

中医治疗冠心病十法浅论

陕西科学技术出版社

中医治疗冠心病十法浅论

于天星 编著

陕西科学技术出版社出版

(西安北大街131号)

陕西省新华书店发行 陕西省印刷厂印刷

开本787×1092 1/32 印张2.5 字数37,000

1984年2月第1版 1984年2月第1次印刷

印数1—9,000

统一书号: 14202·80 定价: 0.25元

前 言

《中医治疗冠心病十法浅论》所表达的主要论点是，就冠心病心绞痛治疗来讲，以“同病异治”方法，是当前主要趋势；而“芳香温通疗法”，则具有中止心绞痛的速效苗头，值得深入研究；认为羌活一类辛温解表药，可能具有新的临床价值。还强调了扶阳抑阴观点，在防治老年病上的实际意义。

作为探讨治疗冠心病心绞痛的文集，主要反映我目前的认识水平，因此，文内的不当或偏见，想必不少，请广大读者批评指正。

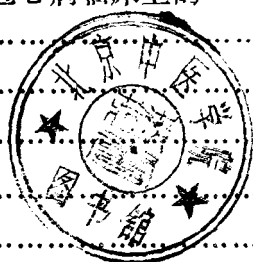
编 著 者

一九八二年十月于中医研究院

西苑医院

目 录

关于同病异治与十法问题.....	(1)
中医治疗冠心病十法浅论.....	(3)
芳香温通疗法在防治冠心病临床上的 应用.....	(27)
七情与冠心病.....	(39)
扶阳抑阴与冠心病.....	(44)
葛根的临床应用.....	(49)
论羌活.....	(58)



关于同病异治与十法问题

探讨中医治疗冠心病的方法，无疑要与中医基础理论体系密切联系起来。各种治病方法，都来源于实践，各有其具体的适应范围。这些不同的方法，主要都是以中医的“证”为特点，来灵活采用的。

各种方法，主要由于“证”的差异性所决定。

从冠心病的概念上看，有统一性；从不同的个体上来看，各有不同的证候特点，这是它们的矛盾特殊性。抓住这一特点，采用相应方法进行治疗，就能体现中医辨证论治的优越性。这就是通常所谓“同病异治”。

为什么各种不同的治疗方法，甚至相反的方法，都能治疗冠心病呢？从冠心病心绞痛这个相对固定概念上去理解，当然有差异，有矛盾。其实正是这些不同的、甚至是相反的方法中，又具有统一性，或称之谓同一性。这是因为它们从根本上讲，归根到底还是“直接”改善了心肌供血，其所以不同的是从不同的兼证入手罢了。所以，中医治疗冠心病，从多数情形上看，是对心绞痛以外的“第二级”症候进行归类，按

中医的“审证求因”原则，进行论治。可见，各种方法在本质上是一致的。这一点，被近年的药理实验所证实。

又为什么一定要这样复杂的采用很多不同方法呢？这是因为中药成份复杂性所决定。它们除了能缓解心绞痛的共同病理学机理以外，很多中药，还具有各种兼症的适应性。这样看来，每法都有二重性。几乎可以这样总结：各种方法，仅仅不过是“异途同归”。由此看来，在单味中药提炼、合成以前，以中医方法治疗冠心病，采用各种不同方法进行“证”的治疗，这一点将会持续很长时间，大概是不可避免的。

从表面上看，这是很麻烦的事情。但是就我们目前的认识水平来考虑，这又是麻烦之中合理的途径。试想，若统统提炼出具有抗心绞痛的有效成份来缓解心绞痛，那么，患者的第二级症候（心绞痛以外的临床表现），可能依然存在，尤其重要的是，第二级症候，在某种意义上讲，恰好具有“体质特点”，不给予纠正，就违背了具体病人的体质特征。

我在1972年总结辨证论治冠心病心绞痛的时候，从实践中归纳成“十法”。为了能使这“十法”在理论上略微详细论述，我又写了《中医治疗冠心病十法浅论》一文，主观上希望能从临床应用角度出发，尽可能表达得清楚一些。

中医治疗冠心病十法浅论

遵循祖国医学辨证论治原则，以临床经验为基础，将中医治疗冠心病，归纳为十法，予以简要论述。

此十法，虽属常用，但未必尽合情理。要想找到治疗冠心病的较好方法，必须广开思路，不断地进行比较鉴别。就目前情况看，尚难肯定何种方法最为可取。各种方法的疗效，也因各种复杂因素交错存在，使得鉴别比较发生了困难。这些问题，有待以后逐步加以研究解决。下面仅就所归纳的十法，逐一论述，以供临床参考。

