专科专病经方论治丛书
总主编 于俊生



心血管病经方论治

编著 阚方旭

人民卫生出版社

【专科专病经方论治丛书】

- 肾脏病经方论治
- **心血管病经方论治**
- 消化病经方论治
- 肿瘤病经方论治
- 风湿病经方论治
- 呼吸病经方论治
- 神经精神病经方论治
- 内分泌代谢病经方论治

责任编辑 马莉萍 封面设计 代珊珊 版式设计 何美玲 责任校对 黄燕燕

ISBN 978-7-117-08675-2

9 787117 086752 >

定 价：24.00 元

专科专病经方论治丛书

心血管病经方论治

阚方旭　编著

人民卫生出版社

图书在版编目（CIP）数据

心血管病经方论治/阚方旭编著．—北京：人民卫生出版社，2007.6

（专科专病经方论治丛书）

ISBN 978-7-117-08675-2

Ⅰ.心… Ⅱ.阚… Ⅲ.心脏血管疾病—经方—汇编 Ⅳ.R289.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2007）第 058908 号

专科专病经方论治丛书

心血管病经方论治

编　　著：阚方旭

出版发行：人民卫生出版社（中继线 010-67616688）

地　　址：北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮　　编：100078

网　　址：http://www.pmph.com

E - mail：pmph @ pmph.com

购书热线：010-67605754　010-65264830

印　　刷：北京市卫顺印刷厂

经　　销：新华书店

开　　本：850×1168　1/32　　**印张**：13

字　　数：323 千字

版　　次：2007 年 6 月第 1 版　　2007 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号：ISBN 978-7-117-08675-2/R・8676

定　　价：24.00 元

版权所有，侵权必究，打击盗版举报电话：010-87613394

（凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换）

出版者的话

中医专科专病建设，不但历史悠久，而且成效显著，是我国发展中医药事业的一项长期的重要任务。汉代张仲景在《伤寒论》中首创了辨病论治，《金匮要略》全书25篇，共论述了40多种病证，形成了中医内科、妇科等专科专病的治疗基础。建国50多年来，广大中西医运用仲景的理法方药于实践，卓有成效地治疗临床各科疾病，积累了丰富的新经验、新认识。在新世纪，面对中医临床的发展方向和专科专病建设的需求，将仲景学说研究与经方应用和专科专病的研究有机地结合起来，探讨仲景病证结合的辨治体系在专科专病中运用的理论基础，总结专科专病论治中经方的运用规律和名医经验，是当前提升中医专科专病发展水平，提高专科专病临床疗效，进一步发展仲景学说必不可少的环节。鉴于此，由于俊生教授主持并组织部分专家共同编著了这套《专科专病经方论治丛书》（共计8个分册）。

承担本丛书编著工作的是参加国家中医管理局2004年启动的首批“优秀中医临床人才研修项目”的8位专家学者，国家、省、市级重点专科的学科带头人。他们长期从事相关专科专病临床医疗、研究工作，具有丰富的临床经验和学术水平，中医经典功底扎实。特别是经过3年的“优秀中医临床人才”

研修，“读经典，做临床，拜名师”，对仲景学说及经方在相关专科专病中的灵活运用获得新的感悟，颇有体会。在编写本书中，编著者紧紧把握经方在相关专科专病中的运用这一主题，着重探讨和研究仲景学说指导相关专科专病诊治的理论基础、辨证思维和规律，分析和总结当代名医运用经方论治疾病的经验，力图使本书能够集中展现专科专病经方论治的最先进水平和精华。

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。期望本丛书的出版，能有助于中医临床人才的培养和成长，促进和加强中医专科专病建设，提高中医临床诊疗水平，为中医药的继承和创新工作作出应有的贡献。

人民卫生出版社

2007 年 3 月

前言

随着人们物质生活水平的提高和生活节奏的加快，心血管疾病目前呈逐年增多之势，在浩如烟海的中医古籍中，虽然难以见到这些心血管现代病名的描述，但不乏诊治这类疾病的有效方药。成书于东汉末年的《伤寒杂病论》，就是中医药学神奇诊疗体系的杰出代表，这是我国现存第一部理、法、方、药较完备的医学经典，乃千古不朽之杰作，直到今天还有效地指导着临床实践，对现代中医临床实践具有重要指导意义和实用价值。在心血管疾病的诊治中，经方也被许多古今医家广泛应用，处处显示出其鲜活的学术价值和卓著的临床疗效。

经方的含义有三：①经方者，经验之方也；②经方者，汉以前之方剂也；③经方者，东汉张仲景之方也，被誉为“群方之祖”。本书所言经方即张仲景《伤寒杂病论》所载之方，即今天我们看到的《伤寒论》和《金匮要略》两本书，共有处方281首。本书力求反映仲景学术思想和诊疗方法在心血管疾病中的运用，以经方临床应用为主线，以心血管常见病为重点，力图体现经方在治疗主要心血管疾病方面的研究成果，全书分为理论篇、方剂篇、疾病篇。理论篇着力阐述仲景有关该系统疾病的病因病机、辨证要领、病证分型、治法方药等，并分析和总结仲景理法方药于专科专病临床实践的理论基础和运用要

点，以期体现仲景辨治疾病的学术思想体系在专科专病研究中所发挥的重要作用。方剂篇选取心血管病常用经方，分别介绍其组成、功效、方义分析、适应证、类方、加减方、临床荟萃、实验研究、运用心得。疾病篇以西医学病名为纲，包括概说、诊断要点、经方论治、名医经验、典型病案、临证心得。

笔者怀着崇敬的心情收集了大量古今贤能运用经方治疗心血管疾病的宝贵经验和部分临床验案，结合自己参加国家中医药管理局全国优秀中医临床人才研修项目的学习体会和临证心得，探经方奥秘之万一，习经典精华之点滴，不揣浅陋，集成本册，为有志于以经典和经方指导心血管疾病诊疗的一线医务工作者所参考，正本求源，有所借鉴。编写中时时为经方的魅力所感染，对许多名中医药学家用经方治疗心血管疾病的宝贵经验和各具特色的验案，爱不释手，难以割舍。经方结构严谨，主治明确，疗效可靠，久经实践检验，千古不衰，实为中华民族之瑰宝和骄傲，吾辈当孜孜以求，师仲景法，秉仲景方，以担振兴中医、造福民众之大任。因时间仓促，才疏学浅，实乃抛砖引玉之作，不当之处在所难免，欢迎指正。

谨以此书感谢国家中医药管理局“全国优秀中医临床人才研修项目”为我们提供的学习机会；感谢为我们辛勤授课的全国近百位名老中医药学家；感谢在本书中被引用资料的所有专家学者。在本书编写过程中，得到于俊生、任爱华等教授的指导帮助，在此表示衷心的感谢。

阚方旭

2007 年 3 月于山东淄博

目录

理 论 篇

第一章　中医对心血管病的认识 …… 3

第一节　心的生理功能 …… 3

第二节　心病的病因病机 …… 8

第三节　心病的治疗原则及常用治法 …… 16

第二章　六经辨证与心病证治 …… 42

第一节　太阳病证 …… 45

第二节　阳明病证 …… 46

第三节　少阳病证 …… 48

第四节　太阴病证 …… 49

第五节　少阴病证 …… 50

第六节　厥阴病证 …… 52

第三章　杂病病脉证并治与心病证治 …… 53

第一节　胸痹病 …… 53

第二节　心痛病 …… 56

第三节　胸满瘀血病 …… 60

第四节　心水病 …… 61

第五节 惊悸病 …… 67
第六节 痰饮病 …… 69

第四章 仲景病邪理论与心血管病证治 …… 72
第一节 痰浊 …… 72
第二节 水饮 …… 73
第三节 瘀血 …… 76
第四节 寒邪 …… 78
第五节 湿邪 …… 79
第六节 毒邪 …… 81

方 剂 篇

第一节 桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤 …… 87
第二节 栝楼薤白白酒汤 …… 91
第三节 人参汤 …… 98
第四节 橘枳姜汤 …… 104
第五节 茯苓杏仁甘草汤 …… 109
第六节 葶苈大枣泻肺汤 …… 115
第七节 薏苡附子散 …… 119
第八节 乌头赤石脂丸 …… 123
第九节 防己黄芪汤 …… 127
第十节 炙甘草汤 …… 135
第十一节 麻黄附子细辛汤 …… 146
第十二节 桂枝甘草汤 …… 149
第十三节 茯苓桂枝白术甘草汤 …… 154
第十四节 五苓散 …… 160
第十五节 真武汤 …… 167
第十六节 四逆汤 …… 181
第十七节 当归四逆汤 …… 189
第十八节 当归芍药散 …… 200

第十九节 大柴胡汤…… 207
第二十节 四逆散…… 212
第二十一节 葛根黄芩黄连汤…… 216
第二十二节 肾气丸…… 219

疾 病 篇

第一章 心血管病常见症状及经方治疗…… 243
第一节 胸闷胸痛…… 243
第二节 心悸…… 246
第三节 水肿…… 248
第四节 肢冷…… 250
第五节 头晕…… 251

第二章 充血性心力衰竭…… 253

第三章 心律失常…… 273

第四章 高脂血症、高黏血症和动脉粥样硬化…… 289

第五章 冠状动脉粥样硬化性心脏病…… 302
第一节 心绞痛…… 302
第二节 急性心肌梗死…… 323

第六章 高血压病…… 344

第七章 病毒性心肌炎…… 355

第八章 扩张型心肌病…… 369

第九章 心血管神经症…… 382

方剂汇编…… 396



理论篇

第一章　中医对心血管病的认识

第一节　心的生理功能

心在中医学中占有重要地位。《内经》称心为“君主之官”，并明确指出了心的功能：《素问·痿论》指出：“心主身之血脉”；《素问·灵兰秘典论》又指出：“心者，君主之官，神明出焉”。《难经》对心脏的解剖形态和生理功能做了较详细的论述，如《难经·四十二难》中说：“心重十二两，中有七孔三毛，盛精汁三合，主藏神”。《类经图翼·经络》曰：“心居肺管之下，隔膜之上，附着脊之第五椎……心象尖圆，形如莲蕾……心外有赤黄裹脂是为心包络”。说明心位于胸腔隔膜之上，圆而尖长，有心包络卫护于外。古代医家认为“心”是五脏中最重要的脏器，在机体的气血运行、阴阳变化中占有重要地位。心脏的生理功能主要有两个方面：一是主血脉，二是主神志。其他方面的生理功能亦和此二者有关，如其华在面、其液为汗、开窍为舌等。

1. 主血脉　心主血脉，是指心有主司血液运行和主司脉管舒缩两方面的功能，血液运行于脉中，依赖于心气的鼓动输送到全身，以发挥其灌溉、濡养五脏六腑的作用。《素问·五

脏生成》说："诸血者，皆属于心"。脉，即血脉，为血之府，脉是血液运行的通道。脉道的通利与否，营血的功能健全与否，直接受心脏功能的制约。心脏、脉管、营血在机体中形成一个相对独立的系统，在脏腑功能中起着重要的作用。血液能在血管内沿一定方向正常运行，主要靠心气的推动作用。心气是血液运行的元动力。正如《素问·平人气象论》说："心藏血脉之气"。至于《内经》中提到的宗气，系指胸中大气，它也包括了心气的部分功能。此外，心主血脉还有另外一层含义，即人体血液的生成，虽然主要靠脾胃的运化作用，但真正变成红色的血液以营养全身，则还需要心火（阳）的温煦作用。《灵枢·决气》中说："中焦受气取汁，变化而赤，是为血"。这里的变化而赤，则是心火作用的结果。

2. 主神志　中医学的神是人体生命活动的体现，其概念有广义狭义之分。广义之神是指整个人体活动的外在表现；狭义之神是指心所主的神志，即人的精神、意识、思维活动。心主神志是指后一种"神"，实际上是指现代医学中的大脑功能。《灵枢·本神》所说"所以任物者为之心"，是指接受外来事物刺激并对其作出相应反应的主要在心。正是由于心有"主神志"、"主血脉"的生理作用，才使心在整个人体生命活动中，占有重要的位置，故《素问·灵兰秘典论》说："心者，君主之官，神明出焉"。《灵枢·邪客》说："心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也"。

此外，需要指出的是："心主神志"与"心主血脉"的功能关系密切，"血"是"神"的物质基础，"神"是"血"的功能的重要表现。《灵枢·本神》说："心藏脉，脉舍神"，《灵枢·营卫生会》说："血者，神气也"，恰切的表述了二者的关系。二者一阴一阳，互根互用，消长转化，共同体现心的生理功能。

3. 心的在志，在液，在体，在窍

（1）在志为喜：志指情志，心之志为喜是指心与喜关系密切，如《素问·阴阳应象大论》所说“其在天为热……在脏为心……在音为徵，在声为笑，在变动为忧……”。喜作为外界的一种良性刺激，有益于心的功能。心气充足，则精力旺盛，思维敏捷，心情舒畅，气血调达，身体健康。故《素问·举痛论》说：“喜则气和志达营卫通利”。但是，喜乐过度则心神受伤，出现“喜乐者，神惮散而不藏”等病理现象。

（2）在液为汗：汗为心之液、为人体津液之一，是津液通过心阳肺气蒸化宣发，从玄府排出体表的液体。《素问·阴阳别论》有“阳加于阴为之汗”之说，说明汗是阴阳变化的产物。《灵枢·决气》有“腠理发泄，汗出溱溱，是为津”之论，说明汗与津同为一物。津液是人体正常水液的总称，故津液与血又同出一源，故而又有“血汗同源”之说。

（3）在体合脉，其华在面：心合脉即是指全身的血脉都归属于心。心其华在面，是指心的功能正常，常可从面部表现出来。心血充盈，心神舒畅，则面部红活荣润，神采奕奕；心血亏虚，心神失养，则面色不华，精神萎靡。

（4）在窍为舌：心开窍为舌，是指舌为心之外候，因心经的经筋和别络，均上系于舌，心的气血可通过经脉上达于舌，故通过舌的变化可测知心脏的功能盛衰，故有“舌为心之苗”之说。

总之，心脉的生理功能不仅包括心、血、脉在内的完整的循环系统，而且还包括主宰精神、意识、思维活动。虽然后世认识到精神、神志、思维依附于大脑，但这明显有悖于传统中医的认识，传统的中医的“心”是一个广泛整体概念，且有五脏皆主神明之说，不可用西医学解剖学的观点去衡量中医的精髓，即使是脑主神明，脑主意识思维，但这些功能的维持，是要靠心的不断的供血为基础的，而且脑对缺血是最敏感的器官。《素问·六节藏象论》说：“心者，生之本，神之变也，其

华在面，其充在血脉”，即是对心脏功能的概括。所以说“心为五脏六腑之大主”。

4. 心与其他脏器的关系

(1) 心与肺的关系：心主血脉是指心有推动血液运行周身的作用。心脏之所以能够推动血液的运行，全赖心气心阳的作用，《素问·平人气象论》所说“心藏血脉之气”，就是指的这种气。心气旺盛，使血液在脉管中运行不息，从而供应全身的需要。肺主气司呼吸，是说肺有主司呼吸的作用，肺是体外天然之清气与体内代谢之浊气交换的场所。人体通过肺，吸入自然界之清气，呼出体内浊气，吐故纳新，使体内外的气体，不断得到交换，所以有“天气通于肺”之说。肺主一身之气，是由于肺与宗气的生成有密切的关系，宗气由肺吸入的清气，与脾胃运化来的水谷之气，在胸中相合而成，《灵枢·邪客》说：“宗气积于胸中，出于喉咙，以贯心脉，而行呼吸焉。”进一步说明宗气的所在部位，并且指出宗气的主要功能是主司肺的呼吸宣发和推动心血的运行。《素问·平人气象论》说：“出于左乳下，其动应衣，脉宗气也。”更加说明了从心跳的强弱可以测知宗气的盛衰。宗气不仅主司调节呼吸和心跳，而且对视、听、言、动等各种功能都有影响，故又有“宗气”为“动气”之说。宗气通过心的推动，肺的呼吸而生成，又通过心脉而布散全身各处，以温养四肢百骸和其他诸脏腑，维持其正常生理活动。故而说肺起到了主持一身之气的作用。《素问·五脏生成》说：“诸气者，皆属于肺”，即是指它的主一身之气的功能而言。气为血之帅，血为气之母，心气与肺气的关系实质是心血的运行与宗气的生成的关系。它有两方面的内容：①心气是血液运行的原动力，但运行于全身的血液均需会聚于肺，通过肺的呼吸和宣发才能布散全身或汇归于心。“百脉皆朝于肺”，和“肺朝百脉”即是这一关系的概括。②宗气积于胸中，不仅司呼吸以助血液中的气体交换，同时宗气亦有推动血液运行和

促进心脏鼓动血脉的作用。

（2）心与脾（胃）的关系：脾胃为后天之本，脾为湿土，主运化水谷津液，主升清，主统血，主四肢，在志为思，在液为涎，在体合肌肉，在窍为口，其华在唇。脾主升清，胃主降浊，二者升降相因，燥湿相济，相反相成，共同完成水谷精微的受纳、消化、吸收过程，故脾胃为气血生化之源。《灵枢·决气》中“中焦受气取汁，变化而赤，是为血”即是对这一功能的部分概括。

心与脾胃的关系，主要体现在血液的生成和运行方面。心主血，推动血液沿脉道以敷布全身；脾胃为气血生化之源，又统摄血液运行脉中，以保证足够的营血来源和正常的运行。脾胃运化功能正常，则化生血液的功能旺盛，营血充足，则心有所主。其统血功能正常，则血液成分正常，血管壁正常，血管约束功能正常，血运脉中而不逸出脉外。

（3）心与肾的关系：心肾同属少阴。心为火脏，位居上焦，主心血，藏心神；肾为水脏，位居下焦，主藏精气，内舍元阴元阳，主骨生髓，精血互为化生，五脏六腑非此不能滋；并主水液代谢，主人身之气化功能。肾脏功能正常，则浊阴得以排出体外，饮邪不能上凌心肺。心神位居上焦，更需肾水以滋养，元阳以温煦，方能心阴不亏，心阳不亢，神清气爽，精力充沛；心肾相交，阴平阳秘，精神乃治。

（4）心与肝的关系：肝为藏血之脏，主疏泄，性喜条达，在志为怒。开窍于目，在体主筋，其华在爪。其疏泄功能主要表现在：调达气机，舒畅情志，促进脾胃运化功能三方面。藏血功能主要是指储藏血液和调节血量两方面。

心与肝的功能关系，主要是血液运行和精神情志调节方面。

血液运行方面有心主血，肝藏血之说，人体之血液，化生于脾，贮藏于肝，运行于心。肝脏藏血功能正常，则能保证心

脏运血之需，且可调节维持其适度的循环血量。反之，心脏运血功能正常，才能使肝脏藏血功能正常，二者相互作用，协调平衡，以保证机体各组织器官之需。

精神情志方面，心主神志、主血脉，肝主疏泄、主谋虑、藏魂，胆主决断，协肝共主谋虑。中医学认为：人类之精神、意识、思维活动，主宰于心，所谓“心者，君主之官，神明出焉”是也。然而，精神情志活动与其他脏腑密切相关，而肝之疏泄功能对其影响甚大。“肝者，将军之官，谋虑出焉”，即是谓此。其对精神活动之影响，实质上也是通过调达气机，和畅气血而得以实现的。情志舒畅，肝气条达，心理健康，则血脉正常。

第二节 心病的病因病机

心脏的生理功能主要表现在“心主血脉”和“心主神志”两个方面，所以在病理条件下，心病反映在临床上的症状亦和“心主血脉”和“心主神志”的功能异常相关。又因为心包为心脏之外围，故温邪上受，痰热扰心，多伤及心包。心之本脏虚损之疾，多由内伤所致。如禀赋薄弱，脏气虚弱，或病后失调，以及思虑过度，都可导致心之本脏虚损。而临床出现心气虚、心阳虚、心阴虚、心血虚诸证。

中医所指心主血脉，实际上包括心主血和心主脉两部分功能，所以心病主要表现在血液运行和脉管方面的改变。血液运行改变，一为血流迟缓，二为脉流薄疾。血流迟缓多为虚证、寒证、瘀证。阳气不足，行血无力；阴血不足，脉道不充；此为本虚。寒邪侵脉，脉管挛急；气血瘀滞，脉流凝涩；此为标实。都可导致血液运行迟缓。另外，血热煎熬，亦可导致血流迟缓，需凉血活血增液治疗。脉流薄疾多为实热证或痰热为患，邪热为患，阳热亢盛，或痰火扰心，则脉流薄疾，甚则导

致出血疾患。

脉管方面的改变主要有痰浊、瘀血、寒邪、热毒痹阻脉络；或过怒伤肝、过喜伤心、过郁伤肺、忧思伤脾、惊恐伤肾，导致脉管痉挛而发病。此为标实。本虚则由于心之气血阴阳不足，宗气不足，心脾两虚、肝肾阴虚等导致脉络失养而临床出现血虚、血瘀、血痹诸证。

心主神志的功能包括思维功能、情志活动、和其他精神意识活动，是心脏生理功能的重要组成部分，通过心理调节、自主神经、内分泌、体液调节等诸多因素实现，血液是神志活动的物质基础，故有“诸血者，皆属于心”之说，《灵枢·本神》亦说：“心藏脉，脉舍神”。心之气血充足，则神志清晰，精力充沛，思维敏捷；如心血不足，心气亏虚，神失所养，则可出现心悸怔忡，失眠多梦，健忘眩晕，神志不宁等。热毒侵心，可出现神昏谵语、狂动躁扰等重证。

心脏病的病因病机可分虚实两方面：虚证主要包括心气虚，心阳虚，心血虚，心阴虚。

实证主要是心火亢盛，痰热扰心，痰迷心窍，痰浊痹阻，饮阻心阳，寒邪痹阻心阳，气滞血瘀等，与其他脏腑相兼为患者有心肺气虚，心脾两虚，心肝气郁，心肾阳虚，心肾不交等。

一、本　虚　证

心气虚是以心脏为主的全身功能活动减弱所表现的一类证候。心阳虚则是心气虚进一步发展的结果，甚至可发展为心阳虚脱。禀赋不足，久病体虚，年老脏气衰弱皆可导致心气不足，主要症状有心悸气短，遇劳加重，自汗出，心胸憋闷或疼痛；心阳虚则在此基础上出现心悸怔忡，畏寒肢冷，面色㿠白，唇舌色淡或青紫，脉细弱或结代；心阳虚衰，出现虚脱，则冷汗淋漓，四肢厥逆，息短气微，神志不清，意识模糊，脉

微欲绝。

心气不足，鼓动无力，心脉失养，故心悸气短；劳则更耗伤心气，故劳则加重；心气不足，不能摄津，心之液外泄，故自汗出；心气不足，宗气亦虚，胸阳不展，不荣则痛。心阳不足，心之气血不能上荣于面，故面色㿠白无华；心阳虚胸阳亦虚，故出现胸闷胸痛；心失所养，故心悸怔忡；阳气不达四肢，故出现四肢不温而畏寒；心阳不足，舌窍失养，故出现唇舌青紫。如果心（胸）阳虚甚，出现虚脱，宗气外泄，则四肢厥逆，大汗淋漓，息短气微，神志模糊，甚至昏迷，脉微欲绝等各种危候。

心血虚是指心之血脉供血不足而出现的临床证候。血为心所主，心血是心脏功能活动的物质基础。或因久病耗伤阴血，或失血过多，或心血生成不足，或脉管痹阻，血流不畅不能为心所用，均可出现心血不足之证，主要症状有心悸气短，面色不华，失眠多梦，眩晕健忘，唇舌色淡，爪甲不华，脉细弱或细数。心阴虚是在心血虚基础上，由于病情迁延日久，累及心阴，出现除气短，心悸，怔忡，健忘，失眠，多梦外，又出现五心烦热，口干咽燥，盗汗，舌红少津等症状。

心血不足，心失所养，故心悸怔忡；心神失养，则失眠多梦，心神不宁；心血不能上荣于面，故面色不华；心血不能上荣清窍，故头晕健忘；心血不足，不能充养血脉，故出现脉细弱；心之阴血不足，致虚火内扰，所以出现五心烦热，口干咽燥，盗汗，舌红少津，脉细数等。

除心之本脏虚损外，临床常与其他诸脏相兼为患，如心肺气虚，心脾两虚，心肾阳虚、心肝血虚等。

心肺气虚：心肺之气实乃宗气，故心肺气虚主要体现在宗气的生成和功能虚损方面。肺主气，心主血，气为血之帅，百脉皆朝会于肺，由于心肺在生理上的密切关系，就决定了病理上心、肺气虚常可互相影响，相兼为患。肺气虚弱，不能正常

主司呼吸，宗气生成不足，则心气亦虚，运血无力而血行迟滞；心气不足，血行不畅，也会影响肺气的输布与宣降，故心肺气虚常表现为呼吸的异常和心血运行障碍。临床可出现心悸气短，喘息咳唾，胸闷憋气，乏力自汗，脉虚无力等症。

心肺气虚，运血无力，故心悸气短；宗气不足，胸阳不展，阴霾上犯，占据阳位，致肺气不足以息，故出现喘息咳唾，胸闷憋气；气虚不足固表，则出现乏力自汗；宗气不足，血行不畅，故脉象涩滞无力。

心脾（胃）两虚：心主血，脾胃主运化受纳，为气血生化之源，又主统血，脾胃功能正常，则心血充盈，心气运血有力。故心脾之气实乃营气在心血管中的表现。心气不足，心血运行无力，影响脾胃运化功能，饮食物之精华不能正常吸收入血以营养血脉；反之，脾胃气虚，受纳运化功能失常，营血不能上输于心肺，则心失所养，运血乏力，百脉不能朝会于肺，并影响心主神志功能。临床可出现心悸气短，眩晕健忘，失眠多梦，腹胀便溏，纳呆乏力，面色不华，脉细弱等症。

心脾两虚证：心血亏虚，心神失养，故心悸气短，失眠多梦；心血不能上荣清窍，故出现眩晕健忘；脾胃虚弱，或忧思伤脾，脾失健运，故食少腹胀，大便溏薄，倦怠乏力，血虚不荣于面，故出现面色萎黄不华，或脾虚不能摄血致各种出血证；心脾两虚，气血不充于脉，故出现脉象细弱。

心肾阳虚：心肾阳虚证，实际上是由于心阳虚导致肾阳亦虚所出现的证候。肾者，主蛰，为元阴、元阳之宅，肾阳为一身阳气的根本，其盛衰对心阳的强弱有直接影响，而心阳为气血运行的动力，二者皆属少阴经。故心肾阳虚证常表现为阳虚阴盛，全身功能低下，血行瘀滞，水气内停等病变。心阳衰微，心失所养，则心悸、怔忡；心阳虚，营血不达四末，肌肤失温，则形寒肢厥；少阴阳衰，心神失养，则精神萎靡，昏昏欲睡。《伤寒论·辨少阴病脉证并治》有“少阴之为病，脉微

细，但欲寐也”之说，即概括了心肾阳衰，阴寒内盛的典型症状。阳虚不能化气行水，三焦决渎失职，膀胱气化无能，则小便不利，水液停聚，泛滥肌肤，则肢浮面肿，因水性趋下，所以水肿以下肢为甚。阳虚运血无力，血行瘀滞，血不利则为水，故临床出现口唇爪甲发绀，肢体浮肿等症。

心肝（胆）虚怯：心藏神，主司人体精神意识思维活动，肝为将军之官，胆为中精之腑，二者主司决断、谋虑，与勇怯有关。心与胆在人体精神活动中相互影响，心气不虚，肝气不郁，胆气不怯，则决断思虑正常。凡各种原因导致心肝（胆）虚怯之人，则精神紧张，易发惊恐，心动神摇，不能自主，而发惊悸、怔忡、失眠等症，甚者出现胆郁痰阻之证，多因心肝血虚所致。如《济生方》所说“惊悸者，心虚胆怯之所致也”。

二、标实证

心火亢盛：是心火内炽所出现的证候，多因情志之火内发，或外感六气而化火，心位于胸中，心火亢盛则自觉心中烦热；心主神明，心火亢盛，内扰心神，则心烦，失眠，甚或神乱发狂；心开窍于舌，心火上炎，故出现口舌生疮；心火移热于小肠，则出现小便短赤，甚则滴沥刺痛。

痰浊内扰：痰浊扰心多见七情所伤，情志抑郁，痰气郁结，郁而化火，上犯于心；或脾胃亏虚，运化失常，水谷精微不布，津液停聚，酿生痰浊。痰浊痹阻胸阳，则出现胸闷胸痛；痰浊壅肺，则胸闷气喘；痰浊扰及心神，则出现神志昏蒙，神志痴呆，精神抑郁，举止失常，或昏倒在地，不省人事，喉中痰鸣等痰浊内闭之证。

盖痰浊属阴，阴主静，其性粘滞，易阻遏气机，损伤阳气，所以痰浊痹阻胸中，导致胸阳不展，临床上出现胸闷胸痛，胸中窒塞，短气等证；痹阻心窍，故出现神志昏蒙，神志痴呆，精神抑郁，举止失常，喃喃自语；或昏倒在地，不省人

事，喉中痰鸣，舌苔白腻或白滑等。若痰郁化火，或五志过极，或外感邪热，内陷心包，痰火扰心，火属阳，阳主动，痰火上扰清窍，则出现神志狂乱，心烦口渴，不寐多梦，面赤气粗，便秘溲赤，重者胡言乱语，哭笑无常，狂越妄动，舌红苔黄腻，脉弦滑而实之证。

饮邪阻遏：饮是指水饮，质地清稀，流动性较强，或停积于脏腑组织，或泛溢于肌肤四肢。饮证多由于脏腑功能衰退或运行障碍引起。按其成因不同可分为如下几类：①气滞停饮：在生理状况下，体内水液的代谢，津液的分布，都有赖于气的推动，只有气机运行通畅，出入有序，津液才得以正常输布，代谢的水液才能排出体外。如感受外邪，或情志失调，导致体内气机郁滞，水液代谢失去推动能力，停于体内，形成饮证。上聚于胸胁而困遏胸阳，致胸闷心悸。②寒凝饮停：体内的津液正常分布和代谢，不仅依靠气的输布，而且有赖于机体阳气的温煦，如外受阴寒之邪，损伤机体阳气，或素体心肾阳衰，不能温养脾肺之阳，运化敷布失常，可致饮邪内停为患，其饮邪上停心肺则咳喘，心悸；饮停中焦则呕恶痰涎；饮溢四肢则四肢浮肿；下阻膀胱则小便不利或短少。③血瘀水停：由于各种原因引起血液运行不畅，“血不利则为水”，而出现水液代谢异常，致临床上或出现下肢浮肿，或出现胸水、腹水等症。

血瘀阻络：血液运行于经脉之中，循环不止，周流不休，若寒热之邪客于脉中，致血寒血热；或气机郁滞，血行不畅；或痰湿水饮阻滞；或外伤血脉，皆可导致瘀血阻滞。瘀血引起的种种病象，都与阻滞、不通的病理机制有关，因血脉流畅受阻，不通则痛，故血瘀之证，多出现疼痛，且以疼痛固定不移，痛如针刺，久病不愈伴舌质紫黯、有瘀点为特征。血液瘀滞，神机失灵，则健忘、怔忡，半身不遂；瘀血阻于胸中，则胸闷胸痛，或胸痛彻背，背痛彻心；脉络瘀阻，则体表可现脉络暴露；瘀血内阻，血不归经，则出血，甚至出现郁而化热之

象。除此之外，还可引起气滞、水停等继发性病理演变。

如寒邪凝涩，痹阻胸阳，胸阳被阴邪阻遏，宗气不得宣通，故出现胸闷胸痛，甚则胸痛彻背，背痛彻心等重证；寒邪侵袭血脉，导致脉道收引，血行不畅，手足脉络瘀滞，可出现局部冷痛，肤色紫暗，血得温则行，得寒则凝，所以喜暖怕冷，得温痛减，寒凝经脉，气血运行受阻，不能上荣于舌，故可见舌质紫暗。

外感温热之邪，或五志化火，深入营血，耗伤血中津液，使血中津液黏稠，运行滞涩，血液郁于脉中；或血热炽盛，迫血妄行，使血液溢于脉外，发生出血，若离经之血未及时排出，亦可瘀阻体内形成瘀血。其所引起的病证除多具发热、斑疹外，还可因血中瘀热上扰心神，而出现神志不清，甚或昏迷不醒等神志病变。

如情志不遂，肝气不舒，导致气机郁滞，因血液的运行有赖于气机的推动，气机的布散，故气机郁滞，可导致血行瘀阻，反过来，血行瘀阻，又可妨碍气机的运行，其临床特征是气滞证与血瘀证并见。如胸痹、脉痹等。

气是人体内不可缺少的精微物质，升降出入，无处不到。具有推动血液、津液运行的功能，通过其不断地运行，来推动血液的循环，津液的布化，气机调畅对维持血脉的正常功能具有重要意义。百病皆生于气，心病尤为重要。或外感六淫，邪郁不解，壅而气滞；或情志刺激，肝气不舒，郁而气滞；或伤于饮食，食积不化，阻遏气机，致气滞不畅，影响血液、津液的正常输布和代谢，均可导致水液积聚和血行障碍。临床出现气滞痰凝、气滞饮停、气滞血瘀、寒凝气滞、气郁化火等证。

总之，心脉病的病机特点为本虚标实。本虚是指元气亏虚，宗气不足，阴阳气血虚衰。原因有四：一者先天不足，禀赋薄弱；二为内伤脏腑，化源不足，气血无以为养而致气血不足；三是由于感受外邪，循经内传，久留不去，损伤正气；四

是失治误治，耗伤正气。气血阴阳虚损的结果是：气血运行无力，推动温煦不足，阴血不能发挥滋养濡润之功。导致痰浊、水饮、寒邪、气郁等标实之证。《素问·通评虚实论》说："邪气盛则实，精气夺则虚"。标实乃邪实之谓，多指痰浊、饮邪、寒凝、气滞、瘀热为患，在本虚的基础上壅遏心气，痹阻脉络。在疾病发生发展过程中，标实往往是疾病发生的直接原因，也是产生临床症状的主要因素。但透过标实的表现，不难发现导致标实的根本原因在于本虚。临床不可不察。

发病原因与病理结果之间关系不是固定不变，而是随着疾病的发展，不断转化，互为因果，相互影响，相互促进，使疾病由浅入深，由轻转重，因虚致实，因实致虚。疾病的发生虽然"邪之所凑"为必不可少的条件，但"其气必虚"是疾病发生与否的重要因素。可见，在这一对矛盾中，正气虚是感受外邪的条件，是因，而外邪侵袭是卫外不固的结果，随着外邪的侵袭，必然导致正气的进一步损伤，则邪气又由结果转化为原因。如气滞与血瘀，气可行血，气机郁滞，气不行血，则血行瘀滞。气滞为因，血瘀为果。但气的输布亦有赖于血液的运载，血瘀不行，则气因无血以载，进而出现气虚郁滞加重，则血瘀又为因而气滞又为果。再如阳虚与痰饮之间，体内津液的运行，布化有赖于阳气的温煦、推动，若阳气虚弱，温煦气化无力，则体内水液代谢障碍，津凝为痰，液停为饮，此为阳虚是因，痰饮是果，而痰饮停积体内，又可损伤机体阳气，妨碍阳气运行，而使阳虚进一步加重，则痰饮又由结果转化为原因。还如阳虚感寒，气虚血瘀，阴虚火旺等，其原因和结果之间均可相互转化，相互影响，共同促进疾病发展，这亦是心系疾病反复发作，逐渐加重，经久不愈的重要原因之一。而临证之时，对于那些很难明确区分原因、结果的病证，只宜因果同治，可望取得较好疗效。

第三节 心病的治疗原则及常用治法

心病的常用治疗原则有治未病、扶正祛邪、调整阴阳、调理脏腑气血、区分标本缓急、和因时因地因人制宜六个方面。治法是在治则指导下，根据辨证的结果而确定的治疗方法，它受治则制约，并从属于一定的治疗原则。

一、治疗原则

(一) 治未病

治未病，即是保持人体的正常状态，维护人体的正气。所谓正气，是指人体正常的功能活动，和抗病康复能力。扶正，即是运用各种治疗手段，以增强体质，提高机体抗邪能力。邪，即邪气，泛指各种致病因素，诸如六淫、疫疠、痰饮、瘀血等。祛邪，即是运用泻实药物，以祛除病邪，使邪去正安。“治未病”一词最早出于内、难二经。《素问·四气调神论》曰：“是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。”《素问·刺热》：“肝热病者，左颊先赤……病虽未发，见赤色者刺之，名曰治未病。”《难经·七十七难》云：所谓治未病者，见肝之病，则知肝当传之于脾，故先实其脾气，无全得受肝之邪，故曰治未病。”人体是否发病，取决于正气能否抵御致病邪气。《灵枢·刺节真邪》曰“真气者，所受于天，与谷气并而充身者也”。元真之气以先天精气为基础，赖后天水谷之精气培养，通过三焦循行全身，有推动人体生长发育和生殖，激发和调节各脏腑、经络等组织器官，以发挥正常的生理功能。张仲景在《金匮要略·脏腑经络先后病脉证》中提出“若五脏元真通畅，人即安和”。生命在于运动，五脏贵在协调，元真通畅，即元真之气充盛而通行于全身，各脏腑经络、组织器官功能协调，气血流畅，整体生命运动保持相对稳态，

则人体健康安和，正气充盛，不易受邪发病；若元气不足，脏腑功能失调，则“客气邪风”致病因素，侵袭人体，导致发病。张仲景进而指出“若人能养慎，不令邪风干忤经络；适中经络，未流传脏腑，即医治之。四肢缓觉重滞，即导引、吐纳、针灸、膏摩，勿令九窍闭塞；更能勿犯王法，禽兽灾伤；房室勿令竭乏，服食节其冷、热、苦、酸、辛、甘，不遗形体有衰，病则无由入其腠理。”论述了未病前的养慎防病措施，和已病后的早期治疗。未病前当注意内养正气，外慎风邪，以预防疾病发生。即病后早期治疗，勿使病邪深入，先安未受邪之地。并以肝病治脾为例进一步说明之。指出腠理是元真通会、气血流注之处，在防病中具有重要意义。“治未病”的预防医学思想是中医学理论体系的重要组成部分，其精神实质有两方面含义，一是“未病先防”，即在未病之前采取各种措施积极预防，防止疾病的发生；二是“既病防变”，即已病之后运用多种手段防止疾病的发展、传变。

张仲景治未病思想在心血管病的防治中具有重要的意义。心血管病多与体质、遗传、环境等因素密切相关，了解这些易感因素并采取积极有效的措施加以防范，对于控制疾病的发生和发展极为重要。与目前现代医学对于某些疾病的“三级预防”措施是相吻合的。如心血管病的预防可以通过适当运动、合理饮食、关注体重、劳逸适度、情志调养等来预防，既病之后应注意减缓并发症的发生和发展，保持良好的生活质量。

张仲景提出的“养慎”，指人要善于保养、调摄、外慎风寒。《素问·上古天真论》说：“食饮有节，起居有常，不妄作劳”，又说：“虚邪贼风，避之有时”，即是此意。如何“养慎”？仲景提出了三项具体措施：①节制房室（性生活），“勿令竭乏”。肾为先天之本，主藏精，肾精之盈亏，决定人的生长发育，强壮衰老，乃至寿命长短。《素问·金匮真言论》说：“夫精者，生之本也”，《灵枢·邪气脏腑病形》亦称“若人室

过度则伤肾”。《金匮要略》在许多疾病中都特别提到“男子”二字，即有房室过劳伤肾之意。②服食适宜。衣服要随着气候的变化而增减，即“适寒温”；饮食也要节其冷热，大寒大热，过饥过饱，皆易损伤胃气。《素问·阴阳应象大论》云：“味伤形”，“寒伤形，热伤气”（王冰注：寒则卫气不行，故伤形。热则营气内消，故伤气。），“苦伤气”（气指阳气），“酸伤筋”，“辛伤皮毛”，“甘伤肉”，“咸伤血”，即指饮食五味不宜太过。“食饮者，热无灼灼，寒无沧沧，寒温中适，故气将持，乃不致邪僻也”（《灵枢·师传》）。另一方面，饮食也应该全面，五味调和不偏，保证营养。③其他方面，如防备金刃、虫兽的伤害。

若一时不慎，感受病邪，必须及早治疗，防微杜渐，以防病邪深入，如在经络开始受邪，尚未深入脏腑的时候，应及早治疗，正如《素问·阴阳应象大论》所云：“故邪风之至，疾如风雨，故善治者，治皮毛，其次治肌肤，其次治筋脉，其次治六腑，其次治五脏，治五脏者，半死半生也。”至于早期治疗的方法，比如四肢刚感觉重着不适，即用导引、吐纳、针灸、膏摩等方法，使机体气血畅行，抗病能力提高，驱邪外出。早期失治，病邪深入可导致“九窍闭塞”，甚至“流传脏腑”，治疗就困难了。

“不遗形体有衰，病则无由入其腠理”是养慎防病和早期治疗疾病的目的。腠理是泛指皮肤、肌肉、脏腑的纹理以及皮肤、肌肉间隙交界处的结缔组织，为三焦所主，既是元真相会之处，又是渗泄体液、血气流注之处，有防御外邪内侵的功能。若人的形体不衰，病邪无从侵入腠理，也就不能“干忤经络”，更不会“流传脏腑”了。

（二）扶正祛邪

心血管病即病之后的临床表现多种多样，病因各异，病理变化极为复杂，病变过程有轻重缓急，因此心血管病的治疗应

根据其自身特点，在整体观念和辨证论治基本思想的指导下，确立治疗原则，制定治疗大法，做到辨证准确，处方合理，用药科学。但归而言之，不外扶正与祛邪两方面。现将心血管病治疗原则和常用治法介绍如下。

正，即正气，系指人体脏腑组织的功能活动、抗病康复能力以及机体生命活动的物质基础；邪，即邪气，泛指各种致病因素，如六淫、疫疠、痰饮、瘀血等。扶正是指运用补益药物或其他手段祛除邪气，以达到邪去病除的目的。务必损益适度。在具体应用扶正祛邪原则时，要四诊合参，判断正邪双方消长与盛衰状况，并根据正、邪在矛盾斗争的主次地位，决定扶正与祛邪的主次与先后。

心血管疾病的发生发展过程，从邪正关系来讲，就是正气与邪气相互斗争的过程，邪正斗争的胜负，直接决定着疾病的产生和进退。邪胜于正则进，正胜于邪则平则退。因而，治疗心血管疾病，必须注意扶正祛邪，改变邪正双方的力量对比，以利于疾病向着痊愈的方向转化。

《素问·通评虚实论》说："邪气胜则实，精气夺则虚"。邪气胜以祛邪为主，精气亏虚以扶正为主。所以扶正祛邪这一法则运用于心血管系统许多疾病中。中医运用扶正祛邪的方法很多，后面有关章节所讨论的各种治疗方法，非祛邪即扶正，而其运用原则，总以正邪双方消长盛衰状况及各种疾病在病程中所处的地位为依据，决定其先后或主次。临床上常用：

1. 扶正　扶正，适用于以正气虚为主要矛盾的疾病，邪气也不盛的虚性病证。如各种器质性心脏病由于先天不足或后天劳损出现心悸怔忡，气短乏力，动则更甚之心气虚证；或气虚及阳，致心阳不足，心胸憋闷或暴痛，形寒肢冷，气短息促，自汗乏力，面色㿠白，唇紫，舌体淡胖，苔白滑，脉沉细或结代等心阳虚证者，治疗分别补益心气和温补心阳。心脏病人出现心悸怔忡，头晕目眩，面色无华，唇舌色淡，脉细弱

者，以及心律失常出现阴血亏损而阴虚火旺者，或心阳不振者，治疗又当补阴养血，或温补心阳。

2. 祛邪　祛邪，适用于以邪实为主要矛盾的疾病，正气也不衰的实性病证。如血栓闭塞性脉管炎，患肢发生溃疡或坏疽，呈现热毒炽盛者，治疗当清热解毒，凉血化瘀，以祛邪为主。高血压患者因暴怒伤肝，肝胆火旺者，治疗当清肝降火治疗。高脂血症患者，形体肥胖体壮者，治疗又当祛痰降浊。胸痹病人出现心痛彻背，背痛彻心，因阴寒所致者，治当峻逐阴邪，以缓急痛。等等。皆属祛邪范围。

3. 扶正祛邪　扶正祛邪法，适用于正虚邪实互见者，治疗当扶正与祛邪并用。此为心血管临床最常用的治疗方法。因心血管病人大多表现为虚实互见之证。本虚标实，治疗当扶正固本与祛除邪气并用，多能取得较好疗效。但在具体运用时又当视正虚与邪实的轻重缓急，或以扶助正气为主，或以祛除邪气为主。如胸痹病人为本虚标实之证，既有胸阳不足之本虚，又有痰浊、水饮、阴寒、气滞等标实为患，治疗当补益宗气，宣痹通阳以固其本；化痰降浊，祛除水饮，逐寒、理气等法以治其标。各种心脏病晚期，心衰而出现心悸气短、不得平卧、腹水、胸水、四肢肿等症状时，当是心肾阳虚，水气凌心之证，治疗又当益气温阳，活血利水逐饮，标本同治。

上两者皆是正气不足，邪气并存的病证，兼用扶正与祛邪治疗，可使正气复而邪不留，邪气去而正不伤。若遇邪盛正虚，正气尚能耐攻，应先祛邪后扶正，以避免兼顾扶正会助邪气。如肝肾阴虚，复为痰浊痹窍的中风证，治疗当先涤痰清热开窍，通腑泄浊，邪气一去，再滋养肝肾，补养气血。慢性肺源性心脏病（简称“肺心病”）人，心肺气虚日久，致血流不畅，瘀血阻滞者，治疗当先补益肺气，稍佐以祛痰活血治疗。总之扶正祛邪法，应根据具体情况灵活运用，临床上细心斟酌。

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**

免责申明：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

（三）和谐阴阳

人体正常的生理活动是“阴平阳秘，精神乃治”，其异常变化则是阴阳失调。在疾病的发生发展过程中，各种致病因素的影响，使机体出现阴阳偏盛偏衰，或阴不制阳，阳不制阴的病理变化，同时也是脏腑、气血、经络、营卫等相互关系失调，以及升降出入等气机失调的概括。调整阴阳，就是针对病理变化，采用补偏救弊，使其恢复相对的动态平衡，达到和谐状态。由于六淫、七情、饮食、劳倦等各种致病因素作用于人体，必须通过机体内部的阴阳失调才能形成疾病，所以阴阳失调既是疾病发生、发展的原因，又是结果。

心血管疾病的发生，从根本上说，即是阴阳的相对平衡遭到破坏，出现偏盛偏衰的结果。对于阴阳的偏盛偏衰，《素问·至真要大论》说：“谨察阴阳所在而调之，以平为期。”因此，调整阴阳平衡，促进阴平阳秘，乃是临床治疗心血管疾病的根本法则之一。

阴阳失调的病理变化甚为复杂，概括起来，可分为阴阳偏盛、阴阳偏衰、阴阳互损、阴阳格拒、以及阴阳亡失五类，根据这些病理变化，临床就有一些相应的治疗法则。

1. 损其有余　一般而言，机体在疾病过程中，若表现出阳气偏盛，功能亢奋，热量过剩的病理状态，产生阳盛而阴未虚的实热证，诸如壮热，面红，目赤等；或表现出阴气偏盛，功能障碍或减退，产热不足，以及病理性代谢产物积聚的病理状态，形成阴盛而阳未衰的实寒证，诸如形寒肢冷，舌淡等。此乃阴阳偏胜，临床应采取“损其有余”的治疗方法，如高血压病邪热亢盛，循肝经上冲，而见头胀头痛，目眩，面红，目赤，烦躁，口干，舌燥，形体俱实，便秘，舌红苔黄燥，脉弦数有力等证，即应“治热以寒”，用清肝经泻肝火之品以治之，泄其肝经有余之阳热，所谓“热者寒之”即是。又如血栓闭塞性脉管炎，在其病变过程中，若因寒邪过盛，寒凝血瘀，经络

阻塞，出现患肢畏寒怕冷，局部皮肤苍白，创面色白，舌淡，苔白，脉沉迟等症，则应“治寒以热”，治用辛热之品温散经络有余之寒邪，所谓“寒者热之”即是。阴和阳是相互制约的，阳长则阴消，阴长则阳消，在阴阳偏盛的证候中，一方的偏盛，常可导致另一方的不足，阳热亢盛易使机体阴津耗伤，阴寒偏盛易于耗伤阳气，《素问·阴阳应象大论》谓：“阳胜则阴病，阴胜则阳病”，即揭示了这种病理变化的发展趋势。故在调整阴或阳的偏胜时，应注意有无相应的阳或阴受损情况存在，若已引起相对一方受损时，则宜兼顾其不足，配合以扶阳或益阴之法。

2. 补其不足　当机体在疾病过程中，阳气虚损，功能减退或衰弱，热量不足，形成阳不制阴的虚寒证，诸如畏寒肢冷蜷卧，面色㿠白，小便清长，下利清谷，舌淡，脉细微等。若因病久肾阳虚衰，清阳不展，浊阴不化，而见头晕目眩，耳鸣失聪，面色㿠白，畏寒肢冷，腰痛脚弱，及下肢浮肿，阳痿遗精，大便溏泄等症者，则当“阴病治阳”，针对肾阳虚衰，投以金匮肾气丸温补元阳，所谓“益火之源，以消阴翳”之义。

临床或出现机体精、血、津液等物质亏耗，阴不制阳，导致功能虚性亢奋，形成阴液不足，滋养、宁静功能减退，阳气相对偏盛的虚热证，诸如五心烦热，骨蒸潮热，面红升火，消瘦，盗汗，咽干口燥，舌红少苔，脉数无力等症，临床应采取“补其不足”的方法治之。

如某些慢性低血压病，因先天不足，后天失养，或者病久失调，导致肝肾阴虚，而见头晕目眩，健忘失眠，咽干口燥，腰膝酸软，五心烦热，颧红盗汗，男子遗精，女子梦交，耳鸣，舌红少苔，脉细数等症者，则宜“阳病治阴”，与滋补肝肾阴液治疗，所谓“壮水之主，以治阳光”之义。又如某些心血管神经症患者，出现心烦易怒，夜寐不安者，究其病因，乃心阴不足导致，故治疗当滋养心阴以配心阳，使其达到阴平阳

秘，精神乃治。

机体阴精与阳气虚损到一定程度，又常互相影响，形成阴阳两虚证。阴液亏损日久，累及阳气生化不足，或无所依附而耗散，在阴虚的基础上可以导致阳虚，形成以阴虚为主的阴阳两虚证；阳气虚损，累及阴液生化不足，在阳虚的基础上也可以导致阴虚，形成以阳虚为主的阴阳两虚证。这两种变化都属于“阴阳互损”，治疗则应阴阳双补。如高血压病，其病开始多为阴虚阳亢，继则阴损及阳，导致阴阳两虚，故治疗在育阴的同时，应注意养阳。而对于某些阳损及阴之阴阳两虚的病症，诸如心衰病人，心阳虚为本，当病情发展到一定程度时，就会出现阳损及阴，此时患者常兼见阴虚症状，最后发展成阴阳两虚证，故治疗当在补阳的同时，酌加补阴之品。

上述举例临床称为“阴中求阳”和“阳中求阴”。所谓阳中求阴，即在补阴时适当配以补阳药，通过补阳来促进阴精的生化，如窦性心动过缓，出现头昏眼花，健忘失眠，面色不华等阴血虚证，常在补阴血的同时，酌加温阳益气之品，乃取“气能生血”、“阴阳互根”之意。

所谓“阴中求阳”，即在补阳时适当配以补阴药，通过补阴为阳气的生化补充物质基础。如病态窦房结综合征因心肾阳虚，阴寒内聚，而出现心悸气短，畏寒肢冷，腰酸腿软，眩晕耳鸣，舌淡苔白，脉结代等症者，治疗时常在温补心肾阳气的同时，佐以滋养阴液之品，此即“阴中求阳”之意。正如《景岳全书·新方八阵》所云：“此又阴阳相济之妙用也。故善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴而生化无穷；善补阴者必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭。”

3. 解其格拒　阴阳一方偏胜至极，将另一方排斥于外，迫使阴阳之间不相维系时，可出现阴阳格拒现象，包括阴胜格阳和阳胜格阴两个方面。如心源性休克所形成的寒厥证，阴寒极盛是疾病的本质，每见四肢厥冷，冷汗如珠，气粗息微，神

志昏蒙，脉微欲绝等症，但由于阴寒之邪壅盛于内，逼迫阳气浮越于外，常可见面颊潮红，烦热等假热之象，是为真寒假热之证，治以破阴回阳救逆，可用通脉四逆汤类方药。又如感染性休克所形成的热厥证，临床常可见四肢逆冷，脉沉等假寒之象。但阳邪盛于内是疾病的本质，每见神昏谵语，身热汗出，口干口臭，渴喜冷饮，心烦躁扰，小便赤短，大便秘结，舌红苔黄，脉沉数有力等症，是由于邪热内盛，深伏于里，阳气被遏，不能外达四肢，而格阴于外，此乃真热假寒证。治以清泄热毒，宣通阳气，可酌选清瘟败毒之品或通下之品。

4. 回阳救阴　阴阳偏衰至极可导致阴阳亡失，出现亡阴或亡阳的病理变化，是为危候。亡阳是指机体阳气突然脱失，致使全身功能骤然严重衰竭的病理状态。如克山病急性发作，可见面色苍白，口唇青紫，四肢厥冷，烦躁昏迷，脉微欲绝等亡阳之症，治当回阳救逆。亡阴是指机体阴液突然消耗或丢失，导致全身功能严重衰竭的病理状态。如低血容量性休克可因大量失血而见面色苍白，全身极度衰竭，头昏心悸，烦躁不安，晕厥，少尿或无尿，汗多欲脱，舌淡脉芤等亡阴之象，治当救阴固脱。

亡阴和亡阳在病机和病症方面虽有所不同但由于机体的阴精和阳气存在着互根互用的关系，亡阴则阳无所依附而散越，亡阳则阴无以生化而耗竭。故亡阴可以迅速导致亡阳，亡阳亦可迅速导致亡阴，最终导致“阴阳离决，精气乃决”，生命活动也就随之终止，这在心血管疾病中由各种因素导致的休克中尤其多见。因此，对这类病证应根据阴阳互根的原理急予回阳救阴，同施并用，只是应区分主次，治疗有所偏重。

阴阳是辨证的总纲，心血管疾病的各种病理变化，均可以阴阳失调加以概括，因此，调整阴阳实为治疗心血管疾病的总纲。其他如调整脏腑、调和营卫、调理气血、补虚泻实、散寒清热、升清降浊等治法，亦自然可以概括在调整阴阳治则之

内。《素问·阴阳应象大论》说："其高者因而越之；其下者引而竭之；中满者泻之于内；其有邪者，渍形以为汗；其在皮者，汗而发之；其慓悍者，按而收之；其实者，散而泻之。审其阴阳，以别柔刚，阳病治阴，阴病治阳，定其血气，各守其乡"，说明了调整阴阳这一治则的临床应用。

（四）调理脏腑气血

人体以脏腑的功能活动为中心，心血管疾病的发生，无论是外感还是内伤，亦无论是功能性的还是器质性的都必然造成脏腑生理功能的紊乱和脏腑阴阳、气血的失调；气血是脏腑、经络等一切组织器官进行生理活动的物质基础，脏腑功能失调常常通过气血失常反映出来。临床治疗心血管疾病的各种方法，如清心降火、益气养血等，总是根据相关脏腑气血失调而确立，因此，调理脏腑气血亦是治疗心血管疾病的重要原则之一。

1. 调理脏腑　心血管疾病中的脏腑失调主要表现在两个方面：一是心脏自身的功能失调，如心之阳气偏胜而致心阳亢奋，心火上炎与下移，心之阳气偏衰所致心神不足、血脉寒滞；心之阴血失调而致心阴不足、心血亏损、心血瘀阻等，治疗时应结合各自的病理特点，采取多种措施调理，促使其功能恢复。其二是各脏腑之间的生理功能失调。人是一个有机的整体，脏与脏、腑与腑、脏与腑之间在生理上互相协调，互相促进，在病理上则互相影响。当心脏发生病变时，常会影响其他脏腑功能。同样，其他脏腑发生病变，亦可累及心脏。故在治疗心血管疾病时，不可单纯只考虑心之一脏，而应注意调整心与其他脏腑之间的关系。如慢性肺源性心脏病，多由于肺脏反复感染，日久不愈，逐渐累及肺、肾、肝、心而发病，其症则在呼吸困难、动则气急、不能平卧等本虚的基础上，间或可见痰饮、咳嗽、气喘、水肿、瘀血等标实之象。以现代医学的病理解剖而论，可以认为，这是一个肺气肿逐渐加重的过程，也

是一个从不累及到逐渐累及以致到明显累及心脏血管发展为肺心病的过程。从病理生理学来看，则是一个从呼吸系统功能失调，逐渐累及循环、消化、泌尿、自主神经、内分泌、能量代谢、免疫、环核苷酸等全身各个系统功能失调的过程。其本在肺，其末在心，旁及脾肾肝诸脏。因此，治疗上就绝不能只着眼于心，而应从整体出发。根据其本虚标实之不同，相兼调治，其中尤需注意调整脏腑功能。又如心肌梗死病人，在心绞痛的同时，常可出现严重的恶心、呕吐，上腹或全腹胀满等脾胃症状，此就经脉而论，则有密切联系。因胃脉通于心。故治疗时常常心胃同治，甚至对某些冠心病患者，通过调理脾胃，心脏症状常可不治自解。由此看来，心血管疾病固然与心脏本身病变有关，但是其他脏器的病变每可引发或导致心脏病变，同样，心脏病变亦可引起其他脏器的病变。故在治疗时，必须根据这些脏腑在生理上的相互关系和病理上的相互影响，注意调整其功能活动，才能收到较好的治疗效果。

2. 调理气血　与脏腑功能失调一样，气血功能失调亦主要表现在两个方面：其一是气与血自身的不足或逆乱而导致各自的功能失调。如某些心脏病，即可能出现气虚、气滞、气逆、气陷、气闭、气脱等证，亦可出现血虚、血瘀、血溢、血热、血寒等病证，治疗就应针对这些变化而分别予以补气、行气、降气、升气、开闭、固脱和补血、活血、摄血、凉血、温通血脉。其二是气和血的互根互用功能失调。在生理上，“气为血帅”，气能生血、行血、摄血；“血为气母”，血可为气的活动提供物质基础，血能载气。当气血相互为用、相互促进的关系失常时，就会出现各种气血失调证，因此，治疗就应该采取“有余泻之，不足补之”的方法进行调理。如心衰病人，常因心气虚导致气血两虚，同时气虚无力推动血行，可致血行减慢而瘀滞不畅，发为气虚血瘀证或气滞血瘀证，治疗应分别益气补血或补气行血，或行气活血化瘀。又如中风患者，常因肝

气上逆使血随气升而发生昏厥，治疗当引血下行或降气和血。气能摄血，气虚不能摄血，可导致血溢脉外而出血，故治疗宜补气摄血。血为气母，血虚气亦虚，血瘀气亦滞；血脱气亦脱，故治疗时应根据气血失调的发病先后而采取适当的方法治之，才能取得较好的疗效。

需要说明，气血失调的病理变化从理论上的区分如上述，但从临床实际而言，则无论气虚、血虚，还是气血互根互用的关系失调，都与脏腑经络直接相关。因此，调理气血必须与具体的脏腑经络相结合，治疗才能切中要处。

（五）区分标本缓急

标本是一个相对概念，有多种含义，如以正邪而言，则正为本，邪为标；以病因与症状而言，则病因是本，症状是标；以部位而言，则内脏为本，体表为标；以病证先后而论，则旧病为本，新病为标；原发病为本，继发病为标等等。在心血管疾病中，标本主要用于说明病变过程中各种矛盾的主次先后。缓急，则指病情的轻重和快慢。区分标本缓急，就是指治疗心血管疾病宜注意区分各种疾病矛盾双方的主次关系，包括病情的轻重和病变的缓急，以制定相应的治疗措施。

与其他脏腑病变一样，心血管疾病的发生发展，总是通过若干症状和体征显示出来的。但这些症状和体征只是疾病的现象，不是本质。只有充分搜集，了解疾病的各个方面，如发病原因，病变过程、症状、体征、体质、过去史、个人史等，运用辨证论治理论，采用去粗取精，去伪存真，由此及彼，由表及里的方法，进行综合分析，才能透过现象发现本质，找出产生疾病的根本原因及病变机制，从而确立恰当的治疗方法。譬如心悸，可由气血不足、心肾阳虚、水气上泛，以及痰饮、瘀血等多种原因引起，故治疗上就应分别采取益气养血、温通心肾、宣散水气、化痰蠲饮、活血祛瘀等方法进行治疗，才能如矢中的，击中病所。此即“治病必求于本”之意义所在。

1. 正治　临床运用治病求本这一法则，必须掌握“正治”与“反治”、治“病”与治“证”这两种情况。正治是逆其证候性质而治的一种常用法则，又称逆治。逆，是指所用方法的寒、热、补、泻与疾病的热、寒、虚、实性质相反。由于临床上绝大多数心血管疾病的征象与疾病的性质是相符的，即寒性病证见寒象，热性病见热象，虚损病见虚象，邪实病见实象，因此，在仔细辨明疾病性质的寒、热、虚、实之后，可分别采用“寒者热之”、“热者寒之”、“虚则补之”、“实则泻之”等不同方法进行治疗。如急性感染性心内膜炎，突然出现高热、寒战、口渴、尿赤、苔黄燥，脉洪数等热毒炽盛的实热证，治疗就应宗“热者寒之”，用白虎汤等寒凉药治之。又如肢端动脉痉挛证，常因局部受寒而发病，症以病变局部皮肤苍白或紫暗、发冷、麻木、刺痛为主，故宜据“寒者热之”，用当归四逆汤等温热药治之。至于虚证宜补，实证用攻，在心血管疾病中应用非常普遍。不再一一赘举。

2. 反治　反治，是顺从疾病假象而治的一种治疗方法。又称从治。从，就是所用方药的寒、热、补、泻性质与疾病的某些假象相符合。通常而言，心血管疾病的现象与性质是一致的，因此，临床上绝大多数病证均是采用“正治”法治疗。但在某些特殊情况下，尤其是一些复杂病症的危重阶段，常常出现一些病变性质不相一致，甚至相反的征象，如真寒假热，真热假寒，真虚假实，真实假虚等。此时就不能盲目地见寒治寒，见热医热，见虚补虚，见实泻实，而应全面分析病情，透过假象认清本质，采取“反治”法治疗。临床常用的反治法有“热因热用”、“寒因寒用”、“通因通用”、“塞因塞用”四种。其中“热因热用”、“寒因寒用”是针对阴盛格阳和阳盛格阴而治的，这在“调整阴阳”中已作了详细的论述，不再重复。至于“通因通用”，就是以通治通，用通利的药治疗具有通泻性质的实性病证。适用于“大实之病，反有羸状”的真实假虚

证，例如亚急性感染性心内膜炎，当其赘生物碎落成感染性栓子时，可随体循环血流布散到身体各部产生栓塞，阻碍血流，使血管壁破裂而出血，当其栓塞肺部时，可致胸痛，发绀，气急和咯血；当其栓塞肾脏时，可出现腰痛和血尿，治疗就应活血化瘀法“以通治通”。而“塞因塞用”则是以补开塞，即用补益药物治疗具有闭塞壅滞不通之症的病证。适用于正虚推动无力而致闭塞的真虚假实证，如冠状动脉粥样硬化性心脏病（简称“冠心病”）患者心脾亏虚，常有类似实证的胸闷气短，运用补益心脾法治疗后，其证自消。假若一见胸闷，即认为邪实而与攻伐，必然更伤正气，反使胸闷加重。

必须明确，真假同见之证，其真相多深伏于里，它往往是疾病的本质，而假象多浮现于表，是疾病的特殊反映，临床只要仔细辨别，不难区分。然就其实质，则还是在治病求本的原则指导下，针对疾病本质而治的一种特殊方法，严格来说，仍属于正治的范畴。

此外，在心血管疾病中，由于寒热性质错综复杂，疾病常对药物发生格拒，如用热药治寒证而拒热，以寒药攻治则加剧；以寒药治热证而拒寒，以热药攻治则加重等，此时需用反佐法才能取效。常用的有药物反佐和服法反佐等两种。药物反佐，是指制方时根据方药的寒热性质，适当佐以与之性质相反的药物制之，以防药物与疾病之间发生格拒。如某些大寒大热证，常在寒凉方中佐以少许温热药物，在温热方中佐以少许寒凉药物即是。服法反佐，是根据方药的寒热性质，采取热药凉服，寒药温服之法以防疾病与药物发生格拒，所谓“治热以寒，温而行之”、“治寒以热，凉而行之”即是。

中医治疗心血管疾病是既注重治“病”，又注重治“证”。病，即疾病，是在病因作用和正虚邪凑的条件下，体内出现的具有一定发展规律的正邪交争，阴阳失调的全部演变过程，具体表现出若干特定的症状和各阶段相应的证候。证，则是疾病

发生和演变过程中某一阶段的病因、病机、病位、病性、病势等情况的综合概括。临床上由于一种病可以出现多种不同的证，因此，施治时就应在治病求本的原则指导下，采取“同病异治”和“异病同治”的方法来处理好治“病”与治“证”的关系。

3. 同病异治　同病异治，是指同一疾病，由于发病的时间、地点以及患者机体的差异，或处于不同的发展阶段，所表现的“证”不同，因而治法也应不一样。例如同是眩晕，其证却有肝阳上亢、气血亏虚、肾精不足和痰浊中阻之分，故治疗亦因之而异。又如病毒性心肌炎，临床可分里热炽盛、心阳虚损、阴阳两虚、水气凌心等类型，因而治法就各不相同。

4. 异病同治　异病同治，指不同的疾病，在其发展过程中，出现了相同的“证”，因而可采取相同的方法治疗。例如心悸和胸痹是两种不同的病，但在病程中如果都出现了心血瘀阻证或心肾阳虚证，便均可以活血化瘀法或温通心肾法治之。又如慢性心衰，心律失常和病态窦房结综合征，其病各不相同，但在病变的某阶段，却均可出现气阴两虚证，故均可以生脉散、炙甘草汤益气养阴治疗。

由此可见，中医治疗心血管疾病不在于着眼于“病”的异同，而在于“证”的区别。相同的“证”，即便“病”不同，仍可用基本相同的治法；不同的“证”即使“病”相同，亦必须用不同的治法。此即所谓“证同治亦同”、“证异治亦异”。这种针对疾病发展过程中不同质的矛盾而用不同质的方法去解决的法则，就是“治病求本”的精神实质。

治病求本虽为治疗心血管疾病的基本原则，但在某些病症中，标病甚急，如不及时救治，常可危及患者生命或影响疾病的治疗时，则应采取“急则治其标，缓则治其本”的法则，先治其标病，后治本病。若标本并重，则应标本兼顾而施治。

5. 急则治标　所谓急则治其标，是指针对病症急重，甚

至危及患者生命或影响对“本”病的治疗而采取的一种暂时急救的法则。这一法则主要用于指导心血管疾病中的急重病、危重病的治疗。例如：各种原因引起大出血，导致循环功能衰竭而休克者，就应采取急救措施，紧急止血以治标，待血止病情缓和后，再治其本。又如急性脑血管疾病，高血压性脑出血，卒然出现闭证，宜当先治其标，予以开闭清心，化瘀通络，待病情稳定后，再图治本。再如冠心病患者，素有心肾阳虚，复为寒邪新伤，而突然出现胸闷、心痛，面色青紫，等寒凝症状者，治疗也应先予温通心阳，待新病缓解后，再予调理阳虚。《金匮要略》所谓“夫病痼疾，加以卒病，当先治其卒病，后乃治其痼疾也”，即指此而言。

6. 缓则治本　在急性病缓解后，或者对某些慢性病，则应根据“缓则治其本”的原则进行治疗。例如，脉管炎患者，病变已停止发展，局部坏死亦已局限，溃疡面逐渐缩小，此时就应以补气为主，佐以活血化瘀，促进肢体恢复。又如前述之慢性肺源性心脏病，肺部感染是致病之本，只有积极防治肺部感染，才能控制病情发展。

7. 标本同治　标本同治，是指在标病本病并重时，采取既治其标又治其本的一种法则。临床上大多数心血管疾病皆为标本同见，且多为本虚标实，故这一法则比单纯治标或治本更为常用。前述之扶正与祛邪合用（包括其先后运用），以及调理气血之补气行血和补气摄血等，实际上即是标本兼治的具体运用。

由此可见，标本缓急治则既有原则性，又有灵活性，临床应视病性变化而适当选择，但应以治病求本为准则。

（六）因时、因地、因人制宜

心血管疾病的发生、发展与转归，常常受时令气候、地理环境等多方面因素的影响尤其体质因素的影响更大。因此，治疗就应根据不同的季节、地理环境，以及不同的年龄、性别、

体质、职业等而制定适宜的治疗法则。

1. 因时制宜　因时制宜，指根据不同的季节气候特点，来考虑治疗用药。四时气候的变化，是生物进行生命活动的重要条件之一，但是太过就会成为致病因素。人类适应自然环境的能力是有限度的，如果气候剧变超过了人体调节功能的一定限度，或者机体的调节功能失常，不能对气候变化作出适应性调节时，就会发生疾病。因此，临床上应当根据季节气候甚至日时的不同变化而决定心血管疾病的用药处方。

一般在气候由温渐热的春夏季节，由于阳气升发，人体腠理多疏松开泄，即使某些心系疾病因感受风寒而发，亦不宜过用辛温发散药物，以免开泄太过，耗伤气阴，变生他证；而在气候由凉变寒的秋冬季节，由于阴盛阳衰，人体腠理多致密，阳气内敛，此时若非大热之症，慎勿滥用寒凉药物，以防劫伤心肾阳气。《素问·六元正纪大论》说："用寒远寒，用凉远凉，用温远温，用热远热"，即是缘此而言。又有某些心系疾病，其发作或加重与特定的季节气候变化密切相关，例如，急性风湿热、慢性风湿性心脏病（简称"风心病"）、急性心肌梗死，雷诺氏病、血栓闭塞性脉管炎及动脉粥样硬化等疾病，常在冬天或早春（包括其间的气候剧变和季节转换）发病，多系寒邪所伤，故宜重用通阳散寒之品予以治疗。

另外，昼夜的变化，对某些心血管疾病亦有一定的影响，如慢性心功能不全和慢性肺心病患者，一日之内的病情变化多表现为上午比下午轻，晚上比下午重，呈"旦慧昼安，夕加夜甚"的变化，治疗按早、中、晚给药，疗效反而不佳，改为午后、傍晚、夜半服药后，则疗效卓著。究其原因，乃以"朝则人气始生，病气衰，故旦慧；日中人气长，长则胜邪，故安；夕则人气始衰，邪气始生，故加；夜半人气入脏，邪气居于身，故甚也"。（《灵枢·顺气一日分为四时》）。午后、傍晚、夜半给药正是针对其时人体正气渐衰，邪气渐长，以致独甚的

变化特点而用药物助正克邪，使正气得以伸展，故病情得以控制。

又有非其时而有其气之特殊情况，即《金匮要略》所谓："未至而至"、"至而不至"、"至而不去"、"至而太过"者，当区别上述原则。依据具体病情灵活选方用药，不可墨守陈规。

2. 因地制宜　因地制宜，是指根据不同的地理环境来考虑治疗用药。我国地域辽阔，东南西北地质不一，山丘平原地貌各异，温度湿度亦互不相同，人的生活习惯也随之而异。不同地区，由于地之高下，气之温凉的影响，人的生理活动和病症特点也不尽一致，因此，治疗就应根据当地环境及生活习惯而有所变化，"小者小异"、"大者大异"，地域特点不同，治法各有所宜。如西北地区，气候干燥而寒冷，其民多处于风寒凛冽之中，故易发生心肌梗死、高血压、肺心病及血栓闭塞性脉管炎等病，其病多为寒证、实证。东南地区，气候温热，相对而言，则这些疾病比较少见，即使出现，也多为热证、虚证。临床治疗应联系这些特点，分别采取相应的治疗方法。

我们知道，地理环境的变化是复杂的，对机体的影响也是多种多样的。如地质、地貌、气候、水文、土壤、植被等因素的变化都可作为外因影响机体。尤其随着人类对自然资源大规模开发和利用，人为的许多因素影响地理环境，也可引发一批心血管疾病，如在东北到西南一条过渡地带的荒僻山区，高原及草原上的乡村，由于土壤、水质和粮食中缺乏某些人体需要的微量元素，如硒、钼、镁等，或有关营养物质，从而干扰了心肌代谢，引起了心肌损伤而发生克山病。因此，我们对地理环境与机体之间关系的认识，不能仅停留在中医学原有的朴素的宏观阶段，而应当借助现代科学知识与技术，向微观领域出发，使之更好地为临床治疗心血管疾病服务。

3. 因人制宜　因人制宜，即根据病人年龄、性别、体质、职业、性格、气质、生活习惯等不同特点，来考虑用药。不同

年龄的患者，其生理状况和气血盈亏各不相同，治疗用药亦有差异。如老年人易患冠心病、高血压和动脉粥样硬化等，且因生理功能减退，气血亏虚，其病多为虚证，或虚实夹杂，治疗虚证宜补，即便邪实要攻，亦应慎用，中病即止。否则，过用攻伐，必伤正气，加重其病。小儿生机旺盛，但脏腑娇嫩，易寒易热，易虚易实，常易感冒而继发病毒性心肌炎等，既病之后，病情变化莫测，故治疗忌投峻攻大补，用药以轻灵简捷，治疗要迅速彻底。

男女性别不同，生理病理各有差异，尤其妇女有经、带、胎、产等情况，用药亦应加以考虑。如妇女月经期，无论患什么心脏病，皆应慎用破血化瘀之品，以防出血不止；又如妇女在妊娠期，有心脏病，一般应慎用辛香燥烈、峻破、滑利之品，以免伤胎。但当分娩前后，出现了以心肌病损为主的心力衰竭综合征（即围生期心肌病），且以水饮、瘀血为主时，又当酌用活血利水之品，中病即止，所谓“有故无殒，亦无殒也”。流行病学调查表明，在我国，冠状动脉粥样硬化性心脏病多发生在40岁以上的中老年男性，大多数证候为本虚标实，故在治疗时当顾及这一特点，权衡标本缓急而治。

体质有强弱与寒热之偏，不同的体质应用不同的方法予以治疗。在心血管疾病中，凡阳盛或阴虚之体，宜慎用温热之剂；阳虚或阴盛之体，宜慎用寒凉之药。邪盛体壮者，当予祛邪，正虚体弱者，当予扶正治疗。《素问·无常政大论》说：“能毒者以厚药，不胜毒者以薄药”，说明体质不同，用药自有差异。

此外，人的职业、性格、生活习惯等对心血管疾病的产生和复发都有一定的影响。如脑力劳动者易发生心肌梗死，劳累、情绪激动易致心绞痛，性格急躁者易致肝阳上亢而发脑卒中，过食肥甘厚味可致肥胖症和高脂血症，等等。掌握这些，对治疗心血管疾病均有一定的意义。

总之，治则是对任何心血管疾病的治疗均有普遍指导意义的原则，是立法处方的依据。正确掌握上述治疗原则，对于制定合理的治疗方法，提高治疗效果，具有重要意义。

二、常用治法

心脏病有虚实两大类，虚证有心气虚、心阳虚、心血虚、心阴虚。实证有心火亢盛、痰迷心窍、痰火扰心、饮邪阻遏心阳、心血瘀阻等。关于心脏病的治疗应注意：辨证与辨病相结合；分清标本虚实；祛邪而不伤正，扶正而不碍邪。

（一）本虚证

1. 心气虚

主要表现：心悸怔忡，气短乏力，活动后尤甚，兼见头晕，神疲自汗，胸闷不适，或胸痛隐隐，舌质淡红，舌苔薄白，脉细弱或结代。

心气虚证临床十分常见，其病势较缓，病情较轻。多因思虑劳倦，耗伤正气，或禀赋不足，心气本虚，或年高体弱，脏气日虚，或久病气血虚弱，上及于心。此外，痹病日久，内舍于心，或病后汗下太过，伤及心之阳气，亦可引起本病。心为五脏六腑之大主，其生理功能主要主神明及主血脉两方面。故心气虚证主要表现在以下两方面：一是精神意识思维活动方面，包括了神志、情志、语言等功能障碍，出现惊悸不安，失眠健忘，喜悲欲哭，多忧善怒，精神恍惚，喃喃独语等症，《灵枢·本神》概括为“心气虚则悲”，“神伤则恐惧自失”。二是由于心气不足，影响血脉运行，出现局部及全身气血不足的症状。如神疲乏力，胸闷气短，胸部疼痛，时有自汗，面色不华，舌淡脉弱，甚或口唇青紫，脉象结代等。当然在不同疾病中，心气虚之临床特点，又不尽相同。心气虚证病位在心，其证属虚。日久可影响肺脾肾三脏功能失调，极易造成瘀血、痰浊等病理产物的发生。本证常见于心悸、怔忡、不寐、胸痹、

心痛、癫痫、百合病等病中。

现代医学中多种器质性心脏病、心血管神经症等疾病，凡出现心气虚者，可参考本证论治。

治疗方法：补益心气。

代表方剂：人参汤（人参、干姜、白术、甘草）。本方适用于心肺气虚，宗气不足之胸痹证，出现胸闷胸痛，气短乏力。

2. 心阳虚

主要表现：心悸怔忡，心中空虚，惕然而动，心胸憋闷，或心痛暴作，形寒肢冷，气短息促，自汗乏力，面色㿠白，唇色紫暗，舌体胖嫩，舌质淡红，舌苔白滑，脉细弱或沉细迟或结代等。

心阳虚证是在心气虚的基础上发展而来，乃临床常见急危重症。从病因而论，心阳虚证，或因心气、心阴大伤，气虚及阳，阴虚亦可及阳，以致神不守舍，心中空虚；或脾阳素虚，不能蒸化水津，聚液成饮，饮邪上逆，损伤心阳；或思虑劳心过度，心阳受损；或营血亏虚，阴精暗耗，阴不敛阳，心阳虚越；或禀赋不足，脏气虚弱，病后失调，均可导致心阳虚证。其证属虚，病位在心。疾病演变可影响肺脾肾三脏功能。当导致病理产物如痰饮、瘀血后，则临床表现出虚实夹杂证候。心阳虚证常见于心悸、胸痹、厥心痛、真心痛等疾病中。

现代医学之多种心脏病变，如冠心病、心肌病、以及心力衰竭和某些慢性疾患引起的“循环衰竭”出现心阳虚者，可参考本证论治。

治疗方法：温补心阳。

代表方剂：四逆汤（干姜、熟附子、炙甘草）。适用于心阳不足，心气不充，四肢厥逆，脉沉细者。

如出现心阳虚兼有脾阳虚者，治宜温阳健脾，方用苓桂术甘汤（茯苓、桂枝、白术、炙甘草）。

如出现心阳虚甚，喘促难卧，汗出不止者，用桂甘龙牡汤（桂枝、甘草、龙骨、牡蛎）治之。

心阳虚兼有肾阳虚者，方用真武汤（熟附子、生姜、白术、茯苓、白芍）温阳利水法治疗。

3. 心血虚

主要表现：心悸怔忡，心烦失眠，多梦易惊；记忆减退，头晕目眩，面色无华，唇舌色淡，脉细弱或结代。

久病体弱，血液生化不足；或长期慢性失血；或劳倦过度，心血耗损。心血不足，营血亏损，血脉不充，故见心悸、善忘、心烦、少寐、头晕等症；心血不足，脾气虚弱，可出现心脾两虚证；心血不足，血行不畅，又可引起气滞；心血不足，心阴暗耗，又可出现虚火内扰等症。其证属虚，病位在心，临床上心悸、怔忡、虚劳等病中极为常见，故应引起重视。

现代医学中的各种心脏病，贫血，心血管神经症，甲状腺功能亢进，及其他疾病出现心血虚者，可参考本证论治。

治疗方法：养血安神。

代表方剂：胶艾汤（阿胶、艾叶、熟地黄、当归、芍药、川芎）加减，养血以安神。

4. 心阴虚

主要表现：心悸怔忡，胸闷胸痛，寐少梦多，惊惕不安，五心烦热，咽干口燥，两颧潮红，低热盗汗，舌红少津，脉细数。

心阴虚证在临床常见，其发病原因，多为劳伤太过，心阴暗耗，心神失养；或热病伤阴，心阴亏损，阴虚火旺；或久病肾阴不足，心火亢盛，心肾不交；或情志内伤，五志化火，消灼心阴；亦可因心阴不足，虚火内燔，影响其他脏腑而发病。心阴虚证常见于心悸、怔忡、虚劳、不寐等疾病之中。

现代医学中各种原因引起的心脏病、心律失常，神经官能

症，甲状腺功能亢进性心脏病等，证见心阴虚者，可参考本证论治。

治疗方法：滋养心阴。

代表方剂：百合地黄汤（百合、生地黄）以滋养心阴；如若阴虚火旺，心神被扰，寐少梦多，五心烦热者，用黄连阿胶汤（黄连、阿胶、鸡子黄、芍药、黄芩）滋阴降火治疗。

（二）标实证

1. 心火亢盛

主要表现：心胸烦热，夜不能寐，口舌生疮，面红口渴，或吐血、衄血，小便短赤涩痛，大便秘结，或狂躁谵语。舌尖红赤，舌苔黄燥，脉弦数或弦细数。

心火亢盛证，多因劳累过度，心火妄动，或过食辛辣制品，或六淫内郁化火，或五志郁积化火所致。心火内炽，则心中烦热；火扰心神，则心烦失眠；心开窍于舌，心火上炎，则口舌生疮，或口舌糜烂；热灼津液，则口渴喜饮；心合小肠，心火亢盛，移热于小肠，则小便赤涩刺痛；热伤血络，则见尿血；舌为心之苗，心主血脉，故心热可见舌红脉数。其病位在心，证候属实，或虚实夹杂。病情演变可波及到肝、脾诸脏，出现心肝火旺、或心脾积热等症。心火亢盛证多见于心悸、不寐、血证、血淋、齿衄、口疮等疾病之中。

现代医学之多种心脏病、心血管神经症、精神分裂症、复发性口疮、急性尿路感染、舌炎、咯血等出现心火亢盛者，可参考本证论治。

治疗方法：清心泻火。

代表方剂：泻心汤（大黄、黄连、黄芩）。方中大黄为主药，以清泻实热火毒；黄连清泻心火，除烦热；黄芩清泻上焦之火。三药配合，主治心火亢盛，共奏清心泻火之效。若热扰心烦，可合用栀子豉汤（栀子、淡豆豉）清心除烦。

2. 痰瘀痹阻

主要表现：胸部闷痛，疼痛彻背，固定不移，或四肢麻木，沉重疼痛，经久不愈，遇寒加重，得温则舒，或体内肿块，固定不移；或半身不遂，口眼㖞斜，语言不利，舌体胖，舌苔黄腻，脉弦滑。

痰瘀互结证，临床较常见，多因脏腑功能失调，气血津液运行受阻，或湿滞生痰，痰滞而血瘀；或血阻而瘀，瘀血内阻，津运不畅而生痰，痰瘀互结而引起。其临床表现，随瘀阻的部位而异，多属本虚标实之证。其病位可涉及多个脏腑。常见于胸痹、眩晕、脉痹等。

现代医学之冠状动脉粥样硬化，高脂血症，高粘血证，冠心病心绞痛，心肌梗死，风湿性关节炎，风湿性心脏病，脑动脉硬化，老年性痴呆，脑血管意外等，见有痰瘀互结者可参照本证论治。

治疗方法：化痰祛瘀。

代表方剂：瓜蒌薤白半夏汤（瓜蒌、薤白、半夏、白酒）和当归芍药散（当归、芍药、川芎、泽泻、白术、茯苓）加减。方用瓜蒌、薤白、半夏化痰降浊；白术、茯苓、泽泻健脾利湿；当归、芍药、川芎活血化瘀。全方共奏化痰祛瘀之效。

3. 水湿泛滥

主要表现：水湿起时，目窠上微肿，如新卧起状，继则四肢或全身浮肿，腰以下肿势明显，按之没指，甚则出现胸水、腹水、小便不利，身重胸闷，纳谷不香，泛恶欲吐，或形寒肢冷，心悸气短，腰痛酸重，舌质淡，舌苔白，脉沉细或沉迟。

水湿泛滥之证临床常见，属于危重证候。多因感受外邪，或涉水冒雨，水湿内侵；或饮食不节，脾为湿困；或素体脾虚，又加饮食劳倦所伤，使脾阳不振，气不化水，脾不散精；或房室过度，肾气亏损，气化不利，而导致水湿潴留，泛滥于肌肤，出现头面、四肢、胸腹、腰背、及全身浮肿等一系列症状。肺脾肾三脏功能失调，三焦气化不利，膀胱气化不利，血

行不畅，亦可损及于心。咸寒入肾，或过食咸寒，肾气受损，气化不利为本证反复发作的重要原因之一。常见于水肿、心悸、痰饮等疾病中。

各种心脏病或伴有充血性心力衰竭等疾病可参考本证论治。

治疗方法：健脾温肾，化气利水。

代表方剂：五苓散（白术、泽泻、猪苓、茯苓、桂枝）。主治脾为湿困，气化不利，四肢浮肿，身重胸闷，纳谷不香者。方用白术健脾燥湿以利水，猪苓、茯苓利水健脾渗湿，泽泻利水渗湿，又防伤阴，桂枝助阳化气，以运水湿，合方共奏健脾温肾，化气利水之功。临床可合五皮饮（桑白皮、大腹皮、陈皮、茯苓皮、生姜皮）以加强利水之功。

若肾阳不足，水液停聚，面色㿠白，全身浮肿，腰以下肿甚者，或形寒肢冷，心悸气促者，用真武汤（熟附子、泽泻、白术、茯苓、白芍）温肾利水。若心无所主，出现支饮水肿者，加葶苈大枣泻肺汤（葶苈子、大枣）以泻肺行水；若肺气上逆，咳喘不止，痰液稀白者，加小青龙汤（炙麻黄、桂枝、干姜、细辛、半夏、五味子、白芍、炙甘草）以宣肺化痰蠲饮；若肾气亏虚，腰膝酸软者，合用金匮肾气丸（熟附子、桂枝、干地黄、山茱萸、山药、牡丹皮、茯苓、泽泻）温其肾气。

4. 寒凝经脉

主要表现：心悸怔忡，形寒肢冷，胸闷胸痛，遇寒加重，得温则减。或小便不利，肢体浮肿，舌质淡暗，脉沉或脉沉细。

素体阳虚，或久病不愈导致心脾肾阳虚，心阳虚血运无力，阳无以达四肢，脾阳虚不能主司四肢，肾阳虚则元气亏虚，最易感受外邪，导致寒邪凝滞经脉，而出现心悸怔忡，胸闷胸痛，四肢逆冷，遇寒加重等寒凝经脉证。临床常出现于水

肿、心悸、怔忡、胸痹、脉痹、厥证等疾病之中。

风心病、冠心病、肺心病、心肌炎、心力衰竭、肢端动脉闭塞症、雷诺氏病等，如果出现寒凝经脉证者，可参考本证论治。

治疗方法：温经散寒。

代表方剂：当归四逆汤（当归、桂枝、芍药、细辛、通草、大枣）以温经散寒，活血通脉。方用当归、芍药活血通脉缓急，桂枝、细辛、通草温经通脉，大枣补脾培本。合方共奏温经散寒之功。若偏于心阳虚者，可合用苓桂术甘汤（茯苓、桂枝、白术、甘草）加减；合并肾阳虚者，可合用真武汤（熟附子、白术、茯苓、白芍）加减；若出现表虚，自汗，恶风者，可合用防己黄芪汤（防己、黄芪、白术、甘草、生姜、大枣）加减。

第二章　六经辨证与心病证治

六经辨证是张仲景治疗外感病所创立的一种辨证思维方法，包括三阳证（太阳证、阳明证、少阳证）和三阴证（太阴证、少阴证、厥阴证）的辨证思维过程。脏腑与经络相互络属，六经辨证是经络、脏腑病理变化的反映。三阳病证以六腑的病变为基础，三阴病证以五脏的病变为基础。辨证的重点在于分析明辨外感风寒所致的一系列病理变化及其传变规律，它不同于内伤杂病的脏腑辨证。

心血管病虽不一定属于外感病，但在疾病的发生、发展、传变过程中，有许多病证可以用六经辨证来进行辨治，且在临床上以《伤寒论》经方治疗多种心血管疾病确有较好疗效。六经辨证虽以六经病证来概括外感病，其传变规律阳证多从太阳开始，依次传入阳明、少阳，若正气不足，亦可传及三阴。阴证多从太阴开始，依次传入少阴、厥阴，亦有邪气直中三阴，但并非如此机械，它是动态的观察和总结，临床诊疗时，可以六经辨证为指导，“有是证用是药”，治疗心血管疾病。

《伤寒论》辨证论治的体系，就是三阴三阳，即后人所称的“六经”，太阳、阳明、少阳，叫做“三阳”，太阴、少阴、厥阴，叫做“三阴”。凡是病邪侵害人体，体力开始抵抗的初期，叫做“太阳”。“太”字作“初”字讲，也就是“起初”和

“开始”的意思。“阳”字作“扬”字解，本义就是一种气体向外发扬的意思，发扬，就是亢奋的表现。所以体力亢奋，反映出初期抵抗疾病的证候群，便是太阳病。阳明的“明”即显著，所以阳明病演变到了峰极的时期，便是阳明病。少字作“幼”字解，体力的亢奋，并不太强，便叫做少阳，它反应出的证候，既不如太阳病之轻，也不如阳明病之重，它介于“太阳”和“阳明”两者之间，太阳病属表，阳明病为里，因而少阳病的性质便是半表半里。“阴”字的本义，是气体郁积在里而不能发扬，也就是一种衰减的意义，那么，太阴就是形容体力的开始衰减，少阴是形容体力更进一步的衰减，而“厥”字当“短”字讲，既由少而短，是形容体力的严重衰竭现象。故可以理解为三阳是体力三种不同程度的亢奋，三阴则是体力三种不同程度的衰减。为把“三阴三阳”很好的应用于临床以发挥辨证论治的作用，还应当把“三阴三阳”的具体内容配合“六变”。所谓“六变”，就是表、里、寒、热、虚、实。也就是分析“三阴三阳”的基础。如“三阳”代表热性疾病，“三阴”代表寒性疾病；“三阳”代表实性疾病，“三阴”代表虚性疾病。在阴、阳、寒、热、虚、实之中，又有在“表”、在“里”和在“半表半里”的区分。“太阳”是“表”，“少阴”也是“表”，“太阳”之“表”，属“热”属“实”；“少阴”之“表”，属“寒”属“虚”。“阳明”是“里”，“太阴”也是“里”，“阳明”之“里”，属“热”属“实”；“太阴”之“里”，属“寒”属“虚”。“少阳”是“半表半里”，“厥阴”也是“半表半里”，“少阳”的“半表半里”，属“热”属“实”；“厥阴”的“半表半里”，属“寒”属“虚”等。

六经辨证是在《素问·热论》六经分证的基础上发展而来，不过二者又有显著的差别。《素问·热论》的六经分证只论述了热证、实证，未涉及寒证、虚证，其证候变化也只有两感一种，其治疗仅为汗、下两法，既不具体，更不完善。《伤

寒论》则全面讨论了风寒湿热之邪侵袭人体之后，脏腑经络、营卫气血、邪正消长、表里出入、虚实转化、阴阳盛衰等多种病证及其变化规律；既论述了热证、实证，又论述了虚证、寒证；即论述了直中、两感，又论述了合并、并病；其治疗不仅包括了汗、吐、下、和、温、清、补、消八法，而且又有针药并行、内服外导等法；所载方剂，不仅配伍严谨，主治明确，且又列出其禁忌证、加减法、煎服法及注意事项，具有很强的针对性和实用性。因此，《伤寒论》的六经辨证较《素问·热论》的六经分证有了巨大的进步，它既是辨证的纲领，又是论治的准则。“六经”的实质是什么？这是数百年来一直争论不休的问题。“六经”与“六经病”是不同的概念。六经在《内经》原意是指经络，仲景之太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴意义有所扩大，不单指经络，而是包括了既是脏腑经络功能活动的产物，又是脏腑经络的物质基础的气、血、营、卫、津、液在内，这实际上就代表了正常机体的实质和功能。“六经”又是具体的受病、抗病之所。“六经病”如“太阳之为病”、“阳明之为病”……，仲景已经说得很明白，就是“太阳”、“阳明”……发生了病变。机体在病理状态下，也就是说，在正邪斗争的过程中，当然会出现若干症状和体征，而这些症状和体征，可以用寒热、虚实、表里、阴阳来加以本质的概括，所以“六经病”就不再是单纯的生理的概念，而是病理的概念了。既是辨证之纲领，又是论治的准绳。因此，仲景“六经病”证治的内容，便包括了：①疾病所在的部位（经络、脏腑）；②疾病的性质（寒热、虚实、表里、阴阳）；③在对疾病进行定位与定性的基础上确定治疗上的大纲大法。由于这三个方面都是辨证论治的基本内容，因此，“六经论治”在临床上就有了普遍的意义。有什么病不是脏腑、经脉、气血、津液的病变？有什么病的性质能出于阴阳寒热虚实表里之外？就由于仲景由“六经”而突出了“证”，不同的病，有相同的

“证”，可以按“证”治疗，这就是“异病同治”；相同的病，有不同的“证”，则按不同的“证”治疗，这就是“同病异治”。也因为如此，所以柯韵伯才有“六经钤百病”之说，陆懋修才有“废六经则百病失传”之说。理解了“六经证治”的精神，则不仅可用于治伤寒、治温病，也可以用以治杂病，治百病。因此，六经的框架，源于《素问·热论》而高于《素问·热论》，“六经证治”的内容，则是仲景“勤求古训，博采众方”的结果，正是它奠定了中医辨证论治的基础，这是仲景的最大功绩，把理论与实践紧密结合起来，并用其崭新的内容去丰富理论，指导实践，能历千余年而不衰。

《伤寒论》总结了六经辨证的规律，又厘定了主证、兼证、变证和夹杂证四个层次。在临床辨证时，应先抓主证。主证是指决定全局而占主导地位的证候，是辨证的核心。所以主证是纲，纲举而目张。至于兼证，是指附于主证的兼见之证；变证，指医生误治之后，使原来的主证一变而成另一种证候；夹杂证，其来源有二：一种是人的体质不同，感邪虽一，发病则异；一种是先有宿疾，后感伤寒，则使老病与新病，标病与本病，表病与里病交叉出现。这给我们在临床诊治方面提供了宝贵的思路。

第一节　太阳病证

太阳包括手太阳小肠与足太阳膀胱两经两腑，且与手少阴心、足少阴肾为表里。足太阳为人身的藩篱，主肌表。外感病，邪气内侵，大多从太阳而入，正气奋起抗邪，故首先表现为太阳病，脉浮，头项强痛而恶寒。外感风邪，营卫失调，则为太阳中风证，临床表现发热，恶风，头痛，自汗出，有时鼻鸣干呕，舌淡苔白，脉浮缓等。外感寒邪，卫阳被束，营阴郁滞，则成太阳伤寒证，临床上常见发热，恶寒，头项强痛，体

痛，无汗而喘，舌淡苔白，脉浮紧等证。太阳病日久邪微，汗出不彻，表证羁留不解者，证见发热恶寒，热多寒少，头痛等，谓之太阳轻证。

太阳病篇除论述单纯的表证外，尚有里证、兼证、变证、类似证等。太阳里证是由表证所继发，如外邪由表循经入里，结于膀胱，影响水腑气化，可形成以小便不利为主证的蓄水证；若外邪化热由表循经入里，与血结于下焦，又可形成以如狂或发狂，少腹急结或硬满为主症的蓄血证。太阳兼证是在太阳表证的基础上同时兼挟其他症状，如太阳中风证可兼喘、兼项背强几几、兼汗漏不止、兼胸阳不振、兼身疼痛等；太阳伤寒证可兼项背强几几、兼下利或呕、兼烦躁、兼咳喘等。变证虽缘于太阳之表，而既成之后，则不属于太阳。如热扰胸膈证、心阳虚证、结胸证、痞证等。太阳类似证本属杂病，因其部分症状与太阳病相似，故亦列入以资鉴别。心血管疾病如果出现太阳病证可按太阳病治疗。如桂枝甘草汤证、苓桂术甘汤证、五苓散证、真武汤证、炙甘草汤证等。

第二节 阳明病证

阳明，是指手阳明大肠和足阳明胃而言，且与手太阴肺、足太阴脾互为表里。手阳明经脉，从手指外侧循臂，上颈至面部。足阳明经脉，起于鼻梁凹陷处两侧，络于目，从缺盆下循胸腹至足。二者经脉相连，其腑相通，生理功能十分密切。

胃主燥、主降、主受纳、腐熟水谷；脾主湿、主升、主运化转输。大肠主传导糟粕，有赖肺气的肃降和津液的输布。阳明、太阴彼此协调，相济为用，共同完成水谷的受纳、腐熟、运化、吸收。如此则水谷精微物质得以供养全身，而化生气血。故阳明有“多气多血”之说。

病邪侵袭阳明，易致胃肠功能失常，邪从燥热之化。且因

邪正相争，其势剧烈，邪实而正盛，故阳明病每多见于外感热病过程中的邪热极盛阶段，其病变性质大多属于里实热证。

阳明病的成因主要有三个方面：一为太阳病失治和误治，耗伤津液，胃中干燥而转输者，谓之“太阳阳明”；一为少阳病误用发汗、利小便法，伤津化燥而成者，谓之“少阳阳明”；一为素体阳旺，或有宿食，或因燥热所感，病证直从阳明化热而成燥实者，谓之“正阳阳明”。另外，尚有阴寒证郁久化热，或少阴病热化证邪传阳明而成者。其中尤为太阴转归阳明者较为多见，故有“实则阳明，虚则太阴”之说。

阳明病的病理机制，仲景概括为“胃家实”。“胃家”是指整个胃肠的泛称；“实”是指邪气盛而言。阳明病的证候主要有两大类型：一为燥热亢盛，肠道无燥屎阻结，出现身大热，汗出、不恶寒、反恶热、大渴、脉洪大，称为阳明热证（或称阳明经证）。二为燥热之邪与肠中糟粕结成燥屎，腑气不通，出现潮热、谵语、腹满硬痛、或绕脐痛、大便秘结、手足濈然汗出、脉沉实有力、苔黄燥、或焦裂起刺等，称为阳明病实证（或称阳明腑证）。此外，表证已罢，或热病以后，余热未尽，邪热留扰胸膈，出现心烦懊侬不得眠，为栀子豉汤证；阳明病下后，损伤津液，余热未尽，水热互结，出现脉浮发热、渴欲饮水、小便不利者，为猪苓汤证。还有胃热约束脾的转输功能，以至脾不能为胃行其津液，胃肠失润而大便硬者，为麻子仁丸证等。此皆已涉及阳明。

若阳明病热邪不解，与太阴脾湿相合，湿热郁于中焦，热不得外泄，湿不得下行，湿热熏蒸肝胆，而致身黄、发热、小便不利者，为阳明发黄证；也有阳明热盛，深入血分，而见口燥但欲漱水不欲咽、鼻衄等，则是阳明燥热耗伤动血等。

阳明病以热证实证为主，但也有寒证、虚证之变例，如阳明中寒证，其代表汤证为吴茱萸汤证。

阳明病的治疗原则，主要是清、下两法。阳明热证用清

法，如白虎汤类；若邪热内扰，郁于胸膈，以清宣郁热，如栀子豉汤类；若水热互结，小便不利，则宜育阴润燥，清热利水，如猪苓汤。阳明实证用下法，如三承气汤类；若津伤便秘，宜用润下或导法，如麻子仁丸、猪胆汁及蜜煎导；若湿热熏蒸发黄，则宜清热利湿，如茵陈蒿汤类，若属阳明中寒证，则宜用温中和胃，降逆止呕之法。总之，阳明里热实证的治疗原则是以清下实热、保存津液为主；而不可妄用发汗、利小便等法。心血管疾病如出现阳明病证多有实邪在里，当以祛邪为主，如葛根芩连汤证、三承气汤证等。知犯何逆，可随证治之。

第三节 少阳病证

少阳包括手少阳三焦与足少阳胆。足少阳胆经起于目锐眦，上抵头角，下耳后，循颈，下胸，贯膈，循胁里，络肝，属胆。胆附于肝，内寓精汁，中藏相火，名“中精之腑”，应春生之气，性喜条达，而主疏泄。手少阳三焦经起于小指次指指端，出臂上贯肘，上肩入缺盆，布膻中，散络心包，下膈，循属三焦。三焦是元气别使，主决渎，名“中渎之腑”，为水火气机运行之通路。故胆腑清利，三焦通畅，输机运转，气机条达，则阴阳水火升降自如，脾胃自无贼克之患。从而上焦如羽，中焦如沤，下焦如渎，各司其职，机体正常。

