

· 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甙作用,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、咳喘、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;症见咳喘者当辨虚实,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、山栀疏肝利胆;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、山栀清上焦肺热;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 15 g 苡仁 30 g 滑石 30 g 肉桂 9 g 阿魏 1.5 g(馒头皮裹服) 炙甘草 10 g。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。

(本文承蒙陈瑗、周玫教授指导,特此致谢)