

中医辨证治疗胸痹

□袁海波

案例一

刘某,女,52岁。
主诉:阵发性胸闷、胸痛伴心慌3年余,下肢水肿3个月。
现病史:患者首次出现胸闷、胸痛、心慌、气短,经某医院诊断为心肌梗死,服用硝酸异山梨酯片等药物及输液治疗好转。本次因劳累过度,病情加重,心慌、胸闷、气短、乏力、双下肢水肿,经诊断为陈旧性心肌梗死、心功能不全,到医院进行治疗。
现症:患者形体肥胖,喜食肥甘,心慌胸闷,气短乏力,不得平卧,双下肢水肿,纳差腹胀,畏寒肢冷。面色苍白,神疲倦怠,声音无力,舌质暗淡,舌体偏大,舌苔白滑厚腻,脉象沉细无力。血压130/95毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),心率95次/分,心律齐。心电图:陈旧性下壁、

正后壁心肌梗死。
中医诊断:胸痹心水(气虚血瘀,阳虚水泛型)。以益气化痰、温阳行水为法。
处方:人参10克(另包先煎),黄芪20克,丹参20克,檀香10克,仙灵脾15克,干姜10克,制葶苈子15克,白茅根30克,制香附15克。共7剂,每天1剂,水煎,分早晚两次温服。嘱避风寒,畅情志,勿劳累,低糖盐,限肥甘,少辛辣。
二诊:服上药7剂后,双下肢水肿有所减轻,心慌胸闷、气短乏力、不得平卧明显好转,神疲倦怠、纳差腹胀有所改善,畏寒肢冷有所好转。面色苍白,神疲倦怠,声音无力。舌质暗淡,舌体偏大,舌苔白滑厚腻,脉象沉细无力。血压120/70毫米汞柱,心率88次/分。心电图同

前。方证相符,上方加桂枝6克,生麦芽20克,以温经通脉、疏肝和胃,利水消肿。共7剂,每天1剂,水煎,分早晚两次温服。医嘱同前。
三诊:服上药7剂,共14剂后,面色稍红润,精神体力有所恢复,双下肢水肿明显减轻,心慌胸闷、气短乏力、不得平卧明显好转,神疲倦怠、纳差腹胀明显改善,四肢渐转温和。面色黄稍红,神志清楚。声音有力,舌质暗淡,舌体偏大,舌苔薄白腻,脉象沉细缓和。血压118/70毫米汞柱,心率70次/分。心电图同前。方中人参改为党参15克,以代人参补气,仙灵脾改为10克,干姜改为6克。上方继服7剂,每天1剂,水煎,分早晚两次温服。医嘱同前。
四诊:服上药7剂后,共21

剂,面色红润,精神体力恢复,双下肢水肿基本消退,心慌胸闷、气短乏力明显好转;自由卧位,神疲倦怠明显好转,食量增,腹胀消,四肢温暖。面色红润,神志清楚,声音有力。舌质淡红,舌体偏大,舌苔薄白,脉象沉细缓和。血压118/70毫米汞柱,心率70次/分。心电图同前。方证相符,疗效显著,上方共10剂,水煎服,隔天1剂,分两次温服,以巩固疗效。嘱避风寒,畅情志,勿劳累,通二便。
按语:患者形体肥胖,喜食肥甘,故痰湿脂高壅积。原患心肌梗死,心脏严重损害,加之劳累过度,心脾损伤。心气不足,心血失养,水湿属阴,阻遏胸阳,气机壅滞,故心慌、胸闷、气短、乏力,不得平卧。脾气虚弱,水湿不运,水瘀互结,积留体内,故

下肢水肿;心气不足,心血失养,脾阳失温,升降失司,故面色苍白;神疲倦怠,纳差腹胀;脾阳虚弱,水湿不化,故畏寒肢冷。舌暗体大,苔白滑厚腻。辨证其病机为气虚血瘀,阳虚水泛。
本案为胸痹心水病,病位在心,病因为水瘀互结,心主血脉,血脉不畅,血不行水亦不得行,心属火,而畏水,故水乘火位,必致心水诸症。本案虽病位在心,但与肺、脾、肾三脏功能失调密切相关,在心水病机中,也起重要作用。肺之输布,脾之运化,肾之蒸腾,至关重要。在治疗中,益肺气,健脾气,温肾阳贯彻治疗始终。在治疗过程中,根据病情转归,适时调整方剂,温药不可久用,补阳亦要顾阴,兼调气机,方能取得良好疗效。

