

引用:马茜,颀龙飞,刘宇,王贤良.基于《伤寒论》浅议心脏神经官能症之心悸证治[J].湖南中医杂志,2021,37(5):130-132.

基于《伤寒论》浅议心脏神经官能症之心悸证治

马茜,颀龙飞,刘宇,王贤良

(天津中医药大学第一附属医院,天津,300193)

[摘要] 通过整理《伤寒论》中关于“心悸”的论述,发现《伤寒论》中论治心悸的内容分散于“太阳”“少阳”“少阴”“厥阴”四篇中。病因各有不同,病机不外乎虚实两端,虚以先天亏虚为主,或脾胃受损,气血生化乏源,心脉失养;实以气机郁滞为主,气之升降出入失常,精血津液运行受阻,痰瘀由生,痹阻心脉。病位以心为主,与肝、脾密切相关。本病可分为气血亏虚、阳虚水停、阴虚阳亢、阳气郁滞、肝郁气滞 5 个证型,在治疗上应从把握病机出发,首辨虚实,对于虚实夹杂者,分清主次,虚者益气、补血、温阳,配伍养血安神之品;实者理气、温通、化饮,配伍重镇安神药物,辅以心理疏导,可获得良好效果。

[关键词] 心脏神经官能症;心悸;《伤寒论》;辨证论治

[中图分类号] R277.7 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.05.051

心悸是心脏神经官能症较为常见的临床表现之一,目前西医多根据患者临床症状表现,对症予以β受体阻滞剂治疗,但毒副作用较大,适用范围局限且不利于改善患者预后,部分患者服药后心悸症状并未得到有效控制。而通过对患者进行辨证论治给予中药治疗,能够明显改善心脏神经官能症患者的心悸症状。《伤寒论》中首次出现“心悸”病名,并提出治疗此病的有效方剂。笔者通过整理《伤寒论》中关于“心悸”的论述,对其病因病机、辨证论治的内容进行了归纳总结,以期对心脏神经官能症之心悸的证治思路作出探索。

1 病因病机

中医古籍中并未记载“心脏神经官能症”这一病名,但依据其临床表现,可归为中医学“郁证”“百合病”“心悸”等范畴。本病多因外感邪气、内伤(药食不当、体虚劳倦、情志所伤)导致正气不足,邪滞心脉,心神失养或心神不宁而发病。《伤寒论》条文中涉及心悸的有十余条,称之为“心下悸”“心悸”“心中悸”“心动悸”。大部分条文有方有药,开创了心悸辨证论治的先河。笔者归纳总结《伤寒论》中论述心悸的内容,可以发现仲景对于心悸病因的论述分虚实两端,虚以气血亏虚、阳气亏虚为主,实以阳气郁滞、少阳枢机不利、水饮内停为主,病位主要在心,涉及脾、胃、肾。

周亚滨教授认为情志失调、肝气郁滞、心失所养是心脏神经官能症的病机所在,与心、肝有密切的关系^[1]。邓悦教授认为心脏神经官能症以气血亏虚为病机之本^[2]。程伟等^[3]通过文献挖掘研究发现,心脏神经官能症的主要病理机制是气滞、气虚、痰浊、血瘀,主要证素是气滞、气虚,主要

病位在心、肝、脾与之密切相关。综上所述,心脏神经官能症之心悸病机不外虚实两端,虚以先天亏虚为主,或脾胃受损,气血生化乏源,心脉失养;实以气机郁滞为主,气之升降出入失常,精血津液运行受阻,痰瘀由生,痹阻心脉。病位以心为主,与肝、脾密切相关。心主神志,而“血者,神气也”,故心藏神依赖于血液的滋养,只有脾运化功能与肝疏泄、藏血功能正常,血液才得以正常运行并濡养心脏。

2 辨证论治

目前,心脏神经官能症心悸的证型分类尚未统一,临床各医家治疗均依各自经验。笔者依据《伤寒论》中关于心悸的论述,并结合临床实际,认为心脏神经官能症之心悸可分为气血亏虚、阳虚水停、阴虚阳亢、阳气郁滞、肝郁气滞五种证型,治疗时应当把握其病机,首辨虚实。

