

龙家俊辨治心衰病临证经验

蒋文波^{1,2} 叶小彬² 史波² 金玉³ 徐俊伟⁴

(1.南京中医药大学第一临床医学院,江苏南京210023;2.南京中医药大学宿迁附属医院,江苏宿迁223800;
3.江苏省中医院,江苏南京210023;4.南通大学附属医院,江苏南通226001)

摘要 龙家俊教授临床治疗心衰病秉承“三因”学说,首创“七淫八情”理论,提出外因“毒”邪、内因“压”情致病的病因学说,倡导“多维辨证,三因制宜”,治疗以“多维辨治,综合干预”为主要思路,并自拟“龙氏强心饮”及创立“一个病一个主方”的用药模式,结合针灸、推拿等外治法,力求因、证、病治疗的和谐统一。附验案1则以佐证。

关键词 心衰病;七淫八情;名医经验;龙家俊

基金项目 江苏省中医药局科技项目(YB2017065);宿迁市科技局项目(S201801);江苏省中医药科技发展计划面上项目(MS2021092)

心力衰竭是由于心脏结构或功能异常导致心室充盈或射血能力受损的一组复杂临床综合征,其主要表现为呼吸困难和乏力(活动耐量受限),及液体潴留(肺淤血和外周水肿)^[1],是多种心脏疾病的终末阶段。王叔和最早提出“心衰”一名,《脉经》载:“心衰则伏,肝微则沉,故令脉伏而沉。”《中医临床诊疗术语》^[2]确认“心衰”是以喘息心悸、不能平卧、咳吐痰涎、水肿少尿为主要表现的脱病类疾病。《中医内科学》^[3]首次在心系疾病中增加“心衰病”。

龙家俊教授为江苏省名中医,从事中医临床、教学工作58载。其临证注重虚实兼顾、寒热并用,常诸法联用或采用经方、时方,并结合现代病理、生理、药理学理论诊治疾病,中西合璧,成就斐然。笔者有幸跟师学习10余载,受益颇丰,现将其辨治心衰病的学术思想及治疗经验介绍如下。

1 源病求理,推陈出新

龙老分析当代时人时病,秉承“三因”学说,审因求证,创立“七淫八情”理论^[4-6]。外因方面提出“毒”邪致病,衍传统六淫,创“风、寒、暑、湿、燥、火、毒”七淫;内因方面提出“压”情致病,衍传统七情,创“喜、怒、忧、思、悲、恐、惊、压”八情。龙老融会中西,提倡中医四诊与现代医学检查相结合的诊断方法,临证时注重因、证、病互参,倡导“多维辨证,三因制宜”,重视辨证、辨病与辨因紧密结合,治疗以“多维辨治,综合干预”为主要思路,并结合现代中药药理学研究成果,对中西医学深层次结合模式进行了有益探索。同时,龙老创立“一个病一个主方”的

用药模式,力求因、证、病治疗的和谐统一。

2 外因“毒”邪,内因“压”情

心衰病与感受外邪、禀赋不足、饮食失常、情志不调、劳伤过度密切相关。发病早期以心气虚为主,后期以阳虚为主,病程迁延致血液瘀滞,痰浊水饮内停,临床表现为本虚标实、虚实夹杂之证。本虚为心气、心阳虚损,或五脏虚损累及心脏;标实为瘀血、痰浊、水饮、气滞、寒邪等痹阻心脉。多种病因损伤心脏元气,阻遏心脉气血,病邪渐次深入,阴阳二气不相顺接,邪气滞结心脉,心气大损,终至心阳衰竭,发为心衰病。

龙老深思医理,提出外因“毒”邪、内因“压”情致病学说。其一,首辨压情。当今社会节奏快,经济压力、社会压力、心理压力与久病形成的病态心理导致心衰患者处于持续“高压”状态,引发多种生理-心理不平衡,长期的身心失衡是多种心血管疾病进展至心衰病的重要因素。因此,缓解“压”情、调心理气是防治心衰病的重要方法。其二,重视辨毒邪。心衰久病,元气耗伤,元阳亏虚,虚实夹杂,寒毒、痰毒、瘀毒、饮食之毒等毒邪扰心,痹阻心脉。正虚邪实是心衰病痼疾难医的根源,审毒之因、培元化毒是防治心衰病另一重要方法。

