

临证心得

傅宗翰诊治心动过缓之经验

上海市中医文献馆 潘文奎

心动过缓是指每分钟心率低于60次而言,常系心脏疾患之体征。傅宗翰老中医以中医辨证论治为主导,结合现代医学的有关检查,在诊治心动过缓之症中,抓住辨证三要点,有其独特经验,现初步介绍如下:

一、辨平脉病脉

傅老认为随着机体素质之不同,不能拘泥于心率以60次以下为病态,如有些运动员适应长期大运动量,在平静状态下心率可低于60次,显然并非病征,故对心动过缓者首先应辨识其是病脉抑系平脉,从中医而论,即缓脉与迟脉之区分。

迟脉一般一息三至或一息三至以下,缓脉则是“去来亦迟,小快于迟”。因此不能单凭脉率来区别,而应重视其脉形。《诊家枢要》曰:“缓,不紧也,往来舒缓”。傅老认为心动过缓之“缓”与缓脉之“缓”含意不同,前者是指缓慢之速率言,后者系缓和之脉性论,故临床若脉率低于60次,但按脉依依,往来舒坦、和缓均匀,本人也无任何自觉症状,则一般均属平脉。至于迟脉仅言其至数,其脉形或大或小,或滑或涩,必有所兼,故《素问·三部九候论》曰:“其脉迟者病”,是为定论。再结合具体之脉形及证候,辨邪实正虚之病因。

二、辨痰浊瘀血

心动过缓所见之迟脉,是为病脉,大多主寒主虚,但傅老指出,迟脉中系邪实壅遏之病机者并非罕有,故不能一见心动过缓,动辄温补,将犯实实之误。景岳云:“脉迟而滑者,实也。”此系心气被邪实壅遏于内,未能运血布敷于脉,若《素问·平人氣象论》曰:“脉涩曰痹”,其脉虽迟,但实而有力,此乃邪壅之病脉,究

其病因,不外痰浊、瘀血二类。

痰浊扰心而见脉迟者,乃心阳被痰浊所蒙,未能振奋显露于脉,病人常有心悸之感,其心动悸而有沉重艰涩之感,胸中窒窒,精神不振,外可见痰湿之象、油腻之苔。治当涤痰通阳,傅老常以二陈汤合菖蒲郁金汤,药用陈皮、半夏、远志、菖蒲、郁金等,一般少用振奋心阳之剂,盖痰浊一化,心阳豁达,心动过缓自除。傅老指出痰浊扰心,在一定的条件下,可有二方面的转化:一是化热而形成痰火扰心之悸,此时虽暂消心动过缓之症,但非佳象,其心悸之自觉症状加重,心动不安,甚则脉见结代,乍作乍止,常提示有心衰发生之趋势,化火之前可伴见胸部闷痛、寐艰梦多、口中干苦等化火之兆,或见大便秘结、小溲黄浑,此多见于高血压心脏病、高脂血症的病人,治当清痰火、安心神,以温胆汤化裁,药用胆星、竹沥、川贝、瓜蒌、天竺黄、远志、海蛤壳、灯心、茯神、枣仁等;二是痰浊蒙遏,旷久不解,心阳无力以抗争,则向正虚之病证转化,此时脉力由有力向无力转变,艰涩向沉弱转化,当从虚论治。

瘀血所致之心动过缓,乃系冠状动脉粥样硬化,心脉痹阻,心体失荣而致心气失展。脉迟之际,常伴心胸阵痛、气室闷阻、呻吟或喜太息、舌色紫黯,其迟脉常兼涩脉,似刀刮竹,脉不流利,或有结代。治当活血化瘀通络,方选失笑散、桃红四物加味,药用蒲黄、五灵脂、桃仁、红花、川芎、茜草、丹参、当归等。傅老指出瘀血之证虽为实证,但有先因心虚而至血瘀者,故化瘀之品宜适当配佐补心通阳之剂,以标本兼顾。

