

• 中医药教学 •

充血性心力衰竭中医治则探究

石洁 商秀洋

(中国中医科学院广安门医院,北京市宣武区北线阁 5 号,100053)

摘要 充血性心力衰竭(简称心衰)是多种心血管疾病的终末阶段,也是临床常见的危重症,其发病率、致残率和致死率居高不下。近 10 年来随着对心衰病理机制的不断探讨,中医对该病治法也有进一步发展。

关键词 充血性心力衰竭/中医药疗法;中医治则

充血性心力衰竭(简称心衰)是多种心血管疾病的终末阶段,也是临床常见的危重症,其发病率、致残率和致死率居高不下。根据其症状特点,当属中医学惊悸、怔忡、喘证、痰饮、水肿、心痹等范畴。心衰多属虚实夹杂之证,心气虚是基本病机,心衰病程日久可累及阴或阳,导致阴虚或阳虚。在病程演变方面,早期表现为心肺气虚,随着病情发展,可进一步表现为气虚血瘀、气阴两虚、脾肾阳虚、阳虚气脱等证候。近年来中医对该病治法也有进一步发展。现将近 10 年来有关中医治疗心衰的治则治法作一评述。

1 虚实论治

中医认为本病证属正虚邪实,气虚为本,血瘀、水饮、痰浊为标,是一种本虚标实、虚实夹杂的慢性病。正气不足、血瘀、痰浊、水停是其主要的发病因素。针对以上病因,其相应治法有以下几种。

1.1 补益心气法:心主血脉,贺福田^[1]在西医常规治疗的基础上加用参芪扶正注射液静脉输注治疗慢性心衰 35 例,结果治疗组总有效率优于对照组;左室射血分数较治疗前改善,其疗效优于单纯西医常规治疗。

1.2 益气养阴法:气虚日久必损及阴,或治疗过程中用温燥、渗利等耗液伤阴等药物,形成气阴两虚或阴阳并损的证候,可见心悸、气短、乏力、倦怠懒言、口干舌燥、五心烦热、脉虚数等症状。益气养阴法以生脉散为代表方剂,适用于心衰早期的气阴两虚证。吴新欲等^[2]采用心力神治疗 30 例慢性心力衰竭患者,方药组成包括黄芪、党参、麦冬、五味子、补骨脂、茯苓、玉竹、附子、防己、丹参、桂枝等。结果 4 周后显效 12 例,有效 16 例,无效 2 例,总有效率为 93.3%。张一昕等^[3]观察益气养阴方能明显增加心衰犬 SBP、DBP、平均动脉压(MAP)、 $\pm dP/dT_{max}$ 、左室收缩压(LVSP),降低左室舒张末期压力(LVEDP),能明显纠正心衰犬血流

动力学的异常,改善外周血液灌注不足,改善心衰症状。

1.3 温阳利水法:气虚日久必损及阳,不仅影响肺的宣发肃降及脾的转输,更为重要的是心、肾阳气的温煦、气化作用减退,机体脏腑气化功能障碍,水液代谢异常,导致体内水液潴留,表现为心悸、喘促、不能平卧、小便短少、肢体浮肿、面青唇紫等。《内经》的治水三法“开鬼门,洁净府,去菀陈莖”和《金匱要略》所云:“腰以下肿,当利小便”,为中医治疗心力衰竭的治标之法,即活血、利水、通便。龚成初^[4]等以参附汤合真武汤为基本方治疗肺心病心力衰竭 48 例,并以西药常规治疗为对照。结果两组显效率分别为 62.5% 和 23.3%,总有效率分别为 93.8% 和 73.3% ($P < 0.05$)。

1.4 益气活血法:益气活血法是目前治疗心衰最为常用的治法。有人统计 91 篇治疗心衰的临床报道,益气法和活血法的应用率分别为 93% 和 71%^[5]。益气法可增强心肌收缩力,改善心脏泵功能,活血法可改善血液流变学状态,从而降低前负荷,两者配合使用,具有协同改善心功能的作用。邵静^[6]用益气活血方治疗顽固性心衰 61 例,组成为人参、黄芪、红花各 10g,丹参 24g,益母草 30g,肉桂 3g 冲服。同时用小剂量洋地黄及转换酶抑制剂(ACEI)类药物,以常规西药治疗为对照组。结果两组显效分别为 37 例和 25 例,有效 20 例和 21 例,无效 4 例和 13 例,治疗组疗效显著优于对照组 ($P < 0.05$)。

