

# 陈晓虎基于虚、瘀、水论治慢性心力衰竭

陈红梅<sup>1,2</sup> 俞 鹏<sup>2</sup>

(1. 南京中医药大学第一临床医学院, 江苏南京 210023;

2. 南京中医药大学附属医院, 江苏省中医院, 江苏南京 210029)

指导: 陈晓虎

**摘 要** 慢性心力衰竭(简称慢性心衰)是心血管内科的常见病、难治病,因其为各种心血管疾病的终末阶段,故单从某一病机论治难以取得良效。陈晓虎教授认为,慢性心衰为本虚标实之证,虚为致病之本,心气虚为心衰之始,心阳虚为心衰之末;瘀、水为致病之标。虚、瘀、水为慢性心衰的三种病理要素,三者相互转化,相互影响。陈教授临证重视辨证论治,依据证候主次的不同,灵活运用益气温阳、扶正补虚或化瘀利水、通利血脉等法治疗本病,以自拟方“强心合剂”为基础方化裁,获得较好的疗效。附验案1则以佐证。

**关键词** 慢性心力衰竭;扶正;化瘀;利水;名医经验;陈晓虎

**基金项目** 国家自然科学基金资助项目(81973824);第四批省名老中医药专家传承工作室建设项目(苏中医科教〔2021〕7号)

慢性心力衰竭(简称慢性心衰)是指各种心血管疾病末期导致心室充盈和/或射血受损,引起组织器官灌注不足的临床病症,常表现为呼吸困难、气短乏力、水肿少尿等症<sup>[1]</sup>。据《中国心血管健康与疾病报告2020概要》<sup>[2]</sup>统计,我国慢性心衰的患病率逐年上升,35岁以上成年人患病率为1.3%,患病人数达890万,住院率居高不下,且预后差,严重危害人民身体健康。本病可归属于中医学“心水”“痰饮”“水肿”“喘证”“心悸”范畴。《血证论》<sup>[3]</sup>云:“水病而不离乎血……血病而不离乎水”,故心水之病,多为心脉失养,瘀血内阻,津液运行不利,水湿泛滥之证。中医药治疗慢性心衰可有效提高患者生活质量,改善预后,并能减少西药用量,降低不良反应发生率<sup>[4]</sup>。

陈晓虎教授为江苏省名中医,从事临床、科研、教学工作30余年,治疗慢性心衰有着丰富的临床经验,特别是从虚、瘀、水三种病理要素入手,分清证候主次,灵活运用益气温阳、扶正补虚或化瘀利水、通利血脉等法治疗本病,疗效显著。笔者有幸侍诊,获益匪浅,现将陈教授基于虚、瘀、水治疗慢性心衰之经验总结如下。

## 1 溯本求源,谨求病机

1.1 虚为致病之本 《素问·刺法论》<sup>[5]543</sup>曰:“正气存内,邪不可干……邪之所凑,其气必虚。”陈教授

认为“虚”是形成慢性心衰的根本,心气虚为心衰之始,心阳虚为心衰之末,慢性心衰是在心气亏虚的基础上,病情进一步加重而形成心阳虚衰。疾病后期,阳损及阴,阴阳俱虚,甚至会出现亡脱危候。

心气虚为心衰之始,关乎脾、肺。脾气虚为起病关键,脾主运化,为后天之本,气血生化之源;脾失健运,则气血生化乏源,“子病及母”,导致心脉失养,多表现为心悸怔忡、寐少梦多、纳差乏力等症。心肺同居上焦,“肺者,气之本也”,《难经·三十二难》<sup>[6]</sup>云:“心者血,肺者气。血为荣,气为卫,相随上下,谓之荣卫”,心肺二者位置毗邻,经脉相连,气血相通,阴阳相济,脉随气转,荣卫相将,若心肺气虚,难主一身之血脉,水津不布,痰饮内停,临证多表现为胸闷咳嗽、痰液清稀,甚则不能平卧,故肺气虚也是心气虚的起病关键。

心阳虚为心衰之末,关乎于肾。《素问·生气通天论》<sup>[5]14</sup>曰:“阳气者,若天与日,失其所,则折寿而不彰”,故阳气对人体生命活动起着至关重要的作用。心为火脏,一身阳气之大主,属阳中之阳,心之阳气充足,生命活动方可正常运转。肾为阳气之根,“五脏之阳气,非此不能发”,肾阳对心阳有温煦、资助作用。若肾阳衰微不能上温心阳,则见心阳不振,表现为胸前冷痛遇温得缓;甚者命门火衰,虚寒内生,肾水上泛于心,最终导致心阳

