

## ·临证撷华·

本文引用:田丰铭,朴美虹,袁 华,王小菊,王瑾茜,蔺晓源,王行宽.王行宽教授辨治慢性心力衰竭继发肺部感染临床经验[J]. 湖南中医药大学学报,2020,40(6): 696-700.

## 王行宽教授辨治慢性心力衰竭继发肺部感染临床经验

田丰铭<sup>1</sup>,朴美虹<sup>1</sup>,袁 华<sup>2\*</sup>,王小菊<sup>2</sup>,王瑾茜<sup>2</sup>,蔺晓源<sup>2</sup>,王行宽<sup>2</sup>

(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〕** 介绍全国名中医王行宽教授辨治慢性心力衰竭继发肺部感染的临床经验。王教授认为慢性心力衰竭所致内生之痰饮湿浊与外感六淫等邪气搏结,蕴生湿热之邪,在病机演变中起主导作用。治疗上主张宣利湿热与清营养阴并重,常以三仁汤合清营汤加减进行治疗,意在宣透渗利、驱邪外出的基础上顾护心管。而湿热之邪壅闭渐盛亦能袭扰中焦,造成高热稽留,炼灼脏腑津气为痰,治疗时要注意辨痰的性质,并灵活调整治法方药,常用方剂在三仁汤、清营汤的基础上又有麻杏石甘汤、小陷胸汤、沙参麦冬汤治之。此外,针对湿热伏居阴分所致潮热时间不同的特点,以青蒿鳖甲汤或清骨散治疗夜热早凉型患者,柴苓温胆汤治疗白昼潮热型患者,临床疗效佳。

**〔关键词〕** 慢性心力衰竭;肺部感染;宣利湿热;清营养阴;王行宽

**〔中图分类号〕**R256.2

**〔文献标志码〕**B

**〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2020.06.011

**Professor WANG Xingkuan's Experience in the Treatment of Patients with Pulmonary Infection  
Secondary to Chronic Heart Failure Based on Syndrome Differentiation**

TIAN Fengming<sup>1</sup>, PIAO Meihong<sup>1</sup>, YUAN Hua<sup>2\*</sup>, WANG Xiaoju<sup>2</sup>, WANG Jinxi<sup>2</sup>, LIN Xiaoyuan<sup>2</sup>, WANG Xingkuan<sup>2</sup>

(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〕** This paper introduced Professor WANG Xingkuan's experience in the treatment of pulmonary infection secondary to chronic heart failure. It is believed that the pathogenic Qi such as phlegm dampness and turbid phlegm caused by heart failure and exogenous six pathogens are combined in the lung, and the dampness and heat caused by depression play a leading role in the development of pathogenesis. For the treatment, the idea is to emphasize both the promotion of dampness and heat and the clearing nutrient Qi and nourishment Yin. It is often treated with modified Sanren Decoction and Qingying Decoction in order to protect the heart and nutrient Qi on the basis of promoting diuresis and expelling pathogenic factors. The gradual accumulation of dampness heat can also disturb middle jiao, and cause high heat retention, thus burning the viscera and fluid Qi into phlegm. The treatment needs to distinguish the nature of phlegm, flexibly adjust the treatment methods and prescriptions. On the basis of

**〔收稿日期〕**2019-11-12

**〔基金项目〕**国家中医药管理局全国名老中医王行宽传承工作室(国中医药办人教函[2018]119号);湖南省名老中医工作室(湘中医药函[2018]37号);湖南中医药大学中医学国内一流建设学科。

**〔作者简介〕**田丰铭,男,在读硕士研究生,研究方向:中医药防治心脑血管疾病。

**〔通讯作者〕**\*袁 华,男,主治医师,博士,E-mail:1444352427@qq.com。

the above, the commonly used prescriptions include Moxing Shigan Decoction, Xiaoxianxiong Decoction, Shashen Maidong Decoction. In addition, in view of the characteristics of tidal fever in different time caused by damp heat hiding in Yin level, Qinghao Biejia Decoction or Qinggu Powder were used to treat the patients with night heat and early cooling, and Chaiqin Wendan Decoction was used to treat the patients with tidal fever at daytime, with good clinical efficacy.

