

# 博士论坛

## 周仲瑛教授辨治心悸痰瘀同证之经验

南京中医药大学(200029) 顾宁

**摘要** 周仲瑛教授辨治心悸之痰瘀同证,独具匠心,指出心悸之病,本虚标实,痰瘀同证,常是关键;临证辨治,四诊为纲,察舌切脉,甚为详要;攻邪治标,化痰祛瘀,症分主次,治有先后;从本图治,养心通脉,调顺气机,助消痰瘀。

**Abstract:** Professor Zhou Zhongying identified patterns and determined treatment on palpitation from "Pulspitation and Phlegm Stasis are the same syndrome", which showed ingenuity. He pointed out that palpitation was root vacuity and tip repletion. "Pulspitation and Phlegm Stasis are the same syndrome" was usually the key. In clinic, four examinations were guiding principle, then tongue and pulse examination were especially important. Attacking evils aimed at treating the tip and transforming phlegm aimed at dispelling stasis. Syndromes was the primary and the secondary, while treatment was taken up on order of priority. To treat disease, it is necessary to seek the root to nourish the heart, free the vessels, regulate Qi dynamic and help to disperse phlegm stasis.

**关键词** 周仲瑛 心悸 辨证施治

心悸,指自觉心中急剧跳动、惊慌不安、不能自主,或脉见参伍不调的一种证候,乃心系之常见病、急重症。可因情绪激动、惊恐、劳累等而诱发,时作时辍;或可终日觉心中悸动不安、稍劳尤甚。现代医学之各种原因引起的心律失常,如心动过速、心动过缓、心房颤动与扑动、过早搏动、房室传导阻滞及部分神经官能症等,有本病表现者,可归属为心悸范畴。历代医家对本病论述颇多,治法选方也不尽相同,或以“气虚”、“停饮”而为,或言血虚致病,或从瘀血立论等等。吾师周仲瑛教授辨治心悸,常从痰瘀同证着眼,屡屡应手,独具匠心,学生有幸侍诊左右,有所心得,现将周师之经验整理于后:

### 1 心悸之病,本虚标实,痰瘀同证,常是关键

周仲瑛教授认为,心悸总属本虚标实是也,心气、心阳、心阴、心血亏虚为本;痰浊、瘀血阻滞心脉为标。其中,痰瘀同证常是此病中重要的病理环节,尤在心悸加重、发作之时愈加明显。心气、心阳不足,不能输化津液,则聚而成痰,不能推动血行,则滞而成瘀。心阴亏虚,虚火灼津,炼液成痰,血液受热煎熬,结而成瘀;另一方面,痰瘀之间亦可互生互化,痰浊阻滞脉道,妨碍血液循行,则血滞成瘀;瘀血阻滞,

脉络不通,影响津液正常输布,或离经之血瘀于脉外,气化失于宣通,以致津液停聚为痰。“痰亦可化为瘀”,“血积既久,亦能化为痰水”。痰阻则血难行,血凝则痰易生;痰停体内,久必成瘀,瘀血内阻,久必生痰,终致痰瘀共证,心脉阻滞的病理变化。

### 2 临证辨识,四诊为纲,察舌切脉,甚为详要

心悸病者以心慌不宁、自觉心跳加快,难以自控为主症,并可伴见诸多兼症。周师指出:临证识辨心悸之痰瘀同证,当以四诊为纲。痰瘀同证的临床表现不仅是痰、瘀的各自证候,而且应是两者在病机上互为因果所致的综合征象。例如:望其面色,油光多脂,或晦暗、青、紫、黧黑;望其唇龈,可见口唇青紫、唇部黑斑、唇肥厚、齿龈暗红发紫;望其爪甲,可见爪甲青或紫,甲床下多瘀点、瘀丝,指甲菲薄、翻甲。又如:问诊患者多在中年以上,特别是老年人,女性多体肥而月经失调、不孕者。患者性格郁闷、久坐少动,嗜烟好酒,喜食辛辣、酸、咸味。心悸病史较久,反复发作,可伴有胸膈部闷塞隐痛,或痰喘咳,或液多,伴寐梦多,失眠,甚则彻夜不寐,腹胀纳少,或伴恶心,口不渴,或渴而不欲饮,或渴而饮水不多,或但漱水而不欲咽等等。四诊之中,周教授认为以察舌切脉最为紧要,

舌为心之苗,心之外象可从舌诊上表现;心主血脉,血行脉中,“脉者血之府”。临证可见患者舌体胖大有齿印,或有裂纹、舌色暗红、青、紫,有瘀斑瘀点,舌苔厚腻、浊腻、水滑,舌体运转不灵;切脉为滑、涩、沉、弦、结代等,合参四诊,则痰瘀同证昭然。

