

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2024.01.007

思路与方法

基于张伯礼“湿浊痰饮类病”学说浅析射血分数保留的心力衰竭治疗策略

秦广宁¹, 金鑫瑶¹, 刘耀远^{1,2}, 王凯³, 江丰¹, 黄明^{1✉}

1. 天津中医药大学, 天津市静海区团泊新城西区鄱阳湖路10号, 301617; 2. 天津中医药大学第一附属医院/国家中医针灸临床医学研究中心; 3. 天津中医药大学第二附属医院

[摘要] 张伯礼教授认为射血分数保留的心力衰竭(HFpEF)的核心病机为阳微阴弦, 结合“湿浊痰饮类病”学说提出湿浊痰饮类阴邪在HFpEF的各个阶段都能损伤阳气, 从而加重阳微阴弦之势, 而湿、浊、痰、饮在HFpEF进展恶化过程中发挥了重要的促进作用。故张伯礼教授主张在HFpEF的各阶段重视祛除阴邪、固护阳气, 以起延缓阳微阴弦加重之效; 提出了“阴邪得祛, 阳气得昭”的分期治疗思路; 制定了治病求早、祛邪护阳、截断病势、药不远温、兼顾活血的治疗策略, 以期丰富中医学治疗HFpEF的理论体系。

[关键词] 心力衰竭; 射血分数; 湿浊; 痰饮; 阳微阴弦; 张伯礼

心力衰竭(以下简称心衰)是各种原因导致心脏结构和/或功能改变, 使心脏收缩和/或舒张功能障碍, 从而引起的一组复杂临床综合征^[1]。2022年美国心脏病学会(ACC)、美国心脏协会(AHA)、美国心力衰竭学会(HFSA)联合发布的指南根据左室射血分数(LVEF)将心衰分为射血分数降低的心力衰竭(HFrEF)、射血分数轻度降低的心力衰竭(HFmrEF)和射血分数保留的心力衰竭(HFpEF)^[2]。HFmrEF的病理生理及临床特征与HFrEF类似^[3], 其治疗可参考HFrEF的治疗方案^[4]。而HFpEF是一组高度异质性的以左心室舒张功能受损为主的疾病, 在心衰中占比接近50%^[5-6], 其发病机制和治疗方案与HFrEF不同^[7]。研究^[5]显示, HFpEF患者1年、5年病死率分别为20%~29%、53%~74%。尽管现代医学诊断技术和治疗方案不断更新, 但未能有效降低HFpEF患者病死率和再住院率, 患者生活质量亦普遍较低, 成为当今重大医学挑战。

HFpEF属于中医学“心衰”范畴。中医学认

为慢性心衰多为本虚标实、虚实夹杂之证, 而本虚与标实相互影响, 可导致心衰病情的急性与慢性转化^[4]。湿浊痰饮类病学说认为, 湿、浊、痰、饮同属津液异化所生之阴邪, 蓄积为患, 损害阳气^[8]。张仲景之《金匮要略》将胸痹病因病机概括为“阳微阴弦”。张伯礼教授指出, “阳微阴弦”亦可高度概括HFpEF的核心病机。阳微是心、脾、肺、肾之本虚, 阴弦即指湿、浊、痰、饮及瘀血之标实。湿、浊、痰、饮、瘀血既是病理产物, 又是致病因素, 还是HFpEF病情恶化的病理基础。故而在防治HFpEF的过程中, 要积极祛除湿浊痰饮类阴邪, 减少阴邪对阳气之害, 截断“阳微阴弦”之势, 从而延缓HFpEF进展恶化。

1 基于“湿浊痰饮类病”学说探讨HFpEF的病机

1.1 HFpEF核心病机是阳微阴弦

“阳微阴弦”首见于《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》, 言: “夫脉当取太过不及, 阳微阴弦, 即胸痹而痛, 所以然者, 责其极虚也。今阳虚知在上焦, 所以胸痹、心痛者, 以其阴弦故也”。心居膈上, 位上焦, 属阳, “阳微”为上焦阳气不足。“阴弦”即标实, 心气(阳)不足而生阴邪, 阴邪上袭阳位, 则阳微更甚。阳化气, 阴成形, 心

基金项目: 第四届国医大师工作室项目; 中国中医科学院科技创新工程学部委员学术传承与传播专项(CI2022E025XB); 天津市教委科研计划项目(2022KJ146)

