

# 中医治疗心力衰竭认识及验案分析

肖珉 刘玉庆 郝锦红 戴雁彦 王亚红 胡珍 郭维琴

(北京中医药大学东直门医院心血管科,北京市东城区海运仓 5 号,100700)

**关键词** 心力衰竭/中医药疗法;益气活血利水;验案讨论

郭维琴教授为第四批全国名老中医专家之一,从事中医临床、科研、教学 40 余年,主要研究方向为中西医诊治心血管疾病,现将郭维琴教授治疗心力衰竭的经验及有关认识总结如下。

## 1 认识心衰的病因病机

心力衰竭简称心衰,在静脉回流正常的情况下,由于原发的心脏损害引起心排血量减少和心室充盈压升高,临床上以组织血液灌注不足以及肺循环和(或)体循环瘀血为主要特征的一种综合征。郭维琴教授认为,心衰是多种原发病引起的全身性疾病,主要由于五脏阳气虚衰,水饮瘀血互结而成,病因复杂,每以外感六淫病邪或过度劳累而诱发加重。先天缺陷,心气虚弱,心血瘀阻,心脉失养;风湿热邪痹阻经络,久则由脉舍心,致使心血耗伤,宗气亏虚,心脉失运;六淫、病毒之邪直接侵袭心藏,引起血运失常;经年久咳,肺肾气虚,影响血运,累及于心均为其病因。

心衰的基本病机是在正气内虚的基础上,感受外邪,伤及脾肾阳气,使气虚血瘀,水气不化,血瘀水泛,上凌心肺,外溢肌肤所致。系标本俱病,本虚标实之证,心之阳气(或兼心阴、心血)亏虚为本,瘀血、水停、痰饮为标。心气虚是病理基础,血瘀是中心病理环节,痰饮和水湿是主要病理产物。气虚、血瘀和水饮三者在心衰中的病理关系,可以从“血不行则为水”(《金匮要略·水气病脉证并治篇》)“水化于气,亦能病气”“水病则累血,血病则累气”(《血证论》)等理论得到证实。说明气虚血瘀、阳虚水泛、气水血相关同病等病理变化在心衰病证中的重要地位。郭维琴教授认为,本病总的病机为气虚血瘀,阳虚水泛。病位涉及心、肺、脾、肾。气虚多为心、肺气虚。心肺气虚,血脉运行不畅,则见心悸、气短自汗,唇舌爪甲紫暗,肋下有积块。阳虚多为心、脾、肾阳虚。脾肾阳虚,水饮内停;心阳虚,胸阳不展,则血脉瘀阻,且寒饮易乘虚上泛,则见

心动悸,上泛于肺则喘不得卧,咳吐白色泡沫痰,水饮外溢则水肿,甚则鼓胀,四末欠温。根据患者身体素质的不同,临床也可兼见阴虚、血虚者,故临床分型时也有气阴两虚、气血两虚型。各证型之间不是孤立不变,而是相互关联和相互转化的。同一患者,在整个病程中,以上各型都可能出现,但无论如何,气虚血瘀、阳虚水泛却是心衰最主要的病机。

## 2 心衰的治疗

郭维琴教授认为气虚血瘀、阳虚水泛是心衰主要病机,故治则总以益气活血,温阳利水为基础。治疗心力衰竭的基本方为:党参 15g,生黄芪 20g,泽兰 15g,车前子 15g~30g(包),猪苓、茯苓各 15g~30g,葶苈子 15g(包),丹参 20g,红花 10g。若患者咳嗽喘息不得卧者酌加紫苏子、白果、炙麻黄等宣肺平喘药;若阳虚明显,畏寒肢冷者,可酌加菟丝子、补骨脂、仙茅等温补肾阳之品,或酌加桂枝,但桂枝久服,易出现咽干口燥之象,故久服者当佐麦冬以免温燥;若有阴虚表现者则加麦冬、五味子、女贞子等。

郭维琴教授在心衰治疗用药方面认为,首先要重用益气药:心主血脉,气为血帅,气行则血行,宜重用益气药,如党参、生黄芪、太子参等。温阳药的应用:心气虚,心阳衰微是心力衰竭的主要病因病机,郭维琴教授常用一些温补肾阳、温通心阳的药以化气行水,如桂枝、薤白、干姜、补骨脂、淫羊藿等。活血药的应用:心气虚,心阳衰微导致血行不利,血脉瘀阻,所以郭维琴教授在治疗心力衰竭患者的整个过程中均注重应用活血药如桃仁、红花、泽兰、鸡血藤、当归、丹参、赤芍、川芎等。利尿药的应用:心阳虚,肺、脾、肾也虚,可见水液运化不利、气化不能,最终水液代谢失调而出现水肿、咳喘等症状,故利尿药的应用对于消退水肿、改善症状至关重要,郭维琴教授常用茯苓、白术、泽泻、益母草、葶苈子、猪苓、车前子等健脾利水、泻肺利水中药。理气药的应用:心气虚者,多有气滞血瘀,血脉瘀阻,宜应用理气药,且理气药有助于提高活血利水药的功效,在临床中郭维琴教授常用木香、香附、郁金、枳壳等以

基金项目:首发基金联合攻关资助项目(SF-2009-1-04)

理气助血行、利水。养心阴敛心气药的应用:有些顽固性心力衰竭患者应用大量的利尿药,导致津液损伤,阴液损耗,加之到晚期阴阳俱虚,气阴不足,故郭维琴教授常用一些养心阴、敛心气的药如:五味子、山茱萸、玉竹、麦冬、沙参等。

