

中

主编◎黎广强 等

实用临床诊疗 与 护理

SHIYONGLINCHUANG
ZHENLIAOYUHULI



吉林科学技术出版社

实用临床诊疗与护理

中 册

主 编 黎广强 潘 蔚 余向阳 朱庆辉
副主编 周艳萍 刘丽华 李玉国 程修荣 姜力刚
编 委 杨佳丽 许亚芬 高本洲 王维耿 孙丽云 张敏华
张鸿燕 王玉英 张辉平 王桂云
主 审 张东升教授 佳木斯大学
安珍玉教授 佳木斯大学

吉林科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用临床诊疗与护理/黎广强主编. —长春:吉林科学技术出版社,2006.3

ISBN 7-5384-3265-5

I. 实... II. 黎... III. ①疾病—诊疗②疾病—护理 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 009509 号

实用临床诊疗与护理(上、中、下)

黎广强 主编

责任编辑:李永百 封面设计:创意广告

*

吉林科学技术出版社出版、发行

哈尔滨市大众印刷厂印刷

*

880×1230 毫米 16 开本 79.25 印张 3 170 千字

2006 年 3 月第 1 版 2006 年 3 月第 1 次印刷

定价(上、中、下):118.00 元

ISBN 7-5384-3265-5/R·965

版权所有 翻印必究

如有印装质量问题,可寄本社退换。

社址 长春市人民大街 4646 号 邮编 130021

电子信箱 JLKJCBS@public.cc.jl.cn

传真 0431-5635185

网址 www.jkcbs.com

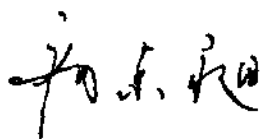
序

健康,是人类追求的永恒主题,是社会文明发展的标志之一。健康,已成为社会关注的热点问题。

当今,医学的目的已由“救死扶伤,实行人道主义”转变为“延长寿命,提高生命质量和健康促进”。这是历史的进步,也是观念的更新。

《实用临床诊疗与护理》一书就是由这样一些立志人类健康的基层医务工作者,结合自己多年的临床经验,并参阅大量国内外相关文献资料编撰而成。“他山之石,可以攻玉”。我相信,只要每一位基层医务工作者都能视人类健康为己任,立志创新,就能够真正体现以人为本、以健康为中心的职业宗旨。愿此书能为民众健康、家庭幸福、社会进步做出贡献。

黑龙江省卫生厅科教处处长”



2006年1月18日

前 言

随着现代医学科技的飞速发展,人类疾病的诊断与治疗技术及护理方法日新月异。

《实用临床诊疗与护理》一书是编者集多年临床经验,并参阅大量的国内外相关文献资料编写而成。本书系统、准确、扼要地介绍了临床常见疾病的诊断、治疗及护理,内容新颖、实用,病种全,查阅方便,是一部实用性很强的参考价值较高的临床工具书,可供基层临床医护人员、实习医师等在临床工作中阅读使用。亦可作为医学类大、中专学校的教学辅助用书。

本书在编写过程中,得到了有关领导及医学院校的大力支持,并在百忙中对书稿进行了审阅,借此表示衷心感谢!

本书部分内容属探索性尝试。正由于求新,就可能有不成熟和疏漏之处,恳请读者不吝赐教。

编委会

2006年1月

目 录

第一篇 中医内科疾病	1
第一章 冠心病	1
第一节 中医学对冠心病的认识	(周艳萍) 1
第二节 病因病机	(周艳萍) 3
第三节 诊断	(周艳萍) 5
第四节 鉴别诊断	(周艳萍) 6
第五节 辨证论治	(周艳萍) 7
第六节 治疗冠心病的常用中成药	(周艳萍) 11
第七节 冠心病的验方	(周艳萍) 15
第八节 冠心病中医药治疗的研究进展	(周艳萍) 16
第九节 古今医家治验荟萃	(刘丽华) 20
第十节 冠心病的非药物治疗	(刘丽华) 24
第十一节 冠心病的预防	(余向阳) 35
第十二节 冠心病的保健	(余向阳) 38
第二章 肝炎肝硬化	50
第一节 祖国医学对肝炎、肝硬化的认识	(余向阳) 50
第二节 肝炎、肝硬化诊断	(许亚芬) 55
第三节 肝炎、肝硬化治疗与康复原则	(许亚芬) 58
第四节 辨证论治	(许亚芬) 60
第五节 辨病论治	(许亚芬)(高本洲) 64
第三章 糖尿病	75
第一节 糖尿病的病因病机	(高本洲) 75
第二节 糖尿病的中医辨证施治及其他治疗	(李玉国) 76
第三节 糖尿病并发症的辨证治疗	(李玉国) 82
第四节 糖尿病治疗中的药物应用	(王维耿) 90
第四章 高血压	92
第一节 现代医学对高血压病的认识	(王维耿) 92
第二节 高血压病的病因、病机与辨证论治	(王维耿) 93
第三节 高血压病的复方及外用药治疗	(孙丽云) 101
第五章 吐酸	106
第一节 胃及十二指肠溃疡	(孙丽云) 107
第二节 慢性胃炎	(孙丽云) 110
第三节 慢性萎缩性胃炎	(张敦华) 112
第四节 急性胃黏膜病变	(张敦华) 113

第五节 胃癌	(张敏华) 115
第六章 眩晕	118
第一节 病因病理	(张敏华) 118
第二节 辨证施治	(张敏华) 119
第二篇 骨伤的诊断与治疗	124
第一章 锁骨骨折	(朱庆辉) 124
第二章 肱骨外科颈骨折	(朱庆辉) 125
第三章 肱骨干骨折	(朱庆辉) 127
第四章 肱骨髁上骨折	(朱庆辉) 129
第五章 肱骨髁间骨折	(朱庆辉) 130
第六章 肱骨外髁骨折	(朱庆辉) 132
第七章 前臂骨折	(朱庆辉) 133
第八章 桡骨干骨折	(朱庆辉) 134
第九章 尺骨上 1/3 骨折合并桡骨小头脱位	(朱庆辉) 135
第十章 桡骨远端骨折	(朱庆辉) 136
第十一章 舟状骨骨折	(朱庆辉) 138
第十二章 掌骨骨折	(朱庆辉) 139
第十三章 指骨骨折	(程修荣) 140
第十四章 肋骨骨折	(程修荣) 141
第十五章 胸腰椎压缩骨折	(程修荣) 142
第十六章 股骨颈骨折	(程修荣) 143
第十七章 股骨粗隆间骨折	(程修荣) 145
第十八章 股骨干骨折	(程修荣) 146
第十九章 髌骨骨折	(程修荣) 148
第二十章 胫腓骨骨折	(程修荣) 150
第二十一章 踝骨骨折	(程修荣) 151
第二十二章 跗骨骨折	(程修荣) 153
第三篇 肛肠疾病的中医治疗	155
第一章 内痔	(杨佳丽) 155
第二章 外痔	(杨佳丽) 158
第三章 混合痔	(杨佳丽) 159
第四章 肛窦炎	(杨佳丽) 160
第五章 肛门直肠周围脓肿	(杨佳丽) 161
第六章 肛瘘	(杨佳丽) 163
第七章 肛裂	(杨佳丽) 165
第八章 直肠脱垂	(杨佳丽) 167
第四篇 常见疾病的针灸治疗	169
第一章 类风湿关节炎	(王桂云) 169
第二章 颞颌关节功能紊乱	(王桂云) 171
第三章 颈椎病	(王桂云) 172
第四章 落枕	(王桂云) 173
第五章 肩关节周围炎	(王桂云) 174
第六章 肱骨外上髁炎	(王桂云) 176

