

基于“心脾气虚、痰瘀水湿内停”运用中药联合腹针治疗慢性心力衰竭缓解期摘要

王茜 罗山河 黄凯琳 许露馨 张雨晴 吴焕林

(北京中医药大学东直门医院,北京100700)

摘要 慢性心力衰竭(CHF)在经过现代医学系统治疗后,临床缓解期常遗留食欲减退、乏力、活动耐量下降等状况。CHF缓解期以心脾气虚、痰瘀水湿内停为基本病机,心脾气虚为疾病之根本、发病之基础,痰瘀水湿内停则是基本病理变化,贯穿疾病始终。临证治疗多以心、脾两脏为中心,标本兼顾,以培土消水、益气化痰、活血化瘀为法,方选香砂六君子汤合温胆汤加减;同时配合腹针选用中脘、下脘、气海、关元等穴进行治疗,以健脾益心、通调气血、化湿利水。中药联合腹针可进一步协调脏腑功能,加强培补元气、疏通气血之功,使机体趋于稳态,最终达到延缓病情进展、改善患者生活质量的目的。附验案1则以佐证。

关键词 慢性心力衰竭;缓解期;心脾气虚;痰瘀水湿内停;中药;腹针;临证经验

基金项目 国家中医药管理局国际合作司中医药国际合作专项(0610-2040NF020928)

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)是各种器质性心脏病发展到终末期的临床综合征。我国CHF的发病率逐年增长,且呈年轻化态势,其五年生存率与恶性肿瘤接近^[1]。多数患者在经过规范抗心力衰竭治疗后仍受食欲减退、乏力、活动耐量下降等症状困扰,生活质量差^[2]。CHF缓解期患者心肺痰瘀水湿之标虽得到有效消解,但心脾气虚之本尚存,故见食欲减退、神疲乏力、气短懒言、心悸胸闷、失眠多梦等表现。积极改善CHF缓解期患者的症状,减少加重期的出现,并改善预后,乃是当前中医药防治CHF的重点研究方向。针对CHF缓解期我们临证用药以培土消水、益气化痰、活血化瘀为法,同时配合腹针发挥健脾益心、通调气血、化湿利水之功,针药并用,协调脏腑功能,促进气血运行,使机体趋于稳态,以匡正祛邪,获效满意,现将应用思路介绍如下。

1 “心脾气虚、痰瘀水湿内停”为CHF缓解期的核心病机

CHF的发生多由心病久延,气血阴阳、脏腑功能失调,心脾气虚、痰瘀水湿内停所致。急性期表现为喘憋气促、咳嗽痰多、双下肢水肿,治以强心、利尿等法,病情得以迅速缓解。缓解期由于患者的心功能尚未完全恢复,仍存在不同程度的体循环或肺循环瘀血,水液潴留虽以下肢凹陷性水肿最为突出,但不

可忽视胃肠道瘀血造成的隐性水肿。《医碥·五脏生克说》^[3]曰:“脾之所以能运化饮食者,气也;气寒则凝滞而不行,得心火以温之,乃健运而不息,是为心火生脾土。”脾为后天之本,赖心火温煦、心血滋养、心气推动以运行不息,从而化生气血精微,以奉生身。CHF缓解期,心气、心阳不足,心血运行无力,瘀血积滞在脾,瘀结水留,水湿困阻中焦,使气机不畅,脾胃呆滞,生化无权,水津不能四布,土不制水,水湿泛滥,化饮生痰,聚湿为患,表现为纳呆食少、腹胀、喘满咳呕、水肿等症。脾胃既虚,无以化生精微奉生身,可见神疲乏力、短气懒言。综上,CHF缓解期病机以心脾气虚为本,痰瘀水湿内停为标。

2 中药治疗

2.1 临证治则——培土消水,益气化痰,活血化瘀
CHF缓解期仍有隐性水湿困阻中焦,使气机不畅,脾胃呆滞,升降失司,气化不利,津液不化,痰瘀阻脉,水湿泛滥,致心阳、心阴更损,加重心力衰竭。病机以心脾气虚、痰瘀水湿内停为主,治疗重在匡扶正气,恢复中焦功能,祛除病邪。《医述·杂证汇参·脾胃》^[4]言:“五脏中皆有脾气,而脾胃中,亦皆有五脏之气,此其互为相使,有可分而不可分者在焉。故善治脾胃者,能调五脏,即所以治脾胃也。能治脾胃,而使食进胃强,即所以安五脏也。”健运脾胃,使湿去饮消,水液输布有度,从而杜绝痰

