

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2018.19.004

当代名医

张伯礼分期诊治慢性心力衰竭经验

金鑫瑶¹, 张俊华¹, 张立双¹, 刘强², 崔远武³, 马妍³,
李霄¹, 吕玲¹, 王凯³, 江丰^{pk} 指导: 张伯礼¹

(1. 天津中医药大学, 天津市南开区鞍山西道 312 号, 300193; 2. 广东医科大学附属医院; 3. 天津中医药大学第二附属医院)

摘要 张伯礼认为, 慢性心力衰竭属本虚标实、虚实夹杂之证, 本虚为心气不足、心肾阳虚, 标实为血瘀水停。临床辨治当分稳定期、急性加重期、控制后缓解期三个主要临床阶段, 缓则注重调理, 扶正为本; 急则祛邪为先, 力挽将倾; 缓解期扶正祛邪, 注重损益; 全程病证结合, 紧握病机, 辨证施治, 以通为期, 调和气血, 贯穿始终。以补求通时应注意补益宜清补、通补, 而不应呆补、腻补; 以通求补时, 活血化瘀应与益气温阳、补血养阴等治法同用。

关键词 慢性心力衰竭; 胸痹; 名医经验; 张伯礼

张伯礼 (1948—), 男, 教授、博士研究生导师, 中国工程院院士。主要从事心脑血管病研究, 主持首个中医药对冠心病二级预防的循证研究, 并建立了相关的技术规范。在国内首次制定了血管性痴呆证类分型标准和平台、波动、下滑三期证治方案。创立脑脊液药理学方法, 揭示了中药对神经细胞保护的作用机制。开拓了名优中成药二次开发领域, 建立了系列关键技术, 提升中药产品质量和科技内涵, 荣获国家科技进步一等奖。主持和参加起草了全国《中医现代化科技发展战略》《中药现代化发展纲要》《国家重大新药创制规划》等文件。

慢性心力衰竭 (简称“慢性心衰”) 属于难治性疾病, 近年来随着人们对慢性心衰认识的逐渐深入, 其治疗策略由最初的改善短期血流动力学状态转变为早期预防, 抑制神经内分泌激活, 防止和延缓心肌重构的发展, 最终降低住院率和病死率^[1]。《素问·评热病论》中“诸水病者, 故不得卧, 卧则惊, 惊则咳甚也”的论述与慢性心衰夜间阵发性呼吸困难较为相似。《金匱要略·水气病脉证并治》中“心水者, 其身重而少气, 不得卧, 烦而躁, 其人阴肿”, 尤为贴近慢性心衰的临床表现。中医学认为, 慢性心衰是心病日久阳气虚衰, 运血无力, 心脉不畅而致血瘀水停, 临床以喘息心悸、

咳吐痰涎、不能平卧、水肿少尿等为主要临床表现的脱病类疾病^[2]。

张伯礼教授认为, 慢性心衰病机可宗张仲景胸痹之“阳微阴弦”。“阳微”为心气不足, 心肾阳虚; “阴弦”为瘀血、痰饮等病理产物积聚。慢性心衰多见于各种心系疾病后期或久病年老之人, 临床患者常处于慢性心衰稳定期、急性加重、控制后缓解期等不同阶段, 而各阶段所属病机不同, 标本虚实之间相互转化, 消长演变。因此, 临床诊治慢性心衰当根据患者所处临床阶段予以相应的治疗策略, 分阶段、辨邪正盛衰施治。现将张老师分期诊治慢性心衰的经验总结如下。

1 缓则注重调理, 扶正为本

慢性心衰稳定期患者症状平稳, 病机多为心气不足, 心肾阳虚。心在上焦属火, 肾居下焦属水, 水火升降互济, 共同维持人体机能的平衡。心气不足, 鼓动无力则心悸、气短、神疲, 气虚运血无力则血行瘀滞; 心阳不足, 温煦失司, 虚寒内生, 血脉凝滞则胸闷滞塞、胸痛、气短。心病日久及肾, 肾阳虚衰则温煦、气化功能减退, 出现畏寒、肢体浮肿、小便不利、腰膝酸冷等症状。此类患者以正虚为主要矛盾, 可兼有血瘀、水湿、痰饮等实邪, 治疗当扶正为主, 以补求通, 着力扶助心肾阳气, 辅以祛邪, 且应长期调理, 维持病情稳定, 提高生

