萸肉、桑椹子各 15g，阿胶 15g（烔化）。

用法：每日 1 剂，水煎 3 次，分 2 次口服。

功效：滋阴补肾除眩。

主治：高血压病（肾阴亏损），症见眩晕耳鸣，失眠健忘，精神萎靡，口燥咽干，腰膝酸软，发落齿摇，五心烦热，舌体瘦红、无苔，脉细数。

方解：本方证属肾精不足，髓失所养，虚热内生，上扰清窍。方中用龟甲、鳖甲滋阴益肾；女贞子、旱莲草清虚热、益肾阴；山萸肉、枸杞子、桑椹子、阿胶滋阴补血、养肝益肾。合用则肾阴得补，精血得养，其症自解。

加减：若视物昏花者加菊花；盗汗者加地骨皮；遗精者加芡实、莲须。

按语：眩晕之因，一为阳亢，一为精亏，一为血虚，一为痰浊。其中年老之人，因肾精不足所致眩晕者，较为多见。脑为髓之海，髓海有余则反应敏捷，若因年老体弱或因用脑过度，房室损伤等，皆可导致髓海空虚而发为眩晕。李氏在临床上常用填精补髓法治之，并善用龟甲、鳖甲、阿胶之类的血肉有情之品，每获良效。^[4]

七、专病专方

1. 八味降压汤（周次清）

组成：何首乌 15g，白芍 12g，当归 9g，川芎 5g，炒

杜仲 18g, 黄芪 30g, 黄柏 6g, 钩藤 30g。

用法：先将药物用适量水浸泡 1 小时左右，煎两次，首煎 10~15 分钟，以保留药物的易挥发成分；二煎 30~50 分钟。煎好后将两煎混合，总量约 250~300ml，每日 1 剂，每剂分 2~3 次服用，饭后 2 小时左右温服。

功效：益气养血、滋阴泻火。

主治：凡表现为阴血亏虚头痛、眩晕、神疲乏力，耳鸣心悸等症的原发性高血压病、肾性高血压以及更年期综合征、心脏神经官能症等，均可用本方治疗。

方解：高血压病的病因不一，发展到一定程度，其基本病机是阴阳失调，营血亏虚，血行不畅。因而方用首乌、白芍、杜仲养其阴血；芎、归行其血滞；阴血的滋润有赖于阳气的温煦，故用黄芪益气配阳以助阴；“阴虚而阳盛，先补其阴，而后泻其阳以和之”，黄柏、钩藤之用意就在于此。全方合伍，使肾有所滋，脑有所养，肝有所平，从而达到血养息风、血压得降的目的。

加减：伴失眠、烦躁者，加炒酸枣仁 30g，夜交藤 30g，栀子 9g；便稀苔腻、手足肿胀者，加半夏 9g，白术 12g，泽泻 30g；大便干燥加生地 30g，仙灵脾 18g；上热下寒、舌红口干、面热足冷，加黄连 5g，肉桂 5g。^[3]

2. 降压汤（汪履秋）

组成：钩藤 12g，白蒺藜 10g，石决明 15g，夏枯草 15g，黄芩 10g，小蓟 15g，旋覆花 6g，代赭石 30g，桃仁 10g，红花 10g，槐花 15g，豨莶草 15g。

用法：水煎服。

功效：平肝息风、苦泄清火、降气镇逆、化瘀和络。

主治：高血压病。

方解：高血压病之发病机制，汪氏归纳为气、火、风、瘀四个方面。他认为气为血之帅，血为气之母，惟气能帅血，血不能帅气，气调则血和，而趋于平衡。若失其度，自会导致气之升逆，血行紊乱，形成高血压病。气有余，便是火。汪氏说：阴虚而火旺者为阴虚之火；因气之郁滞蒸发而来者便是气有余所生之火。因为火性炎上，由此而引起血压的高亢，风之旋扰，也是不容忽视的。风应乎木，或因情志刺激，忧郁恼怒，或因思虑过度，长期精神紧张，均能造成气郁化火，阳欲上动，动则带风，风从体内旋扰，从而引起血压的高亢。由于气血失其和，阳亢化火动风又冲激气血，汪氏认为血之瘀滞也是造成血压高亢的主要病机。气升血逆而致血瘀络痹，不仅使血压居高不下，而且还会造成血之与气并走于上之变局。

由于高血压病的发病机制为气之升逆、火之炎上、风之旋扰和血之瘀滞，故其治疗法则汪氏也从风、火、气、瘀着手。为此他创立了平肝息风、苦泄清火、降气镇逆、化瘀和络四法并用的治则。他认为从其病程经过而言，高血压病患者，一般初起及中青年患者，以阳亢居多，加之今人体质禀赋偏盛，平素常嗜食肥甘辛辣，或纵情饮酒，所以实证占先。逐渐发展，也有部分患者形成阴虚阳亢。阳亢主要为心肝阳气偏盛，表现的病候还是以肝经为主，涉及心、肾。汪氏认为，气、火、风、瘀常相互转化、并见。所以在治疗上就应四法并用，缺一不可，在此基础上，再适当变通。方中重用代赭石、配合旋覆花加强镇逆降气之功；用黄芩的苦寒，夏枯草清热散郁，二者合用，共奏苦泄泻火之能；石决明功能平肝息风，钩藤功在清热平肝，白蒺藜也有平肝降压之功；桃仁、红花活血化瘀可使血行通畅，防止血脉瘀阻；槐花性味苦寒，功能清热平肝、凉

血：稀莖草、小蓟凉血、通络，该方熔平肝息风、苦泄泻火、降气镇逆、化瘀和络四法于一炉，临床用来治疗阳亢体实的高血压病人，确实能使肝火得降，气血得平，血压下降。^{〔8〕}

冠状动脉粥样硬化性心脏病

一、阳虚寒凝证

1. 冠心通痹汤（柯雪帆）

组成：全瓜蒌 30g，桂枝 18g，炙甘草 10g，枳壳 10g，川厚朴 10g，熟附块 10g，川象贝母各 6g，法半夏 10g，党参 18g，生牡蛎 30g。

用法：煎服。煎头汁 400～600ml，分 2～3 次服。如煎二汁，应与头汁混合后分服。

功效：温通阳气、开胸顺气、散结聚、化痰浊。

主治：冠心病，症见心悸、胸闷、胸痛、头晕、神疲乏力、少气短气、苔膩、脉弦，或有停搏，血压不高者。

方解：本方以《金匱要略》瓜蒌薤白桂枝汤为基础加减变化而成。本方可分温阳与化痰两个部分。温阳部分用附子、桂枝配伍甘草，辛与甘合，既能温振阳气，又能温通阳气；酌加甘平之党参以助甘草，气虚严重者宜用人参。化痰部分是本方的重点，化痰、散结、顺气以开通胸中之痹阻。瓜蒌兼有化痰、散结、开胸顺气之功，为化痰部分之要药，用量最重。贝母化痰散结，半夏化痰降气，牡蛎软坚散结，枳壳、厚朴顺气降浊，作为配伍。本方配伍的特点是用了三对反药，即“十八反”中的瓜蒌反附子、贝母反附子、半夏反附子。今人大多忌用反药，而古人用反

药者屡见不鲜。仲景方中亦有用反药，如附子粳米汤中附子与半夏同用，赤丸中乌头与半夏同用，甘遂半夏汤中甘遂与甘草同用。这三方所治病证有一个共同点，都是病邪痼结。附子粳米汤证为寒邪严重结于肠胃，赤丸所治为寒饮痼结于心，甘遂半夏汤之证为留饮结聚难除。利用反药，激越药性，冲击病邪，以驱除痼结之寒水痰饮瘀浊等。这三方在应用反药的同时，都适当配用和缓安正之药，以防反药激越过分，有损正气。如赤丸中用人参、蜂蜜，附子粳米汤中用甘草、大枣、粳米，甘遂半夏汤中用芍药、蜂蜜。本方效仲景配伍之法，在应用反药开通痹阻的同时，配用甘草、党参益气和中。本方药仅十味，意有三层，虽为今方，谨遵古法。

加减：短气明显加人参；胸闷甚加沉香粉；痰多加天竺黄、菖蒲；有瘀血加川芎或桃仁；有热象加黄连或莲子心；停搏明显者加玳瑁、龙骨；眠不安加酸枣仁或琥珀。^[3]

2. 加味当归四逆汤（郭振球）

组成：当归 12g，桂枝 6g，细辛 2g，甘草 3g，木通 10g，大枣 10g，延胡索 10g，没药 6g，白芍 12g。

用法：桂枝、延胡、没药研细末，其余各药混合水煎，煮沸后煎 40 分钟，煎两次，分 2~3 次，将前三药之细末，和汤吞服，日服 1 剂。

功效：宣痹通阳、活血祛寒。

主治：冠状动脉粥样硬化、心肌梗死，证属寒凝心脉，表现为卒然心痛如绞，形寒，手足厥冷，气短心悸，或出冷汗，脉细而紧，舌苔薄白者。

方解：《石室秘录·偏治法》谓心痛，乃“包络为心之膜，以障心宫，邪犯包络则心必痛。”寒凝心脉，包络营血

运行失常，发为本证。方以桂枝、细辛温散寒邪，通阳止痛；当归、芍药养血活血，且芍药与甘、枣相配，能缓急止痛；木通入经通络，加延胡索活血、利气、止痛。《雷公炮炙论》谓其“治心痛欲死”，没药散血祛瘀而定痛。由于本方所主之证是平素血虚而受寒邪，气血被寒邪所遏，运行不能通畅，故用当归四逆温通血脉，更增延胡、没药活血散血而镇痛之效。

加减：胃心痛，兼见干呕、吐涎沫者加吴茱萸、生姜苦辛通降以止干呕；痰浊闭阻，兼胸闷重而心痛、纳呆者，加莱菔子、白芥子温通豁痰。^[3]

3. 通脉宣痹汤（骆安邦）

组成：瓜蒌实 15g，薤白 15g，半夏 15g，丹参 30g，檀香 15g，砂仁 10g，红花 15g，川芎 15g，赤芍 15g，细辛 3g，荜拨 10g，田三七 10g（为末冲服）。

用法：水煎服，每日 1 剂。

功效：通阳宣痹、活血化瘀、泄浊化痰、降逆和胃。

主治：胸痹胸闷，心悸心痛，痛彻胸背，短气喘促不足以息，咳痰浊唾，呕逆烦满，脉缓或沉细，舌淡紫、苔薄白。

方解：本方用瓜蒌开胸宣痹以通心阳；薤白通心阳以宣血痹；胸痹多由胃浊上逆，取半夏和胃降逆化痰，降阴逆可以扶心阳；丹参活血化瘀；檀香、砂仁、细辛、荜拨芳香化浊、温通散寒以止痛；芎、芍、红花行血活血化瘀；田三七强心止痛。

加减：心悸不得眠加酸枣仁、柏子仁；惊悸心慌多梦加龙齿、磁石；胃脘痞胀加橘红、枳实；心律失常，脉结代加太子参、苦参。^[3]

4. 通浊汤（沙星垣）

组成：桂枝 5～10g，薤白头 10～20g，瓜蒌仁 10～15g，枳实 5～10g，半夏 5～10g，茯苓 10～15g，郁金 5～10g。

用法：水煎服。

功效：通阳泄浊、化痰开痹。

主治：冠心病，症见胸闷有压迫感及气短、憋气、太息等症。舌多薄苔或薄白苔，苔滑，不渴，舌质淡而胖，时见舌边有齿痕，寸脉微弱，关上弦细或带滑。

加减：痰多者加菖蒲 3～5g，陈皮 5～10g；胸闷甚者加桔梗 3～5g，紫菀 5～10g。^[3]

二、气阴两虚、心脉瘀阻证

1. 宁心汤（孟百三）

组成：孩儿参 9g，丹参 9g，当归 6g，川芎 3g，生地 9g，赤白芍各 9g，桃仁 9g，红花 5g，茯苓 9g，广木香 5g，陈皮 3g，炙甘草 3g。

用法：每日 1 剂煎服，先将药物用冷水浸泡 1 小时，头汁煮沸后用文火煎 30 分钟，煎成药汁 250ml 左右，睡前服。二汁煮沸后用文火煎 20 分钟左右，煎成药汁约 200ml 左右，次日凌晨 4 时左右服。

功效：益气养阴、活血化瘀。

主治：冠心病心绞痛，证属气阴两虚、心脉瘀阻型。症见胸痛偏向左侧，痛如刀绞，或物压样感，有时如针刺样痛，部分病人痛引肩背部。

方解：冠心病心绞痛，中医辨证多属气阴两虚、心脉

瘀阻。根据祖国医学“急则治其标，缓则治其本”的原则，在急性心绞痛发作时，可用芳香理气、宣痹通阳之药，如冠心苏合丸、苏合香丸之类解痉止痛，舒张冠状动脉，改善心脏血供。但多用则耗气伤阴，作用亦不持久。宁心汤功效益气养阴、活血化瘀。益气养阴有：孩儿参、生地、白芍；活血化瘀有：丹参、当归、赤芍、川芎、桃仁、红花；同时配以广木香、陈皮、茯苓、甘草以调畅气机。全方既有培元固本之功，又无耗气伤阴之弊，虽无特殊药物，但因配伍得当，较单纯活血化瘀或芳香止痛药物为优。

加减：兼有阳虚者，加桂枝 4.5g；伴有浮肿者加熟附片 4.5g；阴虚明显者，加玄参 9g，麦冬 9g；痰湿明显者，去生地、当归，加炒苍术 9g，制半夏 9g，焦楂曲各 9g，泽泻 9g。^[1]

2. 一贯煎加减方（陈可冀）

组成：生地 15g，沙参 20g，女贞子 12g，旱莲草 12g，麦冬 12g，当归 15g，白芍 30g，炒川楝 6g，丹参 20g，桂枝 6g，生甘草 6g。

用法：水煎服。

功效：滋阴养血、活血通脉。

主治：冠心病心绞痛。

方解：方中生地、沙参、麦冬养阴荣脉；女贞子、旱莲草滋补肾阴；当归、白芍、丹参养血柔肝、活血舒脉，少佐川楝疏肝解郁；桂枝温阳通脉、變化阴阳。

加减：若症见心悸、怔忡、心烦少寐属心阴虚为主者，易用天王补心丹加减治疗；因情绪激动而诱发，兼见肝气郁结症状者，加柴胡、郁金、防风疏肝解郁、活血定痛；冠状动脉痉挛反复发作者，加龟甲、炙鳖甲、地龙、秦艽

滋阴息风解痉；兼有肝阳上亢者，加天麻、钩藤、桑叶、菊花、生石决明平肝潜阳；瘀血症状明显者，加赤芍、桃仁、红花活血通脉止痛。^[3]

三、心火亢盛证

通脉宁心汤（张子义）

组成：细木通 10g，路路通 10g，生地 15g，全瓜蒌 15g，丹参 15g，川郁金 10g，茯神 10g，炙甘草 10g。

功效：降火通脉、活血宁心。

主治：冠心病、心肌炎、膀胱炎及前列腺炎属心火亢盛所致者。

方解：本方主要适用于心火升降失调，致使气机、血运不畅，而心脉瘀阻者。心之经脉属心络小肠，小肠之经脉属小肠络心。二者通过经脉互相络属，构成表里。心火敷布于小肠，则小肠“受盛化物”、“泌别清浊”，自会发挥其本能。若心火亢盛，移热于小肠，小肠之泌别清浊功效失司，熏蒸水液可见小肠火热症状；反之，若小肠热盛亦可循经上炎于心，导致心经病证。要知其常，而权其变。《中藏经》谓：“心者五脏之尊号，与小肠为表里，神之所舍，又主于血，属于火。”况火之发病，非伤气，即伤营，甚则蒸耗津液，伤及血脉而成血瘀。苟因火热而致心脉瘀阻者则常施以行气祛瘀或活血化瘀诸方，力多不逮，而能虑其贼火为患者又鲜见，故对降火通脉，导滞化瘀又乏成方显矣。当务宜先降火、导滞、通脉，求通表里。俟火清瘀化血活而“君主”自明。正因同属心经病和心血瘀阻证，必精心辨证，同中求异，有的放矢，庶能方证合拍。

方中木通清除心火而使肺金不伤，源清流自洁，且又

能宣通血脉，再合路路通，行气宽中，活血通窍，以其通利之性逐经脉之郁滞。两“通”合用，相得益彰。生地甘寒，长于滋阴清热，能逐血痹而祛瘀。《神农本草经百种录》曾云：“补养充足，自然流动洋溢，而痹者行矣。”故用之而无滋腻之虞。瓜蒌亦为甘寒之品，然开胸散结之功为治冠心病之独擅。丹参、郁金皆入心经，活血化瘀，而丹参尚宁心安神，郁金解郁而清心。茯神能通血脉，安心神，止惊悸。《本草纲目》曰：“后人治心病，必用茯神……”。炙甘草，入十二经，以其益气复脉之力，可救“壮火食气”之弊；以其温中之用，可使甘寒之品缓其寒。综观此方，清降通补悉备。其清降而不伤正，导滞而不伤阴，活血而不留滞。寓补于通，升中求降，出路表里，神定心安。

