

顾宁运用温补宣导法治疗慢性心力衰竭经验撷粹

杨志军

(南京中医药大学附属常州市中医医院, 江苏常州 213003)

指导: 顾宁

摘要 顾宁教授认为慢性心力衰竭病机总属本虚标实, 本虚为心肾阳气亏虚, 标实有瘀血、痰湿、水饮之异, 故治疗以温阳补气治本, 兼以宣导治标, 从而改善患者症状, 提高患者生活质量。附验案1则以佐证。

关键词 温补宣导法; 慢性心力衰竭; 顾宁; 名医经验

基金项目 第二批江苏省中医药领军人才培养项目(苏中医科教[2018]4号); 江苏省名中医工作室建设项目(苏中医科教[2021]7号)

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)是指各种疾病引起心室收缩和(或)舒张功能发生障碍, 导致各组织器官灌注不足引起的一系列复杂临床综合征。《中国心血管病报告2018》显示: 我国心血管病患者总数高达2.9亿, 占居民疾病死亡构成40%以上, 且患病率仍逐年上升^[1]。CHF作为心血管内科最常见的疾病之一, 发病率和病死率高, 3~5年生存率低^[2], 医疗花费大, 且患者生活质量明显降低, 已经成为严重威胁人类生命健康的重要疾病^[3]。目前治疗CHF的重点是改善患者远期预后, 减少再入院率和病死率^[4]。但部分患者经西医优化方案治疗后, 病情仍进展或症状仍持续存在, 需长期反复住院治疗, 严重影响了患者的生活质量, 加重家庭及个人经济负担^[5]。中医药以辨证论治为特色, 在减轻CHF患者症状、改善心功能、提高患者生活质量等方面具有独特优势^[6]。

顾宁教授是江苏省名中医, 师从国医大师周仲瑛, 从医36载, 在心血管疾病的中西医诊疗方面积累了丰富的临床经验, 尤其在运用中医药治疗CHF方面颇有心得。笔者有幸跟师学习, 收获颇丰, 现将顾师运用温补宣导法治疗CHF之经验总结如下, 以飨读者。

1 病因病机认识

慢性心力衰竭根据其临床表现、症状特点、病情转归, 可归属于中医学“心水”“水肿”“心衰病”等范畴。顾师在学习总结前辈学术观点的基础上, 结合自身丰富的临床实践经验, 认为CHF的病位在心, 可涉及肺、脾、肾、肝、三焦, 为本虚标实之证, 本虚为气血阴阳亏虚, 以心肾阳气亏虚为甚, 标实以瘀

浊、瘀血、水饮为主, 三者同时也是疾病发展过程中的重要病理产物。顾师告诫, 心肾阳气亏虚在本病的进展过程中尤为重要, 是疾病发生关键的诱因, 既加重脏腑之虚衰, 又助长诸邪之势, 是本病的特征性病机, 贯穿于疾病发展的始终。

1.1 心肾阳虚为本 顾师指出心肾两脏联系紧密, 心属火, 肾属水, “水火相济”为正常的生理状态, 心阳与肾阳密切相关, 肾阳充足, 则上济温煦心阳, 心阳充盛, 亦可下归鼓舞肾阳, 推动周身血脉运行。若因年老体虚、过度劳累、七情内伤、外感寒邪致心气不足, 病情日久, 气损及阳, 可出现心阳亏损, 心阳虚衰不能下行温煦于肾, 终致肾阳亏虚, 下焦气化不利, 周身水道不通, 上凌心肺可出现喘咳、胸痹等; 水停中焦则见腹胀、纳差、呕吐等; 水饮留于皮下则见颜面四肢浮肿等。同时, 肾阳虚衰无力上济心阳, 则心阳亏损进一步加重^[7], 故曰心肾阳虚为“本虚”。正如金·成无己在《伤寒明理论》中所述: “其气虚者, 由阳气内弱, 心下空虚, 正气内动而为悸也, 其停饮者, 由水停心下, 心为火而恶水, 水既内停, 心不自安, 则为悸也”, 明确指出阳虚是心衰病机中不可缺少的因素。又如《类证治裁·怔忡惊恐论治》阐述: “阳统于阴, 心本于肾, 上下不安者由于乎下, 心气虚者因乎精, 此精气互根, 君相相资之理, 固然矣。”由此看出心肾阳虚、肾精亏耗与CHF关系密切。

