

• 思路与方法 •

基于寒热证本质探讨寒瘀水结型 慢性心力衰竭的辨治优势

王智先¹ 杜武勋^{2*} 许艳伶¹ 张 斐¹ 林圆圆¹ 丛紫东¹ 罗庆盛¹ 郑玲玲¹

(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. 天津中医药大学第二附属医院)

基金项目: 国家自然科学基金资助项目(81173159, 81102534, 81101512); 天津市中医药管理局中医、中西医结合科研课题(11053); 天津市中医药管理局、国家中医药管理局重点专科建设项目; 国家中医药管理局中医心病学重点学科建设项目; 2012 年度高等学校博士学科点专项科研基金资助项目(20121210110009)

* 通讯作者: enduwux@163.com, (022)60335344

〔摘要〕 寒热是中医八纲辨证中的两个重要方面,也是中医辨证治疗的纲领,临床辨别疾病的寒热证本质,对诊断、治疗及选方用药均有重要意义。中医药对慢性心力衰竭(CHF)的治疗有着明显的优势,但由于对 CHF 的中医证候要素、证候类型及其演变规律缺乏统一的认识,以致疗效无法得到认可,优势无法得以体现。将 CHF 分为加重期和缓解期进行分期辨证论治,加重期以标实证分类,寒热分治(寒瘀水结、热瘀水结型),以此为纲,可使临床辨证思路简单明了且易于掌握。

〔关键词〕 寒证;热证;慢性心力衰竭;寒瘀水结

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)是一种临床常见病和多发病,急性发作时主要表现为以肺循环淤血和心脏排出量降低为主的临床综合征。现代医学对心力衰竭的治疗已取得长足的进步,治疗的理念从短期纠正血流动力学异常,逐步转变到长期调控神经体液乃至试图逆转心肌异常的战略上来,但因用药毒副作用明显,存在众多的用药禁区而受到很大限制,而中医药因其改善症状明显、有效安全、毒副作用少等诸多优势而备受临床推崇。进一步挖掘中医药治疗心力衰竭的潜力,辨清疾病的寒热属性,规范辨证分类方法,求同存异,最终以共识的形式确立,对心力衰竭的临床诊断、治疗、选方用药均具有重要意义。

1 疾病的产生源于机体阴阳失和

“阴阳平衡”是中医学对人体健康状态的最基本认识,也是医学追求的最高境界。“阴平阳秘”是人体的健康状态,一切的生命起源都源于“阴阳和”,阴阳和则为“平人”,“平人者,不病也”,“阴平阳秘”,人即安和,阴阳失调,百病由生,这是中医对疾病致病机制最原始的认识。明代医学家张景岳指出:“阴阳二气最不宜偏。不偏则气和生物,偏则气乖杀物。”这说明,一个健康的机体,内自五脏六腑,外至四肢形体官窍,阴阳双方必须保持在动态的平衡之中,任

何一方的偏盛偏衰都会引发对立面的偏衰偏盛,从而打破其平衡状态,导致疾病^[1]。陈立夫认为,“阴阳配合的比例若是失去了平衡,就会发生病态;医师利用药物的帮助,来恢复人体正常的平衡,便是‘致中和’,这是中国医学一个最高的指导原则”^[2]。“阴阳失调”是各种疾病发生的基础,是病证寒热性质的内在机制,其中阴阳偏盛、偏衰是各种疾病最基本的病理变化,这种变化能通过疾病性质的寒热虚实表现出来^[3]。倘若阴阳失衡,则会引起相应脏气的偏盛偏衰,使脏腑功能失和。人体平衡机能一旦遭到破坏,就会出现“阴盛则阳病,阳盛则阴病;阳盛则热,阴盛则寒;阴虚则热,阳虚则寒”等病理表现,阴阳偏失进一步加剧,则机体就会走向危重或死亡,即“阴阳离绝”的病理状态。

2 寒热证本质对临床辨证分型的意义

《素问·阴阳应象大论》曰:“阳胜则热,阴胜则寒”,寒与热是阴阳发生偏盛偏衰所引起的基本病理变化,这种变化能通过疾病的寒热表现出来。“证”是中医诊断疾病、遣方用药和观察疗效的核心和基石,是中医辨证施治的纲领。张立华等^[4]认为,中医证候的本质是在证候发生发展过程中产生的一组特殊物质群,证候是人体这个复杂巨系统在病理状态下的整体反应,即疾病证本质最直观的外在表现。

