

腔中度狭窄。5 月 16 日四诊:患者诉药后胸闷、心慌心悸缓解,睡眠质量改善。且活动后胸闷气促程度较前减轻,纳可,二便调。舌红、苔黄腻,脉弦滑。血压 130/90 mmHg(药后)。患者复查冠脉 CT 提示 2 根桥血管管腔通畅,左前降支由中重度狭窄变为轻度狭窄。嘱患者继续服冠心消斑胶囊。

**按语:**冠心病的动脉粥样硬化斑块属中医学“脉痹”“痰结”,其病机责之“痰”“瘀”“虚”,程教授认为“痰热”最为关键。肺、脾、肾三脏功能失调,气机不畅,导致体内水液代谢障碍,进而痰浊内生,日久化热,积于心脉,故形成气郁痰热,心脉痹阻。正如《明医杂著》云:“津液者血之所系,行乎脉外,流通一身,如天之清露,若血气滞,则凝聚为痰。”说明津停血浊均是痰(浊)之源头。该患者素体肥胖,反复胸闷气促 4 年余,西医影像学支持冠心病诊断并行心脏搭桥手术治疗 1 年后桥血管再狭窄。病性为本虚标实。初诊时胸闷气促明显,程教授遵循“标本兼治”原则,予柴胡陷胸汤合丹参饮加味以清热化痰宽胸,行气活血通络。柴胡陷胸汤出自《通俗伤寒论》,由小柴胡汤与小陷胸汤合方化裁而成,药物组成有柴胡、黄芩、人参、法半夏、黄连、瓜蒌实、甘草,具有清热化痰、和解少阳之功。现代研究表明小陷胸汤含药血清可提高内皮细胞生长活性,并抑制其凋亡,保护血管内皮细胞<sup>[3]</sup>。丹参饮源于清代陈修园《时方歌括》,由丹参、檀香、砂仁组成,“心腹诸痛有妙方,丹参为主义当详,檀砂佐使皆遵法,入咽咸知效验彰”,提示丹参饮可用于治疗心绞痛等。此外,程教授认为檀香价格昂贵,改为木香取其行气止痛之功。此后三次复诊诉胸闷气促程度较前减轻。程教授认为,因桥血管狭窄短期内难以解除,故守方再进以改善患者症状。同时嘱患者坚持服冠心消斑胶囊至少 1 年以上,旨在延缓桥血管斑块的生长速度、缩小斑块面积,从而减轻血管狭窄。冠心消斑胶囊是程教授根据多年临床经验总结而成,主要药物有虎杖、大黄、忍冬藤、当归等。其中虎杖清热化痰、散瘀通络;大黄凉血活血、逐瘀通经,《医学三字经》云“痰火亢,大黄安”;当归性温味甘辛,活血通络;忍冬藤清热解暑,疏风通络,《本草再新》记载其“治心虚火旺,补气宽中”。诸药合用共奏清热化痰、通络消斑之功。一项临床研究显示冠心消斑胶囊不仅可以改善患者的临床症状和缺血心电图,也可降低冠脉积分<sup>[4]</sup>。现代药理研究表明,冠心消斑胶囊可通过调节脂质代谢而保护血管内皮、延缓动脉粥样硬化斑块的进展,降低炎症

因子 IL-8 表达,增加炎症因子 IL-10 表达,减轻局部炎症反应,从而发挥其稳定斑块的作用<sup>[5]</sup>。

本案为冠心病心脏搭桥术后桥血管再狭窄患者,经程教授柴胡陷胸汤合丹参饮及冠心消斑胶囊治疗近 1 年后,胸闷气促程度减轻。复查冠脉 CT 提示桥血管狭窄减轻,另左前降支、右冠脉重度狭窄变为轻中度狭窄。说明本治疗方案疗效佳,体现了治病求本、标本兼治的原则。此外,患者仍继续服冠心消斑胶囊,笔者将继续随访追踪。

### 参考文献

- [1] 葛均波,徐永建.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:227.
- [2] 陈伟伟,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告 2017》概要[J].中国循环杂志,2018,33(1):1-8.
- [3] 喻秀兰,梅国强,张德玲.小陷胸汤加味含药血清对人脐静脉内皮细胞分泌 NO/ET-1 的调节作用[J].微循环学杂志,2005,15(2):41-42,88-90.
- [4] 刘建和,程丑夫,江建锋.冠心消斑胶囊治疗冠脉狭窄患者的临床研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(3):257-258.
- [5] 陈俊奇.冠心消斑胶囊对动脉粥样硬化免 IL-8、IL-10 及 CD105 的影响[D].长沙:湖南中医药大学,2018.