1.2 瘀血、痰湿、水饮为标 顾师认为瘀血、痰湿、水饮作为有形实邪, 是影响CHF发生发展的重要因素。本病患者多阳气不足、脏腑生理功能低下, 易形成有形实邪, 留于体内, 此实邪乃因虚致实也。“心体阴而用阳”, 心阳不足, 无力鼓动气血, 血行迟缓,

则瘀血内生。气虚而气化不利,津液输布障碍,而致痰湿、水饮内生。正如《金匱要略》所述:“血不利则为水”,瘀血日久,气机阻滞,又加重痰湿,而水瘀互结,又可进一步影响心阳之温通。

顾师总结,心气虚是CHF初始病理变化,气损及阳,心阳亏损则意味着疾病的进展,心肾之阳俱虚标志着病情进一步加重;而痰湿、水饮、瘀血是CHF的病理产物,亦是损耗心肾阳气之因。如此正虚与标实相互错杂,形成恶性循环。

2 治则治法

顾师强调辨证论治的原则,针对CHF病因病机特点,提出治疗首当益气温阳以扶心肾,在此基础上力主宣导祛邪以治标,同时不忘分期,根据CHF的不同病期、不同阶段,缓则治其本,急则治其标,从而达到标本缓急兼顾^[8]。

2.1 稳定期温阳补气治本为要 心乃君主之官,五行属火,为“阳中之阳”,心阳下可温肾水,以防肾水过寒;肾阳为一身阳气之根本,心阳需根植于肾阳。肾阳亏虚,水饮上凌于心,心阳不振,久则伤及肾阳。顾师针对CHF稳定期患者常施以培正固本法。偏心阳虚者,症见心悸怔忡,胸闷气短,活动后加重,面色淡白或晄白,或有自汗,舌淡苔白,脉沉细,选用参附汤合苓桂术甘汤加减。偏肾阳虚者,症见畏寒肢冷,浮肿,腰以下为甚,按之没指,甚则腹部胀满,全身肿胀,心悸咳喘,伴有腹水,舌淡胖苔白,脉沉弱,选用右归丸合真武汤加减。若疾病迁延不愈,阳损及阴,症见潮热盗汗,五心烦热,手足心汗出,溲黄便干,舌红少津,脉细数,常选左归丸合生脉散加减^[9]。若见数脏同病:见心脾不足者,多选苓桂术甘汤合六君子汤化裁;心肺气虚者,则选用参蛤散合葶苈大枣泻肺汤加减。顾师指出,温补心肾阳气应贯穿CHF的治疗全过程,临床常选用党参、黄芪、附子、肉桂、桂枝等药物作为主方之配伍^[10]。

2.2 发作期宣导祛邪以治标 CHF病延日久,因虚致实,形成瘀血、痰湿、水饮等有形实邪,留于体内,损耗阳气,所谓“邪之所凑,其气必虚”。因此在临证过程中,顾师治疗CHF发作期尤其重视宣导祛邪以治标,根据实邪的不同,分别予以活血化瘀、祛痰除湿、逐水化饮等治法。

2.2.1 活血化瘀 《医林改错·论抽风不是风》云:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀。”另外“血得温则行,得寒则凝”,故瘀血的形成与阳气不足直接有关,心阳亏虚,则温煦失职,推动无力,导致血失温运,脉失温通,血行艰涩而成瘀。临床症见:胸闷而痛,伴有舌质紫暗,有瘀斑、瘀点。针对此病证,顾师常选用补阳还五汤合血府逐瘀汤

加减,全方共奏益气活血、化瘀止痛之功,临床可重用川芎、黄芪、赤芍等补气活血,当归、鸡血藤活血补血,还可适当佐以香附、枳壳以理气活血。

2.2.2 祛痰除湿 脾为后天之本,气血生化之源,脾失运化,则水液代谢失司,酿生痰湿,而痰湿又可上泛心肺,反困胸阳。临床主症:胸脘痞闷,气喘乏力,水肿,呕恶,纳呆,舌苔腻,脉滑。顾师在临证中发现CHF患者之所以有痰湿困阻情况,归根结底是因为心肾阳虚,不能行水,水饮内聚,困遏脾土,脾气渐衰,以致脾运失常,内生痰湿。因而顾师认为在化痰除湿的同时需特别重视健脾促运,常在苓桂术甘汤合二陈汤的基础上佐以薏苡仁、炒白术健脾利湿,木香、砂仁行气醒脾。

