

唐蜀华教授衷中参西辨治心力衰竭临床经验

朱贤慧 (南京中医药大学附属医院, 江苏 南京 210029)

摘要:总结了唐蜀华教授中西医结合辨治心力衰竭的学术思想和临床经验。概述了唐蜀华教授对心力衰竭的病因、病机的基本认识,对心力衰竭的诊疗思路,以及应用黄芪生脉饮、五苓散、强心合剂等验方的经验。强调临证时应重视性理互参,益气有倚重,温阳要审慎,滋阴不宜深,活血应避免凉,利水需常流,同时应兼顾心力衰竭的病理生理特点和心血管疾病的危险因素。
关键词:心力衰竭;唐蜀华;学术思想;经验

中图分类号:R249.1 文献标志码:A 文章编号:1672-0482(2013)03-0277-03

Research on Clinical Experience of Professor Tang Shu-hua in Syndrome Differentiation and Treatment of Heart Failure Based on Integrated Chinese and Western Medicine

ZHU Xian-hui (The Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, 210029, China)

ABSTRACT: This paper summed up the academic thought and clinical experience of professor Tang Shu-hua in syndrome differentiation and treatment of heart failure based on integrated Chinese and western medicine. An overview was made which included the basic understanding of professor Tang Shu-hua on heart failure etiology and pathogenesis, the unique thought of diagnosis and treatment of combining diseases with differentiation of syndromes of heart failure as well as the experience of application of formula, such as Huangqi Shengmai beverage, Wuling powder and Qiangxin mixture. Meanwhile, this paper stressed that more attention should be paid to clinically interpenetration of properties and principles, such as supplementing Qi, being careful in warming yang, being appropriate in nourishing yin, avoiding circulation and keeping flowing in promoting diuresis, and to the characteristics of heart failure pathophysiology and risk factors for cardiovascular disease.

KEY WORDS: heart failure; Tang Shu-hua; academic thought; experience

江苏省名中医唐蜀华教授,江苏省常州人,主任中医师、博士生导师,从医 48 载,擅长中医内科疾病治疗,对心血管疾病的治法尤有独到见解和体会。

心力衰竭是一组复杂的临床症状群,为各种心脏病的严重阶段,其发病率高、存活率低,是 21 世纪最重要的心血管疾病之一^[1]。唐教授在辨治心力衰竭时,强调现代中医应衷中参西、病证结合、性理互参,发挥学科间优势互补,造福病患。笔者有幸跟师,承蒙教诲,受益匪浅,现将唐教授辨治心力衰竭的学术思想和临床经验总结如下,以飨同道。

1 病机阐微

古代医家对心力衰竭的认识散见于喘证、水肿等相关疾病的记载中。唐教授认为,应以“心衰”作为心力衰竭的中医病名,这不仅体现了现代中医衷中参西的思维特点,同时也体现了其以心为主要病位的病机概要。“心衰”一词最早见于孙思邈《备急千金要方》^[2]。1997 年 10 月《中医临床诊疗术语》^[3]将其作为中医病名,并明确了其病名内涵。

唐教授认为心衰病因常为年老体虚和久病迁延,复因外感、劳累、情志过激、饮食失调等诱发而发病。病性为本虚标实,本虚在于气、阴、阳之不足,标实在于水饮、瘀血。病位在于心,涉及肺、脾、肾。唐教授认为心衰的病理基础以气虚为本,贯穿心衰病程始终;阳虚则常常见于心衰晚期或危重阶段;同时强调应注重心衰阴虚的病机特点:其一,心衰患者多为老年久病患者,具有“阳常有余,阴常不足”的体质特点;其二,心衰患者常应用利尿剂,或过用温阳药,或饮食摄入不足,易致阴液不足,最终气阴两伤。

2 病证结合

病证结合是中医诊断的基本原则之一。辨病重在把握疾病全过程和基本特征,辨证则重在抓住疾病当前矛盾,二者缺一不可。在辨治心力衰竭时,唐教授基于传统中医理论,强调在辨证论治的基础上,重视辨病。同时,结合现代心血管病学研究进展,赋予“辨病”更多的内涵,“辨病”不再单纯是辨中医病名,还应包括以下内容:其一,辨病应辨明病因。不

