

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2014.21.021

房室传导阻滞中医辨治体会

周玲凤, 张 琪*

(江苏省常州市中医医院, 江苏省常州和平南路 156 号, 213003)

基金项目: 国家临床重点专科建设项目; 全国中医学术流派孟河医派传承工作室; 江苏省科技支撑计划—社会发展项目资助 (BE2009614)

摘要 介绍房室传导阻滞 (结脉证) 发病机制、辨证论治的一般规律。提出元阳不足、脉络痹阻为结脉证的主要病机, 运用“温通剔络”法治疗结脉证疗效颇佳。

关键词 房室传导阻滞; 结脉证; 中医药疗法

房室传导阻滞在中医学中属“结脉证”范畴。“结脉”两字最早见于《难经·十八难》, 曰“结者, 脉来去, 时一止, 无常数, 名曰结”。《伤寒论》曰“脉按之来缓, 时一止复来者, 名曰结”; 《脉经》曰“往来缓, 时一止复来”。后世医家多附此说, 包括《濒湖脉诀》《三指禅》《医碕》等, 都认为结脉为脉来迟缓, 时有一止。清代章虚谷所著《灵素节注类编·经解·五脏脉象》中提到, “五十动而不一代者, 其气周行五脏, 而不歇止也。如五十动外, 及五十至内, 或有歇止无一定, 而迟者名结脉, 数者名促脉, 皆为气血郁滞之病, 非死脉也”, 第一次提到“结脉”这个概念, 同时也提出了结脉证的病机属气血郁滞。

清代石寿棠在《医原·切脉源流论》中认为, “结脉脉来忽止, 止而复起。旧诀以数来一止为促, 促脉为热, 为阳极; 缓来一止为结, 结脉为寒, 为阴极。浮结为邪在表, 沉结为积聚在里。促、结二脉, 又通谓为气血痰食、积聚癥瘕、七情郁结等证, 暴病见结、促、代脉, 多主中有留滞、郁结等证; 久病见促、结、代脉, 多主忧思气结、血结。但缓而结者多阳虚, 数而结者多阴虚”。同时还指出, “又有无病而一生见结脉者, 此禀赋之异也, 不可不知”。现结合古代医家认识和我们临证体会将房室传导阻滞中医辨治体会阐介如下。

1 元阳不足, 脉络痹阻

纵观古代医家对结脉证的认识, 结合孟河医派

颜德馨、朱良春以及孟河医派先贤屠揆先对结脉证的认识, 分析结脉证临床表现可分为心肾阳虚、阴阳两虚、气虚血瘀以及痰瘀痹阻 4 型。结脉证总体辨证属本虚标实, 本为元阳不足, 标为脉络痹阻。病理因素为痰、瘀, 痰、瘀同时又是病理产物。同时, 结脉证患者平素体虚, 元阳不足, 气不化津而成痰, 气不行血则成瘀, 痰瘀互结, 脉络痹阻, 故见脉结。而结脉证早期多表现为痰瘀痹阻之标实证, 病程较久伤及元气, 多见气虚血瘀证; 病程缠绵, 损伤元阳, 多见心肾阳虚证; 阳虚及阴或者平素阴虚, 可出现阴阳两虚证型, 总之, 结脉证总的病机可以概括为元阳不足, 脉络痹阻。

2 温阳通脉, 兼顾阴津

针对结脉证的病机“元阳不足, 脉络痹阻”, 我们提出温通剔络法治疗结脉证, 其中“温通”是指温阳通脉, “剔络”是指搜剔脉络。常用温阳通脉药物包括炙麻黄、炮附片、细辛、桂枝、炙黄芪等, 这些药物均为温热之品, 可以温阳通脉, 极好地缓解脉结症状。但温阳通脉之品极易伤阴, 结脉证患者 3~5 剂后若不同时使用顾护阴津药味常出现口干欲饮、潮热盗汗、舌红少苔等症, 因此, 常根据患者辨证结果使用养阴补血药物, 顾护阴津, 防温热药物伤津耗液。如气虚血瘀证, 患者临床表现为神疲乏力, 头晕健忘, 胸闷心悸, 自汗或心痛如刺, 甚则黑蒙、昏仆, 舌淡紫或有瘀斑、瘀点, 舌苔薄白, 脉细结, 治疗时益气温阳药物常与活血化瘀药物一起合用, 此时的活血化瘀药物多选用兼具养血凉血作用的药物, 如当归、丹参、赤芍