辨证论治是中医的特点和精华,病证寒热是用药的主要依据。中医学在两千年的发展过程中形成了多种辨证体系,例如六经辨证、脏腑辨证、气血津液辨证、三焦辨证等,这些辨证体系在对CHF的临床诊断和治疗中均有所采用,导致中医辨证分型不规范,缺乏标准化的证候分类方法,使临床疗效难以充分体现。八纲辨证是中医辨证的基础,以此为纲,可概括临床杂乱无章的辨证分型,可使临床辨证思路简单明了且易于掌握,有执简驭繁、提纲挈领的作用。在诊断疾病的过程中,必须在中医药理论指导下,以脏腑辨证为核心,以寒热辨证为纲要,按人体阴阳偏失的特征进行分类,“寒、热、虚、实”作为其中四纲,是用以辨别疾病病因、病性,通过此四纲可以找出疾病的关键,掌握其要领,确定其类型,为治疗指明方向^[5]。此四纲同样适用于CHF的辨证分类分型,毛静远^[6]认为,按照中医阴阳辨证,心力衰竭辨证本虚常以气阴虚、气阳虚两型统驭,而标实则可兼血瘀,和(或)水饮,和(或)痰浊,这样高度概括了其证候特征,利于指导临床选方用药。综上,CHF的辨证分型应具备简明、扼要、可重复性和临床可操作性等特点。

3 以缓急分期、标实分类、寒热分治

3.1 中医学对CHF的认识

与心力衰竭相关的病名在《黄帝内经》时代即有记载,如《灵枢·胀论》曰:“心胀者,烦心短气,卧不安”;《灵枢·天年》曰:“心气始衰,苦忧悲,血气懈惰,故好卧”;《素问·水热穴论》曰:“水病下为跗肿大腹,上为喘呼,不得卧者,标本俱病”;《素问·痹论》曰:“脉痹不已,复感于邪,内舍于心”;又曰:“心痹者,脉不通,烦则心下鼓,暴上气而喘”。《华佗中藏经》曰:“心有水气,则身肿,不得卧”。张仲景《金匮要略·水气病脉证并治》有“心水者,其身重(肿)而少气,不得卧,烦而躁,其人阴肿”。虽然中医学没有心力衰竭这一病名,但就其表现来看,可归入“心胀”、“心痹”、“心水”等病范畴。CHF的中医证候复杂多变,主要表现在邪正交争与阴阳失调的慢性病理过程中,病位在心,涉及肺、脾、肾、肝及三焦诸脏腑。经过中医药界多年的研究,对心力衰竭的证候要素、证候类型及其演变规律的认识日渐趋于一致,根据CHF的临床表现,将其病因大致归纳为感受外邪、劳倦过度、七情内伤、年老体衰等。目前多数学者认为,CHF属本虚标实证,以心气虚、阳虚为主,血瘀水停、痰湿内阻为标^[7]。气虚、阳虚、阴虚是

诱发本病的始动因素,阴阳并损,阳虚为主,导致水饮和瘀血两大病理产物的产生,致使体内代谢的各种病理产物无法排出体外而出现的继发性表现。

3.2 两期本虚标实证分类方案

《黄帝内经》曰:“阴阳者,数之可十,推之可百,……万之大不可胜数,然其要一也。”《黄帝内经》受同时代的朴素唯物主义哲学思想的影响,认为世间万物虽具有无限可分性,但终将还原于“一元”。张景岳在《景岳全书》中提出“以精气分阴阳,则阴阳不可离;以寒热分阴阳,则阴阳不可混”的观点,指出寒药对热证,热药对寒证,不能阴阳混杂,否则药效相抵,无从驱邪。CHF最显著的特点便是水气聚而成肿,水气“凝聚”成实物。《黄帝内经》曰:“阳化气,阴成形。”阳和阴是指物质的动与静、分化与合成、气化与凝聚等相对运动而言。阳主动而散,可促进万物的气化;阴主静而凝,可促进万物的成形。阳性热,所以可以化阴为气;阴性凝敛,所以可以凝聚而成形。CHF以水肿为主,临床以寒证多见。临床疾病分型不外缓、急两期,寒、热两端,寒、热证在临床辨证中又有虚实之分。基于以上认识,我们将CHF分为加重期和缓解期,以标实证分类,寒热分治。CHF加重期,从中医学角度考虑,临床表现多以水饮、水湿、痰浊、血瘀等标实证为特点,其中以喘促、水肿作为主症,以标实证为主。此期实证之“实”是指邪气之亢盛,病性非寒即热,因此,将CHF加重期分为寒瘀水结型和热瘀水结型进行论治。临证时本着中医学“急则治其标”的治疗原则,重点予以泻肺平喘、清热解毒、利水消肿、温阳益气、活血化瘀、救阴固脱、回阳救逆等方法治疗,以迅速缓解CHF心力衰竭症状、控制CHF发作为治疗目的^[8]。寒瘀水结是其加重期的主要证型之一。

