

【理论探讨】

从络络学说论治慢性心力衰竭*

袁国强¹ 李彦霞² 魏 聪³

(1. 河北以岭医院心血管科/国家中医药管理局中医络病学重点学科, 石家庄 050091;

2. 河北以岭医院络病诊疗中心, 石家庄 050091;

3. 国家中医药管理局重点研究室(心脑血管络病)/河北省络病重点实验室, 石家庄 050035)

摘要: 从中医络络学说探讨慢性心力衰竭的病理机制, 提出气阳虚乏、络瘀水停、络息成积是本病的主要病机, “气血水”同治分消为其基本治疗原则, 制定“益气温阳、活血通络、利水消肿”治法与芪蒯强心胶囊组方概述辨证分型与处方用药, 对提高中医药治疗慢性心力衰竭防治水平具有积极意义。

关键词: 络络学说; 心力衰竭; 芪蒯强心胶囊; 辨证分型

中图分类号: R541.6⁺1 文献标识码: A 文章编号: 1006-3250(2012)08-0820-03

慢性心力衰竭为不同病因引起的心脏舒缩功能障碍, 发展到使心排血量在循环血量与血管舒缩功能正常时, 不能满足全身代谢对血流的需要, 从而导致具有血流动力异常和神经激素激活两方面特征的临床综合征。据我国 50 家医院住院病例调查显示, 慢性心衰住院率占同期心血管疾病的 20%, 死亡却占 40%, 提示慢性心衰预后严重^[1]。作为络络学证治体系的有机组成部分, 络络学说主要研究胸痹心痛、心悸、心积(心水)、中风、坏疽等“络络-血管系统病”发生发展规律、基本病理变化、临床证候特征和辨证治疗用药, 对于提高冠心病心绞痛、急性心梗、心力衰竭、脑梗塞、糖尿病微血管并发症等多种血管病变的防治水平具有重要临床指导价值。本文以络络学说为指导, 结合现代医学认识探讨慢性心力衰竭的病因病机、治疗原则、基本治法、辨证分型及处方用药, 希冀对中西医同道有所启示。

1 古代医家对心力衰竭相关病证的认识

慢性心力衰竭属中医“心积”、“心水”范畴, 心积由内外各种病理因素损伤心之络脉逐渐发展而来, 随着心积病程的发展可出现“心水”的症状。早在《内经》就有本病相关证候的论述, 如《素问·逆调论》云: “夫不得卧, 卧则喘者, 是水气之客也”; “水在心, 心下坚筑、短气, 是以身重少气也”; 《灵枢·邪气脏腑病形》言: “心脉……微缓为伏梁, 在心下, 上下行, 时唾血。”《金匱要略·水气病脉证并治》言: “心水者, 其身重而少气, 不得卧, 烦而躁, 其人阴肿”, 首提“心水”病证名称, 心水的症状类似于现代的心衰临床表现。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》进一步描述了心水的症状: “水在心, 心下坚筑, 短气, 恶水不欲饮”, “水停心下, 甚者则悸, 微者短气”。又如《金匱要略·水气病脉证并治》提出

“血不利则为水, 名曰水分”的论述, 所谓“血不利则为水”, 实质上是指瘀血阻滞络脉, 水饮停滞泛滥而致水肿之证。这些描述与慢性心力衰竭的症状表现极为相似。此外, 历代文献中类似心衰的描述还散见于“心胀”、“喘咳”、“水肿”、“痰饮”等诸证中, 说明中医对于心力衰竭很早就有了认识和探索。

2 气阳虚乏、络瘀水停、络息成积为本病主要病机

本病的发生与外邪反复侵袭、劳倦内伤有关。若风寒湿热等外邪反复侵袭机体, 往往容易损害心脏, 使病程迁延, 久病气虚, 首先发为“气分”病变—气阳虚乏, 成为其发生的主要病理基础。络络学说认为, 络络末端是营卫之气交会生化的场所, 营卫通过孙络相互贯通, 完成物质与能量的相互转化。若营卫交会生化障碍, 宗气亏虚气阳虚乏, 阳气失于温煦推动, 运血无力, 导致“血分”病变—血瘀络阻, 成为本病的关键病理环节。络络瘀阻日久, 其末端营卫交会生化失司, 气化失常而致津血互换障碍, 过多的津液不能回流聚于络外而发为“水分”病变引起水肿, 所谓“血积既久, 其水乃成”, “瘀血化水, 亦发水肿, 是血病而兼也”(《血证论》)。气血水相互胶结, 形成恶性病理循环, 如瘀血既可直接瘀阻络脉, 导致水液运行障碍, 又可阻闭营卫气机运行, 加剧营卫气机化功能的失常, 而水液潴留又无时不在阻滞营卫气机, 造成血行无力、络络瘀阻。故清·何梦瑶《医碕·肿胀》言: “气血水者, 病常相因, 有先病气滞而后血结者, 有病血结而后气滞者, 有先病水肿而血随败者, 有先病血结而水随蓄者。”清·唐容川《血证论·阴阳水火气血论》亦言: “水病则累血, 血病则累气。”瘀血水饮凝聚, 日久结聚成形, 导致心络络息成积则为其发展加重的结果。

