

心痛证治之我见

钱聚义

关键词 心痛;审证求治;遣方用药

中图分类号:R256.22 文献标识码:B 文章编号:1005-7145(2003)01-0036-2

心痛是指心脏本身病损所致的一种病证,以“两乳之中鸠尾之间”即膻中部位,以左胸部疼痛为主要临床见证。有卒心痛、久心痛与真心痛之别。笔者仅就临床对心痛证治的一些浅见承述于下。

1 寒热虚实 审证求治

本证病机为本虚标实,其治疗原则不外“补”与“通”两义。但具体运用时,又需根据证情寒热虚实而灵活变通。

1.1 辨寒热 心痛较剧,遇寒而作,肢厥厥冷,面色青白,口淡不渴,脉沉细或弦或涩者,实属寒证。以基本方(赤芍、丹参、川芎、红花、檀香、降香)加干姜、附子、桂枝、细辛、薤白等温通之品,若心中灼热,口干烦躁,大便秘结,苔黄脉数者,以基本方加小陷胸汤等苦寒清热,散结活血之品。

1.2 辨虚实 心胸满闷,隐痛阵阵,痛无定处,时欲太息,此乃气机郁结,气滞血瘀,治宜疏理气机,活血解郁。方取柴胡疏肝散加檀香、延胡索、郁金、佛手,若胸闷重而心痛轻,咳唾痰涎,苔白腻,此乃痰浊闭阻,方取栝蒌薤白半夏汤或枳实薤白桂枝汤以温化寒饮,宣痹止痛;若痰瘀互结,方取二陈汤加活血行瘀之品,如丹参、桃仁、红花、赤芍、牡丹皮、益母草等;若卒然剧痛,其因痰闭心窍可予苏合香丸温开闭,理气止痛。若属虚证者,证见心胸阵阵隐痛,胸闷气短,动则喘息,心悸怔忡,倦怠乏力,自汗出,舌红有齿痕,脉虚细或结代。方用桂枝甘草汤加黄芪、党参、川芎、当归、酸枣仁、柏子仁,以补心气振心阳;心阴不足者,证见心胸疼痛时作,心悸怔忡,头晕口干,大便不爽,舌红津少,脉细数或结代。方取生脉散加丹参、当归、生地、玄参、赤芍、郁金、延胡索,以滋养心阴,活血通络;心阳虚者,证见心悸动而作痛,胸闷,神倦畏寒,遇冷心痛加剧,气短动则尤甚,四肢欠温,舌胖苔白,脉虚细而迟或结代,方取人参汤加茯苓、桂枝;若寒凝血脉,心痛明显者,可加鹿角片、川椒、吴茱萸、萆薢、细辛、高良姜、巴戟天以温振心阳。心痛属虚者,每多气虚之证,以黄芪合活血化瘀之品同用多获捷效,方中黄芪宜重用,取其补气升举之功,气足则血行而瘀祛。

2 补阴须顾阳 补阳宜护阴

《医贯·阴阳论》说:“阴阳又各互为其根,阳根于阴,阴根于阳,无阳则阴无以生,无阴则阳无以化。”因此,阳不能自立,必得阴而后立,故阳以阴为基,而阴为阳之母,阴不能自见,必得阳而后见,故阴以阳为统,而阳为阴之父。根阴根阳,天人一理也。

从五脏水火阴阳而论,心主一身之火,肾主一身之水,心火要下交于肾,肾水要上济于水,阴阳方可平衡,正所谓“阴平阳秘”。故古人有“欲养心阴,必滋肾阴,欲温心阳,必助肾阳”之说。在临床中属气阴两虚者,应遵《灵枢·终始》“饮以甘药,不可饮以至剂”之旨。所谓甘药,即阴阳兼备之剂,如黄芪玉竹汤,阳虚加仙灵脾、补骨脂,阴虚加何首乌、当归。不可妄投刚燥、阴柔之“至剂”,以使阴阳不断达到新的平衡。它如治疗冠心病脉结代名方炙甘草汤,即以温阳益气、滋阴养血之品并举亦正是此意。

3 遣方用药 因证而宜

心痛之疾,据临证表现不同,而采用不同治疗大法和相关的方剂,并注意药味的加减,方能获取满意之疗效。在临床上一般宜施宣痹、理气、化瘀、益气养阴之法。所谓宣痹即宣通心阳之痹阻,针对胸痛、痞闷疼痛所设。常用之方为栝蒌薤白白酒汤加桂枝、甘草。栝蒌可宽胸散结,薤白滑利通阳,桂枝伍栝蒌、薤白可行阳开痹,桂枝伍甘草,辛从甘化,能温补心阳,但在痰热偏重,血压偏高时应慎用。若寒凝血脉,心痛较明显者,可选用高良姜、萆薢、细辛之属,以祛寒镇痛。

心痛之证,多由气血阻滞,以致心阳痹阻而发,故在治疗心痛证中理气药不可缺少。理气之品多用香附、降香、檀香、砂仁、郁金、延胡索、川楝子、佛手之类。香附可开郁散结,心前区闷痛者多用降香行血破滞;檀香善调膈上诸气,止心腹痛;砂仁快气调中;郁金行气解郁,川楝子可止“热厥心痛”;延胡索可行血中气滞,气中血滞,镇痛功效尤著;佛手理气和中治“心下气痛”。

