

最能升发脾胃清阳之气。”

1.5 木香配黄连,清肠燥湿止泻痢 木香辛温芳香,健脾消食,行气消胀止痛;黄连苦寒,气薄味厚,清热燥湿,泻火解毒,厚肠止泻。二药伍用,名曰“香连丸”。一温散,一寒折,调升降,理寒热,共奏调血行滞、厚肠止泻、止痢之功。所谓“行血则便脓自愈,调气则后重即除”,二者参合,治痢甚效。

1.6 决明子配莱菔子,攻下通腑泻肠浊 所谓“人之大便不通,如河道之舟不行”(《诊余集》),莱菔子可“下气宽中,消膨胀,攻肠胃积滞”(《滇南本草》),《本草纲目》亦云其能“消食除胀,利大小便”。决明子可“利水通便”(《中华本草》),现代药理研究显示,其主要成分为大黄酚、大黄素、大黄酸等,具有与大黄类似的通便效果,然力缓而无苦寒败胃之虞。二者同用,肺胃之气可降,肠腑之气可通,大肠乃可正常司传导之职,污浊糟粕既下,气机自可调和匀畅。

1.7 随证加减 倘若症状较著或兼有它症,则可在辨证基础上适当选用药对以兼顾之。例如:①腹痛甚者:芍药配甘草,取“芍药甘草汤”之意,酸甘敛阴,缓急止痛;川楝子配延胡索,取“金铃子散”之意,疏肝行气止痛。②纳呆者:谷芽配麦芽,二者具有生发之气,配伍应用,升发脾胃之气;或用山楂配神曲,消食健脾开胃。③呕恶甚者:黄连配吴茱萸,辛开苦降,降逆止呕;半夏配竹茹,止呕之力倍增。④兼反酸、溃疡者:乌贼骨配大贝母、乌贼骨配白芨,可抑酸护膜;三七粉配白芨粉,加藕粉调服,常用治溃疡病,收效甚佳。⑤兼失眠者:远志配酸枣仁养心安神,用于心血不足兼有痰浊者;百合配夜交藤、合欢花配夜交藤:健脾养肝,通

达阴阳,相辅相成。⑥兼月经不调者:伍川芎配鸡血藤活血调经。

2 脾胃生理须重视,药对活用不拘泥

2.1 桔梗配枳壳,升降相宜 桔梗辛苦平,“利肺气”(《珍珠囊》),主升提。枳壳苦微寒,“功专下气开胸,利肺开胃”(《本草求真》)。二药相伍,一升一降,通降肺胃之气。单师认为,凡胃胀日久,屡用理气药少效者,配此药对常可收奇效^[3]。

2.2 枳实(壳)配白术,消补兼施 枳实破滞气,消积滞,泻痰浊,以走泻为主。白术补脾运中燥湿,以补以守为主。二药一泻一补,一走一守,一急一缓,合用则消补兼施,补而不滞,攻不伤正,急不破削,缓不留邪,相辅相成,共奏健脾开结,消除痞满之功,所谓“大气一转,其气乃散”(《金匮要略》)。单师认为,枳实、枳壳使用有异。枳壳治高治气,枳实治下治血。枳壳以行气消胀、开胸快膈见长,枳实以破气消积通便为主。临床当观察体质强弱,病情之异分而用之。同时,枳、术配伍。又有剂型之别,如《金匮要略》枳术汤重用枳实,乃消重于补;张洁古易汤为丸,重用白术,并加荷叶烧饭为丸,当是补重于消;而张子和枳术二味等分,方为消补并重之举。

2.3 丹参配檀香,气血并调 此二味取“丹参饮”之意。丹参苦平微寒,专入血分,内达脏腑而化瘀滞,外利关节而通脉络,具宣通运行之效,降而行血,去瘀生新,活血定痛。檀香味辛芳香,善入气分,行气宽中,醒脾开胃,散寒止痛,“行气中血滞”而能活血通络,《本草备要》称其能“调脾胃,利胸膈,为理气要药”。两药相伍,气血双

调,共奏活血行气、通络止痛之效。

2.4 半夏配麦冬,刚柔并用 麦门冬甘、微苦、寒,养阴润燥,益胃生津,“为补益胃津之专品”(《本草正义》)。半夏辛温有毒,和胃降逆,化痰止呕,“止呕为足阳明,除痰为足太阴”(《汤液本草》)。单师认为,脾为阴脏,体阴用阳,喜燥恶湿;胃为阳腑,体阳用阴,喜润恶燥;然脾阴得阳气温煦始能运化无穷,胃腑得阴柔滋润方可受纳不断。半夏得麦冬,降逆止呕而无温燥之虞,麦冬得半夏,养胃生津而无滋腻之嫌。是故二者伍用,刚柔相济,润燥相宜,颇合脾胃之生理。