2.2.3 逐水化饮 水为阴邪,赖阳气化,今心肾之阳皆衰,阳虚不能化水,内生水饮,上凌于心,可见心悸;饮停胸胁,可见喘促,加之久病肾虚,肾不纳气,加重喘促之症;水饮无法气化疏布,故而内停,可见水肿。临床症见:咳嗽气喘,心悸,渴不欲饮,下肢浮肿,形寒肢冷,小便短少,舌淡苔白腻,脉沉细而滑。顾师临证多选用葶苈大枣泻肺汤合真武汤化裁。方中葶苈子、五加皮、防己泻肺利水;附子温肾暖土;茯苓健脾渗湿;白术健脾燥湿;白芍利小便,通血脉;生姜温胃散寒。诸药共奏温肾纳气、利水逐饮之效^[11]。顾师强调在使用逐水药时需特别注意顾护患者正气,以防正气亏虚导致疾病传变而病情加重。

2.3 临床重症救急为先 顾师认为CHF虽以益气温阳、宣导祛邪为主,但临床若见急性加重,出现阳气厥脱之危象,症见:喘逆甚剧,张口抬肩,鼻翼煽动,端坐不能平卧,稍动则喘剧欲绝,或有痰鸣,咳吐泡沫痰,心慌动悸,烦躁不安,面青唇紫,汗出如珠,肢冷,脉浮大无根,或见歇止。此时不可拘泥,应立即采取急救,采用中西医结合法治,中药予扶阳固脱、镇摄肾气为主,临床多选用参附汤加减,切不可单纯施以利水、活血之消法,易致仅剩之阳气消耗殆尽。另外,顾师告知吾辈,风心病、肺心病等由外邪侵袭心肺而加重心力衰竭者,治疗上需注重宣肺祛邪以有效控制症状;而冠心病所致心力衰竭病机多为气虚血瘀,运用益气活血方药乃有的放矢。

3 验案举隅

许某,男,74岁。2021年5月17日初诊。

主诉:反复胸闷气喘伴双下肢水肿7年余,加重3d。2014年患者无明显诱因下出现活动后胸闷气喘伴双下肢水肿,曾于外院住院治疗,择期行经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术,于前降支植入一枚支架。住院期间予利尿、控制心室率、扩张血

管、抗血小板聚集、调脂稳定斑块、改善心室重构等治疗后好转出院。出院诊断为“慢性心力衰竭；冠心病PCI术后”。出院后间断服用拜阿司匹林、阿托伐他汀、诺欣妥、倍他乐克、螺内酯、呋塞米等。既往有高血压病史10余年，血压最高195/110 mmHg (1 mmHg≈0.133 kPa)。刻下：活动后胸闷气短明显，畏寒肢冷，腰膝酸软，乏力纳差，夜寐一般，尿少，大便秘结。查体：血压107/72 mmHg，心率82次/min，律齐，心音低，双肺未闻及病理性杂音。下肢中度水肿，面色晦暗，嘴唇淡紫，舌暗紫有齿痕、苔白腻，尺脉沉涩。心电图示：窦性心律，V2-V6导联ST-T改变。心脏超声示：左心室室壁运动异常，二尖瓣、三尖瓣轻度关闭不全；左室射血分数45%。西医诊断：慢性心力衰竭，心功能Ⅲ级；冠心病PCI术后；高血压病3级。中医诊断：心衰病（心肾阳虚，水停瘀阻）。治以益气温阳、利水化瘀。方选宁心痛方。处方：

黄芪15 g，党参10 g，炒白术15 g，黑附片6 g（先煎），淫羊藿12 g，薤白6 g，泽兰10 g，泽泻10 g，葶苈子10 g，大腹皮12 g，莪术6 g，川芎10 g，赤芍10 g。7剂。每日1剂，水煎150 mL，分早晚2次服用。

2021年5月24日二诊：活动后胸闷气喘较前明显好转，活动量较前增大，双下肢轻度水肿，乏力纳差仍作，舌、脉无明显变化。予初诊方加茯苓10 g、薏苡仁15 g、佩兰10 g，并调整淫羊藿至20 g，大腹皮至15 g，泽兰、泽泻至12 g，7剂。