4 寒瘀水结型CHF的病机分析

《黄帝内经》认为,水肿病病机为“五脏阳以竭”,阳气具有温煦推动作用,若五脏阳气郁遏,气行不畅,阻碍津行,则会津停为水,水泛肌肤,形成水肿^[9]。《金匮要略·水气病脉证并治》曰:“心水者,其身重而少气,不得卧,烦而躁,其人阴肿”;“肺水者,其身肿,小便难,时时鸭蹠”;“脾水者,其腹大,四肢苦重,津液不生,但苦少气,小便难”;“肾水者,其腹大,脐肿腰痛,不得溺,阴下湿如牛鼻上汗,其足逆冷,面反瘦”。《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》曰:“水在心,心下坚筑,短气,恶水不欲饮”;“水停心下,甚者则悸,微者短气”。这些都与心力衰竭证候

相吻合。《金匱要略·水气病脉证并治》又曰：“心下坚，大如盘，边如旋杯，水饮所作。”进一步详述心水引起的水肿及伴随症状，常常因心病日久，心阳（气）不足、虚弱无力，血液运行不利、迟缓，“气行则血行，气滞则血瘀”。《素问·调经论》曰：“血气者，喜温而恶寒，寒则气不能流，温则消而去之”；《素问·举痛论》曰：“寒气客，则脉不通”。表明寒邪直中经络是瘀血形成的途径之一。这是因为寒为阴邪，其性主收引，寒邪侵袭，着于血脉，一方面可使血脉收引挛缩，血脉拘挛则血流不畅，另一方面，又可使血液凝滞，血行缓慢留而成瘀，或气滞血瘀，心脉不畅，血瘀水停，气虚不能运行血液，瘀血内阻，血不利则为水，血瘀使经脉不通，而水停又可使血瘀加重，形成恶性循环。可见历代医籍描述已明确了阳虚血瘀水停是寒瘀水结型 CHF 的主要病机，属本虚标实之候，即心肾阳虚为本，血脉瘀阻，水液蓄留为标。

5 寒瘀水结型 CHF 证候演变规律

CHF 病变过程中，阳气是发病的重要因素，气（阴/阳）虚为本，瘀、水、痰为气虚继发之病理产物，贯穿于整个病程的始末。王清任曰：“元气既虚，不能达于血管，血管无气必停留而瘀。”明确提出了气虚血瘀的发病机理。解海宁等^[9]认为，CHF 患者临床多表现为心悸，胸闷，气短，活动后加重，胸胁满闷，夜间憋醒，双下肢浮肿，口唇青紫，舌质淡红或舌质青紫、有瘀斑、瘀点，脉沉细或沉涩等。参照 2002 年版《中药新药临床研究指导原则》^[10]及 1997 年发布的国家标准^[11]，阳虚血瘀证临床主症为：胸闷（痛），心悸，畏寒肢冷；次症：气短，疲倦乏力，面肢浮肿，自汗，盗汗，口干，气喘，咳嗽，咯痰，尿少，烦躁不安，腹胀；舌脉：舌淡紫，或紫暗，或体胖大，苔薄白，脉弱或微细、沉涩或结代等。主症必备，具有 1 项或 1 项以上次症，结合舌象、脉象即可诊断。结合杜武勋等^[12]对 CHF 分期辨证论治方案的相关论述，将寒瘀水结型 CHF 的主要临床证候归纳为：喘咳倚息，不能平卧，咳吐泡沫状痰；下肢或全身水肿，按之凹陷，甚则阴肿；小便不利，心悸气短，动则又甚；舌质淡胖，或紫暗，苔白滑，脉沉细无力或沉迟。

6 中药的愈病机制在于“致中和”