2.1 气血亏虚——补血养心,益气安神 从现代医学角度来说,交感神经纤维和迷走神经纤维所构成的心脏神经丛受脑和脊髓的支配,调节心脏的生理病理活动^[4]。当受到各种刺激后,机体内环境紊乱,大脑皮层过度兴奋,中枢神经系统功能失调,从而造成交感神经张力过高,引发心血管功能异常,这可能是心脏神经官能症的发病原因^[5]。而交感神经不仅可以作用于心脏,使心率增快,亦可作用于消化系统。交感神经兴奋,可抑制胃肠道运动和消化腺分泌,易致食欲不振、进食减少,生化无源,气血亏虚,心脏不得濡养,发为此病。临证时患者出现伴有头晕、气短懒言、乏力自汗、面色淡白、舌淡嫩、脉细弱,可参考本证型论治,治宜补血益气、养心安神,方用小建中汤或炙甘草汤。

第 102 条:“伤寒二三日,心中悸而烦者,小建中汤主

第一作者:马茜,女,2018 级硕士研究生,研究方向:中医内科学(心血管病方向)

通讯作者:王贤良,男,医学博士,博士研究生导师,研究方向:中医内科学(心血管病方向),E-mail:xlwang1981@126.com

之。”该条文证机为:心神失阴血所养,发为心悸。成无己在解释条文时指出:“心中悸而烦,是非邪气搏所致。心悸者,气虚也;烦者,血虚也。以气血内虚,与小建中汤先建其里。”小建中汤是在桂枝汤基础上,加倍芍药用量,重用饴糖化裁而来。桂枝芍药酸甘化阴,滋而能化;桂枝饴糖,辛甘化阳,温补中焦,辛甘与酸甘并用,滋阴合阳,营卫并调。第177条:“伤寒脉结代、心动悸,炙甘草汤主之。”炙甘草汤为《伤寒论》中治疗心律失常的名方,被广泛应用至今。其证机为阳气不振,阴血不足,心脉失养。心主血脉,血液正常运行于脉中,必须以心气充沛、血脉充盈、脉管通利为基础,若气血亏虚,不能相续,则生结代。方中重用生地黄为君,以滋阴养血;人参、大枣、炙甘草益心气、补脾气,以益气血生化之源;阿胶、麦冬、麻仁滋阴、养心血、充血脉。佐以桂枝、生姜辛行温通,使阴得阳化,以达温心阳、通血脉之效;清酒煎服,取其辛热温通血脉、行药力之功。临床中有些心脏神经官能症患者,自觉心下筑筑,惕惕然动而不自安也,可在心电图上发现异常搏动,诊脉可觉迟而中一止,兼见气血亏虚之象,可参考本条文论治。

2.2 阳虚水停——温阳化饮,振奋心阳 心脏神经官能症患者因交感神经紊乱,汗出较多,则心阳损伤加重,长此以往,相互影响,心液亏损而心失濡养,故发心悸,并可伴畏寒、神疲、乏力、心烦、失眠、舌淡、脉弱等症状;阳气亏虚,不能温运水液,水液积聚停留胃中,可表现为胃脘冷痛、喜温喜按,食少脘痞,口淡不渴,畏寒肢冷;心阳不足,不能温煦肾水,肾水上泛凌心,可表现为心悸、腰酸膝软、水肿。心脏神经官能症之心悸以阳虚水停症状为主要表现者可参考本证型论治,治宜温阳化饮、振奋心阳,方用桂枝甘草汤,肾水上泛凌心选用真武汤,饮留于胃可用茯苓甘草汤。

第64条:“发汗过多,其人叉手自冒心,心下悸欲得按者,桂枝甘草汤主之。”关于此条文,方有执言:“汗多则伤血,血伤则心虚,心虚则动惕而悸,故叉手自冒,而欲得人按也。”阳加于阴谓之汗,发汗过多,伤津耗气,气液两虚,中空无倚,故发“心下悸”;汗为心之液,阳气蒸化津液而成汗,而气能化生津液,津液能载气运行,发汗过多,阳气随津液流失,胸中阳气不足,心脏失去阳气庇护,空虚无主,故“叉手自冒心”,借以安心悸之苦,以护庇而求定也,予桂枝甘草汤调不足之气,以补阳气而生津液。桂枝辛、甘、温,甘能补心阳,温能通经脉,助阳化气,助卫阳固疏漫之表,敛阴补阳以安心神;甘草和里,补中益气、滋补心液、调补气液不足。合桂枝、甘草以为方,辛甘化阳,心阳得充,阳生则阴得化,心得濡养,悸动自安。

第82条:“太阳病发汗……心下悸、头眩、身动,振振欲僻地者,真武汤主之。”太阳病发汗过多,正气受损,邪盛正虚,邪气趁虚而入少阴,损伤肾阳,而肾主一身阴阳,为脏腑阴阳之本,对各脏腑阳气具有资助、促进作用,且肾为水之下源,调节机体水液代谢的各个环节。肾阳虚衰,寒水不

