

● 老中医经验 ●

彭筱平治疗心力衰竭痰饮阻肺证经验

洪旺¹, 彭筱平²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药高等专科学校附属第一医院, 湖南 株洲, 412000)

【摘要】 介绍彭筱平教授运用中医药治疗心力衰竭痰饮阻肺证的经验。彭教授指出, 心力衰竭发展到后期以阳虚水泛、痰饮阻肺证最为常见。对该证的治疗分为3个阶段: 急性期温阳化饮, 兼以活血通络, 并创立化饮逐瘀汤, 同时配合西医基础治疗, 直接缓解心衰急性发作症状; 缓解期祛湿健脾, 方选香砂六君子汤, 改善因心衰所致的消化道症状; 后期以黄芪建中汤温中补虚, 重建中焦功能, 改善远期预后。处方思路清晰, 体系完整, 疗效显著。

【关键词】 心力衰竭; 痰饮阻肺证; 中医药疗法; 名医经验; 彭筱平

【中图分类号】 R259.416 **【文献标识码】** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.06.007

心力衰竭(HF)是各种心脏结构或功能性疾病导致心室充盈和(或)射血功能受损, 心排血量不能满足机体组织代谢需要, 出现肺循环和(或)体循环淤血以及器官组织血液灌注不足为临床表现的一组综合征^[1], 主要症状有呼吸困难、体力活动受限和体液潴留。对于急性发作, 主要遵循利尿、扩血管、强心的治疗原则, 在慢性持续期主要予以ACEI类药物及 β 受体阻滞剂、螺内酯等口服抑制心室重构, 延缓心肌功能的进一步损伤, 提高患者的生活质量。彭筱平教授系湖南中医药高等专科学校附属第一医院内科主任医师, 湖南中医药大学硕士研究生导师, 全国第四批老中医药专家学术经验继承人, 擅长中西医结合治疗心系疾病, 在临床实践中坚持辨病与辨证相结合, 传统医学与现代医学相结合, 已形成了较为完整的中医治疗理论体系与具体治疗方案。现将彭教授治疗心力衰竭痰饮阻肺证的诊疗经验整理如下。

1 病因病机

彭教授认为, 随着社会经济的发展, 快节奏生活方式的普及, 不少人存在饮食不节, 喜食肥甘厚味, 熬夜喝酒抽烟等不良生活方式, 且精神压力大, 缺乏运动, 从而导致肥胖、高脂血症、高血压病、糖尿病等患者日益增多, 且呈现出年轻化的趋势, 心力衰竭的发病率也随之逐年升高。其指出心力衰竭发展到后期以阳虚水泛、痰饮阻肺证最为常见, 该类患者多症见喘息气促, 不能平卧, 动则加重, 痰

多色白如泡, 甚至出现泡沫状血痰, 胸闷脘痞, 腹胀纳差, 肢肿, 舌质紫暗、苔白厚腻, 脉弦滑或滑数。

2 分期论治

彭教授将该证的治疗分为3个阶段: 急性期温阳化饮, 兼以活血通络, 并创立化饮逐瘀汤, 同时配合西医强心、利尿、扩血管等基础治疗; 缓解期祛湿健脾, 改善消化道症状, 方选香砂六君子汤; 后期以黄芪建中汤温中补虚, 改善预后。

2.1 急性期 彭教授熟稔中西医结合治疗心系疾病, 其通过临床观察发现, 对于心力衰竭痰饮阻肺证急性期患者, 在给予西医强心、利尿、扩血管等基础治疗的同时, 予以中药汤剂化饮逐瘀汤能有效降低硝普钠等药物的使用时间, 更迅速地改善心衰症状, 同时提高患者的生活质量。彭教授明确提出心力衰竭痰饮阻肺证急性期以标实为主, 痰湿水饮上凌心肺, 使心阳被抑, 振奋乏力, 血脉运行不畅, 瘀血内生, 同时水饮不化, 停滞于肺, 则见喘促气急, 不能平卧。“病痰饮者, 当以温药和之”^[2], 故治疗上以“温阳化饮、活血通络”为原则, 并创立化饮逐瘀汤, 其组成为: 茯苓 20g, 桂枝 10g, 白术 15g, 当归 15g, 丹参 15g, 乳香 10g, 没药 10g, 泽泻 10g, 葶苈子 15g, 炙甘草 6g。方中茯苓、桂枝、白术、甘草为苓桂术甘汤之药物组成, 出自《金匮要略》, 是温阳化饮的代表方, 配合泽泻、葶苈子直接祛除心肺水饮。柯雪帆^[3]认为心力衰竭中水肿较重或痰邪为患者, 主药当推葶苈子。当归、丹参、乳香、没药为《医学

