

引用:杨秉翰,王彦,刘发亮,吕静娴.王彦巧用增味五痹汤治疗缓慢性心律失常经验[J].湖南中医杂志,2021,37(8):29-31.

王彦巧用增味五痹汤治疗缓慢性心律失常经验

杨秉翰¹,王彦²,刘发亮¹,吕静娴¹

(1. 天津中医药大学,天津,300193;

2. 天津市中医药研究院附属医院,天津,300120)

[摘要] 介绍王彦主任医师巧用增味五痹汤治疗缓慢性心律失常的经验。王师认为本病病位以心肾为主,病机总属本虚标实、虚实夹杂,临床尤以虚证为主,实证较少。本虚表现为心阳不足、气阴两虚、心肾阳虚等气血阴阳亏损而无以濡养心脉;标实表现为痰浊、血瘀、水饮等实邪痹阻心脉。其提出以通痹为治疗之轴,行温补心肾、活血通络之法,并根据患者实际情况从虚证、实证、虚实夹杂证辨治,巧用增味五痹汤为主方加减化裁,取得显著疗效。

[关键词] 缓慢性心律失常;增味五痹汤;名医经验;王彦

[中图分类号]R259.417 **[文献标识码]**A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.08.009

缓慢性心律失常是一种心脏跳动频率低于正常值的心血管疾病,轻者可致脏器供血不足,重者可引起严重循环障碍而危及生命^[1]。《2018年美国心动过缓临床实践指南》指出,窦性心动过缓新标准为:心率<50次/min,窦性停搏时间>3s,兼室内传导延缓或房室传导阻滞者,并且窦房结功能障碍需

要治疗的唯一标准是患者是否有症状^[2]。目前西医药物治疗主要以抗心律失常药物为主,非药物治疗中以安装起搏器最为常见^[3]。其中药物治疗虽有疗效却具有一定的毒副作用、复发率高,并可诱发新的心律失常,而非药物治疗费用高昂,对于患者身体创伤较大,且恢复时间长。

第一作者:杨秉翰,男,2018级硕士研究生,研究方向:心血管疾病的中医诊疗

通讯作者:王彦,女,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中西医结合治疗心血管疾病,E-mail:gaoyinwanghou2008@163.com

按语:本案患者平素性急易怒,现症见失眠多梦、胃脘不适,舌红、苔黄腻,脉滑数,四诊合参,辨证为胆胃不和、痰热扰心证。用黄连温胆汤加减以清热化痰、利胆和胃。方中黄连清热泻火为君药;半夏、陈皮燥湿化痰为臣药;茯苓、薏苡仁健脾利湿;枳实行气破滞;竹茹清心除烦;海螵蛸配浙贝母为乌贝散组成成分,可抑酸止痛;生龙骨、生牡蛎安神定志,并可引痰火下行;甘草调和诸药。二诊患者病情刚见成效,故守前方继服7剂,以祛痰热。三诊患者睡眠好转,烧心反酸消失,但偶感乏力,此为痰热去,脾气不足之象,且清热化痰药物往往损伤正气,故去浙贝母、海螵蛸、枳实,加炒白术、党参以健脾益气、护胃和中。针刺所选腧穴皆具有理气活血、益气养阴、安神助眠的功用。内关穴为手厥阴心包经穴,可健脾化湿、清热化痰、宁心安神;行间为足厥阴肝经荥穴,可清肝泻火;阴陵泉为足太阴脾经合穴,可健脾利湿;丰隆为足阳明胃经腧穴,与阴陵泉相配化痰祛湿,导痰湿下行;三阴交为肝

脾肾三经交汇之处,具有益肾滋阴、疏肝健脾、调和气血之功;中脘为胃经募穴,临近胃腑,循经远端取胃之下合穴足三里,远近相配,健脾益气,疏调胃腑气机;百会为手足三阳、督脉之会,可安神助眠。

邵教授针药结合从脾胃辨治失眠,重视病机的演变,通过健脾养胃、调节气机、化痰除湿、清化痰热、理气活血等治法,同时配合运动锻炼、饮食搭配、移情易性,使脏腑阴阳之间的关系达到和谐状态,从而达到更好的疗效。

参考文献

- [1] 韩芳,唐向东,张斌.中国失眠症诊断和治疗指南[J].中华医学杂志,2017,97(24):1844-1856.
- [2] 苏亮,陆峥.2017年中国失眠症诊断和治疗指南解读[J].世界临床药物,2018,39(4):217-222.
- [3] 霍瑞卿,田军彪,李桂德.从调畅气机论治失眠[J].环球中医药,2019,12(5):777-779.
- [4] 尤恬子,王邦才.王邦才教授运用调理脾胃法治疗失眠的经验[J].浙江中医药大学学报,2018,42(12):1019-1021.

