

## 祝光礼教授治疗慢性心力衰竭临床经验撷萃

刘宏飞<sup>1</sup> 陈启兰<sup>2</sup>

(1. 浙江中医药大学第三附属医院 浙江 杭州 310000; 2. 浙江中医药大学附属广兴医院心内科 浙江 杭州 310000)

**摘 要:** 慢性心力衰竭是临床的常见病和多发病,在心血管疾病的治疗中是难点和重点之一,祝光礼教授从循证医学角度出发,客观的认识本病,结合自身数十载临床经验,认为慢性心衰是心气虚、心之气阴两虚到心之阴阳两虚的逐渐发展的过程,水湿为患贯穿整个病程,且为最重要的致病因素,并成为血瘀、痰阻形成的重要原因之一。治疗上肯定了中医药在治疗慢性心衰中的效果,强调“病”“证”相结合,要求实事求是,中西医结合治疗不可偏废,逐步帮助病人回归社会。

**关键词:** 中医治疗; 慢性心力衰竭; 祝光礼

**中图分类号:** R541.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1673-7717(2012)10-2155-04

## Clinical Experience in Treating Chronic Heart Failure by Pro. ZHU Guang-li

LIU Hong-fei<sup>1</sup>, CHEN Qi-lan<sup>2</sup>

(1. Third Clinical Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310000, Zhejiang, China;

2. Guangxing Hospital Affiliated to Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310000, Zhejiang, China)

**Abstract:** Chronic heart failure is one of difficult problems in cardiovascular disease. Pro. ZHU Guang-li based on evidence-based medicine and his clinical experience, considers that chronic heart failure is from heart Qi deficiency to Yin-Yang deficiency in TCM theory, and pathologic water is a major pathogenic factor, which impels blood stasis and phlegm obstruction. In clinic, Pro. ZHU Guang-li thinks Chinese medicine is very useful and emphasize disease and syndrome using traditional Chinese and western medicine, which can get a better curative effect.

**Key words:** treatment of TCM; chronic heart failure; ZHU Guang-li

祝光礼教授现任浙江中医药大学附属广兴医院心内科主任医师、主任,浙江中医药大学博士研究生导师,浙江省省级名中医,从事中西医结合心脑血管疾病临床工作几十年,积累了丰富的临证经验。笔者有幸聆听祝师教诲,指导临床学习。兹就祝光礼教授治疗慢性心力衰竭经验概述如下。

## 1 慢性心力衰竭简述

慢性心力衰竭是一种复杂的临床症状群,是各种心脏病发展的严重阶段,大部分表现为心肌收缩力下降,心排量不能满足机体代谢的需要,器官组织血液灌注不足,同时出现肺循环和(或)体循环淤血。随着人口老龄化进程的加快,其发病率逐年提高,5年存活率与恶性肿瘤相似。患者多伴有高血压、冠心病、风湿性瓣膜病、房颤等病史。临床表现最主要的症状为胸闷气急、乏力、活动耐量降低等等。目前现代医学对本病的认识不断深入,治疗方法不断完善,如利尿剂、ACEI或ARB、 $\beta$ 受体阻滞剂、地高辛,甚至CRT的应用,症状可明显缓解,但随着慢性心力衰竭病程的发展,治疗效果会越来越差,最终演变成成为顽疾,严重影响患者的生活质量,因此,心力衰竭仍是心血管领域的难题之一。特别是一些药物治疗均有一定的禁忌症和不良反应:利尿剂引起电解质紊乱、ACEI可引起刺激性干咳甚至血管性水肿、ACEI和ARB对肾功能不全者有所禁忌、 $\beta$ 受体阻滞剂对支气管痉挛性疾病、心动过缓、II°以上传导阻滞以及明显的液体潴留者应用受到限制,使用不当则引起心功能

恶化,另外对于低血压患者上述药物均应谨慎应用。而且随着病情的发展,利尿剂和地高辛等作用逐渐减弱,加大药物剂量并非良策,而CRT费用较高,应用指征严格,不适用于大部分患者。故对于慢性心力衰竭的治疗,祝师认为应给予综合治疗为宜,即在现代医学治疗的基础之上辅以中医药治疗,缓解症状,提高或改善患者生活质量,使患者能够心理上回归社会。