少阳病有从太阳传来的，有本经自感外邪的。外邪入犯少阳，胆火内郁，郁火上炎，三焦失畅，枢机不利，证见口苦、咽干、目眩，此为少阳证提纲证。同时，又因邪正相争，经气不利，邪正相争，木邪犯土等，还可出现往来寒热、胸胁苦满、默默不欲饮食、心烦喜呕、脉弦细等。无论二者单独出现，或相伴出现，均可称为少阳病。少阳居太阳、阳明之间，既不在太阳之表，又不在阳明之里，因而少阳病属于半表半

里证。

少阳外临太阳，内近阳明，病邪每多传变，证型常有兼夹。若兼太阳表证，可见发热，微恶寒，肢节烦疼，微呕，心下支结等，治以和解与发表并用。若兼阳明里证，证见呕不止，心下急，郁郁微烦，或发热，心下痞硬，呕吐而下利，或胸胁满而呕，潮热而微利等，治以和解与攻下并行。若太少和病，少阳郁火内迫大肠，发生下利，或下利兼呕，治当清热止利，或兼用和胃降逆。若兼水饮内停，证见往来寒热，胸胁满微结，小便不利，渴而不呕，但头汗出，心烦等，治以和解与化饮同用。若少阳病误治失治，邪气弥漫，表里俱病，虚实互见，出现胸满、烦惊、谵语、一身尽重不可转侧，小便不利等，治法和解少阳，通阳泄热，重镇安神。心血管疾病如心肌炎、高血压病、心血管神经症等常出现少阳病证，大、小柴胡汤及其加减方是有效方，可随证施治。

第四节　太阴病证

足太阴脾经起于足大趾内侧端，上行入腹，属脾络胃。脾主运化，主大腹和四肢，主升清而喜燥恶湿。脾胃同居中焦，互为表里，以膜相连，二者升降相因，燥湿相济；纳运协调，共同完成水谷精微的受纳、运化、吸收、输布。故称脾胃为后天之本，气血生化之源。

太阴病成因，大致有二，一是传经：病在三阳，失治误治，过用克伐，太阴阳气受损，邪从寒化，传入太阴。二是直中：素体中阳不足，或感受外邪，或过食生冷，寒湿之邪直中太阴，损伤脾阳，发为太阴病。

太阴病为三阴病的初始阶段，病性由实转虚，证情局限于中焦，较少阴、厥阴全身性病变为轻，以“腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛”为提纲证，概括了太阴病的基本特

点。太阴病兼变证主要有太阴兼表证，太阴兼腹痛证以及寒湿发黄证等。

太阴病以“当温之”为治疗大法，当温中散寒，健脾燥湿，用理中丸、四逆汤一类方剂。太阴病兼变证中，若兼表证，里虚不甚，表证为主者，宜调和营卫，用桂枝汤；如里虚明显者，当以温里为主，兼以解表，方用桂枝人参汤。若兼有腹痛证，应通阳益脾，活络止痛；大实痛则泻实，分别用桂枝加芍药汤、桂枝加大黄汤。属于寒湿发黄者，则于“寒湿中求之”。温阳散寒，除湿退黄。

太阴病的预后一般较好，病至太阴，虽属三阴阳虚之证，但其阳虚程度较轻，仅局限于中焦脾胃，治疗得法，病愈不难。其转归主要有以下三个方面：①阳复向愈：若辨证准确，用药恰当，中阳恢复，寒湿解散，病自告愈；若经过恰当护理，脾阳振奋，运化复常，肠道原有腐秽积滞，自行下利而解，即“脾家实，腐秽当去”。②阳复太过，病转阳明：太阴病过用温燥，或寒湿久郁化热，阳复太过，邪从燥化，由阴转阳，由虚转实，有里出表，由太阴而转出阳明，所谓“实则阳明，虚则太阴”。③阳衰阴盛，病邪内传：太阴病由于失治或误治，进一步导致全身阳气衰微，病邪又可传入少阴或厥阴。治疗当参考少阴或厥阴病。心血管疾病如出现太阴病证，一般是体质较虚，应以扶正为主治疗，四逆汤、理中汤是治疗心脏病本虚证的常用方剂。

第五节 少阴病证

少阴包括手少阴心和足少阴肾。心为君主之官，主血脉，主神明，《素问·灵兰秘典论》云“主明则下安……主不明则十二官危”；肾主藏精，内寓真阴真阳（亦称元阴元阳、真水真火），为先天之本，立命之基。心属火，肾属水。生理状态

下，心火下蛰于肾，使肾水不寒；肾水上济于心，使心火不亢。心肾相交，水火既济，维持人体正常的生命活动。

少阴病的发生，或有外邪直中，或有他经之病传变而来。因为心肾两经两脏关系着全身的阴阳气血，故少阴病多发生于外感病后期，病情危重，为全身性里虚证。少阴与太阳为表里，若正气虚衰，太阳之邪最易陷入少阴，故有“实则太阳，虚则少阴”之说；又少阴肾与太阴脾分别为先后天之本，太阴阳虚严重时，常能累及肾阳，而成脾肾阳虚证。

病入少阴，常见脾肾虚衰，阴阳气血俱虚的病理变化，故以脉微细，但欲寐为提纲。由于体质因素与外邪性质之不同，少阴病可以出现从阴化寒的寒化证，和从阳化热的热化证。少阴寒化证，为心肾阳虚，阴寒内盛，因而除提纲证外，还有无热恶寒，身倦，呕吐，下利清谷，四肢厥逆，小便清白，舌淡苔白等症。若阴寒太盛，虚阳被格于外，可出现格阳、戴阳的面赤、发热、反不恶寒等阴极似阳的真寒假热征象。少阴热化证，多为肾阴虚于下，心火亢于上，因而有心烦不得眠而精神疲惫、舌红、脉细数等症。有时亦可出现阴阳两虚或阳亡阴竭证。此外，尚可出现寒化证兼表和热化证兼里实的证候。

少阴病的治疗，寒化证治以温经散寒，回阳救逆，以四逆汤为代表方剂；热化证治以育阴清热，以黄连阿胶汤为代表方剂。寒化证兼表者，可用麻黄附子细辛汤等温经发表，若里虚甚而见下利清谷，则当用四逆汤先温其里。少阴阴虚兼里实，易耗肾阴，故用大承气汤以急下存阴。

少阴感寒，多伤阳气，所以少阴寒化证的预后，取决于阳气的存亡，一般是阳回者生，阳衰者重，阳亡者预后不良。心血管疾病出现少阴病证，多为心功能减退之征象，治疗应扶元固本，回阳救逆，四逆汤、麻黄附子细辛汤、黄连阿胶汤随症加减，必要时，应中西医结合治疗。

第六节 厥阴病证

厥阴经包括手厥阴心包、足厥阴肝经，与少阳相表里。肝主藏血，内寄相火，体阴用阳，上接君火，为母子相应，下连肾水，成乙癸同源。肝为风木之脏，性喜条达，而主疏泄，对脾胃及胆腑的功能有着重要的作用。心包之火以三焦为通路而达于下焦，使肾水温暖以涵养肝木，故厥阴功能正常，则上焦清和，下焦温暖，而脏腑功能正常。病邪侵及厥阴，肝失调达，木郁化火，乘脾犯胃，则出现上热下寒、寒热错杂证。症见消渴、气上冲胸、心中疼热、饥而不欲食，食则吐蛔，下利不止等症。厥阴有阴尽阳生，极而复返的特性，故其病每多阴阳相争，出现厥热胜复，即厥与热交替出现。其预后总以阳胜为顺，阴胜为逆。若由于阴阳气不相顺接，表现为四肢逆冷者，则成为厥证，如热厥、寒厥、气郁致厥、血虚致厥、水饮致厥、痰厥等。若邪从热化，随病机不同，而有下利，便脓血、热结旁流症等。若邪从寒化，阳衰阴胜，则出现厥逆下利症；若厥阴上逆，则出现干呕、头痛、吐涎沫等肝寒犯胃证候。

厥阴病的形成，多由传经而来，亦有寒邪直中而成者。其中少阳与厥阴相表里，少阳病失治误治，最易陷入厥阴，反之，厥阴阳复太过，亦可转为少阳病。故有“实则少阳，虚则厥阴”之说。

厥阴病的治法，因病情而异，寒者宜温，热者宜清，寒热错杂，则寒温并用。如上热下寒，宜清上温下，寒温并投，用乌梅丸治疗；肝胃寒逆者，当暖肝降逆，用吴茱萸汤；血虚寒厥者，当温经散寒兼以养血，用当归四逆汤；肝热迫肠下利者，当凉肝解毒治利，用白头翁汤；气郁证，当疏肝解郁，用四逆散，等等。高血压病、糖尿病性心脏病、心血管神经症等常可出现厥阴证，可辨证治疗，提高疗效。

第三章　杂病病脉证并治与心病证治

《金匮要略》论述了40多种病证，与心血管疾病密切相关的主要有胸痹、心痛、惊悸、瘀血、胸满、痰饮、心水等，现分述如下。

第一节　胸　痹　病

胸痹既是病名又是病位和病机的概括。胸痹是指胸部闷痛，甚则胸痛彻背、短气、喘息不得卧的一种病证。轻者仅感胸闷如窒，呼吸欠畅，重者则有胸痛，严重者心痛彻背，背痛彻心。多由心脏阴阳气血偏虚及寒凝、热结、痰阻、气滞、血瘀等因素引起。

胸痹之名最早见于《内经》，《灵枢·本脏》云“肺大则多饮，善病胸痹。”《诸病源候论》中有更为详尽的描述：“胸痹之候，胸中幅幅如满，噎塞不利，羽羽如痒，喉里涩，唾燥，甚者，心中强痞急痛，肌肉苦痹，焦急如刺，不得俯仰，胸前皮皆痛，手不能犯，胸满短气，咳唾引痛，烦闷，自汗出，或彻背膂，其脉浮而微，才是也。”后世医家对胸痹证治多宗《金匮要略》而有所补充。

张仲景在《金匮要略》明确提出胸痹病名，以喘息咳唾，

胸背痛，短气为主要临床表现。《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》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"。说明胸痹病机为"阳微阴弦"，本虚标实。阳指胸阳，包括心阳与肺气，阳微乃胸阳不振，宗气不足；阴为阴邪，阴弦为阴邪痹阻胸阳，包括痰浊、水饮、寒凝、气滞、血瘀等。治疗重在宣痹通阳，化痰降浊。以瓜蒌薤白白酒汤为代表方剂。

西医学中所谓冠心病心绞痛、急性心肌梗死等大体相当于胸痹病，此似无疑问，但实际上二者又不完全相同，也不能反过来说胸痹就是冠心病。以胸痹主证为临床表现的疾病，除了冠心病心绞痛、高血压性心脏病（简称"高心病"）、肺心病等循环系统疾病外，其他如支气管哮喘、慢性阻塞性肺病等呼吸系统的疾病亦当包括在内。西医学中的某些肺部疾患，如慢性阻塞性肺病以及后期并发的肺源性心脏病以喘息咳唾、喘鸣迫塞、胸满如窒、胸痛短气、甚则喘息不得卧为主证时，可按胸痹论治，其他如肋软骨炎、肋间神经痛、食管裂孔疝等也可按胸痹论治。

关于胸痹的治疗，仲景立宣痹通阳为治疗大法，注意本病为本虚标实之证。治疗以扶正祛邪，"急则治其标，缓则治其本"为原则，祛邪以宣痹通阳为主，扶正以温阳益气为主。胸痹的主证、主脉是：喘息咳唾，胸背痛，短气，寸口脉沉而迟，关上小紧数。治以通阳散结，豁痰下气，方用瓜蒌薤白白酒汤，方中瓜蒌甘苦寒凉，开胸利气，涤痰散结，王朴庄说："瓜蒌能使心气内洞（指心中空旷无压迫之感）"，故为方中主药；薤白辛苦温，通阳豁痰，下气散结，《灵枢·五味》说："心病宜食薤"，《本草纲目》说："治胸痹刺痛"；白酒辛温轻扬，通阳宣痹，助行药势；三药合用，使饮去痰化，痹阻得除，胸中阳气宣通，则胸背痛等症得除。本条论述了胸痹的主

要脉证，故下文凡冠以“胸痹”二字者，多包括本条脉证在内。

在上证基础上，添加“胸痹不得卧，心痛彻背者”是胸痹症状加重，由于喘息咳唾、短气症状加重，以致不能平卧，此为痰浊壅盛，肺气壅滞不利，宣降失司之故，胸痛症状亦由胸背痛发展到心痛彻背，此为痰浊壅塞胸中，痹阻心肺之阳气所致。故用瓜蒌薤白半夏汤以通阳散结，豁痰下气治疗。方用瓜蒌薤白白酒汤通阳散结，豁痰下气，加半夏逐饮降逆；且将白酒由七升加至一斗，服药次数由日一次改为日三次，以增强通阳止痛，逐饮散结之力；薤白由半斤减为三两者，是因为病位以趋下移之故。

如出现“胸痹心中痞，留气结在胸，胸满，胁下逆抢心”之证，是由于在喘息咳唾，胸背痛，短气的基础上，又出现胸满，胃脘部痞闷，胁下之气上逆心胸之“留气结在胸”之证，说明胸阳痹阻之证已由胸部扩展到胃脘部、两胁。其证偏实者，是由于胸阳不振，痰浊阴寒之气内盛，气滞不通、上逆所致，上述病情表现较急，且兼有腹胀、大便不畅、舌苔厚腻、脉弦滑等症。当治以宣痹通阳，泄满降逆为法。方用枳实薤白桂枝汤。本方即是瓜蒌薤白白酒汤去白酒加桂枝、枳实、厚朴而成，桂枝即可以温通心阳，又可以平冲降逆，再加枳实、厚朴以理气散结，消痞泄满；瓜蒌开胸宣痹，化痰散结。诸药合用，则痰饮可除，痞结得开，气机畅利，胸胃阳气得复，诸症自解。其证偏虚者，为胸阳不振，中焦阳气亏虚，阴寒邪气上逆，寒凝气滞，胸阳不展所致，病势较缓，除兼有上述症状外，且有四肢不温，神疲乏力，少气懒言，语声低微，大便溏泄，舌质淡，脉沉弱而迟等症。宜虚则补之，当温中益气，补益宗气，扶助中阳治疗。方用人参汤。方中人参、白术、甘草补益脾肺，干姜温中助阳，诸药合用，使胸阳振奋，阴霾自散，胸脘痞满自除。

胸痹轻证，首冠“胸痹”二字，当含胸痛、短气等症在内，但却突出“胸中气塞，短气”两个症状，可知胸痹轻证当以胸闷、短气为主症，本证的主要病机为饮阻气滞。其证属饮邪偏盛者，除胸中气塞、短气外，尚可见咳嗽气逆，吐涎沫，小便不利等症，是由于饮邪上乘于肺，肺气不利所致，治当宣肺化饮降逆，方用茯苓杏仁甘草汤。方中茯苓淡渗利水、化痰、和中；杏仁宣肺、降气、祛痰；甘草健脾和中、补益肺气。三药合用，使饮去痰除，肺气畅利，则诸症自除。若气滞偏盛，当有心下痞满，呕吐气逆，食少纳呆等症，系气滞失宣，饮停于胃，胃气失降所致。当理气化饮，和胃降逆。方用橘枳姜汤。方中橘皮理气和胃，宣通气机；枳实下气消痰，泄痞除满；生姜温胃散饮，和胃降逆止呕。三药同用，使饮去气行，则诸症自愈。

胸痹急证，除喘息咳唾、胸背痛、短气，或心痛彻背等症状外，尚有胸背疼痛剧烈，并伴有肢体筋脉拘挛，舌淡苔白滑、脉沉细而迟、或沉弦而紧等症。本证为胸阳虚损，阴寒上乘，痹阻胸阳所致。故用薏苡附子散温阳散寒，化饮除湿，止痛。方中重用炮附子温阳散寒，通痹止痛；薏苡仁除湿宣痹止痛，缓解筋脉拘挛。二药共用为散，则药力宏而取效速，使寒散湿除，阳通痹消，则胸背剧痛之胸痹急证、重证得以缓解。

后世医家在本篇所论胸痹病机理论基础上，认识到本病病机为脏腑内虚和邪气发病，二者互为因果的关系，发展了通补兼施，芳香温通，活血化瘀等治疗方法，丰富了胸痹的证治，这些是应该进一步去学习和掌握的。

第二节 心 痛 病

心痛是指心前区痛和胃脘痛的统称。以心前区痞闷疼痛为主症，证候表现有轻重之别，心前区痛为心之本脏自病，病情

一般较重；胃脘痛亦称为心痛、或胃心痛。

心痛病名，《灵枢·五邪篇》已有记载："邪在心，则病心痛"。《灵枢·厥病》将心痛严重、预后险恶者称为"真心痛"，曰："真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死"。对本病之病因病机、症状表现、治疗预后等均有较全面的论述，为后世论治本病奠定了基础。《诸病源候论》对本病的认识又有进一步的发展。巢氏认为"心病"可有心痛证候，心痛可分为虚实两类，治法各异。指出临床上有"久心痛"之证，伤于正经者难治。其曰："心为诸脏主，其正经不可伤，伤之而痛者，则朝发夕死，夕发朝死，不暇展治。其久心痛者，是心之别络，为风冷邪热所乘痛也，故成疹，不死，发作有时，经久不瘥也"。还认为，本病病机为"因邪迫于阳气，不得宣畅，壅淤生热"。

唐宋金元时期，有关本病的论述较多，丰富和发展了对本病的认识。《圣济总录·心痛》总论，继续阐发了《内经》中关于心痛的脏腑分类特点，《圣济总录·胸痹门》中描述本病"胸膺两乳间刺痛，甚则引背胛"，认为其疼痛的发生与"从与外风，中脏既虚，邪气客之，痞而不散，不通而塞"有关。关于本证的病因病机多将之归为脏腑虚弱，风邪冷热之气所客，正气不足，邪气有余。《太平圣惠方》指出："夫思虑烦多则损心，心虚故邪乘之，邪积不去，时害饮食，心中如满，蕴蕴而痛，是谓之心痹"。又《太平惠民和剂局方》之苏合香丸，主治"卒心痛"等证，经临床验证，效果满意。杨士瀛《仁斋直指方附遗·方论》指出真心痛也可由"气血痰水所犯"而起；陈无择《三因极一病证方论·九痛叙论》中统论各种心痛的三类病因，其所论的内因与本证关系较为密切，强调"皆脏气不平，喜怒忧郁所致"，使本证的病因，在认识方面又有所发展。金·刘完素《素问病机气宜保命集·心痛论》中，根据临床表现不同，将本证分为"热厥心痛"、"大实心中痛"、"寒厥心

痛”三种不同类型，分别运用汗、散、利、温等法及有关方药治疗，并提出：“久痛无寒而暴痛非热”之说，对本证的辨证论治具有一定指导意义。

明清时期医家对心痛的辨证更为细腻。如《玉机微义·心痛》中特别提出本证之属于虚者：“然亦有病久气血虚损及素作劳羸弱之人患心痛者，皆虚痛也。”补前人之未备。尤为重要的心痛与胃脘痛、厥心痛与真心痛等进行了鉴别。明代以前的医家多将心痛与胃脘痛混为一谈，如《丹溪心法·心脾痛》说：“心痛即胃脘痛”。而明清不少医家均指出两者需加区别。如《证治准绳·心痛胃脘痛》云：“或问：丹溪言心痛即胃脘痛，然乎，曰：心与胃各一脏，其病形不同。因胃脘痛处在心下，故有当心而痛之名，岂胃脘痛即心痛哉。”又指出：“胃脘之受邪，非止其自病者多；然胃脘逼近于心，移其邪上攻于心，为心痛者亦多。”说明心痛与胃脘痛既有区别，又有联系。《临证指南医案·心痛》徐大椿评注也说“心痛、胃脘痛确实二病，然心痛绝少，而胃痛极多，亦有因胃痛及心痛者，固此二证，古人不分两项，医者细心求之，自能辨其轻重也”。明代李梴《医学入门·心痛》认为“真心痛，因内外邪犯心君，一日即死；厥心痛，因邪犯心之包络”，故喻嘉言《医门法律》谓：“厥心痛……，去真心痛一间耳”。对于厥心痛的病因，《难经·五十六难》有“其五脏相干，名厥心痛”，及《圣济总录·卷第五十五》“……阳虚而阴厥，致令心痛，是为厥心痛”之说。而《医学入门·心痛》认为“厥心痛……，或因七情者，始终是火”，清代潘楫《医灯续焰·心腹脉证》则认为是由于寒邪乘虚内袭，荣脉凝涩所致。《医门法律·卷二》则强调“寒逆心包”等，从不同角度探讨了厥心痛的病因病机。对于真心痛的病因认识，明代之前有因于寒，因于气、血、痰、水之论，而明代虞撰《医学正传》又指出与“污血冲心”有关；清代陈士铎《辨证录·心痛门》则补充

“火邪犯心”这一病因。尤其值得肯定是，明清时期不少医家，如方隅《医林绳墨》、陈士铎《辨证录》、虞撰《医学正传》、林佩琴《类证治裁》等，摆脱了真心痛不可救治的成说，积极进行探索，结合他们的经验，提出“未尝不可生”的卓见，且列出救治方药，积累了颇有参考价值的经验，促进了本病的治疗发展。

仲景在《金匮要略》中所论心痛以病位和症状命名，其病情比较复杂。其病机主要为“阳微阴弦”，本虚标实。其中“心中痞，诸逆心悬痛”，是由于寒饮气逆所致。中焦阳虚则阴寒内盛，脾失健运则水湿内停而聚而为痰，痰饮、寒邪滞留于心下，阻碍气机，则见胃脘部痞闷不通，胃气以降为顺，脾胃虚弱致升降失常，胃气又被痰饮、寒邪遏阻不得下行而上逆，胃气上逆，则停聚于心下之痰饮、寒邪亦随之上逆，故曰“诸逆”。“诸逆”之临床表现为气逆抢心、干呕气塞、心窝部向上牵引疼痛，或亦可见胸满、呕吐等症。本证之病机为中焦阳虚，寒饮上逆，气机痹塞，本虚而标实。遵《内经》急则治其标之旨，治以通阳化饮，降逆消痞，方用桂枝生姜枳实汤。桂枝通心阳而降逆气，与生姜相伍，散寒通阳，温化水饮；枳实下气开结，消痞除满，又可增桂枝平冲降逆之力；生姜又可降逆止呕。诸药合用，使寒散饮化，阳通痞开，逆气下降，则“心中痞，诸逆心悬痛”等症自可缓解。

阴寒痼结心痛，临床出现“心痛彻背，背痛彻心”之症。此乃阳气衰微，阴寒痼结，寒气前后攻冲所致。除心痛彻背，背痛彻心外，尚兼有四肢厥冷，冷汗自出，舌淡苔白，脉沉紧等症。此心痛急重症，非一般的温通散寒之品所能胜任，故仲景用乌头赤石脂丸，以温阳散寒，峻逐阴邪。方中乌头、附子、蜀椒、干姜皆大辛大热之品，温阳逐寒之力极强，并用赤石脂温涩调中，收敛阳气，以防辛散太过而伤正气。以蜜为丸，和中缓痛，并解乌头、附子之毒。乌头长于温在经之风

寒，附子善于治在脏之寒湿。由于本证阳衰而阴寒邪气病及心背内外脏腑经络，故仲景将乌头、附子同用，以速图温振阳气，散寒止痛之功。

此篇中仲景仅列举心痛一轻一重两型，其他如兼加出现胸痹症状，可参考胸痹病诸方加减治疗。

第三节 胸满瘀血病

胸满瘀血病首见于《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》，张仲景率先提出“胸满瘀血病”病名，并且描述了其主要症状：“病人胸满，唇痿舌青，口燥，但欲漱水不欲咽，无寒热，脉微大来迟，腹不满，其人言我满，为有瘀血”条文（10）。“病者如热状，烦满，口干燥而渴，其脉反无热，此为阴伏，是瘀血也，当下之”条文（11）。

条文（10）论述了瘀血的脉证。瘀血阻滞，气机痞塞，故胸满；瘀血内阻，心血不能外荣，故唇痿舌青；血瘀而津液不行，不能上濡，故出现口燥，病由瘀血所致，并非津液亏损，故虽口燥却但欲漱水而不欲咽；此非外感为患，故无寒热之表证；其脉虽大，但脉势不足，脉往来迟缓，主瘀血为患；腹满有水气、宿食、瘀血之分，而瘀血腹满为病人自觉腹满，外形并无胀满之征，是血瘀在里，气机阻滞而成。《金匮要略心典》曰：“胸满者，血瘀而气为之不利也；唇痿舌青，血不荣也；口燥欲漱水者，血结则气燥也；无寒热，病不由表也；脉微大来迟，血积经遂，则脉涩不利也；腹不满，其人言我满，外无形而内实有滞，知其血积在阴，而非气壅在阳也。故曰为有瘀血。”

条文（11）进一步论述了瘀血化热的脉证，并出其治法。病人自觉有热，心烦胸满，为血瘀气滞、瘀热所致；口干燥而渴，但诊其脉，并无热像，这说明热并不在气分，而伏于血

分，是瘀血郁热所致。治疗当以逐瘀泄热为法，俾瘀血去、郁热解则诸证自除。《医宗金鉴》曰："此承上文互详脉证，以明其治也。如热状，即所谓心烦胸满，口干燥渴之热证也。其人当得数大之阳脉，今反见沉伏之阴脉，是为热伏于阴，乃瘀血也。瘀血者当下之，宜桃核承气汤、抵当汤、丸之类也"。《金匮要略释义》曰："病者如热状，谓病者烦满口干燥而渴，俨如热证所呈之症状，然其脉无浮滑数促之象，故曰反无热，足证其非热证。烦满者，胸满且烦也，血瘀而气为之不利，故胸满，口燥亦为血瘀阻气不能化液，其兼烦而口干且渴者，乃瘀久热郁使然。血属阴，血瘀于内，故曰阴伏。当下之，谓当用大黄、桃仁、蠹虫等药下其瘀血也"。

以上两条均论述瘀血，但脉证略有不同，条文（10）所述"唇痿舌青"与"但欲漱水不欲咽"，是诊断瘀血的两大指征。对瘀血化热的治疗，条文（11）提出"当下之"，是仲景治疗瘀血化热的方法之一。临证时可根据不同性质的瘀血，施以不同的治疗。仲景创制了许多行之有效的活血化瘀方剂，如红蓝花、下瘀血汤、抵当汤、桂枝茯苓丸、大黄蠹虫丸、当归芍药散等。临床治疗心血管疾病瘀血证者，疗效显著。

第四节　心　水　病

心水病，是指由于心阳不足，停水泛滥所致。仲景在《金匮要略》水气病脉证并治篇论述："心水者，其身重而少气，不得卧，烦而燥，其人阴肿"。心阳亏虚，阳用不足，则少气乏力；水气凌心，心阳被遏，则烦躁，心悸，不得卧；肾为水脏，若心火不能下温肾水，停水泛滥，则阴部浮肿；水溢肌肤，则身体浮肿沉重。水气病篇对水肿病的论治多适合心脏病心衰、水肿的治疗。

仲景在《金匮要略》水气病篇，根据水气病的病因、病

机、症状及部位，分为风水、皮水、正水、石水；又按五脏的发病机制及临床表现，将之分为心水、肝水、肺水、脾水、肾水等五脏水，此外，尚有水分、血分、气分的称谓。以上诸多分类，从不同角度论述了水气病的病因病机及辨证治疗。

水气病形成的病因，在内因方面主要与肺、脾、肾及三焦、膀胱等脏腑的功能失调有关；在外因方面，则与风、热、水、湿等病邪密切相关。

水气病的治疗，秉承《内经》“开鬼门，洁净府”、“去菀陈莝”的学术思想，提出了发汗、利小便、攻逐水饮三大法则，为后世治疗水肿病奠定了基础。

风水之名始见于《内经》，《素问·水热穴论》说：“勇而劳甚，则肾汗出，肾汗出逢于风，内不得入于脏腑，外不得越于皮肤，客于玄府，行于皮里，传为跗肿，本之于肾，名曰风水。”指出风水的病因，是由于勇而劳甚（过度疲劳）而伤及肾，又感于风邪而发病。

《金匮要略·水气病脉证并治》在继承《内经》有关风水理论的基础上，提出了风水病的临床特点是“风水其脉自浮，外证骨节疼痛，恶风”。“寸口脉沉滑者，中有水气，面目肿大，有热，名曰风水；视人之目窠上微拥，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”。以上说明，风水与肺关系密切。因肺主皮毛，风邪侵袭肌表，正邪相争，卫外不固，故脉浮恶风；皮毛受邪，肺气不宣，通调水道失职，以致水气停滞，溢于肌表，故见头面浮肿；湿邪流注关节，痹阻阳气，则骨节疼痛。风水的特点是：水肿伴有明显的表证。风邪袭表，肺气失宣，水液代谢受阻，溢于肌肤，发为水肿。

风水病情变化复杂，以风邪侵袭为主，但有夹寒、夹热、夹湿、夹虚之不同，治疗亦应祛风解表散寒，麻黄汤主之；风水夹热者，宜越婢汤主之或越婢加白术汤，症见风水恶风，一

身悉肿，脉浮不渴，续自汗出，无大热等；夹湿毒者，麻黄连翘赤小豆汤治之；夹表虚者，用防己黄芪汤治疗，证见风水，脉浮身重，汗出恶风者；夹里阳虚者，出现其脉沉小，并兼浮肿、喘息、腹满，用麻黄附子汤温肾发汗，宣肺散水；至于风水本证，用杏子汤治疗。

皮水是由于湿邪内盛，阳气不展，津液不布，水湿不运，泛于肌肤为主要病机，其主证是：脉浮，浮肿明显，按之没指，其腹大如鼓，不渴。病理上与肺、脾关系较为密切。肺失肃降，通调失司，以致水湿停滞，外溢四肢，故脉浮，四肢肌肤浮肿，按之没指，口中不渴，湿邪阻滞中焦，水停气滞，故腹满如鼓状；外无风邪，故不恶风。水湿有外溢之势，治应顺势利导，可以汗法治之，使水从皮肤排出，则皮水可愈。皮水郁热证见一身面目黄肿，小便不利，其脉沉，伴有神倦气喘，口渴咽干，舌红尿黄等症，治以宣肺散水，补脾清热，方用越婢加术汤，方中越婢汤宣肺散水，清透郁热，加白术补脾益气，运化水湿，肺气宣降，脾运复常，则诸症悉除；皮水脾虚证出现“皮水为病四肢肿，水气在皮肤中，四肢聂聂动者”，是由于脾失运化，致水湿停留，外溢肌肤，则全身浮肿，四肢肿甚，肌肤轻微颤动，小便不利，更兼乏力气短，饮食不消。治以防己茯苓汤通阳益气，利水消肿。方中防己、茯苓渗利水湿，桂枝、黄芪、甘草通阳益气，健脾。本方补脾利水，标本兼治，为治疗脾虚浮肿的有效方剂。皮水郁表证，由肺失宣通，停水外溢而成。临床上可出现：浮肿无汗，咳嗽气喘，小便短少等症。方用甘草麻黄汤发汗散水，宣肺祛湿。方中麻黄既可发汗散水，又可肃肺降气，通调水道，祛除水湿；佐用甘草，又止咳平喘，又能缓和麻黄药性，使水去而正不伤。

正水是由于心、肝、肺、脾、肾阳虚弱，水邪上犯于肺的一种水肿。其中心、脾、肾阳虚更为重要。《金匮要略·水气病脉证并治》曰：“正水，其脉沉迟，外证自喘”。《素问·水

热穴论》曰："水病下为跗肿大腹，上为喘呼，不得卧者，标本俱病"。心、脾、肾阳气虚弱，失于温化，水停于里，故腹满，脉沉迟；水气上逆，影响于肺，肺气失宣，故出现咳喘。刘渡舟教授指出：惟《金匮要略·水气病脉证并治》论正水从人体的肺、脾、肾三脏的生理，而推论到水邪为病的病理机制。正水是由于脾肾阳虚，不能气化水湿，而使水停湿留，气机受阻，故脉来沉迟，而腹满不消。水邪为害，泛滥成灾，若外溢则身体肿；若上迫于肺，则因而作喘；若水气凌心，则身重短气不得卧；火衰则不能温，水寒下控，其人则阴寒而烦躁；若水邪侵肝，气机被阻，则胁下与腹作痛，肝之疏泄乖戾，其气时而上冲，时而下降，水随气行，气升则津液微生，气降则小便续通；肝病犯脾，不能运化水湿，所以可见腹部胀大，四肢苦重，难以活动；脾为水困，津液不生，气亦不足，故见口渴少气；脾不散精于肺，肺不通调水道，以行决渎，故小便困难；如果水寒之邪盛于下，肾阳衰弱，不能温化水气，水气增多，故见腹大，胕肿，腰痛，不得尿，肾气不温，阳气不充，故阴下湿，如牛鼻上汗，其足逆冷；阳气不化，其面反瘦。关于正水治疗，仲景未列方药，结合临床及五脏水所作描述，用真武汤治疗较为合适。

"石水其脉自沉，外证腹满不喘"。肾阳衰微，不能蒸化水液，寒水凝结于少腹，则腹满如石，其脉沉伏，水居于下，未及于肺，故不作喘，本证亦可见到浮肿症状。《素问·阴阳别论》曰："阴阳结邪，多阴少阳，曰石水"。《外台秘要》引集验方有："石水，四肢瘦，腹肿"之说。《太平圣惠方》亦有"石水，四肢瘦细，腹独肿大，状如怀妊，心中妨闷"的论述。以上论述说明，石水是水病中最严重者。征之临床，除肝肾综合征、肾病综合征外，顽固性心衰患者后期，亦可见到石水之征象。

水气病尚可分气分、血分、水分。气分系指水寒之气，乘

阳气之虚而病在气分而言。《诸病源候论》说："夫气分者，有水饮搏于气，结聚所成"。气分病是由于脏腑功能失调，气化不行，停水外溢所致的水气病。其病变以肺、脾、肾为中心，亦与三焦、膀胱有关。症状可见手足逆冷、腹满、肠鸣、身冷、骨痛、肌肤不仁等，病属阴阳失调，治以调其阴阳，温运阳气，意在恢复人体阳气的功能，俾阳气恢复、气行津布，则水气亦随之消散。若阳气衰微，大气不转，泄于前阴而见遗溺，属气虚；若寒气郁结，泄于后阴，则见失气，属气实。《金匮要略·水气病脉证并治》曰："寒气不足，则手足逆冷；手足逆冷，则营卫不利；营卫不利，则腹满胁鸣相逐；气转膀胱，营卫俱劳；阳气不通即身冷，阴气不通即骨痛；阳前通则恶寒，阴前通则痹不仁；阴阳相得，其气乃行，大气一转，其气乃散；实则失气，虚则遗尿，名曰气分。"

关于气分病的治疗，有"气分，心下坚，大如盘，边如旋杯，水饮所作，桂枝去芍药加麻辛附子汤"。"心下坚，大如盘，边如旋盘，水饮所作，枳术汤主之"之分。桂枝去芍药加麻辛附子汤证是由于患者脾肾阳虚，阴寒内盛，水湿停滞，凝于心下，则心下痞硬如杯如盘，并可兼见手足逆冷，身冷恶寒，骨节疼痛，四肢麻木不仁等。治当温阳散寒，宣散水饮，方中附子、桂枝、生姜、甘草、大枣辛甘助阳，补火培土，以化水饮；麻黄、细辛发汗宣肺，以行水湿。枳术汤证是由于患者脾弱气滞，失于运化，水气痞结心下，且又泛滥肌肤，证见浮肿，心下痞坚如盘，食少倦怠，少气懒言，恶心呕吐，治以行气散结，补脾运水。枳术汤中白术补脾气，运水湿；枳实苦以泄之，消痞行水。如此则脾旺气行，水气自消。

妇人病水，有血分水分之别。脾肾阳虚，三焦决渎失常，水寒之邪客于胞门，血寒而凝，故女子出现经水不通；月经来源于血，血行不利，渗出脉外而为水，因而月经不调亦可形成水肿，故曰"血分"。所谓血分，是因经水前断，经水渗出脉

外而为水。经水先断的原因有二：一为血脉壅塞不通，经水渗于脉外而为水，水湿外溢，则身体四肢皆肿；二为冲任亏损，气虚血少而致经闭，经闭血滞，渗于脉外，亦可形成水肿。因血先病而后形成水气病，故曰“血分”。所谓“水分”，是因先病水肿，水湿壅闭，经脉不畅，而后经水断绝。因水分病浅而易行，治以行水散湿，水去则经水自通，其病可愈，故曰此病易治。提示血分、水分轻重不同。

关于血分、水分的治疗，文后仲景未列方药，笔者认为：血分病可活血调经利水为主。方用当归芍药散为主方；水分病治以利水通阳为主，方用五苓散为主方。

刘献琳教授认为水肿病的治疗不外乎三大治疗原则，发汗、利小便、逐水攻下。“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈”。无论风水、皮水、正水、石水，归纳起来，不外表里两大类，亦即阳水和阴水两大类。在表属阳水者，亦用发汗法，使水从汗解；在里属阴水者，宜用利尿法，使水从小便而去，这是治水气的一般大法。至于选方用药，应结合病情，灵活运用。但临床上，也有特殊的情况，例如腰以下的水肿，用利小便的方法有时无效，如再加入一些发汗药，或通宣肺气之药后，小便始通，水肿就可迅速消退；腰以上的水肿，本应当用发汗的方法治疗，但有时无效，如再兼用利小便之药，往往见效迅速。曹颖甫说：“然亦有当利小便之证，必先行发汗而小便始通者，盖大气不运，则里气不疏，肺气不开，则肾气不降，故常有屡进利水之药小便终不利者，职是故也。并有当发汗之证，必兼利小便而始愈者，盖发汗则表疏，在里之水气不能尽去，势必由下焦决渎运输而始畅，非因势利导，则余邪不清也。”这正是说明要知常达变，才能处理恰当，提高疗效。

第五节　惊　悸　病

惊与悸是两种疾病，从病因到症状，都各不相同。《资生篇》谓："有所触而动曰惊，无所触而动曰悸；惊之证发于外，悸之证发于内。"惊是指惊恐，精神不定，卧起不安；悸是指自觉心中跳动不安。惊之证发于外，多自外来刺激引起；悸之证发于内，多自内生，或由气血虚弱，心失所养，或因痰热扰心、水饮凌心所致。但惊与悸又互相联系，突然受惊必然导致心悸，心悸又易并见惊恐，故常惊悸并称。

张仲景在《伤寒论》和《金匮要略》中对于惊悸的论述精辟，内容丰富，论悸的条文计达 32 条，其中《伤寒论》中有 13 条，《金匮要略》中有 9 条，有证有方的共有 13 条。在《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》中，正式以惊悸为病名，惊悸连称。在病因病机方面，通过脉象论述了由于气血不足，心失所养，惊恐所触导致心悸的机制，即："寸口脉动而弱，动则为惊，弱者为悸"，认为前者是因惊而脉动，后者是因虚而心悸。仲景对"悸"的描述主要有悸、惊悸、心动悸、心下悸、脐下悸、眩悸、喘悸、烦而悸、厥而悸等。论悸为由，大致有受邪、虚劳、水饮、气郁、惊扰等。仲景所论并非皆指心悸，包括了部分胃脘部及下腹的悸动不安等病症，但其发生总与心病有关。

张仲景在《金匮要略》"惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治篇"首先从脉象上论述惊和悸的病因病机及其区别："寸口脉动而弱，动则为惊，弱则为悸。"切脉诊得寸口形如豆粒跳突不宁者，为动脉，属惊证；诊得脉象细软无力，为弱脉，属悸证。由于外界的刺激，如卒受惊恐，使心无所依，神无所归，血气逆乱，出现精神不宁，卧起不安，因而脉象动摇不宁，故曰"动则为惊"。若气血不足，心失充养，则脉象软弱无力，

故曰“弱则为悸”。若寸口脉动、弱并见，则是心之气血内虚，又为惊恐所触，其症见精神惶恐，坐卧不安，心中动悸不宁。

从条文中分析，动脉和弱脉不是同时出现的脉象，而是分别用来说明惊与悸的病理变化。惊与悸本有外刺激与内生的不同，但从临床所见，受惊必致心悸，而心悸又易发生惊恐。惊与悸互为因果，相继发生，故在辨证治疗时，既要看到它们的区别，也要注意他们的联系。

徐中可《金匮要略论注》曰：“前奔豚章既言有惊怖、有火邪、皆从惊发得之，此又另揭惊悸言之，非详其病所从得，乃谓病有惊狂不安者，有只心悸不宁者。惊乃邪袭于心，在实边，故其寸口脉动，动者有粒如豆也；悸乃神不能主，在虚边，故其寸口脉弱，弱者脉来无力也。动而弱者，有邪袭之而心本原虚也，故惊悸并见。然而脉仍分属，动则惊气之发，弱则悸气所形，故曰动则为惊，弱则为悸”。

赵良仁在《金匮玉函经二注》曰：“心者君主之官，神明出焉。不役形，不劳心，则精气全而神明安其宅；苟有所伤，则气虚而脉动，动则心悸神惕。精虚则脉弱，弱则惊悸恐悸。盖惊自外物触入而动属阳，阳就则脉动；悸自内恐而生属阴，阴耗则脉弱。是病宜和平之剂，补其精所，镇其神灵，尤当处之以静也。”

治疗方面，仲景对于心悸的辨证论治内容十分丰富，关于惊悸的辨证论治，惊悸篇有：“火邪者，桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤主之”。“心下悸者，半夏麻黄丸主之”。两篇条文，言简意奥。“火邪者”是指使用熏、熨、烧针等法，强迫发汗，而致损伤心阳，神气浮越。其临床表现可见心悸、惊狂、卧起不安等症。治以温通心阳，镇惊安神。方用桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤。方中桂枝汤去芍药之阴柔以助心阳，加龙骨、牡蛎固摄镇惊，心阳既虚则痰浊易阻，用蜀漆涤痰逐邪以止惊狂。本方有温阳、镇惊、安神之效。

心下悸是指水停心下，上凌于心，心阳被遏，故心下悸动，水饮亦可犯肺，故常可伴有胸闷脘痞，咳吐清痰涎沫，或喘或呕，舌苔白滑等症。治以蠲饮通阳，降逆定悸。用半夏以降逆蠲饮，麻黄宣发阳气，心阳得宣，阴邪得除，则悸动自宁。但阳气不可过发，凌心之水不可速消，故以丸剂小量，缓缓服之。

除上述两条外，惊悸的有关辨证散在于其他章节。如心下悸的小半夏加茯苓汤证，主治："卒呕吐，心下痞，膈间有水，眩悸者"；小建中汤证，主治中焦虚寒、气血不足，复被邪扰，出现"心中悸而烦者，或虚劳里急，悸，衄，腹中痛，梦失精，四肢酸痛，手足烦热，咽干口燥"；四逆散加半夏汤，疏利透达，主治心阳郁遏之心悸；理中丸加茯苓汤证，主治中焦阳虚，水饮上泛之心悸；炙甘草汤证，主治伤寒脉结代，心动悸。炙甘草汤是治疗心阴阳两虚心悸的代表方，有通阳复脉、滋阴养血的作用，一直受到历代中医学家的重视，直到今天仍是临床治疗心悸的有效方剂。桂枝甘草汤是辛甘化阳的代表方，治疗发汗过多、损伤心阳的"心下悸"，也是治疗心阳虚心悸的基础方。其他如：温阳利水治疗阳虚水泛之心下悸的真武汤；茯苓甘草汤证，主治胃阳不足，水停中焦之心下悸；五苓散证，主治"假令瘦人脐下有悸，吐涎沫而癫眩，此水也"；苓桂术甘汤证，主治心下有痰饮、胸胁支满、目眩；桂枝甘草汤证，主治发汗过多，其人插手自冒心、心下悸、欲得按者；小柴胡汤证，主治呕而发热者；等等。心血管病出现心悸者，随证治之。

第六节　痰　饮　病

痰饮病，首见于《金匮要略》。张仲景在《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中详细论述了痰饮病的辨证论治。"问曰：

夫饮有四，何谓也？师曰：有痰饮、有悬饮、有溢饮、有支饮。”“问曰：四饮何以为异？师曰：其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声，谓之痰饮；饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮；饮水流行归于四肢，当汗出而不汗出，身体疼重，谓之溢饮；咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮。”此外痰饮又有留饮与伏饮之谓，留饮是指水饮留而不去，伏饮是指水饮伏而不出。

仲景所论痰饮病，实质上是指水饮病，而且偏于寒饮，《脉经》、《千金翼方》俱作“淡饮”。关于痰饮病的治疗，仲景提出“当以温药和之”。指出治疗痰饮病当以温化痰饮为主。另外根据痰饮所在部位而采用不同的治疗方法。脾胃阳虚，饮停心下，出现病人素盛今瘦，肠间水声沥沥，胸胁支满，目眩者，治疗温阳蠲饮，健脾利水，方用苓桂术甘汤；痰饮兼有肾阳虚者，常伴有腰膝酸软，下肢无力者，用金匮肾气丸温肾阳，化水饮；饮留心下，症状偏实者，用甘遂半夏汤攻逐水饮；若水停胁下，咳唾引痛，病情较急，体质壮实者，可急用十枣汤破积逐饮；肠间饮聚，伴有大便干结者，则用己椒苈黄丸利小便，通大便，前后分消；若痰饮阻于中下二焦，出现瘦人脐下有悸，吐涎沫而癫眩，用五苓散化气利水，并使多饮暖水，汗出而愈；胃中有痰饮，病人出现呕吐者，用小半夏汤降逆止呕，若饮邪较重，用小半夏加茯苓汤降逆利水逐饮；饮溢四肢，为之溢饮，兼郁热者，用大青龙汤发汗散饮清郁热；外感风寒，内有水饮者，用小青龙汤外散风寒，内化水饮；饮邪夹热，兼有正虚者用木防己汤通阳利水，补虚清热；若心下有支饮，其人苦冒眩，用泽泻汤以利水逐饮，健脾燥湿；支饮腹满者，是由于饮邪兼有胃肠气滞腹实，故用厚朴大黄汤涤饮通腹除胀治疗；饮阻心肺，出现支饮不得息，夜不得卧者，用葶苈大枣泻肺汤泄其支饮；体虚支饮出现手足厥逆，气从少腹上冲胸咽，小便难，时复冒者，则用桂苓五味甘草汤加减治疗。

仲景在痰饮篇中对痰饮病进行了详细的论述，痰饮病与心血管病有密切的关系，许多治疗痰饮病的方剂治疗心血管病取得了较好的疗效，如苓桂术甘汤、五苓散、葶苈大枣泻肺汤、肾气丸、木防己汤、己椒苈黄丸等方治疗心功能衰竭、心源性水肿等取得了较好的疗效。

第四章　仲景病邪理论与心血管病证治

第一节　痰　　浊

痰浊是由于水液代谢失常凝聚而成，属于痰饮中之黏稠者，是水液代谢障碍所形成的病理产物。这些病理产物形成后，又能直接或间接作用于人体某脏腑组织，发生多种病证。痰不仅指咳吐之痰，如痰浊阻肺之咳嗽、肺痈等，还包括痰邪为患所引发的多种病理变化，如痰浊痹阻胸阳可出现胸痹证；痰浊阻于心脉，血行不畅，可出现胸闷心痛；痰浊扰及心神可出现痰迷心窍、痰火扰心等神志病变。《金匮要略》中所论胸痹病大多与痰浊有密切关系。痰浊的形成与肺脾肾功能失调有密切关系，因为肺为水之上源，主司水液的宣发与肃降；脾胃居于中焦，为气血津液生化之源，又为气血升降出入之枢纽；肾为先天之本，主藏精，又主水液代谢，主司气化，为水之下源，所以仲景治疗痰浊为患的许多方剂多从肺脾肾三脏入手，治以化痰降浊，宣痹通阳。在心血管疾病的治疗方面，如治疗胸痹的瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤、茯苓杏仁甘草汤、橘枳姜汤、桂枝生姜枳实汤等，用之临床，疗效确切。这些方剂药物大多入肺、脾经，具有化痰通络，宣

痹通阳等功效，说明肺脾诸脏与心脏关系密切。因生理上肺主气，司呼吸，主宣发肃降，通调水道，为水之上源，百脉皆朝会于肺；肺主气，心血有赖于肺气之推动，肺之功能正常，运血有力，则心血在脉管中运行有序，宗气得以正常生化而营养全身；胃之大络名曰虚里，脾胃为后天之本，气血生化之源，中焦受气取汁变化而赤是为血，脾胃功能正常，中焦所受水谷之精气，上输于肺，通过肺朝百脉，下输膀胱，将营血送达全身，以营养五脏六腑，四肢百骸；脾胃功能正常，血脉得统摄而不外溢，故脾胃为后天之本。病理上“脾为生痰之源”，“肺为储痰之器”。脾不能运化，则水谷精微酿生痰浊，脾不升清，胃不降浊，则痰浊阴邪上泛；肺为痰浊闭塞，不能宣发肃降，亦不能通调水道，宗气不利，心阳失宣，所以出现喘息咳唾，胸背痛，短气等胸阳闭塞症，甚则出现胸痹不得卧之症。“《内经》曰：“肺痹者，烦满喘而呕；心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘。胸中者，心肺之分，故作喘息咳唾也。诸阳受气于胸中，而转行于背，气痹不行，则胸背为痛而气为短也。”（《黄帝内经素问直解》）。“胸痹不得卧，是肺气上而不下也；心痛彻背，是心气塞而不和也。其痹尤为甚矣。所以然者，有痰饮以为援也，故于胸痹药中加半夏以逐痰饮”（《金匮要略心典》）。综观心血管疾病，无论是冠心病心绞痛，心肌梗死，动脉粥样硬化，高脂血症，高黏血症，肥胖病，闭塞性动脉硬化，还是肺源性心脏病，糖尿病性心脏病，都与痰浊有密切关系。所以张仲景治疗胸痹病十分重视痰浊这一病理因素，治疗上从治肺、治脾入手，实为治标治本兼顾之法，值得我们临证时细心体会。

第二节　水　　饮

水饮是指津液在体内运行、代谢失常后，停聚体内某一部

位而成的病理产物，又作为致病原因引发他病。水饮质较清稀，其生成与脾胃、肺、肾、三焦、膀胱功能失常关系密切。肺居上焦，主通调水道，疏布津液，如雾露之溉，为水之上源；脾胃居中焦，为气血津液升降出入之枢纽；肾者主水，主司膀胱之气化，为水之下源，又为胃之关。三者与水液代谢关系密切，在治疗水饮为患的疾病中，《内经》提出“开鬼门，洁净府，去淤陈莝”之法，是为治疗饮邪为患的三大治疗法则。

《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》所论痰饮多指水饮。根据痰饮所犯部位，将其分为痰饮、悬饮、溢饮、支饮；根据饮邪停留时间的长短、部位的深浅、水饮的轻重、侵扰的脏腑，又有留饮、伏饮、微饮、水在五脏之分。痰饮病名为仲景所创，在《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》篇，篇名之“痰饮”为广义痰饮，而在四饮之中的“痰饮”为狭义痰饮。虽名曰“痰饮”，实质上重在治饮，而“痰”字只是修饰限定“饮”的形容词。因在汉晋唐时期，“痰”字与“淡”、“澹”相通。《说文解字》：“澹，水动貌”，说明水饮具有运行流动之特性。因此，仲景所论“痰饮”与宋·杨仁斋《任斋直指方》中“稠浊者为痰，清稀者为饮”的概念是不同的。

痰饮病的形成为脏腑功能失调、水液代谢失常所致，与肺、脾、肾关系最为密切。肺失宣降，脾失健运，肾失蒸化，影响三焦水道不利，皆可形成痰饮。在水液代谢过程中，脾与肾的功能尤为重要，二者之间又相互影响。脾虚运化失职，水湿内停；肾气亏虚，蒸化无力，是痰饮形成的主要原因。仲景在论述痰饮病的成因时指出：“病人饮水多，必暴喘满；凡食少饮多，水停心下，甚者则悸，微者短气”，其因仍是指脾失运化、肺失宣降所致。

痰饮的主要部位主要在胃肠、胁下、胸膈和肢体肌肤之间，根据水饮停聚人体的部位和主要症状不同，仲景将痰饮病

分为四饮，即痰饮、悬饮、溢饮、支饮。曰："其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声，谓之痰饮；饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮；饮水流行，归于四肢，当汗出而不汗出，身体疼重，谓之溢饮；咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮。"痰饮还可以影响五脏，出现与五脏有关的外候，因而又有"五脏水"之称。

在痰饮病的治疗上，仲景提出了"病痰饮者，当以温药和之"的治疗原则。饮为阴邪，遇寒则凝，得温则行，得阳则化，故治当温化水饮，振奋阳气，为治本之法；"和之"是指温药不可太过，应以和为原则，寓调和人体阳气，并非专事温补，兼有行、消、开、导作用，饮为有形之邪，当根据其所停留的部位不同因势利导，驱邪外出。在具体方药方面，如治疗痰饮的苓桂术甘汤、肾气丸、五苓散、小半夏加茯苓汤、甘遂半夏汤、己椒苈黄丸；治疗悬饮的十枣汤；治疗溢饮的大青龙汤、小青龙汤；治疗支饮的木防己汤、木防己去石膏加茯苓芒硝汤、泽泻汤、厚朴大黄汤、葶苈大枣泻肺汤、小半夏汤、小半夏加茯苓汤、十枣汤、小青龙汤、苓甘五味姜辛汤、苓甘五味甘草汤、苓甘五味姜辛半夏汤、苓甘五味加姜辛半夏杏仁汤、苓甘五味加姜辛半夏大黄汤等。

心血管系统疾病与痰饮密切相关，如肺心病、冠心病、心肌病等心脏病心功能减退，出现痰饮症状时可从痰饮论治；心脏病合并肺部感染出现身面浮肿、胸水、腹水、心包积液、身体困重、小便不利、眩晕等，皆可从痰饮论治。如以五苓散、肾气丸、苓桂术甘汤治疗冠心病、风心病、肺心病、肥胖症、高脂血症；以葶苈大枣泻肺汤、十枣汤、甘遂半夏汤、己椒苈黄丸治疗胸腹水、心衰；以小青龙汤治疗冠心病合并肺心病、肺部感染等，均取得了满意的疗效。心血管疾病病程长，并发症多，应根据患者的具体情况辨证使用以上经方，灵活加减。同时，痰瘀并见者多，根据仲景血不利便是水的论点，在治疗

上应痰瘀并治，并虚实兼顾，注意扶助正气，振奋阳气，常可获得较好疗效。

第三节 瘀 血

瘀血是指体内有血液停滞，血运不畅，血液阻滞于经脉与脏腑内，或离经之血积存体内，是由于情志失调、痰浊、食滞、瘟疫、暑热、寒湿等致病因素作用后脏腑功能失调所形成的病理产物，瘀血一旦形成，即失去了正常血液的濡养作用，同时又继而成为一种新的致病因素作用于机体，是仲景病邪理论的重要组成部分。“瘀”字最早出于《楚辞》“行销铄而瘀伤”；在《说文解字》中释为：“瘀，积血也”。血瘀证和活血化瘀治法在中医学中有着古老的渊源和丰富的内容，远在《黄帝内经》成书以前的“武威汉简”《治百病方》中，就载有“瘀方”。《黄帝内经》中有血凝泣、恶血、留血、凝血、着血、石瘕等名；张仲景则称瘀血、血结、干血、蓄血、瘀热、癥瘕、疟母等。

瘀血的病证特点因瘀阻的部位和形成瘀血的原因不同而异，临床表现归纳起来有疼痛、肿块、出血、肌肤甲错、面色黧黑、唇甲青紫、舌质紫暗或见瘀斑、瘀点、舌底脉络紫暗等。张仲景在《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》中，对瘀血病有如下论述：“病人胸满，唇痿舌青，口燥，但欲漱水不欲咽，无寒热，脉微大来迟，腹不满，其人言我满，为有瘀血。”“病者如热状，烦满，口干燥而渴，其脉反无热，此为阴伏，是瘀血也，当下之。”指出了瘀血及其化热的脉证和治疗原则，对后世诊治瘀血病证有深远的影响。

关于瘀血的发病原因和病理机制，仲景认为主要有以下几个方面：①寒热（外邪侵袭）淤滞，损伤气机。《金匮要略·妇人杂病脉证并治》“血寒积结”、“寒伤经络”；《金匮要略·

产后脉证并治》“热在里，结在膀胱”。②饮食劳倦，损伤脉络。《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》“五劳虚极……食伤……饮伤、房室伤、饥伤、劳伤，经络营卫气伤，内有干血”，说明过劳伤气，气伤则血不和而形成瘀血证。③情志抑郁，气滞血瘀。“忧伤……劳伤，经络营卫气伤，内有干血”。④小产崩中，瘀血内停。《金匮要略·妇人杂病脉证并治》“曾经半产，瘀血在少腹不去”。

瘀血的诊断与辨证施治：瘀血又称蓄血。若血运不畅或离脉络之血未能消散，均可形成瘀血。仲景除在《金匮·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》中具体描述了瘀血证的症状和体征，同时在其他章节对瘀血停留部位和临床特点作了阐述。如瘀在上焦，“呕吐涎唾，久成肺痈，形体损兮”；瘀在中焦，“在中盘结，绕脐寒疝，或两胁疼痛，与脏相连，或结热中，痛在关元，脉数无疮，肌若鱼鳞”；瘀滞下焦，则“经候不匀，令阴掣痛，少腹恶寒或引腰脊，……气冲急痛，膝胫疼烦，奄忽眩冒，状如厥癫，或有忧惨，悲伤多嗔”。给后世临床以指导作用。如瘀阻于心，可见胸闷心痛，口唇青紫；瘀着肝脾，可见胁痛症块；瘀阻胞宫，则少腹痛而拒按，月经不调，经闭，经色紫黑有块，或见崩漏；瘀阻肢体局部，可见局部青紫、肿痛等。治瘀之法，仲景宗《内经》“血实宜决之”法则，提出“是瘀血也，当下之”。所谓决之、下之，即活血、化瘀、破血之法。如瘀热互结于下焦、少腹硬满的抵当汤证、瘀血积结、阻遏胞宫的下瘀血汤证、桂枝茯苓丸证、水血搏结于血室的大黄甘遂汤证、寒凝血滞的温经汤证、瘀阻内外的大黄䗪虫丸证、瘀着肝脾的鳖甲煎丸证，还有土瓜根散证、红蓝花酒证等。仲景所创活血化瘀方剂多达 20 余首，约占全部方剂的 1/10，仲景习用的活血化瘀药物有：大黄、桃仁、䗪虫、水蛭、蛀虫、蛴螬、鳖甲、干漆、当归、芍药、新绛、蒲灰、白鱼、乱发、硝石、牡丹皮、川芎、土瓜根等 20 余种，均有良好的

活血化瘀作用，仲景活血化瘀方药直到今天仍在临床广泛使用，其组方法度亦成为后世活血化瘀法使用的典范，后世许多活血化瘀方多系以仲景方沿袭而来。

在心血管疾病中，瘀血见证比比皆是，如冠心病心绞痛、心肌梗死、充血性心力衰竭、糖尿病合并心脑血管病、肥胖病、高脂血症等，凡见有瘀血之征象者，皆可仿仲景瘀血病诊疗思路以治之。如冠心病心绞痛属于寒凝心脉，可用当归四逆汤加减；久病入络，可应用大黄䗪虫丸推陈出新；冠心病心力衰竭者加当归芍药散加味；肥胖病、高脂血症属于瘀血者，亦可用大黄䗪虫丸治之。久病者，必然本元大伤，虚损之象迭现。若气虚则运血乏力，阴虚则血行艰涩，而成久虚入络之血瘀证候，如消渴病伴心脑血管病者，则多兼血瘀之患。瘀血既成，则反阻新血生化之机，而补益清润药物，亦不能验，瘀血不行，新血断无生机，欲致新生，必先推陈。治当通补并行，瘀滞甚者或可以通为补。配以辛散温通，活血生新等药物，则每使补益药物活泼畅荣，而无壅腻之弊，使补益之力得以淋漓发挥，可望事半功倍。《读医随笔》所言："每加行血药于补剂中，其功倍捷"可为明鉴。临床只要辨证精当，运用得当，无耗散，不伤正，则可望收全功。

第四节 寒 邪

寒为冬令之主气，寒气凛冽，最易伤人，但由于起居不慎、体质虚弱或非时之气，四季皆可感受，是最常见的外来致病因素。从寒邪的性质及致病特点来看，寒为阴邪，易伤阳气，其性凝滞，寒性收引。

寒邪是《伤寒论》外感病主要致病因素，《伤寒论》涉及"伤寒"二字的原文有98处，其内涵既有广义、狭义的不同，又有泛指、特指的区别，既有专论并证者，又有兼论证候转

变者。

仲景对寒邪的认识及治疗对后世有深远影响。寒邪外袭，伤于肌表，郁遏卫阳，即为太阳伤寒。寒邪亦可直中于里，伤及脏腑阳气。机体阳气不足，失却温煦之职，阳虚则寒，则寒自内生。仲景在这些方面均有论述。寒邪伤阳，贯穿于六经全过程。纵观《伤寒论》六经病的病理发展变化，是以寒邪伤阳为主要矛盾和主线，六经病始终乃阳气递减一线系之。伤寒病的演变过程即是由太阳—阳明—少阳，在三阳病中阳气渐减。而在三阴病中由量变到质变，即太阴—少阴—厥阴，出现阳衰阴盛。

仲景在著述中对寒邪的治疗内容十分丰富，太阳伤寒代表方为麻黄汤，脾阳不足之寒中于脏以理中汤，阳虚阴盛以四逆汤、通脉四逆汤等。在心血管疾病中，寒邪为患十分常见，如风湿性心脏病、冠心病心绞痛、高血压病、肺心病、血栓闭塞性脉管炎、动脉炎、雷诺氏综合征等。无论是外感寒邪或涉水淋雨，或汗出当风受寒，或寒邪直中脏腑，或脏腑功能减退而出现阳虚阴盛而寒，在许多情况下皆可见到。越来越多的“空调病”、“冰箱病”及豪饮无度等也增加了寒邪致病的机会。凡遇此类证候，可遵仲景之旨而治之。

第五节　湿　　邪

湿为长夏主气，又为六淫之一，即可外受，又可内生，故有外湿内湿之别。外湿多由气候潮湿，或居处潮湿，或涉水淋雨，湿自外着；内湿则是由于或嗜食肥甘厚腻，或思虑伤脾，导致脾运失司或肺、脾、肾、三焦水道功能失调，湿由内生，既是病理产物，又是新的致病因素。分析湿邪的性质及致病特点，湿为阴邪，易阻遏气机，损伤阳气；湿性重浊；湿性粘滞；湿性趋下，易袭阴位。湿邪致病，缠绵难愈，可与其他病

邪交织为患，亦可变生他证。湿、痰、饮，为一源三歧。仲景认为水气病、痰饮病等皆与湿邪密切相关。湿邪与痰饮都是水液代谢失调的病理产物，乃有形之阴邪。湿邪可通过变化而为痰饮，湿病日久，湿邪往往积聚浓缩而为痰饮。

《伤寒论》对湿邪所致症状有较全面论述。水湿内停，随气机升降，无处不到。上犯于肺，是为咳喘；阻滞于胃，则为呕逆；上凌于心，则为心悸；上干清阳，则头目眩晕，或为头痛；泛溢肌肤，则身重身痛，亦发水肿；蓄于中焦，则饮水多而心下悸；蓄于下焦，则溲不利而苦里急；停于胸胁，则引胁下痛；趋于大肠，则肠鸣下利。水湿内停，可使阳气敷布失常，还可与他邪相结为患。在水湿病治疗方面，《金匮要略》指出："诸有水者，腰以下肿，当利小便，腰以上肿，当发汗乃愈"。在《伤寒论》中，治疗水湿病的方法也较为详备。有温阳利水法、育阴利水法、辛开苦降法、散结逐水法、解表利水法等。临床常用的代表方如苓桂术甘汤、五苓散、猪苓汤、防己黄芪汤、己椒苈黄丸、葶苈大枣泻肺汤、大黄甘遂汤等，皆可随证治之。

心血管疾病中湿邪为患甚多，如风湿性心脏病、心包炎、心包积液、心肌炎、扩张型心肌病及其多种并发症；如糖尿病心脏病、甲亢性心脏病、高脂血症、肥胖病等，凡见水肿、身重、头胀、纳呆、胸闷脘痞、泄泻、小便不利等症状者，常可结合其他见证从湿论治。湿邪在心血管疾病中的表现形式除以上所述之外，又常与痰浊、瘀血、气虚等交织并见，呈缠绵之势。目前的许多辅助检查也为诊断为痰湿提供了客观依据，如B超下的心包积液、腹水，X线下的胸水，又如高脂血症为血中之痰浊，其血样可见上聚浊腻油物，亦可为辨证依据之一。

第六节　毒　　邪

在古代医药典籍中，“毒”有多重含义。毒的本义指毒草。《说文解字》训为：“毒，厚也，害人之草。”毒作为病因概念，最早见于《内经》，如“大风苛毒”，《素问·刺法论》：“余闻五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似，不施救疗，如何可得不相移易者？岐伯曰：不相染者，正气存内，邪不可干，避其毒气。”毒与邪往往难以截然分开，毒蕴邪中，邪能生毒，故常毒邪并称。

在古代，毒被广泛地引申运用，或苦痛，或危害，或毒物等。毒在中医学中主要包括四方面内容：一是泛指药物或药物的毒性、偏性和峻烈之性。如《素问·脏气法时论》载：“毒药攻邪，五谷为养，五果为助”；二指病证，如疔毒、丹毒等；三指治法，如拔毒、解毒等；四指发病之因，即对机体产生毒性作用的各种致病因素，即毒邪。如《金匮要略心典》载：“毒，邪气蕴结不解之谓。”《内经》认为偏盛之气为毒，并提出了寒毒、热毒、湿毒、燥毒、大风苛毒的概念。《金匮要略》提出阳毒、阴毒致病及其证治方药，并根据证候的属性把毒邪分为阳毒和阴毒，对后世颇有启发。目前一般把毒分为外毒和内毒：①外毒：指由外而来，侵袭机体并造成损害的一类病邪，主要指邪化为毒和邪蕴为毒。前者指六淫过甚转化为毒邪。如《素问·五常政大论》王冰注：“夫毒者，皆五行标盛暴烈之气所为也”；后者指外邪内侵，久而不除，往往蕴积成毒。如湿蕴日久变成湿毒，湿热交蒸而成毒等，此类病邪或因盛而变，或因积而成，都是在原有病邪的基础上化生而又保存了原有病邪的特点。除上述外，尚有一些特殊的致病物质亦属外毒的范畴，如气毒、水毒、药毒、食毒、虫兽毒、漆毒等。②内毒：指由内而生之毒，系由脏腑功能和气血运行紊乱，使

机体内生理和病理产物不能及时排出，蕴积于体内而化生。内毒多是在疾病过程中产生的，既是原有疾病的病理产物，又是新的致病因素，既能加重原有病情，又能产生新的病证。具体指五志过极化火成毒（热毒、火毒），痰浊郁久而成痰毒，瘀血蕴蓄日久而成瘀毒，湿浊蕴积而成湿毒。毒邪致病，因其种类繁多而表现复杂，有骤发性、广泛性、酷烈性、从化性、火热性、善变性、趋内性、趋本性、兼挟性、顽固性等特点。

毒邪，有外来、内生诸毒之分，其致病过程除毒邪因素外，又与机体脏腑功能失调、气血津液的异常变化密切相关。所以，毒邪所引起的病症，可急可缓，可热可寒，有实有虚，兼夹证多，复杂多变。各种“毒邪”所致病症各有特点，除体质、致病力外，主要是“毒邪”种类所决定，因此，可结合不同证候和现代实验室检查直接或间接分别其不同“毒邪”，有针对性地选择特效解毒药物。同时，还要根据病性、病变部位等理法用药。

主要参考文献

1. 史大卓，高思华主编．中医内科辨病治疗学．北京：科学技术文献出版社，1995
2. 屈松柏，李家庚主编．实用中医心血管病学．北京：科学技术文献出版社，1993
3. 张雁飞．从《金匮要略》“治未病”谈预防．泸州医学院学报，2005，(28) 3：231
4. 陈纪藩主编．中医药学高级丛书·金匮要略．北京：人民卫生出版社，2000
5. 孙勤国，刘学耀主编．内分泌代谢病中医治疗学．北京：中国医药科技出版社，2002
6. 任应秋主编．伤寒论证治类诠．上海：上海科学技术出版社，1959
7. 郁保生．试述《伤寒论》六经理论的临床应用．中医药学刊，2005，23 (8)：1479

8. 梅国强主编．伤寒论讲义．北京：人民卫生出版社，2003
9. 黄仰模主编．金匮要略讲义．北京：人民卫生出版社，2003
10. 范永升主编．新世纪全国高等中医药院校规划教材·金匮要略．北京：中国中医药出版社，2003.187
11. 钱自奋，张育轩，郭赛珊主编．祝谌予临床经验集．第2版．北京科技大学、中国协和医科大学联合出版社，1995.23
12. 何文斌．“瘀血”与“血瘀”辨．北京中医药大学学报，2000，(23) 6：14～15
13. 张峻峰．《金匮》活血化瘀法述略．中医函授通讯，1994，(5)：8～9
14. 张国骏．略论《伤寒论》中“伤寒”的多层涵义．江西中医药，2003，(34) 11：9
15. 任存霞．试论《伤寒论》和温病学对湿邪的论治．光明中医，2004，19 (4)：10
16. 李运伦．毒邪的源流及其分类诠释．中医药学刊，2001，18 (1)：4
17. 于俊生主编．毒邪学说与临床．北京：中国中医药出版社，2000
18. 印会河主编．中医基础理论．上海：上海科学技术出版社，1984
19. 黄帝内经素问．北京：人民卫生出版社，1963
20. 吴瑭．温病条辨．北京：人民卫生出版社，1963
21. 田代华，刘更生整理．灵枢经．北京：人民卫生出版社，2005



方剂篇

空白頁

第一节 桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤

[组成] 桂枝三两（去皮） 甘草二两（炙） 生姜三两（切） 牡蛎五两（熬） 龙骨四两 大枣十二枚（擘） 蜀漆三两（洗去腥）

上为末，以水一斗二升，先煮蜀漆，减二升，内诸药，煮取三升，去渣，温服一升。

[功效] 通阳、镇惊、安神。

[方义分析] 方中桂枝汤去芍药之阴柔以助心阳，加龙骨、牡蛎固摄镇惊，心阳既虚则痰浊易阻，用蜀漆涤痰逐邪以止惊，合方共奏通阳、镇惊、安神之效，因其证情紧急，故名"救逆"。

[适应证]

1. 使用熏、烧针等法，强迫发汗，损伤心阳，神气浮越，临床出现心悸、惊狂、卧起不安等证。

2. 该方临床能治疗多种心脏病，如风湿性心脏病，高血压性心脏病，病毒性心肌炎，心律失常，心血管神经症等，出现惊悸、怔忡、夜寐不安等症状，可用上方治疗。

[类方]

1. 桂枝甘草龙骨牡蛎汤 由桂枝一两（去皮） 甘草二两（炙） 牡蛎二两（熬） 龙骨二两组成。上四味，以水五升，主取二升半，去滓，温服八合，日三服。功能：安神除烦。主治：心阳虚烦躁。

2. 桂枝加龙骨牡蛎汤 由桂枝、芍药、生姜各三两 甘草二两 大枣十二枚 龙骨、牡蛎各三两组成。功能：调和阴阳，潜镇固涩。主治：阴阳两虚、阴阳不和之虚劳失精证。

[加减方]

1. 桂甘龙牡汤加味（刘渡舟） 药物组成：桂枝 9g、炙甘草 6g、龙骨（先煎）12g、牡蛎（先煎）12g。适用于心律失常。证见心悸不宁，坐立不安，烦躁乏力，舌淡苔白，脉弦缓无力等。若心悸烦躁，手足厥冷，脉沉而舌淡者，合茯苓四逆汤加减，桂枝 9g，炙甘草 6g，茯苓 12g，人参 6g，附子（先煎）12g，干姜 6g。

2. 宁神益心汤（阚方旭） 由桂枝甘草龙骨牡蛎汤加生黄芪、生地黄、炒枣仁而来。药物组成：黄芪 50g，生地黄 15～30g，桂枝 6g，生龙骨 30g，生牡蛎 30g，炒枣仁 20g，炙甘草 10～20g。功效：益气养阴，宁心安神。适用于气阴两伤、阳虚浮越证。症见心悸烦躁，胸闷不适，倦怠乏力，夜寐不安，舌质暗淡，苔薄白，脉细弦数。

[临床荟萃]

1. 心血管神经症 朱玉芬等以桂枝甘草龙骨牡蛎汤治疗心血管神经症 32 例，药用：桂枝 15g，甘草 20g，龙骨 20g，牡蛎 20g。每日 1 剂，早中晚分服，7 剂为 1 疗程。伴失眠者加琥珀 10g；心烦加柴胡 15g；伴有期前收缩者加酸枣仁 15g，党参 30g；伴缺血改变者加丹参 18g。治疗 2 疗程，临床治愈 26 例，显效 4 例，好转 2 例。

2. 窦性心动过缓 孙秀风以桂枝加龙骨牡蛎汤治疗窦性心动过缓 62 例，药用：桂枝 10g，白芍 15g，炙甘草 10g，生姜 3 片，大枣 10 枚，龙骨 30g，牡蛎 30g。加减：阳虚气弱甚者，加红参 10g，黄芪 30g，酸枣仁 15g，仙灵脾 10g，补骨脂 10g；兼易惊易怯心情不畅者加龙齿 30g，柏子仁 15g，远志 10g，小麦 30g；气血两虚加当归、熟地黄、黄芪、酸枣仁，去桂枝、生姜；兼心阳不足者加麦冬、玉竹、生地黄、五味子；阳虚水泛加防己、黄芪、泽泻、猪苓、茯苓，去龙骨、牡蛎；阳虚饮邪上逆加半夏、茯苓、陈皮；阳虚气滞血瘀加丹参、川芎、桃仁、红花；兼胸闷如窒者加檀香、沉香；如有痰

浊胸满闷痛者加瓜蒌、薤白、半夏、陈皮。结果：观察30天，治愈24例，好转30例，无效8例。

3. 心衰汗证　骆新生以桂枝加龙骨牡蛎汤治疗心衰之汗证52例，药用：煅龙骨30g，煅牡蛎30g，桂枝10g，白芍15g，生姜5片，大枣10枚，炙甘草5g。若汗出恶风甚者加仙灵脾10g，附子6g；伴盗汗者加益智仁10g，五味子10g；伴气短乏力者加党参20g，生黄芪50g；伴心悸失眠者加酸枣仁10g。水煎服日1剂。结果：治愈30例，显效18例，好转3例，无效1例。

4. 其他心脏病　桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤用治风湿性心脏病快速房颤、病毒性心肌炎、频发房性期前收缩、高血压心脏病频发房性期前收缩及阵发性房颤等所致的心悸、胸闷、气短、乏力、脉促或结等，有一定疗效。若心下空虚而悸者，加柏子仁、酸枣仁养心安神；口不渴，呕逆者，加半夏、生姜以降逆行水；口渴者加党参或人参、天花粉，以益气生津；伤阴舌红脉数者，加麦冬、玉竹，以滋阴生津；胸满脘痞者加栝蒌、木香、枳壳，以通气消痞。

5. 惊恐证　桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤治疗因大恐而发病，日夜惊恐不安，夜不敢独宿，日不敢独行，即使有人陪伴，亦触目多惊而畏缩不前，舌淡红，苔薄白，脉数，服药数剂而病获痊愈。处方：桂枝12g，炙甘草24g，生姜9g，大枣6枚，生龙骨50g，牡蛎50g，远志9g，龙眼肉100g，小麦100g。

［实验研究］　桂枝为方中主药，辛、甘、温，入心、肺、膀胱经，主要成分是桂皮醛，对小鼠有明显的镇静作用，表现为自发活动减少，对抗甲基丙胺所产生的过多活动，转棒试验产生的运动失调及延长环己巴比妥的麻醉时间等，脑电图测定进一步证明具有一定的镇静作用，在兔大脑皮层表面内埋入电极后，再由腹腔给予桂皮醛50mg/kg，测定脑电图变化，发

现低压快波有增加的倾向，对于由于声音刺激的惊醒波稍有延长。小鼠鼠尾刺激加压法表明，桂皮醛无明显的镇痛作用，但对腹腔内注射醋酸所致扭体反应，则有轻度的抑制作用。桂皮醛可延缓士的宁引起的强直性惊厥及死亡的时间，可减少荼碱引起的强直性惊厥及死亡的发生率。对戊四氮引起的惊厥则无效。桂枝能增加冠状动脉血流量，但桂枝对血管的作用可因作用不同而异，并与配伍药物有关。适量桂枝有芳香健胃作用，桂皮醛能使肠胃蠕动增强，排除肠中腐败之气体，而不致引起下痢。以桂枝汤煎剂 15g/kg 体重灌胃正常家兔，结果表明灌胃桂枝汤后抗增强家兔在体正常心肌血流量，其中以给药后 20 分钟作用明显，作用持续 2 小时。

甘草甜素每日 10mg/kg 肌注，连续 5 日，对实验性家兔高脂血症有明显的降脂作用，结果血浆甘油三酯对照组为 168±10mg%，给药组为 90±4mg%。小剂量甘草甜素（2mg/d）在一定时间内能使试验性动脉粥样硬化家兔的血胆固醇降低，粥样硬化程度减轻，20mg/d 能阻止大动脉及冠状动脉粥样硬化的发展，与雌激素合用，作用增强，但剂量过大时（40mg/d）反而无效。有人认为甘草甜素此作用与刺激垂体-肾上腺素系统有关，或是甘草甜素能促进胆固醇的结合与排泄。给高血压、高血脂、动脉硬化症等患者每日服甘草甜素 150～200mg，观察 2 个月，发现动脉硬化危险因子的血清脂质、总脂质、总胆固醇、中性脂肪、β-脂蛋白、磷脂质、游离脂肪酸中，总胆固醇和磷脂质明显降低。18β-甘草次酸钠能对抗氯仿诱发的小鼠室颤、氯仿-肾上腺素所致兔室性心律失常，延长 $CaCl_2$ 所致大鼠室性心律失常出现时间，减慢大鼠和兔心率，部分对抗异丙肾上腺素的心率加快作用。

蜀漆为常山幼苗，所含常山碱甲、乙、丙对麻醉犬有降压作用，其降压程度与维持时间都与剂量有关。此外，我国把常山碱乙进行结构改造获得一个抗心律失常的新药常咯啉，经临

床应用，对心脏期前收缩及心动过速有显著疗效。

现代药理研究表明：龙骨所含之钙，能促进血液凝固，减少毛细血管壁的通透性，并抑制骨骼肌的兴奋性；牡蛎含80%～90%碳酸钙、磷酸钙及硫酸钙等，具有镇静作用。

[运用心得] 桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤为治伤寒火劫、亡阳、惊狂之要方。基本指征是：恶寒发热，有汗，胸满，痰涎量多，惊狂烦躁，卧起不安，胸腹动悸，苔粘，脉滑。临床应用十分广泛，除治疗伤寒火劫、亡阳、惊狂之证外，现代多用于治疗风湿性心脏病、高血压性心脏病、病毒性心肌炎、心律失常、心血管神经症等多种心血管疾病。除此以外，还用于治疗自主神经功能紊乱、癔症、更年期综合征、精神分裂症、青春期自主神经功能紊乱等多种疾病，只要辨证准确，疗效确切。治疗心律失常，甘草、蜀漆是必用药。惊狂烦躁，加重龙骨、牡蛎用量，以提高疗效。

第二节 栝楼薤白白酒汤

[组成] 栝楼实一枚（捣） 薤白半斤 白酒七升

上三味，同煮，取三升，分温再服。

[功效] 通阳散结，豁痰下气。

[方义分析] 方中栝楼甘苦寒，开胸利气，涤痰散结；薤白苦辛温，通阳豁痰，《灵枢·五味》篇有“心病宜食薤”之说，白酒通阳，可助药势，诸药配伍，使痹阻得通，胸阳得宣，则诸症可解。

[适应证]

1. “胸痹之病，证见喘息咳唾，胸背痛，短气，寸口脉沉而迟，关上小紧数。”（《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证并治》）。

2. 冠心病心绞痛，证见胸闷胸痛、甚至胸痛彻背，短气

不得卧者，可用本方加减治疗。

3. 其他如慢性支气管炎，慢性阻塞性肺病，肺心病，心包炎，心肌炎，肋间神经痛，肋软骨炎等出现上述诸症者，亦可用上方治疗。

[类方]

1. 栝楼薤白半夏汤　由栝楼实一枚（捣）　薤白三两　白酒一斗　半夏半升组成。功能：通阳宣痹，化痰降浊。主治：胸痹重证，证见胸痹不得卧，心痛彻背者。

2. 枳实薤白桂枝汤　由栝楼实一枚（捣）　薤白半斤　枳实四枚　厚朴四两　桂枝一两组成，功能：通阳散结、降逆除满。主治：胸痹心中痞，气结在胸，胸满，胁下逆抢心。

3. 小陷胸汤　由栝楼实大者一枚　半夏半升　黄连一两组成。功能：清热化痰散结。主治：痰热互结，胸痹痞满之证。

[加减方]

1. 胸痹病方（蒲辅周）　药物组成：栝楼 12g，薤白 9g，法半夏 9g，厚朴 6g，炒枳壳 6g，苏梗 6g，陈皮 6g，生姜 6g，麦芽 6g。适用于胸痹病，证属痰滞胸膈，肺胃不和，出现胸闷胸痛，腹胀，咳痰，舌苔白腻，脉弦滑等症。治疗心绞痛用栝楼薤白半夏汤加枳实、降香；有瘀血者加川芎、桃仁、血竭、琥珀等也是很好的经验。

2. 栝楼薤白白酒汤合冠心Ⅱ号加减方（刘献琳）　药物组成：栝楼 15～30g，薤白 9g，当归 15g，红花 9～15g，赤芍 15g，川芎 15g，桃仁 9～15g，降香 15g。适用于冠心病心绞痛，证属气滞血瘀，出现胸闷、胸痛，短气，或心痛彻背，舌质紫暗，舌苔薄白，脉细涩或弦细。憋气者可合生脉散。

3. 栝楼薤白白酒汤加味方（李聪甫）　药物组成：全栝楼 10g，薤白头 9g，法半夏 9g，桂枝尖 5g，广郁金 6g，云茯苓 10g，老檀香 9g，炙甘草 5g，白酒（分冲）20g。适用于胸痹

病，证属心阳虚而不振，浊阴上泛，营血凝涩，出现胸膺痛连左胁，呼吸难续，喘息牵痛，痛甚两手护胸，胸中郁闷，背寒肢冷，时欲呕逆，不得安卧，舌苔白滑，脉弦结等症。

4. 栝楼薤白白酒汤加味方（焦树德） 药物组成：栝楼30g，薤白10～15g，半夏10g，桂枝3～12g，檀香6～9g（后下），茯神30g，苏梗10g，红花10g，五灵脂9～12g，蒲黄6～10g，焦山楂10g，赤芍12g。可随症加减，水煎服，每收良效。病情严重，服药效果不显，且会饮酒的病人，在服药时，可兑入黄酒20ml，不会饮酒者则兑入米醋20～30ml。心绞痛发作频繁痛重者，可再加用苏合香丸半丸至1丸，随汤药服，可提高疗效。适用于冠心病、心肌炎等病，症见心前区痛而心痛彻背、背痛彻心、心慌气短，脉见寸沉、关弦或寸关弦滑、沉紧者。

5. 清心生脉饮（陆芷青） 由瓜蒌薤白白酒汤合生脉饮加减而成。药物组成：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，瓜蒌皮9g，薤白5～9g，苦参10g。功用：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，舌下瘀紫，苔黄，脉细数。

[临床荟萃]

1. 心律失常 杨柄权等以瓜蒌薤白半夏汤合红花注射液治疗心律失常68例，药用：瓜蒌壳、瓜蒌仁各12g，薤白15g，半夏12g。加减：缓慢型心律失常或每因心动过缓时心律失常发生频繁者加桂枝、细辛；四肢发凉、畏寒明显者加肉桂、熟附子、红参；快速型心律失常加炙甘草、五味子、白芍、苦参；血瘀明显者加血竭、鸡血藤、川芎、丹参（血瘀与气虚并重者川芎慎用）；惊悸明显者加炙远志、生龙牡、夜交藤、珍珠母；气血虚加归脾丸；湿盛或纳差加厚朴、焦三仙。

水煎服日1剂，同时注射红花注射液。治疗2周，显效42例，有效20例，无效6例。

王英以瓜蒌薤白半夏汤治疗心律失常50例，基本方为瓜蒌、半夏、薤白、白酒适量。加减：心气虚减半夏，加黄芪、人参、桂枝、丹参、苦参、川芎、炙甘草、炒酸枣仁、五味子；心血虚减半夏，加阿胶、太子参、麦冬、桂圆肉、柴胡、柏子仁、白术、炙甘草；心阳虚加桂枝、甘草、人参、丹参、红花、茯苓、龙骨、牡蛎、炙甘草；心血瘀阻加丹参、红花、桃仁、赤芍、川芎、柴胡、降香、合欢皮、夜交藤；水饮凌心加桂枝、白术、茯苓、甘草、炙麻黄、杏仁、紫苏子、葶苈子、丹参、制远志、红花、大枣。日1剂水煎服。1月后，治愈30例，好转15例，无效5例。

2. 冠心病心绞痛　李海平以加味瓜蒌薤白白酒汤合海马参七散治疗冠心病心绞痛48例。心绞痛频繁发作期间，方选"加味瓜蒌薤白白酒汤"，药用：全瓜蒌、薤白、白酒、郁金、茯苓、法半夏、桔梗。兼心气虚者加党参、北芪、炙甘草；兼血瘀者加丹参、桃仁、红花；兼心阴不足加麦冬、五味子。日1剂。薤白以白酒适量浸泡30min后再和余药一同水煎。心绞痛缓解期，方选自拟"海马参七散"，药用：海马、西洋参、田七。上药用量比例为1∶2∶1。共研细末，每服5～10g，日1次。结果：显效32例，有效12例，无效4例。

胡先发以瓜蒌薤白半夏汤治疗冠心病心绞痛36例，并与硝酸甘油组33例对照。治疗组以瓜蒌薤白半夏汤加减：瓜蒌15g，薤白15g，制半夏10g，丹参10g，田七6g，郁金10g，桃仁10g，红花10g，水蛭6g，党参12g，石菖蒲5g，炙甘草6g。胸闷痰多者加橘红、枳实；胸痛剧烈者去党参、加延胡索、五灵脂；气虚者加黄芪、人参易党参；血虚者去桃仁、红花，加当归、川芎；心阳虚者加附子、肉桂；心阴虚者加麦冬、玉竹。水煎服日1剂，15天1疗程。对照组以长效硝酸

甘油 10mg，日 3 次。结果：心绞痛治疗组显效 18 例，有效 15 例，无效 3 例，总有效率 91.6%；对照组显效 11 例，有效 13 例，无效 9 例，总有效率 72.7%；心电图治疗组显效 13 例，有效 19 例，无效 4 例，总有效率 88.8%；对照组显效 7 例，有效 13 例，无效 13 例，总有效率 60.6%。

瓜蒌薤白白酒汤为治疗胸痹之主方，具有通阳散结，行气祛痰之功。临床应用较广，杨晓兰报道用瓜蒌薤白白酒汤加味治疗 32 例冠心病。心电图显示：心肌缺血 13 例，房性期前收缩 3 例，室性期前收缩 5 例，房颤 4 例，房颤伴房室传导阻滞、心动过缓 4 例。药用全瓜蒌 30g，薤白 6g。兼有气虚者加党参、黄芪各 30g；胸阳不振，气机痹阻者加桂枝 9g，附子 10～30g；痰浊者加半夏 15g，陈皮 3g；心脉瘀阻者加蒲黄、五灵脂、全当归各 10g；心阴亏虚者加五味子 10g，麦冬、玄参各 15g，生地黄 30g；1 个月为 1 个疗程。在服中药同时予复方丹参 20ml 加入 5%GS 中静滴，日 1 次，2 周为 1 个疗程。结果显效 10 例，有效 18 例，4 例无效。雷忠义报道用加味瓜蒌薤白汤（瓜蒌、薤白、丹参、红花、赤芍、川芎、降香）治疗冠心病心绞痛 104 例，显效 36.53%，总有效率为 95.19%，84 例心电图有效率 40.4%；并观察到疗效与分型关系不大。对头晕、胸闷、心悸等症状也有较好的疗效。心电图结果：显效 4.7%，好转 35.8%，有效率为 40.5%；无创伤心功能检查 7 例中，5 例有不同程度改善，以 PEP、LVET、PEP/LVET、及 ICL/CVLE 为佳，合并高血压者 28 例中有 7 例血压下降。有报道用瓜蒌薤白半夏汤加丹参、鸡血藤、何首乌、赤芍、石菖蒲等，15 例冠心病心绞痛显效者占 33.3%，改善者占 60%，无效者占 6.7%。

赵锡武善以该方治疗冠心病心绞痛。如：李某，女，57 岁，干部。冠心病心绞痛 5～6 年，心前区疼痛每日 2～3 次，伴胸闷气短，心中痞塞，疲乏，脉弦细，苔白齿淡，边有齿

痕。此系胸痹之病，乃胸阳虚，胃不和，遂致气机不畅，血脉闭阻。拟通阳宣痹，心胃同治。仿栝楼薤白白酒汤合橘枳姜汤化裁。处方：栝楼 30g，薤白 12g，半夏 15g，枳壳 10g，橘皮 15g，生姜 6g，党参 30g，生黄芪 30g，桂枝 12g，香附 12g。水煎服日 1 剂。服上方 2 个月后，心前区痛偶见，胸闷气憋减轻，脉弦细，苔薄。心电图 V_{4-6} T 波由倒置转低平，或双向，V_{4-6} ST 段由下降 0.1mV 较前回升 0.05mV。

3. 病毒性心肌炎及心律失常　唐氏分析 36 例急性病毒性心肌炎，4 例表现为痰湿内阻型，证见肥胖，胸闷憋气，头晕且胀，舌苔腻者，以瓜蒌薤白白酒汤合二陈汤加味，化痰湿，通心阳，配合其他治疗，全获效。

对诊断为心肌炎后遗症，且以期前收缩为主要症状的心律失常，徐建玉将其辨证分为 3 型。对 18 例气滞血瘀型，证见胸膈闷痛，心悸气短，舌有瘀斑或色紫，脉弦细或小弦，治拟瓜蒌薤白白酒汤合丹参饮加减，并配合气功治疗。结果显效 7 例，有效 5 例，无效 6 例，总有效率 66.7%。

[实验研究]

1. 扩张冠状动脉作用　瓜蒌有显著的扩张冠状动脉效果，在离体豚鼠或离体兔心标本均可使冠状动脉血流量显著增加，如灌流液浓度为 2.5mg/ml 或 5.0mg（生药）/ml 时，能使冠状动脉血流量分别增加 55%或 71%。瓜蒌的不同部位扩冠强度不同，其强度顺序为瓜蒌皮＞瓜蒌霜＞瓜蒌子＞瓜蒌仁＞瓜蒌子壳。瓜蒌能拮抗垂体后叶素导致的冠脉流量减少，使离体冠脉扩张，冠脉流量明显增加，当药物浓度大于 10mg/ml 时，可使离体心脏的收缩力明显减弱，心率明显减慢，量效关系成正比。薤白对冠状动脉血流量的影响不定。瓜蒌在扩张冠状动脉同时，对心率有一定抑制。

2. 抗心肌缺血缺氧作用　瓜蒌还对垂体后叶素引起的大鼠急性心肌缺血有显著的保护作用，提高异丙肾上腺素所致减

压缺氧小鼠的生存率。能延长正常小鼠及肾上腺素所致心肌缺氧小鼠对常压缺氧的耐受能力。适当剂量的瓜蒌能增强豚鼠离体心脏的收缩力。静脉给药可见瓜蒌血压降低，脉压增加，肠系膜微动脉口增粗。

3. 抗动脉粥样硬化　瓜蒌还可使兔血清总胆固醇降低，薤白则有较强的抑制血小板聚集活性，此可能与其抑制 TXA_2 合成及作用于血小板膜影响其释放过程等有关。通过对高胆固醇饲料所致动脉粥样硬化家兔的血脂、血清过氧脂质、血小板聚集、环核苷酸水平、血浆和动脉壁的 6-酮-PGF_1 及主动脉和冠状动脉的观察等，结果表明薤白能显著抑制主动脉和冠状动脉的脂质斑块的形成，其主要机制在于降低血脂及过氧化脂质，提高 PGI_2，cAMP 水平，减少血小板聚集，保护血管内壁、减少泡沫细胞形成和抑制平滑肌细胞增生。白酒在本方中的作用可能有：白酒在共煎时增加瓜蒌、薤白醇溶性物质的析出；或酒类本身就有显著的心血管活性，酒精因抑制血管运动中枢，引起外周血管扩张，并能减轻心绞痛，但它不能有效的扩张冠状动脉。由此看来，一般在运用本方时均不用白酒，是否恰当尚待研究。

4. 配伍研究　通过对异丙肾上腺素致小鼠心肌缺氧半数有效量（ED50）测定，和对垂体后叶素心肌缺血半数有效量（ED50）测定，考察了四种组方的栝蒌薤白白酒汤提取物抗小鼠心肌缺氧及大鼠心肌缺血作用，结果表明：四种组方对小鼠及大鼠灌胃给药或腹腔注射给药，在两种试验模型中均有明显的拮抗作用，并且证明薤白与栝蒌以 1∶1.5 的组方为最佳组合的组方。

［运用心得］ 栝蒌薤白白酒汤是治疗胸痹病的主方。胸痹病，出现喘息咳唾，胸背痛，短气者用之最宜。据有关文献报道，本证涉及到心血管系统、呼吸系统、消化系统、神经系统的多种病证，常见如冠心病、心绞痛、支气管炎、肺心病、胃

神经痛、肋间神经痛等，均可出现类似于“胸痹”的临床表现。栝蒌薤白白酒汤一类方剂广泛应用于上述诸证，取得了较好的疗效，体现了中医治病，异病同治，证同治亦同的特点，特别是近年来用于心血管疾病，尤其是冠心病、心绞痛方面，获得较好疗效，值得重视。应用本方的指征是：病机为痰浊痹阻，胸阳不展，主证为喘息咳唾，胸闷胸痛，短气，甚者不得平卧，临证时，根据病情的变化，常与瓜蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤等方随症加减。赵锡武老中医应用瓜蒌薤白半夏汤随症加减治疗冠心病心绞痛得心应手，取得了明显疗效；其他名家亦有宝贵经验，值得我们学习。

第三节 人 参 汤

[组成] 人参三两 甘草三两 干姜三两 白术三两

上四味，以水八升，煮取三升，温服一升，日三服。

[功效] 益气助阳，消痹除满。

[方义分析] 方中人参、甘草补气以助阳气运行，白术健脾以消痰浊，干姜温阳散结以消痞满。

[适应证]

1. 胸痹心中痞，气结在胸，胸满，胁下逆抢心，兼有气短乏力，甚则四肢厥逆，出冷汗者。

2. 冠心病心绞痛，证见胸闷胸痛，倦怠少气等可用本方加减治疗。

3. 冠心病心力衰竭、风心病心功能减退、慢性阻塞性肺病、肺心病出现喘息咳唾、喘鸣迫塞、甚则喘息不得卧者，如果属于宗气不足，胸阳不展，导致痰浊、水饮痹阻者，亦可用本方加减治疗。

[类方]

1. 桂枝人参汤 桂枝四两 人参三两 甘草四两 干姜

三两　白术三两组成。功能：补气温阳解表。主治：太阳病，外证未除，而数下之，遂挟热下利，利下不止，心下痞硬，表里不解者。

2. 茯苓四逆汤　茯苓四两　人参一两　附子一枚（生用，去皮，破八片）甘草二两（炙）　干姜一两半组成。功能：益气回阳，宁心安神。主治：发汗、若下之，致阴阳两虚烦躁者。

[加减方]

1. 人参汤合瓜蒌薤白白酒汤（刘献琳）　药物组成：人参15g，炒白术15g，干姜10g，瓜蒌实30g，薤白15g，茯苓20g，桂枝10g，郁金10g，丹参24g，甘草9g。适用于冠心病，证属心脾阳虚，饮邪上乘阳位，临床出现胸闷胸痛，劳累后加重，伴短气，乏力，纳呆，便溏，舌淡胖，边有齿印，舌苔薄白腻，脉沉细无力等症。

2. 人参汤加味方（任应秋）　药物组成：白人参15g，炙甘草15g，干姜9g，炒白术15g，川附片9g，五灵脂9g，山楂9g，乳香3g，降香9g。适用于心绞痛，证属阳气衰竭，心失温煦，出现胸骨及心前区闷胀，并伴压榨性疼痛，面色苍白，冷汗时出，心悸气短，手足厥冷，舌质胖嫩，脉沉细而弦。

3. 人参生脉汤（阚方旭）　药物组成：人参10g（或党参30g），白术15g，干姜10g，麦冬30g，五味子15g，炙甘草10g。适用于冠心病心绞痛，属于心肺气虚，出现胸闷胸痛，动则尤甚，心悸、短气、乏力者。

[临床荟萃]

1. 糖尿病无症状性心肌缺血　魏丹蕾等以人参汤合枳实薤白桂枝汤治疗糖尿病无症状性心肌缺血35例，药用：人参15g，桂枝、白术、炙甘草、薤白、瓜蒌、枳实、熟地黄、川朴各12g，干姜、山茱萸各9g，附子6g。由医院制剂室统一

煎熬，每袋150ml，1袋/次，2次/日，10天为1疗程。连续观察3个疗程。结果：显效17例，有效10例，无效8例。

2. 冠心病伴左心功能不全　林志斌以人参汤合红花注射液治疗冠心病伴左心功能不全（LVD）。药用：红参9g，白术9g，干姜9g，炙甘草9g。水煎，每日1剂，分早晚2次服用。同时注射红花注射液。用药期间停用洋地黄及非洋地黄类正性肌力药物，不用减轻心脏前后负荷的其他西药。20天1疗程。结果：49例中，显效27例，有效17例，无效5例。治疗后各项心功能参数均较治疗前有明显改善。

3. 冠心病心力衰竭　贾太谊等治疗患者万某，男，53岁。发作性胸骨后疼痛伴心慌气短1年余，因感冒或劳累可诱发加重，立即停止活动或服“速效救心丸”可缓解症状，每次发作约2～3分钟。曾以“下壁心肌缺血”在某医院治疗无效。两周来夜间阵发性呼吸困难加重，每晚因出不来气而憋醒，多时每夜可达5～7次。症见：胸闷，胸骨后疼痛，心中痞满，时觉心悸，心慌气短，动则气喘，夜来憋气，神疲乏力，肢冷，口干，心烦汗出，舌红嫩少苔，脉沉细数。中医诊断为心痹（心阳不振，气阴两亏），西医诊断为冠心病（心力衰竭Ⅰ级）。治当补中助阳，佐以养阴益气逐瘀，予人参汤加味：红参10g，干姜9g，焦白术12g，甘草9g，麦冬30g，甘松30g，红山楂60g，麦芽15g。水煎服，日1剂。上方加减服20余剂，胸骨后疼痛、夜来憋气消失，诸症悉减。1个月后恢复上班，1年后随访无复发。

4. 冠心病心绞痛　秦鉴运用四逆加人参汤治疗冠心病心绞痛，疗效较好，选择确诊为冠心病心绞痛者88例，分为治疗组60例，对照组28例，另选10例健康人作正常对照。所有入选病人治疗前停用有关心血管药物5个半衰期或1周，硝酸甘油可在心绞痛发作时临时服用，并记录用量。治疗组用四逆加人参汤：黑附子9g，干姜6g，甘草6g，红参5g。黑附子

先煎 30min，再加水至 400ml，加入干姜、甘草同煎至 150ml，红参另煎 50ml，混兑后分 2 次口服，时间间隔 6～10 小时，每日 1 剂，2 周为一个疗程。对照组服用冠心苏合胶囊，每日 3 次，每次 2 粒。根据 1979 年全国中西医结合治疗冠心病心绞痛及心律失常座谈会制定的标准判断冠心病心绞痛和心电图疗效。结果：四逆加人参汤控制心绞痛发作显效 20 例，改善 28 例，无效 12 例，总有效率 80%；冠心苏合胶囊控制心绞痛显效 8 例，改善 14 例，无效 6 例。四逆加人参汤心电图 ST-T 改变显效 12 例，改善 28 例，无改变 20 例，总有效率 66.7%；冠心苏合胶囊心电图 ST-T 显效 5 例，改善 13 例，无改变 10 例。四逆加人参汤治疗后平均心绞痛发作次数、持续时间及硝酸甘油用量均明显减少（$P<0.01$、0.01、0.05），NST 和 ΣST 均显著下降（P 均 <0.05）。服用四逆加人参汤煎剂 2 周后，患者血液流变学发生了明显的变化，全血粘度、血浆粘度、血细胞比容、纤维蛋白原较治疗前明显下降，（$P<0.05$，0.01）。

