

·学术探讨·

充血性心力衰竭中医病机探讨

吴勉华 (南京中医药大学第一临床医学院, 江苏 南京 210029)

摘要:充血性心力衰竭,一般属中医喘息、水肿、心悸、怔忡、心痹、心水等病证范畴。阴阳两虚、心脉瘀滞为其基本病机,虽阴阳俱损,但总以阳虚为主,兼有阴虚,为五脏精气虚衰、功能失调的疑难重症;在脏腑病理上虽为多系统虚损性改变,但病变重点以心肾为主;因虚致瘀是充血性心力衰竭血瘀证的病理特点;气虚血滞,是导致体内水液潴留的始动因素;气血阴阳之虚与瘀血、水饮之实的标本虚实之间,表现为因果错杂的转化关系。

关键词:充血性心力衰竭;中医病机;正虚;瘀水

中图分类号:R 259.416.1

文献标识码:A

文章编号:1000-5005(2001)04-0206-04

充血性心力衰竭(Congestive heart failure, 简称CHF),是慢性原发性心肌病变和心室长期压力或容量负荷过重,导致慢性心功能不全代偿期,引起的一组综合征,常为临床导致死亡的原因之一,严重危害人类健康及生命。CHF系现代医学的一个以病理生理变化为依据的病名,中医传统文献中虽无此名称,但对其临床表现、病理变化及治疗已早有论述,根据其临床特征,一般可归纳于喘息、水肿、心悸、怔忡、心痹、心水诸病证范畴。我们遵循中医辨证论治的原则,在总结周仲瑛老师多年临床实践经验的基础上,提出阴阳两虚、心脉瘀滞是其基本病机,并采用益阴助阳、活血通脉法治疗CHF,取得了比较满意的疗效,现对其发病机理进行探讨。

1 正虚为本

1.1 阴阳并损,阳虚为主

“阴平阳秘”,人即安和,阴阳失调,百病由生,“阴阳离决,精气乃绝”。各种心系疾病,迁延日久,耗气伤津,戕阳损阴,加之外感六淫、内伤情志、体劳过度、药物失宜以及妊娠、分娩等耗损气血津液,致使阴阳虚衰,脏腑功能失调,心失营运,则发生CHF 阴阳两虚、心脉瘀滞证。

心阳(气)亏虚、心脏鼓动减弱、营运无力为CHF 病理变化的主要方面,临床主要表现为心悸

怔忡,喘促短气,进而可致瘀血阻滞,水液潴留等病变。《素问·平人氣象论》曰:“左乳之下,其动应衣,宗气泄也”^[1]。盖宗气积于胸中,贯心脉而行气血,内含心气。心气虚衰,则气血运行障碍,心脉瘀阻不畅,故致左乳下“其动应衣”之心悸。若气虚日久,则进而发展至阳虚,如李用粹云:“有阳气内虚,心下空豁,状若惊悸”^[2]。由于阴阳互根,气血相依,故阴血亏虚,血不养心,心阳(气)失用,则致怔忡,诚如沈金鳌所说:“人所主者心,心所主者血,心血消亡,神气失守,则心中空虚,怏怏动摇,不得安宁,无时不作,名曰怔忡”^[3]。这种阴血亏虚怔忡,CHF 多表现为气阴两虚,纯属阴虚者少见。心与肺同居上焦,心主血脉而肺朝百脉,故心(阳)气亏虚则可引起肺虚不能主气,治节不行,表现为“少气而喘”^[4]。“虚喘……劳动则甚”^[5]。这种CHF 所见虚喘,虽以阳(气)耗损,宗气亏乏,心失营运,肺不主气为主,而气以推血、血以载气,故临床辨证除心(阳)气亏虚外,亦可见阴血不足证,如《症因脉治》即有“阴虚喘逆”^[6]之症。从临床统计来看,CHF 之喘虽气(阳)虚、阴虚皆有,但仍以气(阳)虚为多见,正如张景岳所谓:“气虚之喘,十居七八”^[7]。

