

· 学术经验 ·

史大卓教授基于“虚”“瘀”“水”治疗
慢性心力衰竭的临床经验骆金文^{1,2} 史大卓² 杜健鹏² 段文慧²

慢性心力衰竭(简称慢性心衰)是进展性疾病,由心肌细胞肥大、心室重构逐渐向心室收缩和(或)舒张功能障碍进展,临床表现为呼吸困难、运动耐量减退和水钠潴留^[1]。慢性心衰为各种心脏疾病发展的终末阶段,其患病率近年来不断上升,调查显示,慢性心衰的患病率为 1.5%~2.0%,且随年龄的增长呈上升趋势,70 岁以上人群中,10% 老年人患有心力衰竭^[2]。据 2018 年《中国心血管报告》推算,我国慢性心衰患病人数达 450 万人^[3]。中医学无“慢性心衰”病名,多从“水气停滞”认识慢性心衰,如张仲景在《金匱要略》中指出:“心水者,其身重而少气,不得卧,烦而躁,其人阴肿”。史大卓教授在中医学理论基础上,结合现代医学对慢性心衰病理生理认识,提出慢性心衰的病机是不同阶段“虚”“瘀”“水”三者间的相互转化,临床上正确分辨三者的主次关系,是辨证治疗本病的关键。

1 慢性心衰病机

史教授认为,慢性心衰基本病机是心气、心阳亏虚,血脉瘀滞为疾病发展的中间环节,水饮内停为慢性心衰的病理性产物。在慢性心衰的不同发展阶段,“虚”“瘀”“水”三者相互转化。

1.1 “虚”为病之本 心脏舒张血液回流至心,心脏收缩血液进入外周循环,史教授认为这一过程需依靠心气、心阳的温煦和推动。慢性心衰发病初始阶段,心气亏虚、心阳不足,心不能主一身血脉,则心脏收缩舒张功能不全,致全身组织灌注不足,患者常出现活动耐量减退、气短乏力、脉沉而无力等。此外,心为君主之官,心为五脏六腑之大主,心功能障碍,其他脏腑亦受到影响,史教授认为慢性心衰患者常兼脾气失运、肾阳气化不足及腑气不畅等。

1.2 因虚致瘀、致水 随病程进展,心气虚、心阳虚进一步发展,心不能主血脉运行,血脉瘀阻,形成瘀血,如

《灵枢·经脉》所言:“手少阴气绝,则脉不通,脉不通则血不流”。《灵枢·邪客》则云:“营气者,泌其津液,注之于脉,化以为血”,津血同源互渗,心气亏虚,影响津液运行,停聚体内,形成水饮之邪,泛滥肌肤则发为水肿,上逆犯心肺则心中悸动不安,喘而不得卧。

1.3 水瘀互结 史教授认为慢性心衰发展的中、晚期,瘀血内阻、壅遏脉道,津与血同行于脉内,津液运行不利,渗于脉外,发为水肿;水液停滞,经脉气血运行不畅,虚而为滞为瘀。“水”“瘀”相互影响,相互转化,水瘀互结,又进一步阻遏阳气的温煦和宣发,导致恶性循环。

2 治疗方法

根据慢性心衰基本病机,结合发展不同阶段的证候特点,史教授提出以益气温阳、活血利水为基本治法。

2.1 益气温阳治其虚 心气、心阳是温运和维持心脏生理功能的基础,心气亏虚、心阳不足,患者可表现为活动后胸闷气短、乏力、舌淡胖、脉沉弱无力等。史教授认为补益心气、温补心阳是改善心功能的关键,常用甘温之人参和黄芪补气助阳。人参为补气第一要药,入脾、肺、心、肾经,既大补元气,又补益心肺宗气;黄芪长于补气升阳、利水消肿,参芪相须为用,可增强补气之效用。现代研究发现,人参皂苷具有抑制心肌肥厚、改善心室重构的作用^[4]。黄芪可增强心肌收缩力,抑制心肌细胞肥大,改善心功能^[5]。史教授临床人参常用剂量为 5~10 g;黄芪常用剂量为 30~60 g,气虚较甚者,可达 90~100 g。此外,桂枝辛、甘,性温,归心、肺、膀胱经,可温心阳、通血脉,是史教授温阳通脉的常用中药。研究显示,桂枝的主要活性成分桂皮醛可增强心肌收缩力^[6]。本病老年患者居多,老年人肾气不足,久病损及肾阳,常伴随腰膝酸软、畏寒肢冷、舌淡胖苔滑等,针对此类患者,史教授认为运用巴戟天、淫羊藿或小剂量的附子,可有“少火生气”之效。“善补阳者,必于阴中求阳”,阴阳互根互化,慢性心衰常存在阴损及阳和阳损及阴的过程,史教授临床常在益气温阳的同时,配伍麦冬、五味子、山茱萸养阴敛气,使阳气内守,注血脉以促血行。