亏虚, 变生诸证, 出现胸闷痰多、四肢水肿、小便不利等症。

**1.2 瘀、水为致病之标** 血脉瘀阻是慢性心衰的中心环节。血为气之母, 气为血之帅, 心气虚弱, 无力推动血行, 血液运行受阻, 瘀血内停, 正如《医学入门》<sup>[7]</sup>曰: “血随气行, 气行则行, 气止则止, 气温则滑, 气寒则凝”; 再者, 久病入络, 络脉失养, 脉道不利, 血脉滞涩不行, 瘀血阻滞。瘀血停于心中, 临证常见胸闷胸痛甚则胸痛彻背、唇舌紫暗、脉涩等。

水饮内停是慢性心衰的必然结果。水液运行依赖气之温化, 若命火虚衰, 水液温化失司, 则泛滥为患。肾水上泛, 阳微阴弦, 水气凌心, 则见心悸怔忡、“振振欲擗地”、全身水肿、腰膝酸冷、小便不利、舌苔白、脉沉等。脾属土, 为心之子, 心阳不足, 脾土失暖, 则脾失健运, “诸湿肿满”内生, 临床常见心悸头眩、心下逆满、腹胀便溏等症。阳气虚衰, 肺通调水道失司, 则见心中悸动不安、胸膈满闷、喘而不得卧, 正如《金匱要略》<sup>[8]</sup>所言: “咳逆倚息, 短气不得卧, 其形如肿。”

瘀水互结是慢性心衰的病理结果亦是致病因素。《血证论》<sup>[9]</sup>云: “水病而不离乎血……血病而不离乎水。”血病与水病之间相互转化, 互为致病因素。瘀水为有形之邪, 积滞体内, 易引起气机失常, 从而加重“瘀”“水”。再者, 情志不遂或郁怒伤肝, 导致肝失疏泄, 气之升降出入失常, 引起气滞血瘀而加重病情, 《景岳全书·郁证》<sup>[9]446</sup>曰: “情志之郁, 则总由乎心, 此因郁而病也”, 肝气上逆, 临床常见胸痛满闷、时欲太息、急躁易怒等症。

## 2 辨证论治, 分清主次

陈教授根据慢性心衰与“虚、瘀、水”的密切关系, 结合临床经验自拟“强心合剂”, 基本方: 生黄芪20 g, 炙黄芪20 g, 淡附片10 g, 党参30 g, 丹参20 g, 车前子10 g, 葶苈子10 g, 麦冬10 g, 玉竹10 g。方中生黄芪、炙黄芪、淡附片益气温阳、扶正固本, 辅以党参加强益气之功, 配伍丹参、葶苈子、车前子活血利水、泻肺平喘, 再佐以玉竹、麦冬以防伤阴之弊。诸药配伍, 补虚泻实, 共奏益气温阳、化瘀利水兼养阴之效。陈教授指出, 在临证施治中要辨证论治, 依据证候主次的不同, 灵活运用益气温阳、扶正补虚或化瘀利水、通利血脉等法, 以强心合剂为基础方加减用药。

**2.1 益气温阳, 扶正补虚** 陈教授提出慢性心衰迁延难愈、反复发作的病机关键在于因虚致实而呈虚

实错杂之疑难重症, 正气不足、命火虚衰、阳微阴弦是其关键, 患者临床多见胸闷气喘、自汗畏风、面白少华、腰膝冷痛。针对此类患者陈教授常加大黄芪用量, 生黄芪、炙黄芪各增量至30 g, 二药性味、归经相同, 均有补气之效。生黄芪较寒凉, 善行卫分, 实腠理, 长于固表; 炙黄芪药性偏温, 善行中焦, 长于补中。二药合用补气与固表并进, 扶正补虚力达五脏。现代药理研究证实, 生、炙黄芪并用具有改善血流动力学、抗炎、保护血管内皮的功能<sup>[10]</sup>。《素问·调经论》<sup>[5]322</sup>曰: “血气者, 喜温而恶寒, 寒则泣不能流, 温则消而去之”, 气属阳, 阳得温而动, 辛温之药能散、能行, 可调达气机、通行血脉, 常可辅助调理脏腑功能, 故陈教授加干姜、五味子, 此二药与强心合剂中淡附片相须为用, 使阳气生化无穷。现代药理研究证实, 附子-干姜配伍可降低氧耗, 改善心肌缺血, 增强心肌收缩力<sup>[11]</sup>。

