

· 专家经验 ·

罗克聪治疗心力衰竭的经验

贵州省中医研究所(贵阳 550002) 缪美淑

罗克聪主任医师业医 50 余年, 精通西医之理, 熟谙岐黄之道, 在临床实践中, 善于把中西医理论有机地结合起来, 指导治疗各种疑难杂证, 尤其在治疗充血性心力衰竭一病中, 积累了丰富的经验。罗老自拟治疗充血性心衰三大治则, 以此为纲, 遣方用药三管齐下, 疗效显著。现介绍如下。

一、谨守病机治其本 罗老认为, 气血乃维持人体生命之根本, 贵乎流通, 其运行输布全赖于心。心气充足则推动血行以荣四末, 内注五脏六腑。心脏罹患致心气不足, 血运无力, 久必致瘀, 并导致各脏腑气血淤阻、功能失调。如《内经》所言: “心者, 五脏六腑之大主”, 又曰“心痹者, 脉不通”、“营卫不行、五脏不通”。因此, “心气不足、心血瘀阻”是充血性心衰的病理本质, 故以“补益心气、活血化瘀”为根本治法, 选用“生脉散”合“当归补血汤”加丹参、莪术为通治基础方剂。取生脉散补益心气、益气养阴, 当归补血汤补气益血, 丹参养血活血, 莪术温通行滞, 其行血分而破血祛瘀, 走气分而行气消积, 方中黄芪重用至 30 g, 借其温升补宗之力加强全方补气活血之功。另据现代药理实验报道: 生脉散与当归补血汤均有增强心肌收缩力和输出血量之类强心作用, 并能提高缺氧机体摄氧带氧能力; 莪术、丹参有扩张血管、增加动脉血流量、提高纤溶活性、促进纤维蛋白溶解、降低全血和血浆粘度作用。全方可改善心肌功能和静脉郁血状况, 增加周围组织灌注量和血氧分压。

二、对症下药治其标 “营卫不行, 五脏不通”, 五脏脉痹则气机失调, 并导致病理产物生成, 而出现心悸、咳嗽、痰饮、水肿、瘀血、黄疸等一系列危及患者生活质量与工作能力的症状和体征, 在治本同时, 对症下药兼治其标, 以调整脏腑气机, 祛除病理产物, 打断恶性循环链, 缓解心脏负荷是治疗充血性心衰的重要治则之一。如症见夜寐不安、惊悸怔忡者, 于基础方中加酸枣仁、夜交藤养心安神; 症见胸痹心痛者加瓜蒌皮、薤白、延胡索宽胸散结、行气止痛; 症见咳嗽者当辨虚实, 咳嗽喘满, 痰多黄稠不易咯出者, 多为痰热壅肺, 宜加黄芩、苏子、葶苈子、桑白皮清热泻肺涤痰; 喘甚咳微、气不得续、汗出肢冷者为肺肾两虚, 宜加巴戟、仙灵脾、肉桂、白果补

肾纳气、益肺平喘; 咳血者加白茅根、藕节炭, 大、小蓟炭凉血止血; 水肿者重用茯苓、苡仁、滑石健脾利水; 纳差呕恶者加陈皮、法半夏、竹茹和胃降逆止呕; 黄疸者加茵陈、山梔疏肝利胆; 肝脾肿大者加阿魏、水蛭化瘀消癥等等。有是症则用是药, “间者并行, 甚者独行”。

三、祛除诱因制原病 始发病因既是原发心脏疾患的罪魁, 又常可诱发和加重心衰。因此, 祛除诱因、控制原发病是治疗心衰的又一重要关键。如源于风湿性心脏病(简称风心病)者, 多因复感风湿之邪, 内合于脏所诱发, 故于方中加苍术、黄柏、苡仁祛风除湿; 源于肺源性心脏病(简称肺心病)者, 多因温邪袭肺、或寒饮化热而引发, 宜加蒲公英、金银花、黄芩、山梔清上焦肺热; 源于高血压性心脏病(简称高心病)者, 多由肝阳上扰所致, 于基础方中黄芪减半加益母草、杜仲、钩藤、黄芩平肝潜阳; 源于冠心病者, 多由血中脂浊过高所致, 宜加山楂、首乌、泽泻降脂化浊等。

笔者随师侍诊 2 年, 经治数例心衰患者, 以上述三治则为纲, 酌以随证化裁, 均获满意疗效。

四、典型病例 柴某某, 男, 51 岁, 干部。1992 年 6 月 22 日初诊。诉患风心病 20 余年, 心悸、气促、双下肢浮肿加重 1 年。10 年前因“二尖瓣狭窄”曾做心脏瓣膜手术, 术后情况尚可, 5 年前开始有动则心悸气短, 以后逐年加重, 近年来休息时亦觉心慌气短, 双足踝浮肿, 病退在家。诊见患者瘦削, 面色晦暗, 两颧暗红, 口唇紫绀, 胸闷, 心悸, 气短, 语声低微难续(多由家属代诉), 手足厥冷, 纳差, 夜眠时时被憋醒, 需起坐数次方至天明, 有时只得靠于沙发上过夜, 二便短少; 舌淡紫肿胀, 中部龟裂, 苔薄白腻, 脉促。查体: 心界扩大, 肝大肋下 4 横指, 无腹水, 肝颈静脉返流征阳性, 双下肢凹陷性浮肿。听诊: 心尖区闻及收缩期及舒张期杂音, 两肺底可闻及细湿性罗音。诊断: 心气不足、心血瘀阻—风湿型。治法: 补益心气、活血化瘀、养心安神、利水消肿、兼祛风湿。处方: 太子参 15 g 麦冬 20 g 五味子 15 g 当归 6 g 黄芪 30 g 丹参 15 g 莪术 15 g 酸枣仁 30 g 夜交藤 30 g 苍术 15 g