加减：心气虚者去郁金加党参、黄芪；心血虚者加当归、何首乌；不寐者加酸枣仁、远志；胸痛者加延胡索、川芎。^[4]

四、气滞血瘀证

1. 心痛饮（刘松庵）

组成：紫丹参 30g，三七粉 2g（冲服），真降香 5g，薤白 10g，远志 10g，琥珀粉 2g（冲服），醋柴胡 5g，杭白芍 10g，五味子 5g，青橘叶 10g，卧蚕草 10g，党参 10g，炒枳壳 5g，桔梗 5g，炙甘草 5g。

用法：水煎，早晚两次分服。晚间服药时以药液冲服琥珀粉、三七粉。

功效：活血理气、化瘀通络、宽胸宁神。

主治：冠心病，急慢性心绞痛发作证属血瘀气机不调

型，伴心绪不宁之焦虑失眠的患者。

方解：方中卧蚕草、丹参、降香、三七配伍能温通行滞，化瘀通络止胸胁疼痛。“通流血脉亦可治气”之卧蚕草，“气香辛散，温通行滞”之降香，化瘀活血定痛之三七与活血化瘀、养血安神的丹参相伍，为治疗冠心病心绞痛的主药。薤白通阳散结、行气导滞；党参补益中气、生津养血；枳壳破气消积、化痰除痞；桔梗开宣肺气祛痰；柴胡疏肝解郁，升举阳气；白芍养血敛阴，柔肝止痛。六味药相伍，调理气机，有升有降，有散有敛，使一身之气顺畅无滞。薤白配瓜蒌为瓜蒌薤白汤；党参配五味子取生脉饮之复脉之意，可改善心肌供养而强心。瓜蒌利气宽胸、润肠通便；橘叶疏肝行气散结、止胁肋疼痛，共同起到宽畅胸膈、疏利胸胁之气的作用。琥珀活血散瘀、定惊安神；远志祛痰开窍、宁心安神；五味子生津敛汗、宁心安神；炙甘草补脾益气，调和诸药，共达活血理气、化瘀通络、宣痹宁神之效而止心痛。

加减：如无心绪不宁之焦虑失眠者，可去琥珀、五味子；多汗者加浮小麦 30g，生牡蛎 30g；舌苔厚腻者加清半夏 8g；若兼见食无味、纳呆者可去清半夏而用半夏曲 10g。

禁忌及注意：服药期间宜进清淡易消化之食物，忌食辛辣刺激食物。避免精神刺激，保持大便通畅。^[1]

2. 舒心饮（周作云）

组成：川芎、当归、桃仁、桔梗、枳壳、柴胡、延胡索、赤芍、青皮、红花各 15g，瓜蒌、丹参各 20g。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：理气开滞、化瘀止痛。

主治：冠心病心绞痛，症见胸痛彻背，心悸、怔忡，

四肢厥冷，面色发青，舌质紫暗，脉沉涩。

方解：本方证属气滞血瘀，脉络不通所致，故方中用当归、川芎、赤芍、桃仁、红花活血化瘀；柴胡舒肝解郁；桔梗、枳壳开胸行气；瓜蒌宣痹通阳；丹参祛瘀疏通血脉，攻中有补；延胡索利气活血，为治诸心痛之要药；青皮善攻气滞。合而成方，乃能理气开滞，化瘀止痛。^[4]

3. 通梗汤（施今墨）

组成：九香虫、五灵脂、延胡索、香附各 10g，丹参 12g，三七粉 3g（研末分两次送服），木香 6g。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：活血通络。

主治：心肌梗死恢复期。

方解：气为血之帅，血为气之母，气行则血行，气滞则血瘀。若七情内伤，忧思恼怒，常可导致气机郁结，血脉瘀阻不通，故而导致心前区憋痛。因此，用活血化瘀通络法治疗本病，常将理气与活血药共享，使气能帅血，血脉通利，自无心痛之疾。方以木香、香附、九香虫理气解郁，调达气机；丹参、五灵脂、延胡索、三七粉活血化瘀，通经活络。合而用之，共奏理气解郁、活血通络之效。^[4]

五、阳虚欲脱证

心梗救逆汤（张伯臾）

组成：红参（另煎代茶）、熟附片（先煎）各 15g，山萸肉、当归各 18g，全瓜蒌 12g，薤白、红花各 6g，煅龙牡各 30g，降香 6g。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：回阳救逆、理气活血。

主治：急性心肌梗死，心源性休克，症见突发心前区绞痛，头晕随即昏倒，面色苍白，神志不清，小便自遗，冷汗湿衣，四肢厥冷，舌淡、苔薄白，脉细欲绝。

方解：本方证属心阳不振，血行失畅，厥脱重症，宜急用红参、附子、龙骨、牡蛎、山萸肉回阳固脱；配瓜蒌、薤白、降香、当归、红花行气宽胸、活血化瘀。合而成方，具有回阳救逆、理气活血之效。

按语：心肾之阳气俱不足者，可导致虚阳欲脱的厥逆之证，属急重危症。此时亟宜选用红参、附子、龙骨、山萸肉等以回阳救逆固脱，与此同时，再配以化痰散结、活血通经之药，效力更增。因红参为治虚劳内伤第一要药，故方中重用之，以补气固脱，正如《药性本草》所说：“……补五脏六腑，保中守神”。现代药理研究证实，人参对多种动物的心脏均有强心作用，对动物的冠状动脉、脑血管、眼底血管有扩张作用。据临床报道，人参对心肌营养不良、冠状动脉硬化、心绞痛等，均有一定治疗作用，可以减轻各种症状。^[4]

六、气虚血瘀证

1. 益气通瘀汤（钱远铭）

组成：太子参 15g，酸枣仁 15g，苏木 15g，降香 15g，丹参 15g，石菖蒲 15g，桃仁 15g，川芎 5g，甘草 5g。

用法：水煎服，每日 1 剂，连服 5 天，休息 2 天，每个疗程 20 剂。

功效：益气宁心、活血祛瘀。

主治：冠心病之心慌气短，胸闷胸痛，心律不齐等症。

方解：方中太子参、甘草扶正益气；酸枣仁补心宁神敛汗；苏木、降香、丹参、桃仁等活血化瘀，使瘀血通行；石菖蒲、川芎二味，取其开窍行气，使气行则血行，在本方中起佐使作用。

加减：口苦咽干、舌红苔黄，心火旺盛者，可加麦冬 15g，莲子心 2g；心悸怔忡、夜卧不安者，可加珍珠母 20g；胸闷甚、舌苔厚腻者，可加法半夏 12g，郁金 12g，枳壳 10g；高血压、头晕头痛者，可加钩藤 20g，白芍 15g，僵蚕、夏枯草各 12g。^[4]

2. 益气化瘀通痹汤（武明钦）

组成：当归 15g，川芎 12g，赤芍 12g，桂枝 10g，降香 10g，丹参 25g，党参 15g，炮附子 10g，五味子 10g，生苡仁 30g，生黄芪 30g，麦冬 15g，三七粉 2g（开水冲服）。

用法：先将药物用冷水浸泡半小时，浸透后煎煮。首煎沸后文火煎 50 分钟，二煎沸后煎 30 分钟。煎好后两煎混匀，总量以 350~500ml 为宜，每日服 1 剂，每剂分 2 次服完，睡前温服一半，余者第 2 日早饭后 2 小时温服，连服 2 剂停药 1 天。

功效：益气养血、通阳化瘀。

主治：适用于心脑血管病变，如冠心病、脑血管硬化、高脂血症等。症见心前区疼，头痛，口干，心烦易怒，脉弦劲，舌质红、苔薄白偏干，证属心肝气阴两虚，气滞血瘀者。

加减：该病为虚中实证，虚为气虚，实为心肝血瘀。虚多湿邪阻遏，如舌苔润白腻者，可用高丽参加白蔻温化湿邪；血瘀必生热，如舌质暗红者，可加入半边莲，赤芍改为生白芍以敛肝阴；兼有肝气不疏者，佐入炒香附、炒枳壳；郁热之邪凌心犯脑形成失眠者，佐入少量的黄连、肉桂，因

方中已有桂枝，仅加入少量的黄连以清心脾之郁热即可。^[3]

3. 通阳化瘀汤（沙星垣）

组成：丹参 10~15g，桂枝 10~15g，柴胡 5~10g，赤芍 10~15g，川芎 5~10g，延胡索 5~10g，红花 3~5g，郁金 5~10g。

用法：水煎服。

功效：温阳通络、活血化瘀。

主治：冠心病，症见胸前区疼痛为主症，多数是发作不定，轻重缓急不一，舌苔或白或黄，而舌质绿紫或青紫，舌之边尖与底部有斑点是其特征，脉见寸部微沉。

加减：痛甚者加制附子 5~15g，苡仁 15~30g；手足厥冷者加干姜 5~10g，当归 10~15g。^[3]

4. 益心汤（乔仰先）

组成：党参、黄芪、葛根、川芎、丹参、赤芍、降香、菖蒲、决明子、血竭粉、参三七粉、红参粉（原方无剂量）。

用法：水煎服。血竭粉、参三七粉、红参粉另冲口服。

功效：益气化瘀、活血止痛。

主治：冠心病心绞痛。

加减：病程历久加鹿角片；症见脉涩，舌紫，胸痞，气促，投水蛭粉吞服，每服 1.5g，1 日 2 次；偏寒者则与肉桂 0.9g 同服。^[9]

七、气虚痰阻证

通阳活郁益气散（武明钦）

组成：全瓜蒌 25g，薤白 10g，清半夏 10g，桂枝 10g，

炮附子 10g, 丹参 25g, 檀香 10g, 砂仁 10g, 赤芍 10g, 当归 15g, 党参 15g, 炒白术 15g, 茯苓 15g, 炙甘草 15g。

用法: 先将药物用冷水浸泡半小时, 浸透后煎煮。首煎沸后文火煎 50 分钟, 二煎沸后煎 30 分钟。煎好后两煎混匀, 总量以 350~500ml 为宜, 每日服 1 剂, 每剂分 2 次服完, 睡前温服一半, 余者第 2 日早饭后 2 小时温服, 连服 2 剂停药 1 天。

功效: 通阳宣痹、健脾活郁。

主治: 适用于气虚痰湿阻遏形成的冠心病心绞痛。症见胸闷, 心前区阵痛, 纳呆, 胃中嘈杂, 舌质嫩暗红、苔薄白腻, 脉沉而无力, 脉律不齐。

加减: 心悸明显者加柏子仁 10g, 炒酸枣仁 20g; 胸闷善太息、苔厚白腻者, 加石菖蒲 15g, 胆南星 10g。^[3]

八、专病专方

1. 双解泻心汤(顾兆农)

组成: 黄连、附子、远志(甘草水炒)、丹参、茯神、郁金、广陈皮、沉香、合欢花、灯心草、生姜(原方无剂量)。

用法: 水煎服。

功效: 益气顺气、和血养血。

主治: 冠心病。

方解: 究其处方用药, 乃系《医醇膳义》之双降泻心汤增损进退。论其方义: 附子、黄连、生姜、灯心草, 寒热并投, 平其阴阳; 丹参、沉香、郁金、陈皮, 气血双调, 和其脏腑; 茯神、远志、合欢花、甘草, 补心安神, 强其心君。综观全方之配伍组合, 其施治重点乃轻于病邪而重

于正气、轻于攻补而重于调理、轻于局部而重于整体。故凡胸痹顽疾、或症见错杂，其情难辨，或他药罔效，医者束手，或病期拖延，时作不已，均可择投本方应治。正象顾氏所说：“是方药力，贵在积累，一俟阴阳得以调理，气血得以顺畅，脏腑得以和调，心神得以安养，则‘正复邪自却’，胸痹斯证，自当痊愈。”

加减：如感身冷，手足欠温，临时可加高丽参或红参 6g，另煎兑服，以助阳气输布；如患者动辄烦热汗出，汗后心悸不安，又可增入浮小麦 30g，亦或再添生淡竹叶少许，以除烦安神、养心敛汗；再如病人服药寡效，见症苔厚胸闷，或并发现代医学所谓之高血压者，其方当裁附、连、姜、灯四味，更入全瓜蒌 20g，粉葛根 24g，薤白 12g，川芎 6g，意在强其心阳，增其化痰、行血之力。

按语：顾氏认为冠心病虚证多，实证少，虚实相兼者亦复不少。临床诊断虚实，切不可只凭脉象有力、无力，无论治急证缓证，年龄、体质皆宜斟酌。还指出，活血化瘀方法确有疗效，但对冠心病不能简单地认为凡痛皆实，治宜抑强扶弱。不可破血行气，攻伐太过。认为双解泻心汤取法平和，宗仲景附子泻心汤意，去大黄、黄芩之苦寒清泄，切合“气以通为补，血以和为补”之旨。方中常纳入生脉散，以附子、人参壮心气、振心阳；麦冬、茯神、五味子、远志、合欢花养阴和血、益气安神；郁金、广陈皮、沉香行气宽胸；灯心草清泻心火，与沉香相合，能制附子之浮燥。全方甘辛、刚柔并用，气血、阴阳同调，共奏益气顺气、和血养血之功。心绞痛者，加瓜蒌、薤白、红花、琥珀。^[9]

2. 冠通汤（张镜人）

组成：丹参 9g，炒赤芍 9g，桃仁 4.5～9g，降香 3g，

生香附 9~15g, 广郁金 15g, 全瓜蒌 15g, 延胡索 9g, 远志 3g, 炙甘草 3g。

用法: 水煎服。

功效: 活血化瘀、通脉宣痹。

主治: 冠心病。

加减: 如气虚加党参 9g, 兼脉结代者加川桂枝 3g; 阴虚加生地 12g, 兼脉结代加党参 9g, 大麦冬 9g, 五味子 3g; 痰湿加制半夏 6g, 炒陈皮 6g; 痰热加川贝粉 3g (后下), 佛手片 6g 或檀香 15g, 薤白头 9g; 心前区疼痛较甚者加川楝子 9g, 制乳没各 4.5g; 刺痛或绞痛加红花 1.5g, 失笑散 4.5~9g (包); 胸膈闷窒及心前区疼痛患者, 还可加服三七粉 1.5g 或冠心苏合丸每日 2~3 次, 每次半丸或 1 丸, 含化或温开水化服; 心悸加炒酸枣仁 9g, 茯苓 12g, 茶树根 15g; 血脂高属湿热瘀浊者加茵陈 15g, 泽泻 15g, 或生山楂 9g, 制黄精 9g; 血压高加梧桐根 30g, 桑树根 15g, 枸杞根 15g 或桃树根 30g, 决明子 9g。^[9]

3. 疏肝解郁冠心汤 (陈可冀)

组成: 柴胡 12g, 郁金 12g, 香附 10g, 金铃子 6g, 陈皮 12g, 延胡索 10g, 荷叶 10g, 丹参 12~15g, 红花 10g, 白芍 15g。

用法: 水煎服。

功效: 疏肝解郁、升阳解痉。

主治: 冠心病心绞痛由冠状动脉痉挛引起者。

方解: 冠心病自发性心绞痛常和情志抑郁不畅有关, 心绞痛症状有时并不典型, 但发作却较频繁。常伴见胸闷、善太息、两胁不舒等症, 疼痛多在清晨或情绪波动时发作。陈氏认为肝藏血, 主筋、主疏泄, 而卯时为肝所主, 肝木

当旺，阳气升发之时，若肝气郁结，疏泄、条达、宣散功能失常，阳气升发无力，不能温养筋脉，可致心脉挛急作痛；此外，情志抑郁，失其疏泄，气机郁滞，脉络阻滞亦能作痛。治当疏肝解郁、升阳解痉。本方疏肝解郁以解心脉挛急，舒脉活血以行血中瘀滞，使气血调达，胸痛自止。陈氏临床治疗肝气郁证，多取李东垣风药升阳之法，于疏肝之中伍用风药如荷叶、柴胡、葛根、防风、升麻等。此处治疗自发型心绞痛加用风药，亦为风药升阳，助肝胆升发少阳春生之气，以利气血布达，使心脉挛急得舒，心痛自可向愈。陈氏还认为，在天为风，在脏为肝，用散风之药亦可发挥行气之用，从而使气行血行。

加减：若有脘腹胀满、食欲不振、乏力便溏者，为肝郁脾虚，可在上方基础上加香砂六君子汤补气运脾；兼有湿阻者，可加藿香、佩兰芳香化浊。^[5]

