

上篇：医论医话

心律失常治法探讨

心律失常是指心脏激动起源异常或激动传导发生障碍所引起的心跳异常。在临床上表现为心率过快、过慢或心律不齐等。根据心律失常的临床表现,大致可归纳在中医学的惊悸、怔忡及心悸等疾病内,而迟、数、疾、促、结、代等脉象,也可反映一些较常见的心律失常现象。本文根据中医学对这些方面的记载,结合个人的临床体会,试图对心律失常的治法做一个初步探讨。

1 心律失常的病因和治法

《黄帝内经》云：“必伏其所主，而先其所因。”要探讨心律失常的治法，必须同时了解心律失常的病因。要探讨心律失常的病因，就必须讨论惊悸、怔忡等疾病及迟、数、疾、促、结、代等脉象形成的原因。

根据文献及个人临床体会，本病的病因和治法大致有：

1.1 血虚

心主血，心血不足，心失所养，常能导致心悸、怔忡。如《济生方》云：“夫怔忡者，此心血不足也。”《丹溪心法》云：“怔忡者血虚，怔忡无时，血少者多。”说明本病的形成与心血亏损有关。凡失血过多，久病血虚，均可导致本病。而由于思虑过度，劳伤心脾者，尤为常见。因为思虑劳神，不但耗伤心血，又能影响脾胃生化之源，渐致气血两亏，不能上奉于心，而发生心悸。怔忡因心血亏虚而致的临床表现主要有心悸、心烦、易惊、失眠、健忘、头昏、面色萎黄、舌淡嫩、脉细弱等症，治疗应补血安神，一般可用四物汤加阿胶以养血，柏子仁以安神。如出现自觉心动不安，易惊，日间不易耐劳，劳则心悸、气喘、汗多，疲倦思睡而夜寐不安、

不得眠,嘈杂似饥而不欲食,或夜半嘈杂、面色淡黄、唇舌淡红或稍暗、舌苔薄白,脉细或弱,或出现结、代等脉象,是心脾气血两亏的表现,可用归脾汤治疗;若见心动悸、脉结代,可用炙甘草汤。

1.2 阴虚

阴虚易生内热,可出现心悸、脉数等心律失常现象。如《证治汇补》云:“有阴气内虚,虚火妄动,心悸体瘦,五心烦热,面赤唇燥,左脉微弱,或虚大无力者是也。”刘河间谓“水衰火旺,心胸躁动”,说明本病的形成与阴虚有关。久病体虚,或热病伤阴,均可导致心阴亏损,心火妄动,以致心悸不安。而房事过度,遗泄频繁;或久病虚劳,伤及肾阴,或肾水素亏之人,水不济火,虚火妄动,亦可上扰心神,而致心悸。一般来说,心阴虚出现心律失常的主要临床表现有心悸、心烦、易惊、失眠、健忘、五心烦热、盗汗、口干、舌尖红、苔薄白或无苔、脉细数等症,治宜养心阴、安心神,可用天王补心丹、黄连阿胶汤之类;若兼腰酸膝软、耳鸣遗精,为肾阴不足,可用朱砂安神丸合六味地黄丸,以滋阴安神。

1.3 阳虚气弱

如《伤寒明理论》云:“其气虚者,由阳气内弱,心下空虚,正气内动而为悸也。”《伤寒论》云:“发汗过多,其人叉手自冒心,心下悸,欲得按者,桂枝甘草汤主之。”前者说明阳虚气弱,不能温养心脉,心阳不振,可令心悸不安;后者说明汗出过多,心阳受伤,因虚而悸的机制。心气虚和心阳虚所致心律失常的共有主症是心悸、气短(活动时加剧)、自汗、舌淡、苔白,心气虚者兼见倦怠无力、面色苍白、喜出长气、舌胖嫩、脉虚;心阳虚者,兼见形寒肢冷、心前区憋闷,甚则心痛、脉细弱或结代。心气虚宜补心气,可用四君子汤加酸枣仁、五味子,亦可选用甘麦大枣汤加味;心阳虚可用养心汤;若为发汗过多,症见叉手自冒心,心下悸,欲得按者,可用桂枝甘草汤;若心阳虚衰,大汗淋漓,脉微欲绝,亦可用四逆汤加人参以回阳救逆。

1.4 痰饮

如《素问玄机原病式》云:“水衰火旺则烦渴,水停心下则悸。”《金匱要略》云:“饮水多必心下悸。”《证治汇补》云:“有膏粱厚味,积成痰饮,口不作干,肌肤润泽如故,忽然惊惕而作悸,其脉弦滑有力者是也。”《古今医鉴》云:“沉弦细滑大小不匀,皆痰气为病。”这些论述,清楚地告诉我们,痰饮内停亦是心律失常的病因。一般来说,因痰而致的心悸怔忡可出现心悸、胸闷、痰稠黏、脉滑等症;因饮所致的可出现背部寒冷、身体颤动,或呕吐痰涎而清稀、心悸、脉弦等症。论其治法,痰则豁痰定悸,饮则蠲饮定悸。如为脾虚停饮,症见胸胁支满、起则头眩、

气上冲胸，或短气而咳、大便溏，甚则身为振振摇、口中和、舌苔腻、脉沉紧，治宜苓桂术甘汤健脾化饮；若为阳虚水停，水气凌心，症见心悸（喜按压）、咳嗽、痰稀、气喘、汗出、小便不利，甚则形成水肿，背寒肢冷、头昏胸闷、自觉筋肉跳动，震颤有要跌倒的感觉，面白、唇舌淡白、脉弦迟或微细，治宜温阳化饮，方用真武汤。若为痰热内扰，症见心烦口苦、惊悸、失眠多梦、胸闷口黏、苔黄腻、脉弦滑有力者，宜化痰清热，可用温胆汤加味；若痰热内扰、气血不足而为惊悸怔忡，亦可选用十味温胆汤。

