

本文引用:彭丽琪,邓旭,蔡虎志,陈新宇.慢性心力衰竭的中医认识与防治思路——陈新宇学术思想与临证经验研究[J].湖南中医药大学学报,2021,41(10):1615-1619.

慢性心力衰竭的中医认识与防治思路 ——陈新宇学术思想与临证经验研究

彭丽琪¹,邓旭²,蔡虎志²,陈新宇^{2*}

(1.湖南中医药大学,湖南长沙410208;2.湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙410007)

〔摘要〕国家级名中医陈新宇认为慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)是心脏阴阳互损的终末状态,病因病机多责于阴阳失调、气血失常。陈教授从“阴阳”辨治CHF,按病程轻重缓急进行分期分型辨治,兼顾五脏施治和病机论治。缓解期分为“肺肾两虚,脾虚湿盛证”“肝肾阴虚,心阴耗伤证”和“心肺气虚,心神不宁证”,急性发作期常见证型为“阴寒凝聚,气虚血瘀证”“心肾亏损,阳虚水泛证”和“心阳不足,水凌心肺证”,危重期以“热陷心包,痰蒙心窍证”和“阴竭阳脱,元气暴亡证”居多。针对CHF不同分期、不同证型,施以阴阳同治、温补肺肾、平肝潜阳、回阳救逆等治法。并将中医“治未病”思想贯穿于CHF防治的各个阶段。

〔关键词〕慢性心力衰竭;分期分型辨治;阴阳;治未病;陈新宇

〔中图分类号〕R256.2

〔文献标志码〕B

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2021.10.025

TCM Understanding and Prevention of Chronic Heart Failure: Research on Chen Xinyu's Academic Thought and Clinical Experience

PENG Liqi¹, DENG Xu², CAI Huzhi², CHEN Xinyu^{2*}

(1. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China; 2. The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China)

〔Abstract〕 Professor Chen Xinyu believes that chronic heart failure (CHF) is the terminal state of mutual loss of Yin and Yang of the heart, the etiology and pathogenesis are mostly responsible for the imbalance of Yin and Yang, Qi and blood disorders. Professor Chen advocates the differentiation and treatment of CHF from "Yin and Yang", and thinks that differentiation and treatment of CHF should according to the severity of the disease stage, taking into account the treatment of the five Zang organs and the pathogenesis. Remission stage is divided into "deficiency of lung and kidney, spleen deficiency and dampness excess syndrome", the "liver and kidney Yin deficiency, heart Yin consumption injury syndrome" and "syndrome of heart and lung Qi deficiency and restlessness of mind"; acute phase often witness type as "Yin cold coagulation, Qi deficiency and blood stasis syndrome" and "heart and kidney loss, Yang deficiency and water flooding syndrome" and "deficiency of heart Yang, water touching heart and lung syndrome"; critical period, most of them are "phlegm heat defect pericardium, phlegm covering the heart orifices syndrome" and "Yin exhaustion and Yang loss, Yuan Qi sudden death". In the view of different stages and syndrome types of CHF, the treatment of Yin and Yang, warming and tonifying lung and kidney, calming liver and activating Yang, and restoring Yang to save adverse conditions are carried out. The idea of "preventive treatment of disease" runs through all stages of CHF prevention and treatment.

〔Keywords〕 chronic heart failure; syndrome differentiation and treatment according to period and syndrome type; Yin and Yang; preventive treatment of disease; Chen Xinyu

〔收稿日期〕2021-03-07

〔基金项目〕国家自然科学基金项目(81704061,81173213);湖南省科学技术厅重点领域研发计划项目(2019SK2321);湖南省科技人才托举工程项目(2020TJ-N01);湖南省发改委创新引导专项(湘发改投资2019-412号);湖南省中医药管理局心病“四时调阳”重点实验室建设专项。