此外在治疗心痛证时活血化瘀亦不可少。活血药如丹参、当归、川芎、三七等。化瘀药常用红花、桃仁、赤芍、蒲黄、五灵脂之类。

益气养阴在治疗心痛证中至关重要。心动过缓或见脉结代者,益气药常用党参(或人参)、炙甘草、桂枝、略加附子以

作者单位:300193 天津中医学院

作者简介 钱聚义(1945-),男,副教授,从事中医基础理论教学和中医内科临床工作。

温阳强心,并可加入宁心安神之远志、酸枣仁、茯神之属。养阴药常用生地、沙参(或太子参)、麦门冬、五味子。心动过速而脉见结代者,应仿生脉散方意,以沙参(或太子参)、麦门冬、五味子加生地、玉竹、何首乌、黄精,并酌加安神的远志、夜交藤、柏子仁等药。

心阳阻痹亦常因湿痰或痰热的影响而发作,所以在治疗之中常配伍一些健脾化湿、祛痰清热之品,如加太子参、白术、茯苓、石菖蒲、川贝母、竹茹等,每可提高宣痹理气之疗效。

(收稿日期 2002-07-20)

行气饮在胰腺超声显像中的应用

孔艳梅,王志祥

关键词:行气饮;胰腺;超声波显像

中图分类号:R445.1 文献标识码:B 文章编号:1005-7145(2003)01-0037-01

腹部超声检查通常要求被检者空腹受检,一般在检查前禁食8h以上。其目的除有利于胆道系统的观察外,还可避免胃肠内容物及气体的干扰,使图像更清晰,有利于疾病的诊断。但有一部分患者胃肠气体较多,干扰超声的传入,即使空腹仍不能很好地显示肝、胆、胰、脾等器官的结构。笔者运用中药行气饮增加腹部超声的清晰度,取得了良好的效果,现报道如下。

1 临床资料

将准备行腹部超声检查的患者随机分为观察组与对照组。观察组101例,男44例,女57例,年龄16~75岁,平均35.6岁,平均身高与体质量之比为2.49。对照组103例,男49例,女54例,年龄18~80岁,平均37.8岁,平均身高与体质量之比为2.34,两组间无显著差异。

2 方法

对照组禁食8h以上,行常规卧位腹部超声检查。观察肝、胆、胰、脾等脏器的清晰度,并以胰腺为观察指标,记录胰头、胰体及胰尾的显示情况,将其分为清晰、欠清、不清3种程度。清晰:胰头、胰体、胰尾及胰管均能清楚显示;欠清:胰头、胰体、胰尾显示均欠清晰。或胰头、胰体尚能显示,但胰尾显示不清;不清:胰头、胰体、胰尾均显示不清^[1]。

观察组嘱患者于检查前12h口服行气饮50mL,然后禁食8h以上。第2d清晨行常规卧位腹部检查。观察内容与对照组相同。行气饮组方:厚朴10g,枳壳10g,木香10g,莱菔子6g。本院统一煎煮,取汁,每50mL装瓶。

两组使用同一台机器,由固定医师操作。

3 结果 见表1。

对照组中有1例胰头癌术后患者,显示不清;1例胃2/3切除患者,显示欠清。观察组中有1例壶腹癌术后患者,胰腺显示欠清晰。

表1 观察结果比较 例(%)

组别	例数	清晰	欠清	不清
观察组	101	82 (81.18)	18 (17.82)	1 (0.99)
对照组	103	758 (66.31)	40 (38.83)	5 (4.85)

注:观察结果经统计学处理 $\chi^2=14.89 P<0.01$,两组间有显著性差异。

4 讨论

胰腺位于腹膜后,是一个无包膜的腹膜后脏器。胰体位于胃的后方,胰头被十二指肠包绕。如果胃及十二指肠排空不佳或气体较多,均直接影响胰胰头、体、尾的显示。因此,以胰腺的显示情况作为观察指标,用来探讨行气饮在腹部超声显像中的作用是可行的^[2]。

脾胃同居中焦,为气之枢纽。胃为水谷之海,无物不受,以降为顺。脾主运化,主升清气。脾升胃降,升降清浊。若脾胃枢机不利,升降失常,郁滞于中,则胃肠排空不佳,胃内食物引起过多气体,干扰超声的传入,影响超声显像。

行气饮的组成为厚朴、枳壳、木香、莱菔子,其方义取自《金匱要略》的厚朴三物汤。用枳壳易枳实,免枳实之凶猛,而改枳壳之缓和,以莱菔子易大黄,利气导滞,宽中和胃,厚朴苦温,下气除湿,宽中消满,为君药;木香乃三焦气分之药,能升降气机,且芳香化湿,4药合用共助中焦之运化,奏行气、消胀之功。能够有效地排除胃肠气体的干扰,使超声图像更清晰,有利于疾病的诊断和鉴别诊断。观察组中无1例出现服药后不适。

随着超声仪器及操作方法的不断改进,腹部超声尤其是胰腺的显示率已经上升到很高水平。本法不失为提高腹部超声显像的方法之一。其在肯定了中药行气消胀作用的同时,也扩大了中药在现代诊断中的应用范围。

参考文献:

[1] 袁光华,张武,简文豪.超声诊断基础与检查规范[M].北京:科学文献出版社,2001.314.
[2] 周永昌,郭万学.超声医学[M].第2版.北京:科学技术出版社,1994.680.

作者单位:300022 天津中医药研究院附属医院

作者简介:孔艳梅(1965-),女,主治医师,从事临床B超功能检查工作。

(收稿日期 2002-12-04)