

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.04.005

翁维良治疗缓慢性心律失常经验

李秋艳*, 马学竹 指导: 翁维良

(中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场 1 号, 100091)

摘要 缓慢性心律失常多由各种心脏基础疾病发展而来, 主要影响患者生活质量及引起严重并发症。翁维良认为, 缓慢性心律失常病机可从虚、痰、瘀立论, 阳(气)虚、痰阻、血瘀为其基本病理因素, 故以温阳益气、活血通脉为基本治法。同时根据患者阴阳、气血、寒热、虚实的偏盛偏衰及血瘀、水饮、痰浊的轻重程度, 结合季节气候变化、生活居住地的不同以及年龄、体质等特点, 辨证用药, 使率增脉复, 且在治疗过程中尤其重视中药使用的合理性与安全性。

关键词 缓慢性心律失常; 名医经验; 翁维良

翁维良(1937—), 男, 首都国医名师, 中国中医科学院首席研究员, 博士研究生导师, 第二、第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 享受国务院政府特殊津贴。从事中医、中西医结合临床工作 50 余年, 擅长应用活血化瘀法治疗多种心血管系统疑难病症。

缓慢性心律失常是心血管的常见病证之一, 是指以有效心搏低于每分钟 60 次为特征的各种心律失常^[1], 临床主要表现为胸闷、胸痛、心悸、气短、乏力、肢冷、头晕, 严重者出现夜间憋醒、黑朦等症, 甚至发生晕厥等一系列心动过缓、心脑血管缺血症候群, 包括窦性心动过缓、窦房传导阻滞、房内传导阻滞、室内传导阻滞、室上性和室性逸搏、病态窦房结综合征等。本病多由各种心脏基础疾病如心肌炎、扩张性心肌病及风湿性心脏病、先天性心脏病、冠状动脉支架术后改变等引起, 西医治疗采用 α 、 β 受体兴奋剂、M 受体拮抗剂等, 均有明显的副作用和临床禁忌症。中国中医科学院西苑医院翁维良教授尤其擅长治疗心血管病, 现将翁老师治疗缓慢性心律失常的经验总结如下。

1 虚、痰、瘀为基本病机

缓慢性心律失常归属中医学“迟脉症”“心悸”“胸痹”“真心痛”等范畴。《伤寒论》曰:“尺中迟者, 可发汗。何以知然? 以荣气不足, 血少故也。”《金匱要略》又曰“胸痹之为病, 喘

息、咳唾、胸背痛、短气、寸口脉沉而迟, ……瓜蒌薤白白酒汤主之。”可见缓慢性心律失常的发生与血虚、血瘀、痰浊密切相关。《诊家枢要》曰:“迟为阴胜阳亏之候, 为寒为不足。”《濒湖脉学》云“迟来一息至惟三, 阳不胜阴气血寒”, 可见阳虚阴盛是缓慢性心律失常发病的重要病机。《脉学指南》曰“脉迟者, 血滞也”, 指出了阳气亏虚、血行瘀滞是缓慢性心律失常发生的基础。

翁老师认为, 缓慢性心律失常病因病机可追溯到《黄帝内经》, 即“迟者为阴”; 《金匱要略》对其认识进一步深入, 即“阳微阴弦”; 《医林改错》“气虚血瘀”理论的提出, 使医家对缓慢性心律失常的认识趋于完善, 同时为当代活血化瘀治疗该病奠定了理论基础。本病以脉率及脉律变化为多见, 导致其产生的直接原因是心阳(气)虚, 以及由此引起的血瘀、饮停、阴阳俱虚等病机变化, 最终导致脉络闭阻、心失所养而发生脉迟或沉、细、结代。“气为血之帅”, 疾病初期, 心阳(气)受损, 阳虚温煦经络作用减弱、鼓动血脉乏力, 气虚无力运血, 血行迟缓, 脉沉无力。随着疾病进展, 心阳(气)愈亏, 血脉闭阻, 见胸痛“瘀血不去, 新血不生”, 心血亏虚致心脉失养, 故胸闷, 脉沉迟而涩。肾阳为诸阳之本, 肾阳虚衰, 腰膝失养, 见腰膝酸软; 阳虚蒸腾气化水液作用失常, 饮停湿聚, 水饮上凌于心, 故心悸、怔忡。“母病及子、子病及母”, 心病日久, 损及脾阳, 脾阳虚则心阳(气)愈虚, 脾阳虚衰, 运化水湿

