

● 医案医话 ●

李应东治疗房颤验案1则

李菊红¹, 李亮¹, 张秀娟¹, 李应东²

(1. 兰州大学基础医学院, 甘肃 兰州, 730000; 2. 甘肃中医药大学, 甘肃 兰州, 730000)

[关键词] 房颤; 中西医结合疗法; 验案; 李应东

[中图分类号] R259.417⁺.5 [文献标识码] B DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.10.041

房颤为临床最常见的慢性或复发性心律失常之一, 具有明显的心悸、胸闷与惊慌等症状, 体征为第一心音强弱不等, 心律极不规则, 心室率快时脉搏短绌^[1]。房颤可诱发栓塞, 显著增加脑卒中风险。长期房颤会导致心脏扩大, 加重心肌损伤, 使心功能下降, 致死致残率大幅增加^[2]。

李应东教授从事临床工作二十余载, 治学严谨, 医术精湛, 经验丰富, 擅长运用中西医结合治疗心血管疾病, 临床治疗心律失常有独到见解, 在辨证论治的基础上尤其重视调畅情志。其认为情志抑郁是脏腑气机失调的关键因素, 消除致郁因素, 使脏腑气机条达, 气血津液归于正常, 经络之气血均匀周流, 复司其职, 则阴平阳秘, 心神得养, 最终达到稳定心律之目的。现将其临证典型验案1则介绍如下。

陈某, 女, 54岁, 2016年4月3日初诊。患者诉于2013年出现间断性心慌、心悸, 未予重视, 2015年11月心悸加重伴胸闷, 就诊于兰州某医院, 查超声示: 左心耳未见血栓; 心电图示: 房颤。于2015年12月5日予三维下行射频消融术, 好转出院, 出院1个月后症状反复出现, 心悸心慌发作频繁。刻诊: 精神不佳, 疲乏、胸闷、心慌、气短, 胸前区隐痛, 形寒怕冷, 纳食一般, 眠差, 二便调。查体: HR 140次/min, BP 150/110mmHg, 胸前区隆起, 心尖搏动正常, 心尖搏动位置正常, 心音低钝, 节律不齐, 舌质暗红, 苔白, 脉细数。患者既往有高血压病病史。李教授查看后嘱其复查心脏彩超、心电图。心脏彩超示: 动脉硬化; 双房扩大, 以左心为主; 左室壁增厚; 肺动脉高压(轻度, 肺动脉收缩压38mmHg); 左室前壁运动欠协调; 三尖瓣关闭不全; 左室收缩功能正常; 二尖瓣反流(少量); 三尖瓣反流(大量), 主动脉瓣反流(少量)。心电图示: 心房颤动140bpm。西医诊断: (1) 心律失常(房颤); (2) 高血压病(3级, 极高危)。中医诊断: (1) 心悸(肝郁血虚兼阳虚血瘀证); (2) 眩晕。予倍他乐克47.5mg, 每天1次; 麝香保心丸2粒, 每天3次。中药处方: 逍遥散合二仙汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减养血柔肝、温阳活血。药物组成: 柴胡12g, 白芍15g, 当归12g, 川