4. 愈梗通瘀汤（陈可冀）

组成：生晒人参 10~15g，生黄芪 15g，紫丹参 15g，全当归 10g，延胡索 10g，川芎 10g，广藿香 12g，佩兰 10g，陈皮 10g，半夏 10g，生大黄 6~10g。

用法：水煎服，1日1剂，分2~3次口服。也可制丸剂供康复期应用，1日3次，1次口服3g。

功效：益气生肌、理气活血、通腑化浊。

主治：心肌梗死急性期及康复期。

方解：心梗实为心脉痹阻病证，属内科急症。临床常表现为气虚气滞，血瘀浊阻，或气阴两虚，气滞血瘀浊阻证候。通常应采用标本并治、通补兼施的治法，据此以选用扶正益气生肌、行气活血定痛、化瘀抗栓通脉及通腑化浊降逆的方药。

愈梗通瘀汤切中心梗气虚气滞、血瘀浊阻之病机。方中人参、黄芪并用，扶正益气生肌。因心梗时心之气血骤然受阻，需有效应用益气行气、活血通瘀、抗栓生肌疗法，人参以用生晒参或红参为好，津液亏短者可用西洋参。或谓“人参专于补气而短于疗疾”，陈氏未能赞同。薛立斋云人参为“气中血药”，帅气之力既强，血之运行当可改善。党参虽也可用，但陈氏经验以为党参平补和缓，似不能与生晒参等温补益气之药同日而语。张洁古称黄芪乃“疮家圣药”，《名医别录》亦谓可“逐五脏间恶血”，确具补气生肌之功。当归、丹参并用，调气养血活血，使气血各有所归，即所谓“归所当归”者。徐灵胎《本经百种录》称当归为“补营之圣药”，根据“损其心者调其营卫”的理论，血虚当得补，血滞当能通。丹参补血之力虽逊于当归，但通瘀之力强于后者，前者用于偏热，后者用于偏寒，而相配伍，可得通治。延胡索、川芎并用，可增强理气定痛、化瘀抗栓通脉之功。延胡索苦辛，性温无毒，入肝经，兼入心包、肾、脾、肺四经。《雷公炮炙论》有“心痛欲死，速觅延胡索”之论，李时珍也有“妙不可言”之喻。川芎为气中血药，理气定痛而活血通瘀，延胡索得此，效用更彰。心梗时由于气血骤阻，脾失健运，气机不畅，升降失司，湿浊上泛，苔腻脉滑，纳呆呕恶，大便干结。本方大黄之用，可以通瘀、化浊阻而推陈致新。或谓心梗已有虚象，不可虚虚，临床应用表明，盲瞽不明，则不见秋毫。张仲景于“五劳虚热羸弱”之用大黄廋虫丸即是佐证，盖胃气和顺则五脏也得以安和。藿香辛微温无毒，通常认为系清暑药，实际上醒脾和胃，辟恶止吐，四时皆可应用。《局方》论藿香正气散时就提出可治“四时不正之气”。佩兰苦辛温无毒，化湿浊而定痛。至于方中半夏之用，张仲

景早有“呕加半夏”之古典医训；配以陈皮理气和中，治疗浊阻尤好，况且《本草纲目》对陈皮本有可治“途中心痛”之语云。

加减：低血压状态甚而休克阳脱者，可同时服用生脉四逆汤加肉桂；舌红、口干、五心烦热者，可加石斛 30g，玄参 15g，麦冬 12g，沙参 10g，生地 10g；汗出较多者可加山萸肉 12g，五味子 10g，黄芪加至 30g；七情不畅，胸闷胁胀者，可以四逆散、柴胡疏肝散进退应用；心痛剧时，可含服苏合香丸，或于方中加细辛 3~6g，三七粉 3g 冲服；大便不畅或干结者，可加桃仁泥 10g，火麻仁 10g；已通畅者，可改用番泻叶 10g 泡茶饮；舌暗瘀血重者，可加莪术 10g，三棱 10g，水蛭 12g，赤芍 12g；脉结代者，可与复脉汤或保元汤进退；心功能不全者，可温阳利水，加北五加皮 3~6g；卧不安者，可加酸枣仁 30g，夜交藤 30g。^[3]

风湿性心脏病

一、气虚血瘀证

益气活血养心汤（苏树荣）

组成：炙黄芪 60g，淮小麦 30g，毛冬青根 30g，丹参 30g，益母草 30g，全当归 9g，川芎 9g，桃仁 9g，桂枝 6g，炙甘草 6g。

用法：水煎服。

功效：益气活血、助阳通脉。

主治：风湿性心脏病，心气不足，血脉瘀滞，胸闷胸痛，心悸乏力。

方解：《素问·痹论》说：“脉痹不已，复感于邪，内舍于心。”说明风湿性心脏病是由于外界风、寒、湿邪反复侵袭，日久累及心脏所致。祖国医学认为“心主身之血脉”，心有推动气血在脉管内运行以营养全身之功效，这种功效除需要足够的血液充盈外，主要有赖于心气推动。外邪入侵心脏，心气不足，影响血液运行，血脉瘀阻，造成心的阴、阳、气、血失调，出现胸闷胸痛、心悸乏力，甚至颧红、口唇紫绀、舌质暗红等严重缺氧现象。由于肺主气，心主血，血脉瘀阻，可出现咳嗽、咯血。故本方以补益心气为主，重用黄芪补气，配合淮小麦、甘草起到气行则血行作用；佐以毛冬青根、桃仁、丹参活血通络；当归

补血和血；川芎行气活血；桂枝通心阳；益母草活血利水。全方具有补气活血、助阳通脉功效。

加减：心不藏神，出现心悸怔忡、善惊易恐者，加龙齿 30g，磁石 30g，琥珀粉 1.5g（吞服）；血脉瘀阻出现胸闷胸痛者，加五灵脂 12g，山楂 12g，降香 9g；肺络瘀阻，出现咳嗽、咯血者，去桂枝，加旱莲草 30g，鲜茅根 30g；血不养心，出现头晕心悸、面色少华者，加龙眼肉 9g，大枣 15g。^[2]

二、气阴两虚证

风心1号方（岳美中）

组成：黄芪、党参各 15g，麦冬 9g，五味子、肉桂各 9g，茯苓 30g，橘络、丝瓜络各 6g，青葱管 5 寸，茜草根、旋覆花、赤芍、归尾、桃仁、红花、青蒿各 6g，鳖甲 25g，大黄廑虫丸 1 丸（分吞）。

用法：水煎服，每日 1 剂。可服 2 号方 3 天、继服 1 号方 3 天，如是交替服用。

功效：补气养阴、活血化瘀、疏通经络。

主治：风心病心衰晚期，症见大肉已脱，上气喘满，心悸怔忡，腹胀攻撑，纳差便溏，腹大青筋，下肢水肿等，舌边有瘀斑或青筋暴露，脉见两关浮弦或虚数无根。^[10]

三、心阳亏虚证

四合一方（秦家泰）

组成：党参 15g，麦冬 10g，五味子 6g，桂枝 10g，炙甘草 9g，附片 10g，北黄芪 15g，当归 10g。

用法：清水煎，每日1剂，每剂分2次温服。

功效：温通血脉、强心助阳。

主治：心阳虚损、心血不足所致的胸闷不舒，心悸怔忡，气短汗出，喘息乏力，动则加甚，面白肢冷，脉细弱或结代。现代医学包括风心病，室性、房性期前收缩，心动过速，心房纤颤等各种心律失常病症。

方解：本方以生脉散、桂枝甘草汤、当归补血汤、参附汤四方合方而成，故名“四合一方”。方中之生脉散，人参甘温补气，麦冬养阴补水之源，五味子敛肺生津，全方可益气生津、敛阴止汗；桂枝甘草汤温通心阳，专治心阳虚之心悸证；当归补血汤以黄芪大补脾肺之气，以资生化，当归养血通脉，奏补气生血之功；参附汤之附子可强心壮阳、温通血脉。诸药合用，有温通血脉、强心补阳之效。盖心主血脉，心阳虚，心血不足则心失所养见心悸气短，怔忡不安等症；肾为元阴元阳所寄之处，肾阳虚，阳失敷布，则气血运行受阻，故见面色白而肢冷，脉结代等。凡心律失常，传导阻滞，心房纤颤等病。中医辨证皆责之于心阳虚而心血不足，皆可治以本方而取效。

加减：若阳虚肢冷较甚者加淫羊藿 15g；若心阳虚，血脉瘀阻，舌质有瘀点，唇紫者加丹参 12g；若痰热痹阻，心痛彻背，背痛彻心者，合瓜蒌薤白半夏汤；善后调理宜加生姜 10g，大枣 12g，以调和营卫。^[4]

四、阳虚水停证

温阳强心汤（朱锡祺）

组成：桂枝、葶苈子、杏仁各 9g，熟附块、黄芩、丹参各 15g，赤芍、云苓、桃仁各 12g，益母草、赤小豆各

30g，防己 6g。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：温阳益气、强心利水。

主治：慢性风心病，症见心悸，气急，咳喘不已，不能平卧，咳血，面色晦暗，面目虚浮，足肿，尿短，四肢不温等心肾阳虚之证。

方解：方中桂枝温通血脉，加大辛大热之附块，温阳以祛寒邪，回阳以救逆；赤芍、丹参、益母草、桃仁行血活血；黄芩、云苓、防己、杏仁、赤小豆、葶苈子泻肺平喘、利水消肿。诸药合用，而有温阳益气、强心利尿之功。

加减：若喘息不得卧，自汗绵绵者加人参、五味子、煅龙牡，或用参附汤或参蛤散吞服，以益气敛汗，防虚阳外越。

按语：心肾阳气受损，脏腑失于温煦、气血津液运行受凝遏是风心病的主要病机。心阳虚、心气受损，阴虚血少，心神失养，故心悸气短，甚则气喘不能平卧。肾阳虚急，命门火衰，阴盛于下，脾阳不得肾阳温运，不能化气，运化无能，肾虚水泛，开合不利，故尿短、足肿。心阳与肾阳皆虚，不能温煦四肢百骸，脾阳不振，故面色晦暗，面目虚浮，四肢不温。朱氏用桂枝、附块助心阳、温肾阳，以消阴结；配以茯苓、防己健脾利水；伍以丹参、桃仁温阳化瘀。本方将温阳、利水、平喘、化瘀之药熔于一炉，谨守病机，标本兼顾。^[4]

五、肝肾阴虚证

滋补肝肾方（王渭川）

组成：沙参 20g，鲜生地 30g，炒川楝子 9g，生白芍

12g, 红参 9g, 鸡血藤 18g, 女贞子 24g, 旱莲草 24g, 炒北五味 12g, 山萸肉 9g, 苦参 24g, 枸杞子 9g, 蜈蚣 2 条, 白花蛇 9g, 全蝎 9g, 土元 9g, 大青叶 9g, 阿胶 10g (蒸化冲服), 鱼鳔胶 10g (蒸化冲服), 砂仁 3g, 广藿香 6g, 甘草 30g, 海金沙 12g, 万年青叶尺许长者 2 片。

用法: 水煎服。

功效: 滋养肝肾、祛风除湿、通络化痰。

主治: 风湿性心脏病, 症见心悸气短, 眩晕耳鸣, 胸胁、周身关节疼痛, 舌麻, 四肢麻木, 口苦咽干, 舌质红, 脉弦细而数。

加减: 滋养肝肾用沙参 9g, 生地 12~24g, 生白芍 12g, 女贞子 24g, 旱莲草 24g。^[2]

六、脾肾阳虚证

温运脾肾方(王渭川)

组成: 潞党参 30g, 红参 10g, 鸡血藤 18g, 生黄芪 30g, 桑寄生 15g, 菟丝子 15g, 黑故纸 12g, 土元 9g, 炒蒲黄 9g, 蜈蚣 2 条, 白花蛇(乌梢蛇) 9g, 全蝎 9g, 红藤 24g, 蒲公英 24g, 大青叶 9g, 鸡内金 9g, 糯米草 60g, 海金沙 12g, 炒北五味 12g, 苦参 24g, 山萸肉 9g, 续断 60g, 羌活 3g。

用法: 水煎服。

功效: 温运脾肾、祛风除湿、活血清热。

主治: 风湿性心脏病。症见心悸气短, 动则尤甚, 眩晕自汗, 神疲乏力, 形寒浮肿, 胸胁及周身关节疼痛, 纳差便溏, 小溲清长, 舌质淡、苔白, 脉濡缓或弦数。

加减: 心动过缓用桂枝 6g, 生白芍 12g, 麝香 0.3g

(冲服); 心动过速用山萸肉 12g, 苦参 24g, 龙眼肉 24g; 浮肿用熟附片 12~30g (先煎 2 小时), 糯米草 60g, 海金沙 12g, 夜明砂 12g; 胸胁痛用红藤 24g, 蒲公英 24g, 夏枯草 12g, 薤白 9g, 柴胡 9g, 丹参 9g; 食欲差用麦芽 60g, 山楂 9g, 鸡内金 9g。^[2]

七、专病专方

1. 益气镇心汤 (薛盟)

组成: 生黄芪、丹参、降香片、云茯苓、瓜蒌皮、薤白、羌活、独活、防己、石菖蒲、赤芍、生龙骨、生牡蛎 (原方无剂量)。

用法: 水煎服。

功效: 祛风除湿、宽胸利气。

主治: 风湿性心脏病, 症见喘逆, 心悸, 胸闷者。

加减: 心血管病症状明显时, 可加白薇、石斛、生地、忍冬藤、地骨皮、丹皮、秦艽、独活、威灵仙、地龙。^[2]

2. 清热祛湿汤 (李斯炽)

组成: 淡竹叶 9g, 栀子 9g, 木通 6g, 麦冬 9g, 花粉 12g, 桔梗 6g, 桑枝 30g, 赤芍 9g, 金银花 9g, 芦根 12g, 百合 12g, 丹参 9g, 生谷芽 15g, 甘草 3g。

用法: 水煎服。

功效: 疏风清热、除湿通络、滋阴养心。

主治: 风湿性心脏病, 症见心悸及关节疼痛日益加重, 尤以肘、肩、双膝部关节更为明显, 心率偏快, 午后低热, 汗多, 颌下淋巴结肿大压痛, 头痛, 胸闷, 咽痛, 小便深黄, 脉浮濡而数, 舌红赤、苔黄腻。^[11]

3. 连翘白虎汤（朱良春）

组成：连翘 20g，金银花、防己、木瓜、知母、梗米各 25g，生石膏 30~60g，甘草 6g。

用法：水煎服。

功效：清热解毒、通络利痹、化湿宽胸。

主治：风心病初起伴有风湿活动。

加减：湿重，加苍术 15g，薏苡仁 30g，厚朴 8g，石膏减至 20g；热重，加栀子、黄柏各 12g，黄连 4g，重用石膏；心前区痛者，加全瓜蒌、薤白头各 25g，桃仁、丹参各 15g；心悸，加花茶、酸枣仁各 15g，远志 8g，柏子仁 20g。^[11]

病毒性心肌炎

1. 清心生脉饮（陆芷青）

组成：川黄连 3g，潞党参 15～30g，麦冬 12～15g，丹参 30g，北沙参 15～30g，元参 9～12g，五味子 3～5g，郁金 12g，降香 5～9g，大瓜蒌皮 9g，薤白 5～9g，苦参 10g。

用法：水煎服。

功效：益气养阴、豁痰化瘀、清心定悸。

主治：病毒性心肌炎、胸痹之气阴两虚兼痰浊瘀滞者，症见胸闷心悸心烦，舌尖红、舌质瘀紫，苔黄，脉细数。

方解：本方取川黄连、苦参苦寒泻心火、清热毒而定悸；党参、麦冬、五味子益气养阴生津；北沙参、元参养阴清肺、解毒利咽，与生脉饮同用，养阴之力增强，又制黄连之燥；丹参与降香、郁金同用，行气活血散瘀，又清心经血分之热；瓜蒌皮、薤白通阳散结，豁痰下气。全方合用有益气养阴、清心定悸、通阳豁痰、化瘀行滞之功效。本方滋而不腻，寒而不峻，清热不伤阴，益阴不恋邪，通心阳振心气而无刚燥之弊，化瘀不伤血，涤痰不损阴，熔益气养阴、清心解毒、化瘀涤痰为一炉。

加减：咽痛咽红选加金果榄、射干、板蓝根、金银花、木蝴蝶；低热不退加白薇、地骨皮；苔黄腻去北沙参、元参，加竹茹、陈皮；舌红绛少津加生地、玉竹；舌有瘀斑或舌下瘀紫选加益母草、桃仁、赤芍、丹皮；乏力、舌淡

胖加生黄芪；脉结代加茵陈、山楂。^[7]