〔作者简介〕彭丽琪,女,在读硕士研究生,研究方向:中医药防治心脑血管疾病。

〔通信作者〕*陈新宇,男,教授,主任医师,博士研究生导师,E-mail:chenxinyuchen@163.com。

慢性心力衰竭 (chronic heart failure, CHF) 是全球医学领域难以攻克挑战, 人群死亡率普遍偏高。据统计, 我国现有 CHF 患者 450 万 (患病率达 0.9%), 发病率具有明显区域、性别、年龄等差异^[1-2]。CHF 是一种不可逆、递进性疾病, 早期预防、药物治疗和合理干预能延缓病程。目前, 药物是 CHF 治疗的基石, 心脏移植、心脏再同步化治疗、心室辅助装置等^[3]能改善预后。与强心剂、利尿剂等西药对比, 中药能避免神经内分泌过度激活, 延缓心室重构^[4], 减轻心脏负荷, 改善患者症状。第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师、湖南省名中医陈新宇教授熟谙经典, 通彻医理, 在治疑难、起沉痾、救危急等方面善用经方, 匠心独运, 屡屡获效。本文重点探讨陈新宇教授对 CHF 的中医认识以及防治思路。

1 对 CHF 的认识

1.1 CHF 病名

《黄帝内经》中, 结合 CHF 病位、病因、症状进行综合命名, 提出“心痹”“心胀”“心水”等概念, 表明古代医家已认识到 CHF 病位在心, 指出了 CHF 患者的脉象特点及成因。纵览中医古籍, 历代文献对“心衰”病名的文字描述较少。据考证, “心衰”病名最早由西晋王叔和提出, 《脉经·卷三·脾胃部第三》曰: “心衰则伏, 肝微则沉, 故令脉伏而沉”^[5]。

1.2 病因病机分析

CHF 的本质是心阴阳气血的衰败, 病机复杂多变。《素问·阴阳应象大论》中“阳化气, 阴成形”理论简明扼要地论述阴阳二者的功能。阳不化气, 阴不形成, 为百病之始。阳无阴则不立, 阴无阳则不生。心阳不足, 阳气难以凝聚有形之精; 心阴亏虚, 阴精无以化生无形之气。《素问·调经论》中描述: “血气者, 喜温而恶寒……温则消而去之。”君主之官, 主血脉, 与气血相互为用。心气性动, 属阳; 心血性静, 属阴。正常的心功能是心气充沛与心血充盈共同作用的结果。《景岳全书·脉神》道: “凡五脏之气, 互相灌濡, 故五脏之中, 必各兼五气。”^[6]相傅之官的通调治节、仓廪之官的统摄升清、将军之官的疏泄调达以及作强之官的固摄封藏^[7], 共同保证君主之官的藏神主脉功能正常。五脏本为一体, 心病久延, 祸及他脏, 数脏同病。由此可知, CHF 的发生是“五脏整体观”失衡的体现。CHF 并非单一脏腑疾病, 而是以心为中心、多脏腑俱损的综合病症。陈教授认为, CHF 是心脏阴阳互损的终末状态。五脏相系, 诸病产物, 相兼为患。CHF 病位在心, 病机归于心阳兼阴血亏

虚。心阳不足, 阳损及阴, 心气虚, 心体损, 鼓动无力, 津液郁滞, 血瘀水停, 经久不消, 阻滞气机, 本病由生。若病久渐衰, 五脏俱败, 正难敌邪, 致使心肾之气衰竭, 则出现心阳脱于上、肾阴竭于下的危候。此外, 复感外邪、时令失常、劳累过度、情志失常、治疗失当等^[8]原因均可引发 CHF。

2 常见病症及舌脉象

CHF 为病, 轻则胸闷气促, 心悸乏力, 水湿泛溢。若遇内外病邪, 单独或合而致病, 痼疾复发。急则喘逆倚息, 咯吐鲜血, 烦躁不安, 汗出肤冷; 缓则呈现纳差腹胀、身重浮肿、咳嗽气短之象; 危则阴竭阳脱, 阴阳离决。

