

编者按：2016年2月，江苏省卫生和计划生育委员会、江苏省中医药局评选出首批10位江苏省“国医名师”，这是江苏推进老中医药专家学术经验传承工作的又一重要举措。为配合此项工作的开展，本刊今年推出江苏国医名师临床经验系列文章，由10位“国医名师”亲自撰稿，本期刊登唐蜀华教授的文章。

衷中参西辨治慢性心衰心得

唐蜀华 刘春玲*

(江苏省中医院, 江苏南京 210029)



唐蜀华 (1941—), 男, 主任中医师, 教授, 博士研究生导师, 江苏省名中医, 第四、第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 中国中医科学院中医传承博士后流动站指导老师, 首届江苏国医名师。从事中医临床、教学、科研及医院管理工作五十余年, 尤其擅长心系疾病(慢性心力衰竭、冠心病、高血压病、高脂血症、心律失常等)的诊治。一贯强调辨证对待中西医的关系, 最大程度地发挥中医药的特色和优势, 寻求最优化的治疗方案。

摘要 慢性心力衰竭为各种心脏疾病的严重和终末阶段, 中医药因其整体调节的优势, 运用辨证施治为主, 在减轻症状、改善心功能、提高生存质量等方面具有一定的疗效, 已被广泛应用于心衰的治疗中。心衰的治疗应在比较中西医各自优势的前提下, 衷中参西, 病证结合, 强调掌握核心病机, 辨证抓临床特征, 辨病融入辨证, 治疗分标本缓急, 中西长短互补, 组方用药秉持性理互参, 以期采用最优化的治疗方案, 提高临床疗效。

关键词 慢性心力衰竭 中医药疗法 中医病机 投药和剂量

中图分类号 R259.416.1

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2017)09-0001-06

慢性心力衰竭(简称慢性心衰)是由于任何心脏结构或功能异常, 导致心室充盈或射血能力受损的一种复杂临床综合征, 为各种心脏疾病的严重和终末阶段。中医学在古代虽没有心力衰竭的病名, 但在众多中医文献中可见有关病证的类似记载。现代任继学教授在《悬壶漫录》中引入了“心衰”病

名, 1997年10月国家标准《中医临床诊疗术语》的颁布, 明确将“心衰”作为中医规范病名, 沿用至今。从文献记载可以看到, 中医对心衰的认识过程是由标及本, 由浅入深, 从外在的临床表现逐渐深入到内在本质。关于中医治疗心衰的理法方药, 业界已形成较为完整的理论体系。近几年先后出台了《慢

*整理者

性心力衰竭中医诊疗专家共识》^[1]及《慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识》^[2]。笔者于20世纪80年代初期研制了强心合剂,并于10余年前撰文详述心衰的中医辨治^[3]。笔者认为,心衰的现代中医治疗应在比较中西医学各自优势的前提下,衷中参西,病证结合,充分发挥中医药多靶点、多途径综合干预的特色,确能更好地改善患者生活质量,缓解症状,提高生存率,减少再住院率,降低死亡率。下面就此内容谈一点心得。

1 对心衰病因病机的相关认识

早在《黄帝内经》中就有对心衰症状的相关描述,散见于“心胀”“水病”“心痹”等病门下。如《素问》云:“夫不得卧,卧则喘者,是水气之客也。”“水病,下为胕肿大腹,上为喘呼,不得卧者,标本俱病。”汉代张仲景《金匮要略》首次提出“心水”之病名,称“心水者,其身重而少气,不得卧,烦而躁,其人阴肿”。目前业内对心衰病因病机及辨治大法的认识已基本趋于一致。心衰的病因无外乎年老体虚,或久病迁延(如胸痹、真心痛、心悸、心痹、肺胀等),诱因则为外感、劳累、情志过激、饮食失调等。心衰的病位在心,涉及肺、脾、肾。病理性质为本虚标实,本虚主要在于气,但可兼阴阳之不足,标实以血瘀为主,每兼水饮及(或)痰浊。