第七章 腱鞘囊肿	(王桂云) 177
第八章 急性腰扭伤	(王桂云) 178
第九章 慢性腰扭伤	(王桂云) 179
第十章 踝关节扭伤	(王桂云) 180
第五篇 中西医结合诊疗疾病	182
第一章 呼吸系统疾病	182
第一节 急性上呼吸道感染	(黎广强) 182
第二节 急性气管——支气管炎	(黎广强) 184
第三节 慢性支气管炎	(黎广强) 186
第四节 慢性阻塞性肺气肿	(黎广强) 189
第五节 慢性肺源性心脏病	(黎广强) 191
第六节 支气管哮喘	(黎广强) 194
第七节 支气管扩张症	(黎广强) 198
第八节 呼吸衰竭	(黎广强) 200
第二章 循环系统疾病	203
第一节 慢性心功能不全	(姜力刚) 203
第二节 急性心功能不全	(姜力刚) 206
第三节 快速性心律失常	(姜力刚) 207
第四节 缓慢性心律失常	(姜力刚) 210
第五节 心脏瓣膜疾病	(姜力刚) 214
第六节 感染性心内膜炎	(姜力刚) 216
第七节 扩张型心肌疾病	(姜力刚) 218
第三章 消化系统疾病	221
第一节 返流性食管炎	(潘 蔚) 221
第二节 食管癌	(潘 蔚) 223
第三节 克隆病	(潘 蔚) 225
第四节 溃疡性结肠炎	(潘 蔚) 227
第五节 胃肠道功能紊乱	(潘 蔚) 229
第六节 肝性脑病	(潘 蔚) 231
第七节 急性胆囊炎	(潘 蔚) 233
第四章 泌尿系统疾病	235
第一节 急性肾小球肾炎	(潘 蔚) 235
第二节 肾病综合征	(潘 蔚) 237
第三节 慢性肾小球肾炎	(潘 蔚) 240
第四节 隐匿性肾小球肾炎	(潘 蔚) 242
第六篇 中医护理	245
第一章 中医一般护理	245
第一节 生活起居护理	(王玉英) 245
第二节 饮食护理	(王玉英) 246
第三节 病情察看	(王玉英) 249
第四节 病证后期调护	(王玉英) 254
第五节 七情五志护理	(张辉平) 255
第二章 内科病证中医临床护理	257

第一节	外感及肺系病证	(张辉平)	257
第二节	脾胃病证	(张辉平)	259
第三节	心系病证	(张辉平)	265
第四节	肾系病证	(张鸿燕)	268
第五节	肝胆病证	(张鸿燕)	271
第六节	气血津液病证	(张鸿燕)	274
第七节	经络肢体病证	(张鸿燕)	277
第三章	危重症的中医临床护理		280
第一节	高热	(张鸿燕)	280
第二节	血证	(张鸿燕)	281
第三节	神昏	(张鸿燕)	283
第四节	痘证	(张鸿燕)	284

第一篇 中医内科疾病

第一章 冠心病

冠心病是西医学的病名,在中医文献上没有冠心病这一病名。西医学把冠心病分为隐匿型、心绞痛型、心肌梗死型、心律失常和心力衰竭型、猝死型五个类型,依据每个类型的临床表现,可归为中医学中不同的病证范围。心绞痛相当于“胸痹心痛”、心肌梗死相当于“心厥”、心律失常相当于“心悸”、心力衰竭相当于“心水”、猝死相当于“厥脱”。现将胸痹心痛、心厥、心悸、心水有关内容论述于下。

第一节 中医学对冠心病的认识

一、对胸痹心痛的认识

胸痹病名最早见于《内经》,如《灵枢·本脏》云:“肺大则多饮,善病胸痹、噎痹、逆气”。心痛一名始见于马王堆古汉墓出土的《足臂十一脉灸经》,曰:“心痛,烦心……是动则病心痛”。《内经》中有关心痛的论述也很多,《灵枢·五邪》指出“邪在心,则病心痛”。至汉代仲景列专篇论述胸痹心痛,《胸痹心痛短气病》说:“胸痹之病,喘息咳唾,胸背痛,短气,寸口脉沉而迟,关上小紧数”,对胸痹、心痛的症状加以描述。关于胸痹心痛的部位,《圣济总录·胸痹门》指出:“胸痛者,胸痹痛之类也……胸膈两乳间刺痛,甚则引背脊,或彻背脊”。而《症因脉治·胸痛论》则认为“歧骨之上作痛,乃为胸痛”。

古代医家对胸痹心痛病因的认识大体可分为外邪致病、内伤致病两类。六淫之邪侵袭人体均可导致心痛,其中以阴寒之邪占居首位,《素问·举痛论》说:“寒气客于脉中则气不通,故卒然而痛”。《诸病源候论》指出:“心痛者,风冷邪气乘于心也”,《备急千金要方》亦认为:“寒气卒客于五脏六腑,则发卒心痛胸痹”。而胸痹心痛因外邪所致者,多伴有正虚,如《医门法律·中寒门》说:“胸痹心痛,然总因阳虚,故阴得乘之”。关于内伤致痛的论述,王叔和《脉经》中指出:“愁忧思虑则伤心,……心伤者,其人劳倦头下垂,心中痛彻背”,《济生方》曰:“夫心痛之病,皆因外感六淫,内伤七情,或食生冷果食之类”。关于病机,仲景提出“阳微阴弦”的观点,如《金匮要略》指出:“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”,这里的“阳微”即阳虚,“阴弦”即寒盛。《类证治裁·胸痹》也加以论述:“胸痹胸中阳微不运,久则阴乘阳位而为痹结也,其症胸满喘息,短气不利,痛引心背”。除阳微阴弦是胸痹心痛的病机外,痰凝、血瘀也是致病的因素,如《素问·脉要精微论》曰:“脉者,血之府也,……涩则心痛”,认为胸痹心痛因心脉瘀阻所致。

老年体衰,是胸痹心痛发生的基础,《素问·阴阳应象大论》曰:“年四十而阴气自半”,“年六十,阴痿,气大衰,九窍不利,下虚上实”。《金匮要略·胸痹心痛短气病》曰“阳微阴弦”,《诸病源候论·胸痹候》提出“因虚而发”的观点。

