

学术论坛

# 浅谈冠心病的整体辨治思路

□李 广

中医与西医的区别在哪里?其实,不是诊断方法的不同,而是思维方法的不同。从广义上来说,是东方文化与西方文化的不同。国学大师季羨林在《谈国学》一书中提出“东方的思维模式是综合的,西方的思维模式是分析的。打一个比方可以说:西方是一分为二,东方则是合二为一。再用一个更通俗的说法来表达一下:西方是头痛医头,脚痛医脚;只见树木,不见森林。而东方则是头痛医脚,脚痛医头;既见树木,又见森林”。季羨林用通俗的语言阐述了东方文化与西方文化的区别,同时也阐明了中医与西医的根本区别。

冠心病是冠状动脉粥样硬化性心脏病。西医认为它是由于高血压病、糖尿病、高血脂症等因素引起冠状动脉粥样硬化所致;而中医认为它是一种身心疾病,是全身疾病在局部的表现。对此,第三批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师毛德西认为,必须用整体思维的方法去认知,去处理。笔者长期跟随毛老师侍诊、学习,现将其诊治冠心病的辨治思路进行整理,具体内容如下。

## 五脏相关论

毛老师认为,“心为五脏六腑之大主”,强调心脏在五脏六腑中的重要地位。但五脏之间,又有着互相制约的关系,比如《黄帝内经·素问·玉机真藏论》中提出“五脏受气于所生,传之于其所胜,气舍于其所生,死于其所不胜”的观点。这说明在病理状态下,其他脏腑的疾病也会影响心脏。因此,辨别冠心病的证候,也要考虑其他脏腑

的病变情况,以便明确治疗的方向,从而拟定正确的治疗方案。

1.脾胃与心脏的关系。《黄帝内经·素问·平人气象论》中有“胃之大络,名曰虚里,贯膈络肺,出于左乳下,其动应衣,脉宗气也”的论述,又提出“乳之下其动应衣,宗气泄也”的观点。这就明确说明脾胃与心通过经络而有着密切联系。若脾胃纳运功能出现失常,胃纳不消,脾运不及,从而湿浊内阻,痰浊内生,不能清除脾胃之气,胸中之宗气夹杂痰浊之邪,心气何能鼓动?心脉何能流通?以此思路,遣方用药,当然要用瓜蒌薤白剂最为合适,它能使胃气下降,湿浊下流;它能通达腑气,扩展宗气;它能温运气,畅通心脉,所以为历代医家所喜爱,至今仍广泛应用于临床。常用方剂:半夏泻心汤、小陷胸汤等均是治疗心脏病的常用方剂。

2.肝与心脏的关系。肝脏在五脏六腑中的地位非同一般。《黄帝内经》中提出“肝藏于右,其气行于左”的观点。这让人不得其解,更使西医生同仁匪夷所思。其实,这是“天人合一”理论在中医脏腑学说中的具体应用。到了清代,有医家提出“肝为五脏之贼”的观点,认为肝脏有了病可以影响到五脏六腑。有肝气郁结引起的胸膈心痛屡见不鲜,由气郁而起、而发,辨证并不困难。由气郁而引起的心脉不通,要用血府逐瘀汤。清代医学家王清任提出“血府逐瘀汤,治胸中血府血瘀症”的观点。该方由桃红四物汤加柴胡、枳壳等组成;妙在用牛膝一味药。由此可见,此证是由肝气郁结在上焦(心肺,致使气血不能畅达所致)。

3.肾与心脏的关系。肾与心脏是水火相济的关系。肾水上蒸而

济心火,心火下降而温肾水,这是正常的心肾关系。冠心病发展到心力衰竭阶段,这种关系打破了现状,变成了肾阳不化,肾水上泛,形成了“心水”。这在《金匮要略·水气病篇》中有较为详细的描述,比如“病者苦水,面目身体四肢皆肿,小便不利,脉之,不言水,反言胸中痛,气上冲咽,状如炙肉,当微咳喘”等论述。其治疗方药有越婢加术汤、防己黄芪汤、麻黄附子汤等。《伤寒论》中有真武汤证2条,这2条都谈到水气的代谢,而水气的代谢是由肾气的温煦所决定的。由于水不化,则脉不流;脉不流,则心悸、头晕。东汉末年著名医学家张仲景用真武汤温阳化气,以恢复水火交融的正常关系。