✉ 通讯作者: drhuang1027@foxmail.com

阳亏虚, 导致水谷精微气化异常, 脏腑失其温煦涵养, 湿、浊、痰、饮、瘀血等阴邪应运而生, 弥漫三焦, 壅滞停聚, 阻滞气机, 损害阳气。阴阳之间互生互化, 相互影响, 贯穿始终。

张老师认为, 作为慢性心衰的两种类型, HFpEF 的发病机制、临床特点与 HFrEF 明显不同, 提示两者的核心病机同中存异。“同”即二者均属“阳微阴弦”; “异”为 HFrEF 始于心气(阳)之绝对阳微, 因阳微而致阴弦, 从而血瘀、痰浊、水饮丛生。HFpEF 始于心气(阳)之相对阳微, 在 HFpEF 的不同阶段, 由于阳微的轻重有别, 从而产生了不同层次的阴邪病理产物, 其又不同程度阻遏或损害阳气, 导致 HFpEF 的发展具有隐匿性和渐进性。

1.2 湿、浊、痰、饮在 HFpEF 进展中的作用

湿、浊、痰、饮同属阴邪, 为水谷津液入体后异化所致, 津液异化弥漫为湿, 聚而化浊, 壅而生痰, 寒凝成饮。张老师将四者合论, 提出湿浊痰饮类病学说, 概括此类病的共性特点为: 发病隐匿, 蓄积成病, 阴邪为患, 损伤阳气, 黏腻胶结, 易兼他邪, 多生变证。虽湿、浊、痰、饮形质不同, 症状各异, 但其在类病中层次分明: 湿为类病之始, 浊为类病之张, 痰为类病之进, 饮为类病之重^[8]。湿、浊、痰、饮层次各异, 在 HFpEF 的不同阶段对疾病进展、恶化具有重要的促进作用。

HFpEF 病机为阳微阴弦, 本虚标实, 邪正交争, 其在疾病的不同阶段表现亦有不同。HFpEF 始于心之气(阳)虚。心气(阳)虚, 则推动血行乏力, 血运不畅, 温煦脏腑不足。湿邪为患, 易损阳气, 蓄积日久损及脾肺。脾、肺之气(阳)虚致 HFpEF 进一步发展。脾虚则运化失司, 心血化生、滋养脏腑乏源, 湿浊内生, 蕴结不解, 凝聚为痰, 痰邪更易阻遏损害阳气。心阳不足则肺金不温, 宣降失常, 轻则影响津液散布, 重则生痰化浊, 痰浊漫布, 由痰致瘀, 痰瘀互结, 使 HFpEF 进一步发展。HFpEF 危重于心、肾之阳微。久病损及心、肾之阳, 阳气衰微与湿、浊、痰之阴邪阳消阴长。肾阳为全身阳气之本, 对脏腑有温煦推动的作用。肾阳虚衰, 温煦脏腑无力, 水液气化无权, 水湿泛滥为患, 缠绵胶结, 痰浊、血瘀、水饮内停, 此为 HFpEF 之危。

总体而言, 心之气(阳)虚是 HFpEF 之始, 湿浊为主要病理产物, 也是造成疾病进展的重要因素; 脾、肺之气(阳)虚乃 HFpEF 之进, 痰浊、

血瘀对病情恶化起到了关键促进作用; 心、肾之阳虚为 HFpEF 之危重, 阳虚水泛、水饮凌心成为首要矛盾。可见 HFpEF 的不同阶段, 所涉及脏腑不同、主要矛盾各异、阴邪病理产物主次关系亦不相同, 故而理法方药也应因势利导, 随证而变。

2 基于“阴邪得祛, 阳气得昭”分期论治 HFpEF

为更好地指导临床防治慢性心衰, 2022 年 ACC、AHA、HFSa 联合发布了心衰管理指南, 将心衰按照病程进展分为心衰风险期、心衰前期、心衰症状期和心衰晚期^[2]。中华中医药学会发布的《慢性心力衰竭中医诊疗指南(2022 年)》中指出, 慢性心衰重在预防^[4]。