3 审证求因,缓压祛毒

龙老诊疗心衰病,擅长中西互参,标本兼顾,以中为本、西为用,针对心阳不振、心脉瘀阻与毒压致病的核心病机,治以温心阳、养心阴、益心气、活心络,配以缓压情、祛毒邪之法,辅助针灸推拿。龙老

根据四逆汤合生脉饮化裁,创制“龙氏强心饮”,处方:熟附片10~30g(先煎3h),川桂枝20~30g,潞党参30g,剖麦冬30g,五味子10g,生黄芪30~60g,制黄精30g,抚川芎20g,炒赤芍30g,车前子30g(包),葶苈子30g。方中熟附片、桂枝温心阳;党参、麦冬、五味子取生脉饮之意,以养心阴;黄芪、黄精益心气;川芎、赤芍活心络;车前子、葶苈子利水消肿,以祛毒邪。

4 多维辨治,三因制宜

4.1 辨体质 龙老注重个体体质的差异,临证时重视体质辨证,认为虽同样患心衰病,但脏气强弱体质表现各异,当辨体质以施治。心气虚质,加生晒参10g,生黄芪加量至60~80g,以益心气;心阳虚质,加熟附片30g(先煎3h)、高丽参10g(先煎2h)、肉桂6g(后下),以温心阳;阴虚质,加玉竹15g、天冬30g,以养心阴;血瘀质,加桃仁(打碎)10g、红花10g、炙水蛭10g,以通心络;气郁质,加香附10g、郁金10g、合欢皮10g,以畅心气;痰湿质,加制南星10g、姜半夏10g(打碎)、茯苓20g、炒枳实7g、陈皮7g,以祛痰浊;湿热质,加黄连3g、黄芩10g、泽泻20g,以清心火、利水湿。

4.2 辨季节 “人与天地相参,与日月相应”,四季更替,二十四节气节律变化,昼夜人体阴阳盛衰消长,龙老认为这些时令变化对心衰病患者皆有影响。春季酌加薄荷6g(后下)、菊花10g,以疏散风热;夏季酌加荷叶15g、莲子心5g,以清热解暑、养心安神;秋季酌加百合30g、北沙参20g,以养阴润肺;冬季酌情兑入羊肉汤200mL同煎,以温补阳气。

4.3 辨地域 不同地域因自然环境以及饮食文化的差异,导致人群体质不尽相同,治疗应注意这些差异,龙老临证时加以区别对待。东北地区,加鹿角片15g(打碎先煎),以温补阳气;西北地区,加天冬30g,以养阴润肺;长江中下游地区,加藿香10g、佩兰10g、杏仁10g、白蔻仁5g(后下)、生薏苡仁30g,以芳香化湿。

5 配合外治,综合干预

针灸与中药相结合是龙老治疗心衰病的重要特色。针灸通经活络之力有余,而补益五脏之力不足。中药补益脏腑阴阳气血之力有余,通经达气之力较针灸略有不足,针灸与中药相结合可相辅相成,提高临床疗效。龙老主张按病因、病机辨证取穴与按时取穴相配合,因人之气血运行与盛衰随时而变,故针灸也应按时而行,正如《素问·八正神明论》曰:“凡刺之法,必候日月星辰,四时八正之气,气定乃刺之。”龙老根据临床可操作性与患者病情虚实,在辨

证取穴的基础上,结合十二经气血运行规律与气血盛衰,运用五行生克之法,去宛陈、补不足,扶正祛邪,疏通经络。龙老治疗心衰病的主穴:膻中、内关、神门。辨证加减:元阳虚衰者,配命门、关元;瘀阻心脉者,泻血海、膈俞;痰湿壅塞者,配丰隆、关元穴,施温针灸;心虚胆怯者,配心俞、胆俞、阳陵泉;心阳不振者,针灸并用,补肾俞、心俞。辨体质加减:气虚质,补气海、足三里,针刺加灸;阴虚质,补太溪、三阴交;痰湿质,配解溪、中脘、丰隆,针刺加灸;湿热质,泻曲池、太冲;气郁质,泻太冲、期门。辨季节加减:春季加大椎升阳或温针灸;夏季加上巨虚祛湿;秋季加三阴交滋阴;冬季温灸神阙。辨地域加减:东北寒冷之地加灸神阙、肾俞;西北干燥地区加补太溪、三阴交;长江中下游多梅雨,配极泉、曲池、委中。每日1次,连续治疗14d为1个疗程。

