

病例讨论

眩 晕 心 痛 厥 逆 案

郑 新 杜树明 黄星垣 整理

病历摘要

杨××，男，60岁，汉族，干部，住院号：34454。

主诉：头晕、心痛、发热二天，加重半小时。

发病及治疗经过：五年前经常头晕头痛（血压在210/140/120/90毫米汞柱间）伴胸闷隐痛，服中西药治疗后，仍时有反复，二天前于睡卧中，突感胸前憋闷刺痛难忍，放射双肩，持续不解且伴大汗淋漓，周身发冷，心慌心累，短气欲脱，当即送某院抢救，留诊观察，据述“当时血压114/60毫米汞柱，心率52次/分，心律不齐，心电图异常。该院予阿托品、氨茶碱、硝酸甘油等药救治，上述症状略有好转，回家休息”。于返家后半小时，胸痛又加剧，大汗不止，短气欲脱，故急来本所求治，门诊以“心痛、厥逆（冠心病心绞痛）”急诊入院。

现在症：头昏眩晕，恶心欲吐，发热头痛，其痛如裂，心前憋闷疼痛如针刺刀绞，大汗淋漓，心慌心悸，气欲下脱，四肢厥冷，口干口苦，少寐，纳少，尿少。

既往史：嗜烟、酒、茶，有咳嗽多痰史，1974年后有头昏痛、高血压，视力近年明显减退，性格变急躁，且喜食肥甘厚味。

望诊：形体肥胖，表情痛苦，头汗如珠，面色晄白，苔黄略厚，舌质红有瘀点。

闻诊：口出臭味，语声低微。

切诊：两脉细微结代。

查体：体温37.5℃，心率80次/分，呼吸24次/分，血压120/70毫米汞柱。神清，被

动体位，痛苦表情，结合膜稍充血，皮肤湿冷，心界向左扩大，心尖区有吹风样收缩期杂音，心律不齐，肺正常，肝脾未触及。四肢脊柱无异常。神经系统：无病理反射。

实验室检查：白细胞11950/立方毫米，中性89%，大单核2%，淋巴8%，嗜酸性细胞1%。尿常规：深黄色，蛋白(+)，透明管型0~2，红细胞1~2，白细胞(+)，上皮细胞少许。肝功能正常。血脂：甘油三酯103毫克%， β 脂蛋白440毫克%，胆固醇238毫克%。电解质：钾3.3毫克当量/升，钠123毫克当量/升，氯104毫克当量/升，钙4.8毫克当量/升。胸透：心界向左扩大，主动脉增宽，肺野清晰。心电图：II呈“W”形，III、aVF呈QS，电轴-38°，ST_{II、III、aVF}抬高0.075~1毫伏，弓背向上，T_{II、III、aVF、V₁}倒置对称，少数导联有结性早搏，心电图诊断：(1)新近性下壁心肌梗塞；(2)慢性冠状动脉供血不足；(3)结性早搏（可能系并行心律性）。脑电阻图：右额乳导联转折波0.24"，最高波幅0.078，左额乳导联转折波0.24"，最高波幅0.133，双侧相对波幅差>25%。眼底检查：双眼视网膜动脉变细，与静脉比为1:2，部分如铜丝状，有明显动静脉交叉压迫现象，视网膜未见出血点及渗出物。

诊断：急性心肌梗塞并轻度心源性休克，结性早搏。

中医诊断：真心痛，厥逆，心悸，眩晕。

* 本案系第二期全国中医内科急症班临床教学病案讨论

辨证论治讨论

赖义初医师(福建中医学院附属医院)、赵国岑医师(河南省中医研究所):本案原有眩晕、胸痹之疾,此次住院乃属胸痹伴厥逆之证。病情有向心阳欲脱发展之势。患者年已六旬,近年视力明显减退,性格变急躁,乃肝肾已虚。平素嗜好肥甘厚味、烟、酒、茶,形体肥胖,咳嗽多痰,推其发病之因,可能与脾虚聚湿生痰,痰湿痹阻有关。《医门法律》:“胸痹者阳不主事,阴气在上之候也”。因本案有胸阳不振,痰湿阻滞,清阳不升,浊阴不降,故有头晕头痛、恶心欲吐、苔黄略厚之症。由于痰湿阻滞气机,血脉瘀滞,痰瘀胶结,血脉失通,乃致胸痛加剧难忍。气机逆乱,脏腑功能失调加重,演变为心痛并发厥逆危证。治疗按急则治其标的原则,当以益气回阳固脱,通阳泄浊祛瘀为法,急用人参针、参麦针静注以救其急,继用参附汤、生脉散合瓜蒌薤白半夏汤佐以活血祛瘀之品内服为妥。