(收稿日期:2020-12-22)

王彦主任医师师从天津市全国名老中医马连珍教授,从医论治心系疾病三十余载,善用经方辨证治疗缓慢性心律失常,现将其临证思路与用药经验总结如下。

1 病因病机

中医学无“缓慢性心律失常”病名,根据其临床症状可将其归属于“心悸”“胸痹”“眩晕”“厥证”“迟、缓脉证”等范畴,临床可见胸闷、心悸、气短、乏力,严重者伴有面白、畏寒、腰膝酸软,甚者有眩晕、黑矇、昏厥等症状。《三因极一病证方论》对此病症的病因归纳为外感六淫、七情所伤、药食不节、劳倦内伤等。周亚滨教授认为此病需分虚实,虚证尤以气虚、阳虚多见,实证则以寒、气、痰、瘀等实邪导致心脉阻滞,病情转归也多为虚实错杂证^[4]。胡元会教授认为此病病位主要在心,并兼顾肾脏,病机以虚实夹杂为主,痰、瘀兼证交杂其中,治疗分别以温补心肾、理气化痰、活血化瘀、通络止痛为原则^[5]。王师认为该病病机总属本虚标实,虚实相兼,虚者为气、血、阴、阳亏损,心失濡养,搏动无力,故心动过缓;实者为痰浊、血瘀阻滞心脉,心气闭阻,脉行不畅,气血运化不利,故心动迟缓。病证尤甚而痛剧者,也不外乎虚实,其理有二:一则不通则痛,二则不荣则痛。临床常以温补心肾、活血通络为原则。

2 特色方剂

王师通过多年的临床积累研究,巧妙应用增味五痹汤作为缓慢性心律失常的基础方,随证加减运用于临床治疗。高士宗《素问直解》云:“痹,闭也,血气凝涩则不行也”^[6]。风寒湿之气窜行于经络,使气血运行不畅,脉络阻滞,气血凝而化生为“痹”,轻可散发出肌肤,重则行于筋骨,甚者深入脏腑。肌肤皮肉之变,经脉循行之气环行周身,如环无端,邪气阻络凝涩而不畅行,脉气留止而不通,故痛。“痹在筋骨痛难已,留连皮脉易为功,痹入脏中虚死,脏实不受复还生。”筋骨之病善传达四肢百骸,邪痹阻滞经脉气血,气机运行不通,闭则痛之,可谓五体痹。《素问·痹论》载:“心痹者,脉不通,烦则心下鼓,暴上气而喘。”痹入脏腑经络,日久累及五脏,脏腑受邪痹侵犯,称之为脏腑痹,其邪内传于心,尤以心痹常见。增味五痹汤出自《医宗金鉴——杂病心法要诀》,其方由麻黄、桂枝、红花、白芷、葛根、附子、虎骨、羚羊角、黄芪、甘草、防风、防

己、羌活组成。原方有祛风除湿、温阳散寒之效。方中附子能上助心阳以通脉,下补肾阳以益火,合甘草加强回阳救逆之功,并缓急止痛,临床上有强心、扩血管、抗心律失常之效;麻黄可增加心率;桂枝发汗解肌、温通经脉、助阳化气,葛根增强退热止痛之功;红花活血祛瘀,临床常与桃仁、丹参、赤芍等配伍,可治疗血阻滞、血行不畅之证;黄芪补气升阳利尿,临床上多用以消水肿、降血压;白芷合防风、防己、羌活以祛风胜湿。