现代医学既往对慢性心衰的病理机制的认识主要是因心肌收缩力减弱致心排血量减少,不能满足机体代谢的需要,并存在血流动力学障碍,如肺循环、体循环淤血,临床出现如呼吸困难、疲乏、活动耐量下降、四肢末梢发冷、水肿、颈静脉充盈或怒张、肝颈静脉返流征阳性、唇舌紫绀等症征。中医学认为气虚常贯穿于心衰病程的始终。气虚表现气短、乏力、心悸、自汗等症候;阳衰表现畏寒、肢冷;血瘀表现颈静脉怒张、唇舌紫绀;水停则见浮肿、胸水、腹水等。现代研究表明,心功能不全与中医病机的认识——心气虚无力推动血脉,心阳虚无以鼓动温煦,从而导致血瘀水停,在本质上是一致的。

随着现代医学基础和临床研究的深入,对心衰发病机制的认识已不再局限于单纯的血流动力学障碍,而是强调心肌病理性重构和神经内分泌系统过度激活所致的系统反应,切断这两个关键过程是心衰有效预防和治疗的基础。慢性心衰的西医治疗在近20年来已发生了重大的转变,从过去的强心、利尿、扩血管以改善血流动力学状态,转变为以神经内分泌抑制剂为主的长期修复性策略。而中医药因其整体调节的优势,运用辨证施治为主的方法,在减轻症状、改善心功能、提高生存质量等方面具有疗效,

故被广泛地应用。且目前已开始有中医药治疗慢性心衰循证医学的深入研究。但必须承认的是,中医药的临床研究水平在总体上还缺乏过硬的评价指标作为支撑,因而离《指南》的要求尚有较大距离。此外,由于中药(特别是复方)的成分极其复杂,药理的多靶点网络和系统生物学作用理论刚刚起步。临床研究中个体化的施治与大样本的要求矛盾十分突出,共识与个人经验在西医与中医系统中所占比重显然不可同日而语。故在相当长的时间内,中医药的临床实际比西医更为重视个人的实践经验,这也是必须面对的事实。

2 辨治要点

2.1 掌握核心病机,活在知常达变 中医病机的概念是从临床观察归纳分析的结果。心脏长期受累,心气亏损,渐至心阳不足,鼓动血液无力,血流瘀滞,“血不利则为水”,血瘀又可助长饮溢。气阳两虚,水液失于蒸化输布,留聚体内而为饮。瘀水互阻,不仅水饮凌心射肺,而且反戕心肾之气阳,形成恶性循环。结合西医心衰的病理机制来看,心衰因心排血量下降,组织灌注不足,故乏力。肺循环淤血故胸闷气短,活动后症状加重,不耐劳累。以上主症贯穿心衰的始终,故病机以气虚为主。左心衰积久则肺静脉压升高,终致全心衰。肺循环淤血而后周围循环淤血出现肝大、颈静脉怒张、紫绀等郁血征象,心脏排血量下降又引起肾脏缺血而激活肾上腺及肾素-醛固酮系统,使水钠潴留,每见下肢浮肿,甚至全身水肿(如胸水、腹水等浆膜腔积液)。因此,气虚阳衰,血瘀水停宜为中医心衰的核心病机。临证掌握此基本病机,即把握了心衰治疗的关键。与常法相比,变则在于心衰患者的体质各不相同,或兼有阴虚、津伤,或存在因不同原发病及(或)感受风邪、热毒、劳累及饮食不节等使心衰加重的不同诱因,临床辨证又有相当的复杂性,故不可执一而定。

