

基于“通阳不在温，而在利小便”思路 治疗慢性心力衰竭

蔡申燕¹ 骆天炯¹ 周迎晨²

(1. 南京中医药大学附属南京中医院, 江苏南京 210022; 2. 南京中医药大学附属医院, 江苏南京 210029)

摘要 慢性心力衰竭(CHF)是临床上十分常见的慢性病之一,以呼吸困难、乏力、液体潴留等为主要临床表现。叶天士曾以“通阳不在温,而在利小便”论治湿温病,而湿温病的发病机制与CHF有一定相似之处。中医学认为,CHF是由心气虚衰而后导致痰浊、水饮、血瘀等病理产物停滞,痹阻心阳而发病,结合其疾病特点,可从活血利水通阳、强心利水通阳、健脾利水通阳三方面综合论治,有良好疗效。附验案2则以佐证。

关键词 通阳;利小便;慢性心力衰竭

基金项目 南京市名中医骆天炯工作室项目(LTJ-2019-NJ)

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)是由冠心病、高血压、心脏瓣膜病等多种病因导致的终末阶段心脏疾病,主要病理变化是心室充盈或射血功能受损而引起的组织淤血或缺血,临床多表现为呼吸困难、乏力、液体潴留等^[1]。近年来我国心力衰竭的总患病率上涨迅速,病死率居高不下^[2],尽快探索中西医结合新疗法尤为重要。“通阳不在温,而在利小便”出自清代名医叶天士的《温热论》,原专设用于治疗湿温病,然经过后世的不断挖掘与扩充,该理论被广泛应用于慢性萎缩性胃炎、失眠等疾病的治疗^[3-4]。笔者发现CHF与湿温病皆有“湿阻阳郁”的病机,遂根据中医学“异病同治”理论,将该法应用于CHF的治疗,疗效理想,现将运用思路总结如下。

1 “通阳利小便”的理论内涵

清代医家叶天士在《温热论》中提道:“吾吴湿邪害人最多……热病救阴犹易,通阳最难……通阳不在温,而在利小便。”意为:吴地的患者常因湿邪而致病,湿为阴邪,易阻滞阳气,形成“阳郁”之证,故当予“通阳”之法。若要通阳,不可一味予温阳药物,而需采取“利小便”的手段,才能更好地达到“通阳”的目的。

《说文解字》有云:“通,达也。”“通阳”即运用各种方法使阳气畅达。“通阳利小便”原出自《温热论》,专治“湿温病”。湿邪黏滞重着,易阻滞阳气,阳气困郁不畅达,人体局部或四肢失于温煦,可能出现局部畏寒、四肢厥冷或肌肤不仁等“假寒”之象,

这与阳虚的表现有一定相似之处,临床上常易混淆。温病专家廖世煌教授曾强调要充分理解“通阳”与“温阳”的区别^[5]。“温阳”是指用药性温热的药物如附子、肉桂等,以祛寒或者温复阳气,这与“通阳”之使阳气畅达的目的有所不同。若要“通阳”,则更偏向于选择具有发散作用的药物,如桂枝、干姜等,以求辛散温通。相较而言,“温阳”更适用于中虚脏寒或寒凝经脉的患者,但治疗湿温病仅仅予以温阳之法,反而不利于症状的恢复。因此,针对湿温病“湿困阳郁”的病机,治疗上应采取利小便以通阳的方法。“利小便”的目的是给困郁的湿浊之邪以出路,让湿浊通过小便而出,湿去则郁滞自解、阳气自通,正常生理功能便可得以恢复。

2 慢性心力衰竭的疾病特点

根据CHF的症状特点,中医学将其归于“心水”范畴。“心水”首见于张仲景的《金匮要略·水气病脉证并治第十四》:“心水者,其身重而少气,不得卧,烦而躁,其人阴肿”,其水肿、不得平卧、身重、气喘等表现与心力衰竭极为符合。中医学认为该病的基本病机以本虚标实为主,心气虚为本,心气虚衰而后导致的心脏功能失调,心失所养,心血不行,从而引起痰浊、水饮、血瘀等病理产物停滞于内,痹阻心阳^[6],此为标实。分析其病机不难看出,CHF与湿温病皆有“湿阻阳郁”的发病机制。除此之外,心力衰竭还有瘀血阻滞、痰浊阻滞、心气亏虚等特点。

