

思路与方法

心力衰竭辨治的临床思路与方法

狄 灵¹ 梁君昭²

主题词 心力衰竭, 充血性/中医药疗法

充血性心力衰竭 (Congestive Heart Failure, CHF) 是指心排出量绝对或相对不足, 不能满足机体组织一般代谢需要的病理状态, 是各种病因心脏病的严重阶段。在过去的 10 年中, 现代医学对心功能不全的发病机理和临床治疗有了新的进展, 但仍未能从根本上扭转其病情发展与演变。如何治疗心力衰竭, 已成为中西医共同注意研究的问题。中医治疗心衰, 包括对顽固性心衰已取得了很好的疗效。我们根据 10 余年的临床实践, 结合近期中医药治疗心力衰竭的研究概况, 总结出治疗心力衰竭的临床思路和方法, 供同道商榷。

1 治病求本, 谨审病机

中医古代文献中虽然没有器质性心脏病、心力衰竭的病名, 但类似心力衰竭的一些征候、治疗早已有详细记载, 如“胸痹断气”, “喘逆倚息不得卧, 其形如肿”, “喘息胸痛”, “心动悸”, “脉结代”等, 这些记载至少包括了心脏病、心力衰竭的多种症状在内。心脏的生理功能, 最主要的有 3 个方面, 即主阳气、主血脉、主神志。《素问·六节脏象论》说: “心为阳中之太阳, 通于夏气”。《素问·金匱真言论》亦说: “阳中之阳, 心也”。所谓“夏气”“太阳”“阳中之阳”, 都是指心脏中存在着具有火热性质的阳气。“心为火脏”, 血液的循环, 脾胃的运化, 肾气的温煦等, 都不能缺少这种阳气。血液之所以能循环, 则有赖于心脏的推动, 故《素问》说: “心主身之血脉”, 心脏之所以能主持血脉, 全有赖于所储备的阳气, 因而有“气为血帅”, 气行血行, 气止血止之说。

心力衰竭的主要病理变化在心, 与肺、脾、肾的关系也很密切, 心主血脉, 是全身气血运行的中心, 心气虚弱, 心阳不足则鼓动血脉运行无力, 每易形成气滞血瘀, 又可累及肺、脾、肾, 使水液运化排泄障碍, 肾脏虚衰不能纳气, 则气逆于上, 如本病发展到严重阶段, 心阳虚极就会出现心阳气脱的危险重症。本病虚证为本,

以心肾阳虚为主, 实证为标, 病理因素为水湿、血瘀、痰浊。外邪反复感染、劳倦、思虑、饮食所伤为诱发及加重病情, 促进病变发展的重要原因。

2 五脏兼顾, 病证结合

心衰与心、肺、脾、肾等脏器有关。其本虚邪实, 虚实错杂, 可因先天不足, 或他病及心, 或因君主自病, 心体受损而发病。《丹溪心法》记载: “心虚而停水, 则心中澹澹, 虚气流动水即上乘, 心不自安。”张石顽说: “水停心下侮其所胜, 心主畏水, 不能自安, 故为悸也。”这指出了心悸的发病原因多由气血虚弱而引起, 同时指出心悸与停水有联带关系, 这与心力衰竭时心悸与水肿症状并存的观点是一致的。《金匱要略·水气病篇》亦指出: “心水者, 其身重而少气、不得卧、烦而燥、其人阴肿”。因本病多反复发作, 迁延不愈, 故致心肺气阴两虚, 肺失宣降, 脾失运化, 肝失疏泄, 肾失温煦, 终至痰凝、瘀血、水湿相互为患, 虚实错杂。血瘀以程度轻重的不同存在于疾病发展的全过程。在治疗上古人有“气喘尿少, 通身肿胀者, 暖下泄泻”的治疗方法。

