

● 医案医话 ●

本栏目由湖南湘乡起蛟中医医院协办

奔豚汤加减治疗心悸验案1则

刘 怡, 张梦贺, 姜红菊

(山东中医药大学第二附属医院, 山东 济南, 250000)

[关键词] 心悸; 奔豚; 中西医结合疗法; 奔豚汤; 验案

[中图分类号] R256.21 [文献标识码] B DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.05.034

心悸是以患者自感心中悸动, 惊惕不安, 甚至不能自主为主要表现的一类病症, 常伴有胸闷、失眠、耳鸣等症状, 多因情志波动或劳累过度引发。奔豚首见于《内经》, 以发作时感觉气从少腹向上冲逆, 至胸或达咽, 发作时烦躁欲死, 缓解后如常人为主要临床表现。其发病时轻时重, 多受情志影响。虽奔豚气发作时的症状易与心悸相似, 但其根本病因病机并不相同。二者发病均与体质、情志等因素有一定关系, 故其治疗方面亦有相同之处。本文从奔豚的角度探讨心悸治疗。现将验案1则介绍如下。

吕某, 女, 53岁, 常年居于山东济南, 首诊时间为2019年3月24日。患者近期出现多次心慌, 胸闷, 气急, 呼吸困难, 手抖, 偶有心前区憋闷, 发作时自摸脉搏不规律, 伴有轻微窒息感, 持续5~7 min。心电图示: 心房颤动。经口服药物治疗30 min后症状改善。心电图示: 窦性心律。嘱附其日常口服抗心律失常药物, 未按时服药。患者平素情绪波动较为强烈, 易怒, 难平复, 纳差, 寐不安, 大便每天1~2次。大便成形质黏, 小便色黄, 舌暗、苔黄腻, 脉沉弦滑。既往体质差, 无冠心病、高血压病、慢性肺部疾病等病史, 已绝经, 绝经前月经正常。心脏听诊: 心音低钝, A2>P2, 心率89次/min, 律齐, 未闻及病理性杂音。心电图示: 窦性心律, 大致正常心电图。心脏超声示: 心内结构未见异常。西医诊断: 阵发性房颤; 中医诊断: 心悸(气血亏虚、心神失养)。予以抗心律失常、营养心肌等西药治疗。中药予自拟宁心汤治疗。方药组成: 郁金12 g, 柴胡12 g, 枳实9 g, 枳壳9 g, 黄芪20 g, 牡蛎20 g, 龙骨20 g, 麦冬12 g, 白术12 g, 五味子9 g, 赤芍12 g, 柏子仁15 g, 白芍15 g, 炒酸枣仁30 g。每天1剂, 水煎200 ml, 分早晚2次温服。入院第二天患者再次出现心慌、烦躁、乏力, 心前区憋闷, 自感有气从腹部向上直冲, 时发时止。心电图显示典型的心房颤动。心率100次/min, 血压130/90 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa), 当即行心电图监护及血氧饱和度监测, 给予静脉持续泵入胺碘酮, 治疗1 h后出现静脉炎而停止用药, 后予艾司洛尔泵入。24 h动态心电图显示“房颤”, 诊断为阵发性房颤。二诊: 患

者自感脐下悸动, 有气上冲咽喉, 舌苔黄腻。治疗上给予常规药物控制室率, 预防血栓形成, 以及考虑给予房颤射频消融术根治治疗。同时加入营养神经药物并配以心理干预治疗等方法。但患者拒绝射频消融术和可达龙药物治疗。考虑患者症状相似于奔豚症状, 予以奔豚汤加减治疗。处方: 桂枝15 g, 白芍10 g, 当归12 g, 枳壳12 g, 茯苓15 g, 柴胡10 g, 半夏10 g, 龙骨30 g, 牡蛎30 g, 酸枣仁20 g, 远志5 g, 桑白皮15 g, 炙甘草6 g, 生姜3片, 大枣3枚。5剂, 水煎服。三诊: 症状好转, 房颤频率减少, 脐下悸动基本消失, 偶有发作时只伴有心慌、乏力等。出院前给予宁心汤加减方继续巩固治疗。嘱患者按时服药, 规律饮食, 保持心情舒畅。出院3 d后随访, 患者自述症状未发作。出院3个月, 患者自述期间发病次数明显减少, 未曾入院治疗。