慢性心衰以老年患者居多, 年老之人天癸枯竭, 肾元虚损, 《景岳全书》<sup>[9]538</sup>曰: “今肾中阳气不足, 则命门火衰, 而阴寒独盛”, 临床多见痰多清稀、腰膝酸冷、小便不利等症, 陈教授常加淫羊藿、菟丝子、沙苑子、山萸肉等温命门之火, 同时可敛气分耗散。“善补阳者, 必于阴中求阳”, 慢性心衰患者常有阳损及阴或阴阳互损之候, 临床多见口干咽燥、胸满心烦等症, 陈教授常加五味子使阳得阴助而生化无穷, 同时养阴生津敛气。再者, 盖“饮属阴邪, 非温不化”, 临床多见胸胀满闷、咳痰清稀者, 陈教授喜酌加少量桂枝、薤白、半夏等温药, 以温药和之, 痰饮自化, 可谓妙矣。现代药理研究表明, 桂枝具有促进冠状动脉血液循环、改善心肌缺血的作用<sup>[12]</sup>。若病见四肢厥冷、冷汗淋漓、脉微欲绝, 此为阳气暴脱、病情危笃之象, 当遵循“急则治标, 缓则治本”的原则, 坚持中西医并重, 挽救患者生命。

**2.2 化瘀利水, 通利血脉** 《素问·汤液醪醴论》<sup>[5]79</sup>曰: “平治于权衡, 去宛陈莖。”陈教授认为瘀和水是慢性心衰的病理性产物, 又是致病因素, 慢性心衰作为各心脏疾患的终末阶段, 不可避免地会出现久病入络、脉道不通、血滞成瘀的表现。血水相因, 血不利则为水, 水不利则生瘀, 二者互累互病。对于血瘀饮停的证候, 陈教授提倡运用瘀水同治的思路, 但需辨清瘀和水的轻重主次, 在强心合剂的基础上灵活加减用药。

瘀重于水者, 以治血为主。临床见面色暗红或黧黑、唇甲青紫、舌质紫暗或舌底脉络瘀曲、脉涩者, 陈教授常加苏木、红花、水蛭, 以加强活血祛瘀之效,

络通则水行,瘀去则水散。苏木功擅行血,复能行气,可“破死血”,现代药理学表明,苏木具有调节微循环、抑制血小板聚集、抗血栓形成的作用<sup>[13]</sup>;水蛭可“逐恶血”,与红花相须配伍,活血通络之力尤强。此外,陈教授常予患者三七粉冲服,《本草求真》<sup>[14]</sup>言三七“气味苦温,能于血分化其血瘀”,有行血不伤血、祛瘀生新之功。

水重于瘀者,以治水为主。临床见心中悸动不安、胸胁支满、呃逆上气、目眩、腹胀便溏者,属水湿困脾之证,陈教授常加生薏苡仁、苍术、白扁豆、砂仁、豆蔻等健脾利湿。生薏苡仁常用剂量为30 g,现代药理研究证实,薏苡仁可清除自由基,抗心肌缺血,还能增强免疫<sup>[15]</sup>,对于慢性心衰患者尤其适宜。饮邪停肺、咳喘胸闷者,加苦杏仁、陈皮、桔梗宣肺利水;胸满胀痛、咳逆上气、面浮肿者,加泽兰、泽泻等泻肺逐水;心下逆满、舌苔厚腻者,加黄连、黄芩等清热燥湿,不必拘于苦寒败胃之论,另可酌加半夏、干姜温暖护卫中焦,患者大多可耐受;呕逆泄泻、渴不思饮、小便不利者,重用猪苓、防己、茯苓等,利尿的同时兼调理脏腑功能。陈教授强调,在应用活血化瘀、利水通腑治法的同时,可辅以猪苓、葛根、石斛等滋阴生津之品,以防因水湿渗利过度而耗伤津液,加重病情。

瘀水互结常引起气机失常,陈教授喜用香附、佛手、川芎、郁金、陈皮等疏肝理气之品,又恐木旺乘土之嫌,故加柴胡、白芍,以达健脾柔肝、调和肝脾之意。此外,陈教授喜加甘松10 g理气止痛、醒脾开郁,现代药理研究证实,甘松有抗心律失常和抗抑郁的作用<sup>[16]</sup>。《名医杂著·医论》<sup>[17]</sup>言:“肝气通则心气和,肝气滞则心气乏,此心病先求于肝,清其源也”,若有肝气化火者,临床兼见心中悸动不安、五心烦热、眼涩目赤等,陈教授常加牡丹皮、玄参、枸杞子等滋阴疏肝之品,达安神定悸之效。

