

· 中医病案析评 ·

# 全小林教授糖尿病合并冠状动脉粥样硬化性心脏病诊治 验案 1 则

逢冰 赵锡艳 彭智平 周强

**【摘要】** 瓜蒌薤白半夏汤出自《金匱要略》，是临床上全小林教授治疗糖尿病合并冠状动脉粥样硬化性心脏病常用方剂。本文撷取验案 1 则，阐述了全小林教授治疗疾病的指导思想，即“病、证、症三者结合的诊疗思路与现代药理学的成果相融合”，同时指出全小林教授治疗此病的主要方法，即通阳行气、消痰化浊、活血化瘀，在老年人，则注重培补肾气。

**【关键词】** 全小林；冠心病；验案；瓜蒌薤白半夏汤

**【中图分类号】** R249.2 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.11.015

瓜蒌薤白半夏汤出自《金匱要略》，原文论述：“胸痹，不得卧，心痛彻背者，栝楼薤白半夏汤主之。栝楼实一枚（捣）、薤白三两、半夏半斤、白酒一斗，上四味，同煎，取四升，温服一升，日三服。”（栝楼，现药典名为瓜蒌）。中国中医科学院广安门医院全小林教授善用经方，活用经方，以经方之理与经方之法为基础，在临床上不断总结，形成了临床扩大经方应用的新思路，即病、证、症三者结合的诊疗思路与现代药理学的成果相融合，以证为基础，以病为参考，以症状为靶点，注重中药的现代药理应用<sup>[1]</sup>，在临床治疗疾病过程中，取得了良好疗效<sup>[2-4]</sup>。现撷取病案一则，以供同道参考。

## 1 病案举例

患者，女，66 岁。2012 年 10 月 24 日初诊。主诉：胸闷、胸痛、大汗 1 周。患者于 2011 年 10 月 17 日无明显诱因出现胸闷、胸痛，以急诊收入院，诊断为急性心肌梗死。心电图见：急性广泛前壁、下壁心肌梗死；心功能 IV 级。检查：肌酸激酶（CK）：736.0 IU/L（升高）；肌酸激酶同工酶（CKMB）：46 IU/L（升高）；乳酸脱氢酶（LDH）：770.0 IU/L（升高）；谷丙转氨酶（ALT）：58.0 IU/L（升高）；谷草转氨酶（AST）：113.0 IU/L（升高）；白蛋白：30 g/L（下降）；白球比：0.86（下降）；总胆红素（TBIL）：30.0 μmol/L（升高）；直接胆红素（TDBIL）：8.90 μmol/L（升高）；间接胆红素

（IDBIL）：21.10 μmol/L（升高）；尿素氮（BUN）：11.1 mmol/L（升高）；C-反应蛋白（CRP）：49.2 mg/L（升高）；二氧化碳（CO<sub>2</sub>）：17.7（下降）；空腹血糖（FBG）：9.5 mmol/L。心脏超声见：（1）左心室功能减低；（2）超声所见符合前壁、心尖部心梗表现；（3）左室心尖部室壁瘤形成。患者在院内行中西医结合治疗，病情稳定后出院，出院诊断：（1）冠心病，急性广泛前壁、下壁心肌梗死，心功能 IV 级（killip 分级）；（2）2 型糖尿病；（3）脑梗塞后遗症；（4）肥胖症。现用药：阿托伐他汀钙片：20 mg，每天晚上 1 次；盐酸帕罗西汀：20 mg，每天晚上 1 次；单硝酸异山梨醇酯（鲁南欣康）：20 mg，每天 3 次；酒石酸美托洛尔片（倍他乐克）：12.5 mg，每天 2 次；阿卡波糖片（拜糖苹）：50 mg，每天 3 次；氢氯噻嗪片：20 mg，隔天 1 次；螺内酯：40 mg，隔天 1 次。刻下症：胸闷、胸痛、出汗，纳眠可，二便调；舌胖大，紫暗，苔水滑、白腻，脉滑数。诊断：糖尿病，心绞痛，心肌梗死，脑梗塞，糖尿病肾病（V 期）；中医诊断：消渴，胸痹，中风；中医辨证：痰瘀交结，痹阻心阳；治法：通阳泄浊，豁痰宣痹，活血化瘀；方药：瓜蒌仁 30 g、干薤白 30 g、清半夏 30 g、丹参 30 g、三七 9 g、西洋参 9 g、五味子 9 g、酒大黄 3 g。