黄柏 15g 苡仁 30g 滑石 30g 肉桂 9g 阿魏 1.5g(馒头皮裹服) 炙甘草 10g。嘱避风寒,卧床休息。6剂后获显效,心悸、水肿皆明显减轻。效不更方,守方续服4个多月,病情逐日减轻,夜眠已能竟夜,可从事轻微家务,还能骑自行车在操场上缓行。改以基础方调理善后,至今1年多,病情较稳定。

五、体会 充血性心衰,中医临床通常归属咳嗽、心悸、水肿等病范畴进行辨证施治,笔者重温经旨,观《素问·痹论篇》曰:“心痹者,脉不通,烦则心

下鼓,暴上气而喘……厥上气则恐”。文中所描述之病位、病机、主症与充血性心衰何其相似,窃以为用“心痹”名之似更确切些。罗老在数十年的临床实践中,对本病采取辨证与辨病相结合,抓住“心气不足、心血瘀阻”为充血性心衰的病理本质,即同病的共性特征,而源于“风湿”、“肝阳上扰”、“痰热壅肺”、“脂浊淤阻”等不同病因及个体,表现出不同的个性特征,从而拟订治疗三原则,即谨守病机治其本;对症下药治其标;祛除诱因制原病。使充血性心衰的中医治疗规范化而又不失辨证原则。

147例脾虚患者血清丙二醛含量变化

第一军医大学中医系(广州 510515) 陈达理

广州医学院第二附属医院 周立红

为了解脾虚与自由基反应的关系,1991年10月~1992年12月我们测定了147例脾虚患者血清丙二醛(MDA)含量,现报告如下。

资料与方法

一、观察对象 脾虚组147例为第一军医大学附属珠江医院、广州医学院第二附属医院门诊及住院患者,男86例,女61例。年龄15~87岁,平均 49.63 ± 16.36 岁($\bar{x} \pm S$,下同)。病种包括慢性胃炎、溃疡病、慢性结肠炎、甲型肝炎、乙型肝炎、胆囊炎、胆石症以及慢性肾小球肾炎、肾病综合征、糖尿病、肺心病、慢性支气管炎、支气管哮喘等。按中医辨证,均符合脾虚诊断标准[沈自尹,等.中医虚证辨证参考标准.中西医结合杂志1986;6(10):598]。在上述脾虚患者中,根据辨证又分为单纯脾虚、脾肾两虚、脾虚肝郁三个证型。单纯脾虚型74例,脾肾两虚型18例,脾虚肝郁型55例。正常对照组26名为来院体检的健康人,年龄25~82岁,平均 45.65 ± 15.15 岁,男17名,女9名。其他证型组37例为慢性支气管炎、肺气肿、冠心病、糖尿病、泌尿系感染、类风湿性关节炎等患者,无脾虚之象,符合痰热壅肺、胸阳不振、膀胱湿热、风寒湿痹等证型的诊断标准(邓铁涛.中医诊断学.第一版.北京:人民卫生出版社,1987)。年龄12~76岁,平均 47.10 ± 16.91 岁,男21例,女16例。三组之间年龄无显著性差异($P > 0.05$),有可比性。

二、检测方法 用改良八木国夫法[第一军医大学学报1986;6(2):152],测定血清脂质过氧化物

的分解产物MDA含量。统计学处理为两均数差别显著性检验(t、u检验)。

结果 正常对照组血清MDA含量为 4.28 ± 0.64 ($\mu\text{mol/L}$, $\bar{x} \pm S$,下同);脾虚组为 6.34 ± 2.51 ,显著高于正常对照组($P < 0.01$)。其他证型组MDA含量为 6.03 ± 1.01 ,亦显著高于正常对照组($P < 0.01$),但与脾虚组无显著差异($P > 0.05$)。

脾虚组中血清MDA含量单纯脾虚型(5.98 ± 1.43)、脾肾两虚型(6.66 ± 1.55)、脾虚肝郁型(6.69 ± 3.65)均显著高于正常对照组($P < 0.01$)。三型之间,脾肾两虚型明显高于单纯脾虚型($P < 0.05$),而与脾虚肝郁型比较无显著差异($P > 0.05$)。脾虚肝郁型与单纯脾虚型无显著差异($P > 0.05$)。

讨论 147例脾虚患者血清MDA含量明显高于正常对照组,说明脾虚证与自由基反应有关,脂质过氧化损伤是脾虚证的病理基础之一。机体出现各种病变时,会产生大量的自由基。因自由基的攻击可使组织器官在结构和功能上受损害,表现在消化道方面,即出现脾胃功能减退的虚象。

脾虚组三型中脾肾两虚型MDA含量最高,可能与该型患者病史长、病情重,清除自由基能力减弱有关。

其他证型组MDA含量明显高于正常对照组,但与脾虚组无显著差异,说明脂质过氧化损伤在攻击的部位和损伤的程度上均不具有特异性。这种损伤可产生于多种证型、多种病变,并非脾虚证所特有。

(本文承蒙陈瓊、周玫教授指导,特此致谢)