湿水饮生成。脾胃之气旺盛,则气血生化有源,宗气得充,心气得养,心血运行有力,脏腑气血运行通畅,正气渐盛,邪去正安,心力衰竭得复,达到防变逆转的目的。临证以培土消水、益气化痰、活血化瘀为法,遵循从整体出发的基本原则,乃“伏其所主而先其所因”的具体运用,具有较为重要的临床意义。

2.2 方随法出——香砂六君子汤合温胆汤加减 我们临证时治疗CHF缓解期多以香砂六君子汤合温胆汤加减,药物组成:党参15~20 g、炒白术15~30 g、炙甘草6 g、茯苓15~30 g、木香10 g、枳壳10~15 g、砂仁5~10 g(后下)、陈皮10 g、半夏9 g、竹茹15 g、生姜10 g、三七10 g。方中党参、炒白术、炙甘草健脾益气,茯苓健脾渗湿利水。四药合用以恢复脾运、培土制水。木香醒脾开胃,畅乎脾气;枳壳行气而不破气;砂仁乃温中和气之药,能温清阳之脾,助土化谷,行浊滞之气,助胃下纳,使脾升则健,胃降则和。三药合用可助健脾益气而不滞气,有利于脾胃枢机运转,气机通达,气血津液调和。陈皮理气健脾;半夏燥湿化痰、降逆和胃;竹茹、生姜化痰泄浊。四药合用共除已聚之痰。三七活血化瘀而不伤正,现代药理研究表明,其具有保护心肌、血管内皮等作用^[5]。

在此基础上根据患者症状及病情轻重,灵活加减。元气虚甚者,易党参为人参以大补元气。脾虚明显者,可重用黄芪补气升阳,山药益气健脾,二者用量常在30 g以上。心脾阳虚者,可酌加干姜、桂枝,意在“少火生气”,使温阳、益气相得益彰,脾得温则健,血得温则活,饮得温则化。肾阳虚者,加巴戟天、淫羊藿、杜仲温肾壮阳。阳虚阴盛、形寒肢冷、面白肢肿甚者,予附子、肉桂之大辛大热之品。气阴两虚者,予太子参、西洋参益气养阴。阴虚有热者,予麦冬、天冬、沙参、玉竹滋阴退热。湿重苔厚者,加薏苡仁健脾利湿。喘咳痰多者,加紫苏子、白芥子、莱菔子。兼外感咳嗽者加苦杏仁、紫菀、百部。有痰热之象者,加胆南星、瓜蒌清热化痰。内有瘀血者,酌加丹参、桃仁、红花活血化瘀。瘀血甚者予水蛭、地龙化瘀通络。水肿明显者,加薏苡仁、泽泻、猪苓、葶苈子利水消肿。失眠多梦者,酌加远志、茯神、合欢皮、首乌藤养心安神,煅龙骨、煅牡蛎镇静安神。

3 腹针治疗

3.1 临证治法——健脾益心,通调气血,化湿利水 腹针疗法是一个多层次、立体化的微针治疗体

系。腹部穴位根据其在腹部分布的浅深,分别归属于三个系统:腹壁浅层受神阙系统调控,中层属传统脏腑经络系统,深层则归于八廓系统^[6]。针刺不同深度以调节相应系统,可起到理想的治疗效果。使用腹针干预CHF缓解期,能有效缓解患者神疲乏力、气短懒言、胸闷心悸、纳呆食少等症状,提高患者生活质量^[7-8]。根据病机,治疗CHF缓解期腹针处方以健脾益心、通调气血、化湿利水为法。

3.2 依法选穴 根据CHF缓解期的治则,取穴:中脘、下脘、气海、关元、大横(双侧)、天枢(双侧)、滑肉门(双侧)、外陵(双侧)、气旁(双侧)、气穴(双侧)、水分、水分旁(左侧),同时予电磁波治疗器(重庆航天火箭电子技术有限公司,CQ-28-1)照射、温熨神阙、气海、关元。通过经络传导,借温和热力以培补元气、温通气血、扶正祛邪。