第一法 补气养血

本法适应于气血两虚一般性的病例。其特点，大都与“脾”有关，多为脾阳不振或脾气下陷。

临床症状为：疲乏无力，畏冷，四肢不温，便溏或溏而不爽，并伴见血虚阴损现象，脉象细数，舌尖

偏红，似与《素问》通评虚实论所谓的“重虚”（重音从）提法相符合。原文有：“帝曰：何谓重虚？岐伯曰：脉气上虚，尺虚，是为重虚。”又有：“所谓气虚者，言无常也。尺虚者，行步愆然。脉虚者，不象阴也。”对于这几句话，清代高士宗在《黄帝素问直解》中解释说：“阴阳气血皆虚，是谓重虚”。甚为中肯。

此类患者，其心绞痛发作时，多不典型。在相当多病例中，以胸闷憋气感觉为其主要特征。心绞痛时，EKG提示冠状动脉供血不足。以上所列各症，较符合气虚阴血亦虚。在中医看来，气血关系以气为主，气帅血行。《素问》生气通天论说：“凡阴阳之要，阳密乃固”。阳即气，故气虚为主；虽气阴两虚，但以阳气无力为主，定位在“脾”。可见补气养血一法，重在扶脾。与肾之阴阳虚损，显然有区别。代表方剂：补中益气汤，或当归补血汤。在阴血亏损中，还可配用许叔微《普济本事方》之白薇汤。

李东垣《脾胃论》中所列之补中益气汤，其组方之意，在于补中益气，升阳举陷，为中气不足或下陷者而设。中医认为，脾升清阳，胃降重浊、升降乘逆，则出现乏力便溏、头昏等证，恰与冠心病之伴见脑动脉供血不足者相类似。故选用本方以升其清阳，

降其重浊，复其斡旋。方中之黄芪，证实能增强机体之耐受性。且黄芪、人参配伍，具有微妙的作用，故以气虚为特点之例尤宜。升麻、柴胡，具有升举脾阳之力，为舒肝达郁而设，均含有黄酮类化合物——故不仅可改善冠状动脉流量，也可改善脑动脉供血。单纯从中医角度看，本方配伍时，补气而不令气滞，既有养血之当归，又有疏肝之柴胡。由此可见，本方配伍严谨有序，立意周到。

又有景岳举无煎方，亦可应用。本方由黄芪、人参、白术、炙甘草、升麻组成。其功效，益气升陷。对于舌质淡，脉虚，面色㿠白，气短懒言，怔忡畏冷，肢软无力，一派气损之证，颇为适宜。人参、黄芪、白术、甘草，补中益气，升麻辅助黄芪升阳举陷。从临证体会，运用本方亦可配伍陈皮、枳壳各15克，令使补而不滞。

白薇汤中的白薇，本属咸寒之品，入肝胃二经。然而本品含有挥发油及强心苷，对于气虚又挟有阴分不足，内热烦渴倾向者颇宜选用。在气虚阴亦虚情形下，在运用益气之品的时候，应当尽可能配伍白薇（30克），具有很好的养阴除烦作用。

这里，还有一个问题，需要加以研究，就是关于疼痛病证，是否可以运用补法？历来是有争论的。认

为不当用补法的，系根据病因“不通”。《医鉴》对腹痛、身体痛治疗说：“治诸痛不可用补气，气旺不通而痛愈甚，故云通则不痛，痛则不通也”。朱丹溪说的更直捷：“诸痛不可补气”。验之临床，倘若确属“气滞”、“气有余便是火”的趋势，显然邪盛，不当取补法，这是理所当然的。倘若系血气不足，而经脉运行不畅作痛者，不取补气益血之法，何法治之？

《星海》载有一案，颇有见解：

“家叔祖（讳守礼）初为太学生，家素封，体气有余，参、朮分毫不能用。后因业中微，两手脉时一歇至。或八九至一歇，或二三十至一歇。再后选任平阳，即不歇至矣。比还家，歇至如初。年七十余，忽患胸胀腹满之病。因其素性不喜补，他医概以消导药治之，腹胀不除。予诊其脉，平素虽歇至，然甚强实。今病脉弱，且高年，又必无大有余之理。遂用人参、黄芪，如补中益气之类，倍升麻，服下即瘳。喜曰：吾年已老，未闻补药能消胀者，此何以故？予曰：叔祖年高，年高则气弱，膈中之气所以不能行。且服克伐药过多，气益弱矣。今补则气旺，再用升提药提其清气，清气升则浊气自降。所谓胀者，浊气耳，浊气既降，岂有不消之理哉”。可见把握病机至关重要。