易正濂医师(湖南中医学院附属医院):本案无外感受邪病史,亦无外感表症,故外因致病不存在。本病之发主要是内因,由于痰湿积久化热,故口干苦臭,痰热引动肝火,故急躁而头痛如裂;痰湿阻滞脉络,络脉瘀阻,心阳不通,气机逆乱致肢冷厥逆。总之,痰瘀阻滞为病之本,心气痹阻,阴阳之气不相顺接而致之厥逆为病之标。治疗应标本兼治,益气固脱急治其标,化痰通络宣痹以治其本。固脱急用上述针药,化痰通络可用丹参饮、失笑散、瓜蒌薤白半夏汤合方煎服。

胡琏医师(第一军医大学中医系):本案的症候可归纳为两大类:一是睡卧中突发胸前剧痛,如针刺刀绞,向两肩放射,心慌心悸,气下欲脱,大汗淋漓,四肢厥冷,脉结代细微欲绝,血压下降等表现一派厥逆危象。二是头痛如劈,恶心欲吐,低热,口干苦臭,不寐,苔黄厚等,又是一派肝旺痰郁化火之征。因此,本案的诊断可考虑心痛、厥逆、心悸、眩晕等病,论治当辨清标本,痰湿内蕴,阻滞气机,气滞血瘀,

心脉瘀阻为病之本;痰热上扰,痰与瘀结,闭阻心阳,阳虚厥逆为病之标。治疗分三步:第一步急则治其标,回阳救逆固脱,先用参附针或复方三生针(生川乌、生南星、生半夏)静脉推注,同时兼用参麦针静注益气救阴,或加用复方丹参针静滴以活血祛瘀止痛;其次清热豁痰,平肝潜阳,可选用瓜蒌薤白半夏汤加竹茹、夏枯草、钩藤、龙牡等;最后用调理阴阳气血之剂以善其后。

余世芳医师(广东佛山市中医院)、黄云医师(湖南衡阳市中医院):根据病史、症状体征分析,患者痰湿素盛,肝阳素旺,肝肾阴虚,水不涵木,以致肝阳挟痰上扰清窍,故头晕头痛缠绵五年有余,宿疾迁延日久,正气更耗,心阳随之而虚,心血运行不畅,则生瘀血,加之痰浊内阻,痰瘀互结,壅塞气机,故现心前憋闷疼痛如针刺刀绞、心悸少寐、恶心欲吐、舌上瘀点等症。痰浊内蕴化热故见发热、口苦口臭、纳少、苔黄厚等。心胸乃清旷之地,痰热久积胸中,阴乘阳位,心阳不得内守,遂现心阳外脱之大汗淋漓,气欲下脱,四肢厥冷,脉结代细微欲绝之危证。救治首当益气回阳固脱,佐益阴活血,用参麦针10毫升加50%葡萄糖水40毫升静推,半小时一次,待厥脱缓解后减量;同时予参附龙牡汤口服,每日二剂;并用养阴针1000毫升,加复方丹参针、清气解毒针以清除痰瘀等有害物质。此即《景岳全书》所称:“善补阳者,必阴中求阳”之意,以达到阴阳平衡之目的。其次健脾祛痰,佐以活血化瘀,六君子汤加丹参、瓜蒌、川芎、降香等,最后用杞菊地黄汤加减,滋阴平肝调治善后。

王华明医师(上海中医学院附属岳阳医院):本案之中医诊断是:(1)发热,(2)头痛,(3)眩晕,(4)胸痹,(5)厥心痛,(6)厥脱。本案之发热,未见外感表症,乃系内伤所生,可由瘀血,或阴阳气血虚衰所致。本案之头痛,瘀血、肝阳暴涨皆可发生,但结合患者血压素高,性情急躁易怒,多为后者所致。眩晕为气阴两虚,清阳不能上升头目之征。胸前憋闷疼痛,诊断胸痹无疑。本案之厥心痛,痛

如针刺刀绞,《灵枢经·厥病篇》所说:“厥心痛,痛如锥刺心”是一致的。而本案之厥脱,乃阴阳两虚,阳气欲脱,阴津将绝所致。但“至虚有盛候”,患者心前区憋闷刺痛如刀绞,舌有瘀点、体型肥胖,咳嗽多痰,故痰瘀的标实之证客观存在。总的病机是由虚致实,由实致危。治则应标本兼治,刻不容缓,活血化瘀、理气化痰、止痛为先,益气回阳固脱、养阴保津救本为急。可急用复方三生针10毫升加25%葡萄糖水40毫升静推,以化痰开郁止痛,参麦针60毫升加50%葡萄糖水20毫升静注,益气生脉;复方丹参针4毫升加25%葡萄糖水20毫升静注以活血化瘀;养阴针500毫升静滴以救阴保津,继用活血化瘀通脉之剂以巩固疗效。

