

- [5] 李 赞. 良性前列腺增生症运用 B 超检查的临床诊断分析[J]. 临床医学工程 2017 24(11):1493.
- [6] 李其信, 区显维, 朱锦藤, 等. 通癍启闭汤联合坦索罗辛治疗前列腺增生症的临床观察[J]. 世界中西医结合杂志 2012 7(1):59.
- [7] Homma Y, Gotoh M, Yokoyama O, et al. Outline of JUA clinical guidelines for benign prostatic hyperplasia[J]. Int J Urol, 2011, 18(11):741.
- [8] 《良性前列腺增生症治疗指南》解读: 诊断篇[J]. 泌尿外科杂志(电子版) 2011 3(3):51.
- [9] 朱文雄, 曾逸笛, 袁轶峰, 等. 良性前列腺增生中医证候分布特点及 Logistic 回归分析[J]. 中国中医药信息杂志 2016 23(5):28.
- [10] 孙自学, 宋春生, 邢俊平, 等. 良性前列腺增生中西医结合诊疗指南(试行版)[J]. 中华男科学杂志 2017 23(3):280.
- [11] 吴晓敏, 杜元灏, 黎 波, 等. 针灸治疗良性前列腺增生的临床证据[J]. 针灸临床杂志 2012 28(5):47.
- [12] 胡海翔, 刘洪源, 夏 恺, 等. 良性前列腺增生症中医证型与西医临床客观指标的相关性研究[J]. 辽宁中医杂志 2014 41(11):2347.
- [13] 张春和, 李焱风, 陈天波, 等. 前列透穹颗粒联合保列治治疗良性前列腺增生 65 例疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志 2009 4(11):797.
- [14] 王本鹏, 李宏军, 马凰富, 等. 慢性前列腺炎中西医结合诊治策略的对比[J]. 中国男科学杂志 2016 30(5):64.
- [15] 石 岩. 药物治疗在良性前列腺增生中的应用价值[J]. 中国药物经济学 2015 10(4):70.
- [16] 陈叶青. 中极穴针刺配合太溪穴治疗肾虚血瘀型前列腺增生症的临床观察[D]. 中国中医科学院 2019.
- [17] 黄 林, 方浩泰, 王梓楠, 等. 针刺尿三针对良性前列腺增生大鼠的疗效[J]. 中国老年学杂志 2020 40(10):2196.
- [18] 杨 沫, 黄瑞信, 石瑜, 等. 皮内针结合隔姜灸治疗良性前列腺增生的 30 例[J]. 云南中医中药杂志 2018 39(6):99.
- [19] 李曰庆, 李海松著. 新编实用中医男科学[M]. 北京: 人民卫生出版社. 2018. 125.
- [20] 沈德彬. 补肾活血通淋方治疗肾虚湿热瘀阻型前列腺增生症疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报 2019 21(4):101.

温胆汤方证分析及其类方在 CCU 重症病例中抗心律失常抗心绞痛的研究

田 心^{1,2}, 刘超峰^{1,2*}, 范 虹^{1,2}, 雷 鹏^{2,3}, 谢华宁^{1,2}

(1. 陕西省中医医院, 陕西 西安 710003;

2. 陕西省中医药研究院雷忠义国医大师研究所, 陕西 西安 710003;

3. 陕西省人民医院, 陕西 西安 710068)

摘要: 温胆汤出自于《千金要方》具有理气清热化痰、宁心和胃利胆之功效。温胆汤的典型指征: 大病后, 虚烦不得眠, 惊悸; 即是病久伤及少阳胆经, 导致睡眠差、惊悸不宁、恶心头晕。常用于心悸、胸闷、失眠、眩晕、呃逆、癫狂等。笔者在心内科重症病房(CCUCU)运用此类方加减治疗重症病例中, 治疗快速性心律失常, 对于频发室性早搏、短阵室性心动过速显示出良好的控制效果; 并且对于心律失常的快速性心房颤动合并心力衰竭的转律以及稳定心率具有一定的作用; 以及应用温胆汤类方对于不稳定性心绞痛属于胆热内扰心神类型, 显示出抗心绞痛的效力。