1.5 化痰法:化痰对于治疗心力衰竭来说,不是主要治疗方法,但却有多方面的辅助作用。第一,化痰可以宁心,心烦不安之因痰引起者宜之;第二,痰热、痰湿壅肺,肺气失于通畅,则影响心气、心血的运行,这就是“肺朝百脉”的理论,因此,痰壅于肺,肺失宣降者,不可不用化痰药;第三,化痰可以和胃,胃肠运化正常,有助于心气的宣畅;第四,对于冠心病患者,化痰药有助于动脉硬化的治疗。常用的化痰药如茯苓、半夏、天竺黄、瓜蒌、贝母、竹沥等,均可选择使用。^[7]

1.6 化湿法:焦增锦^[8]认为在治标祛邪中,利水湿是重要的环节,有效、及时地清利水湿之邪,减轻心脏负荷,关系到本病的进退及预后。《金匱要略》“痉湿喝

病脉证治”中指出,根据病邪侵入人体的深浅,人体正气所伤的轻重,辨证在表在里,层次分明,以在治疗上轻重缓急适得其所。焦氏总结如下化湿方法:1)补肾化湿法。此法是通过温肾化气以利水。常用于肾虚不主气化,水液不行之证。2)通阳化气利湿法。此法是通过温经助阳化气以利水湿。常用于阳虚水泛,水气凌心者。3)调气血化湿法。此法是通过调气和血以利水。常用于肝瘀气滞、水瘀交阻之证。4)调畅三焦化湿法。此法是通过宣肺、调中、导下,增强化气利水之功能。常用于湿浊弥漫三焦之证。5)宣气化湿法。此法功能是宣通气机,透化湿邪,所谓“气化湿亦化”。常用于湿邪郁遏气机,表里皆有湿停,或内有湿,兼有表气不通。

1.7 通络法:吴以岭^[9]认为,心气虚乏是慢性心力衰竭发生的中医病机根本,瘀血阻络是其中中心环节。津液不循络脉运行,渗出脉外而为水湿之邪,发为水肿,瘀血水饮阻滞络脉,日久结聚成形,导致心络络息成积是其发展严重的结果。他运用中医络病学说,既考虑导致络脉瘀阻这一病理过程的病因根本——心气阳亏虚,又考虑到络脉瘀阻作为病理环节导致津液运行不循络脉,津渗脉外而为水肿,自拟芪蒺强心胶囊,以益气温阳药为治络强心之本,辅以活血通络药,使气旺血行络通,阻断血瘀络阻的病理中心环节,兼用利水消肿药以治其标。全方标本兼治,显示复方中药多环节、多途径、多靶点治疗的综合优势。其治疗充血性心力衰竭多中心、随机双盲临床试验结果表明:心功能分级疗效,治疗组(110例)显效率48.2%,对照组(109例)显效率40.4%,两组比较无显著差异;Lee氏心衰计分法疗效,治疗组显效率40.0%,对照组显效率30.3%,治疗组明显优于对照组($P < 0.05$);中医证候疗效,治疗组显效率46.4%,对照组显效率31.2%,治疗组优于对照组($P < 0.05$);射血分数和生活质量评分两组比较有显著性差异($P < 0.05$),治疗组优于对照组。

1.8 固阴救脱、回阳救逆法:心衰后期,心脾肾阳衰日久,可见阳气虚衰的严重阶段,阳气虚脱于外,阴寒弥散于内,阴阳相互离绝,出现心悸喘促、张口抬肩、面色青灰、烦躁不安、大汗淋漓、四肢厥冷、尿少肢肿,甚至昏厥谵妄,脉沉细欲绝。治疗予救阴固脱、回阳救逆法,方选参附汤、生脉饮加桂枝甘草龙骨牡蛎汤,药用红参、附子、肉桂、干姜、麦冬、五味子、桂枝、白芍、当归、黄芪、煅龙骨、煅牡蛎、甘草。

2 脏腑论治

2.1 泻肺逐水法:为急则治其标的方法,葶苈子、桑白皮、汉防己是其中最为常用的药物。此类药物大多药

效峻猛,常与其他治法合用,较少单独使用。于华珍^[10]用葶苈大枣益母汤(葶苈子60g,大枣10g,益母草40g)加味治疗心力衰竭30例,结果显效17例,好转11例,无效或死亡2例,总有效率为93.33%。傅亚龙^[11]采用木防己汤[木防己30g,党参15g,茯苓15g,桂枝5g,芒硝6g(冲),葶苈子30g,水蛭6g,麦冬10g]按“支饮”论治,并以西药常规治疗为对照观察血管紧张素Ⅱ(AngⅡ)水平变化,结果治疗前后AngⅡ水平差值与对照组比较有显著性差异($P < 0.05$),治疗组优于对照组。

