

基于“虚气留滞”理论以“平治于权衡，去宛陈莖”法论治心力衰竭

原梦飞 沈晓旭 翁洁琼 张晶芳 姚婷婷

(北京中医药大学东直门医院, 北京 100700)

摘 要 心力衰竭(简称心衰)是各种心血管疾病的最终结局。在心衰发病的不同时期可见到不同程度的气、血、阴、阳虚损,虚则无力推动体内正常物质的运行,导致气滞、水停、血瘀、痰凝等,日久痹阻经络而发病,其基本病机可概括为“虚气留滞”。临床从“虚气留滞”理论入手,运用“平治于权衡”之法治其本——平衡阴阳、补益气血、协调五脏,“去宛陈莖”治其标——活血化瘀、利水消肿、理气化痰,明晰标与实,辨清主与次,整体审查,综合论治,最终可使心脏气血盈畅通,阴平阳秘,五脏安和。

关键词 虚气留滞;心力衰竭;平治于权衡;去宛陈莖;标本同治

基金项目 国家科技部重点研发计划(2017YFC1700206)

心力衰竭是由多种原因引起的心脏结构或功能异常改变,导致心室泵血和/或充盈功能低下,心排量不能满足机体组织代谢需要,以肺循环和/或体循环淤血,器官、组织血液灌注不足为表现的一种复杂的临床综合征^[1]。心力衰竭(以下简称心衰)是心血管疾病最终的发展结局及最主要的死因,其患病率随着年龄的增长而迅速增加,70岁以上人群患病率超过10%,住院患者的病死率达到4%左右^[2-3],心衰的防治已成为我国医学界亟待解决和极具挑战的课题^[4]。然而,西医对于慢性心衰仅以对症支持治疗为主,对阻止和延缓疾病的发展仍缺乏特异的方法^[5-6]。中医注重整体审查,辨证论治,大量临床研究表明,中医药联合常规西药治疗心衰可稳定心衰症状,抑制心肌纤维化,改善心肌重构,防止心功能恶化,改善患者的生活质量^[7]。基于“虚气留滞”理论,我们提出以“平治于权衡,去宛陈莖”之法治心衰,通过平衡阴阳、补养气血、协调五脏以治本,同时将活血化瘀、利水消肿、理气化痰等治法贯穿治疗始终以治标,标本同治,主次兼顾,故临床收效满意,现分析如下。

1 “虚气留滞”是心衰发病的基本病机

“虚气留滞”首见于金代成无己《伤寒明理论·卷一·腹满》:“若腹满时减者,又为虚也,则不可下……此虚寒从下上也,当以温药和之。盖虚气留滞,亦为之胀”,阐释了因虚而无力使气机通畅

以致壅滞发为腹满者,不可下之。王永炎院士结合自身多年临床经验,进一步阐释了虚气留滞,认为其核心乃因元气亏虚,气血流失,体内气血津液等流动性物质运行失常,滞而不行,从而导致气滞、痰阻、血瘀、水停^[8]。西晋王叔和《脉经》中有“心衰则伏,肝微则沉,故令脉伏而沉”之说,并提出治疗应“固转孔穴,利其洩便,遂通水道。甘液下流,亨其阴阳,喘息则微,汗出正流”。可见,心之阳气虚弱致水液停滞为心衰的主要病机,可治以通调水道、通利小便、调和阴阳。目前多数医家认为心衰乃因心病日久,阳气虚衰,运行无力,导致气滞血瘀水停,心脉不畅,以喘息心悸、不能平卧、咳吐痰涎、水肿少尿为主要表现。此外,心衰之发病,还与外感风寒湿、风湿热、疮毒之邪,以及饮食不节、情志失调、劳逸失度、年老久病、禀赋不足等有关。综上,由于气血阴阳虚衰、脏腑功能失调,导致病邪壅塞于心,心失所养而发为心衰,其基本病机可概括为“虚气留滞”。

1.1 “虚气”为本——气血阴阳俱虚,脏腑失和 西医学将心衰分为四个阶段,在前心衰及前临床心衰阶段,病人没有明显的临床症状,疾病处于初期,仅以轻度气虚为主;当出现了心衰的症状和体征,疾病进展到临床心衰阶段,气虚进一步加重,可致气阴两虚或阴阳两虚;疾病继续恶化,病人在休息时亦有临床症状,须长时间卧床,此时处于难治性终末期心衰