案例二

高某,男,58岁。
主诉:发作性晕厥,胸闷,胸痛两年余,加重两个月。
现病史:患者首次出现心慌气短,胸闷,胸痛,经医院诊断为心肌梗死,服用复方丹参片、冠心苏和丸、硝酸异山梨酯片及输液治疗后好转。本次因劳累饱餐、感受寒冷,诱发病情加剧,来院诊治。
现症:心前区隐痛,胸闷气短,心慌乏力,头晕神疲,出汗肢冷,甚则晕厥。面色晦黄,神疲倦怠,形体肥胖,声音低沉无力。舌质暗淡,舌体偏大,舌苔薄腻,脉沉细数。血压80/50毫

米汞柱,心率105次/分,心律齐,体温34.6摄氏度,心电图:陈旧性心肌梗死,正后壁心肌梗死。
中医诊断:胸痹心脱。阳虚血瘀,心脉痹阻。以益气温阳、化痰通脉为法。
处方:红参15克,干姜10克,五味子10克,肉桂6克,麦冬15克,枳实15克,炙甘草6克,制附子10克(另包先煎),三七粉3克(冲)。共7剂,每天1剂,水煎,分早晚两次温服。嘱戒烟酒、避风寒、勿劳累、低糖盐、限肥甘。
二诊:服上药7剂后,心前区疼痛基本得以控制;胸闷气短,心慌乏力明显好转;头晕神

疲,出汗肢冷明显改善;血压回升至100/60毫米汞柱;舌暗稍红,苔转薄白,脉象沉细,心率降至88次/分。面色晦暗稍红,舌体偏大,舌苔薄白,脉沉细数。改制附子为仙灵脾15克,助阳而不燥;干姜减为6克,肉桂减为3克以保心、脾、肾阳气续复。共7剂,每天1剂,水煎,早晚两次温服。医嘱同前。
三诊:服上药7剂,共14剂后,面色红润,精神体力有所恢复,心前区疼痛得到控制;胸闷气短、心慌乏力基本消失;出汗

已止,四肢温和,血压稳定在110/60毫米汞柱;面色红润,神志清醒,声音有力。舌质淡红,舌体偏大,舌苔薄白,脉象沉细缓和。病情稳定好转,已临床治愈,可以进入巩固治疗阶段。上方共7剂,水煎服,每天1剂。以后可改服中成药巩固,选取复方丹参片,每次3片,每天3次;附子理中丸,每次3克,每天2次,温水冲服。医嘱同前。
按语:患者形体肥胖,原患心肌梗死,因劳累饱餐、感受寒冷,诱发病情加剧。寒为阴邪,损水病阳凝血,形成心、脾、肾阳虚,失于温运,心血痹阻。气

虚血瘀,心脉痹阻,故心前区疼痛;阳气虚弱,清阳不展,心失血养,故胸闷气短、心慌乏力;心阳不振,失于托举,头脑失养,阳失卫外,失于温煦,故头晕神疲、肢冷出汗,甚则晕厥;舌质暗淡,苔薄腻,脉沉细数,皆为阳气虚弱,心失所养,心脉痹阻之征。辨证病机为阳虚血瘀,心脉痹阻。
本案属心、脾、肾阳虚、寒、痰、瘀互结,正气虚而邪气实。以益气温阳治本,以三七为臣,枳实为使,则脉通、血活而病好大半。遣药九味,谨遵扶正祛邪、调和阴阳之旨。

案例三

陈某,男,69岁。
主诉:发作性心前区憋闷,心慌气短1年余,双下肢水肿1周。
现病史:1年前,活动时突感心前区憋闷,并伴心慌气短,双下肢乏力,立即休息约10分钟缓解。此后每遇活动量大时,便觉心前区憋闷,心慌气短,休息或服速效救心丸10分钟~15分钟可缓解。曾患冠心病、高血压病、糖尿病,1周前出现纳差、腹胀、睡眠欠佳,双下肢水肿,上5楼时感觉胸闷、心慌、气短,每层需要休息5分钟~10分钟后缓解。曾多次住院,疗效欠佳。
现症:心慌乏力,胸闷气短;下肢水肿,纳差腹胀,睡眠欠佳。血压120/80毫米汞柱,心率96次/分,心律齐,心电图前侧壁心肌梗血,体温正常。
中医诊断:胸痹心水。气阴两虚,血瘀水停。以益气养心、

