

附子复方治疗III度房室传导阻滞

——学习陈苏生老师的临证经验体会

焦东海* 刘春堂* 张建军**

陈苏生老师是已故名中医祝味菊先生的高足,临床应用附子有独到之处,尤其是用附子复方治疗心脏病更为擅长。陈老说:“附子是一种强壮药,能兴奋各器官机能之衰弱而又善于强心。”他引祝味菊先生的话说:“附子是心脏之毒药,又是心脏之圣药。变更附子的毒性,发挥附子的特长,医之能事毕矣。”陈老强调:“在辨证论治前提下,应用附子复方治疗心脏病的关键在于药物配伍合法,要求做到刚柔相济,方能削减附子之毒性,发挥附子之特长。”

病案举例

我们随陈老临证,在陈老指导下,用附子复方治疗多种疾病,疗效较好。现举III度房室传导阻滞应用附子复方治疗获显效一例,介绍如下:

病例一: 刘××,男,56岁,住院号99940。半月前罹患上呼吸道感染,经治告愈,近二天来感心慌、胸闷、头晕,晚间胸闷、心慌加重,心率减慢至40次/分钟,心电图示III度房室传导阻滞,由急诊室收住入院。过去血压不高,无心血管病史。诊见一般情况尚好,血压110/64毫米汞柱,心率56次/分钟,偶闻“大炮音”,无病理性杂音,两肺未闻及湿罗音,腹软,肝脾未扪及,无病理性反射,眼底镜检查及血脂测定均属正常,苔薄白,脉迟。西医诊断为病毒性心肌炎合并III度房室传导阻滞。入院当天用异丙基肾上腺素1毫克加入5%葡萄糖内静滴,次日起单用中药治疗。中医辨证为心阳受损,阴血不足,推运无权,脉

气不承,治宜温阳养心生脉。处方:制附子9克,生地9克,茯苓6克。二剂。

二诊:服药2剂,心率由服药前的每分钟50次增加至72次,心电图示III度房室传导阻滞消失。效不更方,仍宗上方加减。处方:制附子12克,生地12克,茯苓4克。四剂。

三诊:药后胸闷、心悸明显减轻,再以温补心阳,佐以益阴为治。处方:制附子9克,生地15克,麦冬9克,茯苓12克,丹参12克,五味子6克。三剂。

药后心率稳定在70~80次/分钟,因心阳未展,仍感胸闷。上方续服21剂,胸闷、心悸诸症消失,治愈出院。

按:本例邪毒骤遏心阳,传导机能障碍,治当重在扶正强心。方中附子温阳强心,生地益阴强心,阴阳相济,复加茯苓养心化浊,缓除邪毒,遂收全功。本例在用附子复方治疗前,曾用过异丙基肾上腺素。服用中药2天后,心率即增加20次/分钟,并稳定在每分钟70~80次之间。

根据临床观察,应用附子复方治疗III度房室传导阻滞,不仅可以提高心率,而且对胸闷、纳减等症状的消除和全身情况的改善,均有明显效果。再举病案二则如下,

病例二: 郭××,男,76岁,住院号98517。有高血压病史十余年,断续服降压药,近一年来,常觉剑突附近隐痛,近三、四天来,头昏、胸闷加重。心电图示III度房室传导阻滞。诊见口唇轻度紫绀,血压162/98毫

* 上海市卢湾区中心医院; ** 上海市卢湾区卫生学校

米汞柱, 心律不齐, 偶闻“大炮音”, 心尖区有三级收缩期吹风样杂音。舌暗红, 苔薄黄, 脉弦迟, 诊断为冠心病合并 III 度房室传导阻滞。入院后先用西药异丙基肾上腺素治疗, 每日含服 1 片 (每片含 10 毫克), 共治 7 天, 心率每分钟仍在 29~34 次之间, 乃停服西药, 改用中药治疗。中医辨证为元阳衰惫, 心阳不振, 传导机能低落, 气血流行失畅, 治当温阳强心, 流通气血。处方: 制附子 6 克, 桂枝 4.5 克, 党参 12 克, 当归 12 克, 丹参 9 克, 炙甘草 4.5 克, 麦冬 9 克, 生地 9 克, 红花 3 克, 桃仁 9 克。