2.2 活血利水治其实 瘀血和水饮是慢性心衰的主要病理产物,血脉瘀阻,水饮内停,患者常表现为双下肢水肿、胸闷气喘、舌紫黯、舌下脉络迂曲等。史教授认

作者单位: 1. 北京中医药大学研究生院(北京, 100029); 2. 中国中医科学院西苑医院心血管病研究中心(北京, 100091)

通讯作者: 段文慧, Tel: 010-62835342; E-mail: duanwh168@126.com

DOI: 10. 7661/j. cjim. 20200216. 120

为瘀血和水饮,互结互化,互为因果,活血化瘀、利水消肿亦是治疗本病的关键所在。史教授常选用丹参、川芎、益母草、泽兰等活血化瘀;车前子、茯苓、赤小豆、玉米须等淡渗利水消肿。血脉瘀滞、水饮内停,势必影响气机运行,故处方时常佐以陈皮、香附等行气,使气机畅达。此外,史教授强调活血化瘀、利水消肿的同时,要始终注意温补阳气,且不可因温通辛散或渗利水湿而耗伤正气,加重病情。

3 病案举隅

患者,女,45岁,主诉:活动后胸闷心慌、喘憋2年,加重1个月。2017年6月患者因“心前区剧烈疼痛”于北京阜外医院就诊,诊断为:(1)急性广泛前壁心肌梗死;(2)心力衰竭 心功能Ⅲ级。行经皮冠状动脉介入治疗,植入支架枚数不详,术后予规律冠心病二级预防以及利尿治疗。患者日常活动仍感气促、乏力、心悸等。2019年2月19日,患者因活动后胸闷心慌、气喘等加重就诊于中国中医科学院西苑医院心血管病中心。刻下症:胸闷、心悸、气短、乏力,平路缓慢行走约500m即有喘憋,腹胀,纳眠欠佳,二便调。舌质暗,舌体胖,边有齿痕,苔薄白,脉沉细无力。查体:血压:70/48 mmHg,心率:55次/min,双下肢凹陷性水肿。心脏彩超显示:左室射血分数(LVEF):25%,左房内径(LAD):42 mm,左室舒张末期径(LVED):68 mm。血清B型脑钠肽(BNP):2 000 ng/L。西医诊断:(1)慢性心力衰竭急性加重;(2)冠状动脉粥样硬化性心脏病 陈旧性广泛前壁心肌梗死。中医诊断:心衰病(气虚血瘀水停证)。中药处方:生黄芪60g 西洋参10g 麦冬15g 五味子10g 丹参30g 川芎20g 益母草30g 泽兰20g 茯苓20g 车前子30g 玉米须10g 赤小豆30g。28剂,水煎服,每日1剂,每次100 mL,每日2次。西药:呋塞米片20 mg,隔日1次;螺内酯片20 mg,隔日1次;氯化钾缓释片0.5 g,每日1次;琥珀酸美托洛尔缓释片23.75 mg,每日1次。

2019年3月26日二诊:患者诉乏力、活动后胸闷气促等症状较前稍有改善,双下肢水肿减轻,纳、眠可,二便调。舌淡暗,舌体稍胖,苔薄白,脉沉细弱。中药处方:上方生黄芪加至80g,去麦冬、五味子,加陈皮10g,椒目15g。28剂,煎服法同前。西药用量用法同前。

2019年4月30日三诊:患者诉乏力、活动后胸闷心悸等症状较前明显改善,日常活动不受限,双下肢无水肿。舌质暗,苔稍黄腻,脉沉细。中药处方:上方生黄芪加至90g,加黄连10g,去椒目。28剂,煎服法同前。西药处方:呋塞米片20 mg,每3日1次;螺内酯片20 mg,每3日1次。

