

中 医 教 学

谈谈慢性心功能不全的中医分期论治

蒋 梅 先*

主题词 心室功能障碍/中医药疗法 @ 分期论治

根据慢性心功能不全(又称慢性心力衰竭,即心衰)的临床表现,可分属于中医学“心悸”、“喘证”、“水肿”等范畴。部分左心功能不全夜咳、咯血,右心功能不全瘀血性肝硬化、胸、腹腔积液则当属“咳嗽”、“血证”、“积聚”、“悬饮”、“鼓胀”等范畴。如《素问·逆调论》最早记载了心功能不全时呼吸困难、因卧位而加重的特点:“夫不得卧,卧则喘者,是水气之客也。”^[1]《金匱要略》则描写了心病引起的水肿及咳喘的心水证:“心水者,其身重而少气,不能卧,烦而躁,其人阴肿”;至于《金匱要略》:“水在肝,胁下支满,噎而痛”,“肺间支饮,其人喘满,心下痞坚,面色黧黑,其脉沉紧”更是形象地描述了类似于右心功能不全的表现^[2]。

1 病机概要

1.1 由虚致实,因实益虚:慢性心功能不全病位在心,初起以心气虚为主,心气虚则心主血脉功能失常,产生气虚血瘀的表现;或气虚及阴,进一步发展成心脏气阴两虚之证;或气虚及阳,则心脏气阳两虚,鼓动无力;进一步则因心阳式微,不能藏归、温养于肾,致肾阳不足,主水无权,寒水泛滥而外溢肌肤、上凌心肺,则肿、喘、悸三证并见,成心肾阳虚,甚者引起暴喘而心阳欲脱。

1.2 病位在心,涉及五脏:虽然心功能病位在心,但与肾、肺、脾、肝密切相关。如肺原性心脏病多由“肺病及心”:久咳、久喘、肺癆、痰饮等肺系疾病使肺气壅塞,或肺气受损,而不能朝会百脉以助心推动血液运行,日久心气受损,逐渐发展为心衰。贫血性心脏病则因“脾病及心”:脾失健运,水谷精微不足,气血亏虚,可致心气心血受损;而“肝病及心”,则因肝郁化火或阳亢日久,灼伤心肾之阴,或暴伤心气,最终发展为心衰,可见于高血压性心脏病或甲亢性心脏病;至于“肾病及心”在慢性肾病中常可见到,多由阳虚水泛,上凌心肺而成。

2 辨证要点

慢性心功能不全属本虚标实之证,在临床上有稳定期和急性加重期之分。稳定期以本虚为主,主要表现

有心悸、气短、水肿等。根据病情变化的不同阶段,可分为心气不足、心脏气阴两虚以及心肾阳虚等。如心悸、气短、乏力、动辄易汗,为心气虚;如心悸、气短、乏力、盗汗,心烦、失眠者,多为气阴两虚;如肢冷形寒、水肿、心悸、喘促、脉沉,为心肾阳虚。急性加重期每有诱因,如外感风寒,痰饮恋肺,使“肺朝百脉”和“宗气贯于心脉”的功能受损;或因肝阳亢盛、心脉急性痹阻等暴伤心气;或使“心主血脉”功能进一步受损,血瘀加重,“血不利则为水”,而产生水肿、鼓胀;或饮食过咸,损伤肾气,致主水无权,其结果是饮邪泛滥,上凌心肺,内渍胃肠,外溢肌肤。以上情况均可诱发心衰急性加重,而急性加重期的邪实又以饮邪更为显著。故辨证首先要明确是心衰稳定期还是心衰急性加重期,在此基础上进一步辨清本虚、标实孰轻孰重,辨清本虚的脏腑归属和气、血、阴、阳归属,以及所兼邪实的性质。

3 治疗

3.1 治疗要点:心功能不全的治疗以扶正固本为大法。稳定期以扶正固本为主(补益心气或心肾同治等),参以活血通络、宽胸利水之品;急性加重期宜及时祛除诱因,加强祛邪扶正,遵循“急则治标”的原则。

扶正要辨清脏腑病位,祛邪要注意病邪的偏盛。但因心主血脉,心气心阳虚衰则不能推动血脉运行,而产生瘀血,故即便是本虚为主,治疗时也宜在辨证的基础上适当加活血化瘀药物。