关于CHF的治疗原则,在《金匮要略·水气病脉

证并治第十四》中也有相关条文提及^[7]。如第十一条：“夫水病人，目下有卧蚕，面目鲜泽，脉伏，其人消渴。病水腹大，小便不利，其脉沉绝者，有水，可下之”，说明可用攻下逐水法治疗。第十八条：“诸有水者，腰以下肿，当利小便，腰以上肿，当发汗乃愈”，说明发汗、利小便也是治疗手段之一。根据“心水”常见下半身“阴肿”的表述，治疗当以“利小便”为主。这与现代医学用利尿减轻心脏负荷的方法治疗心力衰竭有异曲同工之处。

3 “通阳利小便”在慢性心力衰竭中的应用

3.1 活血利水通阳 除了虚、水之外，瘀也是CHF的核心病机之一^[8]。《金匱要略·水气病脉证并治第十四》中也提出了“血不利则为水”的观点。《灵枢》有言：“营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血。”生理状态下，津与血同源，二者相互滋生转化，运行周身，发挥各自的生理功能；病理状态下，倘若血行不利，形成瘀血，阻滞气机，气滞无以行津，津滞水停，不能正常布运，积于脏腑或皮下，故形成水肿。正如唐容川在《血证论》中所言：“血病不离乎水……水病不离乎血。”瘀、水俱为阴邪，若二者互结，痹阻心阳，心阳失于畅达，则发为心力衰竭。

以血瘀为主要致病因素的心力衰竭患者临床可见胸闷心悸、胸痛气喘、口唇晦暗、爪甲青紫、下肢水肿等，舌多紫黯，可有瘀点或瘀斑，脉涩。针对该类患者，当活血利水通阳，使血行瘀化，津水得行，再配合利小便法，使停滞的津水从小便而出，肿消邪去，痹阻的心阳则可畅达，临床常用丹参、川芎、葶苈子等药物。代表方如张仲景之当归芍药散，此方由当归、芍药、茯苓、白术、泽泻、川芎等组成，以“血水同治”为特点，可加减应用于瘀血水肿之心力衰竭。王艳霞等^[9]采用活血利水通阳法，以丹参、葶苈子、黄芪等益气活血利水中药治疗40例CHF患者，结果表明该法能改善患者的心功能和临床症状，提高患者生活质量。

3.2 强心利水通阳 无论是心气亏虚加重发展成为心阳亏虚（心阳绝对不足），还是痰浊、血瘀、水饮等邪实痹阻引起的心阳郁滞、失于畅达（心阳相对不足），CHF的发病之本还是各种原因所导致的心阳温煦功能失常。人体的一切生理活动均需要依赖心阳的温煦，阳气温煦功能失常，无以温运气化，则水液运行障碍。若泛溢肌肤则形成水肿；若停滞蓄积脏腑，痹阻心阳，又会进一步加重心阳的亏虚；若病情进一步发展，造成阳气厥脱，则可出现亡阳危象，危及生命。

以心阳不足为主的心力衰竭患者临床以心胸憋

闷、气短息促、面色晄白、下肢浮肿、倦怠无力为主要特点，多舌淡、苔白，或舌体胖嫩，脉多细弱或沉迟结代。此类患者治疗上可用人参、桂枝等强心回阳通脉之品配伍泽泻、猪茯苓等利水之品，使阳气振奋，得以畅达。代表方如《伤寒论》中附子汤，方中附子强心温通，人参强心益气，白术健脾燥湿，茯苓淡渗利湿，芍药养血活血。此方功效主要为强心通阳，又兼顾活血利水。此法也与现代医学治疗心力衰竭的强心、利尿、扩血管三原则相符合。李琰^[10]自拟强心利水汤治疗冠心病慢性心力衰竭并发水肿，证实了该法确实可显著缓解患者肢体浮肿等症状，并改善心功能。

