

## · 临床经验 ·

## 邓铁涛教授“双五”理论辨治心律失常之经验

金 政<sup>1</sup> 李俊龙<sup>2</sup> 皮建彬<sup>1</sup> 崔嘉妍<sup>1</sup> 朱骏宏<sup>1</sup> 吴 伟<sup>2</sup>

广州中医药大学邓铁涛教授(以称邓老)是首届国医大师,国家重点基础研究发展计划(973 计划)“中医基础理论整理与创新研究”项目首席科学家。潜心研究中医学理论数十载,提出“五脏相关”理论与“五诊十纲”诊疗思维,简称“双五”理论。笔者梳理心律失常中西医的进展及认识,并将邓铁涛教授诊治心律失常之学术思想和临证经验,总结如下。

1 心律失常现代医学研究进展 心律失常是指心脏起搏和传导功能紊乱而产生的频率与节律、起源部位、传导速度、激动次序的任一项或复合异常。既可呈特发性又可继发于其他心血管疾病,严重者危及生命<sup>[1,2]</sup>。近 30 年来,现代医学抗心律失常药物的研发领域几乎未取得突破性进展,且因抗心律失常药物的致心律失常不良反应及器械治疗的局限性,使得心律失常的治疗依然是心血管疾病备受挑战的领域之一<sup>[3]</sup>。随着中医学的不断发展,因其多靶点、多机制、作用持久、不良反应少等特点,在心律失常的治疗领域发挥着越来越重要的作用。国医大师邓老提出,对于心律失常治疗,中医学具有整体调治优势,中西医结合疗法是未来整体医学的一种策略,二者相辅相成。

2 中医学对心律失常的古今认识 心律失常可属中医学“心悸”“怔忡”“惊悸”等范畴。《素问·三部九候论》曰:“形气相得者生,参伍不调者病。”王冰注解:“参,谓参校。伍,谓类伍。参校类伍而有不调,谓不率其常,则病也。”可知“参伍不调”指脉象错杂参差不齐、节律凌乱,与心房纤颤等心律失常所产生的脉象“脉搏短绌”一致。古代中医学认为“参伍不调”为病,而现代中医学认为“类伍整齐者”亦可能为病。通过动态心电图、食道调搏、电生理等现代医学检查,节律整齐者亦可为心律失常,如局灶性房性心动过速、部

分室上性及室性心动过速等,并根据体格检查、实验室检查等手段明确病因,区分器质性病变与功能性病变。《素问·平人氣象论》曰:“乳之下其动应衣,宗气泄也。”宗气贯注于心脉,气虚则心失所养,气虚日久,则累及心之阴阳。此外,清代·唐容川《血证论·怔忡》提及:“凡思虑过度及失血过多者,乃有此虚证,否则多挟痰瘀,宜细辨之。”可见心气虚弱,心之阴阳亏损,使得痰浊、瘀血等病理产物痹阻心脉,心脉失和,是心律失常的主要原因。现代医学不同病因所导致的心律失常,其中医病机认识亦不相同。如冠心病心律失常者,著名中医药学家、心血管病专家郭士魁教授提出,冠心病的主要病机是气滞血瘀,并认为血瘀证常伴热邪,且痰瘀同源,常采用清热化痰之剂与活血化瘀药进行配伍,其治疗冠心病的经验方冠通汤就是痰瘀同治的常用方<sup>[4]</sup>。郭老学术继承人之一郭维琴教授在临床治疗高血压心律失常者,认为其为肝肾阴虚不能滋养心阴,心失所养而致心悸、怔忡,治宜养心安神,故常在杞菊地黄丸基础上加用酸枣仁、合欢皮<sup>[5]</sup>。孟河流派著名医家张伯臾、何立人教授认为病毒性心肌炎心律失常者,多因外感时邪由表入里,郁而化热,热伤于心,故急性期以清热解毒泻火为主,遣方以银翘散加减<sup>[6]</sup>。著名中医药专家路志正教授认为甲亢心律失常者因肝气郁久化火,耗气伤阴,扰动心神,其病因为气滞、肝火,兼夹痰凝血瘀,故治宜清心泻热、宁心安神<sup>[7]</sup>。