关键词: 温胆汤; 方证分析; 重症病例; 心律失常; 心绞痛

DOI 标识: doi: 10.3969/j.issn.1008-0805.2021.03.54

中图分类号: R289.5 文献标识码: A 文章编号: 1008-0805(2021)03-0695-04

温胆汤发源于《千金要方》, 由半夏、竹茹、橘皮、枳实、生姜、甘草组成, 具有理气化痰和胃利胆之功效, 后经《三因极一病证方论》演绎发挥, 加入茯苓、大枣, 减生姜用量, 使其清解少阳胆

经力量增强, 温热之力减而有较好的镇静作用, 广泛运用于临床治疗神经症、创伤后应激障碍、消化系统疾病以及心脑血管疾病。笔者在临床常用此方化裁治疗胸闷、心悸、气短、乏力、自汗、失眠多梦、眩晕、恶心欲吐等症状, 收效甚好; 在 CCUCU 重症监护病患中, 亦可见此类方证, 用此方加减以清肝胆郁热、宽胸理气化痰、宁心定悸安神, 实现纠正快速性心律失常以及抗心绞痛的作用。

1 温胆汤方证溯源

温胆汤记载于唐代孙思邈《备急千金要方·胆虚实》: “治大病后, 虚烦不得眠, 此胆寒故也, 宜温胆汤。”方中生姜四两, 半夏二两, 橘皮三两, 竹茹二两, 枳实二枚(二两), 炙甘草一两^[1]。全方性温。宋代陈无择《三因极一病证方论》在此基础上将生姜减为五片, 加茯苓一两半、大枣一个, 全方药性归于平和, 治虚烦不得眠, 又可治惊悸^[2]。由于药物及药量变化, 方剂名虽叫温胆, 实有清胆之痰热之义, 如《金匱要略》“病痰饮者当以温药以和之”以治疗痰饮之法。

由此, 温实指温化, 而非温补。温胆汤典型指征: 大病后, 虚

收稿日期: 2020-10-11; 修订日期: 2021-02-15

基金项目: 国家中医药管理局第三届国医大师/全国名中医传承工作室建设项目(国中医药办人教函[2018]119号);

陕西省第六批老中医药专家学术经验继承工作项目(陕中医药发[2018]35号);

陕西省科技统筹创新工程计划项目(2016KTZDSF01-03-02);

陕西省中医药管理局课题(JCMS009)

作者简介: 田 心(1983-), 男(汉族), 陕西西安人, 陕西省中医医院副主任医师, 博士学位, 主要从事中西医结合心血管基础与临床研究工作。

* 通讯作者简介: 刘超峰(1960-), 男(汉族), 陕西凤翔人, 陕西省中医医院主任医师, 硕士学位, 主要从事中西医结合心血管基础与临床研究工作。

烦不得眠,惊悸;即是病久伤及少阳胆经,导致睡眠差、惊悸不宁、恶心头晕。温胆汤常用于心悸、胸闷、失眠、眩晕、呃逆、癫狂等。

2 温胆汤方证解读

温胆汤是理气化痰常用方剂,临床可见咽喉部粘痰,恶心欲吐,伴有腹胀、食欲不振等。究其原因,此乃表象,而非实质。“心藏神”说明了心系维持精神心理健康的重要作用。而惊则气乱,思则气结;气机不利进一步影响脾胃运化水谷精微,运化受阻则水湿凝聚,痰热内生。因此,温胆汤的化痰理气,可以起到安神定志的作用。

从药性升降浮沉理论而言,方中所记载的 6 味药物,除去甘草作为和药,竹茹清化痰热,其它 4 种药物都属于降的属性。《神农本草经》记载为“半夏……下气……头眩胸胀,咳逆”,“陈皮,主胸中痰热,逆气……下气”,《名医别录》载“枳实……逆气”,“生姜,主伤寒头痛鼻塞,咳逆上气”^[3]。

