中医辨证治疗心悸

□邱保国

鲁某,男,86岁。患者心悸、气短、胸闷、头晕、心动过缓加重2个月,多次出现眼前黑蒙而就诊。

现病史:患者曾在当地某医院就诊,经心电图检查,心室率41次~32次/分,期前收缩3次~5次/分,阿托品试验,即刻心率54次/分,8分钟后心率递降至41次/分,诊为病态窦房结综合征。患者曾用阿托品、复方丹参片等治疗无效,建议安装人工起搏器,患者拒绝安装而来笔者处就诊。

诊见:头晕、心悸、气短,神疲乏力,畏寒肢冷。血压102/60毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),心率42次/分,期前收缩2次~4次/分,体质瘦弱,面色少华,精神欠佳,说话语言断续而清晰,四肢欠温,舌质暗,苔白腻,脉迟缓而结代。

诊断:病态窦房结综合征并期前收缩。

中医辨证:心阳不振,气虚血瘀。

治法:温通心阳,益气活血。

处方:麻黄附子细辛汤合黄芪三参汤加减。麻黄10克,制附片10克,细辛6克,黄芪30克,红参12克,丹参30克,玄参12克,桂枝10克,麦门冬15克,川芎10克。共12剂,每天1剂,水煎,早、晚两次温服。

二诊:8月18日,患者服药12剂后,症状有所改善,心悸、气短、头晕减轻,心率增加至52次~38次/分,期前收缩2次~4次/分,四肢有些温感,前方既合,当进治之。考虑药量略显不足,故麻黄增至12克,制附片15克,细辛8克。共10剂。

三诊:进温阳通脉之品,心阳略振,心悸、头晕、气短有改善,心率52次~41次/分,心律失常,脉仍结代,心电图检查显示频发期前收缩,上方加甘松10克,炙甘草10克。共10剂。

