

● 医案医话 ●

升阳益胃汤加减治疗心悸验案1则

董博文¹, 燕 敏¹, 朱 博¹, 袁宏伟²

(1. 天津中医药大学, 天津, 300193;

2. 天津中医药大学第二附属医院, 天津, 300250)

[关键词] 心悸; 升阳益胃汤; 验案

[中图分类号] R256.21, R249

[文献标识码] B

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.09.030

“升阳益胃汤”自出李杲生前定稿并作自序的唯一一部著作——《内外伤辨惑论》，后在《脾胃论》中被进行了进一步理论阐发。方以培土补中、甘温除热、甘寒泻火为原则，由黄芪、半夏、人参、炙甘草、独活、防风、白芍、羌活、陈皮、茯苓、柴胡、泽泻、白术、黄连共十四味药组成，用于李东垣所言“肺之脾胃虚证”之“脾胃之虚，怠惰嗜卧，四肢不收。时值秋燥令行，湿热少退，体重节痛，口苦舌干，食无味。大便不调，小便频数，不嗜食，食不消。兼见肺病，洒淅恶寒，惨惨不乐，面色恶而不和，乃阳气不伸故也”^[1]。袁宏伟主任医师系第六批全国名老中医药专家学术经验继承人，其研读经典，博采众方，从事中医临床工作多年，经验丰富。笔者（第一作者）有幸跟师临证，现将其运用升阳益胃汤加减治疗心悸验案1则介绍如下。

张某，女，50岁。主诉：心悸、脘腹胀闷2个月余。患者2个月前由于情志不畅出现心悸气短、脘腹不适等症状，于他院消化科就诊欲行无痛电子胃镜检查，查心电图示：窦性心动过缓，心率46次/min，为行胃镜检查而作调理，遂至天津中医药大学第二附属医院心血管科就诊。现症见：患者心中悸动不安，有空虚感，胃脘部轻微胀闷不适，情志不畅，神疲乏力，舌质淡、边有齿痕，苔白，脉弦细。西医诊断：窦性心动过缓。中医诊断：心悸，心脾两虚、寒凝气郁证。治宜升阳益胃、养心平悸。方用升阳益胃汤加减。处方：党参15g，白术15g，黄芪20g，黄连6g，清半夏10g，炙甘草10g，陈皮10g，茯苓15g，泽泻15g，防风10g，羌活10g，柴胡12g，白芍15g，枳壳10g，干姜5g，厚朴10g，鸡内金10g。4剂，每天1剂，水煎，早晚分服。二诊时，患者自诉心悸、腹胀症状缓解，但小腹部时有寒凉不适感，饮食寒凉后尤其时有大便不成形。前方去厚朴、鸡内金，加小茴香6g。7剂，煎服法同前。三诊时，患者诉因心烦家中琐事，服药后改善不明显，但较最初发作时症状已多有改善，现偶有欲呕

症状，故前方加吴茱萸2g，并嘱煎药时放入生姜5片（1元硬币大）。4剂，煎服法同前。四诊时，患者诉服药后心悸、腹胀、欲呕症状明显改善，现口干，偶有嗝气、咽部不适。复查心电图示：窦性心律，心率67次/min。调整处方如下：党参15g，白术15g，生黄芪20g，黄连9g，清半夏10g，炙甘草10g，陈皮10g，茯苓15g，泽泻15g，防风10g，羌活10g，柴胡12g，白芍15g，枳壳10g，干姜9g，代赭石（先煎）15g，天花粉15g。4剂，煎服法同前。五诊时，患者诸症均不明显，上方再进7剂，2d服1剂，并嘱其调畅情志、饮食清淡，忌食生冷之品，注意腹部保暖。

按语：心动过缓、悸动不安属中医学“心悸”范畴。本病多因体虚劳倦、七情所伤、感受外邪、药食不当而导致气血阴阳亏耗，心失所养、心主不安。本案患者平素体质较差，又受情志内伤导致气机瘀滞，心脾阳气受损，出现心悸气短、脘腹不适等症状。究其病因，治从脾胃，治宜升阳益胃、养心平悸，方选升阳益胃汤加减，取得良好疗效。本方取六君子汤、小柴胡汤、半夏泻心汤等诸多方，并加以利湿理气之品，全面改善后天之本，可广泛用于心动过缓、亚健康状态、病后康复等情况。本案患者心动过缓、悸动不安等症正是由于脾胃虚、气血生化乏源、心失所养而发，加之情志因素的诱因，故选用升阳益胃汤补中升阳，方中人参易为党参，去独活，加厚朴、鸡内金健运脾胃，使气血得以生化，养心定悸；加枳壳理气宽中，干姜温中散寒止痛。方证相应，其后又针对患者兼症予以加减治疗，如加温中散寒之小茴香治疗少腹冷；加吴茱萸、生姜取吴茱萸汤之意——“干呕，吐涎沫，头痛者，吴茱萸汤主之”，以治疗脾胃虚寒之欲呕；加代赭石取旋覆代赭汤之意——“伤寒发汗，若吐若下，解后心下痞硬，噎气不除者，旋覆代赭汤主之”，以治疗食管不适、嗝气、欲呕，并加天花粉以滋阴清热、生津止渴。

升阳益胃汤在《脾胃论》中是以脾胃为核心,运用“升降沉浮补泻法”调整全身性气机。其具有补气健脾、调和胃肠、升清降浊、益气固表、祛风胜湿、缓急止痛等多种作用,该方补而不滞腻,升散而不伤正,动中有守,守中有动,动静结合。临床应用本方应从证论治。以本案为例,虽主症在心,但究其病因乃脾阳虚衰、气血生化乏源所致之心神失养,故不治心而心悸自解,体现了中医学“异病同治”的临床辨证思维,临床上可借鉴使用。

参考文献

[1] 李东垣. 李东垣医学全书·脾胃论[M]. 太原:山西科学技术出版社,2012:64.

