

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.14.018

临证心得

射血分数正常心力衰竭的辨证及治疗

汤岐梅¹, 赵志强^{2*}, 王贤良², 毕颖斐², 侯雅竹²

(1. 天津中医药大学研究生院, 天津市南开区鞍山西道 312 号, 300193; 2. 天津中医药大学第一附属医院)

摘要 当前射血分数正常心力衰竭 (HFNEF) 的发病率呈逐年上升趋势, 而合理的中医药治疗能够提高该病的临床疗效。认为 HFNEF 为本虚标实之证, 本虚以阴虚为主, 日久损及气、阳; 标实以血瘀、痰浊、热蕴多见, 或兼水饮。提出阴虚、血瘀、痰热是 HFNEF 主要证候特征; 在治疗上强调病证结合, 遣方用药时常以养阴活血、化痰清热为基本大法, 同时注重补虚泻实以调和阴阳。

关键词 心力衰竭; 射血分数正常心力衰竭; 阴虚; 养阴活血; 化痰清热

射血分数正常心力衰竭 (heart failure with normal left ventricular ejection fraction, HFNEF) 又称为射血分数保留心力衰竭, 是指具有充血性心力衰竭的症状和 (或) 体征, 以左室射血分数正常而舒张功能异常为特征的一组临床综合征^[1]。国外文献报道其发病率约占心力衰竭总数的 40% ~ 71%^[2], 国内新近研究表明, 因心力衰竭而入院的患者超过一半无收缩功能受损或收缩功能轻微障碍^[3], 而 HFNEF 的病死率与射血分数降低心力衰竭 (heart failure with reduced left ventricular ejection fraction, HFREF) 相当^[2,4]。随着我国逐步进入老龄化社会, 该病发病率呈逐年上升趋势, 而文献分析及临床研究表明, 合理的中医药治疗能够进一步提高 HFNEF 的临床疗效^[5-8]。我们认为, 阴虚、血瘀、痰热是 HFNEF 患者常见的中医证候特征, 应治以养阴活血、化痰清热, 现将论治经验总结如下。

1 辨证求本, 标本兼顾

1.1 病证结合, 详审病因

HFNEF 与 HFREF 皆可出现呼吸困难、乏力以及液体潴留, 均归属于中医学“喘证”“心悸”等范畴。相对于 HFREF, HFNEF 多发生在老年、女性、肥胖及有高血压病、糖尿病、冠心病、房颤等

病史的人群^[9], 有多种危险因素的存在。因此, HFNEF 的中医证候特征、演变规律与 HFREF 存在差异, 即使同为 HFNEF, 其病因病机也并不完全相同, 在辨治时既要把握共性, 又要注重个体差异。

1.2 虚实有别, 明辨阴阳

HFNEF 的基本中医证候特征为本虚标实、虚实夹杂, 临床上常互为因果。《素问·阴阳应象大论》云“年四十而阴气自半也, 起居衰矣。”随着年龄增长, 人体阴气逐渐耗乏, 而 HFNEF 好发于老年及女性患者, 阴液更易于损伤, 阴不制阳, 虚热内生, 常表现为心悸、口干咽燥、心烦、乏力等症。同时, 西医治疗 HFNEF 常用利尿剂, 利尿剂亦伤阴液, 使阴虚更为明显。此外, 从发病过程来看, 阴虚既是始动环节, 又贯穿 HFNEF 疾病发展的全过程, 患者早期常仅表现为高血压病、糖尿病、冠心病、房颤等疾病, 这些疾病早期的中医证候特征均以阴虚最为常见^[8,10-13], 随着疾病不断进展, 其中医证候日趋复杂, 如阴虚日久损及气、阳, 而见气阴两虚、阳气亏虚之证, 甚至可有阴竭阳脱之变。

血瘀、痰浊、热蕴、水饮既是病理产物又是致病因素, 其与气血阴阳虚损互为因果, 影响心力衰竭的形成、演变与预后。HFNEF 患者临床常见胸闷、气短、舌紫暗、舌下络脉曲张等症, 此为血瘀之象, 多由阴津亏耗、阴液耗竭而致脉络不利、血行瘀滞。咳嗽、咯痰、水肿、苔腻、脉滑等痰浊之象亦不少见, 甚者可见憋喘不能平卧等水饮凌心射

基金项目: 国家自然科学基金 (81202852); 教育部“创新团队发展计划” (IRT_16R54); 天津市科技计划 (16ZXMJYSY00050)

* 通讯作者: quanmingzhao@126.com, (022) 27986313

肺之证,其发生主要与患者年老体衰,脾失健运、肾失开阖等致水液代谢失常,聚而成痰为饮有关。此外,素体阴虚津亏,易于炼液成痰,也是痰浊形成的重要原因。口干、苔黄等热蕴之症在 HFNEF 患者中也较为多见,其形成既与阴不制阳、阳气相对偏旺而生内热有关,又与血瘀、痰浊久滞体内郁而化热有关。临床上血瘀、痰浊、水饮、热蕴等常常同时存在且互为影响,诸证胶着,使得病情迁延难愈。