中医“心积”、“心水”与西医学慢性心衰相吻合, 所谓“气分”实则营卫气机升降出入运动与气化失常, 涵盖了神经激素激活、心室重构、心脏扩大、心功能逐渐减退的病理过程; 所言“血分”涵盖了血流

*基金项目: 国家“973”计划资助项目(2012CB518606); 河北省中医药管理局科技研究计划(20101115)

作者简介: 袁国强, 男, 副主任中医师, 医学博士, 从事中医络病理论与络络学说及心血管疾病基础与临床研究。

动力学的病理改变,血管舒缩功能异常使心脏负荷加重;所论“水分”本质上即由水液代谢障碍引起的过多水分滞留在体内所致,实际上这三者也是相互影响互患加重的病理过程。这与西医学近年提出的早期神经内分泌系统激活引起血流动力学改变,进而导致心室重构是心衰发生发展基本机制的新概念相吻合。

3 “气血水”同治分消为本病的基本治疗原则

临床上治疗心力衰竭的基本原则是辨证与辨病施治相结合,有效发挥药物的整体治疗效果。辨证施治要善于全面分析,抓住重点并兼顾全面。气阳虚乏是本病的基本病机,瘀血、痰饮、水湿是重要的病理因素,故“气、血、水同治分消”是中医治疗心力衰竭的基本法则。临证时必须以益气温阳、化瘀通络、利水消肿为主,同时据阳虚、瘀血、水饮三者的侧重不同,分别重点施与温阳、化瘀、利水之法,以改善心络“络息成积”的病理改变。但若在本虚的基础上又感受外邪,使痰饮壅肺、肺失宣降、水道不通,咳嗽水肿迅速加重,不治标则难以治本,故应急治其标,解表宣肺、化痰利水,待表解饮化则治其本,补气血阴阳,否则闭门留寇,正气日消,终为不治。

4 “益气温阳、活血通络、利水消肿”治法与芪蒴强心胶囊组方

基于上述对病因病机的认识,运用中医络病学说治疗慢性心衰,既要考虑到导致“络息成积”这一最终病理归宿的病机根本——心气虚乏、心阳式微,又要考虑到“络脉瘀阻”作为病理环节尚会导致津液运行不循络脉,津渗脉外而为水肿之变。因此,治疗上不仅益气温阳以治心气虚乏、心阳式微之本,更要注重切断血瘀络阻、水饮内停这一慢性心衰发生发展过程中的病理中心环节,故当施以“益气温阳,活血通络,利水消肿”之法,“气血水”同治分消才能扭转病势,以奏效机。芪蒴强心胶囊是运用络病学说防治慢性心衰研究形成的代表方药之一,方中黄芪益气利水,附子温阳化气以治心气虚乏、心阳式微之本,用为君药。丹参和血活血,葶苈子泻肺利水,人参补气通络,针对气阳虚乏、络脉瘀阻、水湿停聚三大基本病理变化,共用为臣药。红花活血化瘀,泽泻利水消肿,香加皮强心利尿,玉竹养心阴以防利水伤正,陈皮畅气机以防壅补滞气,皆用为佐药。桂枝辛温通络、温阳化气,兼引诸药入络,用为使药。

药理临床研究证实^[2],芪蒴强心胶囊具有强心、利尿、扩血管作用,可明显增强心肌收缩力,增加尿量,减少尿渗量,增加心输出量与肾血流量,改善血流动力学,有效缓解心衰症状以治标。同时又可明显抑制心衰时神经内分泌系统的过度激活,抑制肾素-血管紧张素-醛固酮系统,降低室壁厚度与心脏指数,多途径抑制心室重构,保护受损心肌细胞,从而有效改善心衰的生物学基础以治本,可谓“标本兼治”,既体现出西医联合用药的治疗特点,又显示出复方中药多环节、多途径、多方位的治疗优势。

5 辨证分型与处方用药

慢性心力衰竭为虚实夹杂之重症,临床辨证应标本兼顾,将脏腑虚衰与邪实结合进行辨证。而且气血互生、阴阳互根、血水互化,本虚和标实之间亦可转化,气虚则血不运化,瘀血生成,阴血不足,脉络涩滞,瘀血亦生。相反,脉络涩滞也可阻碍气血的生成,且长期应用活血通络药也有可能伤及气血,所以治疗时要补气血不忘通络,通络不忘补气血,以平为期。基于芪蒴强心胶囊标本兼治的特色优势,临床可用于各类心力衰竭的治疗,尤其配合以下辨证治疗效果更佳。