张老师认为, HFpEF 和 HFrEF 的病机及症状不尽相同, 治疗的理法方药亦有差别。治疗 HFpEF 的全过程均应谨守“阳微阴弦”的核心病机。心衰风险期及心衰前期常无心衰临床症状, 此阶段需强调“治未病”思想之“未病先防”, 祛邪即助阳, 故应积极祛除阴邪、维护阳气, 截断“阳微阴弦”之病势; 对心衰症状期及晚期, 要谨记“已病防变”, 宜扶正气、祛阴邪并重, 活血化瘀亦应贯穿始终, 防止“阳微阴弦”向“阴阳离决”发展。

2.1 心衰风险期——变调阴阳, 见湿先治湿

心衰风险期的患者无心衰的临床症状和体征, 也无心脏结构改变及功能减退, 但多存在和 HFpEF 密切相关的高危因素, 如高龄、冠心病、房颤、代谢综合征等^[9-10]。这些高危因素可致机体阴阳失衡, 产生多种病理产物而致“阳微阴弦”。正如《素问·阴阳应象大论篇》所云:“阴阳者, 天地之道也, 万物之纲纪, 变化之父母, 生杀之本始, 神明之府也, 治病必求于本”, 故而此期应调和阴阳, 损“阴弦”之有余, 补“阳微”之不足, 使机体达到阴平阳秘, 延缓原发疾病进一步向 HFpEF 发展。

张老师指出, 风险期患者虽有原发疾病或高危因素, 但无心衰临床表现, 常被医者忽视, 这种发病的隐蔽性与湿邪致病的特点相似。湿邪多为疾病早期或亚临床阶段的主要病理产物, 湿邪隐匿氤氲不易察觉, 留而不去则湿邪壅盛, 进而出现“阳微阴弦”。所以既要积极治疗原发疾病, 又需重视祛除湿邪, 避免“湿胜则阳微”(《温热论》)。临证当见湿先治湿。对于舌苔白腻、湿邪尚浅者, 张老师常以藿香、佩兰相伍为用, 用意芳香化湿; 对于舌苔黄腻偏厚, 湿邪化热、湿热壅盛者, 常以茵

陈、苍术为君，用意清化、燥化，并辅以薏苡仁、泽泻、车前草等以助利湿之效。《证治汇补》言：“治湿不知理脾，非其治也”，在芳化、清化、燥化之时，需通调气机、健脾利湿以绝湿邪之源，常以半夏、吴茱萸、黄连、黄芩等辛开苦降、理顺气机；茯苓、白术、干姜、砂仁等护顾中焦。湿邪黏腻常难取速效，如药证相符则需守方治疗，做到除湿勿尽^[11]。

2.2 心衰前期——化浊当尽早，祛邪以助阳

心衰前期，HFrEF 患者常会出现乏力气短等症。HFpEF 心衰前期患者虽心衰的临床症状不显，但一般会有活动耐量下降的表现^[4]，这主要是因为患者左心室舒张功能下降，肺静脉压增高影响肺泡氧合造成的。张老师认为，与 HFrEF 因绝对阳微而致阴弦不同，HFpEF 发于相对阳微，加之湿邪困遏心脾之阳气，导致运化湿邪乏力，进而阳微逐渐加重。湿邪蓄久不解而异化成浊，浊邪乃类病之张，乖戾难驯，入血入络，损害脏腑，脏腑从功能失调转变为器质损害，是疾病恶化及出现变证的主要病理基础^[12]，也是 HFpEF 进展的重要因素。故心衰前期是截断 HFpEF 病势的重要阶段，需积极祛除湿、浊阴邪，避免阳微更甚。

HFpEF 前期以湿、浊实证为主，湿浊困遏阳气，故提倡治湿化浊当尽早。治以辛温化湿，芳香化浊，阴邪去而阳气存，故应祛邪为要，佐以扶正。常以藿香、佩兰、豆蔻、茯苓、白术等相伍为用，可化湿、破浊、疏通阳痹。苔浊厚腻者，可加蚕砂、清半夏以祛湿化浊、理气和胃。苔腻水滑者，则加通阳散结之薤白。寒湿明显者，可酌加草果、厚朴、砂仁，辛温行气燥湿。湿浊胶结难去者，可予茵陈、苍术、蚕砂、萆薢联用，增加祛湿化浊之效。同时扶正宜轻缓，以益气健脾为法，生脉饮、四君子汤皆可为首选。若见舌苔少津或兼剥脱者，伍以麦冬、玉竹、百合等甘润之品，护顾阴液。阴邪致病有生瘀之患^[8]，应时时不忘活血，即使无明显血瘀之象，亦可佐少许活血之品，如丹参、郁金、益母草、泽兰等。总之，阴邪类病，非温不化，药不远温；临证当谨守病机，补疏相合，润燥相济，其效可期。

