

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.02.004

当代名医

李庆海治疗心包积液经验

郭小乐¹, 谢秋利², 徐江雁^{3*}

(1. 山东中医药大学中医文献与文化研究院, 山东省济南市长清区大学科技园, 250000; 2. 河南中医药大学第三附属医院; 3. 河南中医药大学)

摘要 介绍李庆海治疗心包积液的经验。传统中医四诊难以发现心包积液, 提倡中西医结合, 借助现代检查以明确病位病性, 再根据四诊辨明缓急轻重, 使治疗更具有针对性。心包积液属于“支饮”范畴, 以气、阴、阳亏虚为本, 水饮内停为标; 治疗宜从气、血、水共调入手, 补虚应以益气、温阳滋阴为主, 泻实以利水为主, 寒温并用。热毒逆传心包或郁热者, 当清热利水; 因瘀致水者, 当行气活血利水。

关键词 心包积液; 支饮; 水饮内停; 名医经验; 李庆海

李庆海(1958—), 主任医师, 博士研究生导师, 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。自幼继承家学, 从医40余载, 临床以经典为基础, 提倡中西医结合, 擅长应用中医理法方药诊治心血管疾病、老年病等内科疾病。

心包积液是一种临床较常见的心血管疾病表现, 是由心包疾患或各种原因累及心包而造成的心包渗出或心包腔内液体积聚^[1]。在正常情况下, 心包内含少量积液不会引起血液动力学的改变, 但当积液迅速或积液量达到一定程度时, 可造成心包压塞, 严重时可导致循环衰竭或休克, 属于临床危重症^[2]。当心包慢性渗漏持续数月以上时, 便形成了慢性心包积液^[3]。心包积液的病因多样化, 可分为感染性(结核、病毒、细菌等)和非感染性(肿瘤、心脏损伤、内分泌代谢疾病等), 最常见的是肿瘤、特发性心包炎、肾功能衰竭^[4-5]。目前西医治疗主要是对因治疗和心包穿刺引流, 但存在不良反应, 比如手术创伤大, 易损伤心肌, 且积液容易复发^[6]。中医治疗该病有明显的优势, 不但可以促使积液吸收, 还可以减少激素等药物带来的不良反应及反跳现象^[7]。本病临床表现主要为心悸、胸痛、呼吸困难、颈静脉怒张、肝大、腹水等, 多将其归属于中医学“心水”^[8]、“支饮”^[9]等范畴, 病位虽在心包, 但心包为“代心受邪”, 故心包受邪所出现的病证即是心的病证^[10]。李庆海

教授论治心包积液主张运用脏腑气血辨证, 认为病位虽然在心, 但与全身脏腑尤其与肺、脾、肾、三焦等脏腑密切相关; 病机多为虚实两端, 虚者在于气、阴、阳亏虚, 实者多因痰饮、水湿。现将李老治疗心包积液的经验介绍如下。

1 气、阴、阳亏虚为本, 水饮内停为标

“邪之所凑, 其气必虚”, 气、阴、阳亏虚是心包积液发病的基础。本病的发生多因先天不足、素体虚弱, 或后天失养、脏腑亏损, 或失治误治, 致使气、阴、阳虚损, 从而导致水停心包而发为此病。气主推动运化, 气虚则运化失职, 脏腑功能减退, 水液代谢失调, 导致水液停聚, 水饮蓄积于心包。阳虚则无以温煦, 水液不化, 而津液凝滞聚于心包。热毒内侵, 耗伤阴液, 阴津亏损, 诸脏腑失于濡润, 输布津液障碍, 水饮停聚于心包; 或阳损及阴, 水火失济, 水气凝心而发。

心包积液属于“支饮”范畴, 水饮内停是其形成的关键因素。正常状态下, 全身水液的代谢依靠三焦的气化作用和肺、脾、肾的功能活动, 如《素问·经脉别论篇》所云“饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾, 脾气散精, 上归于肺, 通调水道, 下输膀胱, 水精四布, 五经并行”; 《素问·灵兰秘典论篇》云“三焦者, 决渎之官, 水道出焉”。三焦是水谷津液运行的通道, 主持全身的气化, 气化则水行。若三焦宣通失常, 水饮必内停为患。五脏尤其是肺、脾、肾功能失调与支饮的生成密切相

