

- [19] 张天清, 时晶, 李婷, 等. 帕金森病合并功能性便秘的中医证候特征 [J]. 中医杂志, 2019, 60 (6): 518-521.
- [20] 涂金燕, 罗恩丽. 帕金森病便秘的中医辨治思路 [J]. 中华中医药杂志, 2021, 36 (2): 857-859.
- [21] 王利, 张建英, 徐鹏恒, 等. 分期治疗帕金森病便秘 [J]. 中医杂志, 2021, 62 (5): 451-454.
- [22] 霍青, 柳琳, 李强, 等. 水木和宁方对帕金森病非运动障碍干预作用的研究 [J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27 (3): 249-252.
- [23] 陈敏, 王伟晟, 张晓菁. 益气健脾汤联合针刺治疗气虚型帕金森病人便秘的临床疗效 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16 (2): 143-146.
- [24] 唐桂华, 朱祝生, 黄高, 等. 从肺论治帕金森病便秘初探 [J]. 中医临床研究, 2021, 13 (35): 77-80.
- [25] 王福民, 孙思涵, 银子涵, 等. 穴位贴敷治疗功能性便秘的选穴用药规律挖掘 [J]. 中国针灸, 2021, 41 (10): 1166-1170.
- [26] 曹亮, 韩娟, 金淳民, 等. 四磨汤加减联合生大黄粉穴位贴敷对功能性便秘的疗效分析 [J]. 中华中医药学刊, 2019, 37 (10): 2551-2553.
- [27] 孟肖蒙, 刘晓亭. 中药贴敷双侧“天枢”穴对功能性便秘大鼠结肠肌间神经丛血管活性肠肽、P 物质的影响 [J]. 针刺研究, 2019, 44 (12): 906-910.
- [28] 刘薇, 刘仍海, 贾山, 等. 沉香通便膏穴位贴敷治疗结肠慢传输型便秘的临床研究 [J]. 中华中医药杂志, 2022, 37 (12): 7495-7497.
- [29] 何元琴, 刘家峰, 刘浩鑫. 针刺治疗慢传输型便秘作用机制的研究进展 [J]. 针刺研究, 2023, 48 (4): 411-414.
- [30] 王路, 许明敏, 曹炜, 等. 针刺调节肠动力的机制研究进展 [J]. 中华中医药杂志, 2020, 35 (10): 5105-5107.
- [31] 张浩, 车文文, 张静莎, 等. 针刺治疗便秘腧穴配伍规律文献研究 [J]. 中医杂志, 2019, 60 (19): 1692-1696.
- [32] 黄玺, 沈阳, 李小寒, 等. 电针与促胃动力药治疗功能性便秘的系统评价 [J]. 针刺研究, 2020, 45 (7): 592-598.
- [33] 蒋晶红. 穴位注射联合腹部按摩治疗慢性功能性便秘疗效观察 [J]. 护理研究, 2018, 32 (22): 3646-3648.

[文章编号] 1007-0893(2024)13-0060-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.13.018

姚沛雨基于“虚劳干血”辨治慢性心力衰竭

樊艳艳 马永明 高言歌

(开封市中医院, 河南 开封 475000)

[摘要] 慢性心力衰竭是心系难治性疾病, 姚沛雨教授临证 40 余年, 在治疗心血管疾病方面经验丰富, 从中医经典理论“虚劳干血”探讨慢性心力衰竭中医诊疗模式, 总结本病为虚实夹杂, 以虚为本, 以实为标, 病性为“虚”“瘀”“热”, 病机为“干血形成”, 治疗上以“缓中补虚”为准则, 以“润络和血、虫动其瘀、清热防变”为治则, 以期提高患者的生活质量。本文附验案一则。

[关键词] 慢性心力衰竭; 虚劳干血; 辨治思路

[中图分类号] R 249 **[文献标识码]** B

Discussion on Syndrome Differentiation and Treatment of Chronic Heart Failure Based on the Theory of “Xulao Ganxue”

FAN Yanyan, MA Yongming, GAO Yan'ge

(Kaifeng Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Kaifeng 475000)

[Abstract] Chronic heart failure is a difficult disease of the heart system. Professor Yao Peiyu, who has been in the clinic for more

[收稿日期] 2024 - 05 - 18

[基金项目] 河南省第二批中医药青苗人才 (豫卫中医函 [2021] 16 号)

[作者简介] 樊艳艳, 女, 主治医师, 主要研究方向是中医内科学。

than 40 years, has rich experience in the treatment of cardiovascular diseases. She discusses the traditional Chinese medical (TCM) diagnosis and treatment mode of chronic heart failure from the classical theory of TCM "vacuity and exhaustion and dry blood", and concludes that the disease is mixed with deficiency and excess, with vacuity as the basis and reality as the standard, the disease is "deficiency", "stasis" and "heat", and the pathogenesis is "dry blood formation". In order to improve the quality of life of patients, the treatment should be based on the principle of "moderate tonifying deficiency" and "moistening collaterals and blood, worms moving their stasis, clearing heat and preventing degeneration". A case is attached to this paper.