* 通讯作者: drzhangqi@126.com

等;如阴阳两虚证,这一类结脉证患者常合并高血压、糖尿病,平素多为阴虚体质,日久伤阳,出现元阳不足、脉络痹阻而致脉结,临床表现为心悸怔忡,畏寒肢冷,或五心烦热,盗汗,胸闷,头晕,甚则黑蒙、昏仆,舌暗红,脉弱结,选用阳和汤加减,药用生地黄、麦冬、当归、熟地黄、肉桂、麻黄、鹿角胶、白芥子、干姜、生甘草等。

3 搜剔脉络,兼顾脾胃

“搜剔脉络”是指应用虫类药物化痰活血化瘀,搜剔脉络之顽痰、瘀血。朱良春教授认为,“脉见歇止”、“脉结”在病理学上心脏往往呈瘀血状态,因而常常采用活血化瘀药治疗,在临床上取得了显著效果。朱良春教授擅长使用虫类药物,他认为,“地龙化痰,地鳖虫活血逐瘀,一化痰,一活血,且皆能通利经络,可用于痰瘀交阻之证”^[1],因此,治疗结脉证有瘀血症状时常使用地龙、地鳖虫、全蝎等虫类药物搜剔脉络,效果颇佳。单纯使用虫类药物极易损伤脾胃,我院屠揆先先生更是主张“时时顾护脾胃”^[2-3],不论是治疗慢性肝炎、慢性肾炎还是高血压病均以“补脾法”为中心。颜德馨教授常常提及“脾统四脏”的概念^[4],认为脾胃为水谷之海,气血生化之源,人体脏腑组织功能活动皆依赖脾胃,脾健则四脏皆健,脾衰则四脏亦衰,在用药上应发挥苍术、白术等运脾、健脾药物之效用。结合以上三位孟河医派大师的治疗经验,治疗痰瘀痹阻型结脉证患者时常在使用活血化瘀的虫类药物的同时加用平胃散、二陈汤化痰祛湿护胃,临床效果颇佳。

4 验案举例

患者,女,71岁,因“心悸反复发作3个月”于2013年7月5日就诊。患者2013年4月肺部感染治愈后觉心慌、气短、乏力,活动后明显,外院心电图示:窦性心律,Ⅰ度房室传导阻滞,Ⅱ度Ⅱ型房室传导阻滞,高度房室传导阻滞,Ⅲ度房室传导阻滞,交界性逸搏,交界性逸搏心律,室性逸搏,室性逸搏心律,最长RR间期2.6s,室性早搏,房性早搏。建议患者行永久起搏器植入术,患者及家属暂不予考虑而求治中医。患者此次发病过程中无黑蒙晕厥、胸痛剧烈、咳嗽咯痰、双下肢水肿。初次就诊时患者心悸,气短乏力,活动后明显,纳可,小便可,大便调,舌淡紫、苔白腻,脉结。既往史:高血压病史,长期口服代文80mg,每日1次,控制血压在130/80mmHg;2型糖尿病史,长期使用优泌乐25,早10U、中10U、晚