足少阳胆经宜生发、降气下行,受病之后气机受阻、不降反逆,加之少阳相火受病之后易从热化,逆行于上,足少阳胆经别贯心,热扰心神而生烦热。温胆汤方剂组成是在小半夏加茯苓汤合橘皮竹茹汤而成。其中半夏、竹茹化痰下气,陈皮、枳实理气行气,生姜温化水饮,甘草调和诸药,全方共奏理气化痰、清热除烦之功效。

3 温胆汤类方运用比较

以温胆汤作为方药核心的方剂应用于临床加减颇多,其治疗主症会有所不同。刘渡舟对温胆汤进行了化裁,提出了柴芩温胆汤、黄连温胆汤、归芍温胆汤、龙牡温胆汤、桃红温胆汤、丹栀温胆汤、郁蒲温胆汤、苍柏温胆汤、黛蛤温胆汤、羚钩温胆汤、蚕蝎温胆汤、硝黄温胆汤这 12 种化裁的温胆汤类方,强调证治规律及使用特点^[4]。如柴芩温胆汤加入柴胡、黄芩增加发越少阳郁火、利少阳枢机,针对胸胁苦满疼痛较严重的症状;黄连温胆汤更倾向于痰热扰心其热势较重者,更针对于失眠心烦症状由胆经郁火所致;龙牡温胆汤更适用于胆气虚怯、心神不宁所导致的失眠;桃红温胆汤偏于痰热夹有血瘀以血脉不通为表现的症状。其应用加减因症状和辨证不同而选取,但核心不离于温胆汤之理气清热化痰之本。

4 温胆汤类方在急危重症中的应用

4.1 菖琥温胆汤加减治疗频发室性早搏、短阵室性心动过速 患者,男,63 岁。主因“间断胸闷、心慌 1 月”为主诉于 2019-03-06 入院。患者于 1 月前无明显诱因出现胸闷、心慌,持续 1~2 min 可缓解,于当地医院做心电图显示:窦性心律,频发室早,随后查动态心电图:窦律,室性早搏 14994 个,其中 204 次成对室早,短阵室速。给予抗心律失常、改善心肌代谢后症状缓解不明显,遂来我院以“心律失常,短阵室速,频发室早”入院。入院症见:胸闷、心慌,乏力,纳可,烦躁,睡眠差,二便调。既往体健。舌质淡暗,苔黄腻,舌下脉络迂曲,脉弦细滑。

查体: T: 36.6 °C P: 98 次/min R: 20 次/min BP: 127/66 mmHg 神志清楚,精神差,面容消瘦,自动体位。双肺叩诊呈清音,呼吸音正常,未闻及干湿性啰音。心界叩诊正常,心率 98 次/分,心律不齐,可闻及早搏,约 8~10 个/分,各瓣膜听诊区未闻及杂音。辅助检查:心电图:窦律,电轴不偏,II、III、aVF ST 段下移。动态心电图:窦律,频发室早,部分呈二联律、三联律,短阵室速;血管超声:双颈总及右锁骨下动脉粥样硬化斑块形成;心脏超声:动脉硬化,左室收缩功能正常,舒张功能减低,二尖瓣、主动脉瓣少量反流,频发期前收缩。心肌损伤标志物未见异常,生化全套未见明显异常。

入院诊断:中医诊断:心悸病,痰热扰心兼血瘀;西医诊断:冠心病,心律失常-频发室早、短阵室速,稳定性心绞痛,颈动脉粥样硬化。入院后当日完善术前检查及准备,立即冠脉造影未见明显狭窄。排除冠心病病变后,予以修订第一诊断为:心律失常-频发室早、短阵室速。返回病房后予以心电监护,一级护理,因患者近期动态心电图显示频发室早、偶发短阵室速,有发生持续性恶性心律失常甚至猝死的风险,向患者及家属告知病情,签署知情同意书,嘱其配合治疗。患者曾常规口服倍他乐克效果不佳,考虑单纯使用西药难以控制病情,且存在痰热之证,中药用菖琥温胆汤加减以理气活血化痰、清热安神定悸,方药如下:枳壳 10g,竹茹 10g,清半夏 10g,陈皮 10g,茯苓 20g,黄连 10g,丹参 30g,党参 15g,石菖蒲 15g,琥珀(冲服) 10g,三七粉(冲服) 6g,徐长卿 15g,珍珠母(先煎) 30g。4 剂,水煎服 200 mL,每日 1 剂,分 2 次服。