服上药 6 剂, 心率增至 40~42 次/分钟。自觉症状好转, 舌仍暗红, 苔薄黄, 脉弦滑, 原方制附子增至 9 克, 再服 11 剂, 病情稳定出院。出院时心率 48 次/分钟, 血压 156/78 毫米汞柱, 薄黄苔消失。住院期间曾突然出现恶心呕吐旋即心跳骤停 2 次, 急予拳击起搏抢救并加用异丙基肾上腺素及阿托品 1 天, 平时均坚持单用附子复方治疗。服药 17 剂, 好转出院。

按:《内经》云:“代则气衰”, 高年元阳不振, 心力不足以运气血, 故胸宇闷痛, 心律不整, 急用附子合炙甘草汤加减治疗。方中附子、桂枝温阳强心; 当归、丹参、红花、桃仁活血化瘀, 配合附子通滞; 党参、甘草养心气以续附子后力; 舌质暗红示心阴受损, 麦冬、生地强心护阴滋养, 且可监制附子, 温之无虞。

病例三: 姜××, 男, 78 岁, 住院号 98497。因头晕、胸闷、下肢浮肿 17 天, 加重 5 天而收住入院。有高血压史 4~5 年, 血压波动在 160~180/90~100 毫米汞柱之间, 曾有过短暂昏厥二次。诊见口唇、指甲发绀, 颈静脉怒张, 每分钟有期外收缩 8~10 次, 心尖区有 II 级吹风样收缩期杂音, 第一心音强弱不等, 可闻“大炮音”, 肝肋下 2 厘米, 质软, 无压痛, 两下肢有二度凹陷性水肿, 脉弦迟, 舌质红, 苔薄黄腻。心电图提示 III 度房室传导阻滞、室性早搏、右心室肥厚。西医诊断为

冠心病、III 度房室传导阻滞。中医辨证为胸阳不振, 阴伤瘀滞, 传导失司, 治拟温阳护阴, 活血化瘀。处方: 制附子 4.5 克, 党参 12 克, 麦冬 9 克, 五味子 6 克, 生地 15 克, 火麻仁 9 克, 丹参 9 克, 茯苓 12 克, 当归 6 克, 炙甘草 6 克, 陈皮 4.5 克。

服药 3 剂后, 附子增为 9 克。续服 3 剂, 下肢仍怕冷, 舌质较淡, 舌苔白腻, 脉软, 附子增为 12 克, 另加桂枝 4.5 克。又进 4 剂, 纳食增加, 体力增强, 再加桃仁、红花各 9 克, 当归增至 12 克。服药 6 剂, 胸闷、心悸等症均减, 附子、党参均各增为 15 克, 继续巩固治疗。患者先后共服药 20 剂, 临床症状显有好转出院。

按:患者入院时, 每天加用 (舌下含化) 异丙基肾上腺素 3 片, 3 天后减为日服 1 片。本例高龄, 阳气虚衰, 心力不振, 心阴并伤, 故用附子加生脉散加味治疗。药用附子、党参温补强心; 丹参、赤芍、当归、桃仁活血化瘀以通心血郁滞; 地黄、麦冬、五味子养心护阴。入院时心率为 38 次/分钟, 出院时心率增至 50 次/分钟, 且自觉胸闷减轻, 食欲增加, 体力增强。

讨论和体会

陈老认为, 生附子有较大的副作用, 临床上除了应用炮制如法的附子外, 还要注意复方的协同作用。我们在侍诊中看到陈老喜用附子加磁石治疗心悸、失眠等神经衰弱症卓有良效。其所以经常附、磁同用者, 是由于神经衰弱患者既有兴奋又有疲劳 (抑制) 的表现, 附子助阳可治心神之虚怯, 磁石镇静可潜虚性之兴奋, 两者合用, 并行不悖, 相得益彰。由于 III 度房室传导阻滞患者常无虚性兴奋的临床表现, 故每不用磁石。患者阳微阴弱, 在用附子温阳强心之同时, 伍用滋养阴血的地黄以濡内脏之不足, 故收效较著。