1.5 瘀血

瘀血内停，气血运行受阻，亦能产生心悸、怔忡。如《血证论》云：“血虚则神不安而怔忡，有瘀亦怔忡。”说明怔忡的形成与瘀血有关。瘀血产生的原因有多种，如跌仆损伤，血证处理不当，或因月经、产后络脉受伤，或因气滞、气虚均能令血流不畅而形成瘀血。此外，如湿热郁遏、痰火壅塞等，也能影响血液畅通而形成瘀血。本病由瘀血而致者，临床可出现心悸、胸闷，甚则心前区刺痛，舌暗有瘀斑、脉涩面唇青紫等症。治疗当活血化瘀，方用血府逐瘀汤。正如《医林改错》所说“心跳心忙，用归脾、安神等方不效，用此方（血府逐瘀汤）百发百中”，即为瘀血怔忡而体质壮实者所设。若因其他原因引起的心律失常伴瘀血者，可在辨证的基础上，加用三七、琥珀二味，研末吞服，疗效亦佳，唯心率慢者不宜用。

1.6 七情郁结

因七情郁结致心悸、怔忡者临床并不少见，前人论述颇多。如《证治汇补》云：“或因怒伤肝，或因惊入胆，母令子虚，而心血为之不足。或富贵汲汲，贫贱戚戚，忧思过度，或遇事烦冗，则心君为之不宁，皆致惊悸之症，其脉弦者是也。”又云：“有郁悒之人，气郁生涎，涎与气搏，心神不宁，脉必沉结或弦者是也。”《景岳全书》云：“惟情志之郁，则如弦、紧、沉、涩、迟、细、短、数之类皆能为之，至若结促之脉，虽为郁病所常有，然病郁者，未必皆结、促也。”充分说明情志郁结是造成心律失常的病因，其机制不外乎母令子虚，而心血为之不足；或忧思气结而心君为之不宁。

本病中七情郁结所致者的临床表现极其复杂，一般初起，总属情志所伤，气分郁结，常见面容憔悴、抑郁寡欢、精神不振、胸闷、心悸、胁痛、不思饮食等症，病久则延及血分。治疗总则应疏肝解郁。如郁结在气分，其病机为气郁不通、痰涎结聚，其症为咽喉中如有物堵塞，吞咽不下，咯吐不出，心腹胀痛，旁冲两胁，或呕或痛，心慌、苔白、脉弦，可用四七汤加味；若肝郁血亏，症见心慌心跳、胁胀或痛、暖气矢气则舒、女子胀痛多连少腹、月经不调、经期乳房作胀、脉弦不静，或有间

歇,治宜养血疏肝,如逍遥散;若兼虚热,则用丹栀逍遥散;若为忧思伤脾而为怔忡健忘、食少体倦,亦可用归脾汤。

1.7 突受外惊

得之耳闻大惊,目见异物。《金匱要略》云:“寸口脉动而弱,动即为惊,弱则为悸。”从脉象上论述了惊悸的病机,惊病多由外来,惊则气乱,故脉见动摇不宁;悸病多由内生,由于气血不足,故脉弱不任重按。由此可知,惊悸可由突受外惊而来。但应该指出,惊悸之证虽有外因,但一般常见于素体较虚之人,故《金匱要略》云:“邪哭使魂魄不安者,血气少也;血气少者属于心,心气虚者,其人则畏。”从《金匱要略》的论述不难看出,“其人则畏”是由于心气之虚。

因惊致悸的临床表现为惊悸烦乱、坐卧不安、夜寐多梦,常惊魇而醒、脉多不静,或见间歇,治宜镇惊安神,酌加补养之品,可用安神定志丸(茯苓、茯神、远志、人参、石菖蒲、龙齿)加当归、白芍之类治之。

1.8 外邪舍心

外因如感受六淫之邪,内舍于心,亦可出现心律失常。如《济生方》云:“又有冒风寒暑湿,闭塞诸经,令人怔忡。”《素问·痹论》云“脉痹不已,复感于邪,内舍于心”就指出了该病的病因病机。一为心与血脉先虚“脉痹不已”,二为“复感受于外”,循血脉自表入里“内舍于心”而为病。应该指出的是,感受外来之邪,若人体正气不虚,或邪伤较轻,治疗及时,则邪从外解,不至传里内犯脏腑。倘卫外机能失职,脏腑脆弱,或邪伤较重,或失治误治,导致邪气入里,往往容易发病。因失治误治而转成脉律不齐的很多,如《伤寒论》云:“发汗过多,其人叉手自冒心,心下悸,欲得按者,桂枝甘草汤主之。”又云:“少阳中风,两耳无所闻,目赤,胸中满而烦者,不可吐下,吐下则悸而惊。”《温病条辨》云:“温病误用升散,脉结代,甚则脉两至者,重与复脉。”又云:“温病误表,津液被劫,心中震震,舌强神昏,宜复脉法复其津液。”从《伤寒论》和《温病条辨》的这些论述大致可以看出,伤寒之转成心律失常,与寒邪客表,发汗太过伤及心阳,或误用寒凉损伤阳气,引邪入里有关;而温邪之转成心律失常,则与津液耗伤有关。

关于外邪舍心出现心律失常的临床表现和治疗,很难一概而论,这很大程度上取决于病因的特性和病变的部位。一般来说,如为温热伤阴,则可用吴鞠通的方法,如“温病误用升散,脉结代,甚则脉两至者,重与复脉”“下焦温病,热深厥甚,脉细促,心中憺憺大动,甚则心中痛者,三甲复脉汤主之”。至于寒邪客表,内舍心脉所致的心律失常,可用张仲景的方法治疗。《伤寒论》云:“发汗过多,其人叉手自冒心,心下悸,欲得按者,桂枝甘草汤主之。”“太阳病,下之后,脉促,胸

满者，桂枝去芍药汤主之；若微恶寒者，桂枝去芍药加附子汤主之。”“太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也；喘而汗出者，葛根黄芩黄连汤主之。”“伤寒，脉结代，心动悸，炙甘草汤主之。”《伤寒论》的这些论述，对误汗、误下等原因所导致的心律失常进行了阐述，完全可为我们临床所效法。至于风湿内舍心脉的心律失常，除心慌、心悸、胸闷外，还可出现关节酸痛（与天气变化有关），肢麻而冷、脉细，此为血虚，风湿内舍心脉之候。江西名医姚荷生喜用当归四逆汤加三七、琥珀研末吞服，有一定疗效。若为气虚之体而风湿内侵，症见心慌胸闷、关节酸痛（与天气变化有关）、汗出恶风、神疲肢肿、脉弱有间歇者，又当助气以祛风湿，可用防己黄芪汤加三七、琥珀之类治之。