2019-03-10: 心电监护显示患者服药前心率 90~95 次/分,可见频发室早,伴见二联律、三联律,夜间见多次短阵室速;服药第 2 天(2019-03-08),心率 81~86 次/min,仍有室早,伴见二联律,三联律逐渐减少,夜间短阵室速渐少,室速心搏数减少;服药第 4 天(2019-03-10),心率 75~81 次/min,仍有室早,伴见少量二联律,未见三联律,夜间短阵室速消失;此过程中未出现持续性恶性心律失常,胸闷、心慌症状有所改善。舌质红,苔黄腻,脉细滑。拟用上次菖琥温胆汤加减方,继服 4 剂。

2019-03-14: 患者自感胸闷、心慌症状缓解。心脏听诊心率 72 次/min,心律不齐,可闻及早搏,约 4~6 个/min。心电监护示心率 67~76 次/min,仍有室性早搏,频率明显减少,二联律消失,未见短阵室速。仍守菖琥温胆汤加减方,继服 4 剂。

2019-03-17: 患者诉胸前区症状改善,要求出院。心电监护示心率 64~73 次/min,偶发室性早搏。予以择日出院后继服此方,随访至今,早搏明显减少,后期复查未再出现短阵室速。

按:患者入院前不明确是否存在冠脉病变的可能,而本次入院主要因为发现频发室早,且合并短阵室速。入院后冠脉造影予以排除冠心病导致心律失常,且心脏超声心腔结构正常,需要着重解决心脏电生理紊乱。因已于外院就诊,一直服用倍他乐克效果不佳,笔者考虑此患者情绪焦躁,虚烦不得眠,舌质淡暗,苔黄腻,舌下脉络迂曲,脉弦细滑,这是典型的温胆汤方证。服用 4 付药物后,心率逐渐下降,心电监护上室早及室速程度明显减少,患者症状明显减轻,服药 8 天后心率大幅回落至正常范围,除了少量早搏外,症状基本解除。此期间除应用倍他乐克药物外,再未应用别的影响心律的西药,合用菖琥温胆汤而达到控制心率、稳定心律的效果,并改善了患者的临床症状。温胆汤在临床常常用于治疗快速性心律失常,随症加减化裁,常显示出良好的疗效。

4.2 柴芩龙牡温胆汤加减治疗心房颤动、心力衰竭 患者,女,82 岁。主因“间断心慌、胸闷 5 年,再发 4 天”为主诉于 2019-02-09 入院。5 年前无明显诱因出现心慌、胸闷,伴气短、乏力,持续数分钟后缓解,此后症状反复出现,时轻时重,持续时间逐渐延长,就诊于外院,诊断为冠心病、心律失常、房颤,给予抗血小板聚集、控制心室率及对症处理后好转,后间断口服“替格瑞洛、阿托伐他汀、厄贝沙坦”,自诉症状控制尚可。4 天前因不慎外感后上症再发,服用某抗生素及原有药物症状未见缓解,遂以“冠心病,心律失常,房颤,心功能 III 级”入院。入院症见:心慌、胸闷、气短,伴见咳嗽、黄粘痰、痰中可见血丝,头痛,双下肢无力,纳差,眠差,大便干,小便尚可。既往高血压病四十余年,血压最高达 230/120 mmHg,近期服用厄贝沙坦控制尚可;腔隙性脑梗塞 3

