

· 中医病案析评 ·

李士懋辨治冠状动脉粥样硬化性心脏病合并顽固性嗝气 验案 1 则

陈玲玲

【摘要】 李士懋教授在大量的临床实践中积累了丰富的临床经验,尤擅长辨治各种心脑血管疑难杂症。本文报道了少见的冠状动脉粥样硬化性心脏病合并顽固性嗝气病例 1 则。李教授认为嗝气(噎症)虽总由胃气上逆所致,但与心的关系也十分密切,因此独以治心之温阳化气、行气活血法来治疗,选用桂甘姜枣麻辛附子汤合血府逐瘀汤,并随症加减,坚持用药,持续数月,取得较好的疗效,为中医药治疗嗝气提供了新思路。

【关键词】 冠状动脉粥样硬化性心脏病; 顽固性嗝气; 温阳下气、行气活血法; 医案

【中图分类号】 R541.4 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.05.014

李士懋教授从医三十余载,通过长期大量的个案积累,积累了丰富的临床经验,尤擅长辨治各种心脑血管疑难杂症。当今冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)在老年人群中的发病愈加显著,各种合并证也为患者的日常生活带来诸多影响。现将李教授出诊的 1 例“冠心病合并顽固性嗝气”病案进行探讨分析及经验总结,以飨同道。

1 病案摘要

患者,男,66 岁,于 2011 年 11 月 8 日初诊。主诉:间断性胸痛半月,伴嗝气 1 年。两年前患者因急性胸痛憋闷于某医院进行抢救,行冠状动脉造影确诊为冠状动脉粥样硬化性心脏病,经抗凝、抗血小板聚集、扩冠等措施治疗后缓解。出院数月后,患者嗝气不断,多次于门诊予中西医结合治疗,用和胃降逆之法,效果均不明显,患者甚感苦恼。刻下:患者自述行走几十步即感胸痛、喘憋,服硝酸异山梨醇酯(消心痛)后可缓解。天突处噎塞,半夜一点后,可连续嗝气三个小时,夜寐不安,下肢冰冷,面色黧黑,舌暗,脉沉而涩滞。心电图示 T 波广泛低平, V₄-V₅ 倒置, II、III、aVF 遗留病理性 Q 波。中医诊断:胸痹心痛,嗝气。证属阳虚寒凝,血行瘀滞。治以温阳下气、行气活血之法,予桂甘姜枣麻辛附子汤合血府逐瘀汤加减。处方:麻黄 5 g、桂枝 12 g、细辛 9 g、炮附子 30 g、制川乌 10 g、干姜 5 g、川椒 5 g、赤芍 12 g、桃仁 12 g、红花 12 g、生蒲黄 10 g、水蛭 10 g、川芎 8 g、当归 12 g、桔梗 10 g、延胡索 12 g、红参 12 g,20 剂,每天 1 剂,水煎服,早晚 2 次,每次取汁 150 ml 左右,温服。

12 月 2 日二诊,胸痛症状较前缓解,发作次数明显减少,

但仍有下肢冰冷症状,天突处噎塞,嗝气频发。面色稍有好转,但仍显暗沉,舌淡黯,脉沉涩。依前方炮附子加至 60 g,川乌加至 15 g,30 剂,以加强温阳散寒之功。

2012 年 1 月 3 日三诊,患者药后诸症大减,胸痛症状未有明显发作,每天扫院扫街,可骑车 10 千米。查心电图示 T 波: I、II、III、aVL、aVF、V₄-V₅ 尚低,除遗留之 Q 波外,心电图已大致正常。天突处尚有噎塞,但较前已觉无大碍,嗝气明显好转,除因受凉后嗝气发作一次,余未发作。面部渐露红色,舌转红。

因症未全消,且脉仍显沉涩,乃寒凝血瘀未除,嘱其仍需服药。依前方又服药 20 余剂,至 2012 年 2 月 7 日,诸症除,精力佳,面色转红,脉转缓滑,又依前方配散剂,以资巩固,至今情况良好。