13U,控制血糖尚可。否认药物过敏史。查体:血压130/80mmHg,口唇紫绀,两肺呼吸音清,未及干湿啰音;心率66次/min,节律不齐,未及明显杂音。腹软,无反跳痛,双下肢不肿。辅助检查:心电图:窦性心律,Ⅱ度Ⅰ型及Ⅱ度Ⅱ型房室传导阻滞。西医诊断:房室传导阻滞;高血压病2级(极高危组);2型糖尿病。中医诊断:结脉证,气虚血瘀证。治法:补气化痰复脉。方药:炙黄芪30g,炒党参15g,川芎10g,当归10g,地龙10g,赤芍10g,陈皮10g,茯苓15g,姜半夏15g,车前草15g,炙麻黄10g,桂枝10g,3剂,每日1剂,水煎分两次服。7月8日复诊,患者心悸明显好转,但觉双肩酸痛,口干,双足冷感,纳差,夜寐差,二便调,舌红、苔薄白,脉结。患者平素糖尿病史,病理基础为阴虚燥热,结合患者平素双足冷感明显,考虑阴虚及阳,目前可继续予炙麻黄及桂枝温阳通脉,但患者本为阴虚,加之益气之品性味偏温,易助火生热,原方去陈皮、茯苓、姜半夏、车前草,加入熟地黄10g、丹参15g,养血活血,防伤阴,同时佐入郁金10g,降香、檀香各10g,调畅气机;患者胃纳差,可佐入炒山楂、炒神曲各20g健脾消食,顾护脾胃;患者双肩酸痛,时日较久,辨证属瘀血阻络,可加土鳖虫10g加强活血通络之力。方药:炙黄芪30g,炒党参15g,川芎10g,当归10g,地龙10g,土鳖虫10g,赤芍10g,桂枝10g,炙麻黄10g,丹参15g,熟地黄10g,郁金10g,降香10g,檀香10g,炒山楂20g,炒神曲20g,3剂,每日1剂,水煎分两次服。7月11日三诊,心悸、气喘症状较前改善,双肩酸痛不显,无口干,双足冷感较前明显好转,纳可,夜寐可,二便调,舌淡红、苔薄白,脉结。守方继进5剂,每日1剂,水煎分两次服。7月16日四诊,心慌、气短明显好转,其余诸症均缓解。复查动态心电图示:总观全程基础心律为窦性心律,较前明显好转,守方继进7剂而愈。

按:房室传导阻滞的Ⅱ度Ⅱ型房室阻滞可引起心搏脱漏,可有心悸症状,也可无症状。西医对此种疾患是否需安装起搏器目前尚存在争议。初诊时患者心慌气短较明显,加之动则明显,舌淡紫、苔白腻,脉结,属于典型的气虚血瘀证,故选用益气活血通脉治疗后患者心慌、气短明显缓解。方中炙黄芪、炒党参益气扶正,川芎、当归、地龙、赤芍活血化瘀,陈皮、茯苓、姜半夏顾护脾胃,炙麻黄、桂枝温阳通脉,车前草反佐,清热利湿防升火(下转第1890页)

欲绝”。对于热厥并未提出具体的论述，后人多认为伤寒论中所谓热厥即“真热假寒”之证，病机为“邪热深伏于里，阳气被阻”^[1]，而《伤寒论》第 335 条中“厥深者，热亦深；厥微者，热亦微”是关于热厥的论述。但纵观少阴、厥阴病脉证并治篇各条文中并没有类似《黄帝内经》中关于热厥的记载，因此将该条作为热厥的论述显然并不合适。《医学入门》中称厥证多以不胜乘其所胜，如肾移寒于脾则为寒厥，心移热于肾则为热厥。

3.2 寒厥及热厥临床表现

《黄帝内经》中详细论述了寒厥与热厥的临床症状，《素问·厥论》记载：帝曰“寒厥之为寒也，必从五指而上于膝者何也”，岐伯曰“阴气起于五指之里，集于膝下而聚于膝上。故阴气盛，则从五指至膝上寒”，帝曰“热厥之为热也，必起于足下者何也”，岐伯曰“阳气起于足五指之表，阴脉者集于足下而聚于足心，故阳气胜，则足下热也”。文中又有“阳气日损，阴气独在，故手足为之寒也。肾气有衰，阳气独胜，故手足为之热也”的记载。可见寒厥主要的临床表现应为足五趾上至膝盖处感觉寒冷；热厥主要的临床表现为足底（涌泉穴）发热。