基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医传承工作室建设项目

* 通讯作者: liqiuyan1968@sohu.com

乏力,水饮内停,聚而成痰,痰浊闭阻心脉,故见心动悸,咯吐白色泡沫样痰,量多如水,脉来迟缓;脾为后天之本,脾阳亏虚,水液输布失常,水饮泛溢肌肤,湿性趋下,故见肢体浮肿,下肢尤甚;脾虚,血失统摄,血溢脉外,加重血瘀;阳虚不达四末,故见形寒肢冷。疾病发展至末期,阳气虚脱,阴阳俱虚,若不及时救阴扶阳,则阴阳离绝,病必不治。因此,本病以虚为本,病机从虚、痰、瘀立论,阳(气)虚、痰阻、血瘀为其基本病理因素;基本病机是以气血阴阳亏虚为本,血瘀、痰浊为标的本虚标实、虚实夹杂之证;其病变部位在心,病本在肾,与脾、肝、肺等腑密切相关。

2 病证结合,辨证论治

慢性心律失常作为多种心脏基础疾病的继发病症,临床症状较为多样,病机复杂,病情逐渐进展。临证时应根据患者体质、居住环境、发病节气等特点,结合患者原发病症、伴随病症、疾病进展等因素综合考虑,坚持在四诊合参的基础上,辨明气血、阴阳、寒热、虚实、血瘀、水饮、痰浊的偏盛偏衰。同时结合现代医学对本病的认识、检测手段等,坚持辨病与辨证的统一,把握疾病发展规律及方向,预防传变。《素问·痿论》曰“心主身之血脉。”可见维持脉搏正常节律依赖于心气充沛、血液充盈、脉道通利。心气充沛,才能够使心脏有节律地搏动,脉有规律地舒缩,推动和调节血液在脉道中运行,使脉道通利,血流通畅,周流全身。心阳不足,清窍失养,血不养脑,则见头晕、黑矇,甚至发生昏厥等症。血属阴,既赖心气的推动而不滞涩,又赖心阳的温煦而不凝滞,心阳虚衰,阴寒内生,加之心气亏虚,鼓动乏力,血行凝滞,形成瘀血。中医学多归属于迟脉症、胸痹、心悸等病证,这与现代医学认为的慢性心律失常是由各种原因引起的心肌收缩力减弱、心室传导减慢不谋而合^[4],故临证时翁老师强调辨病与辨证相结合。如心肌炎导致的慢性心律失常,初期即有血瘀症状;扩张性心肌病导致的慢性心律失常,多伴有严重的心气虚及水饮凌心的表现;风湿性心脏病所致者,易反复发作,且多伴随呼吸困难等症;先天性心脏病所致的慢性心律失常,心气虚程度较重;冠状动脉支架术后改变导致的慢性心律失常,血瘀症状较重,多伴有心气亏虚的症状。疾病初起,病程短,以心阳(气)虚为主,血瘀、饮停、痰浊程度较轻;疾病进展,心阳(气)亏

虚日久,损及肾阳,脉络不利,瘀血渐生,水饮内停;病程日久,病情重,诸脏阳气俱虚,鼓动血脉无力,血脉瘀阻,脾阳亏虚,脾不统血,运化水液功能失常,血瘀饮停,水饮上凌于心,重则出现昏蒙、厥脱危证。

慢性心律失常患者气血阴阳失调致脏腑功能亏损,临床表现兼挟多种证候。如肾阳虚,阳损及阴,阴阳俱虚者,表现为腰膝酸软、五心烦热、盗汗;气虚甚者,多表现为疲乏;阳虚甚者,多表现为面色苍白、畏寒、厥逆;久病入络,久病多虚,表现为四肢麻木、不能步履;血瘀重者,多见肌肤甲错,眩晕昏厥;病程日久,水饮内停,郁而化热,或外感湿热之邪,瘀热互结,表现为胸闷咳嗽、咯吐胶黏黄痰、舌质红苔黄厚腻。

