

## · 中医病案析评 ·

### 气阴虚火旺之胸痹

韦袞政 谭俊良

**【摘要】** 以师徒问答形式,分析 1 例中医治疗气阴虚火旺型胸痹兼心悸验案。该患者现代医学诊为冠状动脉粥样硬化性心脏病—不稳定性心绞痛、心率失常—阵发性心房纤颤,并伴有高血压等多种疾病。经中西医结合治疗,患者临床症状明显改善。笔者认为该病案之要点在于胸痹和心悸如何取舍,证候如何确认。中医治病辨标本缓急,本案急在胸痹,危在胸痹,心悸相对较缓;病位在心,其次在肾。故用天王补心丹加减,滋阴降火,益气温阳。结合本病案,笔者又对重要的临床灵活运用,西医心房纤颤的诊断和治疗一并进行了深入剖析。

**【关键词】** 气阴虚火旺; 胸痹; 心悸

**【中图分类号】** R256.22 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.05.013

#### 1 病历摘要

患者,男,68 岁,2011 年 5 月 3 日就诊,主诉:胸闷、憋气、心悸反复发作 10 余年,阵发性加重伴胸痛半月。现病史:10 年前始无明显诱因出现胸闷、心悸,阵性发作,持续时间数秒钟至数分钟不等,白天夜间均有发生,反复发作,逐步加重。5 年前因症状加重而到西医院检查,诊断为“心房纤颤”,曾多次住院治疗,诊断为“冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)、不稳定性心绞痛、心房纤颤”,长期服用“稳心颗粒、盐酸曲美他嗪片”等。半月前症状加重,双下肢水肿,夜间发作明显,胸痛放射至肩背,自服“速效救心丸、稳心颗粒”无缓解,因难以忍受而来就诊。现在症状:胸闷、憋气如窒息感,胸痛如刺如绞,甚则痛引肩背,心悸阵作,咽痛,痰少色黄,腰痛,纳差,寐差,大便干,小便正常。既往史:患高血压病 30 余年,最高血压 180/120 mmHg,常服“苯磺酸氨氯地平片”,血压控制不佳,冠心病—心肌梗死病史 10 余年,螺旋 CT 检查结果显示“心肌桥”病,有脂代谢异常现象,有前列腺增生症病史,常有打鼾现象。检查:体温:36.2℃,脉搏:57 次/分,呼吸:20 次/分,血压:142/76 mmHg,咽部充血,双扁桃体无肿大,颈静脉无怒张,甲状腺无肿大,胸无畸形,双肺呼吸音粗,双肺未闻干湿啰音,心界左下扩大,心率 58 次/分,律齐,腹平软,无压痛、反跳痛,双下肢水肿。舌质红,舌苔少薄白,脉弦。心电图示:窦性心动过缓,多导联 ST-T 改变。血生化检查心肌酶、肌钙蛋白无异常,血脂异常。西医诊断:(1)冠心病—不稳定性心绞痛;(2)心律失常—阵发性心房纤颤;(3)高血压病 3 级,极高危组;(4)陈旧性心

肌梗死;(5)心肌桥病;(6)脂代谢异常;(7)前列腺增生症;(8)睡眠呼吸暂停综合征? 西医给予扩张冠状动脉、营养心肌常规治疗,未予抗心律失常治疗。中医诊断:(1)胸痹(气阴虚火旺);(2)心悸(气阴虚火旺)。

中医治法:滋阴降火,益气温阳。处方:方用天王补心丹加减。药物:玄参 15 g、麦冬 15 g、生地 20 g、熟地黄 15 g、天冬 15 g、丹参 15 g、丹皮 15 g、太子参 30 g、黄芪 30 g、淫羊藿 10 g、巴戟天 10 g、桂枝 10 g、龙骨 30 g、牡蛎 30 g、黄连 3 g、黄柏 15 g、知母 10 g、黄精 15 g。3 剂,日 1 剂,水煎服。

5 月 6 日复诊,诉昨日下午胸闷、憋气加重,额头冷汗出,头晕,当即行常规心电图检查提示:心房纤颤,平均心率 80 次/分。大便干,小便可,舌脉同前。前方去黄连,4 剂,日 1 剂,水煎服。

5 月 10 日复诊,胸闷、心悸、胸痛较前减轻,水肿减轻,舌脉同前。24 小时动态心电图检查结果示:窦性心律,平均心率 63 次/分,房性早搏共发生 128 次,室性早搏共发生 342 次,部分导联 T 波改变。胸部 CT 检查结果显示:双侧胸腔积液病、双侧胸后胸膜炎。守前方加珍珠母 30 g、茯苓 30 g,3 剂,日 1 剂,水煎服。