2. 养心饮（李裕蕃）

组成：沙参 6g，麦冬 6g，五味子 6g，玉竹 20g，丹参 6g，玄参 6g，灯心草 1.5g，竹叶 3g，三七粉 1.5g（冲服），甘草 10~30g（随年龄酌情增减）。

用法：水煎服，每日 1 剂。

功效：益气滋阴、化瘀复脉。

主治：病毒性心肌炎。

方解：本方由生脉散加味而成。将人参改为沙参，以增强养阴生津之功。方中生脉散益气养阴；重用玉竹以益心气，起到营养心肌的作用；甘草甘平，《本经》言：“主五脏六腑寒热邪气，倍力，解毒”，有缓急止痛，治疗心悸的作用；三七、丹参活血化瘀、通利血脉，可减慢心率，降低心肌的耗氧量，达到保护心肌的作用；玄参滋阴散结、益心气；淡竹叶、灯心草入心经，清邪热、利小便，使邪从小便而出，并减少用大量甘草潴留水钠之弊。诸药合用，药力相得益彰，具有养心祛邪之功。

加减：发热者，加大青叶、板蓝根；咽喉肿痛者，加金银花、牛蒡子、重楼；心悸失眠者，加酸枣仁、柏子仁、珍珠母；气虚明显者，加党参、黄芪；心阳不足者，加桂枝、北五加、葶苈子、大枣。^[5]

3. 复方四参饮（张镜人）

组成：丹参 12g，孩儿参 12g，南沙参 9g，苦参 9g，炙甘草 3g，广郁金 9g，炒酸枣仁 9g，莲子心 2g。

用法：制成冲剂服用。

功效：益气养阴、清热解毒。

主治：病毒性心肌炎。

方解：方中孩儿参为补气药中轻补之品，功同人参而力薄，对气虚兼阴亏者尤宜；丹参有“一味丹参散，功同四物汤”之说，可调心血，且苦能降泄，微寒清肝，入肝心两经，有除烦安神之效，此处用之对有瘀血内阻，虚热心烦、失眠心悸者尤宜；南沙参有滋润上焦之阴分的作用，兼用清热祛痰之力；苦参有“专治心经之火，与黄连功用相近”之说，近代药理也证实其具有抗心律失常之作用，对湿热郁火明显之心悸甚宜；莲子心长于清心除烦；广郁金为血中气药，擅入心而活血通滞，取其辛开苦降，芳香直达，对瘀热所致的胸闷、心悸有较好疗效；酸枣仁养心宁神调肝，是治虚烦惊悸不眠之良药；甘草可上可下，可内可外，有骤有缓，有补有泻，此处取其和中养心缓脉。诸药相合，益心气、滋心阴、调心血、清心热、通心滞、除心烦、安心神、缓心脉，攻补兼施，升降通调，相辅相成，其效亦彰。^[2]

4. 石膏滑石汤（董建华）

组成：石膏、知母、淡竹叶、青蒿、白薇、金银花、连翘、滑石、豆卷、桂枝（原方无剂量）。

用法：水煎服。

功效：平补气阴、清热化湿。

主治：病毒性心肌炎。

按语：本方用于夏秋季节，外感时邪，内伤心营的病毒性心肌炎。以平淡轻清而不伤正为特点。董氏认为湿热互阻于内，不可操之过急，骤清必伤正，速补则留邪。惟轻清化气利湿为先，平补气阴与清利相伍，正气渐复，湿热之邪分利而去，缠绵之病始得平复。^[2]

5. 宁心汤(黄云瑞)

组成: 人参 10g, 酸枣仁 12g, 栀子 12g, 麦门冬 15g, 炙甘草 10g。

用法: 水煎服。

功效: 养心解毒。

主治: 病毒性心肌炎属气阴两虚者。

加减: 抗病毒治疗, 选用板蓝根、大青叶、黄芩等; 调节机体免疫功效, 多选用黄芪、太子参、刺五加、生脉注射液等; 针对在本病过程中出现的心律失常, 采用黄连、苦参等; 病久则采用补骨脂、淫羊藿等。^[2]

6. 解毒清心饮(张琪)

组成: 板蓝根、大青叶、金银花、连翘各 20g, 薄荷、桔梗、竹叶、枇杷叶、牛蒡子、寸冬、柏子仁各 15g, 甘草 10g。

功效: 解毒清热、宣肺清心。

主治: 病毒性心肌炎急性期, 症见心悸, 胸闷, 咳嗽, 气短, 发热, 咽疼, 舌红、苔薄黄, 脉数或促等, 辨证属热毒侵心, 兼袭表犯肺者。

加减: 咳重气憋者加杏仁; 气虚乏力加党参; 心中烦加豆豉、山栀。^[2]

7. 清心解毒复脉汤(于作盈)

组成: 黄连、苦参、栀子、金银花、连翘、板蓝根、玄参、党参、麦冬、五味子、丹参、炙甘草、酸枣仁、远志(原方无剂量)。

用法: 水煎服。

功效：益气养阴、活血调心、清心宁神。

主治：病毒性心肌炎急性期。

方解：方中黄连、苦参、梔子、金银花、连翘、板蓝根、玄参、丹参清热解毒，透邪外出，并能养心活血散瘀；党参、麦冬、五味子益气养阴，维护心功能；酸枣仁养心宁神，调肝安魂，是治疗虚烦惊悸不眠之良药；远志既能养心安神，又能化痰散郁；炙甘草养心和中而缓心脉。

加减：热毒盛者，加牛蒡子、石菖蒲以开心气、祛邪毒；若在邪毒侵心的基础上突然面色青灰，口唇青紫，呼吸困难，冷汗淋漓，脉微欲绝，此乃心阳虚脱证，宜前方减黄连、梔子、金银花、连翘、板蓝根，加参附龙牡汤，以回阳救逆；恢复期常辨证为气阴两亏和心脾两虚，宜加大生脉散用量，另加黄芪、白术、生地以扶正固本；迁延期多辨为痰热内盛或气虚血滞，前者合入半夏泻心汤，后者加入赤芍、生地、牛膝、川芎，减玄参、板蓝根、金银花、连翘、梔子等寒凉之品，以清热除痰、益气化瘀；慢性期常辨证为阳虚水停，宜前方减清热解毒之品，合入真武汤或苓桂术甘汤。由于阳虚血行不畅，瘀血内停，故慢性期用药均须在上述基础上加活血化瘀药。此外，以上各期证型中如早搏频繁，常加生龙骨、生牡蛎、紫石英等；若脉迟缓，心电图示传导阻滞者，加附子、细辛、甘松。^[12]

慢性肺源性心脏病

一、阳虚水泛证

1. 温肾救心汤（查玉明）

组成：制附子 7.5g，白术 25g，茯苓 25g，白芍 15g，生黄芪 25g，五加皮 25g，细辛 5g，桂枝 7.5g，五味子 10g，甘草 10g，生姜 15g。

用法：先将药加水浸泡半小时后，首煎沸后文火煎 30 分钟，二煎沸后文火煎 20 分钟，两煎混合一起，分 2 次服，每次 100ml，早晚餐后 1 小时左右服用。

功效：温阳益气、化湿利水。

主治：阳虚阴盛，水湿内停，凌心犯肺引起的心悸怔忡，尿少浮肿，喘不得卧，口唇发紫之水气病（肺心病、风心病）。

方解：本汤系真武汤化裁而成。寒淫所胜，治以辛热。附子壮阳益肾，温化寒水；苓、术健脾制水，水去则悸安；白芍酸收，敛阴和营；生姜温散水气；生黄芪益气利水；桂枝温阳化水；细辛平喘行水；五加皮消肿去水，使气化水去而肿消；配五味子收敛肺气，以益心气，使心肺得补，心阳得振，阳复而水化，心衰症状可解。

加减：下肢肿甚加防己 15g；上感咽痛加鱼腥草 25g；咳喘加车前子 25g，杏仁 15g；呕逆不食加砂仁 10g，藿香

4.5g。^[9]

2. 宣化温阳利水方（赵锡武）

组成：生石膏 12g，麻黄 3g，甘草 9g，云苓 12g，白术 9g，杭芍 9g，附子 6g，生姜 9g，大枣 5 枚，车前子 15g，白茅根 30g，杏仁 9g。

用法：水煎服。

功效：宣肺化痰、温阳利湿。

主治：肺心病，症见咳嗽气短，下肢浮肿，心悸，动则尤甚，心下痞满，咳吐白痰，尿少，苔白，脉弦细数。

方解：心悸、面及下肢浮肿、喘咳、尿少等症，为心肾阳虚，水饮内停，痰湿阻肺所致。故治以麻黄、生姜宣肺，通调水道；杏仁、茯苓祛痰肃肺；附子温通肾阳，肾阳足则心阳自充；又以白术、大枣健脾，以制水湿之泛滥；车前子、白茅根通利水湿。因其内有郁热，故佐以生石膏、白芍养阴清热，又能防其过用热药损阴之弊。^[13]

二、肺肾气虚证

1. 蛤蚧四子汤（肖俊逸）

组成：蛤蚧 1 对，女贞子、菟丝子、枸杞子、沙苑子、叭哒杏各 12g，前胡、紫菀各 9g，沉香末 2g（冲服）。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：补肾纳气、止咳平喘。

主治：肺心病，咳喘日久，时轻时重，呼吸短促难续，动则喘甚，腰酸耳鸣，舌质淡，脉沉细。

方解：方中蛤蚧、女贞子、菟丝子、枸杞子、沙苑子、沉香，补肾纳气平喘；叭哒杏、前胡、紫菀，止咳化痰平

喘。

加减：阴虚明显者，加何首乌、阿胶、五味子、熟地；阳虚明显者，加肉桂、胡桃、冬虫夏草；若阴不敛阳，气不摄纳者，可用左归丸加麦冬、五味子。

按语：喘证以呼吸急促，甚至张口抬肩，鼻翼煽动为特征，常为某些急慢性疾病的主要症状。实喘病势急骤，声粗息高，张口抬肩；虚喘病势徐缓，呼多吸少，慌张急促，活动时加剧。虚喘的主要病因在于精气不足，肺肾出纳失常所致。因肺为气之主，职司呼吸，外合皮毛，为五脏华盖，若肺虚则气失所主而发喘。肾为气之根，司气之摄纳，若肾元不固，摄纳无常，则气不归元，阴阳不相续，致气逆于肺而发喘。由此可知，虚喘当责之于肺肾两脏，故治疗宜以培补摄纳为主。肖氏在治疗中善用补肾纳气之品，如蛤蚧、女贞子、菟丝子、枸杞子、沙苑子等，意在培补肾中元气。本方立法宗旨正确，药因证用，配伍精当，值得临床参考。^[4]

2. 益肾纳气方（张羹梅）

组成：地黄 9g，丹皮 9g，山萸肉 9g，淮山药 9g，大泽泻 9g，云茯苓 9g，五味子 3g，光杏仁 9g，胡桃肉 9g，移山参 9g，蛤蚧 1 对。

用法：先将山参、蛤蚧共研细末分 3 日服以防其脱，再以余药水煎服。

功效：益肾纳气。

主治：肺心病，症见喘不得卧，心悸汗出，肢冷且麻，苔薄腻，脉虚细。

方解：《景岳全书》认为哮喘未发时以扶正气为主，既发时以攻邪气为主，本方证以心悸、汗出、肢冷为主症，

有脱之象，故急以人参固气归元以防脱；用蛤蚧温肾纳气以定喘；再用余药攻补兼施，扶正益肾与清化痰热，使邪正兼顾。^[14]

三、肺气虚兼夹外感证

1. 散寒平喘方（郭士魁）

组成：党参 18g，桂枝 10g，细辛 3g，干姜 6g，麻黄 9g，白芍 12g，五味子 6g，瓜蒌 12g，白果 10g，桑白皮 12g，款冬花 10g，紫菀 12g，生石膏 20g，甘草 6g。

用法：水煎服。

功效：益气散寒、止咳平喘。

主治：肺心病，症见咳喘，不能平卧，痰白而粘不易咳出，唇舌青紫，苔白，脉细数。

方解：此咳喘临床常见于慢性喘息性气管炎、肺气肿、肺心病。痰多喘重不得平卧，邪实正虚，易外感，生病时兼夹风寒，故以益气散寒为本，止咳平喘为标，标本兼治。卫气固，外感亦少，再佐以活血和胃之品，调理善后，巩固疗效。^[15]

2. 益心清化痰热方（张伯臾）

组成：净麻黄 4.5g，光杏仁 9g，生石膏 24g，炙甘草 3g，党参 9g，熟附子 9g，炙苏子 9g，开金锁 30g，鱼腥草 30g，防己 12g，泽泻 18g。

用法：水煎服。

功效：补益心气、清化痰热。

主治：肺心病，症见素有痰饮，近加外感，咳嗽气急，口渴，自觉内热，四肢欠温，双足浮肿，苔薄白腻，脉小数促。

方解：此为外感引动宿痰、肺病及心的重症。凡痰饮皆津液所化，而所以成痰饮者，责之于肺、心、脾、肾。患者素有咳痰，乃肺虚而痰饮内停，病久则必及心，心气亦弱。虚人复加外感，则实其实，虚其虚，终致咳喘脉促，饮溢经络而肿，证属本虚标实。口渴、自觉内热，四肢欠温等症，为寒热错杂之象。张氏经验，凡治痰饮久疾，必标本兼治，方能获效；若一味治标，必伤其正，非其治也。方用麻杏石甘等味清化痰热之时，用参、附等品补益心气，标本兼顾。^[16]

四、肺心阳脱证

肺心阳脱方（魏长春）

组成：茯苓 9g，西党参 9g，淡附子 6g，炙甘草 6g，干姜 3g，黑锡丹 3g。

用法：水煎服。

功效：回阳救逆。

主治：肺心病，症见面色黯滞，唇及四肢紫绀，咳嗽气急，心悸，坐卧不宁，肢冷，脉伏，舌紫暗、苔白而灰糙。

方解：肺心病见有喘脱之险，魏氏认为证虽属于外邪引发，但外无表证可见，亦无痰热交阻之象，属久病精气内虚，阳脱于外之候，故无需宣肺，急于益气、温里、回阳。^[17]

五、专病专方

1. 三补汤（李绍南）

组成：熟地 24g，山药 15g，白术 15g，天冬 15g，半

夏 9g, 紫菀 9g, 百合 12g, 京龙牡各 24g, 五味子 12g, 酸枣仁 15g, 莲子肉 12g, 破故纸 12g, 京白芍 15g, 党参 15g, 枸杞子 15g, 川贝母 6g, 云苓 12g, 冬虫夏草 9g, 胡桃肉 30g, 磁石 9g, 甘草 9g, 人参 9g (另煎), 鹿角胶 9g (烔化)。

用法: “三伏”天服用, 水煎服, 1 日 1 剂, 连服 15~20 剂。

功效: 止咳化痰平喘。

主治: 慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿及肺心病等。

方解: 天冬、半夏、紫菀、百合、沙参、冬虫夏草、川贝母养肺化痰止咳; 党参、云苓、白术、山药健脾和胃、化饮祛痰; 熟地、破故纸、鹿角胶、五味子、胡桃肉、磁石补肾纳气; 白芍、龙骨、牡蛎、莲子肉、酸枣仁、甘草助心阳而敛肝阴, 潜纳浮越之气, 使纳气归元而不上浮以定喘。

按语: 久咳痰喘的发病规律多为冬日加重, 夏天即轻 (但也有夏日加重)。气温的高低与肺脏生理活动有密切关系。暑天气温几乎与常人体温相等, 肺在这种无外寒侵袭威胁、气温适宜情况下, 宜休息滋养。根据虚则补其母或母子兼顾及春夏养阳、秋冬养阴和治实必顾虚、治虚必顾实、实喘治肺、虚喘治肾的原则, 治本用三补汤。三补汤主要用于冬病夏治法, 于“三伏”天服用。但需长期坚持服药, 方能达到止咳化痰平喘根治之目的。^[3]

2. 清肠泄肺化痰平喘方 (肖俊逸)

组成: 朝白参 9g, 五味子 9g, 麦冬 9g, 沙参 12g, 贝母 9g, 葶苈子 12g, 大黄 9g, 黄芩 9g, 瓜蒌皮 9g, 桑白皮

9g、桃仁 9g、枳实 9g、花粉 12g。

用法：水煎服。

功效：清肠泄肺、豁痰平喘，佐补益心肺。

主治：肺心病，症见发热咳嗽，胸闷气急，痰多黄稠，不易咳出，端坐呼吸，下肢轻度浮肿，便秘，腹胀烦食，口苦而渴，苔黄及厚燥，脉弦滑结代。

方解：此为肠中燥热，逆传于肺，肺失肃降，发为喘咳，肺病及心，肺心俱虚，而成“正虚邪盛”之候。生脉沙参葶苈汤加大黄、黄芩以通里攻下，清泄肺热。因肺与大肠相表里，通里即能泻肺。^[3]