3 辨证论治

3.1 虚证 患者年老体虚、先天不足或病情日久不愈,久而累及心气,心气不足,心失所养,气血阴阳失调,可致阳气亏虚;心失其温养运化之职,则无力鼓动血液运行,脉行缓慢则心悸,心脉痹阻则心痛,其证属心阳不足证,予增味五痹汤合桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减。气血阴阳失调亦可致气阴两虚,气虚日久伤及心阴,气阴两虚均可致血运不畅,气机瘀滞故发心痛,辨为气阴两虚证,予增味五痹汤合炙甘草汤加减。若命门火衰而致心阳失助,肾阳虚衰,胸阳不振,气机运行不利,血行瘀阻,辨为心肾阳虚证,可予以增味五痹汤合金匱肾气丸加减。王师认为临床辨虚证时,需分清气血阴阳之亏虚,同时判其病位,重视心肾同补。若兼瘀血内停而致胸痛者,加丹参、桃仁、赤芍、川芎等治以活血化瘀而止痛;若兼胃脘纳呆者,可加砂仁、陈皮、大腹皮、焦麦芽、焦山楂、焦神曲等消食导滞;若兼阳虚便秘者,可加麻子仁、肉苁蓉等助阳通便。

3.2 实证 患者饮食不节,损伤脾胃,脾气虚弱,脾运呆滞,无法运化水湿,凝聚成痰,痰浊内生,脉络阻滞致气机运行不畅,心脉痹塞而挛急,故见心痛,辨为痰浊阻滞证,予以增味五痹汤合二陈汤加减。患者因情志内伤、寒邪内侵,或脾气受损所致瘀血痹阻于心脉,脉络不通,不通而痛,辨为心脉痹阻证,可予增味五痹汤合血府逐瘀汤加减。若兼有夜寐欠安者,可加远志、石菖蒲、首乌藤、合欢皮等宁心安神;若兼气虚汗出甚者,可加浮小麦、五味子、白术、煅龙骨、煅牡蛎等固表止汗;若痰浊所致胸痛尤甚者,可用薤白、瓜蒌、胆南星、枳实等宽胸理气;若血瘀所致胸痛尤甚者,可重用虫类药物之僵蚕、地龙、蜈蚣、全蝎等化瘀定痛。

3.3 虚实夹杂证 患者阳虚日久,饮遏心阳,心阳虚微,心火未下达于肾,不能温煦肾阳,肾为诸阳之

根本,致肾阳不足,然心肾相须互用,肾水未上济于心,心阳失养累及于肾,从而进一步形成心肾阳虚为本,或水停,或血瘀,或痰浊为标。若夹杂水饮内停,予以增味五痹汤合真武汤加减;若夹杂瘀血阻络,予以增味五痹汤合冠二丸(丹参、川芎、赤芍、红花)加减;若夹杂痰浊阻滞,予以增味五痹汤合瓜蒌薤白半夏汤加减。若水肿较甚者,加用茯苓、猪苓、泽泻、车前草等利水消肿;若兼畏寒肢冷、腰膝酸软、夜尿频者,可加肉苁蓉、肉桂、仙茅、淫羊藿、巴戟天等。

4 典型病案

赵某,男,61岁,2019年1月8日初诊。主诉:无明显诱因自感心悸、气短伴头晕乏力间作1年余,加重2周。患者1年前无明显诱因间断性出现心悸、气短、头晕乏力,曾自服复方丹参滴丸,症状可缓解,就诊于社区医院,查心电图示:窦性心动过缓,心率49次/min,伴房性早搏,ST-T段下移,给予血管扩张剂和中药汤剂结合治疗后,效果不明显。2周前因从事重体力劳动后出现短暂性黑矇,遂就诊于天津市中医药研究院附属医院心病科寻求系统治疗。现症见:心悸气短,头晕神疲,甚则出现短暂性黑矇,腰膝酸软,四肢欠温,无全身畏寒症状,面色少华,纳差,夜寐欠安,小便可,大便稀溏,日行2~3次。舌淡、伴齿痕,舌边瘀斑、苔薄白,脉沉缓。体格检查:体温36.5℃,脉搏52次/min,心率18次/min,血压130/80 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa),双肺(-),心律不齐。曾有心动过缓病史,否认冠心病、糖尿病、高脂血症等病史。心电图示:窦性心动过缓,心率52次/min,律不齐,阵发性二联律,ST-T段下移。患者由于自身经济状况拒绝住院治疗,遂于门诊寻求中医药治疗。西医诊断:缓慢性心律失常,房早二联律,冠心病? 中医诊断:心悸,眩晕;辨证:阳虚血瘀证。治法:温补心肾、活血通脉。予增味五痹汤合冠二丸化裁治疗。方药组成:麻黄(先煎)6g,制附子(先煎)10g,生黄芪30g,桂枝12g,丹参24g,川芎24g,赤芍15g,红花15g,白芷10g,葛根24g,天麻15g,钩藤15g,茯神15g,制远志15g,酸枣仁15g,薏苡仁30g,香附15g,砂仁15g。7剂,每天1剂,水煎,早晚分服。1周后复诊:患者心悸、气短症状有所缓解,症状发作频率下降,24h动态心电图示:平均心率52bpm,最慢心率42bpm,最快心率62bpm,偶发ST-T段改变。头晕神疲减轻,纳可、夜寐较前有明显好转。舌淡嫩、苔薄白,脉沉缓。原方减香附、砂仁、茯神,加细辛3g、党参30g,14剂。三诊:患者心悸症状基本消失,2周内未出现黑矇,自觉口干咽痛。舌淡红、苔白,脉沉细。查心电图示:心率58次/min,律齐,大致正常心电图。上方减党参,加黄芩10g,予14剂巩固疗效。后随访半年余,患者病情稳定。

