

心力衰竭中医辨证论治初探

北京中医学院东直门医院 郭维琴 赵忠印 曹继平 廖家桢

心力衰竭简称心衰,是临床常见的一个病理状态,为多种心血管病的末期表现,可分为急性或慢性心力衰竭,左心、右心或全心衰竭。从中医理论分析,心力衰竭不同临床表现可分属于中医心悸、喘证、水肿、积聚等证的范畴,往往几证并存。左心衰竭多是心悸、喘证并存。纵观心力衰竭的舌脉症表现,我们认为其基本病机是气虚血瘀,阳虚水泛。其中气虚阳虚是本,血瘀、水泛是标。现按中医理论分析心衰辨证论治的基本规律如下:

一、辨证

1. 气虚:气虚是心衰最基本的病机,在气虚的基础上可以进一步发展为阳虚、阳脱,以及气阴两虚。心衰时气虚与心、肺、脾、肾诸脏之气虚损有关,首要的是心肺气虚,其共性是疲乏、气短、自汗、脉沉。在此基础上心衰尚有下列临床表现,其病机也与气虚有关。

心悸:是心衰最常见和最早出现的临床表现,心悸又有惊悸和怔忡之分。惊悸者,多由外因引起,偶因惊恐、恼怒而发;怔忡多由内因而成,外无所惊,自觉心中惕惕,稍劳即发,惊则加重。心衰时轻者劳累则发心悸,重者卧床亦发,受惊恐则心悸加重,故当属怔忡之列。《杂病源流犀烛·怔忡源流》在分析怔忡病因病机时指出:“怔忡……或由阳气内虚,或由阴血内耗,或由水饮停于心下……或事故烦冗,用心太劳……怔忡所致之由也。”心衰之怔忡多是由心气虚,心失所养,故心悸不宁;进而心阳不足,阴寒之邪上乘,如素体阳虚,水饮不化,上乘于心则心动悸(即水气凌心);再进一步发展,阳损阴,心火独亢,水火不相既济,则心悸。可见其根本病机在于气虚。

喘咳:虚喘之本在于肾,精气内虚失于摄

纳,气逆而上则发为喘。故其症多见呼吸短促难续,深吸为快。心衰之喘,轻则短气动则尤甚,重则喘逆倚息不得卧,呼吸短促难续,深吸为快,咳吐稀白泡沫痰,甚则粉红色泡沫痰,脉沉细或结代。其病机,当责之脾肾阳虚,水饮不化,聚成痰饮上泛于肺,则喘息咳吐白色泡沫痰;上凌于心则心动悸,故心衰之喘常伴心悸。喘甚,肺气不降,血随气逆,则见粉红色泡沫痰。若咳吐黄稠痰者,为痰浊壅阻化热之象,当属虚中夹实。

水肿:心衰之水肿当属阴水,与脾肾有关。“脾主运化”、“肾主气化”,脾肾阳虚,水液不化,泛滥肌肤,而为水肿;饮邪上泛于肺,发为喘咳;上凌于心则心悸怔忡。阴水多为反复发作,迁延日久之水肿,肿势多自下而上,并兼脾肾气虚或阳虚之象。心衰之水肿,起病缓慢,反复出现,肿势自下而上,常兼咳嗽,心悸气短,腹胀纳呆,乏力肢冷。可见心衰所致水肿也是由于脾气亏虚,运化失司,水湿停聚不行,或进一步伤肾,肾气内伐,不能化气行水,膀胱气化失常,开阖不利,水液内停所致。

2. 阳虚或阳脱:脾肾气虚进一步发展而致阳虚,则心阳不足,无力鼓动血脉,血脉瘀阻现象明显,故心衰日久者则爪甲、口唇青紫,舌有瘀斑;心阳不足易招阴寒之邪侵袭,故心衰患者开始以水肿为主,而后期,则心悸喘息、水肿并见。脾肾阳虚,尚有身寒怕冷,四末不温等症。阳虚之极,便可出现阳脱之症,喘促息微,汗出肢冷,四肢逆冷,脉危欲绝。

3. 阴虚:气虚阳损及阴则为气阴两虚。患者除气虚之见症外,尚有五心烦热,口干喜冷,舌红苔少等阴虚内热之象。

4. 血瘀：心主血脉，心气虚亏可导致血脉瘀阻。心衰时右肋下常可及积块，固定不移，并常伴颈部青筋暴露，唇甲及舌质紫黯，四末不温。病在血分，心气虚帅血无力，血脉瘀阻，瘀血停滞而致上述见证。