**第一作者:**朱洁,女,2017 级硕士研究生,研究方向:心血管疾病的中医药防治

**通讯作者:**张炜宁,男,教授,硕士研究生导师,研究方向:中西医结合防治老年病,E-mail:mdzhangwn@163.com

(收稿日期:2019-06-04)

## 胃痛验案 5 则

郑勇,梁砚辉

(乐陵市中医院,山东 乐陵,253600)

[关键词] 胃痛;辨证论治;验案

[中图分类号] R256.33 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.06.032

胃痛是以上腹部胃脘部近心窝处疼痛为主症的病症,《灵枢·邪气脏腑病形》指出:“胃病者,腹胀,胃脘当心而痛。”胃痛的发生多与肝脾有关,其病因病机主要有外邪犯胃、饮食不宜、情志失畅、脾胃素虚或患病日久,迁延不愈,影响了脾胃的冲和之气所致,临证当辨证审因,相机立法,投以方药。现介绍不同证型胃痛验案 5 则如下。

### 1 中虚气滞证

赵某,女,31 岁,2007 年 8 月 6 日就诊。患者胃脘胀痛、绵绵无定时半个月余,喜温喜按,按之痛减,曾在某医院按慢性胃炎予吗叮啉、延胡索止痛片等治疗,效不显。现症见:胀甚于痛,吐酸,痞胀,欲呕,嘈杂,得食则缓,纳差,大便

不成形,神疲肢倦,乏力,舌质偏淡、苔白腻,脉细。辨证属中虚(脾胃气虚)气滞证;治以补脾益胃佐以理气。主方为《医方集解》六君子、四逆散加味。处方:柴胡12g,白芍10g,炒枳壳10g,党参20g,炙黄芪15g,炒白术15g,炒山药30g,茯苓12g,炙甘草6g,木香9g,陈皮9g,大枣10g,延胡索12g,姜半夏10g。胃寒甚加肉桂或桂枝、干姜温中健脾散寒,逢怒痛甚加枳壳、香附、合欢花理气和中;嗳气及食物反流加柴胡、郁金疏肝解郁;呕吐加半夏、生姜;泛酸加海螵蛸、法半夏等。腕胀、苔白腻者,也不可单纯补脾,应健脾化湿同施或先化湿后补虚,合平胃散加藿香、佩兰芳香化湿,每收卓效。若衰年久病,命火式微,或胃病日久,损脾及肾,则在补脾药中选加熟附片、肉苁蓉、补骨脂、煨肉蔻等温肾之品。

**按语:**本案患者饥饱失常,劳倦过度,肝气郁结,引起脾气虚弱,运化失职,气机阻滞而发为胃痛;同时肝气易于横逆犯胃,以致中焦气机不通,发为胃痛。故本着治病求本的原则,采用健脾益气、疏肝理气为大法,使肝气条畅,脾气健运,此亦即是“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”之实例。

## 2 胃阴亏虚证

黄某,男,64岁,2005年5月24日就诊。患者自2003年冬天开始自觉胃脘不适、纳差,未进行治疗。2个月前自觉加重,在某医院经胃镜及病理确诊为“慢性萎缩性胃炎急性活动期,伴肠上皮化生”。现症见:形体消瘦,胃脘隐痛痞闷,夜间加重,烧灼感,口干,口苦,咽燥舌涩,喜食酸食,饥而不欲食,口渴欲饮水,大便干结,6~7d一行,舌质干红、少苔,脉细数。辨证为胃阴不足、气机不畅证;治以益气健脾,养阴生津。处方:太子参30g,山药20g,沙参15g,麦冬12g,当归10g,生地黄12g,玄参20g,黄连3g,白芍15g,佛手10g,香橼10g,甘草9g,枳壳10g,木瓜10g,乌梅10g,鸡内金12g,三七3g。药后胃痛渐止,继上方加减调治1年,诸症消失,食欲如常,体质量增加。活动期已控制,尚有少量肠上皮化生。随访5年,疗效巩固。治疗过程中,加重佛手、香橼理气消胀;口渴明显加玉竹、天花粉清热生津;纳差加谷芽、麦芽;大便干燥难解加火麻仁、瓜蒌仁、郁李仁润肠通便;肠鸣便稀加炒白术、白扁豆;胃酸不足加乌梅、木瓜酸甘生津。

**按语:**本案辨证为胃阴亏虚证,是胃液亏虚,胃失濡润、和降,胃阴亏耗;或情志郁结,气郁化火,灼伤胃阴;或吐泻太过,伤津耗液;或过食辛辣、香燥之品,过用温热辛燥药物,耗伤胃阴所致。故采用益气健脾、养阴生津之剂,使脾气健运,胃阴恢复,则临床症状均逐渐缓解。对胃阴不足者,笔者常在辨证论治的基础之上,酌加一味苦寒燥湿药黄连以