四诊:患者服药后心悸、气短、头晕又有改善,心率52次~43次/分,心律齐,脉迟缓,早排为偶发。在上方基础上增加黄精10克,仙灵脾10克。共7剂。

五诊:患者心率54.62次/分,脉迟,心悸,气短消失,四肢感温。效不更方,继续增减服药,共计3个月余。

半年后,患者女儿告知未复发。

按语:该患者为86岁老年人,基本病机为心肾阳气虚衰。阴寒凝结,兼有血瘀。因阳气虚而无力温煦血脉,阴寒凝结又必致血脉瘀滞而阳气不能通达,从而产生心悸,气短,头晕,黑蒙,脉迟缓。治疗选用麻黄附子细辛汤合黄芪三参汤加减。麻黄附子细辛汤为《伤寒论》之方,用以温补心肾之阳方。方中附子为心热之品,补命门之火,振奋阳气,助阳补火之要药,上助心阳以通脉,中运脾阳,下补肾阳以益火,走窜十二经脉,既温阳又通阳,行气分又入血分,具有温经驱寒,回阳救逆,温补脾肾,助心阳之力;麻黄味辛、性温,散表寒而通阳,宣发布散阳气于血脉肌肤腠理之间,善开腠理,透毛窍,使表里内外之寒邪从表而出;细辛味辛、性温,辛散通经,其辛香走窜之力大于而散发之力,善通关窍,散寒凝,无论实寒虚寒皆能温通散寒,合用黄芪、红参、桂枝,以助升阳气,大补元气,补气升阳,培固根本,回阳气于垂绝,挽救气虚欲脱;丹参、川芎,活血祛瘀,通血脉,散瘀血;玄参、麦门冬,苦甘而气寒,苦寒相合则清热泻火,甘寒相合则滋水养阴,麦门冬可润燥泽枯,玄参养阴,清热,润燥,两药取其以阴制阳。方中大辛大热药过多,阴中求阳,阳得阴助而生化无穷,以制阳药久服致燥伤阴。苦参苦寒,为纯阴纯降之品,甘松其性辛甘温,辛香行散,温能祛寒,善行气散寒,理气开郁。苦参、甘松和炙甘草是经由实验和临床证实的抗心律失常药,可治疗心悸及各种原因引起的期前收缩。该患者虽病位在心,但有肾元不足,故在补气温阳的同时,应佐以补益肾气,《景岳全书》记载:"凡治怔忡惊恐者,虽有心脾肝肾之分,然阳统乎阴,心本乎肾,所以上不宁者,未有不由乎下。"认为心悸的发生与肾关系密切,故方增用黄精、仙灵脾,均入肾经,补命门,滋补肾阴肾阳,以达补肾强心之效。现代药理研究表明:附子主含消旋去甲乌药碱,与异丙肾上腺素相似,可通过激动β_2受体加快心率,并能有效恢复窦房结功能,增强心脏传导系统作用,增加冠状动脉血流量。麻黄内含麻黄碱,麻黄碱的结构与肾上腺素的化学结构类似,能直接与肾上腺及α、β受体结合,产生拟肾上腺素作用,加快心率、增加心搏出量。细辛有提高窦房结频率及交界区频率作用,并加快房室传导功能。炙甘草有类似异丙肾上腺素和去甲肾上腺素的作用,从而提高窦房结的自律性,使心率加快。苦参所含苦参碱、苦参总黄酮等均对氯仿—肾上腺素、乌头碱所致的心律失常有预防和对抗作用。苦参总碱对毒毛花苷诱发的豚鼠室颤有明显的对抗作用;苦参生物碱的抗心律失常机制与阻止Na^+(血清钠)内流、非特异性抗肾上腺素神经和对心肌细胞的直接作用有关,与中枢也有一定关系。研究表明甘松对氯化钡、氯仿—肾上腺素引起的心律失常有对抗作用,甘松所含成分能抑制异位性室性节律、损伤性心房扑动及乌头碱性心房颤动。

临床体会:凡缓慢型心律失常,经辨证为心肾阳虚、阴寒内盛者,均可应用麻黄附子细辛汤,其附子、细辛用量可加至常用量的数倍。对于辨证为阳虚阴寒盛者,为防止附子的毒副作用,应强调附子先煎,且不少于2小时,或用颗粒剂。临床经验表明,只要辨证准确,煎煮方法合理,便可突破常规用量。

(作者为全国名老中医)

常用推拿手法

之三

推拿治疗的主要手段是手法,手法在推拿治疗中起着关键的作用。规范、熟练、适当的手法,并将其操作的方向、频率的快慢、用力的轻重、手法刺激的性质与治疗的部位、穴位以及具体病情、患者体质强弱等相结合,就能发挥调整脏腑,疏通经络,行气活血,理筋整复等作用。

推 法

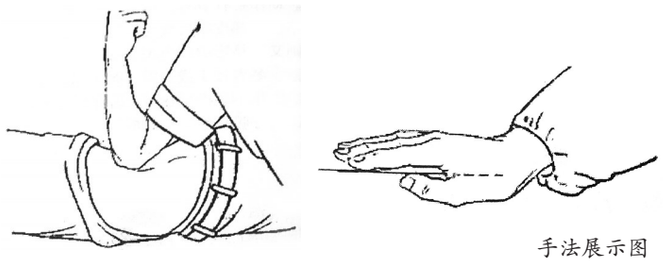
推法有指推法、掌推法和肘推法三种。

动作要领:

用指、掌或肘部着力于一定的部位上进行单方向的直线移动。用指称指推法,用掌称掌推法,用肘称肘推法。肩及上肢放松,着力部位要紧贴体表的治疗部位。操作向下的压力要适中、均匀。压力过重,易引起皮肤折叠而破损。用力深沉平稳,呈直线移动,不可歪斜。推进的速度宜缓慢均匀、每分钟50次左右。临床应用时,常在施术部位涂抹少许介质,使皮肤有一定的润滑度,利于手法操作,防止破损。

临床应用:

可在人体各部位使用。能增高肌肉兴奋性,促进血液循环,并有舒筋活络的作用。



手法展示图

搓 法

动作要领:

用双手掌面挟住一定的部位,相对用力做快速搓揉,同时作上下往返移动,称搓法。操作时双手用力要对称,搓动要快,移动要慢。

临床应用:

搓法适用于腰背、胁肋及四肢部,以上肢部最为常用,一般作为推拿治疗的结束手法。具有调和气血,舒筋通络的作用。

手法展示图

抹 法

手法展示图

动作要领:

用单手或双手拇指螺纹面紧贴皮肤,作上下或左右往返移动,称为抹法。操作时用力要轻而不深、重而不滞。推之轻谓之抹。

临床应用:

本法常用于头面及颈项部。对头晕、头痛及颈项强痛等症常用本法配合治疗。抹法有开跨镇静,醒脑明目等作用。

(河南省卫生健康委员会提供)

中医特色技术·我知道 ZHONGYITESEJISHU

门静脉血栓的介入治疗

□张文广 毕永华 韩新巍

持续性腹痛腹胀通常会想到肠炎、肠梗阻、腹部肿瘤等,其实,临床上很多患者是由门静脉血栓形成引起的。多数人可能听过下肢静脉形成血栓会出现腿部肿胀、疼痛,甚至血栓脱落导致致命性肺栓塞,但对门静脉血栓形成知之甚少。随着各类血管成像技术的广泛应用和诊断水平的提高,尤其是CTA(CT血管造影)、MRA(磁共振血管成像)各种无创性血管成像技术的普及,在腹痛患者中门静脉血栓的检出率逐渐增多。门静脉血栓不是罕见病,门静脉血栓若不及时清除,可导致肠瘀血肿胀、缺血坏死,严重者危及生命。因此,早诊断、早治疗极为关键。

什么是门静脉血栓

门静脉血栓是指在门静脉主干、肠系膜上静脉、肠系膜下静脉或脾静脉内血栓形成。门静脉血栓造成门静脉血流阻塞,引起门静脉压力增高、肠管瘀血,导致肝外型门静脉高压症。

多种病因可以导致门静脉血栓形成,包括炎症、肿瘤、凝血功能障碍、腹腔手术以及外伤等。25%~30%成人门静脉血栓继发于肝硬化,肝硬化合并脾亢患者进行脾切术后门静脉血栓的发生概率明显升高。门静脉血栓形成分为原发性和继发性,根据部位可分肝内和肝外,根据发病情况可分急性和慢性。临床上以继发性门静脉血栓形成相对多见,多继发于慢性肝病、肿瘤,尤其是在脾切除术后。

门静脉血栓的诊断

门静脉血栓表现以腹痛为主,疼痛程度决定于血栓形成的急慢、血栓部位、范围和血流阻塞的程度。由于腹痛腹胀缺乏特征性表现,临床上容易误诊误治。血栓部位不同,临床症状亦不同。

肠系膜静脉血栓形成:无特征性表现,最早出现的症状多是腹痛,腹痛多为局限性,少数患者表现为全腹弥漫性腹痛;腹痛呈间歇性绞痛,但不剧烈,持续时间较长;半数患者可有恶心、呕吐;少数患者有腹泻或便血。如并发完全性肠梗阻,可出现脐周阵发性剧烈疼痛,多数伴有明显恶心、呕吐,即腹痛程度与体征不一致;如果病情进一步进展,将出现肠坏死,表现为持续性腹痛、腹胀、便血、腹膜刺激征及休克等,腹穿可抽出血性腹水。

脾静脉血栓形成:主要表现为脾脏迅速增大,脾区疼痛、呼吸困难或发热。

门静脉血栓形成:临床表现差异大,当血栓缓慢形成,局限于肝外门静脉,血栓机化或门静脉海绵样变时,则无不适或仅有轻微的缺乏特异性的临床表现,且常被原发病掩盖。门静脉血栓急性或亚急性进展时,临床表现为中重度腹痛,或突发的剧烈腹痛,合并脾大、顽固性腹水,严重者甚至出现肠坏死,消化道出血及肝性脑病等。