2.1 CHF 常见病症

心悸是心衰常见症候。《伤寒六书·心悸》载: “心悸者, 筑筑然动, 怔怔忡忡, 不能自安是也。”^[9]心气血阴阳亏虚, 致瘀血、痰饮停滞, 脉道不通, 心神失养, 悸动不安, 时发时止, 不可终日。怔忡为 CHF 心悸更为严重的表现, 心悸日久转为怔忡。《医学正传·怔忡惊悸健忘证》道: “夫所谓怔忡者, 心中惕惕然动摇而不得安静。”^[10]怔忡发自内因, 责之久病体虚, 阴阳气血较心悸更为亏虚, 病情深重。《医宗金鉴·痰饮咳嗽脉证并治》中描述 CHF 咳喘为“喘咳不能平卧, 短气不得息”^[11], 类似 CHF 患者端坐呼吸等心功能不全的症状。咳喘的发生亦与心水有关。《医碕·卷之三》中提及“心水者, 身重少气, 即短气。不得卧, 烦而燥”^[12], 符合 CHF 患者呼吸困难、平卧加重的发作特点。《景岳全书·肿胀》指出水肿是“脾肺肾三脏相干之病”^[6]。心水病位本在心, 与脾土、肺金、肾水密切相关。胸阳不振, 阳不化气, 鼓动无力, 病久致肺、脾、肾三者温阳利水功能失常。三脏亏虚, 致土不制水、气化失常、水失所主, 血脉失于温煦, 津液输布失常, 水湿为患, 滞留于心, 溢于脉外, 故见喘促气促、动则愈甚、水肿等诸症。陈教授指出, CHF 患者多为年长发白者, 元阳渐虚, 代谢减慢, 阳微阴弦, 呈现出精、气、神衰败征象。“血不利则为水”^[13], 《血证论·阴阳水火气血论》中论述“水病则累血”, 《灵枢·刺节真邪》亦提出“宗气不下, 脉中之血, 凝而留止”的观点, 反映出 CHF 晚期血脉瘀阻的病机规律。心阳亏虚, 元气不能通达于血脉, 气不行血, 血行不畅, 瘀滞于心, 往往与水肿相兼为病。

2.2 CHF 常见的舌脉象

《丹溪心法·能合脉色可以万全》曰: “有诸内者, 必形诸外。”^[14]陈教授临证中发现, 老年 CHF 患者内在阳气衰微、湿浊内生、痰瘀互结, 显现于外的舌象

多为紫暗舌、厚腻苔,同时伴舌下络脉曲张、青紫。患者心阳亏虚,功能减退,射血无力,久之则转变为阳虚血瘀型。水湿、血瘀停聚于舌,舌象多表现为紫暗和舌体胖大。CHF日久,损害他脏,肺、脾、肾三脏气化失调,湿浊内蕴,上蒸于舌,故可见厚腻苔、齿痕舌。痰湿郁久,易化热化燥,湿热上泛,而成黄厚腻苔,此时易发生变证,加重患者病情。

陈教授指出,CHF患者脉象普遍为沉、弦、涩,这与体内阴阳的状态、气血的强弱、血脉的通畅有关。CHF以阳虚为本,阳气潜藏于内,气血被遏,脉管失充,脉气内敛,无力升发,故可见沉脉;阳虚无以温化水饮,水停痰阻,气机郁滞,脉络阻塞,不通则痛,脉气紧张,故脉弦;若此时患者兼有气血亏虚,阴血不足,脉络失和,亦可出现细脉;CHF患者体内多因阳虚、精伤、血少,无力推动血液,气滞血瘀,经脉失养,往来艰涩,无论脉象是否有力,皆可见涩脉。若气阴两虚,阴不敛阳,虚阳外越,急促而无力,甚则脉微欲绝者,此为危重脉象,提示病情笃重。《素问·玉机真藏论》云:“其脉绝不来,若人一息五六至……真藏虽不见,犹死也。”

3 防治思路

基于CHF给人类生命健康带来的众多危害,如何正确防治CHF、减缓CHF进程、改善患者预后显得尤为重要。除了正确的医疗措施、药物管理外,中医“治未病”思想贯穿于CHF防治的各个阶段,防治手段也涉及到日常生活的诸多方面。

3.1 预防干预

在CHF症状未完全显露之际,患者应做到《医镜·灵素摘要·病机》中所言:“偏枯痿厥,气逆喘满,肥贵人之膏粱之病”^[15]。CHF患者宜忌烟酒、辛辣、刺激之品,饮食清淡,避免山珍海味、稀奇特异、油腻等食物,同时注重营养平衡。“动则不衰,用则不退。”患者心功能减退,体能下降,应避免高强度运动,选择散步、八段锦、易筋经等锻炼方式,顺应四时,放松身心,劳逸结合,以达到升阳理气、育阴潜阳、活血散瘀的目的。医者亦可根据四时阳气的状态与变化,辨识患者不同体态,针对性地采取养生保健措施,积极改善特殊偏颇体质^[16]。若临床暂未有相应心脏结构和功能的改变,但已出现胸闷气促、心悸、疲乏等预警症状,酌情服用中医膏方扶阳固本,抵御邪气,以防传变。膏方以黄芪建中汤为基础方,辅以桂枝加龙骨牡蛎汤、六味地黄丸、苓桂术甘汤等方温扶阳气、滋阴利水,佐以二至丸、柴胡汤剂以补益肝肾,调达全身气机。全方甘温为主,兼护阴津,温而不燥,滋而不腻,适用于早期CHF病人长期服用。除了针对心脏疾病进行管理外,患者还应监测血糖、血脂、