笔者体会,阴虚证是部分心衰的阶段症状或合并症。心衰多为老年久病,朱丹溪所谓“阳常有余,阴常不足”,患者常合并糖尿病、高血压病等疾病,阴虚证候每每多见;心衰又往往存在胃肠道瘀血而致食欲减退,饮食衰少,化源不及;长期利尿伤阴,或过用温阳药耗气伤阴。上述诸多因素均可致阴津不足,症见口渴欲饮,手足心热,盗汗,舌质偏红或红绛,舌瘦,苔少,或无苔,或见裂纹,脉细或数。张景岳谓:“善补阳者,必于阴中求阳,则阳得阴助而生化无穷。”因此,治疗心衰重视益气温阳之际,有时又须适当滋阴(作为臣、佐之属)。我们常优选黄精、北沙参、麦冬、玉竹、石斛等滋养肺胃之品。

心衰患者存在肺淤血,易并发肺部感染,在中医多属外感风热或内蕴痰热。在抗生素每已静脉使用足量的前提下,中药清肺化痰之剂则可酌情减量,以免碍胃。慢性心衰急性失代偿期时,西药利尿剂多需加量,中药利尿剂则酌用常规剂量即可。选药以淡渗利水、益气利水、活血利水为主,不宜峻猛逐水。后者弊多于利,临床多有教训。此外,仍需重视对心衰基础病的治疗。风湿性心脏病有风湿活动时,应积极控制呼吸道感染;血压高则当积极降压。中医学认为,合并外感时宜用银翘散、板蓝根等辛凉解表及清热解毒之品。扩张型心肌病往往存在慢性持续性病毒感染和自身免疫介导导致心肌损伤,宜加生黄芪、刺五加、木灵芝、紫草、虎杖、升麻、银花等益气扶正、清热解毒之品。而冠心病的病理机制为动脉粥样硬化斑块形成,与瘀热相关,宜加桃仁、红花、虎杖、漏芦等化瘀清热解毒之品。

2.2 辨证抓临床“特征”,经验积累更须知识结构的扩增 中医辨证,当然须要经验积累,但笔者体会,要提高效率,更需要知识结构的扩增予以支撑。笔者以往的经验是重视临床“特征”,即以症状、体征的急迫性、特异性、客观性、典型性等特点为抓手,由点到面环环切入认证、辨证,固然屡有所得,但期望功德圆满,仍是皓首难穷。

所谓“急迫性”,就是影响患者生活甚至生存的急迫症状,往往是疾病的主要症结所在,每可由患者主动告知,一般不难判断。如心衰常以活动后气短、心悸、乏力进行性加重为主诉,医者较易想到,至少须要排除心衰。但也可有个别例外,如我们近期收治一位中年男性患者,以“进行性消瘦3月余”为主诉,3月来体重下降15kg,西医院门诊内分泌、肿瘤、普外科先后排除了糖尿病、甲亢、结核、恶性肿瘤等,转入我院。心脏彩超示:左房、左室明显扩大,室壁运动减弱,左心功能不全(LVEF 22%);BNP 2800pg/mL。西医诊断为:(1)扩张型心肌病,慢性心衰;(2)心脏病恶液质综合征?中医诊断开始只能是“虚劳”,待西医诊断明确后,忽悟诊断应为“心衰”,可见疾病的“主症”有时也会深藏不露,须要全面检查,深挖细找,综合分析。虽然迟来了一步,但现代中医终究是进步了。

关于“特异性”,是指某些“症”(包括体征)仅见于某种证或病。中医辨证传统比较侧重于“综合性”,如心衰的“气虚证”除见气短、心悸、乏力外,还可伴活动易累、自汗、懒言少语或语声低微,面白少华,舌质胖嫩、淡白或淡红,脉虚弱等。凡症的程度重、总体数量越多即越典型、越可靠。但对个别症状,尤其是主要症状的“特异性”还发掘不