中脘、下脘、气海、关元属八廓系统,四穴功效“引气归元”。中脘是八会穴之腑会,胃之募穴,可补中益气、和胃固本;下脘和中理气、调节升降;气海可培补元气、益肾强壮,如《针灸资生经》^[9]言:“此经以气海为生气之海,《难经疏》以为元气之海。则气海者,盖人之元气所生也”;关元为小肠募穴,别名丹田,有培肾固本、补气回阳之功。四穴合用,取后天养先天之意。大横、天枢、滑肉门、外陵、气旁、气穴属脏腑经络系统。大横属足太阳脾经,有健脾调气、运脾化湿之功;天枢属足阳明胃经,可疏理经气,助胃肠运化;滑肉门、外陵是脾之精微在风气运化下所过之处,具有通调气血、疏理经气的作用以发挥上输下达的功效,是引脏腑之气向全身布散之妙穴。以上诸穴搭配“引气归元”四穴可明显改善脾虚症状,且远期效果良好^[10]。气旁、气穴走形于肾经,有固本培元、加强补气之效。水分、水分旁属神阙系统,此二穴为心脏在腹部的投影区,用之可补益心气,安定神明。

水肿明显者,加中极和双侧大赫、大巨、水道,可助气化,利水湿,有助于水液输布和排泄。伴眩晕者,加双侧商曲,配合气穴,可加强补脾肾之功。伴胃部胀满、呕吐者,加双侧梁门以调中气、和肠胃。伴肩、肘等上肢疾病者,加双侧上风湿点;治疗下肢疾患时,可加双侧下风湿点。

3.3 操作方法 患者取仰卧位,取穴后进行常规消毒,根据患者的体形选择不同规格的针具。针刺时配合套管快速进针,只捻转不提插或轻捻转慢提插。进针深度根据疾病的病位判定,“刺至病所”。浅刺刺至皮下,中刺刺至皮下组织脂肪层浅

层,深刺刺至皮下组织脂肪层深层、肌层之上。施术一般采用三部法,即候气、行气、催气三法。进针后停留3~5 min,谓之候气;3~5 min后再行捻转使局部产生针感,谓之行气;再隔5 min行针1次加强针感使之向四周或远处扩散,谓之催气。留针30 min后起针。

4 验案举隅(吴焕林主诊)

刘某某,男,70岁。2021年5月25日初诊。

主诉:间断憋气13年余,双下肢水肿1年余,纳食即吐3 d。患者13年前间断出现憋气,无明显胸痛、汗出,就诊于北京大学第一医院,诊断为“冠状动脉粥样硬化性心脏病”,行冠脉造影于右冠状动脉置入支架2枚,前降支置入支架1枚,术后予规律冠心病二级预防。其间反复因憋气入院治疗。1年前患者出现双下肢水肿,夜间可平卧,查B型利钠肽(BNP)为 1000^+ pg/mL,超声心动图示左室射血分数(LVEF)为35.9%,全心扩大,经积极抗心力衰竭治疗后症状好转。1个多月前症状加重,慢步行走数十米或轻度体力活动即可出现明显喘憋,夜间不能平卧,尿少,经强心、利尿等治疗后,于2021年5月18日查超声心动图LVEF为24.9%,N末端B型利钠肽原(NT-proBNP)为17 464 ng/L,肌酐(Cr)为 $370.89 \mu\text{mol/L}$,肾小球滤过率(eGFR)为 13.409 mL/min 。3 d前患者无明显诱因出现纳食即吐,乏力明显,遂就诊于北京中医药大学东直门医院。刻下:由轮椅推入诊室,神倦乏力,语声低微,喜闭目,双下肢无浮肿,静息时无明显喘憋。近日纳食即吐,每日只能摄入极少量流食。无明显口渴,饮水量少,自觉喜冷饮,无明显怕冷,无自汗、盗汗,大便不爽,需开塞露辅助通便,夜尿多,舌质暗、苔白腻,脉大。西医诊断:慢性心功能不全,冠状动脉粥样硬化性心脏病,陈旧性心肌梗死,冠状动脉支架(3枚)置入术后,慢性肾功能不全,左肾动脉狭窄,右肾切除术后。中医诊断:心水病(气阴两虚、痰瘀互结证)。治则:健脾益气,养阴生津,祛痰化浊,活血化瘀。方选香砂六君子汤合温胆汤加减。处方:

太子参30 g,茯苓15 g,炒白术15 g,炙甘草5 g,砂仁10 g(后下),法半夏9 g,陈皮10 g,炒枳实15 g,竹茹15 g,生姜10 g,麦冬15 g,麸炒神曲15 g,炙黄芪30 g,胆南星10 g。7剂。每日1剂,水煎,早晚分服。

