

心悸的中医治疗

★ 黎鸿富 (上海中医药大学附属龙华医院 2003 级博士研究生 上海 200032)

★ 指导:林钟香 (上海中医药大学附属龙华医院 上海 200032)

关键词:心悸;中医药疗法;综述

中图分类号:R 256.21 文献标识码:A

心悸包括惊悸、怔忡,是心血管系统的常见病,也是多种疾病中的常见症状。本文就中医药治疗心悸的概况作一综述。

1 历代名医论述

历代医家对心悸的治疗各具特色。汉·张仲景对此颇多论述:心阳虚的证治“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。”及“火逆下之,因烧针烦躁者,桂枝加龙骨牡蛎汤主之。”阴阳两虚的证治“伤寒,脉结代,心动悸,炙甘草汤主之”;脾阳虚弱、水气内停的证治“伤寒厥而心下悸,宜先治水,当服茯苓甘草汤。”及“伤寒若吐若下后,心下逆满,气上冲胸,起则头眩,脉沉紧,发汗则动经,身为振振摇者,茯苓桂枝白术甘草汤主之。”“伤寒二三日,心中悸而烦者,小建中汤主之”;水气凌心的证治“太阳病发汗,汗出不解,其人仍发热,心下悸,头眩,身目动,振振欲僻地者,真武汤主之。”邪引停饮的证治“伤寒五六日,中风,往来寒热,胸胁苦满,嘿嘿不欲饮食,心烦喜呕……小柴胡汤主之……若心下悸,小便不利者,去黄芩加茯苓四两。”唐·孙思邈注重风邪外袭和虚风内动而致心悸,在《千金要方·卷十四·小经腑方》特设风虚惊悸第六,载方 23 首,临证中擅用防风、独活等风药。金·成无己提出:“夫惊悸者,心虚胆怯之所致也……夫怔忡者,此心血不足也……又有冒风寒暑湿,闭塞诸经,令人怔忡。五饮停蓄,壅塞中脘,亦令人怔忡。当随其证,施以治法。”并制方远志丸、益荣汤、龙齿丹、茯苓饮子。元·朱丹溪提出“惊悸者血虚,惊悸有时,以朱砂安神丸。痰迷心膈者,痰药皆可,定志丸加琥珀、郁金。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,真觉心跳者是血少,四物、朱砂安神之类。假如病因惊而得,惊则神出其舍,舍空则

痰生也。”认为心悸当责之虚与痰,并附 7 方以治之。明·张景岳认为“怔忡之病,心胸筑筑振动……此症惟阴虚劳损之人乃有之……惊有二证,有因病而惊者,有因惊而病者,如东方色青,人通于肝,其病发惊骇,及伤寒阳明证闻木音则惕然而惊之类……若因惊而病者。如惊则气乱而心无所倚,神无所归,虑无所定之类。此必于闻见夺气而得之。”在治疗上注重滋补阴阳,调理心肾,提出“凡治怔忡惊恐者,虽有心脾肝肾之分,然阳统乎阴,心本乎肾。”列举七福饮、大补元煎、左归、右归、大营煎、理阴煎、二阴煎、加味一阴煎、逍遥饮、益营汤、姜术汤、养心汤、宁志丸、十四友丸、朱砂安神丸、八物定志丸、四七汤、七损饮等方治疗。清·叶天士用药轻灵,对心悸的治疗亦是如此。他并不偏重于金石重镇,而是综合其他症状进行辨证,从气血阴阳,或夹痰、夹饮、夹瘀全面调理,这是他治疗本病的特点。药物用得最多的是淮小麦、山茱萸、柏子仁、茯神、远志、人参、丹参、玄参、生地、白芍、麦冬、阿胶、枸杞子、归身、龙眼肉、炙甘草、南枣、建莲、五味等,金石类药物仅有龙齿、龙骨、牡蛎、紫石英、琥珀等几味。所用方药既有古方如救逆汤、外台茯苓饮等,又有自创方剂如人参龙骨方、枸杞桂圆方等共 40 余方。清·王清任认识到血瘀可致心悸,在《医林改错·血府逐瘀汤所治之症目》写道:“心跳心慌,用归脾安神等方不效,用此方百发百中。”其他医家如陈士铎、何梦瑶、沈金鳌、王九峰、唐宗海、张锡纯等也有所论述,在此不一一详述。