4.肺与心脏的关系。肺与心脏的关系,以宗气为维系。《黄帝内经·灵枢·邪客》中提出“宗气积于胸中,出于喉咙,以贯心肺,而行呼吸焉”的观点,肺为宗气之储,肺气虚则心气虚,肺气实则心气实,即肺气郁则心脉郁。冠心病之虚证,常常责于心肺之虚,或气虚,或阴血不足,或气阴不足。而在实证证方面,又有肺气郁闭而致心脉瘀阻者,或痰浊郁闭而致心脉不和者。在临床上,常见有因风寒感冒而致冠心病病情加重者,甚至引起心力衰竭等危险症状。治疗心肺之气虚,时常选生脉饮为方;而由肺气郁引起心脉瘀阻者,葶苈大枣泻肺汤当为首选方剂。痰浊肺部而致冠心病加重者,则十味温胆汤为合适方剂,可取良效。

## 天人合一论

毛老师强调,作为一名中医,

在刚接触患者时,脑海里首先出现的思维活动,是患者与自然环境的关系。例如患者是哪里人?是山区或是平原?什么季节得病?什么时辰发病?有什么生活习性?就是要把疾病放到空间与时间中考虑。这些内容对于治疗与预防疾病都是非常重要的。这就是天人合一论在中医中的应用。

具体到冠心病,应非常注意发病时间,以及地理环境等情况。《黄帝内经·素问·脏气法时论》中提出“病在心,愈在长夏,长夏不愈,甚于冬,冬不死,持于春,起于夏,禁温食热衣。心病者,愈在戊己,戊己不愈,加于壬癸,壬癸不死,持于甲乙,起于丙丁。心病者,日中暈,夜半甚,平旦静”的观点。这说明在一日之中,日出为春,日中为夏,日入为秋,夜半为冬,心脏病也有“旦慧、昼安、夕加、夜甚”的现象。我们在治疗心脏病时,对于夜晚发病或复发者,更要注意用扶阳药物来补充心肾之阳,比如附子、干姜、桂枝等。《金匮要略·胸痹心痛短气病篇》中记载的人参汤与乌头赤石脂丸等,均是扶阳散寒的名方;宽胸丸乃是芳香温通的代表方剂。

天人合一论主要是指人与大自然的和谐,这里边包括四时六气的变化对冠心病的影响。如风湿、温湿、暑温、温湿、秋燥、伤寒等,都应考虑在内。

总之,天人合一论比较复杂,只要我们考虑周全了,把这些因素归纳到预防与治疗中,就会取得事半功倍的效果。

## 整体恒动论

整体恒动论最早整理提出者是

现代中医学家方药中。他在1976年写了一篇题为《论中医学的整体观》文章,文章中有一节为“成败倚伏生乎动”,这句话取之于《黄帝内经·素问·六微旨大论》,原文为“成败倚伏乎中何也?岐伯曰:成败倚伏生乎动,动而不已,则变化矣”。“成败倚伏”,即成与败、盛与衰是互为因果的。成与败是在变动着的,证候也会向相反的方向转化,《道德经》中有一句名言,即“反者,道之动”。循环往复的运动是事物发展的客观规律。冠心病的证候也是在变化着的。《金匮要略·胸痹心痛短气病篇》中有“夫脉当取太过不及,阳微阴弦,即胸而痛,所以然者,责其极虚也。今阳虚知在上焦,所以胸痹心痛者,以其阴弦故也”的文字记载。这里所说的“太过”“不及”也是在变化着的。当前,对于冠心病的证候认知是“虚中夹实”为基本病机。但虚与实是动态变化的。这里所说的“虚”(不及),包括阳虚、气虚、气阴两虚,以及气血不足等。所说的“太过”,包括瘀血、寒凝、气滞等。

当初诊断为气虚证时,由于受到各种因素影响,第二次诊治很可能变为阳虚证,或气阴两虚证。实证也是如此,当第一次诊断为瘀血证时,第二次很可能变为痰湿阻络证,或气滞血瘀证,更何况冠心病的单一证候是不多见的。我的体会还是那句话,“观其脉证,知犯何逆,随证治之”。若能按以上内容熟练掌握,并灵活运用于临床诊疗中,可取得预期效果。