〔**Keywords**〕 chronic heart failure; pulmonary infection; dampness and warm disease; clearing nutrient Qi and nourishment Yin; WANG Xingkuan

王行宽教授,主任医师,博士研究生导师,湖南中医药大学内科学术带头人,首批全国名中医,全国第二、三、四、五、六批老中医药专家学术经验继承工作指导老师。笔者有幸跟师学习,并参与其传承工作室整理工作。

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)是各种原因导致持续存在的心力衰竭状态,心肌损伤后心肌结构和功能发生变化,最后导致心室射血功能降低而不能满足机体代谢需要的临床综合征<sup>[1]</sup>。心力衰竭患者的主症之一是体液潴留,表现为肺部即肺瘀血或肺水肿。《素问·评热病论篇》曰“邪之所凑,其气必虚”,CHF患者往往因水饮瘀血的存在而致诸身正气不振,易发生肺部感染迁延为重症肺炎或呼吸衰竭,此类患者往往病情危重,倘若为耐药菌株或真菌感染时,治疗尤为棘手<sup>[2]</sup>。据资料统计显示,国内CHF的发病率为0.9%<sup>[3]</sup>,继发肺部感染占诱发加重CHF中因素的49.9%<sup>[4]</sup>。中西医结合治疗此类肺部感染患者效果显著,尤其在耐药菌株感染时,中医药干预效果确切<sup>[5]</sup>。王教授在遵照温病学家思想的基础上对此类疾病进行治疗,疗效满意,现将其辨治经验报道如下。

## 1 病因病机分析

CHF继发肺部感染从中医角度分析属于“心悸”“胸痹”“喘证”“痰饮”等共病范畴,病位主要在心、肺。心为君主之官,主行血。CHF患者心气不振,血行瘀滞是诱导诸多病变产生的基础:一则“血不利则为水<sup>[6]</sup>”(《金匱要略》),血行不畅则气化失常,蓄积痰饮湿浊停聚周身为害,郁遏三焦阳气;二则致使血脉壅滞,津气血难以濡养周身脏腑,久则脏腑气阴亏虚,易感外邪;三则肺辅心行血,心气行血无力最损肺。肺居上焦,宣散津液,心衰日久则肺通调水道不利,积痰饮湿浊于胸膈,导致肺部感染。肺部继发感染后,内有湿浊瘀毒阻塞气机,外有六

淫等邪气客舍于肺,内外邪气搏结,蕴生湿热,患者则见发热征象,故王教授认为CHF继发肺部感染后,无论外感六淫等邪为何种属性,倘若发热,均需从湿热入手,湿热为发病的主导因素。又因发病病灶始终不离心、肺,CHF患者心之气阴常不足,继发肺部感染后所成湿热之邪易内陷心营,临证常见胸闷气促,心中悸动或疼痛,气血两燔,甚或神昏厥脱等危兆。

## 2 治疗思路

### 2.1 宣利湿热与清营养阴并重

CHF继发肺部感染初起病时,常呈现出不规则热,但患者温度总体趋势呈现逐渐升高的特点,有少量痰或无痰,舌体色质暗淡,苔黄腻,脉象多细滑。此时外邪与体内湿浊蓄结不深,但CHF患者心、肺二脏气阴亏损,卫阳难宣,邪不外出,故法当宣透。在驱邪外出之时,亦须顾护心营,养阴透热,以防邪胜正衰,湿热之邪逆传,直犯营血,甚或内闭心窍。CHF患者心肺气化失司,三焦阳气为湿浊郁遏,有水道难运之征,小便多见癃闭不通,湿浊难化,故当渗利以畅气机,宽心肺。在湿热病的治疗中,“热病救阴犹易,通阳最难……通阳不在温,而在利小便<sup>[7]</sup>”,小便通则三焦阳气得畅,《温病杂辨》曰:“小便利则火腑通而热自清矣<sup>[8]</sup>”,通利小便作用与阳明热盛泻腑通下有异曲同工之妙,在本病中有着不可或缺的作用。王教授认为本病初期治疗需宣利湿热与清营养阴并重,常用三仁汤合清营汤加味,意在使湿去而热毒外透,并顾护心之营阴,避免邪毒内陷。若心悸疼痛甚者,稍佐枳实、瓜蒌皮等行气宽胸之品;若出现神昏危重,小便不通等邪闭心窍表现者,可先予安宫牛黄丸类开窍解毒之品。