年。否认糖尿病史及药物过敏史。舌质暗,苔少,舌下脉络迂曲,脉细滑。

查体:T:36.3℃ P:88次/min R:22次/min BP:113/73 mmHg 神志清楚 精神差 扶入病房,面容正常,自动体位。双肺叩诊呈清音,左肺呼吸音正常,右肺底可闻及散在湿啰音。心界叩诊正常,心率105次/min,心律绝对不齐,第一心音强弱不等,各瓣膜听诊区未闻及杂音,未闻及心包摩擦音。腹平软,无压痛及反跳痛,双下肢不肿。辅助检查:心电图:异位心律,房颤,室早,完全性右束支传导阻滞,T波倒置;颈部血管超声:双侧颈部动脉粥样硬化伴多处斑块形成,右侧椎动脉彩色血流未显示,考虑闭塞;心脏超声:(EF:0.56,FS:29.5%)主动脉硬化,双房扩大,以左房为著,左室收缩功能正常、舒张功能减低,主动脉M型运动曲线主波低平,重搏波低平,CDFI:二尖瓣、三尖瓣反流(中量)、主动脉瓣反流(少量);胸片:主动脉结硬化伴主动脉型心影,右肺下野炎性改变不排除。血常规+CRP:WBC $8.36 \times 10^9/L$ 、NEUT% 68.6%、LYMPH% 18.4%、RBC $4.08 \times 10^{12}/L$ 、HGB 124 g/L、PLT $77 \times 10^9/L$ CRP 56.69 mg/L、hs-CRP > 10 mg/L;降钙素原测定 0.263 ng/mL;心肌损伤标志物:NT-proBNP 7289 pg/mL、TNT 0.061 ng/mL;肾功、电解质:BUN 12.5 mmol/L、CRE 87 $\mu\text{mol/L}$ 、UA 615 $\mu\text{mol/L}$ 、Cys-C 2 mg/L、K 3.4 mmol/L、Na 134 mmol/L;血凝:APTT 47s、INR 1.06、D-Dimer 1.06 $\mu\text{g/mL}$;粪常规潜血呈阳性,尿常规、肝功、血脂未见异常。

入院诊断:中医诊断:心悸病,气虚血瘀、痰火扰心;西医诊断:冠心病,心律失常,心房颤动,频发室早,心力衰竭,心功能Ⅲ级,高血压病3级(极高危),腔隙性脑梗塞,急性上呼吸道感染,低钾血症,椎动脉闭塞。予以重症监护、心电监护、血氧饱和度监测,一级护理,按中医内科“心悸病”常规护理,向家属告知患者为高龄,不排除住院期间心衰加重或出现恶性心律失常的风险,或者因为心房血栓脱落导致栓塞事件,嘱配合治疗。西医治疗给予头孢菌素静点以抗感染,皮下注射低分子肝素以抗凝;口服倍他乐克以控制心室率、替格瑞洛以抗血小板、阿托伐他汀以调脂稳斑、螺内酯以利尿、氯化钾以补钾。考虑患者症状有心慌、胸闷、气短,亦有虚烦不得眠,并且出现头晕恶心症状,结合舌脉亦属少阳胆热表现,用柴芩龙牡温胆汤加减方以清热理气化痰、益气宁神定悸,方药如下:北柴胡 15g,黄芩 10g,山楂 10g,金银花 15g,连翘 15g,半夏 9g,生姜 10g,党参 30g,炒枳壳 10g,麦冬 10g,五味子 10g,陈皮 15g,丹皮 15g,桔梗 10g,瓜蒌 30g,赤芍 15g,煅龙牡(先煎)各 30g。3剂,水煎服,200 mL,每日1剂,分2次服。2019-02-12:心电监护为异位心律,房颤伴完全性右束支传导阻滞,可见室性早搏,T波倒置,心率波动于88~102次/min,血压为120~130/70~80 mmHg,辅助检查回报:血沉 23 mm/h,降钙素原测定 0.088 ng/mL,肿瘤标志物未见异常。患者心慌、胸闷、气短改善,睡眠改善,头晕恶心未出现,仍有咳嗽、咳痰,痰色转稀白,但出现腹泻症状,予以继续强化补钾,给予静点能量合剂以补液,口服蒙脱石散以止泻,继守原方柴芩龙牡温胆汤加减,服用4剂。

