

李庆海治疗肥厚型心肌病经验

高帅飞¹, 杨丽¹, 毛竹青¹, 王雪臣², 张志国²✉ 指导: 李庆海²

1. 河南中医药大学针灸推拿学院, 河南省郑州市东明路 63 号, 450008; 2. 河南中医药大学第三附属医院

摘要 介绍李庆海教授治疗肥厚型心肌病(心积)的经验。认为本病多因先天禀赋不足、后天失于调摄,导致心脾肾亏虚,尤以心的气阴两虚为本,气虚运血无力,滞而成瘀,阴津失布,聚而成痰,心失所养,痰瘀相互胶结,积于心体,充斥其间,逐渐形成心肌肥厚。治疗上提倡中西医结合,协同增效;益气阴,补脾肾,以补为先;痰瘀共治,有所侧重。同时善用虫药逐瘀散结,通经活络,自制四味虫方贯穿治疗始终,从而改善心室壁重构,阻断或逆转肥厚型心肌病。

关键词 肥厚型心肌病; 心积; 名医经验; 李庆海

李庆海(1958—),教授,主任中医师,博士研究生导师,首届河南省名中医,第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,国家中医药管理局重点专科(心血管专科)学科带头人。从医 40 余年,长期工作于临床一线,常以气虚痰瘀互结为指导思想立法用药,提倡中西医结合治疗冠心病冠状动脉支架置入术后再狭窄、冠状动脉粥样硬化、严重心律失常、肥厚型心肌病等。

肥厚型心肌病是一种以心肌肥厚为特征的心肌疾病,主要表现为左心室壁增厚,常累及室间隔,一般不伴有左心室腔的扩大,需排除如高血压、主动脉瓣狭窄等负荷增加引起的左心室壁增厚^[1]。本病临床症状变异性大,最常见的是劳力性呼吸困难、胸痛、心悸、晕厥,少数进展为终末期心力衰竭,另有少部分合并心力衰竭、房颤和栓塞;部分患者可长期无症状,但首发症状为猝死(多为恶性心律失常)^[2]。现代医学认为目前针对肥厚型心肌病的治疗,目标在于缓解症状和预防猝死,尚无明确的临床证据表明治疗可预防和逆转左心室肥厚的发生。虽然少数患者在药物治疗无效且存在严重流出道梗阻时考虑行室间隔切除术,但手术风险大、并发症多、预后较差^[3]。

根据肥厚型心肌病临床症状,将其归属于中医学“胸痹”“心悸”“喘证”等范畴^[4]。《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证并治》云“积者,脏病也,终不移”,结合肥厚型心肌病组织学特征为心

肌纤维粗大、排列紊乱、形成瘢痕且固定不移,符合本病性质顽固、久治不愈的特点^[5-6]。《类证治裁·积聚论法》指出“诸有形而坚着不移者,为积”,可见积聚为有形之邪固定不移,不仅限于腹部等处有形包块。肥厚型心肌病的形态学特征为心脏体积增大、重量增加,而《难经·五十四难》中首次提出了心积,曰“心之积……起脐上,大如臂,上至心下。久不愈,令人病烦心”,故可将其归于积聚之心积^[7-8]。李庆海教授认为,心积的病机主要为本虚标实,因虚致实,虚实夹杂。临证时强调益气养阴,化痰祛瘀,心脾肾同治,现将李庆海教授治疗肥厚型心肌病的经验总结如下。

1 先天不足,后天失调,痰瘀互结为病因

《景岳全书·积聚》云“脾肾不足及虚弱失调之人,多有积聚之病。”^[9]肥厚型心肌病多因禀赋不足,后天饮食不节、情志失调、劳逸失度等导致心脾肾亏虚,尤以心的气阴两虚为本,痰瘀互结为标。心居上焦属阳,肾居下焦属阴,心阴不足,则心阳不降,肾水独寒;肾阳亏虚,则肾阴不升,心阳独亢,心阴倍伤,日久气随津脱,气阴两伤,心失所养。《丹溪心法·积聚痞块》曰“块乃有形之物也,痰与食积死血而成也”^[10],而脾胃为后天之本,饮食情志劳逸等失调,易伤脾胃,则气血化生无源,气虚运血无力,滞而成瘀,阴津失布,聚而成痰,痰瘀相互胶结,积于心体,充斥其间,逐渐形成心积。现代研究表明,大部分肥厚型心肌病有明显家族史,多为肌小节基因突变而发病,这