中医古籍中没有慢性心力衰竭之病名。而字面上接近的“心衰”这一词最早出现于宋代,《圣济总录·心脏门》中有“心衰则健忘,不足则胸腹胁下与腰背引痛,惊悸,恍惚,少颜色,舌本强”之说,《医参》中亦有“心主脉,爪甲不华,则心衰矣”之言。与心力衰竭相关的病名最早见于《内经》,“心胀者,烦心短气,卧不安”、“心痹者,脉不通,烦则心下鼓,上气而喘”,其描述的症状类似心力衰竭的表现。张仲景在《金匮要略》中描述了“心水”的症状,“心水者,其人身重而少气,不得卧,烦而躁,其人阴肿”,不仅其所述证候更接近于现代医学的充血性心力衰竭,更难得的是这一病名所提示的病机与心力衰竭早期的“心-肾机制”学说非常类似。张仲景以后的中医典籍中尚未发现与心力衰竭相关性较强的病名<sup>[1]</sup>。但从其主要临床表现看,属于心悸、喘证、水肿、积聚、痰饮等病范畴。对于心衰病机的论述最早见于《内经》:“味过于咸,大骨气劳,短肌心气抑”、“是故多食咸,则脉凝泣而色变”、“味过于甘,心气喘满”、“劳则喘息汗出,外内皆越,故气耗矣”这些描述除指出了心衰的病因外,还提示心衰的病机为心气虚。《金匮要略》曰:“心气不足,吐血衄血”、“凡食少饮多,水停心下,甚者则悸,微者短气”。《圣济总录》曰“虚劳惊悸者,心气不足,

收稿日期: 2012-05-27

作者简介: 刘宏飞(1979-),男,河南洛阳人,主治医师,博士研究生,研究方向: 中医药防治心血管疾病的研究。

心下有停水也”均明确指出心气虚为心衰的病因。而《金匱要略》中提出的“饮多”则隐含着心脏负荷过重的概念,除此之外还提出了“水停”为心衰的重要病机,而对于心气虚与水停的关系则没有论及。近年来对心衰的病因病机认识已基本趋于一致,即本病属本虚标实或虚实夹杂。本虚为心气阳虚,标实为血瘀、痰饮、水湿,标本俱病、虚实夹杂是其病理特点。涉及到的脏器来看,心衰病位虽然在心,但在心衰发展过程中,一致认为涉及到肺、脾、肾。临证各家辨证分型不大一致,但大多数临床采用《中药新药临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>分为7型:心肺气虚、气阴两亏、心肾阳虚、气虚血瘀、阳虚水泛、痰饮阻肺、阴竭阳脱。而祝光礼教授根据自身的临床体会以及实验研究,主张以简驭繁,更推崇心衰病机由心气虚到心阳虚的演变,其间夹杂水停、血瘀、痰浊等等,并认为“心主血脉”,心脏的正常搏动依赖于心气和心阳的鼓动和温煦,心之气(阳)为心脏功能的基本动力,故心力衰竭本质为心之气(阳)不足,气虚推动无力,而致乏力、胸闷、动则气喘、饮血淤滞于内;阳虚则温化失常,故见畏寒肢冷、小便清长、面色虚浮恍白、水液潴留。大量的研究业已确认,心气虚证心功能减退,气阳同属一性,心阳虚是心气虚程虚的加重,为心气虚证候的基础上,因四肢肌肤不得阳气的温煦而合并寒象也,病位在心,涉及肺、脾、肾,并用益气温阳的方法在临床取得良好疗效<sup>[3-4]</sup>。