泄热,用小量3g,并无伤阴之弊,且胃阴恢复较快。慢性萎缩胃炎的治疗,往往是见效易,巩固难,治疗较为棘手,初期以服汤剂为主,汤者“荡也”,量大力专效宏,待症状缓解后,可改为丸剂,丸者“缓也”,久久围攻,以图缓治。

## 3 寒热错杂证

张某,男,53岁,2014年5月9日就诊。现症见:胃脘疼痛,喜温喜按,得温痛减,胀闷,嗳气,口干,口苦,口黏,烧灼感,胃痛易饥,食凉则泛酸加重,喜热饮,大便秘或溏滞不爽,日行2~3次,矢气则舒,舌质红、苔黄腻,脉濡数。辨证为寒热错杂证;治以清热燥湿,健脾和胃。拟半夏泻心汤化裁。处方:半夏10g,干姜6g,黄连5g,黄芩10g,炙甘草6g,党参15g,海螵蛸10g,延胡索10g,枳壳12g,砂仁9g,茯苓15g,炒白术10g,炒麦芽10g,蒲公英15g。胃纳不佳,加神曲、焦山楂健胃消食;腹胀明显加佛手、香橼理气而不伤阴;夜间痛甚者,乃瘀血作祟,酌加桃仁、红花、丹参以活血祛瘀止痛。5剂,水煎,每天1剂,早晚分服。患者服药后诸症缓解,效不更方,继服2周,纳增、便调、胃痛已。

**按语:**本案为上热下寒之证。纯用清热,则胃热未除而中寒更甚;一味温补则寒邪未散而胃火更炽,故宜寒热互用以和其阴阳,苦辛并进以调其升降。半夏泻心汤证的主要病机是寒热错杂,寒热互结、气滞于中,上腹痞满为本方的主要适应证,肠鸣为次要适应证。对舌质红或舌苔白腻或黄腻,口苦、口黏、嗳气、大便溏滞不爽者均可应用。笔者发现舌苔似可作为判定本病疗效的依据,凡治疗后舌苔从黄腻转向薄白,则胃炎也趋向好转;若黄腻苔持久不化,则胃镜复查胃炎好转也不明显。

## 4 血瘀证

李某,女,45岁,2013年9月20日就诊。患者自诉胃脘满闷疼痛2年余,食肉食加剧,曾去省级医院以慢性胃炎治疗,服药不详,效差。现症见:每晚夜间胃脘隐痛痞闷,至凌晨2~3时逐渐缓解,无口苦,嗳气,烧心,时有口干,但不欲饮,舌质暗、少苔,边有齿龈,脉微弦,与六君子加味治疗。服药3d后,诸症不减反增,痛剧。再治以化瘀通络、理气和胃。拟丹参饮合失笑散化裁。处方:丹参20g,檀香6g,砂仁6g,蒲黄10g,五灵脂10g,桃仁10g,红花12g,桂枝6g,赤芍10g,川芎6g,当归15g,枳壳9g。服药1周后,患者诉胃脘满闷疼痛均有所减轻,知药已对症,嘱其续服上方,后服药月余病瘥。令其注意饮食调养,以期根治。

**按语:**“气为血帅”“气行则血行,气滞则血瘀”。胃病初期在气,气滞日久影响血络通畅,以致血瘀胃络,故慢性胃痛多兼有血瘀。从症状辨析,可见胃痛固定、持续,时而刺痛,或有包快,舌质暗红或

有瘀斑瘀点等。通过胃镜可见到胃黏膜凹凸不平、息肉,活检示胃黏膜不典型增生或肠腺化生。故治疗应重视活血祛瘀药的运用,同时根据辨证配合其他治法方药。如气滞而有瘀者,加川楝子、郁金、香附、延胡索理气活血;瘀血重者,加莪术配黄芪少量益气破血祛瘀;有化热倾向者酌加生地、牡丹皮凉血活血;血虚宜加熟地黄、三七养血活血。对于不同证型的胃脘痛,在辨证的基础上常加一二味活血祛瘀之品,使气血调畅,常可收到意想不到的效果。

## 5 肝气犯胃证

赵某,男,47岁。患者胃痛时发时止半年余,曾在当地医院检查,经X线上消化道钡透示:胃底及十二指肠溃疡,屡用复方胃痛胶囊、香砂六君丸,症不减。现症见:胃痛连胁及背部,嗳气泛酸或干呕、口干、口苦,嗳气则舒,病发与情志有关,心烦易怒,屡欲太息,逢怒则胀痛增剧,食少,或呃逆不休,舌质红、苔薄白,脉沉弦而滑。辨证为肝胃不和证;治以疏肝和胃,理气止痛。处方:柴胡12g,白芍15g,炒枳实10g,甘草6g,川芎9g,香附12g,郁金12g,陈皮12g,黄连6g,吴茱萸3g,延胡索10g,砂仁6g,海螵蛸10g,神曲10g,炒麦芽10g。药服3剂后,胃痛缓解,继服7剂,诸症均愈。