化,上逆凌心,可引发心悸。心脏神经官能症作为神经症的一种,自然与心密切相关,而心与肾关系极为密切。肾藏精,心藏神,精能生神,神能御精,“神驭气,为精、气之主;精化气,为气、神之源。”且心与肾,水火互济,肾阳不足,气化无力,水气凌心,发为心悸。真武汤中附子、生姜配伍,以温肾助阳、温化水湿;白术、茯苓淡渗利湿,去除水气;白术“去水气,利膀胱”,制约附子燥热伤阴。全方配伍严谨,温阳利水,水饮去除,悸动自安。

第127条:“太阳病,小便利者,以饮水多,必心下悸;小便少者,必苦里急也。”太阳初病,本不应欲饮水,而今饮水反多,说明胃阳虚衰,所饮之水,无处运化。胃于膈下,心于膈上,位置相近,可相互影响;胃阳不足,水液内停,阻滞气机,胃失和降,水饮上逆犯心,出现心悸。

第356条:“伤寒厥而心下悸,宜先治水,当服茯苓甘草汤,却治其厥,不尔,水渍入胃,必作利也。”胃于膈下,水停于胃,则心下悸动,水饮困阻胃阳,阳气不能外达温煦四末,故四肢冰冷,同时可伴有脘痞腹胀、食欲不振、舌淡胖嫩等症状,甚者泛吐清水,治疗应当先治水饮,饮去胃安,阳气得以疏散温煦。若水饮积蓄胃中,损伤胃阳,饮入胃肠,必然下利。本方由桂枝甘草汤加茯苓、生姜化裁而来。桂枝、甘草配伍,温补阳虚,佐生姜疏散寒邪,可回阳救厥,君药茯苓内调水道,水饮有出路,则心悸自可安。

2.3 阴虚阳亢——滋阴清热,交通心肾 心脏神经官能症患者就诊时,多以主观感觉性症状为主诉,并坚持将症状归咎于心脏循环系统障碍。从中医学角度而言,这是心失所主的表现。心为君火,主藏神,肾为相火,君火相火,各安其位,心神得安。若肾阴亏虚,相火妄动,君火亦不得其位,则可发为心悸。临证时表现为心悸、失眠、五心烦热、腰酸、膝软、舌红、少苔、脉细数者,可参考本证型论治,治宜滋阴清热、交通心肾,方用黄连阿胶汤。

第303条:“少阴病……心中烦,不得卧,黄连阿胶汤主之。”其中“心中烦”即心悸不安^[6],心与肾同属于少阴经,心位于上,心火下降,肾位于下,肾水上济,阴阳合和。若肾水不足,心火有余,则水火分离,心肾不交,阴阳互滋失衡,发为心悸。方中黄连、黄芩味苦,入心经,清心泻火,正如“阳有余,以苦除之”“阴不足,以甘补之”,故阿胶、鸡子黄滋补心肾之阴;白芍滋阴酸收,降浮越之阳。

2.4 阳气郁滞——温通心阳,安神定悸 心脏神经官能症的发生多是由内脏神经系统调节失常而导致心血管系统功能紊乱。从中医学角度而言,气为生命活动的动力,气的推动功能正常,脏腑得以激发和推动,气化功能正常,精、气、血、津液得以相互转化、化生。《素问·生气通天论》载:“阳气者,精则养神,柔则养筋。”阳气充裕调达,荣养脏腑经筋,阳气郁滞,血液不得正常通行,脏腑筋经不得濡养,心脏功能紊乱,发为本病。临证时伴有胸闷气短、脘腹疼痛、胁肋胀闷、手足不温、脉弦者,可参考本证型论治,以透邪解郁、

温阳通脉、安神定悸为主,方用四逆散。

第318条:“少阴病,四逆,其人或咳,或悸……四逆散主之。”原条文下注解提示:悸者,加桂枝以温心阳。本证应属阳气郁滞,心阳不振之证,阳气郁滞体内,气血不通,心脉失养,可出现心中悸动;阳气郁于体内,不通则痛,可出现脘腹疼痛、胁肋胀闷、脉弦;阳气不达四末,可出现手足不温。方中柴胡、白芍补养肝血、条达肝气;柴胡、枳实,一升一降,调畅气机;甘草调和三焦之气,三焦得通,气之升降出入正常,厥逆可愈。

2.5 肝郁气滞——疏理气机,和解少阳 心脏神经官能症作为神经症的一种,与情绪有密切联系。情绪激动,枢机不利,气机失调,气滞血瘀,心脉受阻不畅;或气郁化火,扰乱心神,均可使疾病发生或加重。临床见时太息、胸胁胀满疼痛、脉弦者可参考本条辨证论治,治宜疏肝理气、和解少阳,方用小柴胡汤。