5 月 13 日复诊,诉胸闷、心悸、胸痛症状明显缓解,双下肢水肿明显减轻,舌脉同前,守上方去淫羊藿、巴戟天、桂枝,加回心草 15 g、葶苈子 20 g,4 剂,日 1 剂,水煎服。

5 月 17 日复诊,诉胸闷、胸痛很轻微,无心悸现象,双下肢水肿消失,纳可,寐可,大便干,小便可,舌脉同前。守前方去茯苓,加川芎 15 g,7 剂,日 1 剂,水煎服。

2011 年 11 月 26 日复诊,诉半年来没有胸闷、胸痛、心悸发作,予灯盏生脉胶囊口服。

#### 2 分析与讨论

徒问 1:本病案的中医诊断要点和难点在哪里?

师答:本病案的诊断要点在于“胸痹”与“心悸”的取舍

作者单位:650031 云南省中医医院呼吸科(韦袞政);广西环江毛南族自治县人民医院 ICU(谭俊良)

作者简介:韦袞政(1964—),博士研究生,副主任医师。从事肺系疾病临床研究。E-mail:weigunzheng@qq.com

及主要证候。中医理论中“胸痹”病可有心悸的症状,“心悸”可有胸闷、胸痛的症状,但关键是看主要症状的轻重程度及危害程度,胸痛、胸闷为主就是“胸痹”,心悸为主是“心悸”,如果“心悸”与“胸痹”的程度几乎相等,应把“胸痹”作为第一诊断,因为“胸痹”的危害性比“心悸”大得多。“心悸”的发作可以加重“胸痹”的程度,因“心悸”的发作,加重“胸痹”的气血运行不足,就是心房纤颤的发作加重冠状动脉的供血不足。本病案促使患者就诊的是胸闷、憋气、胸痛、心悸,胸闷、憋死感的症状最为突出,胸痛的症状也较重,所以第一诊断应是“胸痹”。该病案的心悸病史时间长,来诊时阵发性加重明显,故有“心悸”为第二位诊断。因为水肿不是患者目前就诊的最痛苦的主诉,且水肿程度不严重,故水肿可以作为伴随症状,提示阳虚水泛的存在。

胸痹的证候分类可达 17 种:血瘀气滞、阴寒内结、痰浊闭阻、痰瘀交阻、痰热蕴结、气虚血瘀、阳虚湿留、血虚血瘀、心肾阴虚、气阴两虚、阳气虚弱、心阳欲脱、虚寒心痹、心阴亏虚、热厥、寒厥、实厥<sup>[1]</sup>。教科书中的分类主要有 7 种:心血瘀阻证、气滞心胸证、痰浊闭阻证、寒凝心脉证、气阴两虚证、心肾阴虚证、心肾阳虚证<sup>[2]</sup>。心悸的临床证候种类很多,可达 254 种<sup>[3]</sup>之多,教科书中主要有 7 种:心胆气虚证、心血不足证、阴虚火旺、心阳不振证、水饮凌心证、瘀阻心脉证、痰火扰心证。

从整体上看,本病案的症状没有“一边倒”的现象,不是一派“虚象”,似乎有“热象”在其中,但细看症状有夜间加重的表现,大便干,舌质红,舌苔少,整体上有阴虚的征兆,其咽痛、痰黄、脉弦为虚火上炎之征,而不单是阴虚。故诊断为两个病,证候主要是气阴虚火旺。其次,气虚血瘀,瘀阻脉络,故胸闷、憋气如窒息感,胸痛如刺如绞,甚则痛引肩背。气虚则阳衰,心肾阳虚,水湿不化,水湿泛滥,故见双下肢水肿。诊断要点在于抓住关键的主诉,抓住危险因素,难点在于虚实难分。

徒问 2:本病案的中医治疗重点在哪里?

师答:治病须辨标本缓急,急则治其标,缓则治其本。本病案的病种急在“胸痹”,危重在“胸痹”,“心悸”相对较缓,该病案的病位在心,“胸痹”在心,“心悸”也在心,其次在肾。该病案的病机在于气阴虚火旺,气阴虚为本,火旺为标,气阴虚在心、肾,火旺在心、肾。心气阴不足,心失濡养,故胸闷、胸痛、心悸,心气阴不足,心火旺盛,扰乱心神,故心悸阵发性发作。心为“火”脏,肾为“水”脏。肾气阴不足,肾水亏乏,水不济火,心火独亢,形成水火失济,心肾不交,则心悸加重。阴虚则阳不足,津液失于温化,故水肿。

