

· 学术论坛 ·

前临床心力衰竭阶段病机探讨

裴雯 董耀荣 吴美萍

【摘要】 现代医学认为,心力衰竭当分期治疗。自古中医提倡辨证施治,但对前临床心力衰竭阶段的研究并不多见,尚在起步阶段。本文通过对近年来前临床心力衰竭阶段中医辨证治疗进展及养阴药物的现代药理研究分析后认为,其病机应为气阴两虚,其治疗应以益气养阴为主。其中,养阴药物的治疗效果明显,使用前景远大。

【关键词】 前临床心力衰竭; 病机

【中图分类号】 R541.6+1 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.05.009

慢性心力衰竭的发病率逐年升高,正在成为 21 世纪最重要的心血管病症。随着临床患者数量的急剧增多,中医对本病的认识也在逐渐发展。从早期的辨病、辨证到如今的病证结合、分期治疗等,新的策略不断涌现。而相对既往重点关注晚期、重症心力衰竭的诊治,目前,越来越多的研究表明,对前临床心力衰竭阶段进行干预,对患者的意义重大。中医药治未病的优势也再次得以体现。

目前,越来越多的研究报道表明,应用中医药对前临床心力衰竭阶段进行干预,可有效改善心功能,防止、延缓心力衰竭的发生。中医没有心力衰竭的病名,既往认为,心力衰竭属于中医“水肿”、“喘证”等范畴。并由此认为,心力衰竭的病机乃是气阳亏虚、血瘀痰饮,因而诊治也延循补气温阳、活血利水的治法。然而,若从“喘证”或“水肿”论治,此心力衰竭当属临床心力衰竭阶段或晚期心力衰竭,并不能涵盖所有分期。贺明珠^[1]通过研究发现,大剂量益气强心药能使神经体液内分泌系统失调,心率加快,心律失常增加,增加病死率。这与西药正性肌力药物多巴酚丁胺导致的心律失常相似,其剂量与病死率成正相关。因此,笔者认为温阳利水法并不适宜心力衰竭的所有过程,对前临床心力衰竭阶段的病机当重新认识。

1 病机探讨

1.1 现代医学的认识

交感神经与迷走神经的相互协调维持着正常的心跳节律及心脏的正常活动。心力衰竭时伴随着交感神经活性的增强和副交感神经活性的减弱。交感神经兴奋性增强,使心室的血流动力学应力增高,激发的神经内分泌因子直接对心脏细胞产生毒性作用,促进心肌的纤维化,从而导致心脏结

构功能的改变。而副交感神经对心脏控制的减弱,也促进了心脏结构重构和电重构^[2]。Meihua 等通过结扎左冠状动脉造成小鼠心力衰竭模型,使用微型电刺激仪连续给予六周的迷走神经刺激,结果发现显著延长了心力衰竭小鼠的生存时间,从而推测迷走神经刺激是通过防止心脏重构来显著提高心力衰竭小鼠的生存率^[3]。由于心脏重构一般发生于心力衰竭症状出现前(有时是数月甚至数年),并在症状出现后持续进展,从而推测神经内分泌失衡早于临床症状出现之前,并介导了整个心力衰竭过程。2001 年美国心脏病学会/美国心脏协会据心力衰竭的发生发展过程,从心力衰竭的高发危险起到进展成器质性心脏病,出现心力衰竭症状,直至最终的难治性终末期心力衰竭,将心力衰竭分为 A、B、C、D 四期,并提出新的阶段治疗原则。其中 B 期,即前临床心力衰竭阶段,指有器质性心脏病(心肌梗死、左心室收缩功能不全、无症状心脏瓣膜疾病等)而无心力衰竭症状,建议使用神经内分泌抑制剂^[4]。

1.2 中医病机分析

事实上,前临床心力衰竭阶段患者的临床症状并不明显,这也是造成辨证困难的主要原因之一。周迎春^[5]认为 B 期心力衰竭患者在中医学范畴并非无证可辨,临床常有气(阴)虚之证可辨(多数患者有劳累后心悸、气短、乏力、头晕等不典型症状),同时结合微观辨证则有助诊断。徐变玲等^[6]从早期心力衰竭患者发生的症状来看,患者活动后气促,乏力,心慌不适并不明显,但多伴有失眠、多梦、潮热、盗汗,应当辨证为气阴两虚,应用益气养阴法治疗。有研究者在长期临床实践中观察到诸如甲亢性心脏病、急性心肌炎、糖尿病、冠心病等病程处于心功能不全无症状或轻度有症状阶段,患者常出现阴虚阳亢、阴虚内热、阴虚火旺证候,辨证选用天麻钩藤饮、杞菊地黄汤、知柏地黄汤等方药,可以消除症状,长期治疗可明显改善心功能^[7]。并提出阴虚证的微观内本质是神经内分泌细胞因子系统的长期慢性激活。慢性心力衰竭时由于各种原发病对心脏植物神经的损害,使植物神经对心脏的支配出现明显异常,交感神经与迷走神经相