冯文忠医师(湖北黄石市中医院):就本案的两个主症谈点看法:其一头痛引起之因较多,就本例而言,瘀血、痰浊、肝阳上亢皆可诱发,究属何者?瘀血头痛如针刺,痰浊头痛状如裹。但本案之头痛,其痛如裂,结合其血压素高,性情急躁易怒,多为肝阳上亢所致。其二本案之厥脱,究为阴脱或阳脱或阴阳俱脱呢?三种脱症的共同点都有四肢厥冷、大汗淋漓、脉微细欲绝等,但阳脱者必具体温不升、面色苍白、神情淡漠、舌质淡嫩等症,阴阳俱脱者必有神识昏迷、目呆口张、气微息促、周身冰冷、二便失禁等症。但本案除有共同症状外,尚见低热、躁扰不宁、口干苦臭、苔黄舌红等,显系气阴两虚,阴虚为主之脱症。故本案的治疗顺序,应先治其危,兼治其实,调理其虚以治之。

徐有玲、龚宗瑾医师(重庆市中医研究所):
(一)本例之心痛属虚或实?患者胸前憋闷刺痛如刀绞,痛有定处,从中医观点看,似属痰瘀阻滞胸络的实证,但心痛伴大汗淋漓,四肢厥冷,气欲下脱,心慌,脉结代微细欲绝,似还有心阳欲脱、心阴趋竭的虚脱证,或由实转虚,因而出现厥脱的虚实夹杂证。(二)本例之厥逆应以回阳,抑或救阴为主?仲景《伤寒论·厥阴篇》谓:“凡厥者,阴阳之气不相顺接

便为厥,厥者手足逆冷是也”。《景岳全书》云:“故其为病而忽为汗出者,营卫之气脱也”。“气虚卒倒者,必其形气索然,色清白,身冷,脉微弱,必气脱也”。故本病之成因,为阴阳之气不相顺接和营卫之气脱所致。但根据“阴阳互根”的理论,及临床实践观察脱证的规律,总是“气随血脱”,或亡阴与亡阳相继出现。因此,治疗厥脱的原则,应是不可独回其阳,或独救其阴,宜阴阳共救,阴阳平调,方可达到“阴平阳秘,精神乃治”的目的。

治疗经过

杜树明医师(重庆市中医研究所):根据患者入院时的症脉,考虑本案之诊断当为真心痛并厥逆。病因是思虑过度,情志失调,劳伤心脾,过食肥甘,好饮酒浆,致痰湿内生,肝郁血瘀,闭阻胸阳。病理为心阳不振,痰瘀内阻,脾虚不运,心脉痹阻。其本为肝肾阴亏,阳亢津伤,脉络失养,致气血瘀阻,阴阳之气不相顺接,出现气阴两虚之厥逆。急用参麦针10毫升加50%葡萄糖水40毫升,连续多次静脉推注,厥逆之证于24小时内得到纠正。同时并用失笑散、活络效灵丹加减,以行气祛痰、活络止痛,药用:丹参、五灵脂、降香、半夏、枳壳各12克,乳没、蒲黄、薤白各9克,红泽兰、全括萎各15克,芦根30克,每日一剂。用药三天,口干苦臭消失,七天之后心痛、短气、心累、心悸显著改善,但头痛项强、眩晕等症未减,脉仍结代,辨证为肝风挟痰上扰清阳、心脉瘀阻,以健脾豁痰祛风、活血化瘀为法,更方半夏白术天麻散合丹参饮化裁,药用:淡婆婆、葛根各30克,白术、薤白各12克,半夏、僵蚕各10克,丹参、桃仁各15克,全括萎24克,甘草3克。药进五剂,眩晕、项强减轻,但口苦重现,血压增高,苔黄舌红、脉弦为肝热上乘之象,上方加牛膝12克,夏枯草30克以清泄肝热。药进26剂后,前述症状大有好转,结代脉消失,停用参麦针,加杞菊地黄丸9克,每日二次,以滋养肝肾,肝风之证基本消失。唯心痛时隐时现,兼见气短少寐,

此乃心气不足、瘀血未尽之证，改用益气活血之参七散内服。药用：红参、檀香、降香、琥珀、川芎各30克，三七15克，丹参120克，研末，每服3克，日三次，服药18天，诸症悉除，于1980年1月16日出院。出院后于1981年3月9日及1982年2月13日两次随访，无自觉症状，心率68次/分，心律齐，心电图提示：陈旧性心肌梗塞。脑电图提示：两侧波幅对称。

