

临证心得

陈镜合从风论治顽固性室性期前收缩经验

赵永华* 赵锋利*

主题词 心脏复合波,早搏/中医药疗法 @ 从风论治 @ 陈镜合

广州中医药大学陈镜合教授,从事心血管急症的中西医结合防治工作近40年,认为顽固性室性期前收缩可从风论治。笔者对陈教授从风论治顽固性室性期前收缩经验进行总结,以飨同道。

1 以风立论,究幽洞微

顽固性室性期前收缩是指在常规中西医疗方法不能取得令人满意疗效的难治性室性早搏,属中医学“心悸怔忡”范畴。陈教授根据多年临证经验,认为顽固性室性期前收缩主要病因病机是心气不足,风邪所乘,血脉挛急。《诸病源候论·风病诸候》曰:“风惊悸者,由体虚心气不足,心之府为风邪所乘,或恐惧忧迫令心气虚,亦受于风邪,风邪转于心,则惊不自安,惊不已,则悸动不定。”风邪的致病特点是以摇动性和变化不定为特征。《素问·阴阳应象大论》云:“风胜则动”,《素问·六元正纪大论》云:“风胜则摇”。风邪侵袭于肺,肺失治节,难以有条不紊地贯心脉行气血,破坏了正常规整心律;风邪动摇特性使脉搏的搏动时作时止;并且风性轻扬,来去无踪,急骤多变,常使病情具有起病急剧,阵发性发作的特点。因风气通于肝,肝禀风木,生于水而生火,一身同兼水火两性,上寄相火而接于手少阴心经和厥阴心包经,下含肾水而系于肾脏乙癸同源。若风和木达,水火调匀。若贼风肆虐,风动木摇,筋脉拘挛,相火妄动,风助火势,循经上炎,心脉被扰,可见脉搏促动不止;肾水偏寒,心阳失煦,风邪乘袭,可见脉搏结代之象;风木克犯脾土,脾失健运,湿浊内生,中焦气机升降失常,湿阻心脉,加之风邪具有抽搐挛急的致病特性,脉搏时有间歇;且湿性粘滞,故病程缠绵难愈,时有复发。由此可见病位虽在心,但与其它四脏亦有联系,尤其与肝关系密切。

2 续命加减,提纲挈领

陈教授认为,顽固性室性期前收缩的中医辨证应

以阴阳为纲,强调脉诊的重要性。促脉为阳,结脉为阴,代脉属虚。但临证仍需四诊合参,不可偏执一端。他常以《备急千金要方》中小续命汤加减治疗,屡奏良效。《备急千金要方·卷第八·论杂风状第一》云:“心中风者,其人但得偃卧,不得倾侧,闷乱冒绝汗出者,心风之证也。若唇正赤尚可治,急灸心俞百壮,服续命汤。”因风气通于肝,故治风先治肝,肝平风自熄。肝为肾之子,以附子、肉桂温肾阳暖肾水以补母令子实;白芍敛肝阴平肝阳,使肝之阴阳平衡,共达水火和调之功。黄芩清肝热以下行,川芎疏肝气祛风邪以上散,《本草汇言》曰:“川芎味辛性阳,气善走窜而无阴凝粘滞之态,虽入血分,又能去一切风,调一切气。”一清一疏,肝气条达,和风以生。麻黄、杏仁、防风宣肺气祛风邪,以利治节。人参补气,以固本强心。防己化湿利水,生姜、甘草养胃和中,使风水两祛,土旺而不受邪。全方寒热并用,互为节制,补散兼施,虽为大方复治,但切中病机,具有“制方之反激逆从”的特色。对结脉属阴证者加重附子、肉桂、人参、炙麻黄、川芎、生姜的用量;对促脉属阳证者减附子、麻黄、肉桂,倍芍药,并加重防风、黄芩的用量;对代脉属虚证者加重人参用量,酌加黄芪或五爪龙;湿邪较显,尚可选加砂仁、白豆蔻、薏苡仁。他认为,治疗关键在于对病证阴阳虚实的把握程度,强调一方一证,随证加减。

3 病例介绍

徐某,女,54岁,教师,2001年12月13日初诊。主诉心悸、胸闷反复发作已6个月,加重1周。半年前因劳累后出现心悸、胸闷、气短乏力,即去某医院就诊,做心电图示:频发室性早搏,心肌受累;诊断为冠心病,心律失常。当时给予口服心律平100mg,日3次,心悸症状稍好转,后因基础心率降至60次/分而被迫停用。延转中医诊治,曾服柏子养心丸、桂枝甘草龙骨牡蛎汤、炙甘草汤等方加减,症状时有反复。近1周无明显诱因自觉症状加重,自服麝香保心丸和黄杨宁片,症状未见改善,即来求诊。刻下症见心悸时作时止,发作时自觉心跳如击鼓震动不绝,伴有胸闷不适,头晕心烦,气短汗出,肢冷畏寒,食欲不振,恶心欲呕,双下肢轻度浮

(下转第24页)

* 广州中医药大学第一医院急诊科,广东省广州市机场路12号(510405)

收稿日期:2002-06-10

治疗多例顽固性失眠、慢性头痛、眩晕等病均取得良好的效果。

杨老也经常运用深刺法。杨老常用曲池深刺透曲泽和小海,以清理上焦心肺之热,治疗外感热证和中风初期风阳上扰,或痰热内闭。在治疗三叉神经痛时,杨老擅用4寸长针,从太阳透到颊车,治疗两支以上的三叉神经痛。此外,皮下透刺也是杨老常用的方法,例如用大陵透内关,太渊透经渠,神门透通里治疗顽固性呃逆;公孙透太白治疗脾胃虚弱,脘胀暖气等等。