抗心律失常现代中医药研发方面,快速性心律失常代表药物稳心颗粒、参松养心胶囊等奠定现代中医药治疗快速性心律失常的地位。稳心颗粒<sup>[8,9]</sup>以党参、黄精、三七、甘松、琥珀五味中药组成,其中党参、黄精两药相配,取气阴双补以治本之意;三七、甘松、琥珀则具备活血、行气、安神功效以治标,共奏补虚不恋邪,化瘀不伤正之功。三七、甘松、琥珀药理学已证实具有抗心律失常作用,体现在中医辨证论治基础上结合现代药理学研究结果,可以更好地发挥中医药疗效。参松养心胶囊是以中医络病学说为指导,“络虚不荣”为主要病机,并借鉴清代叶天士“络虚通补”经验而提出“温清补通”法所创立的处方<sup>[10,11]</sup>。其具有多离子通道阻滞与非离子通道调控双重优势,在治疗心律失常

基金项目:广州中医药大学《吴伟教授教学名师工作室》

作者单位:1. 广州中医药大学第一临床医学院(广州 510405);

2. 广州中医药大学第一附属医院心血管科(广州 510405)

通讯作者:吴 伟, Tel: 020-36591357, E-mail: zywuwei@163.com

DOI: 10. 7661/j. cjim. 20200807. 033

的同时可以改善心肌缺血,改善“络虚不荣”。缓慢性心律失常代表药物心宝丸<sup>[12,13]</sup>,具有温补心肾、活血通脉功效的一种中药复方制剂,药理学研究证实其可以兴奋窦房结及中枢神经。该方中洋金花含东莨菪碱及莨菪碱,具有增加心率,增强心肌收缩力及抑制异位兴奋点的作用;人参、附子配合鹿茸,可以增强心肌收缩力,兴奋窦房结,加快窦房结传导速度,从而发挥抗心律失常作用。

### 3 邓铁涛“双五”理论辨治心律失常

**3.1 五脏相关,整体调治** 五脏相关学说是邓老对中医五行学说的继承与发扬<sup>[14]</sup>,对疾病的病机分析及临床辨治具有指导意义<sup>[15]</sup>。心悸病虽病位在心,但与五脏相关。邓老认为心悸乃本虚标实之候,心之气血阴阳失衡,导致痰瘀等病理产物的出现,继而血脉闭塞不通,影响五脏之功能,为心悸之主要原因。《素问·灵兰秘典论》言:“主明则下安,主不明则十二官危,使道闭塞而不通,形乃大伤。”故心主神明与五脏联系密切相关。《素问》曰:“心藏神,肺藏魄,肝藏魂,脾藏意,肾藏志。”及《医门法律》言:“心为五脏六腑之大主,而总统魂魄,兼赅志意。”可知人之精神活动为心所支配,与五脏相关。《素问·八正神明论》云:“血气者,人之神也”,气之充盈与血之环周不休,是心主神明之物质基础。而脾为后天之本,气血生化之源,脾胃虚弱则化源不足,气血不足则心神失养,悸动不宁;且脾为气机升降之枢纽,若升降清浊之功失常,则清浊相干,扰乱神明;此外脾主运化,若此功能失职则水液代谢异常,水湿内蓄,久而化痰,痰瘀互结。故邓老在“五脏相关”的理论指导下,在临证治疗心悸时尤为重视“心脾”,以调脾护心、祛痰安神为法,方用四君子汤合温胆汤加减,具体方药如下:黄芪 30 g 党参 15 g 白术 12 g 茯苓 15 g 法半夏 10 g 化橘红 6 g 枳壳 6 g 炙甘草 6 g 鸡血藤 30 g 酸枣仁 12 g。全方共奏健脾益气、补土生火、祛痰化痰、安神定悸之功,调血脉之余安心神,临床疗效较好。

**3.2 五诊十纲,病证结合** “五诊十纲”是邓老在“四诊八纲”的基础上吸收现代科学技术推陈出新,提出的现代中医新思维<sup>[16]</sup>。“五诊”即在传统中医四诊的基础上加入“查”发展而来,包括体格检查与理化检查;“十纲”则是在八纲的基础上结合现代预防医学思想与传统中医治未病思想,加入“已病”与“未病”发展而来。邓老认为,治疗心律失常时,应以“病证相合,辨病为先,辨证为主”<sup>[17]</sup>中医临床诊疗新模式思考策略。借助现代医学手段,如体表心电图、心脏彩超、冠状动脉造影、心脏核磁共振等明确病因,根据不同的