3.3 健脾利水通阳 脾脏是主水湿运化的重要脏器之一。《素问》病机十九条曰：“诸湿肿满，皆属于脾。”生理状态下，脾脏在传输水谷精微的同时，也把所需要的水液运送至全身各个脏腑组织，使各处既得到足够的水液滋养濡润，又无多余的水湿潴留。若脾虚失于运化，则水湿运行无力，停滞于体内各处，聚于皮下则发为水肿，上凌心肺、痹阻心阳，则致心力衰竭。近现代也有诸多名家建议以脾脏为切入点来治疗CHF^[11-12]。除了“脾主水湿”的主流观点外，李雪萍等^[13]还从“脾主肌肉”的角度，提出心肌也为脾所主，脾气健运则心肌收缩有力，以维持其正常的生理功能。

适合健脾利水通阳法的患者在临床上除心胸憋闷不适外，还可兼见下肢浮肿、倦怠乏力、少气懒言、食少便溏等脾虚表现，舌淡、苔白，脉多沉细或滑。故在治疗上可酌用白术、茯苓、山药、薏苡仁等健脾渗湿之品，代表方有参苓白术散、苓桂术甘汤、五苓散等。吕凯^[4]以党参、白术、茯苓、猪苓、泽泻、车前子为基本方治疗CHF患者38例，发现该法可明显改善患者的症状、体征、心功能等，疗效颇佳。

值得注意的是，通阳利小便法虽有活血、强心、健脾等不同侧重，然不可绝对分而论之。临床上CHF患者大多病程久长，病势缠绵，痰浊、水饮、血瘀等病理产物常常交错合并出现，故治疗上不可拘泥于某方某药，而需兼顾论治。

4 验案举隅

案1.郭某，女，86岁。2020年5月25日初诊。

主诉：双下肢水肿1年余，伴胸闷气喘3月余。患者1年前无明显诱因出现双下肢水肿，按之凹陷，时轻时重，当时未予重视。3个月前出现胸闷不适，伴见气喘反复，偶有咳嗽，活动后加重，休息后稍可缓解，夜间偶有阵发性气促，不能平卧，平素四肢畏寒。既往有冠状动脉粥样硬化性心脏病（以下简称冠心病）多

年。遂至南京中医药大学附属南京中医院就诊。查体:听诊双肺呼吸音低,两下肺可闻及少许细湿啰音;心脏浊音界扩大,心率93次/min,律齐;腹部未触及异常包块;双下肢中度凹陷性水肿;舌淡胖、苔白滑,脉细涩。辅助检查:脑钠肽(BNP)16 285 pg/mL;心脏超声示射血分数32.5%。西医诊断:冠心病,心力衰竭,心源性水肿;中医诊断:心水病(瘀水互结证)。治宜强心通阳,活血利水。予附子汤合五苓散化裁。处方:

生晒参10g,附子10g(先煎),黄芪30g,炒白术10g,茯苓15g,猪苓10g,炙桂枝10g,葶苈子10g,生薏苡仁30g,丹参10g,川芎10g,全当归10g,煅牡蛎15g(先煎),煅龙骨15g(先煎),五味子10g,炙甘草4g。7剂。每日1剂,水煎,早晚分服。

2020年6月1日二诊:患者双下肢水肿较前消退,双足踝、双足背轻度水肿,胸闷气喘较前减轻,四肢畏寒改善。疗效明显,继服初诊方14剂,嘱其限水限盐。

2020年6月15日电话随访,患者诉双下肢水肿明显好转,仅有双足踝部轻度水肿,胸闷气喘不显,偶有咳嗽,夜间端坐呼吸未作,于当地医院续二诊方继续治疗。2020年7月再次电话随访,患者诉病情平稳,双下肢已无明显水肿,胸闷气喘心慌不显,无咳嗽,无夜间阵发性呼吸困难。