6.1 以“和”为贵，权制于平衡

《黄帝内经》云：“治病必求于本”；“本者，阴阳也”；“阴平阳秘，精神乃治”。阴阳的偏盛、偏衰使机体的稳态被打破，表现出寒热性质的不同，《素问·至真要大论》进一步提出“谨察阴阳所在而调之，以

平为期”的效应目标，并据此提出“寒者热之、热者寒之；实则虚之，虚则实之”作为治疗疾病的基本原则。中药寒热属性主要是指从药物作用于人体所获得的不同疗效总结出来的用药理论，而通过中药寒、热、温、凉的药性可以调节寒热变化，纠正机体阴阳偏盛或偏衰的病理状况，故病证寒热是用药的主要依据^[3]。对疾病总的处理原则应遵循“平治于权衡”之要旨，即协调阴阳，恢复阴阳平衡，以药物之偏调机体之偏，其所用中药，注重所用药物的偏性，以寒、热、温、凉四性来纠正人体的阴阳失调之偏性，其治疗效应目标不在于症状的改善或消失，而在于调整人体整体的“阴阳失衡”状态，从而改善人体的内环境，形成人体内部环境、人与外部环境的“和谐中和”状态。中药治疗疾病的主要原理是药性理论，寒凉为阴，温热属阳，用寒凉药物治疗温热病证，用温热药物治疗寒凉病证，其实质就是纠正人体的阴阳失衡，维持人体的稳态^[13]。

6.2 寒瘀水结型 CHF 的组方研究

CHF 急性加重期每有诱因，如支饮急性发作、肝阳暴亢、心脉急性痹阻等，表现为邪实为盛，常常因此而重创心阳，使饮邪暴盛，凌心射肺，浸溢肌肤。宜急则治标，尽快去除诱因，迅速控制病情，以祛邪安正，否则会导致心阳暴脱^[14]。多年来，在 CHF 的治疗上，业内比较一致地认同“益气温阳，活血利水”为主要治则。这一治则适用于寒瘀水结型 CHF，所以在治疗过程中，要认识到人体自身有维持阴阳平衡的能力，用药物纠偏的时候要防止药物过用，切忌强行干扰。药物只是暂时帮助人体恢复稳态和自我调节能力，能否获得永久性健康，最主要是依赖人体自身的调节能力。从方剂的配伍来看，很多方剂的配伍目的是在作用于人体之后，让人体达到“和”的状态^[12]。张仲景在《伤寒论》中提出的一个重要的学术思想是扶正祛邪，治疗水饮病处处体现出“顾护阳气”思想，代表方剂有真武汤、五苓散、苓桂术甘汤等，大多具有温阳利水、泻浊活血的功效。张磊等^[15]认为，可在真武汤合五苓散的基础上酌加赤芍、川牛膝，温补心肾之阳以治其本，利水活血以治其标，能迅速缓解寒瘀水结型 CHF 的临床症状。寒瘀水结型心水失治或误治，水饮郁而化热，病性由寒转热，变为热瘀水结型 CHF。对于热瘀水结型 CHF，许艳伶等^[16]用己椒苈黄丸加减治疗，取得显著疗效。

CHF 是心脏疾病终末期的共同归路，必需坚持

在辨证论治的框架下提高疗效。最佳的疾病治疗模式是针对病理条件下不同环节的变化和特点进行有效的调节,无论是寒瘀水结型还是热瘀水结型,都要从调整五脏阴阳气血平衡入手,以修复和重建心气、血、阴、阳的平衡,促进疾病好转与康复。

