

高红勤运用加味芎归二陈汤治疗心脑血管系统疾病 验案 3 则

林欣予¹ 何艺娟² 李怡萱² 徐 丹²

(1.黑龙江中医药大学第一临床医学院,黑龙江哈尔滨 150040; 2.南京中医药大学太仓附属医院,江苏太仓 215400)

指导:高红勤

关键词 芎归二陈汤;不寐;胸痹;眩晕;高红勤;名医经验;验案

基金项目 2018 年全国基层名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函〔2018〕133 号)

二陈汤出自《太平惠民和剂局方》^[1],全方由半夏、陈皮、茯苓、生姜、炙甘草组成,具有燥湿化痰、理气和中之功效,为祛痰剂代表方。芎归二陈汤出自《丹溪心法》^[2],为二陈汤加当归、川芎而成,增养血活血之效。

高红勤教授为全国基层名老中医药专家传承工作室指导老师、江苏省名中医,从医 40 余载,师从国医大师周仲瑛教授、朱良春教授。其认为现代人受饮食及生活方式影响,多为痰湿体质,故在原芎归二陈汤基础上加入天南星形成加味芎归二陈

汤,以增强燥湿化痰之功效。方中半夏辛温性燥,善燥湿化痰、和胃降逆,陈皮理气行滞、燥湿化痰,君臣相配,相辅相成;天南星燥湿化痰、祛风镇惊、镇痛宁神,是临床上常用的化痰药;当归为补血圣药,发挥补血活血、调经止痛、润肠通便之功;川芎善治气滞血瘀诸证,有活血化瘀、行气开郁、祛风止痛之效。诸药合用,兼顾痰浊、瘀血、气滞,可治疗诸多顽症。心脑血管临床常见病包括胸痹、心悸、失眠、眩晕、头痛、中风等,多由痰浊瘀血闭阻经络,气血运行不畅,络脉不通所致,与本方所治之脾失

4 结语

风湿验方,即针对风湿痹证经过长期使用证明确有疗效的药方。曹教授整理的风湿验方大多来源于治疗痹证之经典方,除本文介绍的处方外,还有张仲景《金匮要略·疟病脉证并治第四》中的白虎加桂枝汤、《金匮要略·中风历节病脉证并治第五》中的桂枝芍药知母汤、《备急千金要方》中的独活寄生汤以及《类证治裁·痹症论治》中针对风湿痹的羌活胜湿汤、史公酒,针对寒湿痹的苡仁汤、三痹汤、附子丸,针对湿热痹的加味三妙散、苍术散、当归拈痛汤,等等。曹教授认为气血亏虚、肝肾不足为痹证内因,风、寒、湿邪为外因,临证可辨证选用风湿验方,再结合患者症状进行化裁,可获得较好的疗效。

参考文献

- [1] 田少磊,王映辉,李敬华,等.痹证诊断标准刍议[J].中医杂志,2020,61(5):414.
- [2] 佚名.黄帝内经素问[M].王冰,主编.南宁:广西科学技术出版社,2016:70.

- [3] 徐佳琦,周寅敏.类风湿性关节炎的中医药治疗效果研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(A2):121.
- [4] 赵信.圣济总录[M].王振国,杨金萍,主校.北京:中国中医药出版社,2018:389.
- [5] 秦景明,著.症因脉治[M].孙玉信,朱平生,主编.上海:第二军医大学出版社,2008:401.
- [6] 陈自明,撰.妇人大全良方[M].余瀛鳌,点校.北京:人民卫生出版社,1992:96.
- [7] 张炳厚.神医怪杰张炳厚[M].北京:中国中医药出版社,2007:111.
- [8] 龚廷贤,著.万病回春[M].朱广仁,点校.天津:天津科学技术出版社,1993:348.