同时予腹针治疗,治以健脾益心、通调气血、化湿利水。取穴:中脘、下脘、气海、关元、水分、水分旁(左侧)、气旁(双侧)、气穴(双侧)、中极、大赫

(双侧)、天枢(双侧)、大横(双侧)、滑肉门(双侧)、外陵(双侧)、水道(双侧)、大巨(左侧)。操作方法:患者取仰卧位,取穴后进行常规消毒,选取一次性无菌套管针灸针(北京中研太和医药有限公司,型号:ZY500,规格:0.20 mm×40 mm)进行针刺。中脘、下脘、气海、关元深刺;气旁、气穴、中极、大赫、天枢、大横、滑肉门、外陵、水道、大巨中刺;水分、水分旁浅刺。诸穴只捻转不提插,进针后停留3~5 min候气,3~5 min后再捻转使局部产生针感,再隔5 min行针1次加强针感使之向四周或远处扩散,留针30 min后起针,留针期间使用电磁波治疗器照射、温熨神阙、气海、关元。每周治疗3次,治疗1周。

2021年6月1日二诊:患者诉第一次腹针治疗后,即感乏力有所缓解。体力较前改善,可独立行走,步速缓慢,双下肢无水肿。现可少食固体食物,食后胃胀,排便仍费力,喜冷饮,舌质暗、苔白腻,脉濡缓。予初诊方太子参易为西洋参10 g,去胆南星,7剂。继予腹针治疗,同初诊方案。

2021年6月8日三诊:患者精力明显改善,独立行走距离较前加长,胃口变佳,但厌食油腻,喜冷饮,舌质淡暗、苔白腻,脉弦缓。予二诊方西洋参增至15 g,麦冬增至30 g,加胆南星10 g,7剂。继予腹针治疗,同初诊方案。

2021年6月15日四诊:患者已能正常饮食,乏力较前明显改善,能独立步行上一层楼,生活质量明显改善。此后守三诊方加减进退数月并坚持配合腹针治疗。

2021年11月4日复查,Cr为 $129 \mu\text{mol/L}$,eGFR为 47.737 mL/min ,NT-proBNP为24 404 ng/L。2021年11月11日复查,超声心动图LVEF为33.7%。2022年7月27日复查,NT-proBNP为12 022 ng/L。

一直随访至今,患者无明显喘憋发作,能独立步行上三楼,体力明显改善,纳可,未再入院治疗。

按:本案患者系陈旧性心肌梗死,全心增大,心功能严重损伤,常年住院静脉治疗。此次经过规范系统地抗心力衰竭治疗后,虽喘憋、水肿症状得到缓解,但心功能、肾功能持续恶化,出现精力不济、纳食即吐等慢性心力衰竭缓解期症状。患者胸痹心痛已久,心脉、心体受损,久病耗伤心气、心阳;患肾病日久,肾精亏乏,肾阳不足,气化失司,导致火不暖土,脾阳亦随之受损;心脾肾阳俱虚,津液运化障碍,水湿内停,泛滥肌肤,可见肢体浮肿,水饮上凌心肺,可见喘憋,夜间难以平卧,即发为心水病。