## 2 慢性心力衰竭临证分型

祝师认为对于慢性心力衰竭的治疗应结合现代医学认识针对病因治疗,目前临床常见的病因主要为冠心病、高血压、心肌病以及房颤、瓣膜病等。从中医角度讲,心力衰竭病位在心,涉及五脏,病机属于本虚标实,由虚致实,因实益虚。患者由于各种原因导致心气不足,致使水停血瘀痰阻,其中“水停”是“实”的核心,往往是“血瘀、痰阻”的基础所在;而血瘀水停痰阻这些病理产物继而又妨碍气化作用的发挥,故而“益虚”;治疗时当标本兼顾,治本之法为益气温阳,而治标之法很多,如化瘀、降浊、利湿等,但在本病中最主要的是驱逐水湿之邪,以救心君之围,其贯穿治疗慢性心衰整个过程,以求肃清病源,或兼化瘀祛痰。根据病情变化的不同阶段,可分为心气不足、气阴两虚以及心肾阳虚等。辨清本虚脏腑归属和气血、阴阳归属,以及所兼邪实的性质,故祝师结合临床实际,将本病分为以下几型:

### 2.1 心之气虚血瘀证

慢性心力衰竭经过系统治疗在临床达到稳定状态后,心功能往往在Ⅰ~Ⅱ级,水湿为患不明显,尚可胜任一般活动,但许多患者仍有不适表现,临证多有活动后心悸气短、面色晦暗、口唇青紫、胸胁满闷、自觉呼吸不畅等,休息后可缓解,双下肢无明显水肿,舌质紫黯、或有瘀点,脉细涩。故可以在西药基础上并治以益气活血,方用黄芪失笑散加减:生黄芪30g,五灵脂15g,蒲黄15g,川芎12g,赤芍12g,当归12g,炙甘草5g,制香附15g,兼有胸痛者可合用丹参饮:丹参15g,砂仁(冲服)3g,檀香(后下)3g,气虚甚者加用党参或生晒参,或加大益气药物的用量,酌情减少理气药物用量,或改用橘络、绿梅花、炒谷芽等轻疏气机,达到补而不滞之目的;有痰浊者加用半夏、茯苓、竹茹、枳实等祛痰之品;有阳虚者加用桂枝、附子、炙甘草等温阳之品;有阴虚者加用生地、玄参、麦冬等物以滋养阴液。

对于“血瘀”的看法,祝师认为虽然慢性心力衰竭属于心血管疾病,从现代医学或者中医学角度出发,的确存在循

环障碍或者“血瘀”的状况,但这种状况更多的是以“结果”的形式存在:心功能下降导致循环淤血;心气(阳)虚导致推动或温煦蒸发无力而至水停,继而导致“血瘀”的形成。因此并不喜用活血化瘀药物,也不赞成每遇此病动辄大剂桃仁、红花投之。但随着医学以及养生保健知识的普及,“活血化瘀”的观点容易被广大患者接受,且许多患者疑虑西药的“副作用”,有些医务人员为了迎合患者心理,因而导致“活血化瘀”在临床的滥用,而忽略血瘀形成的原因,如气滞、阳虚、寒凝、气虚等,违背了治病求本的原则;而冠心病、卒中、房颤等为病因的慢性心衰患者中,应用阿司匹林、氯吡格雷、华法林等临床证据充分,应向病人解释清楚应用的必要性,同时慎重应用活血化瘀类药物,特别对正在应用华法林的患者,其抗凝功能易受其他食物、药物的影响,同时活血化瘀药物对其抗凝作用影响并不明确,必要时可暂停服中药;但如临证确有舌质紫黯或有瘀斑瘀点、脉涩等血瘀征象,仍以补益心气为主,可酌情加用丹参等药物。而对于活血化瘀药物,祝师认为丹参性味平和,且“一味丹参,功同四物”,每多用之;而桃红、蒲黄、五灵脂、三棱、莪术、乳香、没药等活血之力由弱而强。蒲黄、五灵脂宽胸理气之功胜于桃红,乳香、没药则药味浓重,不便服用,故蒲黄五灵脂在临床多用,其他亦可随证选用。总之,“有是证,用是药,切忌滥用”,用药后应密切观察病情变化,以便对治疗措施做出及时调整。