3 平衡阴阳,三因制宜,增率复脉

翁老师强调,慢性心率失常的治疗当以平衡阴阳为本,三因制宜,增率复脉。临证以温阳益气、活血通脉为基本治法,同时根据患者阴阳、气血、寒热、虚实的偏盛偏衰及血瘀、水饮、痰浊的轻重程度,结合季节气候变换、生活居住地及年龄、体质等特点,辨证用药,使率增脉复,且在治疗过程中尤其重视中药使用的合理性与安全性。

3.1 心阳(气)亏虚,血行迟缓

一般为疾病初期,临床表现为心悸,气短乏力,胸闷,活动后加重,舌质淡红、苔薄白,脉沉细。治以温(心)阳益气,活血通脉。方以炙甘草汤加减(炙甘草、北沙参、桂枝、姜黄、黄芪、麦冬、生地黄、玉竹、五味子、枸杞子、大枣、阿胶)。炙甘草甘温补益心气,桂枝“补心气之不足”,二者合用温通心阳“善补阳者,必于阴中求阳,则阳得阴助而生化无穷”,方中辅以北沙参、麦冬等滋阴益气之品助阳气化生;益气药常用黄芪、大枣,同时常选用阿胶、姜黄、枸杞子养血活血。

3.2 心肾阳虚,血瘀饮停

一般为疾病进展阶段,临床表现为心悸气短,胸闷胸痛,形寒肢冷,神疲乏力,腰膝酸软,舌质淡紫、苔薄白水滑,肢体浮肿,小便不利,脉沉弱而迟或涩。治以温补心肾阳气,活血通脉利水。方以冠心2号方(丹参、川芎、赤芍、桃仁、红花)合炙甘草汤加减。阴阳互根,阳气不足不能一味温补,必用养阴药以使精化为气,临证多选用红花、赤芍、丹参、川芎、郁金、柴胡、银柴胡、延胡

索、炙甘草、北沙参、麦冬、五味子、百合、玉竹。饮停重者，合用苓桂术甘汤温中化饮定悸；胸闷加郁金、延胡索、川芎；头晕加天麻、钩藤、葛根；倦怠懒言加入人参、黄芪、桃仁、红花。

3.3 心脾肾阳虚，饮停更甚，瘀血水饮上犯

临床表现为心悸怔忡，胸闷胸痛，形寒肢冷，头晕昏沉，咳嗽气短，食少腹胀，面白肢肿，下肢尤甚，倦怠懒言，舌体胖大边满布齿痕、舌质暗、苔白腻或滑腻，脉沉迟无力而弱沉涩而迟。治以温补心脾肾阳气，活血通脉定悸。方以炙甘草汤、苓桂术甘汤合冠心 2 号方加减。痰浊壅塞为主，配伍瓜蒌薤白半夏汤、瓜蒌薤白白酒汤，以通阳散结、豁痰下气；纳呆加山楂；水饮上凌于心见胸闷痛、咳嗽气短者，重用桂枝温通心阳、降逆平冲，同时予细辛、高良姜、延胡索等芳香温通药研末冲服，每次 3 g，每日 2~3 次，以散阴寒、开心窍。

3.4 阴阳气血俱虚

临床表现为心悸，气短乏力，胸闷胸痛，四肢厥冷，周身浮肿，头重昏沉，甚至晕厥，舌体偏瘦、舌质暗、苔薄黄或少苔，脉沉细无力而迟。治以益气养阴活血，回阳救逆固脱。方以四逆汤、生脉散合苓桂术甘汤加减。患者心脾肾诸脏气血阴阳俱虚，阴不敛阳，阳气欲脱，病势偏急，病情加重，急予回阳救逆固脱为法。以四逆汤回阳以救欲竭之元阳，生脉散益气养阴复脉以治本，苓桂术甘汤化饮降逆以治昏眩之标。

4 辨证用药特点

本病为慢性病，临证主张结合患者具体情况及时令变换进行全身调理，辨证灵活用药，从而控制症状、改善客观指标，最终达到治疗目的，但需要长期坚持。翁老师用药，于夏季天气炎热、暑湿偏盛之时，酌加藿香、佩兰等芳香化湿醒脾之品，减少三七、延胡索等活血之类。张景岳在《景岳全书》中指出“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷”，缓慢性心律失常以虚为本，其中心脾肾阳（气）虚尤为重要，一般的温阳通脉或者补气活血往往疗效欠佳，故在用药时多选用芳香开窍、益气养阴活血之品，如丹参、苦参、党参、太子参、北沙参等，以期阴中求阳、阳气生化。本病病位主要在心、肾，病程日久可累及肝、脾，故在疾病治疗初期即注重顾护脾胃、敛阴柔肝，常配伍木香、陈皮、白芍等健脾柔肝之品。久病入络、久虚入络、久瘀入络^[8]，病程日久，因