体质量,限制水、钠摄入,做到“双心同治”^[17],保持心情舒畅,避免劳累、感染等因素。若调护不当,造成气、阴、阳愈加亏虚,因虚致实,虚实夹杂,CHF症现,亟需针对原发性和继发性疾病积极展开治疗,避免病缓未愈,防其恶变。

温阳振衰颗粒和护心通络方是陈新宇教授基于多年临床经验总结出的实用性潇湘药剂,产于治未病中心,在我院多方推广。经实验研究^[18]证实,温阳振衰颗粒通过降低p-ERK1/2和提高p-ERK5在心肌组织中的水平,从而减缓CHF病程,疗效卓著。护心通络方能减少心绞痛发作频率、持续时间、硝酸甘油使用量,降低稳定性心绞痛患者血清OX-LDL、TNF- α 、IL-6水平,调整Bax和Bcl-2蛋白表达强度,降低高脂血症大鼠内皮细胞凋亡率^[19-20]。二者分别由附片、干姜、茯苓等温阳利水之品,和丹参、三七、西洋参等活血益气类药物组成,协同发挥扶阳益阴、活血通络、养心护脑之功用,临床疗效满意。

3.2 辨证施治

中医学治疗CHF积累了丰富的临床经验,医家一贯秉承“急则治标,缓则治本”的治疗原则。《黄帝内经》虽提出一些治疗原则,但缺少治法方药的论述。《素问·至真要大论》中论述“疏其血气,令其调达,而致和平”,指导后世医家运用“活血化瘀,调畅气机”大法来治疗CHF。对于CHF的治疗,仲景概括出“补益心阳”“活血利水”“强心通脉”等治法。《素问·汤液醪醴论》中提及“开鬼门”“洁净府”和“去宛陈莖”,本用于治疗浮肿、腹水等疾患。然“开鬼门”意在宣肺化痰,“洁净府”旨在温阳利水,“去宛陈莖”意欲活血祛瘀^[21]。三种治法正中CHF病机。唐代孙思邈在《备急千金要方》中率先创立并应用十水散、补心汤等方药治疗CHF,并提出“水肿忌盐”的饮食禁忌。张锡纯更是大胆突破前人观点,首创来复汤、既济汤、参赭镇气汤^[22]等方剂,为临床治疗CHF危急重症提供思路与方法。

CHF的中医辨证论治存在诸多分型,其治疗方法也大相径庭。总体而言,中医医家治疗CHF常见的辨治思路多为“知晓顺逆、标本兼治、挽轻救危”。中医治疗CHF亟需判断病情轻重缓急,分清病势凶恶轻浅之别,其次判别疾病虚实之候,辨明主次标本之异。临床医家划分出“心虚血瘀证”“气阴两虚证”“阳虚水泛证”“喘脱危证”等^[23]证型,却鲜有结合脏腑、阴阳、气血合而辨证的情况。陈新宇教授认识到CHF是一种全身失调性慢性疾病,除君主之官受邪染病之外,亦与其他四脏阴阳气血密切相关。陈教授认为CHF的辨证施治应从多脏腑、多角度、全方面进行,兼顾病机之变,辨治CHF主张从“阴阳”出发,创新性地将分期论治、五脏论治和病机论治等方

法综合运用于 CHF 的治疗中,从而精准施治。

CHF 在任何阶段均有症状,且随着心脏功能的恶化而逐渐加重。虽然缓解期症状减轻,若不施以中西医结合干预,最终结局往往较差。陈新宇教授将 CHF 病程划分为急性发作期、缓解期和危重期。现将三期中医证型对应的治疗方药总结如下。