2019-02-15:心电监护为窦性并异位心律交替出现,阵发性房颤伴完全性右束支传导阻滞,未见早搏,T波倒置较入院减轻,心率波动于68~85次/min,血压为110~120/60~70 mmHg,辅助检查回报:血常规:WBC $4.97 \times 10^9/L$ 、NEUT% 47.7%、LYMPH% 36.3%、RBC $4.18 \times 10^{12}/L$ 、HGB 128 g/L、PLT $130 \times 10^9/L$;降钙素原测定 0.041 ng/mL;电解质 K 4.8 mmol/L、Na 137 mmol/L;粪常规潜血呈阴性。患者心慌、胸闷、气短明显减轻,纳

食可,睡眠可,腹泻消失。考虑患者心房颤动、心力衰竭缓解,症状减轻,仍有咳嗽、无痰,请教专家调整中药为沙参麦冬汤生津润燥,合止嗽散宣肺止咳,加减化痰酌情增加阿胶、熟地等滋阴药物,莲子以清心火,增加甘松、琥珀、苦参以加强清热祛风、宁心安悸之功。处方如下:熟地 20g,麦冬 10g,玉竹 10g,阿胶(烊化) 10g,党参 30g,桂枝 10g,茯苓 30g,丹参 30g,甘松 15g,石菖蒲 15g,琥珀(冲服) 6g,苦参 15g,山药 30g,蜜百合 30g,苦杏仁 10g,紫菀 15g,百部 10g,陈皮 10g,莲子 15g。5剂,水煎服,200 mL,每日1剂,分2次服。

患者服药后,当天夜间咳嗽明显减轻,2019-02-17心电监护显示窦性心律时长增加,偶发心房颤动,右束支传导阻滞,心率波动于63~88次/min,血压正常。患者心慌、胸闷、气短基本消失,纳食可,睡眠可,二便调。予以安排出院,出院后继服西药方案同入院时。1年来病情稳定。

按:此患者虽为上呼吸道感染以及房颤症状来院,合并心功能不全(射血分数保留型心衰),既往未曾规律抗凝及控制心室率,亦不清楚冠脉病变程度,但颈动脉血管B超提示斑块及椎动脉闭塞,心电图缺血改变明显,所以不排除冠脉病变,心房附壁血栓出现的风险增大。笔者入院后给予抗感染、强化抗凝、控制心室率配合原有抗血小板、调脂稳斑、降压为基础西药方案,使心房颤动的治疗有了保障,但笔者曾遇到此类高龄房颤患者有心慌、胸闷、气短症状,单纯应用西药改善症状不明显,往往呈现病情反复,所以绝不可认为症状不重,而掉以轻心,此时果断应用合适的中药治疗尤为重要。

患者高龄,基础疾病多,变化迅速,易出现恶性心律失常或心功能急剧恶化引发心源性猝死,早期已经使用西药治疗,但外感风寒,不积极干预,则伤寒六经传遍,即太阳经表证失治误治后,邪入少阳,少阳气机不舒,郁而化热生内风,扰动心神,而惊悸不宁,夜寐欠安,选用柴芩龙牡温胆汤是和解少阳、清热化痰、宁心安神,加用瓜蒌、赤芍予以宽胸理气活血,以麦冬、五味子滋阴以防热耗津伤,银花、连翘辅以清热解表,山楂、党参予以益气健脾止呕,龙骨、牡蛎予以重镇安神加强定眩之力。应用中药汤剂后,心率以及心律逐渐平复,最终好转出院。

