

狭窄和扩张型心肌病。根据其临床表现,从中医学理论来分析慢性左心衰竭病位在心、肺,其病机以气虚血瘀为主,夹有痰浊(热),少部分表现为气阴两虚,气虚血瘀贯穿于本病的全过程。运用描述性分析及 Logistic 回归分析等统计方法表明,慢性左心衰竭的中医证型为:(1)心气亏虚、心血瘀阻证(102 例,24.3%);(2)心气亏虚、痰瘀互阻证(99 例,23.6%);(3)气阴两虚、痰瘀互阻证(63 例,10.5%);(4)气阴两虚、心血瘀阻证(44 例,10.5%);(5)心气亏虚、痰热壅盛证(33 例,7.9%)。这些证型涵盖了 81.3% 以上的病例。针对左心衰的中医病机和证型分别采取益气温阳、活血化瘀、益气养阴、健脾化痰、清热化痰等法,选用保元汤、血府逐瘀汤、生脉饮、葶苈大枣泻肺汤、温胆汤加减化裁,可以取得较好的临床疗效。

2 慢性全心衰竭的辨证施治 我们对 705 例慢性全心衰竭住院患者的回顾分析表明,其原发病首位是冠心病,其次是风湿性心脏瓣膜病,扩张型心肌病和高血压病。根据其临床表现,从中医学理论来分析慢性全心衰竭的病位除心肺外,又涉及肝、脾、肾三脏,其病机以气虚,阳虚为本,血瘀水停为标,其病情不断反复加重的过程,充分反映了心、肺、肝、脾、肾五脏功能衰退在血液运行、水液代谢障碍中的病理演变,全心衰竭早期以心肺阳(气)虚为主,病情进一步发展出现消化道瘀血症状时则表现为心脾阳虚,血瘀水停,再甚则出现肾脏瘀血症状,见严重水肿、尿少、甚至腹水、胸水等,而成为心脾肾阳俱虚水饮上泛之证。在全心衰竭的病例中 80% 以上的证型表现为:(1)心阳(气)虚、血瘀水停证(154 例,23.1%);(2)心脾阳虚、血瘀水停证(148 例,22.2%);(3)心脾肾阳俱虚、血瘀水泛

证(136 例,20.4%);(4)阴阳俱虚、血瘀水停证(103 例,15.4%)。其中阴阳俱虚的原因可能与过度利尿,电解质紊乱以及合并糖尿病有关,较少与应用温热类中药相关。针对全心衰竭的中医病理为阳虚气虚、血瘀水停,采取温阳益气、活血利水之法,应用参附汤、五苓散、真武汤、葶苈大枣泻肺汤、血府逐瘀汤等加减治疗,能够很好纠正患者的症状,提高心功能,减少心衰反复加重次数,并可明显减少洋地黄、利尿剂的应用,增强利尿效果。我们治疗慢性全心衰竭常用的经验方由人参、附子、黄芪、茯苓、桂枝、猪苓、泽泻、白术、赤芍、丹参、葶苈子、大枣、大腹皮、益母草、生甘草等组成,经临床药理研究证明,该方具有较好的强心、利尿、扩张血管、减少模型大鼠心肌梗死面积和抗血小板聚集的作用,目前以该方为基础研制的中药新药已完成三期临床试验。

总之,慢性心力衰竭是长期以来心血管疾病治疗领域的一个难题,开展中医药治疗慢性心力衰竭的临床研究有利于推动心力衰竭的治疗进步。近年来的临床研究报告表明,中医药治疗心衰具有较好的临床疗效,但亦存在诸多问题,主要表现为:(1)缺乏基于临床流行病学基础的中医证候诊断标准;(2)缺乏严格设计的多中心临床试验,现有的循证医学证据水平较低;(3)缺乏符合中医药特点的疗效评价标准等;这些问题限制了中医药在慢性心衰治疗方面的推广和应用。因此按照临床流行病学方法进行慢性心衰中医证候诊断标准研究和以临床终点事件为主要指标的中医药治疗心力衰竭多中心临床试验,获得高水平的证据,具有重要价值。

(收稿:2008-10-06)

改善心肾阳气互资是治疗慢性心力衰竭的关键

蒋梅先



慢性心力衰竭(简称心衰)病位在心,初起以心气虚为主,心气虚则产生气虚血瘀的表现;随着疾病的进展,或气虚及阳,或气虚及阴而阴损及阳,均可成心阳式微,不能下归于肾,终致肾阳虚衰,主水无能,饮瘀互结。可以说,在心衰的发病中,心气虚是病

理基础,心阳虚是疾病发展的标志,心肾阳虚则是疾病的重笃阶段;而饮、瘀内停则是病程中的必然病理产物。

多年来,在慢性心衰的治疗上,业内比较一致地以“益气温阳,活血利水”为主要治则。此为改善心衰病心肾阳气互资的基本大法,应贯穿治疗始终。组方中益气温阳之味是君药,可选人参大补心气,黄芪补气助行,附子温心肾之阳,桂枝通阳复脉等;活血利水之品为臣药,可选三棱、莪术、桃仁、车前子、葶苈子等活血软坚,利水蠲饮,以祛邪扶正,匡扶阳气。在改善心肾阳气互资中,两者不可偏废。但由于慢性心衰病因各异,在其病理过程中又有稳定和急性加重之分,为更有

作者单位:上海中医药大学附属曙光医院心内科(上海 200021)

