

## 从脾病论治房颤的尝试初探

马英明

**【摘要】** 房颤是临床上最常见、危害较大的心律失常疾病,现代医学主要围绕着控制心率和防栓、抗栓治疗,不能完全控制并发症和稳定疗效是临床治疗房颤遇到的最大困扰。虽然现代中医理论把房颤归属于心悸范畴,但是不论在病机还是证型的分析和描述都显得相当有限。本文通过对房颤律的脉学特点,挖掘传统中医对房颤的认识,认为房颤脉古已有之;房颤脉是脾病范畴;房颤脉是脾真藏脉。根据《黄帝内经》《伤寒杂论》《脾胃论》等古籍所载,从培补中气、升提宗气、温中化饮三方面论治脾病,提出培土、升陷加味、化饮三方,以期从中医理论出发在根本上治疗以获得控制复发率和并发症的成果。文末列举病例以详细阐述。

**【关键词】** 房颤脉; 脾真藏脉; 脾病; 培土散; 升陷加味汤; 化饮散

**【中图分类号】** R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.03.028

中医理论认为房颤属心悸范畴,心悸发作时脉象或数,或迟,或节律不齐。由脉象可以推断出,与心悸对应的现代医学诊断是心律失常。《中医内科学》描述心悸脉象云:“脉率不整型心悸:脉象可见有数时一止,止无定数之促脉;缓时一止,止无定数之结脉;脉来更代,几至一止之代脉,或见脉象乍疏乍数,忽强忽弱之雀啄脉。”<sup>[1]</sup> 此类最后描述的即是临床所见房颤,辨证分型仅为心虚胆怯证等七型,从理论储备和临床分型上已经明显落后于临床实际,不能满足于实际需求,而在治疗房颤的领域中更显得捉襟见肘。近十几年来的有关房颤临床研究多重在治法和辨证分型,如养血息风<sup>[2]</sup>、疏肝解郁<sup>[3]</sup>、益气养阴<sup>[4]</sup>、益气活血<sup>[5]</sup>等治法上的研究都获得一定的效果,也做过用中药替代抗凝药的考察<sup>[6]</sup>,从辨证分型<sup>[7-9]</sup>、房颤病因<sup>[10-12]</sup>的角度探讨房颤病机和发生规律是对现代中医在房颤领域的有益补充。本文意从中医理论出发探讨房颤:一为彰显房颤的中医病性本质归属是脾病系;二为辨脾病论治的治疗思路。

### 1 历代中医典籍中的房颤

#### 1.1 房颤的中医病性

《难经》云:“脉来上天下兑,濡滑如雀之啄曰平;啄啄连属,其中微曲曰病;来如解索,去如弹石曰死。”“来如雀之啄,如水之下漏,是脾衰见也。”《脉经》云:“得病七八日,脉如屋漏、雀啄者,死。脉来如弹石,去如解索者,死。”现代脉学研究表明,房颤脉在历史上称为“解索脉”<sup>[13]</sup>“散脉”<sup>[14]</sup>的怪脉特征相符。《中医大辞典》云:“脉象忽疏忽密,节律紊乱如解索之状。”<sup>[15]</sup>《中医诊断学》云:“脉在筋肉之间,乍疏乍密,如解

乱绳之状。这是一种时快时慢,散乱无序的脉象。”<sup>[16]</sup>《中医脉象研究》云:“解索脉是一种脉律散乱,脉力大小不等,脉率时快时慢反复出现,且脉率多在 80~150 次/min 之间的紊乱脉象……脉来快慢不等,乍疏乍密,脉力强弱不等,脉律散乱无序,绝无规律。……解索脉的形成机理主要为心房颤动所致。”<sup>[13]</sup>此为确论,无可辩驳。房颤的临床体征是短绀脉,其中医脉学特点为“乍数乍疏”或“乍短乍长”。历代医家受《难经》《脉经》的影响甚深,未能深入考察《黄帝内经》。事实上,能深研《内经》且能受后世推崇者不过十指之数。本文旨在挖掘《内经》中有关房颤的医理和性质,探讨其病机和治疗,以开辟新的诊治视角和思维。

