

引用:袁宏伟,石宇奇,刘津,朱博,张茜,董博文,燕敏,杜武勋.杜武勋运用五脏生克制化辨证模式治疗冠心病经验[J].湖南中医杂志,2020,36(7):16-18.

杜武勋运用五脏生克制化辨证模式 治疗冠心病经验

袁宏伟¹,石宇奇²,刘津²,朱博²,张茜²,董博文²,燕敏²,杜武勋¹

(1. 天津中医药大学第二附属医院,天津,300250;

2. 天津中医药大学,天津,300193)

[摘要] 介绍杜武勋教授多年运用五脏生克制化辨证模式治疗冠心病的临床经验。五脏生克制化辨证模式是杜教授多年潜心研究五运六气所创立的一种辨证模式,该辨证模式以五运六气理论为基础,结合患者出生、发病、就诊等关键时间点综合分析其脏腑盛衰及发病倾向,进而对临床提供指导。五脏之间因生、克、复的关系而紧密联系,一脏有病必累及他脏,故临证治疗冠心病除应考虑“心”外,还应考虑与心有关的其他脏腑,并综合分析病机,顾及整体平衡,以提高临床疗效。并举验案1则,以资佐证。

[关键词] 冠心病;五脏生克制化辨证模式;五运六气;名医经验;杜武勋

[中图分类号] R259.414 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.07.006

杜武勋,教授,主任医师,博士研究生导师,全国第六批名老中医药专家学术继承指导老师。杜教授潜心临床、教学、科研工作三十余载,博采众长,勤于临床,学验俱丰,擅长治疗心血管疾病。杜教授悉心研读《黄帝内经》多年,临证推崇气化理论和五运六气学说^[1-2],尤其对《黄帝内经》运气九篇的内容有着独到的见解,并据此创立了“五脏生克制化辨证模式”,用以分析患者的体质和病因病机,进而指导临床诊疗。现将杜教授运用五脏生克制化辨证模式治疗冠心病的经验总结如下。

1 中医学对冠心病的认识

冠心病属于中医学“胸痹”“心痛”“真心痛”等范畴,《素问·标本病传论》《灵枢·本脏》等均有记载,而《金匮要略》则在其基础上又进行了补充和完善,并设专篇论述,提出胸痹的病机为“阳微阴弦”,属本虚标实之证。宋、金、元是医学发展的昌盛时期,《太平圣惠方》记载诸多治疗胸痹心痛的方剂,多为芳香辛散、益气养血之品,在治疗上以标本兼顾为法。明代王肯堂,清代陈念祖、王清任等医家都提出了运用活血化瘀法治疗胸痹的观点,其中王清任创血府逐瘀汤治疗胸痹心痛及各种血瘀证,被广泛传用。现代医家郭维琴指出,

瘀血是导致胸痹、心痛的致病因素,而胸痹病性为本虚标实,故其治疗多以益气活血为基本原则^[3]。张学新等^[4]认为,胸痹的病机为心阳不足、血脉不通,需随证而治,将通法总结为以下4种基本治法:温阳化痰、益气化瘀、祛风散寒和行气。赵明芬等^[5]将胸痹分为3期论治,认为其早期为气血阴阳亏虚;而随后水饮、痰瘀、气滞、寒凝等邪逐渐形成,此为中期;后期则为邪气积聚于心脉而发为胸痹心痛。祝珍珍^[6]通过对医案进行统计分析发现,古今医家对胸痹的认识均可从虚实论述,虚为气血阴阳亏虚,实为气滞、寒凝、血瘀、热郁、痰湿等,病位主要在心,亦有心肺同病、心脾同病、心胃同病等。

综上所述,冠心病病机可分为虚实两方面,实则瘀血、气滞、痰浊、寒凝等有形实邪闭阻胸阳,阻滞心脉;虚则为气血阴阳亏损,心脉失养。诸多医家将关注点放在与症状表现直接相关的脏腑——心,而对于间接影响发病的其他脏腑关注较少,尤其是脏腑之间的生克关系以及患者先天脏腑虚实对发病的影响。五脏之间由于生、克、复的紧密关系,胸痹一病的发病不仅与心相关,还与肝脾肺肾四脏均相关联。如《金匮要略》中“夫治未病