在治疗方面,《内经》已提出了针刺治疗的穴位和方法,虽然没有专方,但在《灵枢·五味》篇中记载“心病宜食蕤”。《金匮要略》主张宣痹通阳、化痰,创立了以薤白为主药的系列专方,如栝蒌薤白白酒汤,栝蒌薤白半夏汤及栝蒌薤白枳实汤等。《太平圣惠方》用高良姜、附子、桂心治疗心痛。《世医得效方·心痛门》提出了用苏合香丸“治卒暴心痛”。后世医家总结了前人的经验,又提出了活血化瘀法,如《证治准绳·诸病门》用大剂红花、桃仁、降香、失笑散治疗死血心痛《时方歌括》用丹参饮治疗心腹诸痛。清代王清任在《医林改错》中创立了血府逐瘀汤治疗胸痹心痛,而且一直沿用至今。以上所言,为胸痹心痛实证的治法方药。本虚是冠心病之胸痹心痛的基础,或因正虚,邪实乘之,或因实致虚,因此古代医家在治疗上不忘补虚,张仲景在《金匮要略》中,用人参汤治疗胸痹心痛之虚证,指出“气结在胸,胸满,肋下逆抢心,枳实薤白桂枝汤主之,人参汤亦主之”。《医门法律》强调用养阴益气法治疗胸痹心痛,“心痛者……为心虚,而用地黄白术补之”。

二、对心厥的认识

心厥即《灵枢·厥论》之真心痛,类似于《金匮要略·胸痹心痛短气病》“胸痹心痛”取二者之义,统称为胸痹心厥。西医学中心肌梗死与本病相类似,其特点是起病急骤,病情危重,变化较快,中老年人多见。临床表现为两乳之中鸠尾之间出现持续性、压榨性及难以忍受的疼痛,休息及含服芳香温通或硝酸甘油类不易缓解。兼有心悸、胸闷、气短、乏力、发热、纳呆、呕恶、自汗、烦躁、紫绀、肢沉。严重者伴有倚息不得卧,咳唾粉红色泡沫样痰,濒死感,或四肢厥冷,大汗淋漓,面色苍白;或心悸不宁,脉沉弱或脉微欲绝或促、结、代等。多因情绪激动、寒冷刺激、饱餐之后,过度劳累而诱发。

急性心肌梗死属于中医学“心痹”、“真心痛”、“胸痹”的范畴,历代中医文献中没有“冠心病、心肌梗死”的名称,但早在《黄帝内经》中就有关于“冠心病、心肌梗死”一些主要症状的描述。如《素问·痹论篇》论述:“心痹者,脉不通”,“痹……在于脉则血凝而不流”。《素问·脉要精微论》说:“脉者,血之府也,……涩则心痛”。胸痹在古代文献中称“心痛”。《素问·标本病传论》有“心病先心痛”,《灵枢·厥病篇》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”。张仲景在《金匮要略·胸痹心痛短气病》中指出“心痛彻背，背痛彻心”。明代医家方隅在《医林绳脉》中说：“真心痛，手足轻者不至节，或冷未至厥，此病未深，犹有可救”是对心厥轻症的论述。

关于心痛的性质则描述为刺痛、绞痛等，如《普济方》曰：“病发时心部被锥刀所刺”、“心痛暴绞急欲绝”。对心厥的伴随症状也有很多论述，《灵枢·厥病》曰：“厥心痛，色苍苍如死状”，《华佗遗书》记载“心病狂言，汗出如珠”。

在病因病机方面，主要由于外感寒邪、情志内伤、饮食不节及正气虚弱。《素问·举痛论》曰：“寒气客于五脏，厥逆上泄，阴气竭，阳气未入，故卒然痛，死不知人”，指出寒邪致病的特点。情志所伤也是引起心厥的重要因素，《杂病源流犀烛·心病源流》指出“喜之气的能散外，余皆令心气郁结而心痛也”。《内经》指出“阳气衰于下，则为寒厥，阴气衰于下，则为热厥”，指出阴阳衰退是致厥的基础。《圣济总录·中恶心痛》则认为心厥的发生与气血虚弱有关，指出“若心气不足，精神衰弱……卒然心痛如刺”。

关于心厥的预后，古代医家给予高度重视。《华佗遗书·论心脏虚实寒热生死逆顺脉证之法》指出：“心病则先心痛，而咳嗽不止，关脉不通，身重不已，三日死”，《四诊抉微·望诊》记载：“肩息，直视，心绝立死”。

三、对心水的认识

在中医学上无心衰之病名。根据心衰的临床病证分属于中医所述的“心悸”、“怔忡”、“水肿”、“喘症”、“痰饮”、“癰瘕”、“心痹”、“心水”等范畴。但归为心水更为贴切，关于症状的描述，《素问·藏气法时论篇》记载：“腹大胫肿，喘咳身重”。《素问·逆调论篇》云：“夫不得卧，卧则喘者，是水气之客也”。及“诸有水病者，不得卧，夫心属火，水在心是以不得卧而烦躁也”。“水在心，心下坚筑，短气，是以身重少气也”。又如《素问·痹证论》：“心病者，肿不消，烦则心下鼓，暴上气而喘”。这些论述均与心力衰竭的临床表现相似。

汉代张机《金匮要略·水气病脉证并治》明确提出“心水”之名，如：“心水者，其身重而少气，不得卧，烦而躁，其人阴肿”，又“心下坚，大如盘，边如旋杯，水饮所作”。《灵枢·胀论》指出“心胀者，烦心，短气，卧不安”。

“心水”的主症为怔忡，如《素问·至真要大论》曰：“心澹澹大动，胸胁胃脘不安，……病本于心”。此外，心水还可见身重浮肿，少气不足以息，甚则喘促不能平卧，右肋下肿块等。如《素问·水热论》说：“水病下为胫肿大腹，上为喘呼不得卧”。从《黄帝内经》时期至汉隋时期就认识到心衰可以出现浮肿、尿少、喘促难卧，肝脏肿大，烦躁及颈静脉怒张且搏动明显。

中医认为“邪之所凑，其气必虚”，所以致病的主要原因是“内虚”。即或有外邪致病的因素，也是在内虚的基础上方能致病。正气受损及内虚的原因为禀赋虚弱，病后失调及思虑劳倦过度等。有时六淫外邪致病亦为主要因素。例如《素问·痹论篇》所说：“脉痹不已，复感外邪，内舍于心”。认为风寒湿外邪反复侵袭肌肤关节血脉，并累及心脏，当心脏受累时影响“心主血脉”之功能则引起血脉运行不畅。心水原于怔忡惊悸《明医指掌·怔忡惊悸健忘证》曰“始则惊悸，久而心虚停饮，水气乘心，胸中滯澹，虚气流动……”。

关于舌象，梁玉瑜《舌鉴辨症》曰：“淡淡带青而湿润中伴青黑筋者，乃寒邪直中阴经也。必身凉四肢厥冷，脉沉缓或沉弦。宜四逆汤……回阳急救汤”。此条中所述之舌象符合大多数心衰之舌象变化。关于脉象，《舌鉴辨症》曰：“脉动之源根于心，每刻心跳若干次，则脉动亦若干次，此脉验心病颇显”。张锡纯《医学衷中参西录》更详细地描述有“三四次一停，停后复跳”的，这些记载均说明心水可见脉律（心律）不齐。