虚致实，由“经脉继及络脉”，而络脉易滞易瘀，络瘀日久化浊生毒，形成脏络并病，滞、瘀、浊、毒互结，故临床单用温阳益气之药难获显效，化痰降浊或活血化瘀又难尽其意，故治当“补其不足，损其有余”“塞因塞用”，脏络同治，滞瘀浊毒并祛，即扶正通络、祛瘀化浊。

运用散剂治疗缓慢性心律失常为翁老师的特色，对窦性心动过缓、病态窦房结综合征等需长期服药者，擅长配伍散剂，多与汤剂同时应用。具体药物多以芳香温通、活血化瘀之三七粉、郁金、五味子、茺蔚、高良姜、细辛、延胡索、赤芍、酸枣仁、党参、肉桂、黄连、补骨脂、炮附片、莲子心、玉竹、太子参等为主，以通阳复脉、心脉通利。诸药共研末，每日 3~4 次，每次 3 g，温开水或汤液送服。翁老师在芳香温通的基础上再配合冠心 2 号方，收效明显。然此方温散，临床多用于气虚、阳虚有寒的患者，翁老师根据辨证灵活变通方药，如对于血瘀有热者配伍黄芩、黄连等；阴虚有热者配伍生地、麦冬、玉竹、五味子、沙参、玄参等滋阴清热；合并气虚血瘀者，症见心悸、气短、乏力，心痛甚，痛有定处，舌体胖大边有齿痕、舌质紫暗、舌下脉络迂曲，脉弦细而涩，配伍黄芪、党参、太子参、白术等；气虚合并气滞血瘀者，症见胸闷痛，疲乏，配伍柴胡疏肝散加减；痰浊闭阻，见胸闷痞满，心悸恶心，舌苔白滑或黄腻苔，脉迟而滑利者，用导痰汤合瓜蒌薤白半夏汤加减，选用瓜蒌、薤白、半夏、陈皮、天南星、菖蒲、枳壳、龙骨、牡蛎；失眠者加酸枣仁、夜交藤、莲子心；肾阳虚明显者加肉桂、黄精、牛膝、补骨脂等；消化不良者加焦三仙、香橼、佛手。因缓慢性心律失常多为慢性病，需长期服药，故用药应严格掌握剂量及用法，避免矫枉过正。

5 典型病例

患者，女，57 岁。2015 年 1 月 15 日初诊。主诉：心前区、后背部闷痛不适间断发作半年余。患者于半年前开始自觉劳累后心前区、后背部闷痛不适，伴气短憋气，心电图提示：窦性心动过缓（心率 40~50 次/min）。7 天前患者劳累后出现心前区、后背部闷痛加重，气短乏力，伴明显汗出、喘憋。心电图提示：窦性心动过缓，心律不齐，心肌缺血。经营养心肌、抗心律失常对症治疗出院。刻诊：时有剑突下、心前区及后背部不适，喘憋、气短，自汗出，周身乏力，头昏头胀，持续性

耳鸣、闭目不可缓解，未见剧烈恶心、呕吐，左耳听力下降，纳少，口干欲饮，晨起口苦，夜寐欠安，入睡难，眠浅多梦，以急梦、噩梦为多，小便难，大便可，舌淡紫、苔白，脉弦细。既往史：自幼多次出现发作性晕厥；抑郁症病史 3 年，自述已愈。西医诊断：窦性心动过缓伴窦性心律不齐；期前收缩；心肌缺血；脑供血不足。中医诊断：胸痹，证属心肾阳（气）虚、血瘀饮停。治以温补心肾阳气，活血通脉。处方：郁金 12 g，丹参 12 g，赤芍 12 g，红花 12 g，川芎 12 g，延胡索 12 g，北柴胡 10 g，银柴胡 10 g，五味子 10 g，合欢皮 15 g，酸枣仁 15 g，墨旱莲 12 g，菟丝子 12 g，细辛 3 g，高良姜 6 g，茯苓 15 g，山楂 15 g，陈皮 10 g，珍珠母 20 g（先煎），白薇 12 g，菊花 12 g。14 剂，每日 1 剂，水煎分 3 次服用。