(作者供职于河南中医药大学第三附属医院;本文由第三批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师毛德西指导)

## 中医人语

如今,笔者在带教学生时,发现一些学生不明白《伤寒论》中的六经辨证,对辨治法则似懂非懂,也不会用经方辨证,遣方用药。对此,笔者建议学生研读《伤寒论》,不仅对临床实践有益处,还会终身受益。

东汉末年著名医学家张仲景撰写的《伤寒论》,经过千百年来临床验证,疗效卓著。《伤寒论》作为经方医学的理论圭臬,珍贵之处在于理论和临床联系非常紧密,三阴三阳六经辨证明晰,理法方药相配。笔者认为,从研读这部经典医籍开始,中医就步入规范的临证之路。

自古研究《伤寒论》者不胜枚举,名家辈出,并纷纷著书,为《伤寒论》释义,从而形成中医学史上独特的伤寒学派。

从《伤寒论》对后世医家的临证指导作用来看,就足以证明这部经典是经得起各个时代临证实践、检验的医籍,是历代医家将最佳临床证据、成功的临床经验患者的具体情况这三大要素紧密结合在一起的具体呈现,是安全、有效的循证医学。

清代医家俞根初在《重订通俗伤寒论》中提出“前哲徐洵溪曰:医者之学问,全在明伤寒之理,则万病皆通”之观点,这充分说明学习《伤寒论》的重要性。北宋医学家林亿在《校定急难千金方后序》中提出“臣尝读唐令,见其制:为医者皆习张仲景《伤寒》、陈延之《小品》”的观点。北宋宰相王溥在《唐会要·医术·卷八十二》中提出“自今以后,有以医人仕者……各试医经方术第十道、《本草》二道、《脉经》二道、《素问》十道、张仲景《伤寒论》十道”的建议。由此可见,《伤寒论》自古就是医者的必读之书,国家医考的考试内容。

汉代以后的中医大家,没有不精通《伤寒论》的,历代各大学派流派,比如金元四大家及明清时期的温补学派、温病学派等学术思想的创立,均受到《伤寒论》的启迪。临床实践证明,不懂《伤寒论》难以成就中医名家,难以治疗沉痾重症,这是中医界的共识,正如清代医家徐灵胎在《慎疾言》中提出“一切道术,必有本源,未有目不睹汉唐以前之书,徒记时尚之药数种,而可为医者”的观点。

如今,在中医管理部门的大力倡导下,这部“济苍生,安黎元”,造福人类的典籍被众多医家重视,研读之,慎用之,并将所学适时应用于临床。在重视研读经典、用扎实的中医功底做临床方面,医籍《伤寒杂病论·张仲景原序》提出“观今之医,不念思求经旨,以演其知,各承家技,终始顺旧,苟医问病,务在口给。相对须臾,便处汤药……明堂阙庭,尽不见察,所谓窥管而已。夫欲拯死别生,实为难矣”的观点,这些话真是一针见血,振聋发聩。

笔者在临证之余,时常研读《伤寒论》。有一段时间,笔者忽然发现读该书时不需要借助注释了,经常能够看出某一段原文表达得很直白,前后文讨论的内容既完整又清晰,有时看某条原文感觉有点突兀或内容不清楚,后来再换个角度分析,还是清晰、连贯的。有了这样的理解后,笔者才意识到学习《伤寒论》最大的问题在于理解其一贯的思路、内在的逻辑,这也是全书所包含的辨证思路、思维方式。

那么,这个一贯的思路是什么呢?就是全书分篇的方式:三阴三阳。《伤寒论》中所谓“六经辨证”实际上是指原书的“三阴三阳辨证”。所以,不能理解《伤寒论》中的“三阴三阳”分篇思路,也就无法完整理解原书的辨证思想。

我们都知道阴阳是“万物之纲领”,也就是古人认识万事万物,都是以阴阳为纲领,从阴阳的角度、层面来理解,阴阳是古人的“方法论”。“阴阳方法论”的核心要点是“阴阳象”,也就是从阴阳的角度来看待问题时,首先要明确观察的对象是什么?观察目标所表现出来的哪种“象”?取象不同,则所见亦不同。