2021年5月31日三诊：患者下肢水肿基本消退，食纳改善，活动后胸闷气喘明显好转，上下楼梯较前明显轻松，乏力减轻，以二诊方为主加减巩固治疗。后随访至今，病情控制平稳。

按：本案患者有冠心病病史7年余，PCI术后，平素动则胸闷气短，双下肢水肿，兼见畏寒肢冷、腰膝酸软、乏力纳差、唇色紫暗，诊断为慢性心力衰竭，乃心肾阳虚、水停瘀阻所致。患者年老久病，心肾气虚，气损及阳，阳气不足，无力鼓动气血，血行迟缓，则瘀血内生，血不利则为水，故形成血瘀水停。舌暗紫有齿痕、苔白腻、尺脉沉涩，乃阳气亏虚、水瘀互阻之象。故该患者辨证属心肾阳虚、水停瘀阻。顾师认为，本案患者初诊呈本虚标实之证，以心肾阳虚为本，痰饮、瘀血为标，本虚与标实互为因果，虚实夹杂，治疗需标本兼顾。故初诊方选用顾师之经验方宁心痛方。方中以黄芪、黑附片为君药补益心肾阳气，以党参、淫羊藿为臣药，加强益气温阳之效力。痰饮、瘀血是该病重要病理产物，同时也是致病因素。该患者痰瘀互结，痰饮中又以水饮为主，《金匮要略》云：“病痰饮者，当以温药和之”，故方中配伍炒白术、泽兰、泽泻、葶苈子、大腹皮等药温阳化饮、利

水渗湿。痰、瘀两物易相互胶结，仅去其一，难以除根，故治痰必治瘀，瘀去则痰易化，治瘀必治痰，痰化则瘀易除。故方中配伍薤白、赤芍、川芎、莪术活血化瘀、温通行气。患者服药1周后胸闷气喘减轻，双下肢仅有轻度水肿，但仍有乏力纳差，此乃痰饮阻遏脾阳，脾失健运之象，在初诊方基础上加用茯苓、薏苡仁、佩兰以芳香化湿醒脾，助脾运化。患者二诊时胸闷气喘、下肢水肿等症状已得到初步缓解，此时需乘胜追击，继续增强扶正祛邪力度，故加大淫羊藿、大腹皮、泽兰泻等用量，以增强温阳利水之效。服药后诸症皆平。

参考文献

- [1] 胡盛寿,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告2018》概要[J].中国循环杂志,2019,34(3):209.
- [2] ROSAMOND W, FLEGAL K, FRIDAY G, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2007 Update[J]. Circulation, 2006, 113(121): e46.
- [3] JERSEY C, NORMAND S T, YUN W, et al. National and Regional Trends in Heart Failure Hospitalization and Mortality Rates for Medicare Beneficiaries, 1998–2008[J]. JAMA, 2011, 306(15): 1669.
- [4] 王翔,易省阳.慢性心力衰竭诊断及治疗新进展[J].中华实用诊断与治疗杂志,2015,29(1):10.
- [5] 黄成明,顾宁.顾宁辨治慢性心力衰竭经验[J].实用中医药杂志,2010,26(5):332.
- [6] 陈可冀,吴宗贵,朱明军,等.慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识[J].心脑血管病防治,2016,16(5):340.
- [7] 刘凤琴,顾宁.顾宁教授治疗慢性心衰合并高尿酸血症的经验[J].中国中医急症,2016,25(6):1025.
- [8] 瞿媛,顾宁,周建中.冠心V号合剂联合西医常规疗法对冠心病慢性收缩性心功能不全患者心功能的影响[J].上海中医药杂志,2011,45(10):35.
- [9] 瞿媛,顾宁.生脉散治疗心力衰竭研究近况[J].山东中医杂志,2009,28(4):277.
- [10] 张莉,顾宁,陈志亮,等.益气活血汤治疗冠心病慢性心力衰竭的临床疗效观察[J].按摩与康复医学(下旬刊),2011,2(7):175.
- [11] 阎芹,顾宁.温阳益气、活血利水法对慢性心功能不全患者血浆BNP水平的影响[J].南京中医药大学学报,2012,28(6):520.

第一作者：杨志军（1990—），男，医学硕士，主治中医师，主要从事心血管疾病的中西医结合诊疗研究。

通讯作者：顾宁，医学博士，主任中医师，博士研究生导师。jsguning@163.com

收稿日期：2021-09-18

编辑：傅如海