阶段,出现气、血、阴、阳俱虚,久之亡阴亡阳,最终致阴阳离决。

气血阴阳的虚损不仅在心,而是以心为本,关乎五脏^[9]。肺主一身之气,心主血脉,气为血之帅,肺气能够助心行血,当肺气虚损,不能生成足够的宗气贯注心脉,或肺失宣降,气机阻滞心胸,必然影响心主血脉的生理功能,导致心血痹阻;肺主通调水道,若水道不利,水津不布,则水饮停滞,阻塞心气。肾为气之根,肾不纳气,心气亦虚;肾主水,水火相济,若肾水不能上济心阴涵养心阳,则心火亢盛;或肾水过寒,寒水不化,则水气上凌心肺。脾气虚弱,失其统摄血液的功能,血溢脉外,则心血不足;脾主思,若思虑过度,影响脾胃的运化,气血生化乏源,最终心脾两虚。肝主藏血,肝血不足亦会引起心血亏损;肝失疏泄,肝气郁滞,气血不畅,痹阻心脉^[10]。可见,心衰发病的本源是气血阴阳虚损,脏腑失和。

1.2 “留滞”为标——血瘀水停,气滞痰阻 中医学将心衰归于“水肿”“痰饮”“喘证”等范畴。心衰常见下肢水肿的表现,乃因心衰患者心输出量下降,周围循环阻力增加,回心血量减少,导致周围血管内的容量负荷加重,发生全身浮肿。肺淤血到一定程度,病人不能平卧,多呈现端坐呼吸,被迫采取坐位或半坐位,水肿多出现在双下肢的足部、踝部等,水肿的程度与心功能强弱密切相关。《金匱要略》提出“血不利则为水”,说明血瘀可致水肿。《金匱要略心典》^[11]云:“曰血分者,谓虽病于水,而实出于血也”,也表明血瘀与水肿密切相关。气与血、气与水又密切相关,气虚无力推动血行则为血瘀;气机阻滞,影响全身津液代谢,水饮内停,泛滥肌肤则见水肿。水气内停,不得输布,停聚为痰,水痰互结,又会阻碍气机的升降出入。水饮、瘀血、痰浊、气滞四者关系密切,可以出现在心衰的各阶段,与气血阴阳虚损互为因果,直接影响心衰的形成、演变与预后。

2 基于“虚气留滞”理论的治法探究——“平治于权衡,去宛陈莖”

“平治于权衡,去宛陈莖”首见于《素问·汤液醪醴论》:“平治于权衡,去宛陈莖,微动四极,温衣,缪刺其处,以复其形。开鬼门,洁净府,精以时服,五阳已布,疏涤五脏,故精自生,形自盛,骨肉相保,巨气乃平。”此条详尽地阐释了水肿病的病因病机、治法调护与转归预后。“平治于权衡”是中医学整体观和平衡观的体现^[12],即平调阴阳的偏盛偏衰,充养气血,调和五脏,使机体处于相对平衡或充盈的状态,

属治本之法;“去宛陈莖”指去除体内淤积之陈腐物质,《黄帝内经太素·知汤药》云:“去宛陈,宛陈,恶血聚也。有恶血聚,刺去也。”明代张景岳将“莖”释为草茎、陈草,认为“去宛陈莖”乃去其水气之陈积,欲如斩草而渐除之也^[12-13],临床应用中往往发散其内涵,运用发汗、利小便、理气化痰、活血化瘀等方法将水湿、痰饮、瘀血、气滞等一切有形或无形之淤积于体内的病理物质清除,使水饮开化,气顺血行,属治标之法。标本同治,则心气自足,心血通畅,心功能渐得恢复。