总之,CHF 阴阳两虚、心脉瘀滞证病情复杂,阴阳俱损,但总以阳虚为主,兼有阴虚。

收稿日期:2001-02-18;修稿日期:2001-05-10

基金项目:江苏省中医管理局资助项目(9502),2000年获江苏省科学技术进步三等奖。

作者简介:吴勉华(1955-),男,江苏通州人,南京中医药大学教授,博士。

1.2 五脏皆虚,首在心肾

CHF 阴阳两虚,心脉瘀滞证是五脏精气虚衰、功能失调的疑难重症,虽为多脏同病,但其病变重点首在心肾。心居上焦,藏神,为五脏六腑之大主;肾居下焦,主水,为真阴真阳之所寄。心肾两脏,一阴一阳,络脉相连,在维系人体阴阳平衡、协调脏腑生理功能方面起着极为重要的作用。在心脉系统中,“心主身之血脉”,“心藏血脉之气”^[1],是营运气血的动力器官;肾阳上温心阳而益心气,肾阴上济心阴而制亢火,既提供心脏鼓动射血的物质基础,又调节心主血脉的功能活动。各种原因一旦导致心气(阳)虚衰,则鼓动无力,心脉瘀阻,肾气虚衰。一则元阳不振,心气(阳)更虚;二则水不济火,心气浮越;三则阳不制水,水邪内停;四则肾不纳气,气不归根。心肾交病,是CHF 脏腑病理的主导方面。比较《伤寒论》中心肾阳虚、水饮逆乱之苓桂术甘汤、真武汤等证及《金匱要略》中“心水”、“肾水”证所出现的喘咳、胸闷、小便不利、水肿、腹痛欲利等症和CHF 时心肌收缩力减弱、肺循环和体循环瘀血、水钠潴留的临床表现,发现两者有较为一致的内涵;心源性休克,多属心肾阳亡或阳亡阴竭,其临床表现和病理变化与少阴阳衰阴盛重症基本一致^[7],姜氏^[8]亦认识到CHF 与六经辨证之少阴虚寒密切相关。

近年来中西医结合研究发现,心气虚患者均有不同程度的左心室功能不全,主要表现为左室射血间期(LVET)缩短,射血前期(PEP)、等容舒张期(IRP)延长,PEP/LVET 比值增大,且这种异常表现随心气症状加重更为明显^[9]。刘氏等^[10]对65例CHF 患者证候的临床研究表明,全部CHF 患者均表现有心气虚证,同时心阴虚证、心阳虚证与心功能分级显著相关,认为心气虚是发生CHF 的根本原因。阮氏^[11]则根据CHF 与少阴虚寒相关的理论,应用参附汤加味治疗取得明显效果。

此外,CHF 阴阳两虚、心脉瘀滞证与其它五脏之间亦有密切联系。由于心主血脉而百脉朝会于肺,故心气虚衰可引起肺虚而不能主气,导致以下几方面的病理变化:一不能助心行血,输布精微;二不能出浊入清,协调呼吸;三不能主持治节,通调水道。临床出现呼吸困难、动则喘甚,或咳嗽、咯痰、水肿等症。心主血而脾统血,心脾虚弱,气血化源亏乏,一则宗气生成不足,心气(阳)益虚,营运无权;二则土不制水,气机郁滞,可致身肿、腹

满诸症。心主血而肝藏血,调节心脉。心脉瘀滞,肝失疏泄,肝血瘀阻,则见胸胁胀满,肋下痞块,颈脉怒张,爪甲青紫。肝血亏耗、血不养心,则易致心悸怔忡、脉结或代,正如《石室秘录·内伤门》所谓:“心悸非心动也,乃肝血不能养心也”。又云:“怔忡之证……此肝肾之虚而心气之弱也”^[12]。

综上所述,CHF 阴阳两虚、心脉瘀滞证在脏腑病理上表现为以心肾为主的多系统虚损性改变。

2 瘀水为标

2.1 心气失运,血滞脉中

CHF 时的瘀血表现多由气(阳)虚、脏腑气血功能失调所致,其主导因素乃在于心气(阳)虚衰,失于营运,即《素问·气穴论》所谓“气竭血著”^[13]。这种因虚致瘀是CHF 血瘀证的病理特点。《灵枢·经水》曰:“经脉者,受血而营之”^[13]。而血液在经脉中运行有赖于心气(阳)之推动。“气为血帅,气行则血行,气止则血止”^[14],心气(阳)亏虚,推动无力则血滞脉中。早在《灵枢·刺节真邪》即明确提出“手少阴气绝,则脉不通,脉不通则血不流”^[13]的气虚血瘀理论。《素问·痹论》则描述了这种气虚血瘀证的典型临床表现:“心痹者,脉不通,烦则心下鼓,暴上气而喘,噤干,善噫,厥气上则恐”^[1]。此病证可见于风湿性心脏病所致心功能不全。从临床来看,CHF 气虚血瘀表现有如下特点:一是虚、瘀并见,虚实夹杂;二是心肺同病,喘、悸并作。

现代研究认为,有明显的心功能不全时,常发生循环瘀血。临床上CHF 以心排血量不足,组织血液灌注减少,肺循环和(或)体循环静脉瘀血为特征。左心功能不全时,肺瘀血和肺顺应性降低,肺活量减小,则出现呼吸困难,喘息。体力活动或平卧使静脉回流增加,肺瘀血加重,则见劳力性呼吸困难或动则喘甚。肺泡和支气管粘膜瘀血,则咳嗽、咯痰和咯血,两肺底常可闻及湿性啰音。右心功能不全时,食欲不振、恶心、呕吐、尿少、夜尿、肝区胀痛,甚或出现黄疸等症状,均为脏器慢性持续性充血而功能改变所致。其颈静脉充盈或怒张、肝脏肿大和压痛、水肿、胸腹水等常见体征,亦为体循环郁血,静脉压增高的表现^[13],可见,CHF 时的多种瘀血表现,均由心气(阳)虚衰,心功能不全所致。朱氏等^[19]通过气囊漂浮导管监测心脏血流动力学及SII、血液流变学指标、血小板聚集率等测定,证实各种不同程度的心功能不全患者