3 验案举隅

高某,女,44岁,江苏南京人。2014年4月1日初诊。患者诉近10余年来大便干结,寻医问药,无所适从,常以“开塞露”通便,2013年11月查肠镜未见器质性病变。刻下:大便干结,甚则如栗,量少次频,日行2~3次,胃脘时痛,偶有腹鸣,嗳气,双眼胀痛酸涩,视力减退,舌淡,边有齿痕,苔薄,脉沉细。证属脾气不足,胃失通降。治以益气健脾和胃,润肠下气通便。处方:太子参10g,炒白术10g,炒薏仁15g,炒枳壳10g,火麻仁15g,莱菔子15g,决明子15g,肉苁蓉10g,百合15g。14剂,水煎服,每日1剂。2014年4月22日二诊:大便如栗,日行1次,怕冷,腰膝酸软,经行量少色暗。余症同前。舌暗,边有齿痕,苔薄,脉细,重按不足。治当前方出入:加炒当归10g,大百合15g,川牛膝10g,炙升麻6g。14剂,服法同前。2014年5月7日三诊:大便已畅,日行1次,胃部不适较前缓解,舌脉如前。病症日久,拟于原方加杜仲,再进半月而愈。

(下转第36页)

张琪辨治慢性心力衰竭经验撷菁※

● 潘超群¹ 张琪^{2▲}

摘 要 张琪教授运用中医诊疗方法,提出了以益气温阳、化痰利水、滋阴养心、培补肾元为基础的
治疗慢性心衰的理论体系,临床疗效显著。

关键词 慢性心力衰竭 辨证论治 经验 张琪

张琪教授是江苏省级名中医,南京中医药大学博士研究生导师,先后师从国医大师朱良春先生、颜德馨先生,长期从事心血管疾病的中医诊疗。本人跟师学习,获益良多,现将其治疗慢性心衰的经验介绍如下。

1 病名、病因与病机

中医自古并无慢性心衰之病名,根据其临床表现,当属“惊悸”、“喘证”、“水肿”、“痰饮”范畴。早在先秦时期,中医便已经有了相关的论述,如《内经》有云:“心胀者,烦心短气,卧不安”,“心痹者,脉不通,烦则心下鼓,上气而喘”。其后,张仲景又提出了心水的概念,如:“心水者,其身重而少气,不得卧,烦而躁,其人阴肿”。

张琪教授认为此处之“心胀”、“心痹”和“心水”都与心衰临床症

状大体一致。心在上,居阳位,气病属阳。对于心衰病因病机,古代医家大多从“阳气虚弱”的角度来进行论述。比如《灵枢·经脉》云:“手少阴气绝,则脉不通,脉不通则血不流,……故其面黑如漆柴”;张仲景《金匮要略》云:“心气不足,吐血衄血”;《丹溪手镜·肿胀》云:“短气不得卧为心水”;《圣济总录》云:“虚劳惊悸者,心气不足,心下有停水也”。这些观点都指出了心气虚是心衰发病的根本原因。而成无己《伤寒明理论》云:“气虚停饮,阳气内弱,心下空虚,正气内动而也”;刘纯在《伤寒治例》中说:“气虚停饮,阳气内弱,心下空虚,正气内动而悸也”,说明了心阳虚是导致心衰极为重要的因素。

而近代,许多医家提出了“本虚标实”是心衰发病最关键原因,如张锡纯《医学衷中参西录·论心

病治法》曰:“有其惊悸恒发于夜间,每当交睫与甫睡之时,其心中即惊悸而醒,此多因心下停有痰饮……”,这与西医描述的左心衰时夜间阵发性呼吸困难的表现极为相似。颜德馨认为心衰与气血失常关系密切,心衰的病机关键点是心气阳虚,心血瘀阻,并自创温阳活血汤治疗心衰^[1]。陈可冀认为心衰是由于心气、心阳虚衰,瘀血、痰饮、水饮等病理产物积聚所致,将其概括为虚、瘀、水 3 个方面^[2]。李七一认为阳虚水停是心衰的主要病理机制,气虚血瘀是心衰的基本病理环节^[3]。李庆海认为慢性心衰属本虚标实,气阴两虚为本,水饮血瘀为标,虚实夹杂^[4]。

综上,心衰为病,当以本虚为主,标实为辅。本虚者,心脏之气血阴阳亏虚;标实者,气滞、痰饮、血瘀闭阻心脉。两者互为因果,发为心衰。

2 辨证论治,标本兼顾

2.1 益气温阳 心在上,居阳位,其病多责阳微阴弦,大凡心力衰竭,必致心气衰微,心阳不振。因此在治疗上尤其应当注意益气温

※基金项目 当代名老中医学学术流派分析整理研究(十一五国家科技支撑计划)(No. 2007BAI10B04-04)

▲通讯作者 张琪,女,医学博士,主任医师,教授,博士研究生导师,江苏省名中医。主要从事心血管疾病临床及研究。E-mail: czzykeyan@126.com

●作者单位 1. 南京中医药大学(210046); 2. 南京中医药大学附属常州医院(213003)