

慢性心力衰竭水饮证候的经方论治

武跃华

(辽宁中医药大学附属第二医院,辽宁 沈阳 110034)

[摘要]慢性心力衰竭为本虚标实之证,病程中虚实错杂,气、水、血交互为患,其中的水饮证候表现极其复杂,伴随心力衰竭的发生、发展和结局,是中医临床辨证论治的难点,其发生是多脏腑功能失调及气化不利导致津液输布、排泄障碍的结果,关于心而不主于心。《伤寒论》与《金匱要略》中保留了大量治疗“痰饮”“水气”等津液代谢障碍疾病的有效方剂,且理法方药完备,对临床辨治慢性心力衰竭的水饮证候具有指导意义。

[关键词]慢性心力衰竭;水饮;证候;经方;伤寒论;金匱要略

[中图分类号]R541.6⁺ **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2020.01.002

慢性心力衰竭(chronic heart failure,CHF)是指持续存在的心力衰竭状态,已成为当今全球公共卫生的主要问题^[1]。CHF主要临床表现是“充血”,其次是周围组织灌注不足,以呼吸困难、水肿、乏力为主要特点,还可见到咳嗽、少尿、恶心、呕吐、食欲下降、上腹饱胀等^[2]。中医学认为心力衰竭为本虚标实之证,其临床表现与中医学的水饮为患密切相关。水饮是机体津液输布、排泄障碍的病理性产物,其证候表现与水饮停蓄的部位、波及的脏腑直接相关。水停心下则心悸、短气,停积胸膈则咳逆倚息、喘不得卧,干扰气机升降则呕哕、心下痞,留于肠间则腹满、食少,流于四肢则肢重水肿、少气乏力,水蓄于下

则小便不利。中医辨治水饮具有悠久的历史,《伤寒论》及《金匱要略》中关于水饮的论治尤为详细,理法方药完备,对CHF水饮为患的辨证论治具有指导意义。基于此,笔者以CHF病程中水饮为患的临床表现为纲,系统梳理《伤寒论》与《金匱要略》中相关的治疗方剂并论治如下。

1 心悸、短气

心悸、短气是CHF早期常见的临床表现,《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》:“水停心下,甚者则悸,微者短气”^{[3]32},指出水停中焦心下,重则凌心而悸动不安,轻则碍肺而呼吸短气,提示病程中因为水饮的轻重差异,临床见症有所不同。然心悸之因又有心气虚及水气乘之别,故心悸、短气的原因有三:一者,水停心下,上干于心;二者,胸中有微饮阻碍呼吸;三者,心气(阳)虚而兼水气。

基金项目:全国中医药创新骨干人才培训项目
作者简介:武跃华(1978-),男,博士,副主任医师

[4] 黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2012.

[5] 王叔和.脉经[M].北京:中国医药科技出版社,2011:168.

[6] 王肯堂.女科证治准绳[M].太原:山西科学技术出版社,2012.

[7] 虞抟.医学正传[M].张丽君,丁侃,校注.北京:中国医药科技出版社,2011:222.

[8] 唐宗海.血证论[M].北京:人民卫生出版社,2005:93.

[9] 万全.万氏妇科[M].罗田县万密斋医院,校注.武汉:湖北科学技术出版社,1984.

[10] 巢元方.诸病源候论[M].太原:山西科学技术出版社,2015:259.

[11] 齐仲甫.女科百问[M].宋咏梅,宋昌红,点校.天津:天津科学技术出版社,2012:3.

[12] 陈修园.女科要旨[M].太原:山西科学技术出版社,2012:14.

[13] 陈素庵.陈素庵妇科补解[M].杜惠芳,注.北京:人民军医出版社,2012:17.

[14] 刘完素.素问病机气宜保命集[M].鲍晓东,校注.北京:中医古籍出版社,1998:188.

[15] 李冀.方剂学[M].北京:中国中医药出版社,2016:245.

[16] 李梴.医学入门[M].北京:人民卫生出版社,2006:807.

