

学术争鸣

浅谈现代中医治疗慢性心力衰竭的几个误区

马 丽¹ 蒋梅先²

主题词 心力衰竭, 充血性/中医药疗法 @ 误区

近年来,随着现代医学对慢性心力衰竭(简称“心衰”)病理机制认识的不断深入,中医对心衰的病因病机研究也取得了较大的进展,如心肾同治说、少阴相关说、痰瘀互阻说、五脏相关说等,对心衰的治疗也有了长足的进步,尤其在改善血流动力学、拮抗神经内分泌系统的激活、延缓心衰的进程、提高心衰患者的生活质量等方面疗效卓著,但在取得疗效的同时,不免有不尽人意之处。如对终末期心衰仍无理想的疗效,疗效观察多是在西药治疗的基础上加用中药,而中药的独立作用疗效如何无法评定,心衰仍是无法逆转的渐进性的病理过程,心衰患者生活质量低下等,其原因何在?这正是许多临床医生一直思考的问题。现将我们对此问题的一些粗浅看法请教于同道。

1 囿于固定辨证模式,缺乏独立的辨治思考

慢性心力衰竭中医无此病名,但据其临床症状可归属喘证、水肿、心水等范畴。无论喘证、水肿均属于里证,属虚实夹杂、本虚标实之证。本虚即气血阴阳虚,标实即痰、饮、瘀、水互结。有人统计,近年报道治疗心衰的临床观察,90%以上是采用益气温阳活血利水法。其在临床研究中显效率在40%左右,有效率在90%左右^[1]。的确在临床上阳气不足、瘀结水停是常见证型,但这不是唯一的证型,即使是阳气不足,瘀结水停治疗时也应考虑是阳虚为主,还是瘀结为主,还是水停为主?何况在临证中常见有其它证型,因此,我们不应忽略对其它证型的辨治,尤其是在应用益气温阳活血利水法治疗效果不好时。就应从中医的病因病机辨证论治全面认识疾病,临证常见阴虚为主,痰湿为患或瘀血阻络为主,或气虚血瘀,或气郁为主之证,此时应随证治之。我们个人的体会是,在治疗心衰时,可完全抛开现代医学对心衰病理机制的论述,全神贯注于中医的望、闻、问、切四诊采集及考虑天时、地理、环境的影响,

纯中医辨治,往往取效。如中医对于喘证、水肿的治疗,有悠久的历史,丰富的经验,在历代医著中论述颇多,其病变后期均以肺脾肾三脏不足为主,《理虚元鉴》里明确提出治虚三本:肺、脾、肾也。《内经》的治水三法“开鬼门,洁净府,去菀陈^[2]”和《金匱要略》所云:“腰以下肿,当利小便”,为中医治疗心力衰竭的治标之法,即活血、利水、通便。至于治本之法,治虚三本:肺、脾、肾,对今天临床仍有指导意义,心衰病机虽以心为主要病变脏腑,但其它脏腑病变亦可影响心衰的病程,有时甚至是心衰的主要病机所在。因此,在临证中认真辨证,紧紧抓住病机是保证中医疗效的基石。

2 依赖现代医学对心衰病理生理的描述,生搬硬套

有报道说收缩性心衰以气虚、阳虚为主^[2],而舒张性心衰以血瘀、痰阻为主,多见实证而少见虚证。何为此说,是否因心肌收缩功能相当于气的推动作用,而舒张功能下降就与气的推动作用无关?机械的取类比象亦是中医治疗失败的原因之一。在临证中,常见收缩性心衰表现为阴虚为主,而舒张性心衰表现为阳虚的证型,我们认为,患者证属阴虚或阳虚不能以现代医学对疾病的病理描述为依据,而常与患者的体质及后天所处环境、饮食、起居有关,因此,在心衰的辨治时应以患者当时所具有的症状及舌脉为辨证依据,而不应根据现代医学对心衰病理机制的描述来机械辨证,只有如此,中医的疗效才有保障,心衰才有望缓解,甚至治愈。血瘀、痰阻是贯穿于心衰始终的病理过程,即使患者暂时未表现出血瘀、痰阻的征象,但在处方用药时也应兼顾这两个方面,在处方中加用活血、化痰之品。

3 根据现代药理研究成果用药

现代中医临床处方选药的常用依据是现代药理研究结果,例如:麦冬有减少心肌耗氧量,增加心肌能量供应以及保护正常心肌细胞的作用。丹参、赤芍、当归、鸡血藤养血活血,都有改善微循环、抗心肌缺血、抗炎、镇静、增强免疫力等多种作用,且均不直接增加心肌收缩力。葛根有改善微循环、营养心肌、抗心律失常且具有肾上腺受体阻滞作用,益气温阳药人参、附子、黄芪、党参等药物为非强心苷类正性肌力药物,如附子中的强心成分为消旋去甲乌头碱,具有较强的正性肌力作

1 上海中医药大学 2004 级博士研究生,上海市普安路 185 号

(200021) (C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2 上海中医药大学附属曙光医院心内科

收稿日期:2006-03-20

用, 人参中的主要成分为人参皂苷, 可明显增加心肌收缩力, 黄芪、党参的正性肌力作用主要为抑制磷酸二酯酶活性, 使心肌细胞中 cAMP 水平升高。补骨脂所含补骨脂乙素有扩张大鼠冠状动脉和增强心肌收缩力的作用; 淫羊藿中主要含淫羊藿总黄酮、淫羊藿苷及多糖等成分, 具有扩张外周血管, 改善微循环, 增加血流量, 降低外周阻力, 增加冠脉流量等作用; 山茱萸、女贞子中所含齐墩果酸等成分有增强心肌收缩力和利尿等作用。故现代中医治疗心衰的临证处方常是上述药物堆砌, 而不是辨证处方。我们不可否认这些药理研究成果, 而是反对这种违背中医精神、脱离中医理论指导的用药方式。中医讲究的是辨证施治、随证治之, 但这种违背中医原则的处方方式却大行其道, 不能不说是中医的悲哀。