收稿日期:2013-02-18;修稿日期:2013-04-18

作者简介:朱贤慧(1982—),女,江苏南通人,南京中医药大学附属医院主治医师。

同病因的病机各异,其所致心衰转归也不尽相同。现代研究表明我国心力衰竭的常见病因为:冠心病、高血压、风湿性瓣膜病、病毒性心肌炎、扩张型心肌病等,归属于传统医学胸痹、真心痛、风眩、心悸、心痹等范畴。如冠心病所致心衰常合并痰瘀,风湿性心脏病、病毒性心肌炎所致者当辨风邪(或夹湿、热外邪),而高血压所致者须辨肝肾阴虚。其二,辨病应辨心血管病危险因素。现代医学强调心血管病各种危险因素(包括高血压、糖尿病、高脂血症等)在心血管疾病发病中起着重要作用。现代中医可以发挥中医药整体治疗的优势,多靶点改善相关危险因素,保护靶器官。因此,中医辨病与西医辨病结合所诠释的“辨病”是对疾病本质及全貌的高度概括。诚如清代名医徐灵胎所言:“欲辨病者必先识病之名,能识病名而后求其病之所生”^[4]。

唐教授认为,心衰辨证时,首应分急性期和缓解期,再辨本虚标实之轻重。急性期常以标实为主,治当活血利水为主。缓解期常以本虚为主,治当益气、养阴、温阳。临证时尤应注重辨水饮之显性与隐性:兼见浮肿者,为显性水饮,当多用利水渗湿之品;未见浮肿者,当辨是否存在隐性水饮,当权衡利水之品。此外,临证时尚需注意已用西药对证候变化的影响: β 受体阻滞剂或洋地黄制剂所致心率偏慢、脉结代证候,不能简单以阳虚证论治。因此,通过辨病与辨证结合,从不同角度全面把握心衰患者病机特点,是正确论治的基石。

3 验方举隅

3.1 黄芪生脉饮

黄芪生脉饮由黄芪、人参、麦冬、五味子 4 味药组成,是由古方生脉散演变而来,被现代医家用于治疗病毒性心肌炎、冠心病、慢性心力衰竭、扩张型心肌病、心律失常、过敏性休克、失眠等^[5]。唐教授认为,黄芪生脉饮可作为心衰心肾气阴两虚证的基本方,尤其适用于治疗心衰缓解期,证见体倦、气短、咽干、舌红脉虚者。黄芪生脉饮二补一清一敛,共奏益气养阴、生津止渴、固表止汗之功,不仅可以敛阴止汗,改善西药难以奏效的出汗症状,而且可以益气固本,防止机体反复感冒。遣方时,常选用生晒参,一则生晒参其气清香,味苦而甘,为清补之品,二则价廉、易得。

3.2 五苓散

唐教授认为顽固性心力衰竭或心衰晚期,单纯应用利尿剂易于出现酸碱电解质紊乱,甚至合并利

尿剂抵抗,中西医结合治疗不失为上策。此期常为心肾气阳二虚、水饮泛滥见证,宜用温通利水之法,以防水泛高原,方选五苓散。5 味药均有渗湿利水之效,共奏温阳气化、布散津液之功,治疗“饮停不散”之证,证见小便不利,苔薄白,脉浮或缓者。尤当注意方中桂枝一味,其性味辛温,通阳气,和营卫,开经络,使五苓散用于心衰患者的疗效优于四苓散。