2 分析讨论

2.1 病症辨治

冠心病,中医学称之为“胸痹”,是以胸部闷痛,甚则胸痛彻背,喘息不得卧为主症的一种病症,在当今老年人群中发病已属常见,给人们的生活、学习、健康带来了诸多影响,临床辨证为气滞血瘀、痰浊痹阻、寒凝心脉、心肾两虚型等。本案患者依据主诉、既往史、用药特点及辅助检查等不难判断病属胸痹,据其脉证当属阳虚寒凝,血行瘀滞。嗝气古称“噎”,指胃中浊气上逆,经食道由口排出的病症。《实用中医内科学》将其作为一个相对独立的病症附于“呃逆”之下^[1]。临床有轻重之殊、虚实之分。实者以食滞、痰火、肝郁常见,虚者以脾胃虚弱为主。

嗝气多责之于胃气上逆,病位主要在胃,然与脾、大肠、心、肝等也有诸多密切的联系,虽然嗝气总由胃气上逆所致,但导致胃气上逆的病因病机诸多,其治疗也并非一概和胃降逆所能概治,当临证加以辨别^[2]。《灵枢·口问》谓:“人之噫者,何气使然?岐伯曰,寒气客于胃,厥逆从下上散,复出

作者单位:300193 天津中医药大学研究生院

作者简介:陈玲玲(1988-),女,2006 级七年制在读硕士研究生。研究方向:中医药防治心血管疾病。E-mail: chen_lingling813@sina.com

于胃,故为噫。”指出了寒气客胃与噫症发病的关联性;而《丹溪心法·暖气》认为暖气是因“胃中有痰火”;《类证治裁》云:“肝木性升散,不受遏郁,郁则经气逆,为噎、为胀、为呕吐……皆肝气横绝也。”表明肝气犯胃可致噫症,当用疏肝和胃法治之。清·叶天士《临证指南医案·噫噎》称“噫噎一证,盖以汗吐下后,大邪虽解,胃气弱而不和,三焦因以失职”,指出中焦脾胃虚弱,运化失司,致宿积不化之气上逆而为噫,此须补益中焦脾胃之气以治噫。本案既不见补脾益胃,又无疏肝消导,却独以治心之温阳下气法来治噫,当另有所虑。

2.2 噫与心的关联

2.2.1 心与胃经络相连 《素问·平人氣象论》曰:“胃之大络名曰虚里,贯膈络肺,出左乳下,其动应衣,脉宗气也。盛喘数绝者,则病在中,结而横,有积矣,绝不曰死,乳之下,其动应衣,宗气泄也。”又有《灵枢经·经别第十一》所谓:“足阳明之正,上至髀,入于腹里,属胃,散之脾,上通于心……”《内经》已明确指出了胃与心经络相连,息息相关。

2.2.2 噫症发病与心相关 《素问·宣明五气篇》云“五气所病,心为噫”,又云“五脏气,心主噫”,指出噫症可由心病所致,其机理在于足阳明胃经络于心,在心功能低下之时,胃气稍有不和,便会出现气逆而噫,此时所发之噫气,绝非饱食后胃脘胀满所致,乃心气失和影响于胃使然。《素问·脉解篇》曰:“所谓上气走心为噫者,阴盛上走于阳明,阳明络于心,故曰上走心为噫也。”心为噫,因太阴(脾经)阴气盛而上走于阳明(胃经),而阳明经通过络脉与心脏相连属使然,所以噫气之发生,虽源于脾胃而出于心。