### 3 验案举隅

李某,男,73岁。2021年9月18日初诊。

主诉:活动后胸闷气短间作3年,加重1周。患者2015年3月因“心前区剧痛”就诊于北京阜外医院,诊断为“急性下壁心肌梗死”,遂行经皮冠状动脉介入(PCI)术共植入3枚支架,术后恢复良好。近3年活动后出现胸闷、气短乏力,胸痛偶作,休息后缓解。近1周上述症状反复发作,休息后胸闷气喘缓解不显。平素有高血压病史,口服沙库巴曲缬沙坦钠片、阿司匹林、阿托伐他汀钙片等药物。刻下:胸闷气喘、乏力间作,活动耐量下降,胸

痛偶作,食纳稍差,夜寐尚可,双下肢水肿,二便调,舌暗红、苔白腻,脉弦。查体:血压122/78 mmHg (1 mmHg $\approx$ 0.133 kPa),心率70次/min,律齐,双肺未闻及湿啰音,双下肢水肿。辅助检查:心电图示窦性心律,陈旧性心下壁心肌梗死,ST-T改变;心脏超声示左房高电压,三尖瓣关闭不全(轻-中度),二尖瓣关闭不全(中度),左室射血分数(LEVF)36.9%。西医诊断:慢性心力衰竭(心功能Ⅲ级),冠状动脉支架植入术后,高血压;中医诊断:心衰病(阳虚血瘀兼水停证)。治法:益气温阳,活血利水。予自拟方“强心合剂”加减。处方:

炙黄芪30 g,生黄芪30 g,淡附片10 g,党参20 g,麸炒白术10 g,苏木10 g,红花10 g,烫水蛭3 g,丹参10 g,甘松10 g,葶苈子10 g(包煎),泽兰10 g,泽泻10 g,防己10 g,盐车前子10 g(包煎),茯苓皮15 g,茯苓15 g,猪苓15 g,陈皮6 g。14剂。每日1剂,浓煎100 mL,分早晚温服。另予三七粉3 g早晚温水冲服。

2021年10月8日二诊:患者活动后胸闷、气短症状较前好转,胸痛偶作,双下肢水肿减轻,纳可,夜寐差,梦多、易醒,夜间烦热,二便调,舌暗红、苔薄黄,脉弦。予初诊方去茯苓皮、防己,加黄连5 g、肉桂4 g、酸枣仁30 g,14剂。继予三七粉早晚温水冲服。

2021年10月22日三诊:患者活动后胸闷、气短症状明显好转,胸痛未作,双下肢水肿消退,纳可,口干欲饮,夜寐好转,二便调,舌红、苔薄而干,脉弦。予二诊方加太子参15 g、麦冬10 g、玉竹10 g,14剂。继予三七粉早晚温水冲服。

2021年11月5日四诊:患者活动后胸闷、气短未作,胸痛未作,稍有烦躁,纳可,夜寐可,双下肢无水肿,二便调,舌淡红、苔薄白,脉弦。予三诊方去黄连、肉桂,加川桂枝4 g、煅牡蛎30 g(先煎)、煅龙骨30 g(先煎)、降香6 g(后下)、郁金10 g,14剂。继予三七粉早晚温水冲服。

后患者多次门诊复诊,胸闷、气喘等症状未再发作,复查心脏超声:LEVF为52%。继以温阳活血法治疗,随症加减用药,巩固疗效。

按:本案患者年过七旬,既往有冠状动脉粥样硬化性心脏病、高血压,年老体衰,脏器功能下降,脾阳虚弱,出现食纳稍差;患病日久,久病入络,心脉不畅,血液瘀滞,则胸痛阵作;心阳不足,鼓动乏力,阳不化阴,水液停聚,故双下肢水肿。病位主要在心,病性考虑为阳虚、血瘀,再结合舌苔、脉象,四诊合