3.2.1 急性发作期

(1)阴寒凝聚,气虚血瘀证。寒邪入体,心脉痹阻,不通则痛。症见形寒肢冷,卒然发作,心痛彻背,持续不解,冷汗淋漓,伴气短喘促。舌紫暗,苔白,脉沉涩、无力。方用桂枝甘草汤合桃红四物汤加减。桂枝、干姜等温性药物可予加量,佐以麦冬、五味子补气生津。在四物汤补血之际,配合桃仁、红花使瘀血祛、新血生、气机畅。

(2)心肾亏损,阳虚水泛证。心病及肾,元阳亏虚,水饮不化。症见精神萎靡,心悸喘闷,畏寒易感,下肢浮肿,按之凹陷,夜尿频。舌淡紫,苔白润,伴齿痕,脉沉细涩。方用真武汤合五苓散加减。前者升阴入阳,后者降阳入阴,诸药并用,意在温肾利水,敛阴缓急。

(3)心阳不足,水凌心肺证。阳气衰亡,气化无权,水湿上犯及肺。症见四肢厥冷,心悸,气短,喘促痰鸣,张口呼吸,全身浮肿,小便短少。舌紫暗,胖大,苔白滑,脉沉弦。方用四逆汤合苓桂术甘汤加减。全方以温药合之,药少力专,标本同治,阴阳同调,直达病所,发挥出逐水利尿、温补下焦之功。

上述证型均可配合使用温阳振衰颗粒振奋阳气,温养脏腑。

3.2.2 缓解期

(1)肺肾两虚,脾虚湿盛证。心阳受损,外邪侵袭,引动内饮,肺失宣肃,脾失健运,久必及肾。症见短气息促,动则为甚,咳嗽咳痰,痰质黏稠,色白量多,纳差乏味,头昏倦怠,腰膝酸冷。畏寒,面色苍白,少尿浮肿。舌暗红或紫,苔白滑,脉沉细。方用金匱肾气丸合二陈汤加减,共奏温补肺肾、健脾理气、祛邪外出之效。

(2)肝肾阴虚,心阴耗伤证。心火病及肝木、肾水,致使肝失疏泄,精血失调,心脉失养。症见心悸失眠,胸闷隐痛,健忘多梦,头晕眼花,终日耳鸣,颧红如妆,手足心热,盗汗,消瘦,口咽干燥,男子遗精,女子少经。舌暗红,无苔,沉弦脉与细数脉相兼出现。方用天王补心丹合生脉散加减,治宜滋阴清火,养心和络。

(3)心肺气虚,心神不宁证。久病咳喘,肺气郁闭,肺失治节,百脉不通,心血瘀滞,致心失所养,坐卧不宁。症见心悸怔忡,胸闷不适,懒言喜静,动则

汗出,咯痰费力,虚烦不寐。舌淡红,苔薄,少津,脉细略数,或结代。方用补中益气汤合炙甘草汤加减。若患者性格急躁易怒,思虑过度,辗转难眠,配合使用龙骨、牡蛎等育阴潜阳、镇心安神之品。

CHF 缓解期的治疗旨在以心脏为中心,兼顾他脏,重在平调阴阳气血,扶助正气。

3.2.3 危重期

(1)热陷心包,痰蒙心窍证。心气虚弱,热邪扰心,炼液为痰,或误治传里,邪热内陷,直中心包。症见躁扰不宁,高热神昏,意识不清,汗出气喘,痰鸣如吼,大便干结。舌红,苔黄腻,脉弦数。方用麻杏石甘汤合菖蒲郁金汤加减,取麻黄、石膏辛凉宣泄之功。麻黄得石膏清宣郁热以利尿,石膏助麻黄泻热解郁而宣肺,使肺气得利,水气得散,郁热得清,神识得复;配合苦杏仁定喘除烦,佐以石菖蒲、郁金化痰醒神。

(2)阴竭阳脱,元气暴亡证。病入膏肓,阴阳互损,阴液枯竭,阳气衰微,二者难以维系,全身功能衰竭。症见昏仆晕厥,不省人事,汗出湿衣,气若游丝,指甲青紫,手足寒,二便遗。舌黯紫,脉沉微弱。方用干姜附子汤合茯苓四逆汤加减。附子为强心主力,适当加大干姜、附子、黄芪用量,以升阳举陷,回阳救逆,使阴阳彼此续接,阴阳交合,回归本位。