4.3 柴芩温胆汤加减治疗不稳定性心绞痛患者,男,60岁。主因“间断胸闷、气短七年余,再发1周”为主诉于2019-03-21入院。七年前活动后出现胸闷、气短,否认肩背部放射痛,持续数分钟后可自行缓解,症状反复出现。2013年于外院行冠脉造影示前降支狭窄70%,植入支架1枚后口服抗血小板、利尿、营养心肌、调脂稳斑及对症处理后好转,出院后规律服用“阿司匹林肠溶片、阿托伐他汀钙片、富马酸比索洛尔片、叶酸片”,病情控制尚可。1周前因劳累后上症再发,遂以“冠心病,PCI术后”入院。入院症见:胸闷、气短、心慌、纳可,眠差,夜尿频,大便调。既往否认糖尿病、高血压、腔隙性脑梗死病史。吸烟三十余年,10支/日,已戒烟1年。否认酗酒史。否认家族心脏病遗传病史。舌质淡暗,苔腻,舌下脉络迂曲,脉细弱。

查体:T:36.3℃ P:64次/min R:19次/min BP:109/72 mmHg 神志清楚 精神差 面色晦暗,自动体位。双肺叩诊呈清音,呼吸音正常,未闻及干湿性啰音。心界叩诊正常,心率64次/min,律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音。辅助检查:心电图:窦律,Ⅱ、Ⅲ、aVF、V1-V6 ST段下移明显。颈部血管超声正常,双下肢血管超声:双侧股动脉粥样硬化斑块形成;心脏超声:冠心病PCI术后;主动脉硬化,左室收缩功能正常、舒张功能减低,各瓣口未见明显病理性反流信号;心肌损伤标志物正常,生化全套:甘油三酯

1.88 mmol/L, 低密度脂蛋白 1.16 mg/L, 余未见异常。

入院诊断: 中医诊断: 胸痹心痛病, 气虚痰瘀互结; 西医诊断: 冠心病, 不稳定性心绞痛, PCI 术后, 动脉粥样硬化(双股动脉)。予以心电监护, 一级护理, 按胸痹心痛病常规进行护理; 因心电图不正常, 住院期间可能心绞痛再次发作需要 PCI 手术的可能, 告知病情, 嘱其配合治疗。西药除口服拜阿司匹林肠溶片以抗血小板、阿托伐他汀钙片调脂稳斑, 并给予控制心室率降低心肌氧耗、改善心肌代谢等治疗。考虑患者心前区不适合且虚烦不眠, 舌质淡暗, 苔腻, 脉细弱, 证属气虚痰瘀互结证, 中药方剂以柴芩温胆汤加减, 方药如下: 北柴胡 10g, 黄芩 10g, 清半夏 10g, 炙黄芪 40g, 焦杜仲 15g, 炒苍术 10g, 煅牡蛎(先煎) 30g, 知母 10g, 肉桂 6g, 牛膝 15g, 车前子(包煎) 30g, 丹参 30g。4 剂, 水煎服, 200 mL, 每日 1 剂, 分 2 次服。

2019-03-24: 心电监护显示心率波动于 62~75 次/min, 血压 110~130/70~80 mmHg, 心电图 ST 段压低较入院时减小。患者胸闷、气短、心慌较入院明显缓解, 情绪与睡眠较前改善。

2019-03-27: 患者心前区难受症状大有减轻, 复查心电图对比入院时其 ST 段下移有减少, 情绪睡眠较好。安排近期办理出院, 随后 1 年内病情平稳。

按: 患者入院时确诊为冠心病, PCI 术后, 既往长期的吸烟史, 近期症状急性加重, 心电图缺血改变明显, 怀疑冠脉有新的病变, 笔者考虑急性冠脉综合征, 但心肌损伤标志物未见明显异常, 排除了再发的急性心梗, 患者已长期使用抗血小板、调脂稳斑的药物, 于是按不稳定性心绞痛标准治疗流程处理。患者症状表现肝胆郁热内扰心神致焦躁不安、眠差。对此, 笔者考虑使用柴芩温胆汤加减以清解少阳郁热, 化痰和胃宁神, 配以黄芪、丹参、知母等药物以滋阴益气活血, 其后胸痹症状逐渐缓解。