患者服用大剂量利尿药,引水饮从小便而去。但利尿、抗凝、调脂仅是针对病标而设,尚未纠正气虚之本,故仍未可愈。胃气虚弱,受纳失职,虚气上逆,故见纳食即吐;脾气虚弱,生化乏源,四肢百骸失于水谷清阳充养,故见神倦乏力,无法独立行走,语声低微;气虚推动无力,故排便不畅;大量利尿耗伤阴津,但有水饮为患,故未见明显口渴,但喜冷饮;舌质暗、苔白腻是有痰瘀之象,脉大为气血虚弱之象。初诊时,患者证属气阴两虚、痰瘀互结,治以健脾益气、养阴生津、祛痰化浊、活血化瘀,方选香砂六君子汤合温胆汤加减,配合腹针加强健脾益心、通调气血、化湿利水之效。方中太子参益气养阴;炙黄芪、茯苓、炒白术、炙甘草健脾益气祛湿;砂仁醒脾调胃,助胃下纳,助脾运化。六药合用健脾益气而不滞气,有利于脾胃枢机运转,以杜生痰之源。法半夏、陈皮、炒枳实、竹茹、生姜、胆南星共消已生之痰,炒枳实还可消积导滞,促进胃肠运动,推动大便排出;麦冬、太子参配伍增强养阴之效,专为利尿伤阴而设;麸炒神曲、砂仁配伍醒脾和胃,使胃能容纳,饮食可入,生化有源,枢机运转,则水谷精微能输布全身,脏腑肢体得以充养,生机复矣。配合腹针之中脘、下脘、气海、关元以补中益气、培肾固本,气旁、气穴加强补气之效,中极、大赫、水道、大巨疏利水湿,天枢、大横健脾理气,滑肉门、外陵通调气血,水分、水分旁补益心气、安定神明。患者初诊当天行腹针治疗后,即感乏力有所缓解,证实腹针单独应用确有疗效,与中药并用则可进一步协调脏腑功能,促进气血运行,以达到扶正祛邪的目的。二诊时,患者体力、饮食较前改善,提示脾胃功能逐渐恢复,脾可为胃行津液于周身,但其运化能力尚未正常,故可见纳后胃胀,继守初诊中药和腹针治疗思路调理脾胃。患者喜冷饮,提示胃有热象,故将太子参易为西洋参,益气养阴的同时加强清热之力。又恐其清热太过而伤及阳气,故暂去胆南星。三诊时,由于患者久病体虚,担心大队寒凉之品伤及阳气,故寒凉药物药味、用量均少,但二诊药后患者并未出现大便稀溏等脾肾阳气损伤之症,提示尚可耐受寒凉之品。现患者胃口转佳,但厌食油腻,喜冷饮,提示患者胃阴耗伤,热象较重,加之内有痰浊,故增西洋参、麦冬用量,发挥滋阴降火之功,加胆南星增清热化痰之效。四诊时,患者已能正常饮食,乏力较前明显改善,能独立步行上一层楼。患者坚持中药配合腹针治疗数月,各项症状均较治疗前明显改善。

5 结语

慢性心力衰竭缓解期患者经临床综合治疗后,多遗留神疲乏力、食欲减退、活动耐量下降等症状,预后不佳。病机以心脾气虚为本,痰瘀水湿内停为标,中医药治疗本病有着独特的优势,以调理心脾两脏为首要原则,施以方药培土消水、益气化痰、活血化瘀,联合腹针健脾益心、通调气血、化湿利水,有利于改善临床冗杂症状,延缓慢性心力衰竭进程,降低住院率,促进病情稳定和恢复,提高患者生活质量,但腹针治疗慢性心力衰竭的具体机制仍有待进一步研究。

参考文献

- [1] 国家卫生计生委合理用药专家委员会,中国药师协会.心力衰竭合理用药指南(第2版)[J].中国医学前沿杂志(电子版),2019,11(7):1.
- [2] 戚先伟,戴小华.调脾护心方治疗慢性心力衰竭心脾两虚型临床研究[J].中医药临床杂志,2019,31(12):2287.
- [3] 何梦瑶.医编[M].吴昌国,校注.北京:中国中医药出版社,2009:9.
- [4] 程杏轩.医述[M].合肥:安徽科学技术出版社,1983:417.
- [5] 李新,徐旭,许浚,等.基于心血管保护作用的三七粉质量标志物研究[J].世界科学技术-中医药现代化,2022,24(1):19.
- [6] 邹演梅,吴煥林.吴煥林腹针治疗功能性室性早搏经验[J].辽宁中医杂志,2013,40(7):1325.
- [7] 陈志材.腹针联合西药治疗气虚血瘀型心衰病的临床疗效观察[D].福州:福建中医药大学,2020.
- [8] 王珊珊.腹针联合西药治疗气阴两虚型心衰病的临床疗效研究[D].福州:福建中医药大学,2021.
- [9] 王执中.针灸资生经[M].黄龙祥,点评.黄幼民,点校.北京:中国医药科技出版社,2021:49.
- [10] 陈红,陈小刚,朱志强,等.三组不同经典穴组对腹针治疗脾虚证作用影响的比较[J].四川中医,2013,31(2):118.

第一作者:王茜(1997—),女,硕士研究生在读,中医内科学专业。

通讯作者:吴煥林,医学博士,主任医师,教授,博士研究生导师。wuhuanlinboshi@aliyun.com

修回日期:2022-10-13

编辑:吴宁 张硕秋