按:本案患者为老年女性,年过八旬,临床表现以水肿、胸闷气喘、不能平卧为主,既往有“冠心病”病史多年,再结合BNP显著升高、射血分数下降,可诊断为心力衰竭。患者高龄,本就有脏腑功能虚衰的生理特点,脏腑阳气不足,无以推动运化,津血运行缓慢,停而为瘀为水,二者互结,痹阻心阳,发为本病。故治疗以强心通阳、活血利水为主。方中附子强心温阳;炙桂枝通阳化气;生晒参、黄芪益气,以助血行;丹参、川芎、当归活血化瘀;炒白术、猪苓、薏苡仁健脾淡渗利湿行水,葶苈子泻肺平喘、利水消肿,共同利尿使邪有出路;煅龙骨、煅牡蛎、五味子安养心神;炙甘草调和诸药。全方利水、化瘀、强心、通阳兼顾,用治CHF疗效显著。二诊及后续随访患者症状逐步好转,效不更方,继以原方口服巩固疗效。

案2.何某,男,82岁。2021年10月6日初诊。

主诉:双下肢水肿间作14年,加重伴胸闷气喘1个月。患者14年前无明显诱因出现双下肢水肿反复发作,自行间断口服呋塞米等治疗,病情时作时缓。1个月前患者双下肢水肿加重,伴胸闷不适,周身乏力,动则气喘,休息后可缓解,纳差,小便尚可,大便偏稀。遂至南京中医药大学附属医院就诊。

查体:听诊双肺呼吸音稍粗,未闻及干湿啰音;心率52次/min,律齐;腹部未触及异常包块;双下肢重度水肿;舌暗红、苔白滑,脉沉细。既往有慢性肾脏病4期病史。辅助检查:BNP 27 700 pg/mL。西医诊断:心力衰竭,心功能Ⅲ级,心源性水肿,慢性肾脏病4期;中医诊断:心水病(脾虚湿阻、心阳不通证)。治宜健脾利水,活血通阳。予参苓白术散化裁。处方:

生晒参10g,黄芪30g,炒白术10g,茯苓皮40g,猪苓20g,生薏苡仁30g,生山药20g,失笑散30g,川芎10g,全当归10g,车前子30g,牛膝15g,五味子10g,炙甘草4g。7剂。每日1剂,水煎,早晚分服。

2021年10月13日二诊:患者双下肢仍有中度水肿,胸闷气喘时作,程度较前减轻,食纳较前恢复,复查BNP为19 300 pg/mL,舌暗、苔白滑,脉沉细涩。患者病情较前有所好转,仍有水肿、胸闷等症状。予初诊方加赤芍15g,车前子加至40g,14剂。

2021年10月27日三诊:患者双下肢水肿较前明显消退,活动后偶有胸闷,静息状态下不显,无心慌气喘、端坐呼吸。继予二诊方以巩固疗效,14剂。

半个月后电话随访,患者双下肢水肿较半个月前改善,病情尚平稳,目前双足踝处稍有水肿,余部位未见明显水肿,胸闷偶作,程度较轻,多于活动后出现,休息时不显,食纳尚可,无气喘、胸痛心慌、端坐呼吸。

按:本案患者为82岁老年男性,病程长达14年之久,以双下肢重度水肿、胸闷气喘为主要临床表现,结合BNP显著升高,可诊断为心力衰竭。患者双下肢严重水肿,除胸闷外,还兼见周身乏力、食少便溏等脾虚之象,故治疗以健脾利水、活血通阳为主。方中重用黄芪、生晒参、炒白术、生山药等健脾益气,配合大剂量的茯苓皮、车前子、猪苓、薏苡仁等利水之品,使脾气健运、水湿得化,痹阻之阳气可通;失笑散、川芎、当归活血化瘀;牛膝利尿通淋、引药下行;炙甘草调和诸药。患者水肿严重,脾虚表现较为突出,故治疗以健脾通阳为主,同时兼顾利水、化瘀等,可显著改善患者的临床症状。二诊时患者食纳较前恢复,仍有胸闷气喘、双下肢水肿,舌暗、苔白滑,脉沉细涩,提示患者目前脾气得运,然仍有瘀水之患,故在初诊方基础上加赤芍以加强原方活血散瘀之力,车前子加量以加强利水之功,使原方健脾之力不减而活血利水之力加强。三诊时患者诸症明显改善,故继予二诊方巩固治疗。

《黄帝内经》“迎随补泻”本义探析

俞天辰 林法财

(南京中医药大学针灸推拿学院·养生康复学院, 江苏南京 210023)