化痰行水为法。
处方:黄精20克,麦冬15克,五味子10克,茯神20克,玄参15克,女贞子20克,旱莲草15克,陈皮15克,清半夏9克,白术15克,炒葶苈子12克,生麦芽20克,车前草30克,制香附15克,枳实15克,丹参15克。共7剂,每天1剂,水煎,分早晚两次温服。嘱避风寒,畅情志、勿劳累、少糖盐、适量运动。
二诊:服上药7剂后,心慌乏力,胸闷气短明显好转;下肢水肿,纳差腹胀,睡眠欠佳有所改善。面暗稍红,舌质稍红,舌苔薄白,脉弦细而不数。药已中病,初见疗效,不另立方,为提高疗效,上方加莱菔子30克,赤小豆20克,以行气消胀,宣肺化湿,利水消肿。共7剂,每天1剂,水煎,分早晚两次温服。医嘱同前。
三诊:服上药7剂,共14剂

后,心慌乏力,胸闷气短,基本控制;下肢水肿,纳差腹胀,睡眠欠佳,明显改善。面转红润,舌转淡红,脉弦细缓和。药证相符,病情明显好转,不另立方。上方炒葶苈子加为15克,以增宽胸理肺、行水消肿之力。共7剂,每天1剂,水煎,分早晚两次温服。医嘱同前。
四诊:服上药7剂,共21剂后,胸闷气短、心慌乏力基本控制;下肢水肿明显消退,纳胀消,睡眠如常。精神、体力、面、舌、苔、脉已恢复正常,已达临床治愈。为巩固临床疗效,守上方继续服用7剂,每天1剂,水煎,分早晚两次温服。医嘱同前。
按语:患者年近七旬,脏器虚弱,多生病端,身患冠心病、高血压病、糖尿病等多种疾病。心脏已受严重损害,是本病发生、发展的重要原因。心脾气虚,血行不利,水湿不运,水气凌心,心

脉瘀阻,心失所养,胸气不伸,故心慌乏力,胸闷气短;水湿不运,中州阻滞,纳运滞呆,故下肢水肿,纳差腹胀,睡眠欠佳;面色晦暗,舌质暗淡,舌苔薄腻,脉弦细数,皆为气阴两虚,血瘀水停之征。
本案为胸痹心水证(冠心病心力衰竭),其病机水湿气化输布运行,全赖肺之输布,脾之运化,肾之蒸腾,使水归其源,各行其道。方能水精四布,五经并

行,气消水湿常运,其病机概括为阴虚血瘀水停。本案治疗上养阴、滋润,有碍水运,似有相悖。气虚无力帅血,血行迟滞;阴虚血质黏稠,黏稠则血瘀;气虚血不行,水亦不行;阴虚血不行,水亦不行,临证屡见不鲜。本案以益气养阴、化痰行水之法,共服28剂,疗效显著,已达临床治愈。后嘱调护预防之法,提高御病能力,防止病情复发。
(作者为全国名老中医)



前交叉韧带损伤的治疗方法

□汪利合 李松伟

前交叉韧带(ACL)损伤比后交叉韧带(PCL)损伤多见。ACL损伤常同时发生膝关节内侧副韧带(MCL)损伤、关节囊等损伤。
致伤机制
ACL断裂多为膝关节强力过伸或强力外展损伤的结果。在非负重下强力过伸可发生单纯ACL损伤,膝关节过屈也可以发生ACL损伤。
损伤的类型及部位:ACL在体部损伤发生率比在股骨髁部附着点和在胫骨附着点要高,胫骨附着点损伤有时表现为撕脱骨折。ACL损伤导致膝关节前向不稳定,如果并发膝关节二级稳定结构如MCL损伤、膝关节内侧副韧带(LCL)损伤、半月板损伤,常可出现复杂的前内或前外旋转不稳定。只要内侧关节囊或外侧关节囊韧带中1/3损伤,即可产生前内或前外旋转不稳定,甚至单纯内侧半月板切除后也可以出现前内侧旋转不稳。当外侧关节囊韧带中1/3损伤时,可以出现膝反Jerk试验(检查膝关节前后不稳定的特异性试验)阳性。ACL损伤可以