龙老一贯主张运用多种疗法综合治疗心衰病,穴位推拿亦是有效的辅助治疗手段,可作为对针刺有恐惧心理的患者的替代疗法。临证遵循“经之所过,主病所及”,“气至则有效,气速至则速效,气不至则不效”的治疗原则,随证取穴,以心经、心包经穴为主进行按揉推摩,反复操作3~5min。每日1次,连续治疗14d为1个疗程。

6 验案举隅

郑某,男,74岁。2017年9月21日初诊。

主诉:反复胸闷、气喘1年余,加重20d。患者既往有高血压病史10年,2002年因严重心律失常在外院行心脏单腔起搏器植入术,因电池耗竭于2011年更换起搏器。患者1年前开始出现胸闷气喘症状,活动耐量呈逐渐下降趋势,病情反复发作,迭经西医治疗无效,遂求治于中医。刻诊:活动后胸闷气喘,伴端坐呼吸,夜间阵发性呼吸困难,口唇紫绀,暖气反酸,脘腹撑胀,纳呆,夜寐不宁,双下肢中度水肿,皮肤色黯淡发紫,足冷,趺阳脉无力,舌体胖边有齿痕,舌下静脉充盈,舌苔白腻,脉细涩。查体:血压170/100mmHg(1mmHg \approx 0.133kPa),神清,口唇紫绀,颈静脉充盈,肝颈静脉回流征(+),双肺呼吸音粗,双下肺可闻及湿性啰音,心界叩诊呈全心扩大,心率85次/min,绝对不齐,心音强弱不等,心尖部听诊区可闻及3/6级收缩期吹风样杂音,上腹胀,剑突下压痛,肝区叩击痛。彩超:淤血肝,肝脏形态饱满;胆囊炎;胰脾双肾未见异常;双下肢动脉硬化伴混合斑块形成,双下肢深静脉未见血栓形成。超声心动图:全心增大,二尖瓣中度关闭不全,三尖瓣重度关闭不全,主动脉瓣轻度关闭不全,左室舒张收缩功能下降,左室舒张末内经63mm,左室收缩末内经

49 mm,室间隔厚度10 mm,左室后壁厚9 mm,左室射血分数44%。头颅CT:老年性脑改变。24 h动态心电图:心房颤动,间断起搏心率,完全性右束支传导阻滞,总心搏数88 817次,平均心率70次/min。胸部X线摄片:心影外形增大,左侧胸部见起搏器及导管影。肝功能:总胆红素33.4 μmol/L,直接胆红素16.6 μmol/L,余未见异常。肾功能、血糖、血脂、电解质未见明显异常。血常规:血小板 $82 \times 10^9/L$,余未见异常。凝血功能未见明显异常。血生化:B型利钠肽996.0 pg/mL,血浆D-二聚体0.62 mg/L。予监测生命体征,配合“强心、利尿、扩血管、稳定斑块、降压”等基础治疗。住院过程中患者血压波动于125~170/75~110 mmHg,心率波动于60~85次/min。西医诊断:全心衰竭(心功能Ⅲ级)、心脏起搏器植入术后、心律失常(心房颤动、完全性右束支传导阻滞)、高血压3级(极高危组);中医诊断:心衰病(心阳不振,心脉瘀阻)。治以温心阳、养心阴、益心气、通心络、蠲痰湿,配以缓压情、宁心神、祛毒邪。方选龙氏强心饮加减,配合针灸治疗。处方:

熟附片20 g(先煎2 h),川桂枝30 g,干姜15 g,北细辛5 g,炙甘草5 g,潞党参30 g,剖麦冬20 g,五味子10 g,生黄芪30 g,制黄精30 g,炒赤芍20 g,抚川芎10 g,生大黄6 g,葶苈子20 g,福泽泻20 g,白茯苓30 g,藿香10 g,佩兰10 g,炒苍术30 g,广陈皮10 g,生龙骨20 g(先煎)。5剂。每日1剂,水煎,分早晚温服,每次200 mL。

辨证取穴:膻中、内关(双侧)、神门(双侧)、命门、膈俞(双侧)、丰隆(双侧)、关元施温针灸,每日1次。按时取穴:于辰时、巳时,予补法针刺足三里、太白、阴陵泉、三阴交,并施以温灸神阙穴;指导患者于酉时,补法针刺太溪穴5 min,每日1次。