5. 风湿性心肌炎　刘明达运用理中汤（人参汤）加减，治疗 6 例风湿性心肌炎。结果：4 例恢复出院，1 例死亡，1 例无效出院。可见理中汤温中健脾，并不局限于消化系统疾病的治疗。

［实验研究］

1. 抗氧化作用，抑制脂质过氧化反应　人参汤对缺血处死的大白兔心、脑、肺等组织匀浆液中的脂质过氧化物含量有明显的降低作用，提示人参汤有抗氧化、抑制脂质过氧化反应，从而保护细胞免受损伤的作用。近年来的研究表明，缺血组织可产生大量的氧自由基，氧自由基可作用于生物膜中的不饱和脂肪酸，启动脂质过氧化反应，导致细胞形态与功能损害。人参汤抑制脂质过氧化反应的作用可能与其临床治疗冠心病有相关性。

2. 降低血糖　人参汤对四氧嘧啶所致的小鼠外源性糖尿病腹腔给药，可使其血糖明显降低；对遗传性糖尿病小鼠，在绝食条件下有明显的降血糖作用，而非绝食时则无此作用。糖尿病高血糖常可导致高脂血症，是冠状动脉粥样硬化性心脏病的主要危险因素，人参汤有此作用对解释治疗冠心病心绞痛是有力的佐证。

3. 提高蛋白质合成率　对正常小鼠的测定表明，本药能提高肝脏及十二指肠蛋白质的合成率。但若以党参代替人参，则对正常和脾阳虚动物肝脏蛋白合成均无促进作用，但可使脾虚动物十二指肠蛋白质合成率显著增加。

4. 提高过氧化物歧化酶活性　降低脂质过氧化物含量，对缺血性心脏病有益。

5. 提高免疫功能　投予人参汤可改善 HIV 感染患者的免疫功能，成人患者的平均体重也有所增加，具有维持或改善 HIV 感染患者免疫功能的作用该方能刺激健康人淋巴细胞转化，提高阳虚小鼠巨噬细胞的吞噬功能。

6. 人参对心血管系统的调节作用　对多种动物心脏均有先兴奋后抑制，小剂量兴奋，大剂量抑制的作用。关于人参强心作用的有效成分和强心作用机制的研究，证明人参皂苷 Rb_1 和 Re 能抑制 Na^+、K^+ 酶活性，Rb_1 尚能促进儿茶酚胺的释放。人参对心功能的影响主要是增加心肌收缩力，减慢心率，增加心排出量和冠脉血流量。对血管功能的作用是：因血管种类不同或机体状态不同而表现不同。小剂量升压，大剂量降压，治疗量对病人血压无明显影响。对血流动力学的影响：人参茎叶皂苷能增加麻醉豚鼠的哇巴因剂量（毒性降低），降低麻醉猫动脉压、左室内压、心室内压。最大速率心排出量有所增加。人参或其提取物能显著地提高动物耐缺氧的能力，使耗氧速度减慢，存活时间延长，并能使心房在缺氧条件下收缩时间延长。对心肌的保护作用：人参皂苷能降低小鼠在严重缺氧

条件下大脑和心肌的乳酸含量，能恢复缺血时心肌 cAMP/cGMP 比值，并具有保护心肌毛细血管内皮细胞，及减轻线粒体损伤的作用。人参总皂苷及其组分能保护大鼠乳鼠心肌细胞缺氧性损伤，减少再给氧时乳酸脱氢酶的释放，还能降低离体大鼠心脏缺血再灌注损伤时肌酸磷酸激酶释放。另外人参具有抑制血小板聚集的作用。人参皂苷可促进正常动物的脂质代谢，使胆固醇及血中脂蛋白的生物合成、分解、转化、排泄加速，最终可使血中胆固醇降低，而当动物发生高胆固醇血症时人参皂苷均能使其下降。使血中高密度脂蛋白升高，有较好的抗动脉粥样硬化的作用。

7. 干姜对心血管系统的调节作用　另外干姜对心血管系统的作用，主要有一过性升压作用后有降压作用，并能增强心房自主活动，干姜水提取物 10g/kg、20g/kg 及干姜挥发油 0.75ml/kg、1.5ml/kg 灌胃对大鼠试验性血栓形成有明显预防作用。对阈浓度 ADP、胶原诱导的家兔血小板聚集有明显的抑制作用，并存在剂量依赖关系，干姜水提取物能显著延长白陶土部分凝血活酶时间，干姜挥发油还能显著减少血小板标记花生四烯酸生成 TXB_2 及 PGS 的量，强烈抑制血小板聚集，减少大鼠主动脉中 6-酮-$PGF_{1,2}$ 的形成和大鼠肺匀浆液中 TXB_2 和 6-酮-$PGF_{1,2}$ 的形成。

［运用心得］ 胸痹为本虚标实之证，本虚为宗气不足，胸阳不展，故证见胸闷胸痛，神疲乏力，少气懒言，语声低微，或四肢不温，大便溏泄，舌质淡，脉沉弱而迟等。所以治疗当扶元益气，恢复宗气的功能，胸阳得展，阴霾自散。人参汤即治疗此证的主方。本方即《伤寒论》之理中汤。取名人参汤意以补气为主，方中诸药既入肺经，又入脾经；既补肺气，又补脾气，温运中阳；取其虚则补其母，脾肺并补之义。征之临床，疗效显著。笔者多年来治疗冠心病、心绞痛、及其他心脏病，并不是动辄活血化淤，开窍止痛，而是主张扶元固本为

主，以增加心脏的储备功能和耐缺氧能力，这样治疗，既改善了患者的体质，提高了患者自身的调节功能，进而通过调节以达到祛邪的目的。如此一来，常可收到理想的治疗效果。

第四节 橘枳姜汤

［组成］ 橘皮一斤 枳实三两 生姜半斤

上三味，以水五升，煮取二升，分温再服，日三服。

［功效］ 行气散结。

［方义分析］ 此方为胸痹轻证而设，方用橘皮燥湿化痰和其胃，枳实宽中下气除其满，生姜宣散化其饮。

［适应证］

1. 胸痹，证见胸中气塞，短气，兼心下痞满，呕吐气逆等。

2. 冠心病心绞痛，呼吸窘迫综合征，支气管炎，支气管哮喘等如出现上述症状者，可用上方治疗。

［类方］ 桂枝生姜枳实汤 即橘枳姜汤去橘皮加桂枝组成（方药组成：桂枝三两 生姜三两 枳实五枚）。主治：中焦阳虚，阴寒内盛，脾失健运，寒饮气逆，临床出现：心中痞，诸逆心悬痛之证。

［加减方］

1. 通阳宣痹、心胃同治方（赵锡武） 由瓜蒌薤白半夏汤合橘枳姜汤化裁，药物组成：瓜蒌 30g，薤白 12g，半夏 15g，枳壳 10g，橘皮 15g，生姜 6g，党参 30g，生黄芪 30g，桂枝 12g，香附 12g。适用于冠心病心绞痛，证属心阳虚，胃不和致气机不畅，血脉瘀阻，出现心前区疼痛每日 2～3 次，伴胸闷气短，心中痞塞，疲乏，舌苔白边有齿痕，脉弦细等症。

2. 通阳宣痹、心胃同治方（刘志明） 方由瓜蒌薤白半夏汤、橘枳姜汤、桂枝生姜枳实汤化裁而来，药物组成：瓜蒌

15g，薤白 12g，半夏 12g，枳壳 9g，党参 15g，生姜 5g，橘皮 12g，桂枝 9g，厚朴 9g，茯苓 12g。适用于冠心病心绞痛，证属心阳虚、胃不和，致气机不畅、血脉瘀阻，出现心前区绞痛，同时伴有头晕、气短，心中痞塞欲死等症状。

[临床荟萃]

1. 橘枳姜汤治疗冠心病　李世君以针药合治冠心病，针刺选穴：中脘、至阳；中药以苓桂术甘汤合橘枳姜汤为主方加减化裁。方药：桂枝 10g，陈皮 10g，茯苓 30g，白术 15g，枳壳 15g，炙甘草 6g，生姜 5 片。56 例冠心病患者经临床观察症状改善者为 100%，心电图治疗前后对比，缺血情况改善者达 83.92%。另有报道：运用橘枳姜汤合瓜蒌薤白半夏汤治疗冠心病，临床常获良效。橘枳姜汤合瓜蒌薤白白酒汤治疗胸痹兼胃气郁滞，服药 4 剂后，胸痹呕恶均除。

2. 胸痹　李聪甫治疗患者吴某，男，45 岁。近年来，自觉胸中郁闷，常欲太息，胃中嘈杂，时有涎唾。最近胸前压痛感，心悬如摆，短气不足以息，闻声则惊，稍动则悸，心烦失眠，精神困倦，食纳尚可，口干不欲饮，小便频而短，体质肥胖，素贪甘脂。舌胖苔白，脉弦而数。此属脾失健运，痰饮上凌，以致心阳被遏，肺气郁滞而病胸痹。治宜驱逐痰饮为主，兼运脾胃，方用桂枝生姜枳实汤加味：嫩桂枝 5g，淡生姜 5g，炒枳实 6g，法半夏 9g，鲜竹茹 10g，云茯苓 10g，广橘皮 6g，全瓜蒌 9g，薤白头 6g，炙甘草 5g。服 5 剂后数脉转缓，苔呈薄腻，胸满略舒，心痛已止，但惊悸仍影响睡眠。仍宗上方去生姜、竹茹，加漂白术 9g，九节菖蒲 3g。服至 20 余剂，诸症若失。

王琦等治疗患者陈某，女，46 岁。脘痞作胀，胸中气塞，隐隐作痛，甚则呕恶，苔腻脉弦。此由胸阳失旷，痰气互结，气机不畅使然，用橘枳姜汤和瓜蒌薤白白酒汤通阳开气化痰。处方：瓜蒌 12g，薤白 9g，橘皮 12g，枳壳 9g，生姜 6g，半

夏 12g，茯苓 12g。上方 4 剂有效，胸痹呕恶均除。

范东明等常以橘枳姜汤化裁治疗胸痹气滞之轻证，见有胸中气塞，呼吸短促，舌苔白腻，脉沉滑，属肺胃气滞者；对胸中痞闷疼痛，呼吸短促，不能平卧，胸痛彻背，咳唾痰多，舌苔白腻，脉沉滑者，合瓜蒌薤白半夏汤化裁，效果满意。

奚肇庆报道：《金匮要略》橘枳姜汤治疗因饮邪上逆而致的喘息咳唾，胸中气塞，短气难续，呼吸不畅的胸痹证，与现代医学成人呼吸窘迫综合征的临床表现有相似，用本方治疗 1 例术后突发呼吸窘迫综合征，疗效良好。

[实验研究]

1. 扩张冠状动脉，增加心输出量　陈皮煎剂、橙提取物及橙皮苷均能兴奋离体及在位蛙心；离体兔心灌注实验表明，陈皮煎剂尚能扩张冠状动脉。橙皮苷静注，能使在位兔心收缩力增强，同时心排出量增加，而对心率没有多大影响。但另有报道认为，含有氧化产物的橙皮苷才可提高兔心收缩力及心率，而纯品则无效。

离体兔心灌注可见冠脉流量显著增加，作用强度为茶碱的 1/4～1/2，而对心肌收缩力和心率影响不大，较大剂量则可使豚鼠离体心房搏动减慢、收缩力减弱。犬静滴甲基橙皮苷 40mg/kg，可降低冠脉阻力，增加冠脉流量，降低血压，减慢心率，这种作用可持续 30min 以上；但对心肌耗氧量、心肌氧利用率、心肌收缩力无明显影响。比较几种橙皮苷和橙皮苷查尔酮的甲基化产物对离体兔心的作用，证实它们都有不同程度的扩张冠脉作用，试验资料表明橙皮苷甲基查尔酮扩张冠脉作用小于甲基橙皮苷，但二者均对心肌收缩力没有影响。

2. 对血管和血压的作用　陈皮煎剂给兔和狗静注后，迅速出现血压升高，此外，静注可使犬肾容积减少，肾血管收缩，尿量减少，橙皮苷对麻醉猫和犬无降压作用，如其中混有橙皮苷查耳酮，则可致降压反应。另外，橙皮苷对猫的周围血

管短时而明显的扩张作用，但不含氧化物的纯品则无效。6-二乙胺基甲基橙皮苷，具有降低冠脉毛细血管脆性的作用。

3. 降低血脂和防治动脉粥样硬化作用　磷酸橙皮苷对实验性高血脂兔，有降低血清胆固醇的作用，并能明显地减轻和改善其主动脉粥样硬化病变。能延长大鼠因血栓或动脉粥样硬化症存活时间；橙皮苷对分别饲以“致血栓塞”、及“致动脉硬化”饮食的大鼠，能延长其存活时间。枳实提取物、枳实注射液及其有效成分对羟福林（辛弗林）和 N-甲基酪胺具有强心、增加心排出量、收缩血管、提高总外周阻力，而使左室压力和动脉血压上升的作用。离体蛙心灌流试验表明，枳壳、枳实煎剂可使心收缩力增强，振幅增大。如浓度过大（超过20%），则呈抑制作用。枳实、枳壳煎剂及枳壳乙醇提取液给麻醉兔和麻醉犬静注，有明显的升压作用。麻醉犬静注枳实注射液 1.5g/kg 与去甲肾上腺素 0.1g/kg 的升压幅度大致相当，前者升压持续时间较长，并出现迅速、呈双峰形上升，然后徐缓下降，无肾上腺素之“后降压”作用。在升压的同时未出现去甲肾上腺素暂时性呼吸抑制及心率加快作用。连续用药未见快速耐受现象。而 N-甲基酪胺可产生升压快速耐受性。

枳实注射液、对羟福林及 N-甲基酪胺均能显著增加离体猫心乳头肌的收缩力及诱发乳头肌自动节律，以 N-甲基酪胺的效应最强，枳实注射液次之，对羟福林最弱。三者对心室内压变化速率（dp/dt）、共同最高等容收缩压（CPIP）和心肌收缩成分的缩短速率（Vce）亦有显著增强作用。

枳实有效成分对心血管系统作用的机制研究表明，对羟福林作为拟肾上腺素药能直接兴奋 α 受体，对心脏 β_1 受体也有一定的兴奋作用，其活性约为肾上腺素的 1/10～1/5。N-甲基酪胺是生物体内的一种代谢产物，但其药理报告不多，未见临床应用报道。将它静脉注射或动脉注射麻醉犬能显著兴奋肾、脑血管阻力，并可被酚妥拉明所减弱，提示此作用是通过兴奋

血管 α 受体实现的，而对下肢血管阻力是先降后升，以升为主的双相反应。当血管 α 和 β 受体被酚妥拉明与心得舒阻断后则明显减弱，表明降低和增加下肢血管阻力的作用，分别由兴奋 β_2 和 α 受体所引起；而其增强离体豚鼠心及在体兔心收缩力的作用可被心得舒拮抗，说明此作用是通过兴奋 β_1 受体产生的，心肌的收缩性也与 α 受体有关，枳实及其有效成分的强心作用可能也与它兴奋心肌 α 受体有关。N-甲基酪胺对利血平化犬、大鼠的收缩血管、升压作用明显减弱，形成升压快速耐受性，减少大鼠心肌去甲肾上腺素含量而不能影响多巴胺含量。结果：N-甲基酪胺与酪胺相似，是通过促进释放内源性去甲肾上腺素的间接机制而产生效应的。枳实强心、升压及对外周血管的作用与兴奋肾上腺素能 α 受体、β 受体以及促进内源性交感介质释放有关。而其中所含的对羟福林与 N-甲基酪胺具有间接兴奋 α 和 β 受体的成分，相互配合则可减少其升压快速耐受性。对含胆固醇的饲料所饲养的大鼠，枳实提取物能抑制血清和肝脏胆固醇量的增加。生姜提取物对麻醉猫血管运动中枢及呼吸中枢有兴奋作用，对心脏有直接兴奋作用。对麻醉开胸狗的心脏直接注射 6-姜醇 1mg/kg，能使心脏收缩力增加 30%，作用持续时间为 4 分钟，若注射相同剂量的 8-姜醇，则心肌收缩力增加 50%，持续时间为 30 分钟，如改用 10-姜醇，并将剂量减少到 0.3mg/kg，则心脏收缩力增加 30%，持续时间 10 分钟。正常人口嚼 1g（不咽下），可使收缩压平均升高 11.2mmHg，舒张压上升 14mmHg。给大鼠静注姜烯酚 500μg/kg 后血压在一过性降低后上升，以后又持续下降的三相性作用。一过性的降压作用能为切断迷走神经所抑制，表明姜酚能兴奋迷走神经及抑制心脏而引起降压作用。末梢血管收缩作用，交感神经兴奋作用等部分的参与而引起升压作用。生姜的水提取物能显著减少血小板标记花生四烯酸（AA）生成 TXB_2 及 PGS 的量，降低 PG 内的过氧化物的形成，并强烈抑

制血小板聚集作用，减少大鼠主动脉中标记 AA 合成 6-酮-PGF 的形成，和大鼠非匀浆液中标记 AA 生成 TXB_2 和 6-酮-$PGF_{1,2}$的量。也用报道以 ADP 引起的血小板聚集为指标，6-姜醇对大鼠大动脉片 PGI_2 的游离具有显著性的抑制作用，即抑制了血小板及动脉壁中的两环氧合酶的活性。

[运用心得] 橘枳姜汤证的病机是积气与水饮互结，痹阻胸阳而发病。临床上除有胸中气塞短气外，尚有呕恶纳呆，心下痞塞，上腹饱胀，饭后加重等浊气上逆诸症。属于心胃同病。临床上心脏病常伴有消化系统疾病相兼为患，而且心脏病常在饮食后或饱餐后发作或加重。如心绞痛严重发作时，常伴有呕恶纳呆、上腹饱胀等消化系统疾病症状，所以在治疗上采用心胃同治，合用橘枳姜汤等方，患者在改善呕恶纳呆，上腹饱胀的同时，胸闷胸痛等症状亦得到改善，心电图心肌缺血改变也有好转，患者饮食功能恢复正常，宗气得以贯心脉畅呼吸，阴霾自散。所以治疗心血管疾病应在治疗心脏病的同时，时刻注意调理脾胃。

第五节 茯苓杏仁甘草汤

[组成] 茯苓三两 杏仁五十个 甘草一两

上三味，以水一斗，煮取五升，温服一升，日三服。

[功效] 温肺化饮。

[方义分析] 方中茯苓健脾利水、宁心安神；杏仁宣肺利水；甘草和中，合方共奏宣肺利水之功。

[适应证]

1. 胸痹，胸中气塞，短气，或兼咳逆，吐涎沫，小便不利等症。

2. 心动悸，脉结代。

[类方]

1. 茯苓甘草汤　由茯苓二两　桂枝二两　甘草一两　生姜三两组成。治疗水停中焦，出现四肢不温、心下悸等症。

2. 茯苓桂枝甘草大枣汤　茯苓半斤　桂枝四两　甘草二两　大枣十五枚组成。主治：发汗后，其人脐下悸者，欲作奔豚等症。

3. 茯苓桂枝五味甘草汤　茯苓四两　桂枝四两　甘草三两　五味子半升组成。功效：温阳平冲，化饮敛气。主治：青龙汤下后，多唾口燥，寸脉沉，尺脉微，手足厥逆，气从少腹上冲胸咽，手足痹，其面翕热如醉状，因复下流阴股，小便难，时复冒者。

[加减方]

1. 通阳宣痹补中助阳方（赵锡武）　由瓜蒌薤白半夏汤、人参汤、茯苓杏仁甘草汤、橘枳姜汤化裁而来，药物组成：瓜蒌30g，薤白12g，半夏12g，炙甘草10g，白术10g，党参15g，桂枝10g，干姜10g，茯苓15g，杏仁10g，枳壳10g，橘皮12g。适用于冠心病心绞痛，证属心阳不振，浊阴不降，出现胸闷发憋，心慌气短，头晕头痛，大便不调，苔薄白，脉沉细等症。

2. 茯苓杏仁甘草汤加味方（刘献琳）　由茯苓杏仁甘草汤合苓桂术甘汤化裁，药物组成：茯苓30g，杏仁10g，炙甘草10g，桂枝10g，白术10g，半夏10g。适用于胸痹病，水饮犯肺，气道不利，其证偏于邪实，出现胸中气塞、短气等症。

[临床荟萃]

1. 冠心病伴发急性支气管炎　赵某，男，56岁。有冠心病史已3年，但症状轻，偶有心悸，胸闷痞塞，仍坚持办公室工作。2个月来又患急性支气管炎，咳嗽时作，咯吐白沫痰，胸中痞塞较前加重，纳食略减，大便尚调，下肢微肿，小便量减，舌淡苔薄白，脉滑小数。证属心阳不振，痰饮内结之胸痹。治用茯苓杏仁甘草汤合二陈汤以宣肺化饮，处方：茯苓

30g，陈皮10g，制半夏10g，杏仁10g，甘草5g，红枣5枚，生姜3片。服5剂后，下肢浮肿消净，胸闷痞塞大减，小便量增。上方加全瓜蒌15g，桂枝8g。再进7剂。咳偶作，咳吐白痰少许。上方10倍量制水丸，每日2次，每次6g。服丸药期间正常工作。

2. 冠心病心绞痛　中国中医研究院西苑医院根据《金匮要略》治疗胸痹的理论，以瓜蒌薤白半夏汤为主方，根据证候不同，合人参汤、橘枳姜汤、茯苓杏仁甘草汤等治疗31例冠心病心绞痛，总有效率为83.8%，心电图好转率52.1%。张亚明等介绍：王某，女，65岁，胸闷，心悸反复发作2年余，每于劳累、着凉即发，发则心悸不能动，自汗出，胸闷如窒，经检查诊断为冠状动脉供血不足。近日加重，住院10日疗效不佳，请中医会诊。诊见胸闷痰喘，汗出肢冷，面色苍白，精神萎靡，胃胀时吐清水，下肢浮肿，舌质淡，苔白滑，脉沉弦。证属脾阳不振，饮邪上凌。处方：茯苓30g，桂枝10g，白术12g，附子10g，薤白15g，炙甘草6g。煎服3剂后，胸闷、心悸减轻，吐清水停止，食欲增加，继服5剂，诸证大减，仍有动则心悸，下肢微肿，继服上方调制月余，康复出院。

朱鹏程等以生脉陷胸汤合茯苓杏仁甘草汤治疗胸痹心痛并见气促、短气、水肿等症，疗效满意。

3. 风湿性心脏病　谭日强报道：贺某，男，16岁。患风湿性心脏病，其证胸满咳嗽，吐黏沫痰，心悸气促，端坐呼吸，脸色苍白，小便不利，肝在肋下1.5cm，下肢有凹陷性水肿，舌苔白滑，脉结代。此心阳郁痹，水气内结，治宜理气宣痹，通阳利水，用瓜蒌薤白桂枝汤合茯苓杏仁甘草汤：枳实6g，厚朴10g，瓜蒌10g，薤白10g，桂枝10g，茯苓15g，杏仁10g，甘草3g，加法夏10g，服5剂，咳喘稍平。

刘星元以茯苓杏仁甘草汤治疗风湿性心脏病，认为该方对

心脏瓣膜病有良好的效果。

4. 心衰 陆保磊等用茯苓桂枝五味甘草汤治疗充血性心衰68例，根据具体情况，随证加减。基础方：茯苓30g，桂枝10g，五味子12g，甘草10g，白参10g。加减：下肢浮肿明显，动则喘甚，舌质淡，苔白滑者加泽泻30g，熟附子6g；咳痰稀白，喘促不得卧者，加干姜6g，细辛6g，半夏12g；咳痰黏稠，声高息粗，胸闷气粗，难以平卧者，加葶苈30g，杏仁12g，厚朴30g，黄芩12g；呼吸急促，张口抬肩，气难接续，两颧潮红者，白参加至30g，加煅龙骨、煅牡蛎各30g，沉香3g；面色㿠白，疲惫不堪，短气不足以息者，加黄芪30g，防己30g；夜寐欠安，心烦易怒，舌红少苔者，加酸枣仁30g，麦冬30g，桂枝减为6g。结果：用药6天，症状消失者38例，用药8天症状消失者66例，用药10天症状消失者68例，有效率100%。

5. 病毒性心肌炎 薛芳以该方加减治疗病毒性心肌炎获效，如：魏某，男，20岁。1年前患感冒，发热，头痛，此后又患肠炎，腹泻，腹痛，对症处理后好转。1个月后出现心悸气短，胸部憋闷。近4天来脉搏跳动缓慢不齐，心率40～50次/分，心律不齐，心音低钝，心尖区可闻及Ⅱ级收缩期杂音。胸透心脏不大，心电图示窦性心动过缓，Ⅱ度Ⅰ型房室传导阻滞，交界性逸搏心律。诊断为病毒性心肌炎，Ⅱ度Ⅰ型房室传导阻滞。证见心悸气短，胸部憋闷，活动或劳累时加重，伴面色苍白，自汗畏风，精神不振，神倦乏力，手足冷凉，舌质淡嫩，苔白，脉沉迟而结。证属心阳不足，心气虚弱。处方：茯苓6g，肉桂6g，白术6g，炙甘草6g，党参9g，莲子肉6g。煎服6剂，心悸气短，胸闷自汗减轻，手足转温，脉搏增至60次/分。复查心电图，窦性心律，心房律、心室律60次/分。继服18剂，复查心电图2次均正常。

6. 高血压病：刘强以该方加减治疗高血压病，如：刘某，

男，46岁。患高血压病10余年。近因劳累，眩晕大作，血压190/110mmHg，经服西药，血压虽有下降，但不稳定，眩晕不减。头重如蒙，起则头眩更剧，身重乏力，苔白滑，脉沉弦。辨证脾胃阳虚，水气上冲。治宜温阳利水，健脾平冲。处方：茯苓20g，桂枝12g，白术15g，甘草10g，泽泻15g，天麻10g，钩藤20g。煎服7剂，诸症大减。后以清淡饮食调理，血压一直维持在150～170/90mmHg，未再发病。

7. 咳喘证　刘绍炼运用茯苓杏仁甘草汤加味治疗1例女性患者，辨证为痰湿阻遏，气机不畅，兼有痰瘀阻滞心脉之证。处方：茯苓12g，蒲公英12g，杏仁12g，百部12g，陈皮12g，全瓜蒌12g，五味子12g，前胡12g，郁金12g，甘草6g。连服30余天，病情逐渐稳定，心肺体征恢复正常。

[实验研究]

1. 对心血管系统的作用　用茯苓水、乙醇及乙醚提取物对土拨鼠的离体心脏及蟾蜍和食用蛙的离体心脏进行试验发现，对土拨鼠的离体心脏无影响，而在离体心脏的灌流试验中发现，各种提取物都使心肌收缩力增强，心率增快，茯苓素还可抑制毛细血管的通透性，增加小鼠心肌的Rb的摄取。

(1) 降脂作用：甘草甜素每日10mg/kg肌注，连续5日，对试验性家兔高脂血症有明显的降脂作用，血浆甘油三酯对照组为168±10mg%，给药组为90±4mg%。小剂量的甘草甜素（2mg/d）在一定时间内能使试验性动脉粥样硬化家兔的血胆固醇降低，粥样硬化程度减轻，20mg/d能阻止大动脉及冠状动脉粥样硬化的发展，与雌激素合用，此效果可增强，但剂量更大时（40mg/d）反而无效。有人认为甘草甜素此作用与刺激垂体-肾上腺系统有关，或是甘草甜素能促进胆固醇的结合与排泄。也有人认为，甘草次酸的作用与去氧皮质酮相似，基本作用在于影响电解质代谢，而与糖皮质激素有所不同，后者主要作用在于蛋白质及糖代谢，而动脉粥样硬化与动脉壁酸

性黏多糖增加有关，而甘草对糖代谢无明显影响，因此无预防或减轻动脉粥样硬化的作用。最近有人提出从甘草成分的抗炎理论阐述甘草的抗动脉粥样硬化作用。给高血压、高脂血症、动脉粥样硬化症等患者，每日服甘草甜素 150～200mg，观察2个月，发现动脉粥样硬化危险因子的血清脂质、总脂质、总胆固醇、中性脂肪、β-脂蛋白、磷脂质明显降低。血清蛋白的变化，是白蛋白增加和 A/G 的改善，含炎症蛋白多的有 α_2-球蛋白组分明显降低，其他组分无明显改变。IgG 和 IgA 降低，IgE 从 391IU/ml 降至 353IU/ml。含 β-球蛋白的补体系统，C_3 降低，CH_{50} 也降低，属于补体旁路的 B（C_3 激活剂）减少，说明甘草甜素对两个途径均有作用。

（2）抑制血小板聚集：从甘草中分离出 3-芳香香豆素衍生物 GU-7，能抑制血小板聚集、40K 和 20K 道尔顿蛋白质的磷酰化。

（3）抗心律失常：18-β-甘草次酸钠能对抗氯仿诱发的小鼠室颤、氯仿-肾上腺素所致兔室性心律失常，延长 $CaCl_2$ 所致大鼠室性心律失常出现时间，减慢大鼠和兔心率，部分对抗异丙肾上腺素的心率加速作用。

2. 对呼吸系统的作用（镇咳平喘作用） 杏仁苷在体内能慢慢分解，逐渐产生微量氢氰酸，服用小量杏仁，能起到轻度抑制呼吸中枢，而达镇咳、平喘等作用。苦杏仁苷对正常动物可促进肺表面活性物质的合成，在油酸性呼吸窘迫综合征实验动物不仅可促进肺表面活性物质的合成，并且可使病变得到改善。有人研究了 18-β-甘草次酸及其衍生物的镇咳作用。让豚鼠吸入氨的气溶胶使之咳嗽，研究对他的抑制作用，18-β-甘草次酸及其乙醇铵盐，N-甲基葡萄糖铵盐、胆碱盐等都有明确的镇咳作用，而且有剂量依赖关系，作用最强的是甘草次酸胆碱盐，皮下注射 1mg/kg 就能抑制 80%的咳嗽发作，它与可待因的效力差不多。杏仁的镇咳平喘作用，能明显增加肺通

气量，进而促进气体交换，有助于宗气的形成，提高肺朝百脉功能，增加血液中的氧含量，治疗胸痹，具有重要的临床意义。

3. 其他作用　茯苓具有利尿作用，尤其是与桂枝、生姜、甘草配伍后的茯苓甘草汤从投药后1小时尿量平稳增加，其后作用持续。用于慢性肾炎等症状的茯苓饮在投药后1小时后尿量有相当程度的增加。茯苓具有提高免疫功能的作用，具有抗肿瘤的作用，其作用是多方面的；甘草除具有止咳平喘和祛痰外、亦具有抗氧化作用、抗感染、抗毒、抗菌等肾上腺皮质激素样作用，抗癌、解毒等作用。

[运用心得]　茯苓杏仁甘草汤为治疗胸痹，胸中气塞、短气之方。属于胸痹之轻证，证属饮邪偏盛者，除胸中气塞、短气外，多兼有咳嗽气逆、吐涎沫、小便不利、舌苔白滑等症。乃痰饮内生，上乘心肺，心中气塞，肺气不利之故。方用茯苓杏仁甘草汤。方中茯苓补脾肺，淡渗利水，宁心安神；杏仁宣肺降气祛痰；甘草补脾和胃，缓急止痛，祛痰止咳，调和诸药。诸药相合，使饮去痰除而肺气畅利，宗气旺盛，心血得养，则胸痹自除。在心血管疾病中，冠心病心绞痛、肺心病、风心病、病毒性心肌炎、心律失常、高血压等疾病出现胸闷、短气，伴有肺气不利，咳嗽胸闷等症者，常可用本方取得疗效，临证时可与葶苈大枣泻肺汤合方加减应用。伴有气滞者合橘枳姜汤；伴寒饮者，合小青龙汤；伴有风湿表虚者，用防己黄芪汤。随证加减。

第六节　葶苈大枣泻肺汤

[组成]　葶苈（熬令黄色，捣丸如弹子大）　大枣十二枚

上先以水三升，煮枣取二升，去枣，内葶苈，煮取一升，顿服。

[功效] 泻肺平喘，利水消肿。

[方义分析] 痰饮邪实，阻遏心肺，肺气壅滞，故呼吸困难，并可伴咳唾，胸满，短气不得卧等，方用葶苈子利水逐饮，泻肺下气，为方中主药，惟其性峻猛虑伤正气，故佐大枣，缓和药性，安中护正，以使邪去而正不伤。

[适应证]

1. 肺痈，喘息咳唾，呼吸困难，不得平卧。

2. 肺痈胸满胀，一身面目浮肿，鼻塞清涕出，不闻香臭酸辛，咳逆上气，喘鸣迫塞，葶苈大枣泻肺汤主之。

3. 支饮不得息，葶苈大枣泻肺汤主之。

4. 临床多用于肺心病、风心病、冠心病心衰症见水肿、呼吸困难者。

[类方] 己椒苈黄丸　防己　椒目　葶苈（熬）　大黄各一两。上四味，末之，蜜丸如梧子大，先食饮服一丸，日三服。主治：饮留心下，肠间有水气，出现腹满，口舌干燥者。

[加减方] 加味葶苈大枣泻肺汤（阚方旭）　药物组成：葶苈子15～30g，大枣15g，茯苓15～30g，杏仁10g，生甘草10～15g，鱼腥草15～30g，霜桑叶10～30g。主治：肺心病心衰或充血性心衰伴有支气管感染者，证属心肺气虚，痰饮上犯，证见咳喘憋闷，不得平卧，肢体浮肿，小便短少等。

[临床荟萃]

1. 肺心病心衰　王端岳治疗患者朱某，男，55岁。素患咳喘病已20余年，每值秋冬受凉或劳累后复发。近月来加重，咳吐黄痰，后双下肢出现浮肿，渐延及全身，尿少，胸闷。刻诊：气喘，不能平卧，口唇发绀，全身肿胀，两足胫尤甚，上腹部可扪及肿块，舌暗红，苔黄腻，脉细数。证属水饮瘀血阻于胸膈，致肺气不利。拟葶苈大枣泻肺汤，处方：葶苈子15g，大枣10枚。1剂，水煎，分2次服。翌晨，喘息减轻，精神略有好转。上方葶苈子增至30g，续服2剂，喘减大半，

能平卧，眼睑浮肿消退，但足胫仍肿。上方配五苓散、真武汤调理半月，肿消喘止。

2. 充血性心力衰竭　幸良诠报道，用重剂葶苈大枣泻肺汤加枳实治疗充血性心力衰竭50例，其中心肌炎8例，风湿性心脏病7例，肺源性心脏病13例。结果服药后48小时内显效36例，有效12例，无效2例，取得较好的效果。此外，葶苈大枣泻肺汤还可以治疗肺源性心脏病伴肺部感染，肺气肿伴肺部感染，术后胸腔积液等。

俞鹏用葶苈大枣泻肺汤加味治疗风湿性心脏病并发心力衰竭患者，男性，48岁，心悸气短，活动加重，渐致胸闷，咳嗽气逆数年。近来端坐呼吸，不能平卧。诊见呼吸困难，气喘不鸣，全身浮肿，舌质紫暗，苔薄润，脉细结代。证属心血不畅，肺失宣降，痰热壅肺。治宜活血通络，降逆化痰。处方：葶苈子15g，大枣10枚，丹参15g，桂枝10g，党参10g，沉香3g（分吞）。煎服5剂后，喘平肿退，继进10剂，诸症渐消。

3. 心包积液　纪秀兰运用葶苈大枣泻肺汤治疗心包积液，效果较好。每位患者。每周复查1次，详细记录症状、舌象、脉象、体征的变化。用药1个月复查心电图、X线片、超声心动图或彩色多普勒。方药：葶苈子10g，大枣10枚、麦冬12g，五味子6g，党参15g，酸枣仁25g，车前子（布包）30g。加减：结核性心包炎引起的用上方加功劳叶10g，百部10g，地骨皮15g。病毒性心包炎引起的心包积液加金银花25g，黄芩10g，板蓝根15g。出现心衰减党参，加红参（先煎）10g，泽泻10g。服法：每日服1剂，每剂煎2次，早晚各服1煎，或两煎混合晚8点服，待病情缓解后，改2～3天服1剂，继服1个月即可巩固疗效。结果：心包炎引起的心包积液经1～3个月的治疗后症状全部消失，各项检查均恢复到正常范围，个别病例治疗时间稍长些需6个月左右，治愈后，

随访1～8年，15例患者均健在，无1例反复发作，亦无有转变缩窄性心包积液者。

范萍运用葶苈大枣泻肺汤治疗慢性肾衰竭合并心包积液48例，效果较好。方药组成：葶苈子30g，大枣10g。加减：证属心肾阳虚，水凌心肺者合五皮饮；大便秘结，小便短少加牵牛子15～30g；证属肝肾阴虚，瘀水互结者合五皮饮加丹参30g，鸡血藤30g，夏枯草30g，牛膝30g；证属脾肾两虚，浊毒蕴结，加半夏10g，陈皮10g，槐花30g，藿香12g，佩兰12g。对症治疗：严格低盐低磷优质蛋白饮食，控制入水量(前日出量加500ml)，控制血压、血糖，纠酸补钙，调节电解质平衡，合并充血性心力衰竭者给予扩管利尿。结果治愈23例，好转20例，无效5例。症状消失或好转者46例，2例合并充血性心力衰竭者症状加重死亡。

4. 其他　葶苈大枣泻肺汤还可治疗渗出性胸膜炎、血性胸腔积液等取得较好的疗效。

[实验研究]

1. 葶苈子强心作用　葶苈子有播娘蒿、北美独行菜、独行菜三种，通过动物试验证明，三者均有强心作用，对在位蛙心，可使之停止于收缩期。在位兔、猫心，猫心肺装置，猫心电图等研究，均使心收缩加强、心率减慢、心传导阻滞，对衰竭的心脏可增加输出量，降低静脉压，但三者均需要较大的剂量才能引起强心苷样的特异作用。

2. 大枣的药理作用　药理试验证明，大枣有抗变态反应、保肝、强壮、中枢神经抑制、降低胆固醇、抑制癌细胞增殖等作用。

3. 葶苈大枣泻肺汤的强心利尿作用　通过葶苈、大枣的药理研究可知葶苈大枣泻肺汤具有强心利尿，祛痰平喘，提高免疫功能，保肝，增强抵抗力等作用。

葶苈大枣泻肺汤主要影响呼吸系统，在应用葶苈大枣泻肺

汤对试验性小鼠肺水肿模型的研究中，采用昆明种小鼠静式吸入800ppm浓度的氯气15min，制成肺水肿模型。以葶苈子、大黄、防己、椒目制成浓缩剂（1ml相当于生药1g）。中药组按20g/kg灌胃，并设地塞米松组、地塞米松加中药组、大黄组以及蒸馏水对照组共5组。测定各组肺指数。结果：较之对照组（8.73+0.045）、中药组（7.28+0.81）和地塞米松加中药组（7.74+0.74），肺指数显著降低，$P<0.01$。地塞米松组（8.30+0.71）虽较对照组低，但无显著差异，$P>0.05$。大黄组（8.90+0.81）较对照组明显增加。中药组肺指数较地塞米松加中药组有降低趋势。临床观察到本方利尿作用显著，可减少或替代利尿剂作用显著，以及减少激素的用量。

［运用心得］ 葶苈大枣泻肺汤出自《金匮要略》“肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治篇”和“痰饮咳嗽病脉证并治篇”，原文曰“肺痈，喘不得卧，葶苈大枣泻肺汤主之”、“肺痈胸满胀，一身面目浮肿，鼻塞清涕出，不闻香臭酸辛，咳逆上气，喘鸣迫塞，葶苈大枣泻肺汤主之”、“支饮不得息，葶苈大枣泻肺汤主之”。肺痈和支饮病位均在肺，现代临床上用该方治疗肺心病、冠心病、心肌炎、心包炎、扩张型心肌病等并发心力衰竭，常取得较好的疗效。葶苈子泻肺水平喘咳，消肿胀，又通大便，用之临床，得心应手，未见有明显毒副作用，临床用量一般是15～30g，大枣补益中州，培土治水，相得益彰。常配合鱼腥草、黄芪、防己、茯苓等药，以增加疗效。

第七节 薏苡附子散

［组成］ 薏苡仁十五两 大附子十枚（炮）

上二味，杵为散，服方寸匕，日三服。

［功效］ 温阳散寒，除湿止痛。

［方义分析］ 重用炮附子温阳祛寒，通痹止痛；薏苡仁除

湿宣痹，缓解筋脉拘挛。二药共享为散，取其药力宏而取效速，使寒散湿除，阳通痹消，则胸背剧痛、病势急迫之胸痹急重证得以缓解。

[适应证] 胸痹急性发作，病势急迫之证。出现胸背剧痛，伴有肢体筋脉拘挛等。

[类方] 薏苡附子败酱散

即薏苡仁十分 附子二分 败酱五分组成。功能：排脓消痈，通阳散结。主治：肠痈，证见其身甲错，腹皮急，按之濡，如肿状，腹无积聚，身无热，脉数者。

[加减方]

1. 寒痹方（吴瑭） 药物组成：生薏苡仁八两，熟附子二两，茯苓八两，炒苍术六两，萆薢四两，川椒炭三两，小茴香四两（炒），川楝子三两，木通四两。共为细末，神曲为丸如小梧桐子大，每服三钱，姜汤下。适用于寒痹，脉弦短涩而紧，由腿上连少腹痛不可忍，甚至欲厥兼有痰饮胃痛。

2. 胸痹胸痛方《金匮要略汤证论治》 药物组成：薏苡仁、熟附子、瓜蒌、薤白、半夏、赤芍、红花、降香、当归等。主治：胸痹心痛。

[临床荟萃]

1. 胸痹 王庆昌报道用薏苡附子散加味治疗胸痹62例，药用薏苡仁50g，附子20g（先煎）。胸背刺痛者加川芎、丹参；胁痛太息，烦躁易怒加柴胡、白芍；胸脘满闷，呕恶多痰加苍术、半夏；气短乏力，纳呆便溏加茯苓、白术；头晕心悸，失眠烦热加生地黄、麦冬，附子酌减；畏寒肢冷，加桂枝、茯苓，附子酌增。每日1剂，水煎服。西药常规用抗心绞痛药及抗心律失常药。结果：显效42例，好转15例，无效5例，总有效率92%。

尚炽昌治疗曹某，男，50岁，工人。患肋间神经痛10余年，1975年1月4日晚，因连日劳累，觉胸部胀痛加重，至

次晨痛无休止。此后，20 余日来，胸部持续胀痛不止。严重时，常令其子女坐压胸部，以致寝食俱废，形体衰疲。伴有呕恶感，口唾清涎，畏寒肢冷等症。经西医检查，超声波提示肝大，X 线为陈旧性胸膜炎，钡餐显示胃小弯有一龛影，其他无阳性发现。曾用西药解热镇痛剂、血管扩张剂、制酸、解痉、保肝、利胆及中药活血化瘀祛痰法，均无效。疼痛严重时，用哌替啶能控制 3～4 小时。

1975 年 1 月 28 日初诊：形证如上，闻及胃部有振水音，脉细弦，舌淡苔白润多水。属寒湿胸痹，宜温阳利湿。先予薏苡附子散：附子 15g，薏苡仁 30g。2 剂。

1 月 30 日复诊；述服药当晚痛减，可安卧 3～4 小时。两服后，胸痛又减，饮食转佳。即于前方合理中及瓜蒌薤白半夏汤，3 剂。

2 月 2 日三诊：疼痛大减，仅遗胸中隐隐不舒，体力有增，饮食逐渐正常。改拟附子理中汤合小建中汤 3 剂，胸痛止。又续服 10 余剂，钡餐透视龛影消失，胸痛未再复发。

2. 未化脓性心包炎　西医诊断为未化脓性心包炎。证见心慌气短，胸痛彻背，食欲不振，大便泄泻，颜面消瘦微胀，色泽灰暗，脉浮大而紧，沉取无根，舌体胖大无血色，苔白滑。检查；心尖部有摩擦音及明显的收缩期杂音，透视心脏左二、三、四弓显著扩大，心腰变直，呈梨形。用薏苡附子散加味治疗。服六剂后，体温、呼吸、脉搏均正常，心尖部摩擦音消失，但仍有轻微收缩期杂音，透视心脏扩大较前缩小。

3. 神经血管性头痛　西医诊断为神经血管性头痛。左侧阵发性偏头痛已 3 年，发作时左侧太阳穴青筋暴起，呈搏动性钻痛，逐渐扩至半个头部，持续 2～3 小时痛止，伴恶心呕吐，畏光畏寒。用薏苡附子散合芍药甘草汤加味治疗。6 剂后头痛大减。加重附子药量后又进 9 剂，头痛全止。

［**试验研究**］　薏苡附子散组成药物中的薏苡仁，经药理研

究证实，能使肺血管显著扩张，小剂量兴奋呼吸，大剂量则麻痹甚至可使呼吸停止，并有解热镇痛作用。附子能强心，增加血流量，升高血压，提高耐缺氧能力，能镇静、镇痛，抗寒冷，抗感染，对风寒湿痹的关节疼痛有治疗作用。薏苡仁附子合用，有缓解疼痛之效。

对心血管系统的作用 另有试验报道：薏苡仁油低浓度时能兴奋离体蛙与豚鼠心脏，高浓度时则有抑制作用，薏苡仁素能抑制离体蟾蜍心脏，使其收缩振幅减低，频率变慢。对离体兔耳血管，低浓度薏苡仁油使之收缩，高浓度有扩张作用，薏苡素则无明显影响，麻醉兔静注薏苡仁油与薏苡素皆出现短暂的降压反应，且伴有呼吸兴奋。附子具有明显的强心作用，能明显加强蟾蜍离体心脏的收缩力。对心律和心率的影响，附子煎剂对离体哺乳动物心脏，不仅显示心肌收缩力加强，收缩幅度增加，且频率加快。附子注射液能对抗垂体后叶素所致的各种类型的心律失常；附子的有效成分去甲乌药碱在麻醉剂、异搏定及烟酸等心律失常动物模型中均有一定的预防和治疗作用，表明去甲乌药碱有对抗缓慢性心律失常的作用。附子能加强心肌收缩力，其注射液能提高缺血心脏做功效率和增加心肌血液灌注，表明附子具有增加缺血心肌血流灌注的作用。对血管和血压的作用，附子对血液循环有明显的作用，在静注附子煎剂后，猫冠脉和股动脉血流量增加，麻醉犬心排出量、冠脉、脑及股动脉等血流量明显增高，外周阻力下降，对血压产生的影响，因剂量不同而有所差异，低剂量血压升高，大剂量先降后升。附子煎剂可明显扩张麻醉犬和猫的后肢血管，以此解释用于人体后四肢变暖的原因。

附子中含有多种乌头碱类化合物，具有较强的毒性，很大剂量粗制生物碱可导致多种动物全身性及呼吸麻痹，呼吸停止先于循环紊乱。其表现在心脏的毒性，为心律失常、血压下降、体温降低，还可出现呼吸抑制、肌肉麻痹和中枢神经功能

紊乱等。乌头碱类结构属二萜类生物碱，其水解后形成的乌头原碱类，毒性大大降低。

[应用心得] 薏苡附子散见于《金匮要略胸痹心痛病脉证治》第七条，适用于胸痹急性发作，症见胸痹，喘息咳唾，胸背彻痛，短气，且伴有四肢厥冷，筋脉拘急，脉沉或沉紧等症。总观该方由薏苡仁和炮附子组成，方简药力专，是为胸痹缓解急症而设，由于心阳衰微，不能布于胸中，心脉失养，所以出现胸背彻痛，阳气不能达于四肢，筋脉失养，寒湿之邪痹之经脉，而出现四肢拘挛之证。赵以德在《金匮要略补注》中曰：胸痹缓急者，痹之急证也，寒饮上聚心膈，使阳气不达，危急为何如乎，故取薏苡逐水为君，附子辛热为佐，驱除寒结，又无不胜任而愉快耶。对该方证的病机治疗进行了较好的概括。周扬俊亦认为该方主治胸痹急症，寒饮上聚心膈，使阳气不达，出现胸痹心痛之证。方中薏苡仁除湿散结，缓急止痛，又可制附子之烈性，附子强心回阳，散寒止痛。临床上治疗胸痹心痛证可酌加川芎、红花、苏木等活血止痛之品，以提高疗效。因本方属于温热之剂，临证除见胸痹主证外，还可见到面色苍白，四肢厥冷，脉沉迟或沉紧等症，确属阳虚寒凝者，可加桂枝、干姜等药以助药力，必要时可配合四逆汤之类以回阳救逆。

第八节 乌头赤石脂丸

[组成] 蜀椒一两 乌头一分（炮） 附子半两（炮） 干姜一两 赤石脂一两

上五味，末之，蜜丸如桐子大，先食服一丸，日三服。不知，稍加服。

[功效] 温阳逐寒，止痛救逆。

[方义分析] 乌、附、椒、姜性皆辛温大热，协同使用，

逐寒止痛之力极强，佐以赤石脂收敛固涩阳气，复以蜜丸缓其毒性，合方共奏振奋阳气、逐寒止痛之功。

[适应证]

1. 胸痹病，胸痛彻背，背痛彻心者。

2. 冠心病心绞痛。救治心肌梗死先兆。

3. 真心痛（心肌梗死）出现心痛彻背，背痛彻心，形寒怕冷，四肢厥逆者。

4. 另外对胃脘痛出现胃脘冷痛，畏寒喜热者，亦可用本方治疗。

5. 寒痹出现关节疼痛剧烈，屈伸不利等症状，可用本方治疗。

[类方] 九痛丸 药物组成：附子三两（炮），生狼牙一两（炙香），巴豆一两（去皮心，熬，研如脂），人参一两，干姜一两，吴茱萸一两。上六味，末之，炼蜜丸如梧子大，酒下。强人初服三丸，日三服；弱者二丸。主治：九种心痛。兼治卒中恶，腹胀痛，口不能言；又治连年积冷，流注心胸痛，并冷冲上气，落马坠车血疾等，皆主之。忌口如常法。

[加减方]

1. 乌头汤《备急千金要方》 药物组成：乌头、细辛、蜀椒、干姜、附子、芍药、甘草、桂心、秦艽、茯苓、防风、当归、独活、大枣。主治：风冷脚痹疼痛，挛弱不可屈伸者。

2. 桂附丸《医学启源》 药物组成：乌头赤石脂丸加桂枝组成。适用于寒邪冷气人乘心络，或脏腑暴感风寒上乘于心，令人猝然而痛，甚者终年不差者。

[临床荟萃]

1. 真心痛（急性心肌梗死） 徐光华等用乌头赤石脂汤合丹参注射液静脉滴注治疗急性心肌梗死 20 例，并以硝酸甘油作对照。结果显示：两组在心前区痛痛程度及持续时间、心电图 Q 波、T 波与 ST 段的改变以及在提高心排出量等方面，差

异无显著性意义。谭日强用本方为主救治1例老年冠心病心肌梗死患者，证见心痛彻背，背痛彻心，面色发绀，汗出肢冷，舌质紫暗，脉沉细。辨证心阳衰弱，心血瘀阻。治宜回阳固脱，通瘀止痛。处方：炮乌头5g，炮附子10g，川椒3g，干姜5g，赤石脂10g，红参10g，苏木10g。作汤剂服，并配合西药抢救，1剂汗出止肢体温，再剂心痛渐止。

2. 病态窦房结综合征　傅强等以乌头赤石脂丸加减方治疗病态窦房结综合征20例，药用：制川乌、川椒、干姜各10g，附子12g，赤石脂20g。心悸易发者加淮小麦、琥珀、龙骨、牡蛎；口干渴喜饮，多汗，舌红，脉细数加生地黄、麦冬、柏子仁、阿胶；畏寒肢冷、脉沉缓加桂枝、巴戟天；气短、面色少华，舌淡，脉弱加党参、黄芪、当归；胸闷痛加全瓜蒌、郁金、香附；胸部剧痛如刺，舌边有瘀斑或舌质紫暗者加桃仁、红花、川芎、丹参；胸脘闷胀，咽梗泛恶，舌苔黄腻，脉滑加竹沥、半夏、石菖蒲；每日1剂，水煎服，15日1疗程。治疗3个疗程后，显效12例，有效6例，无效2例。

3. 冠心病心绞痛　满广博等治疗冠心病寒凝心脉证，以枳实薤白桂枝汤合乌头赤石脂丸加减。药用：枳实、薤白、桂枝、乌头、细辛、干姜、川芎、附子等。痛剧加丹参、三七(冲)；兼气虚加党参、黄芪。效果满意。

刘长玉等以乌头赤石脂丸和苏合香丸加减芳香温通止痛治疗冠心病心绞痛，证见胸痛彻背，形寒肢冷，脉沉紧为阴寒极盛者，配合丹参粉针注射，取得了满意的疗效。

李荣寿运用乌头赤石脂丸加减治疗冠心病，取得良好的疗效。用附子、干姜、蜀椒大辛大热散寒止痛；黄芪、丹参、三棱、莪术益气化瘀；合以白芥子、远志、茯苓、赤石脂散寒调中，收敛阳气，益心安神。并附案2则。刘俊士、秦书礼均用乌头赤石脂丸治疗冠心病心绞痛，而获良效。

4. 动脉栓塞　曲瑰琦应用乌头赤石脂丸治疗1例动脉栓

塞，获得良效。患者女性，风湿性心脏病病程 20 年，心房纤颤 4 年。近 2 天左下肢温度下降，明显低于右侧，左下肢腓肠肌疼痛，舌尖发麻伴咽痛，舌质淡红衬紫，舌苔薄黄，脉弱、结。听诊：心律不齐。考虑心气亏虚，血脉运行不畅，又加外感风热，热滞咽喉。治宜益气通脉，清热解毒。处方：党参 20g，炙黄芪 30g，桂枝 5g，麦冬 10g，五味子 8g，金银花 10g，忍冬藤 30g，大青叶 20g，当归 10g，红花 10g，地龙 15g。4 剂后，舌尖麻木、咽痛均消失，但左下肢温度低，腓肠肌中间胫后动脉相当于承山穴处疼痛，按之疼痛加重，舌苔薄白，脉弱、结。考虑为心房纤颤引致胫后动脉栓塞所致。诊为痹证（痛痹），属于心阳不足，心气亏虚，血脉瘀滞不畅，阴寒痼结肢体。治宜温阳益气，通脉祛寒。予以乌头赤石脂丸方加减；蜀椒 5g，附子 8g（先煎 30 分钟），川乌 6g（先煎 30 分钟），干姜 6g，五味子 10g，炙黄芪 40g，党参 20g，赤芍 20g，忍冬藤 30g，红枣 5 枚。9 剂后，左足温度已恢复正常，左腓肠肌仍有一点疼痛，大便较干，舌质淡红，苔薄白，脉弱、结。上方加三棱、莪术、苦参、皂角各 10g。3 剂后，左腓肠肌疼痛消失。随访 1 年未复发。

［**实验研究**］ 乌头赤石脂丸对心血管的作用　乌头赤石脂丸的水煎液在小量时对离体蛙心有轻微兴奋作用，能使收缩幅度增加；大量时使心肌产生抑制，处于停跳状态。本方煎液静脉给药，对犬的血压（收缩压和舒张压）有明显的下降作用，大约持续 20 分钟，然后逐渐恢复。

［**运用心得**］ 本方治疗胸痹心痛彻背，背痛彻心，是为胸痹重证，对冠心病心绞痛、急性心肌梗死属于心阳不足者，疗效可靠，临证时丸剂可改为汤剂，取其汤者荡也之义，对于发作急重者，可中西医结合治疗。临证加减：心痛伴有瘀血征象者，加川芎、赤芍、降香、乳香、没药、延胡索等活血镇痛之味。若腹冷自汗甚者，加黄芪、白术、防风、生龙骨、生牡

蛎。伴有湿象者，加薏苡仁、防己。本方为活血镇痛之剂，犹今之用苏合香丸。其中活血之药是赤石脂，《名医别录》称其下胞衣，可知其有祛瘀作用。李时珍称其有补心血之功，可知有活血作用。本方现代临证，不仅用于冠心病心绞痛、急性心肌梗死属于心阳不足者，对急性胃炎或慢性胃炎急性发作、胃幽门狭窄、胃溃疡、慢性荨麻疹、坐骨神经痛而见阴寒厥冷证者，亦可应用。

第九节 防己黄芪汤

［组成］ 防己一两 甘草半两（炒） 白术七钱半 黄芪一两一分（去芦）

上挫麻豆大，每抄五钱匕，生姜四片，大枣一枚，水盏半，煎八分，去渣，温服，良久再服。喘者加麻黄半两，胃中不和者加芍药三分，气上冲者加桂枝三分，下有陈寒者加细辛三分。服后当如虫行皮中，从腰下如冰，后坐被上，又以一被绕腰以下，温令微汗，差。

［功效］ 益气祛湿（水）。

［方义分析］ 方中黄芪、白术益气健脾、祛湿利水，防己疏风利水，甘草、生姜、大枣调和营卫，诸药合用，则使风散水利，诸证乃愈。

［适应证］

1. 风湿，脉浮身重，汗出恶风者。

2. 风水，脉浮身重，汗出恶风者。

3. 冠心病心绞痛，高血压病，心肌炎，扩张型心肌病，肺心病，风心病，肥胖病，高脂血症；多种原因引起的心功能减退，心力衰竭，心源性水肿，可用本方加减治疗。

4. 鼓胀、痹证、痉证、关格、咳嗽、盗汗、久泻、尿浊、风隐疹等出现脉浮身重，汗出恶风者亦可用本方治疗。

[类方]

1. 防己茯苓汤　由防己三两　黄芪三两　桂枝三两　茯苓六两　甘草二两（防己黄芪汤去白术加桂枝、茯苓）组成。主治：皮水为病，四肢肿，水气在皮肤中，四肢聂聂动者。

2. 防己地黄汤　防己一分　桂枝三分　防风三分　甘草一分　生地黄二斤组成。上四味，以酒一杯，渍之一宿，绞取汁，生地黄二斤，叹咀，蒸之如斗米饭久。以铜器盛其汁，更绞地黄汁，和分再服。主治：病如狂状，妄行，独语不休，无寒热，其脉浮。

3. 木防己汤　由木防己三两　石膏十二枚（如鸡子大）桂枝二两　人参四两组成。上四味，以水六升，煮取二升，分温再服。主治：膈间支饮，其人喘满，心下痞坚，面色黧黑，其脉沉紧，得之数十日，医吐下之不愈。

[加减方]

1. 防己黄芪汤心衰方（阚方旭）　药物组成：汉防己 10～12g，生黄芪 30～50g，白术 10～15g，茯苓 15～30g，熟附子 6～10g，益母草 15～30g，泽兰 15～30g，葶苈子 15～30g，生姜 10g，大枣 10g。适用于冠心病、肺心病、风心病、高血压病、病毒性心肌炎、扩张型心肌病等引起的心功能衰退。

2. 阳气虚弱，湿瘀互结方（邵荣世）　药物组成：汉防己 10g，生黄芪 20g，红参（另煎冲）10g，制附片 10g，川桂枝 10g，紫丹参 10g，川芎 10g，炒山楂 15g，桑白皮 15g，泽兰 15g，泽泻 15g，益母草 30g，车前子（包）12g，桃仁 10g，杏仁 10g。适用于心功能不全，证见形体消瘦，素体畏寒，动则气急，心悸不安，咳嗽咳痰，色白质稀，胃纳欠香，大便自调，小便量偏少，足背微浮，口唇发绀，舌质淡红衬紫，边有齿印，苔薄腻，脉细数无力。

3. 防己黄芪汤加味（李春生）　药物组成：黄芪 30g，防己 5g，白术 12g，甘草 4g，红枣 5 枚，枳实 10g，草决明

24g，山楂 20g，大黄 6g。适用于单纯性肥胖症合并高脂血症。

4. 加味防己汤（田芳兰） 药物组成：木防己 15g，桂枝 6g，西洋参 15g，益母草 12g，枳实 9g，石膏 15g。主治：水饮郁结，气血瘀滞，寒热错杂，邪实正虚的充血性心衰。

[临床荟萃]

1. 心力衰竭 刘茜与笔者用防己黄芪汤合真武汤加减治疗心力衰竭 30 例，其中男性 17 例，女性 13 例，年龄 50～72 岁，冠心病 15 例，高血压心脏病 9 例，肺源性心脏病 6 例；按照 NYHA 分级：心功能Ⅱ级 5 例，Ⅲ级 19 例，Ⅳ级 6 例；病程 5～12 年；对照组中，男性 18 例，女性 12 例；年龄50～75 岁；冠心病 16 例，高血压性心脏病 8 例，肺心病 6 例；按 NYTA 分级：心功能分级Ⅱ级 6 例，Ⅲ级 18 例，Ⅳ级 6 例；病程 5～18 年。两组病例均符合《中药新药临床研究指导原则》中充血性心力衰竭的诊断标准；并符合气虚血瘀，阳虚水泛证临床表现，主证为：心悸，气短，气喘，浮肿，咳嗽，咳痰，乏力；次证为：胸闷（痛），腹胀，尿少，畏寒，尿少。舌脉：舌质紫暗或有瘀点、瘀斑，苔白，脉涩或结代。对照组采用常规西药治疗，治疗组在对照组基础上加用防己黄芪汤合真武汤加减治疗，处方：防己 10g，黄芪 30g，白术 15g，制附子 10g，生姜 15g，茯苓 30g，益母草 15g，泽兰 15g，葶苈子 20g。水煎 200ml，早晚各服 100ml，疗程均为 2 周。结果：治疗组显效 15 例，有效 10 例，无效 5 例，总有效率 83.33%；对照组显效 10 例，有效 8 例，无效 12 例，总有效率 60%。治疗后心率：治疗组 78±16.5 次/分，对照组 91.3±20 次/分；$LVID_s$（mm）：治疗组 714±371，对照组 88.4±26.6；$LVID_d$（mm）：治疗组 48.8±18.5，对照组 59.6±21.3；EF（%）：治疗组 40±16，对照组 32±8。治疗组明显优于对照组。

贺丽娜以防己茯苓汤治疗慢性充血性心力衰竭 80 例，设

对照组 78 例，两组均按统一方案控制心衰，包括休息、低盐饮食、血管扩张剂、重予洋地黄及利尿剂等，治疗组在此基础上加用防己茯苓汤加味，药用：防己 15g，茯苓 15g，桂枝 10g，黄芪 20g，党参 20g，酸枣仁 12g，大枣 10 枚，丹参 25g，甘草 8g。阳气虚衰加附子、人参；血瘀明显加桃仁、当归；痰浊水湿重者加葶苈子、半夏。观察 3 周。结果：治疗组显效 34 例，有效 43 例，无效 3 例，总有效率 96.3%；对照组显效 27 例，有效 44 例，无效 7 例，总有效率 91%。

2. 单纯肥胖病合并高脂血症　李春生用防己黄芪汤加味治单纯性肥胖病合并高脂血症两例，皆使其体重减轻，血脂降低。如扬某，女，39 岁。近五年体重骤增，自觉乏力，恶风，口渴而不多饮，胸膈满闷，上腹撑胀，食后尤甚，大便干燥，腰酸痛，易感冒，身高 1.58m，体重 65kg，腹围 107cm，面色略赤，语音低而重浊，舌质淡红，苔白薄腻，舌体胖大，边有齿痕，脉缓而弱。下肢 1 度凹陷性水肿。生化检查：总胆固醇 6.65mmol/L，β-脂蛋白 14.04g/L，甘油三酯 5.9g/L。证为气虚脾弱，湿浊停滞，兼有积热。方用黄芪 30g，防己 5g，白术 12g，甘草 4g，红枣 5 枚，枳实 10g，草决明 24g，山楂 20g，大黄 6g。煎服 10 剂后，体重减轻 1.5kg，腹围缩 2cm，下肢仍肿，大便稍溏，上方加生姜 6g，服 60 剂后，体重减轻 3kg，腹围缩小 5.5cm，肿消，诸症缓解，总胆固醇 5.3mmol/L，β-脂蛋白 5.9g/L，甘油三酯 2.19g/L。

3. 特发性水肿　沈秋生以防己黄芪汤为主治疗特发性水肿 60 例，药用：防己、白术、泽泻、桑白皮、陈皮各 10g，茯苓皮、黄芪、薏苡仁、冬瓜皮各 30g，桂枝 10g（后下），生姜皮 3g。每日 1 剂，水煎 3 服，7 天 1 疗程。结果：1 疗程后水肿完全消失者 46 例，好转 14 例，2 疗程后水肿完全消失。

4. 糖尿病性心脏病　阚方旭以防己黄芪汤加减治疗糖尿病性心脏病 32 例，男 19 例，女 14 例，年龄 42～82 岁，病程

6～23年。中医辨证属于气虚血瘀证者，治宜益气活血。基本方：防己 12g，黄芪 50g，白术 15g，姜黄 10g，蒲黄 10g（包），太子参 30g，甘草 15g。总有效率 82.9%。

5. 高血压病　刘文军报道以防己黄芪汤合当归芍药散治疗慢性肾炎高血压，取得满意的疗效。处方：生黄芪 15～30g，汉防己 15g，当归 15g，赤芍 15g，茯苓 15g，白术 15g，泽泻 15g，黄芩 15g，川芎 10g，车前草 30g，益母草 15～30g。水煎服，每日 1 剂。

[实验研究]

1. 降压及保护心脏作用　有研究观察防己黄芪汤胶囊对高血压患者（气虚痰湿证）血浆内皮素及左室舒张功能的影响：选自 100 例患者均来自 1998～2000 年 10 月心血管门诊及病房，收缩压 140～179mmHg 之间和（或）舒张压在 90～109mmHg 之间的轻、中度原发性高血压，中医辨证属气虚痰湿证者，其中男性 64 例，女性 36 例；年龄在 55.7±8.4 岁；病程为 8.6±3.5 年；轻度高血压占 38 例，中度高血压 26 例。全部病例随机分为：治疗组与对照组各 50 例，两组在年龄、性别、病程及临床分级上无显著性差异。

治疗方法：对照组病人口服卡托普利 12.5mg，每日 2 次，疗程 5 个月。治疗组病人在对照组基础上，加服防己黄芪胶囊 3 粒，每日 3 次。每粒胶囊含防己、黄芪各 3.3g、白术 2.5g、炙甘草 1.7g。疗程也为 5 个月。服药期间所有病例均停用其他药物。治疗前后采用放射免疫法测定 2 组血浆 ET 水平。治疗前后采用多普勒超声心动图测定左心室舒张功能指标，即左室舒张早期快速充盈峰值流速和左房收缩期血流峰值速度（Rbala-hakA）。有关数据以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，采用 t 检验进行组间和自身比较。

结果：两组患者治疗前血浆 ET 含量均升高，组间无显著性差异；治疗后均明显下降（$P<0.01$），但治疗组比对照组

下降更显著（$P<0.01$）。两组治疗前后左心室舒张功能功能情况：结果显示，两组患者治疗前舒张功能指标比较无显著性差异，治疗后各指标均有改善尤以治疗组为明显。提示防己黄芪胶囊可通过降低血浆内皮素（ET）水平参与降压机制，并具有保护心脏的作用。

2. 减肥降脂抗凝作用　防己黄芪汤提取物或煎剂能明显地降低试验性大鼠或人类的体重和肥胖度（$P<0.001$），并降低人类体重指数。防己黄芪汤提取物或煎剂能明显降低试验性大鼠或人类胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白的血清水平。防己黄芪汤能明显降低实验性动物及人类血清血脂水平，并降低致动脉硬化指数。防己黄芪汤加味能明显降低人体全血黏度、血浆比黏度，提高红细胞变形能力，抑制血小板聚集性（$P<0.001$）。

据报道，对于内脏脂肪肥胖型糖尿病患者，给予防己黄芪汤 6 个月，具有与运动疗法同等程度的减少内脏脂肪的效果。本次进一步观察了长期（2 年）给予防己黄芪汤内脏脂肪的变化。并对是否有利于预防动脉硬化进行了探讨。内脏脂肪肥胖是指身体内的脂肪不分布于皮下而是明显分布于腹腔内，为动脉硬化的危险因素。以内脏脂肪面积/皮下脂肪面积（V/S）比值为 0.4 以上的内脏脂肪肥胖型糖尿病患者中，运动疗法治疗无效者 15 例为治疗对象，其中男性 5 例，女性 10 例，平均年龄 54±11 岁，给予 SU 剂者 9 例，胰岛素 2 例。以进行 2 单位/日、每周 3 次运动疗法治疗的糖尿病患者 12 例为对照组，其中男性 4 例，女性 8 例，平均年龄 51±14 岁，给予 SU 剂者 9 例。给予防己黄芪汤 7.5g/d，连续给药 2 年，用 CT 扫描法测定脂肪值，比较探讨治疗前后 V/S、血糖、脂质的变化。结果防己黄芪汤组给药前后 V/S 分别为 0.81±0.54±0.31（$P<0.05$），BMI（体重指数 kg/m^2）分别为 29±3.27±4（$P<0.05$），HbA_1c（%）分别为 6.7±1.3、6.6±1.6

($P<0.1$)。V/S、BMI 治疗后明显降低，血糖、血脂也有下降倾向。对照组治疗前后各项检查值无明显变化。上述结果表明，服用防己黄芪汤能改善体重，特别是能使内脏脂肪减少，对于难以采用运动疗法的患者是较好的治疗药物。

3. 利尿作用　防己黄芪汤对试验性肥胖性大鼠有明显增加尿量作用。应用本方治疗多种原因引起的水肿均显示了明显的利尿作用。另外，防己黄芪汤提取物对庆大霉素诱导性肾病模型大鼠的肾损伤引起的尿蛋白、尿 NAG 排泄有明显的改善或对抗作用。

4. 提高免疫功能　黄勇等研究了不同剂量黄芪组方的防己黄芪汤对正常小鼠免疫功能的影响，用 MTT 比色分析法、YC 花环法、EA 花环法和称重法研究了不同比例量黄芪（6%、18%、54%）组方的防己黄芪汤对正常小鼠腹腔 MΦ 吞噬功能、T 细胞功能和体重的影响。结果显示防己黄芪汤可增强腹腔 MΦ 吞噬活性、腹腔 MΦ－C3b 受体和 MΦ－Fc 受体活性，提高 ConA 诱导的 T 细胞转化率，减轻小鼠的体重；18%黄芪含量（原方）免疫调节作用最强。该组研究人员进一步研究防己黄芪汤对脾虚小鼠的 MΦ 和 T 细胞功能的影响：昆明种小鼠，体重 18～22g，雌雄随机，脾虚模型制备参照文献方法，每鼠每日腹腔注射利血平 0.15mg/kg，连续 12 天，正常对照组小鼠注射等量生理盐水。分为脾虚模型加用药组、脾虚模型组和正常对照组。根据防己黄芪汤原方中各味中药配比称取：黄芪 15g、防己 12g、白术 9g、甘草 7.5g。按常规方法煎制，并浓缩成质量分数为 50%水煎剂备用。用药组于试验第 6 天开始胃饲用药，0.5ml/d，连续 7 天。其余 2 组则同时胃饲等量蒸馏水。

结果：①小鼠 MΦ 吞噬活性和产生 IL-1 活性的测定：脾虚小鼠腹腔 MΦ 的吞噬活性和经 LPS 激活后产生 IL-1 活性明显降低，经防己黄芪汤胃饲用药后，可使脾虚小鼠 MΦ 吞噬

功能和产生 IL-1 活性显著升高，并且与正常对照组相比，均无显著性差异。②小鼠脾脏 T 细胞增殖活性和产生 IL-2 活性的测定：脾虚小鼠的脾脏 T 细胞经 ConA 激活后增殖转化活性和产生 IL-2 的活性明显受到抑制，与正常对照组相比，差异均非常显著。防己黄芪汤具有增强脾虚小鼠 T 细胞增殖和产生 IL-2 的能力，并使其恢复正常水平。可见脾虚小鼠 MΦ、T 细胞功能均明显降低，而防己黄芪汤对上述 4 项免疫指标下降表现出明显对抗作用。防己黄芪汤对脾虚小鼠非特异性免疫和特异性细胞免疫均发挥免疫促进作用。

5. 抗感染、镇痛作用　动物实验表明：防己黄芪汤水煎醇沉液能明显的抑制各种致炎物质引起的耳廓及足跗肿胀，其疗效与消炎痛相似。证明防己黄芪汤对实验性动物的关节痛有明显的镇痛作用。试验证明，防己黄芪汤煎剂中含有明显抗感染作用的 SOD 样活性成分，其抗感染镇痛的机制可能与煎剂中 SOD 活性物质有关。应用本方多种疼痛及关节痛均显示了明显的镇痛作用。

现代药理研究证实，防己黄芪汤中防己含防己甲素、乙素、丙素、已素等多种生物碱，能解热镇痛、抗感染、抗过敏，可松弛横纹肌，具强心降压、抗心律失常、扩张冠脉改善心肌营养、调整血管张力等作用；黄芪具消炎利尿、增强机体免疫功能、抗疲劳及强心降压等作用；白术具强壮利尿、护肝、扩张血管、抑菌、升高白细胞等作用。

防己黄芪汤对实验性肥胖症大鼠有明显增加尿量作用，应用本方治疗多种原因引起的水肿均显示了明显的利尿作用。另外，对庆大霉素诱导性肾病模型大鼠的肾损伤有明显改善或对抗作用。

防己黄芪汤提取物或煎剂能明显地降低实验肥胖大鼠或人类的体重和肥胖度（$P<0.001$），并降低人类体重指数。防己黄芪汤提取物或煎剂能明显降低实验性大鼠或人胆固醇、甘油

三酯、低密度脂蛋白的血清水平。防己黄芪汤能明显降低实验性动物及人类血清血脂水平，并降低致动脉硬化指数。防己黄芪汤加味能明显降低人体全血黏度、血浆比黏度，提高红细胞变形能力，抑制血小板聚集性（$P<0.001$）。汉防己服用过量会出现血红蛋白尿、恶心呕吐、头晕寒战、呼吸窘迫、甚至发生急性肾小球坏死等副作用，故临床应用时应注意。

[运用心得] 防己黄芪汤是张仲景治疗风水、风湿，属于表虚湿盛证的方剂。水与湿异名同类，皆因脾、肺气虚弱，不能固表，致风邪挟水湿为患。临床出现脉浮身重，汗出恶风等症。方中防己祛湿除痹；黄芪益气固表，兼利水湿；白术健脾益气，协黄芪以固表，助防己以除湿；甘草、生姜、大枣调和营卫；综观该方是一首益气祛湿微汗方。在心血管疾病方面，对冠心病心绞痛、高血压病、高血压性心脏病、糖尿病性心脏病、肥胖症、高脂血症等皆有较好疗效，特别是伴有心功能减退者，或临床以本虚证为主者，常能取得较好疗效。对风湿性心脏病患者，除治疗心脏病之心悸气短外，对其痹证所表现出的关节疼痛、屈伸不利等，亦显示出良好的治疗作用。

第十节 炙甘草汤

[组成] 甘草四两（炙） 生姜三两（切） 人参二两 生地黄一斤 桂枝三两（去皮阿胶二两 麦门冬半升（去心） 麻仁半升 大枣三十枚（擘）

上九味，以清酒七升，水八升，先煮八味取三升，去滓，内胶烊消尽，温服一升，日三服。

[功效] 滋阴通阳，养血复脉。

[方义分析] 方中重用炙甘草补中益气，以充气血生化之源，人参、大枣补中气，滋化源，气足血生，以复脉之本；生地黄、麦冬、阿胶、麻仁养心阴，补心血，以充血脉；桂枝、

生姜通心阳，助甘草辛甘化阳，加清酒振奋阳气，温通血脉。诸药合用，阳生阴长，气充血旺，共奏滋阴养血、通阳复脉之功。

[适应证]

1. 伤寒脉结代，心动悸，炙甘草汤主之。

2. 病毒性心肌炎、风心病、冠心病、低血压等证属心阴阳两虚者。

3. 上述疾病伴有心律失常者可用本方治疗。

[类方] 通脉四逆汤 由炙甘草二两、生附子大者一枚、干姜三至四两组成。主治：少阴病，下利清谷，手足厥逆，脉微欲绝。

[加减方]

1. 加减复脉汤（吴瑭） 即炙甘草汤去人参、桂枝、生姜、大枣加白芍组成（药物：炙甘草 18g，生地黄 18g，白芍药 18g，麦门冬 15g，阿胶 9g，火麻仁 9g）。功能：甘润存津。主治：风温、温热、瘟疫、温毒、冬温，邪在阳明，或已下，或未下，身热面赤，口干舌燥，甚则齿黑唇裂，脉虚大，手足心热甚于手足背者；温病已汗而不得汗，已下而热不退，六、七日已外，脉尚躁盛者；温病误用升散，脉结代，甚则脉两至者；汗下后，口燥咽干，神倦欲眠，舌赤欲眠；热邪深入，或在少阴，或在厥阴者。

2. 救逆汤（吴瑭） 即于加减复脉汤内去麻仁，加生龙骨 12g，生牡蛎 24g，脉虚大欲脱者，加人参二钱。功能：养津育阴，镇潜浮阳。主治：温病误表，津液被劫，心中震震，舌强神昏，汗自出中无所主者。

3. 炙甘草合五参汤（刘献琳） 药物组成：炙甘草 12g，桂枝 10g，生地黄 20g，党参 30g，麦冬 15g，当归 15g，白芍 15g，阿胶 10g（烊化），北沙参 30g，丹参 15g，玄参 15g，苦参 10g，五味子 10g，炒枣仁 30g，生龙牡各 30g。适用于心律

失常属心血不足、气阴亦亏，证见心悸，口干，乏力，舌质略红，苔薄白或少苔，脉细数无力，时一止等。

4. 炙甘草汤加减方（周次清） 药物组成：炙甘草 12g，党参 18g，桂枝 6g，生地黄 30g，麦冬 30g，阿胶 10g（烊化），火麻仁 12g，当归 10g，大枣 5 枚。适用于由于阴阳两虚之心律失常，证见心悸怔忡，气短乏力，头晕失眠，自汗盗汗，畏寒肢冷，烦躁口干，舌淡苔白，脉沉、细、结、代。临床可用于各种期前收缩患者，其原发病多为心肌炎、冠心病、风心病等。

5. 四合一方（秦家泰） 药物组成：炙甘草 5g，党参 15g，麦冬 10g，桂枝 10g，附片 10g，五味子 6g，北黄芪 15g，当归 10g。适用于心功能不全证属心阳虚损、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，脉细涩或结代。

6. 复脉饮加减方（高仲山） 药物组成：炙甘草 50g，红参 15g，柏子仁 15g，桂枝 10g，麦冬 10g，生地黄 20g，阿胶（烊化）15g，鲜姜 10g，大枣 10g。适用于心房纤颤，证属心血不足，心阳不振，证见心悸不安，眩晕，胸闷气短，神疲乏力，面色黯滞少华，腹部浮肿，纳少，舌胖嫩，有齿痕，苔白润，脉结代。

[临床荟萃]

1. 病毒性心肌炎 周桂芝等以炙甘草汤加减治疗病毒性心肌炎 30 例。药物组成：炙甘草、党参、阿胶、生地、麦冬、丹参、当归、白术、茯苓、桂枝、苦参。加减：兼外感加板蓝根、连翘；失眠加酸枣仁、炙远志；热毒盛加黄芩；阴虚甚去桂枝，加玄参、沙参；兼痰湿者加半夏、陈皮等；期前收缩频繁加常山；胸闷加郁金、瓜蒌。水煎服日 1 剂。治愈 15 例，有效 12 例，无效 3 例，总有效率 90%。有人用炙甘草汤加减治疗病毒性心肌炎 33 例，以炙甘草汤为基本方，随证加减治

疗，结果治愈 12 例，有效 19 例，无效 2 例，总有效率 93.9%。

2. 扩张型心肌病　秦春红等以炙甘草汤加味治疗扩张型心肌病 38 例。药物组成：炙甘草、酸枣仁、西洋参、桂枝、阿胶、生地黄、麦冬、五味子、白芍、黄芪、当归、生姜、大枣。加减：兼阳虚水肿者加制附子、白术、茯苓；血瘀胸闷、舌有瘀斑加红花、川芎；心悸、脉结代加远志、柏子仁、丹参。水煎服，2 个月 1 疗程，连服 3～5 个疗程。结果：临床痊愈 2 例，显效 21 例，有效 9 例，无效 6 例，总有效率 84%。

3. 心律失常　孟红涛等观察了炙甘草汤对病毒性心肌炎所致室性期前收缩，疗效满意。将 66 例患者随机分为治疗组 40 例，对照组 26 例。两组均以黄芪注射液及抗心律失常药（普罗帕酮），治疗组加用炙甘草汤，药物组成：炙甘草、人参、麦冬、阿胶、大枣、生姜、生地黄、桂枝。水煎服日 1 剂。治疗后两组疗效间差别有非常显著性意义。$P<0.01$。

刘维琴以炙甘草汤合补阳还五汤加味治疗缓慢性心律失常，随机分为 2 组，治疗组 34 例，男 22 例，女 12 例，年龄 32～74 岁，平均 53 岁；病程 6 个月至 25 年，平均 12 年。窦性心动过缓 20 例，病态窦房结综合征 8 例，心脏传导阻滞 6 例；原发病为冠心病 18 例，病毒性心肌炎 4 例，高心病 10 例，原因不明 2 例。对照组 26 例，男 16 例，女 10 例，年龄 28～76 岁，平均 52 岁；病程 3 个月至 21 年，平均 11.1 年。窦性心动过缓 12 例，病态窦房结综合征 8 例，心脏传导阻滞 6 例；原发病为冠心病 17 例，病毒性心肌炎 5 例，高心病 9 例，原因不明 3 例。对照组口服阿托品，治疗组用炙甘草汤合补阳还五汤加味，药物组成：炙甘草、生地黄、桂枝、五味子、赤芍、川芎、桃仁、红花、党参、麻黄、细辛。心率<45 次/min 加制附子、淫羊藿；心率<45 次/min 并气阴两虚以西洋参代党参，加沙参、天冬；肾阳虚加肉桂、淫羊藿；脾阳虚

加干姜、炒白术。水煎服日 1 剂。结果：治疗组显效 21 例，有效 11 例，无效 2 例，总有效率 94.1%；对照组显效 10 例，有效 8 例，无效 2 例，总有效率 69.2%。两组总有效率比较有显著性差异，$P<0.05$。

武志平等以炙甘草汤合柴胡桂枝干姜汤治疗心律失常 32 例，其中频发室性期前收缩 12 例，多源室性期前收缩 7 例，频发性房性期前收缩 6 例，阵发性心动过速 3 例，心动过缓 4 例。32 例中病毒性心肌炎 12 例，冠心病 16 例，风心病 2 例，肺心病 2 例。方以炙甘草汤合柴胡桂枝干姜汤加减。药物组成：炙甘草、龙骨、牡蛎、生地黄、桂枝、麦冬、红参、天花粉、柴胡、黄芩、阿胶、干姜。随症加减：肝郁肾虚加合欢花、枸杞子；心动过速加柏子仁、石菖蒲；血瘀加丹参、桃仁；心阳虚心动过缓去天花粉、黄芩，加制附子、麻黄、细辛；胸阳不振兼痰浊去黄芩，加瓜蒌、薤白、半夏。水煎服日 1 剂，30 天 1 疗程。结果：显效 24 例，有效 4 例，无效 4 例。

王佐明以炙甘草汤合生脉散加减治疗心律失常 60 例，均为间断服用抗心律失常西药效果欠佳者。其中冠心病 39 例，心肌炎 4 例，风心病 9 例，扩张型心肌病 2 例，肺心病 6 例。治疗方法：停用抗心律失常西药，以炙甘草汤合生脉散加减。药物组成：炙甘草、西洋参、麦冬、生地黄、黄芪、五味子、阿胶、桂枝、川芎、丹参、大枣。气虚重者加太子参；阳虚重者加制附子；阴血虚少明显者加酸枣仁、桂圆肉、远志；瘀血甚者加桃仁、红花、地龙；气滞者加郁金、木香、枳壳；痰浊者加瓜蒌、制半夏、茯苓、菖蒲。水煎服日 1 剂，连服 30 天。结果：房性期前收缩痊愈 6 例，显效 8 例，有效 6 例，总有效率 100%；室性期前收缩痊愈 2 例，显效 5 例，有效 7 例，无效 4 例，总有效率 78%；交界性期前收缩痊愈 1 例，显效 5 例，有效 7 例，无效 2 例，总有效率 86.7%；房颤痊愈 3 例，显效 1 例，有效 2 例，无效 1 例，总有效率 85%；房室传导

阻滞痊愈 0 例，显效 1 例，有效 2 例，无效 3 例，总有效率 50%；病窦痊愈 0 例，显效 0 例，有效 3 例，总有效率 100%。岳建平用炙甘草汤治疗虚性室性期前收缩 60 例，随证加减，2 个月为 1 疗程。结果：痊愈 38 例，好转 18 例，无效 4 例，总有效率为 93.33%。

肖树平报道用炙甘草汤治疗期前收缩 60 例。临床有“心动悸，脉结代”症状，动态心电图提示：室性期前收缩 34 例，房性期前收缩 15 例，房室交界性期前收缩 11 例，冠心病引起的 27 例，心脏神经官能症引起者 15 例，高血压性心脏病引起者 11 例，风心病引起者 7 例，期前收缩每分钟 1～3 次者 9 例，每分钟 3～6 次者 16 例，每分钟 6～10 次者 30 例，呈二联律者 2 例，三联律者 3 例。方用炙甘草 25g，党参 15g，桂枝 9g，麦门冬 15g，生地黄 20g，阿胶（烊化）10g，火麻仁 20g，大枣 3 枚。临证加减；形寒肢冷加重桂枝用量；耳鸣心烦加柴胡、半夏、黄连；胸痛明显加丹参、川芎；心慌明显加生龙牡、五味子；胸闷气短加瓜蒌、薤白、枳壳；善惊、易怒、心烦、失眠，加磁石、朱砂、远志。用法：日服 1 剂，水煎 450ml，分 3 次口服，10 日为一个疗程。结果：60 例中治愈 35 例，有效 23 例，无效 2 例。总有效率为 96.7%。

4. 病态窦房结综合征　周荣峰以炙甘草汤治疗病窦综合征 19 例，病因属冠心病 10 例，心肌炎 5 例，风湿性心脏病 2 例，心肌病 1 例，病因不明者 1 例。方以炙甘草汤。药物组成：炙甘草、干姜、党参、麦冬、阿胶、熟地黄、肉桂、麻仁、大枣。水煎服日 1 剂，心率 60 次/分可隔日 1 剂。结果：显效 8 例，有效 9 例，无效 2 例。疗效多在 5 剂后出现，30 剂明显，疗效稳定。

另有报道：用炙甘草汤加附子治疗病态窦房结综合征 11 例，其中，动脉硬化性心脏病者 6 例，心肌病、心肌炎各 2 例，11 例均有传导阻滞、窦性停搏，4 例发生过阿-斯氏综合

征，以炙甘草汤加大剂量附子，药物组成：制附子 12～60g（先煎），桂枝 12～18g，炙甘草 12～30g，麦冬 30g，红枣 15～30g，枸杞 12～30g，太子参 15～30g，丹参 30g，沉香 5～9g，（后下）。每日一剂，水煎 2 次，晚服第 1 煎，次晨服第 2 煎。15 剂为 1 个疗程，经过 3 个疗程治疗：获显效者 4 例，有效 7 例。其中心率增至 60 次/分以上者 7 例，增至56～60 次/分者 4 例，传导阻滞 9 例减轻，窦性停搏 7 例消失，2 例偶见，无 1 例发生阿-斯氏综合征。

5. 冠心病　炙甘草汤治疗冠心病 268 例，其中心电图异常者 256 例，冠状动脉供血不足 187 例，陈旧性心肌梗死 39 例，左束支传导阻滞 20 例，心肌劳损 9 例，心房纤颤 1 例。结果：显效 93 例，症状改善 152 例，无效 23 例，总有效率 91.4%；心电图显效 15.7%，好转 29.9%，总有效率 45.6%。治疗两周即好转者 86.6%，其余在 4 周内好转。治疗前常服硝酸甘油的 104 例，服本方后停用药者 84 例，减少用量者 17 例，总减停率为 97.1%。

6. 低血压症　炙甘草汤治疗低血压症 68 例，结果：显效 40 例，有效 26 例，无效 2 例，总有效率 97%。收缩压、舒张压分别上升，与治疗前比较均有显著差异（$P<0.001$）。

[实验研究]

1. 抗心律失常作用　（1）快速性心律失常的拮抗作用：炙甘草汤治疗心律失常临床疗效显著。试验通过氯仿致小鼠和氯化钡致豚鼠两种快速型心律失常模型的拮抗作用观察表明，炙甘草汤具有明显的效果，表明该方剂具有抗心律失常作用。根据仲景原方，炙甘草汤需水酒各半煎煮，其意为酒能助阳复脉，但按现代观点，酒精在煮沸时会挥发，加酒的作用，可能是使药物中易于溶于醇的有效成分得以析出，本试验以水煮醇沉制剂，符合古方意愿，适于现代制剂，这种方法可能是保证药效的一个方面。氯仿诱导心律失常的原理为增加动物肾上腺

素的敏感性，而氯化钡则主要是增加细胞膜钠的内流，炙甘草汤成分复杂，在抗心律失常方面对上述两种模型均有效，可能存在多种机制，有可能在 Na^+ 通道阻滞、β 受体阻滞、动作电位延长方面均有作用，但其详细过程还有待进一步探讨。

（2）对抗乌头碱所致心律失常：大鼠脾虚模型通过大黄 1g/kg 的剂量灌胃制造，炙甘草汤通过静脉注射给药。注射乌头碱 10min 后，90% 的试验动物出现心律失常，以室性异位节律为主，在正常和脾虚大鼠，预先注射炙甘草汤，对乌头碱致心律失常有明显对抗作用，其作用时间持久。对正常大鼠在心律失常 15min 后，给炙甘草汤，若只按 10g/min 的剂量给药一次，转窦率很低。若每隔 10min 重复一次，累计达 30g/kg 时，转窦率可达 84.61%。但对脾虚大鼠，即使每隔 10min 给炙甘草汤，也未见明显效果。对缓慢性心律失常，炙甘草汤的作用较强。炙甘草汤预防给药对正常及脾虚组大鼠乌头碱引起的心律失常均有显著的对抗作用。与对照组比较，心律失常发生率和类型分别评分明显降低（$P<0.05$）。由此认为，炙甘草汤抗乌头碱心律失常作用可能与抑制钠离子内流，降低心肌细胞膜自律性有关。

（3）抗室颤作用：炙甘草汤组灌胃 30g 生药/kg（人用量 16 倍），能明显降低氯仿诱发小鼠室颤的发生率，与奎尼丁作用相当。另外，炙甘草汤能非常显著地降低结扎大鼠左冠状动脉诱发的病理性波 Q 波、VP 和 VT 和心律失常总发生率（$P<0.01$）。

（4）抗氯化钙、氯化钡诱发心律失常的作用：结果表明：预先给予加味炙甘草汤注射液组与生理盐水组比较，可明显推迟氯化钙所致 PVCs 和 VT 的出现时间（$P<0.01$），减少其发生率（$P<0.05$），心律恢复正常的时间明显提前（$P<0.01$），复律率也明显提高（$P<0.05$）。炙甘草汤组与生理盐水组比较 PVCs 和 VT 的出现时间都明显推迟（$P<0.05$），

但发生率均无显著性差异。

另有人采用造模，试验结果表明，炙甘草汤特别是高剂量组有较好的抗氯化钡、氯化钙所致的心律失常作用，可有效缩短心律失常时间。此与Ⅰ类和Ⅱ类抗快速性心律失常西药作用相近。炙甘草汤可妨碍慢通道的开放，从而减少的内流，降低了慢反应细胞的自律性，此与类抗心律失常药作用较为接近。由此亦看出，炙甘草汤治疗心律失常是一种综合作用过程，这可能也是该方起效全面、慢的原因之一。高剂量组优于心律宁（苦参总碱）组，且无心律宁组部分大鼠出现腹泻、稀便、厌食等现象。

（5）抗正常及“阴虚”大鼠肾上腺素心律失常的作用：试验亦表明：“阴虚”大鼠100%出现AVB。出现AVB时间平均为105±32.86s，所用肾上腺素剂量为242±75.94μg/kg，死亡发生率较健康对照组明显增加（100%，$P<0.05$），死亡时间提前至158±21.36s（$P<0.01$）。所用肾上腺素剂量减少到365.15±49.36μg/kg，明显低于健康对照组（$P<0.01$）。

静脉注射炙甘草汤0.5ml/100g，5min后按上述方法诱发心律失常。结果显示，健康和“阴虚”大鼠的心律失常均有显著改善。主要表现在各种心律失常发生时间推迟，发生率下降，而诱发心律失常所用肾上腺素剂量显著提高。

静脉注射炙甘草汤注射液亦能减少健康给药组大鼠心律失常死亡率，与健康对照组大鼠比较，下降至33%（$P<0.05$）。同时，死亡时间由243.71±54.58s延长至515±93s（$P<0.01$）。

上述试验表明炙甘草汤注射液能改善“阴虚”大鼠的异常心电图，使心率减慢，窦性恢复。对肾上腺素诱发的心律失常具有明显的预防作用。特别对“阴虚”大鼠，炙甘草汤注射液显著提高诱发和所用的肾上腺素剂量。以两种状态下对照组的心律失常积分为100%，炙甘草汤注射液可使健康大鼠心律失

常积分下降32%，使阴虚大鼠积分下降61%，提示炙甘草汤注射液对“阴虚”大鼠的心律失常效果更好。根据方剂阴阳调和，补充气血的中医观点，认为其抗心律失常作用机制可能涉及调节自主神经系统功能的平衡，纠正交感神经活动偏亢，从而具有纠正抗肾上腺素受体的作用。

（6）治疗病态窦房结综合征的电生理作用：陈元禄等观察加味炙甘草汤注射液对窦房结功能损伤（SND）兔电生理的影响，探讨加味炙甘草汤注射液治疗病态窦房结综合征（病窦征）的临床疗效和机制。结果：应用加味炙甘草汤注射液后，SND兔的窦房结恢复时间（SNRT）、校正SNRT（SNRTc）较对照组明显缩短（$P<0.01$），心脏固有心律（IHRo）明显上升（$P<0.05$），总窦房传导时间（TSACT）无改变（$P>0.05$）。临床电生理结果与动物试验完全一致。说明该方可改善受损窦房结的自律性，促进窦房结自律性的恢复是其治疗病窦征的电生理机制。此外该方还能改善病窦征的房室传导功能。

2. 对心肌生理特性的作用　加入炙甘草汤可明显抑制大白鼠离体右心房自律性（$P<0.05$）；采用强度—时间曲线进行测定，将结果绘成强度—时间曲线，该方能明显降低豚鼠乳头状肌的兴奋性（$P<0.05$），使强度—时间曲线明显右移，能明显延长心房肌的有效不应期。加味方也有类似作用。明显抑制肾上腺素诱发乳头肌出现的自发节律活动，与给药前比较具有极显著性意义（$P<0.01$）。

3. 改善心电图　试验表明，炙甘草汤可明显改善“阴虚”大鼠的心律不齐和室性期前收缩的心电图改变。

4. 抗试验性心肌缺血再灌注损伤　通过Langendorff装置上观察了炙甘草汤对大鼠离体心脏冠状动脉前降支结扎再灌注损伤的影响。结果表明，炙甘草汤（8g/L）能显著降低结扎期心动过速（VT）、再灌注期室颤（VF）和心律失常总发生

率，抑制心肌细胞中磷酸肌酸激酶（CPK）和乳酸脱氢酶（LDH）的释放，炙甘草汤 2、4、8g/L 均能显著降低再灌注心肌组织中脂质过氧化物丙二醛（MDA）含量、增强过氧化物歧化酶（SOD）活性。炙甘草汤的以上作用与钙拮抗剂维拉帕米作用相似。

5. 抗衰老作用　研究表明炙甘草汤可增强小鼠体内外周血超氧化物歧化酶活性，降低氧化脂质含量，同时还能清除小鼠体内自由基、促进新陈代谢，增强大脑皮层兴奋性，并兴奋延髓呼吸中枢，提高机体对缺氧的耐受能力，改善呼吸、循环、消化、造血等系统功能，增强免疫力，提高生命力，延缓衰老过程。

［运用心得］ 炙甘草汤是张仲景治疗虚劳、气血阴阳诸不足，汗出而闷，心动悸，脉结代的方剂，本方以甘草为君，炙用取其补中益气，生化气血阴阳之功；人参、大枣补气健脾；生地黄、麦冬、阿胶滋养阴血；桂枝、生姜温通阳气，以助血行，合方共奏气血阴阳双补之功。炙甘草汤临床应用非常广泛，现代内、外、妇、儿多有应用报道，清代名医喻嘉言有言“此汤仲景伤寒门治邪少虚多，脉结代、心动悸之圣方也，一名复脉汤，《千金翼方》用之以治虚劳，《外台秘要》用之以治肺痿，然本方所治亦何止于二病”。吴瑭在《温病条辨》用本方化裁为加减复脉汤、一甲、二甲、三甲复脉汤、大定风珠等治疗温病伤阴之证。本方在心血管疾病治疗方面，对冠心病心绞痛、病毒性心肌炎、心律失常、病态窦房结综合征均有较好的疗效，关键抓住气血不足、阴阳两虚的病机。本方在应用时，应当注意以下几点：其一，方中以炙甘草为主药，用量宜大，常用至 15～30g，用量大时，可加大茯苓用量，其二，临证时可灵活化裁，根据气血阴阳的偏重调整用量，气虚明显加重人参量，加黄芪、党参；血虚明显者，加当归；阴虚明显者，加熟地黄；阳虚明显者，加熟附子；睡眠欠佳者，加酸枣

仁、生龙骨；心烦者，加黄连少许；冠心病者出现脉结代、心动悸，并有痰浊痹阻之证，可合并瓜蒌薤白半夏汤加减，气虚者加黄芪；肺心病者，合用葶苈大枣泻肺汤；风心病者出现心律失常、房颤、脉结代，合用防己黄芪汤加减；出现心衰水肿者，合五苓散、五皮饮加减。等等。

第十一节　麻黄附子细辛汤

[组成] 麻黄二两（去节）　细辛二两　附子一枚（炮，去皮，破八片）

上三味，以水一斗，先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。

[功效] 温经解表。

[方义分析] 麻黄发汗解表，附子温经扶阳，细辛辛温，通达内外，外助麻黄解表，内合附子温阳。三药合用，共奏温经解表之功。

[适应证]

1. 少阴病，始得之，反发热，脉沉者。

2. 高血压、低血压、各种心脏病出现太阳少阴病者。

3. 其他如头痛、哮喘、鼻炎、急、慢性肾炎、肾积水、肾绞痛等出现麻黄附子细辛汤证者，亦可用本方治疗。

[类方] 麻黄附子甘草汤　即麻黄附子细辛汤去细辛加甘草二两组成。功能：温经解表。主治：少阴里虚，表证较轻者。

[加减方]

1. 心动过缓方（张文忠）　本方有麻黄附子细辛汤、桂枝甘草汤、当归补血汤、参附汤等组成。药物组成：麻黄 10g，熟附子 10g，细辛 6g，黄芪 30g，党参 15g，当归 10g，炙甘草 6g，桂枝 10g，鸡血藤 30g，生地黄 30g。适用于窦性心动过缓，证属心气不足，心阳不振，推动无力，瘀血阻络者。

2. 温阳活血方（赵寄凡） 本方有桂枝汤合麻黄附子细辛汤加减。药物组成：桂枝 10g，赤白芍各 15g，麻黄 10g，附子 10g，细辛 3g，生姜 10g，大枣 10 枚，甘草 6g。适用于冠心病心律失常，辨证为心阳虚、心脉瘀血。

[临床荟萃]

1. 肺心病心衰 董福轮以麻黄附子细辛汤作为主方随证加减治疗肺心病心衰，取得了良好的治疗效果。55 例肺心病心衰患者均为住院患者，其中慢支病史最长达 52 年，最短 5 年，平均 25 年。形寒怕冷者，加干姜；喘息不得卧者，加紫石英、鹅管石、射干；浮肿明显者，加凤尾草、车前子草；白沫痰多者，加苏子、白芥子；发热者，加生石膏、黄芩；汗出、口干、舌绛者，加南北沙参、麦冬、五味子。在此同时，如证见高热者，体温在 38.5℃以上，血白细胞＞10×10^9/L，多核细胞＞80%的病人，加用抗生素控制感染。结果：痊愈 10 例，好转 43 例，无效 1 例，死亡 1 例。总有效率 98.2%，无效率 1.8%。