加重膝关节旋转不稳定,所以有人认为前内侧旋转不稳定必须同时具备ACL损伤和膝内侧结构损伤。对于前内侧旋转不稳,单纯外侧关节囊韧带中1/3损伤,或单纯ACL损伤均可发生。一组报道的47例中有6例为外侧关节囊韧带中1/3损伤而ACL正常,2例仅系ACL损伤。可见ACL损伤,在前内或前外侧旋转不稳中有重要作用。因此,如果在检查ACL损伤的同时,发现膝前内或前外侧旋转不稳时,应一并进行处理。
ACL损伤多合并有MCL损伤及半月板损伤。北京大学第三医院曾报道419例ACL损伤,急性期内侧半月板损伤为31.1%,如不重建ACL,慢性期内侧半月板损伤率明显增加,可达78.8%。
治疗方法
ACL损伤后在急性期是保守治疗还是手术治疗,一直是有争议的话题。一般认为急性期手术修复重建,会加重创伤,造成术后关节功能恢复差。通过大批随诊发现,经保守治疗,1/3的患者无关节不

稳,1/3的患者运动时出现不稳,1/3的患者平时活动时有不稳感,这些都提示ACL损伤早期可先进行保守治疗,但ACL损伤附着点或胫骨附着点撕脱,最好早期手术治疗,这样交叉韧带功能恢复较好。
1.非手术治疗 单纯ACL断裂或不完全断裂,可用长腿石膏固定患膝于伸直位,注意在石膏成型前将患侧胫骨上端向后推,固定4周~6周。石膏固定后开始股四头肌训练。
2.手术治疗适应证
(1)胫骨、股骨止点撕脱骨折者,闭合不能复位,应早期手术复位。
(2)有内侧半月板破裂伴膝关节交锁不能自解者应手术探查。
(3)膝关节脱位,ACL断裂合并PCL、LCL断裂,宜早期修复LCL,如PCLⅢ度损伤,则要先重建PCL及后外角损伤,合并内侧副韧带损伤可先保守治疗。
3.ACL修复方法
(1)股骨髁附着点撕脱修复。应将韧带的断端重新缝回于股骨外踝的内侧面偏后方。

固定点偏前是易犯的错误,尤其是应该将前内束向后方缝合,以使新缝合的位置符合正常的附着位置。
(2)胫骨附着点撕脱修复。在关节镜下自胫骨上端前内侧向股骨髁间隆凸部钻通隧道,韧带断端缝以固定钢丝,并将钢丝自隧道引出固定于胫骨上端前内侧。将钢丝拉紧,韧带断端埋植于骨孔后,结扎固定于患膝屈曲30度位。
(3)韧带实质断裂修复。急性期一般不处理,如按下述处理在韧带实质断端两头,分别用肌腱缝合法固定,近股骨髁附着点一侧的缝线自胫骨上端骨孔穿出后固定,靠胫骨附着点一侧缝线自股骨髁骨孔穿出固定。大多数患者术后仍有不稳,需要再次重建。
(4)胫骨髁间隆凸部撕脱骨折修复。可用钢丝缝过腱骨连接部或横穿骨片后,再穿过胫骨前下方骨孔打结固定或用1枚空心螺钉固定。
(5)术后处理。以长腿石膏固定膝关节于伸直位。练习股四头肌收缩。撕脱骨折缝合者固定4周,止点撕脱及中部

断裂者,固定6周,拆除后练习膝关节活动。
由以上各种方法可以看出,ACL断裂部位不同,其修复方法不同。在病例中,以ACL胫骨附着点撕脱骨折,用钢丝缝合固定修复组的效果为最好。骨块较大者可用空心螺钉固定,固定方法简单易行,且固定可靠。韧带附着点撕脱用钢丝缝合修复的结果,就不如前者。
其原因有二:1.撕脱骨折愈合比韧带愈合快,外固定时间稍短,关节活动功能较早恢复;2.两种方法对韧带附着点的修复不同。如前面所述,韧带中各部分纤维的附着点呈一定形式排列,撕脱骨折者,于骨折复位后,韧带附着点即完全恢复正常。而撕脱韧带的缝合,虽然附着部位直视下尚准确,但韧带各部分的排列与紧张度,却很难达到原结构。现在可用5号爱惜邦缝线替代钢丝缝合固定韧带附着点撕脱骨折,固定效果与钢丝相同,且无金属异物存留体内。
(作者供职于河南中医药大学第一附属医院)