作者单位:201203 上海中医药大学中医临床系[裴雯(硕士研究生)];上海中医药大学附属市中医医院心病科(董耀荣、吴美萍)

作者简介:裴雯(1981-),女,2009 级在读硕士研究生。从事中医内科心血管方向的研究。E-mail: pipi6050@hotmail.com

互协调失去平衡,导致心率变异性的改变。吴文金等^[8]通过心率变异性与心力衰竭中医证型的关系研究指出,气虚证和气阴两虚证的植物神经功能损害较轻,阳虚证植物神经功能损害最严重,得出由气虚发展到阳虚意味着心脏神经功能损害的加重的结论。2007 年中国慢性心力衰竭诊断治疗指南中,再次提出了心力衰竭分期的重要性,因其发展是不可逆的^[9]。这也给中医治疗该病提供了新的思路。周端长期临床总结后得出,慢性心力衰竭当分期治疗,早期临床表现以心气亏虚为主,进一步发展则气虚及阴,表现为气阴两虚,再进一步发展则阴虚及阳,表现为阴阳两虚,水饮上泛^[10]。徐慧聪等^[11]通过总结中医辨证分型与各项现代医学指标(心功能分级、心脏结构功能指标、神经内分泌、细胞因子等)得出结论,虽然这些指标与中医证型无特异相关性,但其指标的异常程度与证型的严重、复杂程度相关,且基本与充血性心力衰竭的病因无关。即随着充血性心力衰竭的加重,其虚证变化顺序为气虚—气阴两虚—阴阳两虚—阴竭阳脱。

《素问·阴阳应象大论》说:“阴在内,阳之守也;阳在外,阴之使也。”阴阳的对立制约、消长平衡是中医诊断治疗的关键。心体阴而用阳,心阴(包括心血和心体本身)是心气之推动、心阳之温煦功能的物质基础,其以阳气为用,借助心之阳气推动和调控心脏的搏动和血脉的节律性舒缩,推动血液循环不息周流全身。然而,心力衰竭多由本脏或它脏的长期受损所致,是心脏疾病自然发展的终末阶段。其久病阴损早已存在,阴血长期暗耗而致心气亏虚。因此,前临床心力衰竭阶段就开始的神经内分泌失衡与中医认为的阴阳两虚被打破无疑是一致的,而其失衡,是以阴虚为主的。同时,从早期心力衰竭发生的症状来看,患者多出现乏力,心慌不适,并伴有失眠、多梦、潮热、盗汗,应当辨证为气阴两虚。

2 养阴药物对心脏的病理生理影响

既往治疗阳气虚衰的心力衰竭患者,多使用益气温阳法,药物尤以人参、附子多见。人参中的主要成分为人参皂苷,可明显增加心肌收缩力,人参、黄芪有磷酸二酯酶抑制作用。这两种作用均能增加心肌细胞内 cAMP 的含量,从而起到强心的作用。附子等温阳药有拟交感作用,是常用的温阳药物,其主要强心成分去甲乌头碱可通过兴奋 β 受体途径而增强心肌的收缩能力,在强心的同时可升高血压、加快心率。这也是益气温阳药能在短期内改善心力衰竭患者症状的原因。但越来越多的医家却提出,参、附的使用需谨慎而又慎。有研究证实,单纯温补的“温阳健心灵”在改善心功能方面的作用要明显大于水火并治的金匱肾气丸,但在降低心肌酶活性方面(如阿霉素造成的心肌损伤),温阳健心灵的作用随剂量增大而减弱^[12]。该研究认为 cAMP 增加是中医“温阳益气”的重要作用机制之一,而大多数的循证医学研究表明 cAMP 依赖性正性肌力药物用于收缩功能不全性心力衰竭,会增加心力衰竭的死亡危险。

