

引用:唐婉婷,李志. 张崇泉辨治肺心病心力衰竭经验[J]. 湖南中医杂志,2021,37(5):29-31.

张崇泉辨治肺心病心力衰竭经验

唐婉婷¹,李志²

(1. 湖南中医药大学,湖南 长沙,410208;

2. 湖南省中医药研究院附属医院,湖南 长沙,410006)

[摘要] 介绍张崇泉教授辨治肺心病心力衰竭的临证经验。张教授认为本病的病机关键为正虚痰瘀,以肺、心、脾、肾等脏亏虚为本,痰浊、水饮、瘀血为标,乃本虚标实、虚实夹杂之证,提出标本同治、正邪兼顾的治则,并创经验方“补肺化痰益心汤”治疗阴虚痰浊或痰瘀证患者,临床随症加减,疗效理想。现附验案1则,以资佐证。

[关键词] 肺心病;心力衰竭;补肺化痰益心汤;名医经验;张崇泉

[中图分类号] R259.415, R259.416 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.05.008

慢性肺源性心脏病(chronic pulmonary heart disease, CPHD)是由于支气管、肺、胸廓或肺血管阻力增加,引起肺动脉高压,使右心室肥厚、扩大,伴或不伴右心衰竭的心脏病。其病程长、病死率高,严重影响了患者的生活质量和寿命^[1]。当其合并右心衰竭或全心衰竭时,简称肺心病心衰。肺心病心衰临床上以反复胸闷气喘、咳嗽咳痰、呼吸困难、口唇发绀、心悸、水肿等为主要特征,根据其症状中医学将其归属于“肺胀”“喘证”“心悸”“水肿”“心水”等范畴^[2]。本病发病机制较复杂,西医治疗主要以抗感染、止咳、祛痰、平喘、利尿、强心等为主,但长期应用易产生耐药性。

张崇泉教授系一级主任医师,博士研究生导师,全国名老中医,湖南省名中医,第三批及第四批全国名老中医学术经验继承工作指导老师。张老行医五十余年,临床经验丰富,在长期的临床实践中形成了独特的诊疗方法。擅长运用中医药辨证治疗心脑血管病和老年疑难病,尤其对肺心病心衰有着独到的见解。现将其辨治肺心病心衰的临床经验总结如下。

1 肺心病心衰的西医治疗

肺心病心衰多发生于老年患者。由于长期慢性肺部疾病导致患者长期缺氧、免疫力下降、机体功能减退,抗感染能力低下,因而常在感冒、劳累、气候变换及季节交替时发生呼吸道感染,其感染的病原体多为细菌、真菌、病毒、支原体等,尤以细

菌最为常见^[3]。而急性呼吸道感染(主要是下呼吸道感染)往往是肺心病心衰急性发作的诱因,可导致心、肺功能衰竭,甚至多脏器功能不全^[4]。故而控制感染是治疗本病的关键。由于本病患者痰液黏稠,难以咳出,当发生呼吸道感染时,呼吸道黏膜淤血、水肿、纤毛运动受阻,使患者排痰受阻,易造成气道阻塞,严重影响通气功能,使感染难以控制,经久不愈。因此,除控制感染外,辅以化痰治疗尤为重要。此外,利尿剂是心衰治疗的基础,是唯一可以控制心衰患者水钠潴留的药物^[5]。肺心病心衰患者在积极控制感染和呼吸通畅后,心衰症状能得到有效缓解,可以不用利尿剂,但重症患者因心衰而引起水肿时须适当使用。西医治疗一定程度上能控制病情进展,缓解症状,但也存在以下几个问题:1) 抗生素耐药和多重耐药菌交叉感染^[6];2) 患者排痰困难,易造成气道阻塞,严重影响通气功能,西医化痰疗效不佳;3) 本病患者利尿剂的合理使用及利尿剂抵抗^[7-8]是临床用药的一个难点。

2 肺心病心衰中医辨治思路

2.1 发病机制 张老诊疗疾病的核心思想为中西医结合,将西医之“病”与中医之“证”相结合,通过疾病在某阶段对应的病因、病位及病机审证施治^[9]。张老认为,肺心病心衰是由各种慢性肺系疾病迁延不愈,使正气亏虚,遇外邪侵袭所致,或因饮食起居失调,或劳逸不节,或遇精神刺激,引起脏气