2 现代治疗

当代医疗工作者结合现代医学研究成果和对心悸的治疗进行了许多有益的探索。罗氏^[1]将心悸病的治法归纳成“补、清、通、镇”四法。补法包括益气、养阴、温阳;通法有活血化瘀、行气豁痰;清法为清热;镇法为镇静安神。镇法是罗氏治疗心悸病的

必用方法。对于老年心悸注重益气养阴、调治五脏,以生脉散为主方进行化裁^[2]。沈氏^[3]对心虚胆怯之心悸从胆虚寒论治,提出用千里流水汤治疗。焦氏^[4]提出从肝论治心悸的着眼点在虚、火、瘀三方面,临床常见证型有心胆气虚、心肝火旺、心肝血虚、心血瘀阻4种。王氏^[5]提出从肝论治三法:疏肝理气定悸法,柴胡疏肝散加减;清肝泻火定悸法,龙胆泻肝汤加减;养肝滋阴定悸法,杞菊地黄汤加减。毕氏^[6]提出因虚致瘀生痰是心悸发病的根本;以补心为主,补、消、化结合是治疗心悸之大法;心悸急症,辨心气虚为主还是心阳虚为主,分别使用大剂量参麦针剂或参附针剂静滴。路氏^[7]提出更年期心悸的发生,其病位在心,病本在肾,与肝、脾相关。故治疗重点在肾,以平衡阴阳,燮理脏腑,调理气血为主,顾护兼证视其病理机制而随证施之辅助治法。王氏^[8]认为心悸的病因病机在于气阴不足为其本,痰瘀互阻为其标,气虚、阴虚、痰浊、血瘀是心悸的重要病理基础;辨证应以虚实为纲,治疗时主张益气养阴治其本,化痰逐瘀治其标,临床用药须虚实兼顾,但应分清主次,抓住主要矛盾,灵活加减。汪氏^[9]认为正气虚损是内因,邪气入脏犯心是外因,气血失调、痰浊内停是病机,去邪气、理气机、调和阴阳气血辨其治。

3 实验研究

3.1 汤药研究 谢氏^[10]运用“黄柏平悸汤”配合心律平(治疗组)治疗气阴两虚型快速性心律失常76例,并与单用心律平(对照组)治疗52例进行对照,结果显示治疗组总有效率(92.1%),明显高于对照组(63.7%),两组疗效比较有非常显著性差异($P < 0.01$)。进一步分析表明:两组治疗房性、房室交界性、室性早搏疗效差异有非常显著性意义($P < 0.01$),两组治疗室上速、短阵室速差异有显著性意义($P < 0.05$),治疗组优于对照组;对房颤、房扑两组治疗差异无显著性意义($P > 0.05$),但治疗组总有效率高高于对照组。李氏^[11]用中药升率汤治疗缓慢性心律失常50例,与用肾上腺素能 β 受体兴奋剂或抗胆碱药物治疗47例相对照,结果显示中药组总有效率为86%,对照组总有效率为55.32%,两组对照差异非常显著($P < 0.01$)。值得引起注意的是对阿托品无效的病窦组患者的心率,经用升率汤后仍可以提高心率。杨氏^[12]在阿托品的基础上加用中药治疗缓慢性心律失常42例,与单用阿托品治疗40例相对照,中药组总有效率为95.2%;对照组总有效率为75%,两组有显著性差异($P < 0.05$)。远期疗效比较:两组患者在停药半年后,治疗组复发6