### 2.2 辨痰为要,察邪正盛衰

若患者呈现高热稽留之状,未见谵语狂乱等邪闭心窍之象,往往是心肺上焦的湿热邪气壅聚渐

盛,并下扰中、下二焦脏腑所致。心、肺分络小肠、大肠,故湿热酿成,易犯中焦肠胃,但与伤寒的阳明经证胃中燥,大便硬及其他温病气分证腑气不通表现不同,本病患者有心衰所致痰饮湿邪弥漫的病理基础,脾、肾、胃肠阳气久被郁遏,故常见腹胀、厌食等症,慢性心力衰竭所致肠道瘀血,可引起大便溏结,因此,不能以肠燥津枯等症反映脏腑津气与湿热之邪虚实变化。湿热搏结而致高热稽留耗伤脏腑阴津,《温病条辨·中焦篇·温湿》曰:“发表攻里,两不可施……徒清热而湿不退,徒祛湿则热愈炽<sup>[8]</sup>”,此时应当细观患者痰之量、色、质地,以拟定治法纲要。

《证治汇补·痰证》曰:“脾为生痰之源,肺为贮痰之器。”湿热壅盛阻脾闭肺,炼灼脏腑津气为痰,若脏腑津气尚足即成痰湿或痰热壅肺之兆;若脏腑津气乏源则痰量偏少,为湿热伤阴之候。痰量多者:(1)若色白质稀,为痰饮上凌心肺,患者往往胸闷、心悸症状较重。当渗湿化痰为主,辅以分消走泄,使湿去热孤,兼以清热,故常以三仁汤中加入茯苓、白术、桂枝等温化痰饮之品;(2)若痰色质黄稠易咯,为湿热搏结心、肺,炼灼津气为痰热,壅聚上焦,可见患者喘息气促,胸痞闷痛,舌红苔黄腻等表现。治当宽胸开结,清热化痰,宣肺平喘,故以小陷胸汤配合清营汤中生地黄、麦冬、水牛角等养阴清热之品化裁治疗。痰量少者,需要细看患者舌苔苔质润燥、剥脱与否:(1)痰色质黄稠,量少尚能咯出,苔质偏干或稍润未见剥脱,为湿热伤阴尚轻。治疗以清热为主,渗湿为辅,养阴次之,常以麻杏石甘汤为主方合入三仁汤加减;(2)干咳痰少,黏腻难咯,或痰中夹有血丝,苔质剥脱,为湿热邪气灼伤血络。治疗当以清营养阴、解毒透热为主,渗湿为次,首选清营汤合沙参麦冬汤配伍薏苡仁、滑石、淡竹叶等淡渗利湿。

### 2.3 辨湿为主,观邪气所伏

临床上患者有时表现出连续多天的某一刻发热,可自行按时而退的特点。《温病条辨》曰:“午后身热,状若阴虚,病难速已,名曰湿温<sup>[9]</sup>”。CHF继发肺部感染的早期与后期均可能产生间歇潮热,是湿热深伏的表现。“湿在上焦,若中阳不虚者,必始终在上焦,断不内陷<sup>[9]</sup>”,中焦阳气是湿热转归传变的重要基础,但CHF的患者往往有水钠潴留,全身多处脏器瘀血的表现,中阳不振为心衰所致的病理基础,肺部继发感染之后,湿热之邪可深伏于内。湿热之

邪虽均伏于阴分,但可在中焦,亦可在下焦,有阴中之阳,阴中之阴等区别,需要审慎细辨。《温病条辨·中焦篇·湿温》曰:“脉左弦,暮热早凉,汗渴解饮,少阳症偏于热重者,青蒿鳖甲汤主之”,《温病条辨·下焦篇·风湿》:“夜热早凉,热退无汗,热自阴来者,青蒿鳖甲汤主之<sup>[9]</sup>”,同为一方,却治病位不同之症,细审其组方可见中焦篇方中有桑叶、菊花,而无生地黄,可见邪之所伏不同,治当各异。临床中王教授将具有潮热特点的CHF继发肺部感染患者分为夜热早凉型与白昼潮热型:(1)夜热早凉型的患者,湿热所伏往往是阴中之阴,即中焦厥阴或营血二分,治疗上以青蒿鳖甲汤或清骨散等为主方进行加减化裁;(2)对于白昼潮热型患者,湿热所寄偏于阴中之阳,病位在中焦少阳或正虚无力透营转气,常以柴芩温胆汤为主方,热胜者加入麻杏石甘汤,可收奇效。