### 3 攻邪治标,化痰祛瘀,症分主次,治有先后

见痰治痰,见瘀治瘀,痰化瘀散则病自已,这是无可非论的对应性治疗,虽属治标之计,实寓治本之道,因“邪去则正安”,既有利于心的气血阴阳功能的恢复,又可阻断痰瘀所致的心脉痹阻。周老师认为,由于痰瘀的相伴为患,在具体治疗时尚需分清二者先后及主次关系,确定化痰、祛瘀孰主孰次,孰先孰后,或是痰瘀并治。周师选用化痰之药常为广会皮、法半夏、云茯苓、炙远志、石菖蒲、郁金、全瓜蒌、炒枳实、川厚朴等;祛瘀之品常用紫丹参、抚川芎、川红花、单桃仁、景田三七、京莪术、赤芍、血竭、降香等。治痰治瘀虽然主次有别,但痰化则气机调畅,有利于治血;瘀去则脉道通畅,而有助于痰清。此即所谓“痰化瘀消”、“瘀去痰散”之意。若痰瘀并重,则当兼顾合治,分消其势,使其不致互相为患。周师还告诫:用药不可孟浪过剂,宜“中病即止”,以“免耗伤气血阴阳,变生坏病,选药以平稳”为原则,慎用毒猛辛烈之品。

### 4 从本图治,养心通脉,调顺气机,助消痰瘀

心悸之病,心之气血阴阳亏虚、心神失养为本;“君主之官”功能失调,津血不归,正化变异可生成痰瘀,痹阻心脉,此为标。周教授认为,扶正补虚,养心通脉,治本之道十分重要,此即古人所谓“不治痰而痰化,不治瘀而瘀去”之意。周师临证在心悸发作加重期,一方面予化痰祛瘀、攻邪治标的同时,仍不忘消补兼施、标本共治,常审证选用太子参、潞党参、南北沙参、炒玉竹、大麦冬、炙甘草、生黄芪、全当归、功劳叶、大生地等补益之品。当标邪渐祛及心悸发作间歇期时,周师更为重视养心治本,以冀气血冲和,心脉流畅,而无生痰停瘀之患。

另一方面,因为痰瘀是津血停聚而成,津血赖气化以宣通,所以调畅气机,则可助消痰瘀,周师常酌情配以适量理气药,行滞开郁、条达气机,“气行则痰行”、“气行则血行”,如配用醋柴胡、制香附、薤白头等,这即是“善治痰者,不治痰而治气,气顺则一身津液亦随之而顺矣”、“凡治血者必调气”之意。

### 5 典型验案

鲍某某,男,50岁。因心慌阵作3个月余而就诊。患者近3个月来心中惊惕阵作,住本市某医院近

2月,多次心电图、24小时动态心电图检查,提示“频发房早”、“房室逸搏”、“部分导联S-T、T波改变”、拟诊为“冠心病、心律失常”,服心可舒、心元胶囊、静脉滴注生脉注射液等,病情一度稍见好转而出院。目前患者仍时作心慌,夜寐不酣,多梦早醒,动则易汗,心烦口干,饮水较多,胃纳尚可,苔黄薄腻有粘沫,舌质暗红、脉结而涩。周教授虑乃心经郁热,痰瘀内阻,心神失宁而为,予清热化痰、祛瘀活血为主治之。药用川雅连4g,法半夏10g,石菖蒲12g,紫丹参15g,抚川芎10g,赤芍12g,苦参12g,功劳叶10g,苏噜子10g,煅龙牡各25g,熟枣仁15g。7剂后二诊:患者证情稍减,仍自觉心跳快,心烦,寐差早醒,苔脉同前。周师予原方中加入广会皮6g,炒竹茹10g二味。三诊时,病家自诉证情显减,心慌有时发作,但程度较前大为轻减,夜寐改善,心中有虚悬、下沉感,动则易汗,口干饮水较多,食纳知味,苔黄薄腻,质暗红,脉细涩而数。周师告知,此乃气阴两虚为本,痰热内扰,心营不畅未尽,遂改拟方药用太子参15g,大麦冬10g,炒玉竹10g,炙甘草5g,五味子4g,煅龙牡各25g,川雅连5g,莲子芯3g,苦参10g,石菖蒲6g,苏噜子10g,熟枣仁20g,功劳叶10g,炙远志5g,紫丹参12g,法半夏10g。再诊时,病人诸症俱平,复查心电图未见心律失常,此后常以生脉饮为主,增损调治。

〔作者简介〕 顾宁,男,36岁。1985年毕业于南京中医学院中医系,后工作于南京市中医院内科,现在南京中医药大学攻读中医内科专业攻读博士学位、副主任中医师。

(收稿日期 1999-04-19)

## 《湖北中医杂志》(月刊)

### 2000年征订启事

《湖北中医杂志》(月刊)是综合性中医药学术期刊。本刊注重临床,面向基层,兼顾教学与科研,突出中医特色,中西医结合。既反映湖北地方医药状况,又报道全国信息,内容充实,切合实用。

本刊从2000年起改为大16开,每期由48页增至56页,每册定价4.00元。国内代号:38-52,国外代号:2753M,每月10日出版。本编辑部可代办邮购。

编辑部地址:武汉市武昌区云架桥110号湖北中医学院内。

邮政编码:430061。电话:027-88910096。