后续该患者每4~5周末来院复诊1次,继续以补益

心气、化痰利水为基本治法,根据患者气血阴阳、寒热虚实的变化临证加减,巩固疗效。西药治疗不变。患者活动耐量逐渐提高,病情趋于稳定,无特殊不适。2019年7月4日心脏彩超示:LVEF:35%,LAD:40 mm,LVED:62 mm。血清BNP:600ng/L。

按:本例患者以活动后胸闷心慌、喘息等为主要症状,无畏寒、肢冷等阳虚表现,故取黄芪生脉散之意,以较大剂量的生黄芪升提清阳之气,以生脉散益气养阴、收敛心气。患者为全心衰竭,既有活动后喘息的肺瘀血表现,又有双下肢水肿的体循环淤血表现,结合舌质暗,舌体胖,有齿痕,辨证为水瘀互结,故用丹参、益母草、川芎、泽兰活血化瘀,茯苓、车前子、玉米须、赤小豆淡渗利水。二诊患者活动后胸闷心慌、气短等气虚症状未见明显缓解,遂加大生黄芪的用量至80g,补心肺之气以促血行水利,佐以陈皮理气健脾,使补而不滞,加椒目治疗水气犯肺引起的喘闷,《赤水玄珠》认为,椒目“治水泛于肺,肺得水而浮,故喘不得卧”^[7]。三诊时患者乏力症状虽有明显改善,但脉象仍沉细,故用90g生黄芪补气升阳,助心气鼓动血脉。黄芪“走而不守”,补气而不壅滞,研究发现^[8]大剂量黄芪可使肾素、血管紧张素Ⅱ水平明显降低,提高LVEF,减慢心率,提高运动耐量;患者双下肢水肿消退,水液潴留减轻,故去椒目;舌苔黄腻为瘀水互结,蕴而化热之象,故加黄连清解郁热。全方共奏益气、活血、清热、利水之效。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会心血管病学分会. 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] Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure[J]. Heart, 2007, 93(9): 1137-1146.
- [3] 马丽媛, 吴亚哲, 陈伟伟. 《中国心血管病报告 2018》要点介绍[J]. 中华高血压杂志, 2019, 27(8): 712-716.
- [4] 黄钰婷, 徐赞晟, 樊官伟. 人参二醇型皂苷及其各单体的心血管药理活性研究进展[J]. 中国临床药理学杂志, 2017, 33(22): 2311-2313.
- [5] 姚红旗, 侯雅竹, 王贤良, 等. 黄芪心血管药理作用研究进展[J]. 河南中医, 2019, 39(2): 302-306.
- [6] 周祥富. 桂枝在心血管疾病治疗中的作用探讨[J]. 上海中医药杂志, 2012, 46(8): 71-72.
- [7] 明·孙一奎著, 凌天翼点校. 赤水玄珠全集[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1986: 965.
- [8] 严萍萍, 张子芳, 李勇, 等. 黄芪注射液对心力衰竭患者神经内分泌系统的影响[J]. 中华实用中西医杂志, 2004, 4(17): 21.

(收稿: 2019-12-18 在线: 2020-03-02)

责任编辑: 邱禹

· 学术经验 ·

李军教授治疗冠心病介入术后心绞痛的临床经验总结

高 健^{1,2} 李 军^{1,2}

冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)是由于冠状动脉粥样硬化使血管阻塞导致心肌缺血缺氧而引起的心脏疾病,以胸部疼痛为主要临床表现。目前,冠状动脉支架植入术(percutaneous coronary intervention, PCI)因其创伤小、疗效明确并且能够较迅速地缓解临床症状,被广大患者所接受,但也存在支架内再狭窄与支架内血栓等局限^[1],发生冠心病 PCI 后心绞痛。

