

心病从肝论治的理论及临床应用

梁东辉

【摘要】 心病从肝论治,是基于五脏相关、七情致病的机理内涵探析和研究所提出的。临床上治疗各类心病,除了辨证论治、病证结合之外,重视心肝同治,在辨证的基础上配伍疏肝理气中药的运用,常常能获得更好的效果。文中还将“心病从肝论治”的原则拓展应用,提出“心身同治”疗法,即在给予患者躯体药物治疗的同时,重视其精神心理的治疗,为中西医结合防治心血管病提供了一种新的思路。

【关键词】 心病; 从肝论治; 心肝同治; 精神心理

【中图分类号】 R556.2 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.11.036

中医的“心病”是指心系病证,其中最常见的心悸、胸痹、心痛、心衰等,相当于现代医学的心血管系统疾病,包括冠心病、心绞痛、心律失常、心力衰竭、心肌病等。中医的心虽与现代医学的心脏的某些生理功能相似,但又超出了现代医学中心脏功能的认识。《素问·六节藏象论》云:“心者,生之本,神之变也,其华在面,其充在血脉,为阳中之太阳,通于夏气。”《素问·灵兰秘典论》称其为“君主之官”。所以,中医的心是神之舍,血之主,脉之宗,在五行属火,为阳中之太阳。心的主要生理功能是主血脉和主神志,其在病理条件下反映在临床上的症状多与血脉运行的障碍和情志活动的异常有关。随着医学的发展及心系疾病的特点,心系疾病不可避免地要吸收、使用现代科学,包括现代医学的有效、先进的检查、治疗手段和方法,例如:心血管病的介入检查和治疗,心电图、超声心动图、冠状动脉 CT 血管造影、心脏电生理等技术的应用等。心血管病学的发展日新月异,把人们的视野引入纵深,但引入纵深的结果容易使人忽视对疾病整体的把握,中医的“整体观”和“辨证论治”是中医学的特色和精华,近几十年中西医结合的临床实践显示,中西医结合,优势互补有助于更好、更有效地提高心血管病的防治水平和临床疗效。在总结前人和当代名医(包括国医大师张琪教授、路志正教授、任继学教授;全国名老中医陈镜合教授、孙建芝教授、刘玉洁教授等^[1-6])临床经验的基础上,对心病从肝论治的理论进行了研究,并用于指导临床实践,取得了较好的疗效,现总结如下。

作者单位: 510282 广州,南方医科大学中医药学院

作者简介: 梁东辉(1962-),女,本科,教授,主任医师,硕士生导师。广东省中医药学会内科专业委员会副主任委员,广东省中西医结合心脑血管病专业委员会副主任委员。研究方向:中西医结合防治心脑血管病。E-mail:927963885@qq.com

1 心病从肝论治的理论依据

1.1 肝和心经脉相连,为木火相生关系

《灵枢·经别》云:“足少阳之正……合于厥阴,别者入季胁之间,循胸里属胆,散之上肝,贯心……”。肝与心在五行的关系是“相生”的关系。《素问·阴阳应象大论篇》云:“东方生风,风生木,木生酸,酸生肝,肝生筋,筋生心,肝主目。”岐伯举五运五行,三才相合之理进行论述,张景岳解释“筋生心”,乃“木生火也”,间接说明了肝与心的相生关系。《素问·阴阳应象大论篇》云“南方生热,热生火,火生苦,苦生心,心生血,血生脾,心主舌”,而心在五行之中属于火,在体为脉,在脏为心。木生火者乃肝生心,而心生血、主血脉,肝木能通过生心火而生血脉。肝为风木之脏,为心之母,而心为五脏之君,为肝之子。木之舒展条达,升发宣散乃肝脏的生理特性,肝气舒畅条达,母壮子健,故心病则少发。

1.2 肝和心在气血调节方面关系密切

《素问·痿论》曰“心主身之血脉”,其“主”有主宰之意,阐明了心具有主管和推动血液在脉管内运行的功能。而心主血脉的功能正常与否,与肝的疏泄条达作用密切相关。朱丹溪在《格致余论·阳有余阴不足论》中首次明确提出“司疏泄者肝也”,阐述了肝主疏泄的功能关系到人体气血运行和气化的过程。肝疏泄功能正常,则气机调畅,血脉通利,脏腑器官得以滋养而活动正常、协调;若肝失疏泄,气机不调,血脉不畅,则诸脏腑濡养乏源。可见,肝既能储存有形之血,又能疏泄无形之气。因此肝被称为“气血调节之枢”,正如唐容川在《血证论·脏腑病机论》中所言“木之性主乎疏泄”,“肝属木,木气冲和调达,不致遏郁,则血脉通畅”。