* 通讯作者: xujiangyan2008@163.com

关。肺主气，位于上焦，有宣发肃降、通调水道的作用；若肺气宣降失常，津液布散受阻，则停聚为水饮。脾位于中焦，有主运化水谷精微的功能；若脾气虚弱，水谷精微不归运化，则聚为痰湿。肾为水脏，位于下焦，主持水液的气化；肾气肾阳亏虚，失于蒸化，则水湿泛滥，可导致水饮内生，或真阴亏损，精不化气，亦可致水湿内停。《金匱要略》云“血不利则为水”，如手术或外伤导致心包受损，血溢于脉外，阻滞气机，导致水饮不化停于心包，亦发为本病。

2 辨治特色

2.1 中西结合，诊断无误；辨缓急轻重，有的放矢
大量的心包积液可引起急危重症，持续发展则预后不良。李老师说，心包积液的诊断极为重要，早发现、早治疗是遏制本病发展的主要手段。但早期由于积液量少或未出现心包压塞症状，传统中医望、闻、问、切四诊很难发现。因此，李老师说推崇邓铁涛提出的“五诊十纲”理论，在心包积液的诊断上，结合现代科技手段，重视“五诊”之一的“查”法，借用心脏超声，可以早期准确地发现心包积液，为治疗打下基础^[1]。

急性心包积液液体迅速增多，心包无法迅速伸展而使心包内压力急剧上升，引起急性心脏压塞。如果心排量显著下降，可造成急性循环衰竭和休克，此时应及时进行心包穿刺引流解除心脏压塞，以免危及生命，后期可用中药调理善后。对于慢性心包积液可给予中药调理治疗，若出现缩窄性心包炎则亦需及时诊治。对于此证的治疗，急性者应以西医为主，中医为辅；慢性者则以中医为主，西医为辅。

2.2 辨渗出漏出，明确病性；补虚泄实，标本兼治
根据“五诊”之“查”法，结合病理检查，心包积液可分为漏出液和渗出液两大类^[2]。漏出液多为淡黄色、浆液性、透明状，非炎症所致，多见于肿瘤、风湿、心脏损伤、内分泌代谢疾病、心力衰竭等，中医辨证多为气虚、阳虚，血瘀水停。“病痰饮者，当以温药和之”，温化痰饮是其主要的治疗原则。渗出液多混浊，可为血性、脓性、乳糜性等，常见于炎症刺激，如结核、病毒、细菌等感染，中医辨证多为热毒内侵，逆传心包，后期耗气伤阴。《温病论》云“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”，故治以清热凉血解毒，佐以益气养阴。

治疗心包积液，应针对病因病机的不同，结合证候虚实及病情轻重而辨证论治。心包积液总的病机是本虚标实，宜从气、血、水共调入手。补虚应

以益气、温阳滋阴为主，泻实以利水为主，寒温并用。因饮为阴邪，温阳化气通常被认为是其主要的治则。对于热毒逆传心包者或郁热者，应当清热利水，而因瘀致水者，又当行气活血利水。

3 分型论治

3.1 热毒内盛型

症见胸部灼痛，壮热汗出，甚则神昏谵语，口渴饮冷，小便黄，舌红苔黄，脉浮数。治以清热解毒、凉血泻火，方用银翘散合白虎汤加减。热毒盛者，加黄芩、黄连、栀子；大便秘结者，加大黄、芒硝；小便短赤者，加竹叶、滑石。若热入营血，气营两燔者，可予大承气汤合安宫牛黄丸以通腑泻热、清营开窍。