3. 华盖五子汤（汪达成）

组成：炙麻黄、炙桑皮、炒苏子、橘红、杏仁、海浮石、葶苈子、白芥子、莱菔子、车前子（原方无剂量）。

用法：水煎服。

功效：宣肺化痰平喘。

主治：肺心病。急性发作期咳痰白沫量多，咯之不爽者。^[18]

4. 加味导痰汤（汪达成）

组成：桑白皮、半夏、胆南星、枳实、橘红、炙紫菀、桔梗、黄芩、瓜蒌皮、川贝（原方无剂量）。

用法：水煎服。

功效：肃肺化痰平喘。

主治：肺心病，急性发作期呼吸通气功能不良，咳痰黄浓粘稠不易咯出者。

加减：咳逆喘息、吐痰不爽者，加鱼腥草、佛手、射干。^[18]

5. 消痰行瘀方（朱良春）

组成：桃仁 12g，杏仁 12g，广地龙 15g，昆布 15g，全瓜蒌 15g，平地木 15g，琥珀 3g，檀香 6g，海浮石 18g。

用法：水煎服。

功效：消痰行瘀。

主治：肺心病，症见咳嗽，气喘，痰多，胸闷，心悸，下肢浮肿，尿量减少，大便数日不行，唇舌黯紫少苔，脉弦滑。

方解：唇舌暗紫，证属瘀血无疑；痰热瘀血阻于肺，气道壅塞，故咳喘；肺失通调水道，则见水肿、心悸。大便闭结主因在肺，盖肺与大肠相表里，治宗宣肺化痰、消痰利水之法。^[19]

周围血管病

一、气（阳）亏虚、瘀血阻络证

温经通络汤（赵炳南）

组成：鸡血藤 15～30g，海风藤 9～15g，金丝瓜 15～30g，鬼见愁 6～12g，鬼箭羽 15～30g，路路通 9～15g，桂枝 9～15g，红花 9～15g，全当归 9～15g，赤白芍各 15～30g。

用法：每日 1 剂，水煎 2 次分服。

功效：温通经络、活血止痛。

主治：血栓闭塞性脉管炎初期、雷诺氏征初期、静脉曲张、橡皮腿、关节病。^[20]

二、湿毒蕴结证

化湿通络汤（郑长松）

组成：丹参、金银花各 10g，薏苡仁 50g，党参、茯苓、川草薢、赤芍、赤小豆各 30g，泽兰、茜草根、泽泻、防己各 20g，佩兰 15g，地龙 12g，木通、甘草各 6g。

用法：每日 1 剂，水煎服。另用透骨草、艾叶各 30g，乳香、没药、防风、芥穗、紫草、刘寄奴、苦参各 15g，白藜、黄柏各 12g，水煎带渣烫洗两足，每日 1 次。

功效：醒脾化湿、活血通络。

主治：血栓闭塞性脉管炎。^[21]

三、阳虚寒凝证

1. 加味四逆汤（唐祖宣）

组成：熟附片（先煎）90g，金银花、干姜片、炒苡仁各60g，酒当归、粉甘草、生黄芪、紫丹参各30g。

用法：每日1剂，水煎服。

功效：温阳补肾、祛寒化湿、通经活络、活血化瘀。

主治：脱疽（肾阳不足，寒湿内侵，经络不畅，气滞血瘀）。^[22]

2. 鸡丹通络汤（郑长松）

组成：鸡血藤、丹参、黄芪、熟地、当归、党参各30g，炮附子、陈皮、炒白术各20g，怀牛膝、鹿角胶（烊化）各12g，白芥子、炮姜各10g，肉桂、生乳香、生没药、生甘草各5g。

用法：每日1剂，水煎服。

功效：温养经脉、益气通络。

主治：血栓闭塞性脉管炎，证属寒邪侵袭，血为寒凝者。^[21]

3. 祛寒通络药酒（李在明）

组成：附子45g，细辛15g，红花、丹参各60g，土元、苏木、川芎各30g，大枣20枚。

用法：上药浸泡于1500ml白酒中1周后备用，每日服2次，每次用10ml。

主治：血栓闭塞性脉管炎，虚寒型无溃疡者或血瘀型患者。^[23]

4. 脱疽1号方（房芝萱）

组成：附子、肉桂、干姜、赤芍、牛膝、桃仁、甘草各9g，生黄芪24g，党参、当归、元参各18g，苏木、桂枝各15g，红花12g。

用法：每日1剂，水煎2次分服。

功效：温肾补脾、祛寒通络。

主治：脱疽，证属寒湿凝滞者。^[24]

5. 游走性静脉炎方（赵炳南）

组成：藏红花3g（另煎兑服），苏木9g，酒当归15g，赤芍15g，木通9g，伸筋草15g，透骨草12g，土鳖虫6g，蜈蚣3条，鸡血藤15g，白僵蚕9g，京三棱12g。

用法：水煎，日1剂，每两服。每煎加黄酒15g，外用甘草油加温涂擦后，用弹性绷带包扎。

功效：温经通络、活血破瘀。

主治：游走性静脉炎，症见双小腿肿痛，坐久后加重，天冷阴雨天更为显著或小腿溃疡，色素沉着，散在出血点，静脉怒张，舌苔薄白，舌质正常，脉沉弦。

方解：本病多由于寒湿凝滞，经络气血阻滞而致。故治以温经通络、活血破瘀。方用藏红花、苏木、当归、鸡血藤温经通络；木通、伸筋草、透骨草、土鳖虫、蜈蚣、僵蚕、三棱活血破瘀、温经活络；而且另加黄酒兑服以加强温通之功。藏红花活血力强，另煎兑服使之功效益彰；同时用土鳖虫、蜈蚣、僵蚕等动物药，以破沉痛之凝滞。组方集中药力以通为主，气血得行，经脉得通，血脉流畅，

则溃疡自愈。^[20]

6. 益气活血温化方（房芝萱）

组成：肉桂 9g，生黄芪 18g，归尾 18g，赤芍 12g，红花 12g，桃仁 9g，玄参 18g，苏木 15g，鸡血藤 18g，云苓 15g，猪苓 9g，车前子 9g，桂枝 12g，延胡索 9g，川楝子 18g，牛膝 12g。

用法：水煎，日 1 剂，每两服。外治以汤药的第 3 煎温湿敷，每日 2 次。

功效：益气活血、温化寒湿。

主治：血栓性静脉炎。

方解：肉桂、桂枝温寒化湿通络；生黄芪、云苓益气健脾；玄参、苏木养阴散结、破瘀通脉，此二药在临床上具有扩张血管的作用；车前子、猪苓利湿；川楝子、延胡索止痛；牛膝引药下行，直达病所。^[24]

7. 雷诺方（朱仁康）

组成：当归 30g，黄芪 30g，桂枝 15g，红花 12g，川芎 6g，细辛 6g，制乳没各 9g，甘草 15g。

用法：水煎，日 1 剂，每两服。患肢宜注意保暖。

功效：温经散寒、通络和营。

主治：雷诺氏征，症见四肢末端发凉、紫绀，尤以指端明显，冬季尤甚，苔薄黄腻，脉沉细。

方解：阳气衰微，不能达于四末，以致四肢逆冷、苍白、紫绀，麻痛交作。治以温经散寒、通络和营。方以当归四逆汤加減。方中当归、黄芪益气、养血、活血；桂枝温阳通络；细辛散寒通络；乳没、红花、川芎活血祛瘀；甘草调和诸药。^[25]

8. 温经通脉汤（曹向平）

组成：川桂枝 10g，炙黄芪 15g，当归 10g，炒白芍 10g，辽细辛 5g，红花 10g，炙甘草 5g，木通 5g，川芎 6g。

用法：水煎服。

功效：温经散寒、养血通脉。

主治：雷诺氏征。

方解：桂枝味辛甘性温，功效温经散寒活血；细辛味辛性温，专司散寒温经而止痛；当归味甘辛性温，可补可泻，是治血病之要药；白芍专入肝脾，功专柔肝止痛、养血敛阴；黄芪味甘性微温，能行血中之气，上药合伍，养血通脉而缓肢端之痉挛。红花破瘀生新，且能活血止痛；白芍为血证又一要药，功专活血理气、搜风止痛；木通、红花、川芎以加强通脉活血；细辛配甘草等药有镇痛之效。诸药相伍，君、臣、佐、使，共奏温经散寒、养血通脉之效。

加减：运用本症以手指遇寒麻木甚至苍白，进而紫黑疼痛，甚则经久不愈，此属中医血痹厥寒之证，脉沉细者可加附子 10g。

按语：雷诺氏征，类似中医的“血痹”、“臃疮”等病的范畴，多因寒凝血瘀、脉络阻滞所致。血流不畅，瘀血阻滞脉络，肢端供血不足，致其发凉、发麻、疼痛、发绀、发黑，甚则坏死。中医对本病的辨证治疗原则，离不开温经活血、通络止痛。现代医学将其分为初期（局部缺血期）、中期（局部缺氧期）和晚期（对称性坏死期）。传统的治法多以当归四逆汤合愈痛散加减治之。曹氏自拟“温经通脉汤”治疗本病，在温经散寒、养血活血通脉之剂中伍用益气之黄芪和消炎之木通。值得一提的是，由于红花

产地的不同，其功效亦不尽相同，有怀红花（河南）、川红花（四川）、杜红花（江苏、浙江），番红花（西红花）是另一种藏红花，非菊科植物而为鸢尾科植物。藏红花来源稀少，且价昂，适用于有瘀而兼热者；番红花则适用于有瘀而兼寒者。因此，治疗本病方剂中所用之红花则应使用鸢尾科植物番红花（西红花）为优。^[3]

四、气血凝滞、阴血不足证

1. 结节性脉管炎方（赵炳南）

组成：红人参 5g（打），生黄芪 45g，酒当归 18g，赤白芍各 9g，白芥子 5g，丝瓜络 9g，路路通 9g，伸筋草 15g，川牛膝 15g，丹皮 12g，山萸肉 9g，淮山药 9g。

用法：水煎，日 1 剂；每日两服，每煎加黄酒 30g。外用紫色消肿膏，加 50%樟脑粉。

功效：益气养阴、活血通络。

主治：结节性脉管炎，症见双下肢反复起小红疙瘩，小腿腓浅层静脉成条索状，肿胀，踝关节亦肿，活动时疼痛加重，明显跛行，部分静脉变粗，高度曲张，小腿皮肤发紫暗色，舌象无异常，脉沉细。

方解：方中红人参、生黄芪、当归、赤白芍、山萸肉、淮山药补气养阴；白芥子辛温，豁痰利气散结；丝瓜络、路路通、伸筋草通经活络；牛膝引诸药下行；丹皮凉血活血，清血中之虚热。外用药以活血通络为主，另加樟脑粉以温散止痛。药后，结节明显缩小，疼痛明显减轻，局部症状虽见好转，但见脉缓，舌尖红赤，乃虚火上炎之象。以养阴为主，佐以凉血活血通络。方中沙参、生熟地、山药、玄参、石斛、山萸肉等滋阴以除火；当归、路路通、

赤白芍养血和血通络；牛膝引药下行，甘草调和诸药。

加减：阴虚明显者，加南北沙参、生熟地、石斛。^[20]

2. 脱疽2号方（房芝萱）

组成：元参、生黄芪、连翘各 24g，石斛、鸡血藤、丹参、当归、川楝子各 18g，赤芍 12g，金银花、蒲公英各 30g，酒军 3g，桃仁、红花、延胡索各 9g，牛膝 12g。

用法：每日 1 剂，水煎 2 次分服。

功效：养阴清热、活血通络。

主治：脱疽，血瘀蕴热型。^[21]

五、毒热溃腐证

1. 脱疽3号方（房芝萱）

组成：金银花、蒲公英各 60g，连翘、生黄芪、元参各 30g，地丁、野菊花、石斛、当归各 24g，赤芍 15g，红花、牛膝各 15g，罂粟壳、川楝子各 18g，桃仁、猪苓、泽泻、甘草各 9g，人参 6g（另煎，分 2 次兑服），酒军 3g。

用法：每日 1 剂，水煎 2 次分服。

功效：清热解毒、行气活血、利湿镇痛。

主治：脱疽。^[24]

2. 腹壁静脉炎方（王占玺）

组成：金银花 30g，玄参 15g，当归 15g，生甘草 9g，生地 30g，白芍 18g，川芎 9g，柴胡 24g，丹皮 9g，桃仁 9g，红花 9g，乳香 12g，没药 12g，延胡索 9g，三棱 9g，莪术 9g，穿山甲 3g。

用法：水煎，日 1 剂，每两服，平时宜保持情绪舒畅。

功效：清热解毒、活血养阴。

主治：腹壁静脉炎，局部条索状物，质硬压痛，舌苔薄白，脉象弦滑。

方解：本证乃由热毒内陷，循肝经而入。故于治疗时，除一般清热解毒、活血养阴法之外，要佐以舒肝软坚之品。方中以四妙勇安汤清热解毒、活血通瘀；加四物汤、丹皮以活血凉血，以助清其热邪外出；加柴胡引诸药入肝络。《本草纲目》认为，柴胡重用，则有除瘀血之功；用桃仁、没药、乳香、三棱、莪术、穿山甲等，取其活血化瘀、软坚止痛，是针对其条索状物硬且痛等症而设。总之，诸药合用，有清热解毒、活血养阴、舒肝软坚之效。^[26]

六、气滞血瘀证

化瘀通络方（黄振鸣）

组成：当归 15g，川芎 12g，赤芍 12g，生地 30g，丹参 15g，老桑枝 30g，炒山甲 15g，皂角刺 15g，郁金 12g，牡蛎 30g（先煎）。

用法：水煎，日 1 剂，每剂两服。注意患肢保暖。

功效：化瘀通络。

主治：血栓性静脉炎，局部见条索状肿物，按之略硬，有硬节，触痛明显，局部表皮色红微热，活动受限，舌质淡红、苔微黄，脉弦细。

方解：本证由于气滞血瘀，脉络受阻，瘀阻留于脉络而致。故立法以推动脉络中瘀滞为主。方中以四物汤活血和血，取其能改善循环，促进受伤脉络的修复，并佐以丹参活血祛瘀；老桑枝通络止痛；炒山甲散瘀通络；再借助皂角刺的穿透力直达病所；牡蛎软坚散结；郁金理气活血

止痛。诸药合用，以疏通血脉之瘀阻，减少血栓形成并促进其吸收而奏效。^[27]

七、湿热下注、经脉瘀阻证

张氏静脉炎方（张子琳）

组成：苍术 10g，黄柏 6g，川牛膝 10g，木瓜 12g，防己 10g，桃仁 10g，红花 6g，赤芍 10g，当归 10g，没药 10g，苡仁 3g，丹参 12g，地龙 10g，独活 6g，秦艽 10g，威灵仙 6g。

用法：水煎，日 1 剂，每两服。宜减少下肢活动量。

功效：清热利湿、活血通络。

主治：下肢静脉曲张，每遇劳累后则两腿困重不适，局部肿胀，有瘀斑，发热，有时疼痛，有时转筋，伴手足心热，大便稀，小便黄，苔薄白，脉沉。

方解：本证属“血栓性浅静脉炎”，乃由湿热下注，脉络瘀阻所致。方中用苍术、黄柏，苦以燥湿，寒以清热；桃仁、红花、赤芍、当归、丹参之类活血化瘀而止痛；木瓜、防己、苡仁利水祛风而消肿；秦艽、独活、威灵仙之类祛风除湿；川牛膝、地龙活血通络，引药下行。^[28]

八、专病专方

1. 通脉化瘀汤（李裕蕃）

组成：当归 10g，川芎 10g，乳香 10g，没药 10g，桃仁 10g，红花 10g，苏木 10g，紫草 10g，丹皮 10g，石斛 10g，秦艽 3g，蒲公英 30g，泽兰 15g，忍冬藤 30g，生姜 6g。

用法：水煎服，每日1剂。

功效：活血化瘀、通经活络、清热利湿。

主治：血栓性静脉炎。

方解：血栓性静脉炎，乃瘀血阻脉，营血回流受阻，瘀久化热，湿热变生而患处肿胀疼痛、发热。本方取当归、川芎、乳香、没药、桃仁、红花、苏木等药活血化瘀、通脉活络；紫草、丹皮、石斛清热养阴益胃；蒲公英、忍冬藤清热化湿通络；泽兰活血利水；秦艽祛风除湿，引药入经。诸药合用，既消散瘀滞，亦清除湿热，使血脉通达，湿热祛除。

加减：患肢肿胀明显者，加苡仁、连翘；红肿明显者，加天花粉、金银花；病在下肢者，加牛膝、防己；病在上肢者，加桑枝、姜黄。^[3]