1.3 肝和心在调节情志方面密切相关。

心主神志,为五脏六腑之大主,心藏神,乃精神活动的主宰;肝主疏泄,主升、主动,性喜条达而恶抑郁,藏血而舍魂。《灵枢·本神》认为“随神往来者,谓之魂”,《素问·八正神明论篇》言“血气者,人之神”,《灵枢·本神》亦云“肝藏血,

血舍魂”“心藏脉,脉舍神”。由于心肝之间在血脉方面的密切相关,因此在神志方面,心藏之“神”和肝藏之“魂”也息息相关。同时,心对精神意志的主宰也与肝密不可分,正如张景岳在《类经·脏象类》中云:“神藏于心,故心静则神清;魂随呼神,故神昏则魂荡。”因此“神”和“魂”之间相互依存,均赖之于血养,阴血充足,两者功能协调,才能精神饱满,情志舒畅。所以,尽管人的精神活动与五脏相关,但最重要的是与心和肝两脏关系密切。一般情况下,七情是属于人体的正常精神活动,不会引起疾病,但过激的情志刺激引起强烈或持久的情绪反应,就会造成人体脏腑、气血的紊乱,导致疾病发生。《灵枢·口问》所谓“悲哀愁忧则心动,心动则五脏六腑皆摇”。“七情内伤”首先伤及于心,但从临床实际情况来看,“七情内伤”首先伤肝而后及心者更为常见,明代王纶在《明医杂著》中云“肝气通则心气和,肝气滞则心气乏,治心病先求于肝,清其源也”,可见肝的疏泄功能在“七情活动”调节中占有非常重要的地位。

综上所述,肝和心在生理上相互联系,在病理上互相影响。肝气条达,则气血调畅而使心脉流通,心神怡和;若肝失条达,则气滞血瘀而使心脉闭阻,可引发胸痹心痛;若肝胆郁热或肝阳化火,邪热扰心,亦发心悸心痛;若肝血不足,血不养心则心虚胆怯,心中悸动不宁;若五志过极,痰火上扰,则心悸、胸痛、眩晕诸症旋即可见。所以,对一些心血管疾病采取心病治肝,或心肝同治的方法辨证治疗,是有理论依据的。

2 心病与精神心理问题的现代认识

随着医学模式的改变,人们认识到社会、心理因素对疾病的发生、发展有着重要作用,现代医学研究证明,精神因素对冠心病等心血管疾病的发生、发展有促进作用,同时也是心血管疾病急性发作的主要诱因。瑞典一项对年龄在 18~20 岁的年轻人群长达 37 年的纵向研究证明:焦虑是其后发生冠心病事件的独立因子,焦虑伴发冠心病和急性冠脉综合征(acute coronary syndromes, ACS)的风险比分别是 2.17 和 2.51^[7]。焦虑、易怒、抑郁、孤僻的 D 型人格等心理障碍因素增加了 ACS 发病风险^[8]。研究表明,精神应激导致的血流动力学反应增强是触发斑块破裂的重要原因,机体在精神应激状态下,交感、肾上腺髓质系统被激活,儿茶酚胺大量释放,可导致血流动力学反应瞬间增强,心肌收缩力增加、心率增快、血压升高、脉压增大、血流速度增快,使作用于斑块的剪切力和压力增加,诱发斑块破裂,从而促发 ACS^[9]。

中医认为:在精神因素的调节中,肝的疏泄功能占有主导地位。肝失疏泄,可出现抑郁、焦虑、烦躁易怒等一系列精神情志活动异常。现代研究已证实,当人的情绪长期处于不稳定状态,如精神紧张、焦虑、烦躁等均可导致大脑皮层兴奋、抑制平衡作用失常,交感神经活动增强,舒缩血管中枢传出缩血管的冲动占优势,冠状动脉及其他小动脉收缩,甚至痉挛,继而诱发和加重心绞痛。在有关中医病机与交感神经递质的相关性研究中,丁秀芳等^[10]通过复制肝郁动物模型发现:慢性应激激发了去甲肾上腺素能系统,使其释放儿茶

酚胺类神经递质—去甲肾上腺素(norepinephrine, NE),进而调控机体兴奋、紧张、焦虑等情绪反应。

肝主疏泄功能异常与情志失常,往往互为因果。临床常见众多心血管病患者,在经历急救、手术等打击,加上患病后的多种不适应,以及对疾病的恐惧,常常可导致心灵的创伤,产生焦虑、抑郁等心理问题,这是因情志异常而致肝失疏泄,称之为“因病致郁”。另外有部分患者则是源于“情绪问题”,由于长期精神压力大,心情长时间的烦闷,可导致植物性神经功能紊乱,加剧和诱发心血管疾病的发生、发展,这是肝失疏泄而情志异常,称之为“因郁致病”。有研究资料显示:心血管患者伴发抑郁和焦虑率高,中国冠心病患者抑郁和焦虑发病率分别为 42.5%~78.9% 和 7.1%~65.6%,且女性发病率高于男性^[11];精神心理因素是促进心血管病发生、发展的危险因素,这两类疾病相互影响,共同导致疾病的恶化^[11]。