3.2 阴津亏虚型

见于热病后期，临床表现为午后发热，胸痛，心悸烦躁，五心烦热，咽干口燥，舌红、无苔，脉细数。治以养阴清热、凉血除烦，方用沙参黄芩汤加减。阴虚重者，加生地、玄参；心烦不安者，加黄连、牡丹皮、胆南星。

3.3 郁热水停型

症见咳嗽气喘，胸闷满痛，心下痞坚，小便不利，面色黑，舌红、苔黄，脉沉。治以补虚通阳、清热利水，方用木防己汤加减。烦躁者，加知母、炒栀子、天花粉；小便不利者，加滑石、通草、竹叶、木通；胸闷痛明显者，加郁金、红花、炒枳壳。

3.4 气滞痰瘀互结型

症见胸部刺痛，痛处固定，心悸气短，舌质紫暗、苔白腻，脉沉弦。治以化痰祛瘀、通络止痛，方用膈下逐瘀汤加减。痰瘀明显者，可加三七粉、水蛭粉、胆南星。

3.5 气虚水停型

症见气短乏力，胸闷气喘，头晕自汗，水肿，舌淡、苔薄白，脉细。治以补气利水，方用补中益气汤合葶苈大枣泻肺汤加减。饮停胸胁者，加桑白皮、大腹皮、车前子；下肢水肿明显者，加泽兰、薏苡仁、防己。

3.6 阳虚水停型

症见倦怠无力，胸闷喘促，精神萎靡，畏冷肢凉，纳差，小便不利，水肿，舌淡胖嫩、苔白，脉沉迟。治以温阳化饮，方用苓桂术甘汤合真武汤加减。

3.7 阴虚水停型

症见胸闷烦躁，心烦失眠，面色晦滞，口干，小便短少，舌质红绛少津、苔少，脉弦细数。治以

养阴利水，方用猪苓汤加减。津伤口干明显者，加石斛、芦根、天花粉；心烦者，加竹叶、灯心草；盗汗者，加浮小麦、玉米须；阴虚阳浮者，加龟甲、鳖甲、生牡蛎以滋阴潜阳。

4 典型病例

患者，女，58 岁，2016 年 9 月 28 日初诊。主诉：发作性胸闷、气短 2 年。现病史：2 年前无明显诱因出现胸闷、气短，平躺或运动时加重，坐立时减轻，四肢无力，诊断为心包积液，住院治疗后症状缓解。2 年来上述症状反复发作，多次入院治疗，胸闷、气短有所缓解，但乏力无明显改善。近 1 个月来，四肢无力加重。1 周前，左眼出现复视。刻诊：全身乏力，双下肢明显，胸闷气喘，面目、双下肢浮肿，恶风，纳差，眠可，二便调，舌质暗红、苔白，脉细弱。既往史：腰椎间盘突出 8 年，间断性双眼睑水肿 7 年，无药物及食物过敏史，否认肝炎、结核等传染病密切接触史，无手术史、输血史。血压：112/80 mmHg，心率 92 次/min，心律齐，心音遥远。心脏彩超：射血分数 59%，心包腔内见液性暗区，前心包水深约 28 mm，后心包水深约 11 mm，心尖部水深约 20 mm。西医诊断：心包积液（非特异性心包炎）；中医诊断：支饮（气虚水停证）。治则：补气利水。处方：葶苈子 30 g（包煎），车前子 30 g（包煎），茯苓 15 g，桑白皮 30 g，大腹皮 30 g，泽泻 30 g，麸炒白术 20 g，陈皮 15 g，黄芪 30 g，玉米须 30 g，升麻 6 g，北柴胡 6 g，薏苡仁 30 g，防己 10 g，麸炒枳壳 10 g，水蛭粉 3 g（冲服），大枣 10 枚。7 剂，水煎服，每日 1 剂，水煎分早晚两次温服。注意事项：调情志，勿劳累，节饮食，忌食油腻及过咸之品。

2016 年 10 月 10 日二诊：胸闷气喘明显减轻，乏力亦减轻，仍活动后加重。上方去玉米须，加泽兰 10 g，黄芪加量至 40 g，茯苓、白术加量至 30 g，党参 15 g，10 剂，每日 1 剂，水煎分早晚两次温服。