首诊时，全小林教授所组方药包含三个常用“功能团”：一以瓜蒌薤白半夏汤作为治疗的基础方，二以大剂量丹参、三七祛瘀止痛，兼有补虚养血之效；三以西洋参、五味子取生脉散之意，大补气阴，敛汗生津。瓜蒌仁味甘性寒，功专荡热涤痰通痹，润燥开结，李时珍《本草纲目》载：“张仲景治胸痹痛引肩背……皆用瓜蒌实，乃取其甘寒不犯胃气，能降上焦之火，使痰气下降也。”薤白性辛温味苦，归肺、胃、大肠经。通阳散结，温通滑利，善治阴寒之凝结，行胸阳之壅结，为治疗寒痰阻滞，胸阳不振的胸痹要药，当为“病痰饮者，以温药和之”的具体体现；清半夏可燥湿化痰，消痞散结，《主治秘药》曰其“除胸中痰涎”，三药共奏豁痰宣通之功。现代药理研究表明，瓜蒌薤白半夏汤具有扩张冠状动脉、增加心脏供血、抑制血小板聚集、抗动脉硬化等作用<sup>[5]</sup>。丹参、三七相

基金项目：国家中医药管理局中医药行业科研专项（201007004）

作者单位：100053 北京，中国中医科学院广安门医院内分泌科室  
[逢冰（硕士研究生）、赵锡艳（硕士研究生）、彭智平（硕士研究生）、周强（博士研究生）]

作者简介：逢冰（1988-），女，2011 级在读硕士研究生。研究方向：经方量-效关系研究。E-mail: iampangbing1988@yahoo.cn

通讯作者：周强（1984-），男，2011 级在读博士研究生。研究方向：经方量-效关系研究。E-mail: 15101016416@126.com

配是全小林教授祛瘀止痛的常用药对,丹参重用至 30 g、三七 6~9 g 用量不等,广泛应用于各种瘀血病证的治疗,对于凡“血虚血瘀之候……实有神验”;现代药理证明,丹参、三七可直接扩张冠状动脉,增加冠状动脉血流量,减轻心肌缺血的程度,改善微循环障碍,对治疗糖尿病冠状动脉硬化性心脏病及其他血管并发症有积极意义;西洋参性甘、微苦,凉,归肺、心、肾、脾经,具有补气养阴,清热生津之功效,《医学衷中参西录》云“能补助气分,兼能补益血分,为其性凉而补”,五味子酸敛,可以敛汗生津,补肺中元气不足。另外,全小林教授使用此药意在降低转氨酶、心肌酶等一些列异常指标,现代药理研究表明五味子既能抗肝损伤,又可诱导肝脏药物代谢酶<sup>[6]</sup>。

2012 年 11 月 7 日二诊:服上方 14 剂,刻下症:胸闷、胸痛、大汗症状消失。头晕欲呕,纳眠可,二便调。检查:ALT:16.0 IU/L; AST:17.0 IU/L; TBIL:19.0  $\mu$ mol/L(升高); TDBIL:5.9  $\mu$ mol/L; IDBIL:13.1  $\mu$ mol/L; CHO:4.66 mmol/L; TG:3.41 mmol/L(升高); BUN:8.30 mmol/L(升高); 肌酐(Cr):115  $\mu$ mol/L(升高); UA:437  $\mu$ mol/L(升高); LDH:494 IU/L(升高); HBDH:470 IU/L(升高); CRP:25.9 mg/L(升高); 方药:在 2012 年 10 月 24 日一诊方的基础上,加川桂枝 9 g,改西洋参 15 g,三七 15 g。

二诊时患者胸闷、胸痛、大汗基本消失,且心肌酶等化验指标较之前相比下降许多,守方继进,进一步巩固治疗,张仲景在阐述胸痹病机时指出“即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也”,痰浊瘀血之邪在体内得到肃清,本虚又分为气虚、阳虚、阴虚的不同,增大西洋参、三七的用量补虚以固其本,增强滋阴与活血化瘀之力;桂枝性辛温,与干薤白等药共助阳气,增强温通经脉之力。

2012 年 1 月 15 日三诊:服上方 60 剂,刻下症:坐起时间超过 20 分钟即头晕欲吐,纳眠可,大便稍干,小便可,夜尿 2~3 次。FBG:8.5~10.0 mmol/L,现用药:诺和灵 R:早 14 u,中 16 u,晚 18 u;诺和灵 N:36 u,睡前;方药:在 2012 年 10 月 24 日一诊方的基础上,加桂枝 9 g、酒大黄 6 g、水蛭粉 3 g 分冲,红曲 3 g,葛根 30 g,生姜 5 大片自备。

2012 年 2 月 19 日四诊:服上方 28 剂,心绞痛未发作,坐起时左腿颤抖,纳眠可,全身瘙痒,皮肤干燥,小便可,夜尿 2~3 次。检查:ALT:23 IU/L; AST:41 IU/L; Cr:145  $\mu$ mol/L; BUN:8.9 mmol/L; CHO:4.84 mmol/L; TG:2.3 mmol/L; UA:145  $\mu$ mol/L;。在 2012 年 10 月 24 日一诊方的基础上,加水蛭粉 3 g 分冲,黄芪 30 g、半夏 15 g、红曲 9 g。