Tel:021-53821650 转 282, E-mail:jmxzgx@medmail.com.cn

效地改善心肾阳气互资,临证尚需注意以下几方面。

1 急则治标,迅速祛邪,匡护阳气。心衰急性加重期每有诱因,常表现为邪实为盛,如支饮急性发作、肝阳暴亢、心脉急性痹阻等,常常因此而重创心阳,使饮邪暴盛,凌心射肺,浸溢肌肤。宜急则治标,尽快去除诱因,迅速控制病情,以祛邪安正,否则会导致心阳暴脱。临证宜在祛邪同时合用温振心肾阳气之品,以匡扶阳气;对有心阳欲脱之先兆者,可遵“急病重肾”之训,添加益肾固脱之品,如补骨脂、山茱萸等,防厥脱于先。

2 缓则治本,重阴中求阳,使精气互生。心衰稳定期仍然处于本虚标实演变的恶性病程中,虽常饮、瘀难尽,但阻断这一恶性循环的关键在于补虚固本,而不可本末倒置,专事攻逐,更伤其正。治疗以改善心肾阳气互资为主,兼以活血化瘀、利水蠲饮。大凡脾胃尚能受药者,应酌加填精益肾之品,如熟地、黄精、山茱萸、补骨脂,乃至鹿角、紫河车、坎炁等血肉有情之味,以阴中求阳,使精气互生。需提及的是,由于心主血脉和肾主水的生理功能,心肾阳气虚衰必致血运瘀滞和水失气化,而有血瘀饮停之虞,因此即便在辨证上并无明显邪实的证据,治疗时也宜适当加用蠲饮祛瘀之品。

3 以心为主,兼顾五脏。虽然心衰病位在心,但其发生发展与肾、肺、脾、肝密切相关。这不仅是因为心衰时的病理产物——瘀血、水饮等的产生与其他四脏疏理气机、代谢水液的功能失常密切相关,以及饮、瘀一旦产生对其他脏腑的影响,还反映在他脏病证影

响心脏时也可发展为心衰。如肺源性心脏病多由“肺病及心”,贫血性心脏病则因“脾病及心”,而“肝病及心”则可见于高血压性心脏病或甲亢性心脏病,至于“肾病及心”在慢性肾病中更为常见。心衰发展过程中,临证常见心与肺、脾、肝、肾两脏或数脏同病,恢复他脏的功能对改善心肾阳气互资同样至关重要,治疗要注意以心为主,并调他脏。如心脾两虚证可用苓桂术甘汤合六君子汤加减;心肺两虚证以参蛤散合葶苈大枣泻肺汤加减;心肝血瘀证治可选柴胡疏肝散、酸枣仁汤、桃红四物汤、鳖甲煎丸等合方化裁。

4 斟酌用药,固护脾胃,切忌孟浪。慢性心衰患者需要长期治疗,但由于胃肠道瘀血,大都存在脾胃运化功能减退。且药食之入,必先脾胃,脾胃一败,生化无源,百药难施,何以恢复心肾阳气互资?故治疗中要处处顾及脾胃,健脾、运脾之品是必不可少的,如白术、白芍、茯苓、猪苓等,健脾利水,尤为适宜。

此外,心衰为病久之证,病机中或正虚或标实,需缓治而难以疾愈,孟浪投药常欲速不达。尤其是治疗稳定期患者,切忌长期使用大剂量药味。从现代医学角度看,由于静脉系统瘀血和动脉系统灌注不足,慢性心衰患者重要脏器功能均有不同程度受损,药物代谢能力下降,体内容易积蓄,要重视心衰治疗中常用药物(如人参、附子、葶苈子等)过量使用致害的报道,并力求实现剂量个体化。

(收稿:2008-10-06)

中国中西医结合学会神经科专业委员会第七次学术会议征文通知

由中国中西医结合学会神经科专业委员会主办的“中国中西医结合学会神经科专业委员会第七次学术会议”,拟于 2009 年 6 月在广州召开。会议将邀请国内本专业著名专家就神经科疾病最新进展做专题报告,欢迎大家就中医、西医、中西医结合基础与临床研究的内容踊跃投稿参加,现将会议事宜通知如下。

征文内容 (1)脑血管疾病、神经肌肉疾病、神经变性疾病、中枢神经系统脱髓鞘性疾病的早期诊断、预防、治疗的临床与实验研究新技术、新方法、新成果;(2)基因治疗和干细胞移植治疗神经系统疾病的新技术、新方法、新成果;(3)睡眠障碍/抑郁焦虑障碍、癫痫、老年性痴呆等疾病、中枢神经系统感染性疾病、亚健康状态神经系统表现及神经系统其他各种疾病如神经系统遗传病等的早期诊断、治疗、预防的临床与实验研究新技术、新方法、新成果。

征文要求 (1)向本次大会提交的来稿应是未在国内外杂志公开发表的稿件;(2)论文要求全文 2 000~4 000 字以内,摘要 500~800 字,摘要另页书写,格式为 Word 文档,字体为小 4 宋体、1.5 倍行距,发至 zxyjhg2009@163.com,邮件主题注明“中国中西医结合学会神经科学学术会议征文”;确实不能发送电子文稿的可将论文打印稿(附光盘)邮寄,并在信封左下角注明“会议征文”字样;(3)请务必在论文题目的下行注明作者姓名、工作单位、通讯地址、邮编及第一作者的电子信箱。

截稿日期 2009 年 4 月 15 日(以当地邮戳为准),征文恕不退稿,请自留底稿。征文邮寄地点:广东省广州市 中山二路 58 号,中山大学附属第一医院神经内科 张成(邮编:510080),联系电话:15920433535(冯医生);13711616830(杜医生);020-87332387(张成教授)。