例(14.3%),对照组复发19例(47.5%),两组复发率比较,差异非常显著($P < 0.01$)。李氏^[13]用中药益气温阳通络剂治疗缓慢型心律失常45例,并与同期采用西药治疗的缓慢型心律失常33例对照,治疗组中,痊愈率35.6%,显效率33.3%,总有效率91.1%。对照组痊愈率18.2%,显效率18.2%,总有效率78.7%。两组结果经统计学处理,其痊愈率及显效率有非常显著性差异($P < 0.01$),其总有效率有显著性差异($P < 0.05$)。张氏^[14]用益气活血中药结合普罗帕酮治疗44例病毒性心肌炎心律失常的患者,与单纯服西药普罗帕酮治疗的42例对照,结果治疗组、对照组有效率无显著差异,而治疗组达到有效所需时间,治疗组为(14 ± 4.3)天,对照组为(28 ± 6.2)天,两组比较, $P < 0.01$ 。蔡氏^[15]用自拟“心悸方”配合西药心律平治疗的58例频发室性早搏,并与对照组(单纯用心律平)52例进行疗效对比,结果治疗组疗效优于对照组($P < 0.01$)。于氏^[16]用益气通络、活血化痰中药配合盐酸普罗帕酮(心律平)治疗冠心病心律失常56例,与单纯西药心律平治疗44例进行对照,结果两组显效率及总有效率比较均有统计学意义($P < 0.05$)。伴随症状改善治疗组明显优于对照组($P < 0.05$)。宋氏^[17]用复律煎剂治疗快速性心律失常90例并与心律平治疗30例进行对照,结果治疗组与对照组有效率比较, $P < 0.01$ 。

3.2 中成药研究 张氏^[18]对172例冠心病心律失常患者,采用随机单盲分组对照方法进行临床研究,其中中西医结合治疗组(心律平+补心气或滋心阴口服液)87例,西药组(心律平)85例。治疗8周后,两组总有效率分别为85%和57%。经统计学处理差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。赵氏^[19]对72例急性心肌梗死(AMI)后梗死相关血管(IRA)未通者随机分为治疗组和对照组各36例,治疗组以中药汤剂(补阳还五汤加减)及针剂(参脉注射液、复方丹参注射液、川芎嗪)配合AMI常规西药治疗,对照组以AMI常规西药治疗,观察两组严重心律失常的发生情况。结果显示两组患者严重心律失常的发生率分别为22.2%和58.3%,有显著性差异($P < 0.01$)。提示运用中西医结合疗法防治AMI后IRA未通者并发严重心律失常的疗效优于单纯西药组。许氏^[20]对102例AMI患者随机分为中西药治疗组和西药治疗对照组,每组51例。中药治疗组采用针剂葛根素和脉安定静滴,对照组用极化液静滴;溶栓和其它治疗两组相同,均采用常规方法。结果显示中西药治疗组心律失常较对照组显著减少($P <$

0.01)。陈氏^[21]用复脉口服液治疗心律失常 100 例,与西药美心律治疗 100 例对照结果显示治疗组总有效率 86%,对照组 66%,两组有显著差异($P < 0.01$)。张氏^[22]用稳心颗粒联合慢心律治疗室性心律失常 39 例,对照组只用慢心律治疗 37 例,结果治疗组与对照组有效率比较 $P < 0.05$ 。李氏^[23]用稳心颗粒治疗病毒性心肌炎心律失常 38 例,对照组用心律平治疗 38 例,结果显示症状疗效步长稳心颗粒组优于心律平组($P < 0.05$),24 小时动态心电图疗效两组无差异。

总的来说,中药治疗各种类型的心律失常目前没有证据显示可以替代常规西药治疗,但二者结合使用可以增强疗效,降低西药副作用,这可能是中医治疗心律失常的主要研究方向。但在研究中也存在以下问题有待解决:(1)诊断标准及疗效标准中西医的不协调性。中医心悸作为疾病其界定主要依靠患者的自觉症状,而业已证实患者自觉症状与 24 小时动态心电图分析结果极不相符。同样的问题也存在于疗效标准,就如李氏^[23]研究所显示中药症状疗效优于西药,而动态心电图疗效无差异。以后研究采取哪一个标准无疑会对结果产生影响。(2)目前所做的研究大都是以异常心律数量的改变为客观标准,而已有研究显示有些药物可减少异常心律的发生,但不能降低死亡率。所以中药治疗心律失常亦应以远期疗效和终末事件的发生率为观察指标,这也可能是中医治疗心律失常的优势所在。(3)绝大多数的研究停留在临床病例疗效观察,而对其机理较少进行深入研究。