2012 年 3 月 16 日五诊:服上方 28 剂,近 1 月心绞痛未发作,以前只能卧床平躺,近半年可在轮椅上坐 1 个小时左右。仍坐起时左腿颤抖,全身瘙痒,皮肤干燥,纳食可,夜尿 1~2 次。2012 年 4 月 14 日检查:CHO:5.2 mmol/L; TG:1.12 mmol/L; HDL-C:1.27 mmol/L; Cr:72  $\mu$ mol/L; BUN:9.2 mmol/L; UA:280  $\mu$ mol/L。在 2012 年 10 月 24 日一诊方的基础上,加黄芪 30 g、鸡血藤 30 g。

三诊时,患者胸痹等不适症状并不明显,结合糖尿病肾病

的疾病特点,须将活血通络贯穿全程,全小林教授常以酒大黄、水蛭粉用于治疗糖尿病肾病的常用药对,故原方加入水蛭粉,合酒大黄之力,起到活血化瘀通络的作用,由于患者便干,故将酒大黄用量由 3 g 增至 6 g,可保护肾脏,延缓肾衰竭的进程;另外,全小林教授拟从其异常的血糖、血脂指标为“客观症状”靶向治疗,三诊时加入葛根、红曲等中药,发挥其现代药理学既定功效,发挥二者降糖、降脂功效;四诊,值得一提的是,针对患者明显增高的肌酐(Cr)值,全小林教授以黄芪 30 g 同时配伍丹参、鸡血藤,养血活血,疏通肾络,能有效地控制肌酐、尿素氮、尿微量白蛋白排泄率,同时可以减少夜尿,为全小林教授临床经验方,同时继续以半夏、红曲配伍,消膏降浊;至五诊时,甘油三酯(TG)3.41 mmol/L 降为 1.12 mmol/L,肌酐(Cr)由 145  $\mu$ mol/L 降为 72  $\mu$ mol/L,继用原方加黄芪、鸡血藤治疗。继服 3 月余,诸症明显好转,病情稳定。

## 2 思考与总结

患者早年罹患胸痹、消渴、中风之病已有数年,早已出现五脏虚损的表现,现患者以胸闷、胸痛、大汗症状 3 天,急性心肌梗死发作为主诉,全小林教授治疗复杂疾病能分清主次,首诊时主要考虑患者主症,以消除患者痛苦症状、将心肌酶的异常指标降为正常为靶向,抓住心脏病、心梗的主要病理特点,以患者舌胖大、紫暗,苔水滑、白腻,脉滑数作为判断证型的主要依据,把本虚标实作为患者基本病机;在二诊、三诊患者的症状好转之后,转而患者其他重要疾病的治疗,在无证可辨的同时,抓住西医疾病的病理特点进行治疗,并力图改善客观之“症”——即临床指标的优化,体现了其症一证一病相结合的诊疗思路<sup>[1-4]</sup>。

患者糖尿病迁延日久,早已致“瘀、热、虚、损”四个阶段中的后两个阶段,耗伤气阴,损及肾脏,肾阳不足则全身温煦力量不足,使胸阳不振,血液在脉管中流通不畅,产生瘀血;另心阳不振,痰浊、水饮内生,聚而成邪,阻滞胸阳,使胸阳气机不畅,发为胸痹,正如《证因脉治》谓“胸痹之因……痰凝血滞”;《王旭高医书六种·退思集类方歌注》云:“胸中阳也,而反痹,则阳不用矣……其津液必凝滞而为痰,故喘息咳嗽,胸背痛等证见矣,故主以通阳。”中医辨证为痰瘀交结,痹阻心阳,治以通阳泄浊,豁痰宣痹,活血化瘀。张仲景在《金匮要略》中提出“阳微阴弦”是发生“胸痹”、“真心痛”的原因之一,阳微是指上焦阳气不足,胸阳不振之象,阴弦是指阴寒太盛,水饮内停之象,并创瓜蒌薤白半夏汤,作为主治痰饮壅盛、痹阻胸阳、阴乘阳位所致的“胸痹不得卧,心痛彻背”。

全小林教授指出,在临床上治疗糖尿病合并冠心病、心绞痛等疾病,常以瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤为效方,常用治法即通阳行气、消痰化浊、活血化瘀等。通阳常以薤白配桂枝;行气常以枳实配降香;消痰化浊则分虚实,实者调理脾胃,以半夏配陈皮,虚者健脾和胃,可以六君子汤中人参配伍白术;活血化瘀的常用药对为丹参配伍三七;如遇老年患者,当注重培补肾气,从肾论治冠心病,肾气分阴阳,根据情况可选择淫羊藿配枸杞子,或附子配伍熟地等。