第一作者:赵鑫(1996—),男,硕士研究生在读,中医内科学专业。

通讯作者:曹炜,医学博士,主任医师,博士研究生导师。academic_caowei66@163.com

修回日期:2022-05-23

编辑:吴宁 张硕秋

健运,湿无以化,湿聚成痰,气血凝滞,痰瘀互阻相吻合。笔者有幸侍诊于侧,观高师运用加味芎归二陈汤治疗心脑血管系统疾病,每每获效,现择其验案3则以飨同道。

1 不寐

迟某,男,55岁。2022年1月10日初诊。

主诉:眠差8个月。患者平素喜食肥甘,体形肥胖,压力大。8个月前出现入睡困难、易醒、醒后难再入睡,曾服安眠药及中成药治疗,疗效欠效,遂来高师处就诊。刻诊:眠差,压力大时症状加重,神疲乏力,体胖,纳可,二便调,舌暗红、边有齿痕、苔薄腻略黄,脉弦细。西医诊断:睡眠障碍;中医诊断:不寐(痰瘀互结、扰乱心神证)。治以化痰活血、宁心安神。方选加味芎归二陈汤合甘麦大枣汤加减。处方:

姜半夏10g,茯苓10g,茯神10g,化橘红5g,制天南星10g,川芎10g,当归10g,远志5g,炒酸枣仁30g,珍珠母30g(先煎),灵芝20g,淮小麦30g,大枣10g,炙甘草5g。7剂。每日1剂,水煎,分2次服。

2022年1月17日二诊:患者服药3d后睡眠显著改善,多梦,舌暗红、苔薄腻淡黄,脉细。在初诊方基础上易制天南星为胆南星10g,加黄连5g,7剂。

2022年3月4日三诊:患者平素睡眠可,若遇烦心事仍有心悸、焦虑、眠差,便溏,每日一行,舌脉同前。予二诊方去当归、炒酸枣仁、灵芝、珍珠母,加丹参20g、煨葛根30g、酒黄芩10g、黄连5g、木香10g、首乌藤30g,7剂。

2022年3月11日四诊:患者便溏好转,眠可。予三诊方去黄连,7剂。

患者服药后睡眠及便溏好转,故未再就诊。电话随访,患者诉仅遇事压力大时出现短暂失眠。

按:本案患者为中年男性,平素饮食不节,喜食肥甘而体胖。压力大,情志失调,因多思伤脾,木郁土壅,脾运失常,气血生化不足,故不能上荣于心则心神失养而不寐;脾虚痰湿内生则见舌边齿痕、苔腻;痰浊内阻,气血运行不畅,瘀血内阻则舌暗。四诊合参,辨证属痰瘀互结、扰乱心神,方选加味芎归二陈汤合甘麦大枣汤加减。高师取二陈汤为基本方以燥湿化痰、理气和中,加制天南星燥湿化痰;当归、川芎养血活血、化瘀通络;远志、炒酸枣仁、珍珠母及灵芝宁心安神;另加甘麦大枣汤以养心安神。二诊时,观患者舌象知热象尚存,故改制天南星为胆南星,另加黄连增清热化痰之功。高师认为,制天南星与胆南星化痰作用均较强,胆南星偏于热痰,制天南星偏于痰湿,在临床使用时需观患者舌质、舌苔,如

见白腻苔则予制天南星,如见舌红苔黄腻,则多予胆南星。三诊时,因有便溏,故去滋腻润肠之当归,予葛根芩连汤加木香以燥湿止泻,另予丹参活血化瘀兼清心除烦、首乌藤养血安神。四诊时,患者便溏好转,故去黄连以免碍胃。

高师认为不寐患者,其症状持续日久,病情反复,病机多呈现虚实夹杂。虚者常为肝肾阴虚、气血不足之证,实者则以痰浊、瘀血、气滞、肝火多见。不寐病情反复不愈常由痰瘀互阻所致,因情志致病者,又兼有肝郁脾虚,故治以化痰活血的同时,兼以健脾理气,予加味芎归二陈汤治之,药证相合,则不寐自愈。

2 胸痹

范某,男,57岁。2022年1月14日初诊。

主诉:心前区不适4个月。患者既往有糖尿病、高脂血症,4个月来心前区不适、胸闷阵作。2021年9月于外院诊断为冠状动脉粥样硬化性心脏病(以下简称冠心病),左前降支、右冠状动脉植入支架各1枚。2021年12月4日外院心电图示:左心室高电压。2022年1月9日本院心电图示:左室高电压,轻度ST段改变。心脏超声显示无异常。患者胸闷、心前区不适反复,遂来高师处就诊。刻诊:晨起汗出,胸闷、心前区不适,爬楼及活动时尤甚,寐差,舌暗红、边有齿痕、苔少淡黄腻,脉弦数。西医诊断:冠心病;中医诊断:胸痹(气阴两虚、痰瘀互阻证)。治以益气养阴、化痰活血。方选生脉散合甘麦大枣汤加减。处方:

太子参10g,麦冬10g,五味子5g,瓜蒌皮10g,薤白10g,赤芍10g,牡丹皮10g,山萸肉10g,郁金10g,胆南星10g,淮小麦30g,大枣10g,炙甘草5g。7剂。每日1剂,水煎,分2次服。

2022年3月7日二诊:患者汗出减少,左前胸仍不适,含服硝酸甘油1~2min后症状缓解,春节后间日发作,多发于劳累后,余症同前。舌暗红、边有齿痕、苔黄腻,脉弦。辨证属痰瘀互结、痹阻胸阳,治以化痰活血、宽胸宣痹,方选加味芎归二陈汤合甘麦大枣汤、失笑散加减。处方:姜半夏10g,茯苓10g,茯神10g,化橘红5g,胆南星10g,酒当归10g,川芎10g,瓜蒌皮10g,薤白10g,五灵脂5g(包煎),生蒲黄5g(包煎),麦冬10g,淮小麦30g,大枣10g,炙甘草5g。7剂,煎服法同前。

2022年3月14日三诊:患者心前区不适稍减,睡眠好转,偶盗汗,舌暗红、边有齿痕、苔淡黄腻,脉弦。予二诊方去五灵脂、生蒲黄、麦冬、茯神,加焦山栀10g、淡豆豉10g、郁金10g,7剂。

2022年3月23日四诊:患者心前区不适及盗汗显著减少,舌脉基本同前。予三诊方去郁金,加麦冬10g,7剂。

2022年3月30日五诊:患者于昨日查电解质、肝肾功能、血常规未见明显异常,空腹血糖8.42 mmol/L(正常值范围:3.40~6.10 mmol/L),甘油三酯(TG)3.05 mmol/L(正常值范围:0.22~1.65 mmol/L)。患者汗止,心前区不适明显减轻,便溏,每日1~2次,舌脉同前。予四诊方去胆南星、当归、焦山栀、淡豆豉,加煨葛根30g、黄芩10g、黄连5g、五灵脂5g(包煎)、生蒲黄5g(包煎),7剂。

半个月后随访,患者胸闷不显,嘱慎起居、畅情志。

按:《古今医鉴·心痛》^[3]曰:“夫胃脘、心脾痛者……素有顽痰、死血,或因恼怒气滞”,指出痰瘀为胸痹心痛病的重要致病之因。本案患者晨起汗出,为气虚不摄,津液外泄;气虚无以推动气血运行,故劳累后胸闷加重;气虚运化无力,津液运化失常,酿湿生痰则见舌苔腻,边有齿痕为脾虚之象;痰扰神明,故而寐差;气虚无以固摄,则见汗出;汗出日久则阴津亏虚,无以化生故苔少;舌暗为瘀血之象。结合舌脉,辨证属气阴两虚、痰瘀阻滞,病机较为复杂,故高师初诊以益气养阴为先。方选生脉散加薤白、瓜蒌皮以宽胸散结;佐以胆南星、赤芍、牡丹皮、郁金等行气化痰、活血祛瘀之品;另加甘麦大枣汤益气止汗、宁心安神,以急治其标,山萸肉补益肝肾以疗其本。二诊时,患者汗减,但心前区不适感未见明显好转,察其舌脉,舌苔转变为黄腻,痰浊之象愈重,故改用加味芎归二陈汤以化痰活血。高师认为心前区不适为瘀血内阻、血脉不通所致,故加生蒲黄、五灵脂(即失笑散)增活血化痰、散结止痛之功。7剂后患者胸痹症状改善,睡眠好转,故三诊时去活血止痛之五灵脂、生蒲黄,养阴安神之茯神、麦冬。患者偶有盗汗,高师认为其因痰湿内蕴,郁而化热,蕴蒸肌肤,迫汗外出所致,故加栀子豉汤清宣郁热,并予郁金行气活血,防止瘀血再生。四诊时,患者心前区不适及盗汗显著减少,可知其瘀血已去七八,故去活血之郁金,加护阴之麦冬。五诊时,患者诸症明显减轻,心前区不适减轻,遂去化痰之胆南星,观舌仍知内有瘀血,故继用五灵脂、生蒲黄活血化痰,汗止去栀子豉汤,有便溏去润肠之当归,另加葛根芩连汤以清肠止泻。数剂尽服,病症显减。患者有便溏、乏力症状,虑电解质异常出现低钾引起乏力,加之患者有基础糖尿病病史,需要定期复查电解质、肝肾功能、血常规及血糖血脂。