4 对危急重症首选西药, 不敢放手用中药

现代中医治疗心衰的局限还表现在对危急重症不敢放手治疗, 首选西药, 而西药治疗常有互相矛盾之处, 如利尿剂不仅可引起电解质紊乱, 还可以加重容量负荷不足, 导致收缩性心衰患者心功能进一步恶化; 血

管紧张素转化酶抑制剂类药物可改善心衰患者的远期预后, 但对患者症状改善不明显、易致干咳等。而中医治疗喘证、水肿、脱证等危重症方面积累有丰富的经验, 对缓解症状常有意想不到的效果, 且能提高心衰患者的生活质量及改善预后。如水肿的治疗分为阳水、阴水, 以肺、脾、肾三脏为主, “气行则血行”、“血不利则为水”、“病痰饮者当以温药和之”, 这些经典的治则对心衰水肿仍有指导意义; 对于脱证的治疗如黑锡丹、独参汤、参附注射液等如能在临证中随证选用, 既可避免西药的不良反应, 又可改善这类患者的症状及生活质量。

综上所述, 中医药治疗心衰大有可为, 不是中医药的疗效不确切, 而是我们自身的中医功底欠扎实。因此, 要想提高中医的疗效, 让中医药得到大家的公认, 重要的是提高临床中医自身的素质及临床思辨能力, 不是器不利, 而是技不能。

参考文献

- 1 郑偕扣, 孙兰军, 赵英强. 疑难病杂志, 2004, 3(5): 314~316.
- 2 史小青. 中医辨证治疗心力衰竭的思路及方法. 四川中医, 2003, 21(6): 11~12.

中西医结合治疗花斑癣 18 例

莫 纲¹ 覃德赛² 王瑞善³

花斑癣俗称汗斑, 是一种常见的皮肤慢性浅部真菌病。我们以自制复方祛斑酊与克霉唑霜剂联用治疗花斑癣, 疗程短疗效满意。现报道如下。

1 临床资料

28 例均为男性患者, 年龄 18~35 岁, 平均 22 岁。根据花斑癣典型临床表现确定诊断, 对表现不十分典型者刮取鳞屑查找糠秕孢子菌助诊。本校 18 例患者以复方祛斑酊加市售克霉唑霜剂治疗; 部队 10 例患者以市售克霉唑霜剂治疗, 作为对照。

2 治疗方法

2.1 复方祛斑酊制备: 取川楝子、黄精、川芎各 200g, 土槿皮 100g, 70% 乙醇 4000ml 浸泡 10 天, 弃药渣, 每 100ml 溶液加碘片 2.0g, 碘化钾 2.0g, 水杨酸 3.0g, 薄荷脑 0.1g, 溶解滤纸过滤即成。

2.2 治疗过程: 由医者或医者在场指导下为患者搽药。治疗组白天涂搽复方祛斑酊, 第 1 遍自然干燥后再搽 1 遍, 搽药范围超过病灶缘 3cm。晚上沐浴后涂搽克霉唑霜(10g/支) 2 支, 并反复揉搓 1~2 分钟。对照组白天搽 1.5% 克霉唑溶液(为便于观察, 溶液中滴加龙胆紫液 2 滴; 使成淡蓝色), 晚上涂搽克霉唑霜 2 支, 方法同治疗组。两组均连续搽药 5 天后停药, 第 11 天

观察疗效。此为 1 个疗程。治疗均在夏天进行。

3 治疗结果

- 3.1 疗效标准: 显效: 皮肤脱屑完全, 新表皮颜色一致, 肉眼直接并使用 5 倍手柄放大镜观察无残留病灶。有效: 皮肤无脱屑但病灶有颜色改变, 出汗伴有痒感消失。无效: 病灶无变化。
- 3.2 治疗结果: 治疗组 18 例, 显效 18 例, 对照组无显效病例, 仅能判为有效。

4 讨论

一般而言, 花斑癣治疗须坚持搽药 3~4 周方能取得好的效果, 此治疗期正好对应一个表皮更新周期。大多数治疗汗斑的外搽药剂均有较好的抑制或杀灭真菌作用, 但并不影响表皮更新周期, 这应该是疗程长的原因所在。

文献载硫化硒治疗花斑癣疗程仅 4 天。可能硫化硒具有杀菌、促成角化及影响病灶处色素代谢多重作用。但该药有一定毒性, 在临床上较少应用。复方祛斑酊与克霉唑霜联用属中西医结合疗法, 可能具有多重协同抗真菌与促进角质溶解脱屑作用。祛斑酊内的中药川楝子、黄精、土槿皮具有抗常见致病性皮肤真菌作用; 碘能抗真菌, 水杨酸抗真菌并溶解角质。数种中西抗真菌药物溶于乙醇中, 发挥了协同抗真菌效应。克霉唑的抗真菌作用类似咪康唑并主要作为外用药。水杨酸溶解角质使之脱屑, 加快了表皮更新速度, 角质溶解尚能利于药物渗透。克霉唑霜剂可滋润角质溶解所致的皮肤干燥, 黏附脱屑, 进一步杀灭其中真菌。复方祛斑酊呈棕褐色, 涂于皮肤上痕迹明显便于观察, 可防止搽药遗漏。

1 广州体育学院门诊部, 广东省广州市胜利西路 189 号 (510075)

2 中国人民解放军 73163 部队卫生队

3 广州市第一人民医院皮肤科

收稿日期: 2006-07-17