2. 通脉化结汤（王寿康）

组成：当归 10g，川芎 30g，生地 20g，赤芍 12g，川牛膝 10g，紫草 12g，金银花藤 30g，生山楂 12g，云茯苓 30g，白花蛇舌草 30g，泽泻 12g，生甘草 6g，石斛 15g，泽兰 12g。

用法：每日煎服1剂。

功效：活血清热、化湿通络。

主治：结节性血管炎。

方解：方中赤芍、当归和营调血，川芎行气活血，泽兰活血化瘀，生山楂破气行瘀，上药同治瘀血凝聚之患。其中山楂还具有降低胆固醇作用，合川芎有气行则血行之意，血行则脉络通畅，肿痛随之缓解；得生地、紫草养血凉血，其效益彰；金银花藤、云茯苓、白花蛇舌草三者不但清热解毒，且金银花藤尚有通络之效，配泽泻以除其湿；

川石斛益胃养阴，保护胃气；牛膝祛风除湿，通经活络，且下行力强，兼作引经之药；生甘草和中缓急，调和诸药。以上诸药共奏活血清热、化湿通络之功。

加减：湿重加川厚朴、苡仁；热甚加淡黄芩、黑山栀。^[21]

3. 活血散瘀汤（赵炳南）

组成：苏木、赤芍药、藏红花、桃仁、三棱、莪术、陈皮各 9~15g，鬼箭羽 15~30g，木香 3~9g。

用法：每日 1 剂，水煎 2 次分服。

功效：活血散瘀定痛。

主治：浅静脉炎、皮下瘀血及跌打损伤、瘀血胀痛。^[20]

4. 逐血破瘀汤（赵炳南）

组成：水蛭、虻虫、土元各 6~12g，地龙、黑丑、透骨草、水红花、盘龙参、紫草各 9~15g，路路通 15~20g。

用法：每日 1 剂，水煎 2 次分服。

功效：活血破瘀、通经活络。

主治：深部栓塞性静脉炎。

加减：寒凉重者加紫油桂 3~6g。^[20]

5. 静脉炎口服方（赵水昌）

组成：牛膝、赤芍、木瓜各 15g，桃仁、苍术、泽泻各 9g，鸡血藤、苡仁、泽兰各 30g，乌药 6g。

用法：每日 1 剂，水煎 2 次分服。

功效：活血化瘀、通经活络。

主治：血栓性静脉炎。

加减：急性期者加金银花藤 15g，地丁草 15g，或蒲公英 9g，黄柏 9g；肿胀甚者可选加木通 9g，茯苓 12g，冬瓜皮 15g 或三棱、莪术以加强活血化瘀作用；病重者加延胡索或罂粟壳各 9g；伴气虚者加太子参 30g，黄芪、当归各 15g。²⁹

6. 深静脉炎方（房芝萱）

组成：附子、肉桂、桃仁、红花、归尾、泽泻、牛膝、干姜各 9g，川断 18g，玄参、生芪、桑寄生、鸡血藤各 24g，木瓜、桂枝各 15g，防己、赤芍各 12g。

用法：每日 1 剂，水煎 2 次分服。

功效：温寒化湿、益气活血。

主治：深部静脉炎慢性期。²⁹

7. 静脉炎 1 号方（陈淑长）

组成：当归 230g，川芎 150g，赤芍 230g，制乳香、制没药各 30g，红花 90g，苏木 150g，地龙 150g，炙黄芪 230g，郁金 150g，络石藤 450g。

用法：上方制成片剂，每片 0.3g（含生药 1.3g）每次 10 片，每日 2 次服。

主治：血栓性浅静脉炎。³⁰

8. 熨药方（陈淑长）

组成：苏木、红花、乳香、没药、干姜各 15g，花椒 10g，桂枝 10g，透骨草 30g，千年健 15g，鸡血藤 15g，金银花 15g，樟脑 15g。

用法：取上方 2 剂，分别装入 2 个小布袋内，各倒入少量白酒，缝好后上锅蒸热。先取 1 袋置于患处，5 分钟后

与锅内一袋交换反复 10 次，每日 1 次，3~4 天更换新药。

功效：破血化瘀、温经通络。

主治：血栓性浅静脉炎。^[30]

9. 深静脉炎洗剂 1 号（赵尚华）

组成：苏木、红花、金银花、蒲公英、芒硝、当归、葱根、桑枝、乳香、没药（原方无剂量）。

用法：上方煎汤先熏后洗，每日 1 次，每次 30 分钟。

功效：活血化瘀、清热消肿。

主治：浅静脉炎初起，红肿热痛者。^[31]

10. 深静脉炎洗剂 2 号（赵尚华）

组成：桑枝、芒硝、苦参、红花、苏木、当归、透骨草（原方无剂量）。

用法：上方煎汤先熏后洗，每日 1 次，每次 30 分钟。

功效：活血通络、消肿止痛。

主治：深静脉炎肿胀甚者。

加减：红肿者加蒲公英、地丁；紫暗发凉者去苦参加桂枝、艾叶。^[32]

11. 解毒活血汤（郭士魁）

组成：丹参 12g，玄参 12g，金银花 10g，连翘 10~12g，花粉 12g，乳香 10g，没药 10g，牛膝 12g，鸡血藤 12g，络石藤 12g，甘草 6~10g。

用法：每日 1 剂，水煎 2 次分服。

功效：清热解毒、活血消肿。

主治：血栓闭塞性脉管炎。^[15]

12. 雷诺方（房芝萱）

组成：玄参 18g，石斛 18g，鸡血藤 18g，升麻 9g，牛膝 9g，川楝子 18g，桂枝 12g，肉桂 9g，泽泻 9g，云苓 15g，生黄芪 18g，车前子 9g（包），陈皮 9g，归尾 12g，赤芍 12g，红花 9g。

用法：水煎，日 1 剂，每两服，平时宜保持情绪稳定。

功效：温寒化湿、活血助气。

主治：雷诺氏征，症见双手指与双足趾苍白，指尖干裂，扪之发凉，呈轻度拘挛状，舌尖潮红、苔白厚，脉沉细弱。

方解：方中玄参、石斛养阴；升麻、牛膝引诸药达病所；桂枝、肉桂、乌药温经散寒；泽泻、车前子、云苓、陈皮健脾利湿和胃；归尾、赤芍、红花、鸡血藤活血通络；生黄芪、甘草益气和中；川楝子行气止痛。^[25]

13. 提毒散（凌云鹏）

组成：蜈蚣（炙）10 条，全蝎（炙）8 只，乳没各 9g，升丹 3g。

用法：共研成细末，以少许直接撒于溃疡面局部。

功效：化腐止烂、止痛化瘀。

主治：脱疽。^[32]

急性脑血管病

一、气虚痰瘀阻络证

1. 复脑愈风汤（高辉远）

组成：生黄芪 20g，赤芍、防风、当归、川芎、地龙、红花、石菖蒲、远志各 10g，络石藤 15g，胆南星 8g，全蝎 5g。

用法：每日 1 剂，水煎服，30 天为 1 疗程。

功效：补气活血、涤痰通络。

主治：中风引起的半身不遂，肢痿不用，口舌歪斜，口角流涎，语言謇涩，舌淡暗、苔薄白，脉虚弱。证属气虚血滞、痰瘀阻络者。

方解：上述症状，多为气虚血滞、痰瘀阻络所致。气虚则不能运血，气不行则血不能荣，以致气血瘀滞，血脉痹阻，或因风痰阻络，或因阴虚水亏，不能涵木而肝阳上亢，痰浊阻窍，引起肢体偏瘫，舌强言謇，肢体麻木。本方为王清任黄芪赤风汤合补阳还五汤化裁而成。方中重用生黄芪，大补宗气而起废痿，使气旺血行，祛瘀而不伤正，为方中主药；气虚导致血瘀，风痰留阻经络，形成本虚标实，单补气则血瘀不祛，风痰难除。所以辅以当归、赤芍、川芎、红花以和营活血化瘀；全蝎、胆南星以祛除风痰；石菖蒲、远志芳香辛烈，则为化痰开窍之上品，且川芎为

血中之气药，走而不守，上行头顶，能使化痰祛瘀诸药直达病所；地龙、防风、络石藤以祛风通络行滞，以利于恢复上下肢体之功能。全方补气化痰、祛瘀通络，其风乃愈，故名曰复脑愈风汤。

加减：若口眼喎斜加僵蚕、白附子、羌活；血压偏高者减黄芪量，再加钩藤、菊花、珍珠母；病肢浮肿加苡仁、连皮茯苓、防己；肢体强痉、屈伸不利者加木瓜、白芍、桑枝；下肢瘫软无力者加川牛膝、狗脊、续断；病情偏寒者加桂枝；阴伤者酌加玉竹、生地、白薇。^[33]

2. 通脉汤（杨百荊）

组成：黄芪 30g，当归、白芍、生地各 15g，桃仁、川芎、丹皮、桂枝、云苓各 10g。

功效：益气活血、逐瘀通络。

主治：半身不遂，口眼喎斜，语言謇涩，口角流涎，舌苔薄白，脉迟缓或浮弱。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

方解：方中以黄芪为君，重在补气；配桂枝、桃仁、川芎、丹皮为臣，以活血通脉；用当归、生地、白芍、茯苓为佐使，以养血安正，使瘀去而不伤正，活血而无耗血之虑。诸药合用，共奏益气活血之效。

加减：气虚血亏者加党参、丹参；神志不清者加石菖蒲、远志；口眼喎斜甚者加全蝎、蜈蚣；头昏者加菊花、蔓荆子；失眠者加酸枣仁、女贞子、旱莲草；语言不利甚者加胆南星、石菖蒲；血压高者加黄芪，再加龙骨、牡蛎、磁石、珍珠母以重镇息风。

禁忌：肝风内动之实证者忌服。

按语：中风后，半身不遂，偏身麻木，语言不利，口

眼喎斜等症，杨氏认为，乃由气虚血瘀、湿痰阻络而成，故主张治疗宜标本兼顾，侧重在益气活血、逐瘀通络。该方配伍巧妙，用药得当，殊堪效法。^[4]

3. 通脉舒络汤（张学文）

组成：黄芪 30g，红花 10g，川芎 10g，地龙 15g，牛膝 15g，丹参 30g，桂枝 6g，山楂 30g。

用法：水煎服，每日 1 剂，常规煎服。

功效：益气活血、通脉舒络、消滞荡邪、祛瘀生新。

主治：中风、痹证等偏于气虚血瘀者。

方解：本方由清代王清任之补阳还五汤加减而成。方中黄芪为补气要药，健脾益肺、补气通阳，配合诸活血之品，其行气、补气活血之功更甚，乃方中君药；川芎为血中之气药，其性辛香走窜，可温通脉络、活血行气；桂枝止痛，走而不守，既能上行头目，又可外彻皮毛，旁达四肢，更加通行血液；红花活血祛瘀行滞之力甚强，二者相得益彰，共司臣职；地龙咸寒走窜、入络剔邪、畅通血气、息风止痉；川牛膝味苦重于甘，攻破之力甚强，非但可活血通络、祛瘀，亦可引血下行，走而能补；丹参功似“四物”，善活血凉血、养血益心、祛瘀生新、安神定志；桂枝则可温经行瘀、通阳化气，此四者相伍，可佐君臣增加活血祛瘀止痛之效；山楂入血分，不但消食化积功效甚强，且其活血散瘀消肿之力亦佳，故而独领使命。该方能补能攻、能上能下，且寒温之品并施，以防辛温走窜之品伤及阴血，共奏益气活血、通脉舒络、排荡滞邪、祛瘀生新之功。同时一味山楂既可奏活血散瘀之效，又可消解诸药之腻，健脾和胃。

加减：意识、语言障碍明显，属气郁或痰湿内阻者加

郁金 12g, 菖蒲 10g, 法半夏 10g, 茯苓 15g; 语言障碍、吞咽困难者, 原方去桂枝, 加胆南星 10g, 郁金 10g; 头痛甚者去桂枝、红花, 加僵蚕 10g, 菊花 15g; 眩晕明显, 属肝阳上亢者去桂枝、川芎、黄芪, 加珍珠母 30g (先煎), 菟蔚子 10g; 纳呆胸闷、舌苔白腻、湿浊明显者, 加白术、云苓各 10g, 砂仁 20g 或藿香、佩兰各 10g; 呕吐者加竹茹、姜半夏各 10g; 便秘、口臭者加大黄 12g (后下); 抽搐者去桂枝加僵蚕、钩藤各 10g。^[4]

4. 稀莖至阳汤 (任应秋)

组成: 稀莖草 50g, 黄芪 15g, 天南星、白附子、附片、防风、牛膝、苏木各 10g, 川芎、红花、僵蚕各 9g, 细辛 2g。

用法: 每日 1 剂, 水煎分 2 次口服。

功效: 益气温阳、化瘀通络。

主治: 中风阳虚证。

方解: 本方证属阳气虚弱, 络脉瘀阻。方以附片温补元阳; 黄芪补气; 防风祛风; 川芎、红花、苏木、牛膝活血祛瘀; 僵蚕、天南星、白附子化瘀通络; 稀莖草补肾通经。合用共奏益气温阳、化瘀通络之功。

按语: 中风的病机, 多为内风动越, 五志化火, 瘀阻脉络, 气机失调, 气血瘀滞。但因年高体弱、正气不足亦常能导致中风。故治疗当温阳补气以治本, 化瘀通络以治标, 此所谓知标知本, 万举万当。此方对于中风属阳虚者, 疗效颇佳。^[4]

5. 化瘀舒络汤 (谭景祺)

组成: 黄芪 50g, 秦艽、独活、桃仁、胆星、枳实各

10g，丹参、归尾、牛膝、地龙、红花各 20g，菖蒲 15g。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：益气化瘀通络。

主治：中风后遗症。

方解：方以黄芪补气，使气旺血亦行，祛瘀而不伤正，为方中之主药；辅以秦艽、独活、归尾、丹参、桃仁、红花、地龙活血化瘀、通畅经络；菖蒲、胆星、枳实利气化痰、通畅脉络。诸药合用，共奏补气化瘀通经络之功。

按语：气为血之帅，血为气之母，血之正常运行，有赖于气之推动。若气血亏虚，经络不畅，则致肢体不能随意活动。此方是谭氏依据益气化瘀的原则而制定的，方中重用黄芪，使气旺而能帅血，营养肢体百骸，肢体不遂随之可瘥。^[4]

6. 化瘀解瘫散（张忠国）

组成：黄芪 50g，葛根 20g，川芎 20g，益母草 20g，毛冬青 40g，丹参 20g，红花 15g，地龙 10g，陈皮 15g，天麻 15g，秦艽 10g，连翘 20g，石菖蒲 15g。

用法：诸药共为细末，炼蜜为丸，重 10g，日服 2~3 次，每次 1 丸，温开水送服。散剂每服 4g，温开水冲调，每日 2~3 次。亦可作煎剂服用。

功效：补气活血、化瘀消栓宁络。

主治：中风之中经络，半身不遂、语謇口涩者。

禁忌：脑血管病有出血倾向、妇女月经期、孕妇均忌服。

方解：化瘀解瘫散（丸）系张氏临证验方之一，适宜辨证属于气虚血滞、浊邪阻络型者。方中取黄芪益气以帅血；葛根性升入脑通络；川芎上行头目，能得血中之气，

助清阳之气，与葛根相须为用，加强入脑通血络之效，三味共为方中主药。辅益母草、毛冬青、丹参、红花活血化瘀，消栓通脉；佐地龙通利经络；陈皮理气；天麻、秦艽以息风；石菖蒲化浊开窍；更用连翘取其“具升浮宣散之力”以流通气血。诸药合用，确有益气活血、化瘀消栓宁络之功。^[5]

二、肝阳化风证

1. 降肝汤（张伯臾）

组成：羚羊角粉 0.6g（分吞），生石决明（先煎）30g，生地、白芍各 18g，炙甘草 3g，地龙、竹茹、黄芩、丹皮、郁金各 9g，钩藤 12g（后下）。

用法：每日 1 剂，水煎，灌服或鼻饲。

功效：平肝潜阳、滋阴息风。

主治：蛛网膜下腔出血，症见头部突然作痛如劈，颈项板滞，不能转侧，伴呕吐，口干、尿频量少，舌尖红，脉弦。

方解：本方证属肝肾阴亏，肝阳化火上扰。方中羚羊角、石决明、钩藤、地龙平肝息风；生地、白芍滋养肝肾；白芍、甘草酸甘化阴；竹茹、丹皮、黄芩、郁金凉肝降逆。合用则具平肝潜阳、滋阴息风之效。