基金项目: 国家中医药管理局国医大师传承工作室及全国名中医传承工作室建设项目

* 通讯作者: wecm@sina.com, (022) 59596183

活质量, 恢复心功能。

扶正当辨气血阴阳之虚衰, 若患者乏力、心悸、少气懒言、舌淡胖等心脾气虚症状明显者, 常以党参、茯苓、白术、麦冬、玉竹等健脾益气养心, 气虚甚者常用白人参代党参以大补元气; 若以心悸、气短喘促、形寒肢冷、尿少肢肿、口唇青紫等为主要表现者, 常用杜仲、桑寄生、淫羊藿、大腹皮、益母草等温补肾阳、活血利水, 通过温肾阳以济心阳; 若以心悸气短、乏力、失眠健忘、面色无华、倦怠乏力等为主要表现者, 常以黄芪、当归、山萸肉、山药、白术等补血养心; 若以心悸气短、体瘦乏力、心烦失眠、口渴咽干、手足心热等为主要表现者, 常用生地黄、麦冬、知母、玉竹、莲子心以益气养阴清热。扶正应避免呆补、腻补, 宜配伍少量佛手、枳壳、砂仁等理气之品以助补益; 使用黄连、清半夏、干姜辛开苦降畅中焦以防壅滞; 用槐米、夏枯草、浙贝母、柴胡等疏肝清郁、软坚散结以调气机, 助补益。

慢性心衰临床辨治还可通过调理脏腑功能以助扶正, 如兼有脘腹胀满、纳差、肢体浮肿等症时, 张老师重视调理脾胃, 加用藿香、佩兰、紫苏梗等芳香轻宣, 用大黄、大腹皮通腹降泄, 使脾升胃降, 中焦通畅; 兼有心悸、烦躁、失眠者, 调理心肾, 处方常加用莲子心、夜交藤、生龙齿等以清心安神, 用女贞子、墨旱莲、菟丝子、肉苁蓉等补益肾精, 使水火既济; 兼有干咳少痰、情绪忧虑烦躁或悲观低落者, 重视调理肺肝, 用麦冬、玉竹、百合、苦杏仁等润肺降气, 柴胡、黄芩、夏枯草、槐米、合欢花等疏肝理气, 使肝气得舒, 肺气得降。如此调补人体阴阳气血, 调理脏腑功能, 扶助正气, 同时兼以活血祛瘀、化痰利水之药, 促进人体正气的恢复, 维持慢性心衰患者的长期稳定。

瘀血常存在于整个病程中, 心气不足推动无力, 则血行滞缓, 因虚致瘀可表现为短气乏力、口唇紫暗、爪甲青紫等症, 临床常用活血化瘀之法。因活血化瘀药过用易耗伤气血, 张老师提出宜养血和血、行气活血而不能破血、逐血, 临床常用当归、白芍、生地黄等养血和血; 降香、五灵脂、延胡索、丹参、郁金等理气活血化瘀; 血瘀较甚者用三七粉 (冲服)、乳香、没药, 中病即止, 避免损伤脾胃。

“血不利可为水”, 该病常见咳喘痰涎、腹胀脘痞、双下肢水肿等水湿、痰饮停聚的表现。湿邪较轻浅易治, 常为痰瘀之先, 张老师提出“应见

湿治湿, 治湿浊宜早、宜尽”, 对于舌质淡红、苔薄白腻, 兼胃脘痞满、不欲饮食等湿浊轻浅者, 多用藿香、佩兰以芳香化湿; 湿邪未化, 酿为痰浊与瘀血胶着者, 则重浊难去, 为湿之渐, 因此, 对于舌红、苔黄厚腻等湿浊化热, 欲酿成痰者, 运用茵陈、苍术、萆薢以清热利湿化浊; 舌紫暗、苔腻浊等痰瘀胶结者, 加蚕砂、清半夏以祛湿和胃化浊, 丹参、郁金、降香理气活血化瘀。