2.3 经方运用

本案患者顽固性暖气 1 年,经和胃降逆治法未能奏效,然从治疗冠心病的角度,以温阳下气、行气活血之法,多剂治疗之后,噫症自除,效如桴鼓。所用方中,血府逐瘀汤乃王清任所出,历来为行气活血法治疗血瘀证的名方,适用于本案冠心病心绞痛属胸中血瘀证,加水蛭以破血除瘀,并蒲黄、延胡索活血行气止痛,红参大补元气,防行散之药耗伤太过,又能疗心腹鼓痛,通血脉,开心益智。桂甘姜枣麻辛附子汤本出自《金匱要略·水气病脉证并治篇》:“气分,心下坚,大如盘,边如旋杯,水饮所作,桂枝去芍药加麻辛附子汤主之。”由此,医者有用之治以全身浮肿之阴水案例,证属阴盛阳微,水气泛滥,法在消阴救阳,扶寒逐水^[3]。本案并无“心下坚,大如盘”之证,又非单纯水气所作,为何移用之?因此证系真阳不足,阴寒之邪乘阳虚而逆僭清阳之位,所致“天突处噎塞”一症,故不必拘泥“坚”与“盘”及水气之轻与重,亦可辨证投以本方。如柯韵伯谓:此因寒邪内结,阳气衰而气不化,所谓自伤,气之削也,故于桂枝汤去芍药之微寒,合附子、干姜、桂枝以生阳气;麻黄、细辛以发阳气;甘草、大枣以培胃脘之

阳^[4]。另外佐以制川乌温燥下行,疏利开腠,川椒辛散祛除寒气。诸药合用,阳气升,气化行,寒凝解,胸痹诸症自平,正如李东垣^[5]所言:“善治斯疾者,惟在调和脾胃,使心无凝滞,居温和之处,或食滋味……则慧然如无病矣,盖胃气得舒伸故也,即所谓‘大气一转,其结乃散’也。”

2.4 诊治难点

(1)病例较少见,噫症虽为临床常见病种,但顽固性噫症却并不常见,特别是当冠心病伴发顽固暖气时,医者当辨清两者是单独发病或主次从属的区别,从而执法处方。(2)难以认识到噫之与心的关联。冠心病与噫症分属不同系统的疾病,临床发病也有着各自不同的病机和规律,而当其同时出现,能否摒弃传统辨治的观点而联想到二者发病的相关性,是正确诊治此案的关键。(3)桂甘姜枣麻辛附子汤在本案中的运用。本案通过辨证得以行温阳之法,但独以桂甘姜枣麻辛附子汤处之,显示了经方在临床中的妙用。

2.5 启示

其一,熟读经典,以证临床。辨证论治乃中医理论的精髓,对一种病症不当只是掌握常见证型,更应熟读经典,了解中医名家临证用方的处变思想,并结合临证,做到“执成法以治活人”。对于本案中的噫症,不仅熟稔其临床常见情况,知和胃降逆乃是一基本法则,做到对症处方,而且在遇到顽固性噫症这一特殊案例时,想到心与噫症的莫大关联,从心治噫,从而收获良效。

其二,对沉寒痼冷之疾者,贵在坚持。临床病症有即感而发者,往往处方合法后数剂甚至一、两剂便可痊愈。然而也有些旧病顽疾者,因长期病邪交结,积于体内,用药后往往不会有立竿见影之效,此时需得悉心长期调养,诸症方能渐渐消除。本案患者为久病沉寒之痼疾,用药持续数月,方能见效,并终至健康状况良好,说明了坚持用药的重要性。

参 考 文 献

- [1] 王永炎,严世芸.实用中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,2009:293-295.
- [2] 蒋健.暖气脉证并治及病因病机分析[J].四川中医,2010,28(8):26-28.
- [3] 福建省中医研究所.福建中医医案医话选编·第二辑[M].福州:福建人民出版社,1963:140-141.
- [4] 罗美.古今名医方论[M].北京:人民军医出版社,2007:154.
- [5] 李杲.脾胃论集要[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,2007:112-113.

(收稿日期:2012-03-03)

(本文编辑:刘群)