5.1 心络气虚证

心悸气短,活动后加重,夜间不能平卧,疲乏无力,自汗懒言,舌质淡红、苔薄白、脉结代或细数。

心络气虚,络气不运,气虚不能正常奉养心神,故见心悸气短,活动后加重;气虚不能温养则肢体疲乏无力、倦怠懒言,失却固表之职则多汗;舌脉皆心气不足、络虚失运之象,治以益气养心、活血通络之法,方用益气通脉汤:人参、麦冬、五味子、茯神、赤芍、丹参、地龙、白术、葶苈子。方中以生脉散补益心络之气以养心,茯神、白术健脾安神,赤芍、丹参、地龙活血通络,用葶苈子者以其泻肺利水之力,防络虚不运、心络瘀滞所致肺不宣肃之水湿。此方用于心衰早期无水腫者。对于气虚自汗者加黄芪以益气固表,阳虚明显加制附子以温补阳气,有阴虚之症者去白术加女贞子、旱莲草以滋补阴液,瘀血明显者加桃仁、红花以活血祛瘀。

5.2 热毒滞络证

发热不恶寒,心悸气短,不能平卧,咳嗽、咳痰黄稠、胸膈痞满、口干口苦,尿黄量少、浮肿,舌红苔黄、脉象滑数或细涩结代。

痰热壅肺、肺热灼津成痰则发热不恶寒,咳嗽、咳痰黄稠、胸膈痞满;热毒阻滞心络,心肺络郁滞则心悸气短,不能平卧;肺失宣降,水道失利则尿少、浮肿;口干口苦、尿黄,舌红苔黄、脉象滑数或兼促、涩均为热毒滞络之象,治以清热化痰、降气通络之法。方用益心清肺化痰汤:西洋参、麦冬、栝楼、桑白皮、川贝母、丹参、地龙、葶苈子、鱼腥草、黄芩、甘草,方中西洋参、麦冬益气养阴,栝楼、桑白皮、川贝母清化痰热,鱼腥草、黄芩清肺解毒,葶苈子、地龙泻肺定喘。本方能够防治肺感染,减轻呼吸道阻塞,改善心衰症状,增强心功能。对于反复出现感染的心功能不全患者,由于久病耗气、正气亏虚,治宜扶正祛邪,仿外科托里透脓之法,以人参、黄芪、当归等补益气血,酌加少量清热除痰之品以祛邪。

5.3 络息成积证

心悸怔忡,呼吸气短,动则更甚,口唇紫绀,颈部青筋怒张,虚里按之其动微弱欲绝,或按之弹手洪大而搏,动而应衣,搏动移位,下肢水肿,苔薄腻或白腻、舌质暗或有紫斑、脉涩或结代。

心病久治不愈影响脏腑气机,导致络气郁滞,脉

络功能失调,营卫交会生化异常导致代谢障碍,津凝为痰,血滞为瘀,痰瘀久聚于络,息而成积而见心悸怔忡,呼吸气短,下肢水肿,苔薄腻或白腻、舌质暗或有紫斑,脉涩或结代等。治以益气通络,活血利水之法。方用益心散结汤:人参、黄芪、桂枝、茯苓、水蛭、全蝎、葶苈子、泽泻。本方常用于慢性心力衰竭,以人参、黄芪补益元气,水蛭、全蝎搜风解痉、剔除络瘀,茯苓、葶苈子、泽泻利水消肿,桂枝辛温通络、通阳化气兼顾气分、血分、水分。兼胸胁胀痛或攻痛等气滞表现者加枳实、檀香;口干唇燥、舌红少苔、脉细数属气阴两虚者加麦冬、玉竹、五味子等;舌苔黄腻、胸中憋闷重者加栝楼、半夏、黄连。

5.4 痰饮内停 肺络壅阻证

心慌、气短、喘憋不得卧,咳嗽咯痰,肋胀、腕腹痞满,肢体水肿,舌淡苔白腻、脉沉紧。

痰饮内停,气机郁滞,壅滞肺络,肺气宣肃不能,心血运行不利,故见心慌、气短、喘憋;卧位时心肺络脉瘀阻更甚,故不得卧;肺气失宣,津化为痰,故咳嗽咯痰;肝络不利则肋胀,脾胃络脉郁滞则腕腹痞满;水湿停留肢体络脉,则见肢体水肿;舌脉均为痰饮停留,络脉不畅之象,治以利水泻肺、散结通络之法。方用木防己汤合葶苈大枣泻肺汤加减:木防己、石膏、桂枝、人参、葶苈子、桑白皮、泽泻、地龙、泽兰、丹参。方中以木防己、桂枝一苦一辛,行水饮,散结气,祛除病源;石膏性寒而缓,宣泄郁热;人参扶正补虚、通阳;葶苈子泄痰饮之壅塞,除肺络之郁闭;桑白皮泄肺利水,以助葶苈子之力;泽泻行气利水;地龙活血祛瘀,通利心肺之络;泽兰、丹参活血祛瘀,通脉利水。若脉细数无力,或脉微重按始得,为心肺气衰,加麦冬、五味子、黄芪补宗气以益络气之不足,痰多者加陈皮、半夏增化痰之效。这一类型表现痰饮水湿过盛,肺络壅塞,心络瘀阻,病情急重。对待此种