证治体会

郑新医师（重庆市中医研究所）：我谈三点：（一）本案的中医诊断：我同意心痛并发厥脱之辨证。似尚应添加心悸一证的诊断。病史中虽未将心悸作为主诉提，但其病程发展中，心悸的主要症状已出现，如心悸气短，心慌不寐，脉结代等，心悸是由心痛加剧伴厥逆而发。（二）辨发热头痛、恶心欲吐、心痛、厥逆的属性。本案无恶风、恶寒、脉浮等外感之候，显系内伤所生，痰瘀化热所致之发热头痛。恶心欲吐，系肝逆犯胃，抑或脾胃虚弱所致？患者虽有高血压病史，性情急躁易怒，但无胁肋胀痛、吐酸噎腐、脉象弦劲，似非肝逆犯胃而生。结合本案之胖体、嗜好、痰饮宿疾，经常眩晕、纳少，治疗用半夏白术天麻散有效，可能是脾胃虚弱、清浊升降失常、浊气上逆所致。心痛为痰湿痹阻心阳，抑或瘀血阻滞脉络而发？结合病史，患者脾虚痰湿素盛似可成立。此次发作现心前憋闷胀痛，心慌心悸，短气神倦，眩晕，纳少苔厚，脉结代微细欲绝等，痰湿痹阻心阳比较明显，但心前刺痛如刀绞，舌红有瘀点，脉结代，则瘀血闭阻心脉亦是无可非议的。因此本案之心痛如此剧烈，可能是在前者的基础上，又加血瘀心脉，两者并合所致。辨厥逆之起，厥逆之证原因颇多，但结合本案须辨明肝气上逆、痰阻、瘀血致厥三者。患者虽有五年高血压病史，性躁易怒，但无卒然昏仆、昏不知人，故非肝风内动致厥；本案亦无喉中痰鸣、呼吸气粗、痰涎壅盛、脉滑之象，故非痰阻致厥；《灵枢·厥病》云：“真心痛，手足青

至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死。”“厥心痛，色苍苍如死状，终日不得太息。”可见上述厥心痛之疼痛剧烈，与本案之心前憋闷刺痛如刀绞极其类似，故本案之厥逆，结合脉症特点，应以瘀血阻滞脉络发为厥逆是其主要病机。（三）本案的治疗：首抓厥逆危证的抢救，从气阴耗伤致厥论治，选用参麦针加50%葡萄糖水多次静脉推注，24小时内厥脱纠正，血压从120/70上升至142/90毫米汞柱，同时并用失笑散合活络效灵丹加瓜蒌、薤白等，着重活血祛瘀，疼痛缓解，继用半夏白术天麻散加淡婆婆、川牛膝、夏枯草、佐菊杞地黄丸，以健脾祛痰、平肝养肝，使病情续有好转，但因患者心前区疼痛时隐时现，倦怠寐差，结合本案气虚血瘀之证并未尽除，故更方参七散益气活血安神，终于使病人基本痊愈出院。

黄星垣医师（重庆市中医研究所）：本案的治疗是成功的。第一，首先辨明了眩晕、心痛、厥逆之证孰急孰缓，孰主孰从。眩晕、心痛、厥逆都是急症。但前二者与厥逆相比，则厥逆为急为危，厥逆是由心痛加剧所致，而非眩晕加重而发。故心痛为主为急，眩晕为缓为从。本案之厥逆，乃痰瘀胶结，耗伤气阴所致，并非阳气暴脱之候。故急救时，针对病机所在，急用参麦针多次快速静注，故取效较速，厥脱很快纠正。其次，细察了虚实轻重多少，本案有虚有实，其虚是肝肾阴虚，脾虚失运，心气不足。其实是在虚的基础上，并发的血瘀和痰阻，即由虚转实，从而演变为血瘀阻滞之心痛，最后并发厥脱变证。故本案确属本虚标实，实多虚少，由实致急致危之急候。第三，根据以上辨证分析，在治疗上按其虚实的轻重多少和急缓，采用分阶段论治的急救处理，首先益气养阴固脱救其厥逆之急，其次活血化痰缓其心痛，再投以活血化瘀豁痰之剂治其本，最后调理肝肾善其后。从而使本案的理法层次较为分明，选方用药多具有急救的效力，体现出主次缓急的灵活运用。故取得了急救及时，方药有度，措施得当，疗效显著的良好结果。经2年随访，情况尚好。