第一作者: 洪旺, 男, 2015级硕士研究生, 研究方向: 中医药防治心血管系统疾病

通讯作者: 彭筱平, 男, 医学硕士, 主任医师, 硕士研究生导师, 全国第四批老中医药专家学术经验继承人, 研究方向: 中医药防治心血管系统疾病, E-mail: 546035825@qq.com

衷中参西录》中活络效灵丹的基本药物,活血祛瘀疗效显著^[4]。全方合用有助于振奋心阳,祛除痰湿水饮,畅通血行等,能有效改善心力衰竭痰饮阻肺证急性期相关症状。

2.2 缓解期 彭教授在反复临床观察中发现,痰饮阻肺型心力衰竭患者在急性期喘息气促等症状明显缓解后,大部分患者仍存在纳差、腹胀甚至恶心欲呕等消化道症状,传统西医治疗效果不甚理想。脾为生痰之源,肺为贮痰之器,彭教授认为此时患者上焦心肺痰湿水饮之邪虽已祛除,但痰湿生成之本源仍在,脾胃功能尚不足,且湿性缠绵,黏滞难去,其滞于中焦胃肠则可见腹胀、纳差等症,此属本虚标实之证,方选香砂六君子汤祛湿健脾,标本兼治。香砂六君子汤源于《古今名医方论》,其由四君子汤加陈皮、半夏、木香、砂仁组成,四君子汤健脾益气,以杜生痰之源;陈皮、半夏燥湿化痰,木香、砂仁化痰行气,气行则有助于痰湿消除,四药共用治疗疾病之标,诸药相合,临床疗效显著。

2.3 后期 对于心力衰竭患者,其再入院率及生活质量是评估临床治疗效果的有效指标。痰饮阻肺型心力衰竭后期,患者痰饮之邪已基本祛除,以脾胃虚弱为主,当治以温中补虚,重新恢复中焦运化功能,改善患者的远期预后,方选黄芪建中汤。黄芪建中汤为张仲景所创制,出自于《金匮要略》,为小建中汤加黄芪而成,吴谦于《医宗金鉴》记载:“黄芪建中汤建立中外两虚,非单谓里急一证之治也”,喻昌《医门法律》亦云:“虚劳病而至于亡血失精,消耗津液,枯槁四出,难为力也,急用小建中汤,黄芪建中汤”,可见黄芪建中汤是治疗各种虚劳性疾病的有效方剂,先贤早有应用。其具体组成为:黄芪 30g,桂枝 10g,白芍 20g,生姜 5 片,大枣 5 枚,甘草 6g。其中黄芪合桂枝益气温阳,黄芪合芍药补气生血,芍药合甘草酸甘化阴,桂枝合甘草辛甘化阳,六药配合于酸甘化阴与辛甘化阳之中,加上甘温益气升阳的黄芪,使阳生阴长,增强益气之效,合用可使脾胃健,阴阳调,精血生,诸虚不足者得益。心力衰竭为多种心脏疾病发展的后期阶段,以本虚为主,服用黄芪建中汤可有效改善其预后,原方组成本有饴糖,但此物较难购买,现代研究发现小建中汤中饴糖有无对实验性脾虚证模型未见显著差异^[5],彭教授总结临床经验发现,原方去饴糖对临床效果无明显影响,故去之。