参,可诊断为心衰病,辨证属“阳虚血瘀兼水停证”,方选强心合剂加减。方中生黄芪、炙黄芪并用可温分肉、肥腠理、司开合,达益气扶正补虚之效,同时辅助水液代谢之功;淡附片温三焦之阳;苏木、红花、烫水蛭、丹参合用加强活血化瘀之力;泽兰、泽泻、防己、茯苓皮利水消肿;麸炒白术、茯苓、党参合用益气健脾;甘松理气止痛、宁心定悸;葶苈子、盐车前子破坚逐水、泻肺平喘;陈皮、猪苓利水以防伤阴之弊,其中陈皮载药上行,平喘利肺。全方共奏益气温阳、活血利水之功。另予三七粉冲服活血祛瘀。二诊时,患者双下肢水肿减轻,故去茯苓皮、防己;病程日久,阳损及阴,肾阴不足,心火亢盛,心神受扰,故出现夜寐差、五心烦热等症,加黄连、肉桂取交泰丸之意,黄连入心经清心火,肉桂入肾经引火归元,以达水火既济之功,辅以酸枣仁养心安神,三药合用达安神助眠之效。三诊时,患者处于疾病后期,因利水过度,出现津液耗伤,故口干欲饮、舌红、苔薄而干,加太子参、麦冬、玉竹益气养阴生津。四诊时,患者心阳虚损,不能潜藏于心,心阳浮越于外而生烦躁,故去黄连、肉桂等降心火、调营阴之品,加川桂枝温通心阳,煅龙骨、煅牡蛎重镇降逆、安神定悸,取“桂枝甘草龙骨牡蛎汤”之意,加降香、郁金疏肝理气、调畅气机。陈教授特别强调,本病处于各种心血管疾病的终末阶段,临床症状较多,治疗过程中应准确把握病证规律,分清主次,方证结合,可取良效。

#### 4 结语

综上,陈教授认为慢性心衰病机为心气、心阳俱虚,血脉瘀阻,水溢肌肤,病程变化与虚、瘀、水有着密切关系,治疗应谨守病机,掌握其演变过程,辨清病证主次,同时坚持“治病求本”“瘀水同治”的原则,为临床治疗慢性心衰提供了新的思路和方法,值得进一步学习和思考。

#### 参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会,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2018[J].中华心血管病杂志,2018,46(10):30.
- [2] 中国心血管健康与疾病报告编写组.中国心血管健康与疾病报告2020概要[J].中国循环杂志,2021,36(6):521.
- [3] 唐宗海.血证论[M].金香兰,校注.北京:中国中医药出版社,1996:75.
- [4] 丁邦晗,吴晓新,刘云涛,等.“金三角”之下慢性心力衰竭治疗的中西医结合策略[J].中国中医基础医学杂志,2015,21(4):436.
- [5] 佚名.素问[M].何文彬,谭一松,主编.北京:中国医药科技出版社,1996.
- [6] 秦越人.难经[M].烟建华,点评.北京:中国医药科技出版社,2018:17.
- [7] 李挺.医学入门[M].田代华,整理.北京:人民卫生出版社,2006:760.
- [8] 张仲景.金匮要略[M].范永升,姜德友,主编.北京:中国中医药出版社,2021:103.
- [9] 张介宾.景岳全书[M].北京:中医古籍出版社,2021.
- [10] 谢莹慧,吴乾,杨旭.生黄芪与炙黄芪配伍的临床应用探讨[J].中国民间疗法,2022,30(12):64.
- [11] 徐香玲,杨继,赵英强.附子温阳功效在治疗心力衰竭病中的临床应用进展[J].现代中西医结合杂志,2021,30(31):3520.
- [12] 俞春林,杜正彩,郝二伟,等.四类不同功效桂枝药对化学成分与药理作用的研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(1):226.
- [13] 王毅然,周亚滨.苏木提取物在心血管疾病中的研究进展[J].世界中西医结合杂志,2020,15(10):1957.
- [14] 黄宫绣.本草求真[M].2版.王淑民,校注.北京:中国中医药出版社,2008:382.
- [15] 李晓凯,顾坤,梁慕文,等.薏苡仁化学成分及药理作用研究进展[J].中草药,2020,51(21):5645.
- [16] 于素玲,叶霄,贾国夫,等.青藏高原药用植物甘松研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(19):243.
- [17] 王纶,撰.薛己,注.明医杂著[M].王振国,董少萍,整理.北京:人民卫生出版社,2007:1.

第一作者:陈红梅(1988—),女,硕士研究生在读,中西医结合专业心血管方向。

通讯作者:俞鹏,医学博士,主任中医师,硕士研究生导师。yupengdoctor@126.com

收稿日期:2022-10-09

编辑:吴宁 张硕秋