基金项目:河南省基础与前沿技术 Research 计划项目(162300410097)

✉ 通讯作者:412183510@qq.com

与先天禀赋不足密切相关^[1]。

2 中西结合，协同增效；扶正祛邪，分清主次

本病起病隐匿，传统的望、闻、问、切四诊很难发现本病，临证之时提倡中西医结合，借助心脏彩超或核磁以明确诊断。根据心脏彩超测得的左心室流出道的压力值 >90 mmHg 的患者，评估为高猝死风险，及时进行左心室流出道减压术，做到既病防变，术后可用中药善后；对于肥厚型心肌病的一级亲属，在青春期定期进行心脏超声检测，并用中药调补心肾，未病先防，降低肥厚型心肌病的发生风险^[2]。

《医宗必读》曰“积之成也，正气不足，而后邪气踞之。”大多数心积患者前期无症状，但仍以心脾肾虚损为先，后化生痰浊瘀血而致心体受损，故首当补虚，辅以祛邪。在疾病中后期，多数患者有明显的胸闷胸痛、心悸乏力，动则加重的症状，此时正气已亏，且合并心力衰竭水液潴留时，大量使用利尿剂，伤及阴液，或久经失治误治，戕伐正气，则心体伤痕累累，故应补心体助心用，益心阴以养心肌，补心气以助血运行，兼以祛邪。

3 益气阴，补脾肾；动静结合，以补为先

心积的本虚在心，涉及脾肾，故治疗当以补心气、养心阴为主，兼补脾肾。一般来说补气养阴、健脾补肾之药多为静药属阴，理气行滞之药多为动药属阳，而补养之静药稍加行滞之动药，则阴得阳助，生化无穷，补而不滞。因此，根据“扶正不留邪，正胜邪自去”提出心积的患者须“补当重补，补而不滞，动静结合，以补为先”。1) 临床症状表现为胸闷心悸，气喘乏力、动则加剧，舌淡脉细软，以气虚明显者可重用补气健脾之静药黄芪 100 g，轻用理气之动药枳壳 3 g、陈皮 3 g，使其补而不滞，黄芪甘温补脾肾之元气，对心肌细胞有明显的保护作用，并能抑制其肥大^[3]。2) 表现为胸闷心悸、五心烦热、口燥咽干，舌红、脉细数，以阴虚明显者可重用益气养阴之静药麦冬 30 ~ 40 g、西洋参 10 ~ 15 g，轻用行滞之动药砂仁 6 ~ 9 g、木香 6 ~ 9 g，以防滋腻。

4 痰瘀共治，有所侧重，兼顾合并症

痰瘀相互胶结是本病发展的主要病理因素，《丹溪心法》曰“治痰要活血，血活则痰化；治瘀要化痰，痰化则瘀消”，故治疗时一方面提倡痰瘀共治，使痰祛瘀无所附，瘀化痰无所依，则痰瘀共消；另一方面也要依据患者的症状辨痰瘀之所侧

重，分而治之。以胸部闷痛、咯痰、喉中痰声漉漉、舌苔白厚腻为主者以化痰为主，以瓜蒌、薤白、半夏通阳化痰散结，绞股蓝、车前草化痰利水导邪气于下焦而出；苔白厚腐者加枳实、厚朴化痰去腐；苔黄腻者加黄连、竹茹清热化痰。以胸部刺痛或隐痛、舌下脉络曲张有瘀斑为主者，则以祛瘀为主，多选用丹参、红花、三七温凉并用，化瘀而不留瘀；久病入络者可加鸡血藤、川芎以活血通络，三棱、莪术破血逐瘀散结。

肥厚型心肌病随着病程的进展，伴发左心室扩张、心力衰竭、房颤等^[4]。合并心力衰竭者可加泽泻、车前子以利水而不伤阴，《雷公药性赋》曰“泽泻利水通淋而补阴不足”，若有怕冷、四肢不温、下肢水肿者加桂枝、干姜、附子以温阳利水；合并房颤者加苦参专清心经之火、羌活以通利血脉。现代药理研究表明羌活、苦参可抗快速性心律失常，并在短时间内恢复正常心律^[4-13]。李老师临证时特别强调用药时要注重药性的寒热温凉，做到“活血不宜凉，化痰不过燥，利水不伤阴”，寒温并用，祛邪不伤正，以平为期。