基金项目:天津市卫生健康委员会、天津市中医药管理局中医、中西医结合科研课题(2017140);天津市教育委员会科研计划项目(2018KJ017);全国第六批名老中医药专家学术经验继承工作项目

第一作者:袁宏伟,男,副主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中西医结合治疗心血管疾病

通讯作者:杜武勋,男,主任医师,教授,博士研究生导师,研究方向:中西医结合治疗心血管疾病, E-mail: cnduwux@163.com

者,见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,即是此意。这便是五脏生克制化辨证模式不同于传统辨证模式的精髓所在。

2 五脏生克制化辨证模式的建立

五脏生克制化辨证模式是杜教授在潜心研究运气学说多年,对《黄帝内经》运气九篇有了深刻的理解后,将其理论应用于临床,从中寻找规律、总结经验所创立的一套不同于传统辨证模式的诊疗方法。该辨证模式是基于五运六气理论,将3个时间点(分别为出生时间、发病时间和就诊时间)的运气特点对五脏功能盛衰的影响进行整体把握,进而分析患者体质以及病因病机的一种辨证模式。

五运与六气对人体疾病所造成的影响多以运为主,气为辅。从运来讲,五运有太过不及,在人体通过五行生克制化的关系,对五脏皆可产生影响,其所涉及的脏腑,包括与岁运相应之本脏、岁运所胜之脏或所不胜之脏、复气之脏、甚至反侮之脏。从气来说,六气以风、热、暑、湿、燥、寒配以三阴三阳,主要通过“司天之气”和“在泉之气”对人体产生影响。凡运太过者或司天、在泉之气所应之脏,则其脏盛而有余;凡运不及或司天、在泉之气所胜之脏,则其脏衰而不足。运气相合,对人体产生综合影响。

五脏生克制化辨证模式与传统辨证模式如八纲辨证、气血津液辨证、六经辨证等并不冲突,而是相互补充、相互促进的,该辨证模式亦是通过四诊来捕捉患者信息,通过传统辨证方法判断脏腑气血的虚实盛衰。不同的是,除了考虑患者发病的直接致病脏腑外,对间接致其发病或发病后受累的相关脏腑亦给予关注,如六甲年土运太过,人们易生土湿之病,土胜克水,水生木,木气来复克土,故该年出生的人群除易患脾湿之病外,还可能出现肾系及肝系的症状。如某一年的运气特点加重了六甲年患者原有的体质偏性,便更易引起疾病发生。临床诊疗中,除了以主诉就诊的患者外,亦不乏症状表现不甚明显的患者,而对于发病后极易受累继而虚损的脏腑也要予以顾护。此时五脏生克制化辨证模式可有助于分析脏腑盛衰的情况,提示可能出现的疾病发展倾向,引导医师分析病机,从而对疾病做出正确的判断。

3 从五脏生克制化角度探讨冠心病病机

冠心病患者常以胸闷憋气、心前区疼痛等症状

为主诉就诊,可伴有心中烦闷燥热、心慌心悸、头晕、耳鸣、眩晕、失眠多梦等症,属心系疾病,其病位主要在心,但与肝、脾、肺、肾四脏均相关。心属火,从脏腑盛衰的角度来看,心火有太过不及之分,故由运气相合,凡可涉及到“火”,无论是太过或是不及,均有可能发生心悸。从运来讲,岁火运太过(戊年)、岁火运不及(癸年),与火对应之“心”受病,可致胸痹。火运太过,心相对表现出胜而太过的征象,心火亢盛,邪热灼津,血行不畅,瘀阻为心脉,故发为心前区疼痛;心火燔灼,耗伤气阴,故发为胸痹短气。心阳过胜,致心阴相对不足,失于濡养,虚火内生,故发为胸中燥热烦闷。现代医家总结的胸痹辨证分型中的瘀血闭阻证、心阴亏损证的部分证候与此相关。火运不及,心相对表现出衰而不足的征象,心失于阳气充养,心阳心血不足,心失于濡养,无力推动血液运行,发为心前区不适或伴心慌气短;阳虚寒凝,形成瘀血、水饮、痰浊等病理产物瘀阻脉中,致心脉不通,发为胸中气涩、短气。现代医家辨证分型中的心气不足、心阳不振、寒凝心脉、痰浊闭阻等部分证候与此相关。