应当注意的是，外邪内舍心脉的心律失常，治疗时应扶正与祛邪兼行。一般于病之初，以祛邪为主，继则以扶正为要。在邪气已除、心脉得复之后，要重视善后调理。《温热经纬》云：“瘥后惊悸属血虚，宜养血镇惊。”又说：“瘥后怔忡，乃水衰火旺，心肾不交，宜补水养心。”说明病后怔忡虚证较多，当根据病情辨证施治。

2 心律失常治验举例

例1：万某，男，15岁，学生，1978年7月12日初诊。心慌、心悸已2年余，至医院检查，心率（HR）在100~130次/min。曾做过胸透、三大常规等检查，仅发现有蛔虫卵。心电图提示：①窦性心动过速，②左心室高电压。自觉心慌心悸，头昏易出汗，梦多纳可，但食后作饱胀，神疲乏力，口中黏腻，脘中嘈杂似饥，饥饿时嘈杂更剧，甚则作呕，大便干，1~2天1次，色黄稍黑，关节偶有酸痛，既往有结核及血尿史，舌正、苔薄白、脉弦数较细，HR 100次/min。病属心悸，辨证为气血两虚、痰湿内扰，拟化痰湿、益心气，方用十味温胆汤加减：

法半夏10g，茯苓10g，橘皮5g，甘草5g，枳实6g，竹茹6g，石菖蒲6g，远志5g，党参10g，生地黄6g，当归10g，浮小麦15g，5剂，每日1剂。

7月16日二诊：药后诸症见减，HR由100次/min减为80次/min，唯大便干结，小便稍有热感，苔白，脉弦较细略数，效不更方，上方加焦栀子9g，再服5剂。以后患者曾来诊几次，因病情逐日好转，故坚持用上方服至9月14日，共服20剂，脘胀、口黏、小便灼热感，全除；神疲汗出，明显减轻，是心气已复，痰湿已化之象，唯HR仍波动在80~90次/min，仍感头昏，梦多，脘嘈较甚，脉仍弦略数较细，脉症合参，属血亏未复，因患者苦于服汤药，遂拟三甲复脉汤为丸继续调理：

炙甘草60g，麦冬100g，生地黄100g，火麻仁60g，大枣30枚，阿胶100g，白

芍 100g, 五味子 100g, 鳖甲 100g, 牡蛎 100g, 龟甲 100g。上药共为细末, 炼蜜为丸, 如梧桐子大, 每日 3 次, 每次 10g。

上料丸药服至翌年 2 月 6 日, 患者诉心慌心悸未发, 头昏、腕嘈大减, 脉弦稍细, 脉搏(P)78 次/min, 是血虚渐复之象, 唯觉劳累后有时腰酸, 遂于上方加枸杞子 100g, 再做丸药 1 料, 以资巩固。患者服完药后, 于 7 月曾 2 次来复查, HR 均为 70 次/min, 诸症均告消失。

按: 本患者心慌心悸 2 年余, 心电图提示为窦性心动过速。究其原因因为心血、心气两亏, 痰湿内扰, 故用十味温胆汤加减, 益心气化痰湿, 心率减慢, 诸症减轻, 口黏除, 腕胀消失, 是心气来复、痰湿已化之象。因仍有头昏、腕嘈、脉弦细稍数等症, 足见血亏未复, 故用三甲复脉养血以善后, 服后诸症消失, 心率亦恢复正常。由此说明, 血虚、气虚、痰湿于心律失常虽可单独为病, 也可合并出现, 临床务必辨证求因、审因论治, 方不致误。

例 2: 彭某, 女, 45 岁, 农民, 1978 年 8 月 16 初诊。自诉近十年来经常在傍晚饥饿时心慌心悸, 心跳很快, 用手按之稍感舒适, 伴神疲乏力, 微微汗出, 纳稍差。当天笔者回乡探亲, 正值患者发病, 乃来求诊。观患者表情较紧张, 用手按住胸部, 扪之四肢微微有汗, 苔薄白, 脉弱而数, P 112 次/min, 未发现间歇脉。追问病史, 乃知患者近半年盖新房, 劳累过度, 加之生活比较节俭, 因而发病。证属气血不足, 气虚为主, 拟归脾汤加减:

黄芪 10g, 白术 10g, 党参 10g, 当归 10g, 炙甘草 5g, 朱茯神 6g, 炙远志 6g, 首乌藤 10g, 木香 5g, 石斛 6g, 大枣 5 枚, 浮小麦 15g, 5 剂, 每日 1 剂。

8 月 22 日二诊: 上方连服 5 剂, 神疲乏力明显减轻, 心慌、心悸只发作 1 次, 且时间甚短, 未出汗, 舌淡、苔白、脉细弱。因笔者即将返校, 嘱患者用上方再服 10~15 剂以善后, 至年底笔者再次返乡, 询问患者病情, 诉服药 15 剂, 迄今心慌心悸未发。

按: 患者饥饿时发作心慌心悸, 伴神疲乏力、汗出、脉弱数, 是气血两虚侧重气虚之证, 故用归脾汤气血双补而收功。与上例比较, 二者同源于虚, 但彼属虚实夹杂, 故先用十味温胆益心气化痰湿, 继用三甲复脉养血以收功; 此乃纯虚证且以气虚为主, 故用归脾汤疗效显著。

例 3: 余某, 男, 32 岁, 教师, 1976 年 6 月 9 日初诊。近来经常心慌、心悸, 心慌时自己摸脉发现脉律不整, 但到医院做心电图, 心慌又停止, 故未发现期前收缩及其他异常。自诉心慌时伴胸闷、嗳气频频、纳食尚可、食后稍胀, 舌正、苔白、脉弦有间歇。证属胃虚气逆, 拟旋覆代赭汤加减:

旋覆花 9g 布包，代赭石 12g 先煎，法半夏 9g，生姜 3 片，党参 9g，大枣 5 枚，炙甘草 5g，厚朴 9g，5 剂，每日 1 剂。

6 月 15 日二诊：药后暖气、心慌均见减轻，脉弦、偶有间歇，守上方加丹参 15g，再服 5 剂。并嘱患者只要心慌仍伴暖气，可以照方继服，患者遵嘱共服 25 剂，病情逐日好转，暖气消失，心慌未发。

按：脾以升为健，胃以降为和，今患者心慌伴暖气频频，是胃虚气逆、胃失和降之候，故用旋覆代赭汤和胃降逆，暖气得平而心慌亦除。足见中医治病必伏其所主而先其所因的重要性。

例 4：余某，女，62 岁，家务，萍乡人，于 1975 年 6 月 20 日初诊。哮喘间断发作 10 余年，此次发病月余，在当地服药无效，因其女在南昌学习，故来南昌诊治。自诉气喘，动则加剧，登楼需人扶持，喉中有水鸡声，胸闷特甚，心慌心跳，背心怕冷，咳嗽痰白稀，口稍渴，欲热饮，量不多，纳差，食后脘胀，头昏无力，大便软，苔白根稍厚，脉沉弦寸弱有间歇。证属胸阳不足、痰饮内停、凌心射肺，拟宣痹通阳化饮，方用瓜蒌薤白半夏汤加味：

瓜蒌 12g，薤白 9g，法半夏 9g，茯苓 12g，桂枝 9g，白术 9g，炙甘草 5g，干姜 3g，细辛 2g，五味子 5g，3 剂，每日 1 剂。

6 月 24 日二诊：药后咳喘减轻，可以独自上楼，胸闷心慌亦减，纳稍增，唯晚上气喘仍难平卧，舌淡、苔白，脉沉弦寸弱，间歇减少，效不更方，嘱守方再进 5 剂。6 月 29 日三诊：咳喘继续减轻，能平卧，胸闷心慌大减，背心怕冷亦明显减轻，舌淡、苔白，脉沉略起仍弦寸弱，未见间歇脉，因患者归家心急，因拟下方以善后：瓜蒌 12g，薤白 9g，法半夏 9g，茯苓 9g，桂枝 9g，白术 9g，炙甘草 5g，紫苏子 6g。每日 1 剂，患者回家连服 10 剂，其女来告，除稍觉胸闷气喘外，心慌等症全除。

按：《金匱要略》云：“夫心下有留饮，其人背寒冷如手大。”又云：“夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛。”今患者背心怕冷，咳嗽痰稀，是为痰饮内停之象；而胸闷甚，脉沉弦寸弱，又属阳虚胸痹之候；心慌而脉有间歇又属怔忡之疾。病虽表现为哮喘、胸痹、怔忡三者，而其因为阳虚痰饮内停则一，故用宣痹通阳、健脾化饮的瓜蒌薤白半夏汤合苓桂术甘汤加味，不但哮喘迅速减轻，即怔忡、胸痹也因之而愈。由此说明中医治病不要在病名上寻枝节，而要在证候中求根本。

例 5：朱某，女，80 岁，家务，于 1977 年 7 月 5 日初诊。有慢性支气管炎、肺气肿、肺心病多年，平时动则气喘、咳嗽，合并感染时常出现心慌。近因天气炎热，贪凉受寒，咳喘又作，不能平卧，喉中有水鸡声，痰黏不易出，质稠色或黄或

白,发热不怕冷反恶热,胸闷,心慌,汗出面红,口渴喜冷饮,量不多,胃脘灼热,大便干结。查体温(T)38.2℃,两肺满布哮鸣音及少量湿啰音,HR 125次/min,律不齐,有期前收缩,3~4次/min,心下按之不适,舌红、苔薄黄、脉浮滑数,关脉稍沉,时有一止。证属太阳病未解,内陷阳明,痰热互结胸中,拟葛根黄芩黄连汤合温胆汤加减:

葛根9g,黄芩5g,黄连5g,甘草3g,瓜蒌12g,法半夏9g,茯苓9g,橘皮9g,枳实6g,竹茹9g,鱼腥草15g,3剂,每日1剂。

7月9日二诊:咳喘减轻,心慌、胸闷亦减,稍有低热,但仍怕热,汗出多,大便不结,色深黄,舌红、苔少,脉浮滑稍数,关仍沉,两肺哮鸣音及湿啰音稍减,未闻及期前收缩,守方再进5剂。7月14日三诊:咳喘继减,发热退,心不慌,胸闷汗出面红大减,大便仍色沉不畅,心下按之仍不适,舌红、苔少,脉浮除,仍滑。表证已除,痰热仍存,温胆汤合小陷胸汤加味:法半夏9g,茯苓9g,橘皮5g,甘草3g,枳实6g,竹茹9g,瓜蒌10g,黄连5g,鱼腥草15g,5剂。药后患者孙子来告,除动则有些气喘外,余症消失。

按:本案患者原有慢性支气管炎、肺心病,合并感染后容易诱发心慌。近因受寒,出现发热、咳嗽加剧、面红、汗出、脉促、胸闷、心慌、心下按之不适等症,是外邪内舍心脉之候。根据患者脉促、气喘、面红、汗出、胸闷、心下按之不适等症,辨证为太阳病外证未解,内陷阳明,痰热互结胸中,故投以葛根芩连汤、小陷胸汤、温胆汤诸方加减化裁,外解表邪,内清痰热,数剂而咳喘减,脉促平。说明外邪内舍心脉易于出现在原有心脏病的患者,其治也当辨证求因,审因施治。

例6:陈某,男,50岁,干部,于1991年4月27日初诊。自觉心慌心跳4个月余,曾在某军区总院和某军医院住院治疗2月余,诊断为频发室性期前收缩,因西药疗效不显而就诊于我处。诊时见患者精神尚佳,自觉心慌心跳,偶有胸闷,睡眠欠佳,偶感头昏,纳食二便均正常,舌正、苔白,脉细有间歇。证属血虚,用四物汤加味:

当归10g,白芍10g,生地黄10g,川芎6g,丹参10g,柏子仁10g,磁石10g先煎,首乌藤15g。7剂,每日1剂。

5月5日二诊:服上方后症状大减,偶有心慌,头昏、睡眠均有明显好转,舌淡、苔白,脉细未发现间歇。上方再进7剂。5月12日三诊:心慌消失,其他症状亦除,嘱用原方7剂,以巩固疗效。此后患者保健医生来告知,药后心慌未发。

按:本例患者心慌伴头昏失眠、脉细有间歇,是由心血不足引起,故用四物汤加味获速效。

例7:吴某,女,43岁,工人,于1987年3月14日初诊。患者觉心慌心悸已半年余,曾在几个省级医院及单位职工医院检查心电图,均提示为频发室性期前收缩,有时呈二联律、三联律,用西药及中药治疗均未见效,经朋友介绍而来求治,就诊时询知患者头昏,视力差,眼蒙,心慌,精神尚好,睡眠差,纳、食、二便如常,月经量少、色淡,舌正、苔白,脉细弦有间歇。证属肝血不足、心脉失养,拟下方治之:

当归 10g,白芍 10g,熟地黄 10g,浮小麦 10g,甘草 6g,大枣 5枚,山茱萸 10g,五味子 6g,酸枣仁 10g,丹参 10g,7剂,每日1剂。

3月21日二诊:药后心慌略有减轻,睡眠亦好转,脉舌基本同前,原方再服7剂。以后患者又曾来诊10次,因症状逐渐减轻,故用上方继服,共服84剂,期前收缩消失而停药。

按:本例患者除心慌心悸外,还有头昏、视力减退、眼蒙、睡眠差等症,辨证为肝血不足、心脉失养,用《金匱要略》“补用酸,助用焦苦,益用甘味之药”的肝虚证治法,取得了良效。

例8:李某,男,48岁,干部,于1987年4月2日初诊。患者自觉心悸胸闷1年余,曾到某医院住院治疗,做过各种检查,除窦性心动过速外,余无发现,服用“心得安”,可暂时控制心律,停用或减量心慌又发。来诊时除心慌心悸外,胸闷明显,口苦,口黏,纳食一般,睡眠差,小便黄,大便软成条,日一行,精神欠佳,舌红、苔白厚、脉濡数。证属湿热扰心,拟方为:

法半夏 10g,云茯苓 10g,陈皮 10g,甘草 6g,枳实 6g,竹茹 10g,磁石 10g先煎,丹参 10g,首乌藤 15g,7剂,每日1剂。

4月10日二诊:药后胸闷略减,余症如前。上方继服7剂。4月17日三诊:药后胸闷又减,余症不变。继服7剂。上方共服42剂,除胸闷略有好转外,心悸未减。患者甚为失望,一段时间中断治疗,后又因天气变化致症状加剧,于7月4日再诊,舌脉基本如前,处方:法半夏 10g,陈皮 10g,茯苓 10g,甘草 6g,枳实 6g,竹茹 10g,黄连 6g,焦栀子 6g,7剂。服药后心慌心悸顿失,原方继服,共服28剂,心悸未再发。

按:本例长期治疗无效,是因重视了湿而忽视了热,即“脉数”这一辨证要点,后加用黄连、栀子以清热,获得速效,足见“脉数为热,脉数为虚”是正确的。

例9:朱某,女,5岁,于1988年4月6日初诊。患者因患心肌炎后出现心动过速4月余,因其母在济南某军区医院工作,在该院用过多西药治疗均无效,乃送至南昌婆婆家继续治疗,就诊时除心悸外,口渴欲饮,纳佳,睡眠易惊醒,大

便偏干,小便偏黄,精神尚好,脉细数、舌红、苔微黄。拟天王补心汤加味:

柏子仁 6g,酸枣仁 6g,天门冬 6g,麦冬 6g,当归 6g,生地黄 6g,玄参 6g,丹参 6g,党参 6g,桔梗 6g,茯苓 6g,五味子 3g,谷芽 10g,麦芽 10g,7 剂,每日 1 剂。

4 月 14 日二诊:药后睡眠较安稳,余症未变。原方再服 7 剂。4 月 21 日三诊:药后大便转软,心悸无改变。原方继服 7 剂。4 月 28 日四诊:心悸如故,仔细询问,患者饮水量较多,而且喜冷饮,特别喜吃冰棍,易出汗,不但白天多汗,夜醒也全身有汗,面红,舌红、苔薄黄,脉细数。仔细寻思,患者乃属阳明里热较甚,改用竹叶石膏汤:

竹叶 6g,石膏 10g,甘草 6g,粳米 10g,党参 10g,法半夏 6g,麦冬 6g,7 剂。

5 月 5 日五诊:药后心悸消失,HR 减为 82 次/min,面红、口渴、汗出均有减轻。效不更方,上方继服 14 剂,药后患者心动过速一直未发,上学后学习成绩优秀。

按:本例前几诊忽视了面红、口渴欲冷饮、汗出等症,故用天王补心丹欠妥,后从阳明里热着手,投竹叶石膏汤,获显效。

例 10:甘某,男,17 岁,学生,于 2000 年 7 月 8 日初诊。患者因胸闷心慌,听诊 HR 慢而在某医院检查,除心电图提示窦性心动过缓(43 次/min)外,其余如抗 O、血沉(ESR)等检查均正常,服西药无效,转而服中药,亦无效。不得已暑假回老家南昌,专门来求诊。初诊除自觉胸闷心慌外,患者还怕吹电扇,易出汗,身较沉重,乏力,大便偏软,口稍黏,关节不痛,纳食一般,舌体偏胖、苔白,脉迟寸浮(43 次/min)。拟助气化湿:

防己 10g,黄芪 15g,白术 10g,甘草 6g,大枣 5 枚,生姜 3 片,郁金 6g,枇杷叶 6g,7 剂。

7 月 15 日二诊:药后胸闷心慌均减轻,汗出、怕风亦有好转,P 53 次/min,两寸仍较浮,舌体胖、苔白,守原方再服 7 剂。7 月 22 日三诊:药后诸症又见减轻,HR 61 次/min,上方继服 7 剂。以后患者来复诊几次,症状逐渐减轻,HR 稳定在 61 次/min 以上,因患者即将开学,故嘱其服上方至怕风、汗出完全消失为止。