依我理解，痛者，是否可用补法，取决于病家是否确有“重虚”特点。倘若脉症属气血阴阳不足，用补益气血一法，不当有顾虑。但当谨守病机，不可过头。如本文报告病例6，就是因为吴萸、薤白、升麻等辛温过热，遂见虚火上炎，相火妄动，故宜适事为故，适可而止。

病例1：患者夏×，女，60岁。

患者有心绞痛史已七年，每每略劳辄发心绞痛。初诊时，每日可发作7—8次，其中有3—4次需含用硝酸甘油酯片方可缓解。其中医证候特点有：胸闷，头痛，肢麻，气短，心悸，躁而难眠。EKG证实有慢性冠状动脉供血不足（ST_I、avF、v₅水平型下降达0.075mv），并伴有其它高脂血症之生化指标及高血压八年病史，因而被诊为高血压动脉硬化性心脏病心绞痛。在中医看来，胸闷，气短，乏力，每因过劳而发，皆为脾虚之证；其心悸、躁而难眠；舌尖略赤、舌边黯，脉小弦且细，又符合血虚阴亏之证。取补气养血法。处方如下：

党参30克	当归12克	川芎12克
红花12克	鸡血藤30克	郁金10克
赤芍10克	葛根15克	

水煎服。

治疗结果：三个月后，心绞痛明显减轻，由原每日发作7—8次，减少为每周发作3—4次，且停用硝酸甘油酯片。EKG复查结果，显示冠状动脉供血有所改善。

其中，所用葛根一味所起之作用，应当予以重视。

备用方剂：

《济生方》归脾汤，亦为典型补益心脾方剂，常为临床所选用。众所周知，脾胃为气血生化之源，脾虚血少，则心失所养，每易出现怔忡健忘，精神疲惫。方内人参、黄芪、白术，甘草补脾益气，又辅以茯苓、远志、酸枣仁、龙眼肉、当归养血补心安神，木香调理气机，令补而又不滞。临床上，通常可用于冠心病心绞痛缓解期，伴有动脉硬化者。对于若干病例的体质的复元颇有益处。

第二法 活血化瘀

近年来，国内中西医结合研究冠心病，很重视活血化瘀疗法。其理论根据是血脉不通则痛，以活血化瘀治疗，变不通为通。大量实践证明，本法确有疗效。但选用本法，须有中医所谓瘀血指征：

1.疼痛明显，部位固定。

2.舌有瘀斑，舌质紫黯或面色黯无光泽。或面有明显色素沉着。

3.脉见涩象。

凡具其中一项者，即可采用活血化瘀方法。以患者无明显气虚之证者，效果较佳。倘气虚为主挟有瘀血者，常可导致出血倾向，或乏力不适，当与补气之品配伍。

代表方剂，我们常选张锡纯《医学衷中参西录》之活络效灵丹。其书解说：“治气血凝滞，痲痹症瘕，心腹疼痛，腿疼臂痛，内外疮疡，一切脏腑积聚，经络湮瘀”（药味组成：当归、丹参、生明乳香、生明没药），是我们作为活血化瘀法的代表方剂之一。临床应用时，又参考了张仲景《金匱要略》之温经汤方意，取吴茱萸、桂枝两味，加于前方，名曰“新加活络效灵丹”。其理，在于血得温则行，意在加强活血化瘀之力。《神农本草经》一书，对吴茱萸一药的记载：本药“主温中下气，止痛，除湿血痹，逐风邪，开腠理，咳逆、寒热”等证。甄权《药性本草》说：本药可治“产后心痛”。大明《日华诸家本草》说：本药能“下产后瘀血……通关节……”。据此，可以认为吴茱萸不仅具有温中散寒，制吐止泻之

效，且有明显的定痛之功。王焘《千金备急要方》所列吴茱萸汤治疗心痛的内容，对那些瘀血表现明确，而寒邪内闭未解者，用之颇宜。至于桂枝，辛温通心阳，乃众所周知。联想到《素问》刺禁论篇有“心布于表，肾治于里”的记载。因阳气主升，当选表药，以通其阳，即所以调治其心也。