除“心”本脏的病变外,由于五脏之间存在生克制化的关系,其他脏腑亦可引起心脏的病变,若医者将关注点仅放在“心”上,常会忽略疾病发生发展的主要病机,或忽视与心脏病变相关的其他脏腑,导致对疾病的判断不够准确,而五脏生克制化辨证模式可以很好地解决这一问题。从运来讲,岁水运太过(丙年),所胜之心火受乘而病;岁水运不及(辛年),火反侮之,致火太过;岁金运太过(庚年),所胜之肝木受病,肝木之子心火来复,致火太过;岁金运不及(乙年),金所不胜之火乘之,致火太过,亦可发生心悸。从气来说,为少阳相火司天(寅、申年)或在泉(巳、亥年)、少阴君火司天(子、午年)或在泉(卯、酉年),则更易使心火受病。此外,从脏腑病机来讲,肝、脾、肺、肾均与胸痹相关。若肝失疏泄,气机壅滞于胸中,则出现胸闷憋气、情志不畅;脾虚不能运化,产生痰浊水湿等病理产物壅塞脉中;肺金不及火亢胜之,肾水不及,心火失于制约,均可加重心火炽盛程度。以上所列年份为可能出现心火受病的情况,但并不代表一定会出现心系疾病,同理,其余年份亦不排除涉及“心”的可能,临床中当需根据患者具体表现,联系相关脏腑具体分析,这也是五脏生克制化辨证模式灵活性和准确性的体现。

4 典型病案

徐某,女,78岁,辛巳年出生(1941年10月25日),2019年1月28日初诊。主诉:间断胸闷憋气三十余年,加重十余天。患者自诉30年前无明显诱因出现胸闷憋气,于外院诊断为“冠状动脉粥样硬化性心脏病”,病情间断发作。十余天前因患者劳累后自感心前区不适加重,胸闷憋气,伴心慌、乏力、气短,活动后加重,休息后缓解,无明显胸痛。遂就诊于某社区诊所,查心电图示:心率90次/min,Ⅱ、V3~V6导联AT段压低0.1mV,T波低平、双向;心脏彩超示:主动脉硬化,左室舒张功能减低。为求进一步治疗来诊。现症见:时有心前区不适,胸闷憋气,气短、乏力,自觉心脏跳动无力,无明显胸痛,平素四肢不温,纳可,寐安,二便调。舌淡、苔黄,脉浮数无力。查体:血压130/75 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),脉搏88次/min。双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音,心脏听诊各瓣膜区未闻及病理性杂音。既往有高血压病病史十余年,最高达170/80 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),未规律检测。西医诊断:1)冠状动脉粥样硬化性心脏病;2)高血压病3级(极高危)。中医诊断:胸痹,心肾不交证。西医治以降压、调脂、抗血小板聚集、改善心肌代谢等,中医治以滋肾健脾、清心泻火为法。组方如下:五味子15g,熟地黄10g,巴戟天10g,杜仲15g,山茱萸30g,茯苓30g,炙甘草6g,干姜12g,枳实10g,法半夏12g,煅龙骨30g,煅牡蛎30g,黄连15g,黄芩15g,柴胡15g,白芍15g。4剂,每天1剂,水煎服。1月31日二诊:患者诉心脏无力感较前减轻,服药后感胃部不适,近日血压控制尚可,稳定在140/80 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)左右,舌淡红、苔黄,脉浮数无力。守原方加陈皮、白术各20g。14剂,煎服法同前。2月14日三诊:患者胸闷憋气减轻,乏力、气短好转,近日血压平稳,舌淡红、苔薄微黄,脉数。继服7剂稳定症状,增强疗效。