2016 年 10 月 25 日三诊：胸闷气喘乏力明显减轻，双下肢浮肿减轻，眼睑水肿有所好转，白天减轻、晚上加重。复查心脏彩超：射血分数 60%，心包腔内见液性暗区，前心包水深约 22 mm，后心包水深约 9 mm，心尖部水深约 16 mm。上方去泽兰、桑白皮、车前子、水蛭粉，继续重用黄芪至 60 g、党参至 30 g，加桂枝 6 g，10 剂，每日 1 剂，水煎分早晚两次温服。

服后诸症继续减轻，后以三诊方加减继续巩固治疗 5 个月后胸闷、乏力消失，眼睑水肿、双下肢

浮肿明显减轻，2017 年 4 月 5 日复查心脏彩超：射血分数 63%，心包积液消失，左心室舒张功能有所恢复。查体：心音正常。

按语：患者为中老年女性，平素体质较差，易感冒，久之导致肺气不足，出现胸闷气喘。子盗母气，肺气不足可累及脾气受损。“肺为水之上源”，肺气不足，宣发肃降失常，水液输布和排泄障碍，水液停聚心胸而成为心包积液。脾主运化，脾虚则运化无力，水液停聚，导致下肢浮肿。“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”，痰饮不化，反复出现心包积液。肺脾气虚则可见纳差、乏力、恶风。方选补中益气汤合葶苈大枣泻肺汤加减。方中重用黄芪补益肺脾，茯苓、白术健脾祛湿，升麻、柴胡升提肺气，同时加桑白皮、大腹皮等宣肺利水，一补一泻，补重于泻，故病有转机。二诊时病情减轻，方证相对，故按原方加大补气之力的同时增强利水之功。三诊时病情继续好转，水肿明显减轻，因恐利水太过消耗正气，故减去利水之品，继续加大补气之力的同时，加桂枝以温阳化气，水气自除。

参考文献

- [1] 卿立金, 吴伟, 周小雄, 等. “五诊十纲”理论指导心包积液辨证论治 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15 (13): 1665-1667.
- [2] ABDALLAH R, ATAR S. Etiology and characteristics of large symptomatic pericardial effusion in a community hospital in the Contemporary Era [J]. QJM, 2014, 107 (5): 363-366.
- [3] 沈盛. 苓桂术甘汤加味治疗特发性慢性心包积液 10 例 [J]. 浙江中医杂志, 2011, 46 (5): 326-327.
- [4] 齐国先. 心包积液临床诊治思路 [J]. 中国实用内科杂志, 2012, 32 (7): 520-522.
- [5] 葛均波, 徐永健. 内科学 [M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 317.
- [6] 刘建伟. 温心利水法治疗慢性心包积液经验 [J]. 中医研究, 2014, 27 (7): 50-51.
- [7] 杨军玉. 中西医结合治疗急性心包积液 30 例 [J]. 浙江中西医结合杂志, 1995, 5 (2): 54-55.
- [8] 黄明艳, 陈光, 高嘉良. 心包积液中医辨治规律探讨 [J]. 中医杂志, 2017, 58 (22): 1902-1904.
- [9] 关璐, 王春雷. 不明原因顽固性心包积液从支饮论治浅谈 [J]. 中医药学报, 2014, 42 (2): 105-107.
- [10] 李欣, 史晓. 何立人治疗心包积液验案 1 例 [J]. 光明中医, 2015, 30 (1): 151.
- [11] 左强. 从热毒内陷心包辨治肾病综合征合并结核性心包炎举隅 [J]. 中医药学报, 2015, 43 (4): 71-72.
- [12] 金政, 都治伊, 魏伟超, 等. 邓铁涛“五诊十纲”诊断思路在心包积液诊治中的应用 [J]. 广州中医药大学学报, 2017, 34 (6): 919-920.