3.2 稳定期:(1)心气阴虚证:主症:心悸、气短,倦怠乏力,面色苍白,动辄汗出,自汗或盗汗,头晕,面颧暗红,夜寐不安,口干,舌质红或淡红苔薄白,脉细数无力或结或代。治法:益气养阴。方药:生脉散合酸枣仁汤加味:人参 12g(另炖),麦冬 15g,五味子 6g,生黄芪 30g,煅龙牡(各)30g,酸枣仁 12g,葶苈子 15g,炙甘草 6g,川芎 10g,知母 10g,朱茯苓 15g,丹参 20g。若自汗明显,加浮小麦 30g、糯稻根 15g;以盗汗为主者,舌红口干,加生地 15g、地骨皮 15g、碧桃干 15g;若心悸早搏频发,加苦参 10~15g;若头晕明显,加潼蒺藜(沙苑子)、白蒺藜(各)12g,加天麻 12g;若兼有胃脘嘈杂,或泛酸,加煅瓦楞子 20g;便秘不实者,去葶苈子。(2)气虚血瘀证:主症:心悸、气短,面色晦暗,口唇青紫,颈

* 上海中医药大学附属曙光医院,上海市普安路 185 号

(200021)

收稿日期:2004-07-13

静脉怒张,胸肋满闷,肋下痞块,或痰中带血,舌有紫斑、瘀点,脉细涩或结或代。治法:益气活血,疏肝通络。方药:补阳还五汤合柴胡疏肝饮加减:生黄芪 30g,川芎 10g,桃仁、酸枣仁各 12g,地龙 12g,当归 12g,柴胡 10g(炒),赤芍、白芍各 10g,炙甘草 6g,枳壳 10g,三棱 10g,莪术 10g,红花 5g。若肋下痞块坚硬,可用膈下逐瘀汤加生黄芪 30g,加鳖甲 18g。兼有黄疸,加茵陈 15g,附子 10g;兼有腹水、便秘,加己椒苈黄丸(防己 15g、椒目 10g、葶苈子 30g、制大黄 10g)、葫芦瓢 30g。若有尿少、肢肿,加车前子 30g(包煎)、猪苓、茯苓各 30g;有痰血去桃仁、三棱、莪术,加侧柏叶 10g、炒蒲黄 12g、三七粉 2g(分吞);如兼有胸闷、泛恶,苔腻脉滑,为痰瘀交阻,宜加胆南星 10g、石菖蒲 6g。(3)心肾阳虚证:主症:心悸,喘息不能平卧,颜面及肢体浮肿,或伴胸水、腹水,脘痞腹胀,形寒肢冷,大便溏泄,小便短少,舌体胖大,质淡,苔薄白,脉沉细无力或结或代。治法:益气温阳,蠲饮平喘。方药:参附汤合金匱肾气丸加减:红参 10g(另炖)、熟附子 12g,桂枝 10g,熟地黄 15g,白术、白芍各 15g,猪苓、茯苓各 15g,泽泻 15g,补骨脂 15g,车前子 30g(包煎),大腹皮 15g,炒山药 20g,炙甘草 4g。若精神萎靡,面色苍白,脊寒如沐冰水者,加鹿角片 15g、淫羊藿 12g;患者见腰脊酸楚、耳鸣眩晕等肾精亏虚之象,宜加山茱萸、黄精、紫河车等,以填精益髓,使精能生气化阳。伴胸水、腹水者,加葫芦瓢 40g、椒目 10g、葶苈子 30g;大便溏泄者加炮姜 6g 或干姜 5g。如喘促明显,加参蛤散 5g(吞服)。

此外,亦可见心脾两虚证,表现为心悸、胸闷,动则气急,肢体倦怠乏力、畏寒肢肿,便溏、纳呆,宜益气宁心,健脾利水,可用苓桂术甘汤合六君子汤加减。或见心肺两虚证,表现为心悸、咳嗽、痰多或痰黏,或有夜间阵发气急,语低气短,尿少,面浮肢肿,宜补心益肺,化痰行瘀,用参蛤散、葶苈大枣泻肺汤合膈下逐瘀汤加减。或见心肝血瘀证,表现心下痞坚,或兼肋下症积,唇舌青紫,或有腹水,胸、腹壁青筋显露,此宜养心柔肝,活血化症利水,酸枣仁汤合鳖甲煎丸加减,腹水鼓胀者,可酌加牵牛子、舟车丸等。