按语: 心悸病性为本虚标实, 本虚多为气血阴阳亏虚, 致心脉失养, 心神不安, 产生心悸; 标实乃指痰火、气滞、水湿、瘀血等阻滞心脉, 扰动心神致病。《灵枢·本神》曰: “肝气虚则恐, 实则怒”, 《素问·阴阳应象大论》曰: “肾在志为恐”, 说明奔豚气的产生与肝肾不足、肝郁不舒息息相关^[1]。李丰涛等^[2]认为心悸病机特点有二: 一者多因心之气血阴阳亏虚, 痰饮瘀血痹阻心脉, 或情志不调而致心脾两虚、心神失养而产生心悸; 二者因心悸属风象, 感受外风或虚风内动, 发为心悸。奔豚和心悸的病因病机有相似之处。患者二诊发病时以奔豚气为心悸发作的主症。因奔豚与情志相关, 而情志变化引发自神经兴奋, 交感神经受影响而刺激心房肌细胞, 从而诱发房颤^[3]。故奔豚气为心房颤动的触发因素。治疗上根据奔豚气表现, 着重改善奔豚气症状, 剔除触发因素, 从而达到减少心悸发生。故采用奔豚汤加减治疗。方中桂枝通阳化气、降逆平冲; 白芍养血柔肝; 当归滋润调肝; 半夏、生姜和胃下气, 降逆止呕; 柴胡理气平肝、消散郁热; 龙骨、牡蛎重镇平潜; 桑白皮利水降逆; 茯苓淡渗下气利水; 远志安神调智, 酸枣仁助肝养心。诸药合之, 冲气

得降,诸症自愈。

本病虽以心悸为主要症状,但是因情志等因素触发。西医治疗本病具有一定局限性,中医治疗优势明显,患者依从性也相对较高,对于症状改善以及预后也起到了较好的效果。这充分体现了中医异病同治思想,同时凸显了双心治疗的优势,为临床治疗提供了新思路。

参考文献

- [1] 程敏,李赛美. 论奔豚气病的发病与治疗[J]. 江苏中医药, 2019,51(5):53-55.
- [2] 李丰涛,王永霞. 心房颤动中医病机特点思考[J]. 世界中西医结合杂志,2010,5(11):991-992.
- [3] FENG TINGTING, MALMO VEGARD, LAUGSAND LARS E. et al. Symptoms of anxiety and depression and risk of atrial fibrillation-The HUNT study [J]. International Journal of Cardiology, 2020, 306: 95-100.

基金项目:山东省中医药科技发展计划项目(2019-0243)

第一作者:刘怡,女,2018 级硕士研究生,研究方向:中西医结合防治心血管病

通讯作者:张梦贺,男,医学硕士,医师,研究方向:中医药防治心血管疾病, E-mail: zhangmenghezhang@163.com

(收稿日期:2020-12-23)

针刺治疗细菌栓脱落验案 1 则

姜 赓, 吴 敬

(天津中医药大学第一附属医院,天津,300193)

[关键词] 感染性心内膜炎;心源性栓塞;醒脑开窍针刺法;验案;吴敬

[中图分类号] R246.1 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.05.035

感染性心内膜炎(infective endocarditis, IE)是因病菌直接感染累及心脏瓣膜的一种炎症。急性期以高热、寒战等毒血症为主,亚急性期常表现为低热、乏力、疲倦等症状^[1-2]。IE 临床起病较隐匿,常因出现并发症而被考虑为致病原因。心源性栓塞(CE)是其最严重的并发症。IE 形成的细菌栓经血液流转全身,于脑供血动脉狭窄处阻断供血,突发神经及肢体功能障碍。吴敬主任医师从事针灸临床工作二十余载,擅治脑血管病及其合并症,经验丰富。笔者(第一作者)有幸跟师学习,见其以醒脑开窍针刺法治疗细菌栓脱落致左侧肢体活动不利 1 例,临床疗效佳,现将验案介绍如下。

