

• 思路与方法 •

病证结合治疗慢性心力衰竭理法方药刍议

赵志强 毛静远* 王贤良 侯雅竹

(天津中医药大学第一附属医院心血管科,天津市南开区鞍山西道 314 号,300193)

基金项目:“十一五”国家科技支撑计划资助项目(2006BAI08B02-01);

国家中医药行业科研专项资助项目(201007001-02)

* 通讯作者:jymao@126.com, (022)27432325

[摘要] 慢性心力衰竭是各种心脏病终末阶段所表现的一种复杂的临床症状群,现代医学的综合防治取得了巨大进步,如何发挥中医药特色以进一步提高生存质量、降低病死率及再住院率是当前慢性心力衰竭防治的热点。结合慢性心力衰竭研究成果及临床经验,从其病变特点、病机变化、辨证分型、治疗用药等角度进行了系统阐述。

[关键词] 慢性心力衰竭;病证结合;辨证论治

慢性心力衰竭(简称心衰)是一种复杂的临床症状群,为各种心脏病的终末阶段。近年来,现代医学对其防治的理念和方法均有了较大进展,并通过制订指南的方式使这些进展及时转化形成共同遵守的医疗规范,大大提高了临床疗效^[1]。同时,在我国特定的医学环境中,中医药被广泛应用于心衰的治疗,已有较多相关小规模临床研究表明,基于心衰现代规范治疗的中医药辨证应用能够使患者的临床症状、生存质量及活动耐量等进一步得到改善^[2-6],而这种病证结合的模式几乎成为了我国心衰治疗的独特实践形式。但是应当注意的是,中医及中西医结合学者对心衰病机、证候的认识尚不统一,治法、方

药的应用更较庞杂,不利于大规模的研究和应用推广。我们在梳理、总结既往研究成果的基础上,结合自身临床经验,就心衰病变特点、病机变化、辨证分型、治疗用药等方面进行了归纳,希冀能为中医辨治心衰的规范化提供参考。

1 心衰的病变特点

心衰是由于任何原因的初始心肌损伤(如心肌梗死、心肌病、血流动力学负荷过重、炎症等)引起心肌结构变化,心脏泵血和/或充盈功能下降的疾病,临床表现有如下特点:①呼吸困难、无力和液体潴留是共性多见的症状和体征,常伴有各种心律失常。因此,心衰相关的中医文献包涵在“喘证”、“水

院确诊为“运动神经元病”。现症见:言语不清,偶有呛咳,四肢肌肉萎缩、乏力伴震颤,以右侧肢体为甚,纳眠可,口干,无口苦,二便调,舌胖大,舌质暗红、苔白,脉细弱。中医诊断:痿证(脾肾亏虚);西医诊断:肌萎缩侧索硬化症。治以补肾益髓,固本培元。处方:独取龟甲胶、鹿角胶各 30g,烊化顿服,每日 1 剂。治疗 1 个月复诊,患者肢体活动无力、咽水呛咳较前减轻,上方继服 5 个月。2011 年 3 月来诊时,患者恢复情况良好,双手蚓状肌、三角肌仍有轻度萎缩,但无震颤。

例 2:患者,女,73 岁,2011 年 12 月 5 日以“周身骨痛 5 年,加重 1 个月”为主诉就诊。患者 5 年来时感骨痛,曾服多种药物,症状时有反复,近 1 个月来疼痛症状加重,以腰部为甚,弯腰、转侧困难,久坐、久立疼痛加剧。肢软无力,畏寒肢冷,舌淡暗、苔

白,脉沉细无力。X 线摄片示:骨皮质变薄,骨透光度增加,骨小梁减少。中医诊断:骨痹(脾肾亏虚)。西医诊断:重度骨质疏松。治以补肾固本壮骨,兼培补后天,处方:龟鹿二仙胶合补中益气汤加减治疗。服药 2 周后,自觉腰背及肢体疼痛减轻,四肢不温症状缓解。继服 3 个月余,患者腰背及肢体疼痛症状基本消失。

参考文献

- [1]孟济明.风湿病临床指南[M].北京:中国医药科技出版社,1996:26.
- [2]毛翠平,张云,严伟民,等.从细胞水平研究龟鹿二仙含药血清在治疗骨质疏松中的作用[J].生物医学工程学杂志,2008,25(4):898-902.