关于治法，《素问·汤液醪醴论》提出了“开鬼门”、“洁净府”之法，即汗法。《仁斋直指方》曰：“水气者”“逐水利小便”，《医贯》指出“治肿者，是以脾土为重”健脾利水。

四、对心悸的认识

关于心悸的记载，《内经》虽无此名，但有类似的描述，《素问·举痛论》曰：“惊则心无所倚，神无所归，虚无所定，故气乱矣”。《素问·至真要大论》曰“心澹澹大动”。《素问·平人氣象论》曰“乳之下，其动应衣，宗气泄也”。《素问·痹论》指出“心痹者，脉不通，烦则心下鼓”。另一方面，心悸病人，其脉搏亦常有相应的变化。或脉来疾数，或脉来缓慢，或脉参差不调，或乍疏乍数。

心悸的病名，古有惊悸、心动悸等，惊悸之病名，由《金匮要略》和《伤寒论》正式提出。《从金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》有“动即为惊，弱则为悸”之说。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》曰：“伤寒脉结代，心动悸，炙甘草汤主之”。在《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》中记载了“虚劳里急，惊，衄，腹中痛……小建中汤主之”。由此可见，张仲景不但对心悸的发病原因、病证表现有一定的认识，而且对心悸的治疗也作了专门的论述。

隋代巢元方在《诸病源候论·伤寒病源候·伤寒悸候》中说：“悸者，动也，谓心下悸动也”。《济生方》不仅对惊悸有所载述，又提出了怔忡的病名，曰：“夫怔忡者，此心血不足也”。

关于心悸的病因，《丹溪手镜·悸》责之为“有痰饮者，饮水多必，心下悸，心火恶水，心不安也”。《济生方》指出怔忡的发病原因在“真血虚耗，心帝失辅，渐成怔忡”。《丹溪心法》曰“责之虚与痰”。《惊悸怔忡》指出“怔忡者血虚，怔忡无时，血少者多，有思虑变动，属虚，时作时止者，痰因火动”。《医林改错·心慌》认为瘀血内停是导致惊悸怔忡的病理过程。

古代医家在心悸的治疗方面论述颇多，《金匮要略》提出了温化痰饮、温阳复脉等原则，创立了炙甘草汤，苓桂术甘汤。《济生方》提出了补养气血的观点。《景岳全书》曰：“宜安养心神，滋培肝胆，扶元气为主”。王清任认为有瘀血内停，采用活血化瘀法。

（周艳萍）

第二节 病因病机

一、胸痹心痛的病因病机

本病的发生与寒邪内侵、饮食不当、情志失调、年老体虚等因素有关。常因气候变化、饮食、情志失调、过度劳累而诱发。病性有虚实两方面,实为气滞、血瘀、寒凝、痰阻、邪滞心脉;虚则因肾阴虚、肾阳不足、心脾两虚、心脉失养所致。病机特点为本虚标实,多数先实后虚,也有先虚而后致实者,往往虚实夹杂。

(一)寒邪内侵

寒邪属六淫之一,以秋冬季节为盛,寒邪过盛,易袭人体;或素体阳衰,胸阳不足,阴寒之邪乘虚侵袭。寒主收引、凝聚,寒凝则气滞,痹阻胸阳,而成胸痹心痛。

(二)情志失调

七情是指人的精神情志活动,中医学将之归纳为喜、怒、忧、思、悲、恐、惊等七种情志活动。七情是人体对客观事物的不同反映,在正常情况下,一般不会使人致病。只有强烈或长期持久的情志刺激,超过了人体本身的正常生理活动范围,使人体气机紊乱,脏腑阴阳气血失调,才会导致疾病的发生。忧思伤脾,脾虚气结,气结则津液不得输布,遂而为痰;郁怒伤肝,肝郁气滞,气滞血瘀,或气郁化火,炼液为痰。无论气滞或痰阻,均使血行不畅,气血凝滞,痰瘀交阻,痹阻胸阳,不通则痛。

(三)饮食不当

饮食饥饱无常,暴饮,暴食,过食肥甘生冷,易损伤脾胃。脾虚不运,聚湿生痰,痰阻脉络,胸阳失展;酒性辛散,适当饮酒,可活血通脉,大量、长期饮酒,则易伤脾胃,痰浊内生,且酒性大热,助火,使痰从热化,或火热伤及阴津,心失所养均导致胸痹心痛。

(四)年老体衰

年过半百,肾气渐衰。肾阳虚衰,不能鼓舞五脏之阳,以致心气不足,或心阳不振;肾阴亏虚,则不能滋养五脏之阴,导致心阴亏虚。

二、心厥的病因病机

(一)正气不足

正气不足是心厥的主要病因,是病之本。年老体弱,肝肾渐亏;大病久病,气血不足,均可导致心之气血阴阳不足。如《圣济总录》曰:“若心气不足,精神衰弱……卒然心痛如刺”。心血(阴)不足,血不养心,血脉空虚,心失所养;心气(阳)虚,心脉鼓无力,瘀血停滞,心脉卒然闭阻,产生胸痛心厥。

(二)情志所伤

平素易怒,或大悲、大喜。怒则气机郁结,气郁日久则气滞,气滞导致血瘀,心脉闭阻则心痛。如《素问·脉要精微论》中指出:“脉者,血之府也……涩则心痛”。喜则气缓,心气涣散,心气暴绝。

(三)饮食不节

过食肥甘生冷,或嗜酒成癖,以致脾胃损伤,运化失调,聚湿生痰,痰阻脉络,心失所养则胸闷作痛。《太平圣惠方·治冷气心腹痛诸方》提出:“内伤饮食,而致发动邪气与正气相搏,随其上下,若上攻于心则心痛”。说明饮食不节也是心厥发生的因素。

(四)感受外邪

素体阳衰,胸阳不振,阴寒乘虚侵袭痹阻胸阳。《素问·举痛论》曰:“寒气客于背俞之脉,则脉泣,脉泣则血虚,血虚则卒然而痛”;阳气偏胜,郁而化热也可引起心痛,《素问·刺热》云:“心热病者,先不乐,数日乃热,热争则卒心痛”。《诸病源候论·心悬急懊痛候》指出:“邪迫于阳,气不得宣畅,壅滞生热,故心如悬而急,烦懊痛也”。此外,酒食之热、痰火、寒郁化火,也能导致心痛。

三、心水的病因病机

(一)邪实为患

1. 气候突变,外邪内袭,或劳累过度,或饮食不节如过饱及高盐饮食,或情志过极等,均可诱发或加重本病。

2. 感受外邪 风寒湿热之邪,袭表犯肺,壅塞不宣,致心脉阻滞;或因已有心脉闭塞,复感外邪,损伤心气,导致心水的发生,《素问·痹论》曰:“风寒湿冷杂合,合而为痹。……脉痹不已,复感于邪内舍于心”。