房颤在《黄帝内经》中确有记载,如《素问·玉机真脏论》云:“真脾脉至,弱而乍数乍疏,色黄青不泽,毛折,乃死。诸真藏脉见者,皆死不治也。”而“乍数乍疏”正是房颤脉的典型脉象特点。同样在《灵枢·根结第五》云:“五十营者,五藏皆受气。持其脉口,数其至也,五十动而不一代者,五藏皆受气;四十动一代者,一藏无气;三十动一代者,二藏无气;二十动一代者,三藏无气;十动一代者,四藏无气;不满十动一代者,五藏无气。予之短期,要在终始。所谓五十动而不一代者,以为常也,以知五藏之期。予之短期者,乍数乍疏也。”从脉搏跳动特点上看,极为符合现代临床所见的心律不齐体征。其中代脉与异位搏动脉象相应,“乍数乍疏也”与房颤脉象相应。文中最初所见代脉,并因频次由少变多的变化决定脏腑由强变弱的程度,二者关系呈现反比。代脉是脾之病脉,代脉出现即意味着脾病,直到出现“乍数乍疏”的脾真藏脉,故而,房颤脉即是脾真藏脉,可见,代脉是脾病的标志,真藏脉也即房颤是脾病最严重的标志。在《内经》中,见诸所载凡有关“真藏脉”的语句其结果尽为“死不治”或“乃予之期日”等,因知其预后极为不良。按古人论,此脉出现即可判断病人生死的时间。由此设论:房颤脉古已有之;

作者单位:中国中医科学院望京医院心内科

作者简介:马英明(1973-),本科,主治医师。研究方向:中医药治疗心血管。E-mail:928220155@qq.com

房颤脉是脾病范畴;房颤脉是脾真藏脉,是古代医家认为病势沉重的特征。

## 1.2 病因探究

中医理论认为心尖搏动部位为“虚里”,是胃之大络,是胸中宗气所出。宗气足则其动规律可循,其动与脉相应;宗气不足则不足以运气至寸口,而胸中宗气源于脾胃运化水谷精微所得。《灵枢·五味篇》曰:“谷始入于胃,其精微者,先出于胃之两焦,以溉五脏,别出两行营卫之道,其大气之转而不行者,积于胸中,命曰气海。”《灵枢·邪客篇》曰:“五谷入于胃,其糟粕、津液、宗气,分为三隧。故宗气积于胸中,出于喉咙,以贯心脉,而行呼吸焉。”《医门法律》谓:“五脏六腑,大经小络,昼夜循环不息,必赖胸中大气,斡旋其间。大气一衰,则出入废,升降息,神机化灭,气立孤危矣。”另外,在《灵枢·五色》中有记载:“大气入于藏府者,不病而卒死矣。”《灵枢·病传》云:“帝曰:大气入藏奈何?岐伯曰:病先发于心,一日而之肺,三日而之肝,五日而之脾,三日不已,死,冬夜半,夏日中。……诸病以次相传,如是者,皆有死期,不可刺也。”胸中宗气之作用是脏腑与经络联系的纽带,是营卫气血出入的枢纽,是呼吸心搏的动力。由此可见,胃脾功能强健是胸中宗气充实的前提。一旦宗气不足或消耗过度不仅影响呼吸,也影响心搏。房颤脉律之强弱不等、间隔不定即是心脉搏动不力的真实反应。