门静脉血栓依靠影像增强检查或血管成像确诊,彩超可以筛查有无门静脉血栓,CT增强门静脉期图像或CT门静脉成像可以确诊血栓、准确显示血栓的部位、范围与血流阻塞程度。

门静脉血栓的介入治疗

内科抗凝治疗,无论有无肝硬化门静脉血栓,患者如果一旦确诊,首先要抗凝治疗,越来越多的证据表明肝硬化门静脉血栓的抗凝治疗是安全有效的。

抗凝治疗的持续时间与患者是否合并易栓症、门静脉血栓的分期及治疗反应有关。对于存在易栓症的患者,如果抗凝治疗安全可行,可能需要终生服药,没有易栓症的近期血栓患者,建议进行至少3个月的抗凝治疗。

介入溶栓治疗:溶栓方式主要有局部导管溶栓和搅拌溶栓。局部溶栓通常有2种途径:第一种是经肠系膜上动脉留置导管注射溶栓药,通过溶栓药回流至肠系膜静脉和门静脉进行溶栓,即间接途径溶栓。经导管间接溶栓,完全恢复门静脉血流的病例极少,对于合并门静脉高压时,亦不能处理因门静脉高压而引起的消化道出血、顽固性腹水、门脉高压性肠病等并发症。另一种是经皮经肝穿刺门静脉,或经颈内静脉—上腔静脉—右心房—下腔静脉—肝静脉穿刺门静脉,在门静脉内直接留置导管并注射溶栓药物进行溶栓,称为导管接触溶栓。经导管直接溶栓可使溶栓药物直接作用于血栓,可提高溶栓效果,减少溶栓药物用量,降低出血风险。搅拌溶栓则是在导管接触溶栓时,利用猪尾巴导管在门静脉血栓处不停旋转、上下抽动等进行搅拌以打碎血栓,再配合局部应用溶栓药物以快速溶解血栓。

机械碎栓、抽栓治疗:利用各种血栓清除装置的物理功能,将血栓打碎、磨碎等,再利用负压抽出体外。溶栓治疗期间要严格监测凝血功能,溶栓过程有可能引起出血并发症,其花费较大,临床应用较受限。

经颈静脉肝内门体分流术(TIPS)治疗:门静脉主干血栓合并门静脉高压时,尤其适用于对抗凝治疗无效或抗凝后仍有进展的肝硬化门静脉血栓患者。TIPS可以应用球囊血管成形术、血栓抽吸术、局部搅拌溶栓等血管内介入技术开通受阻的门静脉血流通道,同时植入支架以压迫血栓、促使血栓溶解,通过建立门腔静脉分流道,可有效降低门体静脉压力梯度,以达到治疗肝硬化门静脉高压并发症的作用。此外,门腔分流道建立后,门静脉血流速度明显增加,不仅可以预防血栓再形成,还能通过"血流冲刷效应"使已形成的血栓程度减轻,逐渐溶解。TIPS治疗肝硬化门静脉血栓的技术成功率为67%~100%,TIPS成功后门静脉的再通率高达80%,近年来,覆膜支架的使用进一步降低了支架功能障碍的发生。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

健康你我 原装生活 JIANKANGNIWO YUANZHUANGSHENGHUO 62

验案举隅

活血化瘀七方汇集

□杨道森

王清任,清代名医,著《医林改错》,在1830年绘成《王氏亲见脏腑全图》一书,修正了中医解剖的一些错误观点。在临床实践中,注重气血理论,制定了活血逐瘀诸方,疗效甚好。然初学者不易掌握,故笔者对临床常用7方:血府逐瘀汤、会厌逐瘀汤、身痛逐瘀汤、通窍活血汤、膈下逐瘀汤、少腹逐瘀汤、补阳还五汤,做进一步归纳整理,编制方歌。