2. 心动过缓 庄福渊运用麻黄附子细辛汤为主治疗心动过缓 60 例，取得了良好的治疗效果。本组病例均无合并高血压及肺、肝、肾脏器疾病，近期内无心衰史。60 例病人在治疗前均有心悸不安，体倦乏力，多数患者有头昏胸闷，少气懒言，腰酸膝软，畏寒肢冷等表现。其中确诊为冠心病者 26 例，病毒性心肌炎者 12 例，未明确诊断者 22 例。治疗均以麻黄附子细辛汤为基本方，麻黄 10g，附子 10g，细辛 6g。加减法：若瘀血痹阻征象明显者，加丹参 12g，川芎 10g；挟痰浊痹阻者，加瓜蒌皮 12g，薤白 10g；心气虚者，加党参 10g，炙甘草 6g；心血虚者加当归 10g，阿胶 10g；心阴虚者加麦冬 10g，五味子 6g；每日 1 剂，3 周为 1 疗程。结果：60 例经 1 个疗程治疗，其中显效 30 例，有效 22 例，无效 8 例，总有效率 86.7%。

3. 病态窦房结综合征 孟昭全用本方加减治疗病窦综合征50例，每日1剂，1个月为1个疗程。结果显效14例，有效27例，无效9例。认为麻黄附子细辛汤加减是治疗病窦综合征的有效方剂。

毛建平以麻黄附子细辛汤合保元汤治疗病窦综合征30例，药用：麻黄5g，熟附子6g，细辛3g，桂枝9g，生黄芪30g，肉桂5g，党参12g，大枣10g，生姜9g，炙甘草10g。气滞加沉香5g，乌药9g；血瘀加丹参12g，桃仁10g，红花5g；胸闷痛加瓜蒌12g、薤白9g，郁金12g。日1剂，水煎服，10～15天1疗程。治疗期间停服西药及其他中成药。结果：显效16例，有效11例，无效3例。

4. 其他 麻黄附子细辛汤还可治疗冠心病、心律失常、高血压、眩晕、水肿、荨麻疹、急性咽喉炎等多种病症。

[实验研究]

1. 对心绞痛发作的影响 经冠状动脉造影，至少有左前降支狭窄90%，并且在一定的运动负荷下出现心绞痛的稳定性心绞痛患者5例，内服葛根汤、麻黄附子细辛汤的1次常用量后2小时，进行踏旋器运动负荷试验，至终点患者均有胸痛或ST段下降2mm，可见运动耐量未见明显变化，但投予麻黄附子细辛汤后，患者有心悸和心率加快的倾向。

2. 抗炎、抗过敏、抗氧化作用 将各种浓度的麻黄附子细辛汤添加于腹腔渗出的巨噬细胞中，培养24h。培养后将各组细胞用PBS清洗，添加1.0μg/ml的CaIA21387，检查细胞内Ca^{2+}的变化。结果是麻黄附子细辛汤浓度依赖性地抑制了受CaIA21387刺激的腹腔渗出巨噬细胞内Ca^{2+}的浓度。特别是将100μg/ml以上的麻黄附子细辛汤添加于腹腔渗出巨噬细胞的细胞悬浮液中时，与非添加剂相比，表现为显著抑制（$P<0.01$，各组$n=5$）。

3. 其他 本方尚能有效的抑制特异性抗原或非特异性抗

原刺激嗜碱粒细胞分泌组胺，并且其抑制率随剂量改变而改变。

［运用心得］ 麻黄附子细辛汤是张仲景治疗太少两感之方，主治外感风寒，少阴阳虚之证。不但温阳散寒，而且温经除痹，临床应用范围广泛，并不限于少阴兼表证，也不一定限于发热证。如仲景在《金匮要略·水气病脉证并治》中就用本方合桂枝去芍药汤治疗水气病，曰："气分，心下坚，大如盘，边如旋杯，水饮所作"者。现代医家应用本方治疗肺系疾患如感冒、支气管炎、肺炎、肺气肿、支气管哮喘等；神经肌肉疾病如坐骨神经痛、血管或神经性头痛、肌肉神经痛、肋间神经痛、面神经麻痹、腰肌炎、多种疼痛或麻痹等；其他如荨麻疹、疱疹、妇女带下病、乳腺病等。本方在心血管疾病方面的应用，主要是冠心病心绞痛、肺心病、风心病、病毒性心肌炎、窦性心动过缓、病态窦房结综合征等，病位在少阴心、肾者，无论有无外感症状，皆可应用。临床上可与麻黄附子甘草汤合方加减，肺心病可合用葶苈大枣泻肺汤加减，风心病可合用防己黄芪汤，病毒性心肌炎可合用生脉散，病态窦房结综合征可加淫羊藿等，常可提高疗效。

第十二节 桂枝甘草汤

［组成］ 桂枝四两（去皮） 甘草二两（炙）

上二味，以水三升，煮取一升，去滓，顿服。

［功效］ 温通心阳。

［方义分析］ 桂枝辛甘性温，专入心经，通阳化气；炙甘草甘温，益气补中，二要相伍，有辛甘化阳温通心脉之功。心阳得复，则心悸可愈。本方为温通心阳的祖方，药味虽然简单，但桂枝用量较大，且方后指出，1 次顿服，故其疗效显著。临床治疗心阳虚损之证，常以此方为基础加减，以适应不

同的临床变化。

[适应证]

1. 发汗过多，损伤心阳，出现其人叉手自冒心，心下悸，欲得按者。

2. 现代临床多以本方有温通心阳之功效，用于治疗心血管疾病，如冠心病心绞痛、肺心病、心律失常、低血压病、心源性哮喘、心血管神经症等多种疾病，临床如出现心阳虚者，可用本方加味治疗。

[类方]

1. 桂枝去芍药汤　由桂枝三两　甘草二两（炙）　生姜三两　大枣十二枚组成。主治：太阳病，误下后，表证未解，脉促胸满者。

2. 桂枝去芍药加附子汤　由桂枝三两　炙甘草二两　生姜三两　大枣十二枚　炮附子一枚组成。主治：太阳病，误下后，脉促胸满，微恶寒者。

[加减方]　桂枝甘草汤加肉桂方（高正怡）　桂枝、甘草、肉桂各 9g。用开水冲泡，频频代茶饮，每日 1 剂。治疗低血压病属于心、脾、肾阳虚者。

[临床荟萃]

1. 低血压　高天德用桂枝甘草汤治疗原发性低血压 46 例。其病程 1～3 年 26 例，3～5 年 10 例，5～10 年 10 例；血压 75/45～90/60mmHg（排除继发性低血压症）。表现为心悸、头晕、少气神疲、面色㿠白，劳累则加剧，舌质淡，脉虚无力居多。给以桂枝甘草汤，方用桂枝 20g，炙甘草 10g。气虚者加黄芪，血虚者加当归，阴虚者加五味子、麦冬。每日 1 剂，水煎服，取汁 200ml，早晚分服，5 天为 1 疗程。46 例中，治愈 40 例，其中 1 个疗程治愈 8 例，2 个疗程治愈 12 例，3 个疗程以上治愈 20 例，好转 6 例，总有效率 100%。高正怡运用本方治疗 40 例低血压病人，患者中均有不同程度的

头昏，面色㿠白，畏寒肢冷，舌质多淡红或胖嫩，舌苔白润，脉多沉细或弱，或缓而无力。辨证为心阳不振，脾肾阳虚。治疗以温补脾肾，振奋心阳。桂枝甘草汤加肉桂：桂枝、甘草、肉桂各 9g。用开水冲泡，频频代茶饮，每日一剂。睡眠差者加夜交藤 9g；血压低致休克者，加红参 10g，附子 30g（先煎 1 小时）。结果显示：40 例患者一般服药 3～9 剂，多至 12 剂后，血压均有不同程度的上升。最高上升 40/20mmHg，血压平均上升 20mmHg 左右。治疗后的收缩压平均值为 110mmHg，舒张压平均值为 70mmHg。随着血压升至正常值范围，患者的临床症状也随之缓解。40 例中随访 37 例，除个别病例因慢性病较重、停药过久而血压又复下降外，大部分病例疗效巩固。其中有 15 例血压恢复正常后，半年以上未见下降。

2. 充血性心力衰竭　孙慧君用桂枝甘草汤治疗充血性心力衰竭 48 例，其中心功能（NYHA 标准）Ⅲ级 32 例，Ⅳ级 16 例；风湿性心脏病 20 例，扩张型心肌病 14 例，高血压性心脏病 8 例，缺血性心脏病 6 例。全部服用真武汤和桂枝甘草汤，并随证加减。心悸、气短、动则尤甚者加黄芪、人参；兼血瘀者加当归、川白芍、红花；水肿甚者加车前子、草果、泽泻；每日一剂，水煎分 2 次服，15 天为 1 个疗程，连服 1～3 个疗程。服药期间停用强心、扩血管、利尿等西药。48 例中显效 16 例，有效 30 例，无效 2 例，总有效率 96%。其中心功能Ⅲ级的 32 例中，显效 14 例，有效 18 例；心功能Ⅳ级的 16 例中，显效 2 例，有效 12 例，无效 2 例。

3. 冠心病心绞痛　樊来应用桂枝甘草汤治疗冠心病心绞痛 66 例，总结了持久缓解心绞痛，改善临床症状，提高心功能方面的临床疗效。66 例中男性 55 例，女性 11 例，年龄 36～68 岁，平均 53.6 岁，病程 3 天～4 年，初发劳力型心绞痛 29 例，恶化劳力型心绞痛 24 例，自发性心绞痛 13 例，其中

变异性心绞痛 2 例。病史有冠心病病史 49 例，高血压病史 23 例，糖尿病病史 13 例，高脂血症 38 例。合并心房纤颤 3 例，合并心力衰竭 2 例。66 例患者常规心电图有缺血性 ST 段和 T 波改变，变异性心绞痛则表现为 ST 段上移，全部病例均无心肌酶升高。两组患者均常规服用肠溶阿司匹林 75mg，每日 1 次，长效异乐定胶囊 50mg，硝苯地平缓释胶囊 40mg，每日 1 剂口服，症状明显者服药速效制剂、卧床休息、吸氧治疗。治疗组在上述治疗上加桂枝 30g，甘草 15g。水煎服，每日 1～2 剂，分 3～4 次频服，两周为 1 个疗程，间隔 1 周后行第 2 个疗程治疗，连续治疗 2 个疗程后，服桂枝甘草汤散剂，每日 5～10g 巩固疗效，并随访半年对临床疗效进行评价。结果：临床疗效，治疗组显效 24 例，有效 7 例，无效 2 例，总有效率 93.9%。对照组显效 15 例，有效 5 例，无效 13 例，总有效率 60.60%。两组疗效有显著性差异（$P<0.05$）。心电图疗效：治疗组显效 20 例，有效 10 例，无效 3 例，总有效率 90.9%；对照组显效 14 例，有效 8 例，无效 11 例，总有效率 66.7%，两组相比有显著性差异（$P<0.05$）。阶段随访，治疗组 3 个月复发率 22%，6 个月复发率 11%，对照组 3 个月复发率 43%，6 个月复发率 54%，3 个月经统计学处理（$P>0.05$），无显著性差异；6 个月经统计学处理（$P<0.01$），有显著性差异。

4. 心律失常　麦氏等用生甘草、炙甘草、泽泻各 30g，每日 1 剂，水煎早晚 2 次分服，有不定时烦躁、自汗、失眠、自觉寒热无常者，先服桂枝加龙骨牡蛎汤，再服本方。治疗室性期前收缩 23 例，均获良效。少则 3 剂，多则不越 12 剂，症状消失，心电图恢复正常。洪丽生用桂枝甘草汤加减治疗心律失常取得较好疗效。认为桂枝甘草汤既能兴奋窦房结的冲动，治疗窦性心动过缓，又能抑制窦房结的冲动，治疗窦性心动过速，对窦房结的冲动具有双向调节作用。治疗窦性心动过缓用

桂枝 10g，甘草 10g，党参 15g，黄芪 20g，麦冬 15g；治疗窦性心动过速用桂枝 10g，甘草 10g，龙骨 15g，牡蛎 15g，柏子仁 10g，生地黄 10g，党参 12g；缓慢性心律失常用桂枝 10g，甘草 10g，黄芪 15g，党参 15g，补骨脂 12g，柏子仁 10g，生地黄 10g。皆取得了较好的疗效。

[实验研究]

1. 对心血管系统的作用　桂枝能增加冠状动脉血流量，但桂枝对血管的作用因部位不同而作用不同，并与配伍药物有关。甘草甜素每日 10mg/kg 肌注，连续 5 日，对试验性家兔高脂血症有明显的降脂作用。小剂量甘草甜素（2mg/d）在一定时间内能使试验性动脉粥样硬化家兔的血胆固醇降低，粥样硬化程度减轻，20mg/d 能阻止大动脉及冠状动脉粥样硬化的发展，与雌激素合用，作用增强，但剂量过大时（40mg/d）反而无效。有人认为甘草甜素此作用与刺激垂体一肾上腺素系统有关，或是甘草甜素能促进胆固醇的结合与排泄。给高血压、高脂血症、动脉硬化症等患者每日服甘草甜素 150～200mg，观察 2 个月，发现动脉硬化危险因子的血清脂质、总脂质、总胆固醇、中性脂肪、β-脂蛋白、磷脂质、游离脂肪酸中，总胆固醇和磷脂质明显降低。18β-甘草次酸钠能对抗氯仿诱发的小鼠室颤、氯仿一肾上腺素所致兔室性心律失常，延长 $CaCl_2$ 所致大鼠室性心律失常出现时间，减慢大鼠和兔心率，部分对抗异丙肾上腺素的心率加快作用。

2. 对中枢神经系统的作用　桂皮醛 250～500mg/kg 对小鼠有明显的镇静作用，表现为自发活动减少，对抗甲基丙胺所产生的过多活动、转棒试验所产生的运动失调，及延长环己巴比妥的麻醉时间等。脑电图测定进一步证明具有一定的镇静作用，在兔大脑皮层表面，埋入电极后，再由腹腔给予桂皮醛 50mg/kg 测定脑电图变化，发现低压快波有增加的倾向，对于由于声音刺激的惊醒波稍有延长。桂枝煎剂、肉桂醛或肉桂

酸钠，对小鼠正常体温以及用伤寒、副伤寒疫苗所致发热兔，均有降温解热作用。

［运用心得］ 桂枝甘草汤是治疗心阳虚心悸的常用方剂，药简力专，疗效可靠。现代多以本方有温通心阳之功效，用于治疗心血管疾病，如冠心病、肺心病、心律失常、低血压病、充血性心力衰竭等病属于心阳虚者，常以本方加味。治疗低血压病酌加麦冬、五味子、肉桂等；肺心病加葶苈大枣泻肺汤；心律失常加龙骨、牡蛎、蜀漆、大枣等，使用本方时应注意桂枝用量倍于甘草，以体现温通心阳之旨，并尽量注意保持药简力专的特点。

第十三节 茯苓桂枝白术甘草汤

［组成］ 茯苓四两 桂枝三两（去皮） 白术三两 甘草二两

上四味，以水六升，煮取三升，分温三服，小便则利。

［功效］ 温阳化饮，健脾利水。

［方义分析］ 方中茯苓健脾宁心，淡渗利水，化饮降浊，为治饮病之要药；桂枝专入心经，辛温通阳，振奋心阳以消痰饮；白术健脾燥湿，助茯苓温化水饮；甘草入心肺脾胃经，益气甘缓和中，助桂枝温通心阳，诸药合用，共奏温阳化饮，健脾利水之功。

［适应证］

1. 心下有痰饮，胸胁支满，目眩者；或伤寒吐、下后，心下逆满，气上冲胸，起则头眩，脉沉紧，发汗则动经，身为振振摇者。

2. 冠心病、肺心病、风心病、心肌炎、高血压病、心包积液等出现头晕目眩，心悸气短，胸闷咳喘，胸胁支满，咳唾清稀痰涎等痰饮症状者，可用苓桂术甘汤治疗。

3. 其他如急慢性支气管炎，支气管哮喘，慢性病毒性肝炎，胃潴留等出现上述症状者，可用苓桂术甘汤治疗随证加减治疗。

[类方]

1. 茯苓甘草汤　由茯苓二两　桂枝二两（去皮）　甘草一两（炙）　生姜三两（切）组成。功能：温中化饮，通阳利水。主治：中焦水停证之属于阳虚者。

2. 茯苓桂枝甘草大枣汤　由茯苓半斤　桂枝四两（去皮）　甘草二两（炙）　大枣十五枚（擘）组成。上四味，以甘澜水一斗，先煮茯苓，煎二升，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。作甘澜水法：取水二斗，置大盆内，以勺扬之，水上有珠子五六千颗相逐，取用之。功能：温通心阳，化气行水。主治：发汗后，心阳虚，脐下悸，欲作奔豚。

3. 桂苓五味甘草汤　由茯苓四两　桂枝四两（去皮）　甘草三两（炙）　五味子半升组成。功能：降气平冲，通阳蠲饮。主治：心肾阳虚，饮聚心肺，出现多唾口燥，手足厥逆，气从少腹上冲胸咽，手足痹，其面翕热如醉状，因复下流阴股，小便难，时复冒者。

4. 桂枝去桂加茯苓白术汤　由芍药三两　甘草二两（炙）　生姜（切）白术三两　茯苓三两　大枣十二枚（擘）组成。功能：调和营卫，健脾利水。主治：外感病，服桂枝汤或下之，仍头项强痛，翕翕发热，无汗，心下满，微痛，小便不利者。

[加减方]

1. 三参苓桂术甘汤（刘渡舟）　由桂枝 14g，茯苓 20g，白术 10g，炙甘草 10g，丹参 15g，党参 15g，沙参 12g 组成。功效：通阳化饮，补益心气。主治：宗气虚弱，心胸阳气不足，无力推动血脉运行，心脉迟缓，胸中发空，气短而不接续，动则汗出，倦怠乏力，睡眠不佳，观其舌质淡嫩，脉弦细而带有结象之水气上冲的“水心病”之证。故在用苓桂术甘汤

的同时，加上党参、丹参、沙参以补益心脏之气，并通心脏之脉，名之为“三参苓桂术甘汤”，临床疗效较佳。

2. 养心定志汤（高辉远） 由桂枝甘草汤加味而成。药物组成：桂枝 8g，炙甘草 5g，太子参 15g，茯神（或茯苓）10g，菖蒲 10g，远志 10g，丹参 10g，麦门冬 10g，川芎 10g。功用：益心气，补心阳，养心阴，定心志。治疗冠心病通用方。

[临床荟萃]

1. 冠心病心绞痛 吴同启用加减苓桂术甘汤治疗冠心病心绞痛 60 例，取得满意疗效。治疗组用茯苓 15g，桂枝 12g，橘皮 10g，枳壳 10g，毛冬青 10g，红花 10g，山楂 10g，甘草 6g。阳气虚加淫羊藿、紫石英、黄芪；阴虚明显者，加丹参、五味子、麦冬；痰湿偏盛者，加半夏、瓜蒌、薤白；瘀血偏盛者，加川芎、三七、水蛭。每日一剂，早晚分服。对照组服用复方丹参滴丸，每次 5 粒，每日 3 次。观察期间心绞痛发作时可以使用硝酸甘油片。结果心电图疗效比较：治疗组 60 例中，显效 18 例，改善 16 例，总有效率 56.7%。对照组 30 例中，显效 7 例，改善 9 例，总有效率 53.3%。显示苓桂术甘汤对改善心肌缺血、提高冠状动脉灌流量治疗心绞痛有效。

2. 心律失常 王敬义用苓桂术甘汤加味结合西药治疗心律不齐 3 例，1 例为风湿性心肌炎，Ⅱ度房室传导阻滞，P—R 间期延长；1 例为高血压性心脏病，快速性心房纤颤伴室内差异传导；1 例为冠心病、高心病、心房纤颤、完全性左束支传导阻滞。治疗后心电图及自觉症状均有明显好转。作者认为，这些病人常有心阳不振，心脉痹阻，故常合参附注射液温通心阳，散寒化饮。

3. 充血性心衰 文旺秀用本方治疗充血性心力衰竭 33 例。方药：本方加泽泻、黄芪、党参、丹参。痰多加陈皮、法半夏；水肿甚者茯苓改为茯苓皮，加车前子；四肢欠温者加干

姜、熟附子；喘促甚者加葶苈子、苏子；有瘀者，加桃仁、当归；心悸甚加龙骨、牡蛎、磁石，治疗33例，每日1剂，连服3周。结果显效25例，有效26例，无效2例，治疗前后心功能指标（心率、每搏输出量指数）均有明显改善。20例胸片提示肺淤血情况且心胸比明显增大，经治疗后也有不同程度的改善，25例心电图示经治疗后心肌缺血情况明显改善。

4. 慢性心功能不全　刘兴旺等用苓桂术甘汤治疗慢性心功能不全20例，方药：茯苓15g，肉桂6g，白术12g，甘草3g，生黄芪30g，丹参15g，红参10g，葶苈子10g，红花6g。每日1剂，久煎分2次服。同时给予扩血管、抗心律失常药治疗。结果治愈3例，显效5例，有效7例，总有效率75%。本方改善心肌收缩力，抗心衰功能与地高辛相当，改善舒张功能优于地高辛，且无电解质紊乱之弊端。

5. 心包积液　姚运林应用苓桂术甘汤合己椒苈黄丸治疗心包积液28例，其中结核性心包炎5例，尿毒症伴心包炎5例，心肌病伴心包积液6例，其他癌症继发心包积液2例，系统性红斑狼疮伴心包积液1例，糖尿病伴心包积液2例。单纯复方组11例（不用穿刺），复方加穿刺组15例（穿刺后疗效不佳改为复方）。基本方药：茯苓12g，白术12g，桂枝12g，防己12g，椒目12g，葶苈子12g，大黄15g（后下），红参10g，泽泻15g，生姜15g。7天为1个疗程。结果复方组5例治愈，3例显效，2例有效，1例无效；复方加穿刺组5例治愈，5例显效，4例好转，1例无效。患者的呼吸、心律、肢导联QRS波群电压、心包积液量等指标，均明显改善。

6. 肺心病　罗月中应用苓桂术甘汤治疗32例老年顽固性肺部感染合并肺性心衰患者，证属脾肾阳虚，痰浊阻肺，水气凌心。结果：治愈11例，好转18例，无效3例，总有效率90.6%。严兆象采用中西医结合治疗急性发作期肺心病64例，西医辅以对症及病因处理；中医辨证属于阳虚喘肿证治，以真

武汤、苓桂术甘汤、济生肾气丸；临床显效 27 例，好转 32 例，总有效率 92.18%。赵保记等运用苓桂术甘汤治疗慢性肺源性心脏病 26 例，其中单纯性慢支 19 例，喘息性 7 例。对照组 26 例中单纯性慢支 17 例，喘息型 9 例。对照组常规抗感染、止咳、祛痰、平喘药物。治疗组在常规治疗基础上加苓桂术甘汤加川芎、黄芪、葶苈子，水煎服。每日 1 剂。结果治疗组显效 20 例，有效 5 例，无效 1 例。对照组显效 13 例，有效 4 例，无效 9 例。两组比较治疗组明显优于对照组，提示苓桂术甘汤加味可有效改善心功能，降低肺动脉压，起到延缓和阻止肺心病发展的作用。

7. 高血压　李建明运用苓桂术甘汤加葛根、牛膝、夏枯草治疗 1 例高血压眩晕病人，6 剂痊愈。

[实验研究]

1. 抗室颤作用　取健康小鼠，雌雄各半，随机分为 2 组，Ⅰ组腹腔注射苓桂术甘汤 20ml/kg；Ⅱ组注射等容量生理盐水。给药 30 分钟后，分别将小鼠放入盛有含 1ml 氯仿棉球的广口瓶里，加盖密封，至呼吸停止时，立即取出，迅速安装Ⅱ导联，观察室颤发生率。结果：苓桂术甘汤组室颤出现率 12.5%（2/16）；生理盐水组出现率为 73.3%（11/15）。两组相比有显著差异（$P<0.01$）。这表明苓桂术甘汤对氯仿所致小鼠室颤有明显抑制作用。

2. 抗心肌缺血　通过对异丙肾上腺素所致大鼠心肌缺血的实验，对大鼠腹腔注射苓桂术甘汤，结果显示，苓桂术甘汤能够缓解异丙肾上腺素所致之心肌缺血，与生理盐水组相比有显著差异（$P<0.05$）。齐鑫等研究苓桂术甘汤对犬急性心肌缺血、心脏血流动力学及心肌耗氧量的影响。采取结扎麻醉犬冠状动脉左前降支中段的方式，造成试验性急性心肌缺血的病理模型，观察药物对心肌缺血、血流动力学及心肌耗氧量各指标的变化（冠脉流量 CBF、心排出量 CO、心率 HR、左室内

压 LVP、左室舒张末期压 LVEDP、左室内压最大变化速率 dp/dtmax 等)。结果：苓桂术甘汤 8g/kg 显著减少由 NBT 染色的心肌梗死面积，增加 CBF，降低冠脉阻力 CVR、LVP、LVEDP、dp/dtmax、HR、氧利用率、耗氧指数、心肌耗氧量，与空白对照组及药前值比较，差异显著（$P<0.05\sim0.01$)。对血清磷酸脂酶、（CBK)、乳酸脱氢酶（LDH)、谷草转氨酶（GST）没有明显影响。说明苓桂术甘汤能够增加心肌的供血供氧，改善心肌缺血状况。

3. 抗心衰　通过对健康家兔用小量注射 0.5%戊巴比妥钠溶液，造成心衰，由腹腔注射苓桂术甘汤（6ml/kg）或同等量生理盐水，并观察记录各指标的变化。结果在 50min 前，两组心力恢复情况相比，苓桂术甘汤组较好，但无统计学意义，60 min 后，给药组的 LVSP、LVDP 等的恢复均优于对照组（$P<0.05$)。提示苓桂术甘汤能够促进衰竭心脏的心力恢复。

4. 减慢心率　给苓桂术甘汤后 20min，大鼠心率即出现减慢，由 348.6 次/分降至 302.5 次/分，自身前后相比，$P<0.05$，有显著差异。

5. 抗心肌缺氧　通过对健康昆明小鼠腹腔注射苓桂术甘汤 20ml/kg，然后将小鼠移入底部盛有新鲜钠石灰的 150ml 广口瓶中，加盖密封，观察其存活时间，以呼吸停止为死亡指标。结果显示：苓桂术甘汤能够延长小鼠存活时间；即使在异丙肾上腺素作用下，苓桂术甘汤仍能够调节异丙肾上腺素所致心肌耗氧量增加的作用。

6. 抗缺氧所致心钠素和抗利尿激素的释放　用苓桂术甘汤水煎剂以 1ml/kg 剂量给雄性健康家兔灌服，每日 2 次，连服 3 天，与第 4 天进行急性缺氧试验。结果：缺氧 24 小时血浆 ANP 和 ADH 均明显升高，苓桂术甘汤组缺氧后血浆 ANP 明显下降，血浆 ADH 缺氧后有所下降，与缺氧前自身相比

较，统计差异不显著，而与未用药组相比较，具有显著性差异。未用药组的肺指数较常氧对照组明显升高，苓桂术甘汤组肺指数均显著低于未用药组。从而得出结论：苓桂术甘汤可抑制急性缺氧所致的 ANP 和 ADH 的释放。

7. 其他　本方还有抑制交感神经兴奋的作用，改善免疫功能的作用。还具有祛痰止咳、镇静止痛、抗炎、抗过敏、健胃的作用。

[运用心得] 苓桂术甘汤临床应用非常广泛，凡属于脾阳不足，水饮内停，以头目眩晕，或心悸、短气、胸闷，或咳嗽气喘，咯吐清稀痰涎，胸胁支满，或脘腹逆满，呕恶痰涎，或背寒冷如掌大为主症。舌质淡嫩，或淡胖，苔白润，甚至如水滑，脉沉滑，或沉弦，或沉紧者为主症。皆可用苓桂术甘汤治疗。本方在心血管系统的应用，已广泛应用于冠心病心绞痛、病毒性心肌炎、肺心病、风心病、心律失常、心力衰竭、高血压病、心血管神经症等多种疾病的治疗，关键是抓住以心脾阳虚，痰饮内停的病机特点，随证加减，方能提高疗效。

第十四节　五　苓　散

[组成] 猪苓十八铢（去皮）　泽泻一两六铢　白术十八铢　茯苓十八铢　桂枝半两（去皮）

上五味，捣为散，以白饮和服方寸匕，日三服。多饮暖水，汗出愈。如法将息。

[功效] 通阳化气行水。

[方义分析] 五苓散由猪苓、泽泻、白术、茯苓、桂枝组成。制成散剂，取其发散之义。猪苓、茯苓、泽泻，导水下行，通利小便；白术健脾气，助脾运湿；桂枝辛温，通阳化气以行水。五味合方，外解表邪，内通水府，助膀胱气化，使水有出路，对于水湿内停而兼表证者，可加减使用。合方共奏通

阳化气、利水之功，临床既可用作散剂，亦可作汤剂服用。服用时应多饮暖水，以助药力，散水邪以行津液。

[适应证]

1. 太阳病汗不得法，表邪循经入腑，影响膀胱的气化功能，形成水气内停之蓄水证。临床出现小便不利，消渴或烦渴，微热，脉浮或脉浮数等证。

2. 充血性心力衰竭、心律失常、肺心病心衰等出现上述诸症者。

[类方]

1. 猪苓汤　由猪苓、茯苓、泽泻、阿胶、滑石各一两组成。主治：里热伤阴、水气不利，出现发热，口渴，小便不利，或下利，渴而呕，心烦不得眠。

2. 猪苓散　猪苓、茯苓、白术各等分，上三味，杵为散，饮服方寸匕，日三服（现代用法：作散剂，每服 6 克，日服 3 次，温开水送服）。主治：饮邪阻遏中焦，呕吐而病在膈上，后思水者。

3. 茯苓泽泻汤　茯苓半斤、泽泻四两、甘草二两、桂枝二两、白术三两、生姜四两组成。上六味，以水一斗，煮取三升，纳泽泻，再煮取二升半，温服八合，日三服。主治：饮阻气逆，呕渴并见。出现胃反，吐而渴欲饮水者。

4. 茵陈五苓散　本方加茵陈而成，以增强祛湿清热之功。临床多用于治疗心血管病合并肝胆病变、而见湿热证候者。

[加减方]

1.《外台》茯苓饮　药物组成：茯苓、人参、白术各二两　枳实二两　橘皮二两半　生姜四两组成。主治：心胸中有停痰宿水，自吐出水后，心胸间虚，气满，不能食。

2. 春泽汤《医方集解》　药物组成：白术、桂枝、猪苓、泽泻、茯苓、人参。水煎服。治疗伏暑及气虚伤湿，渴而小便不利者。

3. 春泽汤《奇效良方》 药物组成：泽泻三钱，猪苓二钱，茯苓二钱，白术二钱，桂心二钱一分，人参一钱五分，柴胡一钱，麦冬一钱五分。适用于伏暑发热，烦渴引饮，小便不利。

4. 四苓散《明医指掌》 本方去桂枝。功用：渗湿利水。主治：内伤饮食有湿。小便赤少，大便溏泄。

5. 胃苓汤《丹溪心法》 本方合平胃散而成。功用：祛湿和胃。主治：夏秋之间，脾胃伤冷。水谷不分，泄泻不止，以及水肿、腹胀、小便不利者。

6. 五苓散心衰方（阚方旭） 猪苓 10g，泽泻 10g，白术 10g，茯苓 15g，桂枝 10g，黄芪 15～50g，防己 10g，益母草 15g，泽兰 15g。主治：心功能减退症属膀胱气化不利，气虚血瘀水停者。

[临床荟萃]

1. 水肿 岳美中治疗患者王某，女，九岁。1976 年 3 月 7 日就诊，五日来颜面及下肢微肿，少腹肠鸣，小便短少，大便不聚，口粘胸闷，舌苔根腻，证属湿邪内搏，膀胱气化不利，治用五苓散加减。方用泽泻 12g，赤茯苓 12g，焦白术 9g，猪苓 6g，桂枝 6g，冬瓜皮 9g。三剂后小便明显增多，面浮足肿见消，精神尚可，拟予上方合参苓白术散加减：白术 9g，党参 12g，茯苓 9g，泽泻 9g，薏苡仁 12g，山药 12g，冬瓜皮 9g。5 剂诸症全消。

本例水肿由脾虚不健，水湿泛滥而成。故首用五苓散通利小便，使水湿有出路，复合参苓白术散健脾培土以巩固疗效。

2. 充血性心力衰竭 马有凤等运用五苓散加减结合西药治疗 46 例充血性心力衰竭患者，治疗组 26 例，对照组 20 例。结果治疗组明显优于对照组。

3. 高脂血症 康兴霞报道采用茵陈五苓散加味治疗高脂血症 30 例，并设西药对照组 30 例进行观察。两组在性别、年

龄、类型等方面无显著性差异，具有可比性。结果：治疗组疗效明显高于对照组，两组有显著性差异。

4. 高尿酸血症　王玉明等报道，自 1991～2000 年应用五苓散加味治疗单纯控制高嘌呤饮食无效的高尿酸血症 45 例，患者中，男性 41 例，女性 4 例；年龄 36～65 岁，其中 36～45 岁 10 例，46～55 岁 23 例，56～65 岁 12 例；无症状高尿酸血症者 25 例，痛风性关节炎间歇期者 20 例。同时患有糖尿病者 9 例，高血压者 13 例，高脂血症者 33 例。以五苓散加味。药用：泽泻 15g，桂枝 6g，车前子 15g，川萆薢 30g，丹参 30g，大黄 6g。水煎日 1 剂 2 次分服，3 周 1 疗程。1～2 疗程。总有效率 84.40%。

[实验研究]

1. 利尿作用　正常人服本方后，可使尿量增加 11.2%，排钠量增加 59.2%；正常家兔用药后尿量增加 47%，无不良反应。但亦有研究发现，五苓散对水排泄障碍的人有效，对健康人无效。构成生药对变态反应Ⅰ型、Ⅳ型多有效。因此认为：水代谢和水排泄之所以得到改善，可能是由于抗变态反应及其他尚未阐明之作用所致。与化学利尿剂合用可使效果增强，可减少利尿剂的重量，并防止长期用利尿剂引起的低血钾等血中电解质紊乱。利用五苓散与呋喃苯胺酸利尿作用进行比较，发现呋喃苯胺酸利尿作用快速而强，但维持时间短，集中排尿时间仅为 20min 左右，而本方作用缓和，维持时间长，排尿时间为 70min，平均排尿时间大于呋喃苯胺组。进一步研究表明：五苓散能增加正常大鼠的心房肌细胞中的心房性钠利尿因子（ANF）颗粒数，机体在正常情况下不往血中释放 ANF，当机体患浮肿或腹水时，血中的 ANF 增加，能排出水分和钠，这就是五苓散的卓越功效。对原方及拆方研究表明，五苓散原方使小鼠尿量增加 12%，去猪苓可增加 31%，而全方各单味药均未见有效。给予盐水负荷时，本方可使尿量明显

增加。单味生药提取剂配伍在一起也未见利尿作用。对五苓散证利尿效果明显，而对健康人仅有轻微利尿作用。按仲景方剂量效果最佳；若各药等量，利尿效果则明显减弱；若颠倒药量，则利尿作用更差。本方的利尿机制与化学药品利尿剂完全不同，二者合用可使效果增强，可减少利尿剂的用量，并防止长期用利尿剂引起的低钾等血中电解质紊乱。投用五苓散虽然明显见到排除电解质，但对于全身的水分分布、细胞外液及各脏器中的电解质（细胞内液）基本上没有影响。

2. 调节渗透压　以口渴、脉浮、小便不利为辨证要点，发现五苓散证可能与体液损失的病理因素有关。并以药后“汗出”为判断病情向愈的指征，表明本方与单纯性利尿剂的作用机制可能有些不同。

日本伊藤氏经过临床观察和动物试验研究发现，五苓散不同于一般的利尿剂，对正常人或无五苓散典型脉证的患者，以及在动物试验，几乎见不到它的利尿作用；并且临床上 5 月至 8 月，由于气温升高，出汗增多，可以引起较多的五苓散证的发病。由此推论，可能是高温环境而反复出汗，口渴多饮，血中 ADH 上升，引起渗透压下降，以及大量出汗，损失多量的钠，导致渗透压调定点下降，而出现口渴思饮，而饮入之水在胃内难以变成等张液，加之肠管上皮细胞的主动转运发生障碍，不能提高细胞间隙的渗透压，水分不能吸收，表现出呕吐、腹泻、小便不利等五苓散证。五苓散很可能是主要作用于渗透压感受器，减少其对一定渗透压刺激的兴奋性，从而使降低了的渗透压的调定点恢复正常。也即是说五苓散证是在失水等病理情况下出现既有脱水，又有体内水和电解质分布异常的一种综合征，它与中医认为的既有伤津失水，又有水液内蓄的复杂病理改变相符合，而本方的作用在于恢复脾的传输功能以纠正水液的升降失常。

3. 降低急性肾型高血压　将大白鼠随机分为三组，每组

10只，五苓散组、可乐定组、对照组。试验表明：五苓散、可乐定均有明显的降压作用，可使试验性急性肾型高血压大鼠的血压不同程度的降低，与生理盐水对照组比较均有显著性差异（$P<0.05$）。而可乐定的降压作用更为显著。但降压作用的时间五苓散明显长于可乐定（$P<0.05$）。试验全过程，对照组尿量平均为4ml，五苓散组平均为14ml，可乐定组平均为8ml。

4. 对正常小鼠血浆心钠素含量的影响　把72只小鼠随机分成2个剂量组，每组36只，每个时间点6只，分别以五苓散0.5ml和1.0ml灌胃；并分别于给药后0、15、30、45、60、75min取样。五苓散及其组分对小鼠血浆含量的影响117只小鼠随机分为9组，每组13只，组不作任何处理；和分别以蒸馏水和生理盐水灌胃；Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ、Ⅶ、Ⅷ和Ⅸ组分别以五苓散、猪苓、白术、茯苓、泽泻、桂枝煎剂0.5ml灌胃，4min后取样，测定血浆ANF。

小鼠五苓散灌胃后不同时间的血浆ANF含量的比较结果显示：五苓散煎剂灌胃后不同时间对小鼠血浆ANF浓度的影响不同，以45min时作用最明显，与0min比较差异有显著性意义（$P<0.05$），同剂量间差别无显著性意义（$P<0.05$）鼠血浆的影响：五苓散、泽泻、桂枝均有明显升高ANF，而茯苓、猪苓、白术此用不明显。

5. 对肾功能不全的保护作用　有研究通过动物试验发现，该方加味可改善动物摄食量，降低血清BUN、肌酐（Cr）、β_2微球蛋白（β_2-MG）的含量，并减轻顺铂（PDD）对肾脏Na^+-K^+ATP酶活性的抑制。10倍于常用量的五苓散喂服大鼠1个月，肾脏组织检查，能增加肾脏血流量。对实验性尿毒症作用：发现只有泽泻有明显的延长生存时间（31%）的作用，但是泽泻与其他生药配伍，则此作用消失，其他药未见有这种作用。对月龄2个月的大白鼠分别投以五苓散等中药制剂

和西药制剂设组比较，发现中药组对生长、水液代谢、利尿效果、肾功能等有很好的影响。

6. 降脂作用 对于饮酒早期出现的高脂血症，五苓散组血胆固醇、甘油三酯下降。猪苓组血胆固醇降低、泽泻组甘油三酯降低，猪苓、泽泻有抗脂肪肝作用。预防高脂肪食物和同用乙醇引起对肝脏的损害；改善由醉酒出现的口渴、呕吐、头痛、饮酒早期出现高脂血症和脂肪肝等；预防和改善由于乙醇的高能量出现的肥胖情况。

[运用心得] 《素问·标本病传论》云："治湿不利小便，非其治也"。五苓散就是通过利小便而达到祛除湿邪的一首著名方剂。适用于水湿内停诸证。凡太阳表里未解，头痛发热，口燥咽干，烦渴饮水，或水入即吐，或小便不利者，皆可服之。又治霍乱吐利，烦渴引饮，即瘦人脐下有悸，吐涎沫而癫眩者。皆因水湿停蓄，津液固结所致。我们体会，只要掌握膀胱气化不利，水湿内滞这一病理特点和本方化气利水，健脾渗湿的治疗作用，根据同病异治，异病同治的精神，临床就可举一反三，应用无穷，决不限于《伤寒论》、《金匮要略》所举的几个病证。后世的胃苓汤、春泽汤都是在本方的基础上发展起来的。扩大了应用范围。

五苓散为通阳化气行水之方，《伤寒论》中治疗以口渴、小便不利为主证的蓄水证，和寒湿霍乱偏表之证，《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》用以治疗下焦水逆引起心下悸、吐涎沫而癫眩者，"黄疸病篇"用本方加茵陈，治疗黄疸病湿热郁滞而湿盛者，现代临床应用更为广泛，涉及到内、外、妇、儿各科。本方在心血管疾病的应用，主要是各种心脏病所引起的心功能减退以及所出现的水肿，其病机为太阳膀胱蓄水证，本方功能重在化气行水，通畅三焦水道运行之通路，治在水府膀胱，而取效在水脏肾，《灵枢·本脏》曰："肾合三焦膀胱，三焦膀胱者，腠理毫毛相应"；所以根据脏腑与其相应部位相

互影响的理论，临床应用可进一步增大，内科临床除治疗肾炎水肿、尿潴留、尿崩症、泌尿系感染等肾脏病外，因为心、肾皆属于少阴经脉，经脉相通，所以本方治疗心脏病所引起的水肿常取得较好的疗效。临床上随证加减：气虚者，合防己黄芪汤加减；阳虚者，合真武汤加减；寒盛者加四逆汤；脾虚者，合苓桂术甘汤加减；水肿甚者，加五皮饮。清代名医叶天士提出："通阳不在温，而在利小便"，道出了该类方剂治疗心血管疾病的玄机。

第十五节 真 武 汤

[组成] 茯苓三两 芍药三两 白术二两 生姜三两（切） 附子一枚（炮，去皮，破八片）

上五味，以水八升，煮取三升，去滓，温服七合，日三服。若咳者，加五味子半升、细辛一两、干姜一两；若小便利者，去茯苓；若下利者，去芍药，加干姜二两；若呕者，去附子，加生姜，足前为半斤。

[功效] 温阳，化气，行水。

[方义分析] 真武汤由炮附子、芍药、茯苓、白术和生姜组成。方中炮附子温振少阴阳气，肾阳复则下焦气化启动，自能蒸腾水邪，使水有所主；白术苦温燥湿，健脾制水，使水有所制；茯苓淡渗利水，佐白术利水，脾机运转，则水湿下渗；生姜宣散水气，助附子布阳；芍药活血脉、利小便，并牵制姜、附燥烈之性。五味合用，共奏温阳利水之功。

[适应证]

1. 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。少阴病，二三日不已，至四五日，腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者，此为有水气，其人或咳，或小便利，或下利，或呕者。

2. 某些充血性心力衰竭、心源性水肿出现心悸气短、小便不利、或小便清长、腰背恶寒、四肢或全身浮肿、脉微细欲绝等症状者。

3. 某些高血压、低血压、冠心病、扩张型心肌病、心律失常、病态窦房结综合征出现上述症状者。

[类方] 附子汤 附子二枚（炮，去皮，破八片） 茯苓三两 人参二两 白术四两 芍药三两组成。主治：少阴病，得之一二日，其背恶寒者；或少阴病，身体痛，手足寒，骨节痛，脉沉者。

[加减方]

1. 真武汤加减方（刘献琳） 药物组成：附子 6～30g，黄芪 15g，白术 15g，茯苓 30g，干姜 6g，肉桂 9g，车前子 15g（包），当归 12g，丹参 12g，甘草 6g。适用于心肾阳虚，心力衰竭。证见胸闷气短、肢冷，唇青，面浮足肿，舌淡苔白，脉微欲绝。若心肾阳虚而水肿甚者，合五苓散加减：加猪苓15～24g，泽泻 15～24g，茯苓 30g，车前子 15g（包煎），亦可加服金匮肾气丸；水气凌心，痰涎壅盛而喘促欲绝者，用真武汤加葶苈子 15～30g，白芥子 9g，黑锡丹 6～9g，胸部憋闷者，加丹参 30g；疼痛者，加失笑散；若汗多息微，遗尿者，加人参、五味子。若阳气虚脱，大汗淋漓，血压下降者急加独参汤（人参 15～30g）或参附汤（人参 15g、附子 15～30g），水煎频服。

2. 肺心病心衰方（赵锡武） 由真武汤和麻杏石甘汤加味而来，药物组成：附子 6g，白芍 9g，白术 9g，茯苓 12g，麻黄 3g，杏仁 9g，生石膏 12g，甘草 9g，生姜 9g，大枣 9g，车前子 15g，白茅根 30g。适用于肺心病心衰，证属肺气壅塞，痰湿阻滞，心肾阳虚。

3. 温肾救心汤（查玉明） 系真武汤衍化。药物组成：炙附子 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。功用：温阳益气，化湿利水。治疗阴盛于内，水湿内停，上凌心肺引起的心悸怔忡，尿少浮肿，喘不得卧，口唇发青之水气病（肺心病、风心病）。

［临床荟萃］

1. 浮肿　岳美中治康某，男。患四肢浮肿，易冷，下肢尤甚，小便少，小腹作胀，脉沉微，投予真武汤，方用茯苓 12g，白术 12g，炒白芍 9g，炮附子 9g，生姜 9g。四剂后小便见多，再予以数剂，浮肿渐消，唯夜间下利。改用实脾饮以止泻，兼防浮肿再现。

岳老认为：真武汤为回阳去水之重剂，是少阴经之主方，能壮元阳以消阴翳，逐留垢以清水道。方中茯苓、白术补脾利水能伐肾邪，附子回阳以壮真火，逐虚寒，生姜温散停水，尤妙在佐以白芍之酸收，亟敛阳气归根于阴，即所谓“补阳必须兼和阴”。（《经方应用》）

2. 肺心病心衰　赵锡武治邓某，女，48 岁。因浮肿气短半年，近一周来加重而入院。患者于 1961 年元月感冒后开始咳嗽气喘，下肢浮肿，经治疗后好转，但常心悸，两月前开始症状又加重，动则心悸气短，下肢逐渐浮肿，心下痞满，咳嗽吐白痰，尿少，既往有咳嗽史八年，平素易感冒。查体：脉细弦数，舌苔薄白，半卧位，呼吸较粗，面浮肿，口唇轻度发绀，颈静脉怒张，心左界稍大，右界叩诊不清，三尖瓣区可闻及Ⅱ级吹风样收缩期杂音，两肺布满细湿啰音，腹稍膨隆，移动性浊音阳性，肝于肋下 3.5cm 剑突下 2cm，中等硬，轻度触痛，下之凹陷性浮肿Ⅲ度。X 线胸片：肺动脉较膨隆，右心房及右心室显示增大，两肺广泛性索状及斑片状模糊阴影，其中可见蜂窝状透明区，心电图显示肺性 P 波，诊断：慢性肺源性心脏病，心力衰竭Ⅲ级。中医辨证：肺气壅塞，痰湿阻滞，心肾阳虚。治宜宣肺通阳，祛痰利湿，仿真武汤加“开鬼

门法”。药物组成：附子 6g，白芍 9g，白术 9g，生石膏 12g，茯苓 12g，甘草 9g，麻黄 3g，车前子 15g，生姜 9g，大枣 5 枚，杏仁 9g，白茅根 30g。上方服 3 剂后，尿量显著增加，每日达 1500～1900ml，下肢浮肿明显减退。服 5 剂后，仅小腿略有浮肿，咳嗽减轻。又在上方中加入厚朴 6g，陈皮 6g。第 6 天浮肿消失，心率减慢，仅在两肺底可闻及湿性啰音，考虑到还有胸闷，咳嗽气短症，上方减去白茅根、厚朴、车前子，加入苏子 9g。5 剂后咳嗽已止，又以厚朴麻黄汤治之，诸证均退，精神纳食好，二便调，出院回家休养。

王健以茯苓四逆汤治疗肺心病心衰 37 例，在西药常规治疗基础上给予茯苓四逆汤。药用：茯苓 20g，制附子 10g（先煎），干姜 6g，肉桂 6g，红参 10g，三七 10g，炙甘草 10g，加水浓煎，1 剂/日，分早晚 2 次服，7 剂 1 疗程。结果：显效 16 例，有效 18 例，无效 3 例；对照组 37 例，为单纯西药常规治疗，给予休息、限盐、吸氧、抗感染及对症治疗，结果显效 12 例，有效 16 例，无效 9 例。

3. 充血性心力衰竭　充血性心力衰竭是指心脏病发展到一定程度，心肌收缩力减弱，心排血量减少，不能满足机体组织细胞代谢的需要，同时有静脉血流受阻，静脉系统淤血，从而出现一系列症状和体征等病症。姚策群采用真武汤加味治疗本病 38 例，取得了较好地疗效，并与用西药治疗的 26 例进行对照观察，结果两组有显著性差异。邹存珍以真武汤加味治疗肺心病合并充血性心力衰竭病人 20 例，观察治疗前后病人症状、体征的变化情况。结果显示真武汤加味可使患者的心悸气短、不能平卧、肝大、少尿、水肿等心功能不全症状、体征明显改善。李光华运用真武汤加味治疗心力衰竭 30 例，其中风湿性心脏病 5 例，扩张性心脏病 7 例，冠心病 12 例，肺心病 5 例，甲亢性心脏病 1 例。首次衰竭者 12 例，反复衰竭 2～3 次者 10 例，4 次以上者 8 例。方药：附子 15g，白术 15g，茯

苓 20g，白芍 10g，大腹皮 20g，干姜 9g，丹参 15g，葶苈子 15g，泽兰 20g，炙甘草 10g。水肿甚加车前子、五加皮、桂枝；四肢厥冷加红参、桂枝；便溏者去芍药加肉豆蔻、白扁豆、补骨脂；肝脾肿大加鳖甲、桃仁、红花；胸闷气短者加鱼腥草、金银花、连翘、瓜蒌、郁金、薤白；咳血者加三七、白茅根、藕节；兼阴虚者加麦冬、五味子、太子参；咳黄痰者加鱼腥草、金银花、连翘。每日 1 次，10 天为一个疗程。连服 2～3 个疗程。结果显效 13 例，有效 9 例，无效 8 例。

赵锡武治疗慢性充血性心力衰竭，以真武汤为主化裁取得一定治疗效果，他认为，如病人有肺部感染，肺郁气，充血性肝大，高度水肿者，提示有肺气壅塞，不能宣降。宜以真武汤为主方，配合麻黄杏仁甘草石膏汤、越婢汤，以及鱼腥草、黄芩、前胡、陈皮、半夏等，有高度水肿，甚出现胸水或腹水者，选用五苓散加车前子、防己等。宋峻等以真武汤加减治疗慢性心衰 172 例，基本方为：制附子、炒白术、茯苓、炙甘草、炙黄芪、益母草、干姜、肉桂心。加减：咳喘较剧，难以平卧，或有胸腹水者，加葶苈子、桑白皮；胁下瘀积，颈脉动甚，口唇发绀者，加当归、丹参；舌红苔少，口燥咽干者，减附子量，去肉桂心、党参改太子参，加麦冬、五味子；心前区闷痛者，加瓜蒌皮、丹参、川芎。日 1 剂，15 天 1 疗程。服药期间，注意休息，限制钠盐的摄入量，肺心病患者配合吸氧，合并感染者用抗生素，停用强心、利尿、扩血管药。结果显示疗效满意。

4. 心律失常　张容德等以真武汤化裁治疗老年缓慢型心律失常 64 例，治疗期间停用阿托品及异丙肾上腺素，以真武汤为基本方。药用：熟附子、茯苓、杭白芍、白术、干姜。兼心阳不振、苔白、迟脉者，加附子、肉桂；兼心气不足、苔薄白、脉缓者，加红参、葶苈子；兼瘀证、舌质紫黯、代脉者，加红花、桃仁、丹参；兼下肢浮肿、苔白滑、迟脉者，加泽

泻、泽兰。水煎服日1剂，于上午9时、下午6时各服药1次。疗程1～3个月。显效22例，有效39例，无效3例，总有效率95%。

5. 病态窦房结综合征　刘春华将本病分为4型治疗，其中阳气虚损型治以温阳益气，用真武汤加减，其他3型选用相应的方药，结果治疗38例，显效8例，有效13例，好转14例，无效3例，总有效率为92.1%。

6. 高血压　孙秀英等用该方加减治疗病属阳虚水泛的老年人高血压30例，结果显效率43.33%，总有效率90%，与对照组（显效率20%，总有效率60%）相比，有显著性差异（$P<0.05$）并能改善临床症状，降低血脂，降低血黏度，对血糖、心电图缺血性改变亦有一定的改善作用。蔡氏以本方合防己茯苓汤化裁，治疗63例阳虚型高血压病，其中心脏继发病22例，脑血管意外后遗症3例，有效率达93%。杨氏用本方加代赭石、龙骨、牡蛎、陈皮、半夏、天麻、石菖蒲治疗高血压有效。林氏以本方加减治疗阳虚型低血压20例，取得满意疗效。

7. 高黏血症　陈治英等对肺心病急性发作期属于心脾肾阳虚水泛型患者，用真武汤治疗，平均服药22天，患者瘀象显著减轻。血液流变学检测结果，用药后全血比粘度、全血还原比粘度、血细胞比容明显降低。从而降低血液粘滞性、浓稠性，减低血流阻力，减轻心脏负荷，增加肾脏血流量，使尿量增加，因而起到了消肿化瘀的作用。

孙秀英等用本方加减治疗病属阳虚水泛的老年人高血压30例，血液流变学检测结果表明：治疗前后血液流变学的变化：治疗组血浆比粘度、血细胞比容、纤维蛋白原均明显下降（$P<0.05$），余五项无明显变化（$P>0.05$），对照组血浆比粘度、血细胞比容、纤维蛋白原虽有下降趋势，但无显著性差异（$P>0.05$），余五项无明显变化（$P>0.05$）。

8. 眩晕　仇增永运用真武汤为主治疗椎-基底动脉缺血性眩晕48例，并与病情大致相同的20例单用西药治疗作对照，疗效满意。两组共68例，均为急诊病人，真武汤并西药治疗组，两组病例统计学处理，（$P>0.05$），具有可比性。黄任平采用真武汤加味治疗20例阳虚型梅尼埃综合征。药物组成：制附子15g（先煎），云茯苓10g，炒白术10g，炒白芍10g，代赭石40g（先煎），姜半夏10g，党参30g。水煎服，每日1剂，分3至4次服。呕吐甚者，初服以少量频服，疗效满意。毕明义运用真武汤治疗162例眩晕病人，中医辨证属命门火衰53例，痰湿中阻79例，中气不足30例。基本方药：附子15g，（先煎40分钟以上），白术30g，白芍50g，茯苓50g，生姜50～100g。呕吐严重者去附子，加生姜至150g；小便频数去茯苓。治疗后痊愈102例，好转35例，无效25例。总有效率85%。黄仲举用本方治疗梅尼埃综合征16例，基本方药：淡附片3g，炮姜3g，炒白术10g，钩藤10g，茯苓10g，菊花10g，党参15～20g，珍珠母30g，代赭石30g，磁朱丸6g（分吞），朱远志6g。结果服药3剂治愈14例，服药7剂治愈22例。韩潮用真武汤加味治疗梅尼埃氏综合征42例，呕吐频者加吴茱萸、半夏；耳鸣甚者加磁石；兼肝风者加生龙骨。结果痊愈40例，好转2例，总有效率100%。

9. 扩张型心肌病　任艳芸等应用真武汤治疗扩张型心肌病，并设对照组进行对比。其中治疗组25例，对照组14例。治疗组中男15例，女10例，年龄最小21岁，最大55岁，平均37.8岁；病程4个月至2年，其中心功能Ⅳ级4例，心功能Ⅲ级10例，心功能Ⅱ级1例，合并心律失常9例；对照组中男9例，女5例，年龄最小26岁，最大49岁，平均36.9岁；病程5～28个月，其中心功能Ⅳ级4例，心功能Ⅲ级8例，心功能Ⅱ级2例，合并心律失常7例。所有病例均经彩色心脏B超证实有扩张型心肌病样改变。治疗组采用真武汤加

减，药用：茯苓、炒白芍、白术、炮附子、生姜、葶苈子、红参、丹参。其中阳虚明显，可适当加大附子用量；瘀血明显加大丹参用量，加川芎；合并阴虚合生脉注射液。心功能Ⅳ级者配合强心利尿剂。对照组给予强心利尿、抗感染治疗。15 天 1 个疗程。结果：治疗组治愈 5 例，显效 3 例，有效 5 例，无效 2 例，总有效率 86.7%；对照组治愈 3 例，显效 2 例，有效 5 例，无效 4 例，总有效率 71.4%。

范红玲以真武汤加味治疗扩张型心肌病 37 例，所选病例均符合 1995 年中华医学会心血管病学分会制定的有关扩张型心肌病的诊断标准，中医辨证属心肾阳虚证。57 例病人随机分为 2 组，治疗组 37 例，在强心利尿药基础上给予真武汤加减，药用：制附子、茯苓、白术、生姜、赤白芍、丹参、川芎、益母草。气虚乏力明显加党参或红参、黄芪；气喘明显加葶苈大枣泻肺汤；小便不利兼有腹水明显者合五苓散。水煎，日 1 剂。15 天 1 疗程，连服 3～6 个疗程；对照组单用强心利尿剂。结果：治疗组显效 18 例，有效 15 例，无效 4 例，总有效率 89.2%；对照组显效 7 例，有效 6 例，无效 7 例，总有效率 65%。

10. 其他　该方还可治疗克山病、血栓闭塞性脉管炎、冠心病、肺心病等多种病症，均取得较好疗效。

[实验研究]

1. 温肾阳利水气

(1) 真武汤对 HCA 肾阳虚小鼠血清皮质醇含量的影响：HCA 肾阳虚小鼠 F 峰值明显低于正常对照组，有非常显著性差异（$t=5.37$，$P<0.01$）。说明设计分组、手术操作和用药均达到设计要求。经药物试验，各给药组 F 峰值均高于模型对照组，均低于正常对照组。其中真武汤高剂量组与前者相比，有非常显著性差异（$t=5.37$，$P<0.01$）；真武汤低剂量组与前者相比，无统计学意义（$t=1.604$，$P>0.05$）。真武

汤低剂量组与后者相比有非常显著性差异（$t=4.919$，$P<0.01$），真武汤高剂量组与真武汤低剂量组间有显著性差异（$t=3.46$，$P<0.01$），说明真武汤高剂量组的作用优于真武汤低剂量组，能够兴奋受抑的 HPA 轴，促进肾上腺皮质醇分泌恢复正常水平。

另有文献对阳虚小鼠肾上腺皮质醇昼夜节律的影响进行了研究：醋酸氢化可的松造模，中药治疗组以真武汤煎剂饲养，并用真武汤煎剂灌胃，选择体重 23～28g 的雄性小鼠 207 只，每只臀部注射。结果：血清皮质醇昼夜平均值为阳虚组的平均值明显降低，有非常显著性差异。

（2）真武汤对 HCA 肾阳虚小鼠血浆 cAMP 和 cGMP 含量的影响：模型对照组呈肾阳虚状态。结果表明：真武汤低剂量虽有温阳作用的趋势，但效果并不明显，真武汤高剂量的作用优于真武汤低剂量。说明真武汤治疗肾阳虚量效之间呈正比关系。

（3）真武汤对 HCA 肾阳虚大鼠肾上腺皮质醇厚度的影响：模型对照组的肾上腺皮质厚度明显小于正常对照组，说明 HCA 肾阳虚大鼠由于大量外源性皮质激素的介入导致肾上腺皮质萎缩。结果表明：真武汤高剂量组有显著的治疗作用，能够明显拮抗 HCA 对肾上腺皮质功能及组织形态的抑制，对 HPA 轴起到一定的保护作用。低剂量真武汤虽有作用趋势，但没有明显作用效果。

（4）真武汤对 HCA 肾阳虚大鼠血清 T3、T4 含量的影响：模型对照组血清 T3、T4 含量明显低于正常对照组，说明 HCA 肾阳虚大鼠的下丘脑-垂体-甲状腺轴功能处于低下状态。结果表明：真武汤高剂量组和真武汤低剂量组均有明显纠正下丘脑-垂体-甲状腺的功能低下状态，提高血清 T3、T4 含量恢复至正常水平，真武汤高剂量治疗效果明显好于真武汤低剂量。

（5）真武汤对水负荷大鼠的利尿作用：模型对照组的尿量明显低于正常对照组。结果表明：真武汤高剂量能够调整试验大鼠的渗透压调定点，减少 ADH 的分泌，显示出较强的利尿作用，使其接近正常水负荷的排泄水平，其中高剂量组优于低剂量组。

（6）真武汤对水负荷大鼠尿液钠、钾浓度的影响：模型对照组钠钾浓度明显低于正常对照组。结果表明：真武汤高剂量在促进水液排泄（利尿）的同时也促进了钠钾的排泄，是动物体内水液、电解质含量保持在正常水平，以维持体内水液代谢的平衡，其作用明显优于真武汤低剂量组。

（7）真武汤对 HCA 肾阳虚大鼠血浆醛固酮的影响：模型对照组的醛固酮含量低于正常对照组。结果表明：真武汤高剂量组能够拮抗外源性糖皮质激素对动物肾上腺分泌功能的抑制，使醛固酮含量保持在正常水平，其作用明显优于真武汤低剂量组。低剂量组虽有拮抗外源性糖皮质激素的作用趋势，但作用效果不显著。

（8）真武汤对 HCA 肾阳虚大鼠血钠、钾浓度的影响：模型对照组血钠浓度低于正常对照组，而血钾浓度高于正常对照组，提示由于 HCA 肾阳虚大鼠肾上腺皮质萎缩，ALD 分泌减少，不能正常发挥“保钠排钾”作用。结果表明：真武汤高剂量组能够促进 ALD 的分泌，发挥正常的“保钠排钾”作用，疗效明显优于低剂量组。

（9）真武汤对 HCA 肾阳虚大鼠血浆 ANP 含量的影响：模型对照组的心钠素含量明显低于正常对照组，说明 HCA 肾阳虚大鼠由于有效循环血容量减少，而导致 ANP 分泌减少。试验表明：真武汤高剂量能通过兴奋受抑 HPA 轴，增加机体有效循环血容量，促进 ANP 分泌恢复至正常水平，其作用明显优于真武汤低剂量组。

（10）真武汤对 HCA 肾阳虚大鼠血肌酐、尿素氮、血清

白蛋白含量的影响：试验表明：真武汤高低剂量组均能明显改善 HCA 肾阳虚大鼠的肾功能，提高其肾小球滤过率改善肾小球滤过膜的通透性，促进代谢产物肌酐、尿素氮的排出，减少血浆白蛋白的大量丢失。

2. 降低血脂、调节血糖　本方水煎醇沉，浓缩成膏，以鹌鹑为实验动物，脂法测定血清总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）高密度脂蛋白-胆固醇（HDLC）的含量，结果显示模型组 TC、TG 水平及 HDLC，AST 较正常组明显增高（TC：9.81±0.47/4.67±0.72；TG：3.52±0.81/1.56±0.63；LDLC：7.81±1.22/3.03±0.38；AST：6.55±0.21/2.53±0.67）P 均<0.01；HDLC 变化不明显，HDLC/TC 比值有所下降（0.13±0.04/0.28±0.12），无显著性差异。真武汤组使血脂水平明显低于模型组（TC：5.01±0.026/9.81±0.63；TG：2.12±0.64/3.52±0.81；HDLC：2.14±0.42/7.81±1.22；AST：1.36±0.32/6.55±0.21）P 均<0.01；使 HDLC、HDLC/TC 显著升高（2.46±0.47/1.30±0.52，0.48±0.23/0.13±0.04）P 均<0.01。用本方加减治疗病属阳虚水泛型的老年人高血压 30 例，血脂血糖检测结果表明：治疗前后血脂血糖的变化：治疗组胆固醇、甘油三酯均明显降低（P<0.05），血糖虽有下降趋势，但无统计学差别（P>0.05）；对照组胆固醇、甘油三酯、血糖下降均不明显（P>0.05）。

3. 抗心力衰竭

（1）对心室内压的影响：真武汤 D1—D8 8 个拆方组均有增加 LVP（心室内压）的作用，静脉注射各制剂 1 分钟后即有明显效应，各组峰值于心衰时相比，有显著性差异（P<0.01），尤以真武汤原方制剂作用更为突出，与各拆方相比差别显著。而生理盐水组则无明显影响。

（2）对心衰犬±**IVdp/dtmax** 的影响：真武汤及各拆方皆

有明显增加效应，给药1分钟后即有增加趋势，其峰值与给药前相比差异显著（$P<0.01$），60min后远仍高于给药前水平。静脉注射生理盐水则无明显变化。

（3）对心衰犬尿量的影响：心衰时，尿量极少甚或无尿，用药后，在心衰改善的同时，尿量也明显增加，但与心衰的纠正并不呈平行关系，静脉注射试验动物1分钟后尿量明显增加，以5分钟前后作用最为明显，（$P<0.01$），10分钟后仍高于给药前水平，说明各组方药不仅因心衰的改善而使尿量增加，可能还与其调节体液代谢，或直接作用于肾脏，增加肾血流量有关。静脉注射生理盐水尿量无明显变化。其最佳方案是ABCDE，与上述结论一致。

用正交设计法研究真武汤及其拆方对动物实验性心力衰竭的治疗作用。试验研究结果表明，真武汤及其拆方能显著增加在体心衰犬的LVPLV、dp/dt max和尿量，提示能增加心肌收缩力，改善心功能，促进血液循环，改善心脏肾脏的泌尿功能。真武汤原方效用最佳，组成中的芍药以用赤芍效果更优，生姜对全方有增效作用，显示出古方配伍的合理性，证实了本方的强心利尿作用。为传统名方真武汤治疗心力衰竭提供了药理学基础。

（4）对患者动脉血气、尿微量蛋白的影响：用本方治疗肺心病伴右心衰竭，检查了动脉血气，尿微量蛋白的变化，结果：治疗组治疗前后PaO_2、$PaCO_2$、尿AIb、尿IgG均有非常显著性差异（$P<0.001$）；对照组治疗前后亦有差异（$P<0.05$）；两组治疗后PaO_2、$PaCO_2$、尿AIb、尿IgG相比较，治疗组明显优于对照组（$P<0.05$）

（5）对心电图心肌缺血的影响：心电图S-T段、T波缺血性改变情况为治疗组共16例，改善7例，改善率为43.7%；对照组共14例，改善2例，改善率为14.3%；治疗前后心电图缺血性改变：对照组16例心电图S-T段、T波异

常改变的冠状动脉供血不足者治疗后进行复查，其中 7 例改善，改善率 43.7%；对照组 14 例中仅有 2 例改善，改善率 14.3%，两组比较有统计学差异（$P<0.05$）。

梅氏认为充血性心力衰竭基本病机是以心肾阳虚为本，痰饮瘀血为标，且痰饮与瘀血互为因果，故以温阳活血利水为基本治法，以真武汤加红参、桃仁等 14 味药物治成强心口服液，试验与临床研究表明，强心口服液对于增强心功能，（收缩、舒张、泵血）、扩张周围血管、降低血黏度、改善微循环、降低外周阻力、调节心率与血压及酸碱平衡、增加心肌细胞营养、延缓心肌细胞衰老、抗脂质过氧化损伤、改善肺肾功能及心衰患者生活质量、提高耐受能力等诸多方面，具有显著而持久的作用，对充血性心力衰竭的整体治疗具有重要意义。朱氏等研究了加味真武汤在改善心功能方面的作用机制，方法：设中药组、西药组、中西药结合组、模型对照组，观察各组治疗后的血流动力学指标及变化。结果：治疗后组左室内压（LVP）、左室内最大上升速率（+dp/dtmax）明显上升，左室舒张末期压（LVEDP）、血管紧张素Ⅱ明显下降，与治疗前及模型对照组相比有显著性差异（$P<0.05$），用药组之间比较，中西药结合组降低血管紧张素Ⅱ的作用优于中药组和西药组。因此，加味真武汤能使模型兔的心功能得到明显改善，在治疗充血性心衰的机制中，调节血管紧张素Ⅱ水平起到重要的作用。

4. 抗衰老、提高耐缺氧能力　对老龄小鼠（12 月龄昆明健康小鼠，雄性，体重 42±2g）血清和肝组织中 MDA 含量及红细胞 SOD 活性的影响：选健康老龄小鼠 40 只，随机分为 4 组，分别注射真武汤 10、20g/×15 天，VitE 0.2g/×15 天，老龄对照组注射同体积生理盐水，另设一轻龄对照组注射等体积生理盐水，连续给药 15 天，末次给药后 2 小时摘取眼球取血 50μl 供测红细胞中 SOD 活性，剩余血制备血清，测血清中

MDA 含量，并随即剖取肝脏组织制备 10%肝匀浆，按 TBA 荧光检测法测定血清和肝组织内过氧化脂质的含量；按微量快速测定法测血中 SOD 活性。结果老龄对照组小鼠血清和肝组织中 MDA 含量高于轻龄对照组，红细胞中 SOD 活性则显著低于轻龄组（$P<0.001$）。真武汤高、低剂量组均能显著降低老龄小鼠血清和肝组织中 MDA 含量（$P<0.001$）；显著提高老龄小鼠红细胞中 SOD 活性（$P<0.001$）。MDA 是过氧化脂质 LPO 的代谢产物，其含量高低间接反映了机体遭受自由基攻击的严重程度，试验结果表明，本方对老龄小鼠体内脂质过氧化的生成有明显的抑制作用，并且能提高老化相关酶 SOD 活性，提示真武汤具有增强机体防御自由基损伤的能力。

真武汤对老龄小鼠耐缺氧能力的测试：取老龄小鼠 40 只，随机分为 4 组，即真武汤低、高剂量组（10、20g/kg×15 天，ig）；VitE 组（0.2g/kg×15 天，ig）；老龄对照组（注射同量生理盐水）；轻龄（3 月龄昆明健康小鼠，雄性，体重 25±2g）对照组（ig 同体积生理盐水）。连续给药 15 天，于末次给药 2 小时后进行常压耐缺氧试验，将 5 组小白鼠分别放入 250ml 内装 10g 钠石灰的无色透明密闭的广口瓶后，迅速密闭瓶口并开始计时，分别记录小鼠窒息死亡的时间，测试小白鼠在缺氧环境中的忍受能力。进而提示心功能的变化。结果：耐缺氧能力随年龄增加而下降，与轻龄相比，老龄组的耐缺氧能力明显下降（$P<0.01$）。而真武汤能使老龄小鼠耐缺氧能力明显增加（$P<0.05$）。从而提示真武汤可增强老龄小鼠的心功能，减少耗氧。维生素 E 却没有表现出改善耐缺氧的能力。

真武汤对老龄小鼠抗疲劳作用的测试：取小鼠 50 只，分组及给药同上，于末次给药后 2 小时进行持续游泳实验，将小鼠放入 60cm×60cm×30cm 的水槽中游泳，水温 17℃，每只小鼠以下沉水池底为其游泳时间。结果在持续游泳时间且不同月龄组间无显著差异（$P<0.05$）。但真武汤 2 剂量组游泳持

续时间显著延长（$P<0.05$）。提示真武汤有显著增强老龄小鼠的抗疲劳能力。结果表明，真武汤可明显提高老龄小鼠红细胞 SOD 活性，降低老龄小鼠血清及肝组织中的 MDA 含量，还能增加老龄小鼠耐疲劳及抗缺氧能力。提示真武汤具有抗氧化及抗应激作用，对延缓衰老有一定作用。

［运用心得］ 真武汤是治疗少阴病阳虚水泛的主要方剂。少阴属心肾两脏，通水火之气。心肾相交，水火相济，就能维持人体的正常生理活动。若肾阳虚衰，气不化水，则阴寒内盛，水气为患。水气散漫，或聚或散，或上或下，故见证不一，若水气上逆，清阳被蒙，则头晕目眩；水气凌心，则心悸怔忡；水气流溢肌肤，则身面浮肿；水气犯胃，则恶心呕吐，或泛清水；水气射肺，则咳喘，甚则不得卧；水气下渍肠道，则下利腹痛；水气四散，则肢体沉重疼痛。等等。上述证候，可见于心源性水肿，也可见于其他疾病。临床可随证加减，若属阳虚水停者，常以本方合五苓散；若脾肺气虚者，合防己黄芪汤；若慢性支气管炎，或肺源性心脏病属阳虚水气上凌心肺兼烦躁者，可以本方配黑锡丹；属水凌心肺不得卧者，合葶苈大枣泻肺汤。总之，谨守病机而已。

第十六节 四 逆 汤

［组成］ 甘草二两（炙） 干姜一两半 附子一枚（生用，去皮，破八片）

上三味，以水三升，煮取一升二合，去渣，分温再服。强人可大附子一枚，干姜三两。

［功效］ 回阳救逆。

［方义分析］ 本方主治少阴病阳虚寒盛，四肢厥逆，方中附子生用，辛温大热，驱寒回阳，干姜辛温守中，助附子温肾阳而驱寒，炙甘草甘温，犹以味甘能寒守之特性，助姜附温中

阳、助肾阳共奏救逆之功。

[适应证]

1. 少阴病之神疲欲寐，恶寒肢厥，下利脉微者。

2. 少阴病，饮食入口则吐，或心中温温欲吐，复不能吐，或干呕者。

3. 现代临床常用本方救治各种危重症，如休克、心衰、肾衰、呼衰等，以及慢性虚弱性疾病。

[类方]

1. 通脉四逆汤　药味与四逆汤同，但加重姜附用量，故温阳驱寒之力更强。主治：少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤，或腹痛，加芍药二两；或干呕，加生姜二两；或咽痛，去芍药加桔梗一两；或利止脉不出者去桔梗加人参二两。

2. 白通汤　即四逆汤减干姜剂量去炙甘草加葱白组方。其效破阴回阳，宣通上下，适用于少阴心肾虚衰，阳越于上之证。

3. 茯苓四逆汤　即四逆汤加茯苓、人参组成，功效：回阳救逆，益气养阴，宁心安神。主治：发汗，若下之，病仍不解，内入少阴，阴阳两伤，阳虚而神气浮越；阴虚而阳无依附，出现烦躁，畏寒、肢厥、下利脉沉微等。

4. 干姜附子汤　本方与四逆汤相比，少甘草一味，由于甘草煮汁性缓，故去而不用，取药简力宏，急救回阳。主治：下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠，夜而安静，不呕不渴，无表证，脉沉微，身无大热者。

[加减方]

1. 四逆汤合人参汤加味（黄春林）　药物组成：熟附子（先煎）15g，干姜10g，炙甘草10g，人参（另炖）15g，白术15g，黄芪25g，煅龙骨（先煎）30g，煅牡蛎（先煎）30g。适用于心肌梗死，证属阳脱阴竭，出现心胸剧痛，四肢厥逆，

大汗淋漓，或汗出如油，虚烦不安，皮肤青灰，手足青至节，甚至神志淡漠或不清，口舌青紫，脉微欲绝。

2. 人参四逆汤加味（万友生） 药物组成：红人参 15g，熟附子 30g，炮干姜 15g，炙甘草 15g，瓜蒌皮 15g，薤白 15g，菖蒲 15g，远志 15g，黄芪 50g，当归 15g，川芎 10g，泽兰 30g，益智仁 30g。适用于冠心病心功能不全，证属心肾阳虚，瘀阻水停，出现心胸憋闷，稍劳或遇寒即甚，心悸，面浮，足肿（按之凹陷），小便频数，身寒多痰等症。

[临床荟萃]

1. 病态窦房结综合征 亚全志运用通脉四逆汤加人参治疗病窦综合征 24 例，平均年龄 53.8 岁（范围 20～65 岁）。基础心脏病为冠心病者 12 例，心肌炎者 7 例，心肌病者 5 例。合并高血压 9 例，合并高脂血症 6 例，合并糖尿病 3 例。对照组 23 例，基础心脏病为冠心病者 11 例，心肌炎者 6 例，风心病者 1 例；合并高血压 8 例，合并高脂血症者 5 例，合并糖尿病者 2 例。治疗组用通脉四逆汤加人参治疗：制附子 6g，人参 10g，干姜 6g，甘草 3g。加水 500ml 文火煎取 150～200ml，每日 1 剂，分早晚 2 次温服。连续用药 45 天。对照组用药 654-2 片 10mg，每日 4 次口服，男性患者存在前列腺增生或对 654-2 收效不佳者可用喘息定 10mg，每日 4 次口服，连续用药时间同治疗组。两组患者在治疗期间均以能量合剂静滴。结果：治疗组 24 例中显效 14 例，有效 7 例，无效 3 例；对照组 23 例中，显效 5 例，有效 6 例，无效 12 例。两组显效率、有效率比较具有极显著差异。

2. 冠心病心绞痛 金明华观察四逆汤防治冠心病心绞痛的临床疗效。方法：将辨证为阳虚或寒凝的 63 例冠心病心绞痛患者，随机分为四逆汤治疗组及消心痛对照组。比较两组在症状、ECC、心肌耗氧、心功能等方面的疗效。减少硝酸甘油用量等方面与消心痛相似但在降低心肌耗氧、改善心功能方

面，四逆汤较优。结论：四逆汤可用于冠心病心绞痛的防治，是治疗阳虚寒凝型冠心病心绞痛的有效方药。

梁英明将中医辨证为寒凝或阳虚共65例的冠心病心绞痛患者随机分为治疗组35例和对照组34例，治疗组以四逆汤（由白附片10g，干姜6g，甘草4g组成，保持3药剂量比为5∶3∶2，根据患者体质加减药量，用10倍量药材的水先煎白附片60min，再加入10倍量干姜、甘草药材量的水同煎至10%浓度，分2次服用。时间间隔8h，日1剂）；对照组口服消心痛。结果显示，四逆汤对辨证属阳虚寒凝型冠心病心绞痛有较好疗效，与西药消心痛比较，两者在症状疗效、心电图疗效方面相似，并能减少心绞痛发作次数和硝酸甘油用量；对降低冠心病心绞痛患者的心肌耗氧量、提高患者心功能方面，四逆汤的疗效显著优于消心痛。

秦鉴等研究了四逆汤治疗冠心病心绞痛患者生活质量的变化，比较单纯中药、西药及中西医结合对患者生活质量的影响。选择88例冠心病心绞痛患者，分别用消心痛、四逆汤和四逆汤加联合消心痛治疗，观察心绞痛症状、心电图的变化，评价患者的生活质量。结果表明，中医药在改善患者生活质量方面具有优势；临床用药时，应当取中西医之长。

3. 急性心肌梗死　吴伟康为探讨四逆汤对急性心肌梗死溶栓后再灌注损伤的改善作用。采取随机病例对照方法，对22例急性心肌梗死溶栓患者服药前后分别进行动态心电图监测。结果：急性心肌梗死溶栓治疗者服用四逆汤后的弓背型ST抬高持续时间、心肌梗死总负荷、QRS波群记分、Q-T离散度、再灌注心律失常发生率均比单纯的溶栓治疗显著降低（$P<0.05$）。结论：四逆汤有助于改善急性心肌梗死溶栓治疗的再灌注损伤。有报道治疗105例急性心肌梗死，其中23例并发休克，有10例采用中西医结合治疗，结果无1例死亡。文章指出，对于心源性休克的亡阳型，拟用四逆汤或四逆加人

参汤救治。其方有升压、强心作用，与生脉散等中西药结合应用，可解决较长时间用升压药以后停药血压下降的问题。另有报道采用中西医结合疗法治疗心肌梗死休克患者 50 例。其中轻度休克 33 例，单用中药者 17 例，中西医结合治疗 13 例，另 3 例单用西药。用西药结果：全部治愈。重度休克 15 例，单用西药者 5 例，死亡 4 例；中西医结合或单用中药者 9 例，死亡 3 例。此外还有感染休克 9 例，出血性休克 4 例，心源性休克 7 例，均用中药治疗，服药后 19 例有效，仅 1 例无效。南开医院临床治疗 20 例心梗并发心源性休克的患者，其中 17 例采用生脉或四逆汤注射。结果除 1 例死亡外，余 16 例血压均恢复正常。并观察到：生脉、四逆汤注入后 1～20 分钟即可见血压回升，并维持在 90～110mmHg/60～90mmHg 之间，对心率影响不大，但心音增强，脉搏有力，可使四肢厥冷、唇及皮肤灰白或青紫症状得到明显改善。

4. 心功能衰竭　日本学者土佐宽顺等用茯苓四逆汤治疗肺心病急性发作患儿，收到较好的效果。服药后可迅速出现利尿现象，继之脉搏、呼吸情况也随之改善。张氏也用茯苓四逆汤治疗风心病、肺心病所致之心衰获效的报道。

5. 单纯性晕厥　潘小峰用四逆汤加味治疗单纯性晕厥 96 例。96 例均为门诊及住院治疗患者，因晕厥或晕厥先兆（发作性头晕伴恶心、面色苍白、出汗、视听觉障碍等）同时伴有以下几种情况之一：①舒张压＜50mmHg 和（或）收缩压 80mmHg，或平均动脉压下降 25％以上；②窦性心动过缓，心率 50 次/分钟；③窦性静止 3 秒；④一过性Ⅰ度房室传导阻滞；⑤交界性心律。经询问病史、体检、常规心电图、X 线胸片、超声心动图、动态心电图及头颅 CT 等检查排除心源性及其他有明确病因的晕厥后确诊为本病。治疗以四逆汤加味：炮干姜 6g，制附子 6g，枳实 12g，炙甘草 12g，炒白芍 12g，党参 30g，当归 12g，川芎 12g，生地黄 12g。面色苍白、汗出不

止加龙骨（先煎）30g、牡蛎（先煎）30g；纳差、神疲乏力加炒白术12g，黄芪30g，茯苓12g；心悸不宁、失眠多梦加远志10g，酸枣仁12g，合欢皮15g；恶心欲吐，胸闷加姜半夏12g，陈皮12g，桂枝6g。上药2日1剂，1剂2煎，早晚分服，1个月为1疗程，一般治疗1个疗程。随访半年观察疗效。结果：显效64例，有效28例，无效4例，总有效率95.8%。

6. 雷诺氏综合征　窦立刚运用四逆汤合方治疗雷诺氏综合征28例。治疗组运用四逆汤合当归四逆汤化裁组成：附子10g，干姜20g，甘草20g，桂枝20g，赤芍20g，黄芪20g，当归20g，延胡索20g，细辛5g，丹参25g。每日1剂，水煎服，20天为1疗程。对照组用苏林25mg、盐酸50mg，每日3次，口服。疗程同治疗组。结果；治疗组28例中，治愈15例，好转10例，无效3例，总有效率89.29%、治愈率53.57%。对照组25例中，治愈6例，好转10例，无效9例，总有效率64%、治愈率24%。两组疗效据统计学处理，差别非常显著（$P<0.05$）。

谭福天多年来依据通脉四逆汤温经通脉之功效，运用其治疗血栓闭塞性脉管炎、血栓性静脉炎、雷诺氏病等周围血管疾病，多获良效。

7. 高血压病　叶勇以白通汤加味治疗高血压病24例，取得了较满意的效果。处方：制附子30g，干姜15g，葱白6g。先将附子用开水煎4小时，再投入其他药共煎10分钟，取汁200ml，每次服100ml，每日2次。结果；显效8例，有效13例，无效3例，总有效率87.5%。

[实验研究]

1. 抗心肌缺血缺氧作用　给急性心肌缺血而引起的左心室舒张功能减退的家兔静脉注射四逆汤注射液，可使左心室舒张压力下降最大变化速率（−DP/Dt）明显增加，而其单味药

附子注射液不能使－DP/Dt 增加，反而有所下降，提示四逆汤能改善因缺血引起的左心室舒张功能不全，单味药不具有此作用。

采用急性、安全性结扎犬冠状动脉的方法造成急性心肌缺血模型，进行四逆汤的抗心肌缺血的试验研究，表明四逆汤可使缺血中心区和边沿区 ST 段抬高的点数和幅度明显降低，说明四逆汤能显著降低急性心肌缺血犬缺血范围和缺血程度。与结扎前相比，结扎后 180min，单纯缺血组心肌酶 4 项指标（CPK、CPK-MB、GOT、LDH）显著升高，而四逆汤制剂 2 个剂量组的心肌酶 4 项指标虽高于对照组，但明显低于缺血组，以中剂量组效果为佳，即四逆汤可延缓心肌细胞坏死的发生。另，四逆汤能明显改善心肌缺血时氧自由基的代谢，可显著提高 SOD 活性，降低 MDA 含量，以减轻脂质过氧化物损伤，从而保护缺血心肌。对上述方法造成的大鼠急性心肌缺血模型，用皮下注射大剂量肾上腺素加冷浴造大鼠瘀血模型，发现四逆汤的现代制剂—保心胶囊可有效降低血液黏度，改善冠脉循环，保护缺血心肌。

四逆汤能改善缺血心肌的能量代谢紊乱，使小鼠缺血心肌的线粒体损伤显著减轻，糖原消耗显著减少，乳酸浓度显著下降，心肌营养血流量显著上升，氧自由基浓度显著降低。该作用与四逆汤增加心肌供血和消除氧自由基有关。另外，四逆汤保护心肌是通过改善缺血心肌的灌流，减轻自由基损伤反应，加强自由基防御能力等多种机制实现的。这种效应与其清除缺血心肌自由基和阻止脂质过氧化作用有关。而保护缺血心肌与其促进谷胱甘肽转移酶基因表达有关。且在急性缺氧应激条件下改善心肌供血的作用而为心肌提供更多的氧和能源物质，从而对老年小鼠心脏表现出良好的保护效应。通过临床实验，四逆汤能降低 PTCA 术后心肌缺血持续时间和缺血负荷、再灌注心律失常，另对心肌顿抑亦有良好的保护作用。能改善术后

病人缺血心肌的局部收缩和整体收缩功能。

2. 强心抗休克作用　四逆汤注射液对急性失血性休克的犬有明显升压作用，能显著延长急性失血性休克家犬的血压维持时间和延长心脏的停搏时间。另外，对阻断肠系膜上动脉造成的原发性小肠缺血损伤性休克的家兔，四逆汤煎剂可减少血压下降和腹腔渗出液；对继发性小肠缺血性损伤性休克家兔，可明显提高其脱离休克率。

3. 抗动脉粥样硬化作用　四逆汤能明显缩小试验性家兔动脉内膜脂质斑块面积，且有量效依赖关系；可降低血清中胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白-胆固醇、载脂蛋白 B 及血浆 ET 浓度，提高血清内皮依赖性舒张因子 NO 及载脂蛋白 A 含量，以高剂量组效果为佳，成一定的量效关系，表明该方具有良好的抗动脉粥样硬化作用。其机制与调节脂代谢、保护血管内皮细胞功能、抗氧化损伤等有关。运用高脂饲料造家兔试验性动脉粥样硬化模型，随机分组处理，试验结束时，取主动脉及血样品，分析各组主动脉粥样斑块面积，脂代谢及血管内皮氧化损伤，发现四逆汤中、高剂量组的主动脉膜脂质斑块面积与内皮氧化损伤明显轻于模型组（$P<0.05$），表明四逆汤具有显著的抗血管内皮功能氧化损伤、防治动脉粥样硬化的综合作用。四逆汤中、高剂量组的 TC、TG、LDL-C、aPoB 含量均低于模型组，并能显著提高血浆 SOD 活性、血清 NO 水平，降低血浆 MDA 含量、血浆 ET 浓度（$P<0.05$）。

4. 抗氧化作用　以冷冻（4℃）和疲劳性运动（跑笼）为应激源，四逆汤能显著增加应激老年小鼠的心肌 SOD 活性，防止氧自由基产生，改善心肌血液灌注，从而发挥其保护心脏作用。

5. 调整免疫功能　四逆汤能明显对抗氢化可的松造成的大鼠的免疫功能抑制，而且有较好的免疫激活作用；能明显对抗环磷酰胺（CY）的免疫抑制作用，可使 CY 所致的巨噬细

胞吞噬功能和血清溶菌酶含量降低恢复至正常水平；对 T、B 淋巴细胞增殖有相反效应，即对正常和免疫功能低下状态机体的 T 细胞增殖有促进作用，并使后者调升至正常水平，同时对 B 细胞增殖有抑制作用，且与 CY 有明显的协同作用，提示该方的免疫药理作用是多方面的。

[运用心得] 四逆汤为温补心肾，回阳救逆之方，仲景治疗少阴病，心肾阳气虚衰，阴寒内盛，症见神疲欲寐，恶寒肢冷，呕逆下利。舌淡苔白，脉沉微细，或浮迟无力等。通脉四逆汤加大姜附用量，取其破阴回阳，通达内外之功。并提出"其脉即出者愈，随证加减：面色赤者，加葱白；腹中痛者，加芍药二两，去葱白；呕者，加生姜二两；咽痛者去芍药，加桔梗一两；利止脉不出者，去桔梗加人参二两；病皆与方相应者，乃服之"。现代临床常用本方救治各种危重症，以及某些慢性虚弱性疾患，病机属于阳虚阴盛者。本方在心血管疾病中的应用非常广泛，如冠心病心绞痛、心肌梗死、高血压病、雷诺氏病、病窦综合征、休克、心力衰竭等皆取得了明显疗效，值得注意是，在危重症救治中，附子生用效果明显；而在对慢性消耗性疾病的治疗，附子炮制效果更好。临证中根据具体病情，随证加减，脉不出者，合用生脉散；中焦虚寒者，合用人参汤；下利清谷者，合用乌头赤石脂丸。除此以外，本方对肾衰、呼衰、慢性腹泻、慢性胃炎、慢性肾炎等病，疗效卓著，究其机制，谨守阳虚阴盛病机而已。

第十七节 当归四逆汤

[组成] 当归三两 桂枝三两（去皮） 芍药三两 细辛三两 甘草二两（炙） 通草二两 大枣二十五枚（擘，一法，十二枚）

上七味，以水八升，煮取三升，去滓，温服一升，日三

服。

[功效] 养血通脉，温经散寒。

[方义分析] 当归四逆汤是治疗血虚寒凝致厥的主方，原文述证简略，举脉以引伸辨证，脉细者，为脉形细如丝线，为血虚之脉；欲绝者，乃脉来微弱无力，多属阳虚；本证脉细欲绝，乃脉来如丝，似有似无，血虚脉道不充，阳气不达四肢，寒凝经脉，故出现四肢厥逆，方用当归养血活血，桂枝温通经脉，芍药缓解经脉拘挛，细辛助桂枝温经散寒以通阳，通草入血分以通经，助当归、芍药以行血，大枣、甘草补中益气以生血固本，诸药合用，养血温经，通阳散寒，为治疗血虚寒凝证之有效方剂。

[适应证]

1. 手足厥寒，脉细欲厥者，当归四逆汤主之。

2. 冠心病心绞痛、肺心病、高血压病、高脂血症、窦性心动过缓、室上性心动过速、心功能不全、雷诺氏综合征、雷诺氏病、硬皮病、血栓闭塞性脉管炎、小静脉淤滞证、浅静脉炎。

3. 坐骨神经痛、胸痛、头痛、脑卒中、肩关节周围炎、肥大性脊柱炎、腰椎间盘突出症、腰腿痛、不安腿综合征、关节炎、冻疮、多发性末梢神经炎、风寒性银屑病、荨麻疹、癌性疼痛、术后肠粘连、前列腺肥大、真菌性肠炎、直结肠炎、石淋、发绀、胆道蛔虫症、血管角化瘤、月经不调、痛经、闭经、子宫脱垂、盆腔炎、月经周期性水肿、子宫内膜异位症、阳痿及其他男科病，骨科疾病，证属血虚寒凝，症见四肢厥逆者，亦有较好疗效。

[类方] 当归四逆加吴茱萸生姜汤 当归三两 芍药三两 甘草二两（炙） 通草二两 桂枝三两（去皮） 细辛三两 生姜半斤（切） 吴茱萸二升 大枣二十五枚（擘）上九味，以水六升，清酒六升和，煮取五升，去滓，温分五服。功能：温

通心脉。主治：血虚寒凝证。

[加减方]

1. 加味当归四逆汤（郭振球） 药物组成：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。适用于冠状动脉粥样硬化、心肌梗死，证属寒凝心脉，表现为猝然心痛如绞，形寒，手足厥冷，气短心悸，或出冷汗，脉细而紧，舌苔白滑者。

2. 理冠通痹汤（程万里） 药物组成：当归 12g，桂枝 6g，瓜蒌 18g，薤白 12g，郁金 9g，党参 12g，丹参 12g，制首乌 12g，红花 9g，川芎 6g。适用于冠心病证属阳虚气滞胸痹，临床主要出现阵发心胸疼痛。

3. 当归四逆汤加味（张敏州） 药物组成：当归 10g，白芍 15g，桂枝 10g，细辛 5g，甘草 3g，大枣 15g，通草 10g，熟附子（先煎）15g，人参（另炖）10g。适用于心肌梗死，证属寒凝心脉，胸痛彻背，胸闷气短，心悸不宁，神疲乏力，形寒肢冷，舌质淡暗，舌苔白腻，脉沉无力，或结代或迟缓。

[临床荟萃]

1. 冠心病心绞痛 杨峰将冠心病心绞痛分为 5 型，对其中的阴寒凝滞型 21 例，运用本方加味治疗，症见受寒冷侵袭后猝然胸痛发作，疼彻胸背，气短心悸，四肢厥冷，重者喘息不能平卧，舌淡苔薄白，脉沉细或紧。处方：当归 15g，赤芍 15g，附子 15g（先煎），桂枝 10g，细辛 10g，通草 10g，丹参 30g，檀香 6g，生甘草 6g，大枣 6 枚。对心绞痛不缓解者，加服冠心苏合丸或舌下含服硝酸甘油片。取得较好疗效。

卢寅熹用本方治疗 1 例陈旧性心肌梗死、心衰、心绞痛，气虚阳微，心阳不足，寒痹心阳者。方以当归四逆汤加党参、附子、法半夏、麻黄、川芎，连服 6 剂，喘平肿消，紫绀消退，续方减细辛、麻黄、附子量，加麦冬、五味子。服后诸症悉除。

黄忠新治疗1例冠心病，症见：左侧胸部憋闷板紧，疼痛甚时牵引彻背，遇寒加重，伴心悸气短，手足不温。舌淡边有瘀点。方用当归四逆汤加丹参、郁金、全瓜蒌、薤白。10剂后诸症皆消。

2. 窦性心动过缓　章继才用当归四逆汤加黄芪、党参、丹参（2日1剂，10剂为1疗程）。治疗窦性心动过缓15例。其中心胸憋闷、气短乏力者15例，心胸隐痛者12例，心悸、心慌者15例，头目晕眩或头痛者15例，肢冷者15例。经1～2个疗程后，心率均提高至60次/分以上。心电图恢复正常。

3. 病态窦房结综合征　刘维等用当归四逆汤加减治疗心阳瘀阻型病态窦房结综合征30例，药用当归15g，桂枝15g，赤芍12g，细辛2g，丹参15g，制附子10g，黄芪30g，川芎10g。每日一剂。结果临床治愈4例，显效10例，总有效率86.2%。

4. 肺心病　马波多年来运用加味四逆汤治疗肺源性心脏病合并心力衰竭52例。症见：喘促不能平卧，夜间尤甚，咳嗽咳痰，尿少浮肿等。X线片示：双肺透明度增加，心脏有不同程度扩大。心电图示：右心室肥厚，肺型P波。其中Ⅰ度心衰21例，Ⅱ度心衰26例，Ⅲ度心衰5例。方药：当归尾10g，桂枝10g，赤芍10g，太子参10g，桑白皮10g，通草3g，细辛3g，葶苈子30g，大枣6枚。伴脾肾阳虚，咳痰清稀，舌苔白腻，边有齿痕者，加茯苓、白术；伴阳虚加甚，见腹大胀满，肢体肿甚者，加附子、大腹皮；伴痰湿壅盛，见咳黄痰量多者，加鱼腥草、半枝莲；瘀血重者，加泽兰、苏木；大便秘结者，加大黄。结果显效25例，有效23例，无效4例，总有效率92.3%。提示本方法对肺心病具有缓解症状，改善心肺功能的作用。

5. 高血压病　杨秀金报道1例患者高血压病5年。现头顶胀痛，头昏目眩，耳鸣纳差，形寒怕冷，神疲健忘，大便时

干时溏，舌淡苔白腻，脉沉细弦，血压 170/120mmHg。方用当归四逆汤加吴茱萸、黄芪。10 余剂后手足转退，食欲增加，头痛目眩症大减。上方加菟丝子、淫羊藿，连服 50 余剂，主症基本消失，追访 5 个月，血压一直维持在 150/85mmHg。

6. 胸痹　唐茂清用当归四逆汤治疗血虚寒凝之胸痹 40 例。症见：胸部憋闷疼痛，痛引背部，遇寒加重，气短、心悸，动则为甚，头目昏眩，手足厥冷。心电图示：房室传导阻滞 27 例，左前半分支传导阻滞 14 例，结果：临床治愈 3 例，显效 22 例，有效 12 例，无效 3 例，有效率 92.5%。其临床加减：若胸痛甚者加丹参、郁金；血脂高者加山楂、草决明。

7. 头痛　陈浩以当归四逆汤为主治疗血管神经性头痛 58 例。头痛剧烈者重用桂枝，加蜈蚣；发作频繁者加威灵仙、葛根；疼痛持续者重用当归，加鹿角 10g；兼有热象者加大黄 6g、红藤 15g；结果痊愈 46 例，显效 10 例。周丽娜以本方加川芎治疗偏头痛 70 例，丛集性头痛 30 例。其中偏头痛服药 15～20 剂，有效率 88.6%。丛集性头痛患者平均服药 19 剂，有效率 96.7%。本方对神经性血管头痛的治疗，具有远期疗效和预防作用，为西药所不及，可能是改善了全身特别是末梢的血管功能和血运障碍，从而防止或减轻、减少了偏头痛的发作。杨建平报道治疗了 1 例偏头痛。其感受风寒，头痛加剧，呕吐清稀痰涎，畏寒藏暖，甚则四肢厥冷。方用当归四逆汤加减：细辛 15g，当归 10g，桂枝 10g，白芍 10g，川芎 10g，半夏 10g，吴茱萸 10g，陈皮 10g，天麻 12g，茯苓 12g，炙甘草 3g。6 剂后头痛未作，四肢转温。又外出感寒右侧头部复隐隐作痛，方用：细辛 6g，当归 10g，桂枝 10g，白芍 10g，川芎 10g，天麻 12g，茯苓 15g，麦冬 10g，大枣 5 枚，炙甘草 3g，7 剂而痊愈。

林珍莲以当归四逆汤加牛膝为基础方，治疗经期头痛 100 例。巅顶痛重者加吴茱萸 6g；颞部痛甚者加蔓荆子 10g；呕吐

者加竹茹 6g；经量多者加黄芪、仙鹤草。于经前 3 日开始服药，至头痛减轻或消失停药。一般以 5～6 剂为一个疗程服用 3 个周期后观察疗效。并设头痛片对照组 30 例。结果：治疗组 100 例，痊愈 78 例，显效 16 例，无效 6 例，有效率 94%。对照组 30 例，痊愈 5 例，显效 12 例，无效 13 例，有效率 56.67%。

8. 系统性硬化症、雷诺氏病　此病分为弥漫性硬皮病和局限性硬皮病两种，是以临床全身性皮肤肿胀、发硬、后期萎缩为特征的全身结缔组织病。目前无满意的治疗方法。纪伟用当归四逆汤加黄芪、川芎、全蝎治疗 18 例。其中有雷诺氏现象者 16 例，肢端溃疡者 2 例，皮肤肿胀者 9 例，皮肝胆硬化者 9 例，关节痛者 12 例，食管吞咽困难者 5 例，肺部纤维化者 4 例，全身乏力者 17 例，畏寒怕冷者 14 例。结果基本痊愈 1 例，显效 6 例，好转 9 例，无效 2 例。临证加减：皮肤明显变薄或发硬，可用乌梢蛇、土鳖虫、蝉蜕、地龙等；若皮色变深或肌肤甲错，宜加桃仁、红花、穿山甲、土鳖虫、水蛭等；若皮肤顽厚如木板状，乃痰瘀胶着所致，除加重活血化瘀药外，还可用海藻、昆布、牡蛎、白芥子、象贝等化痰软坚之品；若病邪内舍于脾，吞咽困难，纳差，胃脘隐痛，则合用理中汤；若咳嗽气急，则合用补肺汤；寒凝肝脏者，配合暖肝煎；若腰酸怕冷，生殖功能低下，手足青紫，加巴戟天、菟丝子、鹿角胶等；若阴虚内热，可去细辛，减量桂枝，加生地黄、牡丹皮、知母等。