按:本例属心动过缓,但抓住汗出、怕风、脉浮、身重等症,投防己黄芪汤加味而获效,足见心动过缓不完全属阳虚。

3 结语和体会

①心律失常的病因和治法已如上述,因限于个人的经历所及,故对病因和治法的讨论不够全面,特别是对外邪内舍心脉而致的心律失常,因经验有限,故提

不出很多的治法。②心律失常的治法极为复杂,往往虚中夹实,实中兼虚,虚实夹杂,尤其是久病患者,病情更为复杂。故临床必须仔细辨证,可以一法单用,亦可数法合用,方能提高疗效。③心律失常属中医惊悸、怔忡范畴,前人认为本病属虚者多而实者少,尤其是久病患者更是如此。故临床治疗时,不能一味地活血化瘀,亦不能一味地宣痹通阳。④心律失常大多呈慢性经过,故必须坚持治疗,医者患者密切合作,方能取得较好疗效。⑤对心动过缓者,龙骨、牡蛎、苦参之品应慎用,否则,心律会更慢。

期前收缩的中医治疗

1 历史沿革

心悸，《说文解字》注曰：“悸，心动也。”《黄帝内经》中尚无“心悸”“惊悸”之谓，但有心律失常的记载和描述，如《素问·三部九候论》“参伍不调者病”；《灵枢·根结》：“予之短期者，乍数乍疏也。”嗣后，历代医家对此有众多阐述。

汉·张仲景在《伤寒论》说：“伤寒脉结代，心动悸，炙甘草汤主之。”《金匱要略》直接以“惊悸”命名篇名，如“惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治”。

隋·巢元方立“风惊悸候”“虚劳惊悸候”，明确指出：“风惊悸者，由体虚，心气不足……风邪搏于心，则惊不自安。惊不已，则悸动不定。”符合病毒性心肌炎心律不齐的病因病机。

唐·孙思邈《备急千金要方》曰：“阳气外出，阴气内伤，伤则寒，寒则虚，虚则惊。”主张因受外邪，导致虚寒而为病。

宋·成无己《伤寒明理论》中明确指出：“心悸之由，不越二种，一者气虚也，二者停饮也。”

金·刘河间提出火衰水旺而致心悸。

宋·严用和《济生方》认为惊悸由“心虚胆怯”所致，强调情志因素与本病的关系，主张用温胆汤。对怔忡则用“心血不足”“冒风寒暑湿，闭塞诸经”“五饮停蓄，湮塞中脘”所致，“当随其证，施以治法”。

元·朱丹溪进一步提出“责之虚与痰”。认为血虚、痰迷、痰火是惊悸的主要原因，《丹溪心法》说：“怔忡者血虚，怔忡无时，血少者多，有思虑便动，属虚；时作时止者，痰因火动。瘦人多因是血少，肥人属痰，寻常者多是痰。”朱氏认为发病之本均为心虚；标，在惊为痰，在悸为饮，治疗上惊悸时有，用朱砂安神丸；痰迷用定志丸加琥珀、郁金；血少者用四物、朱砂安神丸等。

明·虞抟认为，惊悸怔忡与肝胆有关。他在《医学正传》中指出：“夫怔忡惊悸之候，或因怒气伤肝，或因惊气入胆，母能令子虚，因而心血为之不足，又或遇事繁冗，思想无穷，则心君为之不宁，故神明不安而怔忡惊悸之证作矣。”王肯堂

《证治准绳》中谓：“悸即怔忡，而今人分为两条，谬矣。”在病因方面，认为：“有汗吐下后正气内虚而悸者，有邪气交击而悸者，有荣卫涸流脉结代者。”张景岳对惊悸怔忡的病因病机和证治论述较全面，在《景岳全书》中认为有因病而惊和因惊而病二证，因病而惊，当察客邪，以兼治其标；若因惊而病，宜“安养心神，滋培肝胆，当以专扶元气为主”。并提出“心气强者不易惊，而易惊必肝胆之不足者也”，而“阴虚劳损”者则病怔忡。

清·叶天士对惊悸的认识更臻完善，认为病因主要有内伤七情，操持劳损，痰饮或水湿上阻，清阳失旷；或阳气自虚，痰浊乘侮，水湿内盛，上凌于心；或宿哮痰火，暑热时邪，传入心神。治疗上，除沿用前代医家常法以外，对温病后期阴虚液耗所致惊悸，在复脉汤基础上，去姜、桂、参等温补，加白芍以养营阴，或用酸枣仁汤、黄连阿胶汤等甘柔养心阴，反对妄用辛散走泄。对心悸重症，或交通心肾，或填补精血，或培中以宁心。

清·王清任《医林改错》以血府逐瘀汤治心悸怔忡，提出了瘀血内阻也能导致心悸怔忡。

综合历代医家的经验，可归纳为以下几点：

①病因：外邪、七情、痰饮、瘀血、阴阳气血亏虚。②病机：风寒暑湿诸邪搏击心神；痰饮内停，胸阳失旷；痰火内扰；心脏虚损；心虚胆怯；肝气郁结；肝胆不足，母令子虚；心脾两虚；瘀阻心脉等，皆能使心神失宁、心动无力、心脉滞阻而心之气血不能顺接，遂致脉结代而成心悸之证。

2 临床辨治

心律失常一病，以虚证为主，尤以心脏虚弱为主，而肺、脾、肝、肾、气血阴阳之虚，也可影响或加重心脏的亏虚。心律失常总是本虚而标实，邪去之后，当以扶正补虚为主。

2.1 心气不足、心阳不振

症状：心悸气短，头晕乏力，自汗，动则易作，苔薄白，舌质淡红，脉细弱结代，若见形寒肢冷，面色㿔白，或有水肿，动则气短气急，舌淡，脉沉细，则为心阳不振之证。

治疗：补益心气。用四君子汤加黄芪，如兼有神疲乏力，不耐疲劳，怠惰嗜睡，头晕等症，是中气不足，可用补中益气汤；如有心阳不振之证，则与真武汤合用，可酌情加淫羊藿、巴戟天；若兼见脾肾阳虚者，方用真武汤合理中汤。