病例2：患者刘××，女，家庭妇女。

患者有心绞痛病史已五年，每因情绪躁急而发心绞痛，其痛固定于左乳下，疼痛难忍，伴汗出，肢体发凉，平均每日发作一次，未含硝酸甘油片。发作后15分钟自行缓解。患者十年前被诊断有胃下垂。平日症候：脘腹胀闷，伴有凉感，烦躁易怒。舌薄苔白，质略黯并有细碎瘀点，脉弦紧而涩。每晨起时，肢体有麻木之感。EKG显示：慢性冠状动脉供血不足(ST I、II、avF 水平型下降超过0.05毫伏，T_I，avF 双相：先负后正)。中医据脉舌参证诊断为：血凝气滞，寒邪内闭。取新加活络效灵丹方随证变化，加减出入，经六个月之治疗，患者心绞痛竟然长达三个月未见发作，而心电图亦见改善：T_I、avf直立，ST亦较前改善。

第三法 宣阳通痹

明代张景岳《类经》说：“阴寒之气，客于肌肉筋骨之间，则凝结不散，阳气不行，故痛不可当”。又说：“寒则血凝涩，凝则脉不通，不通则痛矣。”这个提法，对于理解心绞痛的病因有临床指导意义。在《金匱要略》一书中，又有“胸痹心痛短气病脉证治篇”。所谓痹，是闭塞之意。胸痹，是胸中痞塞不通；认为本病的形成是由阳之虚，阴之盛。正如原文所说：“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。”这段经文，是以“阳微阴弦”来论述胸痹的发病机理。阳微，是指寸口脉象的“微”，寸口属上焦，寸口脉微，就是阳虚于上。所谓阴弦，与上相反，在于阐述阴盛于下，正由于下焦之阴盛，乘上焦的阳气不足，而形成了寒邪结居胸中的局面。据此理，当宣通胸中不振之阳气，兼驱下焦阴寒之邪气，其胸痹心痛可解。从中医阴阳学说角度看，这就是扶阳抑阴的治则。本篇所说的“胸痹心痛短气”，验之临床，确有轻重不同之分。正如《医宗金鉴》所指出的那样：“凡实阴之邪，发得以上乘阳

虚之胸，所以胸痹心痛。胸痹之病，轻者，即令之胸满；重者，即令之胸痛也”。本篇内提出了“平人无寒热，短气不足以息者，实也”。这些记载，对于我们近年来治疗冠心病心绞痛深有启示。临床上常用的瓜蒌薤白白酒汤，瓜蒌薤白半夏汤，枳实薤白桂枝汤，以及薏苡附子散等，都来源于此。所谓“宣痹通阳”，就是以上述方剂宣通胸阳，进而疏通血脉，胸中“大气一转，其气乃散”。

鉴于此种病型，有明显虚实之分，临床选药当有区别。

宣痹通阳之通用方：瓜蒌薤白白酒汤。痛证较著者，当取薏苡附子散或乌头赤石脂丸；痛而不重，以憋闷为主者，当取枳实薤白桂枝汤。

病例3：患者崔××，男，55岁。

患者因心痛彻背而就诊，EKG证实为陈旧性前间壁心肌梗塞，伴广泛性慢性冠状动脉供血不足（ $T_{V_1V_2}$ 呈QS图形， $T_{V_4-V_6}$ 倒置）。患者平素经常有胸前区堵闷不适感，常无明显诱因而发作心绞痛，痛时胸中“如有冰块”，其痛难忍，不敢移动，冷汗涔涔。诊其脉，弦紧而实。观其舌，苔白质淡。为胸阳不振，寒邪内闭之证。取《金匱要略》薏苡附子散法。处方如下：

薏米30克 附子(制)15克 川楝子10克
薤白15克 干姜3克 巴戟天15克
水煎服。

前方曾配用过川芎、红花、没药等。连用一个月，胸前区疼痛已有明显好转，每日所发作之心绞痛，已不伴有“冰块”感。两月后，心绞痛未见发作（治疗第四个月时，曾有反复，有过数次较剧烈之心绞痛，曾用过川芎、红花、没药等）。八个月后，病情稳定，连续三个月未见心绞痛发作，自觉较前有气力。届时查心电图：陈旧性心肌梗塞心电图形未有变化，而慢性冠状动脉供血不足，却有明显改善（ $TV_1V_2V_3$ 仍呈QS图形， $TV_4V_5A_3$ 已直立）。

第四法 平肝育阴

本法适用于冠心病伴有高血压病，而中医辨证为肝肾阴虚者。冠心病之阴阳失调，通常先有阴虚，尔后阳亢，终则导致阴阳两虚。

临床证候特点为：少部分有肝经实火，多数为阴虚。其共性，除有心绞痛、胸闷而外，另有头晕耳鸣，目弦目涩，肢体麻木，性急善怒，心烦不安，面红若醉。或见躁热，心肾不交所致失眠健忘，手足心