饮食入于胃,经脾运化精气上归于肺,借助其通调百脉,下至膀胱以疏散水汽。因而,脾胃有足够的阳气热力温化水饮是运化的前提。临证常见因虚致寒,邪困于中焦,中阳失运,水湿内停,留饮于中,或在心下,或在两胁。肾水旺盛反侮脾胃之土。若兼肾阳不足,水饮内聚,凭吐利不足以消之,阳气不达而四肢不温,以至于诸水病生。水泛肌肤则为水肿;水饮上犯则凌迫心肺,引为喘证而不得卧。《素问·水热穴论》和《素问·评热病论》皆有如上记载。

## 1.3 治法探讨

根据《内经》脾病论述,房颤当属脾病,故从脾病系论治房颤。历代医家在治疗上深受《伤寒杂病论》“辨证施治”的影响,从而忽略《内经》时期更为根本的“辨病论治”。众所周知,中医基础理论植根于阴阳五行,五行传变规律是五脏病体系的神髓。除《内经》外,鲜有医学典籍能把五脏病体系理论阐述清晰和完整。《伤寒杂病论》是借鉴五脏病的传变模式而详论外感病的,是五脏病诊治的有益补充。因外感病的病因病机变化更快、更为复杂,故而设立诸证,以备后世参考而成为“辨证论治”模式。

《内经》中除有兰草治疗脾瘕外,余未见载。从历代医籍看,脾病论治之法不外乎建中、理中、补中。《伤寒》有小建中一法,用饴糖之甘,小小建立中气以驱邪。《金匮》有黄芪建中一法,加黄芪治虚劳里急,自汗表虚,诸不足症,而建其中之卫气。《金匮》复设大建中一法,以其人阴气上逆,胸中大寒,呕不能食,而腹痛至极,用蜀椒、干姜、人参、饴糖,大建其中之阳。后人又设乐令建中汤,双补脾肾之阳又兼滋补营血。以此分化,其中以甘为主加减变化成为炙甘草汤、人

参养荣、归脾汤等系列。以温为主变化为理中汤、人参丸等。其中炙甘草汤是现代治疗心律失常疾病的常用方剂之一。

至于补中一法始于李东垣。李东垣曾设温胃、益胃、强胃三汤以甘温为补中之法,是充实劳倦之人脾胃之法。劳倦伤人必然起居不时、饮食不节,因而伤脾,再加上寒暑虚邪、水谷寒热伤于胃肠。《灵枢·五味篇》曰:“谷始入于胃,其精微者,先出于胃之两焦,以溉五脏。”《灵枢·营卫生会》云:“上焦出于胃上口。……中焦亦并胃中,出上焦之后。”因此,上中两焦都出于胃,输布水谷精微至全身。水谷之腐熟皆依赖于胃中热力。其方在温中的基础上稍加升提之品以卫肌表发展而来。就其升提中气之道又由张景岳借鉴引为举元煎防治中气下陷、张锡纯引为升陷汤防治宗气下陷等。因而,李杲之功不在温中而在升提中气,为后世建功甚巨。

## 2 临床经验

### 2.1 培补中气

人以脾胃运化水谷精微之气生存。六经为川,肠胃为水谷之海,九窍为水注之气。脾病则水谷运化不足,精微不足以上贯心脉而发病。临床所见房颤病人大多数年龄在 70 ~ 80 岁间,社会经历复杂而坎坷,而且以普通劳动者为主,脾胃之气常有亏虚。今参考补中益气汤意,以温中才能补中,温中方能输布营卫,温中方能壮大气血,以此法设立“培土散”,由炙黄芪、党参(或太子参)、炒白术、高良姜、炒麦芽、炒山药、茯苓、当归、陈皮、法半夏等构成。方中重用炙黄芪、党参补气为君药,辅以炒山药、炒白术、高良姜温中健脾利湿,助黄芪增强补中益气之功而为臣药。麦芽、陈皮、半夏宽中理气、消食化积而为佐使。此方多用于脾胃病患者的调养,很少应用在心律失常疾病上,诊治房颤疾病时可多加参考。