[17] 竹林寺僧.竹林女科证治[M].太原:山西科学技术出版社,2012:22.

[18] 朱丹溪.丹溪心法[M].赵建新,点校.北京:人民军医出版社,2007:309.

[19] 鲍相璈.验方新编[M].北京:人民卫生出版社,2007:212.

[20] 皇甫谧.针灸甲乙经[M].北京:人民卫生出版社,2006:299.

[21] 程立前,刘文琼.刘文琼教授关于治疗月经过少的经验总结[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(35):227.

[22] 祝道富,耿会转,张平.月经过少的病因及治疗进展[J].中国生育健康杂志,2017,28(6):597-600.

(收稿日期:2019-07-23;编辑:张倩)

对于水停心下,上干于心而心悸者,主以小半夏加茯苓汤,此方具有散结、化饮、利水之功,可以导水下行而定悸,适宜于心下素有支饮而心悸,甚至悸、呕、痞、眩并见的患者。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》:“卒呕吐,心下痞,膈间有水,眩悸者,半夏加茯苓汤主之。”^{[3]34}

而微饮阻碍呼吸之短气,主以苓桂术甘汤。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》:“夫短气有微饮,当从小便去之,苓桂术甘汤主之”^{[3]33},此方健脾利水,涤饮与扶阳并施,专于主治胸中有微饮的短气。

对于心气(阳)虚而兼水气者,主以茯苓桂枝甘草大枣汤或茯苓甘草汤,温通心阳、化饮利水而定悸。

2 咳逆倚息,喘不得卧

临床上咳逆倚息、喘不得卧者多见于感染诱发的慢性肺病合并心力衰竭或 CHF 急性发作,属中医学的支饮范畴,为水停胸膈,支乘心下所致。病机特点为外寒里饮,表里同病,可治以小青龙汤,外散寒邪,内蠲伏饮。

然此类患者多为饮留胸中日久,饮邪郁久化热,复感外寒而表现为“寒包火”证。备选方剂有小青龙加石膏汤、越婢加半夏汤、厚朴麻黄汤,三方的主治差异,主要在于兼证不同,陆渊雷《金匱要略今释》提到3首方剂施用的异同点:“比而论之……厚朴麻黄汤,喘咳而上气胸闷;越婢加半夏汤,喘咳而睛突鼻煽;小青龙加石膏汤喘咳而表候剧,此其辨也”^[4]。临床中又可见邪实闭肺,胸中气急,喘不得卧,是水在肺之急证,《医宗金鉴·金匱要略注》指出:“停饮……若邪甚而不去者……留于胸中则壅肺气,必短气而喘。”^[5]当急则治其标,选葶苈大枣泻肺汤直泻肺水,此方治疗支饮不得息及喘不能卧,为临床峻攻饮邪在肺之主方。

又有外邪已除,饮邪消除大半,而肺气虚寒,留饮复作,见咳嗽、胸满。可选苓甘五味姜辛汤,温肺散寒、蠲饮止咳,此方具有化饮而无辛散,祛邪而无伤正之弊的优点,可作为急性期缓解之后的善后方。

3 呕啰、心下痞

此类症状多见于结构性心脏病合并右心衰竭出现胃肠道瘀血的患者。中医病机为水饮阻隔中焦气机,气不升降则心下痞,胃气上逆则发呕啰,皆是饮气相转,升降之机不利所致。

水饮阻隔中焦气机之呕吐,有单纯水饮为患或兼夹其他病机者,此时病机不同,选方有别。常用方剂有小半夏加茯苓汤、大半夏汤、半夏干姜散。对于

单纯水饮为患,可选小半夏加茯苓汤,不仅导水定悸,且辛能散结,苦能降泄,无论呕吐、心下痞并能治之。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》:“卒呕吐,心下痞,膈间有水,眩悸者,半夏加茯苓汤主之。”^{[3]34}而大半夏汤可以扶正润燥,治疗胃虚有寒失于腐熟,肠中燥结,腑气不能通降之呕。又有中阳不足,寒饮内盛,可选半夏干姜散,重在温中散寒以化饮。此外,临床可见“似呕不呕,似啰不啰之”证,而没有呕吐、啰逆表现,乃寒饮转结胸中日久,气机受阻,可选生姜半夏汤,即小半夏汤而生姜用汁者,此方降逆之力少,而散结之力多,可舒展胸中气机。