够。如气短一症,以心、肺疾病多见,而正常人肥胖或缺乏运动的中年人亦常可发生。按中医辨证,许多人一见“气短”(呼吸困难)便以为属“虚”证,其实不然。《金匱要略·胸痹心痛短气病篇》中即指出:“平人无寒热,短气不足以息者,实也。”诸如肺失升降、肝气郁结等“实”证,也不乏“气短”之症,故辨证常须深究“气短”之特点与相关伴随症。如心衰之“气短”病程长,常伴懒言少语或语声低微、易倦乏力、自汗等,一般辨属“气虚证”多不难,但气虚证有心气虚、肺气虚、脾气虚、肾气虚等主脏病位之不同。笔者联系《素问》所谓“夫不得卧,卧则喘者”,此类短气似不同一般,《金匱要略》将此便直接指向了心的病位,称“心水者,其身重而少气,不得卧……”,与现代医学所说左心心力衰竭可以出现“夜间阵发性呼吸困难及端坐呼吸”,在本质上并无不同。故笔者认为,凡气短表现“卧则喘者”,端坐可以减轻的,即可以认定为“心气虚证”。反之,也可以说“卧则喘者”,即是“心气虚证”的一种相对具“特异性”的症状,这种认识十分可贵,应重视发掘。当然,回头看在古代文献中的记载,毕竟还停留在经验阶段,作为现代中医,我们已经懂得了左心衰出现“卧则喘”的机理,从此可以去主动应用这些知识,搜寻相关症状,这无疑是科学的进步,不应有中、西之分。

再如“客观性”,就是客观证据。因为主观症状有个主观表达的问题,受年龄、文化程度、思想动机、耐受及敏感程度种种因素的影响,可能掩盖症状或部分失真,故寻找支撑主观症状的客观证据十分必要。如“气短”是仅限于主观感觉,还是伴有呼吸的频率、节律异常,是否兼有面唇紫绀或张口抬肩等征象。又如“心悸”一症,往往须补充问诊以深究其特点:发病经久或突然,何种原因或状态可使加重或减轻,属持续性或阵发性,持续时间如何,自觉心跳是快是慢,或重,或歇止,或乱,发作加重时是否伴胸闷、胸痛,或伴头晕、黑矇、晕厥,或伴出汗,或伴身重无力……频发加重者尤其要通过仔细切脉,注意发现脉象在“数”(脉动的频率、节律)与“势”(每个脉动周期或一定时段内脉力、脉位、脉数的变化态势)方面有无异常。如心悸特点鲜明,脉象典型异常(见迟、数、促、结、代、涩或叁伍不调、乍疏乍密等),则不但有力地支持“心悸”的客观真实性,也提示心脏实质性病变的倾向,并有助于寒、热、虚、实的中医辨证定性。若再强化检查,尤其是辅之心电图、动态心电图,乃至床边心电图持续监护等,每能有“判善恶,决生死”的价值,如心衰并见严重心律失常者,多提示预后不良。

2.3 辨病融入辨证,有助于提高精准性,反映与时俱进 本文讨论的辨病有两重含义,一是辨病名,即病名的诊断,二是借鉴西医的诊断思路和方法,择其善而从之,帮助中医的辨证。

关于辨病名,清·徐灵胎谓:“凡治病者须先识其病名……识病名然后知病之所在……”,然限于历史条件,长期以来,较多的病名概念,流于症状或体征的感性认识阶段(如喘证、心悸、咳嗽、水肿等)。而能触及具体病变全过程的本质特征和根本矛盾的病名概念(如肺癆等)尚不多。晚近,中医学者约定俗成,越来越趋向将“症”(包括体征)“证”“病”的概念加以区分。1997年以来,由于病名等以《国标》(中华人民共和国国家标准中医临床诊疗术语疾病部分)的形式正式颁布并逐步普及,使中医的病名内涵得以统一、规范,质量与数量均有很大提高。但仅有若干临床表现,单纯依靠“以外揣内”的传统方法,在诊断与鉴别诊断方面,缺少特异和客观指标,尤其在疾病早期很难操作。到2003年,受到现代中医广泛欢迎的《现代中医临床诊断学》问世,它的突出观点是:(1)在常见的50种症状(包括体征)病名以外,将保留传统及新创立的中医病名与西医病名一一对应,是现代中医病历书写要求中西医“双重诊断”的重要参照。(2)重视中医病名诊断的实际操作,每个病名,除对病因、病机、主要临床表现加以概括定义外,又明确列出诊断依据或诊断要点、鉴别诊断、诊断思路、常见证治等项。其关键是在传统辨证的思路和方法基础上,现代中医捅破了必须融合现代医学有关方法、手段的这层窗户纸。