基金项目:天津市卫生健康委员会中医中西医结合科研课题(2017140)

第一作者:董博文,女,2017级硕士研究生,研究方向:中医内科学(心血管病方向)

通讯作者:袁宏伟,男,副主任医师,硕士研究生导师,研究方向:心血管疾病的临床与实验研究,E-mail:cnyuanhongwei@126.com

(收稿日期:2019-12-12)

快针至阳及背俞穴治疗 稳定型心绞痛 1 例

孙 冉,王海荣

(天津中医药大学第一附属医院,天津,300193)

[关键词] 稳定型心绞痛;针刺疗法;至阳;背俞穴

[中图分类号] R259.414 **[文献标识码]** B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.09.031

冠状动脉粥样硬化性心脏病(以下简称冠心病),即冠状动脉粥样硬化导致管腔狭窄或阻塞而引起心肌缺血、缺氧,从而引发的心脏疾病^[1]。临床上可将其分为慢性心肌缺血综合征与急性冠状动脉综合征,其中稳定型心绞痛是目前最为常见的冠心病类型,针刺治疗可以改善患者的症状,提高生活质量。现将验案 1 则介绍如下。

刘某,女,70岁,因“间断胸闷憋气三十余年,加重1周”就诊。患者30年前无明显诱因出现间断胸闷、憋气,多发生于劳累后,以心前区压榨样闷感为主,可持续十余分钟至数十分钟,于当地医院诊断为“冠心病”,自行休息或服药后可缓解。患者诉近1周内劳累后出现胸闷憋气加重,自行服用芪参益气滴丸后症状未见明显好转,伴头晕,偶有头胀。既往无高血压病、糖尿病、脑血管病病史,有腰椎管狭窄病

史四十余年。查体:体温 36.4℃,心率 78 次/min,律不齐,呼吸 18 次/min,血压 112/79 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa)。结膜无充血,眼睑无水肿,胸廓对称无畸形,心脏各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,肝脾未触及肿大,双下肢无水肿。舌暗红、苔薄白,脉细涩。心电图示:窦性心律不齐,Ⅱ、V4~V5 ST 段低平。心脏超声示:1)主动脉硬化;2)左室壁运动欠协调;3)左室舒张功能降低;4)主动脉瓣、二尖瓣、三尖瓣、肺动脉瓣轻度返流。西医诊断:冠心病(稳定型心绞痛)。中医诊断:胸痹(气虚血瘀型)。治法:温阳益气,通脉止痛。因患者腰部疼痛不宜久卧,故在基础药物(速效救心丸口服,240 mg/次,3 次/d)治疗上选用快针治疗。针刺选穴:心俞、膈俞、至阳。局部皮肤常规消毒后,以 1.5 寸毫针向脊柱方向斜刺约 1 寸并施术,心俞、膈俞施用捻转补法,至阳施用捻转提插平补平泻法,使各穴均达到酸麻胀的针感,得气后持续操作 1 min 起针,1 次/d,以 6 次为 1 个疗程。初次针刺后患者即感胸闷憋气明显好转;治疗 5 次后患者自诉胸闷憋气发作频率下降至 1~2 次/d,且持续时间缩短。治疗 11 次后患者症状缓解,连续 3 d 内未再发作。复查心电图示:窦性心律,大致正常。舌淡红、苔薄白,脉弦滑。

按语:在中医中,冠心病被归属于“胸痹”“厥心痛”等范畴。《素问·脏气法时论》言:“心病者,胸中痛,胁支满,胁下痛”,阐明了心病所引起的疼痛分布范围,说明古人对于胸痹早有认识。而“胸痹”之名正式被提出则是在《金匮要略》中,张仲景首次对“胸痹”进行了病因病机及治法方药的论述,并提出了“阳微阴弦”的概念。其中“阳微”是指上焦阳虚、胸阳不展,“阴弦”是指阴邪内盛、上乘阳位,即“阳微”与“阴弦”同时存在,邪正相搏才会引发胸痹,为本虚标实之证。虽然后世对胸痹的病因病机阐述更为丰富,然追其根本,仍不外乎“阳微阴弦”。无论是气滞、寒凝、血瘀等,皆可引起胸阳不运,阴乘阳位而发胸痹。王师以此为治疗依据,选用督脉上的至阳穴配合背俞穴进行针刺治疗。《素问·金匱真言论》言:“故背为阳,阳中之阳,心也。”人体以背为阳,心在脏腑中为阳中之阳,而督脉为“阳气之海”,总督一身阳气,至阳穴则为阳气最盛的穴位之一。至者,极也,且至阳近心,故针刺该穴可振奋阳气,对胸痹有治疗作用。背俞穴是脏腑之气输注于背腰部的腧穴,心俞位于上焦,故其可治疗相应脏腑病症。膈俞为血会,且在心俞、肝俞之间,心主血,肝藏血,故针刺膈俞能达到补气养血、通利血脉的作用。《素问·举痛论》言:“寒气客于背俞之脉,则脉泣……其俞注于心,故相引而痛。”