CHF 之患,心体受损,兼功用失司。日久遭遇变证,阴阳必定虚损,二者无以交感,两败俱伤,阴阳虚脱,乃至阴阳衰微,终成脱竭之势。亟需医者精详以辨,阴阳同治,破阴回阳,通利九窍,挽垂绝之阳,救暴脱之阴,如此方可转危为安,以冀全功。

4 验案举隅

周某,男,78岁。初诊:2020年11月28日。间断咳嗽咳痰,伴胸闷气促1月余。患者无明显诱因突发咳嗽咳痰,伴胸闷气短,2020年10月22日至湘潭市中心医院就诊,行肺部CT检查及胸水穿刺,诊断为CHF(心功能Ⅳ级C、肺炎、双侧少量胸水,予以对症治疗(具体不详)后,症状无明显改善。2020年11月,患者入住中南大学湘雅附二医院,予以螺内酯、缬沙坦等相关药物治疗后,患者症状大致同前。刻诊:精神欠佳,咳嗽,呈阵发性干咳,痰少,难咯出,夜咳为甚,伴胸闷气促,活动后及爬楼梯后症状加重,畏寒,口干。纳寐、二便可,双下肢浮肿。舌暗红,无苔,脉弦细。血压120/70 mmHg(未服药)。既往有冠心病和高血压病。辅助检查:心脏彩超(2020-11-25湘潭市中心医院):M型、二维测量及心功能:AO 36 mm,LA 45 mm,LV 74 mm,IVS 9 mm,LVP 7 mm,MPA 19 mm,RA 41 mm,RV 38 mm,LVEF 37%,LVFS

未测量,肺动脉收缩压为 60 mmHg。超声提示:1.左心扩大;2.左室壁运动减低;3.主动脉瓣退行性钙化并轻度关闭不全;4.二、三尖瓣少量反流;5.升主动脉稍宽;6.左室收缩及舒张功能减低;7.肺动脉高压。中医诊断:心衰病(心阳不足,水凌心肺证)。方拟四逆汤合苓桂术甘汤加减:黄芪 15 g,桂枝 10 g,白芍 10 g,麦冬 15 g,法半夏 10 g,白术 10 g,细辛 3 g,茯苓 15 g,厚朴 10 g,杏仁 10 g,陈皮 10 g,五味子 10 g,菟丝子 10 g,杜仲 15 g,干姜 5 g,甘草 10 g,大枣 6 枚。3 剂,日 1 剂,水煎服,分两次温服,配合应用温阳振衰颗粒。

二诊:2020 年 12 月 15 日。胸腔积液基本消失,现仍有活动后气促、咳嗽,爬 2~3 楼则出现气促。咳声重浊,痰少,难咯出。稍口干,喜饮冷开水。纳寐可,二便调。唇紫暗,舌红稍黯,苔滑,裂纹舌,脉弦稍涩。外院胸水定位:未见明显胸腔积液。心脏彩超(2020-12-15 本院):LA 44 mm, LV 72 mm, RA 32 mm, RV 34 mm, IVS 7.9 mm, LVPW 8.5 mm, AO 34 mm, PA 22 mm, 左心收缩功能 FS 12.5%, EF 26%, ESV 271 mL, SV 95 mL, CO 7.31/min, 左心舒张功能 E 峰=42 cm/s, A 峰=110 cm/s, E/A<1, 肺动脉压约为 22 mmHg。超声提示:1.左心增大,左室壁运动弥散性减弱不协调;2.二、三尖瓣轻-中度反流;3.主动脉硬化,主动脉瓣退行性病变并中度反流;4.左室舒张功能轻度减退,收缩功能明显减退。守上方,加麻黄 5 g,百合 10 g,鹿角胶 6 g,熟地黄 25 g。3 剂,煎服同前,继服温阳振衰颗粒。多次复诊服药后诸症缓解,活动耐力得到大幅度提升,病情平稳,无特殊不适,复查心脏彩超提示心室结构和功能较前明显好转。