3. 情志所伤 大怒伤肝,肝气郁结,瘀血内停,心脉不通,心失所养,导致心悸怔忡,日久发为心水;思虑过度,劳伤心脾,心气不足,脾虚湿盛,水湿内停,也可导致心水的发生。《医学正传·怔忡惊悸健忘证》云:“夫怔忡惊悸之候,或因怒伤肝,或因惊气入胆,又或遇气繁冗,思想无穷,则心君亦为之不宁,故神明不安,而怔忡惊悸之证作矣”。

4. 水饮内停 多因脾虚,水津失运,或肝郁乘脾;或肾阳不足,不能蒸发水湿;或血液瘀阻,津液不能随血行,灌溉于周身,反为水湿,水湿内结,上凌心肺,下积肠腹,外溢四肢肌肤,发为心水。《素问·逆调论》说:“夫不得卧,卧则喘者,是水气之客也”。不仅描述出症状,同时指出病因“水气”。瘀血内阻多因正气虚衰,气虚无力推动血液运行,血瘀心脉;或痰浊阻

于血脉,脉道不通,心血瘀滞。日久心体胀大失用而成心水。《医方集解》曰:“水肿有痰阻、食积、血瘀”,说明心水与血瘀有关。久患心痹病,日久不复,则血脉不通,血行不畅,引起肺气不宣,气不宣则气暴上逆。心体鼓满肿胀,继则心气(阳)内虚,心乏开合之能,血行无力,瘀滞在心,因而机体内气血不充,外则肌肤血少不润,清气不足,浊气内蓄,迫使血中水津外溢而致心水。

(二)脏腑功能衰退

心肺气虚,年老体衰,心气(阳)不足,血液运行不畅,瘀滞不通,发为胸痹,怔忡,日久导致心水发生。肺主治节而朝百脉,肺络于心,久患肺心同病,或肺脏感受外在六淫之邪,或温热之气客于肺体,引起肺失肃降之力,治节之功失调,不能通调水道,则水津内蓄上焦,凌于肺,水气内结,血循不畅而瘀滞于心,致使心气内痹而成本病。

(三)肾气衰竭

肾为诸阳之本,心之阳气也赖肾阳资助,故无论心阳虚日久及肾,还是肾阳不足心失温养,终将表现为心肾阳虚、阴寒内生之证,如短气乏力、畏寒肢冷、心悸怔忡;肾阳亏虚,纳气失司则呼吸多吸少,气短难续;阳虚则水不化,可见夜尿较多,白天尿少浮肿,甚者水气上逆,凌心射肺则心悸、怔忡咳嗽倚息不得卧,吐泡沫样痰。

四、心悸的病因病机

(一)心虚胆怯

平素心虚胆怯之人,由于突然惊恐,如耳闻巨响,目睹异物,或遇险临危,使心神惊惶不能自主,渐至惊悸不已。如《素问·举痛论》所说:“心无所倚,神无所归,虚无所定,故气乱矣。”此外,如大怒伤肝,大怒伤肾,怒则气逆,恐则精却,阴虚于下,大逆于上,亦可动撼心神而发惊悸。如:《医学正传·怔忡惊悸健忘证》中所说:“或因怒气伤肝,或因惊气入胆……则心君亦为之”。

(二)心血不足

阴血亏损,心失所养,不能藏神,故神不安而志不宁。《丹溪心法》中明确指出:怔忡者血虚。怔忡无时,血少者多”。凡失血过多,久病血虚,以及思虑过度、劳伤心脾、耗伤心血,使之不能上奉于心,都能引起心悸。如《扁鹊心书·怔忡》中说“凡忧思太过,心气耗散……令人心下恍惚。”宋代严用和《重订严氏济生方·惊悸怔忡健忘门》中说:“夫怔忡者,此心血不足也。”明代戴思恭在《秘传证治要诀及类方·怔忡》中也有类似的叙述。“虚耗真血,心血不运,遂成怔忡,俗谓心忡脉乱是也”。

(三)心阳不振

大病久病之后,阳气衰弱,不能温养心脉,可引起心悸不安。《伤寒明理论·悸》篇说:“其气虚者,由阳气内弱,心下空虚,正气内动而悸也”,心阳不振也引起饮邪上逆水乘火位发为惊悸。心主阳气,心脏赖此阳气维持其生理功能,鼓动血液的运行,以资助脾胃的运化及肾脏的温煦等。若心阳不振,心气不足则无以保持血脉的正常活动,亦致心失所养而作悸。心之阳气不足,可致心失所养,心神失摄可以心悸,心阳不振,血脉鼓动无力,心脉瘀滞,气血不畅而心悸;心阳不足,气化失利,水液不得下行,停于心下,上逆亦可为悸。因此,心气不足而致的惊悸怔忡,常虚实夹杂为患。心气不足,气为血帅,血为气之母,失血过多或血虚日久,以及阳虚不足,均有心气不足的存在,因虚而致悸,如《张氏医通·神志门》指出“失血家是气虚悸”。唐代王焘《外台秘要》指出:“心气虚,则苦悲恐,惊悸恍惚,心中烦闷,耳目不明及健忘”。

(四)阴虚火旺

久病体虚,或房劳过度,或遣泄频繁,伤及肾阴;或肾水素亏,水不济火,虚火旺动,扰动心神。刘完素《素问玄机原病式·火类》中说:“水衰火旺,而犹火之动也。……谓之怔忡,俗云心忪,皆为热也”。张景岳在《景岳全书》中“水亏火盛而惊悸不宁者”,也是此类。肾阴亏虚,心肾不交,可引起心悸症状。如清代高鼓峰在《医家心悟·怔忡》中说:“怔忡,心血少也。其源起于肾火不足,不能上升,以致心火不能下降”。另外,清代吴澄《不居集·怔忡惊悸健忘善恐不眠》云:“惟虚损之人,阴亏于下,元海无根,气浮于上,振振胸膈,是心不能下交于肾,肾不能上交于心,则筑筑心动,惕惕恐畏,为怔忡惊悸者有之。……而心血不足,多由于肾之虚衰,不能上下交通而成水火既济也”。

(五)肝阴不足

肝阴亏虚导致心悸,因肝阴不足,肝血亏耗,使心血亦虚,心失所养,而发为心悸。如《石室秘录》说:“心悸非心动也,乃肝血虚不能养心也”。

(六)瘀血内停

心主血脉,若因心气不足,心阳不振,阳气不能鼓动血液运行;或因寒邪侵袭,寒性凝滞,而使血液运行不畅甚至瘀阻;或因痹证发展,《素问·痹论》“脉痹不已,复感于邪,内舍于心”,均会导致心脉瘀阻,而引起心悸怔忡。

(七)痰郁化火

痰热内蕴,复因郁怒,胃失和降,痰火互结,上扰心神。《医林绳墨·惊悸》中说:“又有心虚而痰郁,或耳闻大声,目击异物,心为物忤,是则为惊,乃痰因火动也”。清代吴澄《不居集·怔忡惊悸健忘善恐不眠》中也说:“心者,身之主,神之舍也。心血不足,多为痰火扰动,心神不宁,多为惊悸怔忡诸症”。