(收稿日期:2012-08-28;修回日期:2012-11-19)

[编辑:洪涛]

肿”、“痰饮”、“心水”、“心悸”、“怔忡”等病证中。现代中医临床虽有心衰的统一称谓,但仍时常可见临床有其他中医诊断的应用。②劳累和外感等常为临床诱因,使其反复地“恶化→入院→出院好转→再恶化”,而且每次恶化后心功能无法恢复到以前的水平,心功能不可避免地螺旋式下降,临床症状进一步加重,随时受到死亡的威胁,表现出中医学中正气和病邪消长变化的特点。③心绞痛、肺感染、肾功能不全、电解质紊乱等并发症常见,和心衰相互影响,恶性循环,导致本病治疗棘手,疗效欠佳,表现出标本因果转化、病位脏腑相关的错综复杂性。

2 心衰的主要病机

心衰虽在古代文献中有其相关记载,但缺乏作为一个独立疾病的系统论述。当代基于病证结合的临床和研究对其病机的认识经历了长期的探索,文献分析、专家调查及相关流行病学调查研究^[7-10]显示,当前对心衰的病机认识有趋于一致的基础,即本病为本虚标实之证,本虚为气虚、阴虚、阳虚,标实为血瘀、水湿、痰饮,其病位在心,累及他脏。劳倦、外感常为诱因,伤正助邪;本虚、标实互为因果,恶性循环,决定了心衰的稳定与恶化。

2.1 气虚、阴虚、阳虚为本

心衰多由于心脏病变日久伤气,或他脏病久累及于心所致,气虚是心衰的最基本病机,心气亏虚则运血无力,表现为气短、乏力、心悸、倦怠、动则尤甚等一系列气虚症状。阴虚或阳虚多由于患者体质、病情、治疗、环境等因素的影响,或心气亏虚日久,耗伤心阴,或损及心阳而致。

2.2 血瘀、水湿、痰饮为标

瘀血之成,多因气虚、阳虚行血无力,温化失司,瘀留脉中,或气阴两虚,阴津亏耗,血行迟滞,久而为瘀。水湿、痰饮之成,则多为气阳亏虚,不能温运水湿,停而为饮成痰。

2.3 本虚标实互为因果,恶性循环

气虚、阴虚、阳虚是导致心衰发生的根本原因,血瘀、水湿、痰饮病变构成了心衰标实的主要病理,气(阴、阳)虚与血瘀水饮的互为因果则是其病变规律。一旦发展为心衰,往往因虚致实,进一步因实致虚,虚实夹杂,恶性循环。气虚运血无力,血运不畅,血瘀日久易耗气阴,加重瘀血;气虚失运,常生水饮,水饮不化,可进一步损伤阳气。本虚和标实的矛盾运动,形成了正邪平衡与否的决定因素,也成为病情稳定与否的决定因素,劳累耗伤正气,外感伤正诱

邪,治疗措施不当,常常成为打破平衡使病情恶化加重的重要诱因。

2.4 病位在心,累及他脏

以五脏相关而论,多数专家认为心衰病位在心,却不局限于心^[11]。心主血脉,心气不足,则心血瘀阻,发为胸闷、心悸;肺主气,司呼吸,朝百脉,主宣降,通水道,与心同位上焦,生理协同,病理相互影响,心病则肺气不降,发为气短、不能平卧等;肾主水,心病及肾,肾水泛滥,而为水肿,甚或凌心射肺,喘促心悸;脾主运化,火不生土,脾失运化而见腹胀、纳呆、呕恶等;肝藏血,主疏泄,若心病及肝,可有肝脏肿大、情志抑郁等。