## 3 处方用药经验

### 3.1 杏仁、薏苡仁、白豆蔻

杏仁应用广泛,仲景以其治疗表实证及里实证组方配伍颇多,其与茯苓相配可治胸痹短气,如茯苓杏仁甘草汤;与麻黄相伍,形成宣降配伍,治疗风寒表证,如麻黄汤。杏仁为治肺系疾患之要药,《长沙药解》谓:“杏仁疏利开通……调理气分之郁,无以易此”,杏仁一味药在治疗CHF继发肺部感染有着独到的作用。薏苡仁自《神农本草经》起便用于治疗筋急拘挛、风湿痹等症,仲景用其治疗风湿袭表证如麻杏薏甘汤及胸痹急症之薏苡附子散。由此可看出,杏仁与薏苡仁的搭配在治疗湿淫所致内外诸疾中是一对黄金搭档。白豆蔻考证其多在湿温类温病方中应用,如藿朴夏苓汤、三仁汤、甘露消毒丹等,配伍藿香、厚朴、石菖蒲等,意在行气宽中,畅中焦之脾气,《玉揪药解》言:“清降肺胃,最驱膈上郁浊”。此三药皆为治疗湿热类温病三仁汤中的要药,起到宣上、畅中、渗下的作用。三仁汤原方中剂量上杏仁、薏苡仁、白豆蔻三者比例为5:6:2,王教授在治疗CHF继发肺部感染的疾病,薏苡仁往往是杏仁剂量的2~3倍,杏仁为白豆蔻的2倍,意在渗利为主,宣通为辅。

### 3.2 麻杏石甘汤与小陷胸汤

麻杏石甘汤、小陷胸汤本为《伤寒论》中方剂,但在CHF继发肺部感染时高热或者痰热的患者应用



效果如桴应鼓。五脏五行关系中,心属火,肺属金,二者相克,湿热蕴久于此,如火煮釜,故易生痰热。麻杏石甘汤宣清肺热,小陷胸汤化痰散结,二者相合,石膏大寒伍黄连则可直泻心肺之火,使火气得清,如釜底抽薪;麻黄则为去性取用,一为宣肺透汗,二取其利水平喘。王行宽教授使用石膏的剂量十倍于麻黄,使麻黄温燥得制;杏仁宣利肺气,法半夏虽辛温,但降逆下气之力尤佳,配伍瓜蒌实(皮)化痰宽胸,对患者胸闷气促、心悸多痰等症状的缓解起到重要作用。

### 3.3 鳖甲与青蒿

鳖甲本为血肉有情滋腻之品,在湿温病中,须为热盛伤阴或潮热型患者方能使用。鳖甲在《神农本草经》中有“主心腹癥瘕坚积,寒热”的作用。自仲景以来以鳖甲煎丸治疗疟母,后历代医家以鳖甲组方治疗温疟、久疟等寒热往来之症,至清代温病学家将其用于下焦血热等症,代表名方为青蒿鳖甲汤、三甲复脉汤等。鳖甲具有养阴透热而不留邪的特点,故在湿热伤阴的本病中,若见寒热往来之象,依然是首选之品。鳖甲配伍青蒿清透中焦厥阴少阳之邪尤强,是治疗湿热内陷的 CHF 继发肺部感染的黄金搭档。清骨散中青蒿与鳖甲的剂量比为 1:1,青蒿鳖甲汤中为 2:5,鳖甲剂量往往多于青蒿,可见养阴与透邪比较,养阴为基础,王教授在临床应用中将鳖甲的剂量 2 倍于青蒿意以养阴为主,清热透热为辅或将二者剂量等同,取滋阴透热之用。