3.3 急性加重期:阳虚水泛证:主症:喘促气急,痰涎上涌,咳嗽,吐粉红色泡沫样痰,口唇青紫,汗出肢冷,烦躁不安,舌质暗红,苔白腻,脉细促。治法:温阳利水,泻肺平喘。方药:真武汤合葶苈大枣泻肺汤加减:熟附子 15g,白术 15g,白芍 15g,猪苓 20g,茯苓 20g,车前子 30g(包煎),泽泻 15g,葶苈子 30g(包煎),炙甘草 4g,地龙 12g,桃仁 12g,煅龙骨、煅牡蛎各 30g。心功能不全急性加重期为饮邪暴盛,凌心射肺所致,可表现为急

性肺水肿,临证每需以中西医结合方法抢救。一般宜立即以强心、利尿、扩血管等西药,使肺水肿迅速缓解,继之予上方进一步改善症状,防止再发。病程中若烦躁不安、面色晦暗、汗出如油,须防喘脱,宜急予参附龙牡汤、紫石英 15g 以益气温阳固脱。若饮邪暴盛,泛滥肌肤,则表现为全身浮肿、胸水、脐凸腹水鼓胀,颈静脉怒张等右心功能不全加重的征象,可加葫芦瓢 40g、椒目 10g、汉防己 15g、制大黄 12g。亦可酌加舟车丸,宜中病即止。若急性加重期因外邪引动伏饮,而兼见畏寒、发热,咳喘汗出、痰多稀白者,宜表里兼治。若痰黄便秘者,用真武汤合麻杏石甘汤加减,可加礞石滚痰丸;倘痰涎稀白,可改用真武汤合小青龙汤加减。(2)阳虚脱证:主症:心悸、烦躁,呼吸短促,不能平卧,喘促不宁,额汗不止,精神萎靡,颜面发绀,唇甲青紫,四肢厥冷,舌质淡、苔白,脉细微欲绝。治法:益气温阳固脱。方药:参附龙牡汤加味:人参 15g(另炖),炮附子 12g,煅龙骨、煅牡蛎各 30g,干姜 4g,桃仁 12g,红花 6g,炙甘草 6g,紫石英 15g。本证属心功能不全伴原发性休克,患者食欲差,服用本方宜少量频饮;若大汗不止,加山茱萸 15g、补骨脂 15g;若肢冷如冰,加桂枝 12g、鹿角片 12g(先煎)。对部分症状严重的患者,如见有神识欠清、气息微弱,皮肤湿冷,为休克重症,则宜积极使用中西医结合的方法抢救治疗。

4 中西医结合的时机和策略

一般而言,心衰稳定期可以中药治疗为主。Ⅰ度和Ⅱ度心功能不全可单用中药治疗,但建议同时使用抗重构的血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI);而Ⅲ度心衰则宜酌情增加西医标准治疗中的多项措施^[3],如酌用利尿剂,或地高辛控制快速房颤,酌用β-受体阻滞剂以上调衰竭心肌细胞膜上的β-受体密度,使心肌细胞对儿茶酚胺的敏感性增加,并有效地抑制致命性室颤的发生。心衰急性加重期则需尽快地去除诱因,并迅速控制病情。情况紧急时,应先用西药急救,以免贻误病情。尤其是急性肺水肿,必须采用现代医学的抢救方法,挽救患者生命。急性肺水肿缓解后,即可以中药治疗,参照心功能不全急性加重期的辨证治疗,重点是祛除饮邪,恢复心气心阳。当然,如急性加重尚未达到急性肺水肿的程度,或为右心功能不全的急性加重等,在以现代医学手段积极抢救的同时使用中药,则疗效更佳。

参考文献

- 1 黄帝内经素问. 北京:人民卫生出版社,1978:199.
- 2 张仲景. 金匱要略方论. 北京:人民卫生出版社,1979:47,37,39.
- 3 中华医学会心血管病学分会. 慢性收缩性心力衰竭治疗建议. 中华心血管病杂志,2002,30(1):7~23.