### 2.2 提举宗气

明张景岳从补中益气汤中获有灵犀,创举元煎以补中兼升,独重升提。又有张锡纯在其《医学衷中参西录》中记载了其反复论证“大气”即胸中“宗气”的过程,详细阐述大气入藏的致病机理,同时列举了由于饮食劳倦、精神情志、外伤跌仆等诸多因素导致宗气严重不足,从而引发宗气下陷入藏的详细病案。可见,宗气下陷入藏,脉道不行,精微不运,可致人猝死。故胸中大气不足,轻则气短不足以息,甚者满闷怔忡,神昏谵妄等。法效升陷汤义,设立“升陷加味汤”,由生黄芪、高丽参、生麦芽、柴胡、升麻、桂枝、当归、干姜、半夏组成。因宗气之下陷常因其久虚,故欲升提必先有可升提之气。以生黄芪为君者,因黄芪生用既善补气,又善升气;加参不仅有助于升提,尤恐升提太过;其他如生麦芽、柴胡、升麻皆具升提之用。桂枝、干姜温中而助胃气化痰宗共为臣使。临床从中气、宗气下陷思辨病机,常获疗效。

### 2.3 温中化饮

参究《伤寒杂病论》中“五苓散”“甘草附子汤”“人参汤”义,取温补脾肾,化饮行水为立意,立“化饮散”。由炮附子、干姜、桂枝、茯苓、猪苓、泽泻、车前子、枳实、陈皮、党参、

淫羊藿等。以干姜、附子为君温化中下焦,辅以桂枝、淫羊藿以助温化之力,五苓利水渗湿,枳实、陈皮宽中下气,党参以助其气化。现代人多饱食肥甘厚味,积饮者甚多,此方多为房颤兼痰饮者设。

### 3 典型病例

患者,男,57岁,2014年9月4日初诊。主诉:阵发气短30年,加重伴心悸半年。患者30年前因反复气短就诊,诊断为“风心病、二尖瓣狭窄”。15年前做“二尖瓣人工机械瓣置换术”。术后服用华法林钠、阿托伐他汀钙、酒石酸美托洛尔等药物。半年前复诊发现“房颤”和“左侧腠动脉、胫后动脉血栓形成”入院治疗,经治疗好转出院。出院后“房颤”仍经常发作,为巩固疗效而就诊。询之除心悸外,尚有乏力、精神倦怠、少气懒言、纳食欠佳、夜眠短浅、喜静畏惊、二便如常,舌暗淡,少苔,色白而薄,六脉沉细弱无力,时乍疏乍数。辨为脾胃虚弱,宗气亏虚,心失所养,血运无力而成瘀;水谷精微不足则四肢无力;上气之不足则精神倦怠。治以培补中气,予培土散,处方:炙黄芪40g、太子参15g、炒白术20g、高良姜15g、茯神30g、当归15g、炒麦芽15g、炒山药50g、陈皮15g、法半夏9g。在此基础上,又加乌梅20g、山茱萸50g、龙眼肉20g、沙参30g、麦冬30g等酸甘之品以生阴津以应秋燥,加藿香9g、生姜6g等辛香温中以助运化。1月后复诊患者精神振作,食欲增强,言谈增多,音声有力,诸症好转,房颤未复发,心电图提示为房扑,唯体力不足,不耐劳作,时有气短,心跳加快等,且腰膝酸软、畏寒等。复1月后诸症渐消,调上方加炙黄芪至60g,在此基础上,又加鹿角胶15g、龟甲胶15g、阿胶10g、枸杞子30g填精补髓以应冬令。2015年2月复诊诸症俱消,生麦芽易炒麦芽,再加柴胡10g以助生发。随诊2月未再复发。