芎12g, 麸炒枳实12g, 姜半夏10g, 桂枝12g, 龙骨30g, 牡蛎30g, 首乌藤30g, 丹参30g, 赤芍15g, 川牛膝15g, 合欢皮20g, 红景天15g, 炙淫羊藿15g, 仙茅12g, 珍珠母40g, 甘松12g, 炙甘草10g。3剂, 水煎, 早晚2次分服, 每天1剂。嘱患者勿劳累、饮食清淡、规律服用降压药, 不适随诊。2016年4月6日二诊: 胸闷、气短、怕冷症状好转, 偶见胸前区隐痛不适, 睡眠改善, 纳可, 二便调。舌质淡暗, 苔黄腻, 脉弦细。P 78次/min。复查心电图示: 窦性心律83bpm; s1s2s3综合征; ST-T改变。原方有效, 故于上方去川牛膝, 加郁金12g, 14剂, 继服。4月28日三诊: 患者诉服药后整体改善, 偶感胸闷、心悸, 发作持续时间明显缩短, 晨起自觉手麻, 发热, 多汗, 纳可, 眠可, 二便调。舌质淡边红, 苔腻, 脉弦细。BP 145/95mmHg, P 80次/min。继守上方, 去甘松, 加草蒲黄15g、牡丹皮12g, 炙甘草15g改为10g。14剂, 继服。5月14日四诊: 患者诉服上药后病情稳定, 一般状况良好, 近10d再未发病, 偶有双手麻木, 纳可, 眠可, 二便调。舌质红, 苔薄白, 脉细。BP 140/82mmHg, P 92次/min。继用前方, 去草蒲黄, 加炒麦芽30g, 24剂, 继服。6月15日五诊: 患者神清, 精神佳, 服药后病情稳定, 偶有胸闷, 症状较轻, 可自行缓解, 纳可, 眠可, 二便调。舌淡红, 苔薄白, 脉细。BP 136/80mmHg, P 80次/min。嘱患者继服, 清淡饮食, 适当锻炼, 畅情志, 避风寒, 慎起居, 嘱定期复诊。

按: 本案患者为老年女性, 脏腑功能减退而元气自衰, 久病伤正, 气血阴阳亏乏, 脏腑功能失调, 致心神失养, 发为心悸。《丹溪心法·惊悸怔忡》载: “人之所主者心, 心之所养者血, 心血一虚, 神气不守, 此惊悸之所肇端也。”患者久病忧思不解, 恐惧抑郁, 肝气郁结, 心血暗耗, 不能养心而心中悸动不安, 母病及子, “肝气滞则心气乏”, 故出现神疲乏力, 胸闷气短; 患者病久, 气血亏虚, 日久可致心阳虚衰, 形寒肢冷, 血脉凝留, 瘀血内生, 可见舌质暗红, 苔白, 脉细数无力。本病病机为肝郁血虚, 阳虚血瘀, 方用逍遥散合二仙汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减。方中逍遥散去茯苓、白术、生姜、薄荷, 取柴胡舒肝解郁, 当归、白芍养血柔肝, 当归芳香行气,

味甘缓急,为肝郁血虚之要药;桂枝甘草龙骨牡蛎汤安神救逆,《伤寒贯珠集》指出:“桂枝、甘草以复心阳之气,牡蛎、龙骨以安烦乱之神”。现代药理研究发现,桂枝甘草龙骨牡蛎汤可作用于下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴的不同环节,调节慢性应激大鼠的内分泌功能^[3]。另有研究证明炙甘草具有抗心律失常的作用^[4]。龙骨、牡蛎为重镇安神的常用药对,张锡纯安神汤中用之宁心安神。亦有现代药理研究证实,龙骨、牡蛎具有镇静、抗惊厥作用^[5]。淫羊藿、仙茅补肾助阳。辨证加减珍珠母、首乌藤、合欢皮镇敛心神;姜半夏、麸炒枳壳化痰除痞;赤芍、丹参、川芎调养心血,活血祛瘀;川牛膝活血通经,祛瘀止痛,引血下行;甘松理气止痛。诸药合用,阴阳互补,于阴中求阳,阳中求阴,寒温并用,刚柔相济,共收温阳益气、行气活血、定悸安神之功。二诊患者胸闷、气短症状好转,复查心电图显示窦性心律,但仍有胸前区隐痛不适,为气滞血瘀之象,故加郁金活血止痛、行气解郁。三诊患者发热、多汗,中药汤剂继守前方,并加草蒲黄活血利尿,牡丹皮清透虚热。四诊患者病情稳定,原方加炒麦芽顾护脾胃。依患者目前症状及舌象脉象守原方治以疏肝解郁、温阳活血,观察四周病情稳定,继服巩固治疗。中成药予麝香保心丸芳香温通,益气强心。

李教授应用逍遥散合二仙汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤治疗持续性心房颤动患者,异常心律转为窦性心律,发作次数明显减少,持续时间明显缩短,静息心率70~80次/min,全身症状改善。在本案例诊治过程中,李教授紧扣心悸的关键病机,选用逍遥散合二仙汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤为基础方,联合中成药及西药治疗,可明显改善心功能,收效显著。