然水饮所致心下痞多见虚实夹杂、寒热并见的复杂临床情况。对病久正虚,水热互结的心下痞,《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》:“膈间支饮,其人喘满,心下痞坚……木防己汤主之”^{[3]34}。此方攻补兼施、寒温并行,能行水饮、散结气、清郁热,可以通阳利水、清热补虚而除心下痞。还可见寒热互结、脾胃虚弱之水饮致痞,多伴有脾虚下利等症,治疗当遵循《伤寒论·辨太阳病脉证并治下第七》之“胃中不和,心下痞硬,干噫食臭,胁下有水气,腹中雷鸣,下利者,生姜泻心汤主之”^{[6]105},以和胃降逆、散水消痞。生姜泻心汤能辛开苦降甘补,开泄寒热痞塞结滞。

对于阳气亏虚,膈上寒饮之干呕或呕吐,可选四逆汤。《伤寒论·辨少阴病脉证并治第十一》:“少阴病,饮食入口则吐……若膈上有寒饮,干呕者,不可吐也,当温之,宜四逆汤”^{[6]154},取其可以逐阴回阳而止呕。此外,还可选通脉四逆汤或白通汤,以通达内外、宣通上下。

另外,还有橘皮汤、橘皮竹茹汤也是治疗呕啰的临床常用方剂。《金匱要略·呕吐啰下利病脉证治第十七》:“干呕啰,若手足厥者,橘皮汤主之”“啰逆者,橘皮竹茹汤主之”^{[3]46}。二方药味简洁,是临床上用于降逆止啰的祖剂,共同点是重用生姜化饮,不同之处在于橘皮汤治胃寒气逆之啰逆,橘皮竹茹汤治胃气虚而挟热之啰逆。

4 腹满、食少

腹满、食少也是 CHF 的常见胃肠道症状,其病机为水饮滞留肠间,壅阻气机,导致腑气不能通降,则腹满、食少。而且肠间水饮多阻隔津液上承,所以此类患者多兼见口干、大便干结等。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》:“腹满,口舌干燥,此肠间有水气,己椒苈黄丸主之。”^{[3]34}此方可以前后分消水饮,导邪下行,是治疗肠间饮聚成实,脉证俱实,亦或水热互结肠间的有效方剂。该方属攻下剂,不

宜于脾虚停饮证。

对于脾虚不运,水饮不化之胃不受纳的食少、纳呆,可参考《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》附方:“《外台》茯苓饮:治心胸中有停痰宿水……气满,不能食,消痰气,令能食”^{[3]35}。本方消补兼施,既可健脾而杜绝水饮生成之源,还可以消饮行滞,也是水饮病后期脾胃气虚、饮邪未尽的调理要方。

5 身重、少气、水肿、小便不利

CHF时血流量重新分配,骨骼肌组织灌注不足表现为乏力、运动耐力明显下降,肾灌注减少出现少尿;体循环瘀血出现双下肢对称性水肿。中医理论认为四肢为诸阳之本,水气潴留四肢皮肤,阳气不达四末则四肢沉重、水肿,少气乏力。下焦蓄水,膀胱气化不利则尿少、小便不利。引起上述表现的原因可以是脾气不足,津液转运失司,及肾阳不足,水气不化,或阴阳两虚而膀胱气化不利。

四肢由脾所主,脾气虚之四肢肿、少气乏力,当益气健脾,化气利水,可选用防己黄芪汤或防己茯苓汤。《金匱要略·水气病脉证并治第十四》:“风水,脉浮身重,汗出恶风者,防己黄芪汤主之”“皮水为病,四肢肿,水气在皮肤中……防己茯苓汤主之”^{[3]39}。防己黄芪汤及防己茯苓汤,皆可以补气健脾,振奋卫阳,使水邪表里分消,兼见恶风、汗出之表虚证更为适用。