按 房颤是风湿性心脏病的常见并发症之一。患者进行二尖瓣瓣膜置换术是风心病较为彻底的治疗方法。即使长期服用西药治疗也不能防止房颤的发生或复发。风湿性心脏病罹患多年迁延不愈,加上开胸手术的损害是元气虚弱的原因。换瓣手术是治其标实,未能治本,附加劳损多年等因素是房颤反复发生的原因。患者在口服抗凝药的基础上还出现下肢动脉血栓,是典型的气虚血运无力的表现。从症史所见虚相显明,当治虚为本。方中所用意在温补脾胃以增强运化水谷之力,配伍填精养阴之品以充实血脉,是温补之

上有建中之意。一旦获效当谨守脾胃元气,勿令丧失。另外,五脏元气匮乏方使房颤脉现,因而从天时以养五脏,使其精藏而元气储备,此为脾病系治疗的中心。

### 参 考 文 献

- [1] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2003:138.
- [2] 黄芩. 养血息风法治疗阵发性房颤30例临床疗效观察[J]. 山西中医学院学报, 2013, 14(4):39-41.
- [3] 邓移安, 王伟. 中医疏肝潜阳法在甲亢合并房颤上的临床应用分析[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(17):20.
- [4] 廖艳林. 张莉莉益气养阴法治疗阵发性房颤射频消融术后疗效分析[J]. 亚太传统医药, 2014, 10(5):95-96.
- [5] 沈智杰, 郭蔚, 王肖龙, 等. 益气活血方联合现代医学诊断疗法对心血瘀阻型房颤患者临床症状及纤溶相关指标的影响[J]. 上海中医药杂志, 2011, 57(2):30-32.
- [6] 丁涛, 李柏林. 中药抗凝预防房颤患者血栓并发症的临床观察[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 13(7):179-180.
- [7] 刘强, 倪飞珍, 毛威. 房颤中医辨证分型与凝血类指标的相关性研究[J]. 中国中医药科技, 2010, 17(4):281-282, 279.
- [8] 刘强, 徐智, 毛威. 房颤中医证型与患者心功能及炎症因子的相关性研究[J]. 中华中医药学刊, 2012, 31(2):360-362.
- [9] 汪云翔. 203例房颤患者中医辨证相关因素分析[J]. 西部中医药, 2012, 25(12):61-62.
- [10] 陈子晶, 胡元会, 王师菡, 等. 200例冠心病房颤患者中医证候特征分析[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(8):1314-1317.
- [11] 李文一, 朱托弟, 管琳. 房颤昼夜节律与子午流注时辰规律初探[J]. 中国中医急症, 2014, 23(7):1293-1294.
- [12] 谢文. 738例心房纤颤病因及辨证分型临床分析[J]. 四川中医, 2013, 32(10):53-55.
- [13] 黄世林, 孙明昇. 中医脉象研究[M]. 北京:人民卫生出版社, 1986:168-170, 173-174.
- [14] 金栋. 房颤脉初探[J]. 中国中医基础医学杂志, 1999, 5(10):12-13.
- [15] 李经纬, 邓铁涛. 中医大辞典[M]. 北京:人民卫生出版社, 1995:1625, 427, 1467, 1467.
- [16] 邓铁涛. 中医诊断学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1985:71.

(收稿日期:2014-07-15)

(本文编辑:董历华)

## · 启事 ·

### 本刊对来稿中缩略语的有关要求

在摘要及正文中首次出现缩略语时应注明全称。缩略语应尽量少用,以免影响阅读的流畅性,不超过4个汉字的名词不使用缩略语。已被公知公认的缩略语可以直接使用,如DNA、RNA、HBsAg、PCR等。尚未被公知公认的缩略语以及原词过长、在文中多次出现者,若为中文可于文中第一次出现时写出全称,在圆括号内写出缩略语;若为外文可于文中第一次出现时写出中文全称,在圆括号内写出外文全称及其缩略语。例如:流行性脑脊髓膜炎(流脑),阻塞性睡眠呼吸暂停综合征(obstructive sleep apnea syndrome, OSAS)。全文缩略语以5个以下为宜。