按语:患者出生于1941年10月25日,属辛巳年,该年上为厥阴风木司天,中为少羽水运不及,下为少阳相火在泉。结合辛巳年的五运与六气,患者的体质表现为心三焦胆火热淫胜,肝风肺燥偏胜,脾肾寒湿体质,肾肝心三焦胆脾肺易受邪感病,发病后易出现上热风燥、中湿下寒的疾病病机特点,其中肾水不足是病机关键,在司天与在泉之气的影

响下,肝风太过与内热炽盛亦表现突出。故肾水不足、土湿偏胜、肝木风火偏胜是患者的主要体质特点。患者2019年1月20日左右病情加重,正值大寒日前后,正属戊戌年与己亥年交司时刻。戊戌年上为太阳寒水司,中为太微火运太过,下为太阴湿土在泉。己亥年上为厥阴风木司天,中为少宫土运不及,下为少阳相火在泉。故发病时上一年中运之火未去,新一年司天之厥阴风木已至,肝木克伐脾

土,使脾土渐虚,风火偏胜。结合患者出生时体质特点及发病时运气特点,患者本属肾水不足,土湿偏胜,肝木风火偏胜,又逢此时风火相燔,脾土被克,故而分析患者此次发病的主要病机为心火燔灼、肾水不足、肝郁脾虚。心火燔灼,耗伤气阴,故患者自觉心脏跳动无力、心前区不适;脾主四肢肌肉,肝木偏胜,脾土被伐,故倦怠乏力;加之肾水不足,生化乏源,故气短。结合患者舌脉,属心火偏亢、肾水不足之证。

患者就诊时为己亥年初之气,运气特点与发病时基本一致,治疗当遵上述病机,以清心泻火、滋肾健脾为主要原则,属泻南补北法。方中黄连、黄芩清心泻火,合龙骨、牡蛎敛浮越之火邪下行;巴戟天、山茱萸、熟地黄、杜仲、干姜温补肾水,五味子引上诸药入肾,肾水充足则真阳潜藏,内热自除,乃釜底抽薪之举。法半夏、茯苓、炙甘草健脾;同时患者肝木偏胜,予柴胡、枳实、白芍平肝,共奏伐木补土之效。

参考文献

- [1] 李晓凤,杜武勋,张茜,等. 五脏生克制化辨证模式的建立与应用[J]. 中医杂志,2017,58(22):1898-1901.
- [2] 杜武勋. 五运六气体质辨识及选方用药指导[M]. 上海:上海交通大学出版社,2018:221-223.
- [3] 梁晋普,王亚红,秦建国. 郭维琴教授益气活血法治疗冠心病临证经验[J]. 北京中医药大学学报:中医临床版,2013,20(5):44-46.
- [4] 张学新,刘艳军,李俊,等. 中医通法治疗胸痹的学术思想探析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(21):129-130.
- [5] 赵明芬,安冬青. 胸痹心痛病因病机三期论[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2008,16(7):833-834.
- [6] 祝珍珍. 基于古今医案的胸痹(冠心病)病机研究[D]. 武汉:湖北中医药大学,2018.

(收稿日期:2019-10-15)

刮痧的基本方法:刮痧的常用手法

补法(轻刮法) 力度小,速度慢,刮痧板和皮肤角度为45°,被刮者无疼痛等不适感,刮后皮肤仅出现微红,适用于儿童、妇女或老年体弱者,以及疼痛敏感部位、虚证人群。

泻法(重刮法) 力度大,速度快,以患者能承受为度,适用于年轻力壮,体质较强,或背部脊柱两侧,下肢及骨关节软组织较丰满处,以及实证、热证、痛证者。(http://www.cntcm.com.cn/yskp/2020-07/13/content_78212.htm)