病因选择对应的方剂。冠心病心律失常者,多用四君子汤合温胆汤加减;风湿性心脏病心律失常者,则用炙甘草汤或风心方加减(太子参 30 g 白术 15 g 茯苓 15 g 炙甘草 10 g 桃仁 10 g 红花 5 g 五指毛桃 30 g 鸡血藤 30 g 桑寄生 30 g),二者不同之处在于,在益气的基础上,前者偏于养阴,后者注重活血;高血压性心脏病心律失常者,择自拟赭决七味汤加减[党参 15 g 黄芪 30 g 白术 10 g 茯苓 15 g 甘草 3 g 陈皮 6 g 法半夏 12 g 代赭石 30 g(先煎) 草决明 24 g];病毒性心肌炎心律失常者,善用犀角地黄汤合五味消毒饮加减(犀角用水牛角代替<sup>[18]</sup>);甲状腺功能亢进性心脏病心律失常者,多选自拟甲亢心方加减(太子参 30 g 麦冬 10 g 五味子 5 g 山慈姑 10 g 玄参 15 g 浙贝母 10 g 生牡蛎 30 g 甘草 6 g 珍珠层粉 10 g)。在辨病的基础上,气虚者多用黄芪、五指毛桃、党参、太子参、甘草;阳虚者善用桂枝配甘草、肉苁蓉、淫羊藿、仙茅、干姜、狗脊;阴虚者则选麦冬、女贞子、墨旱莲、枸杞子、沙参;活血择鸡血藤、桃仁、三七、丹参、五灵脂;化痰取法半夏、化橘红、桔梗、冬瓜子、竹茹、贝母。邓老指出,在明确病因的基础上对病对证用药,并在此基础上加用具有抗心律失常作用的中药,如三七、苦参、甘松、葛根等,可提高疗效。另外,辨别“已未”对疾病的诊疗意义重大。如患者无基础心脏疾病,出现“良性”室性早搏,自觉心悸,属“功能性”病变;但长期的室性早搏可引起心室扩大,心肌肥厚<sup>[19,20]</sup>等“器质性”病变。“功能性”病变属于“未病”,而“器质性”病变属于“已病”,早期干预“未病”预防疾病的发生发展,发挥中医学“治未病”前瞻性优势。

**3.3 参伍不调,阴阳分治** 邓老认为心悸分为快慢两型,快速型病机以阴虚火旺多见,少数为实火、虚阳外浮、外脱。见于窦性心动过速、房性心动过速、室上性心动过速、室性心动过速等;而缓慢型病机多为阳气虚衰,少数为邪实猖獗。见于窦性心动过缓、病态窦房结综合征、房室传导阻滞等。有研究对 134 例室性心律失常患者进行中医证型分类,证实了快速性心律失常的中医证型主要为阴虚<sup>[21]</sup>。另有 Meta 分析提示,从阴虚论治快速性心律失常疗效确切且安全性高<sup>[22]</sup>。在治疗快速性心律失常时,邓老提倡以益气养阴为法,方用生脉散加减,具体方药如下:太子参 18 g 麦冬 9 g 五味子 9 g 女贞子 15 g 墨旱莲 15 g 鸡血藤 30 g 玉竹 15 g 柏子仁 15 g 茯苓 12 g 酸枣仁 12 g 浮小麦 30 g。此外,邓老认为,阴虚者多夹杂不同程度的植物神经功能紊乱即中医

“脏燥”表现,临证时常合用甘麦大枣汤加减。而当阴虚合并阳亢时,轻者加用生龙骨 30 g、生牡蛎 30 g;若重者多合朱砂安神丸(珍珠母 30 g、生牡蛎 30 g、黄连 5 g、炙甘草 12 g、生地黄 30 g、当归 12 g)。而缓慢性心律失常多见于中老年患者,随年龄增长人体机能呈现出不同程度老化,而作为人体“动力”的阳气也随之衰弱。研究证明,对于 116 例缓慢性心律失常回顾性分析,阳虚为缓慢性心律失常的主要病机<sup>[23]</sup>。在治疗缓慢性心律失常时,邓老以益气温阳为法,方用黄芪麻黄附子细辛汤加减,处方如下:炙麻黄 10 g 淡附片 5 g(先煎) 细辛 3 g 干姜 5 g 黄芪 30 g 仙茅 10 g 仙灵脾 15 g 炙甘草 10 g 党参 15 g 麦冬 15 g。其中小剂量附片配合干姜温阳而不燥烈,取少火生气之意,临床应用安全有效。