第一作者:唐婉婷,女,2018级硕士研究生,研究方向:中医药防治心血管疾病

通讯作者:李志,女,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医药防治心血管疾病, E-mail:648392245@qq.com

失和,营卫不调,机体抵抗力低下,形成宿根乃至一遇外邪即发。晚期累及心,致心肺同病,临床出现各种复杂症状。脏腑虚损是内因,外邪犯肺为外因。病理以虚为本,多为气虚、气阴两虚和阳虚,实以痰浊、水饮和瘀血为主,相互胶着。正虚反复感邪是肺心病心衰发生发展的关键。总之,肺心病心衰基本病机为本虚标实、虚实夹杂,以肺、心、脾、肾等脏亏虚为本,痰浊、水饮、瘀血为标,主要病位在肺与心,累及脾、肾^[10]。

2.2 治疗原则 张老将肺心病心衰分为急性心衰期和缓解稳定期,临证时不论实邪症状是否表现于外,皆重视脏器亏虚之本。张老遵循标本同治的原则,扶正不忘祛邪,祛邪不忘扶正,故邪去而正不衰。

水肿是该病的常见症状,与肺脾肾密切相关。其本在肾,其标在肺,其制在脾,瘀血阻滞,三焦水道不利,使水肿顽固难愈。因此,利尿消肿是该病的重要治则之一。通过肺脾肾三脏的调节,治水之本源而达消肿之目的,亦可解决西医治疗水肿产生的利尿剂抵抗等问题。虽然目前尚无利尿类中药与利尿剂干预心力衰竭疗效的系统评价,但相关研究表明利尿类中药与利尿剂等效的同时,尚具有安全性强、不良反应少的潜在疗效优势^[11]。

痰证亦是该病的主要症状之一,尤其对于痰黏稠难咳又伴有水肿的患者,使用利尿剂势必造成体内水液丢失,导致痰稠更难出。张老认为,化痰、通利水道等中医疗法可使这个治疗难点迎刃而解。中医化痰方法诸多,根据痰的性质特点,施以不同的化痰方法,如温肺化痰、祛湿化痰、健脾化痰、清热化痰、醒神涤痰等,均是治痰之根本,体现了中医药治疗的优势。

张老认为肺心病心衰的病机关键在于正虚痰瘀^[12],其证候在治疗过程中并非一成不变,临证时要仔细审视,辨证论治,正如《伤寒论》中所言:“观其脉证,知犯何逆,随证治之”。张老强调,该病患者常有舌质淡暗或紫暗,舌底脉络曲张等,“久病必瘀”^[13],治疗时应当“饮瘀同治”^[14],故予以活血化瘀药物辅助治疗。该病患者常可见原本浊腻的舌苔突然变成舌红少苔,此乃由于抗生素使用时间过久或种类繁多而致菌群失调所致。抗生素多属寒凉之品,久用伤阴,损及五脏阴液,从而导致阴虚痰