用天王补心丹加减以滋阴降火。方中以玄参、麦冬、生地、熟地、天冬、丹皮、黄精滋心肾之阴,以黄连、黄柏、知母清心肾之火,以淫羊藿、巴戟天、桂枝补肾阳,以助阴长,龙骨、牡蛎、珍珠母潜阳滋阴,以太子参、黄芪补心气。不通则痛,以丹参活血化瘀止痛,因“胸腔积液”,故用茯苓、葶苈子利水化饮。黄连苦寒,有泻火之功,久用伤阳。治疗重点在于滋心肾之阴,降心肾之火。本方既滋阴,又清火,还兼顾重

镇安神、温阳利水,有标本同治之效。大凡气阴虚火旺之胸痹、心悸,以补气滋阴为治法,先以滋阴为要,补心气为次。滋阴,以生地、麦冬、丹皮为首选,其入心经而滋润心脉,丹皮能泻血中伏火。天冬、黄精补肾阴。太子参,不但有补益脏气之功,还有“安精神,定魂魄,止惊悸”治疗心悸的作用<sup>[4]</sup>,用治气虚心悸有效。回心草有“养心安神”之功,能治疗“心悸、怔忡”之病。多年存在的胸痹、心悸,久病耗气伤阳,久病入肾,在耗阴之时,多伤及肾之阳气,故此时温肾助阳是合适的。淫羊藿、巴戟天、桂枝助肾火,肾为水火之脏,真阴、真阳所在,火生方能运水。滋阴清火、益气温阳是肾阴虚、气阳不足的治疗特点。与“水火”相关之症,在治疗时,注意兼顾“心”与“肾”,“交通心肾”有利于水火互济。虚证胸痹重用益气活血,药如黄芪、丹参等;虚证心悸,常用益气温阳,药如:黄芪、太子参、淫羊藿、巴戟天、黄精等。

徒问 3:该病案中患者有咽痛、痰黄、舌质红、脉弦现象,为何用温阳药?

师答:该病案的舌脉是舌红、脉弦,伴有咽痛、痰黄症状,但要综合考虑,患者有腰痛,胸闷、心悸症状夜间加重,双下肢水肿,有阴阳两虚的基础,阴虚是主要的,阴虚而火旺,虚火上炎,火郁化热,故有咽痛、痰黄、舌红、脉弦等虚火症状,治疗应以滋阴降火为主,阳气虚是其次,益气可以滋阴,补阳有阳中求阴之意,没有实火之禁,故少佐益气温阳以治本,桂枝还有引火归元的功效,配合大剂滋阴降火,不会助火上炎。

徒问 4:本病案的心绞痛处于什么状态?

师答:遇到胸痛不可大意,确定它是否与心脏有关,如果是心绞痛就要特别重视,急性冠脉综合症的发展变化快,陈旧性心肌梗死有再发心肌梗死的可能。本病案既往有心肌梗死病史,有心肌桥病病史,本次胸痛发作已半月,胸痛部位、发作时间、持续时间及程度、缓解方式不固定、无明显规律性,虽然患者心房纤颤的病史很长,但这还是属于不稳定性心绞痛。不稳定性心绞痛要高度警惕发展为心肌梗死的危险,要尽快缓解症状,尽早进行心电图及心肌酶的相关检查,ST 段抬高型心肌梗死易于分辨,非 ST 段抬高型心肌梗死更要重视,不要忽略<sup>[5]</sup>。

徒问 5:本病案为何诊断为心房纤颤?

师答:本病案第一次就诊当时,确实没有心房纤颤的存在,最主要是依据病史、症状,既往有确诊为心房纤颤的历史,有心悸、胸闷的症状表现,有阵发性加重的阶段,在后来一次就诊中现场心电图也证实。阵发性心房纤颤与持续性心房纤颤的主要区别点是阵发性心房纤颤有阵发性的特点,不发作时心电图可以是正常的,但症状有可能存在,阵发性心房纤颤是持续性心房纤颤的前期,提示折返点的病变可逆性或异常传导路径的不稳定性。本病案冠心病诊断主要依据病史、症状及心电图提示,高血压病、陈旧性心肌梗死、心肌桥病、脂代谢异常、前列腺增生症的诊断依据病史,睡眠呼吸暂停综合征没有提供确切的病史及检查结果,目前只能是可疑。

徒问 6:西医对心房纤颤有什么治疗方法?