3 典型病案

患者,男,68岁,2017年1月10日因“反复胸闷气促6年

余,再发加重2d”收入院,既往有高血压病史30年余。入院症见:喘息气促,动则加重,端坐呼吸,间有咳嗽,咳白稀痰,稍有胸闷,腹胀纳差,平素稍有畏寒,小便正常,大便时稀。查体:BP 180/100mmHg,HR 102次/min,R 22次/min,听诊双肺可闻及湿啰音,双下肢水肿。舌质淡红、苔薄白厚,舌下络脉迂曲粗大,脉弦细滑。西医诊断:(1)冠心病,缺血性心肌病型,心功能Ⅲ级;(2)高血压病,3级,极高危组。中医诊断:心力衰竭,痰饮阻肺证。处方:化饮逐瘀汤。药物组成:茯苓 20g,桂枝 10g,白术 15g,当归 15g,丹参 15g,乳香 10g,没药 10g,泽泻 10g,葶苈子 15g,法半夏 10g,厚朴 10g,甘草 6g。5剂,每天1剂,分2次服用,同时予以硝普钠、呋塞米等西医基础治疗。3d后患者精神状态明显好转,一般活动下未见胸闷气促,双下肢水肿消退,但腹胀纳差较前缓解不明显,又加西沙比利口服,仍稍觉腹胀,食纳欠佳,因经济原因要求出院。刻诊:稍觉腹胀,纳差乏力,大便偏稀,舌质淡红、苔白厚,脉弦细滑。予以香砂六君子汤7剂带药出院,药物组成:陈皮 10g,法半夏 10g,云木香 10g,砂仁(后下)5g,党参 15g,茯苓 20g,白术 15g,炙甘草 6g,生姜 5片,大枣 5枚。药后门诊随诊,患者腹胀消失,大便正常,纳差乏力明显好转,予以黄芪建中汤10剂善后,同时嘱患者保持心情舒畅,预防感冒,适当行太极拳等有氧运动,随访4个月患者精神状态可,症状未见反复。

按:本案患者平素畏寒,大便偏稀,脾阳不足,运化失职可致痰湿水饮内生,水饮上凌心肺,抑制心阳,壅滞肺气,故可见喘息气促咳嗽等症;久病致心肺功能失常可致络瘀,故舌下络脉迂曲粗大,此以实证为主,急予以化饮逐瘀汤温阳化饮,活血通络,同时配合西医利尿、扩血管等基础治疗,中西医结合直接祛除相关病理因素。中期痰湿停滞中焦,兼见脾胃阳虚,可见腹胀纳差,此为虚实夹杂之证,处以香砂六君子益气健脾,标本兼治。后期以虚证为主,以黄芪建中汤善后。

4 结 语

心力衰竭是各种心血管疾病的严重阶段,严重危害人类生存与健康,尽管目前通过强心、利尿、扩血管、抑制心室重构等综合治疗能取得明显的疗效,但是由于心力衰竭复杂的发病机制,多数患者仍受纳差乏力、活动耐力下降等症状困扰,生活质量差^[6];并且长期服用抗心衰药物,易导致心律失常、电解质紊乱、低血压、利尿剂抵抗等毒副作用,而中医药作用的多环节、多靶点以及整体协调性,弥补了西医药的不足。彭筱平教授据其二十余年的临床经验,采用辨病与辨证相结合,传统医学与现代医学相结合的施治原则,提出心力衰竭痰饮阻肺证三期分治的理论指导与具体方药。急性期温阳化饮,兼以活血通络,并创立化饮逐瘀汤,同时配合

王作顺从气、痰、血论治胸痹经验

李子敬¹, 王作顺²

(1. 天津中医药大学, 天津, 300193;

2. 天津市中医药研究院附属医院, 天津, 300120)

[摘要] 介绍王作顺主任医师从气、痰、血论治胸痹的经验。王师认为本病的基本病机是气滞、痰凝、瘀血阻滞, 其病位在心, 临床自拟活血化痰通痹汤从气、痰、血论治, 并随证加减, 取得良好疗效。并附验案3则, 以资佐证。

[关键词] 胸痹; 气、痰、血; 名医经验; 王作顺

[中图分类号] R **[文献标识码]** A256. 22 **DOI:** 10. 16808/j. cnki. issn1003-7705. 2018. 06. 008