(八)水饮凌心

清代郑寿全《医法圆通·惊悸》中说:“悸者,心下有水气也。心为火地,得阴水以扰之,故心不妄。水停心下,时时荡

荡,故如有物忪也”。肾主水,“脾主运化水湿”脾胃阳虚,不能蒸化水液,停聚为饮,饮邪上犯,心阳被抑,导致心悸。正如《伤寒明理论·悸》篇说:“其停饮者,由水停心下,心主火而恶水,水既内停,心自不安,则为悸也”。

(周艳萍)

第三节 诊 断

一、胸痹心痛的诊断

1. 左侧胸膈或膻中处突发憋闷而痛,疼痛性质表现为绞痛、刺痛、隐痛。
2. 疼痛常可窜及肩背、前臂、胃脘部等,甚至可沿手少阴,手厥阴经循行部窜至中指或小指,并兼心悸。
3. 突然发病,时作时止,反复发作。
4. 情志波动,气候变化,饮食不节,劳累过度等诱发。
5. 实验室检查,心电图应列为必备的常规检查,必要时可作动态心电图、运动试验心电图、标测心电图和心功能检测等。休息时心电图明显心肌缺血(R波优势的导联上有缺血型S-T段下降,超过0.05mV或正常,不出现T波倒置的导联上倒置超过2mm)。心电图运动试验可呈阳性。

6. 证候特点

- (1)心气虚损证 隐痛阵作,气短乏力,神疲自汗。面色少华,纳差脘胀。舌质淡苔薄白,脉沉细或代、促。
- (2)心阳不振证 闷痛时作,形寒心惕,面白肢冷。精神倦怠,自汗肿胀。舌质淡胖苔薄白,脉沉细或沉迟或结、代,甚则脉微欲绝。
- (3)心阴不足证 忧思隐痛,五心烦热,口干多梦。眩晕耳鸣,惊悸潮热。舌质红少苔或苔薄黄,脉细数或代、促。
- (4)痰浊闭塞证 闷痛痞满,口粘乏味,纳呆脘胀。恶心呕吐,头重身困,痰多体胖。舌胖大,苔腻或白滑或黄,脉滑或数。
- (5)心血瘀阻证 定处刺痛,面晦唇青,怔忡不宁。肌肤甲错,毛发干枯,爪甲发青。舌质紫暗或见瘀斑,或舌下络脉紫暗,脉涩或结代。
- (6)寒凝气滞证 遇寒则痛,彻背掣肩,手足欠温。畏寒口淡,胁胀急躁。舌质淡苔白,脉沉迟或弦紧或代。

二、心厥的诊断

(一)临床表现

两乳之中,尾鸠之间出现持续性、压榨性及难以忍受的疼痛,休息及含服芳香温通药或硝酸甘油类不易缓解。轻者心悸、胸闷、气短、乏力、发热、纳呆、呕恶、自汗、烦躁、紫绀、肢沉。严重者伴有倚息不得卧,咳唾粉红色泡沫样痰、濒死感;或四肢厥冷,大汗淋漓,面色苍白,或心悸不宁,脉沉弱或脉微欲绝或促、结、代等。

(二)发病特点

起病急骤、病势危重,变化较快,中老年人多见。

(三)诱发因素

情绪激动,寒冷刺激,饱餐之后,劳累过度。

(四)实验室检查心电图示

病理性Q波,ST段呈弓背向上抬高,T波倒置,且心电图改变呈动态变化,出现急性缺血、损伤或坏死的典型衍变过程;心肌酶测定:CPK、CK-MB、LDH、AST增高,有确定的心肌酶变化。

(五)证候特点

1. 痰浊闭塞 心前区痞闷,胀痛彻背,如物之塞,恶心。脘腹胀满,纳呆,烦闷,头晕。舌体肥胖有齿痕,舌质淡,苔白腻,脉弦滑或沉濡而滑。
2. 气滞血瘀证 心前区刺痛,气促,口唇爪甲青紫。心悸、胸闷、腹胀、易怒。舌质紫黯或有瘀斑,苔少或淡灰而腻,脉多沉涩,或结、代、促,或有雀啄之象。
3. 阴血虚证 心前区烦闷而痛,头晕,口干,五心烦热。舌淡红,少苔或无苔,脉细数或促、代。

三、心水的诊断

(一)病史

原有心脏疾患,如胸痹心痛,心厥。多因外感、过劳而复发或加重。

(二)主症

心悸气短乏力,活动后加重。

(三)次症

咳嗽不能平卧,尿少、浮肿、下肢肿甚,腹胀纳呆,面色晦暗或黧紫,口唇青黑,颈部青筋暴露,肋下癥块,急者咯吐粉红色泡沫样痰,面色苍白,汗出如雨,四肢厥冷,更甚者昏厥,脉象数疾、雀啄、促、结、代、屋漏、虾游。

(四)心电图

有缺血性心电图改变,心脏超声提示心功能改变。

(五)证候特点

1. 阳衰气脱 心中澹澹大动,喘促不得卧,端坐呼吸,动则尤甚,畏寒肢厥,尿少,浮肿,汗出,颜面青紫,两额络脉怒张,口唇爪甲紫黯,颈静脉怒张而动,咳嗽,甚则咯血,腹胀,纳呆,舌质紫黯,舌体肿大,苔少,脉多微细而弱,或见结、代、促、雀啄之象。

2. 气虚血滞 胸中涩滞干痛,心悸气短,疲乏无力,咳嗽,或见咯血,腹胀纳呆,肋下痞块,下肢浮肿,尿少肢凉,颜面青黑,口唇,爪甲青紫,舌质青紫,苔黄厚腻,脉沉数而无力,或涩,或结或促或代,亦有雀啄、鱼翔之象。

3. 阴阳俱虚 喘悸胸满,口干咽燥,形寒肢冷,心烦躁寐、盗汗、倦怠嗜卧,渴而喜热饮,颈项肩背酸痛,腰酸,手足心热,头晕,面赤呈戴阳状,口唇红赤,舌尖红赤,苔黄白相兼,脉沉细数急,或结、代。