庄球钦报道用当归四逆汤加味治疗雷诺氏病 50 例，治愈 25 例，有效 18 例，无效 7 例。王兆阳报道 1 例雷诺氏病，症见手足发绀 8 年，有时不受任何刺激发生皮肤苍白，继而由青红色转变为青紫色，且面颊部也出现发绀。月经期加重，伴四肢逆冷，舌质淡脉沉细。方用当归四逆汤加丹参、香附、鸡血藤，5 剂后面颊发绀消失，手足逆冷好转。继服 20 剂诸症消

失。梁兆龙报道用当归四逆加吴茱萸生姜汤治疗2例雷诺氏病患者，效果满意。其中1例患儿双手指端皮肤青紫而凉，双手若置于热水中则痛甚，舌嫩，苔白。用此方加丹参、川芎、红花，半月后痊愈。另一例患儿形体消瘦，畏寒怕冷，双手逆冷至肘，双足逆冷至膝，手足皮肤均呈青紫，肢端苍白，趺阳脉细弱。方药：当归12g，桂枝9g，黄芪6g，赤白芍各6g，木通6g，怀牛膝6g，吴茱萸6g，细辛1.5g，炙甘草1.5g，生姜2片，大枣5枚。7剂后，皮肤转温，疼痛减轻，上方加党参5g，山药5g。4周后痊愈。

9. 小静脉淤滞症、浅静脉炎　孙文荣用本方治疗1例小静脉淤滞症，患者双下肢膝关节以上出现青紫色细筋，双下肢冰冷1年，月经来前4～5天加重，青紫色细筋融合成1片，呈暗红色，双股部肿胀不舒，经量少暗红色，月经期少腹、腰臀部发冷，似有冷风吹袭，用他方治疗无效，用当归四逆汤赤芍易白芍，加地龙、丹参、生姜、水蛭（为末，黄酒冲服），每日1剂，月经期间停服。同时将上药渣加花椒树枝250g（粉为粗末）、胡椒50g，加白酒适量伴匀炒热，用纱布包，均匀地摊在患处热敷，每日3次，每次1小时以上，2个月后，痊愈。杜建忠报道治疗1例腿部浅静脉炎。患者小腿有外伤史，现在小腿后侧及腘窝部可触及一长约15cm左右条索状肿物，质较硬，压痛明显，自觉受凉或劳累后加重，方用当归四逆汤加减，当归30g，桂枝20g，细辛6g，赤芍10g，木通10g，川芎15g，土鳖虫10g，甲珠6g，鸡血藤20g，乌梢蛇6g，蜈蚣2条，川牛膝10g，木瓜10g，甘草10g，水煎服。余渣加川乌30g，姜黄20g，泽兰20g，芒硝50g，装纱布袋中，加水煎30分钟，热敷于患处，每日2次，每次30分钟，10剂后静脉肿硬及腿痛消失，近期治愈。

10. 脉管炎　詹学斌用当归四逆汤加减治疗血栓闭塞性脉管炎15例，其中13例系长期寒湿环境作业，1例发病前有明

显寒冷刺激史，病程最短 3 个月，最长 3 年，结果临床治愈 13 例，显著好转 1 例，进步 1 例。

张云翔对其证属寒湿凝聚、血脉瘀阻、瘀而化热、热毒蕴结、久病伤身、气血两虚、寒热错杂、虚实相兼的坏疽期血栓闭塞性脉管炎 10 例，同时运用 3 个方剂进行治疗。Ⅰ方用当归四逆汤加赤芍、丹参、鸡血藤、生姜。Ⅱ方用四妙勇安汤加乳香、没药、白芷、生地黄。Ⅲ方用十全大补汤人参换成党参、去甘草加陈皮。以上 3 方每日 1 剂，交替服用，30 天为 1 疗程，结果：治愈 7 例，好转 2 例，无效 1 例，总有效率 90%。李立凯治疗 1 例血栓闭塞性脉管炎。其为受凉太过左下肢足背、趾麻木刺痛，夜间痛剧，间歇性跛行已 1 年半。方用当归四逆汤加减：当归 15g，桂枝 12g，细辛 3g，赤芍 12g，木通 9g，炙甘草 9g，川芎 10g，黄芪 30g，丹参 30g，鸡血藤 20g，熟附子 15g（先煎）。连服半月，足趾麻木刺痛减轻、症状好转。前方减熟附子 10g。再服半月，间歇性跛行消失。检查：足背动脉、胫后动脉搏动好，脉象细数有力。肢端皮温较前升高，原方附片减至 6g，细辛 2g，又服 70 余剂，临床症状消失。

酒谷信一报道用当归四逆加吴茱萸生姜汤治疗脉管炎 1 例，症状有改善。医者认为：此方能减轻与循环相关的全身寒证，加速外周血液循环而奏效。

[实验研究]

1. 扩张末梢血管　试验证明，家兔口服本药后，可使其耳小血管扩张充血，作用维持时间较长。表明本药确有扩张末梢血管，改善血液循环之功能。配伍研究：试验动物为 8 周龄 Wstr 雄性大鼠（体重 200～220g），分别灌胃当归四逆加吴茱萸生姜汤、以及去桂枝、去吴茱萸、去当归、去大枣、去细辛、去生姜、去甘草、去芍药、去木通的煎剂，对照组灌胃 2ml 生理盐水。灌胃前后以热像图经时测定大鼠尾部的热量。

结果；灌胃当归四逆加吴茱萸生姜汤的大鼠，投药后 10min 尾部热量达峰值，并且维持在 20min 以上。去甘草组投药后 10min 达高峰值，但峰值时间缩短至 10min。去当归、去吴茱萸组热量反而降低。

实验表明，本方中的当归、桂枝、芍药等，均有扩张血管，改善血液循环，增加器官及末梢血液供应的效果。当归增加外周血流量、减少血管阻力作用均随剂量增加而加强，其扩张血管作用与 α 与 β 受体无关，而与 M 受体及组胺 H_1 受体兴奋有关。桂枝可扩张外周血管，尤其是皮肤血管。芍药也有较强的扩张外周动脉的作用。当归、芍药还能明显抑制多种致聚剂引起的血小板聚集，所含主要成分阿魏酸钠、赤芍精也有相同效果，当归及其成分阿魏酸钠还能抑制血小板的释放作用。至于它们抑制血小板聚集的机制，已知阿魏酸钠可抑制血栓素 TXA_2 的生成而不影响前列环素对 PGI_2 的产生，对 PGI_2 的抗血小板聚集活性还能明显增强之，赤芍精对 TXA_2 样物质收缩兔主动脉效应有与阿司匹林相近的抑制作用。此外赤芍精还能增高血小板内 cAMP 含量，此作用于病理状态下更为明显。另外当归、赤芍还有明显的抗凝、抑制血栓形成及溶解血栓等效果，细辛因富含去甲基乌药碱而具有 β-兴奋剂效果，如强心、松弛平滑肌、扩张血管等。家兔实验表明，灌服当归四逆汤后，兔耳小血管扩张充血，血管数显著增多，作用维持也久，表明本方确能扩张末梢血管，改善血运。

2. 延长凝血时间　黄芳等试验发现小鼠口服当归四逆汤，能显著延长凝血时间、凝血酶时间、血浆复钙时间，表明当归四逆汤具有抗凝作用。当归四逆汤能促进小鼠皮下血肿的吸收，降低大鼠全血比粘度，抑制大鼠动-静脉旁路的血栓形成，抑制大鼠血小板聚集。表明当归四逆汤的活血化瘀功能与其抗凝、降低血液粘度、抑制血小板形成、降低血小板聚集性和促进血肿吸收有关。当归四逆汤口服，对酒石酸锑钾所致小鼠扭

体反应和电刺激致痛嘶叫反应均能显著抑制，表明有镇痛作用；对巴豆油所致小鼠耳廓肿胀和角叉菜胶所致大鼠足跖肿胀，均有抗炎消肿作用。当归四逆汤的抗炎、镇痛作用，为临床治疗各种痛症、炎症提供了依据。

3. 提高深部体温　以内服当归四逆汤加吴茱萸生姜汤后深部体温上升为线索，探讨与儿茶酚胺的关系。通过对 10 名健康人（18～26 岁，男女各半）深部体温测定在 37℃，温度 60%保持稳定的恒温室内，早餐禁食，被试者安静仰卧，用深部体温计，将探针放置在前额部、腹部、左手掌、右足，将表面温度从右前额部、左足背导出，6 频路同时记录。以 9 时进行恒温室后安静仰卧者作为对照，对照 2 天后再同样条件的恒温室内，入室 60min 后，让其饮服 37℃的温开水 50ml 观察变化，随后让其内服当归四逆加吴茱萸生姜汤 2.5g 的 37℃温药水 50ml。作为儿茶酚胺的代谢产物多巴、多巴胺、肾上腺素、去甲肾上腺素等用高效液相层析法（HPLC）测定。β-多巴胺羌酶（DBH）用氧化活性法（Nagatsu 氏）以放射性碘分析试验测定酶活性，服药前测定儿茶酚胺代谢产物，全部观察者均属正常范围，服药 2 小时后，DBH 活性及蛋白量均增加。

4. 增加末梢血液循环　对具有寒证的进行性硬皮病及全身性红斑狼疮的病人，用激光多普勒血流计，测定用药前后其食指末节掌侧末梢血流量。发现患者末梢血流量明显低于正常人，服用本药后，患者（6/9）末梢血流量明显增加，单服当归者血流量也增加，但以本药组的增加强度最显著。另外，慢性疼痛伴有发冷的患者，与正常人相比其收缩压降低，心排血量减少；患者变为立位后，每搏心搏出量减少，末梢循环总阻力增高。用本药治疗后，患者发冷感有明显改善，心排出量亦有明显增加。对有末梢循环障碍引起的手足麻木，发冷等症状，应用本方浓缩颗粒制剂（每 5g 中含本方提取液 1.5g），1 次 2.5g，每日 2 次，饭前口服 2 周以上，观察 30 例患者血液

粘度及症状改善程度。结果表明，总改善率为56.7%，有效率为53.2%，显效时间对手足麻木者均为服药25周，手足发冷者为15周，3例虚胖型女性的血细胞比容均比服药前有降低趋势，其中两例服药后血液粘度、触变指数均有降低趋势，说明末梢血运有所改善。

5. 提高血流动力　对主诉手足冷的患者投予当归四逆加吴茱萸生姜汤，投予前对投予后1、6、12、24小时，以高效液相色谱法测定血中甘草甜素浓度的同时，用热象图观察四肢皮肤温度的变化。另外，为了探讨其再现性，对临床效果显著与未见临床效果的病例，6个月后进行同样的测定。结果，获得显著疗效的病例，其血中甘草甜素浓度6～12小时明显上升呈峰值，未显示一定的经时变化病例未见临床效果。获显著疗效的病例，皮肤温度的变化与血中甘草甜素的推移有关，无临床效果的病例未见相关性。

6. 扩张冠状动脉及抗心肌缺氧　据实验表明本方中的当归、赤芍、细辛等尚能扩张冠状动脉，增加机体的耐缺氧能力。本方组成药如当归、赤芍、桂枝、细辛、甘草等均有显著的解痉作用，能对抗多种致痉挛剂所引起的肠管痉挛。

[运用心得]　当归四逆汤是温经散寒，养血通络的代表方。在冠心病心绞痛、血管性头痛、高血压病、雷诺氏病、静脉炎、动脉炎、闭塞性动脉硬化、糖尿病神经病变、糖尿病下肢血管病变等属于血虚寒凝证有确切的疗效，另外，本方对坐骨神经痛、肩关节周围炎、肥大性脊柱炎、腰椎间盘突出症、腰腿痛、关节炎、冻疮、多发性末梢神经炎、风寒性银屑病、荨麻疹、癌性疼痛、术后肠粘连、前列腺肥大、真菌性肠炎、直结肠炎、石淋、发绀、胆道蛔虫症、血管角化瘤、月经不调、痛经、闭经、子宫脱垂、盆腔炎、月经周期性水肿、子宫内膜异位症、阳痿及其他男科病，骨科疾病，亦有较好疗效。临床报道和验案颇多。实验证实该方有明显的抗炎、解痉、镇

静、扩血管等作用，其中桂枝甘草汤是辛甘化阳的祖方，芍药甘草汤是缓急止痛的效方，当归、大枣合芍药甘草汤又可养血柔筋，揭示了治疗寒凝血虚证的治疗大法，其中大枣并非可用可不用之药，不可轻易去掉或折减大枣剂量。关于细辛的用量问题，古有“细辛不过钱”之说，尤其是单味药或为散剂时应当注意，但在复方和病情需要的情况下可酌情加量，临床观察并未见有明显毒副作用，可见《内经》“有故无陨，亦无陨也”在治疗用药中的指导意义，许多药物在病态情况和复杂的复方配伍中的变化是微妙的，不可以常理论之，医者应有应变能力，但临床使用理当谨慎，注意观察患者用药后的反应，并尽量避免长期大量服用，以免发生意外。

第十八节　当归芍药散

[组成] 当归三两　芍药一斤　芎藭半斤　茯苓四两　白术四两　泽泻半斤

上六味，杵为散，取方寸匕，酒和，日三服。

[功效] 疏肝健脾，活血利水（湿）。

[方义分析] 当归芍药散是因肝脾失调，瘀阻水停而组方，由两组药物组成。当归、芍药、川芎入肝血，方中重用芍药养血和营，活血止痛，当归助芍药补养肝血，川芎助芍药理气活血止痛，三药共以调肝；茯苓、白术、泽泻健脾渗湿利水，方中泽泻用量亦较重，意在渗利湿浊，三者合一治脾湿，利水气；肝气调达则血行不瘀；脾气健运则津液不滞，合方共奏肝脾双调之功。

[适应证]

1. 妇人怀妊，腹中疠痛。当归芍药散主之。妇人腹中诸疾痛，当归芍药散主之。

2. 冠心病心绞痛、高血压病、妊娠高血压综合征、椎基

底动脉供血不足、头痛、痴呆、眩晕症。

3. 其他如坐骨神经痛、泌尿系结石、溃疡性结肠炎、前列腺增生症、慢性盆腔炎、功能性子宫出血、子宫肌瘤、妊娠中毒症、不孕症、黄褐斑、乳腺增生症等。

[类方]

1. 当归散　当归一斤　黄芩一斤　芍药一斤　川芎一斤　白术半斤。上五味，共为细末，每日2次，每次服方寸匕(4g)，酒送服。主治：妊娠胎动不安，内热心烦，头晕胸闷，时有腹痛、纳呆，口苦，舌质红，苔黄腻，脉弦滑。

2. 胶艾汤　当归三两　川芎二两　芍药四两　干地黄四两　阿胶二两　艾叶三两　甘草二两组成。主治：妇人冲任虚损，月经过多，或淋漓不尽；妊娠下血，腹中疼痛；或产后下血不绝，并伴有面色不华，心悸眩晕，舌质淡，脉沉无力等症。

[加减方]

1. 举胎四物汤《医宗金鉴》　当归、芍药、熟地黄、川芎、白术、升麻、人参、陈皮各3g。治妊娠转胞，虽饮食正常，而不得小便，心烦难卧者。

2. 千金鲤鱼汤《千金要方》　当归芍药散去川芎、泽泻，加鲤鱼、生姜，治妊娠腹大，肋间有水气，妊娠浮肿，羊水过多等症。

3. 养血安神汤《万病回春》　当归芍药散去泽泻，加生地黄、柏子仁、酸枣仁、陈皮、甘草、黄连。治贫血，神经衰弱，月经过多或不调，少女萎黄，产后失眠引起之心神不安。

4. 黄芪当归芍药散（阚方旭）　黄芪30～50g，当归10g，芍药10g，川芎6～10g，泽泻10～15g，白术10g，茯苓15～30g。主治：冠心病、风心病、心肌炎、心肌病等出现的心功能减退，证属肝郁脾虚、气虚瘀阻水停者。临证时随证加减。

[临床荟萃]

1. 冠心病心绞痛　张振东等用当归芍药散加减治疗心绞痛96例，处方：当归10～12g，赤芍10～12g，茯苓10～12g，白术10～12g，泽泻10～12g，川芎10～12g，太子参20～40g，丹参10～30g，水蛭10～30g。加减：气虚者，加人参10g；痰凝重者，加白芥子10g，胆南星10g，瓜蒌30g；血瘀重者，加重川芎、水蛭用量，至30～60g。结果：显效27例（症状消失，心电图恢复正常）；有效52例（症状明显好转，心电图恢复正常）；好转11例（症状有所改善，心电图有向愈变化）。

2. 椎-基底动脉供血不足　范建军用加味当归芍药散治疗椎-基底动脉供血不足所致眩晕84例，处方：当归12g，白芍30g，川芎15g，茯苓12g，泽泻15g，白术18g，半夏12g，鸡血藤24g。上药粉碎加工成散剂，每次18g，每日3次，温开水冲服。结果：显效47例（眩晕及伴随症状消失3个月内无复发者）；有效29例（眩晕明显改善，伴随症状、体征多数消失，3个月内发病次数比原来减少55%以上者）；无效8例（眩晕及伴随症状、体征改善不明显，或虽有改善但3个月内发病次数减少不足50%者）。

3. 高血压　耿宏伟等用当归芍药散加味治疗高血压62例，处方：当归10g，芍药30g，川芎15g，白术10g，茯苓15g，泽泻15g，丹参30g，山楂30g，首乌30g。水煎服，分早晚2次温服。结果；显效36例（舒张压下降10mmHg及以上并达到正常范围或舒张压虽未降到正常范围但下降20mmHg及以上）；有效19例（舒张压下降不及10mmHg，但已达到正常范围，或收缩压较以前下降10～20mmHg及以上，但未达到正常范围，或收缩压较以前下降10mmHg及以上）；无效9例（未达到以上标准）。

刘文君等用当归芍药散治疗慢性肾炎高血压22例，处方以防己黄芪汤合当归芍药散加减：生黄芪15～30g，汉防己

15g，当归 15g，赤芍 15g，茯苓 15g，白术 15g，泽泻 15g，黄芩 15g，川芎 10g，车前草 30g，益母草 15～30g。加减：阴虚火旺者，加黄柏 12g，知母 12g；下焦湿热，尿频、尿急、尿痛者，加萹蓄 10g，瞿麦 10g，蒲公英 15g，败酱草 10g；咽喉肿痛者，加金银花 12g，连翘 12g，蒲公英 12g，射干 12g，玄参 12g。水煎服，每日 1 剂。结果：显效 14 例（舒张压下降 10mmHg 及以上并降至正常，或下降 20mmHg 以上）；有效 5 例（舒张压下降虽达 10mmHg 但未降至正常，或下降 10～20mmHg，如为收缩期高血压，收缩压下降 30mmHg 以上）；无效 3 例（血压下降未达以上标准者）。

4. 头痛　龙香菊报道，用当归芍药散治疗血管神经性头痛 31 例。处方：当归 15g、白芍 20g，川芎 6g，白术 10g，泽泻 9g，葛根 12g，全蝎 6g。加减：有热者，加黄芩 12g；大便秘结者，加大黄 6g；心悸，汗出者，加龙骨 15g，牡蛎 15g，酸枣仁 15g；呕吐者，加半夏 12g，陈皮 12g。每日 1 剂，水煎服。结果：痊愈 9 例（头痛消失，兼证悉除，随访 1 年未复发）；显效 10 例（头痛发作次数及持续时间减少一半以上者）；有效 10 例（头痛发作次数及持续时间均有减轻者）；无效 2 例（症状改善不明显者）。

郭延秋等用当归芍药散治疗偏头痛 29 例。处方：当归 10g，赤芍 10g，白术 10g，泽泻 10g，川芎 12g，茯苓 12g，丹参 30g，蜈蚣 2 条，全蝎 20g，水蛭 15g。每日 1 剂，分早晚 2 次温服，停用一切镇痛药。结果：治愈 10 例（疼痛及伴随症状消失，脑电图、脑血流图正常，1 年内无发作）；显效 8 例（头痛及伴随症状消失，脑电图、脑血流图改善，1 年内有 1～2 次发作）；好转 10 例（头痛明显减轻，发作时间延长，脑电图、脑血流图有改善）；无效 1 例（头痛及伴随症状无改善）。

5. 其他　该方对妊娠腹痛、妊娠下肢浮肿、月经不调、

痛经、经行腹痛、慢性盆腔炎、肾病综合征、肾盂积水、慢性肝炎等，辨证属肝脾两虚，血瘀水阻者，已取得较好的疗效。

[实验研究]

1. 提高血液流变性　血液流变性异常对心血管系统影响颇大，血粘度增高常可诱发心脑血管病的发生。有研究从改善机体血液流变学的试验角度出发，以当归芍药散为基本方，详细研究了脑复清胶囊活血化瘀作用。研究证实脑康泰（脑复清）胶囊可显著抑制 ADP 诱导的血小板聚集，降低血液粘度，抑制体内血栓形成，并改善机体微循环状态，显示出本方多角度、全方位的活血化瘀作用。

以本药 0.5g/kg，连续 17 天给药，可使妊娠大鼠的血液粘度明显下降，对红细胞变形能力，血细胞比容及纤维蛋白原的无影响，由于血粘度降低，可成反比的增加循环血流量，而多数重症妊娠中毒症患者血液黏稠度增高，提示本方可增加胎盘和肾的微循环血量，对于改善妊娠中毒症状十分有利。渡边贤一等以妊娠自然发病高血压大鼠作为妊娠中毒症模型试验表明，与当归芍药散后动物血压未低下，胎儿重量和胎盘血流量增加（$P<0.05$）。另有研究证明，本方 4g/kg，8g/kg（生药剂量）可减少小鼠出血量，缩短小鼠出血时间。与对照组相比有显著性差异；4g/kg 当归芍药散还可以明显缩短大鼠凝血酶原时间（$P<0.05$）；对胶原及 ADP 所致的血小板聚集亦有明显抑制作用。人体实验表明，健康人服本方 7.5g/天，共 1 周，可见服药前后全血粘度明显降低，血浆粘度亦有下降趋势；另一方面，血小板丙二醛（MDA）的产生明显降低（$P<0.05$），提示本方对血液流动和血小板环氧酶系统显示了作用。林孝秀等观察了 26 例患者，早饭 2 小时后服当归芍药散 0.5g，1 小时后检测表明全血粘度高切变率、血浆粘度高切变率和血浆通过时间均明显改善，眼球结膜小静脉口径增大，血液速度和血流量增加。林孝秀还报道患者口服当归芍药散前后

1小时，检测多项血液流变学指标，自身对照证实该方剂也有改善血液流变学的作用。对功能性子宫出血患者血液流变性的研究表明，该方可增加红细胞表面的负电荷，使红细胞变形能力增强，红细胞之间静电排斥能力增加而不易产生聚集，使微血流的速度增加，此外，该方对血细胞压积和全血比粘度有双向调节作用。户田静男用小鼠实验证明，该方可抑制 H_2O_2 引起的红细胞膜脂质过氧化和溶血现象，认为此乃祛瘀血作用的一部分。谢春光也报道，痛经患者的血液流变性异常，血浆PGF2a、经血 PGF2a 含量异常升高，痛经患者经当归芍药散治疗后，异常的血液流变学指标、血浆及经血 PGF2a 得到明显改善。以功能性子宫出血患者的甲襞微循环观察，对微循环的作用，结果表明，经本药治疗后，可见毛细血管襻轮廓由模糊变清晰，管襻数目增加，血细胞聚集减轻或消失，血流流态由异常的断线流、虚线流及絮状流变为正常的线流，血液流速加快，管襻淤血减轻或消失，提示本方可明显改善患者的微循环状况。

2. 抗衰老作用　随着年龄增加，机体内对自由基损害防御能力减弱，自由基损害逐渐积累，这是引起衰老时细胞退变的重要因素之一，SOD 作为一种自由基清除酶是机体拮抗自由基损害重要物质，MDA 是一种脂质过氧化物，它能反映机体自由基损害的程度，有试验研究当归芍药散的抗衰老自由基损害作用。选用老年昆明小鼠，灌服当归芍药散水煎剂 14 天后测定基底前脑、卵巢、心肌组织的 SOD 活性、MDA 含量的变化。结果表明服用当归芍药散后老年小鼠的基底前脑、卵巢、心肌组织 SOD 活性明显提高，MDA 含量在基底前脑、心肌组织也明显降低，说明当归芍药散能减轻这些组织器官中的衰老自由基的损害，显示该方剂可提高机体自由基损害防御能力及清除组织中的 MDA。更进一步研究当归芍药散对衰老小白鼠运动功能的影响，选用老年小白鼠灌服当归芍药散后用

平衡木试验等方法定量分析平衡协调等运动功能的变化，结果显示：与老年对照组比较，老年组通过平衡木时间均缩短，而行走速度加快，但未达到青年小白鼠水平。提示当归芍药散可改善老年小白鼠通过平衡木的能力，可能与其调节中枢胆碱能或胆碱能递质相同的活动有关。何氏进一步研究了当归芍药散加味方治疗对老年鼠脑组织和淋巴细胞β肾上腺受体含量的影响，选用中老年鼠（18个月），分组灌服当归芍药散水煎液，3周后，用放射配基受体结合分析法测定大鼠大脑皮质、海马、小脑皮质、脾细胞和淋巴细胞β肾上腺受体密度。结果显示，与老年对照组比较，当归芍药散组小脑皮质、脾细胞和血液淋巴细胞β肾上腺受体密度明显增多（$P<0.05$），认为当归芍药散可选择性提高老年鼠小脑皮质、淋巴细胞的β肾上腺受体密度。

另有试验分别用东莨菪碱与反复缺血再灌注制备阿尔茨海默氏病（AD）与血管性痴呆（VD）模型，考察当归芍药散防治老年期痴呆的配伍机制。避暗法与跳台法检测发现，AD组较正常组潜伏期缩短（$P<0.05$），错误次数增多（$P<0.05\sim0.01$），VD组较假手术组潜伏期缩短（$P<0.01$），错误次数增多（$P<0.01$）。当归芍药散中活血补血药组与健脾利湿药组可协助延长AD小鼠潜伏期，减少错误次数，（$P<0.05\sim0.01$）对VD小鼠，仅健脾利湿药组可延长潜伏期（$P<0.05$）减少错误次数（$P<0.01$），提示健脾利湿药组较活血补血药组可能具有更大的防治意义。该组研究者进一步观察茯苓、白术与当归合用组方与当归芍药散抗脑老化作用相似性，筛选记忆功能异常小鼠连续6wscD半乳糖致脑老化，用穿梭仪器检测小鼠记忆功能，测定大脑皮层与海马蛋白质含量、皮层丙二醛（MDA）含量与海马乙烯胆碱酯酶（AE）活性；结果：2.3g/kg FBD与2.8g/kg DSS可缩短模型组小鼠遭受电击时间，显著抑制D-半乳糖诱导的蛋白质含量下降，MDA含

量升高，及 AchE 活性增强，说明茯苓、白术与当归合用方组与当归芍药散组在抗老化上可能存在作用相似性。

3. 对缺血再灌注损伤自由基的影响　通过对大鼠随机分为 3 组（模型对照组、正常对照组、当归芍药散组），结果：脑缺血和再灌注后模型对照组，当归芍药散给药组与正常对照组比较无显著性差异，但明显高于模型对照组；同时，脑缺血和再灌注后模型对照组大鼠血浆、脑组织中 MDA 含量明显高于正常对照组，当归芍药散组与正常对照组比无显著性差异，但明显低于模型对照组。

［运用心得］ 当归芍药散出自《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》，是疏肝健脾、活血利水之方，张仲景用治妇人怀妊，腹中疗痛，证属肝郁血虚，脾失健运，湿停于内。故用当归芍药散养血舒肝，健脾利湿。方中重用芍药养血柔肝，缓急止痛，当归、川芎活血疏肝，茯苓、白术、泽泻健脾利湿，肝脾调和，气血畅达，则腹痛得愈。本方治疗心血管疾病，对冠心病心绞痛，高血压病，高脂血症，心肌炎，风心病，心力衰竭，头痛、眩晕、痴呆等疾病，皆有较好的疗效，关键掌握气血水三者的关系，抓住肝郁脾虚的病机，临证时冠心病心绞痛者合瓜蒌薤白半夏汤加减；高血压病合用防己黄芪汤加减；高脂血症、高黏血症加服大黄䗪虫丸；病毒性心肌炎合用小柴胡汤加味；风心病合用防己黄芪汤；心力衰竭合用真武汤、防己茯苓汤；等等。关键是谨守病机，各司其属，有者求之，无者求之，治病求本。

第十九节　大柴胡汤

［组成］ 柴胡半斤　黄芩三两　芍药三两　半夏半升（洗）　生姜五两（切）　枳实四枚（炙）　大枣十二枚　大黄二两。

上八味，以水一斗二升，煮取六升，去滓，再煎，温服一升，日三服。

[功效] 和解少阳，通下里实。

[方义分析] 本方柴胡为主药，与黄芩合用疏利少阳，清泄郁热；芍药缓急止痛，与大黄相伍可治腹中实痛，与枳实相伍可治气血不和的腹痛烦满不得卧；半夏、生姜和胃降逆止呕；枳实、大黄利气消痞，泻下热结；大枣和中缓急，与生姜同用又可调和营卫。诸药共奏外解少阳，内泻热结之功。

[适应证] 《伤寒论》用于治疗少阳郁热兼阳明里实证，证见寒热往来，胸胁苦满，郁郁微烦，呕不止，心下急或痞硬，大便干结或下利，小便色黄，舌质暗红，苔黄少津，脉弦数。临床亦可用于高血压病、代谢综合征、高脂血症等症见肝胃郁热征象者。

[类方]

1. 柴胡加芒硝汤 本方由柴胡二两十六铢 黄芩一两 生姜一两 人参一两 半夏二十铢 甘草一两 大枣四枚（擘） 芒硝二两组成。功效：和解少阳，轻下里实。主治：少阳不和兼阳明实热、正气已虚之证。

2. 小柴胡汤 药物组成：柴胡半斤 黄芩三两 人参三两 半夏半升（洗） 甘草（炙） 生姜各三两（切） 大枣十二枚 上七味，以水一升二斗，煮取六升，去滓，再煎取三升，温服一升，日三服。适用于少阳病，口苦，咽干、目眩；或往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕等症。

3. 柴胡加龙骨牡蛎汤 柴胡四两 龙骨、生姜、铅丹、人参、桂枝、茯苓各一两半 半夏二合半 大黄二两 牡蛎一两半（熬） 大枣六枚。适用于少阳病，胸满烦惊，小便不利，谵语，一身尽重，不可转侧者。（注：临床应用中铅丹可用生铁落或磁石代之）

4. 柴胡桂枝干姜汤 柴胡半斤 桂枝三两 干姜二两

瓜蒌根四两　黄芩三两　牡蛎二两　甘草二两。主治：伤寒五六日，已发汗而复下之，胸胁满微结，小便不利，渴而不呕，但头汗出，往来寒热，心烦者。

[加减方]

1. 大柴胡汤加味方（吴荣民）　由柴胡、黄芩、半夏、芍药、生大黄、生蒲黄、泽泻、枳实、生姜、大枣组成，功用：和解少阳，利湿祛瘀。治疗高脂血症。

2. 大柴胡汤加味方（苏德易）　由柴胡 15g，枳实 12g，黄芩 9g，半夏 9g，白芍药 20g，酒大黄 9g，丹参 15g，石决明 30g，灵磁石 30g，钩藤 12g，生姜 9g，大枣 4 枚组成。主治：高血压病。

[临床荟萃]

1. 高脂血症　吴荣民等以大柴胡汤加味方治疗高脂血症 52 例，男 34 例，女 18 例。年龄 28～75 岁。病程 1～27 年。单纯 TC 升高 17 例，单纯 TG 升高 10 例，两项同时升高 25 例。伴高血压病 11 例，脂肪肝 15 例，冠心病 18 例。大柴胡汤加味方组成：柴胡 12g，黄芩、芍药、半夏、枳实、泽泻、生蒲黄各 9g，生大黄 6g（后下），生姜 15g，大枣 4 枚。每日 1 剂，加水 500ml 煎至 300ml，分 2 次服。8 周 1 疗程。用药期间停服所有影响血脂代谢的药物。结果：大柴胡汤加味方具有降低 TC、TG 和升高 HDL-C 的作用，经统计学处理，治疗前后比较差异有显著性意义。$P<0.05$。

陈立平等观察大柴胡汤化裁方治疗 2 型糖尿病合并高脂血症的临床疗效。方法：将 58 例患者随机分为 2 组，在饮食治疗西药控制血糖的基础上，治疗组 32 例加服大柴胡汤化裁方，药物组成：柴胡 12g，白芍 15g，黄芩、法半夏、枳实、白术、泽泻各 10g，大黄 6g，黄芪 30g，山楂 20g。水煎服，日 1 剂。对照组加服多烯康胶丸，每次 4 例，每天 3 次。2 组均以 4 周为 1 疗程，连续观察 2 疗程。结果：总有效率治疗组为

84.50%，对照组 69.23%，2 组比较，差异有非常显著性意义，$P<0.01$；治疗后治疗组空腹血糖（FBG）、餐后 2 小时血糖（P2BG）、血清总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白-胆固醇（LDL-C）均明显下降，与治疗前比较，差异有非常显著性意义 $P<0.01$。治疗组与对照组治疗后比较，差异有显著性或非常显著性意义，$P<0.05$，$P<0.01$。结论：大柴胡汤化裁方对 2 型糖尿病患者脂质代谢紊乱有较好的调节作用。

2. 高血压病　苏德易以大柴胡汤治疗高血压 23 例，疗效显著，23 例均为原发性高血压患者，患高血压病 3～5 年；高血压病Ⅰ期者 16 例，Ⅱ期 7 例；心电图示左室肥厚，X 线检查左心室肥大，眼底Ⅱ级者 7 例。以大柴胡汤加味组方：柴胡 15g，白芍 20g，黄芩 9g，半夏 9g，枳实 12g，酒大黄 9g，大枣 4 枚，生姜 9g，石决明 30g，灵磁石 30 g，钩藤 12g。每日 1 剂，7 天为 1 疗程，连服 2 个疗程，治疗期间暂停降压西药，单从使用中药观察疗效，治疗 2 个疗程后，病人头痛、头晕、胸闷等症状消失，血压降为 120～130mmHg/80～90mmHg，2 周内未用降压药而血压稳定者为治愈 16 例；病人自觉症状消失血压下降为 140～150mmHg/90～95mmHg 者为显效 7 例，其中 2 周内血压稳定未服降压药者 5 例，而 1 周后血压变化又配服中药及西药者 2 例；服药 1 个疗程血压降低者 15 例，服药 2 个疗程血压降低者 8 例，临床观察总有效率为 91.3%。

[实验研究]

1. 降低血脂及抗动脉粥样硬化　有人给自发性高血压大鼠（SHR）口服本方，对照组为赋形剂饲料，饲养 12 个月后，对照组主动脉见有伴随局限性纤维内膜肥厚的动脉硬化性早期病变，而用药组仅有少量纤维化；在心肌，对照组有多数小血管周围纤维化和小瘢痕灶，而用药组纤维化很少；长期用本方对小鼠饲养胆固醇所致的动脉硬化有抑制作用，给药组主

动脉钙值、镁值较对照组明显降低；主动脉的^{45}Ca结合值及羟脯氨酸值也较对照组明显降低；胆固醇、甘油三酯及磷脂有降低倾向。本方对大耳白兔试验性动脉粥样硬化亦有改善作用，能减少动脉硬化损伤的区域，对组织病理学异常改变有恢复作用。可抑制动脉总胆固醇和磷脂的升高。对倍他米松所致的高脂血症有改善作用，能降低试验性小鼠血浆胆固醇含量。

2. 调节血液流变学　本方对血液流变学具有双相调节作用。临床对36例高粘综合征患者，用本方加静滴复方丹参注射液后，仅红细胞电泳时间两者差异显著，其他各项指标“高黏”者变低，“低黏”者变高，均趋于正常水平。用药5个月后，可显著降低纤维蛋白原量，并能抑制倍他米松所引起的血液粘度上升。体外试验证明，本方可剂量依赖性地抑制从花生四烯酸诱导PGE_2的产生，其作用与阿司匹林相似；并可使大鼠血浆PGE_2水平显著降低。说明本方可能具有抑制环氧化酶活性的作用。龚传美研究大柴胡汤醇提液0.2ml能明显抑制兔体外血栓形成，与对照组比较有显著性差异（$P<0.05$）。对高脂血症患者投予本方7.5g/d，用药5个月。结果：原血中TXB_2高值的患者用药1～3个月时，约降到20%，而用6-酮PGFa反而增加到200%。

3. 对血管舒缩功能的影响　对小鼠以0.4g/kg水合氯醛麻醉，剖腹暴露肠系膜，分别在肠系膜上滴生理盐水、多巴胺、大柴胡汤，显微镜观测动脉口径变化。结果表明本方有扩张血管作用。临床观察到口服本方对高脂血症患者的颈总动脉的平均血流量、平均血流速度、平均血管径、血管壁偏位、循环阻抗及容积弹性率等均无明显影响。

总之，药理实验研究发现大柴胡汤的主要作用有：①调节脂质代谢及改善血液流变性。②护肝。③调节免疫。④抗炎、利胆、解痉等。大柴胡汤对心血管系统和免疫系统有积极的影响，有皮质激素样作用及其拮抗效应；改善钙磷代谢；在体内

对泼尼松龙的免疫抑制具有改善效果。可增强耐力，并有良好的抗炎和抗病原体作用。日本学者发现，该方对血液流变具有双向调节作用。本方可能具有抑制环氧化酶活性的作用。对倍他米松引起的大鼠凝血亢进状态有改善作用，可使抗凝血酶Ⅲ活性的降低及凝血时间的缩短得到改善，并可抑制兔体外血栓形成，调节脂质代谢。

［**运用心得**］ 大柴胡汤是治疗少阳郁热兼阳明里实证的代表方，在心血管疾病中应用甚广，如糖尿病心脏病、高脂血症、高血压病、胆心综合征、肥胖症、甲亢性心脏病等，凡有肝胃郁热之证者皆可化裁使用，疗效确切。实验研究表明，该方对于调脂、抗炎、利胆等方面有可靠的疗效。

心血管疾患发病，与情志密切相关。临床体会，使用该方时不必拘于大便秘结或下利，应以郁郁微烦为主证，结合舌脉，辨证属肝胃郁热者即可服用。可根据患者具体证候随证加减，并注意心理疏导，可提高疗效。

第二十节 四逆散

［**组成**］ 甘草（炙） 枳实 柴胡 芍药 上四味，各等分，以温开水冲服。每服分寸匕，日三服。

［**功效**］ 解郁透邪，调和肝脾。

［**方义分析**］ 方中柴胡为主药，外能和解透邪，内可疏畅气机；枳实下气破结，泄热降浊。二味合而升降调气，既清泄内陷之邪热，又透达内郁之阳气；佐芍药养血柔肝敛阴；甘草甘温益气，益脾和中，调协诸药。共奏调和肝脾、解郁缓急之功，郁得疏利，则阳气透达而厥愈，急缓则拘挛疼痛自消。汪昂《医方集解》谓本方“用枳实泄结热，甘草调逆气，柴胡散阳邪，芍药收元阴，用辛苦酸寒之药以和解之，则阳气敷布于四末矣。此少阳之用小柴胡意同。有兼证者，视加法为治。”

[适应证]

1. 少阴病，四逆之证。四逆者，阳气内郁而手足不温也。《伤寒论》少阴病篇第 318 条指出："少阴病，四逆，其人或咳，或悸，或小便不利，或腹中痛，或泄利下重者，四逆散主之。"本方为《伤寒论》治热厥之主方。

2. 高脂血症、心血管神经症、心律失常及其他心血管疾病出现四逆散证者。

[类方] 枳实芍药散　枳实（烧令黑，毋太过）芍药等份。上二味，杵为散，服方寸匕，日三服，并主痈脓，以麦粥下之。功效：行气活血止痛。主治：气血郁滞化热，产后腹痛，烦满不得卧。及其他疾患属于气血郁滞化热证者。

[加减方]

1. 柴胡疏肝散《景岳全书》　本方枳实改枳壳，加香附、川芎。功用：疏肝理气，活血止痛。主治：胁肋疼痛，往来寒热。

2. 逍遥散《太平惠民和剂局方》　当归、芍药，白术、茯苓、柴胡、甘草各 30g、煨姜一块、薄荷少许。为粗末，每服 6g。功用：疏肝解郁，健脾和营。主治：肝郁血虚，而致两胁作痛，寒热往来，头痛目眩，口燥咽干，神疲食少，月经不调，乳房作胀，脉弦而虚者。

3. 加味四逆散（高双）　本方加苍术、瓜蒌、薤白、水蛭、川芎组成。功用：疏肝理脾、宽胸涤痰、活血通脉。治疗高脂血症。

[临床荟萃] 高双等应用加味四逆散治疗高脂血症 100 例，全部病例的诊断均符合卫生部颁布的"中药新药治疗高脂血症的临床研究指导原则"标准（1995 年），治疗结束后按该原则之标准进行疗效判定。结果：临床控制 19 例，显效 45 例，有效 22 例，总有效率为 86%。对高脂血症引起的头晕头痛、肢体麻木、胸闷乏力、精神疲乏的有效率分别为

95.35%、96.43%、87.10%和93.22%，降低TC、TG的有效率依次为87.23%、90.24%。经临床观察，未见不良反应。

[实验研究]

1. 增加心肌收缩力　将猫麻醉后开胸，静脉给予四逆散注射液0.5mg/kg。结果表明，本方能明显增加麻醉开胸猫的心肌的收缩力，加强心脏的射血功能。试验结果表明，本方有类似于去甲肾上腺素的作用，且其作用维持较长时间。另有实验表明，四逆散能够使麻醉犬的心肌收缩力加强，心搏加快，并能显著的对抗戊巴比妥所致的心肌收缩力下降和心脏扩大。试验表明，本方可升高血压，加强心肌收缩力，并能使心率加快，可能与方中所含枳实有关。

2. 抗休克作用　用本方水提取液制成静脉注射液，观察对血压的影响，结果表明：本方对家兔、狗的内毒素休克、心源性休克、失血性休克及其胰岛素休克均有明显保护效果；与其本方兴奋肾上腺α受体和β受体、增强心脏功能、提高机体耐缺氧能力、提高血氧分压、抑制血小板聚集、抗心律失常等有关。拆方研究结果表明，枳实、柴胡、白芍配伍的升压效果最好。

3. 抗心律失常作用　对氯化钙诱发的心律失常大白鼠、氯仿-肾上腺素诱发的家兔的心律失常、乌头碱诱发的心律失常，四逆散均有较好的拮抗作用。

4. 改善微循环　对人体甲襞、球结膜、舌尖部位微循环的影响，通过3名健康志愿者，在口服100%四逆散45ml前后分别观测甲襞循环、球结膜、舌尖微循环和微循环血管的动态变化，同时进行录像对比给药前后的变化，结果3例在管袢动态、血流状态、袢周状态方面均有不同程度的改善。说明四逆散对人体三部位微循环有改善作用。对小鼠试验表明，四逆散对耳廓动、静脉均有明显的扩张作用，且静脉扩张效应大于动脉。进一步试验表明，单味柴胡、芍药对小白鼠耳廓静脉扩

张作用明显，而单味枳实对微血管作用不明显。

5. 其他　四逆散对正常小鼠的免疫功能有促进和增强作用；有明显的抗疲劳和改善神经系统功能作用，增强腓肠肌的收缩力，对加强运动功能，消除骨骼肌疲劳可能有益，改善下丘脑功能；对脑血流图影响的研究表明，该方对正常健康者无明显变化，而患有轻、中度脑动脉硬化者服后脑血流图波形、波幅、上升时间和流入容积速度均有明显改善。实验还发现四逆散对消化系统作用广泛，可增加小鼠胃排空流体和固体的能力，增加大鼠胃运动频率，提高大鼠胆汁流量，改善肝组织炎性水肿病理，防治肝损伤，改善肝功能，阻止肝硬化进展，进而影响血清 DNA 活性。可改善肝脏微循环，保护肝细胞，具有肯定的抗大鼠肝纤维化作用。另外，四逆散有抗病毒及诱发干扰素作用，有较好的抗炎镇痛作用、催眠作用。

[运用心得]　四逆散原为“阳郁四逆”而设，为《伤寒论》治疗热厥之主方，后世医家多用作肝气郁结或肝脾不和所致的胸胁苦满、脘腹胀痛等证。本方药性平和，寓数方之功，有宣通阳气、开郁散结、调和肝脾、泄热消积之功，实为疏肝理气之祖方。临床可应用于心血管疾病或合并胃肠道疾患、合并精神神经系统症状、合并脑血管疾病、合并便秘、阳痿、肥胖症、高脂血症、甲亢、女性更年期综合征等的治疗。药理研究证实有保肝、抗疲劳、改善神经系统功能、增加心肌收缩力等作用。

笔者常以四逆散为基础方治疗心血管疾病、糖尿病性心脏病、代谢性综合征、高脂血症、更年期综合征、肥胖病、甲亢性心脏病等症见抑郁不舒、心烦不宁、头目眩晕、胸闷胁痛者，常与其他疏肝理气药、健脾和胃药相伍，疗效颇佳。本方不适宜于脾虚阳微、阴虚火旺之证。

第二十一节 葛根黄芩黄连汤

[组成] 葛根半斤 甘草二两（炙） 黄芩三两 黄连三两

上四味，以水八升，先煮葛根，减二升，内诸药，煮取二升，去滓，分温再服。

[功效] 和解表里。

[方义分析] 方中重用葛根为君，既解肺卫肌表之邪热，又升发脾胃之清阳；黄芩清肺火、解肌热；黄连清心胃之火、除烦热；二药共同燥湿为臣，伍以炙甘草补脾润肺、和中缓急、调和诸药而为佐使。诸味相协，以奏解表清里之功。

[适应证]

1. 太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者；或发热，项背强急，喘而汗出，口渴，下利恶臭，肛门灼热感，苔黄，脉促或滑数者。

2. 高血压病、冠心病心绞痛、病毒性心肌炎、风湿性心肌炎、心血管神经症、心律失常等出现葛根芩连汤证者。

[类方]

1. 黄芩汤 由黄芩三两 芍药二两 甘草二两（炙）大枣十二枚（擘）组成。功效：清热止利、和胃降逆。为里热下利之祖方。

2. 甘草泻心汤 由甘草四两（炙） 黄芩三两 黄连一两 干姜三两 半夏半升（洗） 大枣十二枚（擘）组成。功效：和胃补中，消痞止利。主治：脾胃虚弱，痞利俱甚者。

[加减方] 葛根芩连汤加味方（阚方旭） 药物组成：葛根 30～45g，黄芩10～15g，黄连 5～10g，生甘草 15～30g，防己 10～15g，黄芪 30～50g，白术 10g。功效：解肌清热利湿。主治：高血压病、冠心病、心律失常等属于太阳、阳明合

病者。

[临床荟萃] 脑动脉硬化症 陈奖文医案：李某，男性，68岁。因患有高血压、脑动脉硬化症，致使双下肢功能受限两年。患者多年来经中西医治疗，效果不显。症见面赤声高，头晕头痛，双下肢不听指挥。脉弦滑有力。处方：葛根60g，黄芩15g，黄连15g，胆南星15g，夏枯草30g，野菊花30g，地龙30g，败龟甲30g。日1剂。连服21剂，病告痊愈。

认为高血压病多责之于肝阳、肝风上扰清窍。然肝阳、肝风上扰，肝木失于疏泄，则脾土郁滞，湿热内生，葛根芩连汤宣肺清胃，解肌升清，使气机升降功能恢复，脾得以升清降浊，肺得以输布津液，则肝升极而降，眩晕头痛，双下肢无力等症自然缓解。试验研究表明，葛根有改善外周循环、脑循环及降压的作用，故重用之。

[实验研究]

1. 抗心律失常作用 ①抗乌头碱引起的心律失常：通过对SD大鼠14只，雌雄兼用，水合氯醛麻醉，描记Ⅱ导联心电图。随机分为给药组和对照组。分别静注葛根芩连汤水醇沉液（100mg/kg）和等容量生理盐水。5min后，静脉注射乌头碱（20μg/kg），观察记录20min内各组大鼠心律失常和死亡数。对照组室颤发生数7只，死亡数7只。给药组室颤发生数2只，死亡数零，两组差别显著（$P<0.05$、$P<0.01$）。结果表明，葛根芩连汤水醇沉液可对抗乌头碱引起的大鼠心律失常。②抗氯仿-肾上腺素引起的兔心律失常：通过兔12只，清醒仰位固定，等平静后，记录Ⅱ导联心电图。使其吸入氯仿至角膜反射消失为止，立即快速静脉注射0.01%盐酸肾上腺素0.5ml/kg，12只兔均出现室性期前收缩。将其分为两组，分别注射葛根芩连汤水醇沉液（50mg/kg）和等容量生理盐水，5分钟后，重复上述试验，比较2组心律失常的发生率，对照组6只兔均发生心律失常，给药组仅1只兔出现期前收缩，余

均正常，2组差别显著（$P<0.025$）。结果表明，葛根芩连汤水醇沉液可对抗氯仿-肾上腺素引起的兔心律失常。另外，葛根芩连汤水醇沉液可对抗氯化钙所致的大鼠心律失常。对抗氯仿诱发的小鼠心律失常。对正常心率有明显减慢作用。对抗异丙肾上腺素加快心率的作用。本方剂还能减慢窦房结自动频率。另外，据报道，葛根芩连汤对几种不同的心律失常模型均有一定的对抗作用。葛根芩连汤水醇法提取液有显著的抗缺氧、抗心律失常作用，减慢心律，松弛平滑肌，这对本方治疗缺氧性疾病，心律失常提供了药理依据。

2. 抗缺氧和抗疲劳作用　葛根芩连汤对常压下小鼠缺氧，能显著延长其存活时间；对抗氢化钾细胞缺氧的影响；对抗亚硝酸钠中毒致小鼠缺氧；对抗异丙肾上腺素所致的昆明种小鼠心肌缺氧；提高小鼠的耐力；另外葛根芩连汤对腹腔巨噬细胞吞噬功能有促进作用；对T淋巴细胞具有促进作用。

3. 其他药理作用　研究表明，该方有解热作用、抗病毒作用、抗菌作用、解痉及抑制胃肠运动作用、增强机体免疫作用。

[运用心得] 葛根芩连汤是《伤寒论》治疗热利的名方，许多临床医家用来治疗湿热泄利，确实是一张很好的清热解毒、清利肠胃郁热的方剂，但临床上在治疗心血管疾病方面鲜有报道。通过探索组方思路及分析药物组成，且从原文“太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也；喘而汗出者，葛根芩连汤主之”来看，其中脉促，《伤寒论辨脉法》云“脉来数，时一止复来者，名曰促”。即脉来急促有力而成不规则的间歇。从这个角度考虑会大大扩展经方的运用范围。笔者在临床用本方加减治疗病毒性心肌炎、心律失常、高血压病、心血管神经症常取得明显疗效。药理研究也证实了其在调节血糖、抗炎、免疫调节、抗心律失常及对心脑的保护作用。本方在临床应用时应谨守病机，灵活应用，不必拘泥于热利，

可广泛应用于多种疾病之胃肠郁热证，在心血管疾病中如病毒性心肌炎、风湿性心肌炎、冠心病、心律失常、高血压病、心血管神经症等多种病症中都可加减使用，常有出人意料之良效，感受到经方越用越神奇的奇妙之处。

第二十二节 肾气丸

[组成] 干地黄八两 山药四两 山茱萸四两 泽泻三两 牡丹皮三两 茯苓三两 桂枝一两 附子（炮）一两

上八味末之，炼蜜和丸梧子大，酒下十五丸，加至二十五丸，日再服。

[功效] 补益肾气。

[方义分析] 肾气丸以干地黄为主药，滋阴补肾，益髓填精；山茱萸补肝阴，敛精气；山药补脾益肾；茯苓健脾化饮，宁心安神；泽泻降肾浊，泻水饮；丹皮降相火，清肝热；附子、桂枝温通经脉，鼓舞肾气，合方共奏补益肾气之功。本方有补有泻，有开有合，补阴之虚，可以生气，助阳之弱，可以化水，如此以助生生之道。

[适应证]

1. 短气有微饮，小便不利；虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利；妇人怀妊，小便不利；男子消渴，小便反多，以饮一斗，小便一斗，伴有腰膝酸软，肢冷怯寒，小腹拘急不仁等。

2. 冠心病心绞痛、病毒性心肌炎、心律失常、高血压病、肺心病、病态窦房结综合征、心血管神经症等出现肾气丸证者，可用上方治疗。

[类方] 栝蒌瞿麦丸 栝楼根二两 茯苓三两 薯蓣三两 附子一枚 瞿麦一两。功能：温阳化水，生津止渴。主治：其人苦渴，有水气，小便不利者。

[加减方] 六味地黄丸（钱乙） 药物组成为肾气丸去桂

枝、附子而成。功用：滋补肝肾。主治：肾阴不足，症见腰膝酸软，头晕目眩，消渴，耳鸣耳聋，盗汗遗精，骨蒸潮热，手足心热，口燥咽干、舌红少苔，脉细数等。

[临床荟萃]

1. 冠心病　叶仰光用金匮肾气丸加味治疗冠心病窦性心动过缓病人30例，处方：熟地黄15g，怀山药15g，山茱萸15g，牡丹皮6～9g，茯苓9g，泽泻9g，桂枝6g，（或肉桂粉1.5g冲服），附子6g，巴戟天10g，黄芪15g，田七粉（冲）1～15g，木香（后入）4.5g。舌质偏紫者，加桃仁9g，红花6g；苔常腻者，加白芥子12g，瓜蒌皮10g。每日一剂，2次煎服，连服30天。结果显效16例，有效12例，无效2例，总有效率93.3%。

2. 高血压病　蔡子鸿治疗阴阳两虚型高血压病30例，随机分为治疗组和对照组各15例，对照组用金匮肾气丸加味：附子6g，山茱萸12g，茯苓12g，野菊花15g，怀山药10g，生地黄15g，钩藤20g，牡丹皮10g，杜仲10g。治疗组在上方基础上加川芎10g，当归10g，桃仁10g。每日一剂，连服15剂。结果治疗组显效3例，有效8例，无效4例，总有效率77.33%；对照组显效2例，有效8例，无效5例，总有效率66.67%。

3. 肺心病　严兆象报道用中西医结合治疗急性发作期肺心病64例。中医辨证分为5型，其中阴阳两虚证证见气喘不能平卧，气短胸闷，心悸发绀，形寒肢肿，尿短频，口燥咽干，烦热汗出，舌质暗红或紫，脉虚数。治以扶阳养阴纳气。药用：金匮肾气丸合生脉散。结果显效27例，好转32例，无效5例，其中1例死亡，总有效率为92.18%。

4. 房室传导阻滞　吴敏田等以肾气丸加味治疗心房纤颤伴Ⅱ°房室传导阻滞，药用：制附子10g，桂枝10g，怀山药20g，熟地黄30g，泽泻15g，茯苓10g，丹参15g，延胡索

15g，黄芪 30g，当归 15g，赤芍 15g，续断 15g，大枣 4 枚，炙甘草 10g，37 剂治愈。

[实验研究]

1. 降血脂抗动脉粥样硬化　肾气丸可使大鼠血清 TG 及胰岛素水平降低，血清 LPO 水平略有降低。血清 HDL-C 升高（只与高糖饲养大鼠相比），大鼠的血清 TC 和葡萄糖及肝 TG 和 LPO 的水平不变。既降低血清甘油三酯水平和胰岛素水平，又不增加血清葡萄糖含量。肾气丸中八种成分对肾上腺和肾上腺皮质激素所致脂细胞脂解作用的影响，结果显示，地黄、牡丹皮、山茱萸、肉桂的水提取物能抑制肾上腺所致的脂细胞脂解作用。牡丹皮、山茱萸及肉桂提取液能明显抑制肾上腺皮质激素所致的脂肪分解，还能增加脂细胞中葡萄糖生成脂肪，明显增加胰岛素所致的葡萄糖生成。肉桂与牡丹皮能抑制激素（肾上腺素）所致的脂解作用。给小鼠喂以高胆固醇饲料，同时在饮水中加入本药，使其自由饮用，12 个月后，可见小鼠肝、心、主动脉脂质有降低之倾向，估计该药对衰老的脂质代谢有良好影响。而且对主动脉的 Ca、P、Mg 值及其^{45}Ca结合量有降低倾向，胶原量降低，说明长期服用有防治动脉粥样硬化的作用。而试验证明，肾气丸能改善大鼠脂质代谢，促进胆固醇代谢。

用家兔做实验，给药组用八味丸加活血药山楂、桃仁、川芎、陈皮，并喂以高脂饲料。用药 18 周后发现，对照组肝脏呈现小叶中心型脂肪变，脂滴含量较多，而治疗组多呈小叶周围型脂肪变，脂滴较少；对照组主动脉粥样硬化斑块稍重，治疗组较轻；对照组酸性磷酸酶较多，治疗组较少，也证明本方对动脉粥样硬化有一定的防治效果。

对 42 例健康老人，12 例脑血管及 10 例高密度脂蛋白-胆固醇（HDL-C）低于 1.16mmol/L 的老年人，连续服用本药 2～3 个月后，其血中游离脂肪酸降低，HDL-C 水平上升，尤

以女性为显著，同时致动脉硬化指数亦均降低。用该方治疗16例分型肾阳虚、肾阴虚、肾阴阳两虚的DLD-C在39mg/dl以下的异常低值患者，服药4个月，显效11例，有效4例，无效1例。服本药5～7.5g/dl，连服3个月，观察HDL-C低于45mg/dl患者10例。结果用药后与用药前相比HDL-C明显上升，上升的病例主要是女性患者。

2. 抗心肌缺血、缺氧　有人对八味肾气丸口服液制剂在抗心肌缺血、缺氧，抗心律失常及抑制血小板聚集方面做了研究。结果表明：本药高剂量及低剂量组均显著延长动物常压耐缺氧时间，存活时间分别为对照组的2.8和2.2倍，与对照组相比均有显著性差异（$P<0.001$）。动物的氧耗速率仅为对照组的44.5%～50.9%（$P<0.001$）。再注射垂体后叶素后对照组心电图出现缺血改变率为90%，该药高剂量组和低剂量组分别为30%及40%，与对照组比较均有显著性差异（$P<0.05$）；给药组（高、低剂量）小鼠对氯仿所致心室颤动的发生率均显著低于对照组（$P<0.01$，$P<0.05$）；给药组（高、低剂量）大鼠对乌头碱诱发心律失常的发生时间均明显延长（$P<0.05$；$P<0.05$）；试验还表明，本药可抑制ADP诱导的大鼠血小板聚集反应，而且5min时完全解聚。故认为该药对血小板聚集的抑制作用可能是其抗心肌缺血的作用机制之一。

3. 其他　本方具有明显的抗衰老作用，能提高阳虚患者体内超氧化物歧化酶活力，具有抗氧化能力，抗自由基和细胞凋亡，提高免疫功能，抗突变、抗辐射损伤等多种作用。

［运用心得］ 肾气丸最早见于《金匮要略》，又称金匮肾气丸，因补益肾气之功，临床应用许多疾病都有明显疗效。由此衍生出来的六味地黄丸、麦味地黄丸、杞菊地黄丸、济生肾气丸等也是目前应用最广泛的药物之一。肾气丸以补益肾气著称，肾气包括肾阴和肾阳。仲景此方实为阴阳双补之剂。张景岳在《景岳全书·新方八略》中云："善补阴者，必于阴中求

阳，则阴得阳助，而源泉不竭；善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助，而生化无穷”。肾气丸组方精妙，以补肾气为主，兼以滋肝、健脾、宁心，清肝、降浊、化饮，具有多种功效。药理研究表明，该方在调整血脂、血糖、抗心肌缺血缺氧、抗衰老等方面作用可靠。

肾气丸治疗的疾病相当广泛，就心血管疾病而言，几乎所有的疾病都有机会使用该方。肾为先天之本，五脏六腑之根，久病必虚，久病及肾，即与先天的“肾”有关。因心肾皆属于少阴，故肾气丸在心血管临床有极高的应用频率和价值。在具体运用中应根据具体情况灵活加减配伍，注意阴阳之间、心肾之间、标本之间等辨证关系。笔者在临证中体会到，治疗心血管疾病，地黄用生地黄为好，生地黄味甘，性凉，是治疗心血管疾病的有效药物，无论是病毒性心肌炎、冠心病心绞痛、心律失常、心力衰竭，生地黄疗效远比熟地黄为好。《神农本草经》载有“干地黄逐血痹，填骨髓，长肌肉，作汤除寒热积聚，除痹，生着优良。久服轻身不老。《神农本草经万种录》曰：“古方只有干地黄、生地黄，专取其性凉而滑利流通，熟地黄则腻滞不凉，全失其本性矣”。确为经验之谈。

临床运用此方时，深刻理解其组方思路和配伍技巧，每能取得良好疗效。

主要参考文献

1. 朱玉芬，周凤君．桂枝甘草龙骨牡蛎汤治疗心血管神经症 32 例．中医药学报，2006，34（3）：49
2. 孙秀风．桂枝加龙骨牡蛎汤治疗窦性心动过缓．长春中医学院学报，1996，12（55）：23
3. 骆新生．桂枝加龙骨牡蛎汤治疗心衰之汗证 52 例小结．甘肃中医，2001，14（6）：21
4. 杜雨茂，张联惠主编．金匮要略阐释．西安：陕西科学技术出版社，1987

5. 任仁安主编．中药鉴定学．上海：上海科学技术出版社，1986
6. 杜建主编．台湾中医药概览．北京：中国医药科技出版社，1990
7. 戴敏，刘青云，丁伟，等．桂枝汤对家兔心肌血流量的影响．中国中药杂志，1995，20（7）：432
8. 湖南医药工业研究所．国外中药研究参考《甘草》，1975
9. 张宝恒．甘草药理作用研究的进展．药学学报．1963，10（11）：688
10. 阴健，郭力弓主编．中药现代研究与临床应用 I. 北京：学苑出版社，1995
11. 李仪奎，姜名瑛主编．中药药理学．北京：中国中医药出版社，1992
12. 山东中医学院主编．中药方剂学．济南：山东人民出版社，1976
13. 张丰强，郑英主编．首批国家级名老中医效验秘方精选．湖南：国际文化出版公司，1996
14. 杨柄权，李勇．瓜蒌薤白半夏汤合红花注射液治疗心律失常 68 例．现代中西医结合杂志，2002，11（22）：2235
15. 王英．瓜蒌薤白半夏汤治疗心律失常 50 例．中国中医急症，2005，14（4）：367～370
16. 李海平．加味瓜蒌薤白白酒汤合海马参七散治疗冠心病心绞痛 48 例疗效观察．中国中医急症，1998，7（6）：256
17. 胡先发．瓜蒌薤白半夏汤治疗冠心病心绞痛 36 例临床观察．湖南中医药导报，2001，7（9）：454
18. 杨晓兰．瓜蒌薤白白酒汤加味治疗冠心病 32 例．上海中医药杂志，1996，（8）：10
19. 雷忠义．加味瓜蒌薤白汤治疗冠心病心绞痛 104 例．陕西中医，1983，4（4）：23
20. 单书健，陈子华主编．古今名医临证金鉴·胸痹心痛卷．北京：中国中医药出版社，1999
21. 何熹延．痰与心脏疾病．南京中医学院学报，1986，（1）：17
22. 徐建玉．中医辨证配合气功治疗心律失常 135 例．陕西中医，1996，17（9）：394
23. 赵静波，王泰龄．长梗薤白提取物对试验性动脉粥样硬化的预防作用．中华医学杂志，1986；66（3）：145

24. 彭鑫，王洪蓓主编．张仲景方剂实验研究．北京：中国医药科技出版社，2005
25. 魏丹蕾，李思宁．人参汤合枳实薤白桂枝汤治疗糖尿病无症状性心肌缺血35例．陕西中医，2006，27（7）：776～777
26. 林志斌．人参汤合红花注射液治疗冠心病伴左心功能不全．浙江实用医学，2003，8（5）：288
27. 贾太谊，贾磊．经方加味辨证治疗心衰验案3则．国医论坛，1997，12（3）：11
28. 秦鉴，罗志强，金明华．四逆加人参汤治疗冠心病心绞痛血液流变学观察．实用中医杂志，1997，（2）：25
29. 刘明达．中医治疗风湿热95例临床体会．上海中医药杂志，1963，（1）：4
30. 侯勇谋，罗伟，刘方洲，等主编．张仲景方剂现代临床应用．北京：中国医药科技出版社，2005
31. 罗陆一．人参汤抑制脂质过氧化物的试验．国医论坛，1992，（4）：42
32. 谢鸣主编．中医方剂现代研究．北京：学苑出版社，1997
33. 罗陆一．人参汤对老龄大鼠红细胞超氧化物歧化酶活性及血清脂质过氧化物含量的影响．国医论坛，1994，（6）：37
34. 福武胜幸．两种汉方药对HIV感染者临床效果的研究．国外医学．中医中药分册，1991，13（6）：28
35. 张万岱．中西医结合研究“脾”本质的进展概况和今后设想．新中医，1980，（1～2）20
36. 罗云鹏．理中汤对氢考阳虚小鼠免疫功能影响的试验观察．中医研究，1988，（3）：2
37. 李世君．针药合治冠心病56例小结．针灸临床杂志，2000，16（8）：28
38. 杨百茀，李培生主编．实用经方集成．北京：人民卫生出版社．1996
39. 奚肇庆．《金匮要略》胸痹方在呼吸系统疾病中的应用．南京：中医药大学学报，1998，14（1）：39～40
40. 范东明，段风丽，李冀．段富津教授治胸痹经验（二）．中医药信息，2002，19（6）：28

41. 李聪甫：试论胸痹与脾胃辨证的关系．中医杂志，1983，(1)：13
42. 王琦，盛增秀，蒋厚文，等主编．经方应用．银川：宁夏人民出版社，1981
43. 李文瑞，李秋贵主编．金匮要略汤证论治．北京：中国科学技术出版社，2000
44. 金寿山．《金匮要略》选讲—胸痹讲稿．新医药学杂志，1975，(6)：20
45. 谭日强．金匮要略浅述．北京：人民卫生出版社，1981
46. 刘绍炼．茯苓杏仁甘草汤加味临证举隅．四川中医，1988，16(3)：54
47. 曹生海，张广梅．刘星元辨治心血管病的经验探讨．陕西中医，2006，27 (7)：839
48. 朱鹏程，龙云．生脉陷胸汤加味治疗劳累性心绞痛 40 例临床观察．湖南中医药导报，2004，10 (5)：14
49. 陆保磊，闫涛，卫华．充血性心力衰竭—苓桂味甘汤治疗充血性心力衰竭 68 例，河南中医药学刊，2005，15 (6)：5～6
50. 阴健主编．中药现代研究与临床应用Ⅱ．北京：中医古籍出版社，1995
51. 朱颜．中药药理与应用．北京：人民卫生出版社，1958
52. 王端岳．葶苈大枣泻肺汤治疗肺心病心衰．四川中医，1991，(7)：22
53. 幸良诠．重剂葶苈大枣泻肺汤加枳实治疗充血性心力衰竭 50 例临床观察．中国中医通讯，1988，(5)：3
54. 纪秀兰．葶苈大枣泻肺汤治疗心包积液的疗效观察．天津中医，1994，11 (3)：22
55. 范萍．葶苈大枣泻肺汤治疗 CRF 合并心包积液 48 例分析报道．河南中医，2000，20 (5)：36
56. 李建华，李智琴．加味葶苈大枣泻肺汤治疗渗出性胸膜炎 28 例，陕西中医，2000，21 (10)：446
57. 陈斯宁．葶苈大枣泻肺汤配合抗结核药治疗结核性渗出性胸膜炎 35 例．浙江中医杂志，2002，37 (2)：57
58. 王晓平．葶苈大枣泻肺汤和小陷胸汤治疗结核性胸膜炎 48 例．中国

民间疗法，2002，10（12）：48
59. 杨义靖，尹辉林．加味葶苈大枣泻肺汤治疗非进行性血胸．中医正骨，1998，10（3）：57
60. 江苏新医学院主编．中药大辞典．上海：上海人民出版社，1977
61. 夏菁．葶苈大枣泻肺汤在治疗中毒性肺水肿中的应用．上海中医药杂志，1993，（8）：23
62. 王庆昌．薏苡附子散加味治疗胸痹62例．国医论坛，1993，（6）：17
63. 徐光华，张学山，黄展新，等．乌头赤石脂汤合丹参注射液治疗急性心肌梗死的疗效观察．新中医，2001，33（9）：30
64. 傅强，吕长青，李华．乌头赤石脂丸治疗病态窦房结综合征20例．浙江中医杂志，2006，41（8）：452
65. 满广博．辨证治疗冠心病112例疗效观察．实用中医内科杂志，2005，（19）3：230
66. 刘长玉，张兆鹏．辨证施治加丹参粉针治疗冠心病心绞痛40例．心脑血管病防治，2002，2（2）：19
67. 刘俊士．乌头赤石脂丸的辨证新用．中医杂志，1987，（4）：28
68. 秦书礼．胸痹心痛治验五则．中医药学报，1986，（2）：31
69. 曲瑰琦．乌头赤石脂丸的临床应用．中国医药学报，1998，13（2）：49
70. 张恩勤主编．经方研究．济南：黄河出版社，1989
71. 金寿山主编．金匮诠释，上海：上海中医学院出版社，1986
72. 刘茜，阚方旭．防己黄芪汤合真武汤加减治疗心力衰竭临床观察．甘肃中医学院学报，2006，23（2）：25～26
73. 贺丽娜．防己茯苓汤治疗慢性充血性心力衰竭80例．实用中医内科杂志，2005，19（1）：44～45
74. 李春生．《金匮》防己黄芪汤治疗单纯性肥胖病合并高脂血症两例．中医药学报，1983，（5）：36
75. 清·吴瑭主编．吴鞠通医案．北京：人民卫生出版社，1960
76. 汪惠斯，张绪生，张满芝．加减木防己汤治疗充血性心力衰竭临床研究．湖南中医学院学报，2005，25（1）：30～3
77. 沈秋生．防己黄芪汤为主治疗特发性水肿60例．四川中医，2003，

1 (21)：41

78. 刘文军．戴希文，李秀英，等．防己黄芪汤合当归芍药散治疗慢性肾炎高血压的临床报道．中医药信息，1997，(5)：28
79. 张忠，文旺秀，谭胜国．防己黄芪胶囊对高血压病患者（气虚痰湿证）血浆内皮素及左心舒张功能的影响．四川中医，2001，19 (4)：7
80. 陆纪宏，等．防己黄芪汤降低人类体重的研究．辽宁中医杂志，1992，19 (12)：16
81. 吉田麻美，等．防己黄芪汤降低试验性动物及人类血清血脂水平．国外医学．中医中药分册，1996，18 (4)：30
82. 宫本尚，等．防己黄芪汤的减肥功能．国外医学．中医中药分册，1996，18 (2)：20
83. 吉田麻美，等．日本东洋医学杂志．防己黄芪汤对于内脏脂肪肥胖型糖尿病患者的疗效．1997，47 (6)：107
84. 喜多岛修也，等．防己黄芪汤对试验性肥胖性大鼠尿量的影响．国外医学．中医中药分册，1994，16 (5)：26
85. 陈勇，吴敏毓．防己黄芪汤对脾虚小鼠MΦ、T细胞功能的影响．安徽中医学院学报，2000，19 (1)：48
86. 黄勇，吴敏毓，等．不同剂量黄芪组方的防己黄芪汤对正常小鼠免疫功能的影响．中药药理与临床，1997，13 (2)：8
87. 施杞，等．防己黄芪汤对试验性动物的关节痛的作用．中国骨伤，1992，5 (2)：3
88. 清水宽，等．防己黄芪汤抗炎镇痛作用机制研究．国外医学·中医中药分册，1991，13 (4)：24
89. 喜多岛修也，等．防己黄芪汤对实验性肥胖症大鼠尿量的影响．国外医学·中医中药分册，1994，16 (5)：26
90. 陆纪宏，等．防己黄芪汤降低人类体重的研究．辽宁中医杂志，1992，19 (12)：16
91. 吉田麻美，等，防己黄芪汤降低实验性动物及人类血清血脂水平．国外医学·中医中药分册，1996，18 (4)：30
92. 周桂芝，江小青．炙甘草汤治疗病毒性心肌炎30例．黑龙江中医药，1996，(3)：20

93. 铁萱．炙甘草汤加减治疗病毒性心肌炎33例．陕西中医，1997，18（9）：387
94. 秦春红，张灵敏，崔瑞芳，等．炙甘草汤加味治疗扩张型心肌病38例．浙江中医杂志，2003，（2）：53
95. 孟红涛，朱建国，陈海林，等．炙甘草汤对病毒性心肌炎所致室性早搏疗效观察．中国全科医学，2002，5（6）：462
96. 刘维琴．炙甘草汤合补阳还五汤加味治疗缓慢性心律失常临床观察．四川中医，2006，24（1）：66
97. 武志平，闫桂玲．炙甘草汤合柴胡桂枝干姜汤治疗心律失常32例．新中医，2002，34（8）：56
98. 王佐明．炙甘草汤合生脉散加减治疗心律失常60例．实用中西医结合杂志，1998，11（2）：176～177
99. 岳建平．炙甘草汤治疗虚性室性早搏60例．国医论坛，1996，11（2）：14
100. 小树平．炙甘草汤加减治疗早搏60例．中华中西医杂志，2005，6（9）：743
101. 周荣峰．炙甘草汤治疗病窦综合征19例小结．湖南中医杂志，1995，11（2）：64
102. 李桂珍，侯彩兰．肖国良，等．炙甘草汤治疗低血压证68例疗效观察．中医药研究，1994，（1）：29
103. 潘克英，胡继鹰，章敏，等．炙甘草汤对心律失常拮抗作用的试验研究．长春中医学院学报，2000，16（6）：47
104. 王立斌，常繁华，狄俊英，等．加味炙甘草汤抗心律失常作用的试验性观察．天津中医，1989，（5）：11
105. 连晓媛，等．炙甘草汤抗心律失常试验研究．中药药理与临床，1993，9（6）：1
106. 李政木，王萧，等．炙甘草汤抗心律失常的试验研究．福建中医药，1998，12（6）：19
107. 李萍，康毅，刘艳霞，等．炙甘草汤注射液对正常及“阴虚”大鼠心律失常的试验研究．中药药理与临床，1994，（4）：5
108. 陈元禄，黄体钢，曹煦，等．加味炙甘草汤注射液治疗病态窦房结综合征的电生理研究．中国中西医结合急救杂志，2000，7（3）：78

109. 沈玲，陈奇，刘妍．炙甘草汤对离体心肌生理特性的影响．中药药理与临床，1994，(6)：1
110. 李宏森，周爱民，王咏梅，等．炙甘草汤抗肾上腺素诱发心律失常的实验观察．河北中医，1993，(4)：32
111. 董福轮，季蓓．麻黄附子细辛汤治疗肺心病心功能不全，黑龙江中医药，1994，(5)：13
112. 庄福渊．麻黄附子细辛汤治疗心动过缓60例．安徽中医学院学报，1994，13 (4)：6
113. 孟昭全．麻黄附子细辛汤加减治疗病窦综合征50例．实用中西医杂志，1991，13 (14)：16
114. 毛建平．麻黄附子细辛汤合保元汤治疗病窦综合征30例．广西中医药，1996，19 (4)：10
115. 坂口佳司．麻黄剂对心绞痛发作的影响．国外医学·中医中药分册，1994，16 (3)：24
116. 沟口靖他．麻黄附子细辛汤对大鼠腹腔渗出性巨噬细胞内钙离子的影响．日本东洋医学杂志，1991，41 (3)：133
117. 高天德．桂枝甘草汤治疗原发性低血压46例．实用中医药杂志，2001，17 (6)：20
118. 孙慧君，霍根红．真武汤合桂枝甘草汤治疗充血性心力衰竭48例．国医论坛，1992，(6)：13
119. 樊来应．桂枝甘草汤治疗胸痹疗效观察．辽宁中医杂志，2005，3 (23)：221
120. 洪丽生，刘长节．桂枝甘草汤加减治疗心血管疾病疗效观察．福建医药杂志，2006，28 (2)：150
121. 陈明，刘燕华，李芳主编．刘渡舟临证验案精选．北京：学苑出版社，1996
122. 张丰强，郑英主编．首批国家级名老中医效验秘方精选．湖南：国际文化出版公司，1996
123. 吴同启．加减苓桂术甘汤治疗冠心病心绞痛60例．中国中医药信息杂志，2004，11 (6)：536
124. 王敬义．苓桂术甘汤结合西药治疗心律不齐．四川中医，1995，(8)：27

125. 文旺秀．苓桂术甘汤治疗充血性心衰 33 例分析．实用医学杂志，1993，9（5）：46
126. 刘兴旺．苓桂术甘汤加味治疗慢性心功能不全．湖南中医药导报，1998，（7）：35
127. 姚运林．苓桂术甘汤合己椒苈黄丸治疗心包积液 28 例临床观察．湖南中医学院学报，1992，12（4）：12
128. 罗月中．老年顽固性肺部感染并肺性心衰 32 例治疗观察．新中医，1997，29（9）：18
129. 严兆象．中西医结合治疗急性发作期肺心病 64 例．浙江中医学院学报，1994，18（3）：12
130. 赵保记，申向梅．加味苓桂术甘汤治疗慢性肺源性心脏病 26 例．河南中医，2004，24（1）：10
131. 李建明．苓桂术甘汤治疗高血压病．陕西中医，1996，12（2）：34
132. 傅延龄，张卫健．苓桂术甘汤对心血管的药理作用．北京中医学院学报，1990，13（4）：47
133. 齐鑫，王敏伟，刘兴君，等．苓桂术甘汤对犬急性心肌缺血的影响．沈阳药科大学学报，2002，19（3）：208
134. 刘志峰，高鹏翔．复方丹参和苓桂术甘汤对缺氧所致心钠素和抗利尿激素释放的影响．青岛医学报，1996，32（2）：135
135. 谢鸣主编．中医方剂现代研究，北京：学苑出版社，1997
136. 张云彬．苓桂术甘汤化学成分的实验研究．贵阳中医学院学报，1989，（4）：49
137. 许济群．高等医药院校教材·方剂学．上海：上海科学技术出版社，1985
138. 马有凤，常广树．五苓散佐治充血性心力衰竭．实用中医内科杂志，2002，16（1）：11
139. 康兴霞．茵陈五苓散加味治疗高脂血症 30 例——辅西药烟酸肌醇脂片治疗 30 例对照．浙江中医杂志，2000，35（1）：15
140. 王玉明，张云云．五苓散加味治疗高尿酸血症临床观察．北京中医，2003，22（1）：19
141. 陈纪藩主编．中医药学高级丛书·金匮要略．北京：人民卫生出版社．2000

142. 张正昭．五苓散证及物苓散作用机制的探讨．中国中西医结合杂志，1983，(2)：121
143. 张仲一，高岚．五苓散对大白鼠试验性急性肾性高血压影响的试验观察．天津中医，1994，11 (4)：29
144. 周联，陈芝喜，陈津岩．五苓散及其组分对正常小鼠血浆心钠素含量的影响．中国中西医结合杂志，1995，15 (1)：36
145. 原中琉璃子．五苓散对肾功能不全的防治作用．国外医学·中医中药分册，1983，(3)：43
146. 李文瑞，李秋贵主编．伤寒论汤证论治．北京：中国科学技术出版社．2000
147. 陶汉华，张苏颖，贾士安，等主编．刘献琳学术经验辑要．济南：山东科学技术出版社，2000
148. 王健．茯苓四逆汤治疗肺心病心衰 37 例分析．时珍国医国药，2000，11 (11)：1010
149. 姚策群．真武汤加味治疗充血性心力衰竭 38 例．湖南中医杂志，2003，19 (1)：20
150. 卢祥之主编．中国名医名方．北京：中国医药科技出版社，1991
151. 邹存珍，马国庆，阎子生．真武汤加味治疗肺心病合并充血性心力衰竭 20 例．中医药信息，2003，20 (1)：35
152. 李光华．真武汤加味治疗充血性心力衰竭 30 例．中医药信息，1995，(6)：25
153. 宋峻，王永标．真武汤加减治疗慢性心衰 172 例．四川中医，1999，17 (6)：25
154. 张容德，程桂英．真武汤辨治老年缓慢型心律失常．四川中医，1997，15 (11)：28
155. 刘春华．辨证分型治疗病态窦房结综合征 38 例总结．湖南中医杂志，1996，12 (5)：5
156. 孙秀英，李运伦．真武汤加减治疗老年人高血压 30 例．山东中医药大学学报，1995，19 (5)：317
157. 陈治英，崔淑荣，庄生一，等．应用主成份分析评价肺心病急性发作期化痰的治疗作用．中西医结合杂志，1988，(8)：457
158. 仇增永．真武汤为主治疗椎-基底动脉缺血性眩晕 48 例．河南中医，

2001，21（2）：14
159. 黄任平．真武汤加味治疗梅尼埃综合征20例．实用中医内科杂志，1996，10（4）：23
160. 毕明义．真武汤治疗眩晕病162例．新中医，1991，（9）：26
161. 黄仲举．真武汤加减治疗梅尼埃综合征．浙江中医学院学报，1994，18（4）：15
162. 韩潮．真武汤治疗梅尼埃综合征42例．陕西中医，1994，15（3）：105
163. 任艳芸，李艳霞．真武汤合用西药治疗扩张型心肌病疗效观察．辽宁中医杂志，2005，（2）：139
164. 范红玲．真武汤加味治疗扩张型心肌病37例．中华实用中西医杂志，2003，3（16）：1074～1075
165. 周化明，张启明，王哲民．真武汤对阳虚小鼠肾上腺皮质醇昼夜节律的影响．山东中医学院学报，1996，20（1）：46
166. 杜雨茂．真武汤为主治疗慢性肾衰的临床与实验研究．中国医药学报，1991，6（4）：10
167. 李珊珊，尚炽昌．真武汤温阳利水作用的实验研究．河南中医学院学报，1998，（3）：5
168. 王均宁．真武汤对脂质代谢影响的试验研究．中国中医药科技，1996，3（3）44
169. 王均宁．真武汤对其拆方强心利尿作用的实验研究．中成药，1997，19（3）：27
170. 王均宁．真武汤对心血管的药理作用及组方研究．山东中医学院学报，1992，16（2）：37
171. 仇增勇．真武汤为主治疗肺心病伴右心衰竭28例．浙江中医杂志，1992，29（1）：44
172. 朱章志，等主编．经方临床应用与研究．广州：广东经济出版社，1997，92
173. 朱章志，龙新生，等．加味真武汤对充血性心衰模型血流动力学及血管紧张素Ⅱ的影响．中药新药与临床药理，2001，9（5）：342
174. 王钰霞，陈魁敏，郝伟，等．真武汤的药效学研究．辽宁中医杂志，2000，27（12）：565

175. 李东晓主编．胸痹心痛古今名家验案全析．北京：科学技术文献出版社，2004
176. 亚全志，郑全章．通脉四逆汤加人参治疗病窦综合征．全国第二届仲景学术思想研讨会论文集．郑州：1995
177. 金明华．四逆汤防治冠心病心绞痛的临床研究．中药材，2003，26（1）：71
178. 梁英明．四逆汤治疗冠心病心绞痛的临床研究．中药材，2005，28（8）：737～738
179. 秦鉴，吴伟康，张洁文，等．四逆汤治疗冠心病心绞痛患者生活质量的变化．中药材，2004，（5）：385～386
180. 吴伟康．四逆汤防治急性心肌梗死溶栓疗法再灌注损伤的动态心电图研究．中国中西医结合杂志，2001，21（10）：744
181. 潘小峰．四逆汤加味治疗单纯性晕厥96例．浙江中西医结合杂志，2000，10（7）：5
182. 窦立刚．四逆汤合方治疗雷诺综合征28例临床观察．中医药报，2000，（2）：21
183. 谭福天．通脉四逆汤在周围血管病中的应用．吉林中医药，1993，（3）：31
184. 叶勇．白通汤加味治疗高血压病．中国民间疗法，2000，8（8）：29
185. 高岚．四逆汤对左心室舒张功能的影响．现代中西医结合杂志，2000，9（2）：112
186. 罗汉川，等．四逆汤抗犬急性心肌缺血的试验研究．中国病理生理杂志，1999，15（11）：994
187. 黄河清．保心胶囊对大鼠急性心肌缺血及血液流变性的影响．中成药，2000，20（4）：285
188. 吴伟康，等．老化对心肌缺氧性应激耐受力的影响及SOD、ATP、四逆汤的保护作用．中国病理生理杂志，1997，13（1）：61
189. 天津南开医院．动物试验研究简况．天津医学通讯，1992，（11）：46
190. 唐朝枢．四逆汤肠道给药对家兔试验性休克的治疗作用．中药杂志，1982，（11）：73
191. 吴伟康．四逆汤对动脉粥样硬化家兔脂代谢及血管内皮功能的影

响．第一军医大学学报，2000，20（2）：141
192. 黄河清．四逆汤与维生素E抗血管内皮功能氧化损伤与防治家兔试验性动脉粥样硬化的比较研究．中国病理生理杂志，2001，17（2）：154
193. 吴伟康，罗汉川，侯灿．四逆汤抗自由基保护应激老年小鼠心脏的研究．中药药理与临床，1994，（5）：1
194. 朱新华．四逆汤免疫调节活性的试验研究．中国实验临床免疫学杂志，1996，8（2）：44
195. 黄春林主编．心血管科专病中医临床诊治．北京：人民卫生出版社，2005
196. 杨峰．冠心病心绞痛辨证分型治疗118例．中国中医急症，1994，3（4）：153
197. 卢寅熹．当归四逆汤临床应用举隅．中成药，1993，15（11）：39
198. 黄忠新．当归四逆汤临床应用举隅．安徽中医临床杂志，2000，12（2）：120
199. 章继才．参芪当归四逆汤治疗窦性心动过缓．四川中医，1996，14（9）：34
200. 刘维，刘柏炎，黄加友．当归四逆汤加味治疗心阳瘀阻型病态窦房结综合征30例．湖南中医学院学报．2001，21（3）：53
201. 马伯．中药治疗肺心病合并心力衰竭52例．陕西中医，1994，15（10）：443
202. 杨秀金．当归四逆汤临床新用．山东中医杂志，1999，18（8）：378
203. 唐茂清．当归四逆汤治疗胸痹40例．安徽中医临床杂志，1999，11（2）：68
204. 陈浩．当归四逆汤治疗血管神经性头痛58例．陕西中医，2000，21（9）：399
205. 周丽娜．当归四逆汤的药理研究与临床应用．中成药，2000，22（7）：58
206. 杨建平．当归四逆汤的临床应用．福建中医药，1989，20（5）：45
207. 林珍莲．当归四逆汤治疗经期头痛100例——附头痛片治疗30例对照．浙江中医杂志，2000，35（10）：423
208. 纪伟．当归四逆汤加减治疗系统性硬化症的体会．北京中医，

1997，16（5）：19
209. 庄球钦．加味当归四逆汤治疗雷诺氏病50例．陕西中医，1995，16（11）：488
210. 王兆阳，王福英．当归四逆汤皮肤科应用举隅．黑龙江中医药，1998，（4）：26
211. 梁兆龙．当归四逆加吴茱萸生姜汤治疗小儿肢端动脉痉挛病．河南中医，1994，14（3）：168
212. 孙文荣．当归四逆汤加减治疗小静脉瘀滞症．中医正骨，1999，11（12）：54
213. 杜建忠．当归四逆汤化裁治验举隅．内蒙古中医药，1997，16（1）：38
214. 詹学斌．当归四逆汤加减治疗血栓闭塞性脉管炎．浙江中医学院学报，1985，（5）：24
215. 张云翔．联合方组治疗坏疽期血栓闭塞性脉管炎．中医药研究，1999，15（5）：32
216. 李立凯．当归四逆汤临床应用举隅．实用中医内科杂志，2000，14（2）：17
217. 金宝良．当归四逆汤在国外的研究及应用．吉林中医药，1996，（2）：42
218. 彭鑫，王洪蓓主编．张仲景方剂实验研究．北京：中国医药科技出版社，2005
219. 国维．当归四逆汤防治偏头痛52例的疗效和机制探讨．中华医学杂志，1981，61（1）：57
220. 金井成行．当归四逆加吴茱萸生姜汤对冷症的效果、与配伍生药药效的相关性．国外医学·中医中药分册，1994，16（4）：24
221. 邓文龙主编．中医方剂的药理与应用．重庆：重庆出版社，1990
222. 黄方，黄罗生，成俊，等．当归四逆汤活血化瘀作用的试验研究．中国试验方剂学杂志，1995，5（5）：31
223. 窦昌贵，成俊，黄芳，等．当归四逆汤镇痛抗炎作用的试验研究．中国试验方剂学杂志，1999，5（5）：38
224. 西泽芳男．当归四逆加吴茱萸生姜汤的深部体温上升机制的探讨．国外医学·中医中药分册，1989，11（3）：59

225. 金井成行．当归四逆加吴茱萸生姜汤体内动态的探讨——与热象图比较．国外医学·中医中药分册，1994，16（1）：30
226. 张振东，冯克谦．当归芍药散加味治疗心绞痛 96 例．浙江中医杂志，1995，30（12）：542
227. 范建军．中西医结合治疗缺血性中风 50 例．中国民间疗法，1999，12（12）：40
228. 耿宏伟，张改莲，杨彦．当归四逆散治疗高血压病湿滞血瘀型 32 例．河南中医药学刊，1995，10（5）：33
229. 刘文军，戴希文，李秀英，等．防己黄芪汤合当归芍药散治疗慢性肾炎高血压的临床报道．中医药信息，1997，（5）：28
230. 龙菊香．当归芍药散加味治疗血管神经性头痛 31 例．湖南中医杂志，1994，19（1）：29
231. 郭延秋，黄蓉，杨晓霞．当归芍药散加山莨菪碱治疗偏头痛 29 例．淮海医学杂志，2002，20（5）：434
232. 牟海鹰．当归芍药散加温治疗眩晕 87 例．四川中医，1998，16（5）：28
233. 李向振，王海英．当归芍药散治疗眩晕证 32 例临床观察．内蒙古中医药，1998，10（2）：13
234. 袁军主编．张仲景医方精要．石家庄：河北科学技术出版社，2004
235. 杨军，王静，戴建勇．脑康泰胶囊对血液流变学系统的影响．中国中医药信息杂志，2000，7（10）：25
236. 贝原学，等．当归芍药散对妊娠大鼠血液流态的影响．汉方医学，1984，8（11）：166
237. 渡边贤一．当归芍药散对妊娠中毒症模型的影响．和汉医药学会志，1988，5（3）：27611
238. 周永禄．当归芍药散的药理研究．中成药，1991，13（12）：28
239. 鸟居冢和生．当归芍药散对正常人血液粘度和血小板功能的影响．和汉医药学会志，1987，4（1）：209
240. 林孝秀．当归芍药散对 26 例患者全血粘度的影响．和汉医药学会志，1988，5（3）：2647
241. 林孝秀．当归芍药散对血液流变学及人球结膜微循环流变的影响．日本东洋医学杂志，1989，39（4）：1858
242. 邓文龙．当归芍药散药理及临床研究进展．浙江中医杂志，1987，

22（8）：345
243. 户田静男．当归芍药散对小鼠红细胞膜脂质过氧化和溶血现象的影响．和汉医学杂志，1988；5（3）：324
244. 刘平．当归芍药散治疗功能性子宫出血 83 例报告．中医杂志，1983，20（1）：425
245. 何宏文，姚志彬，等．当归芍药散对老年小白鼠 SOD 活性、MDA 含量的影响．中国民政医学杂志，1998，10（5）：297
246. 何宏文，姚志彬，袁群芳，等．当归芍药散对老年小白鼠运动功能的影响．中国民政医学杂志，2000，12（1）：29
247. 何宏文，卢汉平，谢瑶，等．当归芍药散加味方对老年鼠脑组织和淋巴细胞 β-AR 的影响．中国中医基础医学杂志，2002，8（6）：4
248. 林志宏，朱丹尼，严永清，等．当归芍药散防治老年期痴呆的物质基础与作用机制Ⅰ-组方作用协同性与选择性研究．中国实验方剂学杂志，2002，8（1）：16
249. 林志宏，朱丹尼，严永清，等．当归芍药散防治老年期痴呆的物质基础与作用机制研究Ⅱ-组方作用机制与选择性研究．中国实验方剂学杂志，2002，8（4）：18
250. 吴荣民，吴江，钱小奇．大柴胡汤加味治疗高脂血症 52 例．浙江中西医结合杂志，2003，1（13）：30
251. 陈利平，刘梅．大柴胡汤化裁方治疗 2 型糖尿病合并高脂血症 58 例疗效观察．新中医，2005，（37）11：34
252. 苏德易，汪自立．大柴胡汤治疗高血压 23 例．实用中医药杂志，1998，14（1）：28
253. 费忠东．大柴胡汤方证研究．江西中医药，2001，（24）8：43～45
254. 太田好次．大柴胡汤对乙醇引起大鼠脂质代谢异常的改善作用．国外医学·中医中药分册，1989，11（11）：60
255. 山野繁．大柴胡汤对血清脂质代谢及颈总动脉血流动态的影响．国外医学·中医中药分册，1995，7（2）：52
256. 清·汪昂主编．医方集解．上海：上海科学技术出版社，1959
257. 高双，杜光亮，高铸烨．加味四逆散治疗高脂血症 100 例．辽宁中医杂志，2000，27（5）：211
258. 龚传美，管喜文，王义雄等．四逆散对麻醉猫心功能的影响．中药

药理与临床，1985，(1)：18
259. 赵光东，等．四逆散及其单味药水醇沉液对家兔、狗动脉血压的影响和原理初探．仲景学说与临床，1985，(2)：40
260. 谢碧桃．四逆散的药理作用研究．泸州医学院学报，1980，(2)：9
261. 龚传美，魏爱红，管喜文．四逆散对人、小白鼠微循环的影响．中药药理与临床，1991，7 (2)：6
262. 李廷利，朱维莉，齐风琴，等．四逆散催眠作用的实验研究．中医药信息，2004，(1)：封三
263. 陈奖文．陈奖文医案．新中医，1987，(12)：43
264. 王孝先．葛根芩连汤实验研究及临床应用．新疆医科大学学报，2000，23 (3)：279
265. 叶仰光，陈振兴，李维丹．肾气丸治疗冠心病窦性心动过缓．福建中医药，1993，24 (2)：28
266. 蔡子鸿，洪振鑫，许盈湖．活血化瘀法治疗高血压病初探，实用中西医结合杂志，1994，7 (6)：367
267. 严兆象．中西医结合治疗急性发作期肺心病 64 例．浙江中医学院学报，1994，18 (3)：31
268. 吴敏田，张传啟．《金匮》肾气丸加味心房纤颤伴Ⅱ°房室传导阻滞 1 例．河南中医，1995，15 (4)：513
269. Oshiyukt kymura et al. 和汉药“八味丸”对高糖饮料饲养大鼠脂质代谢的影响．国外医学·中医中药分册，1987，(6)：26
270. 原中硫璃子．六味丸、八味地黄丸、柴胡加龙骨牡蛎汤对动脉粥样硬化的影响．国外医学·中医中药分册，1987，(2)：30
271. 侯双风．八味地黄丸对动脉粥样硬化防治研究．第一军医大学学报，1983，(1)：31
272. 渡道宣佳．八味地黄丸降血脂之研究．新药与临床，1982，31(8)：1366
273. 水岛宣昭．八味地黄丸的疗效及其对 HDL-C 的影响考察．国外医学·中医中药分册 1983，(6)：49
274. 戴其舟．八味地黄丸降血脂的研究．国外医学·中医中药分册，1983，(1)：49
275. 张建新，李兰芳，吴树勋，等．八味地黄液药理作用研究．中成药，1994，16 (3)：32



疾病篇

第一章　心血管病常见症状及经方治疗

第一节　胸闷胸痛

胸闷胸痛是心血管系统疾病常见的症状，多见于冠心病心绞痛、急性心肌梗死、心包炎、高心病、肺心病等。轻者仅感胸闷如窒，呼吸欠畅，重者则有胸痛，严重者心痛彻背，背痛彻心。是胸痹的主要症状。多因心脏阴阳气血虚损及寒凝、热结、痰阻、气滞、血瘀等因素引起。

张仲景在《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》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"。说明 胸痹病机为"阳微阴弦"，本虚标实。阳指胸阳，包括心阳与肺气，阳微乃胸阳不振，宗气不足；阴为阴邪，阴弦为阴邪痹阻胸阳，包括痰浊、水饮、寒凝、气滞、血瘀等。

关于胸痹的治疗　仲景立宣痹通阳为治疗大法，注意本病为本虚标实之证。治疗以扶正祛邪，"急则治其标，缓则治其本"为原则，祛邪以宣痹通阳为主，扶正以温阳益气为主。胸痹的主证、主脉是：喘息咳唾，胸背痛，短气，寸口脉沉而迟，关上小紧数。治以通阳散结，豁痰下气，方用瓜蒌薤白白

酒汤。

在上证基础上，添加“胸痹不得卧，心痛彻背者”，是胸痹症状加重，由于喘息咳唾、短气症状加重，以致不能平卧，此为痰浊壅盛，肺气壅滞不利，宣降失司之故，胸痛症状亦由胸背痛发展到心痛彻背，此为痰浊壅塞胸中，痹阻心肺之阳气所致。故用瓜蒌薤白半夏汤以通阳散结，豁痰下气治疗。方用瓜蒌薤白白酒汤通阳散结，豁痰下气，加半夏逐饮降逆；且将白酒由7升加至1斗，服药次数由日1次改为日3次，以增强通阳止痛，逐饮散结之力；薤白由半斤减为3两者，是因为病位已趋下移之故。

如出现“胸痹心中痞，留气结在胸，胸满，胁下逆抢心”之证，是由于在喘息咳唾，胸背痛，短气的基础上，又出现胸满，胃脘部痞闷，胁下之气上逆心胸之“留气结在胸”之证，说明胸阳痹阻之证已由胸部扩展到胃脘部、两胁。其证偏实者，是由于胸阳不振，痰浊阴寒之气内盛，气滞不通、上逆所致，上述病情表现较急，且兼有腹胀、大便不畅、舌苔厚腻、脉弦滑等症。当治以宣痹通阳，泄满降逆为法。方用枳实薤白桂枝汤。本方即是瓜蒌薤白白酒汤去白酒加桂枝、枳实、厚朴而成，桂枝即可以温通心阳，又可以平冲降逆，再加枳实、厚朴以理气散结，消痞泄满；瓜蒌开胸宣痹，化痰散结。诸药合用，则痰饮可除，痞结得开，气机畅利，胸胃阳气得复，诸症自解。其证偏虚者，为胸阳不振，中焦阳气亏虚，阴寒邪气上逆，寒凝气滞，胸阳不展所致，病势较缓，除兼有上述症状外，且有四肢不温，神疲乏力，少气懒言，语声低微，大便溏泄，舌质淡，脉沉弱而迟等症。宜虚则补之，当温中益气，补益宗气，扶助中阳治疗。方用人参汤。方中人参、白术、甘草补益脾肺，干姜温中助阳，诸药合用，使胸阳振奋，阴霾自散，胸脘痞满自除。

胸痹轻证，首冠“胸痹”二字，当含胸痛、短气等症在

内，但却突出“胸中气塞，短气”两个症状，可知胸痹轻证当以胸闷、短气为主症，本证的主要病机为饮阻气滞。其证属饮邪偏盛者，除胸中气塞、短气外，尚可见咳嗽气逆，吐涎沫，小便不利等症，是由于饮邪上乘于肺，肺气不利所致，治当宣肺化饮降逆，方用茯苓杏仁甘草汤。方中茯苓淡渗利水、化痰、和中；杏仁宣肺、降气、祛痰；甘草健脾和中、补益肺气。三药合用，使饮去痰除，肺气畅利，则诸症自除。若气滞偏盛，当有心下痞满，呕吐气逆，食少纳呆等症，系气滞失宣，饮停于胃，胃气失降所致。当理气化饮，和胃降逆，方用橘枳姜汤。方中橘皮理气和胃，宣通气机；枳实下气消痰，泄痞除满；生姜温胃散饮，和胃降逆止呕。三药同用，使饮去气行，则诸症自愈。

胸痹急证，除喘息咳唾、胸背痛、短气，或心痛彻背等症状外，尚有胸背疼痛剧烈，并伴有肢体筋脉拘挛，舌淡苔白滑、脉沉细而迟、或沉弦而紧等症。本证为胸阳虚损，阴寒上乘，痹阻胸阳所致。故用薏苡附子散温阳散寒，化饮除湿，止痛。方中重用炮附子温阳散寒，通痹止痛；薏苡仁除湿宣痹止痛，缓解筋脉拘挛。二药共用为散，则药力宏而取效速，使寒散湿除，阳通痹消，则胸背剧痛之胸痹急证、重证得以缓解。