附子与生地在药理上虽都属强心药, 但附子性刚, 地黄性柔, 各有专长, 陈老经验: 生地强心, 兼能清热滋养, 得附子之通利, 有利

中 医 教 学

浅谈中医痰病学的形成和发展

湖北中医学院 朱 曾 柏

痰，是一种病理产物，可以停滞在机体各个组织器官之中而产生各种痰病。自先秦以迄明清，古代医家在各自的医疗实践中，从不同的角度，不断地补充、完善、整理、提高，从而大大丰富了中医痰病学的内容，形成了一个以痰为中心的辨证施治体系。

明·李梴说：“痰乃津血所成，随气升降，气血调和则流行不聚，内外感伤则壅逆为患。”又说：“人知气血为病者多，而不知痰病尤多。”强调“百病兼痰”（《医学入门》）。痰既是津液气血“化失其正”，凝聚而成，而机体之上下内外又无不存在着津液气血，从这个意义上讲，“痰生百病”、“无一病不关乎气，无一病不关乎痰”（《本草问答》）等学术见解，实不为过。

早在二千多年前就引起了民间和古代医家对痰病的广泛重视。我国公元前五世纪作品《诗经·鄘风》中就有“陟彼阿丘，言采其蝻”句，蝻就是医家常用的化痰药贝母。湖南长沙马王堆三号汉墓出土的医学帛书《五十二病方》也有用虻（贝母）和漏芦等药物治疗痰症和痰瘀相兼的病症，可见古代医家对痰病、痰症是十分重视的。化痰药物的应用也相当普遍。只

是由于历史和文字的原因，《内经》中没有“痰”字，然而记载痰症、痰病的论述则多处可见，如《素问·评热病论》中讲“劳风”病时说：“劳风法在肺下，其为病也，使人强上冥视，唾出若涕，恶风而振寒……，咳出青黄涕，其状如脓……”。《灵枢·厥病》中记载的“厥心痛”、《素问·痹论》中记载的“真心痛”等病症，不能仅仅看作是瘀血病，其中不少是痰阻胸阳之候。其他如《至真要大论》中讲的“太阴在泉……，民病积饮，心痛”，“太阴之复……，体重中满……，胸中不便……，咳喘有声”等等，也都是描述气候环境和痰病的症状，只不过前者专指痰，后者则痰饮并重。

在仲景著作中记载了寒痰结胸、热痰结胸、痰阻胸阳等病症。《金匱要略》一书中专列“痰饮”、“水气”、“咳嗽”三篇，对后世治疗狭义的痰饮、水气、咳嗽等疾患，开拓了先河。但需要了解的是，《金匱》论述痰饮病，虽痰、饮并列，但实际上是以水、饮的病机证治为主，痰只是推类而及。如：水流胁下为悬饮，水流四肢为溢饮，水停膈间为支饮，即便讲“痰饮”，也是言“水走肠间”。《痰饮篇》中还明确提到水在五脏的病症，如“水在心下，心下坚筑短气”，

于心脏传导功能的恢复和心肌炎症的消除；对合并冠心病有血行障碍、留瘀为患者，可配用丹参、当归、桃仁、红花活血化瘀以消阻滞，再伍以麦冬、党参气阴两补。实践证明，上述方药对冠心病合并 III 度房室传导阻滞，证属心力虚怯者确属大有裨益。值得一提的是，例二与例三均见舌质红，主阴虚心损之候，然而

脉来缓迟乃心之阳气不济，此时仍要伍用附子，不能有所犹豫。

通过上述三案的治疗，使我们认识到临床应用附子需持“二分法”，亦即既要承认附子之长，也要注意附子之短，在心衰（阳虚）需用刚热之方时，又当顾及心脏营养的不足（阴虚），这才是符合辨证论治精神的。