有了相对固定的取象,才能够在观察与表述中逻辑清晰,思维一贯。鉴于此,该书在前面特设《绪论》一篇文章,讲述《伤寒论》中“三阴三阳”的取象及其内涵。笔者建议已经熟悉原文的医者对此篇内容多加留意,这里总结了贯穿全书的基本逻辑和辨证模式。有初学者读过该《绪论》的内容后感觉只是把一些基本的气象学知识套上了阴阳,反而讲得更复杂,并且看不出这和原文有了什么关系,如果读完后是这种感觉,可以忽略此篇,认真阅读后面每篇前几条的讲解,也可以理解到一贯逻辑和全书的基本逻辑。久学之士,如果到原文仍有不甚明了之处,笔者的观点可能会提供一些启发。

综上所述,笔者建议:一是各级中医医院应当将《伤寒论》作为临床中医的必读经典,将整体观念、辨证施治原则作为考核中医临证处方的必要途径。二是各类中医院校教学的重点应当放在学习、研究《伤寒论》和《金匮要略》上,应突出《伤寒论》六经辨证和经方的应用方面,并注重早实践、早临证。

“求木之长者,必固其根本;欲流之远者,必浚其泉源。”中医教学的目的应当定位在培养会治病的中医临床医生方面,只有培养出具有扎实的中医功底、良好的道德素质、丰富的中医药文化知识、富有创新精神的高素质中医人才,才能真正提高中医教学质量,促进中医药事业传承和发展。

(作者供职于驻马店市第四人民医院)

# 跟师侍诊应重视学习经典

□毛进军



治燥必用甘寒,火郁可以发,燥胜必用润,火可以直折,燥必用濡养”。清代医家汪慈庵提出“燥证路径无多,故方法甚简,始用辛凉,继用甘寒,与温热相似,但温热传至中焦,间有当用甘寒者,燥证则唯喜柔润,最忌苦燥,断无用之理矣”的观点。笔者运用以上方法,依据患者的病情遣方用药,时常能够取得明显效果。

(作者供职于鄢陵县中医院)

# 秋燥的病因病机及诊疗特点

□李德信

秋燥是秋季感受燥热病邪引起的外感热病。秋燥具有燥邪初起在肺卫时期,即有咽干鼻燥、咳嗽少痰、皮肤干燥等津气损伤的干燥症状。现代医学中发病于秋季的上呼吸道感染、急性支气管炎等疾病具有类似症状。笔者结合多年临证经验,认为秋燥是感受秋令燥热病邪而形成的,具有如下特点。

## 传变规律

秋燥初起,邪在肺卫。秋燥初起时与风温症状相似,但津气干燥症状比较明显。这是秋燥的特点,这也是与其他温病不同之处。由于

燥气易耗伤津液,所以秋燥初起即有津气干燥症状。若肺卫之邪不消除,则化热传里,其津气干燥之象更为明显。其中,燥热在肺者,易成肺燥阴伤,传至阳明胃肠时,易形成肠燥、便秘及阴虚腑实之症状;若素体本不虚弱,或在秋燥初起时治疗及时,得当,一般情况下,燥热病邪不会迅速发展至下焦部位。

秋燥初起时,燥热病邪除在肺卫有症状外,必伴有口、鼻、咽、唇等津气干燥等症;秋燥具有一定的季节性,多发于秋令燥热偏盛季节。通常情况下,秋燥重于肺,病变较轻,

一般情况下,传变不多;应与发于秋季的伏暑症状相区别,伏暑初起时虽有表证,但以暑湿在里的症状为主,病情较重,变化、传变较多。

## 辨证施治

《黄帝内经·素问·至真要大论》中提出“燥者润之”的诊疗法则。依据此法,故燥邪为病,易伤津液,治疗原则以滋润为主。全国统编教材《温病学·秋燥篇》中提出“上燥治气、中燥增液、下燥治血”的观点。这充分说明了治疗秋燥初期、中期、末期的分期办法。“上燥治气”是指燥邪犯肺时,应从气