3 心病从肝论治的临床实践

心病虽然病位在心,但五脏相关,尤其与肝关系密切。笔者根据中医理论,参照现代医学的认识,并结合名老中医的经验,以及自己的临床实践体会,发现心病的治疗,除了遵循辨证论治的基本原则,采用目前临床比较通用的模式—辨病与辨证相结合的诊疗模式之外,还有一定的规律可循,即心病可从肝论治,或心肝同治。

3.1 胸痹心痛(冠心病、心绞痛)

冠心病是本虚标实,虚实夹杂之证。病位虽在心,但涉及肝脾肾等脏,无论是以虚证表现为主,还是以实证表现为主,其病机均与脏腑气机失调有关,从肝论治胸痹心痛,多用疏肝和柔肝之法,具体治则有四种:(1)疏肝解郁、行气活血:适用于肝郁气滞,心脉不畅者,患者往往由情志因素诱发或加重,症见胸闷胸痛,情志抑郁,善太息以呼出为快,或嗳气频繁,纳少眠差,或心烦急躁易怒,舌苔薄白,脉弦。常选柴胡疏肝散或血府逐瘀汤加减。(2)疏肝理气、化痰散结:适用于肝气郁滞,木能侮土,脾失健运,痰饮内生,痰湿内阻。症见心胸室闷如物压,气短喘促,肢重腕痞,痰多口黏,舌苔白腻,脉象滑数,方用温胆汤合栝楼薤白半夏汤加减。若肝郁化火,胸闷灼热胸痛,或心中烦热,急躁易怒,口干口苦,失眠,头晕目眩,小便短赤,舌红苔黄,脉弦细数,则用黄连温胆汤合小陷胸汤加减。(3)柔肝养心、养阴解痉:适用于心肝阴血不足、心脉阻滞者。症见劳累及情绪激动后心悸,胸痛胸闷,心烦急躁易怒,头晕目眩,手足心热,两目干涩,或口干咽干,舌质红,苔薄白,脉细数,常选生脉散合一贯煎加减。(4)暖肝养心、益气通脉:肝经虚寒、心脉痹阻证,临床以心胸疼痛剧烈,心痛彻背或连及两胁,劳累后或遇冷易诱发,畏寒、肢冷,神疲乏力,胆怯易惊,面色苍白,唇黯,舌淡黯苔薄白,脉沉迟或弦紧为主候。可兼见心悸气短,自汗乏力,梦多眠差,纳呆脘闷、胸胁胀满、面色苍白,方用暖肝煎合当归四逆汤加减。

临床各证型之间常相互兼夹,用药应视疾病的变化随时

调整,有所侧重。从肝论治亦需兼顾他脏,临床用药多考虑心肝、肝脾、肝肾同治,不可拘泥。

3.2 心悸(心律失常)

引起心悸的病因很多,病机各异,临床所见的心律失常(主要指快速型心律失常和各种早搏)的病因病机大多与肝气郁结、心虚胆怯有关,每因精神紧张、情志刺激或劳累过度而诱发。因肝失疏泄,气机失调所致者很常见。肝失疏泄可变生痰、火、瘀、虚等多种病理状态而致心悸不宁,故临证当心肝同治,常以疏肝解郁、调理气血为主,兼治痰、火、虚、瘀。常用的治法有疏肝理气、清肝泻火、养血柔肝、活血化瘀等,具体治则和方证有:(1)疏肝理气、安神止悸:适用于肝失疏泄,心气郁滞,心神失养之证。症见心悸,胸胁满闷、善太息、佛郁惆怅,食少,纳呆,寐差,大便不通畅,多因情志刺激而发作或加重,舌质暗红,苔薄白,脉弦或结代,方用柴胡疏肝散加减,可加用丹参、郁金、合欢皮、合欢花等。(2)清肝泻火、豁痰宁心:适用于肝郁化火,灼津炼液为痰,痰火扰心之证,症见心悸胸闷,烦躁惊恐,失眠多梦,或时有头晕头痛,口干口苦,舌红苔黄腻,脉弦数或滑数,方用柴胡加龙骨牡蛎汤或黄连温胆汤加减(清·汪昂《医方集解》中“治痰者必先降其火,治火者必先顺其气”的原则)。(3)疏肝健脾、养血定悸:适用于肝郁脾虚、心血不足,心脉失养之证,症见心悸久而不愈,头晕健忘,神疲纳呆,寐差易醒,双眼干涩,肢体麻木,面色不华,爪甲不荣,舌淡,脉细等,常以归脾汤合生脉散加减。(4)疏肝活血、养心安神:适用于肝血瘀滞,心脉痹阻之证。症见心悸,伴胸痛胸闷,痛如针刺,气短,舌质黯或有瘀斑,脉结代,常以血府逐瘀汤、桃红四物汤化裁治疗。(5)滋阴养血,益气复脉:适用于气阴两虚,心脉失养之证。症见心中悸动,虚羸少气,烦热口干,或自汗盗汗,舌淡红少津或舌光少苔,脉结代者,常用炙甘草汤加减。临证常见患者兼有脾虚肝郁者,可酌加疏肝解郁、理气宽胸醒脾之品,如木香、川芎、郁金等。