按语:本案患者为缓慢性心律失常所诱发心悸症状,辨证为虚实夹杂证,以心肾阳虚为本,瘀

血阻络为标。心肾阳虚日久,心肾互为根本,心阳不振则致肾阳虚衰,阳气无力推动血液运行,血液积于脉络成瘀,反之亦然,血瘀阻络日久,阳气无法上达至心,下温于肾,心肾亏虚,阳气皆遏于脏腑之外,进而形成恶性往复。全方以增味五痹汤为基础,方用麻黄、附子、生黄芪、桂枝、白芷、葛根以振奋心阳,辅以温阳止痛之功;合冠二丸(丹参、川芎、赤芍、红花)活血化瘀,方中赤芍凉血散瘀、红花活血通经、川芎活血行气、丹参活血补血,一清一行一活一补,四药合参,活血且不留瘀。天麻、钩藤为肝经气分之药,平肝潜阳以息风,治眩晕而降血压;茯神、远志、酸枣仁皆归心经,宁心安神,可改善寐差;薏苡仁可健脾渗湿、利水除痹,运脾以调中焦、利水以通下焦,携肾气以除上焦之心痹;香附、砂仁可理气兼行气,醒脾和胃。二诊患者纳寐好转,余症以减,故去香附、砂仁、茯神,加细辛、党参以通络止痛、补气养血。三诊患者自诉口干咽痛,而党参温补,助气化热故去之,加黄芩以清上焦浮火。患者服此方剂,病症见稳,以药随症化裁,故收效甚优。

参考文献

- [1] 蒋祥林,邹飞,方应权. 中医药治疗缓慢性心律失常的研究进展[J]. 中成药,2016,38(7):1582-1585.
- [2] 任崇雷.《2018美国心动过缓临床实践指南》解读:心脏术后心动过缓的处理[J]. 中国胸心血管外科临床杂志,2019,26(9):843-847.
- [3] 朱俊,杨艳敏. 心律失常处理专家共识介绍——心律失常紧急处理的理念与规范[J]. 浙江医学,2013,35(20):1785-1786.
- [4] 赵永法,孙静,游小晴,等. 周亚滨教授治疗缓慢性心律失常经验撷菁[J]. 中国中医急症,2019,28(4):717-719.
- [5] 刘文娟. 胡元会教授治疗缓慢性心律失常经验谈[C]//中华中医药学会. 中华中医药学会全科医学分会成立大会暨2016年学术年会论文集. 上海:中华中医药学会;中华中医药学会全科医学分会,2016:2.
- [6] 任廷革. 任应秋讲《黄帝内经》[M]. 北京:中国中医药出版社,2014:378.

(收稿日期:2021-01-11)

百合冬瓜粥

材料:小米50g,百合5g,冬瓜100g。

做法:冬瓜留瓢、去皮去籽,共熬煮至米开花、百合冬瓜软烂即成。

功效:养阴,祛湿,清心火。(http://www.cntcm.com.cn/news.html?aid=177573)