5 自制四味虫方，贯穿始终除顽疾

《素问·至真要大论篇》云“坚者削之……结者散之，留者攻之。”^[14]心积迁延日久，多为顽痰死血积于心体，常规草木之药难建其功，必借虫蚁直入心之络脉，破血逐瘀，软坚散结，以搜剔络内久踞之邪，祛除顽疾。临证之时，在益气养阴、化痰祛瘀的基础上常配伍自拟四味虫方（鳖甲 15 g、全蝎 3 g、蜈蚣 2 条、水蛭 3 g）。蜈蚣、全蝎味辛性窜走而不守，善于打通痰瘀之结滞、通心之络脉，又可领诸活血化痰药直达病所，“藉虫蚁血中搜逐，以攻通邪结”，《医学衷中参西录》云：“蜈蚣走窜之力最速，内而脏腑，外而经络，凡气血凝聚之处皆能开之”；水蛭味苦咸直入血分，逐瘀散结利水而不伤正，如《本草经百种录》曰：“水蛭最喜食人之血，而性又迟缓善入，迟缓则生血不伤，善入则坚积易破，借其力以攻积久之滞，自有利而无害也”，《神农本草经》谓其“利水道”；鳖甲乃水中之物，性凉味咸，尤善软坚散结，滋阴潜阳，如《神农本草经》曰“主心腹癥瘕积聚”，《本草新篇》曰“善能攻坚，又不损气”。四味虫方攻补兼施，灵动迅速，辄仗蠕动之性，松动顽痰死血之病根，追拔沉混气血之邪，贯穿治疗始终，使心肌肥厚得以控制或逆转。

6 典型病例

患者,男,50岁,2016年1月9日初诊。主诉:发作性胸闷胸痛、心悸5年余,加重1周。患者5年前劳累后出现胸闷、胸痛,持续约30~50 min自行缓解,2015年7月25日行冠状动脉造影示:未见明显血管狭窄。心脏超声示:左心房大;升主动脉稍宽;左心室壁及室间隔增厚(室间隔厚17 mm,左心室后壁厚15 mm);主动脉瓣、肺动脉瓣少量反流;左心室舒张功能减退。诊断为肥厚型心肌病,口服美托洛尔缓释片每次47.5 mg,每日1次;益心舒胶囊(主要成分:人参、黄芪、丹参、麦冬、五味子、川芎、山楂)每次1.2 g,每日3次,症状仍反复发作。

刻诊症见:发作性胸闷、胸痛、心悸,常在劳累后出现,纳可,眠差,入睡难,易醒,盗汗,二便调。舌质暗红,舌下脉络粗胀,苔白腻,脉细滑。既往史:饮酒史20年,每日约500 mg;吸烟史20年,每日约20支,已戒烟7年。体格检查:血压130/80 mmHg,心率96次/min,律不齐,偶有早搏,心尖部可闻及2/6级收缩期吹风样杂音。辅助检查:2015年12月27日心电图示:窦性心律;左室高电压;部分导联ST段抬高;下壁异常Q波;ST-T改变。2016年1月9日动态心电图示:心搏总数142916次/24 h,房性早搏102次,室性早搏7次,部分ST-T改变,心率变异性正常。西医诊断:肥厚型心肌病;中医诊断:心积(气阴两虚,痰瘀互结证)。治法:益气养阴,化痰祛瘀,散结通络。处方:黄芪40 g,西洋参6 g(另煎),麦冬10 g,山药30 g,瓜蒌20 g,酒薤白30 g,法半夏15 g,枳实10 g,绞股蓝30 g,丹参30 g,红花15 g,水蛭3 g(冲服),三七粉3 g(冲服),全蝎粉3 g(冲服),蜈蚣粉2条(冲服),淫羊藿6 g,苦参20 g,鳖甲20 g(先煎)。14剂,每日1剂,水煎分早晚2次温服。原用西药继续,停用益心舒胶囊。

2016年1月23日二诊:服上药后胸痛、胸闷发作次数较前减少,偶有心悸,眠差,纳可,易汗出,盗汗,二便调。查体:血压138/95 mmHg,心率82次/min,律齐,心尖部可闻及2/6级收缩期吹风样杂音。处方在初诊方基础上黄芪加量至60 g、瓜蒌加量至30 g,加黄连6 g、竹茹12 g。14剂,每日1剂,水煎分早晚2次温服。原用西药继续。