## 4 典型病例

周某某,女,82岁,因反复胸闷、气促10年,加重伴发热7h于2019年10月6日由门诊以“心力衰竭(心功能Ⅲ级及以上)”收住湖南中医药大学第一附属医院心内科。入院症见:患者胸闷气促、心悸,常于活动后加重,不规则热,伴见干咳无痰、寒颤、咽干、疲倦乏力、双下肢水肿、纳差、夜寐差、二便正常。入院查体 体温:38.3℃。专科检查:颈静脉充盈,肝颈静脉回流征阳性,胸廓未见异常,肋间隙未见异常,双肺呼吸音粗,双肺可闻及大量湿性啰音。心率88次/min,律齐,双下肢水肿。舌质暗红,舌边可见瘀点瘀斑,舌下脉络迂曲,苔黄腻,脉弦细滑。2019年10月7日实验室检查:WBC:12.55×10<sup>9</sup>/L,NEUT:11.51×10<sup>9</sup>/L,NEUT%:91.70%;IL-6:79.87

pg/mL,PCT:0.813 ng/mL,CRP:13.10 mg/L。胸片检查提示肺部有感染灶。

中医诊断:(1)心衰病 气阴两虚、心血瘀阻证;(2)胸痹心痛病:气阴两虚,痰热瘀阻证;(3)湿温病:湿热犯肺证。西医诊断:(1)慢性心力衰竭(心功能Ⅲ级及以上);(2)冠心病、不稳定型心绞痛、心功能Ⅲ级C;(3)社区获得性肺炎。

依据热型将患者的总体治疗病程分为3个阶段:

第一阶段:10月7日-10月11日凌晨3:00,此时期患者热势起伏无定,体温波动在37~39℃,咳嗽以干咳为主,咽干,疲倦乏力。入院即予以左氧氟沙星静滴注抗感染及其他西医对症支持治疗。10月8日痰培养结果显示:革兰氏阳性球菌(+),革兰氏阴性球菌(++)。10月9日复查胸部CT显示:双肺感染较前进展,双侧新发少量胸腔积液。王教授会诊后,拟宣利湿热,清营透邪,予以三仁汤合清营汤加减:苦杏仁10g,薏苡仁20g,白豆蔻、姜厚朴、小通草各6g,滑石粉20g,法半夏、淡竹叶各10g,生地黄、水牛角各20g,麦冬30g,丹参15g,玄参6g,连翘、金银花、川贝母、牡丹皮各10g,阿胶6g。水煎,每日1剂,每次100mL,每日4次以上,连续5d。经治疗后患者的黄腻舌苔变薄,逐渐转为白腻带黄,舌质由暗红变淡,不规则热转为夜间潮热。

第二阶段:10月11日凌晨3:00-10月20日早晨7:00。患者发热呈现以凌晨1:00-3:00出现发热高峰的特点,体温39.0~39.9℃,伴寒战,夜热早凉,干咳,咳嗽剧烈,心前区闷痛,口咽干燥。舌质偏暗,舌边可见瘀点瘀斑,苔白腻带黄,脉弦细。10月12日王教授会诊,拟清利湿热,养阴透邪,予以三仁汤合清骨散加减:苦杏仁15g,白豆蔻6g,薏苡仁、滑石粉各20g,小通草、淡竹叶、姜厚朴各6g,银柴胡、胡黄连、地骨皮、秦艽、鳖甲、青蒿各10g,甘草、知母各6g,炒枳壳10g,瓜蒌皮、南沙参、麦冬、天花粉、桑叶各15g,桔梗6g。水煎,每日2剂,每次100mL,每日6次以上,连续7d。经治疗后,患者舌苔渐薄,咳嗽由干咳无痰逐渐转成咯吐黄白黏痰,发热时间逐渐延至凌晨5:00后,热势下降。10月20日复查胸部CT:双肺感染灶较前吸收,淋巴结影增大;复查实验室检查:WBC:8.57×10<sup>9</sup>/L,NEUT:7.33×10<sup>9</sup>/L,NEUT%:85.5%;PCT:0.242 ng/mL;CRP:54.95 mg/L。