西医治疗冠心病以抗血小板、改善血管内皮功能、扩张冠状动脉、抑制心室重塑为主。临床上部分

冠心病患者,虽经过多项检查证实存在冠脉病变,但心电图、心肌标志物可能无明显异常。结合胸痹病机特点,高师强调补虚祛实,辨证治之。

3 眩晕

张某,男,67岁。2022年3月1日初诊。

主诉:反复眩晕眠差2年余。患者2年前出现眩晕、眠差、腰酸,既往有腰椎间盘突出病史。刻诊:眩晕眠差,腰酸,动辄多汗,纳可便调,舌暗红、苔根白腻,脉弦。血糖、心肌酶谱、电解质、肾功能未见异常。血压(BP)118/82 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa);心率(HR)60次/min,律齐。西医诊断:眩晕待查;中医诊断:眩晕(肝肾两亏、痰瘀互阻证)。治以补益肝肾、化痰活血。方选加味芎归二陈汤合甘麦大枣汤加减。处方:

姜半夏10g,茯苓10g,化橘红5g,川芎10g,当归10g,胆南星10g,砂仁5g,远志5g,首乌藤30g,天麻10g,煨龙骨30g(先煎),煅牡蛎30g(先煎),淮小麦30g,大枣10g,炙甘草5g。7剂。水煎,每日1剂,早晚分服。

2022年3月8日二诊:1月14日外院冠状动脉血管成像(CTA)示(患者初诊时未携带):左颈内动脉管壁钙化斑块,管腔轻度狭窄,左右大脑后动脉管壁钙化斑块,管腔轻度狭窄;筛窦及蝶窦黏膜增厚。患者眩晕稍减,眠仍差,舌暗红、苔微黄腻,脉弦。予初诊方去淮小麦、大枣、首乌藤、炙甘草,加炒僵蚕10g、白芷10g、炒酸枣仁30g,7剂。

2022年3月14日三诊:患者眩晕明显减轻,夜寐仍需服安眠药。BP 134/90 mmHg,舌暗红、苔淡黄腻,脉弦。予二诊方加生山栀10g、淡豆豉10g,7剂。

2022年3月21日四诊:患者眩晕好转,夜寐仍差, BP 128/78 mmHg, HR 62次/min,舌暗红、边有齿痕、苔薄淡黄,脉弦细。予三诊方去天麻、煨龙骨、煅牡蛎、生山栀、淡豆豉,改茯苓为茯神,加钩藤10g、夏枯草30g、琥珀粉5g(吞服),另加甘麦大枣汤,7剂。

2022年3月29日五诊:患者眩晕已无,夜眠仍差,凌晨三四点醒后难再眠,晨起头昏,前额不适,舌暗红、苔黄腻,脉弦。BP 128/86 mmHg。予四诊方去炒酸枣仁、琥珀,加珍珠母30g、生山栀10g、淡豆豉10g、生葛根20g、炒僵蚕10g,7剂。

半月后电话随访,患者眩晕未作,寐安。

按:《丹溪心法·头眩》认为眩晕病机偏于痰,提出“治痰为先”的方法。高师认为,眩晕属肝所主,与髓海不足、血虚、邪中、气郁等多种因素有关,风、火、痰、虚、瘀皆可引发眩晕,而其中又以痰瘀较