3.3 强心合剂

南京中医药大学附属医院院内制剂强心合剂是根据唐教授多年临床实践所制的自拟方,具有益气温阳,活血利水之功,治疗心衰心阳亏虚,瘀水互阻证,证见面浮、肢肿、喘促、舌暗、苔薄、脉细涩或结代者。根据中医基础理论,选用具有强心、利尿、扩张血管等药理作用的中草药如黄芪、淡附片、党参、麦冬、车前草、丹参、葶苈子配伍组成。动物实验研究证实:强心合剂能够改善心衰大鼠左室血流动力学各项指标,具有增强心肌收缩力,提高左室顺应性,改善心脏舒张功能的作用,虽改善收缩功能作用不及地高辛,但其改善舒张功能作用优于地高辛,并可改善心脏的内分泌功能,减少胸、腹水的发生^[6]。

4 性理互参

唐教授一贯认为作为一名现代中医,不仅应参透传统中药药性理论,更应多掌握现代中药药效、药理、毒理学知识,做到性理互参,方能最大程度发挥中医药特色优势。他着重指出:①益气有倚重。补益心气,当以黄芪为首,人参为备,白术为辅,慎用炙甘草。补气药多归脾、肺经,但《本草新编》《汤液本草》分别指出黄芪、白术亦可入心经,而人参可峻补元气,从传统理论角度看此三者均可用于治疗心衰,现代药理研究亦证实了此三者强心的功效。但是炙甘草虽亦为常用补气之品,并有强心功效,但由于其类皮质醇样作用较显,限制了其在心衰患者的应用。其余补气药强心功用则多不及前药。②温阳要审慎。温阳当以桂枝为首,仙灵脾为备,慎用附子。尽管附子为常用温阳之品,但因为其具有兴奋 β 受体作用,不利于改善心力衰竭的长期预后,故应慎用于心衰患者,尤须避免长期、大量使用。桂枝、仙灵脾为温阳利水之品,现代药理研究表明二者均有利尿作用,当可为温阳利水之选,但须防止过用温阳药伤阴。③滋阴不宜深。养阴宜用浅补之品,慎用壅补之品。据动物实验结果,浅补之品麦冬、天冬、北沙参、玉竹均有强心作用,故常选用。而壅补之品阿胶、龟板、鳖甲过于滋腻、易碍胃,不宜多用。④活血

应避免凉。心衰之“瘀”因于气虚、阳衰,故活血之品宜择益气活血、温通活血,可养血活血,用药不宜偏凉,亦不应过用破血峻剂。⑤利水需常流。凡有液体潴留史者均可应用,但宜缓缓图之,勿取一时之快,从而可以减少西药利尿剂的使用,降低利尿剂抵抗的发生率。利尿当首选益气利水(黄芪、白术)、温阳利水(桂枝)、活血利水(泽兰、益母草常用,而五加皮、马鞭草等屡有胃肠反应而少用)之品,慎用攻逐利水之品。⑥重视心力衰竭的病理生理特点。现已明确,导致心力衰竭发生发展的基本机制是心肌重构,治疗心衰的关键就是阻断神经内分泌的过度激活,阻断心肌重构。因此应避免长期使用会过度激活肾素-血管紧张素系统(RAAS)的中药,如部分理气药青皮、陈皮、枳壳、香附、佛手等;适当选用具有血管紧张素Ⅱ受体抑制作用的中药,如黄芪、何首乌、白芍、清风藤、牛膝等。⑦兼顾心血管疾病危险因素。在辨证基础上,根据所合并的心血管病危险因素选择用药,如兼糖尿病者,可酌加降血糖中药如黄精、山萸肉、枸杞、女贞子、荔枝核、夏枯草等;血脂偏高者,选加调脂中药如山楂、泽泻、葛根、粉萆薢、虎杖、鬼箭羽、郁金、何首乌等;有高血压病者,选用降压中药如鬼针草、天麻、钩藤、葛根、野菊花、玉米须等。