第三阶段:10月20日早晨7:00-10月26日上午11:00。患者于10月20日上午体温突然升高达39.9℃,考虑感染病灶仍在,更改抗生素方案,美罗培南+左氧氟沙星静脉滴注,但效果欠佳。10月23日复查感染指标:WBC: $12.61 \times 10^9/L$ ,NEUT: $10.39 \times 10^9/L$ ,NEUT%:82.40%;PCT:0.107 ng/mL;CRP:50.74 mg/L。痰涂片显示:革兰氏阳性球菌(++++)、革兰氏阴性球菌(++)、真菌(+)。此阶段,患者晨起发热,咳嗽且咯吐黄白色黏痰,伴见胸闷气促、口干、疲倦乏力、精神状态欠佳,舌质偏暗、舌底络脉迂曲,苔黄质干欠润,脉滑数。10月24日王教授会诊,拟清热化痰,泻肺平喘,佐以养阴生津,予以麻杏石甘汤合小陷胸汤加减:蜜麻黄10g,苦杏仁15g,石膏60g,炙甘草10g,瓜蒌皮15g,法半夏10g,黄芩10g,麦冬、薏苡仁、芦根各30g,天花粉20g,浙贝母、茯苓、生姜、冬瓜子、大枣各15g,桃仁、陈皮各6g。水煎,每日2剂,每次100mL,1日4次以上,连续3d。10月26日患者发热得到控制,咳嗽咯痰、胸闷气促等症状缓解,口干、乏力较前改善,舌苔转薄渐白,脉象转细。10月29日复查感染指标:WBC: $8.42 \times 10^9/L$ ,NEUT: $7.01 \times 10^9/L$ ,NEUT%:83.20%;PCT:0.050 ng/mL;CRP:18.77 mg/L。患者未诉明显不适,观察后予以出院。

按:本案的治疗过程颇长,符合湿温病“病难速已”的特点,在第一阶段治疗中考虑湿热之邪萌生于心肺,营阴衰少,卫气尚可与之交争,可见身热而无痰,方以三仁汤合清营汤加减,热势得控,虽未出现内劫心营之征象,但心衰患者气阴本虚,湿热之邪仍

可内陷阴分。进入第二阶段后,邪伏阴分,夜热早凉,多于夜间3:00值肝胆经气旺时起热,邪犯少阳厥阴,木气不定,咳嗽渐起,成为湿热伏扰厥阴之证,以三仁汤合清骨散加减养阴透邪。用药后患者逐渐多痰,温度较前升高,且由夜热早凉转为晨起发热,考虑湿热伏邪渐出,却蓄留太阴气分,前方中鳖甲养阴诸药使营阴得养,营卫与湿热之邪相搏,热势渐盛,津气炼化为痰。第三阶段,患者可见晨起热势较盛,当太阴经气旺时,此时湿热之邪在肺内蕴结成痰热,故以麻杏石甘汤合小陷胸汤加味,使上焦痰热得化,心肺得静,终收奇效。

### 参考文献

- [1] 阿不都艾海提·艾比布拉,买买提明·依米提.慢性心力衰竭的治疗进展[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(20):21-22.
- [2] 陈婉婉,葛可法,任栋兵.慢性心力衰竭患者发生肺部感染的危险因素分析[J].中国卫生检验杂志,2018,28(23):2924-2926.
- [3] 王 雷,周 琳,刘 洋,等.慢性心力衰竭的流行病学研究现状及其防治研究进展[J].中国循证心血管医学杂志,2019,11(8):1022-1024.
- [4] 邱伯雍,王永霞.慢性心力衰竭流行病学及防治研究进展[J].中华实用诊断与治疗杂志,2017,31(6):619-621.
- [5] 宋文杰.侵袭性肺部真菌感染中医证候学研究[D].北京:北京中医药大学,2016.
- [6] 张玉萍.金匱要略[M].福州:福建科学技术出版社,2011:115.
- [7] 陈光淞.温热论笺正[M].北京:中国中医药出版社,2015:62.
- [8] 吴 塘.温病条辨[M].宋咏梅,臧守虎,张永臣,点校.北京:中国中医药出版社,2006:377.

(本文编辑 李路丹)