下焦蓄水之小便不利,主以五苓散。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》:“脐下有悸,吐涎沫而颠眩……五苓散主之。”^{[3]34}《伤寒论·辨太阳病脉证并治中第六》:“脉浮,小便不利……五苓散主之”^{[6]73},“中风……渴欲饮水,水入则吐者,名曰水逆,五苓散主之”^{[6]74}。《伤寒论·辨太阳病脉证并治下第七》:“本以下之,故心下痞……其人渴而口燥烦,小便不利者,五苓散主之。”^{[6]105}其功专化气行水,是膀胱气化不行致小便不利的主方,且可通畅三焦水道运行之通路,主在上之颠眩,在中之烦渴、呕吐、心下痞,在下之脐下悸、小便不利的三焦水饮证候。

若为水气内停,水热互结,郁热伤阴者,则治以猪苓汤。《伤寒论·辨阳明病脉证并治第八》:“脉浮发热,渴欲饮水,小便不利者,猪苓汤主之。”^{[6]127}《伤寒论·辨少阴病脉证并治第十一》:“少阴病,下利六七日,咳而呕渴,心烦不得眠者,猪苓汤主之。”^{[6]153}此方育阴润燥、清热利水,适宜于水气不利为主,热

势较轻,阴虚亦不太甚,更兼咳而呕渴、心烦的水气上攻证。

对于肾阳不足,水气不化而随气升降,或上下冲窜,或横溢旁流,当治以真武汤。《伤寒论·辨少阴病脉证并治第十一》:“少阴病……小便不利,四肢沉重疼痛,自下利者,此为有水气。其人或咳,或小便利,或下利,或呕者,真武汤主之。”^{[6]151}此方温肾阳,利水气,无论水寒之气外攻于表或内盛于里,而见四肢沉重,或上凌于心的心悸,上干清阳的眩晕,或水停于上焦胸肺的咳喘不能卧,或停于中的呕吐、下利,或停于下的小便不利等阴寒兼有水气之证,皆可主以真武汤温寒以制水。

又有阴阳两虚,膀胱气化不利者,治以肾气丸。《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治第六》:“虚劳腰痛,少腹拘急,小便不利者,八味肾气丸主之。”^{[3]21}此方滋阴补阳,温化肾气,主肾气不足,不能化气行水之水肿、小便不利,可以补阴之虚以生气,助阳之弱以化水,渗利水湿以护正。

6 结语

CHF的水饮证候表现极其复杂,是中医治疗的难点,《华氏中藏经·论水肿脉证生死候第四十三》:“人中百病,难疗者莫过于水也……所以难治者,由此百状,人难晓达,纵晓其端,则又苦人以骄态,不循理法,触冒禁忌,不能备矣。”^[7]水饮是津液输布、排泄障碍的病产物,是肺、脾、肾、三焦、膀胱等多脏腑功能失调及气化不利的结果,其关于心而不主于心。《伤寒论》及《金匱要略》较详细地记载了“痰饮”“水气”等津液代谢障碍性疾病的理法方药,对现代临床CHF水饮证候的治疗具有一定的指导意义。

参考文献:

- [1] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南2018[J].中华心血管病杂志,2018,46(10):760-789.
- [2] 陈灏珠.实用内科学[M].13版.北京:人民卫生出版社,2010:1363-1382.
- [3] 张机.金匱要略方论[M].北京:人民卫生出版社,1956.
- [4] 陆渊雷.金匱要略今释[M].鲍艳举,校.北京:学苑出版社,2009:136.
- [5] 吴谦.医宗金鉴[M].北京:人民卫生出版社,1973:561.
- [6] 刘渡舟.伤寒论校注[M].北京:人民卫生出版社,2013.
- [7] 华佗.华氏中藏经[M].北京:中华书局,1985:29.

(收稿日期:2019-09-25;编辑:张倩)