[Keywords] Chronic heart failure; Vacuity and exhaustion and dry blood; Thinking of differentiation and treatment

慢性心力衰竭是因心脏结构和 / 或功能异常, 引起心室收缩和 (或) 充盈障碍, 出现以胸闷喘憋、不同程度呼吸困难、肢体水肿等为主要症状的一种临床综合征。目前治疗方法包括: 钠-葡萄糖协同转运蛋白 2 (sodium-dependent glucose transporters 2, SGLT-2) 抑制剂、血管紧张素转化酶抑制剂 (angiotensin converting enzyme inhibitors, ACEI) / 血管紧张素 II 受体拮抗剂 (angiotensin receptor blocker, ARB)、β 受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂、血管紧张素-脑啡肽酶抑制剂 (angiotensin receptor-neprilysin inhibitors, ARNI)、血液超滤、埋藏式心脏复律除颤器 (implantable cardioverter defibrillator, ICD)、心脏再同步化治疗 (cardiac resynchronization therapy, CRT) 等^[1-2], 可明显改善患者预后, 但易复发。根据临床证候特征, 该病属于中医“胸痹”“心水”的范畴, 姚沛雨教授总结慢性心力衰竭病机为“虚”“瘀”“水”^[3], 治疗采用益气活血利水法, 临床疗效显著。姚沛雨教授从事临床 30 余年, 经验丰富, 从《金匱要略》中医经典理论探求慢性心力衰竭的核心病机为“虚劳干血”。现总结如下。

1 理论溯源

“虚劳干血”首次出现在《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治第六》:“五劳虚极羸瘦, 腹满不能饮食, 食伤、忧伤、饮伤、房室伤、饥伤、劳伤、经路营卫气伤, 内有干血, 肌肤甲错, 两目黯黑。缓中补虚, 大黄蛰虫丸主之。”^[4]由经文可见, “虚劳干血”的病因是五劳虚损、七伤, 最终发展为虚劳, 日久戕伤气血, 营卫之气、经路之血伤, 血行不畅而为瘀^[5-6]; 瘀血停滞又妨碍新血化生而增添血亏, 更受体内气火煎熬导致津液再度枯耗发为干血。姚沛雨教授指出, “虚劳干血”的病因: 或调养失宜, 或纵欲过度, 气血亏虚而生瘀, 其瘀多在经络; 或因瘀久浸成虚劳者, 或跌扑损伤, 或力小任重, 或素有吐血证, 服药失宜, 日久发为虚劳, 其瘀多在脏腑; 总之机体受多种伤害因素作用, 导致虚损, 再受外感六淫、七情内伤的影响发为“虚极”, 从而有“液干”和“血瘀”两方面的病理变化, 此种“瘀且干”的病证被称作“干血”。姚沛雨教授总结“虚劳干血”的病性为“虚”“瘀”“热”, 认为其临床表现除了“肌肤甲错”“两目黯黑”, 还有胸

闷痛、腹痛、腹满不能饮食、带下、经水不利、经闭等症状。

2 从“虚劳干血”来阐述慢性心力衰竭的致病特点

2.1 病性为“虚”“瘀”“热”

姚沛雨教授指出, 慢性心力衰竭者常有多基础病, “久病多虚”“邪之所凑, 其气必虚”, 疾病日久耗伤人体正气, 发为虚劳^[7], 故慢性心力衰竭者以“虚”为本; 而无论是气阴两虚、气血阴阳俱虚、心阳不足, 均可形成“因虚致瘀”“瘀阻生变”的病理机制, 如气虚运血无力, 阴血无水行血, 血行艰涩, 而成因虚致瘀、久虚入络之“瘀”的证候; 瘀血阻滞气机, 气不行津, 津液不能正常敷布, 则停留为痰、饮、水、湿, 而痰饮、水湿在形成过程中以水津为“原料”, 消耗体内的阴液; 而痰湿郁而化热, “壮火食气”, 痰热暗耗气阴, 发为“热”象。《医学入门》曰:“厥心痛, 因内外邪犯心之包络, 或他脏犯心之支络”, 姚沛雨教授总结慢性心力衰竭的病位在心及络脉, 可影响五脏, 主要涉及脾、肺、肾。

《素问·痿论》:“心主身之血脉”, 慢性心力衰竭既包含心主血的功能受损, 又包含心主脉的功能受阻; 心气心阳虚弱, 不能鼓动血液离心于脉, 则脉道失充不能濡养四肢百骸。络脉是经脉发出的、逐层细分形成的三维立体网络, 包括现代医学中的中小血管、微血管 (微循环)^[8]。“营行脉中, 卫行脉外”, 以津血同源来论络脉, 津行脉外, 血行脉中, 津液进入脉中组成血液, 血液渗出脉外则成为津液, 故络脉功能正常, 气血津液可正常运行; 若络脉功能异常则产生“病络”, 内生瘀血阻于络脉, 反而影响气血津液运行产生痰浊、水饮; 痰浊、水饮、瘀血阻滞气机而化生内热, 消烁津血, 内生“干血”。