参考文献

- [1] 陈祖恩. 中西医结合治疗持续性房颤86例体会[J]. 浙江中西医结合杂志, 1998(4): 236-237.
- [2] 吴丹丹, 陈瑜, 张腾. 房颤发病机制研究新进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016(12): 1342-1346.
- [3] 王庆国. 伤寒论选读(9版)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 67.
- [4] 李静雅, 杜昕. 王化良教授应用二陈汤临证举隅[J]. 甘肃中医, 2011, 24(2): 9-10.
- [5] 李芸, 马育鹏, 杜玉祥, 等. 舒心通胶囊治疗冠心病稳定型心绞痛(胸痹)120例[J]. 甘肃中医, 2010, 23(9): 15-18.

第一作者: 李菊红, 女, 2015级硕士研究生, 研究方向: 中西医结合治疗心血管疾病

通讯作者: 李应东, 男, 主任医师, 教授, 博士研究生导师, 研究方向: 中西医结合治疗心血管疾病, E-mail: lydj412@163.com
(收稿日期: 2017-11-08)

金殿春从脾胃论治肺病验案3则

时乐, 张芸

(江苏省仪征市中医院, 江苏 仪征, 211400)

[关键词] 肺系疾病; 从脾胃论治; 验案; 金殿春

[中图分类号] R256.1 [文献标识码] B

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.10.042

金殿春为江苏省仪征市中医院主任中医师, 扬州市名中医, 临证喜用经方治疗肺系疾病和内科杂症。笔者跟师学习, 收获颇丰, 现将其从脾胃论治肺病验案3则介绍如下。

1 脾胃同治胃食管反流性咳嗽

马某, 女, 82岁, 2016年5月5日诊。主诉: 咳嗽伴胸骨后灼热不适感3个月余。刻诊: 咳嗽, 咳白痰, 偶见黄痰, 白天咳嗽较轻, 夜间平卧后咳嗽加重, 烧心, 尿赤, 便秘, 口干, 舌红少津, 苔薄黄, 脉滑。诊为胃食管反流性咳嗽(GERC), 证属脾胃蕴热, 酿生痰热; 拟脾胃同治、清热祛痰之法。处方: 杏仁10g, 海浮石(先煎)15g, 生牡蛎(先煎)15g, 海螵蛸15g, 浙贝母10g, 旋覆花(包煎)12g, 百部10g, 桔梗10g, 白及15g, 威灵仙20g, 莱菔子15g, 火麻仁10g, 甘草10g。7剂。二诊: 咳嗽好转, 仍有胸骨后不适, 但灼热感消失, 痰色转白, 渐易咳出, 夜间咳嗽减轻, 大便质地渐软, 口干缓解, 舌淡红, 舌质稍润, 苔薄白, 脉弦。上方去海浮石、生牡蛎, 加南沙参、北沙参各10g。7剂。后上方稍事出入, 调治1个月向愈。

按: 因胃酸和其他胃内容物反流进入食管, 导致以咳嗽为突出的临床表现, GERC是慢性咳嗽的常见原因, 典型反流症状为胸骨后烧灼感、反酸、嗝气、胸闷等。有微量误吸的GERC患者, 早期更易出现咳嗽、哮喘及咽喉部症状, 常有夜间咳嗽, 平躺后加重, 伴或不伴消化系统症状, 咳嗽为干咳或咳少量白色黏痰; 或有明显的进食相关的咳嗽, 抗反流治疗(PPI)后咳嗽消失或显著缓解, 亦有食管灼热感不明显者, 故此病极易误诊。患者多就诊于普通门诊或呼吸科门诊, 不仔细询问症状, 便不能发现其咳嗽症状的独特之处, 往往投以多种抗生素、止咳药、化痰药, 无论中药西药, 或可有效, 或无效, 或停药即发, 因多无明显感染症状, 往往治疗罔效。

《素问·咳论》载: “五脏六腑皆令人咳, 非独肺也”; 又谓: “胃咳之状, 咳而呕”; “此皆聚于胃, 关于肺”。“反酸”中医学又称为“泛酸”“吐酸”“吞酸”,