按语：根据临床表现，现代医学中的蛛网膜下腔出血，属中医学的“中风”范畴。本病的发生发展，是因机体脏腑生理功能失调，阴阳失衡，经络不用，肝风内动，气血逆乱，痰火横窜经络，蒙蔽清窍，脑系不利所致。张氏治疗此病，常以平肝潜阳药与化痰熄风药合用，而达平肝潜阳、滋阴息风之效。^[4]

2. 玉竹钩藤汤（李斯炽）

组成：丹参、玉竹、女贞子、生牡蛎、钩藤、竹茹各 12g，白芍 15g，麦冬、茯神、柏子仁、知母各 9g，远志、石菖蒲各 20g，甘草 3g。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：滋阴潜阳、开窍化痰。

主治：脑血栓形成，症见神志不清，口角流涎，面色微红，肢体活动受限，舌红，脉浮细滑数。

方解：本方证属阴虚阳亢，肝阳化风，风痰阻窍，故以丹参、麦冬、玉竹、女贞子、白芍滋阴潜阳；牡蛎、钩藤平肝潜阳；茯神、柏子仁养心安神；竹茹、远志、石菖蒲涤痰开窍；知母降虚火。诸药合用，共奏滋阴潜阳、开窍化痰之效。

按语：本病的病因，一般多为素体阴虚痰盛，或久患肝阳上亢，致使脏腑失调，气血不和，营卫不调，复因精神紧张，情绪激动，或饮酒过力等，激起虚风内动，鼓动气逆血升，夹痰兼火，上冲于脑。犯于经络者，则络脉血行受阻，阻塞不通，发生本病。李氏在临床中，注重调理肝、心、肾三脏。从方中所用之药来看，心、肝、肾三脏并治，伍以开窍之药，为其组方特色。^[4]

3. 羚羊角骨汤（邓铁涛）

组成：羚羊角骨 24g，钩藤、牛膝各 15g，白芍、地龙、杜仲各 12g，石决明 30g，天竺黄、茯苓各 10g。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：平肝息风。

主治：中风，症见半身不遂或臂、腿不遂，或兼见言

语困难或失语，或口眼喎斜，头疼眩晕，面赤耳鸣，舌质红或绛、苔黄腻，脉弦数。

方解：本方证属肝阳亢盛。方以钩藤、羚羊角、地龙、石决明平肝潜阳；天竺黄、茯苓清热化痰；牛膝引药下行。诸药合用，具有平肝息风之效。

加减：热盛者加黄芩、莲子心；属风痰者加胆星、全蝎、僵蚕；失语者加全蝎、石菖蒲。

按语：肝肾阴虚，肝阳偏亢，血随气逆，形成上盛下虚之势，故见头晕痛、腰酸软等症。肝属厥阴风木之脏，体阴而用阳。肝阴亏损，肝阳亢盛而风内动，风为阳邪，肝风夹痰上扰，风痰流窜经络，则可致言语困难、口眼喎斜、半身不遂等症。邓氏认为，治当滋养肝肾、平息内风。临床中常用羚羊角、石决明、钩藤、地龙平肝潜阳，佐以化痰与补肾药，使肝阳得镇，痰去络通，脏腑功效复常，中风可痊。^[4]

4. 磁石茯神汤（李一清）

组成：磁石 40g，茯神 20g，桑寄生 30g，天麻、红花各 15g，赤芍、白芍、桃仁、伸筋草、钩藤各 10g，全蝎 3g。

用法：每日 1 剂，水煎，分 3 次口服。磁石先入，煎 20 分钟后入它药。

功效：平肝息风、祛痰通络。

主治：中风（中经络），症见头痛、眩晕、肢体麻木无力，脉沉弦。

方解：本方证属肝阳素亢、风痰阻滞经络。方用磁石、茯神镇逆安神；全蝎、钩藤、天麻平肝息风止痉；赤芍、白芍、桃仁、红花、伸筋草通经活络；桑寄生补肝肾之阴。

诸药合用,能使风息、痰除、络通。

按语:早在金元时代,著名医学家朱丹溪就提出中风为“湿痰生热”所致。验之临床,因痰热而致本病者,确实多见。内风夹痰热上扰经络,经络痹阻不通,是导致中风的重要病理机制。本方侧重平肝息风、祛痰通络,深得治此病之精髓。李氏将滋肾平肝、化痰、活血诸法熔为一炉,配伍精妙,机圆法活。^[1]

5. 潜阳息风汤(李鸿祥)

组成:生代赭石 25g,石菖蒲 10g,灵磁石 25g,生石决明 25g,川郁金 10g,清半夏 10g,生珍珠母 15g,净地龙 10g,怀牛膝 15g。

功效:镇肝潜阳、息风活络。

主治:脑血栓、脑梗死、脑出血等脑血管意外,症见偏枯,半身不遂,或舌强语謇,或口眼喎斜,或肢体顽麻不仁,或行走不利。

方解:中风偏枯,多系内风所致,故方中重用生代赭石入血分以镇肝;灵磁石则引肺金之气而入肾;更以石决明、珍珠母育阴潜阳;菖蒲、郁金解郁开窍;半夏豁痰;地龙通络;怀牛膝则引血下行,使血行而风自息矣。此方镇肝潜阳,育阴而不滋腻,化痰而不破血,息风而不用风药散风,活络而不用桃红破血,无论脑血栓、脑出血,均可采用而奏效。本方系由张锡纯之镇肝息风汤所化,遵其意而选其药也。

加减:头晕痛者加天麻、钩藤;若痰盛心烦者加生牡蛎、天竺黄;若口眼喎斜者加僵蚕、全蝎;若下肢无力者加赤白芍、甘草(芍药甘草汤之意);若四肢顽麻不仁者加木瓜、威灵仙。^[5]

三、阴虚风动证

1. 生地滋水汤（李聪甫）

组成：生地、石斛、肉苁蓉、胡麻仁、百合各 10g，玄参、当归、白芍、黄芪、秦艽各 10g，丹皮、木瓜、木通各 9g。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：滋养肝肾、养血息风。

主治：中风，症见半身不遂，口眼喎斜，口角流涎，全身麻木不仁，两颧发赤，唇麻舌赛，语言蹇涩，目青咽疼，神志昏乱，身发潮热，小便短涩，大便秘结，脉弦细数。

方解：方以生地、石斛、玄参、百合滋肾水以制心火；黄芪、当归、白芍补气养血以息风；秦艽、木瓜通络舒筋；肉苁蓉、麻仁润燥滑肠。合而用之，具有滋养肝肾、养血息风之功。

按语：中风之因，一般多由五志过极，情绪紧张或过食肥甘酒醉，痰郁化热；或操劳过度，形神失养所致。肝木逆则风自生，五志极均生火，火焰升腾则风亦动，阴虚于下，阳浮于上，则风以虚而暗煽，津伤液耗，营养不充则动风。李氏善用滋养肝肾、养血息风法治之，常用生地、百合等专滋肝肾之阴，配以当归、白芍养血补血，使肝肾得补，营血内充，风阳得息。^[4]

2. 梨竺汤（魏长春）

组成：钩藤（后下）、玄参、僵蚕、金银花、蝉蜕各 9g，天竺黄 6g，竹沥 1 支（冲），鲜梨汁 1 杯（冲）。

功效：养阴息风、豁痰宣窍。

用法：每日1剂，水煎分服。

主治：中风，症见手足抖动，卒然昏仆，小便失禁，手足偏瘫，欲语不得，舌深红，脉细弦。

方解：本方证属肝肾阴亏、风阳上扰、痰阻窍络。方中玄参、鲜梨汁滋阴生津；钩藤、僵蚕、蝉蜕平肝息风、宣窍通络；竹沥、金银花、天竺黄清热化痰。诸药为伍，可使风息、痰去，中风得痊。

按语：由于肝阳暴盛，加之平素肥甘太过，嗜酒无度，致聚湿生痰，痰郁化热，内风夹痰上扰经络，常可引起手足偏瘫。魏氏主张以养阴息风、豁痰宣窍为治。故方中用玄参滋阴；配以天竺黄、鲜梨汁滋阴生津、化痰清热。鲜梨汁，前人有天生甘露饮之誉，甘寒润燥，善清痰火、息内风。与竹沥、天竺黄、僵蚕配伍，善治昏痉不语。^[1]

四、阴虚阳脱证

两救固脱汤（任继学）

组成：红参、鱼鳔胶、玳瑁、阿胶各15g，附子、鹿角胶各10g，山萸肉20g，胆星9g，鸡子黄1个。

用法：每日1剂，水煎分服或鼻饲。

功效：摄纳真阴、固护元气。

主治：中风脱证。

方解：本方证属阳气脱于外，五脏之气衰。故以红参补气固脱；加山萸肉、鱼鳔胶、阿胶、鹿角胶、鸡子黄血肉有情之品，能养血益阴；玳瑁平肝潜阳；胆星化痰通络。合之则能回阳固脱。

按语：“脱”，指正气虚脱，五脏之气衰弱欲绝，症见面合口张、不省人事等，治疗急当回阳固脱。任氏治疗这

种急危重证，善用血肉有情之品，认为这类药物与人体有同气相求之特性，其效力远胜于植物类。方中红参功擅大补元气固脱，山萸肉功专敛汗固脱，为方中必用之药。再与他药相合，效力优于传统方剂参附汤等。^[4]

五、痰火内闭证

1. 固本通灵涤痰汤（武明钦）

组成：太子参 25g，当归 15g，生黄芪 30g，地龙 15g，防风 10g，羚羊角粉 1.5g（冲服），全虫 8g，山萸肉 15g，杞果 20g，胆南星 10g，沙苑子 10g，钩藤 15g，竹沥汁 20ml，麝香 0.05g（冲服），石菖蒲 15g。

用法：煎法如上述，惟有竹沥汁放入碗内，用药水冲服，麝香于服药前先用开水冲服。

功效：益气养血、化痰清热通窍。

主治：适用于素体偏虚，心肝血瘀形成的眩晕、胸痹、中风。

加减：若舌质红、痰稠难咯出者，系痰火内郁，加川贝母 10g，天竺黄 10g，以清利痰火；眩晕明显者，加明天麻 10g，丹参 25g，以化瘀补脑。

按语：本方治疗气虚血瘀、痰火蒙闭清窍形成的眩晕、胸痹、中风（高血压、动脉硬化、脑栓塞）等。用参、芪、当归养血补气；萸肉、杞果补肝肾；防风、地龙、全虫、沙苑子、钩藤、羚羊角粉镇肝息风；竹沥汁、胆南星、石菖蒲、麝香以开窍豁痰，以达正复邪去之目的。^[3]

2. 培元通经息风汤（武明钦）

组成：当归 10g，生黄芪 30g，生地 15g，赤白芍各

15g，天竺黄 10g（后下），全蝎 8g，白蒺藜 15g，地龙 15g，胆南星 10g，竹沥汁 20ml，天麻 15g，钩藤 15g，白附子 10g，桂枝 10g。

用法：先将药物用冷水浸泡半小时，首煎煮沸后，文火再煎 50 分钟，二煎煮沸后文火煎 30 分钟，煎好后两汁混匀，约 300～500ml 为宜。昏迷期间采用鼻饲法，分两次饲完，中间隔 3 小时，一昼夜两剂。

功效：滋阴益气、温经活络、息风豁痰。

主治：适用于中风之中经络（脑血管痉挛、脑血栓），症见昏迷不语，半身不遂，咽喉麻痹不能饮食，大小便失禁，痰涎壅盛，头痛，口干，脉沉取弦滑，白腻苔、舌质暗红偏干，证属气阴双亏、痰火内盛、伤阴阻络者。^{〔3〕}

六、专病专方

1. 发郁通络汤（田成庆）

组成：羌活 3～6g，葛根 15～30g，川芎 15～30g，地龙 10～15g，白附子 6～12g。

功效：发郁化痰、通络祛痰、息风解痉。

主治：风眩、风厥、风瘫等，包括心脑血管系统疾患。

方解：中风之源，不外“痰、瘀、风”三者冲聚郁结、阻塞经络脉道。郁生诸病，区域广泛。《内经》言：“火郁者发之，木郁者达之”。心属火，主血脉，心脑一体，血郁发之；肝属木，风属肝，风郁达之，古有“发郁汤”、“达郁汤”，方中有羌活、葛根、川芎诸药，故以二方化裁变通。葛根通经络化瘀滞，疏阳明理筋脉为君；川芎化瘀血、透巅脑、通经隧为臣；地龙柔血脉、达气机、息风热；白附子入经络、化痰结、解痉挛息风为佐。羌活达太阳、透

营卫、行气血、消结滞，通畅周身，发挥发郁通络以致息风之效用为使。

加减：风眩眩晕、风阳上亢、高血压者加牛膝、车前子、肉桂引火归原，导龙入海；热者加夏枯草、菊花、玄参；痰湿盛加南星、半夏；风盛者加代赭石、磁石、龟甲；阴虚加元参、草决明；阳虚加淫羊藿、仙茅；瘀者加桃仁、红花、赤芍、郁金、土鳖虫、水蛭。风厥期昏迷、高热者加安宫牛黄丸；寒者加苏合香丸。风瘫期加白薇、泽兰、甲珠、全虫、蜈蚣。本方有四味药常常加入，作用各异：菊花清头目散风热、柔血脉益肝肾、解毒气降血压；淫羊藿补肾壮阳、祛风除湿、扩张血管，降低血压，治冠心病、气管炎；郁金入心化痰、疏肝利胆、开郁行气、宽胸止痞，降低血脂、胆固醇；山楂消内积、柔血脉，溶血脂、降血压，消食减肥。^[4]

2. 二六汤（李斯炽）

组成：生地、丹皮、泽泻、茯苓、枣皮、牡蛎、龙骨、山萸肉、竹茹、白芍各 12g，山药 15g，石菖蒲、远志各 6g。

用法：每日 1 剂，水煎鼻饲。

功效：滋阴潜阳、开窍化痰。

主治：脑出血，症见猝然昏倒，面部发红，喉间痰鸣，流涎，牙关紧闭，素有腰膝酸痛，头晕失眠，耳鸣咽干，脉浮弦而大。

方解：本方证属素有肾阴亏损，肝阳上亢，痰热交阻，随风阳上扰。故以六味地黄汤滋阴补肾为主；龙骨、牡蛎、白芍平肝潜阳为辅；远志、菖蒲、竹茹开窍化痰为佐。

加减：药后神志稍清者，酌加桑枝、牛膝、玉竹、玄

参。

按语：中风之发生，总不外乎在本为阴阳偏胜，气血逆乱；在标为风火相煽，痰浊壅塞，瘀血内阻。本虚标实、上盛下虚。基于此，李氏善用六味地黄汤滋阴益肾，配合潜阳、镇摄、化痰之药，标本同治，对于中风属虚实夹杂者，效果尤著。^[4]

3. 钩军汤（张伯臾）

组成：钩藤 15g（后下），牡蛎（先煎）、生石决明各 30g，生川军 4.5g（后下），枳实、猪苓、茯苓各 12g，黄芩、天竺黄、丹皮、炒槐花各 10g。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：平肝化痰、泻实通腑。

主治：脑血栓形成，症见突感头晕头痛，口眼喎斜，肢体麻木不遂，面红口干，便秘，舌苔黄腻，脉细涩。

方解：本方证属肝阳夹痰热上犯，故以钩藤清热平肝、息风定惊；牡蛎、石决明平肝潜阳、滋补肾阴；天竺黄清热豁痰、宁心定惊；丹皮清热凉血；槐花清肝降火；猪苓、茯苓化痰止惊；黄芩清热泻火；枳实化痰消痞；川军泻热通腑。诸药合用，共奏平肝化痰、泻实通腑之功。^[4]

4. 小中风片（张学文）

组成：草决明 50g，丹参 75g，川芎 30g，山楂 60g。

用法：将上药研为细末，制成片剂，也可酌情改为汤剂。

功效：活血清肝、化痰通络。

主治：中风轻证，症见眩晕昏视，偏身麻木，无力，头麻胀痛，一过性晕厥或言謇，步态不稳，神倦嗜卧，健

忘，舌紫暗、舌下瘀丝或瘀点，脉弦滑或弦细。

方解：方以草决明清肝调气；丹参、川芎、山楂活血化痰。四药合用，而有活血清肝、化痰通络之效。

加减：若气虚之象显著者，用黄芪 15g 泡水送服；若兼痰瘀互结者，以竹沥水 10ml 同服；若兼肝热偏盛之象者，以菊花 15g 泡水送服。

按语：中风发病急骤，变化迅速，症状纷繁，病情凶险。张氏总结先贤经验，结合自己临床实践，强调中风先兆证早期预防的重要性。张氏指出，中风先兆实为中风之轻证，也可称为可逆性中风，其个体差异较大，症状复杂。对于防治中风先兆，张氏主张采取药物治疗结合非药物的防治手段，促使其经脉舒通，气血通畅，防止血瘀形成。小中风片既以活血化瘀药为主，又兼清肝调气之品，有活血清肝、化痰通络之效。¹