1 冠心病 PCI 后心绞痛的发病机制及治疗现状

冠心病 PCI 后心绞痛的病理机制与不稳定性心绞痛的发病机制相似^[2], 主要与血管内皮损伤和冠脉微循环障碍相关。金属支架属于异物,将其植入血管内,尤其是多枚支架植入的情况,会损伤冠脉血管及血管内皮。植入支架使得血管自身的舒张收缩功能减退,进而造成冠脉微循环障碍;血管内皮损伤导致物质交换等生理功能改变。多个学者均认为冠心病各种危险性因素最终均会导致冠状动脉内膜的损伤,进而应激性的产生炎症纤维增生,最终导致冠状动脉粥样硬化的形成^[3]。也有学者认为,PCI 后心绞痛的病理基础可能是冠脉血液流变学异常及微循环障碍^[4]。现代研究表明,冠心病 PCI 后心绞痛包括了多种系统的生理异常及病理变化,认为其病机与循环障碍包括全身性或局部循环障碍,特别是与微循环障碍有密切联系^[5]。目前西医药物治疗方法如扩张冠脉、抗凝、抗血小板、调节血脂等能明显缓解患者的临床症状,但对患者的远期疗效控制较差,药物治疗还存在耐药、术后心绞痛易复发等弊端^[6]。

在中医学中并无冠心病或 PCI 后心绞痛病名,根据患者胸闷、胸痛、心慌、气短、乏力、汗出等症状,可将其归属为“胸痹”的范畴。《金匱要略》提出“阳微阴弦”是胸痹主要病机。治疗上以益气温阳、活血化瘀为主。

2 李军教授对冠心病 PCI 后心绞痛病因病机的认识及治疗经验

作者单位: 1. 中国中医科学院广安门医院心内科(北京 100053);
2. 北京中医药大学研究生院(北京 100029)

通讯作者: 李 军, Tel: 010-88001341, E-mail: lijun@gammy.cn

DOI: 10. 7661/j. cjim. 20200202. 115

李军教授认为 PCI 后患者在阳微阴弦病机基础上仍夹杂有其他病因使得胸痛再发。PCI 心绞痛患者相对于非 PCI 患者,普遍存在病程长、病势重、病情复杂的情况^[7]。《血证论》指出“刀伤乃是气分之血,故宜补气以生血。气达患处乃能生肌,气充肌肤乃能行血”^[8]。PCI 后血脉受损,气血亏虚,进而易受外邪侵袭或浊邪内生。正气亏虚,气不能行血,导致瘀血阻络,心脉闭阻,再发胸痹之症。故 PCI 后心绞痛的病机相对复杂,与单纯阳微阴弦病机已有区别。李军教授总结出冠心病 PCI 后心绞痛病机复杂,病位在心,发病与肝、脾、肾三脏功能失调相关,病机主要包括阳虚、气滞、血瘀、阴虚、痰饮等相互作用,病机转化可以因实致虚、因虚致实、虚实夹杂。

李军教授根据多年治疗冠心病 PCI 后心绞痛的临床经验,依据患者的临床症状表现,辨别患者的病因病机,总结出该病临床常见的三种证型及其治法用药。

阳虚血瘀证患者常见胸闷、气短、乏力,甚者喘息不得平卧,胸痛连及背部,痛如针刺,痛有定处,每遇寒或入夜疼痛加重,伴形寒肢冷,手足不温,冷汗自出,面色苍白。舌、脉象多见舌暗红,苔薄白,脉紧涩。治法以益气温阳活血为主。常用黄芪、薤白、肉桂、川芎、丹参等。

痰热瘀血、气滞心胸证患者常见胸闷重而胸痛轻,隐隐作痛,痛有定处,喉间可闻及痰鸣音,痰色黄量多质黏稠,口干口苦,甚者口中异味,气短善叹息,易反酸烧心,腹部胀满,大便秘结,眠差梦多。舌、脉象多见舌暗红,苔黄厚腻,脉滑数沉取弦涩。治法以清热化痰,活血理气为主。常用黄连、栝蒌、半夏、薤白、赤芍、川芎、红花、枳实等。

气阴两虚、瘀血阻络证患者常见胸部隐痛,时作时休,心悸气短,倦怠乏力,声息低微,活动后症状加重,自汗盗汗,虚烦不寐,口干便秘。舌暗红,苔干,脉细或涩。治以益气养阴、活血化瘀为主,常用太子参、麦冬、五味子、当归、生地黄、丹参、赤芍、川芎、降香、红花等。

李军教授特别关注患者的临床症状和舌、脉象以明确辨别患者的证型,从而对证遣方用药。除此以外,李军教授还根据不同患者的个人体质随症进行加减,力求改善患者术后远期预后,体现中医学既病防变、治疗未病的思想,在临床治疗中取得了明显效果。以下