2017年9月26日二诊:患者诉轻微活动后气喘,偶有夜间阵发性呼吸困难,时有暖气反酸,脘腹撑胀,双下肢中度水肿,皮肤黯淡发紫伴皮温发冷,时寐时醒,腑行艰难。龙老虑其温阳之力不足,故熟附片用量加至30 g、细辛加至6 g,以鼓舞心阳;生龙骨加至30 g,以降心气、安心神;生大黄加至10 g,以通腑泄浊,此为“上病下取”之意。5剂,煎服法同上。

2017年10月1日三诊:患者诉无夜间阵发性呼吸困难,偶有脘腹撑胀,无暖气反酸,双下肢轻度水肿,皮肤黯淡发紫,肤温升高,纳可,大便正常。病情好转,效不更方,继服5剂。

2017年10月5日四诊:患者诉轻微活动后无胸闷气喘,无口唇紫绀,无脘腹撑胀,双下肢水肿消退,肤色淡暗紫好转,舌淡白,齿痕退,舌下静脉隐现,脉

弦有力,夜寐欠安。复查血常规、肾功能、电解质未见异常。龙老虑大黄久服易泄脾胃之气,且大黄含鞣质成分,久用产生耐药并加重便秘,故三诊方去大黄,加火麻仁10 g、桃仁10 g、杏仁10 g、郁李仁10 g、柏子仁10 g,以润肠通便、养心安神,7剂。

2017年10月12日五诊:患者夜寐安,以四诊方出入,调摄2个月巩固疗效,续以艾灸温阳预防复发。

随访1年,患者病情稳定。

按:本案患者有全心衰竭、心律失常、高血压等基础疾病,病程较长,虽经心脏起搏器植入术,辅以西医常规治疗,然临床胸闷气喘症状仍反复难愈,心衰之症未能完全纠正,实属心血管内科难治性疾病。初诊时,患者症见活动后气喘、胸闷,伴端坐呼吸,双下肢中度水肿,舌白腻、边有齿痕,舌下静脉充盈,脉沉细涩,属“心衰病”范畴。龙老辨为心阳不振、心脉瘀阻,予“龙氏强心饮”加减。方中入川桂枝、熟附片、干姜其义有三:其一,患者气虚之质,易感寒湿之邪,取三者扶阳益火、温通心阳之意以治其本;其二,患者久病,秋令寒燥之气来袭则病情加重,其脏气必寒,其脉必不利,故治以逐寒通经;其三,患者体质与时令皆寒,寒凝经脉必有阴邪阻络,入附子其气彪悍,通行十二经阳气,佐以桂枝通络散寒于表,干姜守阳于中焦,合细辛散寒通络,蠲心经痼结之寒。生脉饮合黄芪、黄精二药,益心气、养心阴;久病元阳亏虚,阳虚寒凝血瘀,加川芎、赤芍,通行十二经,活络通脉。毒邪累及脏腑,气、血、水谷气化失常,水谷不化毒邪在脾胃,入大黄攻之,使毒邪从下窍出,兼通血脉;水饮不化毒邪在肾,入泽泻利水湿、泻肾浊,以疗水饮凌心之症;肺为储痰之器,入葶苈子泻肺平喘、祛痰利水。虽治心,然以上三味药未入心经,而实祛脾胃、肺、肾之毒邪,辨证精微,甚为精妙。患者久居南方湿地,多湿浊伤脾之候,故方中入炒苍术、茯苓、藿香、佩兰、陈皮、炙甘草,燥湿健脾,利水渗湿,行气开郁,健运脾胃,以蠲痰湿内生之患;压情日久,夜寐不宁,致心脉气血不畅而扰动心神,佐生龙骨镇心安神。龙老临证时脏腑辨证与经络辨证互参为用,扶正祛邪与通经活络并重。辨证取穴膻中、命门、膈俞、关元,以补心肾之阳气,兼通心脉;神门、丰隆、内关,以化痰活血、通脉安神。经络按时取穴于脾胃经气血盛之辰时、巳时,予针刺补土行之穴足三里、太白,并施以温灸,以健脾益气;针刺补法加灸水行之阴陵泉(五行属水),并于酉时指针补法肾经太溪穴,取益火消阴、补土制水之意;患者于秋令发病,风寒燥之气渐盛,经脉气血运行渐涩,证属虚寒,予针刺补法加温灸三阴交,温通三阴经气血,并予温灸神阙以培补肾阳。同时,与患者充分沟通,调理气机,缓解压情,减少诱发与