本医案主要体现了全小林教授在临床诊疗中的用药特色:诊断须强调辨证,却不失对疾病的总体把握和全面理解;抓主症,掌握标本缓急;重视广义“症状”的改善程度,即改善实验室客观理化指标的状况,如血糖、血脂、血压肝肾功能指标,真正做到疗效拿“事实”衡量,与现代医学接轨;发挥药物现代药理学功效的综合运用,指明药物的作用靶向。细查验案可以发现,全小林教授运用瓜蒌薤白半夏汤治疗胸痹的两个重要指证:一为胸部痞闷不畅;二为舌苔黏腻或滑腻,结合临床常用药对丹参、三七等,诊治效果确实良好。

### 参 考 文 献

[1] 全小林,李洪蛟,于波.论现代中药药理研究成果的临床回归

[J].江苏中医药,2008,40(3):16-17.

[2] 全小林,周强,刘文科.经方新用的思索[J].中医杂志,2011,52(11):901-903.

[3] 全小林.论症、证、病结合辨治模式在临床中的应用[J].中医杂志,2010,51(4):300-303.

[4] 陈欣燕,刘文科,姬航宇.论对症选药治疗思路[J].中医杂志,2011,52(1):162-164.

[5] 贝伟剑.瓜蒌薤白汤的药理研究[J].中成药研究,1987,3:45.

[6] 刘丽芳.五味子药理作用研究[J].中国社区医师,2006,22(18):13.

(收稿日期:2012-09-04)

(本文编辑:刘群)

## · 名医心鉴 ·

### 殷克敬教授以针刺循经反应点为主治疗肩周炎经验

刘玥 颜雪珍 王瑞辉

**【摘要】** 殷克敬教授根据经络理论,以针刺循经反应点为主治疗肩周炎经验,临床中每获良效。结合肩周炎疼痛的部位,用拇指沿相应经脉向上推摸,在络穴和郄穴间常可摸到明显的结节样或条索样的反应点,从该点沿皮下组织毫针平刺,并且循经重按推针。同时结合拔火罐治疗。殷克敬教授应用循经反应点针刺推弩法结合拔罐治疗肩周炎,为肩周炎的治疗提供了一种行之有效的中医方法。

**【关键词】** 反应点; 针刺; 拔罐; 肩周炎

**【中图分类号】** R246 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.11.016

殷克敬教授为中国著名针灸康复专家,第二、第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。他对于《内经》研究颇深,并有着自己独到的见解。他以《内经》“用针者,必先察其经之虚实,切而循之,按而弹之,视其应动者,乃后取之而下之”(《灵枢·刺节真邪》)为指导,结合自己数十年临床经验,总结出一套循经诊查,选取远端经脉反应点应用推弩法针刺治疗肩周炎的独特疗法。殷教授以中医经络学说为依据,结合症候分析,通过审、循、切、按、扪等方法对经络进行诊察,了解经络功能的变化,以推知病变的部位、病理性质,寻找经络形态方面的异常,从而为诊断、治疗提供

依据。针刺循经反应点为主治疗肩周炎更利于增强疏通络、散瘀导滞、活血止痛。患者接受治疗时痛苦小,一般针后即见效,迅速止痛。笔者有幸跟随殷克敬教授临床学习,受益匪浅,现将殷教授治疗肩周炎经验介绍如下。

#### 1 方法的应用

##### 1.1 选择反应点

根据疼痛的部位,选取患肢腕部处相应经脉,用大拇指沿着经脉向上推摸,尤其在络穴和郄穴之间可摸到明显的反应点,有结节样、条索样等,表明此处经脉阻滞不通。肩前痛多在列缺至选孔最(手太阴肺经)段有反应点;肩外侧痛多在偏历至温溜(手阳明大肠经)段有反应点;肩后侧痛多在外关至会宗(手少阳三焦经)段有反应点和支正至养老(手太阳小肠经)段有反应点。

##### 1.2 具体治疗方法

以循经反应点的相应部位为针刺进针点。常规消毒后,选取0.35 mm×40 mm毫针,针尖指向肩部,将针平刺于相应经脉皮下组织,刺入长度约25 mm,进行推弩,无须得气,

基金项目:陕西省中医管理局资助课题(2011LC05)

作者单位:712000 咸阳,陕西中医学院第二附属医院殷克敬名老中医工作室[刘玥(硕士研究生)、颜雪珍(硕士研究生)、王瑞辉]

作者简介:刘玥(1989-),女,2011级在读硕士研究生。研究方向:老年病、亚健康状态中医诊疗。E-mail:liuyue.1@163.com

通讯作者:王瑞辉(1963-),教授,博士生导师。研究方向:神经系统疾病的临床治疗及机理研究。E-mail:wangruihui1963@126.com