反观益气养阴药的使用则不同。近年来,对养阴药物的一系列研究更是推动了对前临床心力衰竭阶段的治疗进展。

李越华等^[13]使用生脉散加味治疗慢性充血性心力衰竭,证属气阴两虚患者,发现其不仅能改善心脏血流动力学指标,提高运动耐量,还能减轻促炎因子对心肌的毒性作用。此外,养阴药物如麦冬、玉竹的药用价值也得到了重视。药理研究证实麦冬具有 β 受体阻滞作用,可拮抗小鼠因运动应激而升高的去甲肾上腺素水平,对缺血缺氧的心肌细胞有明显的保护作用^[14]。沈晓红等^[15]通过研究麦冬注射液对心肌梗死后心力衰竭大鼠的造模实验,认为麦冬具有负性肌力作用,能够减少心肌耗氧量,改善心肌血供,延缓心室重构。吴美平等^[16]通过实验研究养阴药玉竹的药用价值,认为其有明显的负性肌力和负性频率作用,可以减慢心率,降低心肌耗氧量。实验中长期使用玉竹可以改善心肌梗死后心力衰竭大鼠的预后和心室重构。陈长勋等^[17]通过研究认为寒凉药性有利于抑制肾素—血管紧张素—醛固酮系统的过度激活,对改善心室重构有益,热性中药或复方则无此作用,并且提出药性寒凉的中药可能更有利于充血性心力衰竭的早期治疗。

2007 年中国慢性心力衰竭诊断治疗指南中提倡对前临床心力衰竭阶段病人使用 β 受体阻滞剂,其最根本的作用机制是可以阻断交感神经减少儿茶酚胺对心脏的毒性作用,有效抑制交感神经兴奋所致的心律失常^[18]。刘辉球^[18]通过实验发现, β 受体阻滞剂可使心力衰竭病人的猝死率下降 47%。可以说,养阴药物从部分功能上来说与西医认为的使用神经内分泌拮抗剂以阻断或逆转心室重构是一致的。从对单味中药的研究来看,“温阳”药物对交感神经和肾素—血管紧张素—醛固酮系统有促进作用;而养阴清热药物则有抑制作用,更有利于细胞修复及改善心室重构,对心力衰竭的长期预后有益。因此,有学者提出,滋阴药物在改善慢性心力衰竭患者心脏结构功能内源性缺陷方面可能优于温阳法^[19]。

3 总结

笔者认为前临床心力衰竭阶段,患者虽仅有心悸气短等轻微症状,但心阴早已亏耗,其病机应是“气阴两虚”。且根据前临床心力衰竭阶段的诊断——已经存在左室壁厚和/或左心室功能受损,也就是说其“脏本”——心体阴损更甚于气虚。而至心力衰竭症状明显时,已是阴损及阳的表现。故而若早期一味补阳,虽能使患者症状明显改善,却使“心阴”一损再损,犹如杀鸡取卵,影响长期预后。慢性心力衰竭是体用皆损之病,从“体、用”之间的关系而言,体存则用出,体亡则用熄,心脏物质基础(阴血)的亏虚,会导致心气的虚弱,前临床心力衰竭阶段阴血亏虚,后期又对患者多使用利尿药而致其阴虚更甚,阴阳平衡再难维系,故对该期的益阴治疗应受到重视。于益气助阳的同时,能兼以养阴复脉,达到阴阳并补,以平为期,阳生阴长,对患者的预后有着重要意义。

4 问题与展望

近年来,中医对心力衰竭的研究有所进展,但由于前临

床心力衰竭阶段患者临床症状不明显,又缺乏对宣教,导致患者错过治疗节点,而使心力衰竭向不可逆转的方向发展。既造成巨额的治疗费用,又使心力衰竭的病死率难以下降。这也为临床研究带来困难,造成无法获得大样本资料,缺乏采用包括重要预后指标为终点的前瞻性、多中心、大规模的随机对照实验。虽然 ACEI 类药物及 β 受体阻滞剂是心脏病学会推荐用药,但其药费高昂,且有使用禁忌,也有患者不能耐受。而中药制剂则费用低廉,且治疗轻、中度心力衰竭已取得公认的良好效果,长期应用毒副作用轻微,前景远大。同时,进一步中医药研究应从减弱机体内部实际已开始进行的神经内分泌激活反应,减轻与其互为因果的心室重塑等进展过程,从保护心肌、截断与延迟心力衰竭进程、延缓充血性心力衰竭的到来及提高远期生存率入手,充分发挥中医学“不治已病治未病”的优势和特点。