2015 年 1 月 29 日二诊：气短、乏力较前减轻，胸闷、胸痛减轻，锁骨部疼痛，仍有后背疼痛，时有心悸，头晕减轻，舌质干、苔白，脉弦细。辅助检查：磷酸肌酸激酶同工酶（CK-MB）：24 IU/L。患者病情较为稳定，后在上方基础上随症加减。因外感而致胃脘疼痛时，加紫苏梗 15 g；脾虚纳食不香加焦三仙各 15 g、鸡内金 12 g；因劳累导致阳虚加重，病情反复时，加炮附片 8 g、淫羊藿 12 g；疲乏重加黄芪 20 g、生晒参 15 g；四肢麻木、不能步履加熟地黄 20 g、生地黄 20 g；外感湿热之邪或饮郁化热导致瘀热互结、小便不畅加泽兰 15 g、路路通 15 g；目赤肿痛加夏枯草 12 g。患者坚持服药 3 个月后，病情趋于稳定，自觉症状消失，无乏力、胸闷、胸痛，无气短喘憋，纳食可，

夜寐安，二便调。

按语：患者久病，体弱失养，脏腑气血阴阳俱虚。阴阳互根，此消彼长，思虑劳累过度，使得心脾肾阳气愈虚、气滞血结，此时宜滋阴补阳，则阳得阴助而生化无穷，以柴胡、银柴胡退虚热清实热，二至丸、葛根滋阴补肾生津，鸡血藤、白芍养血柔肝，炮附片、淫羊藿温补心肾阳气，同时予丹参、川芎、红花、赤芍、陈皮、山楂理气活血祛瘀。患者自觉疲乏、前胸、后背及锁骨部疼痛、头胀痛符合中医气滞肝郁走窜的特点，虽伴随气短乏力，但目前气滞较重，必须理气为先，待气畅之后再予补气，故予佛手、紫苏梗疏肝理脾。夜间惊醒时间的长短、梦境及面色的变化反映了病情的轻重，随着患者夜间几乎无惊醒，噩梦、急梦消失，面色由青灰转为红润，疾病逐渐向愈。待阳气得复，阴血得以充养，根据患者体质、症状变化及时调整用药，以平衡气血阴阳为期。至后期病情趋于稳定，遵“缓则治其本”为基本治疗原则。该病原发病为缓慢性心律失常，阳虚饮停为其发病的基础，因此，后期调护以滋阴温阳、活血通脉为治法，方以炙甘草汤温阳合冠心 2 号方为主，从而标本兼治，取得良效。

参考文献

- [1] 张毅. 心律失常中西医诊疗学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2001: 472.
- [2] 路美娟, 赵英强. 缓慢性心律失常研究进展 [J]. 山西中医, 2013, 29(6): 58-60.
- [3] 吴以岭, 王永炎. 络病学 [M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2004: 322-335.

WENG Weiliang's Experience in Treating Bradycardia Arrhythmia

LI Qiuyan, MA Xuezhu

(Xi Yuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100091)

ABSTRACT Bradycardia arrhythmia, mostly developed from various basic heart diseases, mainly influences patients' quality of life and leads to severe complications. Prof. WENG Weiliang thinks that the pathogenesis of bradycardia arrhythmia is deficiency, phlegm and blood stasis. Yang (Qi) deficiency, phlegm blockade and blood stasis are the basic pathological factors. Thus warming Yang-benefiting Qi and promoting blood circulation-removing obstruction in channels are the basic treatments. Meanwhile, according to wax and wane of patients' Yin-Yang, Qi-blood, cold-heat and deficiency-excess, as well as the severity of blood stasis, excessive fluid and phlegm-turbidity, combined with seasonal climate change, different living area and characteristics of age, constitution, etc., medicine should be used based on syndrome differentiation. Thus heart rate increases and pulse recovers. In the course of treatment, rationality and safety of herbs are particularly emphasized.

Keywords chronic arrhythmia; experience of famous doctor; WENG Weiliang

(收稿日期: 2015-12-10; 修回日期: 2016-09-20)

编辑: 侯建春