例如心衰,《国标》仅罗列了“因心病日久,阳气虚衰,运血无力,或气滞血瘀,心脉不畅,血瘀水停。以喘息心悸、不能平卧、咳吐痰涎、水肿少尿为主要表现的脱病类疾病”概念内容。临床实际的问题是具体临床表现有时尚须与喘、咳类及水肿类症状的主要疾病相鉴别。前期“心病”是指具有器质性、结构性改变的心脏病,首先要找到相关证据。《现代中医诊断学》则在心衰病的“诊断思路”“诊断要点”“鉴别诊断”等项中做了扼要提示。笔者体会,专科医师还要熟悉相关《指南》与《共识》,才能做到与时俱进。总之,从思路到方法的有机结合,不仅是辨识病名的需要,而且是贯穿于辨证全过程的需要,从“望、闻、问、切”与西医的问诊“视、触、叩、听”相融合,从感官直觉到借助理化检查、特殊器械,对心衰辨证中的辨病因(包括原发病或诱因)、定病位(尤其心与肺的侧重)、定病性(寒、热、虚、实)、辨病机、辨病理因素、定量(症或病的轻重程度)、辨标本缓

急、辨预后转归、辨疗程、疗效等多个环节都有重要帮助。

笔者早年于门诊诊治一老年男性患者,以夜间喘咳为主诉。曾于本市某中医院就医,拟为“哮喘病”,历经数医用化饮、散寒、平喘、止咳,或治标或治本,半年未见起色。乃疑是否存在心衰。查体发现主动脉瓣听诊区有舒张期杂音,笔者得悟其病位主在“心”,而非“肺”也!心气不足,运血无力,血瘀及肺,肺气膈郁,可影响通调水道,当防水气凌心犯肺。乃予大剂益心气、利水之剂,并行超声心动图等检查,发现“主动脉瓣中、重度关闭不全”。因服中药后1月病情有所减轻,翌年延至某西医院心外科手术,终得痊愈。笔者在长期临床实践中体会到,恰当地吸取西医的辨病知识与经验,不仅是眼前能帮助辨证,从长远看,还可以丰富和发展辨证的内容。如心衰患者下肢重着,检查发现下肢水肿,中医认定这是“水停”或“溢饮”。但西医经验尚有“短时间内体重明显增加,是液体潴留的可靠指标”。通过X片、CT或B超发现有胸水、腹水、心包积液,启示中医是否应扩增一个“隐性”水饮(相对于可见的“显性”水饮)的病理概念。现代中医可以理解心衰有左心衰、右心衰及全心衰,都是“阳气虚衰,运血无力”,可以导致“血瘀”。但左心衰主要引起肺循环障碍,外在“瘀血”的表现多不明显,通过X线、CT胸片则可发现“肺郁血”,听诊两肺底或全肺有湿啰音,这就是“血不利则为水”的讯号,肺血瘀阻,使肺失通调,水泛高原,又可凌心犯肺(即急性肺水肿),发生喘脱危象。而右心衰或全心衰则以周围循环障碍为主,可有口唇紫绀、明显的颈浅静脉怒张、肝颈回流征阳性,触诊肝大、肝区压痛,B超可以帮助发现肝郁血、肝硬化等。肝血瘀阻,“血不利则为黄”,此类黄疸属“瘀黄”(多为“阴黄”,阳虚血瘀所致)。病情发展又可加重“臌胀”……笔者体会,把握不同心衰,可以帮助理解“血瘀”也有“显性”与“隐性”之分。“隐性”主脏在肺,其“血不利则为水”;“显性”主脏在肝,其“血不利则为黄”。予知其走势,可以未雨而绸缪。以上举例不过一斑,然已足以证明,辨病择其善者是可以对中医辨病机、辨病理因素等有所帮助的。