七方总歌

医林改错王清任,逐瘀名汤效如神。
心胸头痛归血府,咽干呛哑会厌寻。
身痛治痹莫要忘,通窍头面四肢真。
腹痛偏热膈下清,偏于寒时少腹温。
若见中风后遗症,补阳还五定乾坤。
此是勋臣传我辈,气血理论细细品。

血府逐瘀汤

方歌:血府桃红四物齐,柴胡甘草枳桔膝;心胸头痛呃逆怒,脉涩弦紧舌瘀议。

方解:方中当归、生地黄、川芎、赤芍4味,即妇科良方四物汤。有活血、养血、补血的作用;桃仁,红花破血祛瘀,合成桃红四物汤,攻中有补(桃仁、红花攻逐,四物活血、补血),以此6味,行血分之瘀。柴胡功能疏肝升阳,枳壳职在宽中消积,桔梗宽胸利膈,以此3味为主,解气分之郁。牛膝既降低上部充血,又引药下行;桔梗祛痰止咳,又载药上行,此二味并用,使气血升降,各得其所,寓理气于活血之中。最后加甘草,调和诸药,使全方协调统一。

组成:桃仁12克,红花9克,生地9克,当归9克,赤芍6克,川芎4.5克,柴胡3克,甘草9克,枳壳6克,桔梗3克,牛膝9克。

主治:原列病症为头痛,胸痛,胸不任物,胸任重物,天亮出汗,食自胸右下,心里热(名曰灯笼病),瞀闷,急躁,夜睡梦多,呃逆,饮水即呛,不眠,小儿夜啼,夜不安,俗言肝气病,干呕,晚发一阵热。现代临床常用来治疗冠心病、心绞痛、神经性头痛、失眠、肝炎肝硬化等。

会厌逐瘀汤

方歌:会厌桃红归芍玄,柴胡地草枳桔含;咽肿喑哑喉中病,水呛血凝皆可痊。

组成:桃仁12克,红花9克,当归9克,赤芍6克,玄参10克,柴胡3克,生地黄9克,甘草9克,枳壳6克,桔梗3克。

方解:此方系从血府逐瘀汤衍化而来。实即血府逐瘀汤去川芎,牛膝,加元参而成。因目的在于咽喉,故去川芎,以免过分发散,去牛膝,不再引血下行,使桔硬能载药上行。加元参以清肺家燥热,解毒消火,此药性凉多液,兼能清补肾经,益水滋木。全方有清热养阴、活血化瘀的作用。

主治:原主治小儿痘疹发病五六天后饮水即呛,舌淡,苔白,脉弦细。现代临床常用来治疗慢性咽炎、喉炎、梅核气、声带息肉、咳嗽等,喉癌、食道癌也可以参考应用。

身痛逐瘀汤

方歌:身痛桃红归地龙,香附没草膝五灵;秦艽羌活治诸痹,服此不怕夜不宁。

组成:桃仁10克,红花10克,当归10克,地龙(去土)6克,香附3克,甘草6克,没药6克,牛膝10克,灵脂(炒)6克,秦艽3克,羌活3克。

方解:本方以桃仁、红花、当归活血逐瘀为主;没药、灵脂化瘀止痛;羌活、秦艽、牛膝、地龙祛风通络;香附行气,甘草调和诸药。诸药合用则有活血祛瘀、祛风止痛之功效。所以久痹当从瘀,瘀祛病自安。

主治:痹症有瘀血者。若微热,加苍术、黄柏;若虚弱,酌加黄耆。现代临床常用来治疗痹症,各种关节疼痛,颈椎病,腰椎病等。

通窍活血汤

方歌:通窍桃红归芍芎,麝香姜枣酒老葱;表里通经第一方,头脑四肢皆可通。

组成:赤芍6克,川芎6克,桃仁9克,红花9克,生姜9克,大枣7枚,老葱9克,麝香0.15克,黄酒250克。

方解:方中以赤芍、川芎、桃仁、红花活血消瘀;生姜、大枣调和营卫;老葱通阳和络,为诸药之使;麝香活血透窍通路,是本方主药;黄酒之用,不可忽视。黄酒性温,通利血脉,活血散瘀,通行十二经,其助药势之力最猛,用之确有事半功倍之效。