为复杂。本案患者眩晕、不寐皆见，属本虚标实，以肝肾不足为本、痰瘀阻络为标。患者为老年男性，八八之年，“天癸竭，精少，肾脏衰”，津亏液少，肾精亏耗，不能生髓，髓海不足，上下俱虚而眩晕、腰酸。肝肾不足，阴液亏虚，津液运行不畅，致痰浊内生，气滞血瘀，终致痰瘀互阻之证。肝肾不足，痰浊内生，脾胃运化失常，气血生化不足，元神失养，则见寐差、眩晕；痰浊中阻致清阳不升、浊阴不降，瘀血阻滞，痰瘀互结，缠绵难愈，故眩晕反复发作；舌暗红苔白腻、脉弦则为痰瘀互阻之象。四诊合参，辨证属肝肾两亏、痰瘀互阻，故高师取加味芎归二陈汤以健脾化痰、祛瘀通络，加天麻、煅龙骨、煅牡蛎补肾平肝、息风定眩，首乌藤、远志养心安神、祛痰开窍，同时予甘麦大枣汤以养心安神、和中缓急。二诊患者眩晕减，仍有寐差，以往CTA检查报告示有动脉管壁钙化斑块，高师认为动脉硬化与痰浊密切相关，故暂去甘麦大枣汤，加入虫类药炒僵蚕以增强化痰之功，予白芷除湿化痰，炒酸枣仁养肝、宁心、安神。三诊时，患者眩晕减轻，仍有眠差，观舌暗红、苔淡黄腻，知其为痰从热化之象，痰热扰心不得眠，故予栀子豉汤清热除烦，宣发郁热以助眠。四诊时，患者眩晕好转，寐差仍作，高师认为其痰瘀阻络之基本病机未变，查舌暗红、苔薄淡黄，为痰瘀互结之证，故继予加味芎归二陈汤加减治疗。眩晕好转，舌边齿痕，高师恐为寒凉之药伤及脾胃，故去天麻、煅龙骨、煅牡蛎，清热之生山栀、淡豆豉，加夏枯草、钩藤平肝息风；失眠日久，加琥珀粉以安神定志，并易茯苓为茯神，予甘麦大枣汤健脾养心安神之功。五诊时，患者眩晕已无，仅晨起头昏，仍有寐差、早醒，舌暗红、苔黄腻，高师认为其病机为痰浊内蕴，郁而化火，痰火扰心，入睡尚可，故去养心安神之酸枣仁及重镇安神之琥珀，转从

清热化痰为主，予清热平肝安神之珍珠母，清心除烦之栀子豉汤；晨起头昏，考虑湿热内蕴，清阳不升而致，故予生葛根升阳，炒僵蚕祛风通络而定眩。

高师遵循“异病同证同治”原则，本案患者主要症状为寐差、眩晕，可归属于中医学“失眠”“眩晕”范畴，从病机分析，均为痰瘀内阻。尽管证情复杂，高师仍围绕主要病机进行辨证遣方用药，故疗效较好。

4 结语

上述3则验案从病机分析，皆以痰瘀互阻为主。高师在临床诊疗过程中，如遇症状不典型患者，则以舌脉诊断为金标准加以辨证。高师认为，凡舌呈现舌暗苔腻之象，即可辨为痰瘀阻滞证，以化痰活血化痰为大法，辅以兼证的对症治疗，可获良效。高师运用化痰之法时，常根据“寒痰”“热痰”之不同而用药不同。同时，高师对患者的睡眠、饮食及二便尤为重视。高师临床辨治之思路值得我们进一步研究和

参考文献

- [1] 太平惠民和剂局，编.太平惠民和剂局方[M].陈庆平，陈冰鸥，校注.北京：中国中医药出版社，1996：96.
- [2] 朱震亨.丹溪心法[M].沈阳：辽宁科学技术出版社，1997：75.
- [3] 龚信，纂辑.龚廷贤，续编.古今医鉴[M].南昌：江西科学技术出版社，1990：261.

第一作者：林欣予（1998—），女，本科在读，中医学专业。

通讯作者：徐丹，博士研究生在读，主治医师。xu_dan2010@163.com

收稿日期：2022-04-30

编辑：傅如海 蔡强

文末参考文献著录规则之页码的标注

根据国家标准GB/T 7714—2015《信息与文献 参考文献著录规则》的规定，本刊关于参考文献页码的著录做重要修订如下：（1）专著或期刊中析出文献的页码或引文页码，应采用阿拉伯数字著录，引自序言或扉页题词的页码，可按实际情况著录（例：钱学森.创建系统学[M].2版.太原：山西科学技术出版社，2001：序2.）；（2）阅读型参考文献的页码著录文章的起始页，引文参考文献的页码著录引用信息所在页。阅读型参考文献指著者为撰写或编辑论著而阅读过的信息资源；引文参考文献指著者为撰写或编辑论著而引用的信息资源。例如：将谈勇等发表在本刊2015年第1期第1—4页的文章《夏桂成国医大师调治复发性流产经验探赜》作为阅读型参考文献引用时，页码著录为“1”；作为引文文献引用“夏老提出心-肾-子宫轴功能失常是流产病机关键”这一观点或原文时，著录这些引用信息的所在页“3”。更多有关本刊参考文献著录规则见本刊网站（www.jstem.cn）首页下载专区。