

思路与方法

中医药治疗充血性心力衰竭的思路和方法

梁东辉* 张 静*

主题词 心力衰竭, 充血性/中医药疗法

充血性心力衰竭(以下简称心衰),是临床常见的危重症,为多种心血管疾病末期表现,中医药治疗心衰有较好的疗效,尤其对潜在性心衰、难治性心衰以及洋地黄中毒等患者,更显示出其独特的优势。本文根据作者的临床实践,就中医药治疗充血性心衰的思路和方法,总结归纳如下。

1 病证结合 掌握时机

充血性心力衰竭是现代医学病名,中医虽无相对应的名称,但其有关内容散见于心悸、水肿、喘证、积聚中,属危重症及难治病证。临证时,强调辨证论治,但不要忽视西医辨病对治疗的参考意义。充分利用现代医学的各种检测手段,准确查明心衰的基础病变,不仅可判断预后和疗效,同时可避免盲目性和减少失误,并可以使治疗用药能有一定的规律可循。例如:治疗高血压性心脏病心衰,控制血压和改善心功能是治疗的根本原则,中医辨证治疗同样应遵循这一原则,在整个治疗过程中紧紧抓住心肝二脏,以攻补兼施为治疗大法,攻以平肝、泻肝、镇肝为要,补以养心、安神、镇静为重,并参合化痰、除湿、活血、利水等祛邪之法,常能获效。治疗期间,密切观察血压,进行心电图、超声心动图等检查均是必不可少的。又如:部分高血压病患者,已经存在室间隔、左室后壁增厚,左室顺应性减退等高心病的改变,而临床心衰症状不明显,对这一类潜在性心衰患者,中药治疗在辨证用药的基础上,加用丹参、地龙、益母草等活血药对高心病心室肥厚的逆转,防治心衰有一定的作用。

心衰乃危重症,应积极救治,临证时应掌握时机。一般而言,中药治疗心衰的适应症多为 I~II 度心衰患者,III 度心衰及顽固性心衰主张中西医结合治疗。尤其情况紧急时,应先用西药救急,以免延误病情。

2 五脏兼顾 以心为主

心衰病位在心,但不局限于心。心病日久,可累及

肺、脾、肾、肝等脏,反之,他脏病变亦可影响至心而演变为心气、心阳虚衰或心阳不足、心血瘀阻等病证。例如:肺心病心衰乃因肺病日久不愈,波及脾、肾及心,从而出现咳喘、痰饮、心悸、水肿诸证,此时肺脾肾俱虚,心阳受累,心血瘀阻。治疗除温通心阳、活血化瘀之外,尚须重视温肾健脾利水以及泻肺平喘。我们常选用真武汤加桂枝、黄芪、桃仁、红花、丹参、地龙、葶苈子等治疗肺心病心衰,临床观察对改善心肺功能,提高机体抗感染能力均有明显的疗效。又如:风心病心衰,属中医“心痹”,乃风寒湿热之邪,侵犯经脉,伤及心脏所致。初期可见心悸、气短、自汗等心气虚、心阳虚之证,进一步发展可出现咳喘、水肿、腹胀、肋下痞块等肺脾肾三脏功能失调,痰浊、水饮、瘀血合而为病之证。治疗除重点调整心脏的阴阳气血之外,还须兼治肺、脾、肾诸脏。总之,治疗心衰要善于全面分析,抓住重点,以心为主,五脏兼顾。

3 本虚标实 重视扶正

心衰乃各种疾病迁延日久所致,为本虚标实之证。心气、心阳亏虚是其病理基础,血脉瘀滞为其中心病理环节,瘀血、痰浊、水饮乃其标实之候,由于瘀血、痰浊、水饮等邪实每在脏腑亏虚的基础上产生,可见标实乃因本虚所致。故治疗上强调扶正固本,绝不可标本倒置,一味攻逐,以伤正气。临床应用扶正之法主要有两大类:即益气养阴和温补心阳。前者代表方为生脉散,后者多用参附汤为主方。在扶正的基础上,兼瘀血者加丹参、益母草、三七、赤芍等。兼痰浊者加橘红、法半夏、茯苓、白术等;兼水饮者加北五加皮、泽泻、汉防己、葶苈子等。值得注意的是:所选用的驱邪药物应注意掌握驱邪而不伤正的原则,慎用耗气破气之品。总之,治疗心衰应刻刻顾护正气,扶正药宜重用,例如在应用人参时,可视病情及体质选用太子参、红参、西洋参等。太子参、党参用量 30~60g,红参、西洋参可用至 10~30g,对喘咳欲脱的危证,可用高丽参浓煎频服,以补气回脱。

4 本病多瘀 勿忘活血

心衰乃因心气、心阳虚衰,导致心脉瘀阻,最后阳虚水泛,瘀化为水的病变,更何况本病病程迁延,久病多瘀,故瘀血是心衰病机中的重要环节。根据我们对心

* 解放军第一军医大学珠江医院中医科,广东省广

州市工业大道(510282)