瘀之证。故临床治疗时无论舌苔是否浊腻,都要考虑顾护阴液,固本扶正。在此基础上,施以化痰、利水、祛瘀等法,使邪去正未伤,起到事半功倍的效果。

2.3 经验方“补肺化痰益心汤” 张老经验方“补肺化痰益心汤”,治疗肺心病心衰阴虚痰浊或痰瘀证患者,临床疗效较好。《云岐子保命集·卷下》载:“补肺汤:功能主治补肺益肾,清火化痰,主劳嗽。肺肾两虚,日晡发热,自汗盗汗,痰多喘逆;虚劳短气自汗,时寒时热,易于感冒,舌色淡,脉软无力者。”该方由此补肺汤加减化裁而来,取名“补肺化痰益心汤”,意在补益肺气,化痰降浊,利心益肾。补肺化痰益心汤的基本组方为:熟地黄 30 g,黄芪 20 g,麦冬 10 g,五味子 8 g,北沙参 15 g,桑白皮 10 g,炙款冬花 10 g,炙枇杷叶 30 g,鱼腥草 30 g,陈皮 10 g,法半夏 10 g,白术 10 g,茯苓 30 g,鸡血藤 15 g,甘草 3 g。方中熟地黄入肺肾,功专养血滋阴;黄芪归肺脾肾经,补气固表,利尿,托毒生肌,两药共为君药,共奏固益肺肾之功。生脉散(北沙参、麦冬、五味子)扶助正气、顾护阴液;桑白皮性甘味寒,入肺脾经,有泻肺平喘、利尿消肿之功;炙款冬花性温、味苦,主降,功专润肺下气、止咳化痰;炙枇杷叶清肺降火、止咳化痰;鱼腥草善入肺经,清肺中郁热且解毒,炙枇杷叶和鱼腥草为常用药对,二者合用可清热解暑、化痰止咳平喘、抗菌消炎,具有驱除外邪、控制感染的效果。此七药相伍,共为臣药,具有化痰降浊、止咳平喘、巩固正气之功。肺心病心衰的发展与脾气虚衰、滋生痰饮密切相关,痰饮贯穿于本病始终,瘀血是其发展的必然结果。故方中使用了健脾化痰与祛瘀药物。其中法半夏燥湿化痰和胃,陈皮理气健脾、燥湿化痰,二者同用起燥湿化痰之效,共为臣药;白术健脾燥湿、茯苓淡渗利水,前者补中健脾,守而不走,后者渗湿助运,走而不守,二者相辅相成,健脾助运相得益彰,共为佐药。再辅以鸡血藤活血化瘀,化痰不忘祛瘀,防止痰瘀互结;甘草调和诸药,达到补益肺气、化痰降浊、利心益肾之功,二药共为使药。临床上患者病情复杂多变,还应根据其变化随症加减,灵活运用本方。若咳痰量多、久咳,可加紫苏子、莱菔子、紫菀、百部等化痰;喘咳较重,可加杏仁、麻黄等降肺平喘;阴虚较甚,口干、苔少,可加石斛、玉

竹、百合等养阴生津;燥咳不止,加天花粉、瓜蒌、川贝母等滋阴润肺;气虚较甚,动则喘促、气不得续,可加山茱萸等补肾纳气;脾虚较甚,可加山药、莲子、薏苡仁等健脾;口唇紫暗、舌暗或有瘀斑,可加丹参、川芎、桃仁、红花等活血化瘀。诸药合用,正气充足,咳痰外出,使肺气通畅,心气得舒,实为肺心脾肾同补,同时祛除痰瘀之邪,以达扶正祛邪、标本兼治的目的。

3 典型病案

陈某,女,55岁,2017年5月4日初诊。主诉:喘促间发四十余年,再发加重伴双下肢水肿1个月余。由门诊以“肺心病,心功能Ⅳ级”收入院。既往史:有“高血压病、支气管扩张、支气管哮喘”病史。刻下症:因外感未治,致喘息气促,胸闷,两肋及剑突下痞满不适,剑突下有压痛,双下肢轻度凹陷性水肿,球结膜水肿,唇绀,咳嗽,痰黏难咳,盗汗,乏力,纳寐一般,二便可。舌质暗、苔白微腻,脉细。体查:体温36.4℃,脉搏95次/min,呼吸20次/min,血压159/76 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa),血氧饱和度64%。形体肥胖,慢性重病面容,球结膜水肿,唇绀,四肢末端手指黏膜发绀,颈静脉怒张,桶状胸,双肺呼吸音粗,可闻及干湿啰音及哮鸣音。心界不大,心率95次/min,律齐,未闻及明显病理性杂音。双下肢轻度凹陷性水肿。血气分析:PH 7.34,二氧化碳分压62.6 mmHg,氧分压78 mmHg。代谢性酸中毒合并呼吸性酸中毒,提示Ⅱ型呼吸衰竭。氨基末端B型脑钠肽前体(NT-proBNP)2011.5300 pg/ml。心电图:1)窦性心律;2)R波上升不良;3)P波增高,提示右心房扩大;4)电轴右偏。肺部CT:1)心脏增大,右心室大为明显,心包少量积液、双侧胸腔积液(右侧明显)可符合肺心病改变;2)两肺改变,考虑两肺感染病变可能,合并肺水肿待删。心脏彩超:1)右心肥大,左房增大;2)升主动脉弹性硬化;3)三尖瓣重度、二尖瓣轻度返流;4)肺循环压增高;5)左心功能代偿;6)微量心包积液。西医诊断:1)Ⅱ型呼吸衰竭;2)肺心病,右心衰竭,心功能Ⅳ级。中医诊断:肺胀(痰瘀阻肺、肺肾气虚证)。治法:补肺纳气、化痰祛瘀、补益心肾,予以补肺化痰益心汤加减治疗。处方:熟地黄30g,黄芪20g,五味子6g,麦冬10g,北沙参15g,炙款冬花10g,山茱萸30g,鱼腥草30g,炙枇杷叶30g,陈皮10g,法半夏10g,白术10g,茯苓30g,车前子20g,甘草3g。8剂,每天1剂,水煎,早晚分服。经治疗后,患者诸症好转,呼吸衰竭、心力衰竭得以纠正,患者出院。继服上方15剂后复诊:患者未见喘促、水肿等症,诉微感乏力。继以原方巩固治疗。