5 验案品鉴

高某,男,54岁,2012年2月8日首诊。患者有扩张型心肌病、心功能不全、高血压史3年,长期口服呋塞米、螺内酯、氯沙坦钾等西药。患者诉3天前自行将利尿剂减量后,夜间胸闷,时欲坐起,腹胀,纳谷不香,偶有干咳,轻度恶心想,大便先干后溏,夜寐欠安。查BP:140/90 mmHg,苔薄水滑,质嫩紫红,脉细弦。面目轻浮,颈静脉充盈,双下肢无浮肿。两肺未及明显干湿性啰音,心界左下扩大,心率68次/分,律齐,S1低钝,心尖区可及3/6级收缩期杂音。上腹部膨隆,无压痛,无反跳痛。心脏超声:扩张型心肌病、左室射血分数48%、中度肺动脉高压(66 mmHg)。B超:腹腔积液,脂肪肝、胆石症。辨证心肾阳虚衰,脾失健运,水瘀内停,治当益气温阳,活血利水。拟方如下:炙黄芪30g,潞党参15g,炒白术15g,猪苓20g,茯苓20g,炙桂枝10g,仙灵脾15g,山萸肉9g,炒枳壳15g,广陈皮10g,姜半夏10g,罗布麻叶15g,生姜2片。7剂,水煎服,1剂/日,分2次口服。继服西药。

二诊(2012年02月15日)。患者面浮、恶心、

咳嗽消退,夜间基本可平卧,纳谷改善,腹胀明显减轻,大便软,苔薄滑,舌质淡红,脉细弦。拟原法治疗。于原方去广陈皮、姜半夏,加炒谷芽15g,炒建曲10g。7剂,水煎服,1剂/日,分2次口服。继服西药。

三诊(2012年02月22日)。患者面浮、恶心、咳嗽、腹胀消退,夜间可平卧,纳谷改善,大便软,苔薄,舌质淡红,脉细。拟原法治疗。原方7剂,水煎服,1剂/日,分2次口服。继服西药。药后病情趋于平稳。

综上所述,唐教授强调辨治心力衰竭应衷中参西,明辨中西医学科各自优势,取长补短,既遵循指南,规范心力衰竭西药治疗方案;又病证结合,充分发挥中医药特色,多靶点、多因素综合干预,庶可更好改善患者生活质量,缓解症状,提高生存率,降低死亡率。

参考文献:

- [1] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.慢性心力衰竭诊断治疗指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(12):1-29.
Chinese Society of Cardiology and Chinese Journal of Cardiology Editing Committee. Guidelines for diagnosis and treatment of patients with chronic heart failure[J]. Chin J Cardiol, 2007, 35(12): 1-29.
- [2] 中华中医药学会. 备急千金要方[M]. 北京:华夏出版社,2008:276.
China Association for Traditional Chinese Medicine. *Beiji Qianjin Yaofang* [M]. Beijing: Huaxia publishing house, 2008:276.
- [3] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语[M]. 北京:中国标准出版社,1997:7.
General Administration of Quality Supervision, Inspection and Quarantine. *Clinic terminology of traditional Chinese medical diagnosis and treatment-syndromes* [M]. Beijing: Standards press of China, 1997: 7.
- [4] 徐灵胎. 徐灵胎医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社,2001:209.
Xu LT. *Xu Lingtai's complete medical book* [M]. Beijing: China press of traditional Chinese medicine, 2001:209.
- [5] 刘燕娟,王飞雪,郝建峰,等. 黄芪生脉饮临床应用及基础研究进展[J]. 现代中西医结合杂志,2009,18(16):1961-1963.
Liu YJ, Wang FX, Hao JF, et al. Advances in basic research and clinical application of Huangqi Shengmai beverage[J]. Mod J Integr Tradit Chin West Med, 2009, 18(16): 1961-1963.
- [6] 陈晓虎,丁以艳,唐蜀华,等. 强心合剂对大鼠充血性心力衰竭血流动力学及心钠素的影响[J]. 南京中医药大学学报:自然科学版,2001,17(2):96-98.
Chen XH, Ding YY, Tang SH, et al. Effect of Qiangxin mixture on hemodynamics and atrial natriuretic factor of rats with Congestive heart failure[J]. J Nanjing Univer Tradit Chin Med, 2001, 17(2): 96-98.

(编辑:叶亮)