### 2.2 心之气阴两虚证

对于心衰患者的气阴两虚证,在临床也十分多见,特别是长期应用利尿剂患者,往往临证多表现为心悸气短、倦怠乏力、动辄汗出、头晕、面颧黯红或觉潮热心烦、夜寐不安、口干、舌质红或淡红、舌苔多表现为舌质红少苔且干,或苔有裂纹,脉细数。治疗上益气养阴之法为主。方用黄芪生脉散加减:生黄芪15g,党参15g,麦冬15g,天冬15g,五味子9g,淮小麦30g,郁金12g,寐差者合用酸枣仁汤,喘甚者合用葶苈大枣泻肺汤。偏于阴虚者宜用太子参,力缓而不燥;偏于气虚者可用生晒参,阴虚口干甚者,加用石斛、天冬、元参、天花粉、枸杞子等,甚者则用炙鳖甲;心悸不安者加用青龙齿、珍珠母、苦参、远志等;虚热者青蒿、丹皮、地骨皮等。

“养阴”与“恋湿”往往是临床治疗争论的焦点,也是临床上常见的问题。因为心衰患者几乎都有不同程度的存在水液潴留,而养阴是否会加重水湿之患?各家说辞不一。祝师从临床实际出发认为:一方面,长期应用利尿剂导致的“气阴两虚”符合中医药“久服利湿药物有伤阴之弊”的理论,故可以用益气养阴的方法来纠正治疗;另一方面,慢性心衰患者存在水液潴留的根本问题,利尿剂长期服用是必要的,而心衰患者气阴两虚证得本质仍是心气(阳)不足,导致水不气化,潴留于内,或心气抑顿,推动无力,致水停血瘀。养阴之法确实与水湿相矛盾,但“有故无损”,故治疗上仍偏重于益气,若舌象的确舌红无苔而干或由裂纹,仍需予滋阴养阴,若水湿化浊胶固难出,养阴还有增水行舟之妙,但仍需配合逐水之药,驱邪外出。祝师根据临床经验认为生地、玄参等性较滋腻,麦冬、玉竹、石斛等药性薄润,可临床选用;药物视病情轻重,由轻到重,由少到多,逐渐增加,方为妥当。