胸痹是以胸部闷痛, 甚则胸痛彻背, 喘息不得卧为主症的一种疾病^[1]。依据症状, 西医冠心病心绞痛、心肌梗死等均属于胸痹范畴。最新资料显示, 由于我国人口老龄化及城市化进程加速, 以及心血管疾病危险因素暴露增加, 我国心血管疾病患病率及病死率处于上升趋势, 病死率更是占居民疾病病死率的40%以上, 成为我国居民的首位死因, 其中农村以44. 60%高于城市的42. 51%^[2]。心血管疾病逐渐高发, 不仅严重影响了居民身体健康及生活质量, 也加重了患病家庭的经济负担和社会负担, 因此心血管疾病防治迫在眉睫。笔者(第一作者)导师王作顺, 是天津市中医药研究院附属医院心病科主任医师, 第三批全国优秀中医临床人才, 中华中医药学会仲景学说分会委员, 临证三十余载, 学验俱丰, 尤擅治疗心血管疾病, 现将其治疗胸痹经验介绍于下。

1 病因病机

王师认为, 胸痹的病位在心, 基本病机为气滞、痰凝及瘀血阻滞心脉; 其病因多为七情内伤、饮食不节、年老体虚等。七情内伤而气机不畅, 肝气郁滞则横犯脾胃, 脾胃运化失调而生痰湿; 肝气郁滞则血行不畅, 血流停聚而生瘀血; 气滞于心, 痰瘀交

结阻于心脉, 心脉失养, 则发胸痹。饮食不节, 嗜食肥甘厚味, 烟酒成癖, 造成脾胃运化功能失调, 肥甘无以消化而积为痰湿, 痰湿阻滞中焦, 中焦气机无以宣化而成气滞, 气滞则血不行, 血不行则留而为瘀; 中焦气滞不通, 无以宣导心脉之痰瘀, 痰瘀阻于心脉, 而发为胸痹。人年老则气虚不足, 行血无力而为瘀滞, 脉络不通而血瘀于络; 年老脾胃功能下降, 无以运化水湿, 水湿聚而成痰, 痰阻于脉道经络, 则气滞而血瘀。气虚而滞, 痰瘀交阻, 则胸痹矣。

2 辨证论治

王师认为, 由于胸痹的基本病机为气滞、痰凝、瘀血阻滞心脉而致, 治疗上当从气、痰、血论治, 运用自拟的活血化痰通痹汤治疗本病。活血化痰通痹汤的主方组成为瓜蒌、薤白、清半夏、枳壳、桂枝、川芎、丹参、茯苓。方中以薤白为君, 行胸中之气滞, 兼破心脉之痰凝; 枳壳下气行痰结, 以助薤白行气逐痰; 瓜蒌、清半夏燥湿化痰, 消痞散结除痹; 茯苓利水渗湿, 健运脾胃, 以除生痰之机; 川芎、丹参活血化瘀, 行气止痛除痹, 此六药共为臣药。桂枝温阳通脉, 行气止痛, 入心经, 能将诸药之药力引入心脉, 故为佐使药。炙甘草调和诸药, 补脾养胃, 以

西医基础治疗, 直接缓解急性发作症状; 缓解期祛湿健脾, 方选香砂六君子汤, 改善因慢性心力衰竭所致的消化道症状; 后期以黄芪建中汤温中补虚, 重建中焦功能, 改善远期预后; 其治疗体系完整, 中医药特色突出, 临床疗效显著。

参考文献

- [1] 葛均波, 徐永健. 内科学(8版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 162-166.
- [2] 张仲景. 金匮要略[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 44.

- [3] 柯雪帆. 心力衰竭辨证论治的经验体会[J]. 新疆中医药, 1994, 12(2): 1-4.
- [4] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2009: 95-97.
- [5] 陶玲, 史琴, 沈祥春. 小建中汤有无饴糖对实验性小鼠脾虚模型的作用研究[J]. 中药药理与临床, 2008, 24(6): 12-14.
- [6] Hunt HA, Baker DW, Chin MH, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult executive summary[J]. J Am Coll Cardiol, 2001, 38(7): 2101-2113.

(收稿日期: 2017-06-06)

第一作者: 李子敬, 男, 2015级硕士研究生, 研究方向: 中医内科学(心血管疾病方向)

通讯作者: 王作顺, 男, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 中医内科学(心血管疾病方向), E-mail: tjwzs666@126.com