2.2 心阴亏耗、气阴两亏

症状：心悸易惊，心烦失眠，口干微热，五心烦热，盗汗，舌红少津，脉细数结代。或兼见气虚证象，舌偏红，但苔薄少而不干。

治疗：滋阴养血、宁心定悸。可用天王补心丹合朱砂安神丸，兼有严重失眠心烦者，为有火旺之证，可合用黄连阿胶鸡子黄汤；若兼有肝肾阴亏的症状，可合用知柏八味丸、大补阴丸、一贯煎等；气阴两虚者，可用生脉散、炙甘草汤，用炙甘草汤的关键是处方剂量应按《伤寒论》中的比例使用，特别是炙甘草和桂枝两味不可轻用。

2.3 心虚胆怯

症状：心悸，善惊易恐，遇惊则心悸，坐卧不安，少寐多梦，食少，恶闻声响，苔薄，脉细数或弦而无力兼见结代。

治疗：养心安神、镇惊定志。可用平补填心丹；如夹痰者，可用十味温胆汤。

2.4 痰饮内停、心脉瘀阻

症状：心悸，短气，胸脘痞闷，痰多，食少，眩晕，恶心，渴不欲饮，苔白腻，有饮邪则苔滑腻，脉弦滑结代。如见胸痛时作，胸闷心悸，唇甲青紫，舌质暗或瘀斑，脉涩结代，为有瘀阻之证。

治疗：理气化痰。可用温胆汤或导痰汤，若兼便秘者可加芒硝或大黄；兼见痰火内扰，可用黄连温胆汤；兼有饮邪者，可合苓桂术甘汤，或金匱肾气丸、济生肾气丸；心脉瘀阻者可用血府逐瘀汤；临床上痰瘀常常互结，两法当应兼用。心脉瘀阻一证，也常与上述各型相兼，治当权衡。

2.5 肝郁气滞、阴阳失调

症状：情志不畅，胸胁苦满，月经失调，经行腹痛，经前乳房结块胀痛，烦躁，月经前后心悸加重，苔薄，舌淡红，脉弦。若见面部时有烘热，汗出，怕冷，手足欠温，心烦，易作口舌溃疡等症，为阴阳失调之象，易见于更年期。

治疗：疏肝理气、调经宁心。用逍遥散或丹栀逍遥散，可与甘麦大枣汤合用；阴阳失调者，可用二仙汤合生脉散加生地黄、熟地黄。

2.6 其他常用方药

据笔者体会，酸枣仁汤适用于各种辨证类型的心悸、失眠证。本病中，胸闷是常见症状，苔腻者可用丹参饮或瓜蒌薤白半夏汤，苔不腻者宜用郁金、瓜蒌皮。

临床常用的抗心律失常中药，据报告和笔者的临床体会，主要有以下几种。桑寄生：宜重用至30g以上，据实验研究，有类维拉帕米样作用，有镇静及舒张冠脉，增加冠脉流量及抗垂体后叶素等作用。万年青根：30g以上，有强心、抗心律

失常作用。茶树根:30g以上,有强心、抗心律失常作用。炙甘草:20g以上,有盐皮质类固醇、糖皮质激素相似作用,抗变态反应作用,有免疫抑制作用。苦参:15g以上,有奎尼丁样效应。虎杖:20g以上,有抗心律失常的作用。附子:12g以上,有强心、抗心律失常、增加冠脉流量、镇静等作用及某些自主神经药理活性。桂枝:12g以上。黄连:6g以上,具有抗心律失常作用及镇静作用。以上几味,在各种辨证类型中均可选用。

在感受外邪以后,出现心律失常的早期,可选用一些清热解毒的祛邪药,常用的有:金银花、连翘、大青叶、板蓝根、防风、黄连、黄芩、白花蛇舌草、重楼、贯众等。

调理脾胃法在胸痹治疗中的运用

袁师通过数十年的临床实践,认识到不少胸痹的发生,与脾胃功能失调密切相关,从调理脾胃入手,常能获得较好疗效。

1 脾胃功能失调形成胸痹的机制

胸痹虽有虚实寒热之分、在气在血之异,然胸中阳气虚衰、邪气乘虚入侵阳位、痹阻气机则是共同的发病机制。正如喻嘉言所说:“胸中阳气,如离照当空,旷然无外,设地气一上,则窒塞有加,故知胸痹者,阳气不用、阴气上逆之候也。”叶天士亦指出:“若夫胸痹者,但因胸中阳虚不运,久而成痹”(《临证指南医案·胸痹》)。

胸中阳气,又名宗气,是心、肺二脏功能的总概括。宗气的强弱,与脾胃的健运与否有直接关系。脾胃为水谷之海、气血生化之源、气机升降之枢纽,人体各部都必须通过脾胃及其经脉的作用,而获得后天的营养,始能精力充沛、机体健康。若脾胃一衰,则百脉失养,诸病丛生。故《黄帝内经》有“食气入胃,浊气归心,淫精于脉”“饮入于胃,游溢精气,上输于脾;脾气散精,上归于肺”之训,更有“胃之大络,名曰虚里,贯膈络肺,出于左乳下,其动应衣,脉宗气也”之说。由此可知,心肺虽居上焦,实赖脾胃之健运,脾胃为宗气之源。

若肥甘无度,饥饱不调,情志过极,劳逸过度,致使脾胃损伤;气虚无以上奉,

则宗气匮乏，久之则心阳虚衰；血虚无以灌注，则血脉不充，脉道滞涩，久则脉络不通。脾主运化，脾虚不运则湿浊中阻，积久生痰，湿浊上蕴胸中，则胸阳不展；痰浊上逆，阻滞血脉，则痹塞不通。中阳虚弱则寒自内生，与外寒内外相合，上犯心君，则胸阳痹阻，心脉不通。这是本虚标实的胸痹产生的机制。