5. 中风后方（张云鹏）

组成：桂枝、附子、高丽参、地龙、五味子、炙甘草、诃子、肉苁蓉各 10g，生黄芪 10g，当归身 20g，生牡蛎 25g，白花蛇舌草、僵蚕各 15g。

用法：每日 1 剂，水煎，日 2~3 次温服。

功效：益气通阳、祛痰活络、平肝息风。

主治：中风后见语言謇涩，半身不遂等症。

方解：本方证属气虚血滞、脉络瘀阻及风痰阻络所致。方中高丽参、黄芪益气通脉，鼓舞血行，有推动诸药之力；附子、桂枝、肉苁蓉温阳通脉；地龙、当归身养血活血通络；僵蚕、白花蛇、牡蛎化痰息风通络；五味子、诃子滋阴敛阳息风。合用则能使气旺血行，瘀去络通，风痰得除则诸症自消。

按语：对中风发病，金元时代大医学家李东垣有“正气自虚”之谓。盖气虚可以生痰，又可因气虚运行无力使血行阻滞，所以气虚是导致中风的一个重要原因。张氏素用标本同治之法，常将益气温阳药与祛痰活络、平肝息风药合用，以达气旺血行、痰去络通之功。^[4]

6. 滋肾平肝潜阳汤（王庆冬）

组成：生地、白芍各 18g，牛膝 25g，代赭石 30g，山药、地龙、龙骨、牡蛎、生麦芽各 12g，钩藤、麦冬、鸡血藤各 15g，陈皮 6g，甘草 3g。

用法：每日 1 剂，水煎分服。

功效：滋肾平肝潜阳。

主治：中风，症见面红目赤，语言謇涩，精神呆滞，肢体不能随意运动，舌红、苔黄厚，肝脉弦急、肾脉弱。

方解：方中生地、白芍、麦冬滋补肾阴；代赭石、龙骨、牡蛎、钩藤平肝潜阳；牛膝引血下行；山药益气养阴；地龙通经活络；生麦芽、陈皮理气舒肝；鸡血藤通经活络。合而为剂，共奏滋肾平肝潜阳之功。

加减：失眠者加远志 9g，炒酸枣仁 18g，玄参 10g；语言不利重者加半夏 6g，胆南星 10g。

按语：王氏认为，中风多起病于肝，根源于肾，而前者为标属实，后者为本属虚。一般早期偏于阳亢者多；中期属阴虚阳亢；后期多为阴阳双虚，或以阳虚为主。证属阴虚阳亢者，多由操劳过度，精血暗耗，水不涵木，则阴虚阳亢，肝风内动，故在治疗中常以滋阴平肝潜阳为主。^[4]

7. 活血抗瘫汤（李木森）

组成：当归 15g，川芎 7g，赤芍 10g，红花 7g，橘络

10g, 桂枝 5g, 地龙 10g, 全蝎 4g (研末冲服), 甘草 5g。

用法: 水煎服, 另加水蛭末每次 3g 吞服。

功效: 活血通络。

主治: 脑出血及其后遗症。用于脑出血的治疗, 应待病情稳定 1 周, 出血停止后。

加减: 血压偏高, 偏头痛加菊花 10g, 钩藤 15g, 牛膝 12g, 石决明 30g; 夹有痰浊者, 加菖蒲 10g, 胆星 10g, 陈皮 10g, 竹沥 10ml, 半夏 12g, 云苓 15g; 口角流涎, 小便失禁加益智仁 15g; 疲乏, 呵欠不断者加黄芪 30g; 肢体麻木, 加桃仁 8g; 大便干结加火麻仁 12g, 淮山药 15g; 肢体活动不灵, 加制附片 10g。^[3]

8. 复方仙灵脾饮 (郑绍周)

组成: 仙灵脾、菟丝子、黄芪、白术、半夏、川芎、丹参、水蛭 (原方无剂量)。

用法: 水煎服。

功效: 补肾益气、化痰活瘀。

主治: 中风。

方解: 本方在治疗中风病时, 突出温通二字。中风病本在肾精亏虚, 治疗当以补肾为先, 而肾之性恶燥, 当以柔润补之。又肾为水火之宅, 过于柔腻则有壅滞之弊, 故每予柔润中佐以温通。仙灵脾、肉苁蓉、菟丝子、女贞子等, 阴中求阳, 阳中求阴, 共起填补肾精、扶助肾气之作用; 中风因痰湿为病, 病程较长, 终致顽痰阻络, 故治痰至关重要。遵《金匱要略》“当以温药和之”的治疗大法, 在祛痰利湿药应用同时, 配伍温阳药物, 因温阳药能扶助正气, 促进肺、脾、肾三脏气化正常, 痰饮自消; 中风之瘀血, 作为致病因素和病理产物双重致病, 持续在疾

病的整个发展过程，瘀结日甚，则非温阳不通。遵《内经》“寒则泣不能流，温则消而去之”之理论，运用活血化瘀与温阳之品相配伍，从而达到瘀去络通的目的；久病宜通络，遵叶天士所谓“攻坚垒，佐以辛香”之意，对久病中风者，用水蛭、全蝎、僵蚕、地龙、穿山甲等虫蚁之品以搜逐血络中之瘀滞凝痰，因虫蚁之品升降灵动，最能解除阻滞于络脉中之瘀血浊痰，使络脉通利，血行畅达。

加减：若肝火上炎而致头痛头胀、烦躁易怒者加夏枯草、黄芩清泻肝火；昏迷、大便不通者用石菖蒲、大黄以化痰醒脑，通腑泄浊；若中风烦躁、夜寐不宁可加远志、夜交藤养心安神；若见肢体强痉或抽搐则可用全蝎、僵蚕等虫蚁有情之品。^[34]

老年性痴呆（脑萎缩）

一、髓海不足证

醒脑复聪汤（李辅仁）

组成：当归 10g，何首乌 20g，炒远志 10g，桑椹 10g，天麻 10g，羌蔚子 10g，菖蒲 10g，白莲藕 15g，炒酸枣仁 20g，瓜蒌 30g，川芎 10g，钩藤 10g（后下），菊花 10g，珍珠母 30g（先煎）。

用法：每日 1 剂，头煎、二煎药液合并 400ml，早晚 2 次，空腹分服。2~6 个月为宜，以资巩固。

功效：醒脑开窍、滋补肝肾、活血化瘀、填精补髓。

主治：老年性眩晕健忘，痴呆，手颤或下肢酸软，行走碎步，四肢震颤，表情淡漠等，脉象细弱或细弦无力或滑细，舌质淡红或暗，苔薄白或薄黄。

方解：天麻、羌蔚子凉肝活血明目；配川芎、菊花清肝活血、明目醒脑；首乌、白莲藕、桑椹滋补肝肾、填精健脑；珍珠母、钩藤柔肝息风止眩晕；菖蒲、远志醒脑开窍；瓜蒌配首乌滋肾润便、宽胸解郁。

按语：使用本方一定要把握辨证要点。老年痴呆、震颤眩晕及西医诊断之“帕金森氏综合征”，均为老年人的慢性进行性精神衰退疾病，也是智能的破坏。老年人肝肾亏耗，髓海不足，脑海空虚，失于濡养则神呆，脑力不足，

表情淡漠；肝肾不足，水不涵木则肝阳上亢，肝风内动，表现为手及肢颤，眩晕烦躁失眠。此为主症的辨证要点。^{〔3〕}

二、气虚血瘀证

益心健脑汤（周次清）

组成：黄芪 30～60g，葛根 15～30g，桑寄生 15～30g，丹参 20～40g，生山楂 9～15g，川芎 6～9g。

用法：将药用适量水浸泡 30 分钟左右，煎两次，取汁约 300～400ml。每日 1 剂，分 2～3 次温服。

功效：补气活血、益心健脑。

主治：气虚血瘀之冠心病、高血压病、脑栓塞、脑血栓形成、动脉硬化、血管性痴呆以及心律失常、高血脂等心血管疾病。

方解：心脑血管疾病的致病原理较为复杂，但患者多为老年人，其病机主要为“气虚血瘀”。本方以“益气活血”为宗旨，方中黄芪、葛根、桑寄生益气为主；丹参、生山楂、川芎活血为辅，取其“气不虚不阻，血得气而不滞”之意。

人体是一个气血相依、脏腑相关的有机整体。心脑血管气虚血瘀之病变会影响到整体功能，反过来讲，也是整体病变在局部的反映。如“心舍脉，其主在肾”、“肝藏血，心行之”、“食气入胃，浊气归心，淫精于脉，脉气流精”，因此，本方在益气活血的宗旨下，既着眼于整体功能，又考虑到局部病变，力求达到整体与局部统筹兼顾的治疗目的。在补气药中，黄芪补心肺之气，葛根升脾胃之气，桑寄生益肾气；在活血药中，丹参活心血，生山楂消中积，川芎行肝血。诸药合伍，益诸脏之气，活一身之血，使气

旺血活，心脉得通，脑以得养，从而达到益心健脑之功能。

加減：主要根据病证的变化和兼证的多少而进行相应的加減。如出现畏寒肢冷，加桂枝 6g，炮附子 9g；出现口干，舌红少苔，大便干结等阴虚证，加麦冬 12g，生首乌 15g；体倦、神疲、气短等气虚证明显者，加党参 30g，五味子 6g；血瘀气滞疼痛明显者，加香附 12g，延胡索 9g；失眠多梦者加炒酸枣仁 15g，夜交藤 30g。^[3]

三、血瘀水停证

新加脑窍通（张学文）

组成：桃仁 12g，川芎 10g，赤芍 12g，丹参 18g，益母草 30g，茯苓 15g，泽泻 12g，麝香 0.03g。

用法：水煎服。

功效：化瘀行水、通窍醒脑。

主治：脑萎缩，中医辨证属颅脑水瘀者。

加減：待症状改善，以鹿角胶 90g，枸杞子 150g，菊花 60g，山楂 150g，炼蜜为丸，每服 6g，1 日 2 次，并配合肌注胞二磷胆碱。^[35]

四、专病专方

回春饮（夏翔）

组成：生黄芪、川芎、葛根、麦冬、首乌、锁阳、石菖蒲、制南星（原方无剂量）。

用法：水煎服。

功效：益气活血、育阴助阳、化痰醒脑。

主治：老年痴呆、脑血管疾病所致之头目昏眩，精神

萎靡痴呆，精神淡漠，健忘乏力，反应迟钝，行动不利，胸闷气短等症。

方解：夏氏认为，老年痴呆为本虚标实之证，本虚以气虚（兼有阴虚、阳虚、血虚）、肾虚（可兼有他脏之虚）为主，标实以血瘀、痰浊为多。因人至老年，肾气渐衰，肾精亏损，髓海空虚，脑失充养，神明无主，则头晕、健忘、神呆乃作，正如《灵枢》所述：“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。”另一方面，又因脏腑虚亏，气血不足，以致气滞血瘀，痰浊蕴留，阻滞于脑，则蒙蔽神明，发为老年性痴呆。总之，老年痴呆的病机为肾元亏损，阴阳两虚，气虚瘀滞，痰浊阻窍。方中以生黄芪为主，能补益升提脑气、髓气、肾气；配以首乌、锁阳以调补肾阴肾阳；麦冬、葛根以增强补阴生津之功，而且此二药尚有保护动脉，改善脑部血液供应，提高心脑之耐缺氧能力的作用；佐以川芎、石菖蒲、制南星可活血化瘀、祛痰降浊、醒脑开窍。全方共奏益气补元、活血化瘀、开窍醒神之功。

加减：症见面色萎黄，神疲气短，心悸者，可加重黄芪用量，并加用当归、白芍以补气养血；症见腰膝酸软，头晕耳鸣者，加生地、杜仲、山茱萸以滋养肝肾；症见烦躁易怒，目赤口苦者，可加用天麻、知母、生石决明、黄芩、钩藤等以平肝泻火、育阴潜阳；症见胸闷泛恶，头重如裹，苔厚腻等症者，可加用天竺黄、制南星、白附子、白术、青礞石以豁痰降浊。^[3]

（李立志 史大卓 张 东）

参 考 文 献

[1] 米一鹤主编. 卫生部国家中医药管理局评定首批国家级名老中

- 医效验秘方精选(续集). 北京: 今日中国出版社, 1999
- [2] 单书健, 陈子华编著. 古今名医临证金鉴·心悸怔忡卷. 北京: 中国中医药出版社, 1999
- [3] 李宝顺主编. 名医名方录·第2辑. 北京: 中医古籍出版社, 1993
- [4] 柴国剑, 等主编. 中华当代名医妙方精华. 长春: 长春出版社, 1993
- [5] 李宝顺主编. 名医名方录·第4辑. 北京: 中医古籍出版社, 1993
- [6] 于为民, 张学文教授自拟“四参安心汤”治疗心肌炎并发心律失常举隅. 中国中医急症, 1995, 4(1): 31~32
- [7] 李宝顺主编. 名医名方录·第3辑. 北京: 中医古籍出版社, 1993
- [8] 单书健, 陈子华编著. 古今名医临证金鉴·头痛眩晕卷. 北京: 中国中医药出版社, 1999
- [9] 单书健, 陈子华编著. 古今名医临证金鉴·胸痹心痛卷. 北京: 中国中医药出版社, 1999
- [10] 李兴培, 岳美中临床经验漫录. 湖北中医杂志, 1986, (5): 6~7
- [11] 刘学勤, 等主编. 千家名老中医妙方秘典. 北京: 中国中医药出版社, 1994
- [12] 李贵满, 于作盈主任医师治疗病毒性心肌炎的经验. 吉林中医药, 1999, 19(6)
- [13] 中国中医研究院西苑医院. 赵锡武医疗经验. 北京: 人民卫生出版社, 1980
- [14] 张天, 临证偶拾·张冀梅医案. 上海: 上海科学技术出版社, 1979
- [15] 翁维良, 等. 杂病证治·中国中医研究院郭士魁经验方. 北京: 人民卫生出版社, 1983. 132
- [16] 严世芸, 张伯臾医案. 上海: 上海科学技术出版社, 1979
- [17] 张丽珍, 魏长春老中医运用茯苓四逆汤的经验. 浙江中医杂志, 1981, (10): 422~423
- [18] 赵子敏, 汪达成治疗肺心病的临床经验. 陕西中医学院学报,

- 1994, 17 (4): 18~19
- [19] 姚岳. 朱良春老师治病注重痰瘀的经验. 新中医, 1983, (11): 17~18
- [20] 北京中医医院. 赵炳南临床经验集. 北京: 人民卫生出版社, 1975. 287
- [21] 郑其国. 郑长松老中医治疗血栓闭塞性脉管炎的经验. 天津中医, 1987, (1): 9
- [22] 河南邓州市名老中医唐祖宣主任医师经验方. 新中医, 1990, (5): 9
- [23] 李在明. 张八卦外科新编. 郑州: 河南科技出版社, 1983. 222
- [24] 北京中医医院. 房芝萱外科经验. 北京: 北京出版社, 1980. 186
- [25] 中国中医研究院广安门医院. 朱仁康临床经验集(皮肤外科). 北京: 人民卫生出版社, 1979. 10
- [26] 王占玺. 临床验集. 北京: 科学技术文献出版社, 1981
- [27] 黄振鸣. 奇难杂症. 广州: 广东科技出版社, 1983
- [28] 赵尚华, 张俊卿. 张子琳医疗经验选辑. 太原: 山西人民出版社, 1980
- [29] 中国中医研究院. 中国中医研究院三十年论文选. 北京: 中医古籍出版社, 1985. 200
- [30] 陈淑长. 中药治疗血栓性浅静脉炎 85 例报告. 中医杂志, 1983, 24 (2): 27
- [31] 赵尚华. 中医外科心得集. 太原: 山西人民出版社, 1985. 195
- [32] 凌云鹏. 临诊一得录. 北京: 人民卫生出版社, 1982. 142
- [33] 王发渭, 等. 高辉远变通古方创新拾贝. 新中医, 1994, 26 (1): 4~6
- [34] 李社芳, 等. 郑绍周教授治疗中风经验. 河南中医, 2000, 20 (5): 1
- [35] 丰广魁. 张学文论治脑萎缩的经验. 辽宁中医杂志, 1995, 22 (9): 386

历代中医资料大全分享

你好，我是**逢原**，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理的。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

只需要在下面输入你的邮箱并确认就可以直接下载中医资料：

http://list.qq.com/cgi-bin/qf_invite?id=03157beabc6d50e0b64029a2715966596d94dcac7ed0cfd7

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 QQ/微信：**2049346637**

三、关注微信公众平台——逢原中医，经常有中医文章更新。

四、关注我的空间：<http://user.qzone.qq.com/2049346637>

免责声明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。



私人微信号：2049346637



公众平台：逢原中医