情况,须采用“急则治标”的原则,以泻肺逐饮、祛除实邪为主。

5.5 阴阳俱衰,阳气虚脱证

心悸气喘极为严重,张口抬肩,喘促鼻煽,心悸不宁,烦躁不安,面色青灰,小便量少,肢体水肿,大汗淋漓,四肢厥冷,舌质淡白、脉沉细欲绝。

阴阳俱虚,虚阳不能潜纳,阳气欲脱于上,心神失养,宗气外泄,故见心悸气喘极为严重,悸动不宁,张口抬肩,喘促鼻煽;虚阳浮越,故见烦躁不安;络脉因气衰失运瘀滞较甚,故见面色青灰;阳气衰蔽不化津液则尿少,水液泛滥故水肿;络气不足,阳虚不能温煦则四肢厥冷;络中气虚不能布散于周身,阳不能固,阴津外泄则大汗淋漓。舌质淡白、脉沉细欲绝,皆为阴阳离决之征。治以回阳救逆、益气固脱之法,方用参附龙牡汤加减:人参、附子、桂枝、麦冬、五味子、龙骨、牡蛎、炙甘草、山萸肉、丹参、葶苈子、泽泻。方中人参大补元气,附子温补真阳,桂枝温通心阳调营卫且温化水饮,麦冬、五味子滋补阴液,龙骨、牡蛎镇纳浮阳,炙甘草健中益气,山萸肉酸甘敛阴、补益肝肾,丹参专走血分能生新血补阴血而固阳,葶苈子、泽泻泻肺利水消肿,诸药相伍,阴津得补,阳气得养,上越之阳归纳,外泄之阴固守,且利水强心。该型病情极为严重,往往阳越于外,阴竭于内,必须及时抢救。在上方基础上,可配合用生脉注射液静脉注射。

参考文献:

- [1] 冯利民,刘长玉,杜武勋. 226例慢性心力衰竭的中医证候调查及病死率分析[J]. 四川中医, 2008, 26(1): 36-37.
- [2] 吴以岭. 络病与血管病变的相关性研究及治疗[J]. 中医杂志, 2006, 47(3): 163-165.

收稿日期: 2012-02-25

(上接第819页)

尤其是发展到宋明理学,二程(程颢、程颐)将最高的心理范畴定位于“心”,强调“理与心一”(《二程集·河南程氏遗书》),形成了后世所称的“心性之学”;在程颢学术思想影响下发展起来的陆王(陆九渊、王守仁)“心学”,更将“心”的概念在哲学和心理范畴发挥到极致。

“心”的概念引入《内经》,成为中医藏象学说中的五脏之一,归纳其功能主要有两个方面,即“主神明”和“主血脉”。《内经》中的“心”根据《灵枢·经水》“其死可解剖而视之”的记载,为解剖可见的“心脏”,应该不容质疑,“主血脉”即是其功能的具体体现。但“主神明”却不能“死可解剖而视之”,因为“形神相即”而“形谢神灭”(《神灭论》),所以在先哲“主心说”的影响下,结合临床实践经验,将心视为五脏之主,将精神活动也归于“心”的范畴,从而心又成为“精神之所舍”(《灵枢·邪客》)而被赋予

了心理层面的含义。“心主血脉”和“心主神明”,言之虽然分而为二,但前者为后者的物质基础,后者为前者的功能体现;前者为形为体,后者为神为用,实际仍为“形神合一”的统一体,“舍利无刃,舍刃无利”(《神灭论》)。因此并不存在“血肉之心”和“神明之心”的分别,可统而言之称为“藏象之心”。中医心理学由于其研究对象是属于“神”范畴的心理活动,因而强调“心主神明”之用,但也没有忽视“心主血脉”之体。

综上所述,中华传统文化(包括中医学)对“心”的认识远不止是血肉之心,更重要的是属于精神活动的范畴,所以人们都将精神范畴的活动称为“心理活动”,而研究其规律的学科称为“心理学”(Psychology)。

参考文献:

- [1] 徐仪明. 易学心理学[M]. 北京:中国书店,2007.
- [2] 汪凤炎. 中国心理学思想史[M]. 上海:上海教育出版社,2008.

收稿日期: 2012-02-19