综上所述，心衰的病机主要在于气虚血瘀，阳虚水泛，涉及心肺、脾肾四脏。本虚标实，气虚为本，瘀血阻滞，水饮内停为标。

二、论治

基本治则是益气活血，温阳利水。基本方是：黄芪 10~15 克，党参 10 克，益母草 10~12 克，泽兰 10 克，炙附片 6~10 克，制半夏 10 克，北五加皮 4~10 克。方中以参芪益气，益母草、泽兰活血利水，附片、北五加皮温阳利水，制半夏化痰止呕。应用该方治疗心衰，每日一剂，停用洋地黄类药物，我们观察百余例约三至五天，心衰诸症状基本可缓解，病情明显好转。需要强调的是北五加皮的用量，应根据体重大小酌情用药，成人体重约五十公斤者，一般每剂 4 克，开始服二天后酌情增减。另外对顽固性心衰者，心脏扩大，对洋地黄类药物耐受量小者，北五加皮的用量亦小。若用量超过本人适用量者，即可出现类似洋地黄类药物对心脏的毒性反应。该药有部分病人服后出现恶心呕吐，故佐制半夏。若吐甚可加用竹茹、生姜；咳嗽喘息不得卧者酌加苏子、白果、炙麻黄等药；若水肿明显，并伴咳吐稀白泡沫痰者，可酌加白术、茯苓、猪苓、车前子、苏子、白芥子等健脾利水，祛痰之品；若阳虚明显，畏寒肢冷者，可酌加菟丝子、仙茅、补骨脂温补肾阳之品，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；若有阴虚表现者则去附片，加麦冬、五味子等；若见阳脱，可用生脉、四逆合方以益气回阳救逆，并配相应的西药结合应用，以图转危为安。

三、典型病例

李×，男，53 岁，1984 年 11 月 14 日入院。1969~1970 年间因住地潮湿，工作劳累，时常发烧，伴关节疼痛，左膝关节红肿，70 年秋感心慌，在内蒙古某医院诊为“风湿性心脏病，

风湿活动”，1972 年开始出现“心衰、心房纤颤”，间断服用“地高辛”及“利尿药”（药名不详）。1981 年开始心衰加重，每天服用“地高辛”0.25 毫克，但因用后恶心呕吐，不能坚持，致使心衰逐渐加重，生活难以自理，来我院中药治疗。来时心悸喘息，不得卧，咳吐白色泡沫痰，量多，咳时伴大汗出，乏力肢冷，食欲欠佳，口干不欲饮，舌质紫黯，苔白腻，脉沉细促。检查：心率 116 次/分，心律绝对不齐，强弱不等，二尖瓣区可闻及 III 级收缩期及舒张期杂音，两肺底可闻及细小湿罗音，肝于肋下 1.5 厘米，质中等硬，有触痛，下肢水肿(++)，口唇爪甲紫绀。超声心动：证实为风心病，二尖瓣狭窄关闭不全，以狭窄为主。心功能测定 PEP/LVET=0.6943。辨证分析：病因久居潮湿之地，加之劳倦过度，而患风湿痹证，复感外邪，内含于心，而致心悸。病久脾肾阳虚，脾失健运，肾失气化，水饮内停，上泛心肺，外溢肌肤而致。治法：益气活血，温阳利水，化痰定喘。处方：党参 10 克，黄芪 15 克，丹参 20 克，益母草 30 克，泽兰 10 克，北五加皮 8 克，制半夏 10 克，白果 10 克，苏梗 10 克，苏子 10 克，桂枝 6 克，茯苓 15 克，车前子 10 克（另包）。三剂。

三天后咳喘减轻，已能高枕卧位，痰量明显减少，尿量增加，下肢水肿(±)，心率 96 次/分，律绝对不齐，强弱不等，肝肋下可及，苔薄白腻，舌黯，脉沉细代，原方再进三剂。

药后患者已能平卧，不喘，心不慌，精神好转，食欲大增，已能下地活动。心率波动于 86~96 次/分，复查心功能 PEP/LVET=0.4826。

请订阅《医药信息报》

《医药信息报》由卫生部药典委员会主办，是医药结合的信息周报，信息量大，范围广，注重及时性、准确性和实用性。今后除保持原有特色外将加强药品监督管理、医药科技、新药信息及临床药学等方面的报道。邮发代号 35—38，全国邮局均可订阅。