**按语:**本案肝气犯胃型胃脘痛在临床中属于常见病、多发病,其病因病机是肝气疏泄太过,横逆脾胃,肝(脾)胃不和。其治可以疏肝解郁与抑肝缓急两法先后或同时运用。疏敛并用的组方原则,体现了调肝之法在病态下的双向性调节作用。肝疏泄功能正常,气顺则通,胃自安和,即所谓“治肝可以安胃”。嘈杂泛酸、心烦者,佐黄连、吴茱萸、金铃子散清泄为主;若气郁化火,灼热嘈杂,上冲胸咽,口苦苔黄者,加炒栀子、牡丹皮;火郁伤阴,灼痛似饥,口干不欲饮,舌红少津者,减柴胡、香附,加沙参、麦冬;若气郁兼停饮,胸脘痞满不舒,泛恶欲吐,苔腻脉滑者,去白芍、香附,加姜半夏、茯苓,胁胀加青皮等。另外,由于本病治疗时间较长,患者精神压力较大,或受经济条件限制等因素,往往不能坚持服药而影响治疗效果,因此在预防上应重视精神与饮食调摄,养成有规律的生活与饮食习惯,忌暴饮暴食、饥饱不均,避免过度劳累与紧张。

**第一作者:**郑勇,男,主治中医师,研究方向:脾胃病的临床研究

(收稿日期:2019-04-17)

## 蒋士生治疗布加综合征验案1则

魏冬琴<sup>1</sup>,王红梅<sup>2</sup>,蒋士生<sup>2</sup>

(1. 湖南中医药大学,湖南 长沙,410208;

2. 湖南省中医药研究院,湖南 长沙,410006)

[关键词] 布加综合征;中医药疗法;蒋士生;验案

[中图分类号] R259.436 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.06.033

布加综合征是一种罕见病,主要是由肝小静脉至下腔静脉之间的肝静脉出现不同程度的流出道阻塞,导致淤血性门静脉或下腔静脉高压的临床症候群。该病根据解剖学可分为下腔静脉阻塞型、肝静脉阻塞型和混合型,其临床表现无特异性,最常见的是亚急性起病,表现为双下肢水肿、腹水、上消化道出血等门静脉高压体征<sup>[1]</sup>。目前该病的病因及发病机制仍处于探索阶段,其病因的复杂多样性导致了该病难以确诊,长期发展可导致淤血性肝硬化和肝衰竭<sup>[2]</sup>。目前西医对本病治疗以介入及外科手术为主,而中医药疗法的相关报道极为罕见。

蒋士生教授系国家级名中医,特需知名专家,研究员,二级教授,博士研究生导师,享受国务院特殊津贴专家,师从全国著名中医学家李聪甫教授,从事中医临床、科研、教学四十余年。现将蒋教授运用活血化瘀、健脾益气法治疗布加综合征验案1则介绍如下。

田某,女,50岁,2017年7月18日初诊。患者自诉2016年8月2日因“乏力1个月,发现蛋白尿25d”于当地某医院急诊。肝脏MRI平扫+增强示:1)下腔静脉肝上段明显变窄、远端静脉增粗,右肝静脉及肝中静脉细小、局部狭窄,肝硬化、脾大,腹腔积液,符合布加综合征;2)肝右叶包膜下强化结节,考虑良性病变可能,小血管瘤?建议复查;3)左肾小囊肿。CTA下腔静脉+门静脉血管增强加三维成像示:1)符合布加综合征。下腔静脉肝段及肝后段狭窄、闭塞,肝右、中静脉血栓形成,肝硬化、脾大,腹水;2)肝右叶包膜下强化结节,考虑良性病变可能,小血管瘤?3)左肾小囊肿;4)宫腔少量积液,左附件区囊性病变。诊断:1)布加综合征;2)肝硬化失代偿期。8月16日在局麻下行“下腔静脉造影+经皮颈静脉穿刺(会师造影)+球囊扩张术”,术后规律使用低分子肝素抗凝治疗。8月30日再次于局麻下行“下腔静脉造影+球囊扩张术”,术后继续抗凝治疗。患者来诊前已行多次手术治疗,病情反复,苦不堪言,欲求中医治疗,遂来蒋教授处就诊。现症见:精神差,胃脘胀满不适,进食后尤为明显,厌油,恶心,疲倦乏力,夜寐差,入睡困难,左下肢胀痛,大便干结,2~3日一行,小便偏黄,舌偏红、苔薄黄,脉细。西医诊断:1)布加综合征;2)肝硬化失代偿期。