### 2.3 心肾阳虚证

慢性心衰患者中表现为心肾阳虚者多为中晚期病人或不严格遵守医嘱者,或应用利尿剂效果不明显者,临证多表

现为心悸、喘息不能平卧,颜面及肢体浮肿,或伴胸水、腹水、脘痞腹胀,形寒肢冷,大便溏泄,小便短少,舌体胖大,质淡,苔薄白,脉沉细无力或结或代。本型中因水停较为严重,治疗上需温阳化气,推动水液运行,促进水邪外出。方用五苓散或苓桂术甘汤或实脾饮加减:生晒参(另炖)9g,白术10g,白芍15g,猪苓15g,茯苓15g,泽泻12g,淮山药30g等。喘咳甚者加用葶苈子、大枣泻肺汤,并加苏子、玉竹泻肺平喘;阳虚明显者加用附子、桂枝;水肿明显者则用五皮饮:如茯苓、泽泻、车前子、大腹皮、冬瓜皮、桑白皮等;颜面及肢体浮肿,脘痞腹胀明显者,可加用炒白扁豆、炒白术、炒薏苡仁,佐以砂仁、绿梅花、炒谷芽理气和胃;水湿退却,症状改善后,则以培补脾胃为主,防止水邪卷土重来,多用参苓白术散加减:常加用菟丝子、肉苁蓉、巴戟肉、仙茅、淫羊藿等药物温补肾阳,佐以枸杞子、制首乌、川石斛滋养肾阴;脾虚甚者重用淮山药、炒薏苡仁等;祝师认为患者表现为心肾阳虚证者,心功能往往在Ⅲ级以上,多属于五脏俱病,阴阳失调,气血阻滞,但总以脏阳虚衰为本,治疗以益气温阳为主,佐以利水活血。临床除心悸乏力气喘等主症外,常见有大便溏薄,小便清长者颇多,此为脾气虚弱或脾肾阳虚不能温化之故,若同时兼见舌红少苔者多为阴阳两虚之证,临证处方时仍应慎用温热燥烈之品,此时则益气为主或酌加桂枝以通阳化气,或以生黄芪、炒党参,甚者生晒参等益气药物鼓舞阳气,缓而图之。南人多宗朱丹溪“阳常有余,阴常不足”之说,多忌用附桂,而祝师则不以为然:虽然丹溪之说无不道理,但若受禁锢于此,则学之又有何用?若临证确有心悸气短,形寒肢冷,大便溏泄,小便短少,而夜尿频多者,桂附投之无妨,加之目前多用淡附片,则更用之无虞,剂量则可由轻而重,视病情3~6g开始,逐渐加量,切不可孟浪用事。参附强心合剂作为院内制剂已应用于临床多年,对于心肾阳虚的心衰患者疗效确切。所拟参附强心合剂中,以红参补中益气,附子补火助阳、回阳救逆,两者相合为参附汤,功在峻补阳气;配合葶苈子平喘利水,使肺气肃清,水道通调;玉竹滋养心阴,又能牵制附子助阳太过。诸药参合,共奏发挥益气温阳利水之功,而又兼顾心阴。对于水肿明显者应考虑调整利尿剂的用量,有报道称车前草60g以上有明显利尿作用,对此祝师认为西药利尿剂药理、用法用量,作用效果已经明确,有较多的临床应用经验,而中药效果缓和,大剂量应用效果不可预知,反观之是否有“伤阴”之弊?且车前草60g以上可能带来煎煮不便的麻烦,增加患者负担,故临证要兼容并包,取现代医学之“验、便、廉”,切不可偏执中医中药学之一端,反而掉入“头痛医头”之彀中。

### 3 主要病因和(或)伴随疾病的治疗

慢性心力衰竭的病因以冠心病、原发性高血压、肺心病居多,尤其是冠心病越来越成为老年人心衰的主要原因。研究证实超过95%的心衰患者合并至少1种非心脏性疾病,并且55%的心衰患者有4种甚至更多种非心脏性并发症。最常见的是高血压、糖尿病以及慢性阻塞性肺疾病。老年人多病性心衰可能是病因,也可能成为诱因。

#### 3.1 血压异常

血压的异常往往伴随着慢性心衰患者的整个患病过程,特别是高血压,不仅是心力衰竭的基础病因,而且可能是其诱发或加重因素,往往表现为心悸胸闷气急伴有头晕,头痛,健忘耳鸣,面部潮热,乏力,腰膝酸软等,舌质红苔白

腻或少苔,脉弦或沉或数。或者随着病情的进展,心肌收缩力的减弱,部分患者血压则偏低,致使许多药物不能很好的应用,而患者症状则明显不能缓解,生活质量大大折扣,临床多表现为多卧少动,心悸气急乏力,动则气喘悸动明显,或头晕似空无一物,或黑朦明显,脉细弱。因此,对于慢性心力衰竭合并血压异常的患者,祝师在治疗本病时仍以“水饮”为病因病机的核心,认为慢性心力衰竭合并血压偏高者,多因本虚,“无虚不作眩”,肾阴亏虚无力制约肝阳,而使其上亢为患;另一方面,水饮之邪盘踞中下两焦,中枢之气机不能条达舒畅,故而为病。本证多见于心衰之气阴两虚者,佐治以滋阴潜阳疏肝理气:常用天麻、钩藤、杞子、白芍、石斛、天麦冬、白薇、地骨皮、柴胡、橘络、郁金、佛手、檀香、砂仁等;还有为风气上扰兼有痰浊者,多因阴血亏耗,痰浊淤阻于内,肝风挟痰湿而上扰清窍,佐治以化痰祛风:常用半夏、茯苓、白术、菖蒲、怀牛膝、络石藤、僵蚕、地龙等。同时在辨证论治的基础上,随证选用现代药理研究有降压作用的中药:如①具有利尿作用的降压中药:防己、杜仲、桑寄生、泽泻、茯苓、扁蓄、茵陈蒿、龙胆草、罗布麻等;②具有受体阻滞作用的降压中药:葛根、佛手、淫羊藿等;③具有中枢性降压作用中药:远志、酸枣仁等;④具有血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)样作用的降压中药:红芪、何首乌、白芍、牛膝、山楂、泽泻、海金沙、法半夏、降香等;⑤具有钙拮抗剂(CCB)样作用的降压中药:川芎、当归、赤芍、红花、丹皮、前胡、肉桂、五味子、蒿本、白芷、桑白皮、薏苡仁等;⑥具有影响血管紧张素Ⅱ(angⅡ)形成的降压中药:清风藤、海风藤、胆南星、瓜蒌、细辛、青木香等<sup>[5]</sup>。而对于慢性心力衰竭合并低血压,祝师认为此多为水饮在停留于内,有碍气化所致,往往以心脾肾同治,视其前后左右,温化水饮为主,多以五苓散加减,或合之以归脾汤、苓桂术甘汤或肾气丸加减治疗。