2.3 心衰症状期——益气温阳祛阴邪，痰瘀同治贯全程

心衰症状期左心室舒张功能持续降低，肺静脉及肺动脉压力增高，导致右心室压力升高，胃肠及

下肢静脉回流受阻，故 HFpEF 患者活动后可出现胸闷、憋气、心悸等症状^[13]，年老者则乏力更甚，还可伴有纳差、胃脘不适及下肢水肿等症状^[7]。张老师认为，湿浊稽留日久则生痰，更易阻塞气机，壅滞血脉经络，因痰致瘀、因瘀促痰，痰瘀互生互结，造成脏腑不养不荣，加重阳微阴邪。故此阶段的 HFpEF 患者心、脾、肺皆现阳微之证，病理产物以痰浊和瘀血为主。

张老师指出，在心衰症状期，HFpEF 应扶正祛邪并重，痰浊血瘀同治。《景岳全书》言：“治病之则，当知邪正，当权重轻。”此期阴邪壅聚、损阳已久，临证时需详辨正邪之强弱。若正气尚可，则祛痰泄浊为先，益气活血为要；若正气虚衰而阴邪壅盛，宜先扶正助阳，兼以祛邪活血，以补为通。对于心脾气虚者，以党参、茯苓、白术、玉竹等健脾益气养心；气血亏虚者，以黄芪、当归、山萸肉、白术等补血养心；心气亏虚伴有内热者，常用生地、当归、知母、玉竹、莲子心以益气养阴清热。还可佐以杜仲、淫羊藿、益母草、大腹皮、车前草等温阳活血利水^[14]。

痰瘀互生互结，是此阶段病情进展恶化的重要病理基础，故务必痰瘀同治。肺失宣降、咳嗽痰多者，常用鱼腥草、苦杏仁、浙贝母、橘红以消痈降气、化痰行气；痰多质黏不易咯出者，加用冬瓜子化痰通络；咳嗽日久黏痰顽结者，以海藻、昆布、生牡蛎、夏枯草、皂角刺等软坚消结消痰。痰瘀化热者，常以石菖蒲、郁金相配，寒温并用，共奏豁痰活血之效；瘀血较重伴有胸痛者，加降香、五灵脂、延胡索、丹参、郁金以行气活血、散瘀止痛。对于痰瘀互结证，张老师常用生大黄、瓜蒌相配，通腑活血、导痰散结。

2.4 心衰晚期——逐饮温阳为先，益气活血为要

在心衰晚期，HFpEF 和 HFrEF 患者均出现心肺功能明显下降，静息时亦出现胸闷气短症状^[2]。张老师认为阴邪类病，病久损及肾阳，温煦心阳乏权，导致心肾阳虚。心阳虚衰，鼓动无力，血行不畅，血不利则为水；肾阳不足，气化失司，水饮蓄积，上凌心肺，进一步加重心肺之阳微。水不利亦可为瘀^[15]，水饮血瘀互促、互累、互病，使脾失健运、肺失宣降、全身水道失其通调，最终积重难返，乃至阴阳离决。

张老师指出，在心衰晚期 HFpEF 和 HFrEF 皆为心肾阳微，水饮血瘀胶结为患。关键之举乃逐水

饮、活血瘀以通阳，温肾阳、益心气以扶正，力挽阳微阴弦之危，宜选参附汤、真武汤为主方。常以当归、生地黄、丹参等养血和血；血瘀较甚者用三七粉（冲服）。水肿较轻，小便不利者，多以大腹皮、泽泻、益母草利水活血以通心阳^[15]。气虚甚者以人参大补元气，固脱生津。水凌心肺、水肿喘满较重者，佐以葶苈子、桑白皮、泽泻、猪苓等泻肺逐水、渗湿利水、通利三焦水道，使阳气得通，气化得复，并辅以肉桂、杜仲、狗脊、淫羊藿等温而不燥之品，补心阳、暖脾阳、温肾阳，使阴邪得消，阳气得彰。