5 温胆汤临床运用心得

心血管疾病涉及多方面的内容, 以上 CCU 重症病例中的频发室早、短阵室速、心房颤动属于快速性心律失常, 是心脏电生理紊乱; 不稳定性心绞痛属于冠心病发作的一种类型; 而心功能下降出现气短、气喘以及心脏 NT-proBNP 显著升高是为心力衰竭。诸多不同类别的疾病为何用温胆汤类方能够改善症状? 原因就在于上述病例中医辨证都属于“痰”、“郁”、“热”等基本要素演化而来, 恰恰温胆汤治疗的就是痰饮、少阳胆经郁热导致的惊悸不宁、失眠烦躁等症状。依据中医辨证论治的基本原则, 掌握病变的基本规律, 使用温胆汤作为基本方, 伴随症状给予适当加减化裁, 达到应用药物之偏性纠正人体之偏差的作用。

温胆汤作为经典方剂, 临床上使用此方治疗心血管疾病的报道诸多。如邓铁涛教授认为心脾气虚、痰瘀交阻的是心脏病的病理基础, 以此方治疗冠心病、心肌病、风湿性心脏病、充血性心力衰竭等常见心脏病, 疗效明显体现了邓老的“五脏相关”学术思想^[5]; 又如熊继柏教授认为痰湿为病的心脑血管病患者使用温胆汤化痰治疗, 收效甚好^[6]。临床研究显示^[7-8], 温胆汤治疗冠心病心绞痛有保护血管内皮功能, 改善心功能并能够显示出良好的抗心律失常效应。现代药理研究表明^[9-10], 黄连温胆汤加减通过改变心脏传导及调节血脂、抗血小板聚集多方面药理机制治疗心律失常(痰火瘀阻型) 优势明显; 并且, 温胆汤促进急性心梗后心肌能量代谢, 保护心肌超微结构, 并能有效改善心功能。

综上, 温胆汤在临床应用不必拘泥于条文含义, 因证而灵活加减变化。在心内科临床上不仅仅应用温胆汤治疗心脏神经症或者情绪焦躁的轻症患者, 而且可以应用于 CCU 重症患者, 尤其是反复发作的快速性心律失常或者心绞痛, 若归属于少阳痰热为患之证, 能够收到良好的治疗效果。

本文承蒙国医大师雷忠义老师的指导, 特此致谢!

参考文献:

- [1] 孙思邈. 千金方[M]. 北京: 华夏出版社, 1993: 172.
- [2] 陈无择. 三因极一病证方论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1983: 111.
- [3] 冯学武, 郭腾飞. 《千金要方》所载温胆汤有关问题探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(5): 600.
- [4] 杜松, 赵凯维, 刘寨华, 等. 经典名方“温胆汤”研究进展及相关思考[J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(12): 1764.
- [5] 魏辉, 邓铁涛. 邓铁涛运用温胆汤治疗心脏病的经验探析[J]. 上海中医药杂志, 2005, 39(2): 6.
- [6] 许启蒙. 熊继柏运用温胆汤治疗心脑血管证经验[J]. 中医杂志, 2003, 44(3): 177.
- [7] 朱瑞, 韩影, 何勇, 等. 黄连温胆汤加减治疗老年胸痹症(冠心病心绞痛) 的临床疗效及其对血液流变学、血管内皮功能及血脂水平的影响[J]. 世界中医药, 2019, 14(7): 1832.
- [8] 马娜娜, 李平, 朱国东, 等. 温胆汤治疗心律失常疗效的 Meta 分析[J]. 中国中医急症, 2016, 25(6): 993.
- [9] 王英杰, 张艳. 黄连温胆汤加减治疗痰火瘀阻型快速性心律失常[J]. 吉林中医药, 2017, 37(4): 357.
- [10] 张丽丽, 李雁, 李龙. 加味温胆汤对急性心肌梗死后心力衰竭大鼠心肌能量代谢和超微结构的影响[J]. 中国中医急症, 2020, 29(2): 201.