我们在临床实践中体会到, 充血性心力衰竭的主要病位在心, 但不局限于心, 常常是心、肺、脾、肾等脏同病, 尤以心肾阳虚占主要地位。心病日久, 可累及肺、脾、肾、肝等脏。反之, 他脏病变亦可影响及心而演变为心气, 心阳虚衰或心阳不足, 心血瘀阻等病证。如冠心病合并充血性心力衰竭, 早期为左心衰竭, 主要表现为胸闷, 呼吸困难, 动则气短加重, 随着病情发展, 出现不能平卧, 卧则喘息气短咳嗽, 甚则咳咯大量白色或粉红色泡沫状痰, 其病变机理为心脉与肺相通, 心脉起于心, 其直者却上肺, 心气虚衰则血瘀, 血瘀则水液也随之滞留, 而渗溢于脉络之外。当血瘀于肺, 水液滞留而渗溢于肺脏时, 即谓之水饮客肺。致肺窍壅塞, 肺失清浊之运化, 产生呼吸困难, 气短不能平卧, 水性下沉, 平卧则水渍于肺更甚, 故卧则气短加重。心气虚血瘀于肺, 肺失肃降而气逆, 则产生咳嗽, 水瘀互结, 饮邪犯肺则咳出大量白色或粉红色泡沫状痰。故治疗时应心肺同治, 病证结合。

从临床实践观察来看, 心衰的发病机制主要有以下几个方面: (1) 心肾俱虚: 心主一身血液运行, 肾为五

1 西安交通大学第二医院中医科, 陕西省西安市西五路中段 36 号 (710004)

2 西安市中医医院

收稿日期: 2001-07-23

脏之本,命门所在。心衰初期多为心气虚,日久心病及肾,心肾俱虚。命门火衰心阳失于命门之火的温煦激发而愈虚。(2)心脾两虚:心衰患者心气心阳虚亏,心血耗伤,心失濡养。心气虚,水不生土,脾必受损,运化失职。脾虚日久,又可致水湿,痰瘀互结。(3)瘀血内停:血行依赖心气推动。心气阳虚,无力帅血,血行滞缓,易致血瘀。命门火衰,心阳失于激发,行血更迟,瘀血更甚。(4)水湿泛滥:水的运化,也靠气的推动,阳的温化。心阳亏虚,肾失蒸腾,气化不利,水湿停聚,不能运化排泄,浸渍脏腑经脉,泛滥为肿。血瘀日久,瘀阻血络,更加剧水邪为害。这4型之间,常常是两型合并出现,如心肾阳虚合并瘀血内停;心脾两虚合并水湿泛滥;甚则3型互见。如心肾阳虚合并水瘀互结。

3 灵活用药,掌握时机

心力衰竭的治疗,关键要强调一个“急”字。不仅要治标,还要治本,必要时标本同治,充血性心力衰竭,除急性心衰外,大多为慢性、渐进性发展过程。一旦出现Ⅱ度、Ⅲ度心衰,往往比较棘手,大多合并有多脏器病变。故积极治疗寻找病因与诱因。及时处理合并症,采取及时有效的措施治疗原发病,非常重要。根据我们观察,按心力衰竭的临床表现,心脾两虚型或心肺气虚型,心肾阳虚型,多见于早期心力衰竭;心肾阳虚型,多见于慢性充血性心力衰竭;心肾两虚气虚血瘀阻型,多见于慢性心衰合并有心源性肝硬化;心气不足或心气阴两虚型,多见于病毒性心肌炎,风湿性心肌炎,甲状腺机能亢进引起的心力衰竭;水瘀互结型多见于急性肺水肿;而心阳虚脱型,多见于心力衰竭晚期合并心源性休克。从发病病程来看,(1)心脾两虚合并水湿泛滥证多为急性期,以苓桂术甘汤加党参、黄芪、泽泻、丹参、半夏等效果较好;(2)心肾两虚证多为慢性期,以济生肾气丸合真武汤加减效果较好。(3)阳虚血瘀型多见于病程反复,缠绵不愈之发作期,可用真武汤合桃红四物汤加减;(4)气阴两虚型多见于阳虚日久,耗及肾阴,用生脉散合桃红四物汤加减;(5)痰瘀阻滞型用瓜蒌薤白半夏汤合血府逐瘀汤加减。