在针刺手法上,杨老一贯认为,针刺是一种创伤疗法,操作时一定要小心谨慎,不可草率从事。进针时讲究“速而轻”,就是进针速度要快,手法要轻,尽量减少疼痛。但是也不可一概而论,疼痛本身是一种针感,也可以说是在皮部的一种得气,在有些情况下是治疗所需要的。杨老的四种进针法——连续押、角度押、捻押、空押中,前三种有轻微的疼痛,是皮部得气的需要;只有空押没有疼痛,用于仅需要深部得气的情况。像上面说的多针浅刺法,就需要在皮部得气,因此,进针时手法要稍重,此时杨老一般用捻押法,以达到一定的刺激强度。杨老推崇《灵枢·五乱》“徐入徐出,谓之导气,补泻无形,谓之同精”之说。运针时讲究“短小结合,快慢兼施”,就是提插幅度要短,捻转角度要小,提插捻转速度要快,同时向深部缓慢进针。快速捻转提插具有催气的作用,缓慢向深层进针能得到候气的效果。这样既可减少对局部组织的损伤,又可尽快激发经气。杨老还主张分层候气法,认为皮、脉、肉、筋、骨各层组织针感不同,不同的疾病需要在不同的层面得气。从病因来说,风热侵袭应浅刺以出阳邪,寒湿伤人应深刺以出阴邪。从局部病证来说,要遵循《素问·齐刺》的原则“刺骨者无伤筋,刺筋者无伤肉,刺肉者无伤脉,刺脉者无伤皮;刺皮者无伤肉,刺肉者无伤筋,刺筋者无伤骨”。从脏腑辨证来说,心肺病证浅刺,在表皮或皮下得气;脾胃病症在肌肉浅层得气;肝肾病症在肌肉深层得气。

(上接第14页)

肿,小便短少,大便烂,舌淡苔薄腻,脉结代。查:血压125/80mmHg,双肺听诊呼吸音清,心率64次/分,律不整,可闻及早搏,A₂>P₂。心电图示:频发室性早搏三联律,心肌受累。证属心肾阳气亏虚,风邪扰动心宫,湿阻心脉而致心悸不安。治以温阳益气,祛风除湿,疏调升降之法,方用小续命汤加减。处方:人参15g,防风15g,防己15g,杏仁10g,川芎15g,附子15g,肉桂6g,炙麻黄6g,白芍10g,砂仁(后下)10g,生姜3片,甘草5g,5剂。

3 病例介绍

例1:王某某,男,46岁,1987年2月27日初诊。胃脘胀满1年。初起伴疼痛、吞酸和胃部烧灼感,经服中药症状有所减轻。现胃脘胀满,恶心欲吐,食少纳呆,两胁胀满不适,口干口粘,大便两日一行,舌苔黄厚而腻,脉弦滑。证属中焦湿阻,木土失和。治以清化中焦,疏调土木。处方:公孙、内关、期门、膻中、中脘、天枢、足三里,毫针泻法,留针20分钟,隔日1次。方中内关、公孙,宽胸理气,和胃降逆;中脘、天枢、足三里,和胃通肠,降逆止呕;膻中、期门,疏肝理气。治疗2次后,胀满明显减轻,仍有肋下不适,时感恶心。再治3次,症状全部消失。

例2:张某某,男,38岁,1987年5月21日上午初诊。腹痛半天。从昨天夜间胃脘部疼痛,几个小时后疼痛转移到右下腹部,不伴有恶心及呕吐。站立和行走时右腿不能伸直,伸直则疼痛加重,腹部有肌紧张,麦氏点压痛及反跳痛明显。血常规检查:白细胞 $27.0 \times 10^9/L$,中性0.81。舌红苔黄,脉弦滑。外科诊断为急性阑尾炎,建议手术治疗。患者不同意手术,遂来杨老处求治。证属热结胃肠,气血壅滞治以清泻实热,疏通气血。处方:合谷、曲池、天枢、上巨虚、内庭、阑尾穴,毫针强刺激用泻法,留针30分钟。方中合谷、曲池、内庭,清泻胃肠实热,天枢、上巨虚,募穴和下合穴相配,疏通肠道壅滞,阑尾穴是阑尾炎专用穴。起针后,患者感觉疼痛有所缓解,右腿能够伸直。因病症急重,辅以汤药。杨老拟方:大黄10g(后下),牡丹皮10g,赤芍15g,桃仁10g,芒硝6g(冲),红藤30g,败酱草20g,薏苡仁30g,金银花20g,蒲公英20g,枳壳10g,连翘15g,3剂,每日1剂,早晚各服1煎。5月22日患者复诊,腹痛明显减轻,右下腹轻微压痛,舌红、苔黄,脉弦滑。针刺同上,汤药继续服。5月25日再来复诊,腹痛完全消失,腹软,无压痛及反跳痛,复查血常规:白细胞 $8.9 \times 10^9/L$,中性0.61。再用前法针刺1次以巩固疗效。

二诊(12月18日):心悸、胸闷症状有所好转,肢体转温,头晕气短症状减轻,已无汗出,食纳转佳,下肢浮肿消退,大便成形,但觉稍有口干,心中烦热。考虑温热之品有助火之势,于原方中去麻黄,改附子为10g,肉桂3g,芍药20g,加黄芩6g,7剂。

三诊(12月25日):自诉心悸、胸闷、头晕气短已基本消失,无口干心烦,惟觉乏力,夜寐欠安,于原方中加炒酸枣仁20g,五爪龙20g。上方续服7剂,其症若失,做24小时动态心电图示:偶发室性早搏(1342次/24h),随访半年未复发。