4. 营卫受邪 身微恶寒,肢节不舒,喘悸肢厥,心下逆满,气上冲胸,尿少足肿,咳嗽痰黄,颜面黧赤,口唇红赤而暗,舌红,苔薄白,脉浮而结、代。

5. 阴竭阳绝危证 喘悸不休,呼吸少,抬肩颧红,身冷肢厥,汗出如油昏愦谵妄,目睛不动,舌绛而萎,脉微欲绝,或散涩,或浮大无根。

四、心悸的诊断

(一)主症

自觉心中急剧跳动、惊慌不安、不能自主;心悸或快速或缓慢,呈阵发性或持续不止。

(二)次症

伴胸闷、易激动心烦、气短乏力,中年人发作频繁者,可伴有心胸疼痛,甚至喘促、肢冷汗出,或见晕厥。发作常由情志刺激、惊恐、紧张、劳倦过度、饮酒饱食等因素引起。

(三)脉象

见促、结、代、数、疾、沉、迟等变化。

(四)心电图

异常表现,分为快速型、缓慢型和节律紊乱等各种心律失常等;动态心电图可发现心律失常。

(五)证候特点

1. 心阴亏虚 心悸易惊,心烦失眠,口干微热,五心烦热,盗汗,舌红少津,脉细数。

2. 心阳不振 心悸不安,胸闷气短、面色苍白、形寒肢冷、舌质淡白、脉象虚弱或沉细而数。

3. 心血不足 心悸头晕,面色不华,倦怠无力,舌质淡红,脉象细弱。

4. 肝肾阴虚 心悸失眠,五心烦热,眩晕耳鸣,急躁易怒,腰痛遗精,舌红少津,脉细数。

5. 心虚胆怯 心悸,善惊易恐,坐卧不安,多梦易醒,恶闻声响,舌淡红,苔薄白,脉细弱。

6. 痰浊阻滞 心悸短气,心胸痞闷胀满,痰多,食少腹胀,或有恶心,舌苔白腻,或滑腻,脉弦滑。

7. 心血瘀阻 心悸怔忡,短气喘息,胸闷不舒,心痛时作,或形寒肢冷,舌质黯红或有瘀点、瘀斑,脉涩或结代。

8. 水饮凌心 心悸眩暈,胸脘痞满,形寒肢冷,小便短少,或下肢浮肿,渴不欲饮,恶心吐涎,舌苔白滑,脉象弦滑。

(周艳萍)

第四节 鉴别诊断

一、胸痹心痛的鉴别诊断

(一)与咳嗽胸痛的鉴别

胸痹心痛为心系疾病,多因素体阳气虚,或因受寒、过劳等致心脉痹阻所致;咳嗽胸痛,虽有外感内伤之分,但其致病因素必累及肺脏本身而发病,咳嗽胸痛在表现上是以咳为主,咳时胸痛或加重。而胸痹心痛则是以胸痛为主,偶见咳嗽但与胸痛无关,且多不伴外感诸症,更无久咳病史。咳嗽胸痛老年人、儿童皆见。胸痹心痛则多四旬以上。

(二)与胃脘痛的鉴别

胃脘痛多因长期饮食失节,过食生冷,饥饱失常,或素有顽痰瘀血、或脾胃虚弱,邪犯中焦所致。而胸痹心痛则以心脉痹阻为其病理特征;胃脘痛位居上腹部,以压痛,胀痛,灼痛为特征,持续时间较长。胸痹心痛则在胸膈部,持续时间短。若胃脘部痛甚,剧痛,持续时间长,既往无胃病史,则常是真心痛的表现;胃脘痛新病多实,久病多虚,疼痛发作与饮食有关,伴有泛酸、嘈杂、暖气等症状。而胸痹心痛,无论久新,痛时与进食无关,多兼心悸、怔忡、憋闷等。

(三)与胁痛鉴别

胁痛以肝胆二经病变为主,多因气滞血瘀,痰湿食积停滞,不通而痛,痛性有胀痛、刺痛等。胸痹心痛则由心脏痹阻而成,痛性有闷痛,刺痛、憋痛,绞痛等,无胀痛;胁痛多以右侧为主,肋下有压痛点。伴有恶心、善太息、或黄疽等,胸痹以左胸痛为主,向左肩背左上肢内侧放散;胁痛常兼肝胆系表现;胸痹心痛常见心系症状。

(四)与悬饮鉴别

悬饮胸痹可见肋间饱满、胀满不适,呼吸、咳唾则疼痛加剧,转侧受限。而胸痹心痛则无此症状。悬饮胸痛多为持续性,饮减痛减,饮消痛消。胸痹心痛则为发作性,时作时止。胸痹发作时可引及左肩背或左臂内侧,常于劳累、饮食、受寒、情绪激动而诱发,休息或含服硝酸甘油可迅速缓解。

(五)与真心痛鉴别

真心痛亦称心厥,多由胸痹心痛反复发作而致,其特点为突然剧烈胸痛,持续不解,伴有大汗出、肢冷、面白、口唇青紫、手足青至节、脉微细或脉结代,属危重症;而胸痹心痛以阵发性胸部闷痛为主,疼痛的程度及持续的时间较真心痛轻,失治误治可发展为真心痛。

二、心厥的鉴别诊断

(一)与胃脘痛鉴别

胃脘痛疼痛位置在剑突下(心下),伴有恶心、呕吐、吞酸、腹胀、腹泻、便秘等证,一般情况较好,发作多以饥饱不调有关,心厥主要在左胸,少数在胃脘部,疼痛突发、剧烈,伴心悸唇甲青紫,大汗淋漓,脉微欲绝,平素无胃病史。

(二)与胸痛咳嗽鉴别

胸痛证为胸中阳气闭塞引起,病位在上焦,心肺均已累及,但最初损害肺常先有慢性咳嗽史及肺部其他疾病史,以后逐渐损害心脏,以咳嗽痰喘为主要特征。心厥为发作性,以左胸疼痛为主,多不伴咳嗽。

三、心水的鉴别诊断

(一)与哮喘鉴别

哮喘是一种突然发作的以呼吸喘促,喉间哮鸣有声为临床特征的疾病。哮喘发作时也常呈端坐呼吸,或口唇青紫,但既往无心脏病史,临床无心悸、浮肿、肋下肿块等表现,发作与接触或进食某些致敏物质有关。

(二)与肾性水肿鉴别

肾性水肿多与外感风寒、风热有关,起病较急,面目先肿,兼有尿少、腰痛,或兼头胀头痛,借助尿常规检查可发现蛋白尿或血尿,血中尿素氮、肌酐增高。而心性水肿呈下垂性,卧位时腰骶部水肿。常有胸痹心痛、真心痛或心悸病史。

四、心悸的鉴别诊断

(一)与卑证鉴别

“卑证,心血不足病也”。与怔忡病类同。其症为胸中痞塞,不能饮食,如痴如醉,心中常有所见,喜居暗室,或倚门后,见人即惊避无地。卑证为一种神态异常病,而心悸之证则无情志异常。心悸常见脉结、代、促、迟缓、数疾等。

(二)与胸痹鉴别

胸痹为痰浊、瘀血等阴邪凝结,闭阻胸阳,络脉不通,而引起胸满闷痛,甚则痛引彻背,喘息不能平卧。而心悸之证,虽有胸中满闷不适,甚则疼痛,但主要以痰饮停于心下,水气凌心所致,症状以心悸心慌为主。二者不能混为一谈。胸痹心痛患者病情危重时,亦可并发心悸。而心悸严重时也伴胸痹心痛。

(三)与奔豚鉴别

奔豚发作之时,亦觉心胸躁动不安。《难经·五十六难》云:“发于小腹,上至心下,若豚状或上或下无时”,称之为肾积。《金匮要略·奔豚气病脉证治》云:“奔豚病从小腹起,上冲咽喉,发作欲死,复还止,皆从惊恐得之”。其鉴别要点在于心悸为心中剧烈跳动,发于心;奔豚乃上下气冲逆,发自小腹。多因肾脏阴寒之气或肝经气火逆冲所致,伴腹痛、往来寒热等。