2016年2月7日三诊:胸痛胸闷发作时疼痛程度较前减轻,持续约10~15 min,纳可,睡眠改

善,易汗出,盗汗,二便调。查体:血压130/90 mmHg,心率72次/min,律齐,心尖部可闻及2/6级收缩期吹风样杂音。处方在二诊方基础上加麦冬至20 g,加生龙骨30 g(先煎)、煅牡蛎30 g(先煎)。28剂,每日1剂,水煎分早晚2次温服。原用西药继续。

2016年3月5日四诊:因劳累后出现胸痛胸闷、气短,较前加重,伴汗出、面红、目赤,纳眠可,二便调。查体:血压150/100 mmHg,心率72次/min,律齐。心尖部可闻及2/6级收缩期吹风样杂音。处方在三诊方基础上去枳实,减黄芪为50 g、酒薤白为20 g,加地龙20 g、醋延胡索15 g、夏枯草30 g、女贞子30 g。28剂,每日1剂,水煎分早晚2次温服。原用西药继续。

2016年4月3日五诊:诉活动量大时仍有胸闷胸痛、心悸,纳眠可,二便调。查体:血压168/108 mmHg,心率72次/min,律齐,心尖部可闻及1/6级收缩期吹风样杂音。处方在四诊方基础上加黄芪至60 g、苦参至30 g、地龙至30 g、三七至6 g。28剂,每日1剂,水煎分早晚2次温服。原用西药继续。

2016年5月8日六诊:活动时偶有胸痛、胸闷,发作程度较前减轻,纳眠可,二便调。查体:血压120/70 mmHg,心率72次/min,律齐。处方以五诊方去夏枯草,黄芪加量至70 g,28剂,每日1剂,水煎分早晚2次温服。原用西药继续。

2016年6月6日七诊:诉胸痛、胸闷未再明显发作,纳眠可,二便调。查体:血压100/70 mmHg,心率72次/min,律齐。门诊复查心脏超声示:左房大;升主动脉稍宽;左室壁及室间隔稍厚(室间隔厚14 mm,左室后壁厚14 mm);主动脉瓣、肺动脉瓣少量反流;左室舒张功能减退。处方在六诊方基础上加法半夏至30 g、丹参至40 g。28剂,每日1剂,水煎分早晚2次温服。原用西药继续。

后患者定期复诊,均以七诊方加减治疗,患者病情控制平稳,于2017年5月8日复查心脏超声示:室间隔厚11 mm,左心室后壁厚10 mm;左心房稍大;室壁运动欠协调;主动脉瓣、肺动脉瓣少量反流;左心室舒张功能减退。遂停止服药,随访至2019年3月,胸闷、胸痛未见明显发作,复查心脏超声室间隔厚、左室后壁厚均正常。

按语:该患者初诊时发现胸闷胸痛、心悸已5年余,先天不足、后天失养,心失所养,痰瘀互结之象明显。方选瓜蒌薤白半夏汤、生脉散合四味虫

方加减。方中重用黄芪、西洋参、麦冬益气养阴，山药健脾补肾；瓜蒌、薤白、半夏、绞股蓝宽胸化痰散结；丹参、红花、三七活血化瘀，苦参清心定悸；蜈蚣诸活血药直达病所，松动顽痰死血，全蝎、水蛭通心之络脉，鳖甲软坚散结，攻补兼施；佐以淫羊藿阳中求阴，枳实理气化痰，补而不滞。二诊、三诊时胸痛、胸闷改善，方证相对，按原方加大益气养阴的同时合用黄连温胆汤以增强清热化痰之功。四诊时患者血压较高，出现面红目赤、汗出的症状，考虑黄芪为温热之品，恐其助热故减量，加女贞子、夏枯草以清肝热，滋养肝阴，地龙以平肝通络。五诊时患者活动量大时出现胸闷、心悸，仍为心气不足之象，且肝热已平，故继续重用黄芪，增加地龙、苦参、三七的用量以活血通络定悸。六诊时血压恢复正常，胸闷、胸痛偶有发作，故去夏枯草，加用黄芪以补气助心行血。七诊时患者胸闷、胸痛未明显发作，且室间隔与左心室后壁厚度分别降低 3 mm、2 mm，已控制病情的发展，初见疗效，增加半夏、丹参的用量以增强化痰散结活血之效。后患者定期按七诊处方随症加减，仍以补气活血、化痰通络为治疗大法，于 1 年后心脏彩超复查示室间隔、左心室厚度恢复正常。