2 调理脾胃治疗胸痹的运用

治疗胸痹，除从心肺着眼外，还应追根溯源，从导致胸阳痹阻的根本——脾胃功能失调入手。张仲景早在《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证并治》中，即开创了从脾胃论治之范例，如“胸痹心中痞，留气结在胸，胸满，胁下逆抢心，枳实薤白桂枝汤主之，人参汤亦主之。”所说之人参汤，即理中汤，其次如橘枳姜汤等，都是从中焦论治。前者温中益气，后者和胃降逆，以达到振奋中阳，驱除胸中寒邪，或调理气机，而收到消除胸痹之目的。

气虚不运者，当健脾胃、补中气，中气盛则宗气自旺；血亏不荣者，当调脾胃、助运化，脾运健则营血自丰；湿蕴者，当芳香化浊，湿祛则胸阳自展；痰阻者，当健脾化痰，痰消则血脉自通；中焦虚寒者，当温中散寒，寒散则阳气自运，营血畅行。

2.1 宗气不足、健运中气

宗气不足之人，多表现为胸膈部隐隐作痛，时发时止，心悸气短，动则喘憋，纳呆食少，倦怠乏力，易汗出，面色苍白，舌淡胖，边有齿痕，脉沉细无力，两寸尤甚，或见结代，治以异功散加味，药如党参、白术、茯苓、炙甘草、陈皮、枳壳、桂枝。如兼有失眠多梦者，加首乌藤、炒酸枣仁；腹胀腕闷者，加砂仁、木香；兼瘀血阻络，舌暗有瘀点者，少佐红花、川芎、丹参。

患者虽有胸闷、气喘、胸痛等气机阻滞之症，亦系气虚运行无力而致气滞，治之唯以补虚行滞，不宜用疏散破气之药。正如前人所云，气不虚不阻，凡常人之于气滞者，唯知破之散之，而云补以行气，必不然也；不知实则气滞，虚则力不足运动其气，亦觉气滞，再用消散，重虚其虚矣。

2.2 血不养心、调补脾胃

营血亏虚则脉道不充，血行滞涩，常见胸部隐隐刺痛，心悸，怔忡，胸闷气短，头晕目眩，失眠，唇甲色淡，舌淡红或淡暗，苔薄白，脉细弱涩滞，或结代。治以调理心脾，归脾汤加减。药用黄芪、当归、白芍、龙眼肉、酸枣仁、党参、茯苓、枳壳、生姜、大枣。如舌有瘀点，脉沉涩，瘀血较明显者，可佐入桃仁、红花、川芎、丹参以养血活血；如血亏日久而致阴血俱虚，症见口干、盗汗、夜间烦热者，前方去黄芪，加麦冬、地骨皮；肾阴不足者，加墨旱莲、何首乌、枸杞子等。

本症头晕目眩、心悸怔忡，是血不养心而致，其胸部刺痛、胸闷、舌暗滞有瘀点、脉涩等瘀象，乃营血亏虚、血少不运而致脉道滞涩不通，故治疗上不可用过活血逐瘀消伐之品，应养血以行血。正如《医论三十篇》所云：“江河之水，浩浩荡荡，岂能阻塞，惟沟浚溪谷，水浅泥淤，遂至壅遏，不疏导源江河，资灌输以冀流通，惟日事疏凿，水日涸而淤如故也。”调脾胃、滋化源，即“导源江河”以资灌输流畅，如只知活血化瘀通络，必事与愿违。

2.3 湿浊蕴结、芳化醒脾

湿邪弥漫，易阻气机，多见胸部闷痛，阴雨天加重，脘痞纳呆，口黏恶心，头晕沉重，便软不爽，小便浑浊，苔白腻，脉濡缓。脾主运化水湿，祛湿必先醒脾运脾，方用三仁汤合六一散加减。药用藿香梗、荷梗、厚朴花、杏仁、白豆蔻、薏苡仁、石菖蒲、枳壳、茯苓、半夏、滑石等。湿为阴邪，重浊黏腻，易伤阳气，如中阳不足或热象不显者，宜少佐砂仁、干姜二药，以振奋中阳；如见口苦而黏，口干欲饮，小便黄，苔黄腻而湿热偏重者，加黄连、黄芩、茵陈以清热祛湿，但量不宜大。

2.4 痰浊痹阻、化痰宣痹

痰浊痹阻之胸痹，以胸部窒闷而痛为特点，或胸痛彻背，背痛彻心，心中痞气，胸满咳喘，痰黏不爽，肢体酸楚，沉困乏力，舌淡暗苔白腻，脉沉伏或弦滑，为胸阳阻闭不通所致。故《金匱要略》治此，急以开痹通阳为法，用瓜蒌薤白半夏汤，或枳实薤白桂枝汤。袁师遇此证，常以上方合小陷胸汤进退治之，药用瓜蒌、枳实、半夏、薤白、桂枝、厚朴、茯苓等。如心阳虚衰者，加附片、干姜；如痰郁久化热，而成痰热痹阻者，则以黄连温胆汤加味，药如瓜蒌、枳实、黄连、陈皮、胆南星、姜半夏、石菖蒲、郁金、茯苓、竹茹等。此为应急之用，治标之举，待病情缓解，疼痛减轻，则上方应减药减量，逐渐加入健脾运中之品，最后应以调补脾胃之药收功，如以香砂六君子汤、加味异功散等，以杜痰湿滋生之源，固宗气旺盛之本，中气健运，生化之源不绝，则痰浊湿邪不生。

2.5 寒气上逆、温中散寒

中阳虚衰，阴寒内盛，上逆心胸之胸痹，多发于脾胃阳虚之人，又感外寒。症见卒然心痛如绞，形寒肢冷，甚则冷汗出，短气心悸，或兼见脘腹冷痛，大便稀溏，小便清长，舌淡苔白，脉沉迟。治用附子理中汤加桂枝、高良姜、半夏等，以温中散寒、降逆通络而止痛。

《诸病源候论·胸痹候》云：“寒气客于五脏六腑，因虚而发，上冲胸间则胸痹。”说明五脏虚损，寒邪入侵，皆可导致胸痹发生。但其发病亦可按三焦辨证，上焦心肺阳虚寒侵者可引起，下焦肝肾阳衰寒厥者，可诱发，中焦脾胃虚寒者，亦