(下转第 110 页)

- [[2] 袁尚华,曹阳,周尔富,等. 中医治疗肿瘤化疗消化道副反应临证思路 [J]. 北京中医药大学学报, 2008, 31(12): 860-861.
- [[3] 唐农. 从人体阴阳本体结构谈谈对《伤寒论》六经实质的认识 [J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38(1): 7-11.
- [[4] 王传池,胡镜清,江丽杰,等. 中医学与现代医学整体论的差别 [J]. 中医杂志, 2017, 58(5): 361-365.
- [[5] 印会河. 中医基础理论 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1984: 102-103.
- [[6] 王晋平,唐农,刘布谷,等. 唐农教授运用“扶阳思想”次第治疗痴呆病的经验 [J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(5): 1062-1064.
- [[7] 卢崇汉. 扶阳论坛 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 21.

TANG Nong's Experiences in Treating Chemotherapy-Caused Gastrointestinal Side Effects

GOU Yao¹, WU Jingui¹, MO Xueni¹, ZHENG Pan², QIN Lyuxing³

(1. Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning 530001; 2. Guangxi International Zhuang Medicine Hospital; 3. Traditional Chinese Medicine Hospital of Liuzhou City)

ABSTRACT This paper summarized TANG Nong's experiences in treating adverse reactions of digestive tract caused by chemotherapy for cancer with *Guizhi Method* (桂枝法). Professor TANG Nong believes that the pathogenesis of this disease is *yangqi* deficiency in the interior which leads to phlegm dampness blockage in the middle-energizer and the upper-energizer affecting the function of the spleen and stomach. From the perspective of exterior *yin* and interior *yang*, it is believed that the essence of the disease is that *yin* and *yang* deviate from the normal state of exterior *yin* and interior *yang*, resulting in *yin* intruding into *yang*'s position, and the deficiency of *yang* in the interior cannot warm and transport earth (spleen), resulting in the disorder of earth (spleen) in the middle. Treatment in the early period is to warm and activate the middle-energizer and upper-energizer, strengthen the earth (spleen) in the middle part, and warm and tonify the lower-energizer, and in the later period to replenish essence and marrow to make the *yin* and *yang* to return to normal state of exterior *yin* and interior *yang*.

Keywords gastrointestinal side effects; tumor; chemotherapy; *Guizhi Method*; experiences of famous doctors; TANG Nong

(收稿日期: 2018-06-20; 修回日期: 2018-10-23)

编辑: 侯建春

(上接第 106 页)

LI Qinghai's Experience in Treating Pericardial Effusion

GUO Xiaole¹, XIE Qiuli², XU Jiangyan³

(1. Institute of Literature and Culture of Traditional Chinese Medicine, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250000; 2. The Third Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine; 3. Henan University of Chinese Medicine)

ABSTRACT This paper introduced LI Qinghai's experience in treating pericardial effusion. It is difficult to find pericardial effusion by the four examination of traditional Chinese medicine. On the other hand, with the integration of traditional Chinese medicine and western medicine, the help of modern examination to determine the pathological condition, and the four examinations to find out the essence of the disease, the treatment will be more targeted. Pericardial effusion belongs to "thoracic retained fluid (zhiiyin)", whose root cause is *qi*, *yin* and *yang* deficiency and symptom is internal retention of thoracic fluid. Treatment starts from the harmonizing of *qi*, blood and water. Resorting *qi* mainly based on the reinforcing of *qi* and resorting of *yin* and *yang*. Purging excessive pathogenic factors mainly based on increase of water excretion and the combination of herbs of warm and cold property. If the patient suffers from excessive heat, the treatment will be clearing heat and increasing water excretion. If the patient suffers from dampness caused by stasis, the treatment will be promoting the circulation of *qi* and blood and increasing water excretion.

Keywords pericardial effusion; thoracic retained fluid; internal retention of thoracic fluid; experience of famous doctors; LI Qinghai

(收稿日期: 2018-07-15; 修回日期: 2018-10-14)

编辑: 侯建春