分治疗。中医可根据秋燥病程的不同阶段,以及燥邪侵犯的不同脏腑,而分别采用“治气”“增液”“活血”的方法,确实有一定的临床指导意义。同时,秋燥是感受外感燥热之病,初见表证,在润燥的同时,必兼解表法治之,宜用辛凉、甘润之法,可屡获良效。

笔者依据秋燥的症状与特点,认为治燥不同于治火。一般情况下,采用温病化热化火法之后,常用苦寒、清热、泻火之法治疗,且效果明显。中医理论认为,燥证喜柔润,忌苦燥,强调“治火可用苦寒,

# 治疗慢性胃炎 重在舒肝 突出和胃

□尹国宥

慢性胃炎是指胃黏膜上皮遭受各种致病因子的侵袭所引起的慢性胃黏膜炎性病变,是胃病中最常见的一种类型,以胃脘饱胀、隐痛、暖气、食欲不振、吞酸等为主要表现,属于中医学的“噎气”“痞满”“胃脘痛”“纳呆”“吞酸”等范畴。中医认为,慢性胃炎多由脾胃素弱,饮食不节、情志失调,致使脾胃受损,胃失和降,日久气滞血瘀而成。辨证论治是中医的特色,找准中医辨治慢性胃炎的思路,是取得较好临床疗效的关键。中医辨治慢性胃炎,应着重从以下几个方面考虑。

## 调其升降 以降为顺

脾宜升以运为健,胃宜降以通为补。慢性胃炎具有胃脘部疼痛不适、纳差腹胀、暖气、脘痞等症,其原因主要在于中焦气机升降失常,升降失常,调其升降适度是治疗慢性胃炎的主要思路。

脾胃升降是脾胃的正常生理活动形式,对脏腑气机的升降有着重要影响,只有脾能升清,才能将饮食水谷之精微输达于心肺,布散周身;胃和降,才能维持正常的受纳、水

谷,推送糟粕下行排出体外的功能活动。升降降浊,中气旺盛,化源充足,既是维持脾胃自身正常生理活动的基础,又是维持全身脏腑气机升降、平衡的重要因素。

脾胃升降是一个相反相成、互相协调的矛盾运动。正如明代医家周慎斋提出“胃气为中土之阳,脾气为中土之阴,脾不得胃气之阳则下陷,胃不得脾气之阴则无转运”的观点。这说明脾之升有赖于胃之降,胃之降亦有赖于脾之升。在病理情况下,升降失度,脾胃功能失调,运化无力,则诸多疾病症状丛生。脾不升则腹胀、纳呆、泄泻等;胃不降则恶心、呕吐、吐酸水等。治疗应以调为主,调其气机,调其升降,调其偏盛,以扶脾胃之正气。

## 顺应喜恶 润燥适当

胃喜凉,喜柔润而恶燥;脾喜燥,喜刚烈而恶湿。从总体上来看,慢性胃炎的发生均与燥湿影响脾胃之功能有关,因此顺应脾胃的喜恶,调其适度,使其恢复正常的生理功能,也是治疗慢性胃炎的重要原则。脾为太阴湿土之脏,而运化水湿,得阳气温暖则运化健旺;胃为阳明燥土之腑,而主受纳腐熟水谷,得阴柔滋润则通降正常,故清代医学家叶天士提出“太阴湿土,得阳始运,阳明燥土,得阴自安,以脾喜刚燥,胃喜柔润也”的观点。这说明脾胃之阳,能济脾土之湿,共成燥湿相济之功效。

在病理情况下,湿燥偏盛,影响

脾胃的运化功能,出现湿困于脾,燥伤胃津的病理变化。一般来说,慢性胃炎不宜用温热燥烈之品,因热药灼阴,燥药伤津,损伤胃功能。比如过量的肉桂、干姜等辛温刚烈药物,能刺激胃黏膜,往往会加重慢性胃炎之胃痛、灼热等症,并且能增加代谢,扩张血管,加快血流,易引起胃出血。因此,顺应脾胃之性,调整燥湿这对相反相成的矛盾,对指导慢性胃炎的治疗有重要意义。