(四)与心下悸、心下痞鉴别

心下指胃脘,心下悸指心下(胃脘处)惕惕然跳动而言。心下痞指胃脘满闷不舒,按之柔软不痛的症状。其与心悸的鉴别要点在于:心下悸与心下痞病位皆在胃,而心悸病位在心。心悸常有脉律不整或快、慢不一。

(五)惊悸与怔忡鉴别

怔忡与惊悸均属心悸范围。怔忡每由内因引起,并无外惊,自觉心中惕惕,稍劳即发,病来虽渐,但鉴况较差,病情较为深重;惊悸则相反,常由外因而成,偶遇外来刺激,均可发病,时作时止,病来虽速,但全身状况较好,病势浅短。

(周艳萍)

第五节 辨证论治

一、胸痹心痛的辨证论治

(一)心气不足

[临床表现]心痛隐隐,时作时止,动则气短,自汗心悸,而色白,声息低微,舌有齿痕,苔白,脉细弱。

[治法]益气养心,活络止痛。

[方药]生脉散合保元汤人参、黄芪、麦门冬、五味子、桂枝、炙甘草、生姜。方中人参大补元气,黄芪、炙甘草益气健脾,以补气血生化之源;五味子敛肺气,生姜、桂枝温阳以益气;气虚自汗,津液外泄,用人参、麦冬、五味子取生脉散组方,以益气养阴。

[加减]兼见气滞血瘀之象者可加用当归、川芎、丹参以行气活血。兼见痰湿之象者可合用茯苓、白术以健脾化痰。

(二)心阳不振

[临床表现]心悸动而痛,胸闷,神倦怯寒,遇冷心痛加剧,气短,动则更甚,四肢欠温,自汗,苔白或腻,舌质淡胖,脉细迟或结代。

[治法]温补心阳。

[方药]参附汤合桂枝甘草龙骨牡蛎汤:人参、附子、桂枝、甘草、龙骨、牡蛎。方中人参、附子温阳益气;桂枝、甘草温补心阳;龙骨、牡蛎安神定惊。

[加减]阳虚寒凝加红花、丹参、当归、养血活血;病情严重,汗出肢冷,口唇青紫,喘促不得卧,加服黑锡丹以回阳救逆。

(三)气阴两虚

[临床表现]胸闷隐痛,时作时止,心悸气短,倦怠懒言,面色少华,头晕目眩,遇劳则甚,舌偏红或有齿痕,脉细弱无力或结代。

[治法]益气养阴,活血通络。

[方药]生脉散合人参养营汤:人参、麦冬、五味子、甘草、当归、白芍、熟地黄、肉桂、大枣、黄芪、白术、茯苓、远志、陈皮、生姜。方中人参、黄芪、白术、甘草、茯苓、生姜、陈皮、大枣健脾益气,以助生化气血之源;麦冬、熟地黄、当归、白芍为滋阴养血;远志、五味子养血安神;肉桂温补心气。

[加减]胸痛可加丹参、三七、益母草、郁金、五灵脂等以活血通络;若脉结代,为气虚血少,血不养心所致,可合炙甘草汤以益气养血,滋阴复脉。

(四)阳气虚衰

[临床表现]胸闷气短,甚则胸痛彻背,心悸,汗出,畏寒,肢冷,腰酸,乏力,面色苍白,唇甲淡白或青紫,舌淡白或紫暗,脉沉细或沉微欲绝。

[治法]益气温阳,活血通络。

[方药]参附汤合右归饮:人参、附子、肉桂、熟地、山茱萸、枸杞子、杜仲、山药。方中人参大补元气;附子、肉桂温肾壮阳,以养心阳;熟地、山茱萸、枸杞子、杜仲补肾填精。

[加减]若见面色唇甲青紫、大汗出、四肢厥冷,脉沉微欲绝者,乃心阳欲脱之危候,可重用红参(直别参)、附子,并加用龙骨、牡蛎,回阳救逆固脱;若阳损及阴,阴阳两虚者,可再加麦冬、五味子,以温阳滋阴并用;若肾阳虚衰,不能制水,水气凌心,症见心悸,喘促,不能平卧,小便短少,肢体浮肿者,可用真武汤加汉防己、猪苓、车前子温阳利水。

(五)心血瘀阻

[临床表现]胸部刺痛,固定不移,入夜更甚,时或心悸不宁,舌质紫暗,脉象沉涩。

[治法]活血化瘀,通络止痛。

[方药]血府逐瘀汤:当归、川芎、赤芍、红花、桃仁、生地、枳壳、柴胡、牛膝、橘梗、甘草。方中当归、赤芍、桃仁、红花等均为活血祛瘀之品;柴胡疏肝,枳壳理气,一升一降,调整气机。取气为血帅,气行则血行之意,牛膝引血下行。

[加减]若胸痛甚者,可酌加降香、郁金、延胡索以活血理气止痛;若血瘀轻者,则可改用丹参饮,方中丹参活血化瘀,治血瘀作痛;檀香温中理气,兼治心腹诸痛;砂仁温胃,能疏散胸中郁闷。三药相伍配用,能活血化瘀,理气止痛;心痛较剧,合用失笑散;气滞较重,加沉香、檀香、荜茇理气止痛。

二、心厥的辨证论治

(一)气滞血瘀

[临床表现]胸痛剧烈,痛如针刺,牵及肩背,或引及下颌痛、牙痛、手臂痛、咽部梗塞等,并见胸闷、汗出,口唇爪甲青紫,舌质紫暗,或有瘀斑点,脉弦涩。

[治法]理气活血止痛。

[方药]血府逐瘀汤:当归、桃仁、红花、川芎、赤芍、柴胡、枳壳、甘草、生地黄、川牛膝、橘梗。方中当归、川芎、赤芍、桃仁、红花活血祛瘀,枳壳、柴胡、理气止痛;牛膝引血下行。

[加减]疼甚者加乳香、没药、降香;因寒致病,遇冷加重者,加制川乌、桂枝;因情志诱发者,加香附、郁金等;气滞重者加延胡索、青皮。

(二)痰浊壅塞

[临床表现]胸闷如窒,胸部如有物阻塞,恶心或吐涎,腹胀,纳呆,眩晕,舌体胖大有齿痕,舌质淡,苔白腻,脉弦滑或沉濡面滑。

[治法]温阳涤痰 泄浊开结。

[方药]栝蒌薤白半夏汤:栝蒌、薤白、半夏、白酒。方中栝蒌开胸中痰结,半夏化痰降逆,薤白辛温通阳。

[加减]症状重者加入干姜、白蔻仁通阳豁痰,理气温中。

(三)脾肾阳虚

[临床表现]症见心悸,气喘,咳嗽,畏寒肢冷,腰酸尿少,面色苍白或见青紫,全身水肿。舌淡苔白,脉沉细或结代。