2.2 从脾胃论治:在生理上脾胃与心关系密切,具有主运化、升清、统摄血液及主通降、受纳腐熟水谷之功能。脾胃的健运、通调是遏制心力衰竭发生、发展的生理基础。在病理上脾胃与心也相互影响。当脾胃受损,运化失健,通降、腐熟失司,中焦气机升降失常,就易产生水湿、痰浊、瘀血等病理产物,使血运失畅,心脉痹阻,胸阳不振,出现各种心脏的病理表现。当心主血脉失常,必然出现气机失畅,血脉瘀阻,水湿内停,从而影响脾胃的正常功能,出现脘腹胀满、纳呆、恶心呕吐等病理表现。因此脾胃功能受损失调是心力衰竭发生的关键。本着治病求本的原则,心力衰竭从“后天之本”入手,是治疗的根本。季建军^[12]将心力衰竭从“后天之本”论治,临床总结如下法则:1)运脾益气化湿法:症见胸闷、气短、心悸,动则尤甚,伴乏力肢软,口淡乏味,纳呆,脘腹胀满,大便软溏,小便短少,舌淡苔薄白,脉细。方选胃苓汤加减。2)温脾活血利水法:症见胸闷、气急,甚至张口抬肩、不能平卧,伴面唇青紫、四肢发绀浮肿,畏寒怕冷,脘腹胀满,不能进食,或见恶心呕吐,舌紫暗,脉沉细。方选实脾饮加减。3)健脾养阴生血法:症见胸闷、气短、乏力,形体消瘦,口干欲饮,纳谷不香,或面浮肢肿,心悸失眠,舌淡红,少津,苔薄黄,脉细弱。方选人参养营汤合生脉散。4)和胃降逆通腑法:症见胸闷、气喘、腹胀纳少,口干欲饮,间或恶心欲吐,大便干结,舌红苔黄,脉弦滑。方选泻心汤合增液汤加减。

2.3 心脾肾同治:邓铁涛^[13]认为,五脏是一个相互关联的整体,在心衰的发展过程中,肺、脾、肾、肝都起一定的作用,将心孤立起来就不能正确认识心衰的病因病机。在治疗上,邓老比较强调脾肾两脏,认为脾为生化之源,肾为命火所居,心脾同治、心肾同治甚至心脾肾同治,是治本之法,分别选用四君子汤加黄芪(心脾同治)、真武汤、参附汤或四逆汤加人参(心肾同治)。他还自拟暖心汤、养心汤,均以人参为主药培补元气,充分体现了其治病求本的思想。

2.4 心肾同治:《伤寒论》少阴病是伤寒六经病变发展过程中的后期阶段,此时机体抗病力衰退,病情相对较为危重。心、肾两脏属少阴,故少阴病虚寒证以心、肾两脏阳气衰微为主要病变机理。少阴病篇中的四逆汤,为治少阴病寒化证的代表方。该方由附子、干姜、炙甘草组成,方中大辛大热之附子具有振奋心肾之阳,驱寒救逆的作用;干姜能鼓舞脾胃之阳,温中散寒;甘草益气温中,既能协助姜附回阳固脱,又可缓姜附燥烈之性。全方共奏回阳救逆之功,用于治疗少阴病阳虚阴盛之证。不少学者根据四逆汤的功效,将其运用于治疗充血性心力衰竭,以心输出量降低、有效循环血量不足、末梢血管收缩、末梢循环减弱为主要病理变化,见有心肾阳虚证,或心阳虚脱证,取得较满意的疗效。熊曼琪^[14]提出少阴病论,初步论证了少阴病与充血性心衰的相关性,提出心衰的某些阶段可以运用少阴病篇中的理法方药来论治。杨丁友等^[15]将 110 例心肾阳虚型 CHF 患者在常规治疗基础上加用慢衰灵口服液,发现治疗后血浆 TNF- α 、IL-6 和 NO 水平明显下降,较常规治疗组有显著性差异。提示温心肾之阳兼活血利水的慢衰灵口服液可能通过调控神经内分泌因子的水平,改善心功能,治疗心力衰竭。

3 讨论

中医药防治心衰疗效确切,极少发生毒副作用。在改善患者临床症状,控制病情进展等方面,有着独特的优势,在临床研究中取得了丰硕的成果。但是由于中医对于心衰的辨证分型规范化的研究不够,在临床辨证论治的过程中,常常是无规矩可循。很多报道中辨证论治过程随意性较大,药味的加减和剂量选择缺乏客观标准,使得结果难以重复。因此加强心衰辨证分型的规范化研究已成为当务之急。只有针对心衰发展过程的各个阶段进行规范的辨证,在治疗原则的指导下选方用药才能有的放矢,确保疗效。同时由于循证医学的发展,目前对于心衰的治疗更加注重远期疗效和患者的病死率等终末指标。而目前中药治疗心衰