参考文献

- [1]段晓鹏. 传统文化的“中和”思想与中医养生观[J]. 河南中医, 2012, 32(9): 1163-1164.
- [2]陈立夫. 中医的“中和位育原理”(新的医学如何产生)[J]. 新疆中医药, 1993, 1(3): 52-53.
- [3]殷玉婷, 李晓婉, 董杨, 等. 中医药寒热本质的生物学基础研究进展[J]. 中西医结合学报, 2012, 12(10): 1328-1329.
- [4]张立华, 高学功. 中医“证”与“辨证”之浅见[J]. 时珍国医国药, 2002, 13(7): 412-413.
- [5]张声生, 陈贞, 许文君, 等. 基于“寒、热、虚、实”二次辨证的 565 例功能性消化不良证候分布特点研究[J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(9): 832-833.
- [6]毛静远. 心力衰竭的中医辨证治疗要点[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28(12): 1063-1064.
- [7]张艳. 慢性心力衰竭的中医辨证与分子生物学研究初探[J]. 中医药学刊, 2002, 20(4): 477-479.
- [8]张少强, 杜武勋, 刘长玉, 等. 慢性心力衰竭中医药辨证论治方案的思考[J]. 中医杂志, 2012, 53(12): 834-835.
- [9]解海宁, 张艳, 胡晓虹, 等. 气虚血瘀水停在慢性心力衰竭实质研究探讨[J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(12): 2603-2604.
- [10]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 77-85.
- [11]国家技术监督局. 中医临床诊疗术语·证候部分[S]. 北京: 中国标准出版社, 1997.
- [12]杜武勋, 朱明丹, 张斐, 等. 慢性心力衰竭病证结合分期辨证论治方案及其组方研究[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(3): 385-386.
- [13]朱向东, 王燕, 刘稼, 等. 试论自我调节是中医治疗疾病的特点和优势[J]. 时珍国医国药, 2009, 20(7): 1806-1809.
- [14]蒋梅先. 改善心肾阳气互资是治疗慢性心力衰竭的关键[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28(12): 1068.
- [15]张磊, 孟宪亮, 郭伟星. 五苓散合真武汤加减治疗心力衰竭体会[J]. 山东中医杂志, 2010, 29(8): 541-542.
- [16]许艳伶, 张斐, 杜武勋. 己椒藜黄丸在慢性心力衰竭热瘀水结证中的应用[J]. 河北中医, 2012, 34(11): 1650-1651.

(收稿日期: 2013-05-10; 修回日期: 2013-08-02)

[编辑: 黄 健]

2013 年国家中医药继续教育项目基层医生手穴诊疗培训班通知

为发掘民族瑰宝、弘扬中医精粹, 满足广大基层医生对中医特色诊疗的需求, 世界针灸学会联合会世针针灸交流中心将于 2013 年 11 月 21 日—24 日在北京举办国家中医药继续教育项目“基层医生手穴诊疗培训班”。由中国人体健康科技促进会医药科技专业委员会副主任委员、中国老年教授协会医药专业委员会手诊分会副会长、江苏省常州市手穴诊疗研究所所长刘浩兴主讲“望诊、触诊、压诊”的手穴诊疗方法。

1. 该法以中医整体观念为基石, 融西医组织解剖理论, 结合中医“四诊”察病智慧与经络腧穴治病经验, 创造性的将中医整体理论运用于手诊, 可概知家族遗传性疾病和自身健康状况, 鉴别诊断多种疑难病症, 方法独特, 在临床有较高的实用价值。该手诊方法直观明了、易学易用, 为广大医务工作者诊病寻根、治病求本、治未病提供了新思路、新方法, 尤其适用于基层。

2. 学费 1200 元(含培训费、资料费等, 同一地区同时 4 人以上参加, 学费每人 1000 元)。学期 3 天, 交通、食宿费用自理, 会务组可协助安排食宿事宜。学习经考核合格颁发结业证书和国家 I 类继续教育学分 12 分。欲学习者请于 11 月 15 日前报名, 并附身份证复印件(通讯地址、单位、邮政编码、联系电话、邮箱等)。

3. 回执地址与联系方式

①北京市朝阳区小营路 19 号财富嘉园 A 座 301 室《世界中医药》杂志社。邮编: 100101。邮箱: 13901318403@139.com。手机: 13901318403。电话/传真: (010) 58239066。联系人: 王炳岐、徐晖、赵和爱。

②北京东城区广渠门内夕照寺大街东玖大厦 B 座 7 层, 世界针灸学会联合会世针针灸交流中心。邮编: 100061。电话: (010) 87190518。邮箱: info@wfas-acu.org。手机: 13051608026。联系人: 邓爱英。

4. 培训地点与住宿: 培训地点: 世界针灸学会联合会世针针灸交流中心 701 会议室; 住宿地点: 绿景苑宾馆(距世界针灸交流中心 100 米) 90 元/床/天。乘车路线: 从西客站乘 52 路、从北京站乘 52、29、674 路、从北京南站乘特 12 路外环或乘 84 路。乘飞机者从首都机场乘机场巴士到三元桥乘地铁 10 号线在双井下车(出 A 口)至双井桥西坐 715 路到广渠门内下车。凡乘以上各路公交车者均到广渠门站下车, 向西到“夕照寺大街东玖大厦 B 座 701 室”报到。