唐容川说：“用药之法，全凭乎证，添一证则添一药，易一证则易一药，观仲景此节用药，便知义例严密，不得含糊也，故但解胸痛，则用瓜蒌薤白白酒汤。下节添出不得卧，是添出水饮上冲也，则添用半夏一味，以降水饮。此节又添出胸痹满，则加枳实以泄胸中之气；胁下之气，亦逆抢心，则加厚朴以泄胁下之气，仲景凡胸满，均加枳实；凡腹满，均加厚朴。”即是对仲景用药特点的概括。

除胸痹篇外，仲景在其他章节中亦有许多有效的方剂，如当归四逆汤治疗寒凝心脉证，出现胸闷胸痛，遇寒加重，甚则形寒肢冷，冷汗出，短气心悸，心痛彻背，背痛彻心等症；小

陷胸汤治疗火热内结证，出现心中灼热疼痛，口干心烦，气促痰稠，大便不通等症；四逆散治疗胸闷胸痛属于气滞心胸者，临床出现胸闷胸痛，痛无定处，嗳气则舒，矢气则减；心气不足者用炙甘草汤；心阴不足，心烦不安者用黄连阿胶汤滋阴除烦；心阳亏虚者，用人参四逆汤温阳益气治疗。

后世医家在本篇所论胸痹病机理论基础上，认识到本病病机为脏腑内虚和邪气发病二者互为因果的关系，和邪实病因的差异，发展了通补兼施，芳香温通，活血化瘀等丰富了对胸闷胸痛的证治，这些是应该进一步去学习和掌握的。

第二节 心 悸

心悸俗称心跳，指心动悸不安，惊与悸是两种疾病，从病因到症状，都各不相同。《资生篇》谓："有所触而动曰惊，无所触而动曰悸；惊之证发于外，悸之证发于内。"惊是指惊恐，精神不定，卧起不安；悸是指自觉心中跳动不安。惊之证发于外，多自外来刺激引起；悸之证发于内，多自内生，多由气血虚弱，心失所养，多因痰热扰心或水饮凌心所致。但惊与悸又互相联系，突然受惊必然导致心悸，心悸又易并见惊恐，故常惊悸并称。

张仲景在《伤寒论》和《金匮要略》中对于惊悸的论述精辟，内容丰富，论悸的条文计达 32 条，其中《伤寒论》中有 13 条，《金匮要略》中有 9 条，有证有方的共有 13 条。在《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》中，正式以惊悸为病名，惊悸连称。在病因病机方面，通过脉象论述了由于气血不足，心失所养，惊恐所触导致心悸的机制，即："寸口脉动而弱，动则为惊，弱者为悸"，认为前者是因惊而脉动，后者是因虚而心悸。仲景对"悸"的描述主要有悸、惊悸、心动悸、心下悸、脐下悸、眩悸、喘悸、烦而悸、厥而悸等。论

悸为由，大致有受邪、虚劳、水饮、气郁、惊扰等。仲景所论并非皆指心悸，包括了部分胃脘部及下腹的悸动不安等病症，但其发生总与心病有关。

张仲景在《金匮要略》“惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治篇”首先从脉象上论述惊和悸的病因病机及其区别：“寸口脉动而弱，动则为惊，弱则为悸。”切脉诊得寸口形如豆粒跳突不宁者，为动脉，属惊证；诊得脉象细软无力，为弱脉，属悸证。由于外界的刺激，如卒受惊恐，使心无所依，神无所归，血气逆乱，出现精神不宁，卧起不安，因而脉象动摇不宁，故曰“动则为惊”。若气血不足，心失充养，则脉象软弱无力，故曰“弱则为悸”。若寸口脉动、弱并见，则是心之气血内虚，又为惊恐所触，其症见精神惶恐，坐卧不安，心中动悸不宁。

从条文中分析，动脉和弱脉不是同时出现的脉象，而是分别用来说明惊与悸的病理变化。惊与悸本有外刺激与内生的不同，但从临床所见，受惊必致心悸，而心悸又易发生惊恐。惊与悸互为因果，相继发生，故在辨证治疗时，既要看到它们的区别，也要注意他们的联系。

治疗方面，仲景对于心悸的辨证论治内容十分丰富，关于惊悸的辨证论治，惊悸篇有：“火邪者，桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤主之”。“心下悸者，半夏麻黄丸主之”。两篇条文，言简意奥。“火邪者”是指使用熏、熨、烧针等法，强迫发汗，而致损伤心阳，神气浮越。其临床表现可见心悸、惊狂、卧起不安等症。治以温通心阳，镇惊安神。方用桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤。方中桂枝汤去芍药之阴柔以助心阳，加龙骨、牡蛎固摄镇惊，心阳既虚则痰浊易阻，用蜀漆涤痰逐邪以止惊狂。本方有温阳、镇惊、安神之效。

心下悸是指水停心下，上凌于心，心阳被遏，故心下悸动，水饮亦可犯肺，故常可伴有胸闷脘痞，咳吐清痰涎沫，或喘或呕，舌苔白滑等症。治以蠲饮通阳，降逆定悸。用半夏以

降逆蠲饮，麻黄宣发阳气，心阳得宣，阴邪得除，则悸动自宁。但阳气不可过发，凌心之水不可速消，故以丸剂小量，缓缓吐之。

除上述两条外，惊悸的有关辨证散在于其他章节。如心下悸的小半夏加茯苓汤证，主治："卒呕吐，心下痞，膈间有水，眩悸者"；小建中汤证，主治中焦虚寒、气血不足，复被邪扰，出现"心中悸而烦者，或虚劳里急，悸，衄，腹中痛，梦失精，四肢酸痛，手足烦热，咽干口燥"；四逆散加半夏汤，疏利透达，主治心阳郁遏之心悸；理中丸加茯苓汤证，主治中焦阳虚，水饮上泛之心悸；炙甘草汤证，主治伤寒脉结代，心动悸，炙甘草汤是治疗心阴阳两虚心悸的代表方，有通阳复脉、滋阴养血的作用，一直受到历代中医学家的重视，直到今天仍是临床治疗心悸的有效方剂。桂枝甘草汤是辛甘化阳的代表方，治疗发汗过多、损伤心阳的"心下悸"，也是治疗心阳虚心悸的基础方。其他如：温阳利水治疗阳虚水泛之心下悸的真武汤；茯苓甘草汤证，主治胃阳不足，水停中焦之心下悸；五苓散证，主治"假令瘦人脐下有悸，吐涎沫而癫眩，此水也"；苓桂术甘汤证，主治心下有痰饮、胸胁支满、目眩；小柴胡汤证，主治呕而发热者；等等。

第三节 水 肿

水肿是指各种原因导致的体内水液代谢障碍，引起水液潴留，泛滥肌肤，而见眼睑、头面、四肢、腹背甚至全身浮肿的病症，严重者还可伴有胸水、腹水、心包积液等。心血管疾病引起的水肿多见于心力衰竭，或血管功能障碍。

中医对于水肿的认识历史悠久。早在《黄帝内经》中已有"水"、"风水"、"水胀"、"石水"等名称，并对水肿的病因病机、临床表现和治则等作了简要的论述。如《素问·水热穴

论》阐述了水肿的成因，指出“勇而劳甚，则肾汗出，肾汗出逢于风，内不得入于脏腑，外不得越于皮肤，客于玄府，行于皮里，本之于肾，名曰风水。”《素问·水热穴论》指出：“肾者，胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。”在《素问·汤液醪醴论》中，明确指出内伤水肿的基本病机是“五脏阳已竭”，治疗原则是“平治于权衡”，具体治法为“开鬼门，洁净府”、“去菀陈莝，微动四极、温衣、缪刺其处”，目的在于恢复阴阳形气平衡协调，即“以复其形”。

张仲景在《金匮要略·水气病脉证并治》篇中比较详细地论述了水气病的证治。水气病以身体浮肿为主证，记载了“风水”、“皮水”、“正水”、“石水”、“里水”、“黄汗”、“心水”、“肝水”、“肺水”、“脾水”、“肾水”等11类水肿的证候。水气二字强调了病机，若气不行水，水不化气，水泛肌肤，则为水肿。仲景还从血与水的关系出发阐明了水肿形成的机制，提出了“血不利则为水”的著名论点。在治疗方面，明确提出了“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈。”

水肿的形成与肺、脾、肾及三焦气化功能失调密切相关，治宜标本兼顾，除发汗、利小便之外，还应结合水肿之因辨证治疗。水为阴邪，当以温药，尤其是温补脾肾为治疗内伤水肿常用之法；血不利为水者，以活血利水之法；病重势急，则以攻逐治标。在这些方面，仲景皆做了示范。总之，水肿的治疗不可见水治水，而是应当分析心血管病水肿的原因和发病机制，根据中医几千年来治疗水肿的宝贵经验，在治疗时酌加活血、理气、通阳等药物，以提高临床疗效。

张仲景在治疗水肿方面记载了许多简便有效的方剂，如越婢汤、越婢加术汤、越婢加半夏汤散风清热，宣肺行水治疗风水泛滥；五苓散化气行水治外邪不解，膀胱蓄水之水肿；苓桂术甘汤健脾利水治疗中焦阳虚，脾失健运之水肿；麻黄连翘赤小豆汤宣肺解毒、利湿消肿治疗湿毒浸淫的水肿；真武汤、肾

气丸温肾助阳、化气行水，治疗肾气衰微的水肿；猪苓汤滋阴祛水以治疗阴虚有热，水热互结之证；当归芍药散活血利水以治水瘀互结之水肿；十枣汤攻下泻水，治疗水饮停聚于胸膈，气道被阻，水邪泛滥之证等。

第四节 肢 冷

肢冷是心血管疾病中常见的症状之一，轻者手足发凉，重者四肢逆冷，称为厥逆。在心血管疾病中，出现厥逆证的疾病有休克、心力衰竭、血管抑制性晕厥、雷诺氏综合征、闭塞性动脉硬化症等。张仲景在《伤寒论》少阴篇和厥阴篇中重点论述了寒厥和热厥的病机为阴阳气失去平衡，不能顺接，表现为四肢厥冷。《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》曰“凡厥者，阴阳气不相顺接便为厥，厥者，手足逆冷者是也”。张仲景所指厥证是指以手足逆冷为主证。提出其病机为阴阳气不相顺接所致。对于厥证的辨证治疗，张仲景分为热厥、寒厥、气郁致厥、血虚致厥、水饮致厥、痰厥等类型。热厥是由于邪热深伏，阳气内郁，以致阴阳气不相顺接，出现四肢厥冷的证候。提出“伤寒一二日至四五日，厥者必发热，前热者后必厥，厥深热亦深，厥微者热亦微。厥应下之，而反发汗者，必口伤烂赤。”并指出“伤寒脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之”。说明无形邪热亢盛所致，可用白虎汤清之，若为有形邪热内结所致，可用承气汤下之。提出若只见其厥冷，不辨其实热，误将厥冷当作表寒而用辛温发汗，则更加助热伤津，使火热上炎清窍，发生口舌红肿溃烂的变证；寒厥是由于误治伤阳或阳虚阴盛所致四肢厥逆，指出“大汗，若大下利而厥冷者，四逆汤主之”及“大汗出，热不去，内拘急，四肢疼，由下利厥逆而恶寒者，四逆汤主之”；气郁致厥是由于肝胃气滞，气机不畅阳郁于里，不能通于四末所致，虽冠以少阴病，但与少阴病阳虚

阴盛之四逆有着本质的区别，不仅症状轻微，且无其他虚寒见证，故用四逆散疏肝和胃，通调气机，透达郁阳。气机调畅则肢冷自愈；血虚致厥临床出现“手足厥寒，脉细欲绝者”是由于血虚感寒，寒凝经脉，气血运行不畅，四肢失于温养所致。脉细欲绝是本证的辨证要点，厥阴肝血不足，血虚寒凝，故出现四肢逆冷，用当归四逆汤养血散寒，温通经脉，则肢冷自愈，若内有久寒者，用当归四逆汤加吴茱萸、生姜治疗，并提出血虚致厥禁用下法；水饮致厥是由于水饮停于心下，阳气被遏不能透达于四肢，故出现“伤寒厥而心下悸，宜先治水，当服茯苓甘草汤，却治其厥。不尔。水渍入胃，必作利也”；痰食致厥，患者出现手足厥冷，脉乍紧者，是由于邪（痰涎或宿食）结在胸中，还可出现心下满而烦，饥不能食，宜用瓜蒂散吐之。并告诫“诸四肢厥者，不可下之，虚家亦然”。

第五节　头　　晕

头晕是心血管疾病的常见症状之一，常见于脑动脉粥样硬化、椎基底动脉供血不足、锁骨下动脉偷漏综合征、冠心病心肌供血不足、高血压病、体位性低血压、阵发性心动过速、房室传导阻滞等，需与耳源性眩晕、眼源性眩晕、颅内占位性病变鉴别。头晕又称眩晕，是指视物昏花旋转，重者天旋地转，不能站立，胸中烦呕，甚则仆倒。《内经》首先有关于“眩晕”的记载。张仲景在《金匮要略》和《伤寒论》中将眩晕分为阳虚水泛、热扰清窍、阳气被郁、阴竭阳脱、清阳不升、浊气上攻、精血亏虚、风邪上扰等证型。其病机及遣方用药分别如下：①阳虚不能化水，水湿内停，上犯清阳而致眩晕者，可选用真武汤、苓桂术甘汤、小半夏汤、五苓散通阳利水治疗。②邪热内郁，循经上扰干犯清窍者，可选用白虎汤、黄芩汤、小柴胡汤以清热疏郁或针刺大椎、肺俞、肝俞等穴。③阳明燥

结，腑气不通，浊气上壅，清窍被扰而引起眩晕者，可用三承气汤以通腑泻热。④阴液极亏而竭，阳失依附而上脱，出现阴竭阳脱之眩晕者，急投大剂四逆加人参汤以回阳救脱。⑤邪袭太阳，阳气郁而不得伸展而致眩晕者，可用解表轻剂或扶正解表之品。⑥胃阳虚或痰饮停积胃中，致清阳不升者，治宜温中除湿，健脾消食。⑦精血衰少，五脏六腑之精不能上泛，或产后血虚，血虚导致阴虚，阴血虚而阳亢，引起眩晕者，治以大补阴血为主。⑧风邪上犯，清窍被扰导致眩晕者，可用桂枝芍药知母汤。潘国栋则对仲景治疗眩晕归纳为：①温肺化饮：用甘草干姜汤治疗肺痿所致眩晕；②扶阳镇水：用真武汤治疗肾水上犯所致眩晕；③温中化饮：用苓桂术甘汤、泽泻汤治疗饮停中焦上犯清阳所致眩晕；④温胃散水：用小半夏加茯苓汤治疗饮停于胃所致的眩晕；⑤化气利水：用五苓散治疗膀胱气化不利所致眩晕；⑥ 通便泄热：用承气汤治疗阳明府实之人，浊气不降，上扰清阳，出现眩晕；⑦和解少阳：用小柴胡汤治疗少阳枢机不利，郁而化火，上扰清空，出现眩晕；⑧解表疏肝：治疗太阳、少阳并病，出现眩晕，刺大椎、肺俞、肝俞治之；⑨祛风除湿：用桂枝芍药知母汤阳气虚弱，风湿内盛，痹阻清阳所致眩晕；⑩和营涩精：用桂枝加龙骨牡蛎汤治疗阴阳失调，精血衰少，不能上承，出现眩晕，等十二法。以上这些，均为后世对眩晕的辨证施治奠定了基础。现代名老中医对属于眩晕范围的脑性眩晕、高血压、低血压、阵发性心动过速、房室传导阻滞等疾病的治疗积累了宝贵的经验，可参照有关章节。

第二章　充血性心力衰竭

一、概　　述

充血性心力衰竭（简称心衰）是指在有足够静脉血回流的情况下，由于心脏收缩或（和）舒张功能障碍，使心排血量绝对或相对低于全身组织代谢需要，而引起的以循环功能障碍为主的综合征。临床上可出现动脉系统灌注不足、肺或（和）体循环静脉淤血的各种症状和体征等。在心衰的定义上，近年来，除强调心脏功能不正常引起血流动力学改变外，还提出肾脏和神经内分泌系统的异常反应，心功能不全表现为具有这两方面特征的临床综合征群。心衰是临床上极为常见的危重症，是多数器质性心脏病患者不可避免的结局。尽管目前一些心血管病的发病率和死亡率有所下降，但心衰的发病率却在上升。

多种原因可引起心衰，成人最常见的病因是冠心病、高心病、心瓣膜病、心肌病和肺心病，其次是心肌炎、肾炎和先天性心脏病，其他如甲状腺病、贫血、结缔组织病等。诸病可通过原发性心肌收缩力受损，或心室的压力负荷过重，或容量负荷过重，或不足，影响心功能，最终导致心衰。心衰又常因感染、过劳、情绪激动、输液不当、心律失常、妊娠分娩、输血、贫血等因素诱发或加重。

根据心衰的发展和临床表现，分为左心衰竭和右心衰竭，或全心衰竭。左心衰竭主要表现为肺循环淤血征象；右心衰竭则主要表现为体循环淤血的症状和体征。治疗原则主要有：祛除病因；减轻心脏前后负荷；增强心肌收缩力及心肌细胞营养，改善心功能。主要治疗方法可概括为：休息、强心、利尿、扩血管。

本病多属中医学“水肿”、“喘证”、“痰饮”、“心悸”、“怔忡”、“心水”等范畴。本病病因病机为感受外邪，郁于气道，肺气失宣，津液不布，而为喘憋；或肺气不足，无力通调水道，致上源之水泛滥，阻于胸膈，而成支饮；或心气不足，无力运血，血不利则为水，而出现其身重而少气，不得卧，烦而躁，其人阴肿；或内伤于脾，脾失运化，痰饮阻于中，上犯心肺；或肾阳衰微，下源之水不得气化为尿而出现尿少水肿，上凌心肺，出现心悸怔忡，咳逆喘促之症。因此，本病是心肺脾肾阳气亏虚，三焦决渎失职为本；痰饮、瘀血、水气为患。而外邪侵袭、饮食所伤、房劳伤肾常为诱因。

二、诊　　断

（一）左心衰竭

1. 有较长的心脏病史。出现劳力性呼吸困难、阵发性夜间呼吸困难或端坐呼吸，咳嗽泡沫痰，在活动或夜间平卧时加重，甚则咯粉红色泡沫痰。出现肺淤血、肺水肿时即可诊断。

2. 心脏体征方面　心脏增大，心率增快，肺动脉瓣区第二心音亢进，心尖区舒张期奔马律；肺脏出现细小湿啰音或全肺湿啰音等，可在临床帮助确诊。

3. 根据胸部X线片　中上肺野纹理增粗等有助诊断。

（二）右心衰竭

1. 心脏病史，各脏器淤血、水肿，可出现各种胃肠道症状，肝区不适，黄疸、少尿、浮肿、体重增加等。

2. 心脏体征方面，右心室舒张早期奔马律；全身表现：颈静脉充盈、怒张或搏动，肝大或压痛，肝颈静脉回流征阳性，下垂性水肿、胸水、腹水，甚至心包积液。

临床轻度心衰，体力活动稍受限制，休息时无症状，但中等体力活动时即出现疲劳、乏力，心悸等症状，及呼吸困难和心力衰竭体征，如心率加快、肝大等。中度心衰体力活动明显受限，休息时无症状，轻微体力活动即出现心悸，呼吸困难、心绞痛等症状，及肝大、水肿等心力衰竭体征。卧床休息稍缓解，但不能完全消失。重度心衰不能胜任任何体力活动，休息时仍有疲乏、心慌、呼吸困难或心绞痛等症状，及明显的心力衰竭体征，如内脏淤血及显著水肿、肝大，久病者可有心源性肝硬化。

三、辨证治疗

1. 心肺气虚、饮阻胸膈证

主证：心悸怔忡，气短乏力，活动后加重，或胸中气塞、短气憋闷，舌质淡红，苔薄白，脉细弱。

治法：补益心肺、宣肺化饮。

方剂：茯苓杏仁甘草汤合人参汤加减。

茯苓 10～20g，杏仁 10g，甘草 3～10g，人参 10g，干姜 5g，白术 12g 。

加减：若喘息咳唾，不得平卧，加葶苈子、大枣泻肺行水、下气消痰；若汗出恶风，气短明显者，加防己黄芪汤益气固表行水消肿。

2. 心脾阳虚、饮阻气逆证

主证：心下动悸、目眩短气，纳呆肠鸣，胸胁支满，咳喘，舌苔白滑，脉弦滑或沉紧；或心下逆满，气上冲胸，头目眩晕，身振振摇，口淡不渴，小便不利，苔白，脉弦。

治法：温中降逆，化饮利水。

方剂：苓桂术甘汤加减送服五苓散。

茯苓、茯苓皮各15g，桂枝10g，白术10g，甘草6g，桑白皮15g，陈皮10g。

（五苓散方组成：猪苓0.9g、泽泻1.2g、白术0.9g、茯苓0.9g、桂枝0.6g。每服6～9g，日服2次。）

加减：眩晕甚者加泽泻；脾胃阳虚者加党参、黄芪；呕吐痰水者加半夏；水肿甚者加冬瓜皮；纳呆腹胀者加木香、大腹皮。

3. 心肾阳衰，水气泛滥证

主证：但欲寐，心下悸，头眩，小便不利，四肢沉重疼痛，浮肿下利，舌淡，苔白，脉沉或细微；或身瞤动，振振欲擗地，或微热，或咳，或呕，或喘，苔灰黑而润滑，脉浮大无根。

治法：温阳利水。

方剂：真武汤加味。

茯苓10g，芍药10g，生姜（切）10g，白术10g，制附子10～15g，黄芪30g。

加减：若咳者，加五味子，细辛，干姜；若下利，去白芍，加干姜；若呕者，加生姜至24g；若水肿明显，加五苓散；若气短乏力明显者，加人参；若四肢逆冷者，加四逆汤治疗。

4. 痰饮射肺，支饮内阻证。

主证：心慌气短，喘憋不得卧，咳唾稀痰如泡沫，脘胁胀满，肢体水肿，舌淡，苔白，脉细数。

治法：泻肺逐饮，利水平喘。

方剂：葶苈大枣泻肺汤合参附汤加味

葶苈子30g，大枣10枚，人参10g，制附子10g，桑白皮15g，地骨皮15g，茯苓皮30g，生姜皮20g。

加减：若喘憋较重，脉细数无力，加黄芪、北五加皮；若

四肢逆冷，加干姜、甘草。

5. 阴阳俱衰，心阳欲脱证。

主证：心悸喘憋严重，面色青灰，呼吸气促，张口抬肩，烦躁不安，大汗淋漓，汗出如油，四肢厥冷，舌淡苔少，脉沉细欲绝。

治法：益气回阳，救逆固脱。

方剂：附子汤加减。

人参 15g，制附子 15g，茯苓 30g，白术 20g，芍药 15g，防己 10g，黄芪 30g，益母草 15g。

加减：若病情危重，静滴参附注射液或参麦针。必要时中西医结合救治，但预后欠佳。

四、名医经验

顾景琰：心衰乃五脏同病，治疗需四法并施。因心主血脉，如若或因外邪久稽，内舍于心，或因七情内伤，气血违和，心失所养，均可引发心病，使心之气血阴阳耗损，血脉循行失畅。其发展尤可影响肺、肾、脾等其他内脏亦致病。另一方面，有病起肺、脾、肝、肾者，随其发展亦可累及于心，故心衰患者，常见二脏同病或数脏同病。虚实错杂。

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者，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，甚或气血郁滞，瘀血内聚，致使他脏功能亦趋失调。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，尤其心衰时多见心肾或心肺同病。脾为后天之本，气血生化之源，心肾气阳亏虚，不

能温煦脾胃，可致运化失权，痰浊内蕴，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、倚息不得卧等证候；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、咳吐血痰、口干盗汗等证候；心脾两虚可见心悸、乏力、腹胀、纳呆、失寐或便溏等证候。在内脏亏虚的基础上，每可形成血瘀、水饮等实邪为患的病理。盖因肺为水之上源，通调水道，脾能运化，输布水湿，肾温化水湿，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，可引发或加重心悸、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，肝脾大等证候。其病延日久者，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。补虚主在培补心肺脾肾，调和气血阴阳；祛邪主在和血通络，温化水湿。

治疗常以参附汤与生脉散为基本方药，随证化裁。人参附子温补心肾气阳，生脉散益气养阴，二者合用相得益彰，且有五味子养心安神。又长配合黄芪益气利水，玉竹滋养心肺，连皮苓、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、灵磁石等宁心安神之品。参附汤与生脉散中人参，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，重其用量（20～30g）。

心衰患者因内脏俱病，正气虚衰，每易感受外邪，新感引动宿疾，与内伤交织，使心衰复发或加重，治疗当灵活变通，急则治标，或标本兼治，先以控制新感为主。［史宇广，单书健．当代名医临证精华·心悸怔忡专集．北京：中国古籍出版社，1992.11］

邓铁涛：心衰以心阳亏虚为本，瘀血水停为标。

（一）五脏相关，以心为本，他脏为标

心衰病位在心，但不局限于心。五脏是一个相互关联的整体。在心衰的发生发展过程中，肺脾肾肝都与心相互制约，相互影响。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，肾精亏乏，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，气日已衰，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，心衰又可引起多脏腑的功能衰竭。如心衰时，血脉瘀阻，肺气怫郁而喘咳；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。

辨证必须分清标本主次。正如《素问·标本病传论》所言：“知标本者，万举万当，不知标本，是谓妄行”。就脏腑病位而言，也有标本之别。心衰虽关联五脏，但以心病为本，他脏为标，治疗重点应调理心脏的气血阴阳。

（二）本虚标实，以心阳亏虚为本，瘀血水停为标

病位确定，则应详审病机。心衰虽然病情复杂，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，诚如《医学入门》所说：“血随气行，气行则行，气止

则止，气温则滑，气寒则凝”。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，标实则由本虚发展而来。阳气亏虚可以导致血瘀，也可以导致水饮停积。

心居胸中，为阳中之阳。心气心阳亏虚，则见气短，喘咳倚息，劳动则甚；重者张口抬肩，汗出肢冷，舌淡胖，脉沉细，甚者浮大无根。兼见口干心烦，舌嫩红少苔，则气（阳）损及阴，致气阴两虚。阳虚水肿，则见水肿以下肢为甚，尿少，心悸，神疲，舌淡胖，苔白，脉沉细或虚数。甚者气喘咳唾，胸胁胀痛，肋间饱满，形成悬饮。阳虚血瘀，则见心悸气促，胸中隐痛，咳唾血痰，唇紫，爪甲紫黯，颈部及舌下青筋显露，胁下痞块，舌质紫黯，脉沉细涩。

一般认为，水肿形成主要与肺脾肾三脏有关，所谓其标在肺，其本在肾，其治在脾。但就心衰而言，水饮停积 的根本原因还是心阳不足。另外，水饮亦与血瘀有关，所谓“血不利则为水”。瘀血水饮虽继发于阳气亏虚，但一旦形成又进一步损伤阳气，形成由虚致实，由实致更虚的恶性病理循环。因此，截断这一恶性循环的关键在于补虚固本，在补虚的基础上兼以活血化瘀，利水祛痰消肿，决不可标本倒置，专事攻逐，愈伤其正。

（三）阴阳分治，以温补阳气为上

根据上述的认识和辨证，治疗必须重点调补心脏的气血阴阳。而气属于阳，温阳即所以补气；血属于阴，滋阴即所以养血。因此，辨治心衰主要可分为两大类型，即心阳虚型与心阴虚型，故立温心阳和养心阴为治疗心衰的基本原则，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、麦门冬、法半夏、茯苓、田三七等），前者重在温心阳，后者重在养心阴，分别用于阳气虚和气阴两虚的心衰患者。

二方均以人参为主药，培元益气，一配附子温阳，一配麦门冬养阴，薏苡仁、茯苓健脾以利水，法半夏、橘红通阳而化痰，三七虽功主活血，但与人参同科，也有益气强心的作用。二方均以补虚为主，标本兼顾之剂。除二方外，阳虚亦可用四君子汤和桂枝甘草汤、参附汤，加五爪龙、北芪、酸枣仁、柏子仁等；阴虚用生脉散加沙参、玉竹、女贞、旱莲、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、三七、鸡血藤等；水肿甚者加用五苓散、五皮饮；兼外感咳嗽者加豨莶草、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；湿重苔厚者加薏苡仁。喘咳欲脱之危证则用高丽参合真武汤浓煎频服，配合静脉注射丽参针、参附针，以补气固脱。

阴阳为八纲之首，《景岳全书·传忠录》曰："凡诊病施治，必须先审阴阳，乃为医道之纲领。阴阳无谬，治焉不差，医道虽繁，而可以一言蔽之者，曰阴阳而已"。辨治心衰亦然。之所以阴阳分治，还有其病机根据：其一，心衰可累及五脏六腑，但心病为本，调理心之气血阴阳，为治本之法。其二，心衰虽有气血阴阳虚损之不同，但气属阳，血属阴，辨明心阴心阳，则心气心血已在其中。其三，心气虚是心衰最基本的病机，在所有患者都有不同程度的存在，乃心衰之共性。若进一步发展，则有由气损及阴或气损及阳的两种可能，临床出现心气阴虚和心阳气虚两种证候。其四，标实证多以兼证出现，可见于各类型心衰患者，治疗也只能在补虚方药上加味。由此可见，虽然只分二证，但提纲挈领，概括其余。临证在辨明阴阳的基础上，可视脏腑虚实的具体情况，灵活变通，随证加减。

阴阳分治之中，又以温补阳气为上。《素问·生气通天论》说："阳气者，若天与日，失其所，则折寿而不彰，故天运当以日光明。"心属火，为阳中之阳，人体生命活动有赖于心阳

的温煦。心衰就是因为心阳气虚，功能不全，血脉运行不畅，以致脏腑经脉失养，功能失调。所以《素问·脏气法时论》说："心病者，日中慧，夜半甚，平旦静。"日中阳气盛，夜半阳气衰，故心衰更为加重。故治疗重在温补阳气。在用药方面，补气除用参、芪、术、草外，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、平喘的作用。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，则多用甘温之剂，或配合温胆汤意在温通心阳。对于心阴虚患者，也宜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、半夏三药祛痰通阳，而仅仅用麦门冬一味滋心阴，退虚热。若虚热已退，气虚突出时，仍当以益气扶阳为主。

（四）病证结合，灵活变通

对于心衰的辨治，虽然强调辨证施治，但也不能忽视西医辨病对治疗的参考意义。必须病证结合，灵活变通。根据心衰的不同病因，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，可用温胆汤加人参、白术、豨莶草、田三七等，益气祛痰，温阳通脉。若属阴虚，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、豨莶草、防己、鸡血藤、桃仁、红花等，以祛风除湿，并嘱患者防风避湿，预防感冒，防止风寒湿再次侵入为害。病因为肺源性心脏病者，可配合三子养亲汤、猴枣散、鹅管石、海浮石、等温肾纳气、降逆平喘。病因为高血压性心脏病者，大多数为肝阳偏亢，则需配合平肝潜阳法，常用药物有草决明、石决明、代赭石、龟甲、牡蛎、钩藤等。若心衰尚不严重患者，可先按高血压辨证施治，常常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。糖尿病患者可加山茱萸、桑螵蛸、玉米须、仙鹤草、怀山药等，山药用量要大，一般用60～90g，甲亢者加用浙贝母、生牡蛎、山慈菇、玄参等，以化痰软坚、散结。［邓铁涛临床经验辑要．北京：中国医药科技出版社，1998.22］

赵锡武：赵老治疗慢性充血性心力衰竭，以真武汤为主方化裁疗效较好。他认为，如病人有肺部感染、肺郁气、充血性肝大、高度水肿者，提示有肺气壅塞，不能宣降。意以真武汤为主方，配合麻黄杏仁石膏甘草汤、越婢汤，以及鱼腥草、黄芩、前胡、陈皮、半夏等药；有高度水肿，甚出现胸水或腹水者，选用五苓散、车前子、防己等；若病人出现发绀，舌质暗，或有瘀点瘀斑者，宜伍用活血化淤药；出现心肺阴虚而见少气、干咳，虚烦而悸，舌红少津者，在真武汤的基础上，配用养阴药，如生脉散、一贯煎类方药。

此外，心功能不全并见心律失常之变证多见，治疗较为棘手，临床多宗炙甘草汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤、茯苓甘草汤诸方。阳虚者重用真武汤；心动悸，烦躁不安者，用桂枝龙骨牡蛎汤。［单书健，陈子华．古今名医临证金鉴·心悸怔忡卷．北京：中国古籍出版社，1999，114］

五、医案精选

1. 秦伯未医案——真武汤加味治疗阳虚水泛证

王某，女，26岁。

五年前先见阵发性心悸胸闷，渐见下肢浮肿。请秦老会诊。诊见腰以下至足背浮肿甚剧，腹部胀满，呕吐，心悸气促，不能平卧，小便极少，大便溏薄；特别表现在口唇发绀，两手红紫，颊部泛红如妆。舌尖红，苔白滑腻，脉象细数带弦。

辨证：阳虚水泛，气血瘀阻。

治法：益气温阳。

方药：真武汤加味。

熟附片 6g，生姜 6g，炒白术 9g，白芍 9g，茯苓 15g，春砂仁 2g，木香 2g。

药后平稳。连服药 4 剂，尿量增多，下肢浮肿基本消失，仅足背未退尽，腹胀、呕吐均好转，但两颊泛红不退，阵阵烦急，时有咳嗽，痰中带血，脉仍细数不紧带弦。久病烦急，浮阳未敛，肝火上冲犯肺，故见咳血。仍坚持前方，去木香，加黛蛤散 5g，两剂血止咳平，病情渐趋稳定。

［按语］ 本例从发病经过来考虑，其根源是心阳衰竭，不能温运中焦水湿，单从伴见颊部泛红如妆诸象，充分暴露出水气充斥、虚阳上浮，不仅胃气垂败，且有心肾阳衰，随时虚脱的危险。故治疗采用真武汤加味，扶阳温化为主，佐以敛阴健脾，4 剂后即收到显效。虚阳浮越病人，如果肝火旺，当防血证，本例并发肝火犯肺之咯血，原方去香燥加清肝镇咳之品，果然迅速扭转病机。［董建华主编．中国现代名中医医案精华．北京：北京出版社，1996.1646］

2. 施今墨医案——五苓散加减治疗心悸、水肿脾肾阳虚、瘀血水湿证

刘某，男，64 岁，病历号 51—7—713。

久患心跳气短，行动即喘，去岁冬季发现足肿，经某医院检查，诊断为心功能不全，左心室扩大，治疗后足肿消退。本年 2 月又现浮肿，距今已 5 月。浮肿由足至腿，渐及腹部，胀满不适，腹围增大，小便短赤，大便数日一行。舌苔白，脉沉实。

辨证立法：年事已高，患病日久，肾虚不能宣化水气，脾虚不能治水，水气盈溢，流于下肢，逐渐及腹，前医屡进健脾温阳利水诸剂，未见少效。治水之法，贵在因急通变，不可因噎废食，法宜补虚泻实，攻补交施，拟行气活血利水法治之。

处方：云茯苓 10g，猪茯苓 10g，泽泻 10g，野於术 6g，桂枝 5g，大腹皮 10g，大腹子 10g，广木香 3g，紫油朴 5g，车前草 10g，车前子 10g（包），冬瓜子 12g，冬葵子 12g，京三棱 6g，蓬莪术 6g，甘草梢 3g，黑白丑各 3g（研细面分二次冲服）。

二诊：服三剂，小便增多，腹胀稍消，大便日行 2～3 次，溏泻而不畅。前方加青陈皮各 5g，再服 3 剂。

三诊：前方又服 3 剂，大便溏，小便多，腹部舒适，睡眠好，食欲增，再按原方服 6 剂。

四诊：服药六日，肿胀大减，大小便均甚通畅。上方去二丑，剂量加 1 倍为蜜丸，每丸重 10g，早晚各 1 丸，白开水送服。晚间加服桂附八味丸 1 丸。［摘自《施今墨医疗经验集》］

3. 施今墨医案——防己茯苓汤合防己黄芪汤、五苓散、麻黄附子汤、葵子茯苓丸治疗心悸、水肿心气亏虚、火衰水寒证

张某，女，30 岁。

自幼劳苦，生活条件亦差，患心脏病已近 10 年，未曾适当治疗。后来京工作 1 年，屡经医院诊治，病情未见好转。最近 1 个月又现下肢浮肿，气短心慌，小便不利。舌润而白腻，脉沉迟。

辨证立法：病经 10 年，心气早亏，火衰水寒，遂见浮肿，拟强心健脾，温阳利水法。

处方：川桂枝 5g，汉防己 12g，绵黄芪 20g，炒远志 10g，赤茯苓 12g，赤小豆 25g，川厚朴 5g，糠谷老 15g，旱莲草 10g，白通草 5g，车前草 10g，炙草梢 5g，黑豆衣 12g（热黄酒淋 3 次）。

二诊：服药 2 剂，症状如前。前方加附片 6g，於术 6g、金匮肾气丸 25g（包煎），滋肾丸 12g（包煎）。

三诊：前方服6剂，见效，小便增多，浮肿渐消，去糠谷老、黑豆衣，加淡猪苓10g、冬瓜子12g，冬葵子12g。

四诊：又服6剂。小便增多，浮肿大减，只足跗仍肿，晚间尤甚，心跳、气短均见好，微感行动微喘，拟开肺气行水。

处方：川桂枝10g，汉防己12g，赤茯苓12g，赤小豆25g，绵黄芪20g，炙麻黄3g，川附片6g，淡猪苓10g，野於术10g，炒远志10g，川厚朴5g，冬瓜子20g，冬葵子20g，车前草10g，旱莲草10g，炙草梢5g，滋肾丸12g（包煎），金匮肾气丸5g（包煎）。

五诊：服药10剂，除两足跗稍肿外，余无他症，拟服丸药巩固。金匮肾气丸20g，每日早晚各服10g，服一个月。[摘自《施今墨医疗经验集》]

[按语] 施老所治刘某为老年男性，以右心衰为主，全身浮肿，曾用温阳利水之剂无效。施老用行气活血利水之剂治之，浮肿消退后予桂附八味丸收功。心主血脉，血水同源，血行则水行，血瘀则水停。心气不振，无以推动血液在血脉中运行而出现瘀血水阻之浮肿证，故治疗应用活血利水法，体现治病必求于本的思想。

施老所治张某心源性水肿，患者前后共服药42剂，始终以温阳利水法，主方为防己茯苓汤，麻黄附子汤，防己黄芪汤，二草丹，葵子茯苓丸，最后以金匮肾气丸收功，疗效颇著。心源性水肿多因心阳虚衰，而心阳根于命门之火，故临床常从肾论治而获效。

4. 李斯炽医案——炙甘草汤治疗心悸气阴两虚，肝郁脾滞证

李某，男，32岁。

1972年8月4日初诊。15岁时即患心脏病，一直心累心跳。近年来心累加速，短气乏力。心中慌乱，咳痰不利，痰中带血，胸部疼痛，午后微有潮热，腹内胀气，小便黄少，面部

及肢体浮肿。经医院检查，诊断为风湿性心脏病，二尖瓣狭窄并关闭不全，心房纤颤，慢性心力衰竭。诊得脉象结代，良久始得一至，舌质暗淡，上有白苔，口唇青紫。此气阴两虚，肝郁脾滞症。先予育阴为主，补气次之，佐以疏肝运脾之品。

处方：玉竹 12g，太子参 9g，石斛 12g，柏子仁 12g，薤白 9g，麦冬 9g，火麻仁 15g，桑寄生 12g，丹参 9g，知母 9g，女贞子 12g，刺蒺藜 9g，厚朴 9g，甘草 3g。

8 月 21 日二诊：服上方加减 10 余剂后，目前心中慌乱大减，咳嗽减轻，痰中已不带血，精神稍好，已能稍事步行，但其余各症尚在，阴分有来复之象，阳气尚不宣通。用心阴心阳两补之法，炙甘草汤加减：麦冬 9g，生地黄 12g，火麻仁 12g，驴皮胶 9g，桂枝 6g，生姜 2 片，党参 9g，大枣 3 枚，厚朴 9g，白芍 9g，丹参 9g，炙甘草 3g。

8 月 28 日三诊：服上方 7 剂，心悸症状明显减轻，食量增加，精神好转，浮肿减退。但昨日因饮食不慎，使腹内更胀，小便更加黄少，舌苔转为黄腻，面目浮肿加剧。此湿热内聚之象。上方去阿胶、生地黄，加花粉 12g，冬瓜仁 12g，茵陈 9g，枯黄芩 9g。

9 月 5 日四诊：服上方 4 剂后，黄腻舌苔已退，精神顿作爽快，腹胀减轻，小便增多，水肿亦减，仍本二诊时的方意。

桂枝 6g，党参 9g，生姜 2 片，驴皮胶 12g，麦冬 9g，生地黄 9g，白芍 12g，火麻仁 12g，丹参 9g，厚朴 9g，茯神 9g，炙甘草 9g。

服上方 60 余剂后，诸症大减，心悸现象基本停止，水肿消退，食欲正常，二便通利，胸痛已除，精神健旺，午后已无潮热现象，已能正常活动，于 12 月开始上班。观察至 1973 年 5 月，一般情况尚好，只是有时过于劳累既有心累现象，腹内有时仍有胀气感，脉象虽较前有力，但时高时低，有时仍有间歇，嘱其经常服前方，以巩固之。[李克光主编．《李斯炽医

案》]

[按语] 李斯炽所治李某案，以心悸咳血浮肿为主症。李老抓住咳嗽不利，痰中带血及午后潮热，辨证为气阴两虚。治疗先用大量育阴之品，待阴气渐复而以炙甘草汤益气养阴，平补阴阳。观察至1年病情稳定。心衰多有气短、浮肿，多数医家从气虚、阳虚辨证施治，李老重在补阴，且贯穿始终，可谓独树一帜。目前认为，治疗心衰的目的不再是只纠正血流动力学之紊乱，而重在延长心衰患者的寿命，提高生活质量，现代医学研究证实，心衰患者大多有神经内分泌的激活，中医之清热养阴药确有改善神经内分泌作用，故可改善患者的远期预后，李老的诊治经验值得借鉴。

5. 赵锡武——真武汤合麻杏石甘汤治疗心悸、水肿心肾阳虚、痰湿阻遏、肺气壅塞证

邓某某，女性，48岁，已婚，河北人，家庭妇女，病历号115675，于1963年6月15日入院。

浮肿已半年，1周来加重而入院。患者于1961年元旦感冒后，开始咳嗽气短，下肢浮肿，经治疗后好转，但常心悸，两月前开始症状又加重，动则心悸气短，下肢逐渐浮肿，心下痞满，咳嗽吐白痰，尿少。既往有慢性咳嗽史。查体：端坐呼吸，颜面浮肿，唇轻度发绀，颈静脉怒张，心界向左稍扩大，心率100次/分，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。腹部膨隆，移动性浊音（+）。肝右肋下可触及二指，剑突下四指，中等硬度，下肢凹陷性浮肿Ⅲ度。胸部X线片：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：慢性气管炎、阻塞性肺气肿，慢性肺源性心脏病，心力衰竭Ⅲ度。中医辨证：心肾阳虚，痰湿阻遏，肺气壅塞。宜温阳宣肺，利湿豁痰，真武汤加开鬼门法治之。

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 15g（包），大枣 5 枚。

上方服 3 剂后，尿量显著增加，每日达 1500～1900ml，下肢浮肿明显减退，用至 5 剂后，肿退，仅小腿略肿，咳嗽减轻，在上方加入宽胸理气之品，厚朴 6g、陈皮 6g。服 6 剂后，浮肿消失，心率减慢，两肺底部可闻及湿性啰音，考虑还有胸闷、气短、咳嗽等症，上方去白茅根、厚朴、车前子，加入止咳降气之苏子 9g。再服 5 剂后咳嗽已止，仅微有气喘，心下稍有痞满，又以厚朴麻黄汤清肺泻热，豁痰平喘。服药 1 周后，诸症均除，心率 83 次/分，食纳正常，二便自调，故出院回家。（《赵锡武医疗经验》）

［按语］ 赵老所治该病以心肾阳虚为本，痰饮瘀血为标，治疗以温阳利水为主，佐以活血化瘀，标本同治，攻补兼施，不用西药而心衰控制。可见温阳是本病治本的主要措施，真武汤是温阳的基础方剂，利水是治疗本病的重要手段，根据病情可适当选用宣肺利水、健脾利水、温阳利水、化瘀利水、攻逐水饮等方法。心衰患者阳虚水停，必有血脉不利，及时运用活血化瘀之品，能加强利水功效。谨守病机，根据标本虚实的变化，辨证确切，方药恰当，就能达到预期效果。

6. 刘渡舟医案——真武汤加味治疗风心病心衰水气凌心证

孙某，男，53 岁。1991 年 5 月 25 日初诊。

患有风湿性心脏病史，近因外感风寒，病情加重。心动悸，胸憋喘促，咳吐泡沫状白痰量多。昼夜不能平卧，起则头眩。四末厥冷，腹胀，小便短少，腰以下肿，按之凹陷不起。食少呕恶，大便干结。视其口唇青紫，面色黧黑，舌白滑，脉结。西医诊为“风湿性心脏病，充血性心力衰竭，心功能Ⅳ级”刘老辨为心、脾、肾三脏阳虚阴盛而水寒不化之证。治当温阳利水，真武汤加味。

处方：附子 10g，茯苓 30g，生姜 10g，白术 10g，白芍 10g，红人参 6g，泽泻 20g。

服 3 剂后，小便增多，咳嗽锐减，心悸、腿肿见轻。续用真武汤与苓桂术甘汤合方，温补心脾肾三脏，扶阳利水。

处方：附子 12g，茯苓 30g，生姜 10g，白芍 10g，白术 12g，桂枝 6g，炙甘草 10g，党参 15g，泽泻 15g，干姜 6g。

服上方 10 余剂，小便自利，浮肿消退，心悸，胸闷等症已除，夜能平卧。唯觉口渴，转方用“春泽汤”：党参 15g，桂枝 15g，茯苓 30g，猪苓 20g，泽泻 20g，白术 10g。从此而病愈。

［按语］ 水为阴，其代谢过程必须经过肺、脾、肾三脏的气化功能，其中尤以肾气为关键。若肺失宣降，不能通调水道；脾失健运，不能运化水湿；肾失开合，不能化气行水，则可致水湿内停而发为水气病。而三脏之中，因“肾主水”，“肾为胃之关”，关门不利，则聚水而成病。本案为脾肾阳衰阴盛，水气不化，水寒之邪由下而上，由内致外，由表及里，或上或下，浩浩乎泛滥成灾。若水气上凌于心，则见心悸动，胸憋闷；水随少阴经上射于肺，则咳嗽，痰多，不能平卧；水气上攻于胃，则呕吐食少；水饮上犯清窍，则头晕目眩；膀胱气化不利，则小便不畅。治疗之法，一要温补肾阳，二须利其水邪。真武汤功专扶阳消阴，祛寒镇水。方中附子辛热下温肾阳，使水有所主；白术燥湿健脾，使水有所制；生姜宣散，佐附子以助阳，使主水之中又有散寒之意；茯苓淡渗佐白术以健脾，是制水之中而有利水外出之功；妙意在于芍药，一举数用。一可敛阴和营，二可制附子之刚燥，三可利尿去水。《神农本草经》云：芍药能“利小便”而有行阴利水之功。

本方对肺源性心脏病、风湿性心脏病续发心力衰竭的肢体浮肿，心悸，腹胀，都有可靠的疗效。［陈明，刘燕华，李芳著．刘渡舟临证经验．学苑出版社，1996.32～33］

六、临证心得

心功能不全是各种心脏病发展到后期的一组综合症状。一般病情较长，反复发作，耗伤正气，又易为外邪、过劳等外因所诱发。本病病机以体虚为本，主要表现在心肺脾肾之虚，以邪实为标，多为瘀血、水湿、痰热、热毒等内外之邪，虚实夹杂互现。故治疗当扶正祛邪，标本兼顾。

心气（阳）虚衰贯穿于疾病始终。心主血脉，气血流通赖于心气之推动，心阳之温煦，心阴之滋润，心血之营养，心功能不全主要表现为气短，乏力，动则尤甚；如心衰严重，出现喘促，肢冷，汗出等心阳欲脱之证。

心衰虽病位在心，但与肺脾肾关系密切，因肺为水之上源，主气司呼吸，主宣发肃降，朝百脉，心肺同居上焦，共司气血；脾胃为后天之本，主运化水谷精微，化生气血，为气血生化之源；肾为先天之本，主水之气化，为水之下源，心阳根于肾阳。如咳喘日久，肺气亏虚，不能辅心行血，脉道不利；脾胃亏虚，心血乏源，心气心血日衰，另一方面，脾虚不能制水，水湿泛滥，郁遏心阳，影响心血运行；肾阳亏虚，不能温煦心阳，则出现心肾阳虚，心血瘀阻，水湿泛滥为饮。在脏腑虚衰的基础上，复感风、寒、湿、热诸外邪，很容易影响心脏功能和血脉运行。忧思劳倦，耗伤心气、心血，引起心悸、气短。饮食不节，损伤脾胃，积湿生痰，痰湿阻遏心阳，发为心悸，气短，咳喘。

本病主要是心肺脾肾等脏同病，尤以心肾阳虚占有重要地位。人体血液的运行，有赖于心肾阳气的推动，心肾阳虚，血运无力，久之则心血瘀阻；心血瘀阻又使心阳更加阻遏，反复作用，恶性循环，病情日益加重。心脾肾阳衰，不能化水，水湿泛滥，凌心犯肺，上见喘促咳逆，心悸怔忡，下见尿少浮肿。因此，本病脏气亏虚为本，水饮、瘀血为标，外邪反复侵

袭，劳倦、思虑过度，饮食所伤为病情加重的重要诱因。

治疗本病时要十分注意邪正关系，急则治其标，缓则治其本，或标本兼治。其治疗原则可分为益气、温阳、利水、化瘀四个方面。益气可分为补益心气法、补肾纳气法、益气敛阴法；温阳有温阳益气法、回阳救逆法、温阳通卫法、温阳壮督法等；利水有温阳利水法、宣肺利水法、健脾利水法、化瘀利水法、攻逐水饮法；化瘀有活血化瘀法、益气化瘀法、温阳化瘀等。心力衰竭常用以上诸法配伍为用，其中温阳、益气是治本的主要措施，以真武汤、四逆汤、参附汤为基础方，其中参、附为首选药物。标证明显时，又需及时利水化瘀，利水消肿，是治疗心衰的重要环节，常用方剂有五苓散、苓桂术甘汤、茯苓杏仁甘草汤、葶苈大枣泻肺汤等。由于心衰患者通常有不同程度的血脉瘀阻症状，因此，活血化瘀应贯穿治疗始终，常用方剂有当归芍药散等。根据本虚标实运用上述治则治法，临床常有较好疗效。

第三章　心律失常

一、概　　述

心律失常是指心律起源部位，心搏频率与节律以及冲动传导等任一项异常。病因有各种器质性心脏病、全身性疾病、某些系统疾病、麻醉、或胸腔、心脏手术、自主神经功能失调等，部分患者病因不明。其发病机制可概括为：心脏冲动形成失常（自律性和激动性失常）；心脏冲动传导失常（传导减慢或增快）；心脏冲动和传导均失常。临床须根据心电图和其他电生理学检查确定其类型。心律失常可引起心脏血流动力学改变，引起严重心脏并发症，故常需紧急救治。

心律失常属于中医“心悸”、“怔忡”、“眩晕”、“昏厥”等范畴。祖国医学中虽无心律失常病名，但其许多脉象都与心律失常有直接的关系，如数脉可见于窦性心动过速；迟脉可见于缓慢的心律失常；促脉可见于心率较快的各种期前收缩，快速房颤等；结脉可见于度房室传导阻滞、心率较慢的各种期前收缩、室率较慢的房颤等；代脉可见于成联律的期前收缩、窦性静止、窦房传导阻滞等。本病病因病机多为阴虚阳亢、气虚、虚寒，病性属本虚表实，本虚属脏腑虚损，标实为痰湿、血瘀、气滞、寒凝等。病位以心为主，与肺、脾胃、肾等脏器有

关。临证以调理气血阴阳为主，分别合以活血、行气、化痰、清热、温阳等法。

为临床治疗的方便，根据心律失常时心室律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，它们各自包括的种类很多，目前以中医药治疗较好的有快速性心律失常的期前收缩、阵发性心动过速、心房扑动、心房颤动；缓慢性心律失常的传导阻滞、病态窦房结综合征。至于心律失常中的危重症，如室扑、室颤、完全性房室传导阻滞等则需以中西医结合的方式进行抢救治疗。

二、诊　　断

(一) 临床症状诊断

1. 快速性心律失常

(1) 窦性心动过速：心率在100～150次/分范围内，可无症状，或有心悸、乏力、易激动。

(2) 期前收缩：偶发者可无症状，或自觉心跳不规则、心跳停歇感；频发者有心悸、胸闷、乏力、甚则有心绞痛发作。

(3) 阵发性室上性心动过速：发作时有心悸、头晕、心前区不适、乏力；发作时间长而严重的病例可出现心绞痛、呼吸困难、血压下降。

(4) 阵发性室性心动过速：发作时，患者突然头晕、血压下降、心绞痛发作，甚至昏厥、休克、猝死。

(5) 房扑与房颤：发作时，患者可心悸、胸闷；严重者可出现昏厥、心绞痛、心衰。

(6) 室扑与室颤：一旦发生，瞬间出现意识丧失、抽搐，继之呼吸停止。

2. 缓慢性心律失常

(1) 窦性心动过缓：心率不低于50次/分，一般不引起症状，如心率低于45次/分，常引起心绞痛、心功能不全或中枢

神经系统功能障碍等症状。

（2）病态窦房结综合征：轻者可出现头昏乏力、失眠健忘、反应迟钝等；重者可出现反复晕厥或心脏停搏。

（3）房室传导阻滞：Ⅰ度房室传导阻滞一般无症状，Ⅱ度房室传导阻滞或可有心悸、心脏停顿感，心跳缓慢时可有头昏、乏力、活动后气促，甚至晕厥。Ⅲ度房室传导阻滞除上述症状外，还可出现心、脑、肾等脏器供血不足的临床表现，如心、脑、肾功能不全等。

（二）心电图诊断

心电图是各种心律失常最简单、直接的诊断仪器，如阵发性发作，可用动态心电图协助诊断。

三、辨证治疗

1. 心肺气（阳）虚证

主证：心悸怔忡，气短乏力，善惊易恐，多梦易醒，或遗精盗汗，或恶风畏寒，舌淡红，苔薄白，脉结代。

治法：调和营卫，镇惊安神。

方剂：桂枝加龙骨牡蛎汤加减。

桂枝 10g，甘草 10g，白芍 10g，生姜 10g，大枣 5 枚，生龙骨 30g，生牡蛎 30g。

加减：气短乏力明显者，合人参汤；汗出恶风明显者，合防己黄芪汤；咳嗽气喘者，合茯苓杏仁甘草汤加减。

2. 心脾阳虚证

主证：心悸气短，动则加剧，汗出倦怠，面色不华，或形寒肢冷，舌淡苔白，脉沉弱或沉迟伴结代。

治法：健脾温阳，化饮安神。

方剂：苓桂术甘汤合人参四逆汤加减。

茯苓 30g，桂枝 10g，白术 12g，炙甘草 15g，干姜 6g，熟附子 10g，人参 10g（或党参 30g）。

加减：汗出倦怠明显加黄芪；面色不华明显者加当归；睡眠欠佳者加生龙骨。

3. 阳明湿热证

主证：心悸心烦，汗出而喘，胸腹烦热，口渴下利，下利秽臭，肛门灼热，溲黄，苔黄腻，脉急促或短促，或结代。

治法：清热化湿，解肌止悸。

方剂：葛根芩连汤加减。

葛根 30g，黄芩 15g，黄连 10g，生甘草 15～30g，甘松 15g。

加减：汗出而喘明显加杏仁、生石膏；胸腹烦热加炒栀子、淡豆豉；下利秽臭加黄柏、秦皮；大便不爽加马齿苋、枳实。

4. 肾阳虚证

主证：心悸气短，畏寒肢冷，腰膝酸软，心跳缓慢，胸部憋闷，舌质淡，苔白滑，脉迟滞。

治法：温肾助阳，通经活络。

方剂：真武汤合麻黄附子细辛汤加减。

熟附子 10g，白术 10g，白芍 10g，茯苓 20g，炙麻黄 10g，细辛 3g。

加减：心悸、气短、乏力者，加黄芪、太子参；畏寒肢冷、胸闷痛者，加仙灵脾、瓜蒌、桂枝；脉结代者，合麻黄附子甘草汤加减。

5. 阴虚火旺证

主证：心悸心烦，头晕目眩，胸中烦热，眠少多梦，口干舌燥，潮热盗汗，舌红少津，脉细数。

治法：降火滋阴，除烦安神。

方剂：黄连阿胶汤加减。

黄连 6g，黄芩 10g，阿胶 10g（烊化），白芍 10g，生地黄 20g，生甘草 15g。

加减：心烦易怒，睡眠欠佳者，加酸枣仁、栀子；头晕目眩，口干舌燥者加山萸肉、菊花、天麻；心悸怔忡难以忍受者，加生龙骨、生牡蛎。

6. 气血阴阳俱虚证

主证：心悸怔忡，疲乏无力，失眠多梦，五心烦热，潮热盗汗，面色无华，舌红少苔，脉细数或结代。

治法：益气养阴，宁心安神。

方剂：炙甘草汤加减。

炙甘草 15g，党参 15g，阿胶 10g（烊化），麦冬 15g，生地黄 15g，桂枝 10g，生姜 10g，大枣 5 枚。

加减：兼心脉瘀阻，胸痛胸闷，加郁金、瓜蒌；若腰膝酸软、目眩耳鸣，为肾阴不足，可加龟甲、鳖甲、枸杞；潮热盗汗，气短乏力者，加五味子、黄芪。

7. 阳虚欲脱证

主证：心悸气促，面色苍白，四肢厥冷，呼吸气微，汗出如珠，舌质淡，苔白，脉沉迟、结代或脉微欲绝。

治法：回阳救逆，益气固脱。

方剂：四逆加人参汤加减。

炙甘草 30g，熟附子 15g（先煎），干姜 10g，人参 15～30g（另煎兑服）。

加减：若阴伤明显，证见烦躁，舌质偏红，脉细无力，加玉竹、麦冬、五味子；胸闷严重者，加石菖蒲、桂枝、三七粉（冲服）；大汗淋漓或手足抽搐加生龙骨、生牡蛎。

四、名医经验

张伯臾：治疗心律失常要善于识脉、善养心神。心律失常一症颇为难治，张伯臾先生在临证中有以下几方面体会：一是要善于识脉。心律失常脉象常可见数（促）、迟（结、代）等。一般认为数热迟寒，其实不尽然，必须四诊合参，方可正确识

脉。以数（促）脉言，“阳盛则促”、“数为阳热”，固然以心火偏亢者为多，治当养阴清心，热盛者甚至可以用清热地黄汤类。但临证又可见脉数、促、沉细、动辄气促，溲短、面浮肢肿，形寒舌淡而当作心气阳虚，须用附桂参芪之类者，尤其在老年冠心病中多见，不可忽视。古人对（促）脉有“实宜凉泄虚温补”之训，于临证是有指导意义的。至于迟、结、代脉，虽有“阴盛则结”，“迟而无力定虚寒”之说，临床上常取麻黄附子细辛汤治疗而获效，但于脉迟结代而属阴阳互损者来说，往往例外，非纯阳之剂可效。常须阴阳并调。阴损及阳者，每于养阴药中酌加温通心阳之品，如桂枝、绍兴黄酒等；阳损及阴者，则于温阳药中加入一、二味阴药，如麦门冬、芍药、生地黄等。二是要善养心神。心律失常者每有心悸、心慌、易惊、难寐之候，多为心神虚所致，故在临床治疗中必须注意护养心神。张伯臾先生常辨证选用下列方药参入：如心阴亏虚者分别选用甘麦大枣汤、酸枣仁汤、黄连阿胶鸡子黄汤、琥珀多寐丸、天王补心丹、朱砂安神丸等；心气虚者选用归脾丸、钱氏养心汤；心之阴阳气血皆亏者则常用复脉汤。[单书健，陈子华．古今名医临证金鉴·心悸怔忡卷．北京：中国中医药出版社，1999.192～194]

祝谌予：心律失常应辨证施治，不能以一方一概治之。心律失常可分为阴盛气结、气虚血瘀、气滞血瘀、心阳不振等证型。现在有些中医对心律不齐不加辨证，以炙甘草汤为治疗心律不齐的“特效方”。其实炙甘草汤对于辨证为心气不足，心血亏损者效果较好，对于其他类型者则不适宜。个人的经验是：气虚血瘀者用补阳还五汤加生脉散为基本方，气滞血瘀者用血府逐瘀汤加生脉散为基本方，心阳不振者用真武汤加黄芪、桂枝、菖蒲、远志为基本方，再随证加减。[陈泽霖．名医特色经验精华．上海：上海中医学院出版社，1987.152]

朱锡祺：治疗心律失常应首辨功能器质，每图虚实兼顾。

心律失常是临床常见病症，功能性心悸怔忡多由自主神经功能失常所致，临床以快速型多见，治疗应以辨证为主。功能性心动过速，以太子参 15g，麦门冬 15g，五味子 6g，淮小麦 30g，甘草 6g，大枣 10g，丹参 15g，百合 15g，生龙牡各 30g，磁石 30g，（生脉散合甘麦大枣汤加减）治疗，屡试屡验。属器质性者，临床以风心病、冠心病、病毒性心肌炎为多见，常在辨证的基础上着重辨病。心悸甚者加生铁落 30g，便秘者加生大黄 3～4.5g，有些患者，腑气通后，心律即转正常。“冠心病”伴心律失常以气虚血滞为主者，常用七分益气，三分活血之法，以党参、黄芪、丹参、益母草、麦门冬为基本药，再随证加减。证属痰瘀者，则用桂枝 6g，瓜蒌 12g，薤白 9g，丹参 15g，法半夏 6g，陈皮 6g，郁金 9g，旋覆梗 9g，黄芪 15g 为主（瓜蒌薤白半夏汤加味）。这类病人虽以痰瘀交阻为主，但常兼有不同程度的气虚，故常在豁痰化瘀药中常喜配用黄芪。黄芪补气优于党参，且善补胸中之大气，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。“风心病”伴心律失常者，以通为主要治疗原则。药用桂枝 9g，赤芍药 12g，桃仁 12g，川芎 6g，益母草 30g，丹参 15g，红花 6g，黄芪 15g 等。桂枝为通心脉要药，朱锡祺先生恒以之与赤芍药相配，意在各展其长而相得益彰（二者为桂枝汤主药）。病毒性心肌炎伴心律失常者，治疗不可忽视“病毒”因素。基本方为生地黄 15g，桂枝 6g，麦冬 15g，甘草 6g，丹参 15g，黄芪 15g，大青叶 15g，茶树根 15g。急性发作期热邪重者，宜去桂枝、黄芪，加蒲公英 15g、地丁草 15g。若阴虚症状不明显而气虚症状突出，可去大青叶，加党参 12g，桂枝剂量亦可稍重。[单书健，陈子华．古今名医临证金鉴·心悸怔忡卷．北京：中国中医药出版社，1999.282～284]

刘渡舟：用桂甘龙牡汤治疗心阳不振心律失常，药物组成为：桂枝 9g，炙甘草 6g，龙骨（先煎）12g，牡蛎（先煎）

12g。主治：心悸不宁，坐立不安，烦躁乏力，舌淡苔白，脉弦缓无力。方解：桂枝能上补心阳之虚，温养血脉之寒；佐用甘草辛甘化阳，益气暖胸，龙骨、牡蛎潜敛神气而镇惊安心。加减：若心悸烦躁，手足厥冷，脉沉而舌淡者，治当心肾同温，上下兼顾，合茯苓四逆汤加减：桂枝 9g，炙甘草 6g，茯苓 12g，人参 6g，附子（先煎）12g，干姜 6g。[陈镜合．当代名老中医临证荟萃．广州：广东科学技术出版社，1987. 55～56]。

五、医案精选

1. 高仲山医案——复脉汤治疗心悸心血不足、心阳不振证

初诊：1980 年 5 月 22 日。患高血压、冠心病史 5 年，1978 年曾出现心肌梗死，心力衰竭，长期用地高辛。1980 年 5 月 12 日出现房颤。对奎尼丁有特异反应，又难以耐受电除颤。初诊时见心悸不安，眩晕，胸闷气短，神疲乏力，面色黯滞少华，上腹部浮肿，纳少，舌胖嫩，有齿痕，苔白润，脉结代。

辨证：心血不足，心阳不振。

治法：益气养血，温阳复脉。

方药：复脉汤加减。

药用：炙甘草 50g，红参 15g，柏子仁 15g，桂枝 10g，麦门冬 10g，生地黄 20g，阿胶（烊化）15g，鲜姜 10g，大枣 10g。

二诊：服上药 4 剂后，症状明显改善，心悸偶尔发作，脉沉弱偶有结代。效不更方，续进药 6 剂。

三诊：两周后，稍有胸闷乏力，神疲，上腹部仍见浮肿。复查心电图正常。原方加茯苓 10g，泽泻 10g。继服药 3 剂，以固其效。

[按语] 本例乃心血不足、阴阳俱虚之体，无阳以宗其气，无阴以养其心。宗炙甘草汤之意，易火麻仁为柏子仁名复脉饮。取七分阳药，三分阴药，用治此类心悸，每获良效，实是经验之谈。[董建华．中国现代名中医医案精华．北京：北京出版社，1990.1916]

2. 焦树德医案——益气活血，温通心肾法治疗心肾阳虚型头痛、心悸

孙某，男，30岁，山东省某市干部。初诊日期：1974年10月27日。

问诊：主诉头昏、头痛、心慌、心跳慢已10余年。自1961年夏天开始头痛、头晕、心跳、气短、全身乏力等症状，逐渐加重，1964年曾住入山东省某医院，诊断为Ⅲ度房室传导阻滞，经过治疗，逐渐恢复正常。1965～1968年期间，因过度劳累，又头痛剧烈，心慌憋气，心率36次/分，而再度住入某医院，治疗未效。于1969年4月转至中国医学科学院北京某医院住院治疗，诊断为“Ⅲ度房室传导阻滞”，因疗效不理想于9月份出院。此后1970～1974年这段时间内，又曾住过山东省某医院、上海市某人民医院、上海第一医学院某医院、中国人民解放军某医院等医疗单位，经用中西医药物治疗，均未见明显好转。所住过的各医院都建议安装心脏起搏器，以免发生危险，病人仍愿用药物治疗而来本院就诊。

目前主要症状是：头晕、头昏、头痛（前头痛空痛），痛甚时可致昏厥，记忆力明显减退，心慌气短，胸部憋闷，心跳慢，全身乏力，打不起精神来，畏冷，多梦，饮食一般，二便尚调。

望诊：体格发育正常，营养一般，慢性病容，面色晦暗无华，精神不振，舌质略暗，舌根部有白苔略厚。

闻诊：语言清楚，声音较低，说话时气短。

切诊：手足较凉，两手脉象皆迟而脉弱。

辨证：心主血脉，其华在面；心居膈上，主胸中阳气。肾为作强之官，藏精生髓，（脑为髓之海），乃人身真阳所居之处。阳主动，阴主静。本病过劳成疾，头部昏晕发空，全身疲乏无力，精神不振，全身畏冷，是肾阳不足之象。心慌、气短、心跳缓慢、胸部憋闷，是为心阳不振之候。心肾之阳俱虚，精血不能上荣，故头部发空，而昏晕厥痛，面色晦暗无光泽。心肾不能交通共济，故健忘多梦。心肾阳虚，血脉流行不佳，故舌质发暗，脉迟力弱。四诊合参，诊为心肾阳虚之证。

治法：温通心肾之阳，益气活血。

处方：炙麻黄 8g，制附片 9g，细辛 3g，薤白 9g，熟地黄 15g，山萸 9g，山药 12g，紫肉桂 3g，五味子 6g，麦冬 9g，茯神 9g，红花 9g，川芎 9g，白人参粉 1.8g（分 2 次冲服）。6 剂。

方义：本方取麻黄附子细辛汤加薤白，以温助心阳为主药。熟地黄、山萸、肉桂、山药、温补肾阳，为辅药。又佐以人参、麦冬、五味子益气、养心阴、调血脉；茯神养心安神，红花活血行瘀，更使以川芎辛香走窜，上行头胸，下走胸腹，行血之气，配合附子温经散寒，而通行十二经以助回阳之力。共成温通心肾阳气，益气活血之剂。

二诊（11 月 4 日）：上药进 7 剂，症状无大变化，但亦无不良反应。舌质仍暗，脉仍迟。再加减前方。

麻黄 5g、附片 6g，白芥子 5g，熟地黄 24g，肉桂 5g，鹿角霜 12g，苏子 9g，杏仁 9g，党参 12g，香附 9g，炙甘草 6g，川芎 6g。6 剂。

另：云南白药 3 瓶。每次服 1/8 瓶，1 日 4 次。

三诊（11 月 12 日）：上方服 8 剂，症状仍未见明显改变，仍有头晕、少寐、胸闷等症，舌脉亦同前。改投宽胸助心阳，益肾活血之剂，以振奋全身阳气。处方如下：

全瓜蒌 30g，薤白 15g，桂枝 12g，肉桂 6g，鹿角霜 12g，

炙甘草 6g，党参 15g，红花 9g，苏木 12g，川芎 12g，珍珠母 24g（先煎），钩藤 15g，天仙藤 12g，天仙子 0.9g。6 剂。云南白药改为 1 日服 3 次。

四诊（11 月 25 日）：上方服 12 剂，仍感头晕，前头痛，全身疲乏无力，睡眠多梦，健忘。舌质红，苔黄腻，脉迟（35 次/分）。再进行辨证分析，仍诊为心、脾、肾阳虚，血流不畅之证。服前药症状虽未见明显改善，但舌质已由暗红转红，是为可喜之征兆，说明亦有一定效果，故仍守上方稍事出入，加重药力。

全瓜蒌 30g，薤白 15g，桂枝 24g，鹿角霜 12g，肉桂 5g，白芥子 6g，党参 5g，川芎 15g，苏木 15g，红花 9g，天仙藤 12g，白芷 9g，珍珠母 30g（先煎），炙甘草 6g。6 剂。

本方以瓜蒌薤白白酒汤去白酒加桂枝、白芥子助胸阳、开胸痹、降泄痰浊为主药，又附以肉桂、鹿角霜补肾中真阳，以助全身的阳气恢复。并佐以红花、苏木、天仙藤，活血通络；党参、炙甘草益气以和血；珍珠母养心阴而安神；更重用川芎促血分药通行十二经以化瘀生新，鼓舞气分药以帅血行。白芷辛温香窜，其气上升入阳明经，以治前头痛，作为使药。

五诊（12 月 3 日）：上方进 8 剂，头痛、头晕减轻，心跳也有时稍见增快（曾有时 38 次/分）。病人喜形于色，自觉有希望。症状尚有全身疲乏，多梦，健忘，食欲不振。舌质红润，舌苔黄腻。脉仍迟慢（35 次/分）。仍以上方出入。

全瓜蒌 30g，薤白 15g，桂枝 30g，白芥子 9g，鹿角胶 9g，肉桂 5g，熟地黄 15g，麻黄 3g（与熟地黄同捣），红花 9g，苏木 15g，天仙藤 15g，党参 15g，珍珠母 30g（先煎），川芎 15g，白芷 9g。6 剂。

本方除加重了桂枝、白芥子的用量外，又加了熟地黄、麻黄同捣的方法。用了白芥子、鹿角胶、肉桂，便在瓜蒌薤白白酒汤的基础上，又寓有了阳和汤之意，以加强补阳、通滞、散

结、活瘀的作用。

六诊（12 月 9 日）：本周头痛未作，其余症状亦均有减弱，心跳有时可增至 38～39 次/分。近日有些腰痛。上方去白芷，加川断 12g。6 剂。

出院后病人按方继服 100 余剂，来信告知：心率增至 80 次/分。心电图正常。

1975 年 10 月 9 日，病人来北京复查。病人精神很好，满面春风，较前稍胖，身体健壮。早已上班工作，此次出差去张家口，顺便来京复查。携有 1975 年 4 月 14 日心电图及 1975 年 7 月 20 日心向量图，为“正常心电图”，“大致正常心向量图”，心率 76 次/分。当即又在本院做心电图检查，亦为正常心电图。

1980 年 6 月追访，6 月 11 日病人回信说：“回来后一直很好，心率很正常，均在 60～70 范围内，同时，其他部位也没有什么反应。……我现在工作单位离泰山很近，每天早起爬山，爬 300 米高的山，1 个小时上下，感觉有劲，饮食很好，工作起来总觉着有用不完的劲。……现在心电图仍为正常心电图，血压也正常。”［焦树德著．从病例谈辨证论治．北京：人民卫生出版社，1982］

［按语］ Ⅲ度房室传导阻滞属于疑难重症，在该病治疗中，医者抓住心肾之阳俱虚这一病机特点，用麻黄附子细辛汤合肾气丸加减治疗，先后根据病机变化，随证加减，用瓜蒌薤白白酒汤、桂枝汤、阳和汤、生脉散等方化裁，终获痊愈，体现了中医治病辨证论治的重要性。

3. 刘渡舟医案——苓桂术甘汤加味治疗频发室性期前收缩“水心证”

杨某，男，33 岁，工人。

1993 年 9 月 15 日初诊。

患者于 1 年前因连续加班，过于劳累，忽觉心悸不安，少

痹，周身乏力，做心电图示“频发室性期前收缩”，经服倍他乐克，肌苷等药，心悸发作减轻，但停药后心悸又作。现心悸频作，胸中发空，气短而不接续，动则汗出，倦怠乏力，睡眠不佳，观其舌质淡嫩，脉弦细而带有结象。刘老辨为心胸阳气不足，导致水气上冲的“水心病”之证。

治法：通阳化饮，补益心气。

处方：桂枝 14g，茯苓 20g，白术 10g，炙甘草 10g，丹参 15g，党参 15g，沙参 12g。

服至 7 剂后，心悸明显减轻，胸中已不觉发空，守方又服进 10 余剂而病愈。

[按语] 本案加入“三参”之意义，因宗气虚弱之故。《灵枢·邪客篇》曰：“宗气者，积于胸中，出于喉咙，一贯心脉，而行呼吸焉”。如果宗气虚弱，无力推动血脉运行，心脉迟缓，则必然出现加重“水心病”的病情，故在用苓桂术甘汤的同时，加上党参、丹参、沙参以补益心脏之气，并通心脏之脉，名之为“三参苓桂术甘汤”，临床疗效为佳。[陈明，刘燕华，李芳 著．刘渡舟临证验案精选．学苑出版社，1996.34]

4. 赵寄凡医案——桂枝汤合麻黄附子细辛汤治疗冠心病心律失常心阳虚，心脉瘀阻证

王某，男，56 岁，干部。

胸闷，头晕，无力，脉缓而迟，舌胖淡紫。心电图示：窦缓，心率 43 次/分，Ⅱ度房室传导阻滞。诊断：冠心病，心律失常。

辨证胸痹（心阳虚，心脉瘀血）。

治则：助阳活血化瘀法，桂枝汤合麻黄附子细辛汤。

处方：桂枝 10g，赤白芍各 15g，麻黄 10g，附子 10g，细辛 3g，生姜 10g，大枣 10 枚，甘草 6g。

患者服药半小时后，心率增快达 52 次/分，胸闷、头晕、无力症状亦好转。继续服药 2 周，患者诸证消失，心电图恢复

正常，心率60～70次/分。

[按语] 桂枝汤将桂枝的量加重，并与麻黄、附子、细辛配伍，则桂枝、麻黄的作用已不在表，而转入治里，以助心肾之阳，温通血脉，起活血化瘀、畅通循环的作用，故心率增快，血液供应充足，胸闷、头晕、无力症状消失。[李晓东主编．胸痹心痛古今名家验案全析．北京：科学技术文献出版社．2004.4]

5. 阚方旭医案——复脉汤合麻黄附子细辛汤加减治疗病态窦房结综合征阳气亏虚证

路某，男，43岁。

就诊时间：2002年2月2日。

主诉：因劳累后心悸气短2个月。在当地医院住院月余，诊为病态窦房结综合征，出现房扑、有时心率30余次/分，窦性停搏有时达4秒钟，用药情况不详，院方力主安起搏器治疗，病人不同意而出院求治中医。

诊断：中医诊断：心悸。辨证：阳气亏虚。西医诊断：病态窦房结综合征。

治法：益气温阳复脉。

处方：黄芪50g，党参30g，麦冬30g，生甘草30g，淫羊藿20g，炙麻黄9g，熟附子9g，细辛5g，阿胶10g（烊化冲服），大枣5枚。水煎服，日1剂。嘱停用西药。

二诊：服用上方20剂后，症状明显减轻，心律规整，睡眠好，自述有时出现期前收缩。上方改用淫羊藿30g，炙麻黄5g，熟附子6g。水煎服，日1剂，20剂。

三诊：3月14日来诊时心率在65～80次/分，偶有期前收缩，自觉症状改善满意。上方去麻黄，嘱服五剂后改为隔日1剂或每周2剂。

先后治疗3个月，症状消失，至今未复发。

[按语] 病窦综合征是难治性心血管疾病之一，该患者劳

累后心悸气短，中医治以益气温阳之法，扶元固本，以复脉汤合麻黄附子细辛汤加减，充分调动自身抗病能力，服药3个月而获得满意疗效。不仅为患者节省了大量医疗费用，而且减少了治疗中的痛苦和时间，提高了生活质量。

6. 禹云梅医案——柴胡桂枝干姜汤治疗心悸（室性期前收缩）肝气郁结水饮凌心证

谢某某，女，54岁。

2004年3月15日初诊。患者心悸胸闷1年余，头晕、失眠、耳鸣、头汗多，口微干，夜尿2～3次，大便偏干，食欲一般。查生化、血常规正常，血脂偏高。24小时动态心电图示：频发性室性期前收缩，有时呈二联律。多次服用中西药物无明显好转。舌暗淡，苔淡黄润，脉沉结。诊断：心悸。

辨证：肝气郁结，水饮凌心。

治则：和解少阳，化饮利水，宁心安神。方用柴胡桂枝干姜汤加减。

处方：柴胡10g，桂枝6g，干姜6g，瓜蒌根15g，五味子6g，杏仁10g，半夏9g，苦参6g，牡蛎30g，甘草3g。连服15剂，诸症消失，心电图恢复正常。后以归脾汤善后，随访至今无复发。[禹云梅．柴胡桂枝干姜汤临床新用5则．实用中医内科杂志．2006，20（2）：172]

[按语] 心悸病位在心，由于心神失养，心神动摇而悸动不安，但其发病与脾肺肝肾四脏功能失调相关。本病病机特点为肝气郁结，水饮凌心。证属寒热虚实错杂。方中，桂枝、干姜温阳化饮；柴胡、瓜蒌根、半夏、牡蛎解郁，化痰热；杏仁宣肺活血化瘀；五味子宁心安神；苦参味苦入心经而清心除烦。诸药配合顽症得愈。

六、临证心得

心律失常的证型与心律失常的原发病因、心律失常的类型

有密切关系，因急性心肌炎、甲状腺功能亢进引起者常表现为“心气不足”、“阴虚火旺”证；因冠心病、风心病引起者常表现“心气心阳亏虚证”或“心肾阳虚证”；因自主神经功能失调引起者常表现为“心神不宁”证；因窦房结功能障碍引起的心率缓慢常归结为心肾阳虚，寒凝心脉。但也不尽然，临证时亦应根据患者的体质，如肥胖型体质多为湿热或阳虚；畏寒怕冷，形体消瘦多为虚寒证。还要根据患者就诊时的季节、环境灵活辨证。方能取得最佳疗效。

张仲景许多治疗心悸的方剂用来治疗心律失常，疗效显著，如桂枝汤及加减方，小柴胡汤及加减方，麻黄附子细辛汤，炙甘草汤，四逆汤，真武汤、葶苈大枣泻肺汤、苓桂术甘汤等等。尤其对缓慢性心律失常、病态窦房结综合征、自主神经功能紊乱所引起的心律失常，效果更为明显。

第四章　高脂血症、高黏血症和动脉粥样硬化

一、概　　述

血脂是血浆或血清中脂类的总称，主要有胆固醇、甘油三酯、磷脂、游离脂肪酸等血中的脂类含量超过正常浓度称为高脂血症。由于血浆脂质为脂溶性物质，必须在血液中与蛋白质结合成为水溶性的脂蛋白，所以高脂血症常为高脂蛋白血症的反映。由于高脂血症患者血浆中高密度脂蛋白胆固醇常降低，故认为是由于脂质代谢紊乱所致。

高黏血症是由于血浆黏滞度增高引起血流动力学、流变性改变，导致血流缓慢、迟滞，血小板活性增强，从而引起临床一系列病理生理变化。

动脉硬化是指动脉的一种非炎症性、退行性和增殖性疾病，导致管壁增厚变硬，弹性消失和管腔变小。动脉粥样硬化是动脉硬化中的最常见、最重要的类型，其特点是受累动脉的内膜先后有多种病变合并存在，包括局部有脂质和复合糖类积聚、出血和血栓形成，纤维组织增生和钙质沉着；并有动脉中膜的逐渐退化和钙化。在动脉内膜积聚的脂质外观黄色粥样，故称为动脉粥样硬化。病变常累及大、中型动脉，多呈偏心性分布，如发展到足以阻塞动脉腔，则此动脉所供应的组织或器

官将缺血或坏死。

血脂异常与动脉粥样硬化的关系十分密切，血脂异常特别是血清胆固醇和低密度脂蛋白的增高、高密度脂蛋白的降低是动脉粥样硬化发病的主要危险因素，也是冠心病患者冠状动脉事件增加的危险因素。动脉粥样硬化的主要病理变化是动脉出现的粥样斑块，而胆固醇和胆固醇脂则是构成粥样斑块的主要成分。血脂异常是动脉粥样硬化易患因素，脂质浸润是动脉粥样硬化的基础。

中医学中没有动脉粥样硬化这一病名，根据本病的临床表现及病理变化，本病可属于“痰证”、“瘀证”、“脉痹”等病症的范畴。病至后期出现相应器官病变时，则可属于“胸痹”、“眩晕”、“中风”、“脉痹”等病症范畴。其病因病机中医认为主要为年老体虚，元气不足，精微不能充养四肢百脉导致痰浊、瘀血内生，痹阻脉络。另外，恣食肥甘厚味，贪图安逸，忧思郁怒，情志内伤亦可导致或加重痰浊瘀血的形成。

二、诊　　断

动脉粥样硬化从开始到动脉粥样硬化斑块形成，病程长短不一，早期症状不明显，只有发展到一定程度，机体器官和组织明显受累时，才出现临床症状。一般表现为脑力、体力减退，头晕，头痛，记忆力下降，当影响到脏腑组织供血时，则出现相应的临床症状。

辅助检查：

1. 生化检查　主要表现为脂代谢异常改变：①血总胆固醇增高、甘油三酯升高；②低密度脂蛋白升高；③载脂蛋白β增高，载脂蛋白α降低等。

2. 血液流变学检查　血液黏滞度增高，血小板活性可增强。

3. X线检查可见主动脉扩张迂曲，或见到钙质沉着。

4. 彩色多谱勒超声能判断四肢动脉、颈动脉、主动脉、肾动脉的血流情况及狭窄程度，血管内超声可直接观察动脉局部粥样硬化病变情况。

三、辨证治疗

1. 痰热痹阻证

主证：病人体胖少动，倦怠乏力，心胸烦闷，头重肢倦，思维迟钝，口粘乏味，或口干、口苦，大便干或不爽，小便黄或白，舌苔白腻或黄腻，脉弦滑。

治法：化痰降浊，宣痹通阳。

方剂：小陷胸汤合瓜蒌薤白半夏汤加减。

瓜蒌 30g，半夏 15g，黄连 5g，薤白 10g，姜黄 10g。

加减：心胸烦闷明显者加郁金、栀子；头重肢倦，口苦胁胀者加草决明、茵陈；大便干或不爽者加大黄、枳实；口粘乏味者加山楂、橘皮、佩兰。

2. 瘀血阻络证

主证：平素易怒心烦，常感胸胁胀闷不适，时有头目晕眩，羸瘦，腹满不食，或两目黯黑，肌肤甲错，舌质瘀黯或有瘀斑，脉弦涩。常有食伤、忧伤、饮伤、房室伤、劳伤等病史。

治法：祛瘀生新，活血通络。

方剂：大黄䗪虫丸加减。

大黄 7.5g，黄芩 10g，甘草 9g，䗪虫 5g，桃仁 6g，杏仁 6g，芍药 12g，干地黄 30g，干漆 6g，虻虫 6g，水蛭 6g，蛴螬 6g（参照上方比例炼蜜为丸，每丸重 3g，每次服一丸，日服 3 次或遵医嘱）

加减：易怒心烦加柴胡，胸胁胀闷加山楂。

3. 痰瘀阻络证

主证：头痛眩晕，心悸胸闷，形体肥胖，不耐劳作，呕恶

痰涎，心烦易怒，大便干燥或粘之不爽，舌质瘀黯，舌苔白腻，脉弦涩。

治法：祛瘀化痰，泄浊通络。

方剂：桃核承气汤合桂枝茯苓丸加减。

桃仁 10g，炙甘草 10g，大黄 10g，芒硝 3g，桂枝 10g，茯苓 15g，赤芍 10g，丹皮 10g。

加减：大便干不甚去芒硝；头目不清加草决明、天麻；呕恶痰涎加半夏、竹茹；肢体麻木加水蛭、乌梢蛇。

4. 肾气亏虚证

主证：眩晕，头痛，失眠，记忆力减退，腰膝酸软，早衰，发坠齿摇，耳聋耳鸣，精神呆钝，动作迟缓，舌质淡暗，苔薄白，脉弦细而弱。

治法：补益肾气，泄浊通窍。

方剂：肾气丸加减。

熟附子 6g，桂枝 6g，干地黄 30g，山药 20g，山萸肉 10g，丹皮 10g，茯苓 20g，泽泻 30g，石菖蒲 15g。

加减：腰膝酸软加独活、桑寄生；耳鸣耳聋加骨碎补、蝉蜕；夜尿频或遗尿者加菟丝子、覆盆子。大便干燥者加酒大黄、肉苁蓉。

5. 脾虚湿阻证

主证：头重头晕，心悸目眩，四肢倦怠，健忘神疲，腹胀纳呆，口淡不渴，乏力懒言，大便溏薄，舌体淡胖，边有齿痕，苔白浊腻，脉缓无力。

治法：健脾化湿，温化痰饮。

方剂：苓桂术甘汤合泽泻汤加减。

茯苓 30g，桂枝 10g，白术 15g，炙甘草 10g，泽泻 15g。

加减：倦怠乏力明显加黄芪、党参；腹胀纳呆加焦三仙、生姜；头重昏蒙加石菖蒲、藿香；大便溏薄加薏苡仁、干姜。

6. 肝胆湿热证

主证：头痛头晕，胸胁苦满，心烦易怒，耳鸣耳重，大便干结或不爽，舌质红，舌苔黄或黄腻，脉弦数。

治法：清利肝胆，和胃降浊。

方剂：大柴胡汤合茵陈蒿汤加减。

大黄 10g，枳实 10g，黄芩 15g，半夏 15g，白芍 15g，茵陈 15g，栀子 10g，生姜 10g，大枣 3 枚。

加减：头痛重加蔓荆子、夏枯草；胸胁疼痛重加郁金、川楝子；耳鸣耳聋加蝉蜕、龙胆草；头重大便干加草决明。

四、名医经验

于俊生：高脂血症根据其临床特点可划属于中医学“痰浊”、“痰瘀”之讨论范畴。痰乃津液之变，所谓“脾虚不运清浊，停留津液为痰生”。清浊不分，停留凝聚而成痰，意味着“痰”为某些黏稠分泌物的病理产物，也概括为一些混浊的脂状物质。这类物质，不但与脾相关，与肾也有密切的联系，若肾阳虚，则水不生土，衍生痰饮脂浊；肾阴虚，更可火化热生，炼液为痰，熬血为脂。同时，肝胆之疏泄失常，脾胃失运，使胆气郁遏则清净无能，浊脂难化，致使脂质代谢紊乱。可见脾、肾、肝功能失调，从而浊脂内生，脂混血中，血液黏稠度增高，聚存于血脉之中，导致脉络壅塞不畅。可以认为血中过多的脂质大体上就相当于中医所说流行于血脉的那部分痰浊之邪。《内经》谓：“血少黑而浊，故不能射”，经文点击一个“浊”字，可理解为高脂血症的病源所在。[于俊生，王砚琳主编．学说探讨与临床经验．青岛：青岛出版社，2005.143～144]

《伤寒杂病论》首先提出了“瘀血”、“痰饮”病名，并对其临床症状及体征作了详细的描述。按痰瘀同治组方的方剂，有苇茎汤、大黄牡丹皮汤、鳖甲煎丸、当归芍药散、桂枝茯苓丸、当归贝母苦参丸、大黄甘遂汤等。[于俊生，王砚琳主编．

学说探讨与临床经验．青岛：青岛出版社，2005.113]

陈克忠：高脂血症的基本病理变化为本虚标实。高脂血症的发病虽错综复杂，但其基本病理变化为本虚标实。所谓本虚，涉及脾、肝两脏；至于标实，是指痰浊、血瘀。脂质代谢紊乱状态，可视为痰浊、血瘀。痰浊、血瘀为脏腑虚损所产生的病理产物。脾主运化，为生痰之源，脾虚失运，水谷肥甘之物无以化生气血精微，则痰浊内生。脾之健运根于肾之温养，肾虚及脾，或脾脏本虚，均可使痰浊内生。在以肾虚为主的多脏器虚损的衰老过程中，气化功能减退，气血失调，故血行不畅，易致血瘀，在血液流变学方面的改变是血液呈浓、粘、凝、聚状态。肝肾同源，肾阴不足，肝失涵养故常肝肾俱虚。肝阴不足可使疏泄功能随之减退。肝失疏泄，气机不畅，则直接影响脾之运化，亦与肝功能失调有关。肾、脾、肝诸脏亏损，痰浊、瘀血乃生，痰瘀同病，作用于机体，浸淫脉道，共同构成缺血性心脑血管病的危险因素。

高脂血症的治疗以标本兼顾、补虚泻实为原则。临床辨治当分清标本缓急，虚实轻重，或益肾固本为主，或化痰祛瘀为主，或二者并举。

（1）益肾固本，佐以化痰祛瘀：此为重在治本之法。患者虽血脂升高，但自觉症状不明显，病势缓，病情轻，或偶有头晕耳鸣，肢重乏力。舌淡红或黯红，苔白，脉沉弦细。此类患者以本虚为矛盾的主要方面，治应益肾填精、健脾渗湿为主，并稍佐化痰祛瘀之品。以神仙服饵何首乌丸合杞菊地黄丸（肾气丸去桂、附加枸杞、菊花）加减：制何首乌 30g，枸杞子 15g，熟地黄 20g，黄精 30g，淫羊藿 30g，泽泻 40g，生山楂 30g。以何首乌、枸杞子、熟地黄、淫羊藿益肾填精，黄精补益脾气，泽泻助脾渗湿，生山楂消食化瘀。若肾阴偏虚，心烦失眠，口燥咽干，舌红少苔，脉细数者，加女贞子、黑芝麻，并重用熟地黄；肾阳偏虚，畏寒肢冷，舌淡苔白，脉沉细者，

加肉苁蓉、巴戟天、制附子；脾虚偏重，脘腹胀满，倦怠乏力者，加党参、黄芪、半夏。

（2）化痰祛瘀，佐以益肾固本：此为重在治标之法。患者病势急，病情较重。常表现头晕目眩，胸闷胸痛，肢麻沉重，舌质紫黯，或有瘀点瘀斑，苔滑腻，脉弦或涩。本病虽以虚为本，但痰瘀阻塞脉道的表现突出，即标实证为矛盾的主要方面，治以利湿化痰，活血化瘀为主，辅以益肾固本之品。常以泽泻汤、失笑散、神仙服饵何首乌丸加减：泽泻 40g，生蒲黄 12g，五灵脂 12g，大黄 6～15g（后入），决明子 30g，制首乌 30g，郁金 15g，生山楂 30g，主以泽泻、蒲黄、五灵脂、大黄、郁金利湿化痰，祛瘀行气。以标实证为主的患者当主攻痰瘀，痰瘀一散诸症即可得以缓解。若胸闷胸痛者，加瓜蒌皮、丹参、赤芍；肝阳上亢，眩晕明显者，加菊花、生石决明、钩藤；口干烦躁，苔黄厚腻，痰湿化热者，加茵陈、黄芩、胆南星。

（3）益肾固本，化痰祛瘀并举：此为标本并举之法。患者本虚证与标实证并重。常表现头晕耳鸣，或有胸闷胸痛，肢体麻木，腰膝酸软，神疲乏力，舌黯红，苔厚，脉沉弦细。治以益肾固本与化痰祛瘀并举。此为以上两种治法的综合运用。常用：制首乌 30g，枸杞子 15g，淫羊藿 30g，肉苁蓉 12g，黄精 30g，决明子 30g，泽泻 40g，生山楂 30g，生蒲黄 12g。临证酌情加减。[张继东．陈克忠治疗高脂血症经验择要．山东中医杂志，1995，(3)：123～124]

颜德馨：

1. 病涉五脏独重于脾　痰浊入血是形成高脂血症的主要环节，脏腑功能紊乱是痰浊产生的内在原因。脾为生痰之源，其作用尤为重要。其余四脏产生痰浊的机制从根本上也是导致脾失健运，从脾论治高脂血症寓有固本清源之意。

（1）健脾：脾为后天之本，脾健则四脏皆得煦育，他脏有

病从脾论治寓有治本之意。高脂血为血中的痰浊，脾健可使水谷随食得化，痰湿不生，可谓清源。况健脾之药，一可防滋腻碍脾寒凉伤胃，二可助药物的吸收。临证以苍术六君、苓桂术甘、五苓等加荷叶、藿香、佩兰等化裁。

(2) 疏肝：高脂血症患者发病或病情加重多与情志变化有关。肝脾同居中焦，脾运化的功能健全有赖于肝的疏泄功能正常，肝主疏泄，一方面可使脾胃升降有序，运化有度，另一方面胆汁的分泌排泄正常，有助于饮食物的消化吸收，从而推动脾胃的运化。肝失疏泄，横逆犯脾，脾土受病，运化失健，痰浊内生，血脂升高。“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”说明肝脾二脏在病理生理上相互影响，在治疗上也应相互兼顾，不能孤立看待。以逍遥散化裁。肝火较甚，见面红目赤，口干舌燥，心烦，尿黄，便结，苔腻，脉弦，加钩藤、生地黄、龙胆草、泽泻、栀子、黄芩；两胁痛甚加延胡索；脘痛嗳气加姜半夏、苏梗。

(3) 通腑泄浊：脾胃为气机升降之枢纽，脾胃升清降浊功能失司，肠道失于通畅，不利于脂浊的排泄，脂浊进入血液从而引起血脂升高。药用：制大黄（里热盛者用生大黄）、何首乌、虎杖、草决明、枳实等。湿热较甚加芳香化浊之品，如藿香、荷叶、石菖蒲、黄芩、连翘、茵陈、车前子、滑石等；食积较甚加山楂、麦芽。一方面以大黄之类荡涤胃肠宿食，推陈致新；一方面以山楂、麦芽开胃消食健脾。实与现代医学通过增加肠蠕动，促进肠内脂质的排泄，抑制外源性脂质的吸收而降低血脂的方法异曲同工。

2. 痰瘀同治调气为先　痰瘀是高脂血症的主要病理产物，法当痰瘀同治，严氏指出治痰瘀者必调其气。临床多用以下治法：

(1) 益气活血化痰：高脂血症伴心脑血管疾病者，多病程较长，虚象明显，瘀阻脉道虽与心气不足，肾气亏乏，肝郁气

滞有关，但究其根本在于脾气虚。治以补气活血、化痰通络，以痰瘀为主要见证者，当化瘀祛痰为主，稍加益气健脾之剂；以气虚为主要见证者，益气健脾为主，稍加化痰祛瘀之品，可使补而不滞祛邪不伤正。药用：黄芪、柴胡、葛根、当归、川芎、桃仁、红花、赤芍、地龙、何首乌、枸杞子、海藻、水蛭。

（2）理气活血化瘀："百病生于气"，气机不畅则津停为痰，血滞为瘀。而痰瘀互结，又可进一步阻碍气机。高脂血症易引起心脑血管疾病，原因在于其病理产物痰瘀痹阻血脉、经络而形成诸病。值此之际，当以调畅气机为先，气机调畅则津行血活，且气机调畅则脏腑功能正常。方用柴胡疏肝散（四逆散加香附、川芎）合导痰汤加蒲黄、僵蚕、生山楂、丹参、虎杖。气滞血瘀较重，头痛失眠，胸胁胀满或刺痛，急躁易怒，唇黯，舌质紫暗或有瘀斑、瘀点，脉弦涩或结代，加柴胡、青皮、陈皮、香附、郁金、川芎、降香、茺蔚子、姜黄、五灵脂、三七。

严氏根据脾虚为本，痰瘀为标的特点，拟定了严氏降脂方，主药为黄芪、生蒲黄、海藻、水蛭、虎杖。黄芪为补气之要药补气健中，气行则血行，现代研究表明，黄芪有扩张血管，促进血液循环，降低血液粘滞度等作用。丹溪谓苍术能治六郁，乃治脾要药，《本草正义》说其善行，"能彻上彻下，燥湿而宣化痰饮"，黄芪伍苍术补气健脾，复脾升清降浊之能，且补而不滞，可谓治本。生蒲黄活血化瘀，药理研究证实含有较多的植物固醇，可与胆固醇竞争脂化酶，减少胆固醇的吸收；虎杖化瘀泄浊，海藻软坚化痰，三药配合能使瘀去痰消，可谓治标。水蛭逐瘀通络而不伤血，引诸药直入血分，可谓佐使。全方体现了标本兼治的思路。[赵昊，吴龙，沈云等．严德馨辨治高脂血症的经验．辽宁中医杂志，2002，29（1）：6～7]

黄淼明：用大黄䗪虫丸治疗 14 例高脂血症，结果降甘油三酯有效 8 例，无效 6 例。降胆固醇作用不明显。但大黄䗪虫丸能非常显著地降低全血比黏度、全血还原黏度及纤维蛋白原水平。而对血沉、血细胞比容、红细胞电泳时间及血沉方程 K 值影响不明显。降低试验性家兔高脂血症的血清总胆固醇、甘油三酯、β-脂蛋白的浓度及全血比黏度、血浆比黏度。

李阵明：随机选择高脂血症治疗组 69 例，对照组 44 例。治疗组服用抵当丸，每次 1 丸，日 2 次。对照组服用脂必妥，每次 3 片，日 3 次。均为 4 周 1 疗程。治疗组有效率 97.1%，两组比较有显著性差异（$P<0.01$）。

魏品康：认为高脂血症多因嗜食肥甘、导致湿热内蕴，气血不畅；或因年老体衰，或因久病伤及脾肾，导致脾肾阳气亏损，蒸腾气化失司，膏脂输化障碍，形成痰湿内阻，反渗入血，累及脏腑。如果痰浊累及脾胃，则脾运化无权，胃纳受阻，脾虚湿滞；如果痰浊侵入肝肾，痰瘀化火，而致肝肾阴虚；病久则痰瘀滞于心胸，故临床多见痰湿内阻、脾虚湿滞、肝肾阴虚、痰瘀互结等证型。基本病机为机体输化失常，致膏脂生成，形成“血中痰浊”，尤以脾虚痰湿内滞证为主。病理性质总属本虚标实。本虚主要表现为脾肾阳虚，标实主要为痰瘀互结。他治疗痰瘀互结型高脂血症，症见胸闷、疼痛、舌体胖大、质暗，苔薄白，脉沉弦者，予宽胸理气，消痰降脂。故有“善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身之津液亦随气而顺矣。”常用枳实薤白桂枝汤合导痰汤加减：瓜蒌、炒谷芽、炒麦芽、茯苓各 30g，桂枝、生白术各 15g，厚朴、炙甘草各 9g，法半夏、陈皮各 15g。

据考，在我国古医籍中的“胸痹”、“胸痛”、“中风”等证，有类似高脂血症的论述。《素问·通评虚实论》曰：“肥贵人，则高粱之疾也。”铁萱采用瓜蒌薤白半夏汤加三七粉、何首乌、黄精、草决明、泽泻、生山楂等治疗高脂蛋白血症 31