2.1 “平治于权衡”以治本

2.1.1 平调阴阳——阴平阳秘,精神乃治 《景岳全书》云:“凡诊病施治,必须先审阴阳。”阴阳失调使人体阴津、阳气等各种生理性矛盾和关系遭到破坏,是疾病发生发展的内在因素。阴阳辨证是八纲辨证的总纲,心衰辨治亦如此,从阴阳入手可以提纲挈领,化繁为简^[14]。心衰早期有心悸怔忡、胸闷气短、神疲乏力等心气虚表现,若迁延不愈,将损及心阴心阳。“病在心,日中慧,夜半甚,平旦静。”日中阳气足,心脏功能强盛,心阳充盛,患者整体状态好,而夜间阴气盛,心脏失去心阳温煦,则心衰加重。心为阳中之阳,当心阳虚衰,患者常见心悸怔忡、胸闷心痛伴有手足肢冷、面色㿔白等,治疗重在温阳益气,药物可选用人参、黄芪、大枣等温补阳气;若寒邪深重,可酌情使用桂枝、附子等通阳回阳^[15]。阴阳互根互用,阳损亦可及阴,且长期熬夜,嗜食辛辣,可致阴津暗耗,心阴受损,出现心烦失眠伴有潮热盗汗、咽干口干等症状,可选用麦冬、龟甲等养阴润燥、清心除烦。

2.1.2 补养气血——益气补血,充养心主 《景岳全书》记载:“阳主气,故气全则神旺;阴主血,故血盛则形强。”心衰乃虚实夹杂之证,以虚为本,若气血不足,不能充养心之大主,心失气血温煦濡养,可出现心慌气短、面色淡白、健忘失眠等,方选养心汤(出自《医级》卷八)加味。方中人参、黄芪、当归补养心之气血;茯神、茯苓、酸枣仁、柏子仁、远志、五味子养心安神定悸;半夏曲和胃消食,配黄芪、人参补脾和中,以资气血生化之源;川芎调肝和血,使诸药补而不滞;炙甘草、生姜、大枣调和诸药,增强益气养血之功;肉桂引火归原,引诸药直达心经。诸药合用,共奏补益气血、养心安神之效。临床以养心汤为基础方加减辨治心血不足型心衰,常取得较好的疗效^[16]。

2.1.3 协调五脏——五脏相守,心自安和 《素问·玉机真藏论》云:“五脏相通,移皆有次。五脏有病,则

传其所胜。”心衰乃全身性疾病,心功能的正常有赖于肺之宣肃治节通调、脾之运化升清统摄、肝之藏血疏泄条达、肾之滋养固摄封藏。五脏发病均可导致心衰,并影响疾病的进展与预后。临床上最常见心肾同病,肾无心火则寒,心无肾水则热,心肾虚损,水火逆乱^[17]。程冰洁^[18]以温补肾气、肾阳为法,使肾阳充盈则心阳自生,达到“真火旺,则君火自旺”的效果,多选用附子、肉桂等回阳温阳之品。《灵枢·经脉》曰:“心手少阴之脉……复从心系却上肺,下出腋下。”心肺同居胸中,同属上焦,经脉相连,阴阳相应^[19]。若肺失通调,水道不畅,水津失布,水饮凌心,壅遏心阳,发为心衰^[20],治疗上以宣肺平喘、补肺强心为主,临床依据不同的证型可选用补肺汤、麻杏石甘汤、平喘固本汤等加减并联合养心汤治疗。“心受气于脾”,脾为后天之本,气血生化之源,通过运化水谷精微,化而为赤,濡润心脏。子不扶母,必致心病,临床上常因脾胃虚弱,气血生化乏源,导致心失所养,心脾两虚,可选用经典名方归脾汤加减。现代医学研究表明,归脾汤可保护血管内皮功能,抑制心肌纤维化,改善心肌重构,防止心功能恶化^[21]。“肝气通则心气和”,“肝旺则心亦旺”,肝之疏泄、藏血功能是心主血脉的重要保障,肝气不畅或肝藏血功能失司,母病及子,则心气匮乏、心血亏虚,研究表明,调节精神情志疗法可以改善患者心功能,提高患者的生活质量^[22],临床治疗心衰时可选用柴胡疏肝散、镇肝熄风汤等加减,常收良效。

2.2 “去宛陈莖”以治标

2.2.1 水饮——水消负荷轻

水饮对心衰的发生发展及治疗预后具有重要影响。戴雁彦等^[23]认为水饮贯穿于心衰发病的始终。心衰早期主要表现为气短乏力,听诊肺底可闻及少量细小水泡音,下肢或不肿或轻度水肿,称为“微饮”;病情加重,病人端坐呼吸,咳逆倚息,咳吐泡沫痰,双肺可闻及大量水泡音,水饮泛溢肌肤,下肢明显浮肿。水饮的增多必然加重心脏负担,心功能进一步恶化,因此控制水饮成为心衰治疗中至关重要的一步。西医控制体液潴留使用利尿剂,是改善心衰症状的基石。利尿剂可降低左心室充盈压和室壁张力,增加心排血量,使肺水肿减轻,间接延缓心室重构,但其剂量须严格掌握。中医祛除水饮方法各异,水肿位置在上在表可发汗(药用桂枝、麻黄、生姜等),位置在下则利小便(药用茯苓、车前子等),水饮停聚于胸肺则泻肺利水(药用葶苈子、桑白皮等),阳气不足则温阳化水(药用附子、桂枝、干姜等),气血虚弱则益气活血利水(药用黄