2 补虚泻实,谨守病机

2.1 重视养阴

对 HFNEF 患者的辨证,以虚实论,正虚为本,邪实为标;以气血阴阳论,阴虚为本,气虚、阳虚为标。因此,治疗时应重视养阴,即使在阴虚不显而以气虚、阳虚为主要表现时,也应时刻注意阴损及气、及阳;而邪实则多是在本虚的基础上发生,故泻实的同时亦当顾护本来不足之阴。在具体用药上,主张养阴务须顾护脾胃, HFNEF 患者年老体衰,常伴脾胃虚弱,故养阴药多用山萸肉、麦冬、黄精等不致碍胃之品,常加用鳖甲以滋阴潜阳、软坚散结;生地黄兼具养阴、清热、除烦之效,临证亦常用之;兼气虚者常用黄芪、太子参、刺五加;兼阳虚者可用淫羊藿、菟丝子,应慎用附子等大辛大热之品,以防大热伤阴。

2.2 攻邪有度

HFNEF 患者的标实以血瘀、痰浊、热蕴多见,或兼水饮,极易互相胶着,在治疗上主张泻实不忘虚,活血不宜凉,利水不攻逐,苦寒勿过度,以平为期。活血药常用丹参、红花等,丹参性微寒,还能清心除烦、养心安神;红花性辛温,与丹参配伍协同增效;血瘀甚者加地龙、全蝎等入络化瘀之品,地龙尚具平喘、利水、消肿之功。化痰药常选用半夏、陈皮、瓜蒌皮等,半夏、陈皮可化痰散结;瓜蒌皮既能化痰理气,又能清热。清热药常选用黄连、竹叶等,黄连配伍半夏清化痰热,但须注意苦寒伤胃,用量不宜过大。兼水饮者常加茯苓、泽泻、车前草以利水渗湿。久病、血瘀、痰饮必兼气滞,故常加枳壳以理气行滞,既防滋阴碍脾,又助行气活血化痰,正如《严氏济生方》所云“人之气道,贵乎顺,顺则津液流通,决无痰饮之患”。

3 验案举隅

患者,女,81岁,2015年9月30日初诊。主

诉:间断胸闷、气短两年,加重1个月。两年前患者间断出现胸闷、气短、乏力,每于劳累后加重,冠状动脉造影示:冠状动脉三支病变,于右冠状动脉植入支架2枚后出院。规律口服硫酸氢氯吡格雷每次75mg,每天1次;华法林钠每次2.5mg,每天1次;阿托伐他汀钙每次10mg,每天1次;氯沙坦钾氢氯噻嗪每次62.5mg,每天1次。初期症状曾有所改善,近1年因体弱易于感邪每致症状反复,外出活动减少,1个月前患者无明显诱因上述症状加重,常感心胸烦闷,曾服用益气温阳、活血利水类中药,症状未见明显改善,烦闷更甚。刻诊:神疲倦怠,步履不稳,间断胸闷、气短、乏力,伴心悸、汗出,情绪激动及劳累后加重,口干欲饮,纳少,双下肢沉重,寐差、夜梦多,小便调,大便干、两日一行。舌紫暗、苔微黄腻,脉结代、弦滑。查体:血压131/69mmHg,体胖,心率92次/min,心律不齐,心脏各瓣膜听诊区未闻及明显病理性杂音,双肺底未闻及干湿啰音,双下肢未见明显水肿。明尼苏达心力衰竭生存质量量表^[14]评估为15分。超声心动图示:左室射血分数(LVEF)59%,左心房前后径(LA)33mm,左室舒张末期前后径(LVEDD)49mm,右心房左右径(RA)34mm,右心室前后径(RV)15mm,肺动脉收缩压(PASP)24mmHg,室间隔厚度/后壁厚度(IVSD/LVPW)1.2,侧壁和间隔的平均值(E/e')12.32,舒张早期二尖瓣血流速度/舒张晚期二尖瓣血流速度(E/A)0.57,E峰减速时间(DT)275ms,等容舒张时间(IVRT)183ms。西医诊断:射血分数正常心力衰竭;中医诊断:心悸,证属阴虚血瘀痰热。维持原西药治疗方案,中药治以养阴活血、化痰清热,处方:山萸肉15g,麦冬20g,黄精15g,丹参20g,地龙15g,鳖甲15g(先煎),瓜蒌皮15g,法半夏12g,黄连10g,枳壳12g。14剂,水煎服,每日1剂。

2015年10月15日二诊:胸闷、气短、心悸及汗出明显减轻,口干、咽干、睡眠较前改善,仍有乏力,大便每日一行,便干较前改善,舌暗红、苔腻略减,脉弦滑。查体:血压125/80mmHg,心率55次/min,心律齐,双肺底未闻及干湿性啰音,双下肢水肿(-)。明尼苏达心力衰竭生存质量量表总分降至11分。超声心动图示:LVEF 59%,LA 31mm,LVEDD 47mm,RA 35mm,RV 16mm,PASP 22mmHg,IVSD/LVPW 1.18,E/e' 9.60,E/A 0.57,DT 232ms,IVRT 141ms,左室舒张功能较