3 心衰的辨证论治

对心衰的辨证分型是基于对心衰病因病机的认识,到目前为止,尚无统一标准,少则2个,多则10个,多数报道分3~6个证型。不统一的辨证分型不利于临床把握和推广应用。我们在文献分析、专家调查、临床实践的基础上^[7-9,12],依据心衰证候类型以虚为本、临床多见虚实夹杂证,将其证候类型概括为气阴两虚兼血瘀和/或水饮、气(阳)虚兼血瘀和/或水饮证候类型,这样在临床实践中,执简驭繁,有利于指导临床选方用药。

中医治则以益气养阴或温阳、活血利水为常,据情变通。遵循静脉制剂、中成药和汤药互补使用的原则。失代偿的急性加重期多表现为本虚标实邪盛,甚至阴竭阳脱,常需住院治疗,积极固护气阴或气阳,有效活血、利水、化痰、解表、清里治标,必要时需急救回阳固脱。在用药选择上,考虑静脉制剂起效快速、使用便捷,而汤药可灵活加减、随症变通的特点,先予静脉制剂,然后加用中药汤剂。能代偿的慢性稳定期多表现为本虚,而标实不甚,仅需门诊调养,主要补益气阴或气阳固本,重在调理脾肾,顾护先后天,酌情兼以活血、利水治标。在用药选择上以中成药为主,必要时可加用汤药。在具体用药上,应抓主症、顾次症、调兼症。根据文献梳理、专家调查等结果^[8-9,13],概括形成以下参考方案。

3.1 气阴虚兼血瘀和/或水饮

主症:心悸,气短,乏力。次症:自汗,盗汗,头晕心烦,口干,面颧暗红,舌红少苔或剥苔,脉细数无力或结代。兼症:①胸部闷痛,口唇青紫,颈部青筋,舌质暗红或紫暗或有瘀斑、瘀点,脉涩。②面浮肢肿,小便短少,喘息不得卧,肢体或局部水肿,咳吐稀白痰,舌苔白滑。

治法:益气养阴、活血和/或利水。方药:静脉制剂可用参麦注射液或生脉注射液等;兼血瘀者,加丹红注射液等。中药汤剂可用生脉散加味。偏气虚,加黄芪、党参、白术等;偏阴虚,换用太子参、西洋参、玉竹、黄精、山萸肉等;兼血瘀者加丹参、红花、三七、地龙等;兼水饮者,加葶苈子、茯苓皮、泽泻、车前子或车前草、大腹皮、五加皮等。对于外感或合并感染的患者给予解表清肺化痰或温肺祛痰等相应处理,可加入瓜蒌皮、半夏、陈皮、苦杏仁、浙贝母、黄芩、鱼腥草等。中成药可用补益强心片或生脉胶囊,阴虚不甚者可加芪参益气滴丸,血瘀明显者可酌用脑心通或血府逐瘀胶囊等。

3.2 气阳虚兼血瘀和/或水饮

主症:心悸、气短、乏力。次症:自汗,畏寒肢冷,食少腹胀,大便溏薄,腰酸,头晕健忘,面色淡白,舌淡暗或淡胖或有齿痕,脉沉、迟、结代。兼症同前。

治法:益气温阳、活血和/或利水。方药:静脉制剂可选用参附注射液等,兼血瘀者,加丹红注射液等,中药汤剂可选用真武汤或苓桂术甘汤化裁,用药加减同前。中成药可用芪苈强心胶囊、参附强心丸或心宝丸。