主治:头发脱落,眼痛白珠红,酒渣鼻,久聋,紫白癜风,牙疳,干血劳,小儿疳证等。现代临床常用来治疗头痛、耳聋、脱发等头面部疾病。

膈下逐瘀汤

方歌:膈下桃红归芍芎,香丹甘草枳五灵;乌药延胡随方转,积痞肿块攻可行。

组成:炒灵脂6克,当归9克,川芎6克,桃仁9克,丹皮6克,赤芍6克,乌药6克,元胡3克,甘草钱9克,香附4.5克,红花9克,枳壳4.5克。

方解:方中灵脂直入肝经,通利血脉,散瘀止痛;当归甘温补血、辛苦活血、气香行滞;川芎辛散温通,行血中之气;丹皮、赤芍寒凉,除血中瘀热;桃仁、红花破血泄滞,上药并用,能凉血而不成瘀,活血而不妄行。加入元胡,重在活血逐瘀、消积化痞;乌药为胸腹逆邪要品,顺气降逆;香附为疏肝利胆妙药,开郁散结;枳壳宽中消胀;甘草缓急止疼,兼司调和诸药,能疏肝解郁,利气行滞,开胸快腑。该方可使人气血通畅,达到"通则不痛"之功效。

主治:积聚痞块,痛不移处,卧则腹坠,及肾泻、久泻由瘀血所致者。现代临床常用来治疗慢性活动性肝炎、糖尿病、不孕症等。

少腹逐瘀汤

方歌:少腹逐瘀归芍芎,桂茴干姜蒲五灵;没药延胡共为煎,温肾种子暖胞宫。

组成:小茴香(炒)7粒,干姜(炒)0.6克,延胡索3克,没药(研)6克,当归9克,川芎6克,官桂3克,赤芍6克,蒲黄9克,五灵脂(炒)6克。

方解:当归、川芎即佛手散,有活血去痛之用,辅以赤芍,祛瘀益血,效用更佳,功近四物汤。灵脂、蒲黄为失笑散,通利血脉,散结定疼,颇有实效。元胡、没药,行气去滞安痛。而当归、川芎配伍干姜、肉桂,有生化汤意,更以小茴香为向导,引药下行,直趋下元,行气活血。实则博采众长,集数方于一炉、鼓铸而成活血化瘀、温经止痛之剂。

主治:少腹瘀血积块,疼痛或不痛,或痛而无积块,或少腹胀满,或经期腰酸、小腹胀,或月经接连不断,其色或紫或黑,或有血块,或崩或漏,兼少腹疼痛,或粉红兼白带者,或瘀血阻滞,久不受孕等。

补阳还五汤

方歌:补阳桃红归芍芎,半斤黄芪加地龙;中风后遗成萎废,阳气十全此为功。

组成:黄芪(生)120克,当归6克,赤芍5克,地龙(去土)、川芎、红花、桃仁各3克。

方解:该方证由中风之后,正气亏虚,气虚血滞,脉络瘀阻所致。正气亏虚,不能行血,以致脉络瘀阻,筋脉肌肉失去濡养,故见半身不遂、口眼歪斜。气虚血瘀,舌本失养,故言语不顺畅;气虚矢于固摄,故口角流涎、小便频数、遗尿失禁;舌暗淡,苔白,脉缓无力为气虚血瘀之象。该方以气虚为本,血瘀为标,即所谓"因虚致瘀"。治当以补气为主,活血通络为辅。本方重用生黄芪,补益元气,意在气旺则血行,瘀去络通,为君药;当归尾活血通络而不伤血,用为臣药;赤芍、川芎、桃仁、红花协同当归尾以活血祛瘀;地龙通经活络,力专善走,周行全身,以行药力,亦为佐药。

主治:中风之气虚血瘀证。

(作者供职于郑州市颈肩腰腿痛医院)