例一：吴××，男，51岁。年过半百，形体渐丰，常感胸闷，血压偏高，已有六载。近年劳神失眠，自觉心慌、窒闷，伴头昏眩晕。脉沉迟微弦。心率56次/分，血压176/108毫米汞柱。心电图示冠状动脉供血不足。舌色紫，苔薄黄腻。治拟化痰湿，安心神，通心气。取温胆汤化裁。药用：胆星10克，竹茹5克，全瓜蒌10克，炙远志5克，朱茯神8克，枳壳5克，陈皮5克，法半夏5克，丹参10克，菖蒲3克，枣仁5克。服药五剂，头昏胸闷有减，心悸转轻，然腻苔未化，迟脉未缓，续服原方十剂，心神渐安，睡眠较佳。原方去远志，加川芎6克，以茯苓10克易茯神，调治一月，复作心电图示冠状动脉供血不足之征已有改善，心率64次/分。

三、辨血亏阳衰

邪塞固为心动过缓病因之一，然临床上心动过缓者，正虚常是其后续之主因，此以脉迟无力为主要征象。张景岳曰：“凡虚细微迟之属，皆其类也，如血气俱虚之候。”大体上，脉迟而细小者为血亏；脉迟而微弱者为气虚阳衰。

心脏之功能在于运血以荣四末、养五脏，但心脏本身也赖心血之荣养，以保其心气之搏动；如心血亏虚，容量不敷，则心体失养，心气失用，脉迟无力，其心悸之感犹如空跳，随之头晕目眩、面眈不泽，甚至昏蒙欲仆。治疗当以补养心血为先，方拟归脾汤，药用当归、熟地、阿胶、针砂、龙眼肉等。傅老指出，养血之剂须防其滞涩之弊，可佐以悦脾和胃之品，助生化，如归脾汤之用木香，即寓有补而不滞、通阳导滞之意。

心阳衰微是心动过缓进一步演变转剧之病理反应。此时脉沉迟无力，自觉心脱如坠，气短喘息，形寒肢冷，面眈自汗，结合现代医学检查，常见有心力衰竭之征兆，此时治疗需温阳益气，以真武、生脉两方合参，用药如红参、附子、黄芪之类，阳衰欲脱之际，须大剂参附或独参汤、参附龙牡汤等以回阳救逆，并应及时采用中西医结合抢救扶危之措施。傅老指出，在阳虚之心动过缓中，有一种心率特别缓慢，

患者时时欲仆，甚至一时晕厥，伴有面色晦暗、气短不续，其病机固为阴盛阳微，君火不明，但根源在肾，系命门不能蒸运，心阳鼓动无能，临床常伴有腰痠膝软、阳萎尿频诸症，故独温心阳，则鞭长莫及，当以温养肾阳为主，兼护其阴，药用菟丝、巴戟、苁蓉、鹿茸之类，酌配熟地、首乌、当归、红花以调阴血，有“益火之原”之功。

例二：陈××，女，35岁。罹“风湿性心脏病”已有七载，时有怔忡。动甚气短喘息，劳则下肢浮肿，夜卧常喜高枕。周前过度劳累，二日来心慌不宁，时有停搏之象，心电图检查，有心房纤颤、室性早搏。已注射西地兰。今心跳转慢，心悬似脱，伴头昏面眈、唇紫肢软，延请中医。诊脉沉微而迟，三五不调，此乃心阳衰微，急当回归。药用：别直参9克（另燉），附子10克，黄芪15克，当归10克，桃仁5克，红花5克，川芎8克，麦冬15克，五味子5克，煅龙牡各15克。急煎即服。药后心搏稍强，次日面眈唇紫诸象有减。三天后心率64次/分左右，心电图示仍见房颤。以红参15克易别直参，原方续服，一周后诸症均缓，但仍脉见结代，尚须缓缓图治。

总之，心动过缓一症，体征虽一，病机多端，既有阻滞之痰浊，又有内蕴之瘀血，既有气虚阳衰，又有阴亏血少。傅老认为临床辨证应从三方面综合考虑：一是心悸之感，病人的自觉症状，尤其是对心跳的形容描述，诸如有力无力、上悬下脱、空乏沉涩，均有助于对辨证的启示；二是脉象之形常是心悸辨证之主要线索，若能结合心脏之听诊及心电图检查，更能明确诊断，了解其病理特征；三是心动过缓常有其他见症，痰浊、瘀血、阳衰、血亏皆有相应症状可见，有助于临床证候之识别。至于治疗，当在整体观念的指导下，结合心动过缓之证型予以辨证治疗。有些医者以图提高心率为快，投以麻黄、细辛之类，傅老认为，此虽能增加心率，取效于一时，实寓有“拔苗助长”之弊，尤其是正虚之心动过缓者，更当慎用不可忽视。