例，总有效率 96.8%。提示健脾利湿祛痰、活血通络降浊法对脾虚湿困、痰浊内阻型高脂血症有降低血脂的功效。

五、医案精选

1. 聂惠民医案——小柴胡汤合泽泻汤治疗高脂血症肝郁脾虚证

白某，男，40 岁，1999 年 11 月 1 日初诊。

主诉：胁下不适半年余，伴口苦不爽，观其面色晦暗，舌质暗淡，边有瘀斑，脉沉弦。血脂检查：总胆固醇 7.8mmol/L，甘油三酯 5.4mmol/L，高密度脂蛋白 0.5mmol/L。肝脏 B 超提示：脂肪肝。辨证为肝郁脾虚，血行不畅，瘀积为患。治疗当调理肝脾，活血化瘀。方用小柴胡汤合泽泻汤加减。药用：柴胡 10g，黄芩 10g，法半夏 10g，党参 15g，炙甘草 5g，炙鳖甲 10g，黄芪 15g，防风 10g，炒白术 10g，郁金 15g，泽泻 10g。7 剂，水煎服日 1 剂。再诊症状大减，嘱患者坚持服药又 3 个月，复查血脂正常，余无不适。

[按语] 中青年高脂血症发病率有逐年增高的趋势，对此年龄段高脂血症的治疗，多以调理肝胆气机为主，佐以祛痰活血，选方常用小柴胡汤合泽泻汤加减，名之曰“柴泽汤”。取其调理肝脾而达祛瘀降浊之功。

2. 聂惠民医案——六味地黄汤和瓜蒌薤白半夏汤加减治疗高脂血症肾阴亏虚、夹痰夹瘀证

李某，女，65 岁。1998 年 11 月 26 日初诊。

主诉：头晕、耳鸣、腰膝酸楚半月余，偶有胸闷、心悸，睡眠欠佳。饮食尚可，易大便秘结。舌体胖大，舌质红，苔薄白，脉沉略弦。体型较肥胖。血压：150/95mmHg。血脂检查：总胆固醇 6.9mmol/L，甘油三酯 4.9mmol/L，高密度脂蛋白 0.4mmol/L。辨证为肾阴不足，夹痰夹瘀。治则补益肾阴，化痰活血祛瘀。方用六味地黄汤和瓜蒌薤白半夏汤加减。

药用：生地黄、熟地黄各 12g，山药 20g，山茱萸 12g，泽泻 10g，丹皮 12g，茯苓 15g，薤白 6g，瓜蒌 10g，法半夏 15g，生龙骨、生牡蛎各 30g。7 剂，水煎服日 1 剂。另嘱患者以少量草决明代茶，并注意饮食的合理搭配，坚持适度的运动锻炼，保持心情愉快，怡情养性。经过 1 年多的调治，患者整体情况良好，血脂基本正常。

[按语] 老年高脂血症的发病机制与青年患者有很大的区别。老年高脂血症大多数是在正虚基础上出现痰浊瘀血停留，而且往往还伴随着其他疾病。治疗难度较大，疗程较长。此例患者伴有高血压病、冠心病，以六味地黄汤（肾气丸去附子、桂枝）和瓜蒌薤白半夏汤加减治疗取得了满意的疗效。[张秋霞．聂惠民教授治疗高脂血症的经验．北京中医药大学学报．2003，(10) 3：39]

3. 朱良春医案——双降汤（当归芍药散加减）加减治疗气阴不足痰浊内阻证

陈某，女，54 岁。教师。

形体肥胖两年，近 3 个月来头昏逐渐加重，在某医院查，血黏度：高黏（＋＋＋＋），血脂：总胆固醇 8.7mmol/L；微循环：重度障碍。患者头昏而重，四肢乏力，口干，舌红，苔薄根微腻，脉细弦。辨证：气阴不足，痰浊内阻。治法：补益气阴，化瘀泄浊。双降汤加减：水蛭 3g，地龙 10g，黄芪 30g，丹参 15g，当归 10g，赤芍 10g，川芎 10g，泽泻 10g，生山楂 10g，豨莶草 10g，甘草 3g，石斛 20g，全瓜蒌 20g。服 10 剂药后，患者觉全身舒适，头昏重渐释，惟尚有口干，予上方去瓜蒌，加生地黄，又服 10 剂。药后自觉头清目爽，诸象消失，腹围较前减小。续服双降汤 30 剂后，停药半月，复查血黏度正常。血脂：总胆固醇 36mmol/L，基本正常，体重减少 4～5 公斤。嘱患者隔日服 1 剂，巩固治疗。[米一鹗主编．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，1999.110]

六、临证心得

高脂血症、高黏血症、动脉粥样硬化三者关系密切，是一个复杂的病理过程，尤其是动脉粥样硬化西医目前尚无理想的防治方法。动脉粥样硬化应该早期治疗，中医中药治疗该病有明显的优势，关键是采用多环节防治。高脂血症、高黏血症、动脉粥样硬化在中医学中属于本虚标实之证，本虚责之肝、脾、肾，标实为痰浊、瘀血阻络，所以治疗应该标本兼顾，扶正以温补脾肾为主，兼以疏肝；祛邪以痰瘀并治为要。

高脂血症、高黏血症在张仲景著作中并没有专门的病名描述和证治记载，但从血痹、胸痛、胸痹、中风、腹满、瘀血、痰饮等疾病治疗中得到许多启示，目前在应用经方治疗方面也有了可喜的进展。如大黄䗪虫丸、桂枝茯苓丸、茵陈五苓散、四逆散、大柴胡汤、小柴胡汤、调胃承气汤、枳实薤白桂枝汤、瓜蒌薤白半夏汤、抵当汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、泽泻汤、黄芪桂枝五物汤、理中汤、小陷胸汤等在治疗高脂血症、高黏血症、动脉粥样硬化等方面均有显著的疗效。笔者体会在许多情况下应用上述方药加减治疗与西药相比有明显的优势。

根据笔者临床观察，高脂血症、高黏血症的治疗除内服药治疗外，合理的饮食和适当的体育锻炼，保持心情舒畅和规律的作息是非常重要的。

第五章　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，简称冠心病，是由于冠状动脉粥样硬化使管腔狭窄或阻塞，导致心肌缺血、缺氧而引起心脏病。其基本病理生理改变是心肌供血受阻，心肌缺血，故又称“缺血性心脏病”。缺血性心脏病一词含义广泛，除因冠状动脉粥样硬化外，一切能引起心肌供血不足的原因均可包括在内，其中，冠状动脉粥样硬化是主要原因。世界卫生组织（WHO）已公布缺血性心脏病与冠心病为同义词。

由于冠状动脉粥样硬化病变程度不一，部位不同，致冠心病的临床表现各不相同。WHO将本病分为隐性冠心病、心绞痛、心肌梗死、心肌纤维化、猝死等五个类型。其中最多见的是心绞痛及心肌梗死。本篇重点讨论这两种类型。

第一节　心　绞　痛

一、概　　述

心绞痛是冠状动脉供血不足，心肌急剧的、暂时的缺血缺

氧所引起的综合征。由于冠状动脉粥样硬化，血管顺应性降低，一旦劳累、激动、饱餐、受寒等，使心肌需血量增加，冠状动脉难以正常供血，心肌缺血缺氧而出现心绞痛。另，冠状动脉痉挛或突然循环血流量不足，心肌血液供求之间失衡，心肌供血不足，均可引起心绞痛。

本病属中医学“胸痹”、“心痛”、“心胃痛”、“厥心痛”等范畴。为本虚标实之证，本虚为元气亏虚，宗气不足，胸阳不展；标实为痰浊、水饮、瘀血、寒凝为患。胸痛的发生多有明显的诱因，如寒邪外袭、情志过激、暴饮暴食、过度劳累等，均可加重或促发痰浊、水饮、瘀血、寒凝的形成。

二、诊　　断

1. 45岁的男性或40岁的女性，有高血压、高脂血症、糖尿病史。

2. 胸骨后出现压榨感、憋闷感、窒息感。持续时间一般3～5分钟，重度发作可达10～15分钟，休息或含化硝酸甘油可在1～3分钟缓解。临床可分为劳累性心绞痛和自发性心绞痛两大类。劳累性心绞痛与心肌耗氧量增加有关；自发性心绞痛多为心肌供血减少所致，与心肌耗氧量无明显关系，常见于冠状动脉痉挛等。

3. 心电图检查可出现相应改变，以资确诊。发作时ST段水平或下斜压低≥0.1mV，或抬高≥0.1mV（V_1～V_3抬高≥0.4mV）；T波低平或倒置；半数病人可出现心律失常（如心动过速、室性期前收缩、心动过缓、传导阻滞等。）

三、辨证治疗

（一）本虚证

1. 宗气不足证

主证：心悸怔忡，气短乏力，活动后尤甚，胸闷不适，神

疲自汗，舌淡红，苔薄白，脉细弱。

治法：补益宗气。

方剂：人参汤加减。

人参 10g（或党参 30g），白术 15g，炙甘草 10g，干姜 5g。

加减：气短乏力、神疲自汗恶风明显者，加黄芪、防风；心悸怔忡明显者加麦冬、五味子；睡眠欠佳，多梦纷纭者，加酸枣仁、柏子仁、茯苓。

2. 元阳虚弱证

主证：胸闷心悸，疲乏无力，遇寒而作，精神倦怠，四肢不温，或自汗肢肿，舌质淡胖，苔白滑，脉沉细。

治法：温补元阳。

方剂：附子汤加减。

熟附子 10g，人参 10g，茯苓 15g，黄芪 30g，白术 15g，白芍 15g。

加减：四肢厥逆者加淫羊藿；下肢浮肿甚者加冬瓜皮；心悸心痛者加桂枝甘草汤；严重者合四逆汤加减治疗。

（二）标实证

1. 痰浊痹阻证

主证：胸闷憋气，脘腹痞满，纳食不香，口粘无味，肢体沉重，或有咳嗽，舌苔腻，舌体胖，脉弦滑。

治法：化痰降浊，宣痹通阳。

方剂：瓜蒌薤白半夏汤加减。

瓜蒌 15g，薤白 10g，半夏 12g，枳实 12g。

加减：舌苔黄腻，加黄连；舌体胖大加茯苓；胃脘胀满不得卧加重半夏用量，另加厚朴。

2. 水饮上泛证

主证：胸中气塞，短气乏力，咳嗽气喘，舌质淡，舌苔薄白，脉弦细。

治法：化饮降逆。

方剂：茯苓杏仁甘草汤加减。

茯苓 30g，杏仁 10g，甘草 10g，半夏 10g，葶苈子 15g，大枣 5 枚。

加减：喘息咳唾加炙麻黄、前胡；气短明显加黄芪、防己、白术；倚息不得卧加重葶苈子用量。

3. 寒凝心脉证

主证：胸痛彻背，感寒尤甚，遇冷即发，心悸气短，四肢不温，舌淡胖，苔白，脉沉弦。

治法：温阳散寒。

方剂：瓜蒌薤白白酒汤加减。

瓜蒌 15g，薤白 10g，白酒 20g，桂枝 10g，熟附子 10g。

加减：畏寒肢冷者加干姜、通草；心痛彻背、背痛彻心者，属阴寒极盛，用乌头赤石脂丸治疗。

4. 气滞胸膈证

主证：胸中气塞，短气痞闷，嗳气则舒，生气后加重，舌质淡红，舌苔薄白，脉弦。

治法：理气宣痹。

方剂：橘枳姜汤合四逆散加减。

陈皮 10g，枳实 10g，生姜 10g，柴胡 10g，白芍 10g，川芎 10g，甘草 6g。

加减：气滞明显者加木香、香附、郁金；气逆明显者加旋覆花汤；兼血瘀，症见胸闷憋气较甚，口唇紫暗者，加人参、苏木、乳香、没药。

5. 血瘀心脉证

主证：胸闷心痛，心悸不宁，痛处固定，青筋暴露，肢体浮肿，舌质紫暗，或有瘀点瘀斑，脉细涩或结代。

治法：活血止痛，利水通阳。

方剂：当归芍药散加减。

当归 10g，芍药 15g，川芎 10g，泽泻 15g，白术 10g，茯苓 20g。

加减：胸痛剧烈者，加三七参；水肿明显者，加益母草，泽兰、冬瓜皮；气短乏力者加防己、黄芪，白术。

四、名 医 经 验

赵锡武：治疗冠心病心绞痛多宗仲景之法。认为仲景以“阳微阴弦”，“责其极虚也”，一针见血地指出本病以虚证居多。虚，表现为心阳虚，故出现胸中气涩而短气，脉见阳微或沉迟。实为气滞，由痰饮内阻，水邪不化所致，表现为胸痹而痛，脉阴弦、关上小紧。如水气、痰、瘀结在胸，则胸满，胁下逆抢心，故喘息咳唾，胸背痛，短气或胸痹不得卧，心痛彻背；或胸中气塞；或诸逆心悬痛；或心痛彻背，背痛彻心等胃、心、肺、肝、肾脏腑病变。所谓实，多为胃、心、肝等病变。而胸痹的本质为虚。正因为胸痹乃本虚标实，以虚致实，故治则应以补为主，以补为通，通补兼施，补而不壅塞，通而不损正气。赵氏归结为以下几种治法：

1. 通阳宣痹法　胸痹心阳不宣是由于血脉痹滞，通阳可以宣痹，宣痹也可以通阳，故可以瓜蒌薤白半夏汤、瓜蒌薤白白酒汤为主方。若脏冷者，并用枳实薤白桂枝汤；若阳虚痛甚，“心痛彻背，背痛彻心”，可并用乌头赤石脂丸；若伴有失眠可佐酸枣仁汤；若兼有“脏躁”及百合病表现，可合用百合知母汤、百合地黄汤。

2. 心胃同治法　中医认为“脉以胃气为本”，“胃为水谷之海”。心与胃相互依赖，互为影响。胸痹胸中气塞短气证偏于实者可用橘皮枳实生姜汤加减；证偏于虚者以人参汤加味；兼有食后腹胀满者，可合用厚朴生姜甘草半夏汤加味；下利呕吐者，合用吴茱萸汤。

3. 补气养血法　“血者气之体，气者血之用”。胸痹脉

虚，病久正气虚衰者，可合用当归补血汤加味；若兼有脉象出现间歇，并且出现气短、心悸者，可合用当归芍药散；心脉数亦可用生脉散合瓜蒌薤白半夏汤为主方；若脉结代胸痹者，可合炙甘草汤加味。

4. 扶阳抑阴法　“阴消则阳长，阳消则阴长”。胸痹心阳虚微，可用薏苡附子散；四肢厥逆，脉微可加用四逆汤；阳虚畏寒者加用附子汤；寒甚者，加桂枝、细辛温通心阳，鼓舞阳气。

5. 活血行水法　出现浮肿者，多为滞寒瘀积，可合用当归芍药散，也可加用郁金、参苏饮；若心阳衰所致浮肿可以真武汤合治水之法；如有胸痹心痛可合用瓜蒌薤白半夏汤。

6. 补肾养肝法　乙癸同源，肝肾互为用。病见脉弦细无力，胸闷头晕、耳鸣、腰酸、腿软、少寐、血压高者，可以瓜蒌薤白半夏汤合杞菊地黄丸加杜仲、生石决明等镇肝之品；如肾阳衰微，表现畏寒肢冷，脉微，可用桂附八味丸加鹿角胶、巴戟天、仙茅等滋补肾阳之品；如胸痹兼有头昏，脉弦，阴虚阳浮，血压高者，宜用瓜蒌薤白半夏汤合天麻钩藤饮加味，以通阳宣痹，潜阳平肝。总之，应根据证候不同进行施治。

赵氏善于用栝楼薤白半夏为主方加减治疗冠心病。认为后汉张仲景对“胸痹心痛”与“胸满瘀血”分篇论述，说明“胸痹心痛”不同于“胸满瘀血”。“胸痹心痛”是由于“上焦阳微”而导致血运失常和血脉痹阻，所以应以“宣痹通阳”法则为主进行治疗，用瓜蒌薤白白酒汤为主方随证加减。由于本病为本虚标实，因虚致实，所以应以补为通，以通为补，通补兼施，适宜用扶阳抑阴和补气养血药，但要注意补而不助其壅塞，通而不损其正气。赵氏治疗冠心病心绞痛一般都不用活血药，只有病情发展到合并心功能不全时，才适当加当归芍药散、参苏饮（人参、苏木）和桃仁、红花等药。举例如下：①胃气胀满噫气或干呕者，加橘枳姜汤；②动则气短，心悸，

胸闷气塞者，加茯苓杏仁甘草汤；③心动脉数者，加生脉散、炒枣仁、龙骨、牡蛎、当归等；④胸胀胁下逆满，肢凉者，加枳实薤白桂枝汤；⑤体弱，便溏，心下痞满者，加人参汤；⑥阳虚痛甚者，加乌头赤石脂丸；⑦脉结代，心动悸者，加炙甘草汤；⑧头昏目眩，阴虚阳浮者，加天麻钩藤饮、杞菊地黄丸；⑨兼脏燥及百合病者，加百合知母汤及半夏厚朴汤，甘麦大枣汤，酸枣仁汤等；⑩腹胀满，肠有积气者，加厚朴生姜半夏甘草人参汤及半夏厚朴汤等；⑪虚像明显者，加黄芪、当归、党参等；⑫善感冒，体酸痛者加新加汤；⑬血瘀浮肿者，加当归芍药散；⑭肺部淤血，或肝大充血者，加参苏饮；⑮脉结代，心动悸，阳虚浮肿者，加真武汤及活血药。[史宇广，单书健主编．当代名医临证精华·冠心病专辑．北京：中医古籍出版社，1988.1～4]

祝谌予：冠心病心区痛常表现在胃脘部，因此容易误诊为胃病。从中医辨证来看，冠心病出现胸闷、气短、胃脘部疼痛（嗳气后自感舒畅，疼痛亦可解）、纳食差、有时呕恶、舌苔白，脉沉滑者，可辨为痰阻中焦，气机不调，常用香砂六君子汤加瓜蒌、薤白；时现心绞痛者再加菖蒲、郁金。若见心慌、气短、心区刺痛、闷满、口唇舌质均暗或见瘀点、脉见弦细，则辨为心气不足，心血亏损，自处方：葛根、红花、丹参、川芎、当归、赤芍、菊花、羌活、党参、麦冬、五味子（葛根、菊花能扩张血管，羌活通络止痛最良）。若见胸闷，心区疼痛，脉律不整，舌质淡暗，脉弦或结，则辨为心阳不足，心阴亏损，方用炙甘草汤加味（根据症状或加麦冬、五味子，或加瓜蒌、薤白）。若见咳喘气短，四末厥冷，且见浮肿、舌质淡暗、脉沉细，则辨为心肾阳虚，水湿上犯，以真武汤为主方酌加葶苈大枣汤或加瓜蒌、薤白；心区痛者加菖蒲、郁金。

据以往经验，临证诊治冠心病（均经西医确诊）所见证型不外以上四种，凡见有血瘀象均加丹参、赤芍、川芎、当归诸

活血药。通过辨证施治则疗效满意，单一用药则不如辨证为佳。[史宇广，单书健主编．当代名医临证精华·冠心病专辑．北京：中医古籍出版社，1988.82～83]

邓铁涛：气虚乃冠心病的病机共性之一。由于气为血帅，阴阳互根，有些患者亦可因心阴不足而致病。而胸闷、心痛、眩晕、肢麻、舌质暗红、舌苔腻等，皆是气滞血瘀，痰浊内阻心脉的表现，这些因素，在病理上共同形成了一个正气虚于内，痰瘀阻于中的正虚邪实病机。正虚（心气虚和心阴虚）是本病的内因，此为本，痰与瘀是本病继续发展的因素，此为标。前者属虚，后者属实，说明冠心病是一个本虚标实之证，而气虚、阴虚、痰浊、血瘀构成了冠心病病机的四个主要环节。

“心阳，阳中之阳也”。邓氏在病机上十分重视心阳，心气又是心阳的具体表现。冠心病患者大多以心痛、胸闷、气短为主要症状，联系到临床，邓氏认为：仲景关于胸痹心痛短气的有关论述和治疗经验是至关重要的。仲景论胸痹着重于阳虚和痰湿，所列方剂大多也是以除痰、宣痹、通瘀、益气为主。又因为，气虚痰瘀皆与脾胃有密切关系，故临床治疗，选方用药，邓氏喜用东垣从脾胃论治的思路。在治疗大法上，痰瘀痹阻应该着重于“通”，如芳香开窍法、宣痹通阳法、活血化瘀法等。正气内虚（包括气虚、阴虚）应该着重于“补”，如补气法、温阳法、滋阴法等皆是。实践证明，补法和通法是治疗冠心病不可分割的两大原则。临床是先通后补，或先补后通，通多补少，或补多通少，或一通一补，通补兼施，均应根据冠心病的各个类型，视具体情况而定，不能只补虚，而忽视疏导痰瘀，也不能一通到底而不予固本扶正。邓氏曾见一些患者单纯长期服用通窍祛瘀药，往往使气短、疲倦、乏力、眩晕等症状反而增加，这是值得注意的。

补气、化痰、通瘀法适用于治疗气虚、痰瘀痹阻型冠心病

患者，临床表现主要有胸闷、心痛、心悸、气短、乏力、肢麻、眩晕、舌质暗或有瘀斑、舌苔腻、脉细涩或结、代、促。根据观察，此型临床颇为常见，是一个虚实相兼的类型，用补气、化痰、通瘀法治疗，目的是治标兼护正气之虚，治本兼能豁痰通瘀。

邓氏在临床上治疗冠心病的基本方是用温胆汤加减，基本方是：

法半夏 9g，茯苓 12g，橘红 4.5g，枳壳 4.5g，甘草 4.5g，竹茹 9g，党参 15g，丹参 12g（橘枳姜汤合茯苓杏仁甘草汤、橘皮竹茹汤加减）。

方用党参补气扶正，丹参活血通瘀，温胆汤除痰利气，条达气机。方中不用枳实而用枳壳者，乃取其宽中下气，枳壳力缓而避免枳实之过分耗气破结。

加减法：气虚明显加北芪、五爪龙，或吉林参 6.25g 另炖，或嚼服人参 1.5g，效果亦好。但党参不宜重用，一般不超过 15g 或 18g，因本病虚实夹杂，多用反致壅滞，不利于豁痰通瘀。如心痛明显，可合失笑散或田七末冲服。如脾气虚弱合四君汤。兼心阴不足合生脉散。兼高血压加草决明、珍珠母。兼高脂血症加山楂粒、首乌、麦芽。兼肾虚者加淫羊藿。兼血虚者加黄精、桑寄生。

上述加减，是在整体观念指导下，先从一方一法为基础，然后随证变化，加减化裁，则又于配伍中以通为补，通补并筹，而具体用药，比较重视从脾胃入手，这是符合治病求本精神的。[史宇广，单书健主编．当代名医临证精华·冠心病专辑．北京：中医古籍出版社，1988.77～79)

冉雪峰：对于冠心病心绞痛，冉氏常诊断为“卒心痛”，认为病属本虚标实。心绞痛发作频繁者，主张先通后补，先治标定痛，后治本顾虚。由于冠心病患者合并高血压的很多，又多为中、老年人，吸烟者也多，除有心痛、胸闷症状外，常兼

有口干、口苦、舌燥、大便干、舌质紫暗、舌苔黄腻，脉弦劲或滞涩等表现，辨证多为“痰热内阻，夹有瘀血”。故冉氏常用小陷胸汤合活血通脉剂先治其标，常用药有：全瓜蒌、京半夏、川黄连、枳实、炙没药、当归须、川郁金、石菖蒲、琥珀末等。好转后，再加当归、丹参以养血活血，并加重药量，分阶段论治。冉氏以小陷胸汤合四妙勇安汤治疗心绞痛热象偏重者，效果也较好。小陷胸汤由瓜蒌、半夏、黄连组成，有清热化痰，宽胸散结之功。本方去黄连加薤白为瓜蒌薤白半夏汤，能“宣痹通阳，温化痰饮”，用于心痛兼有恶心，胃脘不适，苔白腻者较合适，与小陷胸汤的适应证迥异。[史宇广，单书健主编．当代名医临证精华·冠心病专辑．北京：中医古籍出版社，1988.222～223]

李聪甫：据数10年临证经验认为，运用《金匮要略》理法方药辨治胸痹证，确有疗效，若同时结合脾胃证治理论，则疗效尤著。

胸痹的病位在于胸背。胸乃心肺之廓；“背为阳，阳中之阳心也。背为阳，阳中之阴肺也”(《素问·金匮真言论》)。心肺阳气虚衰或阴寒痰饮阻遏阳气，则胸中脉络痹闭不通，“不通则痛”而发胸痹。故其病症表现主要在心肺二脏，然深究“阳微”和“阴弦”之病机，无不与脾胃之病理有关。

心乃脾之母。心阳不足，导致脾气虚弱。脾主运化，为水谷精微生化之本。一旦脾胃虚衰，运化失职，无以滋养心阳，是为“子病累母”。即《脾胃论·脾胃盛衰论》所说“脾胃不足之源，乃阳气不足，阴气有余”。肺乃脾之子，脾胃虚弱，则水谷精微不能上输，发为肺气失养而郁滞之病机。心肺同主血气之运行，二脏阳气虚弱，则气血运行不畅而发为胸痹。心肺之阳虚，乃由于脾胃之气先衰。此类胸痹，治当补脾胃、健中气，清生则浊降，胸痹方愈。

如文某，女，71岁。常发心痛，气候转暖或遇阴雨时发

则尤甚。自觉有冷气从胁下上冲心胸，痛在胸部膺乳间。平时常感胸满，心悸，头昏，乏力，颈胀，心身形神困倦，食纳差，不得卧。刻诊：脉象虚弦，时显一代，舌质暗红。断为胸痹病。高龄元气衰微，血失畅流。心主身之血脉，心血虚少，营卫不周，因此出现代脉。虚弦乃老年常见之脉，为经络失荣，肢体不柔的表现。其主要原因脾胃虚衰，水谷之精微不足以滋养心肺，心肺乏资生之源而气机不利，血难周济，气滞血凝而升降阻，病发胸痹。法当益中气以和营，养血脉以通痹。方取黄芪健中汤加减。

处方：北黄芪（酒炒）10g，云茯苓 9g，当归身 10g，川桂枝 3g，杭白芍（酒炒）9g，酸枣仁 9g，广郁金 5g，广橘皮 5g，炙甘草 5g，淡生姜 3g，大红枣 3 枚。5 剂。

复诊：脉舌如前，胸满心痛减轻，精神略振，口味见佳。仍予健中为主，使清升浊降，脾阳健复，肺气得养，心血得滋。前方去生姜、大枣，加西党参（米炒）10g、炙远志 3g。10 剂。

三诊：脉缓舌淡，形气转佳，胸满心痛均除，夜能安寐，食纳渐增。心脾肺之阳气渐复，予上方去桂枝、芍药，10 剂后而恢复健康。

此案病本于脾胃虚寒，表现在胸部，故治疗始终以健中为法。脾胃气旺，则心肺阳通而胸痹得除。建中汤去胶饴者，虑其甘味满中。炙甘草虽甘味满中，但因其用量小，可助参芪益气以推动心血流布；又可助桂芍和营卫以畅血脉，合之则不累增满。如因“虚劳里急”则胶饴在所必用，可知炙甘草与胶饴的功用同中有异。

脾胃乃水谷与水湿运化之枢纽，上输心肺后乃至全身。若脾胃虚弱，运化失职，水津停而为饮，凝而成痰。肺因痰壅而气塞不宣，水饮凌心而心气阻遏，血行不利，胸中之气郁滞不通，故胸痹满痛。痰浊停肺，影响及心，反映在胸，而其源仍

在脾胃，故治用祛痰、运脾、通阳法。

如吴某，男45岁。近年来自觉胸中郁闷，常欲太息，胃中嘈杂，时有涎唾。最近病情加重，有胸前压痛感，心悬如摆，短气不足以息。闻声则惊，稍动则悸，心烦失眠，精神困倦，食纳尚可，口干不欲饮，小便频而短。查其体质肥胖，素贪甘脂。诊脉弦而数，舌胖苔白。此属脾失健运，痰饮上凌，以致心阳被遏，肺气郁滞而病胸痹。脉弦数，弦系痰饮上盛，数乃心阳不伸。病由脾气虚而散精，反而成痰。逆于肺则咳唾，聚于心则惊悸。治法当以驱逐痰饮为主，兼运脾胃。方用桂枝生姜枳实汤加味。

处方：嫩桂枝5g，淡生姜5g，炒枳实6g，法半夏9g，鲜竹茹10g，云茯苓10g，广橘皮6g，全瓜蒌9g，薤白头6g，炙甘草5g。5剂。

复诊：数象转缓，苔成薄腻，胸满略舒，心痛已止，但惊悸仍影响睡眠。津液布化不施，乃由脾气之虚。法当治以辛散，佐以苦温，化饮运脾以护心阳，此为“子来救母”之法。

处方：云茯苓10g，漂白术9g，嫩桂枝5g，法半夏6g，广橘皮6g，炒枳实6g，全瓜蒌9g，薤白头6g，炙甘草5g，九节菖蒲3g。

本方服20余剂，诸症若失。李氏体会胸痹一证，有由于阴寒外袭，迫于心阳，使心阳脱绝以致心痛彻背，汗冷肢厥，宜用桂枝、薤白、白酒等为主以通阳开痹者。也有脾虚失运，痰饮内盛，厥气上逆者，可使心阳孤危，咳唾惊悸，心悬而痛，当用桂枝、枳实、生姜之类为主以涤饮祛痰、运化脾胃者。

元气赖后天脾胃充养，元气衰亦能导致心阳虚。在心阳衰微，阴寒上居阳位所致的胸痹，其治疗固以祛寒通阳为主，单若注意扶助脾胃阳气，则取效更捷。

如王某，男，52岁。患胸膺痛连及左胁，痛甚两手护胸，呼吸难续，咳息牵痛，背寒肢冷，胸中郁闷，时欲呕逆，不能

安卧以10余日。曾进香砂六君、附子理中无效，始来就诊。脉弦结，舌苔白滑。诊断为胸痹。病由痰饮窃居胸中，心阳虚而不振，浊饮在上，营血凝涩，法当驱寒逐饮，宣痹通阳。仿用《金匮要略》瓜蒌薤白半夏汤加味。

处方：全瓜蒌10g，薤白头9g，法半夏9g，桂枝尖5g，广郁金6g，云茯苓10g，老檀香9g，炙甘草5g，白酒（分冲）20g。4剂。

复诊：胸痛虽止，但胸满短气，心悸，神疲，不欲食，大便溏，手足冷，脉弦，苔薄滑。寒饮散解，心阳不布，胃气虚弱。法当扶心阳，益胃气，则火土合德。原方加减：

全瓜蒌10g，薤白头9g，法半夏9g，桂枝尖5g，广郁金6g，云茯苓10g，当归身10g，九节菖蒲3g。10剂。

三诊：脉弦缓，苔薄白，食纳稍增，胸中压痛减轻，手足转温，略能安寐，形气转佳。心主血，脾统血，心脾之血，赖气以行，续当益气养血。

处方：北黄芪15g，当归身12g，川桂枝5g，酸枣仁10g，法半夏6g，紫丹参（酒炒）10g，广郁金5g，广橘皮5g，炙远志5g，炙甘草5g。服10剂后而安。

此案以寒饮上乘为主，故用桂枝、薤白、法半夏、檀香之辛温驱寒通阳；瓜蒌、半夏、茯苓以逐饮；炙甘草、郁金、橘皮、黄芪温脾气以助心阳；丹参、枣仁、远志和心脾、养营血。本案治疗顾及胃气。

胸痹亦有外受寒凉，恣饮冰冷，胃寒内盛，心肺之阳被郁所致者。其证大多属实，病情较急，治以辛热温胃祛寒，寒去则心肺之阳舒而痹通。

如邢某某，男，40岁。因天热当风取凉，又肆饮冰水。一日突发心痛彻背，胸痞呕恶，恶寒背冷，痛则四肢发厥，冷汗自出。脉沉迟，舌色淡，面色苍白，来势甚急。此乃“暑月伏阴在内”为病，寒淫于内，干犯心胃之阳。仿扶阳助胃汤

（四逆汤、建中汤加减）方义。使阴寒去，胃阳复，则心肺之阳郁可宣。

处方：熟附子 9g，桂枝尖 9g，杭白芍（酒炒）9g，炮吴萸 3g，广橘皮 6g，淡干姜 5g，草豆蔻 5g，炙甘草 3g。2 剂。

复诊：1 日连服 2 剂，心胃痛止，四肢温复，汗收呕止，脉来应指弦缓，已能少进稀粥，但心中悸，语声低，气息短。宗气积于胸中，贯心脉而行呼吸，胸中之阳被阴寒所迫，宗气必因乱而致虚。当培补脾胃之元气，意在心阳旺而肺气调。处方：西党参 10g，炒白术 9g，熟附子 6g，川桂枝 6g，酒白芍 6g，炒枳实 5g，广橘皮 5g，炙甘草 5g，淡生姜 3g，大红枣 3 枚。服 4 剂后，诸症悉除。[史宇广，单书健主编．当代名医临证精华·冠心病专辑．北京：中医古籍出版社，1988.127～133]

五、医案精选

1. 刘献琳医案——瓜蒌薤白半夏汤加减治疗冠心病痰浊痹阻证

[病例 1] 李某，男，48 岁。1993 年 10 月 18 日初诊。

主证：胸痛时作 4 个月，劳累后易引起发作，每次持续 10～15 分钟，每天发作 3～4 次，伴胸闷、心悸，多梦，纳食可，口干欲饮，便溏，小便调，舌质暗红，边有齿痕，苔白腻，脉弦细。在山东某医院查动态心电图，示“心肌供血不足，室性期前收缩”。

辨证：脾虚湿停，胸阳痹阻，气滞血瘀。

治法：豁痰宽胸，理气祛痰。

方药：瓜蒌薤白半夏汤合血府逐瘀汤、颠倒木金散加减。

瓜蒌 30g，薤白 15g，半夏 15g，当归 15g，赤芍 15g，桃仁 12g，红花 12g，丹参 30g，木香 10g，三七粉 3g（冲），郁金 10g，扁豆 30g，山药 30g，泽泻 15g，炒枣仁 30g。水

煎服。

10月21日二诊：服药3剂，胸痛未作，胸闷心悸减轻，大便转调，睡眠好；但活动后心悸，腰酸乏力，头后胀痛，舌质暗红，苔薄白腻，脉弦细滑。上方加党参30g，白术15g，炒杜仲15g，川断15g，炒延胡索15g，川楝子15g。水煎服。

10月28日三诊：服药7剂，胸痛未作，胸闷心悸轻微，仍午后腰酸乏力，胸闷不适，汗出，舌质暗红，苔薄白腻，脉虚。上方加黄芪30g，茯苓20g，继服。

11月6日四诊：服药7剂，胸痛未作，午后胸闷不适、腰酸乏力减轻，仍劳累后心悸，口干欲饮。舌质略暗，苔薄白，脉弦细。上方去丹参、三七、延胡索、川楝子，加麦冬10g，五味子10g。继服。

11月20日五诊：服药14剂，胸痛、胸闷、心悸均消失，腿部有力，二便调，睡眠佳，纳食可，舌质略暗，苔薄白，脉弦细。复查心电图大致正常。

[病例2] 王某，女，38岁。1992年8月18日初诊。

主证：胸部闷痛3个月，活动后气短，咳嗽，痰少色灰，纳食可，二便调，舌质红，苔薄黄，脉弦滑。查心电图示“心肌劳累”；胸部X线透视及胸片未见异常。

辨证：痰浊内蕴，痹阻胸阳，肺气失宣。

治法：清热豁痰，宽胸下气。

方药：瓜蒌薤白半夏汤合千金苇茎汤、小陷胸汤加减。

瓜蒌30g，薤白15g，半夏15g，芦根30g，苡仁30g，桃仁15g，木香10g，三七粉3g（冲），郁金15g，丹参30g，黄连10g，炒延胡索15g，川楝子15g。水煎服。

8月21日二诊：服药3剂，胸痛胸闷减轻，咳嗽轻，痰少，舌质红，苔薄黄，脉弦滑。上方继服。

8月28日三诊：服药7剂，胸痛偶作，胸闷消失，痰少易出，舌质略红，苔薄白，脉弦滑。上方去黄连，继服。

9月13日四诊：服药14剂，胸痛、胸闷瘥，痰咳平，纳眠好，二便调，舌质略红，苔薄白，脉弦滑。复查心电图正常。

[病例3] 瓜蒌薤白半夏汤合人参汤加减治寒凝血瘀，胸阳痹阻，脾气虚寒证。

刘某，女，58岁。1993年1月13日初诊。

主证：胸闷胸痛2年，曾多次在山东中医学院附院查心电图示“冠心病”。现症：胸部刺痛时作，与劳累无明显关系，每天发作3～5次，每次疼痛20～30分钟，服硝酸甘油疼痛缓解不明显，有时在夜间疼醒，连及左肩背不适，胃脘胀满，泛酸恶心，纳呆便溏，口舌发麻，舌质淡暗，苔薄白，脉弦。

辨证：脾气虚寒，寒凝血瘀，胸阳痹阻。

治法：温中散寒，豁痰宽胸，活血理气。

方药：瓜蒌薤白半夏汤合人参汤加减。

瓜蒌20g，薤白15g，半夏15g，党参30g，白术15g，干姜10g，高良姜10g，香附12g，木香10g，砂仁10g，陈皮10g，丹参30g，三七粉3g（冲），炒延胡索15g，川楝子15g，水煎服。

1月17日二诊：服药4剂，胸痛发作次数减少，时间缩短，胸脘胀闷减轻，泛酸恶心止，大便仍溏，日1～2次，舌质淡，苔薄白，脉弦细。上方加干姜至15g，山药30g，扁豆30g，继服。

1月25日三诊：服药7剂，胸痛发作次数明显减少，程度大轻，背疼消失，胃胀瘥，大便转调，日1次，舌质淡红，苔薄白，脉弦细。

2月5日四诊：服药10剂，胸痛未作，胸闷、背疼消失，大便调，纳食可，舌质偏淡，苔薄白，脉弦细。复查心电图心肌缺血征象较初诊时明显改善。嘱其常服理中丸以善后。

[**按语**] 胸痹是以膻中部位或左胸部痞闷疼痛为主证的病

证。先生治疗该病的经验一是把握虚实标本，恰当运用补、通治则。胸痹多发于中、老年人，《素问·阴阳应象大论》说："年四十而阴气自半"。中年以后，肾气渐衰，肾阳虚不能鼓舞心阳，则致心血瘀阻，或下焦阴寒痰浊上乘阳位，痹阻胸阳；肾阴虚无以上济心阴，则致血脉不利，或虚火内炎，灼津成痰，痰浊痹阻心脉，故《金匮要略》把胸痹的病机概括为"阳微阴弦"，即由肾虚及心、肝、脾等脏，以致寒凝、热结、气滞、血瘀、痰阻，心脉不通，而成本虚标实之证。所以临证必须明辨虚实，把握标本缓急，恰当运用补、通治则。标急者，首当治标。如例1，初诊时纳呆便溏、腿酸乏力、口干欲饮，为脾肾气阴亏虚；胸痛时作，舌暗，苔腻，脉弦，为痰浊痹阻、气滞血瘀，标实为急，故用瓜蒌薤白半夏汤合血府逐瘀汤、颠倒木金散通阳泄浊、祛痰理气，以治其标；二诊以后，胸痛消失，标实渐缓，故加入党参、白术、黄芪、杜仲、川断、麦冬、五味子以补益脾肾气阴。例2患者年龄尚轻，表现为痰热痹阻之标实，故以清化痰热、活血理气法贯穿始终。例3中焦虚寒、痰瘀痹阻，标本并重，故用人参汤合瓜蒌薤白半夏汤标本同治，终以理中丸善后。即《金匮要略心典》所谓"养阳之虚，即以逐阴"。二是调理其他脏腑。胸痹之病位在心，但发病与肾、肝、脾等脏腑功能失调密切相关，临证要据证调理。例1为脾肾亏虚，在标实之证缓解后，即以调补脾肾为治。例2，胸痛兼见咳嗽、咳痰，为痰热痹阻心脉，窒碍肺气，用瓜蒌薤白半夏汤合小陷胸汤、千金苇茎汤以心肺同治。例3，本虚表现为脾阳虚弱，故以人参汤温补中阳。三是重视痰、瘀同治。痰浊、瘀血是引起胸痹最常见的标实病机，由于痰湿重浊粘滞，阻于心脉，易于痹阻胸阳、窒碍气机，阻滞血行而致瘀血；而痹阻心脉，血行不畅，津液易凝而成痰，因而痰、瘀常交互为患，所以常须痰瘀同治。治痰喜用瓜蒌薤白半夏汤，该方通阳泄浊，豁痰宽胸，是《金匮要略》治疗胸痹的

名方，经临床验证确是治疗胸痹的有效方剂，例1～3均用此方。治瘀常选用血府逐瘀汤、桃红四物汤、丹参饮、木金散，金铃子散等方，每加丹参、三七二味，临床证明，此二味对控制瘀血所致胸痹心痛效果颇佳。［陶汉华，张苏颖，贾士安，徐风琴主编．刘献琳学术经验辑要．济南：山东科学技术出版社．2000.147～151］

2. 方药中——真武汤加减治疗冠心病、高血压、心律失常心肾阳虚证。

李某，男，65岁。

因头晕心悸，胸痛腰痛，于1979年10月18日收住院。查血压190/130mmHg，心电图提示阵发性房颤，多发性房性期前收缩，胸透提示左心缘丰满，肾图提示双侧肾功能中度至重度受损。西医诊断为高血压、冠心病、心律失常、肾功能不全。中医辨证：患有腰痛以近20年，此后渐有畏寒乏力，头晕心悸，耳鸣便溏等，查：舌质暗胖，苔白且润，脉沉弦而结，故考虑病原发在肾，波及心肝脾，证属在气虚基础上，继发气阴两虚，夹有瘀血。根据原发为本的原则，应重点温肾，辅以补心、温肝、健脾、活血等，拟真武汤加减。

处方：制附片6g，茯苓15g，白术12g，赤芍15g，桂枝10g，炙甘草10g，泽泻20g，丹参20g，郁金10g，生龙牡各30g。

服30余剂后，胸痛心悸明显减轻，再投苓桂术甘汤、炙甘草汤、生脉散加减40余剂。出院前胸痛鲜作，诸症减轻，血压150/100mmHg，心电图已大致正常。

［按语］　心胸疼痛虽是心痛胸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。”本例患者因胸痛心悸而入院，就定位而言，当主要在心。但分析全部病史，可知原发在肾，波及于

心，以寒水上乘心火为主要病机，故治以真武汤、苓桂术甘汤、泽泻汤、炙甘草汤等。

方氏根据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的客观规律，特别重视心肾两脏的调治。如此宝贵经验，值得我们好好学习。[史宇广，单书健主编．当代名医临证精华·冠心病专辑．北京：中医古籍出版社，1988.42]

3. 蒲辅周——酸枣仁汤治疗冠心病心肝失调证

林某，男，52岁。

心前区绞痛频发，两次住院，心电图不正常，确诊为冠心病。睡眠不好，只能睡3～4小时，梦多心烦，醒后反觉疲劳，头痛，心悸，气短，不能久视，稍劳则胸闷，隐痛。脉沉迟，舌边沿燥，中有裂纹。由操劳过度，脑力过伤，肝肾渐衰，心肝失调，治以调理心肝。

处方：酸枣仁15g，茯神9g，川芎4.5g，知母4.5g，炙甘草3g，天麻9g，桑寄生9g，菊花3g。

5剂药后睡眠好转，头痛减，脉微弦，右盛于左，舌同前。原方加淡苁蓉12g、枸杞子9g。三诊时，睡眠好，心脏亦稳定，未犯心绞痛。脉两寸和缓，两关有力，两尺弱，舌正红无苔。原方去知母、天麻、桑寄生，加黄精12g，山茱萸6g，山药9g。5剂。桑椹膏每晚服15g。并制丸药，滋养肝肾，强心补脑，以资巩固。

处方：人参、白术、菊花、茯苓、茯神、麦冬、广陈皮各9g，枸杞子、山药、山茱萸、肉苁蓉各15g，川芎、远志各6g，生地、黄精各30g。共研为细末，炼蜜为丸，每丸重9g，早晚各服1丸，温开水送服。

[按语] 本例冠心病，属内伤劳损，先用酸枣仁汤加味调理心肝，病情显著好转。因尺脉虚弱，复诊时，原方加肉苁蓉、枸杞以滋补肝肾，病情基本稳定后，以丸药徐图巩固。若

不辨认，认为气滞血瘀，而用活血化瘀之剂，则犯虚虚实实之弊。[中医研究院编．蒲辅周医疗经验．北京：人民卫生出版社．1982.171～172]

4. 蒲辅周医案——当归四逆汤治疗冠心病心绞痛血虚寒闭证

贺某，男，58岁。

胸闷心悸，阵发性心绞痛3年余，经地区医院心电图检查诊为“冠状动脉供血不足、心绞痛”。近2年来虽经休息治疗，但心绞痛发作仍频，有时日发2～3次，心电图示Ⅱ、Ⅲ、avF、V_5、ST段下降0.05～0.1mv，T波低平或双向。手足发凉，下肢有对称性大片紫癜，多年来秋冬必犯冻疮，红肿溃烂，常有发生，脉沉细涩，舌质暗有紫斑或片。宗“损其心者，调其营卫”之旨，拟温通血脉，调和营卫。方用当归四逆汤合失笑散，加菖蒲、远志益心气。

处方：当归9g，桂枝9g，赤芍15g，炙甘草6g，细辛3g，通草4.5g，大枣12枚，蒲黄9g（包煎），茯苓12g，菖蒲6g，远志4.5g，五灵脂9g。

服药6剂，心绞痛发作次数减少，疼痛减轻，效不更方，连服1月余，心绞痛已被控制，心悸胸闷明显减轻，精神愉快。复查心电图明显好转。服药4个月，紫癜完全消退，当年即未发冻疮。随访数年未复发。

[按语]　蒲老认为：“当归四逆汤为桂枝汤的类方，有养血复阳之效，能和厥阴以散寒邪，调营卫而通阳气。”以当归四逆汤治疗血虚寒闭而有瘀阻的冠心病心绞痛，取效满意。本案患者并有冻疮，经用本方治愈。[薛伯寿编著．继承心悟．北京：人民卫生出版社，2000.231]

5. 刘渡舟医案——麻黄附子细辛汤加味治疗冠心病心悸不安证

盛某，男，65岁。

1994年12月8日就诊。有“冠心病”史，每遇入冬，天气严寒之时，出现心率过缓，不满40次，心悸不安，胸中憋闷，后背恶寒。视其舌淡嫩，苔白，切其脉沉迟无力。辨证，脉沉迟为阴为寒，寒则血脉不温，阴霾用事，背为阳府，而虚其护，则心肺功能失其正常，故见胸满背寒之变。

处方：附子12g，麻黄3g，细辛3g，红人参12g，麦冬20g，五味子10g。

服尽3剂，脉增至一息四至，又服3剂，则心悸、气短、胸满、背寒等症消除，脉增至一息五次而愈。

[**按语**] 心主血脉，为“阳中之太阳”，临床治疗心脏病，不能局限于“心血管”一个方面，当重视心阳不足，阴寒痹阻的病理变化，心脏病出现心搏频率下降，脉来迟缓，心胸发满，后背寒冷，反映了心之阳气不足，阴寒之气充盛，得以乘其阳位。本分为麻黄附子细辛汤合生脉饮合方，启用力大气雄的附子，直补离宫心阳之虚，振奋心脏功能，为治本之道。麻黄、细辛在附子的督促下温经散寒，以扫长空之阴霾，温煦膻宫，复苏心肺气血之功能为其佐使，生脉散为《内外伤辨惑论》方，方中三药，一补，一清，一敛。功专益气敛汗，养阴生津，擅治热伤元气，气阴两伤，汗多体倦，气短口渴，久咳伤肺，心悸短气等症。刘老在临床治疗心脏病心动过缓，脉来迟涩，心悸气短，胸满背寒，常用麻黄附子细辛汤与生脉饮合方，在兴奋心阳之余，滋养心肺之阴。两方合用，能起到颉颃与相互为用的作用，临床疗效极佳。[陈明．刘燕华．李芳 著．刘渡舟临证验．北京：学苑出版社，1996.36～37]

六、临证心得

冠心病心绞痛是临床常见病，多属中医“胸痹”范畴，为本虚标实之证。中医治疗该病积累了丰富的经验。张仲景在《金匮要略》设专篇论述胸痹病，认为其基本病机为“阳微阴

弦”，阳微为本虚，除心肺气虚，胸阳不足外，脾胃为后天之本，所以治疗胸痹病要时时固护脾胃，肾为先天之本，病至后期严重时，多影响及肾，所以治疗该病严重时应注意温补肾阳，以固根本；标实为邪实，有痰浊、水饮、瘀血、寒邪等，应根据不同病邪随证加减，关键是掌握扶正与祛邪的关系，如以正虚为主，则应扶正治疗，多用于心绞痛缓解期，患者以气短乏力等为主要表现者；心绞痛发作期则应以止痛为先，采用祛痰、化饮、理气、祛寒、活血等治疗，其中又要掌握以补为通，还是以通为补。张仲景在胸痹篇所列方剂对冠心病心绞痛疗效确切，辨证恰当，加减有序，实为后世辨证论治的典范，正如唐容川所言“用药之法，全凭乎证，添一证则添一药，易一证则易一药，观仲景此节用药，便知义例严密，不得含糊也，故但解胸痛，则用瓜蒌薤白白酒汤。下节添出不得卧，是添出水饮上冲也，则添用半夏一味，以降水饮。此节又添出胸痹满，则加枳实以泄胸中之气；胁下之气，亦逆抢心，则加厚朴以泄胁下之气，仲景凡胸满，均加枳实；凡腹满，均加厚朴。”即是对仲景用药特点的概括。值得注意的是，近年来，有一种忽视辨证施治，滥用活血化瘀法的倾向，须知冠心病为本虚标实之证，且以正虚为本，若不辨虚实，一味化瘀，正气不存，化瘀何益？

第二节　急性心肌梗死

一、概　　述

急性心肌梗死属冠心病的严重类型，是在冠状动脉病变的基础上，发生冠状动脉血液供应急剧减少或完全中断，以致相应心肌发生持久而严重的急性缺血，引起这部分心肌缺血性坏死。临床主要表现为持久而剧烈的胸骨后疼痛，血清心肌酶增

高，以及心电图进行性改变。常发生心律失常、心力衰竭、休克。

本病属中医学“真心痛”的范畴。其并发症属“心悸”、“喘证”、“厥脱”等范畴。由于气虚阳微，导致了瘀血、痰浊的产生，在此基础上，如遇寒邪外袭、情致过激、暴饮暴食、疲劳过度等，痰瘀之邪随之痹阻胸中，堵塞心脉，疼痛由此而作。总之，该病病机亦为本虚标实，与心绞痛相似但较前者更为严重。治之不当，易发展为厥脱证。

二、诊　　断

1. 先兆证　部分病人有先兆症状，发病前数日或数周内有乏力、胸部不适、活动时有心悸、气短，烦躁，心绞痛发作较前频繁，疼痛加重，硝酸甘油疗效差，心电图示 S—T 段一时性明显抬高或压低，T 波增高或倒置。

2. 疼痛较心绞痛更为剧烈，持续时间较长，休息或含化硝酸甘油多不能缓解，病人常焦虑不安，汗出肢冷，面色苍白，全身乏力，约 10%～20%的病人可无疼痛，或疼痛性质不典型，或疼痛部位不典型，或表现为休克、心力衰竭。所谓无痛性心肌梗死，常见于糖尿病者，或老年人、及脑卒中患者。

3. 心电图是确诊急性心肌梗死最有价值的检查方法之一。急性心肌梗死完整的心电图诊断需要具备坏死性 Q 波，损伤性 ST 段和缺血性 T 波的改变，以及这些改变的动态演变，并且通过一定导联上的上述改变反映心肌梗死的部位。定时诊断分：极早期、急性期、亚急性期、陈旧期四个阶段；定位诊断：根据面向梗死区导联所显示出的特征性改变，可对心肌梗死作出定位诊断，前间壁表现在 V_1-V_3 导联；前壁 V_3-V_5 导联；广泛前壁表现在 V_1-V_5 导联；高侧壁表现在 I、aVL；下壁表现在 II、III、aVF 导联；下侧壁表现在 V_5-V_7 导联；

正后壁表现在 V_7-V_8 导联。

4. 血清酶谱的改变　由于心肌梗死后心肌细胞不可逆的损害、坏死，释放出大量的酶进入血循环，使血清酶活性大大增加。其中最具临床意义和实践价值并被临床常规采用的有天冬氨酸转氨酶、乳酸脱氢酶及其同工酶、肌酸磷酸激酶及其同工酶。它们都在急性心肌梗死的早期升高，升高的程度大致与梗死面积成正比。在诊断急性心肌梗死方面具重要意义。

三、辨证治疗

1. 痰浊痹阻证

主证：心胸豁痛，胸中憋闷或有窒息感，或头昏重，或咳嗽咳痰，腹胀纳呆，舌质暗淡，舌体胖嫩有齿痕，舌苔白腻，脉象弦滑。

治法：化痰泻浊，宣痹通阳。

方剂：瓜蒌薤白半夏汤加减。

瓜蒌 30g，薤白 15g，半夏 15g，陈皮 10g，枳壳 15g，郁金 10g。

加减：痰浊中阻，心下痞满，恶心呕吐者，加藿香，厚朴；喘息咳唾，痰稠色黄者，加黄芩，鱼腥草；兼心痛明显者，加三七，川芎。

2. 寒凝心脉证

主证：胸背彻痛，猝然发作，遇寒诱发或遇寒加重，胸闷气短，心悸不宁，神疲乏力，形寒肢冷，舌质暗淡，舌苔白嫩，脉沉细。

治法：温补心阳，散寒通脉。

方剂：当归四逆汤加减。

当归 10g，芍药 10g，桂枝 10g，细辛 3g，通草 10g，大枣 15g，甘草 10g。

加减：兼胃寒，恶心呕吐者，加丁香，半夏。心痛明显

者，加丹参，三七，冷汗频出者加熟附子，肉桂；气短喘息，形寒肢冷者，为阴寒极盛，治以温阳逐寒止痛，加用乌头赤石脂丸治疗。

3. 气虚血瘀证

主证：胸闷胸痛，动则加重，休息减轻，伴气短乏力，汗出心悸，舌体胖大，边有齿痕，舌苔薄白，脉弦细无力。

治法：益气活血，通脉止痛。

方剂：人参汤合当归芍药散加减。

人参 10g，白术 10g，干姜 5g，甘草 10g，当归 10g，芍药 10，川芎 6g，泽泻 10g，茯苓 15g。

加减：气虚明显加黄芪；下肢水肿加益母草，泽兰；疼痛明显加乳香、没药。

4. 阳脱阴竭证

主证：心胸剧痛，四肢厥逆，大汗淋漓，或汗出如油，虚烦不安，手足青至节，甚至神志淡漠或不清，口舌青紫，脉微欲绝。

治法：回阳救逆。

方剂：四逆汤合人参汤加减。

熟附子 15g，干姜 10g，炙甘草 10g，人参 15g，白术 15g。

加减：肢冷汗出，面色苍白者，加用参附注射液 20ml 加 5%葡萄糖生理盐水 20ml 静脉推注；烦躁不安者加生龙骨、生牡蛎；胸痛甚，唇色紫暗脉细涩者，加三七粉冲服。

5. 气阴两虚证

主证：胸闷气短，倦怠乏力，自汗盗汗，咽干口燥，舌红少津，脉细数无力。

治法：益气养阴。

方剂：炙甘草汤加味。

炙甘草 15～30g，人参 15g，麦冬 30g，生地黄 30g，阿胶

10g（烊化），沙参15g，黄芪30 g。

加减：心烦少寐加炒枣仁，生龙骨，生牡蛎；心动悸，脉结代者加甘松，党参；咽干口燥者加重沙参；阴虚阳亢，眩晕耳鸣者，加珍珠母，白芍，天麻。

四、名医经验

岳美中：猝心痛（急性心肌梗死），在病机上中医认为：是由于气滞血瘀，经脉不通，不通则痛，是急症。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，甚者肢端青紫，唇青面黑，舌质紫暗，大小便不禁，脉微欲绝或见结代。用回阳救逆法急救，张仲景四逆汤治疗。

四逆汤方：生附子12～24g，干姜2～9g，炙甘草6g。若脉不出者，加人参。水10盅，先煮熟附子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24～30g，一起急火煮服，但不如生附子回阳力大。仲景治急性心衰症，附子与干姜配伍，率用生附子，而不用熟附子。

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。

临床所见冠心病，多为心绞痛，心律失常，心肌梗死，舌质紫暗，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15g，川芎9g，牡丹皮9g，苏木9g，红花9g，延胡索9g，桂枝9g，桃仁9g，赤芍9g，番降香3g，通草3g，大麦芽6g，穿山甲9g。

水煎成，入童便，酒，韭汁，饮之。

本方化瘀为主，附以通阳行气，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、生地黄、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、生地黄、甘草，加桂心、薤白、瓜蒌治之。通变血府逐瘀汤（瓜蒌薤白白酒汤合血府逐瘀汤加减）：

当归尾 9g，川芎 9g，桂心 9g，瓜蒌 18g，薤白 12g，桔梗 6g，枳壳 6g，红花 9g，桃仁 9g，怀牛膝 18g，柴胡 9g。

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，更易以宣痹的蒌、薤、肉桂，使以引血下行的牛膝，是行气活血治疗心肌梗死的比较全面的一个方剂。[史宇广，单书健．当代名医临证精华·冠心病专辑．北京：中医古籍出版社．1988，11：35～37]

邓铁涛：心肌梗死，以标证为主要矛盾，即痰瘀痹阻阳虚型，痰瘀痹阻阴虚型，痰瘀痹阻阴阳两虚型，一般以治标为主，以攻瘀为重点，随证变通论治。因急性心肌梗死多数病例都有较剧之心痛，故通脉止痛是抢救的首要步骤。一般可用冠心苏合丸 1～2 枚即可嚼服；若阴虚或有内热者不宜用苏合丸，可用人工牛黄、冰片各 0.4g，麝香 0.2g，同研末含服。参芎汤（党参 24g，麦冬 15g，五味子 10g，川芎 18g，红花 10g，陈皮 2g）水煎服。若舌苔厚浊或兼痰盛者，应加祛痰之药，如瓜蒌、薤白、半夏等。若神志模糊者，是痰迷心窍，宜加石菖蒲 12g，远志 6g，或安宫牛黄丸、至宝丹之类。若出现心源性休克，需加用吉林参或高丽参 10～18g 另炖服，并根据阴虚、阳虚加减用药。偏阴虚者，可用西洋参 10～18g 另炖服。[任继学主编．中国名老中医经验集萃．北京：北京科学技术出版社，1993．36]

周次清：治疗心肌梗死主张以扶正固本、调理阴阳为主。

1. 用益气温阳法治疗气虚阳衰证症见乏力气短，自汗懒

言，精神疲惫，舌淡苔薄白，脉虚弱。此为气虚证，阳虚证则在上证基础上兼形寒肢冷，面色灰暗，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、黄芪、黄精、炙甘草；温阳用附子、干姜、肉桂；必要时配熟地黄、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、红花、川芎；或用急救回阳饮（人参，白术，甘草，附子，干姜，桃仁，红花）（注：此方即人参汤合四逆汤加桃仁、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，咳喘不得卧，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。

2. 益气养阴法治疗气阴不足证　出现乏力气短，自汗懒言，心烦失眠，口干唇燥，舌红苔薄白，脉沉细无力或细数。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；肝肾阴虚用生地黄、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）（注：此方即四逆汤合生脉散加味）。[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，(2)：116]

张志雄：根据急性心肌梗死病人以胸骨后剧烈持久和固定性疼痛的常见主证，说明瘀阻心脉为基本病因病机，但由于病

人体质不同，故有不同表现。目前治疗心肌梗死均强调心脉瘀阻，发为心痛。张氏体会其变证临床亦有所见：有不诉心痛而见脉象衰微，或结代者，有见腹痛发热似为外感之证者，有神志昏迷者，有痰蒙心窍者，此等变证的辨证施治实为复杂，若掉以轻心，可误人命，若能抓住重点，亦可通过蛛丝马迹，早期发现，及时治疗。

脉者血之府。诸血皆注于心，心主身之血脉。因此对急性心肌梗死的辨证，脉诊非常重要。不论其症状变化如何，其脉必有异，病人或可有自觉，医生或有所见，或弦、或细，或细微，或弦数，或沉细。

痹阻为本病的根本，不通则痛，则昏，则涩，则热，故临床见证或痹于心脉，发为心痛，或阻于络脉则脉象衰微，或结代。瘀阻阳明而化热则成胃家实，痰瘀窍闭则神昏，若原无痰饮或新无外感而突然发病来势凶险者，则应想到本病的可能。

中年以上患者，或素有心痛，或有肝旺，或有咳嗽，或无他症，突感不适，而症状复杂，一时难辨者，则责之于心，而心病之多见而危重者为真心痛。

辨证分型和预后：经过 21 例病临床的观察，张氏发现急性心肌梗死病例，早期表现为单纯瘀血型或痰浊交阻的痰浊型，较早恢复，预后较好。表现为气阴两虚型，病情较重，预后较差。而表现为心阳暴脱或亡阴亡阳者则最为险逆。

治疗冠心病，可以辨证与辨病相结合。张氏认为，辨证论治是中医治病之大法。正如上述，急性心肌梗死以瘀阻心脉为根本，但变证较多，症状复杂，不要根据西医诊断本病是冠状动脉供血不全，一味尽用活血化瘀药。应该对各种病人，各种变证，辨证施治。或回阳救逆，或养阴生脉，或化痰开窍，或急下阳明。对西医的病理，即要参考，又不可拘泥。

以中医中药为主，对于治疗本病，特别是对于抢救危笃病人，中西医应紧密合作，互补长短。但要认清中医对本病有很

好的疗效。要发掘和汲取古今经验，敢于砥柱中流。现代西医治疗本病的常用药如静注复方丹参，口服冠心苏合丸、苏冰滴丸、救心丹等，都是中药制剂。至于针剂活血化瘀的应用，其止痛，扩张血管的作用已为实践证明。四逆、生脉之剂救治休克也见较好疗效。

真正做到标本相参，斟酌论治，其关键在于真正做到急则治其标，缓则治其本。例如急性心肌梗死合并心源性休克的病人，按辨证应属亡阳证，急宜回阳救逆。若一味应用活血化瘀，则常会加重亡阳证候。对气阴两虚的病人，张氏体会，活血化瘀不加益气养阴之品，预后则更差。可见标本缓急之辨的重要性。

中医传统服药方法是“急以煎剂，缓以丸图”。中医的水煎剂处方灵活，应用方便，收效迅速，为治疗急性心肌梗死所常用。传统的苏合香丸、牛黄至宝丹、安宫牛黄丸等药，在急救险逆证时，作用也很明显。有些医家救治本病应用中成药片，量不过 3～4 片，疗效如何，不敢评价。[史宇广，单书健主编．当代名医临证精华·冠心病专辑．北京：中医古籍出版社，1988.176～183]

张伯臾：真心痛是由心痹发展而来，也是本虚标实，所不同者，其病更进一步，正气大虚，邪气亦实（邪气者，痰、瘀、气滞之谓）治疗法则当与心痹相同，扶正祛邪，根据病情轻重缓急，或先祛邪，或先扶正，或补中寓通，或通中寓补，或通补兼施，由于本病病情重危，治疗用药上也须较“心痹”者更进一筹，应加强“通”、“补”之力。至于“通”法，乃治本病之基本法则，因其痹阻不通故也。即使在虚像显见而用补法时，也不可忘乎“通”字。

张氏体会：治疗本病要特别注意防“厥脱”。凡病心肌梗死，胸痛彻背引臂，身寒肢冷，喘息不能平卧，或汗出脉沉者，可用参附汤、参附龙牡汤、四逆汤、四逆加人参汤等；阴

虚有热者，可予生脉散加生地；汗多可重用山萸肉、黄精之类固脱；真心痛属热者，每挟腑气不通，尽管病情重笃，也须通腑泄热，甚或用承气汤；对于痛甚者，止痛乃当务之急，否则，必致厥逆，可用乳香、没药、失笑散，若痛不止，乌头、细辛也可考虑应用。

本病若已发展至阳微阴绝，心阳外越之休克，或见阳虚水饮凌心射肺，出现心衰，以及心阳阻遏，心气不通之严重心律失常，则应用中西医两法进行救治。[史宇广，单书健主编．当代名医临证精华·冠心病专辑．北京：中医古籍出版社 1988.188]

五、医案精选

1. 张伯臾医案——瓜蒌薤白半夏汤治疗真心痛痰浊痹阻证

陈某，男，61岁。

1974年2月7日初诊。因胸骨后刀割样疼痛频发4天，心电图提示急性前壁心肌梗死，收入病房。刻下胸痛引臂彻背，胸闷气促，得饮则作恶欲吐，大便三日未解，苔白腻，脉小滑。阴乘阳位，清阳失旷，气滞血瘀，不通则痛，《金匮要略》曰“胸痹不得卧，心痛彻背者，瓜蒌薤白半夏汤主之”。治从其意。

处方：瓜蒌实9g，薤白头6g，桃仁9g，红花6g，丹参15g，广郁金9g，炙香附9g，制半夏9g，云茯苓12g，橘红6g，全当归9g，生山楂12g。6剂。

二诊：1974年2月13日。胸痛5日未发，胸闷亦瘥，面部仍有灰滞之色，大便4日未通，苔薄腻微黄中剥，脉小滑。痰瘀渐化，心阳亦见宣豁之机，还宜通中寓补，以其本虚标实故也。前方去香附、郁金、山楂。加炒枣仁9g，生川军3g（后入，后改用制川军）。9剂。

三诊：1974年2月21日。胸闷胸痛已罢，便艰，苔腻已化，舌红，脉弦小。心电图提示：急性前壁心肌梗死恢复期，病后心阴耗伤，拟补中寓通，以图根本。

处方：太子参15g，麦冬9g，五味子3g，炒枣仁9g，淮小麦30g，炙甘草6g，丹参15g，当归9g，桃仁6g，红花6g，麻仁12g（打）。10剂。[严世芸，郑平东，何立人主编．张伯臾医案．上海：上海科学技术出版社1979.33～34]

[按语]　本例胸痹为阴乘阳位，清阳失旷，气滞血瘀。治当通阳散结、豁痰化瘀，以瓜蒌薤白半夏汤加味。初诊以瓜蒌、薤白、半夏、茯苓等豁痰，以香附行气，桃仁、丹参、当归、生楂等活血化瘀。二诊痰瘀渐化，心阳得复，大便未通，故加川军。三诊心电图提示急性心肌梗死恢复期，舌红，脉弦小，为心阴耗伤，故用生脉散益气养阴调治。

2. 张伯臾医案——小陷胸汤合小承气汤治疗湿滞热郁交阻心痛证

成某，男，71岁。

一诊：1976年6月21日。左胸阵发性刺痛2天，大便秘结7日未通，口臭且干，心悸，心电图提示：急性前壁心肌梗死，伴有多发性房性期前收缩及偶发性室性期前收缩，脉弦小不均匀，舌边红带紫，苔白腻。辨证属劳伤心脏，湿滞热瘀交阻，拟清热通腑活血祛滞。

处方：黄连4.5g，制半夏12g，全瓜蒌12g，川厚朴9g，枳实15g，生川军6g（后下），当归24g，川芎9g，红花6g，失笑散9g（包煎），苦参片15g。

稍加减连服5剂。

二诊：1976年6月26日。动则左胸作痛，大便已解2次，但舌苔腻未化，口不干，脉虚弦。痰湿瘀热虽减未化，心脏气血流行未畅，再拟前方出入。

处方：苦参片15g，制半夏12g，全瓜蒌12g，川朴9g，

枳实 12g，制川军 9g，当归 18g，炒川芎 6g，石菖蒲 9g，失笑散 9g（包煎）。7 剂。

三诊：1976 年 7 月 3 日。左胸闷痛未发，便秘 4 日未通，夜间惊惕，烦躁不宁，舌苔厚腻已化，脉弦滑。热瘀尚未尽化，心阴亦见耗伤，拟养心清热，活血化瘀。

处方：北沙参 15g，麦冬 15g，生山栀 9g、苦参片 15g，丹参 15g，当归 15g，降香 4.5g，细石菖蒲 9g，失笑散 9g（包煎），磁朱丸 6g（夜吞）。7 剂。

四诊：1976 年 7 月 10 日。左胸疼未发，头晕，大便间日一次，质软，夜寐较安，有时惊扰，心电图示：前壁心肌梗死恢复期，脉弦小，苔腻净化，舌质红边紫。痰热已清，心阴渐复，再拟养心安神活血。

处方：北沙参 30g，大麦冬 18g，五味子 4.5g，朱茯苓 9g，丹参 15g，炒赤芍 12g，红花 6g，广郁金 9g，青龙齿 24g（先煎），大麻仁 24g（打）。

[按语] 本例最初为劳伤心脏，湿滞热郁交阻，故以清热通腑、活血通滞为治，方用小陷胸汤合小承气汤加减，三诊心阴已耗，而热瘀未化，故用养心清热活血化瘀之法通补兼施。四诊心电图提示急性前壁心肌梗死恢复期，痰热已清，心阴渐复，以生脉散加味，以善其后。[严世芸，郑平东，何立人主编．张伯臾医案．上海：上海科学技术出版社 1979.34～35]

3. 张伯臾医案——回阳敛阴、化痰通瘀法治疗心肌梗死，心源性休克心脏阴阳两伤证。

李某，男，55 岁。

1974 年 3 月 15 日初诊。心肌梗死 6 天，持续用升压药血压尚未稳定，但心绞痛已止，胸闷气急，汗多肢冷，脉沉细无力，苔薄白质暗。心脏阴阳二伤，痰瘀中阻，颇有厥脱之险，拟参附龙牡合生脉散，坚阴敛阳。

处方：熟附片 15g（先煎），红参 9g（另煎代茶，煅龙牡

各24g（先煎），麦冬9g，五味子4.5g，当归12g，杜红花6g，桃仁9g，全瓜蒌12g，薤白头6g，炒川连2.4g。2剂。

二诊：1974年3月8日。药后血压渐趋稳定，心绞痛亦未发作，胸闷较舒，畏寒肢冷减少，脉小滑，苔薄白。厥脱之险渐平，心阳渐振未复，痰瘀痹阻未通，再拟温通心阳而化痰瘀。

处方：熟附片15g（先煎），炒党参30g，桂枝6g，全瓜蒌12g，薤白头6g，制半夏9g，细菖蒲4.5g，当归12g，桃仁9g，杜红花6g，另红参9g（煎汤代茶）。

稍加减6剂。

三诊：1974年3月24日。停升压药后，血压已稳定，胸闷痛未发，恶寒已减，四肢转温，昨起又汗出，便秘三日未解，尿黄，脉沉细，苔白腻已化，舌质暗红。心阳损伤有来复之机，痰瘀亦有渐化之象，然心阴耗伤未复，肠液干燥，再拟前法参入养阴润肠之品。

处方：熟附片15g（先煎），党参30g，麦冬9g，五味子6g，当归12g，丹参15g，炙甘草9g，炒枣仁9g，杜红花4.5g，桃仁12g，降香4.5g，鲜首乌30g。

稍加减服7剂。

四诊：1974年4月1日。大便艰难，余无自觉症状，心电图示：下壁心肌梗死恢复期，脉细涩，苔薄白已化，舌质红左边带紫。心阳不足，累及心阴，痰浊渐化，瘀阻血行未畅，肠液干燥，再拟益心气，养心阴，活血润肠。

处方：熟附片9g（先煎），党参30g，麦冬12g，五味子6g，生熟地黄各9g，丹参15g，当归12g，红花4.5g，大麻仁12g（研），鲜首乌30g。［严世芸，郑平东，何立人主编．张伯臾医案．上海：上海科学技术出版社1979.41～42］

［按语］ 本例心肌梗死为心阴阳俱伤，痰瘀痹阻之证。且汗多肢冷，脉沉细无力，已有厥脱之险。张氏以参附为主，回

阳敛阴，生脉散坚阴敛阳，瓜蒌薤白半夏汤化痰通阳，病情稳定后以益心气，养心阴，润肠燥而收功。

4. 张志雄医案——小陷胸汤合活血药治疗心肌梗死气滞血瘀证

田某，女，63岁。

患者在1966年体检发现高血压，伴有头痛、头昏，血压最高达220/110mmHg，间断服用复方降压片尚可控制症状。1976年开始经常发作心前区绞痛。发病前1日下午饱餐后上腹部疼痛如绞，曾用阿托品等无效，第2天上午阵发性绞痛加剧，伴呕吐、便秘。两次急诊，以腹痛待查入院。体检：体温38℃，脉搏72次/分，血压160/100mmHg，精神差，心浊音界向左下扩大，心率72次/分，心尖区可闻及Ⅱ级收缩期杂音，$A_2=P_2$，腹软无包块，剑突下触痛明显，心电图ST段示Ⅱ、Ⅲ、avF抬高0.2～0.4mV，Ⅰ、avL、V_4、V_5、V_6压低0.2～0.3mV；T波V_4、V_5示倒置。诊断急性下壁心肌梗死。证属真心痛气滞血瘀型。治以活血化瘀、豁痰通络。

处方：益母草15g，丹参15g，川芎9g，瓜蒌15g，半夏9g，枳实9g，黄连15g，失笑散9g，青宁丸9g。

二诊：服药7剂，心绞痛未发作，4天后腹痛消失，精神好转，大便通畅，心电图Q波加深，ST段II、III、avF接近基线，T波倒置变浅，符合心肌梗死演变期，原方不变动，继服7剂。

三诊：2周后偶有胸闷憋气，指末不温，脉细无力，苔厚腻虽化，舌质仍偏红。属于气阴两虚证。宜益气养阴、化瘀通络。处方：

南北沙参各15g，麦冬9g，五味子3g，石斛15g，丹参15g，川芎9g，苏木9g，桂枝9g，生地黄15g。

药后症状消失，原方续服以巩固疗效，出院。［史宇广，单书健主编．当代名医临证精华·冠心病专辑．北京：中医

古籍出版社，1988.176～177]

[按语]　本例张氏辨为真心痛气滞血瘀痰阻型。气机郁滞，瘀血内停，脉络不通，故见心前区及上腹部疼痛如绞。治疗宜活血化瘀、豁痰通络。方中益母草、丹参、川芎均为活血通络之品，瓜蒌、半夏、黄连、枳实豁痰，清热，化浊，行滞。方中加入失笑散加强活血祛瘀、散结止痛之功。三诊时为心肌梗死恢复期，表现为气阴两虚之征候，故治以益气养阴、化瘀通络治疗。经过调治，诸症皆除。

5. 张志雄医案——小陷胸汤合小承气汤加减治疗心肌梗死 阳明腑实证

唐某，男，47岁，工人。

3年前发现高血压，一般在130～150/90～100mmHg，伴头昏失眠、头痛，服复方降压片可以控制。1982年2月发生心前区疼痛，未经治疗而缓解。一周前无明显诱因出现心前区疼痛，1日发作数次，每次3～5min，在原单位医务室诊为胃炎、胃痉挛，服阿托品、普鲁本辛等药均无效，当天来院急诊。疼痛呈持续性，且阵发性加剧，向左肩背部放射，上腹部胀痛，大便干，头昏，心慌，气急，出冷汗而住院。体检：体温37.5℃，脉搏76次/分，血压124/84mmHg，神志清，口唇、指、趾无发绀，心界不扩大，第一心音减弱，律齐，无病理性杂音，$A_2 > P_2$，肺部无啰音，剑突下压痛。心电图：急性前壁心肌梗死，其中ST段V_2抬高0.5mV。胸闷憋气，胸膺两乳间疼痛，心痛彻背，头昏心慌，出冷汗，上腹部胀满不适，大便干，脉弦数，舌质红，舌苔黄腻，证属阳明腑实。治则：攻里通下，祛瘀化浊。

处方：生军9g，川朴6g，枳实9g，黄芩6g，半夏9g，瓜蒌15g，菖蒲15g，川连3g，丹参15g，失笑散（包）9g。

二诊：服药后诸症大减，脉转弦滑，舌质较润，黄腻苔较前已化一半，复查心电图，符合心肌梗死演变期，处方用药当

予养阴益气，化瘀通络，稍佐调理脾胃之药，服 14 剂病情稳定。

［按语］ 本例患者初期表现为胸闷憋气，其后心痛彻背，胸膺间疼痛，上腹部胀满，大便干结，结合脉证，舌象分析，脉弦主痛主实，滑为痰浊，数则有热，舌质红苔黄腻，证属痰浊胶结，痰热互阻腹中，故从阳明腑证治之，用通里攻下，祛瘀化浊之法。方中川军、厚朴、枳实通腑泄热，瓜蒌、半夏、黄连、菖蒲化痰泄浊通心气，黄连、吴茱萸和胃降逆，丹参失笑散活血祛瘀，散结止痛。六腑以通为用，以降为顺，使阳明腑实得通，故诸症大减，在其恢复阶段，又当恢复其正气，益气养阴，化瘀通络进行调治，自当取得良好效果。［史宇广，单书健主编．当代名医临证精华·冠心病专辑．北京：中医古籍出版社，1988.176～177］

6. 张镜人医案——茯苓杏仁甘草汤栝蒌薤白半夏汤加减治疗心肌梗死痰热里盛、心气痹阻证

何某，男，51 岁。

1973 年 6 月 1 日初诊。素有高血压病史，1971 年 2 月 2 日凌晨，突然心前区绞痛，大汗淋漓，当即住院，心电图示：急性后壁心肌梗死。经抢救脱险。近两年来仍感胸闷气滞，时伴隐痛，脉细弦数，舌苔薄黄，质红。辨证为痰热里盛，心气痹阻，治拟和营祛瘀，理气宽胸，化痰清热。

处方：丹参 15g，赤芍 9g，桃仁 5g，生白术 9g，制半夏 9g，广郁金 9g，砂仁 5g，水制甘草 5g，生香附 9g，水制远志 3g，全瓜蒌 15g，茯苓 15g，杏仁 5g，香谷芽 15g。7 剂。

上方加减，连服至 1974 年 3 月，心前区闷痛均平，病情稳定。

［按语］ 《金匮要略》治胸痹心痛诸法，俱围绕宣通胸阳痹阻的要求，归纳起来，不外温阳益气、散寒化湿、化痰蠲饮。方药多温，诚如《千金衍义》说“胸痹多由寒热之邪痹着

心下，故金匮咸以辛温散结，涤垢除痰为务。”惟张氏认为江南气候温和，阴寒痼冷的证候较少，乌、附、椒、姜必须审慎。临床习用瓜蒌薤白半夏汤、茯苓杏仁甘草汤、人参汤配合丹参饮加减。并参照《医宗金鉴》颠倒木金散意，血瘀痛者，倍郁金以入心散血瘀，气郁痛者，倍生香附易木香，以上行胸膈，开郁理气。[黄文东主编．著名中医学家的学术经验·张镜人．长沙：湖南科学技术出版社，1981.]

7. 张镜人医案——瓜蒌薤白半夏汤合温胆汤治疗心肌梗死痰湿内阻证

张某，男，58岁。

初诊：1981年9月24日。主诉心前区疼痛伴胸闷1周。1周来心前区疼痛，胸闷少畅，痰多，夜寐少安。舌苔薄腻，脉弦细滑。心电图示急性心肌梗死。辨证属于痰湿内阻，心气失宣，营血运行不利。诊断：急性心肌梗死，真心痛。治以养血调营，兼化痰湿。

处方：孩儿参9g，丹参15g，桃仁9g，全瓜蒌15g（切），薤白头9g，制半夏5g，炒陈皮5g，枳壳9g，竹茹5g，炙远志3g，怀小麦30g，生香附9g，赤白芍各9g，清炙草3g，朱茯神9g，夜交藤30g，香谷芽12g，5剂。

二诊：9月29日。药后心前区疼痛已减，仍感胸闷，痰出较畅，精神好转，脉细弦滑，苔薄白腻，舌质红，前法续进。上方去制半夏、炒陈皮。

守方服用，证情稳定，胸闷心前区疼痛逐渐好转。

[按语]　真心痛出于《灵枢·厥病》，其曰：“真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死”。《金匮要略·胸痹心痛短气病》云：“胸痹不得卧，心痛彻背者，瓜蒌薤白半夏汤主之”。本案为真心痛之轻者，胸痹之类证，痰瘀交阻，心气不得通达，故以瓜蒌薤白合温胆化痰通达，丹参、桃仁、赤白芍活血通络为主佐以养心安神治之。[张镜人主编．中华名

中医治病囊秘·张镜人卷．文汇出版社，1998]

8. 刘渡舟医案——苓桂术甘汤治疗冠心病心肌梗死水气凌心，心阳受阻，血脉不利证

陆某，男，42岁。

患有冠心病心肌梗死而住院，抢救2月有余，未见功效。现症：心胸疼痛，心悸气短，多在夜晚发作。每当发作之时，自觉有气上冲咽喉，顿感气息窒塞，有时憋气周身出冷汗，有死亡来临之感，颈旁之血脉又随气上冲，心悸而胀痛不休，视其舌水滑欲滴，切其脉沉弦，偶见结象。

刘老辨为水气凌心，心阳受阻，血脉不利之心水病。

处方：茯苓30g，桂枝10g，白术10g，炙甘草10g。

此方服3剂，气冲得平，心神得安，心悸、胸痛及颈脉胀痛等症明显减轻。但脉仍带结，犹显露出畏寒肢冷等阳虚见证。乃于上方加附子9g，肉桂6g以复心肾阳气，服3剂手足转温，而不恶寒。然心悸气短犹未全瘳，再于上方中加党参，五味子各10g，以补心肺脉络之气。连服6剂，诸症皆瘥。

[按语] 本案冠心病为水气上冲所致，刘老名之谓“心水病”，总由心、脾、肾阳虚，水不化气而内停，成痰成饮，上凌无制为患。心阳虚衰，坐镇无权，水气因之上冲，则见胸痛、心悸、短气等心病证候。临床辨识此病，当注意色、舌、脉、证的变化如下：

望色：多见面色黧黑，此为“水色”。病重者，在额、颊、鼻柱、唇围、下颏等处或皮里肉外出现类似“色素沉着”之黑斑，名为“水斑”。

察舌：舌质淡嫩，苔水滑欲滴。

切脉：或弦，或沉，或沉弦并见，病重时见脉结代或脉沉伏不起。

辨证：①有水气上冲之候。病人自觉有一种气从心下上冲胸咽。②胸满，夜间为甚，遇寒加重，多伴有咽喉不利，如有

物梗阻。③心悸：多发于晨起、夜卧、或饮食之后，或伴有左侧颈部血脉胀痛。④短气：表现为动则胸闷发憋，呼吸不利，甚则冷汗自出。

治疗水气上冲之“心水病”，首选苓桂术甘汤。本方《伤寒论》用治“心下逆满，气上冲胸，起则头眩，脉沉紧”。《金匮要略》用治“心下有痰饮，胸胁支满，目眩”等水气凌心射肺的病症。苓桂术甘汤有两大作用：①温阳下气而治心悸、胸满；②利小便以消水阴而治痰饮咳逆。方中茯苓作用有四：一是甘淡利水，二是养心安神，三是助肺之治节之令，四是补脾厚土，为本方之主药。桂枝作用有三：一是温复心阳，二是下气降冲，三是通阳消阴，亦为本方主药。桂枝与茯苓相配，则温阳之中以降水阴，利水之中以复心阳。二者相得益彰，缺一不可。白术补脾助茯苓以制水，炙甘草温中助桂枝以复心阳。药仅四味，配伍精当，大有千军万马之声势，临床疗效惊人，犹治“心水病”一证，可为独树一帜。［陈明，刘燕华，李芳著．刘渡舟临证验案精选．学苑出版社，1996.30～32］

9. 刘渡舟医案——瓜蒌薤白半夏汤合旋覆花汤、颠倒木金散治疗胸痹（心肌梗死）胸阳痹阻、痰浊凝聚、脉络瘀阻证

杨某，女，70岁。1994年1月21日初诊。

患者于两月前因冠心病大面积心肌梗死入某医院抢救。出院后，因气候突变，寒流袭来，又感胸部闷胀，气短，心前区隐隐作痛，两胁亦持痛不休，左手臂胀麻。伴有咳吐白黏痰，腹胀，大便干燥等症。患者精神紧张，夜寐易发惊悸。视其舌苔白腻，脉来沉弦而滑。脉证合参，辨为胸阳痹阻，痰浊凝聚，心胸脉络不通则痛。治宜宣痹通阳，豁痰通络止痛。疏方：

糖瓜蒌30g（先煎），薤白6g，半夏15g，旋覆花10g，红花10g，茜草10g，桂枝10g，丹参20g，郁金10g，木香10g，紫降香10g。

服5剂后，胸满，胸痛大为缓解，咳痰减少，夜已能寐。又续服5剂，诸症皆安。

[按语] “胸痹”一证，与西医学所谓的“冠心病”比较类似，《金匮要略》将本证病因病机概括为“阳微阴弦”四字。“阳微”即寸脉来微，主胸中阳气不足；“阴弦”，指尺脉见弦，主在下痰浊水邪反盛。《辨脉法》云：“阳脉不足，阴往乘之”。故胸阳不振，反使下焦之阴邪乘虚犯上，使心脉痹阻，气血不通。《素问·调经论》曰：“寒气积于胸中而不泻，不泻则温气去，寒独留则血凝涩，凝则脉不通。”因此导致了胸痹心痛的证候发生，至于两胁疼痛之原委，亦属胸痹胁逆气上冲之类，本证的治疗用温通心阳，化痰宣痹，佐以疏肝理气通络之法。以瓜蒌薤白半夏汤合旋覆花汤、颠倒木金散三方相合。用瓜蒌薤白半夏汤通阳开痹，宣化痰浊之邪；旋覆花汤活血通络止痛，斡旋胸胁之气颠倒木金散则专以疏肝理气，而行气血之滞为特长也。[陈明，刘燕华，李芳 著．刘渡舟临证验案精选．学苑出版社，1996.37～38]

六、临证心得

心肌梗死是冠心病的严重类型，属于中医“真心痛”、“厥脱”的范畴，在冠状动脉供血不足的基础上，如遇感受寒邪，情志过激，暴饮暴食，过度劳累等因素诱发，使痰瘀之邪痹阻胸阳而发病。多数心肌梗死发病前有不稳定型心绞痛发作情况，如治疗不及时，则胸阳不得宣发，而致心脉闭塞，临床出现心痛彻背，背痛彻心之真心痛，此时应积极救治，以免发生厥脱之证。急性心肌梗死病情重，变化多，在24小时内最不稳定，应中西医结合治疗，以避免严重并发症的发生，此期的表现主要是气虚阳微，血瘀痹阻，腑气不通，所以应温阳益气，活血止痛，和胃通腑泻浊治疗，可用四逆汤、小承气汤、当归芍药散、瓜蒌薤白半夏汤等加减；

演变期，患者病情渐趋稳定，应以祛瘀化痰治疗，稳定后关键以扶元固本治疗，补虚为主，以恢复心脏的元气，根据病情，稍佐以祛瘀化痰之品。在治疗过程中，应时时注意照顾脾胃。

第六章　高血压病

一、概　　述

高血压病是指以动脉收缩压和（或）舒张压增高，常伴有心、脑、肾和视网膜等器官功能性或器质性改变为特征的全身性疾病。临床上常将高血压分为原发性高血压（约占95%）和继发性高血压（约占5%）两大类。原发性高血压原因目前仍未清楚，可能与脑力劳动、精神紧张、活动较少、体型肥胖、吸烟饮酒、高盐摄取、多食肉、高胆固醇血症及家族史有关。

临床根据病情进展的速度，可分为缓进型和急进型两类。缓进型者，病情进展缓慢，常达10～20年以上，约半数病人可多年无症状，其他患者在早期可出现头晕、头痛、耳鸣、眼花、心悸、失眠、健忘、焦急等，多于情绪激动或疲乏、精神紧张后出现，或加重，其中以头晕头痛最为多见。后期由于长期高血压引起动脉硬化，可致心脑肾等生命器官的供血不足。表现：①头痛、眩晕、眼花、项强、及肢体麻木，甚至出现脑血栓形成或脑出血；②心脏左室增大，主动脉扩张，冠状动脉硬化引起缺血性心脏病或左心室功能不全；③肾脏受损出现蛋白尿、管型尿，尿浓缩功能降低，夜尿增多，进一步发展，可

致氮质潴留、尿毒症。

急进型以视网膜病变及肾功急剧减退为特点，舒张压明显升高，常持续在130mmHg以上，伴眼底出血、渗出，或视乳头水肿，患者自觉头痛、恶心、呕吐及视力障碍，进一步可致抽搐及昏迷。可见左心衰竭，显著的蛋白尿、血尿、管型尿及肾功减退。本型病情发展迅速，常在数月或在1～2年内出现高血压脑病、脑血管意外，心力衰竭或尿毒症。

本病可归属中医的“头痛”、“眩晕”等疾病中。本病常见病因为过度恼怒、长期忧思、及恐惧紧张、情绪波动，致情致失调；或饥饱失常，损伤脾胃，脾失健运，酿生痰浊，上蒙清窍；及过食温热肥腻之品，体内痰热内盛，上冲清窍，发生眩晕；久病、过劳可伤及人体正气，阴阳平衡失调，脏腑功能紊乱；或先天禀赋异常，在上述不良因素作用下，更易发生本病。

二、诊　断

1. 脑部表现　头痛、头晕和头胀是高血压病常见的症状，也可有头部沉重感，或颈项板滞感，头痛多发生在早晨，位于前额、枕部或颞部。头晕可为暂时性或持续性，伴有眩晕者较少。

2. 心脏表现　高血压起病数年或10余年后，在心功能代偿期，有时感觉心悸，其他症状不明显；心功能失代偿期，可出现左心衰竭症状。进而影响右心室发展为全心衰竭。高血压可促进动脉粥样硬化，故可合并冠心病心绞痛、心肌梗死的表现。

3. 肾脏表现　肾血管病变的程度和血压高度及病程密切相关。早期可出现蛋白尿、血尿，当病情进一步发展时，血中非蛋白氮、肌酐、尿素氮常增高。酚红排泄试验示排泄量明显降低，肌酐清除率可明显低于正常。最终出现尿毒症。

世界卫生组织规定成人标准为：

正常血压：收缩压≤140mmHg

舒张压≤90mmHg

高血压：收缩压≥160 mmHg

舒张压≥95mmHg

临界高血压：介于正常和高血压之间。

三、辨证治疗

1. 气虚湿阻证

主证：眩晕头痛，气短乏力，汗出恶风，身重肢倦，苔白，脉浮紧。

治法：益气升清，祛风利湿。

方剂：防己黄芪汤加减。

汉防己 10～15g，生黄芪 30～50g，白术 15g，甘草 6g，生姜 6g，大枣 3 枚。

加减：头重如裹，眩晕明显者，加天麻、半夏；气短乏力，汗出恶风者，加防风、泽泻；身重肢倦加桑枝、薏苡仁、茯苓；项背不舒，视物不清，加葛根、菊花。

2. 少阳热郁证

主证：眩晕头痛，口苦咽干，胸胁苦满，心烦喜呕，默默不欲饮食，耳鸣耳重，舌苔薄黄，脉弦。

治法：和解少阳，清肝利胆。

方剂：大柴胡汤加减。

柴胡 10g，黄芩 15g，半夏 10g，白芍 20g，大黄 6g，生姜 6g，枳实 5g。

加减：眩晕头痛重者，加钩藤、白蒺藜；口苦咽干，心烦眠差者，加龙胆草、栀子、酸枣仁；胸胁苦满加川楝子、茵陈；心烦喜呕，默默不欲饮食者，小柴胡汤加竹茹、黄连；耳鸣耳重者，加蝉蜕、蔓荆子。

3. 阳明湿热证

主证：眩晕头痛，喘而汗出，心胸烦热，形体肥胖，舌苔黄腻，脉弦滑。

治法：升清解肌，清热化湿。

方剂：葛根芩连汤加减。

葛根 30g，黄芩 15g，黄连 10g，夏枯草 10g，生甘草 5g。

加减：眩晕头痛者加天麻、石菖蒲；心胸烦热明显者加生地黄、生石膏；形体肥胖者加大黄、草决明；舌苔黄腻者，加黄柏、苍术。

4. 少阴阳虚证

主证：眩晕头痛，或眩晕欲仆，身体阵阵摇者，畏寒肢冷，腰膝酸软，舌质红，苔薄白，脉弦细。

治法：温肾壮阳，潜阳熄风。

方剂：真武汤加减

熟附子 10g，白术 10g，茯苓 15g，白芍 15～30g，益母草 15g。

加减；眩晕明显者加生龙骨、生牡蛎；腰膝酸软者加杜仲、桑寄生、牛膝；畏寒肢冷加淫羊藿、川断。

5. 肝阴不足证

主证：眩晕头痛，心烦少寐，两目干涩，舌边红，苔薄白，脉弦细。

治法：滋阴养肝，清眩明目。

方剂：酸枣仁汤加减。

生枣仁 15g，炒枣仁 15g，茯苓 30g，知母 10g，川芎 10g，生甘草 10g。

加减：眩晕头痛明显者，加杭菊花、白蒺藜；心烦少寐明显加山茱萸、栀子、夜交藤；两目干涩者，加石斛、青葙子、牡丹皮。

四、名 医 经 验

蒲辅周：龙骨真武汤治疗阳虚痰阻高血压病。

组成：茯苓、清半夏各 9g，白术、白芍、附片（先煎）各 6g，生姜 4.5g，生龙骨（先煎）、生牡蛎（先煎）各 12g。

主治：高血压病。证见头晕头痛，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，小便时失禁，舌淡苔滑，脉弦细。

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。因平素饮食不节，肥甘厚味太多，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，清空之窍失其所养，故而头目眩晕。正如元代的医家朱震亨所云："无痰不作眩"。蒲氏治疗眩晕，尤重脾肾两脏，常选温肾化气，健脾化痰之药合用，以使脾肾之阳得以振奋，痰湿蠲除，眩晕乃止。

用法：每日 1 剂，水煎分服。[张问渠. 现代著名老中医临床诊治荟萃. 北京：科学技术文献出版社，1986. 225]

周次清：中医治疗高血压病的基本方法滋阴潜阳、凉肝熄风，常用方剂如镇肝熄风汤、天麻钩藤饮等在临床都有一定的疗效，但用于治疗老年高血压，效果则不够理想。因为老年高血压大多随着年龄的增长，脏腑阴阳气血的衰退而逐渐增高，单从肝阴肝阳着手，不从整体盛衰的情况来考虑，常是治疗上失败的主要原因。经过多年的临床实践，周老认为，治疗老年高血压的有效方法是补益气血，燮理阴阳的整体疗法。有时即便出现实证，也是因虚而致实的本虚标实证，在治疗上也必须采取以补为通或通补兼施的治疗方法。

1. 益气养血，升降阴阳　方用自制八物降压汤：黄芪15～30g，党参12～15g，黄精9～12g，葛根15～30g，五味子3～6g，当归9～12g，何首乌15～30g，玄参12～15g。本方适用于头晕，乏力，目涩，耳鸣，四肢麻木，大便干，小便频，或口干少津，脉象浮弦或稍数。这类患者或兼有糖尿病，多数收缩压偏高，脉压增大，一日血压波动较大，夏季血压高于冬季。也有的患者血压较高，而头痛、眩晕等高血压的症状并不明显。若少寐多梦，心悸心烦，血压波动较大者，加炒枣仁15～30g，夜交藤30g；头痛明显，血压波动不大，收缩压与舒张压均高，或伴有胸闷胸痛，冠心病心绞痛者，去何首乌、玄参，加丹参、生山楂、瓜蒌各15～30g。

2. 平补阴阳，化生肾气　根据这一治法，济生肾气丸（肾气丸加牛膝、车前子）作汤剂，熟地黄9～15g，山茱萸6～9g，山药9～15g，丹皮6～12g，肉桂3～6g，炮附子6～9g，车前子9～15g，牛膝9～12g。本方适用于年龄较大，高血压时间较长者。患者多表现为头晕，耳鸣，耳聋，心悸健忘，身倦神疲，少寐或嗜睡，下肢浮肿，大便难，小便频或不利，即不耐寒，又不耐热，而且在用药时，稍偏于阴，则出现腹痛、食欲不振，稍偏于阳，则出现口干舌燥、大便秘结等。这类病人可兼糖尿病、高血压性心脏病，多数人收缩压与舒张压均高，或收缩压明显增高而舒张压较低。亦有的患者血压很高而无自觉症状，用西药降压后，反而出现眩晕，乏力，周身不适的感觉，这些现象都是使用肾气丸的很好的指征。若嗜睡明显者，加人参9g，五味子6g；耳鸣耳聋，加葛根30g，石菖蒲9g；少寐多梦，加炒枣仁15g，夜交藤30g；小便频数，加益智仁9g，桑螵蛸15g；偏于阴虚，烘热汗出，血压波动幅度较大，去肉桂、附子，加知母9g，黄柏6g，炒枣仁15g；偏于阳虚，下肢浮肿，四肢凉，心悸，喘促，小便不利，或收缩压与舒张压明显增高，血压波动幅度不大，冬季高于夏季，

去丹皮，增附子、肉桂、车前子、泽泻量，酌加葶苈子、巴戟天、淫羊藿。

对于老年高血压用药，要从小量开始，逐渐增大。在服药过程中，只要患者无不良反应，不要轻易改方换法，长期服用始见后效。中药治疗老年高血压，大多数先有症状改善，血压才得以逐渐下降。[刘强．名老中医医话．北京：科学技术文献出版社，1985.98]

苏德易：以大柴胡汤治疗高血压23例，疗效显著。23例均为原发性高血压患者，患病均3～5年；Ⅰ期者16例，Ⅱ期7例；心电图示左室肥厚，X线检查左心室扩大，眼底Ⅱ级者7例。以大柴胡汤加味组方：柴胡15g，白芍20g，黄芩9g，半夏9g，枳实12g，酒大黄9g，大枣4枚，生姜9g，石决明30g，灵磁石30g，钩藤12g。每日1剂，7天为1个疗程，连服2个疗程。治疗期间，暂停降压西药，单从使用中药观察疗效。治疗2个疗程后进行统计，病人头痛、头晕、胸闷等症状消失，血压降为120～130mmHg/80～90mmHg，2周内未用降压药而血压稳定者为治愈16例；病人自觉症状消失血压下降为140～150/90～100mmHg者为显效7例，其中2周内血压稳定未服降压药者5例，而1周后血压变化又配服中药及降压药者2例；服药1个疗程血压降低者15例，服药2个疗程血压降低8例，临床观察总有效率为91.3%。[苏德易，王自立．大柴胡汤治疗高血压病23例．实用中医药杂志，1998，14(1)：28]

五、医案精选

1．蒲辅周医案——真武汤加味治疗高血压阳虚水泛证

马某，女，70岁。1964年4月17日初诊。

发现高血压病已3年。头晕，头痛，耳鸣不聪，劳累则加重，形体日见发胖，小便有时失禁，晚间尿频，痰多，怕冷，

手足偏凉。饮水则腹胀，饮食喜温，不能吃冷食。血压 230/118mmHg。六脉沉细，右甚；舌偏淡苔滑。属阳虚水逆，治宜温阳镇水，健脾化痰。

处方：茯苓 9g，生白术 6g，白芍 6g，川附片 6g，生姜 4.5g，法半夏 9g，生龙、牡各 12g。

4 月 25 日复诊：头晕减轻，睡眠好转，血压 210/108mmHg，脉舌如前。原方加五味子（打）3g、龟甲 12g。

5 月 7 日三诊：头晕已轻微，精神好转，已能上班，小便正常，痰明显减少。舌色正常，苔薄，脉沉细滑。原方加橘红 4.5g，白芥子 6g。药后，血压维持在 200/108mmHg 左右，自觉症状明显减轻。

[按语] 此为阳虚痰湿盛的高血压，年已 70 岁，尿频，小便失禁，四肢欠温，肾气衰退，用温阳镇水的真武汤加味，痰多用半夏，虽与附子相反，病情需要，却起相反相成的作用。[中医研究院主编．蒲辅周医疗经验．北京：人民卫生出版社，1979.176]

2. 刘星元医案——小柴胡汤、乌梅丸加减治疗高血压半表半里证

颜某，女性，37 岁，营业员。

1972 年 10 月 30 日初诊：平时血压高，近两日忽然剧烈头痛，甚至嚎叫有声。疼痛部位以前额和两侧太阳穴为主。初病曾有发冷感，现在又觉发热。口苦、咽干，口黏欲呕，不能饮食，大便秘结，脉弦，苔厚略腻。此为病在肝胆经，属半表半里证。治以和解少阳为主，佐以平息肝阳，降低血压。拟以小柴胡汤治之。

处方：柴胡 6g，黄芩 12g，姜半夏 9g，代赭石 9g，旋覆花 9g，杭菊花 12g，川芎 6g，生石膏 15g，钩藤 15g，杭白芍 12g，薄荷 4.5g，白薇 9g，葛根 15g，茯苓 9g，远志 9g，生姜 3g，大枣 6g，羚羊角粉 3g（分 6 次冲服）。3 剂。隔日