4 结语 邓老提倡的“五脏相关”与“五诊十纲”的“双五”理论,对于现代中医诊疗具有普遍指导意义。中医不能墨守成规一成不变,需要吸收现代医学技术,拓展诊断手段。坚持精准医疗和个体化原则,采用以“中”为主,先中后西,中西医结合策略。

#### 参 考 文 献

- [1] Krittayaphong R, Rangsin R, Thinkhamrop B, et al. Prevalence and associating factors of atrial fibrillation in patients with hypertension: a nationwide study[J]. BMC Cardiovasc Disord, 2016, 16(1): 57.
- [2] 陈灏珠,葛均波,钟南山主编. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013: 177.
- [3] Lei M, Wu L, Terrar DA, et al. Modernized classification of cardiac antiarrhythmic drugs[J]. Circulation, 2018, 138(17): 1879-1896.
- [4] 孙爱军,郭明冬,于英奇,等. 郭士魁活血化瘀学术思想探析[J]. 天津中医药, 2017, 34(2): 82-85.
- [5] 马钰,华德民,秦建国,等. 郭维琴教授辨证治疗高血压病经验[J]. 现代中医临床, 2016, 23(5): 14-16, 23.
- [6] 成玉,张焱. 张伯臾、何立人对于心肌炎恢复期辨治经验的异同[J]. 吉林中医药, 2012, 32(5): 445-447.
- [7] 魏华,路洁. 路志正教授治疗甲状腺机能亢进症的用药经验[J]. 广州中医药大学学报, 2004, 21(5): 407-409.
- [8] 曲鹤飞. 稳心颗粒治疗快速性心律失常患者的临床观察[J]. 现代诊断与治疗, 2018, 29(10): 1587-1588.
- [9] 赵涛,赵步长,伍海勤,等. 稳心颗粒治疗心律失常优势探析[J]. 中医杂志, 2013, 54(23): 2067-2068.
- [10] 马柳一,尹玉洁,刘焕,等. 参松养心胶囊治疗心律失常药理学机制研究概况[J]. 中医杂志, 2016, 57(9): 794-797.
- [11] 吴以岭. 络病学说构建及其指导血管病变防治研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2017, 37(2): 147-148.
- [12] 刘炎,韩卫星,刘凌. 心宝丸治疗缓慢性心律失常的临床观察[J]. 中医药导报, 2014, 20(4): 123-124.
- [13] 彭广操,朱明军,王永霞,等. 心宝丸治疗病态窦房结综合征的系统评价[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(7): 286-289.
- [14] 邓铁涛. 略论五脏相关取代五行学说[J]. 广州中医学院学报, 1988, 5(2): 62.
- [15] 张冰冰,朱爱松,石岩. 对于“五脏相关”理论的科学内涵探讨[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3259-3263.
- [16] 吴伟,王创畅,邓铁涛. “五诊十纲”中医临床新思维探讨[J]. 中医杂志, 2014, 55(6): 455-457.
- [17] 吴伟,卿立金. “辨病为先,辨证为次”——现代中医临床思维模式的思考[J]. 中医杂志, 2010, 51(12): 1061-1063.
- [18] 金政,吴彤,吴伟,等. 邓铁涛运用中药代品经验[J]. 中医杂志, 2017, 58(4): 285-286.
- [19] 吴勇,王德国,王安才. 室性期前收缩所致心肌病的研究进展[J]. 临床心电学杂志, 2017, 26(2): 140-143.
- [20] 彭珍云,张翼. 室性早搏与心动过速性心肌病[J]. 实用医学杂志, 2013, 29(5): 834-836.
- [21] 刘静,马莉,王师菡,等. 室性心律失常中医证候与HRT相关性研究[J]. 中华中医药学刊, 2011, 29(3): 595-596.
- [22] 林家茂,李运伦,郭伟星. 从阴虚火旺论治快速性心律失常的系统评价[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(10): 2587-2589.
- [23] 马丽红,焦增绵,曲家珍,等. 中医辨证治疗缓慢性心律失常 116 例回顾性分析[J]. 中国中西医结合杂志, 2006, 26(7): 646-648.

(收稿: 2019-05-30 在线: 2020-10-20)

责任编辑: 白 霞