参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会中国成人肥厚型心肌病诊断与治疗指南编写组, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中国成人肥厚型心肌病诊断与治疗指南 [J]. 中华心血管病杂志, 2017, 45(12): 1015-1032.
- [2] 邹玉宝, 宋磊. 中国成人肥厚型心肌病诊断与治疗指南解读 [J]. 中国循环杂志, 2018, 33(S2): 68-73.
- [3] 乔铅, 郝应禄, 李燕萍. 肥厚型心肌病的治疗方法现状与进展 [J]. 临床荟萃, 2017, 32(12): 1100-1104.
- [4] 刘金凤, 徐利亚, 陈靖, 等. 刘如秀教授治疗肥厚型心肌病经验总结 [J]. 世界中西医结合杂志, 2014, 8(3): 1673-6613.
- [5] 韩玉泽, 陶佳南, 侯丽然, 等. 肥厚性和扩张性心肌病猝死的病理学研究 [J]. 黑龙江医药科学, 2004(4): 72-73.
- [6] 张仲景. 金匱要略 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 43.
- [7] 林佩琴. 类证治裁 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 1997: 201.
- [8] 难经 [M]. 王洪图, 校注. 北京: 春秋出版社, 1988: 78.
- [9] 张景岳. 景岳全书 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 8.
- [10] 朱震亨. 丹溪心法 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1959: 214.
- [11] DOMINGUEZ F, SANZ-SÁNCHEZ J, GARCÍA-PAVÍA P, et al. Follow-up and prognosis of HCM [J]. Glob Cardiol Sci Pract, 2018, 33(3): 33. doi: 10.21542/gcsp.2018.33.
- [12] 佟宇, 王晶. mitoKATP 在黄芪甲苷抑制心肌细胞肥大中的作用 [J]. 中药药理与临床, 2013, 29(3): 51-54.
- [13] 马云龙, 吴岳, 田刚. 肥厚型心肌病伴心房颤动的相关因素 [J]. 心脏杂志, 2020, 32(6): 578-581, 611.
- [14] 郭培, 郎拥军, 张国桃. 羌活化学成分及药理活性研究进展 [J]. 中成药, 2019, 41(10): 2445-2459.
- [15] 董琨翔, 白音夫. 苦参心血管药理作用的研究进展 [J]. 西北药学杂志, 2013, 28(2): 215-217.
- [16] 李志敏. 黄帝内经 [M]. 北京: 京华出版社, 2010: 265.

LI Qinghai's Experience on Treatment of Hypertrophic Cardiomyopathy

GAO Shuaifei¹, YANG Li¹, MAO Zhuqing¹, WANG Xuechen², ZHANG Zhiguo²

1. School of Acupuncture, Moxibustion and Tuina, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, 450008; 2. The Third Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine

ABSTRACT This paper introduces Professor LI Qinghai's experience in treating hypertrophic cardiomyopathy (heart accumulation). It is believed that the disease is mostly due to insufficient congenital endowment and acquired disorders, resulting in the deficiency and depletion of heart, spleen and kidney, especially the deficiency of both *qi* and *yin* of the heart. When insufficient *qi* fails to promote blood circulation, and stasis obstructs the vessels, *yin*-fluid distribution is impaired and phlegm is therefore formulated when fluids accumulate; the heart loses nourishment, while the phlegm and stasis are binded and accumulated in the heart, gradually formulate the myocardial hypertrophy. In treatment, the combination of Chinese and Western medicine is advocated to play the synergistic effect; replenishing method should be taken as priority by supplementing *qi* and *yin* and tonifying the spleen and kidney; phlegm and stasis need to be treated together but with emphasis; and insect medicine should be taken fully use of to expel stasis, dissipate masses, unblock the channels and quicken the collaterals. Self-made *Si Wei Chong Formula* (四味虫方) is suggested to be used throughout the treatment to improve ventricular wall remodeling, and to block or reverse hypertrophic cardiomyopathy.

Keywords hypertrophic cardiomyopathy; heart accumulation; experience of famous doctors; LI Qinghai

(收稿日期: 2020-08-23; 修回日期: 2021-01-10)

编辑: 侯建春