心力衰竭乃急危重症,故争分夺秒,积极抢救,是提高患者生存质量及预后的关键。目前,国内已开发出了多种中药静脉注射制剂,如参附注射液、生(参)脉注射液、参芪注射液、刺五加注射液等,由于本病所表现的病理特点是阳气衰竭,故治疗应以补阳益气为主,根据病证结合原则,适当配合养阴宁心,活血化瘀,温阳利水,降逆平喘,固脱回阳等法。对中重度心衰,吸氧为常规使用。在扶正益气的同时,可配合活血化瘀的中药制剂,如红花注射液,香丹注射液等,有利于行气活血,

减轻心脏负荷,改善血液循环。

4 中西结合,取长补短

中西医结合是我国医学的一大优势,医学作为一门科学技术,本无国界之分,发挥中西医各自长处,补其不足,形成客观的结合,有利于提高疗效,发挥相得益彰的效果。我们在临床治疗中体会到,对轻度心衰,仅用中药治疗即能达到满意的疗效;对中重度心衰,病情严重,或有合并症者,则当中西药并用,以免贻误病情。总体说来,冠心病、高血压心脏病、心肌炎引起的轻度心衰,只要治疗正确,一般效果较好,但对于肺心病、风心病、心肌病等引起的心衰,则在中药治疗的同时,要适当结合西药。配合西药的目的,是为了能够更好地发挥中药的疗效。临床和实验研究资料显示,不少中草药具有强心作用或强心效应,用于各种心脏病引起的心力衰竭,具有一定的开发前景。益气温阳,活血利水是本病治疗的关键,在中医辨证论治原则下,要升降结合,温通并举,补清兼施,才能气机协调,标本同治。

固定方药是目前中医药及中西医结合治疗心力衰竭的常用方法,它能抓住心力衰竭的病机本质。在临床实践中摸索总结具有显著疗效的中药方剂,有利于临床用药、科研观察及总结。

参考文献

- 1 中华心血管病杂志编委会心血管药物对策专题组. 心血管药物临床试验评价方法的建议. 中华心血管病杂志, 1998; 26(6): 405.
- 2 杨国君, 孙志坚, 张特力根, 等. 充血性心力衰竭的进展性发展及其对策. 医学综述, 1999, 5(1): 31.
- 3 陈源珠主编. 实用内科学. 第10版. 北京: 人民卫生出版社, 1997; 1091—1111.
- 4 杜力军, 杨峻山. 心血管中药药理研究进展. 中国中医药信息杂志, 1996, 3(8): 13—14.
- 5 李十红, 李祥国, 于英奇, 等. 左室舒张功能障碍的中医研究进展. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(9): 571—573.
- 6 邵念方, 骆丰. 现代中医急症诊治的中西医结合问题. 中西医结合实用临床急救, 1997, 4(6): 241—243.
- 7 苏诚炼, 沈绍功主编. 现代中医心病学. 第1版. 北京: 北京科学技术出版社, 1997; 212—223.
- 8 黄衍涛, 沈绍祥, 吴辉, 等. 养心康治疗充血性心力衰竭临床研究. 中国中西医结合急救杂志, 2000, 7(3): 71—74.

本刊“专题笔谈”栏目征稿

为了继续办好《中医杂志》“专题笔谈”栏, 欢迎读者踊跃投稿。现征集2002年稿件, 具体药名如下: 青黛、鸡血藤、贝母、桃仁、马齿苋、肉苁蓉、鹿角霜、何首乌、防风、旱莲草、狗脊、骨碎补、桑寄生、益母草、川芎、鹿衔草、牛膝、防己、败酱草。

以上药物请任选某味介绍, 要求有别于教科书, 确为家传师授或有人在临床实践中积累的经验, 老药新用, 发前人所未发, 重点介绍个人独到的心得和体会。要求每种药篇幅限千字以内, 各药独立成篇, 以便于分检归类。稿件择优录用, 恕不退稿。来稿请寄至北京东直门内北新仓18号中医杂志社2号编辑收, 邮编100700。