按语:本案患者慢性肺系疾病迁延不愈,遇外感发病,见喘息气促、盗汗、乏力等肺肾气虚之象;胸闷,两肋及剑突下痞满不适,剑突下有压痛,唇

绀,为痰瘀阻络,胸阳痹阻不展所致;咳嗽,痰黏难咳,双下肢轻度凹陷性水肿,球结膜水肿,为上焦水道不利,导致三焦水液失运,脾胃功能失调而生痰蓄水,故结合舌脉可辨为痰瘀阻肺、肺肾气虚证。治宜补肺纳气、化痰祛瘀、利益心肾。选用补肺化痰益心汤加减。方中熟地黄、黄芪为君药,可益气养阴,固益肺肾;山茱萸增强补肾纳气之效;北沙参、麦冬、五味子助巩固正气,顾护阴液;炙款冬花、炙枇杷叶、鱼腥草化痰降浊、止咳平喘;陈皮、法半夏、白术、茯苓健脾燥湿化痰;车前子清肺化痰、利水渗湿;甘草调和诸药。患者住院期间服药8剂后诸症好转,出院后继服15剂后复诊,患者病情稳定,继以原方巩固疗效。

参考文献

- [1] 王国琛,刘江彦. 2014肺心病中医诊治指南解读[J]. 江西中医药,2016,47(3):20-21.
- [2] 黄灿均. 慢性肺源性心脏病的中医药治疗相关古代文献研究[D]. 广州:广州中医药大学,2011:1-54.
- [3] 赵晴,赵红梅,陈亚青,等. 老年人心衰合并肺部感染病原菌分布及其对血炎症因子水平影响相关分析[J]. 解放军预防医学杂志,2019,37(6):34-35.
- [4] 李福勇. 对慢性肺心病患者在急性加重期并发多器官功能障碍临床特点的研究[J]. 当代医药论丛,2019,17(12):54-55.
- [5] 聂秋平,刘美霞. 利尿剂治疗心力衰竭的研究现状[J]. 中国心血管杂志,2018,23(5):429-432.
- [6] 黄祺,唐洪波,胡明冬,等. 抗菌药物耐药性应对策略研究进展[J]. 实用医药杂志,2019,36(4):367-370.
- [7] 赵忠良,毕胜男. 1例慢性肺源性心脏病患者利尿剂抵抗的2病例分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2016,16(104):227.
- [8] 孟淑华,魏军平,阎胜. 慢性心力衰竭利尿剂抵抗的中西医疗研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(7):1013-1015.
- [9] 张崇泉. 湖湘当代名医医案精华:张崇泉医案精华[M]. 北京:人民卫生出版社,2014.
- [10] 阮欢荣,马锦地,李建生. 慢性肺源性心脏病中医病因病机分析[J]. 中医学报,2018,33(1):37-41.
- [11] 耿彦婷,宋庆桥,胡元会,等. 利尿类中药与利尿剂治疗心力衰竭的疗效与安全性-基于随机对照试验的系统评价[J]. 世界中医药,2016,11(2):339-342,347.
- [12] 洪广祥. 正虚痰瘀是慢性肺源性心脏病的病机关键[J]. 中医药通报,2007,6(1):9-13.
- [13] 徐守莉,张义明. 张义明“即病多瘀”学术思想初探[J]. 中医临床研究,2016,8(31):49-51.
- [14] 杨浩然,邹露依,刘俊,等. 浅谈肺心病“饮瘀同治”的中医学认识[J]. 湖南中医杂志,2020,36(3):108-109

(收稿日期:2020-10-08)