3.3 慢性心力衰竭

慢性心力衰竭(简称:心衰)是多种心血管疾病的终末阶段,是一种进展性的临床综合征。以心悸、气喘、水肿为主要特征。证属本虚标实,气血阴阳亏虚是本,瘀血、痰饮、水饮和气滞为标。临床常见证型有气虚血瘀、气阴两虚、阳虚水泛、痰饮阻肺、心脉瘀阻。治疗本病多从气虚或阳虚兼瘀血、水湿立论,以温阳、益气、活血、利水为基本治疗大法,病证结合、衷中参西、补虚泻实、标本兼治、知常达变,方可取得满意的临床疗效。常用方剂有真武汤、四逆汤、麻黄附子细辛汤、苓桂术甘汤、葶苈大枣泻肺汤、生脉散、血府逐瘀汤等。

临床所见心衰患者多伴有肝血瘀之象,除了与原发病的病情发展有关之外,不少患者还因长期患病,存有不愉快、负面的情绪,如焦虑、忧郁等有关,此乃心衰导致肝气郁结、气滞血瘀的“因病致郁”现象,对这类患者可在辨证选方治

疗的基础上,配合疏肝解郁、活血利水之药物,如加入柴胡、郁金、川芎、香加皮、大腹皮等,对改善心衰症状,提高生活质量,延缓心衰的进程有较好的作用。

4 结语

心病从肝论治,是基于五脏相关、七情致病的机理内涵探析和研究所提出的。临床上在辨证论治各类心病的同时,应重视配伍疏肝理气中药的运用,往往能获得更好的效果。笔者还将“心病从肝论治”的原则拓展应用,提出“心身同治”疗法,即在给予患者躯体药物治疗的同时,重视其精神心理的治疗,为中西医结合防治心血管病提供了一种新的思路^[13],值得推广应用。

参 考 文 献

- [1] 张秋华,张琪.张琪教授从肝论治心悸经验[J].吉林中医药,2012,32(12):1206-1207.
- [2] 李剑颖.国医大师路志正治疗胸痹临床路径探讨[J].四川中医,2012,30(2):6-7.
- [3] 杨利.任继学从他脏治心经验采菁[J].中国医药学报,2003,18(1):38-39.
- [4] 朱明军,王振涛.孙建芝教授从肝论治冠心病经验[J].河南中医,2003,23(1):20-21.
- [5] 叶志中.陈镜合教授论治冠心病的临证思路[J].中国中医急症,2005,14(7):660-661.
- [6] 李凤娥,王清贤.刘玉洁运用经方从肝论治心悸验案4则[J].河北中医,2013,35(2):168-169.
- [7] Janszky I, Ahnve S, Lundberg I, et al. Hemmingsson. Early-onset depression, anxiety, and risk of subsequent coronary heart disease: 37-year follow-up of 49,321 young Swedish men[J]. J Am Coll Cardiol, 2010, 56(1):31-37.
- [8] De Fazio P, Caroleo M, Rizza P, et al. Specific personality traits and coping styles predict affective symptoms in early post acute coronary syndrome inpatients[J]. Int J Psychiatry Med, 2012, 44(2):119-132.
- [9] Kaplan JR. Origins and health consequences of stress-induced ovarian dysfunction[J]. Interdiscip Top Gerontol, 2008, (36):162-185.
- [10] 丁秀芳,陶杨,陈磊,等.逍遥散对慢性应激大鼠 LC/NE 系统的干预效应[J].医药导报,2013,32(11):1428-1431.
- [11] 胡大一,丁荣晶.关注心血管疾病患者精神心理卫生的建议[J].中华心血管病杂志,2012,40(2):89-91.
- [12] 李卫晖.精神应激与冠心病的发病机制[J].中国心理卫生杂志,2004,18(2):135-137.
- [13] 梁东辉,刘永源.心脑血管病“心身同治”疗法的临床应用[J].中西医结合心脑血管病杂志,2015,3(13):11-12.

(收稿日期:2015-03-12)

(本文编辑:董历华)