3 结语

现代医学对 HFpEF 尚缺乏有效治疗方案，HFpEF 已成为全社会的公共卫生难题^[16]。HFpEF 总属本虚标实之证。张老师提出 HFpEF 核心病机为“阳微阴弦”，并依据当今社会生活条件及饮食习惯变化所致的湿、浊、痰、饮类病日益增多的现状，结合自身临证经验，提倡在防治 HFpEF 过程中高度重视湿、浊、痰、饮类阴邪在疾病进展中对阳气产生的影响。张老师基于“湿浊痰饮类病学说”和 HFpEF 各期特点，将湿、浊、痰、饮在类病中的不同层次与 HFpEF 分期相结合，提出“阴邪得祛，阳气得昭”的分期治疗思路，形成了治病求早，祛邪护阳，截断病势，润燥相济，药不远温，兼顾活血的治疗策略和治法。在 HFpEF 的防治中，紧扣“阳微阴弦”之核心病机，将“祛阴邪以护阳气”提升到更加重要的位置，希冀能够开拓思路，丰富中医学治疗 HFpEF 的理论实践体系。

致谢

本文承蒙恩师张伯礼教授审修，在此表示衷心感谢！

参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组，中国医师协会心力衰竭专业委员会，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 2018[J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(10): 760-789.
- [2] HEIDENREICH PA, BOZKURT B, AGUILAR D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on clinical practice guidelines[J]. Circulation, 2022, 145(18): e876-e894.
- [3] CHIONCEL O, LAINSCAK M, SEFEROVIC PM, et al. Epidemiology and one-year outcomes in patients with chronic heart failure and preserved, mid-range and reduced ejection fraction: an analysis of the ESC heart failure long-term registry[J]. Eur J Heart Fail, 2017, 19(12): 1574-1585.
- [4] 中华中医药学会慢性心力衰竭中医诊疗指南项目组. 慢性心力衰竭中医诊疗指南(2022年)[J]. 中医杂志, 2023, 64(7): 743-756.
- [5] DUNLAY SM, ROGER VL, REDFIELD MM. Epidemiology of heart failure with preserved ejection fraction[J]. Nat Rev Cardiol, 2017, 14(10): 591-602.
- [6] REDFIELD MM. Heart failure with preserved ejection fraction[J]. N Engl J Med, 2016, 375(19): 1868-1877.
- [7] 射血分数保留的心力衰竭诊断与治疗中国专家共识制定工作组. 射血分数保留的心力衰竭诊断与治疗中国专家共识 2023[J]. 中国循环杂志, 2023, 38(4): 375-393.
- [8] 李霄, 金鑫瑶, 吕玲, 等. 张伯礼“湿浊痰饮类病证治”学术思想撮要[J]. 中医杂志, 2022, 63(17): 1620-1624.
- [9] GEVAERT AB, KATARIA R, ZANNAD F, et al. Heart failure with preserved ejection fraction: recent concepts in diagnosis, mechanisms and management [J]. Heart, 2022, 108(17): 1342-1350.
- [10] PERRONE-FILARDI P, PAOLILLO S, COSTANZO P, et al. The role of metabolic syndrome in heart failure[J]. Eur Heart J, 2015, 36(39): 2630-2634.
- [11] 郑文科, 柴山周乃, 江丰. 张伯礼教授临床用对(队)药经验谈[J]. 天津中医药, 2016, 33(8): 449-452.
- [12] 谢伟, 康立源, 王硕, 等. 张伯礼治疗冠心病经验[J]. 中医杂志, 2011, 52(18): 1539-1541.
- [13] 董国菊, 刘思雨. 射血分数保留心衰中西医病证结合的分期诊断专家共识[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(5): 254-258.
- [14] 金鑫瑶, 张俊华, 张立双, 等. 张伯礼分期诊治慢性心力衰竭经验[J]. 中医杂志, 2018, 59(19): 1633-1636.
- [15] 江丰, 张磊. 张伯礼教授痰瘀学说及临证应用经验[J]. 天津中医药, 2014, 31(7): 385-387.
- [16] BOLAUG BA. Evaluation and management of heart failure with preserved ejection fraction[J]. Nat Rev Cardiol, 2020, 17(9): 559-573.

(下转第 43 页)