2.4 治分标本缓急,中西长短互补 中医治疗原则首先要遵循“治病必求其本”的思想。心衰的本就是要抓住“气虚阳衰,血瘀水停”的核心病机,同时强调治分“标本缓急”,不是齐头并进。原则上在慢性心衰失代偿期,本急先顾其本(如扶正固脱或防脱),标急先治其标(如解表祛邪、清肺化痰、泻肺化饮、调律复脉、活血利水等)。但标本俱急,古人尚缺乏

良策。现代中医已突破陈规,体现与时俱进,可经多途径给药,如口服与静脉“多途并进”,达到标本两不误。而稳定期中医多取本中顾标(即益气、温阳、滋阴基础上参以活血、利水等)。

现代中医要坚持的第二条治则,也许就是约定俗成的“中西医结合,长短互补”,这是现代医患的普遍感受,即急重症者西医应急较强,故慢性心衰失代偿期或急性心衰时,中医院也必须采取“中西医结合,长短互补”的对策。就是在慢性心衰稳定期,有循证医学证据为基础、现代伦理学思想为指导的行业《指南》《专家共识》,也是我们现代中医所不能忽视的原则。

与古代社会不同,处于中、西医并存的大背景下,无论主动或被动,患者对医疗对策的了解也有不断深入和更多选择的权利。但中、西医比较,从总体到具体方法,从不同疾病到每一个细小环节,孰长孰短?要基本达到认识统一,还是一个长期的过程和复杂的问题。不同对象,不同层次,不同经历的人,体会、见解可能大相径庭。可以说,医患之间,医生往往占主导地位;中、西医之间,可能西医发言权更多。笔者从20世纪80年代初开始从事系统研究慢性心衰的中、西医治疗,观察一定样本的单纯中医治疗组,发现近期疗效与西医常规治疗组接近,而中西医结合治疗组无论生活质量或再住院率均优于单用中药或单用西药组。近几十年来,国内中西医结合治疗慢性心衰的样本积累越来越多,研究质量也越来越高,尤其随着以治疗心衰为目标的中成药(芪苈强心胶囊、芪参益气滴丸、参附强心丸、心宝丸、参附注射液、生脉注射液、心脉隆注射液等)上市,反映循证医学的观念不断增强,中西医结合治疗慢性心衰的优越性日益深入人心。不仅是慢性心衰,部分中药制剂,尤其是静脉注射剂,还被推荐用于辅助辨证治疗急性心衰。目前,业界已形成基本共识,即中、西医治疗心衰,各有长短,有机结合,裨益患者。

在肯定疗效的基础上,近年来,相关中药药理学的研究也取得了颇为丰硕的成果。如从药物治疗学的角度出发,再论中、西医治疗慢性心衰的“长”与“短”,笔者认为,概言之,似乎可以集中到“点”与“面”两字。长短互补,实质在于点面结合。慢性心衰现代西医药治疗的关键,也就是以神经内分泌抑制剂为重点(如“金三角”“黄金搭档”等药物)的组合应用,它替代了既往以短期血流动力学改善为目标的策略。大量证据证明,它带来了治疗的革命,使患者的再住院率和死亡率明显下降。这种重点突出、药物成分单一可控、药理清晰、针对性强的治