收稿日期:1997-10-06;修回日期:1997-12-16

衰患者 112 例的临床观察分析结果亦证实:心衰整个病程中常合并有瘀血。因此,治疗心衰应重视活血化瘀。但由于心衰为本虚标实之证,其瘀多为因虚致瘀,故活血化瘀药的应用应根据疾病各阶段邪正盛衰情况,病情的轻重缓急,在扶正基础上选用,同时可结合心衰的基础病变及其病理机制的不同,针对性地选择用药。例如:病因为冠心病者,多见气虚血瘀,瘀痰闭阻心脉,常选用三七、丹参、桃仁、红花、郁金化瘀通脉;病因为肺心病者,多为脾肾肾虚,痰水内结,心血瘀阻,宜选用丹参、泽兰、赤芍、益母草以活血化瘀行水;病因为风心病者,乃因风寒湿热之邪痹阻心脉,心气、心阳不足,心脉瘀阻,常选用桃仁、红花、鸡血藤、苏木以活血化瘀通络等。

5 衷中参西 灵活用药

中医对心衰的认识和研究不断深入和发展,有关心衰的理法方药已初步形成了一个比较完整的理论体系,但临床上若能充分利用现代医学的研究成果,在深入了解心衰的病因病理及其发病机理的基础上,从中西医结合两方面的理论进行分析探讨,寻求结合点,并指导用药,将能取得更好、更确切的疗效。例如:冠心病心衰主要是由于心肌缺血所致的心肌衰竭,现代药理研究证实丹参、三七、红花等活血化瘀药具有改善心肌缺

血,使心肌供氧增加,耗氧减少,并有促进组织的修复和再生作用。因此,我们对冠心病心衰的治疗,常在辨证用药的基础上加强活血化瘀之力,往往能取得较好的疗效。又如:部分心衰病人曾接受洋地黄化治疗,发生了洋地黄中毒,出现传导阻滞。此时可在基础辨证的前提下,加用淫羊藿、仙茅、细辛、麻黄、三七等药物,常可以使传导阻滞改善,预防和治疗洋地黄中毒。

临床实践证明,中医药治疗心衰富有整体性,若能合理地与西药联合应用,对纠正心衰不仅有明显的协同治疗作用,还能减少西药的剂量和用药时间,从而减轻其毒副作用。例如:顽固性心衰的治疗,是临床一大难题,此类患者经合理使用强心甙、利尿剂和血管扩张药等积极治疗仍无法控制病情。临证时,除准确查明病因,随因施治外,我们发现绝大部分病人多属病程长,年高体弱,一般状况差,且并发症多,对此应充分发挥中医中药的整体治疗作用。我们根据补益心肾、健脾利水、活血化瘀之中药能增强机体免疫力,促进各脏器功能的恢复,改善机体内环境等特点,选用红参或西洋参、熟附子、北五加皮、益母草、泽兰、泽泻等中药辨证治疗,部分病人能明显地改善症状,并体现出与洋地黄等西药有良好的协同作用,较单用西药有明显的优越性。总之,衷中参西,灵活用药,常可提高疗效。

服参苓白术散致低血糖反应 1 例

樊 建*

1 病例

病员杨某某,女性,58 岁,退休工人。1997 年 3 月 28 日就诊。

病员自述患Ⅰ型糖尿病已有 11 年。长期服用优降糖、消渴丸等药物治疗,疗效不稳定,想服中药治疗。现自觉时头晕、乏力、身体困重,纳呆,饮水量多,小便频数清长,大便调。舌质淡、苔白厚,脉缓濡。查血压为 16/10kPa,形体肥胖,查无阳性体征。实验室检查,空腹血糖为 8.7mmol/L。心电图正常。小便检查尿糖(+++),余正常。西医诊断为非胰岛素依赖型(Ⅱ型)糖尿病。中医诊断为消渴病,证属脾虚湿困,治疗以健脾除湿为法,方用参苓白术散为主方加减。处方:党参 15g,茯苓 15g,白术 10g,薏苡仁 15g,砂仁 5g,怀山药 15g,陈皮 10g,白扁豆 15g,莲子肉 15g,山楂 15g,枳壳 10g,半夏 10g,苍术 10g。共 3 剂,嘱上药煎沸后 30 分钟即可,每

剂煎两次,每日 1 剂,早晚各服 1 次。

次日上午 9 时,患者由家属伴随乘车到我院,述昨晚 8 时许,服中药 1 次后约 2 小时,全身微汗出,一夜未止,今晨 7 时许大汗出,头晕乏力,视物昏花,心悸气短,饥而不欲食。测血压为 12/8kPa。否认服用其他降糖药物。诊断为低血糖反应。立即予 50%葡萄糖注射液 40ml 静脉推注,10%葡萄糖注射液 500ml 静脉快速滴注,20 分钟后病情明显好转,汗出止,头晕目眩消失。输液完毕后病员自己步行回家。

2 讨论

糖尿病属中医“消渴”病范畴,患病率日渐增高,证属中医脾虚湿阻型的患者临床上亦常见,我在临床上常用健脾除湿之方——参苓白术散加减治疗非胰岛素依赖型(Ⅱ型)糖尿病,获得一定效果,但引发低血糖反应者,仅此 1 例。此后仍运用参苓白术散加减治疗Ⅱ型糖尿病多例,均未再出现低血糖反应者。说明该病例的发生,可能与个体差异有关。

* 重庆市南岸区第一中医院(630060)

收稿日期:1997-08-20