验案举隅

张某,男,84岁。
现病史:患者半月前因腹胀、腹痛、纳差、乏力、消瘦,到某医院就诊,经检查发现右肾占位,进行穿刺病理提示恶性淋巴瘤,诊断为右肾恶性淋巴瘤、瘤性肠梗阻,因合并冠心病、高血压病等基础疾病,拒绝化疗等特殊治疗,求中医治疗。既往有冠心病、不稳定性心绞痛、心房颤动、高血压病病史10年余,服药治疗,病情基本稳定。
症见:面色黯,腹胀、腹痛,进食后为甚,不欲饮食,乏力,大便3天未排,小便正常。舌质黯,舌下脉络暗紫,苔白,脉涩弱。
西医诊断:右肾恶性淋巴瘤,瘤性肠梗阻,冠心病,不稳定性心绞痛,心房颤动,高血压病3级,极高危。
中医诊断:积聚(脾胃气虚,瘀毒内结)。治宜补中益气,行气开郁,解毒散结,方以四君子汤、四逆散加减。
处方:党参20克,黄芪30克,麸炒白术12克,柴胡12克,麸炒枳壳20克,焦槟榔20克,赤芍15克,陈皮15克,莪术10克,厚朴20克,玄参15克,牡蛎30克,浙贝母15克,壁虎10克,炒火麻仁30克,甘草6克。共5剂,每天1剂,每剂水煎400毫升,分两次空腹温服。嘱患者半流质饮食,少量多次,禁食生冷辛辣、不易消化的食物。
复诊:患者诉服药3天大便2次,腹胀、腹痛明显减轻,饮食增多。效不更方,守上方治疗1个月,腹胀、腹痛等症状基本消失,纳食基本正常,饮食起居均可自理。目前,该患者仍服用中药治疗,病情稳定。
按语:《黄帝内经·素问·上古天真论》中记载:“六八,阳气衰竭于上,面焦,发鬓颁白;七八,肝气衰,筋不能动。”患者年老正气渐损,脏腑渐虚,脾气不足,运化失职,清气不升,浊阴不降,则生胀满,气为血帅,气虚则血瘀,久则瘀毒内结,蕴结腹部发为积聚,故见腹腔肿物,阻滞腑气,腑气不通,故见腹胀、腹痛等症。方中党参、黄芪等健脾扶正,补中益气,以补开塞为君药;柴胡、枳壳、厚朴推陈致新,行气除胀;赤芍、莪术、玄参、牡蛎、壁虎、浙贝母活血化瘀,软坚散结,以消症积共为臣药;火麻仁养血,润肠通便为佐药;甘草调补气和中,调和诸药为使药。选方用药谨守正气亏虚、瘀毒内结之病机,守方守法,故能取得较好疗效,但本病多为毒邪炽盛,易耗伤正气,致正虚邪盛,缠绵难愈,长期疗效仍需要进一步观察。
(作者供职于濮阳市中医医院)

单方验方

调经止痛方

方一:当归、党参、川芎、香附(炒)、益母草、泽兰、大红花。
主治:益气活血,调经止痛。用于气虚血瘀所致的月经不调、痛经、产后恶露不净,症见经行后错、经水量少、有血块、行经小腹痛、产后恶露不净。
用法用量:口服,每次6片,每天3次。
注意事项:孕妇禁用。

方二:当归、白芍、川芎、熟地黄、醋艾炭、醋香附、陈皮、清半夏、茯苓、甘草、炒白术、制吴茱萸、盐小茴香、醋延胡索、醋没药、益母草、牡丹皮、续断、酒黄芩、麦冬、阿胶。
主治:理气活血,养血调经。用于气滞血瘀所致的月经不调、痛经、症见月经延期、经期腹痛、经血量少,或有血块,或见经前乳胀、烦躁不安、崩漏带下。
用法用量:口服,大蜜丸每次1丸,每天2次。
注意事项:孕妇禁用。

(以上验方由开封市中院提供)

河南中医药大学第三附属医院

肛肠科副主任杨会举:

中医治疗便秘的优势



扫码看视频



杨会举,河南中医药大学第三附属医院肛肠科副主任,副主任医师;中华中医药学会肛肠分会常务委员,中华中医药学会外科分会青年委员,全国中医药高等教育学会肛肠分会常务委员。

征 稿

本版是以中医药为主要内容的“医生园地”,设有《名医堂》《中西合璧》《中医特色技术》《中医外治》《针推治验》《四诊合参》《临证心语》《中药用法》《验案举隅》《经验之谈》等栏目。
稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。
联系人:朱忱飞 **电话:**13783596707
投稿邮箱:5615865@qq.com

本版药方需要在专业医生指导下使用