表现出程度各异的气虚、血瘀证候。这从一个侧面验证了中医学因虚致瘀的理论。

2.2 气血虚滞,饮邪潴留

CHF 时脏腑气化功能障碍,水液代谢(输布排泄)功能异常,导致体内水液潴留,而其始动因素乃在于气(阳)虚血滞。

在生理情况下,气、血、水是脏腑组织器官进行功能活动的物质基础,三者相互依存,相互为用^[1]。《灵枢·邪客》载:“营气者,泌其津液,注之于脉,化以为血”^[13]。即津液流行于经脉之内为血。“血得气之变蒸,变化而为水”^[13]。气为血之帅,气能生血,又能行血、摄血;血为气之母,血以载气,又能养气。气能推血,亦可行水,“气之所致,水亦无不至焉”^[13]。“气化于下,则水道通而为溺,是气行水亦行也”^[13]。在病理状态下,气、血、水互相影响,交互为病。CHF 心肾阳气虚衰、血脉瘀滞发生水液代谢异常的机理有三:一是气虚血滞,“血不利则为水”^[20],即唐容川所谓“瘀血化水,亦发水肿,是血病而兼水也”^[13]。二是瘀血阻肺,肺气不利,不能通调水道,则肿、喘并作。三是肾气(阳)亏虚,开阖失常,加之肾虚不能温脾,脾失转输,津液泛滥,故致尿少、水肿。

现代研究发现,CHF 急性加重或心功能Ⅲ级以上者,心排血量不足使交感神经系统(SNS)迅速被激活,并通过激活肾素-血管紧张素系统(RAS)增强周围血管阻力及心肌收缩力、心率增快。当基本病因未解除,CHF 转为慢性时,这一代偿机制则成为慢性CHF 突出的病理生理状态,RAS 激活过度,血管紧张素Ⅱ(AⅡ)增加,激动突触前膜AⅡ受体并使促去甲肾上腺素(NE)增加,外周血管阻力过分增强,肾小球动脉张力升高,肾小球内压升高,损伤肾功能;AⅡ激活促使醛固酮分泌增加,引起水钠潴留^[21],这一病理过程的始动因素则是心力衰竭,有效循环血容量降低^[23],以及进而引起的外周血管阻力增强,静脉瘀血、静脉压增高。这从不同角度证明CHF 水液潴留的机制与心气(阳)虚衰,营运无力,心脉瘀滞密切相关。

3 标本虚实,因果错杂

CHF 阴阳两虚、心脉瘀滞证的基本病理变化是本虚引起标实;反过来,标实又可加剧本虚。这种病理演变主要有以下几个特点:①阴阳交亏,尤其是心阳(气)虚衰,失于推动,营运无力,导致血

脉不利,瘀血内阻;“瘀血化水”或阳气不足,气化不利,输调失职,则水液留滞;②瘀阻脉络,脏腑失养,功能益损,则气血阴阳更虚。水为阴邪,水饮内停,凌于心,则心阳(气)被戕;射于肺,则肺气不利;困于脾,则化源不足;泛于肾,则命火益虚;③诸原发病证,因于外感六淫,内伤情志,饮食劳倦而加重、恶化,亦可导致CHF 虚实错杂的病理变化,表现为在原有虚、血、水病变的基础上夹有表证、郁证等,使病情复杂,缠绵难解。

现代医学认为,失代偿性心力衰竭,心输出量不能维持正常肾功能所需的临界水平时(维持肾脏正常水平衡的临界心输出量是5 L/min左右),即可导致水钠潴留进行性增加,体循环充盈压进行性增高,右心房压进行性上升,从而引起心输出量进行性下降,形成恶性因果循环^[23]。这种认识,从现代病理生理学角度印证了前述CHF 阴阳两虚、心脉瘀滞证的气血阴阳之虚与瘀血、水饮之实的标本转化关系。

参考文献:

- [1] 黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,1963.43,94,111,241,301.
- [2] 李用粹·证治汇补[M].上海:上海卫生出版社,1958.331.
- [3] 沈金鳌·杂病源流犀辩[M].上海:上海科学技术出版社,1962.139.
- [4] 王肯堂·证治准绳(一)·杂病[M].上海:上海科学技术出版社,1959.146.
- [5] 张介宾著·赵立勋主校·景岳全书[M].北京:人民卫生出版社,1991.426.
- [6] 秦景明著·冷方南点校·症因脉治[M].上海:上海科学技术出版社,1990.140.
- [7] 谈运良《伤寒论》心肾相关理论与心衰证治[J].辽宁中医杂志,1990,14(6):1,17.
- [8] 姜春华《伤寒论》识[M].上海:上海科技技术出版社,1985.140.
- [9] 史载祥,廖家桢,武泽民,等.“心气虚”患者左心室功能的研究[J].中医杂志,1982,23(12):58.
- [10] 刘元章,郭松鹏,姚洪义,等.CHF 患者证候的临床研究[J].中西医结合杂志,1991,11(7):405.
- [11] 阮士怡,张翰清,马建珍,等.参附汤加味治疗心力衰竭[J].天津医药,1977,(6):262.
- [12] 石室秘录[M].北京:中国中医药出版社,1991.60,282.
- [13] 灵枢经[M].北京:人民卫生出版社,1963.36,41,126.
- [14] 杨士瀛·仁斋直指方·见:文渊阁四库全书[M].北京:

- 中国古籍出版社,1986.744.
- [13] 董承琅.实用心脏病学[M].第3版.上海:上海科学技术出版社,1993.518.
- [14] 朱伯卿,戴瑞鸿,查娟娟,等.气血相关理论的研究:补气药治疗气虚血瘀型心力衰竭[J].中西医结合杂志,1986,6(2):75.
- [17] 杨晋翔,邢兆宏.活血利水益气法在充血性心力衰竭中的应用[J].实用中医内科学杂志,1993,7(1):1.
- [18] 唐容川.血证论[M].上海:上海人民出版社,1977.51.
- [19] 裴正学.《血证论》评释[M].北京:人民卫生出版社,1980.14.
- [20] 张仲景述.王叔和集.金匮要略方论[M].北京:人民卫生出版社,1963.47.
- [21] 顾复生.充血性心力衰竭治疗进展[J].中华心血管病杂志,1993,21(6):355.
- [22] 皮修军,陈修.实验性心力衰竭模型的评价[J].国外医学·生理病理科学与临床分册,1987,7(3):303,322.

Pathogenesis of Congestive Heart Failure

WU Manhua

(First Clinical College of Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu, 210029, China)

ABSTRACT: The basic factors in the pathogenesis of congestive heart failure include deficiency of both yin and yang and stagnation of the heart vessels. Although both yin and yang are involved, the main factor is deficiency of yang accompanied by deficiency of yin. It is a serious and intractable disease with exhaustion of the essence qi of the five zang organs and functional disturbance. Though manifested by systemic deficiency pathologically, the disease mainly affects the heart and the kidney. The pathological feature of congestive heart failure is deficiency leading to stagnation, and the primary causative factor of the disease is stagnation of qi and blood. The disease is mixed with both deficiency of qi, blood, yin and yang, and excess of blood stasis and body fluid.

KEY WORDS congestive heart failure; pathogenesis; body resistance; water stasis

·征订·

《南京中医药大学学报(自然科学版)》 南京中医药大学主办,全国有重要影响的中医药学术刊物,本刊为中国科技论文统计源期刊、江苏省优秀期刊,设有学术探讨、临床研究、经验交流、方药研究、针灸推拿、医史文献等专栏,刊登中医、中药、针灸、中西医结合等方面的学术论文及有关情报资料。读者对象为临床各科中医师、中医高等院校、科研单位的教学、科研人员。每期64页,定价5.00元,全年定价30.00元,逢单月10日出版。国际标准刊号ISSN1000-5005,国内统一刊号CN32-1247/R。南京市邮局发行,邮发代号28-232,也可向编辑部直接购买。地址:南京市汉中路282号南京中医药大学学报编辑部,邮编:210029,电话:025-6798051, E-mail: Weidong@njutcm.edu.cn。

《南京中医药大学学报(社会科学版)》 是全国高等中医药院校学报中唯一的社会科学版。1999年创刊(季刊),由江苏省教委主管、南京中医药大学主办,国内外公开发行。设有中医文化、哲学、史学、文献研究、人物、教育研究等专栏,刊登中医文化、哲学经济、中医学史、中医文献、医学心理、医学伦理、中医海内外教育等方面的学术论文。读者对象为高等中医药院校、科研单位的教学、科研人员及广大传统文化、中医药学的爱好者。每期56页,定价5.00元,全年定价20.00元。逢2、5、8、11月18日出版。国际标准刊号ISSN1009-3222,国内统一刊号CN32-5095/C。可向编辑部直接购买,请与张秀春老师联系。地址:南京市汉中路282号南京中医药大学学报编辑部,邮编210029,电话:025-6798051, E-mail: Weidong@njutcm.edu.cn。