芪、人参、桃仁、红花、丹参等),阴津亏损则养阴清热利水(药用猪苓、泽泻等),饮邪壅盛停聚于里则攻逐水饮(药用甘遂、芫花、大戟)^[24]。

2.2.2 瘀血——瘀化血脉畅

仲景言“血不利则为水”,“血不利”即瘀血。《医门法律》^[25]—按语有云:“瘀血化水,赤缕外现,其水不去,势必不瘀之血亦尽化为水矣。”《血证论》^[26]亦云:“病血者未尝不病水,病水者亦未尝不病血也。”表明瘀血可致水肿,水肿亦可致瘀血。心衰早期病人面色晦暗、口唇青紫、心胸憋闷,舌有瘀斑、脉结代等,并存在血液流变学、血脂异常等瘀血表现,中期颈静脉充盈、肺部湿啰音、血黏度增加,后期有肺水肿、下肢水肿、肝淤血、颈静脉怒张等水瘀交阻的严重表现,可见活血化瘀大法应贯穿心衰治疗的始终。常用药有牡丹皮、赤芍、丹参、桃仁、红花等,可配伍益母草和泽兰,前者主入血分,后者温通行滞,二者合用既能活血化瘀,又能利水消肿;若瘀滞较重,普通活血化瘀药物力量不足,可选用三棱、莪术,既入血分,又入气分,二者相须为用可加强破血行气、祛瘀散结之力^[27]。现代药理学研究表明,多数活血化瘀药可抑制血小板聚集,调节血液流变性,从而增加器官血流量、降低血管阻力。

2.2.3 痰凝气滞——痰消气顺心通澈

《景岳全书》曰:“津凝血败,皆化为痰。”水饮、瘀血停聚日久皆可化为痰湿。“肝气滞,则心气乏”,表明气滞阻碍心气的生成与运行。若邪气滞于胸中,阻碍精血津液的运化,则水湿弥散,形成心水。气滞、痰凝、血瘀、水饮互为因果,不可分割。气虚无力推动血行,郁结于肝,气机不畅,水湿内停,气滞血瘀,临床可见心悸、胸胁疼痛、脉络怒张、心情抑郁、胁腹胀痛、爪甲青紫、咯痰、大便溏、舌质淡暗、苔白腻、脉滑弱等表现。心衰病程长,迁延不愈,病人多易产生焦虑、抑郁、烦躁等消极情绪,肝气郁结于胸,会进一步加重心衰^[28]。因此通过调理气机的运行,促使体内宗气、元气、营卫之气等相互调和,最终可使心脏气血协调。临证多选用川芎、薤白等调理气机,川芎为“血中气药”,既能活血祛瘀,又能行气通滞,薤白通阳散结,对于心脉闭阻、胸痹心痛者效果尤佳;若气滞较重,可选用青皮、枳实、三棱、莪术破气消积化滞。《丹溪心法》中云:“大凡治痰用利药过多,致脾气虚,则痰易生而多。”痰湿重者不宜过多用通利之品,宜从根本出发,实脾土,选用参苓白术散加减,促中焦运化,补脾胃之气,通上下气机,理气化痰,清则自安。

3 结语

“虚气”是因,“留滞”是果,同时“虚气”与“留滞”又互为因果。气血阴阳与五脏紧密相关,气滞、血瘀、水饮、痰浊等病理产物临床上亦难分难解。不同阶段的心衰“本虚”与“标实”的表现及轻重有所不同,治疗上应当有所区分。“平治于权衡”从内虚出发,“去宛陈莖”从病理产物论治,各有侧重,相辅相成。临床上心衰的病程较长,病机复杂,需要医者综合审查,仔细辨证,根据不同的情况,运用动态观念权衡各种致病因素的盛衰缓急,抓住主要病机,兼顾次要病症,平衡全局,于遣方施药时才能做到有的放矢。