参 考 文 献

- [1] 贺明珠. 大剂量益气强心中药对充血性心力衰竭的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2000, 20(8): 630.
- [2] 黄从新, 江洪, 唐其柱. 心血管病学前沿与临床[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2007: 421.
- [3] Giles W, Noble SJ. Changes in membrane currents in bullfrog atrium produced by acetylcholine[J]. J Physiol, 1976, 261(1): 103-123.
- [4] Hunt SA, Baker DW, Chin ML, et al. Report of the ACC/AHA Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult[J]. Circulation, 2001, 104(24): 2996.
- [5] 周迎春. 对中医药治疗心力衰竭研究思路的几点思考[J]. 新中医, 2006, 38(1): 5-7.
- [6] 徐变玲, 徐学功. 中医药治疗慢性心力衰竭临床研究进展[J]. 中医临床研究, 2011, 3(23): 27-28.
- [7] 赵淳, 叶勇, 吴英, 等. 慢性心力衰竭现代治疗进展及中医诊治思路探讨[J]. 中国中医急症, 2006, 15(2): 158-159, 163.
- [8] 吴文金, 陆蔚. 心率变异性与心衰中医证型的关系研究[J]. 山西中医, 2008, 24(8): 35-37.
- [9] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性心力衰竭诊断治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(12): 1076-1095.
- [10] 李广浩, 楼丹飞, 周端, 等. 周端治疗慢性心力衰竭经验[J]. 浙江中医杂志, 2009, 44(10): 715-716.
- [11] 徐慧聪, 吕渭辉, 任毅, 等. 慢性心力衰竭中医辨证现代研究概况[J]. 中医杂志, 2009, 50(7): 655-658.
- [12] 徐俊波, 吴时达, 王静, 等. 温阳健心灵对心肾阳虚型心衰大鼠影响的实验研究[J]. 中医药学刊, 2003, 21(9): 1419-1420.
- [13] 李越华, 闫国良, 卜建红, 等. 生脉散加味治疗慢性充血性心衰(气阴两虚证)临床研究[J]. 中国中医急症, 2011, 20(1): 25-26, 44.
- [14] 白海波, 万海同, 宋子荣, 等. 中药复方拮抗小鼠运动应激时血中儿茶酚胺升高[J]. 中草药, 2002, 33(8): 716-718.
- [15] 沈晓红, 董耀荣, 吴美平, 等. 麦冬注射液对心肌梗死后心力衰竭大鼠血流动力学的影响[J]. 上海中医药杂志, 2007, 41(7): 56-58.
- [16] 吴美平, 熊旭东, 董耀荣, 等. 玉竹乙醇提取物对心梗后心力衰竭大鼠血流动力学的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2009, 15(11): 67-70.
- [17] 陈长勋, 高建平, 吴琦, 等. 慢性心力衰竭治疗进展及中医药有效防治方法的思考[J]. 中西医结合学报, 2010, 8(1): 7-14.
- [18] 刘辉球. 心衰患者猝死的临床表现及危险因素分析[J]. 中外医疗, 2009, 28(24): 188-188.
- [19] 温天明, 吴时达, 王静, 等. 温阳与滋阴对慢性心力衰竭长期预后可能的影响[J]. 中西医结合学报, 2006, 4(1): 7-9.

(收稿日期: 2012-02-17)

(本文编辑: 秦楠)

难治性腹水的中医治法要素琐谈

杨铂 王小利 刘倩 吴谔诏

【摘要】 难治性腹水属于中医臌胀范畴, 本文参照中医理论、历代医家及当代中医临床实践, 概括提出难治性腹水的治法为健脾、补肾、疏肝、宣肺、活血化瘀、清热、通腑, 通过以上治法的联合应用达到利水退肿消腹水的目的。并指出腹水中医治法研究存在的问题。

【关键词】 难治性腹水; 中医治疗

【中图分类号】 R442.5 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.05.010

基金项目: 财政部、国家中医药管理局 2009 年中医药行业科研专项(200907001-1)

作者单位: 250021 济南市传染病医院(杨铂、刘倩、吴谔诏); 济南护理职业学院(王小利)

作者简介: 杨铂(1979-), 硕士, 主治医师。研究方向: 中西医结合传染病、肝病。E-mail: optyb@sina.com

建议参考文献标引格式:

裴雯, 董耀荣, 吴美萍. 前临床心力衰竭阶段病机探讨[J]. 环球中医药, 2012, 5(5): 354-356.