### 3 典型病例

例1:患者某,男,60岁,2004年11月11日初诊。主诉:胸闷10年。现病史:2004年6月20日诊断为“冠状动脉粥样硬化性心脏病 急性前壁、侧壁心肌梗塞”,予以溶栓治疗。其后胸憋闷发作,2004年10月于阜外医院查冠状动脉造影示:左主干开口70%狭窄,LAD中段95%狭窄,RCA近端100%闭塞。超声心动示EF17.3%。诊断为“冠心病,陈旧性前壁、侧壁心肌梗死,心脏扩大,心功能II级”。予洛汀新5mg,消心痛,速尿,万爽力,地高辛。刻下症:活动走路快则发作胸闷无胸痛,喘憋,乏力、气短,无夜间阵发性呼吸困难,纳食可,二便正常。苔白腻,脉沉细弦。中医诊断:胸痹,心水。西医诊断:冠状动脉粥样硬化性心脏病,陈旧前壁侧壁心肌梗死,心功能III级。辨证:气虚血瘀,水湿内停。治法:益气活血,泻肺利水。处方:党参15g,生黄芪20g,川芎10g,丹参20g,红花10g,鬼箭羽12g,郁金12g,枳壳10g,片姜黄10g,三棱15g,莪术10g,山慈菇10g,葶苈子15g,桑白皮12g,泽兰15g,车前子20g,7剂,西药仍按原剂量服用。

一周后再诊,上楼稍气短,胸不闷,心前区隐隐作痛,声音嘶哑,口干欲饮,夜间为甚,食欲好,二便正常,大便量少,但不干燥,苔薄白脉沉弦,心率64次/min, BP:110/70mm Hg。在上方基础上减鬼箭羽、片姜黄,加麦冬10g、蝉衣3g。诸症悉平。其后以西洋参代党参益气养阴调理善后。

患者2004-2008年期间在服用西药基础上服用中药期间,EF由17%上升至52%;而2008年9月-2010年8月间仅服用西药未服中药,EF由52%下降至30%,2010年8月至2011年6月又在在服用西药基础上规律服用中药,EF由30%上升至42%。

按:本例患者心病日久,心气虚,活动则胸闷、心悸、气短;心主血脉,心气虚,则血脉运行不畅,易形成血瘀,可见发绀,舌质淡暗,舌下脉络青紫。证属:气虚血瘀水停。党参、生黄芪益气;车前子、猪茯苓、桑白皮、葶苈子、泽兰,健脾、泻肺利水;川芎、丹参、红花、三棱、莪术活血祛瘀,郁金、片姜黄、鬼箭羽、枳壳活血理气通脉止痛,服药后诸症得以缓解。

例2:患者某,男,63岁。2006年8月10日就诊。主诉:活动后喘憋2个月。患者因喘憋不能平卧诊断

为“扩张型心肌病心衰”,服用“倍他乐克、华法令、雅施达、螺内酯”。刻下症:乏力,心慌,活动后喘憋,无夜间阵发性呼吸困难,无明显胸闷胸痛,干咳无痰,纳呆,大便正常,小便不爽。舌淡红苔薄黄脉沉弦。超声心动示:左室壁运动弥漫性减低,左心扩大,二尖瓣返流(少量),三尖瓣返流(微少量),左心功能减低,射血分数32%。中医诊断:心悸、心水。西医诊断:扩张型心肌病,心功能不全,慢性支气管炎。辨证:气虚血瘀,水湿内停。治法:益气活血,泻肺利水。处方:党参15g,生黄芪20g,桑白皮12g,葶苈子15g,泽兰15g,猪苓15g,茯苓15g,车前子15g,丹参20g,红花10g,郁金10g,枳壳10g,灵磁石30g,远志6g,炒酸枣仁10g,川楝子10g,荔枝核10g,7剂,水煎服,日1剂。

2006年8月17日二诊:药后乏力减轻,无明显胸闷胸痛,食欲好,小便不利,大便正常,苔薄白,脉沉弦。处方:在上方的基础上加广木香6g,橘核10g,又进7剂。

2006年8月24日三诊:乏力减轻,夜间阵发性呼吸困难未发作,夜间能睡5~6h,食欲好,仍小便不爽,苔薄白,脉沉弦。处方:首次方药去掉炒酸枣仁10g,加桃仁10g,橘核10g,补骨脂10g,山茱萸10g,桑螵蛸12g,继进7剂,诸症悉平。

2006-2008年在服用西药基础上规律服用中药治疗。在益气活血利水基础上加减,并于山茱萸、补骨脂等固肾之品善后,每年均在某医院复查超声心动图,EF由32%上升至66%。

2008年7月31日就诊:劳累后失眠,未出现胸闷胸痛及夜间阵发性呼吸困难,食欲好,小便正常,苔薄白脉沉弦。西药处方:盐酸曲美他嗪片(万爽力),螺内酯,阿司匹林肠溶片,富马酸比索洛尔,盐酸贝那普利。中药处方:党参15g,生黄芪20g,桑白皮12g,葶苈子15g,泽兰15g,猪苓15g,茯苓15g,车前子20g,丹参20g,红花10g,桃仁10g,白术10g,郁金10g,片姜黄10g,补骨脂10g,菟藟子20g,继进28剂。

按:本例患者为心悸、心水。系心病日久致心气和心阴亏虚,加之长期应用利尿药也可导致阴液损耗。气阴两虚,血行不畅则瘀血内生,瘀血阻络,胸阳痹阻则活动后胸闷、心悸、气短;心气虚,母病及子则脾气虚弱,脾失健运,则纳差;口干,舌红少苔,脉沉细,按之无力为气阴两虚之表现。证属:气虚,血瘀水停。方中以生黄芪益气;车前子、猪苓、茯苓、葶苈子,健脾、泻肺利水;泽兰、丹参、红花活血;灵磁石、远志、炒酸枣仁宁心安神,药后诸症缓解。

(2011-08-19收稿)◎