的临床研究多集中在短期疗效评价以及机制探讨等方面,缺乏对于药物整体、长期疗效的系统研究。在今后的工作中应当以中医为本,选择真正能够反映心衰中医证候的客观化指标,结合其病因、病机,进行具有前瞻性、系统性、大样本的临床研究,以确立心衰的客观化诊疗指标,指导临床用药,提高中药疗效,改善患者的生活质量和延长生存时间。

参考文献

- [1] 贺福田. 参芪扶正注射液治疗慢性充血性心力衰竭疗效观察. 中国中医急症, 2003, 12(5): 399-400.
- [2] 吴新欲, 陆曙, 朱丽华. 心力神对充血性心衰者左右心功能影响的临床研究. 江苏中医, 1997, 18(4): 46.
- [3] 张一昕, 许占民, 王鑫国, 等. 益气养阴方对实验性心衰犬血流动力学的影响. 中国中医药科技, 2002, 9(2): 83-86.
- [4] 龚成初, 周志兰. 中西医结合治疗肺心病心力衰竭 48 例. 中国中西医结合急救杂志, 1996, 13(4): 154.
- [5] 关继华, 郝桂芳. 益气活血温阳利水法治疗心衰的文献分析. 陕西中医, 1995, 16(3): 98.
- [6] 邵静. 益气活血法治疗顽固性心衰的临床观察. 中医杂志, 1995, 36(6): 342.
- [7] 张子彬, Tsung O Cheng, 张玉传. 充血性心力衰竭学. 北京: 科学技术文献出版社, 2002: 560-561.
- [8] 熊增绵. 从水湿论治心力衰竭. 中国中医基础医学杂志, 1998, 4(2): 53.
- [9] 吴以岭. 络病学. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 184-186.
- [10] 于华珍. 葶苈大枣益母汤加味治疗心力衰竭的临床体会. 内蒙古中医药, 1997, 16(2): 16.
- [11] 傅亚龙. 加减小防己汤对慢性充血性心力衰竭患者肾素-血管紧张素的影响. 中国中西医结合杂志, 2000, 20(3): 166.
- [12] 季建军. 慢性充血性心力衰竭从“后天之本”论治探讨. 中国中医急症, 2006, 15(10): 1110-1111.
- [13] 葛鸿庆, 赵梁, 郝李敏. 邓铁涛教授从脾论治慢性充血性心力衰竭之经验. 上海中医药杂志, 2002, (4): 9.
- [14] 熊曼琪, 龙新生. 少阴病与充血性心力衰竭相关性探讨. 新中医, 1997, 29(4): 2-4.
- [15] 杨丁友, 徐浩, 段学忠, 等. 慢衰灵口服液对心肾阳虚型充血性心力衰竭患者细胞因子的干预作用. 中国中西医结合杂志, 2002, 22(12): 899-901.

(2007-10-10 收稿)

《中国民族民间医药》杂志征稿征订通知

《中国民族民间医药》杂志是经国家新闻出版总署批准, 中国民族民间医药研究会主办的国家级中医学类综合性期刊, 国内外公开发行。本刊是中国核心期刊和来源期刊: 中国学术期刊综合评价数据库来源期刊、中国科技部《中文科技资料目录-医药卫生》核心期刊、《中国期刊网》《中国学术期刊(光盘版)》全文数据库全文收录期刊、中国生物医学文献数据库(CBM)来源期刊、中国生命科学文献数据库(CBA)来源期刊。创刊于 1992 年, 以报道中医中药、民族医药产业、医疗卫生为主的综合性医药卫生学术期刊, 栏目有综述、论著、临床报道、中医护理、医院管理等。本刊为月刊, 大 16 开。国际刊号: ISSN 1007-8517, 国内刊号: CN 53-1102/R, 邮发代号: 64-56, 定价: 每期 6 元。对国家、省部级及博硕士研究生研究课题论文, 将特快发表, 并付优厚稿酬。欢迎投稿, 欢迎订阅。

投稿邮箱: zgzmjyzzs@sina.com; 咨询电话: 010-68819639; 网址: www.zgmyw.net.

通讯地址: 北京 100043-77 信箱, 《中国民族民间医药》杂志社北京采编中心, 邮编: 100043。