2 急则祛邪为先, 力挽将倾

慢性心衰急性加重 (失代偿期) 常由慢性心衰在一定的诱因下引发, 临床表现为心悸、气短喘憋、疲乏多汗、面白唇紫、下肢浮肿等症, 辨证多为心肾阳虚血瘀兼痰饮, 治疗当辨邪正盛衰、轻重缓急, 详询病因, 祛邪为先, 力挽将倾。早期祛除病因, 有针对性地治疗可控制病情发展, 防止心功能进一步损伤而致阳微阴竭病情危重, 最终帮助患者过渡至慢性心衰稳定期使疾病向愈。

慢性心衰急性加重期血瘀、水停等邪实较甚者, 以丹参、郁金、降香、延胡索理气活血化瘀; 小便不利者, 以香加皮、大腹皮、泽泻、益母草利水消肿、以通心阳, 正如叶天士所说“通阳不在温, 而在利小便”。香加皮为张老师治疗慢性心衰的常用药。研究发现, 香加皮的有效成分杠柳毒苷具有强心利尿作用^[3-4]。因其有小毒, 故张老师临床常用 4~6 g, 初次使用多从 4 g 开始, 以预防不良反应的发生。现代研究显示, 大鼠较大剂量应用香加皮时心电图可出现明显的类洋地黄中毒样变化^[5], 因此, 处方时应详询患者用药情况, 避免与洋地黄类药物联合应用而出现不良事件。

慢性心衰急性加重还需针对病因辨治, 外感可诱发慢性心衰急性发作, 现代研究亦显示, 各种感染 (尤其上呼吸道感染) 为慢性心衰急性加重期最常见诱因^[6]。患者患病日久, 体虚卫外不固, 感受外邪, 肺外合皮毛, 表现为恶寒发热, 肺气不宣之咳嗽、咯痰, 则用柴胡、葛根、防风、辛夷、紫菀、款冬花等以疏风解表、止咳化痰, 使外邪由表而来还由表而去; 若祛邪不及, 表邪入里, 肺气不宣, 气机失调, 瘀血、水湿、痰饮内停, 表现为喘咳、咯痰等症, 瘀血、痰饮停积郁久化热, 发为痰热壅肺证。肺失于肃降, 水液不得通调, 可出现水肿、小便不利, 因此, 肺为治疗慢性心衰患者急性加重的关键脏腑, 治疗应清肺化痰、恢复肺之宣肃, 张老师常用鱼腥草 30 g、芦根 30 g 以清肺化

痰，利水消肿，生津除烦，配伍葶苈子、桑白皮、橘红、浙贝母、黄芩等药以清肺化痰理气，对于痰饮壅肺较重者，合用桃仁、冬瓜子、皂角刺以收豁痰消瘀之功。

饮食失宜、情志不畅亦为慢性心衰急性加重的重要诱因，临床若兼见胸闷、腹胀、暖气、纳差、舌苔厚腻等食滞症状者，多为饮食失宜诱发，治疗应在益气养阴温阳、活血利水同时，加用黄连、清半夏、炒麦芽、焦山楂辛开苦降、消导中焦；若见烦躁焦虑、失眠多梦、面容憔悴者多为情志因素诱发，加用柴胡、黄芩、槐米、夜交藤、合欢花、酸枣仁、生龙齿调畅情志，养心安神。

慢性心衰急性发作寒邪较重，阳气虚衰时应扶正以助祛邪，以附子、干姜、肉桂、杜仲、人参、黄芪等药温补心肾之阳，阳虚不甚明显者，扶正之法应同慢性心衰稳定期辨证施治并适当减轻扶正之力，以祛邪为主，扶正为辅，以防虚虚实实之戒。慢性心衰阴邪已去，病情趋于稳定，治疗应同慢性心衰稳定期，以扶正为本，预防再次急性加重。