前稍有改善。患者心悸、汗出、口干、咽干、便干改善表明阴液得复、烦热自减；胸闷、气短减轻及舌象由紫暗变为暗红、苔腻略减均提示血瘀、痰浊渐化之势；睡眠改善则提示心能藏神、阳得入于阴，阴阳有调和之象。效不更方，原方继服 14 剂。

2015 年 11 月 1 日三诊：服药后患者未诉明显胸闷、气短、心悸、口干、咽干，乏力进一步改善，纳寐可，二便可。舌暗红、苔薄，脉弦。患者阴虚明显改善，痰热、血瘀之实证渐消，阴阳渐趋平衡，故病情明显好转。原方再服药 2 周后患者病情稳定，因天气转冷，患者未再来院就诊。2016 年 10 月电话随访，患者自行间断服用原方至今已有 1 年余，病情稳定，未再住院治疗。

按：本例患者采用西药规范治疗后心力衰竭相关症状仍明显，活动耐量、生活质量明显下降，以益气温阳、活血化瘀法治疗效果欠佳。患者为老年，口干欲饮、咽干实为心阴耗伤、阴津亏耗之象，胸闷、气短、舌紫暗固有血瘀之象，但亦为阴虚脉络不利，血行迟滞而致。体形肥胖为素有痰湿之体，痰湿之邪困脾则脾失健运，而见纳少、下肢沉重等症。阴虚易生内热，痰郁又易化热，故见舌苔黄腻。其心悸、不寐既有阴虚水不济火、虚火扰动心神之因，又有痰火之扰，正如张锡纯所云：“心者火也，痰饮者水也，火畏水刑，故惊悸至于不寐也”。辨治时紧紧抓住阴虚、血瘀、痰热这一核心病机，方中山萸肉、麦冬、黄精以养阴，丹参活血祛瘀，地龙清热活血、通经活络，鳖甲滋阴潜阳、软坚散结，瓜蒌皮、半夏、黄连化痰清热，枳壳理气行滞，全方虚实兼顾，共奏养阴活血、化痰清热之功。二诊时患者诸症改善，舌苔黄腻逐渐消退，效不更方，重视养阴以扶正，且扶正不碍邪，祛邪不伤正，使正气来复，实邪渐祛，则阴平阳秘。

参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014 [J]. 中华心血管病杂志, 2014, 42(2): 98-122.
- [2] OWAN TE, HODGE DO, HERGES RM, et al. Trends in

prevalence and outcome of heart failure with preserved ejection fraction [J]. N Engl J Med, 2006, 355(3): 251-259.

- [3] 张健, 张宇辉. 多中心、前瞻性中国心力衰竭注册登记研究: 病因、临床特点和治疗情况初步分析 [J]. 中国循环杂志, 2015, 30(5): 413-416.
- [4] BHATIA RS, TU JV, LEE DS, et al. Outcome of heart failure with preserved ejection fraction in a population-based study [J]. N Engl J Med, 2006, 355(3): 260-269.
- [5] 刘强, 徐智, 毛威. 益心舒胶囊治疗心房颤动合并舒张性心力衰竭患者的疗效 [J]. 中国新药与临床杂志, 2011, 30(10): 766-770.
- [6] 周鹏, 谿金金, 夏芸, 等. 口服中药治疗舒张性心力衰竭随机对照试验的系统评价 [J]. 中国医药导报, 2015, 12(28): 67-71.
- [7] 张颖莉, 朱雪梅. 益心舒胶囊治疗舒张性心力衰竭的临床观察 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2011, 9(3): 287-289.
- [8] 毛静远. 阴虚与冠心病初探 [J]. 中医药研究, 1998, 14(5): 5-6.
- [9] HOGG K, SWEDBERG K, MCMURRAY J. Heart failure with preserved left ventricular systolic function: epidemiology, clinical characteristics and prognosis [J]. Am Coll Cardiol, 2004, 43(3): 317-327.
- [10] 桂明泰, 符德玉, 徐立思, 等. 1000 例高血压病患者中医证候因子分布特点研究 [J]. 四川中医, 2014, 32(10): 71-73.
- [11] 程苗苗, 王承龙. 1018 例老年高血压病患者中医证型分布及相关因素分析 [J]. 江苏中医药, 2015, 47(1): 34-36.
- [12] 徐正正. 不同病程糖尿病患者的证候特征 [J]. 中医杂志, 2000, 41(1): 44-45.
- [13] 刘江波. 心房颤动射频消融术前术后中医证候演变规律及络风宁 3 号方干预研究 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2014.
- [14] RECTOR TS, KUBO SH, COHN JN. Patients' self-assessment of their congestive heart failure [J]. Heart Failure, 1987, 3(2): 198-209.

(收稿日期: 2016-10-23; 修回日期: 2017-05-02)

编辑: 侯建春

欢迎投稿

欢迎订阅