摘要 “迎随补泻”是针灸学的重要内容,临床运用广泛,但目前无统一的操作依据和手法要求。依据《黄帝内经》关于迎随补泻的记载,结合历代医家对迎随补泻的认识,我们认为可从营卫循行的角度探究迎随补泻本义,分析迎随补泻的理论依据和针刺手法要求,认为迎随补泻是针刺补泻的统称,而非某一种具体的补泻手法。

关键词 迎随补泻;针灸;《黄帝内经》;营卫循行

“迎随补泻”这一概念首见于《黄帝内经》^[1],《灵枢·九针十二原》曰:“逆而夺之,恶得无虚,追而济之,恶得无实,迎之随之,以意合之,针道毕矣。”历代医家对此概念理解差异较大,《刺法灸法学》中将迎随补泻解释为针芒补泻^[2],即根据针尖方向决定补泻,针刺时针尖的方向与经脉循行相同为补,反之则为泻。也有医者从针刺腧穴的特异性、机体的机能状态等方面解释迎随补泻^[3]。然而在深入研读《黄帝内经》等书籍,将迎随补泻手法的起源发展以历

史朝代为序加以整理,总结各时期医家对迎随补泻的理解后^[4],笔者认为针芒补泻等观点并非《黄帝内经》中迎随补泻的本义,准确地理解迎随补泻这一概念可以更好地发挥针灸补泻的作用,对临床工作的开展有重要意义。

1 迎随补泻起源及历代医家观点

1.1 先秦两汉时期 迎随补泻这一概念在《黄帝内经》中首次提出,《灵枢·终始》曰:“泻者迎之,补者随之,知迎知随,气可令和。”此处“迎”即泻法,“随”

参考文献

- [1] 郑兰芬,张明霞,孟祥武,等.实用内科诊断治疗学[M].长春:吉林科学技术出版社,2013:818.
- [2] 中华医学会老年医学分会心血管疾病学组,《老年慢性心力衰竭诊治中国专家共识》编写组.老年人慢性心力衰竭诊治中国专家共识(2021)[J].中华老年医学杂志,2021,40(5):550.
- [3] 郑晓佳,张乃霖,石芳,等.基于“通阳不在温”论治慢性萎缩性胃炎之胃凉的思考[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(4):664.
- [4] 孙佳文,马作峰.“通阳不在温,而在利小便”与失眠论治[J].国际中医中药杂志,2021,43(9):931.
- [5] 吴宇金,廖世煌.廖世煌教授“通阳不在温,而在利小便”的应用[J].光明中医,2020,35(13):1974.
- [6] 李群,胡星珍,覃钰涯,等.中成药治疗慢性心力衰竭研究进展[J].中国中医药现代远程教育,2021,19(18):203.
- [7] 李雪松.《金匱要略》心水的证治源流研究[D].武汉:湖北中医学院,2007.
- [8] 隋艳波,凌丽云,刘莉.“血不利则为水”理论论治心力衰竭研究[J].陕西中医,2021,42(2):213.
- [9] 王艳霞,张艳.益气活血利水中药治疗慢性心力衰竭的临床疗效及对患者生活质量的影响[J].中医临床研究,2020,12(24):36.
- [10] 李琰.强心利尿汤治疗冠心病慢性心力衰竭并发水肿[J].中医学报,2021,36(7):1568.
- [11] 张建平,张红霞,杜武勋,等.田芬兰教授从脾论治心力衰竭经验[J].湖南中医杂志,2013,29(5):30.
- [12] 陈莹,刘悦,张艳.基于脾主运化水湿理论探讨慢性心衰的发病机制[J].中国实验方剂学杂志,2018,24(20):229.
- [13] 李雪萍,雷鸣,张宝成,等.基于脾主肌肉探讨苓桂术甘汤在慢性心力衰竭中的应用[J].吉林中医药,2020,40(3):319.
- [14] 吕凯.健脾利水法治疗慢性心衰38例[J].中医研究,2002,15(2):28.

第一作者:蔡申燕(1995—),女,医学硕士,住院医师,主要从事中医老年病研究。

通讯作者:周迎晨,医学硕士,主任中医师。969914725@qq.com

修回日期:2021-12-20

编辑:吴宁 张硕秋