## 舒肝和胃 以畅为度

肝属木而主疏泄条达,脾胃属土而主运化受纳,肝与脾胃为木土相克之脏。在正常情况下,肝之疏泄条达,有利于脾胃消化、吸收,称为木能疏土。正如清代医学家唐容川在《血证论》中提出“木之性主于疏泄,食气入胃全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化”的观点,肝之疏泄条达正常,既可助脾运化,使清阳之气升发,水谷精微转输上归于肺,又可助胃受纳腐熟水谷,使食糜不断下于小肠。在病理情况下,肝之病变易影响脾胃,正如东汉末年著名医学家张仲景在《金匮要略》中指出“见肝之病,知肝传脾”的观点。医籍《类证治裁》中亦指出“诸病多自肝来,以其犯中焦之脾,刚性难驯”的观点。肝之疏泄,影响胃的病变,有疏泄不及则“肝气郁结”,肝之疏泄太过则“肝气横逆乘脾胃”,多出现“肝脾失调”或“肝胃不和”,这种情况在慢性胃炎中相当多见。所以在慢性胃炎的治疗中,多用疏肝

和胃、疏肝健脾等治法,使气机条畅,胃气自降。在调理肝胃的关系上,以畅为度,使肝胃气机调和,二者配合自如,成为治疗慢性胃炎适当遵循的法则之一。

## 活血止血 勿留瘀滞

“久病必瘀”,慢性胃炎由于病程较长,常有不同程度的瘀滞存在,同时慢性胃炎也时常有胃出血症状,所以活血止血,使瘀血消散,勿留瘀滞,也是慢性胃炎的辨治思路。

在慢性胃炎的治疗中,在应用止血药时注意加入一定量的活血药,使止中有活,活血为止血之用,血脉通畅,血止后无留滞之弊,有利于胃肠通畅,消化功能恢复,有助于慢性胃炎康复。据现代药理研究证明,当归、川芎、红花、丹参、三七等活血化瘀药能促进血液循环,改善组织缺血、缺氧状态,促使组织修复,减轻炎症反应,对胃黏膜的修复大有好处。因此,在治疗慢性胃炎,尤其是慢性胃炎伴发出血时,一定要注意适时使用活血止血之法,这样不仅可以迅速止血,消除胃脘部疼痛、便血等症状,还能保持胃肠道通畅,无留瘀滞之弊。

## 参照微观 提高疗效

在中医辨证的基础上参照胃黏膜的微观变化,配合已经现代研究证实能促进胃黏膜修复的药物,有助于提高慢性胃炎的临床疗效。近年来的临床和实验研究表明,幽门螺杆菌是导致慢性胃炎、消化性溃疡的主要病因,大多数慢性胃炎有

幽门螺杆菌生长,针对幽门螺杆菌宜解毒抑菌,可在辨证用药的基础上,以畅为度,使肝胃气机调和,二者配合自如,成为治疗慢性胃炎适当遵循的法则之一。

慢性萎缩性胃炎腺体破坏萎缩,黏膜变薄,炎症细胞逐渐消失,表皮细胞失去分泌黏液的功能,可伴有不典型增生,治疗的目的是激活腺体,使之分泌胃液,以及制止胃黏膜肠上皮化生。腺体萎缩,胃酸缺乏,则纳食不化,脘腹饱胀,依据中医“以酸生酸”及“酸甘化阴”之理论,用酸味的乌梅肉、木瓜、山楂、白芍,与甘味的甘草酸甘守,以酸生酸,激活腺体分泌胃酸,化生阴液,修复胃黏膜。此外,中度以上肠上皮化生或不典型增生有癌变的可能,被认为是癌前病变,宜从胃络凝瘀或凝痰聚瘀治之,在消散痰瘀的同时,可配三棱、蜈蚣、白花蛇舌草之抗癌中药,早治以防癌变。

## 避免诱因 注意调养

慢性胃炎可有若干原因使其反复复发,常见的如饮食不节、情志抑郁、过食辛辣等,在药物治疗的同时注意自我调养,避免这些诱因,是促使慢性胃炎顺利康复的重要环节。要纠正不良的生活习惯,做到劳逸结合,保持心情舒畅;要注意饮食调养,不贪食,不暴饮暴食,戒除烟酒;要选择易消化的食物,少食辛辣、油腻等刺激性食物,食物应注意荤素搭配,以素为主。

(作者供职于遂平县人民医院)

本版图片由安阳市龙安区马家乡贾氏诊所贾喜来提供