**师答:**西医治疗原则主要是控制心率、抗血小板凝集、预防栓塞形成。在控制心率的药物治疗方面,多采用抗心律失常药物,如:依布利特、多非利特、决奈达隆、胺碘酮、心律平、奎尼丁、索他洛尔、比索洛尔、美托洛尔,也可用血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素受体阻滞剂、醛固酮拮抗剂、洋地黄类等,必要时用甾类化合物和他汀类药物。预防血栓形成方面,可以长期服用华法林或阿斯匹林或氯吡格雷等,短期内使用肝素、低分子肝素等。非药物治疗方面,主要有安装心脏起搏器、埋藏式心房纤颤除颤器,进行射频消融或加安装心脏起搏器,心外科手术及直流电复律等<sup>[6-8]</sup>,均有各自的适用性,也有各自的局限性,个体差异显著,效果也不是十分理想,所以心房纤颤的治疗有一定的难度。

**徒问 7:**一般病历西医病名可以多个,好像中医病名诊断只要一个?

**师答:**西医的诊断比较规范统一,多个诊断按轻重排序,对治疗有极大的帮助。而中医一般只需一个诊断,一个证候,目的是为了有利于指导治疗,一般以第一位诊断辨证施药,病名过多,轻重难分,方剂繁杂,药物难以取舍,药物之间的君、臣、佐、使发生巨大的变化,“反、畏”的因素增多,治疗效果难以把握。故原则上是以经典的病症方药施治,加上可靠的药物加减,比较合适。但中医的病名、证候也应当有多少,列多少,各病证候可以不一致,按病情标本缓急辨证施治,可能更为切合病情实际。

**徒问 8:**本病案的重要启示是什么?

**师答:**中医病名是系列症状群的高度概括,有些病名就

在症状群之中,病名之间的症状有的互相交叉,如“胸痹”与“心悸”的症状群之间就有交叉,“感冒”与“咳嗽”之间也有交叉症状,诊断时抓住主诉症状的轻重加以区别,重视危害性大的症状因素。虚实难辨之时要综合考虑,整体观念不可忽视,抓住关键病机,治疗有针对病机的几个方面,又要有重点。

## 参 考 文 献

- [1] 胡冬裴. 胸痹古今证候归类研究[J]. 上海中医药大学学报, 2004, 18(4): 8-10.
- [2] 周仲瑛主编. 中医内科学[M]. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 126-144.
- [3] 姜瑞雪, 朱文锋, 马作峰, 等. 心悸辨证分型及证素分布的文献研究[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(1): 184-186.
- [4] 清·陈念祖. 神农本草经读[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 1.
- [5] 钟光珍, 那开宪. ACC/AHA 不稳定型心绞痛和非段抬高心肌梗死治疗指南[J]. 中国临床医生, 2008, 36(10): 79-80.
- [6] 朱建国, 那开宪. 2006 年心房颤动治疗指南解读(2)——预防血栓栓塞[J]. 中国医刊, 2007, 42(3): 55-58.
- [7] 孟斌, 李奎宝, 杨新春, 等. 阵发性心房纤颤的非药物治疗对策[J]. 实用心脑血管病杂志, 2006, 14(10): 844-845.
- [8] 吕娟丽, 刘洋, 李彦, 等. 治疗心房纤颤和扑动的新药决奈达隆[J]. 药学实践杂志, 2011, 29(1): 41-44.

(收稿日期: 2012-02-09)

(本文编辑: 钮丽霞)

## · 信息之窗 ·

### 本刊《中医病案析评》栏目征稿

《环球中医药》杂志开辟《中医病案析评》栏目。中医医籍医案是中医学术传承的宝库, 中医住院病历的书写也对中医师分析病案提出了较高的要求, 希望通过本栏目, 广大读者将临床中遇到的典型病案或疑难病案整理刊发, 交流辨证体会、临床心得, 提高学术水平, 共同成长。

#### 写作格式与要求

文题可以用中医辨证、中医诊断命名, 也可以用主要症状、体征、西医诊断命名, 也可以用中医证名和西医病名混合命名。无需英文文题。

本栏目文章结构分为“病历摘要”和“分析与讨论”两部分。“病历摘要”用准确简洁语言交代清楚患者主诉、病史、中医西医诊断、中医辨证、治法、用药、复诊情况等。“分析与讨论”部分要求逻辑性强、说理清楚、体现良好的中医辨证素养与临床思维模式, 展示出对临床工作的实际借鉴意义。

讨论开始部分请明确指出本病案分析讨论的要点和重点。请作者给出诊断和辨证的结论或意见, 所分析的病案应有西医诊断结果和确证证据。请总结相关疾病的国内外研究作简要评述。文后列出主要参考文献。

总字数控制在 5000 字以下。需中文摘要及关键词。

作者在文题下署名, 拥有本文著作权, 论文性质等同于本刊论著, 文献标识码为 A。

文章形式建议由作者系统归纳, 形成思路清晰、条理清楚、科学性强的临床论文; 也可以采用依次发言形式或师生问答形式。

本栏目论文目的在于共同学习, 请勿文过饰非, 修改原始处方和病例。引用中医典籍中基础理论不宜过多。