1剂。

11月1日二诊：服药2付后，头痛头晕全部消失，大便亦解。惟感项部拘紧，胸喉闷滞，手部麻木，脉弦稍大。此因少阳经证已罢，血压仍高，故有项强、手麻、胸闷、脉弦诸症，改用加味乌梅汤3付，隔日一付。

处方：桑寄生24g，杜仲24g，葛根24g，钩藤15g，炒地龙9g，旋覆花9g，代赭石9g，乌梅15g，黄柏3g，黄连1.5g，干姜3g，党参3g，桂枝3g，细辛1.5g，附子1.5g，炒川椒1.5g，焦三仙各6g，天花粉15g，远志9g，茯苓9g。

11月8日三诊：服后诸症皆退，但脉弦无力。改用逍遥散舒肝解郁，并加旋覆花、代赭石降逆，钩藤、川芎、石膏疏风清热，继服5付，隔日1付。[刘星元主编．刘星元临证集．兰州：甘肃人民出版社，1979]

[按语] 刘氏根据头痛部位、剧烈程度及伴发症状知病在肝与胆，乃少阳证兼肝阳过亢。因头痛剧烈，急则治其标，治以和解少阳，佐以平肝潜阳，用小柴胡汤加羚羊角粉、葛根、钩藤，头晕头痛很快消失。二诊时少阳经证已罢，仍血压高，用加味乌梅汤，虽绝少直接用降压药，但用药后头上特别轻快，如同摘掉沉重的帽子。三诊时诸症皆退，但脉弦无力，因患者为女性，血压高为情志因素所致，故应用疏肝之逍遥散，并配合疏风清热、和胃降逆药而收功。

3. 刘星元医案——旋代乌梅汤加味治疗高血压肝阴不足，风阳内动证。

杨某，女，40岁。小学教师。1972年11月4日初诊：

患者长期高血压，血压搏动在210/130mmHg～190/130mmHg之间。现觉头痛、头晕、眼花、心悸、心急、食欲亦差。左侧肢体麻木感，尤以上肢为重，不能举手和握物。尿黄，大便数日一解。诊查脉象伏匿，望诊见患者口角歪斜，苔满厚腻。证属肝阴暗亏，肝血不足，兼有风阳内动之证候。治

以祛风养血，调和阴阳。拟用旋代乌梅汤加味治之：

处方：桑寄生15g，杜仲15g，葛根15g，钩藤15g，地龙9g，旋覆花9g，代赭石9g，乌梅15g，黄柏3g，黄连1.5g，干姜3g，党参3g，桂枝3g，当归3g，细辛1.5g，附子1.5g，炒川椒1.5g。3付，隔日1剂。

11月9日二诊：药后头痛、头晕大减，右上肢能上举、握物。尿色转清，大便通调。唯纳食尚差，左下肢麻木。脉左虚右弦无力。11月4日处方加焦三仙各4.5g，砂仁1.5g，伸筋草5g，木瓜9g，怀牛膝9g。3付，隔日1剂。

11月16日三诊：自觉口苦、纳呆、肢麻诸症皆见好，嘱原方继服3剂。隔日1剂。

11月23日四诊：诸症进一步好转，尚感下肢无力，左手指麻木。切脉寸盛尺衰，此为肝肾不足。故原方加女贞子9g、旱莲草9g，以益肾阴，继续调治。[刘星元主编．刘星元临证集．兰州：甘肃人民出版社，1979]

[按语] 该例患者患病日久，肝阴渐亏，肝血消耗，阴虚阳亢而见头痛、头晕、肢体麻木、手足不能握物，口角歪斜，有风阳内动之象。治疗上应养血祛风，调和阴阳，和胃降逆。此例阴阳失和，寒热错杂，刘氏故用乌梅丸治之，乌梅味酸，补肝阴，泻肝阳，肝经有热，心肾之热也随之而出，故用黄连、黄柏苦寒泄热；阴阳失和，故用附子、干姜、细辛、桂枝、川椒温补肾阳，桑寄生、杜仲、女贞子、旱莲草滋肾阴。本方寒热并用，以乌梅泄肝阳补肝阴为主，配合诸药，祛寒除热，调阴阳，和气血，而使诸症好转。

六、临证心得

高血压病原因不明，是一种以体循环动脉压升高为主的综合征，属于中医的“头痛”、“眩晕”等范畴，《内经》有“诸风掉眩皆属于肝”之说，该病早期多属于“肝火上炎”、或

“肝阳上亢”，治疗多从调肝降压；中期阴虚阳亢、肝肾阴虚，治疗以滋养肝肾为主；后期为阴阳两虚。各期中均有发生中风的可能，出现闭证、脱证，应予以重视，必要时，中西医结合治疗。《伤寒论》、《金匮要略》中所列经方，其中有许多治疗眩晕的方剂，从不同侧面，如气虚、痰饮、肾虚、虚寒等方面治疗“眩晕”皆取得了较好的疗效，说明高血压病是由于多方面的原因所形成的，防己黄芪汤是治疗风水、风湿证的方剂，但临床治疗高血压，显示出较好的疗效，大、小柴胡汤治疗少阳病，葛根芩连汤治疗太阳阳明合病，真武汤、肾气丸治疗少阴病，乌梅丸治疗厥阴病，这些方剂治疗高血压病皆有较好的疗效，临床关键是掌握病机，仔细辨证。

第七章　病毒性心肌炎

一、概　　述

病毒性心肌炎是由于病毒感染而引起的，以心肌非特异性间质性炎性病变为主要表现的疾病，有时可累及心包及心内膜。老幼均可发病，但以年轻人多见。四季皆可发病，以夏秋季节为高。病情轻重不一，缠绵难愈，重者可发生心力衰竭、心源性休克或猝死。

各种病毒都可引起心肌炎，其中以引起肠道和上呼吸道感染的病毒为多见。柯萨奇病毒、埃可病毒、脊髓灰质炎病毒为致心肌炎的主要病毒；流感、副流感、和呼吸道病毒等引起的心肌炎也不少见；此外麻疹、腮腺炎、流行性出血热病毒也可引起心肌炎。现代研究发现其发病有两种机制，一是病毒对心肌的直接作用；二是免疫反应。心肌炎早期以病毒的直接作用为主，以后则以免疫反应为主。典型的病理变化是心肌细胞或间质局限性或弥漫性炎性细胞浸润，心肌细胞可有变性、溶解或坏死。病毒的毒力越强，病变范围越广。心肌炎的临床表现取决于病变程度与部位，差别较大，重者可致猝死，轻者几无症状。

病毒性心肌炎初期多数有发热、咽痛、全身酸痛、腹泻等全身性病毒感染症状。据统计，75%～90%的病人出现上呼吸道或肠道感染症状，轻者心肌炎症状轻微且无特异性，常易被忽略；较重者则常诉胸闷、心前区隐痛、心悸、乏力、恶心、头晕。临床诊断的心肌炎中，90%左右以心律失常为主诉或为首见症状，其中少数患者可由此而发生昏厥或阿-斯综合症。极少数患者发病后发展迅速，很快发生心力衰竭或心源性休克。

本病属于中医学“惊悸”、“怔忡”、“胸痹”等范畴。《素问·痹论》曰“脉痹不已，复感于邪，内舍于心”。说明正气不足邪毒侵心是本病发生的关键。本病病因是寒温失调，劳倦过度，饮食所伤，感受邪毒而发病。邪之袭体，随个体差异而表现不同，可从鼻喉而入，由卫入营，袭肺损心；亦可从口而入，损伤脾胃，蕴湿郁热，上犯于心。外邪袭表，导致营卫不和，由表及里，损伤宗气，鼓动无力，血滞而瘀。气阴既虚，脾失温煦，肺失濡润，脾肺两虚，不能布散津液，留而成痰为饮，痰瘀互结，停于心内，心自不安；心阳受损，不能下温肾水，水邪上犯，凌心射肺，则为气促、浮肿等。瘀血、痰饮为病变过程中的病理产物，同时又是导致病情复杂、加重的致病因素。本病病位在心，与肺、脾、胃、肾关系密切。其发病取决于正气盛衰及病变的广泛程度。若正气充盛，感邪轻浅，则病情轻；若正气不足，痰浊、瘀血、水气上犯心肺，则病情严重。

二、诊　　断

病毒性心肌炎临床分为急性、亚急性、慢性三种，发病3个月以内为急性，3～6个月为亚急性，半年以上为慢性。

1. 症状　病毒性心肌炎的临床症状取决于病变的广泛程度和严重性，多数病例呈亚临床型，可以完全没有症状。多数

患者在发病前有发热、全身酸痛、咽痛、腹泻等症状，反映全身性病毒感染，但也有部分患者原发症状轻而不显著，须仔细询问方被注意到。轻者症状轻微，病毒感染1～3周可有轻度心前区不适，心悸、胸闷、乏力、恶心、头晕等；症状较显著者，常诉心前区隐痛、心悸等；急性重症者，可表现为猝死、严重心律失常、心源性休克或（和）心力衰竭，导致急性期死亡；也可表现为各种心律失常、心包炎、或急性心肌梗死等。成人病毒性心肌炎的临床表现大多较新生儿和儿童期病毒性心肌炎为轻，急性期死亡率低，大部分病例预后良好。

2. 体征　轻者心脏不扩大，心脏扩大者反映心肌炎广泛而严重。心率增快与体温不相称，或心率异常缓慢，均为心肌炎的可疑征象，心律失常极为常见。心尖区第一心音可减弱或分裂，舒张期奔马律，心尖区可能有收缩期吹风样杂音，或舒张期杂音，前者为发热，贫血、心脏扩大所致，后者为左室扩大造成，心肌炎好转后即消失。有心包炎时可有心包摩擦音，重症弥漫性心肌炎患者可出现心力衰竭。

常见并发症：心律失常、心力衰竭、心源性休克。

3. 辅助检查

（1）实验室检查：急性期血沉可增速，部分患者肌酸磷酸激酶（CK）及其同工酶（CK—MB）、乳酸脱氢酶、谷草转氨酶增高、血清肌钙蛋白有助于诊断。

（2）心电图：心电图改变在不同患者其类型不同，有窦性心动过速和窦性心动过缓，有异位心律和传导阻滞，还可见ST-T改变。心律失常以期前收缩最常见，可为单源性，也可为多源性，或成对室早。自主性房性、或交界性心动过速，阵发或非阵发室性心动过速，房性传导阻滞，窦房阻滞或束支阻滞，心房或心室扑动或颤动也不少见。心律失常可以见于急性期，在恢复期消失，亦可随瘢痕形成而造成持久性的心律失常。ST-T改变以T波倒置或降低常见，有时可呈缺血型T波

变化，ST 段可有轻度移位，ST 段呈水平型或下斜型下移≥0.1mV 或 ST 段异常抬高，偶尔可见异常 Q 波。

（3）X 线：局灶性心肌炎无异常变化，弥漫性心肌炎或合并心包炎的患者心影扩大，心搏减弱，严重病例因左心功能不全有肺瘀血或肺水肿征象。

（4）超声心动图：病毒性心肌炎超声心动图改变无特异性。可有左室收缩或舒张功能异常、阶段性及区域性室壁运动减弱、室壁厚度增加、心肌回声反射增强和不均匀、右室扩张及运动异常。

三、辨证治疗

1. 外邪内侵，少阳失和证

主证：恶寒发热，头痛身痛，胸闷憋气，心悸气短，口苦咽干，心烦喜呕，舌质红，苔薄黄，脉浮或结代。

治法：和解退热，清心复脉。

方剂：小柴胡汤加减。

柴胡 10g，黄芩 10g，半夏 10g，党参 30g，生甘草 15g，生姜 10g，大枣 5 枚。

加减：恶寒甚加荆芥；发热甚加青蒿；心悸气短明显加麦冬；心烦喜呕加连翘、藿香；口苦咽干加龙胆草。

2. 湿热内阻，阳明失用证

主证：恶寒发热，腹痛腹泻，恶心呕吐，心悸胸闷，舌苔黄腻，脉象弦滑或结代。

治法：清热化湿，宁心复脉。

方剂：葛根黄芩黄连汤加减。

葛根 30g，黄芩 10g，黄连 8g，生甘草 15～30g。

加减：发热明显者加藿香、柴胡，甚者加青蒿；腹痛腹泻明显者加白芷、白芍；恶心呕吐明显者加竹茹、半夏；心悸胸闷明显者加党参、黄芪。

3. 阳明热盛，津气两伤证

主证：发热汗出，口渴心烦，渴欲饮水，口干舌燥，气短乏力，舌苔黄欠润，脉洪大无力或结代。

治法：清热生津，益气复脉。

方剂：白虎加人参汤加减。

生石膏 30g（先煎），知母 10g，生甘草 10g，人参 10g，粳米 15g。

加减：发热汗出严重者加滑石、生龙骨；心烦口干者加瓜蒌根、连翘；气短乏力明显者加麦冬。

4. 饮阻脾阳，上泛凌心证

主证：心悸气短，脘闷纳呆，形寒肢冷，神疲汗出，舌质淡红或有齿痕，苔薄白或水滑，脉象细数无力或结代。

治法：温化痰饮，温振心阳。

方剂：苓桂术甘汤加味。

茯苓 15g，桂枝 10g，白术 10g，甘草 10g，黄芪 30g，防己 10g。

加减：阳虚较重加熟附子；肢体浮肿，尿少者加益母草，泽兰，冬瓜皮；脘闷呕恶，加半夏，枳实，陈皮；喘逆倚息不得卧者，加葶苈子，大枣。

5. 心肾阳衰证

主证：心悸气短，畏寒肢冷，自汗不止，烦躁不安，舌质淡，苔薄白，脉沉细。

治法：温肾强心。

方剂：附子汤加减。

熟附子 15g（先煎），白术 10g，茯苓 15g，白芍 10g，人参 10g（或党参 30g）。

加减：气短明显者，加麦冬；畏寒明显者，加桂枝；自汗盗汗者，加黄芪；烦躁不安加生龙骨、生牡蛎。

6. 气阴两虚证

主证：心悸怔忡，胸闷气短，神疲乏力，自汗盗汗，舌质淡红，舌苔薄白，脉象细弱或结代。

治法：益气养阴，宁心复脉。

方剂：炙甘草汤加减。

炙甘草20g，党参15g，麦冬15g，阿胶10g（烊化），生地黄20g，桂枝10g，生姜10g，大枣10g。

加减：阴虚火旺，心烦失眠者，加黄连，黄芩；心悸怔忡者，加柏子仁，酸枣仁；气虚明显者，加黄芪，麦冬。

四、名医经验

丁书文：病毒性心肌炎主要是感受温热毒邪，袭肺侵心所致。发病早期多表现为外感实热证，此期治疗以祛邪为原则，清热解毒为常法，强调祛邪务要彻底，要注意咽喉部位的炎症，在辨证方的基础上，加清热解毒之品。此期治疗，应根据病人的体质情况，不可妄用苦寒之品，而犯虚虚实实之弊。病毒性心肌炎的发病与病人的体质有密切的关系，所以治疗上应以益气养阴为主，且应贯彻始终，因为益气养阴方药能改善机体的免疫状态，增强机体的抗病能力。此外，在治疗方面活血化瘀不容忽视，瘀血不仅是病毒性心肌炎的病理产物，同时也是加重病情的重要因素，故活血化瘀是病毒性心肌炎治疗中不可忽视的一环。病毒性心肌炎恢复期患者常有心悸、心烦、睡眠欠佳等心神不安症状，所以治疗病毒性心肌炎应酌加安神定悸之品，现代研究证实，安神定悸药物具有改善心脏自主神经的功能和镇静安神的作用，故能解除心悸、心烦等不适症状。后遗症期宜攻补兼施，该期患者常有心肾亏虚症状，病机特点总属虚实夹杂，是以治疗应以攻补兼施，常用炙甘草汤、金匮肾气丸为主，随证配以清热、豁痰、逐瘀之品。总之，气阴亏虚、邪毒瘀血、心神失养是病毒性心肌炎的主要症结，益气养阴、解毒活血、宁心安神等治法的灵活应用，是促进心肌功能

恢复的关键。[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]

于俊生：病毒性心肌炎是由外感温热毒邪引起的，以心脏损害为主要病理表现的疾病。正气不足，热毒侵心是本病发生的关键。早期热毒之邪袭表侵肺，肺卫受阻，宣肃失司，表现为发热、咳嗽、咽痛等。毒邪进一步由表入里，由肺及心，或湿热相和，损伤脾胃，上犯于心，出现心悸、怔忡、气短、胸闷、脉促结代等。毒邪耗伤心阴，则致心阴亏虚；心气被遏，则气滞血瘀；素体痰盛，邪毒侵心，则痰湿毒邪蕴阻。病之后期，则可致心气、血、阴、阳皆不足。可分5型论治，即：热毒侵心；湿热阻遏；痰湿内阻；痰浊血瘀、心脉痹阻；气阴两亏、余毒未净。经方治疗湿热阻遏型可予葛根芩连汤合甘露消毒丹加减，药用：葛根、黄芩、黄连、滑石、连翘、藿香、白蔻仁、大青叶、苦参、甘草；痰湿内阻可予瓜蒌薤白半夏汤加减，药用：瓜蒌、薤白、半夏、陈皮、茯苓、桂枝、丹参、川芎、煅龙骨、煅牡蛎、甘草。[于俊生．毒邪学说与临床．北京：中国中医药出版社，2000.252～253]

乔仰先：治疗病毒性心肌炎重辨证，强调整体观。

乔氏将本病分为5型：①气滞血瘀：表现为刺痛，胸闷，气短，心悸，怔忡，舌质紫暗或有瘀斑，脉细弦或结代。治拟疏肝理气，活血化瘀常用方为桃红四物汤、四逆散、瓜蒌薤白白酒汤。还可酌情加三七粉冲服。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。治拟温补心阳，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。治拟补气养阴，宁心安神，通常以生脉饮、归脾汤、增液汤等加减。④肝气郁结：表现为胸闷，胸胁胀痛，脘闷，嗳气食少，舌苔薄或白，脉弦。

治拟疏肝理气解郁，常用逍遥散、四逆散、柴胡疏肝散等方为主。⑤痰湿内阻：表现为胸满闷胀，气短，喘促，四肢酸重，全身乏力，饮食无味，舌苔白腻，脉滑。治拟化痰利湿，行气开痹，常以藿朴二陈汤、温胆汤、平胃散等方加减。

同时，乔仰先特别注重疾病与脏腑的关系，强调中医治病的整体观，认为安静或休息时发生期前收缩，往往是由于血液循环不良，治则着重活血化瘀。活动时发生期前收缩，大多为心气虚衰，治则为调补气血为主。一般吸气不畅与肝肾有关，拟补肾养肝；呼气不畅与心肺有关，则需养心润肺。血行不畅则湿更为痹阻，湿浊不化，则血行更为不畅，因此利湿有活血之功，活血有化湿之力。对胸阳不振的病人用桂枝时，最好与赤芍、白芍同用，因单用桂枝病人服后易出汗，加入赤、白芍后可以得到缓和。[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]

五、医案精选

1. 赵锡武医案——桂枝加芍药汤合当归芍药散治疗心肌炎心阳虚证

曹某，女，37岁。

感冒后胸闷微痛，心率110次/分，频繁发作期前收缩，为心肌炎后期表现。1975年2月初诊，脉沉迟无力，三动一止显有代象。首治投桂枝加芍药汤合当归芍药散加公英以通阳活血利水，调和营卫，清热解毒。处方：茯苓12g，白术9g，泽泻18g，当归9g，白芍15g，川芎9g，蒲公英30g，甘草9g，桂枝9g，生姜9g，大枣7枚，10剂。

二诊：3月17日，药后诸症略减，照上方去桂枝姜枣加瓜蒌薤白汤并加党参30g。继服10剂，证消病愈。[中医研究院西苑医院编．赵锡武医疗经验．北京；人民卫生出版社，1980]

[按语]　本例为心阳虚兼有外邪，然余邪未尽，正气未复。故赵老识病辨证，采用标本兼施，投桂枝加芍药汤合当归芍药散以扶正祛邪，活血利水，加蒲公英清热解毒，以清余热，而获良效。

2. 乔仰先医案——四逆散加味治疗心肌炎气滞血瘀证

黄某，男，37岁。

期前收缩已有1年余，并逐渐加重，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期前收缩明显增多，舌质青紫苔薄，脉弦数结代。证属气滞血瘀型。治拟疏肝理气，活血化瘀。药用：柴胡5g，延胡索24g，赤芍15g，白芍15g，枳壳6g，甘草9g，当归15g，川芎15g，桃仁12g，红花9g，制水蛭6g，毛冬青25g，生地黄15g，茯苓15g，党参15g，丹参15g，红枣15g。每日1剂，分2次煎服。

服药1周后，期前收缩减少，胸闷减轻，续服2周，期前收缩基本控制，胸闷，心悸，气急等症状明显改善。又经3个月中药调治，至今已有1年，未发生过期前收缩。方中柴胡、白芍、枳实、甘草疏肝理气；延胡索、赤芍活血祛瘀止痛；桃仁、红花、当归、川芎、毛冬青、制水蛭、丹参活血化瘀；生地黄清热凉血；茯苓利湿，宁心安神；党参、红枣补中益气，调补脾胃。[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]

[按语]　心为君主之官，统帅人体一身之血脉，各种原因均可影响心的阴阳气血失调，导致心主血脉功能减退，而出现“结代脉”。乔老在诊治心脏疾病时，特别注重辨证施治以及疾病与脏腑的关系，强调中医治病的整体观。认为安静或休息时发生期前收缩，往往是由于血液循环不良，治则着重活血化瘀。活动时发生期前收缩，大多为心气虚衰，治则为调补气血为主。一般吸气不畅与肝肾有关，拟补肾养肝；呼气不畅与心

肺有关，则需养心润肺。血行不畅则湿更为痹阻，湿浊不化，则血行更为不畅，因此利湿有活血之功，活血有化湿之力。心脏病患者大多有心悸，原因之一就是水湿凌心则悸，因此，利尿即能祛湿，祛湿亦能去悸。对胸阳不振的病人用桂枝时，最好与赤芍、白芍同用，因单用桂枝病人服后易出汗，加入赤、白芍后可以得到缓和。[李东晓主编．胸痹心痛古今名家验案全析．北京：科学技术文献出版社，2004.409～410]

3. 杨连柱医案——葛根芩连汤治疗病毒性心肌炎湿热蕴于血分证

葛某，女，50岁，1997年10月18日初诊。患者于1995年初患感冒后，高热不退，心悸，气短，经检查心率100次/分，心电图不正常，医院以病毒性心肌炎收入住院。治疗2月余，高热虽退，但低热不除，心悸，气短，头晕时作，到处求医，疗效不佳，专程来京求治。刻诊：面色惨白，心悸气喘，头目眩晕，自汗出，稍加活动，症状加剧，并经常晕倒在地，心前区闷胀，心烦急躁，夜寐不安，大便稀溏不爽。体温37.2℃，舌红苔白厚腻，脉象乍大乍小，乍迟乍急，结代不匀。证属湿热蕴郁，深入血分，气机阻滞。拟以清热化湿，凉血化瘀，疏调气机。方以葛根芩连汤加减，药用：葛根10g，黄芩6g，黄连2g，荆芥6g，防风6g，丹参10g，藿香梗10g，紫草10g，金银藤10g，鸡血藤10g，炒山栀6g，生地榆10g。7剂，水煎服。

二诊：10月25日，药后大便不爽，仍低热汗出，心烦寐差，脉结代好转。舌红苔白厚。仍以前法进退。药用：葛根10g，黄芩6g，黄连2g，丹参10g，赤、白芍各10g，白头翁10g，香附10g，紫草10g，金银藤10g，牡丹皮10g，生地榆10g，防风6g。7剂。

三诊：11月2日，药后大便呈形，低热退，汗出止，心悸气短减轻，仍心烦急躁，眠差头晕，舌红苔薄白，脉偶有结

代。药用：葛根 10g，黄芩 6g，黄连 2g，炙甘草 10g，白头翁 10g，炒枣仁 10g，蝉衣 6g，僵蚕 10g，片姜黄 6g，炒枳壳 6g，竹茹 6g，防风 6g。7 剂。

四诊：11 月 9 日，药后精神好转，饮食二便正常，时有心烦急躁，夜寐梦多，舌红苔白，脉濡滑且数。再以前法佐以养血育阴方法，药用：葛根 10g，黄芩 6g，炙甘草 10g，丹参 10g，赤、白芍各 10g，蝉衣 6g，僵蚕 10g，片姜黄 6g，炒枳壳 6g，防风 6g，炒枣仁 20g，当归 10g，沙参 10g，麦冬 10g，焦三仙各 10g。药后精神较佳，心情舒畅，面色渐见红润，带药 20 剂，返回故里。

［按语］ 病毒性心肌炎是由病毒感染引起的心肌实质或间质局限性或弥漫性炎性病变，临床上不但可以引起心律失常、心功能不全等并发症，少数病例可以导致猝死或心肌病，直接危害人们的身心健康，中医根据其常见的临床症状和特点，将本病归属于“心悸”、“怔忡”等证的范畴。本案之脉象是乍大乍小，乍迟乍急，结代不匀。古人称此脉为“鬼祟脉”，实质为湿热蕴郁，深入血分，气机阻滞，怪脉乃生，病似鬼祟，是一种心衰之表现。此患者有发热汗出，心悸气喘，大便稀溏等症状。仲景云：“太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也，喘而汗出者，葛根黄芩黄连汤主之。”葛根黄芩黄连汤是解肌透热、清里、升清降浊、疏调气机之方，药后热减郁开，气机条畅，气血调和，脉象恢复，它证亦随之而去。邪气去，气机畅，再议养血育阴之品以调之，则证可痊愈，且不可一味补虚，而犯虚虚实实之戒也。［杨连柱．葛根芩连汤临证应用体会．北京中医药大学学报，2003，（10）4：46～47］

4. 李蕴医案——黄芪建中汤治疗病毒性心肌炎中焦虚损证

王某，男，32 岁。1995 年 5 月 6 日诊。患者 1 周前感冒

后自觉胸闷、心悸。听诊：心尖区第一音减轻并听到收缩期吹风样杂音，有频发性期前收缩。心电图示：T波减低，房性室性期前收缩。舌淡，苔白，脉结代。诊断：病毒性心肌炎。中医诊断：胸痹。方以黄芪建中汤。药用：黄芪30g，桂枝6g，白芍、炙甘草各9g，生姜3g，大枣5枚。静脉滴注能量合剂，对症治疗心律失常。治疗2周后胸闷、心悸消失，心电图恢复正常。

［按语］ 病毒性心肌炎中医学属“心痹”、“虚劳”等范畴。中医学认为其病因虽是外邪，但起决定作用的是人体的正气。现代药理研究证实，黄芪能增强机体非特异性免疫和增强机体抵抗力的功能。对心肌细胞搏动频率、细胞病变和各项电生理参数等均有明显保护作用。此结果为黄芪防治病毒性心肌炎提供新的线索。黄芪建中汤安内攘外，扶助正气，在提高病毒性心肌炎治愈率，缩短疗程起着积极的作用。［李蕴．黄芪建中汤治验举隅．陕西中医，2000，21（6）：278］

5. 赵玉瑶医案——小柴胡汤加减治疗病毒性心肌炎少阳疏机不利证

陈某，女，24岁。主诉心悸、气短、胸闷2年，并反复加重，经多项检查，诊为病毒性心肌炎，多次住院经输极化液、抗生素、病毒唑、黄芪及复方丹参注射液、脉络宁等，并常服生脉饮、速效救心丸、消心痛、滋心阴、补心气口服液及多处中药煎剂均不能控制病情，终至不能下床，经人介绍搀扶来诊。现症：心悸、气短不足以息，胸部窒闷，精神极差，面色苍白，纳呆恶心，时有呕吐，二便正常。舌淡苔白腻，脉弦细、结代。心电图提示广泛心肌缺血，室性期前收缩。胸X片未见明显异常。治宜和解少阳，疏利肝胆，养心和胃。方以小柴胡汤加减。药用：柴胡、麦冬、陈皮各20g，黄芩、党参、半夏、枳实各15g，炙甘草、五味子各10g，连翘30g，生姜5片，大枣3枚。3剂。水煎服，日1剂，少量频服。

二诊：服药后精神明显好转，心悸、胸闷、气短均有不同程度减轻，呕吐止，能进少量饮食。上方加杏仁 10g，茯苓 20g。10 剂。

三诊：已能自己行走，心悸、胸闷、气短明显减轻，食欲如常。上方去连翘，加黄芪 20g。10 剂。

四诊：精神好，诸症消失，体力增，心电图正常。上方改汤为丸，继服 2 个月。随访 1 年未复发。

[按语] 运用柴胡剂为主治疗心系病证，是在深入钻研《伤寒论》旨义后领悟的。在六经病证中治疗脉结代、心动悸的主方炙甘草汤唯独出现在少阳篇中，这就从一个侧面暗含少阳枢机不利最易引起心脏病证，给我们临证时提供了很好的用药启迪。认真阅读《伤寒悬解》，认为少阳之经自头走足，以甲木而化气于相火，其气以下行为顺，则相火蛰藏而温腰膝。病则经气上逆，冲逼戊土，横膈胆经隧道，经络壅塞，是以心胁痞满，相火燔腾而焚胸膈，营血不得畅流，渐而营血消亡，所以常可出现心动悸，脉结代等症。而小柴胡汤为少阳病证的代表方剂，可和解少阳气机，疏利三焦，宣通内外，立方主旨在一个“和”字，故此类心系疾病当以柴胡之剂为主组方，紧扣病机而能获效。若病在少阳，兼入阳明而化燥成实，大便秘结者，当以大柴胡汤与通下并行。清·黄元卿在《长沙药解》中认为：柴胡清胆经之郁火，泻心家之烦热，行经于表里阴阳之间，降胆胃之逆，升肝脾之陷，所以而使心火不炎而血旺脉通，从而真正达到广义上的“和解”。[赵玉瑶．柴胡治疗心系病证．陕西中医，2002，(2)：163～164]

六、临证心得

病毒性心肌炎是指心肌中有局限性的或弥漫性的急性、亚急性或慢性炎性病变。病毒性心肌炎是以病毒感染引起的以心肌炎性病变为主要表现的疾病，其病理变化在心肌和其传导系

统，有时可累及心包和心内膜。多种病毒均可引起发病，其发病机制尚不清楚，可能是病毒对心肌的直接作用，也有人认为是抗原一抗体作用的结果。典型的病理变化是心肌细胞或间质局限性或弥漫性炎性细胞浸润、心肌变性或坏死、瘢痕愈合。属于中医温毒、时行毒、心悸、怔忡、心痹等范畴。中医治疗该病有明显的优势，从病机上属于正虚为本，热毒、瘀血、痰饮为标，与心肺脾肾关系密切。许多来诊者多是病毒性心肌炎稳定期和恢复期，所以治疗的目标是提高心肌炎的治愈率，减少心肌炎后遗症，降低扩张型心肌病的发生率。少阳疏机不利在心肌炎的病理传遍中占有重要地位，心肌炎有两个感染途径，从表而入者属太阳，从消化道而入者属阳明，皆可传入少阳致疏机不利。经方治疗病毒性心肌炎有许多有效方剂，治少阳病的大、小柴胡汤；治疗阳明病的葛根芩连汤、白虎汤；另外，竹叶石膏汤、四逆散、四逆汤、防己黄芪汤、苓桂术甘汤等，辨证准确，疗效显著。临证时如有热毒症状出现，可酌加清热解毒凉血之品，以提高疗效。

第八章　扩张型心肌病

一、概　　述

扩张型心肌病属于原发性心肌病。原发性心肌病是指原因未明，以心肌病变为主的心脏病。本病的发生可能与病毒感染、自身免疫反应、遗传因素、代谢异常、营养障碍等因素有关。其基本病理改变为心肌肥厚、心腔扩大、心肌纤维化。根据病理解剖及相应的病理生理的特征性改变，本病一般分为扩张型、肥厚型、限制型三大类。扩张型心肌病以心肌变性、萎缩和纤维化为主。全心扩大，以左心室尤为明显。腔内常有附壁血栓形成，多见于青年人；肥厚型心肌病以心肌肥厚为主，心室腔不扩大。临床分为两类：1. 肥厚型非梗阻性心肌病：肥厚发生在室间隔，也可发生在游离壁，心室流出道无梗阻。2. 肥厚型梗阻性心肌病：肥厚以室间隔为主，心室腔缩小，但不闭塞，心室流出道发生梗阻。本病约 1/3 病人有家族史，多发于青年和儿童；限制型心肌病病变内膜增厚，纤维增生，亦可有心肌纤维化，有附壁血栓形成。心肌纤维化可涉及乳头肌、腱索和房室瓣。心内膜和心肌可有钙化。本病主要发生在热带与亚热带地区，起病缓慢。本篇重点讨论扩张型心肌病。

本病可归于中医“心悸”、“怔忡”、“喘证”等病的范畴。

中医认为其病因病机主要有：风邪入侵，内舍于心，阻于心脉；饮食不慎，劳倦太过，损伤脾胃，气血化生乏源，心失所养，痰浊水饮内阻心脉；素体亏虚，或久病损伤元气，不能温养心脉，导致心阳亦虚，心血瘀阻，心水内停，发生本病。

二、诊　　断

1. 扩张型心肌病　起病多缓慢，本病以无明显原因的充血性心力衰竭、心律失常、动脉栓塞、猝死为主要临床特征。初期症状较轻，当病情发展到一定阶段，可出现疲乏无力，活动后心悸、气促，劳动力下降。逐渐出现夜间阵发性呼吸困难，端坐呼吸，甚至肺水肿。病情加重可出现肝脏肿大，下肢水肿及多浆膜腔积液等。

2. 辅助检查　X线检查，心胸比例＞0.55；超声心动图示全心扩大，尤以左心室扩大明显，左室舒张末期容积≥80ml/㎡，心脏可呈球形，室壁运动呈弥漫性减弱，射血分数小于正常。

3. 临床须排除其他原因如风湿性心脏病、高血压性心脏病、冠心病、心肌炎等引起的心力衰竭，心律失常等。

三、辨 证 治 疗

1. 心肺气虚证

主证：心悸气短，动则加甚，乏力自汗，容易感冒，舌质淡红，舌苔薄白，脉沉无力。

治法：温补心肺，肃肺利水。

方剂：人参汤合茯苓杏仁甘草汤加减。

人参10g或党参30g，干姜6g，白术10g，茯苓30g，杏仁10g，炙甘草10g。

加减：若畏寒肢冷，加桂枝附子汤；乏力自汗严重，加防己黄芪汤；咳嗽气喘者，加葶苈大枣泻肺汤。

2. 心脾阳虚证

主证：心悸气短，纳呆乏力，脘腹胀满，肢冷便溏，舌质淡胖，舌苔薄白，脉象沉细弱。

治法：温运心脾，化气利水。

方剂：苓桂术甘汤合理中汤加减。

茯苓 30g，桂枝 10g，白术 10g，干姜 6g，人参 10g（或党参 30g），黄芪 30g，炙甘草 10g。

加减：脘腹胀满严重加厚朴、枳实；肢冷便溏明显加山药、熟附子；兼有腹水加冬瓜皮。

3. 心肾阳虚证

主证：心悸气喘，动则尤甚，尿少浮肿，畏寒肢冷，腰膝酸软，舌质淡胖，或有齿痕，舌苔白润，脉象迟缓，或细数无力，或结、代。

治法：温通心肾，利水消肿。

方剂：真武汤合五苓散加减。

熟附子 10g，白术 10g，茯苓 30g，白芍 10g，猪苓 10g，泽泻 15g，桂枝 10g。

加减：腰膝酸软加独活、桑寄生；畏寒肢冷明显加淫羊藿、狗脊；水肿严重加益母草、泽兰、冬瓜皮。

4. 瘀阻水停证

主证：胸闷气短，面色晦暗，不得平卧，四肢肿胀，腹水胸水，两胁撑胀，尿少，舌质暗红，舌苔白滑，脉象细涩。

治法：益气温阳，祛瘀利水。

方剂：防己黄芪汤合五苓散合当归芍药散加减。

防己 10g，黄芪 30g，白术 10g，茯苓 30g，猪苓 15g，泽泻 15g，桂枝 10g，当归 10g，芍药 10g，川芎 10g。

加减：气短乏力加党参，麦冬；痰鸣咳嗽加鱼腥草，葶苈子；水肿严重加冬瓜皮，泽兰；纳呆腹胀加焦三仙。

四、名医经验

金先行：原发性扩张型心肌病是一种缓慢发生而原因未明的以心脏普遍性扩大为主的心脏病，临床上以充血性心力衰竭和心律失常为主要表现。临证时，根据不同病情，分别采用如下五法治疗。

1. 温通心阳，蠲痹活血　本法适于心脏扩大不太显著，轻度心功能不全，而以心律失常（如室性期前收缩、室上性心动过速等）为主者。症见：心悸怔忡，胸闷不舒，头晕乏力，咳吐白痰，舌质淡红，或暗淡，苔薄白，脉结代。病因心气不足，心阳不振，心神失濡，心血瘀阻。方用枳实薤白桂枝汤合丹参饮加减：枳实、薤白、桂枝、瓜蒌、法半夏、厚朴、丹参、檀香、砂仁、郁金、元肉、龙骨、牡蛎等。

2. 温阳健脾，活血利水　本法适于心脏扩大、中度心功能不全，或伴有心律失常（频发室性期前收缩、室上性心动过速、或心房颤动等）为主者。症见：胸憋气短，动则加剧，心慌自汗，脘腹痞满，食欲不振，右上腹癥块，面色黯黄，手足不温，下肢轻度浮肿，舌质青紫，苔白稍厚腻，脉沉弱或结代等。病因脾胃虚弱，脾阳不振，水湿停留，滞涩脉道，血脉瘀阻，水瘀互结。方用实脾饮合桃红四物汤化裁，党参、黄芪、白术、云苓、附子、桂枝、干姜、厚朴、桃仁、红花、当归、赤芍、川芎、大腹皮、益母草、五加皮等。

3. 温肾壮阳，活血逐水　本法适用于心脏呈普遍性扩大性改变，重度心功能不全，或伴有心律失常为主者。症见：心慌憋闷，气短懒言，咳吐白痰，腹胀纳差，颈腹青筋暴露，面色黧黑，口唇青紫，四肢厥冷，双下肢浮肿，小便短少，舌质紫暗，苔白厚腻，脉沉迟或结代。病因肾阳虚衰，气化无权，水湿停蕴，水结血瘀，水瘀搏结，心血瘀阻。方用真武汤合桃红四物汤、葶苈大枣汤：附子、桂枝、生姜、茯苓、白术、白

芍、桃仁、红花、当归、赤芍、川芎、葶苈子、益母草、甘遂、大枣等。

4. 益气养阴，活血利水　本法适于阳气亏虚，气不布津，或温阳太过，伤津耗液，致使气阴两虚者。症见：心悸不安，气短懒言，口干口渴，口唇青紫，自汗，手足温暖，舌质暗红，少苔或舌体有裂纹，脉沉细数或结代。病因气虚布津无权，或误用温燥之品，更伤阴液导致阴精亏损，气阴两虚。气虚则血运无力，阴虚则血行滞涩，心血瘀阻，水湿泛滥为疾。方用生脉散合四物汤加味。药用：人参、麦门冬、五味子、玉竹、当归、赤芍、生地黄、川芎、泽泻、五加皮、益母草等。

5. 阴阳双补 本法适于病程迁延日久，阳损及阴，阴阳两虚之证，临床属于重度心功能不全，或难治性心力衰竭者。症见：动则气逆喘促，心悸怔忡，口干口渴，四肢厥逆，自汗懒言，面色苍白，腹大如鼓，双下肢浮肿，舌质红，苔花剥或无苔，脉沉细或沉迟者。证因病程缠绵，虚阳难复，阳损及阴，阴阳双亏。方用济生肾气丸（肾气丸加味）合生脉散加减。药用：人参、麦门冬、五味子、生地黄、山药、山萸肉、丹皮、茯苓、泽泻、车前子、附子、桂枝、防己等。[金先行，金先瑞．原发性扩张性心肌病辨治五法，湖北中医杂志，1995，17(4)：38]

王朝宏：认为扩张性心肌病其基本病因病机是心肾阳气亏虚，不能化气行水，水饮内生，上凌心肺，发为气喘，不能平卧；外溢肌肤，出现头面、四肢水肿；推动无力，血脉失养，则见头晕、气短、乏力、心悸、胸痛、脉结代等；血脉瘀滞，则见发绀、癥积等。系标本俱病，主要以心肾阳气亏虚为本，血瘀水泛，上凌心肺，外溢肌肤为标。

心肌病的总病机为本虚标实，治则为扶正祛邪，标本兼顾；治法则宜益气温阳，活血化瘀，宣肺平喘，利水消肿。

临床将其分为4型进行治疗：①心气阴虚证：症见心悸，

少寐，胸闷，气促，动则喘息不宁，自汗，盗汗，神疲，倦怠，头晕，口干，舌质红，舌苔厚，脉细弱，或细数，或结代。治法为益气养阴。方药用生脉散加减：西洋参、麦门冬、五味子、黄芪、生地黄、当归、山萸肉、炒枣仁。若心动悸者，可改用炙甘草汤加减，重用麦门冬、生地黄。②阳虚水泛证：症见肢体浮肿，或伴胸水、腹水，脘痞，腹胀，便溏尿少，心悸，气喘，胸闷，畏寒，肢冷，唇甲青紫，舌质淡胖，或淡紫，脉沉细无力。治法为温阳利水。方药为真武汤加减：制附片、茯苓、白芍、白术、猪苓、桂枝、黄芪、防己、葶苈子。③气虚血瘀证：症见心慌、气短、动则气急，胸胁满闷，癥块，面色晦黯，颈脉怒张，爪甲青紫，舌质紫黯或有瘀斑，脉沉涩或结代。治法为益气活血。方药用保元汤加膈下逐瘀汤加减：人参、黄芪、肉桂、炙甘草、丹参、当归、川芎、赤芍、香附、红花、延胡索、枳壳、地龙。④心阳虚衰证：症见心悸，怔忡，胸闷，气促，难以平卧，动则喘甚，或喘促不宁，咯泡沫样痰，汗出肢冷，舌质淡胖，紫黯，脉微细欲绝、或细数不清。治法为急救回阳，大补元气。方药为四逆加人参汤加味：红人参、制附子、干姜、炙甘草、五味子。或用参附注射液静脉点滴。出现晕厥时可辨证使用芳香开窍剂。温开用苏合香丸；凉开用至宝丹、紫雪丹等。[曹贵民．王朝宏教授对心肌病的认识和治疗经验．陕西中医学院学报，1999，22(3)：23～24]

温茂祥：治疗扩张性心肌病，采用温阳益气、活血利水法，方用参附汤合苓桂术甘汤加减：炮附子 10g，桂枝 10g，麦门冬 30g，党参 15g，黄芪 30g，丹参 15g，茯苓 12g，白术 12g，葶苈子 10g，五味子 6g，益母草 30g，炙甘草 15g。治疗 30 例，总有效率 93.3%，对照组有效率 71.4%。方中以附子、桂枝、党参、黄芪益气温阳为主，茯苓、白术、葶苈子配合附子、桂枝温阳利水；佐以丹参、益母草活血利水，麦门

冬、五味子既能养阴安神，防止附子、桂枝温燥之性，又能起“善补阳者，必于阴中求阳”的作用，从而使“阳得阴助而生化无穷。诸药合用能益气温阳，活血利水，从而改善心功能，使心衰得以逆转。[温茂祥．中西医结合治疗扩张型心肌病30例．福建中医药，1996，27（3）：22]

袁永萱：治疗扩张性心肌病用益气养阴、渗湿利水、宁心安神法，方用生脉散合五苓散加宁心安神剂。处方：太子参20g，麦门冬10g，茯苓15g，猪苓15g，桂枝6g，泽泻10g，酸枣仁10g，远志10g，生龙、牡各15g，炙甘草6g。袁氏认为本病病机为气阴两虚，水湿潴留，心神不宁。故治以益气温阳、渗湿利水、宁心安神。诸药合用可减轻心脏负荷，加强心肌收缩力，缓解心力衰竭，改善心脏功能。[袁永萱，郑本德．中西医结合治疗扩张型心肌病顽固性心力衰竭临床疗效观察．中西医结合实用临床急救，1997，4（5）：202；203]

秦昌国：将扩张型心肌病分为两型：①脾肾阳虚、水气凌心：治以温阳利水、泻肺平喘，方用真武汤合葶苈大枣泻肺汤化裁，药用制附片、茯苓、白术、红参、生黄芪、生姜、葶苈子、大枣、桂枝、枣皮、泽泻、炙甘草等随证加减。②胸阳痹阻、痰犯胸肺：治以宽胸益气、泻肺化痰。方用瓜蒌薤白半夏汤、葶苈大枣泻肺汤合六君子汤化裁。药用瓜蒌、薤白、法半夏、茯苓、橘皮、党参、白术、葶苈子、大枣、枣皮、丹参、赤芍、生黄芪、泽泻等随证加减。共治疗6例，治疗后喘促、心悸、乏力明显改善，心功能恢复到II级。[秦国昌．扩张型心肌病的临床治疗报告．中国医药学报，1992，7（3）：3234]

周慎：扩张型心肌病可分为两型：①瘀水互结：治以利水渗湿、活血通络，用苓桂术甘汤加味，药用：茯苓30g，桂枝5g，白术10g，甘草6g，薏苡仁30g，葶苈子10g，丹参15g，生蒲黄15g，益母草10g，大腹皮15g，佛手10g。水肿明显加防己、黄芪；眩晕加蒺藜、天麻；咳嗽痰多加法半夏、矮地

茶（紫金牛）。②痰瘀阻络：治以化痰蠲痹、活血通络，用瓜蒌薤白半夏汤加味，药用瓜蒌 30g，薤白 10g，法半夏 10g，丹参 30g，益母草 12g，川芎 10g，三七粉 3g，郁金 10g，赤芍 10g，甘草 6g。心悸明显加酸枣仁、龙骨；气少神疲便溏加黄芪、党参。治疗总有效率 88.8%。周慎认为本病发病机制与瘀水（痰）互结、痹阻心络有关，故重在从瘀、从水（痰）论治。用丹参、蒲黄、益母草、川芎、三七、郁金、赤芍化瘀通络，瘀血化则血脉通畅，使心肌得到气血所养；用苓、桂、术、甘、薏苡仁、葶苈子利水消肿，瓜蒌、薤白、半夏化痰蠲痹，水（痰）得祛则减少其凌心射肺，则喘、肿、痛、咳之证能够蠲除。[周慎，卜献春，李右生，等．中医辨证治疗扩张型心肌病失代偿期 9 例．中医杂志，1996，37（1）：26]

五、医案精选

1. 王新陆医案——真武汤治疗扩张型心肌病脾肾阳虚证

徐某，女，52 岁，已婚。1986 年 5 月 6 日初诊。乏力、气短、双下肢水肿 2 年余。2 年前劳累后出现心悸、气短，活动后加重，屡治不效，在北京协和医院诊断为“扩张型心肌病（DCM）”。现症：面色㿠白，行动迟缓，双下肢明显凹陷性水肿，小便少，纳呆。舌质淡暗，舌体胖大，有暗紫气。双脉沉弱而濡。辨证；脾肾阳虚。方以真武汤加减。药用：制附片 10g，高丽参 10g，茯苓 15g，赤芍 15g，干姜 6g，炒白术 10g，丹参 30g，白茅根 30g，葶苈子 15g。3 剂。

二诊：症状减轻，浮肿亦减。舌脉同前。上方增减，制附子 15g、葶苈子 20g、红花 10g。5 剂。

三诊：自觉明显好转，眠差。拟酸枣仁汤加减，去甘草。药用：炒枣仁 30g，知母 10g，茯苓 15g，川芎 10g，制附子 15g，丹参 30g，葶苈子 30g，五味子 10g，鹿茸粉 1.5g（冲），红参粉 3g（冲）。3 个月后愈。

［按语］ 初诊时以真武汤化裁，干姜易生姜，加高丽参、丹参、白茅根、葶苈子益气活血利水。干姜较之生姜又入肾经，既可温肾之阳，又可温脾之阳。患者此时以肾阳亏损为重，用药当顾及于此。现代药理研究葶苈子有强心作用，《别录》云："下膀胱水，利少腹。"

［王新陆．王新陆文集．上海：上海中医药大学出版社，2005.251～252］

2. 张华医案——真武汤合苓桂术甘汤治扩张性心肌病阳虚瘀阻证

汪某，女性，56岁，教师。

因心悸胸闷反复发作3年余，浮肿加重20余天入院治疗。患者1993年经超声心动图诊断为扩张型心肌病，长期服用消心痛、卡托普利，间断服用地高辛0.125～0.25mg及速尿，安体舒通，曾静滴氨力农，1，6二磷酸果糖，门冬氨酸钾镁等。入院前20余天来，患者心悸、胸闷加重，两下肢、颜面浮肿。查体：神清，精神萎靡，两颧潮红，口唇发绀，两下肺可闻及细湿啰音，心界向左下扩大，心率106次/分，律齐，心尖区可闻及Ⅱ级SM杂音，向腋下传导，腹软，肝肋下3cm，压痛（＋），两下肢重度凹陷性浮肿，舌质暗，苔白腻，脉弦滑。

辨证为阳虚瘀阻。治以温阳利水，养心活血。方用真武汤合苓桂术甘汤加减。炙附子5～10g，桂枝、猪苓、茯苓、白术、当归、川芎、泽泻、瓜蒌皮、麦门冬、葶苈子各9g，甘草5g，汗多时加黄芪30g、防风9g，去猪苓、泽泻。患者经一月余的治疗，好转出院。

［按语］ 该患者心、脾、肾阳虚，致瘀阻水停，故予真武汤合苓桂术甘汤温阳利水以祛瘀而获效。［张华．分期辨证论治扩张型心肌病．安徽中医临床杂志，1997，9（3）：135］

3. 周慎医案——苓桂术甘汤加味治疗扩张性心肌病瘀水互结证

张某，男，66岁。因咳嗽1个月，加重伴气促1周而入院。超声心动图诊为扩张型心肌病，左室功能不全（重度）并右心衰（中度），心包积液（中量）。予疏风清热、化痰止咳中药并抗生素治疗1周后，咳嗽减轻，但气促不能平卧，唇绀、胸闷、纳少、腹胀，尿少而黄，舌质黯，苔白腻，脉细滑数。

辨证为瘀水互结。治以利水治湿，活血通络。方用苓桂术甘汤加味：茯苓30g，桂枝5g，白术10g，甘草5g，薏苡仁30g，葶苈子10g，丹参15g，降香10g，大腹皮15g，蝉衣10g，矮低茶15g，佛手10g。7剂后即感气促明显减轻，守方10剂，气促仅在活动多后出现，纳增，腹胀不明显，小便量多，但稍感头晕，上方去矮地茶、大腹皮，加天麻、白蒺藜。5剂后头晕显减，仅存活动后气促，续服9剂。复查超声心动图，左房内径较前明显回缩（由49mm回缩至38mm），左心功能明显改善（LVEF由0.35提高至0.52，FS由0.17提高至0.21），心包积液（少量）。病情明显好转出院。

［**按语**］ 瘀水互结，本在阳虚，故治疗当温阳利水为主，方用苓桂术甘汤温脾阳健脾运以利水，佐以丹参、降香活血祛瘀而收效。［周慎，卜献春，李右生等．中医辨证治疗扩张型心肌病失代偿期9例．中医杂志，1996，37（1）：26］

4. 曹玉山医案——栝楼薤白白酒汤五苓散加减治疗扩张性心肌病阳虚水泛，心血瘀阻证

王某，女，5岁半。

2000年2月22日来本院求治。胸闷气短，心慌，咳嗽，痰少色白，失眠，面色及唇甲紫黯，疲乏无力，纳差，小便少，大便如常，舌质暗，苔白微腻，脉沉细。查体：双肺呼吸音粗，未闻及啰音；心率100次/分，心浊音界向左扩大，肺动脉瓣第二音亢进，未闻及杂音；肝在右肋下约3cm，剑突下15cm。双下肢轻度浮肿。心脏三位片示：全心扩大，尤以右心室为主。心电图示：窦性心律，异常心电图，右心室肥大。

西医诊断：扩张型心肌病。中医辨证为：阳虚水泛，心血瘀阻。治以益气温阳利水，活血通络为主，方以栝楼薤白白酒汤合五苓散加减，药用：

生黄芪12g，茯苓9g，泽泻9g，猪苓9g，瓜蒌9g，苏梗6g，仙灵脾6g，葶苈子15g，桑白皮9g，丹参9g，红花9g，川芎6g，生牡蛎9g，当归6g，甘草5g。3剂。水煎服，每日1剂。

2月25日复诊，主证明显好转，惟轻咳，痰多，失眠，双下肢轻度浮肿，舌脉同前。仍以上方出入：

生黄芪8g，茯苓8g，泽泻8g，瓜蒌8g，苏梗6g，葶苈子10g，桑白皮9g，丹参6g，红花6g，酸枣仁6g，柏子仁6g，仙茅6g，仙灵脾6g，车前子（包煎）8g，白术8g，甘草5g。5剂。水煎服，每日1剂。

3月2日三诊：述咳嗽消失，睡眠亦较前好转，双下肢浮肿消失，遂嘱继服上方。同年6月随访，病情基本稳定。[《中医研究》2000年第6期]

[按语]　扩张型心肌病易导致心力衰竭，曹氏认为本病属于祖国医学“胸痹”、“水肿”范畴。主要由于心脾肝肾亏虚，复受外邪疫毒之气侵袭，客于上焦，痹阻胸阳，阻滞心脉，日久耗伤气血，致心气阴（血）两虚，甚则阴损及阳，而致心脾肾阳气虚衰，或阳气虚脱，阴阳离决而危及生命。由于基本病机为胸阳痹阻，心脉阻滞，故治疗当以通阳开痹为主，以栝蒌薤白白酒汤为主方，随其临床表现不同，而随证加减。另外，扩张型心肌病病情一般较长，“久病必瘀”、“久病入络”，因此，活血化瘀法应贯穿于整个治疗过程，再辨证的基础上酌加活血化瘀之品。本例根据临床表现辨证为：阳虚水泛、心血瘀阻，治以益气温阳利水，活血通络为主，方以瓜蒌薤白白酒汤合五苓散加减，疗效显著。[李东晓主编．胸痹心痛古今名家验案全析．北京：科学技术文献出版社，2004]

5. 奚凤霖医案——黄芪建中汤加减治疗心肌病心气虚衰、中阳亏损证

张某，男，46岁。

有期前收缩史12年，反复频发，久治不愈。1年前心电图示：频发室性期前收缩，二联律或三联律，交界性逸搏，窦性节律。运动试验阴性，心向量图正常。血沉、抗“O”、血脂、心肌酶谱、血压等正常。X线胸片示：两肺清晰，主动脉中度扩大，心横径向左右扩大，肺动脉较平坦，心尖触及膈面，诊为心肌病。诊见期前收缩频繁，最多每分钟30次以上，活动后为甚，休息时可减少，伴胸闷、心悸、气促。近期常感饥饿嘈杂则期前收缩明显，纳食则期前收缩可减少，面晦黧黑。舌胖苔滑，脉促结代。辨证为心气虚弱，中阳亏损。治疗宜益气建中，养心复脉。处方：炙黄芪15g，白芍15g，丹参15g，桂枝10g，生晒参10g（另炖），苦参10g，炙甘草30g，龙骨30g（先煎），牡蛎30g（先煎），玉竹30g，干姜5g，大枣7枚，饴糖2匙（冲服），每日一剂，水煎服，分早晚2次服。

服药一周后，诸证稍减。续服2周，期前收缩大减，饱嘈若失。连续诊疗6次，前方略作增损，共治3月余，期前收缩基本控制。胸片复查：心影略向左增大，心电图示：窦性心律，原来的ST-T波低平复常，期前收缩偶见。

[按语] 奚氏对心肌病而兼中气不足者，以饥饿嘈杂则期前收缩明显，纳食则期前收缩可减少为主要辨证依据，立法以补中益气、养心复脉为主，在大队益气养阴、通阳活血方中加入龙骨、牡蛎以重镇宁心、安神复脉。[崔应珉．中华名医名方新传 心血管病．河南：郑州大学出版社，2003]

六、临证心得

扩张型心肌病是一种原因未明、难治性的疾病，早期治疗

效果较好，晚期常合并严重心力衰竭，顽固性心力衰竭、顽固性心律失常等并发症。因此，早期诊断，早期治疗具有重要意义。如果早期明确诊断和积极治疗，症状和体征可消失或缓解，可改善预后及提高生活质量。扩张型心肌病病因不明，给诊断带来困难，很多患者早期症状不明显，难以早期诊断和治疗，待症状明显时，已是中、晚期，该病病程长短不一，有的病情发展迅速，有的患者经过药物治疗后，病情可稳定长达10～20年，所以，避免病因，控制病情发展，是治疗本病的根本途径。本病早期症状不明显，或有劳累后心悸、气短、乏力等，治当益心肺之气，兼清热解毒治疗，用方如防己黄芪汤、茯苓杏仁甘草汤、竹叶石膏汤等加减治疗；中期出现痰饮上犯，心悸眩晕乏力等症者用苓桂术甘汤、五苓散治疗；病情严重者，出现咳逆倚息不得卧，下肢凹陷性水肿，甚则出现胸腹水等，可用真武汤和葶苈大枣泻肺汤、防己黄芪汤、当归芍药散等加减治疗，酌情加用益母草、泽兰、冬瓜皮以加强活血利水之效。

第九章　心血管神经症

一、概　　述

心血管神经症是神经官能症的一种特殊类型。以心血管系统功能失常为主要表现，可兼有神经官能症的其他症状。本病主要由于中枢神经功能失调，影响自主神经功能，造成心血管功能异常。一般无器质性心血管的依据，但可与器质性心脏病同时存在，或者在器质性心脏病的基础上发病。

本病大多发生于青壮年，以20～40岁为多见，女性多于男性，更年期综合征时亦常见到。病人主诉多，阳性体征及实验室检查阳性发现少，或无阳性体征。焦虑、情绪激动、精神创伤、过度劳累等精神因素为常见诱因。本病临床表现复杂多变，时轻时重，反复发作，除心血管系统症状外，尚可有精神系统或其他系统的症状。多数患者有心率增快，偶有期前收缩或有阵发性室上性心动过速，轻度活动可使心率不相称的明显增快，患者常有心悸的症状。心前区疼痛的部位常不固定，以左前胸乳部或乳下者为多见，亦可在胸骨下或右胸前。大多数为一过性刺痛，每次数秒钟，或为持续性隐痛，发作时可持续数小时或数天。体力活动时常无胸痛发作，但活动后或精神疲劳后、休息时可出现。气短主要是患者主观上感到空气不足，

呼吸不畅。患者可有心率增快，心音增强，有的可在心尖区或肺动脉瓣区闻及Ⅰ～Ⅱ级收缩期杂音，心电图常有窦性心动过速，部分患者可有Ⅱ、Ⅲ、avF导联的ST－T改变，大多数表现为ST段J点的压低或水平样下移，和T波低平，双向和倒置，心得安可使心电图恢复正常。

本病可归属于中医“心悸”、“怔忡”、“郁证”、“脏躁”等病范畴。多由于忧思郁怒，致肝失条达，气失疏泄，肝气郁结；气郁日久可以化火，气滞可致血行不畅。肝郁伤脾，或思虑劳倦，损伤脾气，致脾失健运，蕴湿生痰，痰郁日久，化火化热，扰及心神；肝脾不和，运化失常，营血不足，心失所养，故出现心神不安之症；心阴不足，虚火内扰，又可产生阴虚火旺诸症。

二、诊　　断

1. 心悸气短、心前区疼痛为主要表现，患者常伴有焦虑、烦躁、多汗、心神不宁、睡眠欠佳等自主神经功能失调表现。

2. 临床须排除器质性心脏病，以免误诊；有的可与器质性心脏病同时存在。

三、辨证治疗

1. 心神不宁证

主证：心悸气短，呼吸不畅，善惊易恐，坐卧不安，多梦易醒，舌质红，苔薄白，脉弦细数。

治法：温通心阳，镇惊安神。

方剂：桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤加减。

桂枝10g，炙甘草10g，生姜10g，牡蛎15g，龙骨15g，大枣10枚，蜀漆10g。

加减：善惊易恐加磁石，琥珀；睡眠困难加酸枣仁，柏子仁，远志；纳呆气短加茯苓、白术。

2. 心血不足证

主证：心悸头晕，失眠多梦，面色不华，倦怠乏力，舌质淡红，脉细弱。

治法：养血安神

方剂：胶艾汤加减。

阿胶 10g（烊化），艾叶 5g，干地黄 20g，芍药 20g，当归 10g，川芎 6g，甘草 10g。

加减：气短乏力加黄芪，党参；纳呆加茯苓，白术；失眠多梦明显者加夜交藤、鸡血藤、旱莲草。

3. 心阴不足证

主证：心悸不宁，心烦不安，寐少梦多，口干舌燥，手足心热，或有盗汗，舌红少津，脉细数。

治法：滋养心阴。

方剂：百合地黄汤加味。

百合 30g，生地黄 30g，知母 15g，麦冬 30g，五味子 15g。

加减：手足心热明显加连翘，竹叶；恶梦纷纭加龙骨，牡蛎；阴虚火旺者与黄连阿胶汤加减治疗。

4. 心阳不振证

主证：心悸怔忡，面白肢冷，喜暖畏寒，舌质淡，苔薄白，脉沉细。

治法：温振心阳，安神定悸。

方剂：桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减

桂枝 10g，甘草 15g，龙骨 30g，牡蛎 30g，熟附子 6g，茯苓 30g。

加减：畏寒重加肉桂，肢冷明显合当归四逆汤加减。

5. 痰饮内阻证

主证：心悸气短，脘腹胀满，纳呆乏力，头晕目眩，舌淡胖，苔薄白或水滑，脉弦细。

治法：温化痰饮。

方剂：苓桂术甘汤合半夏麻黄丸加减。

茯苓 30g，桂枝 10g，白术 15g，甘草 10g，半夏 10g，炙麻黄 5g。

加减：脘胀明显加枳实，厚朴；头晕目眩者加泽泻；纳呆加苍术。

6. 肝郁气滞证

主证：心悸胸闷，呼吸不畅，两胁撑胀，嗳气则舒，舌淡红，苔薄白，脉弦。

治法：舒肝理气。

方剂：四逆散加减

柴胡 10g，白芍 15g，枳实 10g，甘草 10g，桔梗 10g，香附 10g。

加减：胸痛加郁金；呃气不畅加旋覆花，半夏；纳呆加炒麦芽，炒谷芽；咽中如有异物感，加厚朴，苏叶。

四、名医经验

史大卓：心血管神经症在临床上，表现复杂多样，主诉不一，且部分患者同时有器质性心脏病，因此，首先应注意精神安慰，多做解释工作，加强医患之间的思想沟通，切忌态度粗暴，对患者冷嘲热讽，建立真正信赖的医患关系，同时注意区分功能性疾病与无病之间的区别，以认真严肃地态度和切实为患者解除痛苦的思想，对待患者。由于本病本身无器质性心脏病的改变，而主要是自主神经功能失调所致，因此中医药治疗有其优越性。只要辨证精当，用药合理，加以适当的思想开导，常能取得较好的疗效。[史大卓．中医内科辨病治疗学．北京：科学技术文献出版社，1995. 147]

董连荣：心血管神经症涉及到形神医学的思想，早在中医学中就有十分丰富的内容和独特理论。所谓形体，是指人的身

体和体质，包括脏腑、经络、气血、精、津液、骨、肉、筋、脉、髓等的生理活动。神即神识，神明，泛指各种精神心理活动，包括人的感觉，知觉、记忆、思维、想象、情感、意志和性格等。形神疾病主要指因情志因素而致的以躯体症状为主的一类疾病。中医形神病学，就是研究由于精神因素活动异常所引起或加重躯体疾病的发展规律、治疗、预防、转归学科，有些已经成功应用于临床，一个新的社会一心理一生物医学模式，正在被越来越多的人所接受。[董连荣．中国形神医学．北京：光明日报出版社，1991.16～18]

心血管神经症属于心系形神医学范畴，主要表现为惊悸、怔忡、不寐等。中医形神医学认为心理因素是重要的致病因素，如情绪压抑，或激动、情感创伤、精神紧张是常见的诱因或直接的发病因素。因此，对此类病人，单纯用治疗躯体的药物是难以获得理想效果，而心理治疗起重要作用，如用说理开导，以情胜情，移情易性，释疑解惑等，并辅以药物治疗，使病情好转。[屈松柏，李家庚．实用中医心血管病学．北京：科学技术文献出版社，1993.393]

五、医案精选

1. 陈树森——半夏厚朴汤加味治疗心虚气滞、痰浊壅阻证

胡某，男，52岁。就诊日期：1973年3月7日。

1972年7月6日突发急性后壁心肌梗死。经医院救治后病情逐渐好转稳定，自1972年11月渐觉胸部闷堵感，上延至喉部，自述似气管狭窄感，呈间歇发作，持续时间长短不等。使用血管扩张药效果不明显，镇静药一度有效。症状已持续4个月。血压、脉搏、心电图均未见改变，目前诊断不太明确。过去身体情况好，无高血压史，有神经性皮炎史（腰及前胸），1963年行过阑尾切除术。经常大便秘结。入院后经心肾科、

耳鼻喉科、消化科等专家会诊检查，未见明显器质性改变，认为属于神经功能性的改变。

1973年3月21日中医会诊：病史如前述，患者现感阵发喉间窒闷不适，剧则头晕胸闷，劳累、天阴时加重，诊见苔薄，脉弦。证系心虚气滞，痰浊壅阻。治以化痰祛瘀。

处方：炙半夏12g，川厚朴9g，茯苓15g，紫苏9g，甘松9g，桔梗9g，五味子9g，柏子仁9g，当归15g，丹参15g，赤芍12g。8剂。每日1剂，水煎2遍，早晚分服。

1973年3月28日二诊：药后无不适，阵发性喉间窒闷减轻，睡眠仍不好。原方去柏子仁加酸枣仁9g、川芎9g。6剂。煎服同前。

1973年4月4日三诊：喉间窒闷及头晕均减轻，睡眠有好转，大便干燥，苔薄，脉缓。

原方加酒制大黄3g，8剂。

1973年4月12日四诊：药后大便通爽，余情向前，仍与原方6剂。

1973年4月18日五诊：大便虽通不畅，喉间窒闷时仍发作，但较前为轻，睡眠尚可，舌质淡红，脉弦。拟方养心调气活血佐以润肠。

处方：制半夏12g，川厚朴9g，茯苓15g，紫苏9g，桔梗9g，枳壳9g，赤芍15g，丹参16g，当归15g，柏子仁12g，酒制大黄5g。6剂。

1973年4月25日六诊：病情同前，原方去枳壳、桔梗，加降香15g，甘松9g，酒制6g，6剂。

1973年4月30日七诊：胸闷大减，大便仍不爽，舌脉同前，原方去酒炙大黄加生大黄6g，火麻仁15g，8剂。

1973年5月9日八诊：喉间窒闷不适，阵发性，有时长达2～3小时，但比用药前轻，时间亦短一些。发作与活动无关，但精神因素有影响，苔薄，脉缓，再予四七汤加味。

处方；制半夏 12g，川厚朴 12g，茯苓 15g，紫苏叶 9g，甘松 9g，丹参 15g，沉香片 4 片（早晚分服）。

1973 年 5 月 16 日九诊：喉间窒闷，胸闷均明显减轻，时间亦短，一周来仅发作 1 次，原方 14 剂。

1973 年 5 月 30 日十诊：症情较前渐缓，喉间窒闷、胸闷仅偶见，舌脉同前。屡投调气活血之剂已见显效，希取得更好的疗效，再参化浊通阳法。

处方：全瓜蒌 15g，薤白 15g，制半夏 g，广郁金 15g，延胡索 9g，红花 9g，当归 15g，丹参 15g，赤芍 15g。

1973 年 6 月 6 日十一诊：喉窒胸闷近数周来未见发作，病情已趋稳定，出院带下列处方：丹参 15g，赤芍 15g，全瓜蒌 15g，红花 9g，当归 15g，制半夏 9g，火麻仁 15g，决明子 15g，制川朴 9g，紫苏 9g，云茯苓 15g，降香 15g，薤白 15g。

［按语］ 本案系神经官能证，因患者有冠心病及心肌梗死既往史，感阵发喉间窒闷不适，是气滞痰浊壅阻之证；剧则头晕胸闷，劳累、天阴时加重，乃心气虚衰，气血淤滞，清窍不清之象；气机郁滞则脉弦。故从心虚气滞、痰浊壅阻辨治，随证加减，始终以半夏厚朴汤，瓜蒌薤白半夏汤加丹参、赤芍、当归、红花等出入调治，半夏厚朴汤是仲景在《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》用治“妇人咽中如有炙肉”的梅核气而拟，梅核气类似于咽神经功能紊乱——癔病球，多属气滞痰结于喉间所致，与本案基本相似。方药中的，终获症状缓解，病情稳定出院。［陈树森主编．陈树森医疗经验集粹．北京：人民军医出版社，1989］

2. 范中林——桂枝去芍药加麻黄细辛附子汤治疗阳虚寒凝证

陈某，女，32 岁。

1976 年 8 月，妊娠期外感，头痛，身痛，失眠，尤以胸背疼痛、胸中满闷为甚。因怕服药动胎早产，未治疗。产后 7

日，正值地震，露宿于外，病势加剧。先后到省、市数家医院行胸透、心电图、超声波等检查，均无异常，诊为“神经官能症”。1977年11月初来诊。

初诊：胸部疼痛1年余，痞满不舒，呃逆气阻。畏寒头昏，耳如蝉鸣，骨节酸疼，纳差，多梦，行经腹痛，瘀块甚多。舌质偏淡，苔黄滑。此为产前感受外邪，产后血海空虚，又受寒施侵袭，寒凝气滞，胸阳痹阻，清阳不升，故出现胸痞、头晕、耳鸣、失眠、身痛等症，亦即俗称之“月后寒”。法宜助阳化气，温经散寒。以桂枝去芍药加麻黄细辛附子汤主之。处方：桂枝10g，炮姜30g，甘草15g，大枣20g，麻黄10g，制附片60g（久煎），辽细辛6g，吴茱萸10g，3剂。

二诊：上方服后胸痛减，头晕耳鸣好转，仍觉身痛，经前小腹冷痛。少阴阳虚，风寒湿郁闭未解，原方加减，佐以活血化瘀之品以调其经血。

处方：桂枝10g，炮姜30g，炙甘草12g，麻黄10g，制附片30g（久煎），吴茱萸10g，血余炭30g，当归10g。

嘱此方服至经行即止。

三诊：上方服至4剂，月事来潮。经色、经量、疼痛均大有好转，胸痛、头晕、耳鸣、体痛、失眠、纳呆亦明显减轻。原方去炮姜、血余炭、吴茱萸，加茯苓等渗湿安神之品。

处方：桂枝10g，生姜30g，炙甘草12g，大枣20g，麻黄10g，制附片30g（久煎），辽细辛3g，茯苓15g，当归10g。

上方服10余剂后病基本治愈。1979年7月20日追访，近年来身体一直良好。

[按语]《金匮要略·水气病脉证并治》云：“气分，心下坚，大如盘，边如旋杯，水饮所作，桂枝去芍药加麻辛附子汤主之”。本例并无“心下坚，大如盘”之证，又非单纯水气所作，为何移用之？因为此证系真阳不足，寒湿之邪乘产后阳虚而逆乘清阳之位，故不必拘泥“坚”与“盘”及水气之轻重，

亦可辨证投以本方。既解太阳之邪，又温少阴之经。阳气升，气化行，寒凝解，胸痹诸症自平。以仲景六经辨证当属太少两感之证，亦或少阴经表证，本案患者产后血海空虚，冲任不足，加之惊恐伤肾，少阴经气不足，此时寒湿外袭太阳之表，则易成太少两感之证。而桂枝去芍药加麻黄细辛附子汤正是太少两解之方，桂枝、麻黄辛解太阳之表邪，附子细辛温散少阴之里寒。凡胸痹并非必是冠心病、心绞痛，本案即是一例，亦可领会经方活用之妙。[谢永新等．范中林六经辨证医案选．沈阳：辽宁科学技术出版社，1984]

3. 董建华医案——旋覆花代赭石汤加减治疗肝郁气滞、血行不畅、心神不宁之证

陈某，女，37岁。

1976年7月13日初诊：2个月前，开始感觉胸闷心悸，易惊，后偶觉心前区疼痛，心悸气短，情绪紧张易发作，伴周身乏力，头晕肢颤，有时汗出较多，四肢觉凉。心电图检查：T波倒置，心得安试验阳性，其他检查正常。西医诊为心血管神经症，经服心得安、谷维素等西药少效，服温胆、归脾等方效亦不显。舌质淡，苔薄黄而腻，脉象细数。辨证属肝瘀气滞，血行不畅，心神不宁。治以疏肝解郁，重镇心神。方药：

旋覆花9g（包），郁金9g，橘皮5g，佛手6g，川芎9g，当归9g，炙甘草3g，党参9g，车前子9g（包），珍珠母30g（先煎），龙齿30g（先煎）。

二诊：服上方20剂，心悸已未再发，心前区闷痛亦减，但神疲、头昏仍存，纳差，前方加谷麦芽以化食开胃。

旋覆花9g（包），郁金9g，橘皮7g，佛手6g，川芎9g，当归9g，炙甘草3g，党参9g，车前子9g（包），谷麦芽各30g，珍珠母30g（先煎），龙齿30g（先煎）。

三诊：上方又服20剂，精神转佳，心悸、自汗、乏力诸症均平，食欲增加，但睡眠较差，心电图检查已正常，守上方

加养血安神之品以巩固疗效，随访年余，病情基本稳定。

［按语］　心血管神经症，是常见的心血管功能失调的疾患，据其临床表现，可以在祖国医学的肝、心两经病变中讨论。从该案来看，主要侧重于肝，因肝主疏泄，条达气机，肝藏血，对人体血液循环有调节作用，肝体阴而用阳，肝阴不足，而致肝阳上亢，故头晕、肢颤、心悸等症作，血汗同源，汗乃心之液，心虚则汗出多，血虚则气亦虚，故见心悸、气短、汗多肢冷等症。方中以旋覆花、陈皮、郁金、佛手疏肝理气，使气机条畅；当归、川芎养血活血；珍珠母、龙齿重镇肝阳以安心神；更用党参、炙甘草益气以生血，车前子引郁热以下行，药后收效较好。以前用归脾、温胆诸方小效，是没有抓住肝郁气滞的关键病理。［董建华．董建华医案选．北京：内部出版，1978，5］

4. 刘渡舟医案——黄连阿胶鸡子黄汤治疗不寐病火旺水亏，心神失交证

李某，男，49岁。

患失眠已两年，西医按神经衰弱治疗，曾服多种镇静安眠药物，收效不显，自诉：入夜则心烦意乱，辗转反侧，不能成寐，烦甚时必须立即跑到无人空旷之地大声喊叫，方觉舒服。询问其病由，素喜深夜工作，疲劳至极时，为提神醒脑起见，常饮浓厚咖啡，习惯成自然，至入夜则精神兴奋不能成寐，昼则头目昏沉，萎靡不振。视其舌光红无苔，舌尖宛如草莓之状红艳，格外醒目，切其脉弦细而数。脉证和参，此乃火旺水亏，心肾失交所致。治法当以下滋肾水，上清心火，令其坎离交济，心肾交通。黄连12g，黄芩6g，阿胶10g（烊化），白芍12g，鸡子黄2枚。此方服至3剂，便能安然入睡，心神烦乱不发，续服3剂，不寐之疾，从此而愈。

［按语］　失眠，《内经》谓之“不寐”、“不得卧”。成因有痰火上扰者；有营卫阴阳不调者；有心脾气血两虚者；有心肾

水火不交者。本案至夜则心神烦乱，难以入寐，乃心火不能下交于肾，而独炎于上。陈士铎《辨证录》云："夜不能寐者，乃心不交于肾也，……心原属火，过于热则火炎于上而不能下交于肾。"思虑过度，暗耗心阴，致使心火翕然而动，不能下交于肾，阳用过度，则肾水难以上济于心。又饮咖啡，助火伤阴，使火愈亢，阴愈亏。观其舌尖赤如草莓，舌光红无苔，脉细而数，一派火盛水亏之象，辨为心肾不交之证。治当滋其肾水，降其心火，选用《伤寒论》黄连阿胶汤。方用黄连、黄芩上清心火，阿胶、鸡子黄滋养阴血。至于芍药一味，既能上协芩连酸苦为阴以清火，又能酸甘化阴以助阴血，且下通于肾，使水生木也，上通于心，木生火也。诸药配伍，以奏滋阴降火，交通心肾之效。又体现了《难经》的"泻南补北"精神。

使用本方还应注意两点：①舌脉特点：本证是舌光红绛，或是舌光无苔，甚则舌尖赤如杨梅，脉多细数或弦细数；②注意煎服方法：方中阿胶、鸡子黄两味，俱不能与他药混煎，阿胶烊化后兑入药汁中，待去渣之药汁稍冷后再加入鸡子黄，搅拌均匀后服用。[陈明，刘燕华，李芳著．刘渡舟临证验案精选．学苑出版社，1996.40～41]

5. 刘渡舟医案——桂枝去芍药加附子汤治疗胸痹胸阳不振，阴寒上居，气血不利证

王某，男，36岁。

自诉胸中发满，有时憋闷难忍，甚或疼痛。每逢秋冬季则发作更甚，兼见咳嗽，气短，四肢不温，畏恶风寒等。脉来弦缓，舌苔色白。参和上述脉证，辨为胸阳不振，阴寒上居，气血不利之证。治当通阳消阴。处方：桂枝9g，生姜9g，炙甘草6g，大枣7枚，附子9g。服5剂，胸闷气短诸症皆愈。

[按语] 本案胸满伴有四肢不温，时恶风寒，显为胸阳不振之象。胸为阳居人体高位，为心肺气血之处，乃清灵阳和之处，若胸中清阳不足，则阴乘阳位，而使心肺气血不利，故见

胸满与疼痛。治当振奋胸阳，蠲除浊阴。本方为《伤寒论》桂枝去芍药加附子汤。桂枝配甘草辛甘化阳以温补心胸阳气；生姜、大枣随之调和营卫气血；去芍药者，恐其酸苦敛阴，反掣桂枝温通之肘也；加附子者，辛热气厚，力雄性猛，“益火之源，以消阴翳也”临床用于胸阳不振，阴寒内盛的心脏病“胸痹”，有较好的疗效。[陈明，刘燕华，李芳 著．刘渡舟临证验案精选．学苑出版社，1996.40～41]

6. 阚方旭医案——苓桂术甘汤合橘枳姜汤治疗心血管神经症

杨某，男，64岁。2006年11月13日来诊。

心慌气短4年余，治疗2年，期前收缩频繁，反复发作，后出现头晕心烦，先后去过多家医院求诊，中、西药治疗均未获明显疗效，后去某省级医院求诊，诊为心血管神经症，治疗不效。患者心悸怔忡，气短头晕，心慌心烦，心胸烦乱，期前收缩频繁，睡眠欠佳，活动后无胸闷胸痛及心慌乏力，有时反觉轻松感，心悸消失，大便稀，小便频数，有烟、酒、浓茶习惯。舌质红，舌苔白滑，脉结、代频作。先后用温胆汤、补心丹、归脾汤等治疗，服药数十剂，有效但不显，值近日家中伺候病人，心慌期前收缩又加重，细观其舌质虽红，但舌苔为水滑苔，脉象弦而滑，考虑为痰饮中阻，气滞上逆所致。诊为心血管神经症，辨证为痰饮中阻、气逆胸膈证。治疗温化痰饮、理气降逆。方用苓桂术甘汤和橘枳姜汤加减。

处方：茯苓30g，桂枝10g，白术10g，生甘草10g，橘皮10g，枳实10g，干姜5g，炙甘草10g。7剂。水煎服日1剂2次分服。

2006年11月20日复诊时述症状明显减轻，有时心慌，每天发作约1～2分钟，期前收缩亦减少，睡眠好转，上方加生甘草至15g。7剂。

2006年11月27日来诊时已无心慌气短乏力等症状，无

呃气，偶有睡眠不实，舌淡红，舌苔薄白，脉象无结代。上方加生龙骨、生牡蛎各15g。7剂。

2006年12月4日复诊述服药后前4天无不适，近3天下午出现乏力，心胸紧束感，睡眠有梦，纳好，舌体胖，苔薄黄，脉弦偶结。上方去生龙骨、生牡蛎。7剂。

2006年12月11日：服药后觉心胸舒服，睡眠好，未发心悸、期前收缩未出现，舌质淡红，舌苔薄白，脉稍弦。上方继进7剂。

2006年12月18日复诊：病情稳定，偶有轻微不舒，舌质淡红，舌苔薄白，脉无结代。11月13日方7剂以巩固疗效。

[按语] 心血管神经症是疑难病症，病人主诉繁多，症状重，但无明显阳性体征，治疗上颇为棘手，该患者心悸怔忡发病4年，且心胸烦乱，夜寐不安，心电图期前收缩明显，但活动后消失，仔细观其舌质虽红，但舌苔水滑，故认为是由于痰饮阻于中焦，饮阻气逆，治疗以温化痰饮，理气降逆为法，方用苓桂术甘汤合橘枳姜汤治疗而获效。体会到舌脉在临床上的重要性。

六、临证经验

心脏神经官能症是心血管疾病的特殊类型，多见于年轻患者，其中以女性病人多见，随着生活节奏的加快，有日益增多的趋势。有的伴有躯体其他疾病，当细心辨别，该病多属于中医“心悸”、“怔忡”、“脏燥”、“百合病”等范畴。经方中许多有效方剂如百合地黄汤、百合知母汤、酸枣仁汤、桂枝加龙骨牡蛎汤、甘麦大枣汤、小建中汤、炙甘草汤等，用之临床，疗效可靠。除此之外，应关心患者，注意心理开导，使患者保持心情舒畅，并嘱咐患者生活规律，加强体育锻炼，有助于疾病早日恢复。

主要参考文献

1. 屈松柏，李家庚主编．实用中医心血管病学．北京：科学技术文献出版社，1993
2. 史大卓，高思华主编．中医内科辨病治疗学．北京：科学技术文献出版社，1995
3. 黄春林主编．心血管科专病中医临床诊治．北京：人民卫生出版社，2005
4. 陈纪藩主编．中医药学高级丛书·金匮要略．北京：人民卫生出版社，2000
5. 梅国强主编．伤寒论讲义．北京：人民卫生出版社，2003
6. 黄仰模主编．金匮要略讲义．北京：人民卫生出版社，2003
7. 范永升主编．新世纪全国高等中医药院校规划教材·金匮要略．北京：中国中医药出版社，2003
8. 李东晓主编．胸痹心痛古今名家验案全析．北京：科学技术文献出版社，2004
9. 单书健，陈子华主编．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. 史宇广，单书健主编．当代名医临证精华·冠心病专辑．北京：中医古籍出版社，1988
11. 张秋霞，吴明珠，聂惠民．经方治疗高脂血症研究述略．中医药学刊，2002，(20) 4：46
12. 铁萱．瓜蒌薤白半夏汤治疗高脂蛋白血症31例．陕西中医，1997，18 (3)：114
13. 何水勇，魏晓．魏品康治疗高脂血症的经验．湖北中医杂志，2004，(26) 10：19
14. 黄森明．大黄䗪虫丸治疗高脂血症的临床观察及试验研究．中西医结合杂志．1989，9 (10)：589
15. 李阵明．抵当丸治疗高脂血症69例．河南中医，2000，(20) 1：21

方剂汇编

一　画

一甲复脉汤（《温病条辨》）炙甘草　生地黄　白芍药　麦门冬　阿胶　牡蛎

二　画

人参汤（《金匮要略》）人参　甘草　干姜　白术

人参四逆汤加味（验方）红人参　熟附子　炮干姜　炙甘草　瓜蒌皮　薤白　菖蒲　远志　黄芪　当归　川芎　泽兰　益智仁

茯苓四逆汤（《伤寒论》）茯苓　人参　甘草　干姜　附子

人参汤合瓜蒌薤白白酒汤（验方）人参　炒白术　干姜　瓜蒌实　薤白　茯苓　桂枝　郁金　丹参　甘草

人参汤加味方（验方）白人参　炙甘草　干姜　炒白术　川附片　五灵脂　山楂　乳香　降香

人参生脉汤（验方）人参（或党参）　白术　干姜　麦冬　五味子　炙甘草

二甲复脉汤（《温病条辨》）炙甘草　生地黄　白芍药　麦门冬　阿胶 火麻仁　牡蛎　鳖甲

九痛丸（《金匮要略》）附子　生狼牙　巴豆　人参　干姜　吴茱萸

三　画

小陷胸汤（《伤寒论》） 黄连　半夏　瓜蒌实

小柴胡汤（《伤寒论》） 柴胡　黄芩　人参　半夏　甘草　生姜　大枣

己椒苈黄丸（《金匮要略》） 防己　椒目　葶苈　大黄

三甲复脉汤（《温病条辨》） 炙甘草　生地黄　白芍药　麦门冬　阿胶　火麻仁　生牡蛎　生鳖甲　生龟甲

三参芩桂术甘汤（验方） 桂枝　茯苓　白术　炙甘草　丹参　党参　沙参

大柴胡汤（《伤寒论》） 柴胡　黄芩　芍药　半夏　生姜　枳实　大枣　大黄

大柴胡汤加味方（验方） 柴胡　黄芩　半夏　芍药　生大黄　生蒲黄　泽泻枳实　生姜　大枣

大柴胡汤加减方（验方） 柴胡、枳实、半夏、芍药、生大黄、丹参、决明子、山楂、黄芩

大定风珠（《温病条辨》） 炙甘草　生地黄　白芍药　麦门冬　阿胶　火麻仁　生牡蛎　生鳖甲　生龟甲　生鸡子黄

干姜附子汤（《伤寒论》） 干姜　附子

千金鲤鱼汤（《备急千金要方》） 当归　芍药　白术　茯苓　鲤鱼　生姜

四　画

乌头汤（《备急千金要方》） 乌头　细辛　蜀椒　干姜　附子　芍药　甘草　桂心　秦艽　茯苓　防风　当归　独活　大枣

心衰合剂（验方）汉防己　生黄芪　桑白皮　车前子　赤芍药　葶苈子　水红花子

心动过缓方（验方）麻黄　熟附子　细辛　黄芪　党参　当归　炙甘草　桂枝　鸡血藤　生地黄

五苓散（《伤寒论》） 猪苓　泽泻　白术　茯苓　桂枝

五苓散心衰方（验方）猪苓　泽泻　白术　茯苓　桂枝　黄芪　防己　益母草　泽兰

六味地黄丸（《小儿药证直诀》） 熟地黄 山药 山茱萸 泽泻 牡丹皮 茯苓

五 画

宁神益心汤（验方）黄芪 生地黄 桂枝 生龙骨 生牡蛎 炒枣仁 炙甘草

加味葶苈大枣泻肺汤（验方）葶苈子 大枣 茯苓 杏仁 生甘草 鱼腥草 霜桑叶

加味防己汤（验方） 木防己 桂枝 西洋参 益母草 枳实 石膏

加减复脉汤（《温病条辨》） 炙甘草 生地黄 阿胶 麦门冬 火麻仁 白芍

加味四逆散（验方） 柴胡 芍药 枳实 甘草 苍术、瓜蒌、薤白、水蛭、川芎

乌头赤石脂丸（《金匮要略》） 蜀椒 乌头 附子 干姜 赤石脂

甘草泻心汤（《金匮要略》） 甘草 黄芩 黄连 干姜 半夏 大枣

《外台》茯苓饮（《金匮要略》） 茯苓 人参 白术 枳实 橘皮 生姜

四苓散（《明医指掌》） 白术 猪苓 茯苓 泽泻

四逆汤（《伤寒论》） 甘草 干姜 附子

四逆汤合人参汤加味（验方）熟附子 干姜 炙甘草 人参 白术 黄芪 煅龙骨 煅牡蛎

四逆散（《伤寒论》） 甘草 枳实 柴胡 芍药

四合一方（验方）炙甘草 党参 麦门冬 桂枝 附片 五味子 北黄芪 当归

加味当归四逆汤（验方）当归 桂枝 细辛 甘草 木通 大枣 延胡索 没药 白芍

白通汤（《伤寒论》） 干姜 附子 葱白

六 画

防己黄芪汤（《金匮要略》） 防己 甘草 白术 黄芪 生姜 大枣

防己茯苓汤（《金匮要略》） 防己 黄芪 桂枝 茯苓 甘草

防己地黄汤（《金匮要略》） 防己 桂枝 防风 甘草 生地黄

木防己汤（《金匮要略》） 木防己 石膏 桂枝 人参

防己黄芪汤心衰方（验方）汉防己 生黄芪 白术 茯苓 熟附子 益母草 泽兰 葶苈子 生姜 大枣

防己黄芪汤加味（验方）黄芪 防己 白术 甘草 红枣 枳实 草决明 山楂 大黄

当归四逆汤（《伤寒论》） 当归 桂枝 芍药 细辛 甘草 通草 大枣

当归四逆加吴茱萸生姜汤（《伤寒论》） 当归 芍药 甘草 通草 桂枝 细辛 生姜 吴茱萸 大枣

当归四逆汤加味（验方）当归 白芍 桂枝 细辛 甘草 大枣 通草 熟附子 人参

当归芍药散（《金匮要略》） 当归 芍药 芎藭 茯苓 白术 泽泻

当归散（《金匮要略》） 当归 黄芩 芍药 川芎 白术

七 画

阳气虚弱，湿瘀互结方（验方）汉防己 生黄芪 红参 制附片 川桂枝 紫丹参 川芎 炒山楂 桑白皮 泽兰 泽泻 益母草 车前子 桃仁 杏仁

附子汤（《伤寒论》） 附子 茯苓 人参 白术 芍药

八 画

炙甘草汤（《伤寒论》） 甘草 生姜 人参 生地黄 桂枝三两 阿胶 麦门冬 麻仁 大枣

炙甘草合五参汤（验方）炙甘草 桂枝 生地黄 党参 麦冬 当归 白芍 阿胶 北沙参 丹参 玄参 苦参 五味子 炒枣仁 生龙牡

炙甘草汤加减方（验方）炙甘草 党参 桂枝 生地 麦冬 阿胶 火麻仁 当归 大枣

肺心病心衰方（验方）附子 白芍 白术 茯苓 麻黄 杏仁 生石膏 甘草 生姜 大枣 车前子 白茅根

肾气丸（《金匮要略》） 干地黄 山药 山茱萸 泽泻 牡丹皮 茯苓 桂枝 附子

九 画

枳实薤白桂枝汤（《金匮要略》） 枳实 薤白 桂枝 栝楼 厚朴

枳实芍药散（《金匮要略》） 枳实 芍药

茯苓杏仁甘草汤（《金匮要略》） 茯苓 杏仁 甘草

茯苓甘草汤（《伤寒论》） 茯苓 桂枝 甘草 生姜

茯苓桂枝白术甘草汤（《伤寒论》） 茯苓 桂枝 白术 甘草

茯苓桂枝甘草大枣汤（《金匮要略》） 茯苓 桂枝 甘草 大枣

茯苓桂枝五味甘草汤（《金匮要略》） 茯苓 桂枝 甘草 五味子

茯苓泽泻汤（《金匮要略》） 茯苓 泽泻 甘草 桂枝 白术 生姜

茯苓四逆汤（《伤寒论》） 干姜 附子 甘草 茯苓 人参

茯苓杏仁甘草汤加味方（验方）茯苓 杏仁 炙甘草 桂枝 白术 半夏

复脉饮加减（验方）炙甘草 红参 柏子仁 桂枝 麦门冬 生地黄 阿胶 鲜姜 大枣

茵陈五苓散（《金匮要略》） 猪苓 泽泻 白术 茯苓 桂枝 茵陈

春泽汤《医方集解》白术 桂枝 猪苓 泽泻 茯苓 人参

春泽汤《奇效良方》泽泻 猪苓 茯苓 白术 桂心 人参 柴胡 麦门冬

胃苓汤（《丹溪心法》） 苍术 厚朴 陈皮 甘草 猪苓 泽泻 白术 茯苓 桂枝

举胎四物汤（《医宗金鉴》） 当归 芍药 川芎 白术 熟地黄 升麻 人参 陈皮

十 画

桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤（《伤寒论》） 桂枝 甘草 生姜 牡蛎 龙骨 大枣 蜀漆

桂枝甘草龙骨牡蛎汤（《伤寒论》） 桂枝 甘草 牡蛎 龙骨

桂枝加龙骨牡蛎汤（《金匮要略》） 桂枝 芍药 生姜 甘草 大枣 龙骨、牡蛎

桂甘龙牡汤加味（验方）桂枝 炙甘草 龙骨 牡蛎

桂枝人参汤（《伤寒论》） 桂枝 人参 甘草 干姜 白术

桂枝生姜枳实汤（《金匮要略》） 桂枝 生姜 枳实

桂附丸（《医学启源》） 桂枝 蜀椒 乌头 附子 干姜 赤石脂

桂枝甘草汤（《伤寒论》） 桂枝 甘草

桂枝去芍药汤（《伤寒论》） 桂枝 甘草 生姜 大枣

桂枝去芍药加附子汤（《伤寒论》） 桂枝 炙甘草 生姜 大枣 炮附子

桂枝甘草汤加肉桂方（验方）桂枝 甘草 肉桂

桂苓五味甘草汤（《金匮要略》） 茯苓 桂枝 甘草 五味子

桂枝去桂加茯苓白术汤（《伤寒论》） 芍药 甘草 生姜 白术 茯苓 大枣

栝楼薤白白酒汤（《金匮要略》） 栝楼 薤白 白酒

栝楼薤白半夏汤（《金匮要略》） 栝楼 薤白 白酒 半夏

栝蒌瞿麦丸（《金匮要略》） 栝楼根 茯苓 薯蓣 附子 瞿麦

栝楼薤白白酒汤合冠心Ⅱ号加减方（验方）栝楼 薤白 当归 红花 赤芍 川芎 桃仁 降香

栝楼薤白白酒汤加味方（验方）全瓜蒌 薤白头 法半夏 桂枝尖 广郁金 云茯苓 老檀香 炙甘草 白酒

栝楼薤白白酒汤加味方（验方）栝楼 薤白 半夏 桂枝 檀香 茯神 苏梗 红花 五灵脂 蒲黄 焦山楂 赤芍

胸痹病方（验方）栝楼 薤白 法半夏 厚朴 炒枳壳 苏梗 陈皮 生姜 麦芽

胸痹胸痛方（《金匮要略汤证论治》） 薏苡仁 熟附子 瓜蒌 薤白 半夏 赤芍 红花 降香 当归

胶艾汤（《金匮要略》） 当归 川芎 芍药 干地黄 阿胶 艾叶 甘草

通阳宣痹、心胃同治方（验方）瓜蒌 薤白 半夏 枳壳 橘皮 生姜 党参 生黄芪 桂枝 香附

通阳宣痹补中助阳方（验方）瓜蒌 薤白 半夏 炙甘草 白术

党参 桂枝 干姜 茯苓 杏仁 枳壳 橘皮

通脉四逆汤（《伤寒论》） 炙甘草 生附子 干姜

养心定志汤（验方）桂枝 炙甘草 太子参 茯神（茯苓）菖蒲 远志 丹参 麦门冬 川芎

养血安神汤（《万病回春》） 当归 芍药 川芎 白术 茯苓 生地黄 柏子仁 酸枣仁 陈皮 甘草 黄连

真武汤（《伤寒论》） 茯苓 芍药 白术 生姜 附子

真武汤加减方（验方）附子 黄芪 白术 茯苓 干姜 肉桂 车前子 当归 丹参 甘草

逍遥散（《太平惠民和剂局方》） 柴胡 当归 芍药 茯苓 白术 炙甘草 生姜 薄荷

柴胡加芒硝汤（《伤寒论》） 柴胡 黄芩 人参 甘草 生姜 半夏 大枣 芒硝

柴胡加龙骨牡蛎汤（《伤寒论》） 柴胡 龙骨 黄芩 生姜 铅丹 人参 桂枝 茯苓 半夏 大黄 牡蛎 大枣

柴胡桂枝干姜汤（《伤寒论》） 柴胡 桂枝 干姜 瓜蒌根 黄芩 牡蛎 甘草

柴胡疏肝散（《景岳全书》） 柴胡 白芍 枳壳，甘草 香附、川芎

十 一 画

清心生脉饮（验方） 川黄连 潞党参 麦冬 丹参 北沙参 元参 五味子 郁金 降香 瓜蒌皮 薤白 苦参

救逆汤（《温病条辨》） 炙甘草 生地黄 阿胶 麦门冬 白芍 生龙骨 生牡蛎 人参

麻黄附子细辛汤（《伤寒论》） 麻黄 细辛 附子

麻黄附子甘草汤（《伤寒论》） 麻黄 附子 甘草

猪苓汤（《金匮要略》） 猪苓、茯苓、泽泻、阿胶、滑石

猪苓散（《金匮要略》） 猪苓、茯苓、白术

温肾救心汤（验方）炙附子 白术 茯苓 白芍 生黄芪 五加皮 细辛 桂枝 五味子 甘草 生姜

理冠通痹汤（验方）当归 桂枝 瓜蒌 薤白 郁金 党参 丹参

制首乌　红花　川芎

黄芩汤（《伤寒论》）　黄芩　芍药　炙甘草　大枣

黄芪当归芍药散（经验方）黄芪　当归　芍药　川芎　泽泻　白术　茯苓

十　二　画

寒痹方（《温病条辨》）　熟附子　茯苓　炒苍术　草薢　川椒碳　小茴香　川楝子　木通

温阳活血方（验方）桂枝　赤芍　白芍　麻黄　附子　细辛　生姜　大枣　甘草

葛根黄芩黄连汤（《伤寒论》）　葛根　甘草　黄芩　黄连

葛根芩连汤加味方（验方）葛根　黄芩　黄连　生甘草　防己　黄芪　白术

十　三　画

葶苈大枣泻肺汤（《金匮要略》）　葶苈　大枣

十四画以上

酸枣仁汤（《金匮要略》）　酸枣仁　茯苓　知母　川芎　甘草

橘枳姜汤（《金匮要略》）　橘皮　枳实　生姜

薏苡附子散（《金匮要略》）　薏苡仁　大附子

薏苡附子败酱散（《金匮要略》）　薏苡仁　附子　败酱草

[General Information]
书名=心血管病经方论治
作者=阚方旭编著
页数=403
出版社=人民卫生出版社
出版日期=2007.6
SS号=11944306
DX号=000004904019
url=http://book1.duxiu.com/bookDetail.jsp?dxNumber=000004904019&d=3B283570F83289972D9E5070EF58F5B07&fenlei=16051702&sw=%D7%A8%BF%C6%D7%A8%B2%A1%BE%AD%B7%BD%C2%DB%D6%CE%B4%D4%CA%E9

封面
书名
版权
前言
理论篇
第一章　中医对心血管病的认识
第一节　心的生理功能
第二节　心病的病因病机
第三节　心病的治疗原则及常用治法
第二章　六经辨证与心病证治
第一节　太阳病证
第二节　阳明病证
第三节　少阳病证
第四节　太阴病证
第五节　少阴病证
第六节　厥阴病证
第三章　杂病病脉证并治与心病证治
第一节　胸痹病
第二节　心痛病
第三节　胸满瘀血病
第四节　心水病
第五节　惊悸病
第六节　痰饮病
第四章　仲景病邪理论与心血管病证治
第一节　痰浊
第二节　水饮
第三节　瘀血
第四节　寒邪
第五节　湿邪
第六节　毒邪
方剂篇
第一节　桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤
第二节　栝楼薤白白酒汤
第三节　人参汤

第四节　橘枳姜汤
第五节　茯苓杏仁甘草汤
第六节　葶苈大枣泻肺汤
第七节　薏苡附子散
第八节　乌头赤石脂丸
第九节　防己黄芪汤
第十节　炙甘草汤
第十一节　麻黄附子细辛汤
第十二节　桂枝甘草汤
第十三节　茯苓桂枝白术甘草汤
第十四节　五苓散
第十五节　真武汤
第十六节　四逆汤
第十七节　当归四逆汤
第十八节　当归芍药散
第十九节　大柴胡汤
第二十节　四逆散
第二十一节　葛根黄芩黄连汤
第二十二节　肾气丸
疾病篇
第一章　心血管病常见症状及经方治疗
第一节　胸闷胸痛
第二节　心悸
第三节　水肿
第四节　肢冷
第五节　头晕
第二章　充血性心力衰竭
第三章　心律失常
第四章　高脂血症、高黏血症和动脉粥样硬化
第五章　冠状动脉粥样硬化性心脏病
第一节　心绞痛
第二节　急性心肌梗死
第六章　高血压病
第七章　病毒性心肌炎

第八章　扩张型心肌病
第九章　心血管神经症
方剂汇编

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**

免责申明：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