张宁“泄浊六法”治疗痛风经验采撷

于芳宁^{1,2} 袁丽莎^{1,2} 娄文凤^{1,2}

(1.北京中医药大学研究生院,北京 100029; 2.中国中医科学院望京医院肾病内分泌科,北京 100102)

指导:张宁

摘要 痛风是临床常见的嘌呤代谢紊乱所致的疾病,张宁教授临证治疗痛风时中西汇参,以“泄浊”为核心,针对其代谢障碍、炎症反应、关节疼痛、活动不利、滑膜增生等病理变化,提出治疗痛风从理气、利湿、清热、通腑、化痰、扶正六个方面入手的“泄浊六法”,疗效显著。附验案1则以佐证。

关键词 痛风;经验总结;泄浊六法;张宁

基金项目 国家自然科学基金面上项目(81973801)

痛风是体内嘌呤代谢障碍引起的代谢性疾病,临床特点包括高尿酸血症和尿酸盐结晶沉积,并由此引发急性痛风性关节炎反复发作、痛风石沉积、痛风石性慢性关节炎以及关节畸形,常常累及肾脏引起慢性间质性肾炎和尿酸性肾结石^[1]。痛风根据其临床表现,属于中医学“痹病”“历节病”等范畴。随着经济社会的发展和饮食结构的改变,痛风逐渐成为内科常见病,调查显示中国大陆成年人痛风患病率从2000—2005年的1.0%增加到2010—2016年的1.3%^[2]。原发性痛风患病率男性高于女性,遗传、生活方式、饮食习惯、文化与职业等可能也与发病有关^[3]。西医治疗以解热镇痛、促进尿酸排泄和抑制尿

酸生成为主,但苯溴马隆、非布司他等常规药物有肝功能损害药物不耐受等风险,而中医药联合西药治疗痛风能够改善症状、减少发作次数^[4],具有一定优势。

导师张宁教授是中国中医科学院望京医院内分泌科主任,国家中医药管理局首届优秀中医临床人才,全国首届“杰出中医师”,张教授从事痛风等代谢病的临床诊疗30余年,临证治疗痛风时以泄浊为核心,总结出理气、利湿、通腑、清热、化痰、扶正的“泄浊六法”,在缓解痛风症状及减少痛风发作方面疗效显著。笔者有幸跟随张教授学习,现将其采用“泄浊六法”治疗痛风之经验介绍如下,以飨同道。

致病因素,以达形神兼顾。二诊时,患者气喘减,腑行仍艰难,胃脘不适,双下肢中度水肿,时寐时醒,肤冷如前,虑其温阳力度弱,故重用附片、细辛鼓舞心阳;生龙骨加量镇心安神;大黄加量泄浊毒、通心脉以治其标。三诊时,患者症状改善,效不更方。四诊时,患者已无脘腹撑胀之症,腑气畅通,然患者久病肠道精津不足,故去通泻之大黄,加润肠通便之品。后随诊运用前方调摄,病情渐稳。

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.中国心力衰竭诊断和治疗指南2014[J].中华心血管病杂志,2014,42(2):98.
- [2] 国家卫生健康委员会,国家中医药管理局.中医临床诊疗术语 第1部分:疾病(修订版)[M].北京:中国医药科技出版社,2020:34.

- [3] 张伯礼,薛博瑜.中医内科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2012:88.
- [4] 陈新,程凌云,龙家俊.龙家俊诊治难治性疾病的经验[J].江苏中医药,2014,46(6):18.
- [5] 蒋文波,金玉,陈昊,等.龙家俊治疗心律失常经验[J].中华中医药杂志,2017,32(4):1593.
- [6] 蒋文波,徐俊伟.龙家俊辨治难治性疾病思路[N].中国中医药报,2017-09-18(4).

第一作者:蒋文波(1982—),男,医学博士,副主任中医师,研究方向:中医及中西医结合治疗心血管内科疾病。

通讯作者:徐俊伟,医学博士,副主任中医师。704168063@qq.com

收稿日期:2021-09-05

编辑:傅如海 蔡强