参考文献

- [1] 葛均波,徐永健,王辰.内科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018:163.
- [2] GROENEWEGEN A, RUTTEN F H, MOSTERD A, et al. Epidemiology of heart failure[J].Eur J Heart Fail, 2020, 22(8):1342.
- [3] METRA M, TEERLINK J R.Heart failure[J].Lancet, 2017, 390(10106):1981.
- [4] 郭美珠,曾洁,庞亚飞,等.从五脏相关论治慢性心力衰竭[J].上海中医药大学学报,2020,34(2):90.
- [5] HRITZ C M.Palliative therapy in heart failure[J].Heart Fail Clin, 2018, 14(4):617.
- [6] AHMAD U, LILLY S M.Interventional heart failure and hemodynamic monitoring[J].Heart Fail Clin, 2018, 14(4):625.
- [7] 卢健棋,李苏依,卢俊燊,等.中医药治疗慢性心力衰竭的研究进展[J].中华中医药学刊,2020,38(12):145.
- [8] 张永超,黄世敬,王永炎.“虚气留滞”与帕金森病病机探讨[J].北京中医药大学学报,2013,36(12):805.
- [9] 杨杭燕,胡佳,高培阳.从五脏论治心力衰竭的经验总结[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(68):45.
- [10] 郑晓丹.严世芸教授以五脏同治法论治心衰病经验[J].云南中医学院学报,2013,36(5):74.
- [11] 尤怡.金匱要略心典[M].雷风,晓雪,点校.北京:中国中医药出版社,1992:72.
- [12] 郑剑,李勇,于青侠,等.《黄帝内经》“去宛陈莖”理论内涵及应用研究进展[J].中医药学报,2021,49(8):87.
- [13] 刘娟,徐鹏,黎创,等.“去宛陈莖”理论视角下膜性肾病湿瘀证的辨治阐释[J].四川中医,2021,39(2):31.
- [14] 郑鑫,李泊萱,王贤良.从阴阳辨治慢性心力衰竭验案举隅[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(22):3896.
- [15] 邹旭,吴煥林,邓铁涛.邓铁涛教授治疗充血性心力衰竭经验选粹[J].中医药学刊,2004,22(4):583.
- [16] 徐森,邓悦.养心汤加味对治疗气血不足型慢性心衰病的临床验案1则[J].中西医结合心血管病电子杂志,2018,6(33):178.
- [17] 谈运良,李培生,梅国强.《伤寒论》心肾相关理论与“心衰”证治[J].辽宁中医杂志,1990,17(6):1.
- [18] 程冰洁.从肾论治慢性心力衰竭浅析[J].亚太传统医药,2016,12(2):69.
- [19] 邓筠,李南夷.慢性心力衰竭与五脏相关的病机探讨[J].黑龙江中医药,2009,38(1):2.
- [20] 邱笑琼.宗气不足与充血性心力衰竭临证辨析[J].中国中医急症,2008,17(12):1717.
- [21] 张楚洁,刘慧萍,杨璐瑜,等.归脾汤有效成分与现代药理学的关联性[J].中成药,2020,42(6):1553.
- [22] 郭宝,宫莉莉.持续护理联合中医情志疗法对慢性心衰患者心功能和生活质量影响[J].辽宁中医药大学学报,2020,22(8):200.
- [23] 戴雁彦,张立山.心衰水饮证的三焦论治[J].中华中医药杂志,2014,29(6):1899.
- [24] 刘碧绒,李金根,李蒙,等.心衰中水饮证候要素辨治分析[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(9):1370.
- [25] 喻昌.医门法律[M].史欣德,整理.北京:人民卫生出版社,2006:96.
- [26] 唐宗海.血证论[M].北京:人民卫生出版社,2005:122.
- [27] 陶诗怡,杨德爽,姚睿祺,等.黄力教授从“气、血、水”论治慢性心力衰竭经验[J].中日友好医院学报,2021,35(4):245.
- [28] 仇丹卫,陈赞虎.慢性心力衰竭的中医治疗体会[J].黑龙江中医药,2016,45(3):68.

第一作者:原梦飞(1997—),男,硕士研究生在读,研究方向为中西医结合防治心血管疾病。

通讯作者:沈晓旭,医学博士,教授,主任医师,博士研究生导师。ghxiaoxushen@sina.com

收稿日期:2022-03-31

编辑:傅如海