#### 3.2 糖尿病

目前认为糖尿病是冠心病的等危症,也是引起动脉粥样硬化的主要原因之一,因此很多慢性心力衰竭患者往往合并有血糖的异常,大多医家因其有“多饮、多食、多溺”等症状,认为其病机乃“阴虚内热”。祝师认为血糖是维持生命机体活动的能量之一,属于人体的精微物质,《素问·经脉别论篇》曰:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行。但“血糖”不能经“输布”达于五脏四骸发挥其营养作用,反而羁留于血脉之中,或随溺而下,成为痰(糖)浊,危害健康,首先归咎于脾脏“输布”功能的不利,聚结于内,导致“饮热内结”,继而上灼肺叶,耗气伤津,故口渴明显。轻者当健脾化浊清热为主,重者肺脾肾同治。前者浊聚于内,多生内热,温胆汤基础之上加用黄芩、黄连等,或用西洋参易党参,以免助热,泽泻、薏苡仁化浊利湿,白术、茯苓健脾益气,陈皮等调理气机。后者往往由于病程较长,水饮痰浊胶着难化,阻碍气机运行,治疗时颇为棘手,故在原有基础之上多加理气理血化浊之品,使肝脾中焦气机顺畅,以使缓图。

#### 4 小 结

祝光礼教授临床诊断要求实事求是,处方用药要求贵在灵活,鄙弃生搬硬套。对于慢性心力衰竭,归结为心气(阳)虚为本,“水停”为核心,痰瘀为兼证,治疗上以益气逐水为根本方法。对于兼证,即随证加减。由于其他疾病

# 孟如教授用中医双处方治疗慢性杂病的经验

王清, 吉勤, 张春艳, 李娜, 指导: 孟如  
(云南中医学院第一附属医院, 云南 昆明 650021)

**摘 要:** 通过多个病例探讨了孟如教授应用双处方治疗慢性病的形式和优势, 说明采用两个处方交替服用治疗慢性疾病, 能起到事半功倍的效果, 是值得推广的中医治疗方法。

**关键词:** 慢性病; 病案; 中医治法

**中图分类号:** R593.2

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1673-7717(2012)10-2158-03

## Introduction of Professor Mengru's Experience of Applying Double Prescriptions in Curing Chronic Diseases

WANG Qi, JI Qin, ZHANG Chun-yan, LI Na, Advisor: MENG Ru

(The First Hospital Attached to Yunnan Traditional Chinese Medical College, Kunming 650021, Yunnan, China)

**Abstract:** Via some cases to probe into the forms and advantages of professor Mengru's double prescriptions in curing chronic diseases. We can get twice the result with half the effort if we apply double prescriptions alternately in cure chronic disease. The perfect TCM treatment method deserves to be spread.