陈某,女,65 岁,2018 年 12 月 24 日初诊。主诉:左侧肢体活动不利 2 个月余。患者于 8 月出现发热,1 个月未见好转,就诊于当地医院,查心脏彩色多普勒示:瓣膜反流,确诊为感染性心内膜炎。予心脏瓣膜置换术,术后突然出现左下肢麻木,继而出现左侧肢体活动不利。颅脑 CT 示右侧基底节区低密度灶,考虑心脏瓣膜术后栓子脱落导致脑栓塞,经治后遗留左侧肢体活动不利,现为求进一步中西医结合治疗收入我院。现症见:神清,精神可,言语清晰流利,持续左侧肢体活动不利,感觉减弱,纳可,寐安,二便调。舌淡红、苔白腻,脉弦滑。既往体健,否认风湿性心脏病、冠心病等病史。西医诊断:脑梗死;感染性心内膜炎,心脏瓣膜置换术后。中医诊断:中风,中经络。证属风痰阻络证。治法:祛风化痰,息风通络。主穴:印堂、上星、百会、内关(双侧)、三阴交;配穴:下极泉、委中、尺泽、丰隆、合谷、太冲、风池、完骨、悬钟、太溪、肩髃、肩髃、阳陵泉、阴陵泉、血海、梁丘。操作:患者取卧位,所有穴位均常规消毒,上星、百会向后 15°刺 0.5 寸,行小幅高频捻转补法 1 min;内关、下极泉、尺泽、委中直刺进针,施提插泻法,以肢体抽动 3 次为宜,不留针;印堂提捏进针刺入 0.5~0.8 寸;肩髃、肩髃用 3 寸毫针刺进针 1.5~2 寸;三阴交针尖沿胫骨内侧缘与皮肤呈 45°进针,行提插泻法,使针感下传至足底 3 次为宜;余穴均常规针刺。全部穴位留针 30 min,1 次/d,5 次/周,10 次作为 1 个疗程。针刺 3 个疗程后,患者肢体症状较前改善,感觉恢复。出院后于门诊针刺 3 个月,随访半年,现患者已具备独立生活能力。

按语:CE 是指由心源性疾病产生的栓子致脑动脉闭塞而发的卒中,IE 是 CE 主要病因之一^[3]。CE 是 IE 的重要并发症^[4],发生率为 13%~50%^[5]。IE 合并脑栓塞的临床症状因阻塞部位不同而表现多样,主要累及大脑中动脉分布区域。本案患者瓣膜置换术后突发一侧肢体活动不利,结合影像学检查、细菌培养及心脏超声等,考虑与细菌栓有关。

中医学将 CE 归属于“中风”范畴,认为脉络因风、热、痰、瘀而阻塞,血瘀气虚,筋脉失养致阴阳失调、气血逆乱是本病的主要病机。本案患者平素体胖痰多,肝热生风夹痰,痰浊或痰瘀互结,气机郁滞,阻于血道,导致气血难以通利而发为本病。《灵枢·本神》云:“凡刺之法,必先本于神”,神为百病之始,故取督脉之百会、上星、印堂调神醒脑;下极泉、委中、尺泽通经导气;配合髓之所会悬钟及三阴经之所汇三阴交,治以填精益髓、补益脑髓。《素问·至真要大论》云:“诸风掉眩,皆属于肝”,肝风引动体内痰浊上扰清窍,导致窍闭神匿,神不导气,肝经之太冲与合谷共称为四关穴,具有疏通经络、息风止痉之效;肝经原穴太冲配肾经原穴太溪,具