《伤寒论》中关于厥证临床表现的论述较多，但多为寒厥的论述，如“吐利”、“手足逆冷”、“下利清谷”、“腹痛”、“咽痛”等，但并无身冷手足反热的记载。因此可见《伤寒论》中所论述厥证以寒厥为主。有研究称《伤寒论》在少阴篇和厥阴篇中重点阐发了关于寒厥和热厥的理论和治法，认为寒厥、热厥主要表现为四肢逆冷^[2]。清代医家汪琥曰“厥阴后难治者，唯发厥一证，据仲景论中，真寒之厥，十居其七，郁热之厥，十仅二三，以故今医治厥，每以热证作寒治者。”^[3]由此可见《伤寒论》中关于热厥的论述并不多，但对于热厥的临床表现也认为以四肢寒冷为主，不同

于《黄帝内经》中关于热厥的认识。

3.3 寒厥及热厥的治疗

寒厥的治疗在《伤寒论》中论述较为详细，也为广大中医学者所认可，但热厥的治疗一直存在争议。如伤寒学派多主张针对热厥患者应用栀子豉汤升津清热，用四逆散疏肝开泄，用小柴胡汤转出少阳，用白头翁汤凉血泄热，用白虎汤清泄阳明，用承气汤荡涤开结，正是针对不同的发热机制，采取不同的治疗方法，以防热邪内陷^[4]。而在《杂病源流犀烛·诸厥源流》中认为治热厥手足独热者，用宣火郁汤；热厥兼游赤者，用升阳散火汤；便秘者，用大柴胡汤；谵语身冷，遗溺自汗者，用白虎汤。即以李东垣治阴火理论为主进行治疗。

通过以上两个病例，笔者认为临床中确可见到寒厥及热厥患者，在诊断中应以《黄帝内经》中所说“手足为之寒也，手足为之热也”为主症进行诊断，临床治疗寒厥以《伤寒论》记载通脉四逆汤为主，热厥证则以李东垣升阳散火汤及宣火郁汤治疗为主，但该疾病临床报道较少，仍需进一步研究验证。另外也总结出，针对发热患者仅仅依靠舌脉很难取得更为全面的临床效果，需重视触诊在发热性疾病中的作用，对于高热患者我们更需要去触其手足全身以全面了解病情，提出更好的治疗方案。

参考文献

- [1] 董金梅,李华,刘文江.《伤寒论》的寒厥和热厥论[J]. 中医药信息,2006,23(2):30.
- [2] 陈英.《内经》寒厥、热厥证治简析[J]. 四川中医,2010,28(4):45-46.
- [3] 张伯臾,董建华,周仲瑛. 中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1991:117-120.
- [4] 金红卫. 谈谈《伤寒论》的厥证及其治疗规律[J]. 中医杂志,1980,21(12):48-50.

(收稿日期:2013-12-26;修回日期:2014-06-10)

编辑:焦爽

(上接第 1880 页)

助热。复诊时患者出现口干、双足冷感明显，复查动态心电图较前略有好转，动态心电图已未见Ⅱ度Ⅱ型房室传导阻滞，但考虑患者平素为阴虚体质，此次伤及元阳，故同时双足冷感明显，故在继续益气温阳同时加用熟地黄、丹参顾护阴津；顾护脾胃时选用性味更加平和的炒山楂、炒神曲；患者双肩酸痛时日较久，辨证属瘀血阻络之证，故在初诊方中佐入土鳖虫加强活血化瘀。复诊后患者症状明显好转，加之再无口干等症，三诊守方继进 5 剂后复查动态心电图较前相比最长 RR 间期明显缩短，超

过 1.5 s 的长 RR 间期次数明显减少，四诊守方 7 剂而愈。

参考文献

- [1] 朱良春. 朱良春医集[M]. 长沙:中南大学出版社,2006:360.
- [2] 屠揆先,朱晓譔. 肾病浮肿的研究[J]. 中医杂志,1958(2):81-83.
- [3] 屠揆先,王静仪. 慢性肝炎病机与治疗的初步探讨[J]. 中医杂志,1980(4):28-29.
- [4] 杨志敏,严夏,刘泽银. 颜德馨教授治疗眩晕经验介绍[J]. 新中医,2002(6):9-10.

(收稿日期:2014-04-10;修回日期:2014-05-22)

编辑:洪澜