4 讨论

心衰患者几乎都以气虚血瘀为基本病机,兼有或不兼有水饮,因此,在心衰的中医辨证治疗时可以针对主要病机,抓主要矛盾,给予益气活血治疗,这样的选择也是合理的,这将会使心衰的中医治疗大为简化。但考虑到临床兼有阴虚或阳虚特征的患者众多,治疗时能够考虑到阴虚或阳虚的广泛存在,按照气阴虚或气阳虚的本虚特点对心衰的临床证候类型进行辨证划分,将能顾及辨证论治的准确,又不悖抓主要矛盾和执简驭繁的精神。在此基础上根据主症、次症、兼症的变化,把握病情的轻重缓急,便于遣方用药治疗,也便于开展研究和推广应用。在用药方面,根据文献检索及专家调查对当前心衰用药概况进行了分析、总结,但是仍觉受制于当前研究的客观水平,中药制剂品种仍相对较少,而汤药虽变化灵活但不易大规模推广,故建议据此进一步建立相关规范以促进研究评价、推广应用、新药研制等。

我们在上述认识指导下也尝试进行了针对治疗心衰分期辨治方案的评价研究,开展了多中心、中央随机、平行对照评价研究^[14]。结果表明,医生和患者对基于上述认识形成的中医药干预心衰方案具有较高的依从性;国家中医药行业科研专项课题“冠心

病心衰中医药辨治方案的临床评价与推广应用研究”以及国家“十二五”科技支撑计划“心力衰竭病证结合干预的疗效研究”在辨证、治疗用药设计上也借鉴了上述认识;基于上述认识设计的“治疗心力衰竭(气虚血瘀水停证)中药新生脉散片临床前研究”获得了国家科技部重大专项资助。我们在采纳、吸收当前相关研究成果的基础上结合自身的临床经验,就中医药治疗心衰的理法方药提出了一些认识、建议,以期能为进一步开展相关研究提供思路和参考,进而更好地提高中医药治疗心衰的整体水平。

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.慢性心力衰竭诊断治疗指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(12):1076-1095.
- [2]侯雅竹,毛静远,王贤良,等.参附注射液治疗心力衰竭的系统评价[J].中国循证医学杂志,2011,11(3):292-299.
- [3]邱明亮,毛静远,王家莹,等.苓桂术甘汤及其加味辅助治疗慢性心力衰竭的Meta分析[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(16):243-247.
- [4]刘春香,毛静远,王贤良,等.芪苈强心胶囊治疗慢性心力衰竭的系统评价[J].中成药,2010,32(4):539-544.
- [5]张川,毛静远,王贤良,等.丹红注射液治疗心力衰竭的系统评价[J].中华中医药杂志,2010,25(12):1956-1960.
- [6]侯雅竹,毛静远,王贤良,等.参麦注射液治疗心力衰竭疗效与安全性的系统评价[J].中国循证医学杂志,2010,10(8):939-945.
- [7]崔小磊,毛静远,王贤良,等.心力衰竭中医证候流行病学调查表的设计[J].北京中医药,2009,28(3):179-181.
- [8]蔡辉,毛静远,王强,等.慢性心力衰竭中医辨证规律的文献分析[J].四川中医,2011,29(7):22-25.
- [9]崔小磊,毛静远,王贤良,等.心力衰竭中医证候的专家调查分析[J].上海中医药大学学报,2009,23(2):31-33.
- [10]崔小磊,毛静远,王贤良,等.中医药治疗心力衰竭用药专家调查分析[J].中成药,2009,31(9):1431-1433.
- [11]尹克春,吴焕林.邓铁涛治疗心力衰竭经验介绍[J].江苏中医药,2002,23(7):9-10.
- [12]崔小磊,毛静远,王贤良,等.心力衰竭中医证候的专家调查分析[J].上海中医药大学学报,2009,23(2):31-33.
- [13]崔小磊,毛静远,王贤良,等.中医药治疗心力衰竭用药专家调查分析[J].中成药,2009,31(9):1431-1433.
- [14]Mao J, Hou Y, Shang H, et al. Study on the evaluation of the clinical effects of traditional chinese medicine in heart failure by complex intervention: protocol of SE-CETCM-HF[J]. Trials,2009,10:122.

(收稿日期:2012-09-12;修回日期:2012-11-19)

[编辑:崔京艳]