3 缓解期扶正祛邪，注重损复

缓解期常有邪去未净，正气未复诸症，应延长用药时间，防止病情反复，同时扶助正气，提高心功能。病程后期可隔日服药减轻用药剂量或改为丸药长期调理，进一步巩固疗效可夏季停药、秋冬季节交替时继续服药调理。慢性心衰患者缓解期应扶正祛邪，注重损复，可配合药膳、食疗长期调养。年老体弱、乏力等气虚较甚者，可用西洋参或白人参 5 g 泡水代茶饮，以大补元气；以乏力、干咳、咯黏痰等肺阴虚者，常煮食荸荠以滋阴清热，润肺化痰；慢性心衰急性加重伴肺感染后期咳嗽、咯痰较多或痰黏难咯者，可用黑木耳、白银耳等份熬羹，常服以润肺化痰止咳。

慢性心衰是冠心病、高血压病、心肌病等多种心血管疾病的最终结局，因此应早期预防，积极治疗原发疾病，截断病势，延缓和防止慢性心衰的发生。此外该病一般病程较长，患者久病体虚，病情常有反复，临床应防微杜渐及早去除诱因。慢性心衰患者尤其应注意防寒保暖，预防感冒，张老师常指导患者用淡盐水漱口、并用棉签蘸取少量淡盐水刷洗鼻腔，长期坚持可有效预防上呼吸道感染^[4]。年老体弱的慢性心衰患者常为流感易发人群，流感季节应避免前往人多拥挤的公共场合并提前注射复合流感疫苗进行预防。如此综合调理以提高慢性心

衰患者的心功能和生活质量，改善预后。

4 验案举例

患者，男，59 岁，2015 年 2 月 10 日初诊。主诉：间断胸闷、胸痛 2 年余。2013 年患者因突发胸闷、胸痛，诊断为“急性心肌梗死”，并于前降支近段、中段各植入支架 1 枚，术后规律随诊，时觉胸闷憋气。1 个月前患者觉胸闷、憋气加重伴有胸痛，行冠脉造影示前降支中段支架内狭窄 80%，行冠状动脉球囊扩张术。患者术后一直觉周身乏力、少气懒言、畏寒、时有心悸，劳累后出现胸闷憋气及胸痛。纳可，入睡困难，夜寐易醒，二便调。舌淡紫、苔薄白，脉涩。心脏彩超（2014 年 11 月 28 日）：左心室射血分数（LVEF）31%，左心室节段运动异常。口服氯吡格雷 75 mg 每日 1 次，阿司匹林 100 mg 每日 1 次，阿托伐他汀钙 10 mg 每日 1 次，倍他乐克 23.75 mg 每日 1 次。诊断：心衰病、慢性心衰稳定期，证属心气不足、气虚血瘀，治以益气养心、活血化瘀。处方：党参 15 g，茯苓 15 g，白术 12 g，生地黄 15 g，当归 15 g，川芎 15 g，玉竹 20 g，降香 15 g，五灵脂 15 g，延胡索 15 g，丹参 30 g，郁金 15 g，杜仲 15 g，砂仁 12 g，桑枝 30 g，葛根 15 g，牡蛎 20 g（先煎）。10 剂，水煎服，每剂药 3 煎（分别煎煮 40、30、20 min），药液混匀分 4 份，分两日服。

2015 年 3 月 1 日二诊：患者周身乏力、胸闷憋气等症状明显减轻，偶有心前区疼痛。舌淡紫、苔薄白，脉涩。心脏彩超（2015 年 2 月 27 日）：LVEF 43%。上方去桑枝、葛根、牡蛎，加香加皮 4 g、益母草 15 g、狗脊 15 g、龙齿 30 g。再进 10 剂，煎服法同上。

2015 年 4 月 10 日三诊：患者已无明显乏力及心前区疼痛症状，偶有胸闷，觉晨起气短。舌淡紫、苔薄白，脉沉细。心脏彩超示：LVEF 59%。上方去五灵脂，继服 10 剂调理善后并嘱患者夏季停药汤药，秋冬季节交替时再行就诊。

按语：患者为冠心病心肌梗死后慢性心衰，属于慢性心衰稳定期，本虚标实、阳微阴弦，阳微为心气虚、心肾阳气不足，患病日久，心气不足，鼓动无力，见乏力、少气懒言，劳则气耗，见活动后加重；久病及肾，表现为乏力、心悸、畏寒等心肾阳气不足的症状。阴弦为血脉瘀阻，结合冠心病心肌梗死病史及临床表现，患者标实为血瘀，心脉痹阻，不通则痛，表现为胸闷、前区疼痛；邪实亦可