第96条:“伤寒五六日中风……或心下悸、小便不利……小柴胡汤主之”“心下悸,小便不利”的病变证机是邪入少阳,少阳胆热内扰,三焦通调水道失职,气不化水,水气既上凌于心,又困扰于下;水气上凌于心,则“心下悸”;水气困扰于下,则“小便不利”。小柴胡汤可疏利三焦气机、通达上下内外,气机顺畅,枢机运转正常,水液得疏,病症自除。原文注解中提到:若心下悸,小便不利者,去黄芩,加茯苓四两,是淡渗去水以定悸之意。

(上接第121页)

经典的学习具有特殊性及长期性,如果没有良好的考核制度保障,容易陷入盲目性,滋生惰性。历史上的经验也能给我们很好的借鉴。胡佳奇等^[5]系统整理了周朝至民国的中医经典的考核模式,认为医学教育机构对中医经典十分重视,在医学考试中,中医经典的考核也各有特点,但总体上呈现出在经典的学习上,强调“诵读”,对于学习内容强调“分科而学”,对于内容的理解强调“师徒授受”。在具体的考核中,分选拔性考核和知识测试性考核两种,但内容均是以经典为主,可见古代中医思维的习得是基于经典知识的渗透,而考核制度是经典学习的保障。

当前中医经典等级考试方式正逐渐受到重视,已在辽宁中医药大学、北京中医药大学、广州中医药大学、成都中医药大学等院校开展。通过考核方式改革,促进经典学习。三个等级考核能力的界定,对于学生而言,可反向调控学习节奏,做到低年级重在条文诵读,中年级结合课堂教学辨析及理解条文,高年级结合临床实践及经方医案知识库,以

3 小 结

《伤寒论》中论述心悸的内容分散于“太阳”“少阳”“少阴”“厥阴”四篇中,病因各有不同,病机无外虚实两端,把握病机,随证施治,可获良效。结合借鉴《伤寒论》中关于心悸的论述,临床中,对于心脏神经官能症心悸患者的治疗,应从把握病机出发,首辨虚实,对于虚实夹杂患者,辨清主次,虚者益气、补血、温阳,配伍养血安神之品;实者理气、温通、化饮,配伍重镇安神药物,辅以心理疏导,可获得良好效果。

参考文献

- [1] 范增光,李悦,周亚滨.周亚滨教授论治心脏神经症经验[J].吉林中医药,2019,39(8):994-996.
- [2] 丛鹤,邓悦.邓悦教授治疗心脏神经官能症经验撷粹[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(23):152,154.
- [3] 程伟,邓悦,陈少军,等.心脏神经症中医证候分布规律的研究[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(11):152-155.
- [4] 谢占清,李晓磊,王玉双.从经筋角度探讨心脏神经官能症的发病机制[J].环球中医药,2014,7(11):867-869.
- [5] 许新霞,焦伟,王政斌,等.耳穴贴压治疗心血管神经症临床研究[J].中医学报,2012,27(11):1521-1522.
- [6] 王凤,马燕云,章怡祎,等.《伤寒论》中心悸诊治理论及用药规律探讨[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(4):535-536,544.

(收稿日期:2020-09-01)

落实经典思维的临床应用。对于教师而言,能变革教学模式,在低年级重视辅助条文背诵,中年级课堂讲述重视条文的辨析及理解,高年级提高教辅配套以辅助知识的运用。最终激发学生学习的自觉性,激发教师突破传统经典课堂讲述的模式,构建考核保障体系,提高教学效果,最终实现“以考促背、以考以学、以考促教、以考促改”,推动教学改革。

参考文献

- [1] 中华人民共和国中央人民政府.中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见[EB/OL].[2019-10-20]http://www.gov.cn/zhengce/2019-10/26/content_5445336.htm.
- [2] 艾军,戴铭,杨宏宝,等.以“一个核心”“五个能力”为重点加强中医经典课程教学[J].中医药通报,2019,18(2):30-33.
- [3] 谷峰,朱辉,张丽艳,等.突出专业能力培养的中医经典课考核体系改革研究与实践[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(8):125-127.
- [4] 余洁英,廖华君,王静等.伤寒论信息化教学探索[J].中国中医药远程教育杂志,2019,17(11):1-4.
- [5] 胡佳奇,陈琪,孙晨耀,等.中医经典教学及考核模式源流考述[J].西部中医药,2018,31(4):67-71.

(收稿日期:2020-10-09)