参考文献

- [1] 李晓,赵华. 罗铨主任治疗心悸病的经验[J]. 云南中医中药杂志,2001,22(4):4
- [2] 赵华,李晓. 罗铨主任运用生脉散为主辨治老年心悸的经验[J]. 云南中医中药杂志,2002,23(1):4
- [3] 沈经宇. 从“胆虚寒”论治心悸证[J]. 上海中医药杂志,1995,29(11):31
- [4] 焦华琛. 从肝论治心悸浅探[J]. 河北中医,2003,25(4):208
- [5] 王瑞科,王玉真. 心悸从肝论治[J]. 长春中医学院学报,1994,45(10):18
- [6] 毕云. 从虚痰瘀立法论治心悸的体会[J]. 实用中医内科杂志,1995,9(3):20~21
- [7] 路喜素. 更年期心悸及兼证的辨证论治[J]. 河南中医,1996,16(3):177~178
- [8] 刘昕,鄒杏. 王健教授治疗心悸经验介绍[J]. 新中医,2003,35(4):10~11
- [9] 汪超举. 心悸证治之我见[J]. 黑龙江中医药,1994(4):49~50
- [10] 谢钢. 黄柏平悸汤配合心律平治疗气阴两虚型快速性心律失常 76 例[J]. 湖南中医学院学报,1998,18(2):51~52
- [11] 李杰,方钟武. 升率汤治疗缓慢性心律失常 50 例[J]. 中国疗养医学,1998,7(5):38~40
- [12] 杨达,刘艾. 中西医结合疗法治疗缓慢性心律失常[J]. 中西医结合实用临床急救,1999,6(2):67~68
- [13] 李淑清. 中药治疗缓慢型心律失常 45 例临床分析[J]. 现代中西医结合杂志,2001,10(3):213~214
- [14] 张亚民,陈雷. 中西医结合治疗病毒性心肌炎心律失常 86 例[J]. 上海中医药杂志,2001,35(12):17~18
- [15] 蔡悦,马东申. 中西医结合治疗频发室性早搏 58 例[J]. 中药材,2001,24(5):388~389
- [16] 于真健. 中西医结合治疗冠心病心律失常 56 例[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2003,1(9):544
- [17] 宋国庆,张立德. 复律煎剂治疗快速性心律失常疗效观察[J]. 辽宁中医杂志,2004,31(10):861
- [18] 张苗青,伍贵富. 中西医结合治疗冠心病心律失常 87 例临床疗效观察[J]. 新中医,1998,30(2):21~23
- [19] 赵瑞华. 中西医结合防治急性心肌梗塞并发严重心律失常的临床观察[J]. 菏泽医学专科学校,1999,11(4):48~49
- [20] 许荣廷,王渭冬. 中西药联合防治急性心肌梗死溶栓再灌注心律失常的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志,2001,8(3):166~168
- [21] 陈建忠. 复脉口服液治疗心律失常 100 例临床观察[J]. 河南诊断与治疗杂志,2001,15(3):153~154
- [22] 张太珍,李媛园. 步长稳心颗粒联合慢心律治疗室性心律失常疗效观察[J]. 贵阳中医学院学报,2004,26(3):15~16
- [23] 李楠,薛长玲. 步长稳心颗粒治疗病毒性心肌炎心律失常的临床观察[J]. 河北医药,2004,26(5):391

(收稿日期:2005-10-31)

征稿启事

《江西中医药》新增设的重点栏目有《名方与验方》、《滕王阁医话》等。《名方与验方》要求所介绍的名方应区别于教科书,发前人所未发,验方应确有良效,重点在于介绍名方的临床新用及其临床机理的研究,验方在于收集整理。

《滕王阁医话》主要反映中医教学、科研、临床的一得之见,要求以小见大,有感而文,语言生动流畅,可读性强,富于知识性、趣味性。