按:老年男性患者,心气血阴阳俱衰,感于外邪,内外合邪而发病,症见胸闷气促、乏力、喘息。心阳亏虚,相火难以下济肾水,元阳不足,致水饮、痰瘀胶结,故而下肢浮肿。结合患者症状及体征,陈教授辨为“心阳不足,水凌心肺证”。“阳化气”不足,伴“阴成形”偏盛,蓄血、痰浊、水湿等病理产物停滞或积聚,致使心脏功能和结构发生改变,予四逆汤合苓桂术甘汤化裁。CHF 晚期,五脏俱损,病及金木,肝木失疏,气机失宣,且肺阳不足以温化水饮,悬饮内停,久郁化火,痰热由生,故见口干、痰少、脉弦细等痰火内结之象。在 CHF 的诊治中,陈教授重视阴阳互根互用,尤以温补阳气为要,每于桂枝、干姜扶阳通阳之际,加入五味子、麦冬之品,以温心阳、行气血、破痰瘀之法,达阴阳调和、化生互助、精神乃治之境。二诊时悬饮消失,诸症好转。陈教授常言“有效则守方”,基于原方加入熟地黄、百合等滋阴养血之品,增

强滋阴养心、宣肺平喘之力。恐滋腻太过,虑阴阳相济可化生万物,故酌情加入麻黄、鹿角胶等补肾助阳之品。陈教授强调,妙用仲景经方须明其理,晓辨证,别阴阳,谨守病机,整体论治,守法守方,以期善后。

参考文献

- [1] 王 宙,周 琳,刘 洋,等.慢性心力衰竭的流行病学研究现状及防治研究进展[J].中国循证心血管医学杂志,2019,11(8):1022-1024.
- [2] 黄 峻.中国心力衰竭流行病学特点和防治策略[J].中华心脏与心律电子杂志,2015,3(2):2-3.
- [3] 方理刚.慢性心力衰竭治疗的新时代[J].中国心血管杂志,2021,26(1):1-4.
- [4] 田江平.中药治疗慢性心衰的作用机制研究:以河南中医药大学第一附属医院为例[J].中医临床研究,2018,10(13):98-99.
- [5] 王叔和.脉经[M].陈 婷,校注.北京:中国医药科技出版社,2019:35-39.
- [6] 张景岳.景岳全书[M].北京:中国医药科技出版社,2017:16-17.
- [7] 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):90-93.
- [8] 白佳欢,张艳.慢性心力衰竭中医研究进展[J].实用中医内科杂志,2020,34(6):88-90.
- [9] 陶节庵.伤寒六书[M].北京:人民卫生出版社,1990:99-100.
- [10] 虞 抟.医学正传[M].北京:中医古籍出版社,2002:318-320.
- [11] 吴 谦.医宗金鉴[M].北京:中国中医药出版社,1994:257-265.
- [12] 何梦瑶.《医碕》全本校注与研究[M].广州:广东科技出版社,2018:146-152.
- [13] 张仲景.金匮要略[M].郑州:河南科学技术出版社,2019:297-299.
- [14] 朱震亨.丹溪心法[M].北京:人民卫生出版社,2005:8-10.
- [15] 顾松园.顾松园医镜校注:上[M].郑州:河南科学技术出版社,1985:159-176.
- [16] 邓 旭,蔡虎志,陈青扬,等.基于“四时调阳”理念构建“治未病”新体系[J].中医杂志,2019,60(10):895-897.
- [17] 林海丹,巫燕慧,陈英男,等.“双心同治”治疗慢性心力衰竭的理论探讨[J].湖北中医药大学学报,2019,21(2):51-54.
- [18] CHEN X Y, CAI H Z, CHEN Q Y, et al. Effects of Wenyangzhenshuai Granule on ERK1/2 and ERK5 activity in the myocardial tissue in a rabbit model of adriamycin-induced chronic heart failure[J]. International Journal of Clinical and Experimental Medicine, 2015, 8(11): 20732-20741.
- [19] 李望辉,李晓屏,田梦影,等.护心通络方对高脂血症模型大鼠血脂及血液流变学的影响[J].湖南中医药大学学报,2018,38(2):150-153.
- [20] 蔡嘉洛,曾律滔,张志国,等.护心通络方对高脂血症大鼠内皮细胞凋亡及 Bax、Bcl-2 蛋白表达的影响[J].中医药导报,2017,23(24):16-18,23.
- [21] 胡晓虹,张 艳,宫丽鸿,等.《内经》治“水”法则的临床运用[J].实用中医内科杂志,2012,26(8):64-65.
- [22] 沈 会.心力衰竭古今中医文献的整理与研究[D].北京:北京中医药大学,2006.
- [23] 曲 扬,戎靖枫,杭 宇,等.心衰病的中医辨证论治[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(19):2497-2498,2512.