导致正虚，瘀血不去，新血不生，心血亏虚，血不养神，则入睡困难、夜寐早醒。此例患者临证应扶正以固本，标实则重活血化瘀，并根据病情变化适当应用化痰、利水之法。方中党参、茯苓、白术、生地黄、当归、川芎、玉竹为八珍汤加减，补益气血以养心。降香辛香宣透，行胸脘之气，五灵脂、延胡索、郁金理气活血、化瘀止痛，重用丹参以养血和血，合桑枝以达瘀去络通之效。葛根归肺胃经，升发阳气，疏调气机。砂仁味辛温，芳香行气、顾护中焦，配合八珍汤补而不腻，且预防活血化瘀之药损伤脾胃。久病及肾，加杜仲补肝肾以治本，牡蛎潜镇以安心神。诸药合用，共奏益气养心、活血化瘀之效。二诊患者周身乏力、胸闷憋气症状明显减轻，加狗脊进一步补肝肾以扶正固本。香加皮、益母草活血利水，防“血不利而为水”，先症而治，同时加强活血化瘀之效。龙齿换牡蛎以加强潜镇安神之力。三诊患者诸症平稳，乏力大减，心前区疼痛消失，偶有胸闷，LVEF 较治疗前明显提高，接近正常，因此去五灵脂，调理而愈。患者病情稳定，LVEF 接近正常值，末次复诊药后

正值夏季，嘱患者停服汤药，注意预防诱因，防止病情反复，并于秋冬季节交替时再行调理。

参考文献

- [1] 中华医学会心血管病分会, 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] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语: 疾病部分 [S]. 1997: 62.
- [3] 任晓亮, 谢跃生, 潘桂湘, 等. 香加皮强心成分杠柳毒苷肠菌代谢研究 [J]. 天津中医药, 2007, 23(6): 515-518.
- [4] 孙达, 张静, 陈金堂, 等. 香加皮中强心苷类对大鼠离体心脏的强心作用比较 [J]. 中华中医药学刊, 2011, 32(12): 2633-2635.
- [5] 徐鑫, 周昆, 屈彩芹, 等. 香加皮配方颗粒的急性毒性和蓄积毒性实验研究 [J]. 江苏中医药, 2008, 40(10): 117-118.
- [6] 陈可冀, 吴宗贵, 朱明军, 等. 慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识 [J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36(2): 133-141.
- [7] 肖璐, 张伯礼. 张伯礼治疗病毒性心肌炎临证经验 [J]. 辽宁中医杂志, 2016, 58(2): 251-252.

ZHANG Boli's Experience in Staging Treatment of Chronic Heart Failure

JIN Xinyao¹, ZHANG Junhua¹, ZHANG Lishuang¹, LIU Qiang², CUI Yuanwu³, MA Yan³, LI Xiao¹, LYU Ling¹, WANG Kai³, JIANG Feng¹

(1. Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 300193; 2. Affiliated Hospital of Guangdong Medical University; 3. The Second Affiliated Hospital, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine)

ABSTRACT ZHANG Boli believes that chronic heart failure is a syndrome of deficiency of the root while excess of the manifestation, and deficiency-excess complex. The deficiency of the root refers to deficiency of heart qi and heart-kidney yang. The excess of the manifestation refers to blood stasis and water retention. The clinical diagnosis and treatment should be divided into 3 main clinical stages: stable period, acute exacerbation period and post-control remission period. The emphasis is on conditioning and reinforcing healthy qi. For acute statement, treatment should be mainly based on dispelling pathogen and supporting the weakness. The remission period is to dispel pathogen and reinforce healthy qi. The whole process of treatment should focus on the combination of disease and syndromes, the disease mechanism, and syndrome differentiation, trying to regulate qi and blood and making them free flow. To remove the obstruction by supplementing method in the treatment should not be cloying, while to tonify by removing obstruction could cooperate with methods of boosting qi and warming yang, and supplementing the blood and nourishing yin.

Keywords chronic heart failure; chest impediment; experience of famous doctors; ZHANG Boli

(收稿日期: 2017-08-10; 修回日期: 2018-07-15)

编辑: 侯建春