疗,充分体现了西医治疗慢性心衰的主导优势。但另一方面也必须看到,多数药物都有其禁忌症及(或)不良反应,如药物过敏、低血压、电解质紊乱、心动过缓、传导阻滞、肾功能不全等,临床并不少见,这就限制了其优势在部分患者中的充分发挥。而回望中医治疗慢性心衰的优势,则是从另一角度,即传统的辨证论治、复方组合,着眼于整体调节,着眼于面的“网络药理”作用。因为中药复方的多种药理成分,在常用的小剂量范围,长期应用的经验表明,不仅使用安全,且具多靶点、多途径的整体调节特点,更适合慢性心衰这种多因性多脏器损害疾病。故在西医的“重点阻断”的基础上,综合发挥中医药在心衰发展的过程中对“面”的保护作用,这种中、西医结合药物治疗学策略是具有战略引领意义的。当然,中医需要解决的问题还颇多,如药物有效性的微观机理,包括现代方剂学原理,要搞清楚中药配伍组合的变化机制,即若干有效成分的主要作用,乃至多种成分之间的相互作用。虽然现代研究成果丰硕,但鉴于其复杂性,万里长征才刚起步,还有待相关专家的长期努力。相信坚持耕耘,必有收获。

2.5 组方用药秉持性理互参 组方用药是辨证施治的最终环节,根据辨证得出的结果,理出个性化的处方。笔者的思路是首先应用传统药性(四气五味)、归经、配伍等理论指导,因为于此集中体现了古人的经验,是继承的基础,但也不应裹足不前。因为受古代的哲学、自然科学发展水平的影响,多数还停留在感性认识阶段或经验阶段的理论,很多时候已经难以满足现代人们对“原理”的追求。同时,现代科学技术的进步,对部分中药和方剂的研究日渐深入,一些主要有效成分、体内代谢过程和药理作用已经比较明晰。这些实验研究的成果和发现,今人完全能够拿来参考并在实践中加以应用。如心衰病的气虚证是贯穿疾病始终的主要证素,故对于补气药的选择应用,笔者往往结合上述两种思路在实践中重点推敲。一般我们是有方选方,无方则以法统药。如气虚偏寒选保元汤加减,兼阴虚用黄芪生脉饮出入,兼脾虚加白术、山药,兼肾虚用山萸肉、仙灵脾,兼血瘀配冠心病Ⅱ号方,兼水停则合四苓、五苓之类。同样是补气的单味药,还要结合兼病、兼证、药理特点、个体既往反应,包括性价比、综合利弊等优化选用。在传统补气药中,我们首推黄芪、人参为君。尤其黄芪,它不仅性价比高,而且对慢性心衰的针对性强,药理靶点涉及面广。黄芪的主要有效成分为黄芪甲苷、黄芪多糖及黄酮、氨基酸、多种微量元素等,具有强心、利尿、扩血管、抑制心室重构,以及改善心肌

能量代谢、保护心肌、抑制心肌细胞凋亡、降低血糖、抗病毒、免疫调节、保肝保肾等直接干预心衰或影响导致心衰的原发病及其危险因素等等作用。至于人参,为传统补气的王牌,也有较广的多靶点作用。偏温补可选红参,兼阴虚用西洋参,居中选生晒参,性价比较高的也可用各类参须。太子参在本病实无优势。兼脾虚,气血不足者可用潞党参、大枣。心衰若追溯到原发病或其危险因素,我们的经验是:冠心病气虚证可酌配刺五加、红景天、血塞通片或胶囊;有高血脂症加木灵芝、绞股蓝、血脂康;扩张型心肌病不排除病毒感染者可重用黄芪(≥50~60g/d);兼糖尿病患者不用潞党参、甘草;兼或不兼高血压者均忌长期、过量使用甘草(主含甘草甜素、甘草次酸,有较强的糖、盐皮质激素样作用)。

总结心衰的治疗大法,须注意:补气有倚重,温阳须斟酌,滋阴不宜深,活血宜温和,利水细长流,脏腑崇平衡^[3]。

3 病案举例

张某某,女,60岁。2013年7月16日初诊。

心慌胸闷气短时轻时重10年。既往有心痹宿疾(“风湿性心脏病”史)。近10年来反复心慌胸闷气短,曾住我院,诊断为“风湿性心脏病、联合瓣膜病变、心房颤动、心功能Ⅲ级、高血压”。长期口服“呋塞米、地高辛、比索洛尔、曲美他嗪、阿托伐他汀”等。舌质偏红,苔薄,中有裂纹,脉细叁伍不调。中医诊断:(1)心衰(气阴不足,心血瘀阻);(2)心痹。西医诊断:(1)风湿性心脏病,联合瓣膜病变,心功能Ⅳ级;(2)高血压。处方:

炙黄芪15g,生晒参5g,刺五加15g,天门冬15g,麦门冬15g,五味子10g,紫丹参15g,赤芍10g,川芎10g,姜黄10g,生山楂10g,红景天15g,桑寄生10g。14剂。嘱低盐少食多餐。

二诊:药后胸闷、心慌、气短均有明显改善,夜间可平卧,舌尖偏红,苔薄,前1/3露质,脉细叁伍不调。原方去桑寄生,加山萸肉10g、炒枳壳15g。

期间,患者每2周或4周复诊,均在原方的基础上略作调整,病情尚平稳。

九诊:2013年12月20日,经中西医结合治疗半年,胸闷、心慌、乏力等症状明显减轻,活动耐力增加。近觉下胸部作胀,食欲可。舌尖偏红,舌胖嫩,苔薄,脉细叁伍不调。处方:

生黄芪15g,生晒参3g,刺五加15g,天门冬10g,麦门冬10g,五味子5g,生白术15g,茯苓10g,生楂肉10g,石斛10g,桑寄生10g,紫丹参15g,赤芍10g,川芎15g,姜黄10g,红景天15g。28剂。

此后,患者仍坚持每月复诊,病情平妥。表1为治疗前后患者的心脏彩超指标比较。

表1 张某某治疗前后心脏彩超各指标比较

时间	LAD(mm)	LVIDd(mm)	LVIDs(mm)	LVEF(%)
2013-05-12	49	66	57	28
2013-12-09	43	53	38	54
2014-07-17	41	45	29	65

按:该患者诊断明确,为风湿性心脏病,联合瓣膜病变,心功能Ⅲ-Ⅳ级。本拟于外院行瓣膜置换术,后因心功能差,未果。坚持服用“呋塞米、地高辛、比索洛尔、曲美他嗪”等药物,病情时有反复,遂来求治中医。令人惊喜的是,该患者坚持服用中药汤剂近1年,心衰症状明显减轻,心脏彩超各指标亦显著改善,近期已无需手术。

风湿性心脏病联合瓣膜病变除非解除机械性因素,并无有效治疗方法。该患者经中西医结合治疗,取得显著效果,心功能明显改善。笔者考虑,中医“点面结合”的治疗可能有效。在慢性心衰的治疗上,西医重在抑制神经内分泌、改善心肌重构等,治疗重点在明确的“点”上,而中医治疗重点则在“点面结合”。就本病而言,中医药可能在风湿活动、心肌代谢、抗病毒、免疫调节、抑制心肌细胞凋亡等环节发挥作用。因此,尽管中药复方含多种成分,药理机制并不明晰,但在治疗多因素疾病时,这种“点面结合”的治疗或许具有战略性意义。

参考文献

- [1] 冠心病中医临床研究联盟,中国中西医结合学会心血管病专业委员会,中华中医药学会心病分会,中国医师协会中西医结合医师分会心血管病学专家委员会.慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识[J].中医杂志,2014,55(14):1258.
- [2] 中国中西医结合学会心血管病专业委员会,中国医师协会中西医结合医师分会心血管病血专家委员会.慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识[J].中国中西医结合杂志,2016,36(2):133.
- [3] 唐蜀华.中医药治疗充血性心力衰竭的临床体会[J].上海中医药杂志,2003,37(1):23.

整理者:刘春玲(1970—),女,医学博士,副主任中医师,硕士研究生导师,擅长中西医结合治疗冠心病、高血压病、慢性心力衰竭等。
njliuchunling@163.com

收稿日期:2017-03-28

编辑:王沁凯