**Key words:** chronic disease; case report; method of TCM treatment

传统的中医治病大都采取一证一方的治疗模式, 只是方有大小之分、剂有多少之别。笔者跟随第二批全国老中医药专家学术经验继承工作带教指导老师、全国名中医孟如教授侍诊多时, 目睹她在治疗多种自身免疫系统疾病时, 给每位患者大都书方两首(甚至有时多首), 交替服用(笔者将其称为“双处方治疗”)疗效显著。笔者在应用过程中也发现, 许多慢性病的治疗采用两个处方交替服用, 能起到事半功倍的效果, 现将该独特治疗方式报道如下, 请同道指正。

### 1 两方针对不同的病理环节采用不同治法

慢性杂病在其漫长的疾病发展和演变过程中, 一般病机都较为复杂, 可以出现多种病理因素交结为患, 比如可能出现表湿里湿并见, 表热里热同存, 或兼气滞、或兼血瘀, 或

夹痰浊、或夹水饮等情况, 一方治疗可能出现顾此失彼的局面, 或者出现二三十味的大处方。此时可以根据不同的病理因素拟定治疗方向不尽相同的两首处方, 并交替服用来治疗。如此则处方用药可以做到有条不紊, 全面照顾。举例如下。

**案1** 陈某, 女, 10岁。全身肌肉关节疼痛1年, 尤其以胸前、腰骶部、腹股沟疼痛明显, 在昆明多家省级西医院就诊, 各种实验室检查均未发现异常, 诊为“幼年类风湿性关节炎”。就诊时症见全身肌肉关节疼痛, 尤其以胸前、腰骶部、腹股沟疼痛明显, 疼痛性质表述不清, 夜间加重, 伴见胸闷气短, 纳少, 二便调, 睡眠在疼痛轻时尚可。舌红苔薄腻, 脉滑。书方两首, 一方: 苍术10g, 苡仁20g, 怀牛膝15g, 黄柏10g, 五灵脂15g, 生蒲黄12g, 续断12g, 桑寄生15g, 杭

(如肺源性哮喘)也可以引起类似于心力衰竭表现的症状, 或数者兼而有之, 故临床要求结合现代医学辨证治病。同时对慢性心衰的治疗主张中西并重, 现代医学检测手段以及大规模的临床循证试验结果是客观存在, 也是临床工作者必须客观面对的事实。虽然中医药起效较慢, 但在改善临床症状方面有独特优势, 且不良反应小, 价格低廉, 易于被患者接受。而如果将临床治疗的思维仅限于传统医学, 未免抱残守缺, 坐井观天, 甚则贻误病情, 已有许多实验研究证实慢性心力衰竭以及辨证分型与人体内分泌、细胞因子水平等变化有关, 也为“辨证治病”可以提供疗效的客观化指标, 同时祝师认为现代医学的治疗方法在中药处方时可以参考, 但不可生搬硬套; 祝师早年在西药治疗基础之上加用济生肾气汤治疗心衰, 较单用西药组症状改善方面统

计学有显著差异<sup>[6]</sup>, 其他类似临床报道还有很多, 但不可偏执一端, 片面夸大中医中药的作用, 而忽略了现代医学对慢性心衰的治疗。

### 参考文献

- [1] 黄平东. 中医古籍对心力衰竭的论述探要[J]. 中医药学刊, 2003, 21(4): 592-593.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 77-85.
- [3] 沈建平, 王德春, 祝光礼, 等. CHF患者心气虚和心阳虚与血浆NE和E的关系[J]. 辽宁中医杂志, 1997, 7(24): 296.
- [4] 沈建平, 王德春, 祝光礼. 益气温阳方对充血性心力衰竭患者血浆肾素活性和血管紧张素II浓度的影响[J]. 实用中西医结合杂志, 1997, 5(10): 481.
- [5] 陈启兰. 祝光礼椎基底动脉供血不足临证经验[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(3): 478.
- [6] 楼正家, 祝光礼, 孙西路, 等. 重症充血性心力衰竭几种治法的对比分析[J]. 中国中西医结合杂志, 1993, 8(13): 458-460.

收稿日期: 2012-05-29

作者简介: 王清(1973-), 女, 云南昆明人, 副教授, 硕士, 研究方向: 肾脏病的中西医结合诊疗。