姚沛雨教授总结慢性心力衰竭为虚中夹实, 以虚为本, 以实为标, 标包括瘀血、痰浊、水饮等^[9], 其病性为“虚”“瘀”“热”, “虚劳干血”为本病发作的关键。

2.2 病机为“干血形成”

《金匱要略·胸痹心痛短气脉证并治第九》提到胸痹心痛病最经典的病机为“阳微阴弦”。“夫脉当取之太过不及, 阳微阴弦, 即胸痹而痛, 所以然者, 责其极虚也。今阳虚知在上焦, 所以胸痹心痛者, 以其阴弦故也”。历代医家对于“阳微阴弦”各有不同的发挥, 但却一致认可瘀血阻于心络是胸痹心痛病的病机^[10-11]。“干

血”乃气血津液代谢的病理性产物，肺脾肾乃全身“津液”之枢；肺气宣肃、脾气转输、肾气蒸腾；心肝脾乃全身“气血”之枢，心主血，脾统血，肝藏血。而瘀血又妨碍新血化生而增添血亏，更受体内气火煎熬导致津液再度枯耗发为干血。姚沛雨教授指出，“干血”与“瘀血”不同，干血不仅仅有瘀血的“血停”，又见津血干枯。“凡有所瘀莫不壅塞气道，阻滞生机，久则变为骨蒸、干血、癆瘵”。“干血”是造成慢性心力衰竭的主要原因，无论是气阴两虚、气血阴阳俱虚，还是痰热互结、瘀血内阻，均可形成“因虚致瘀”及“因实致瘀”的病理机制，日久，阴液被火热煎熬，则瘀血化为干血，深伏于心络及心包络之间，发为慢性心力衰竭。姚沛雨教授总结慢性心力衰竭，病机为干血内结，不但有瘀血的干燥凝结，尚有阴液的耗伤。

而现代医学的各种证据均证实血瘀证为慢性心力衰竭的基本证型^[9,12-14]，并存在于慢性心力衰竭病程始终，活血化瘀法治疗慢性心力衰竭是常用方法^[15]。其作用机制可能为：抗神经-体液调节机制失衡、调节相关体液因子水平、抑制心肌肥大及纤维化及凋亡信号的表达、改善心肌细胞代谢等。

3 基于“虚劳干血”理论辨治慢性心力衰竭

姚沛雨教授基于“虚劳干血”理论辨治慢性心力衰竭，根据其“虚”“瘀”“热”特点，采取“辨病”与“辨证”相结合的原则，治疗上以“缓中补虚”为治疗总则，以期“于迟缓中图补虚”。此时只能缓攻，不可骤破，易犯“虚虚之诫”，辨证分型及治疗原则如下。

3.1 气阴两虚证——润络活血

气阴两虚证多表现有心悸、盗汗、乏力、口干、两颧发红、舌红少苔、脉细数无力等，本证型为慢性心力衰竭常见证型，因心力衰竭患者需长期服用利尿剂伤阴，且久病亦会阳损及阴。姚沛雨教授认为需滋补气阴并活血化瘀，常选用一贯煎或参芪地黄汤加减，滋补气阴之品选用生地黄、黄精、玉竹、石斛、麦冬、玄参等，活血化瘀之品多选用桃仁、杏仁润血除瘀，又可顾护津血，护人体正气，可使化瘀而不伤津血，亦可减缓祛瘀峻性。此时水蛭、虻虫、虻虫、蛭蟥等虫类药物不可入汤剂，否则峻下通利非但没有活血化瘀，反而伤人体正气。

3.2 瘀血内阻证——虫动其瘀

瘀血内阻证多表现有胸闷胸痛，以刺痛为主，心悸怔忡，口唇紫绀，舌质暗红或有瘀斑，舌下脉络青紫，脉结或代或涩。姚沛雨教授在治疗瘀血内阻证时，善用血府逐瘀汤，方药上常选丹参、红花、桃仁、三棱、莪术、蒲黄、五灵脂等来治疗；甚者加全蝎、蜈蚣、土鳖虫等血肉有情之品以增加活血通络止痛；如伴水饮内盛者需

加行气之品，如木香、香附、大腹皮等，使气行则水行，水行则血利。

3.3 痰热互结证——化痰兼清热防变

痰热互结证多表现有胸闷、心悸、痰多黄黏、头晕、胸脘痞闷，舌暗红，苔黄腻，脉弦滑或滑数。《冯氏锦囊秘录》云：“瘀之日久……愈干愈热，愈热愈干”。本证型为慢性心力衰竭常见证型，因进食高粱厚味伤脾胃，导致痰热内生。姚沛雨教授在治疗痰瘀互结证时，善用小陷胸汤合黄连温胆汤，方药上常选黄连、瓜蒌、半夏、竹茹、茯苓、白术，加莲子心、通草清心热；兼肝气郁滞，加柴胡、黄芩清肝热；兼下寒上热证：腰膝酸软、腰以下水肿及怕冷、口渴口苦、咽干、反复口腔溃疡为表现等，可酌加黄芩、栀子、淡竹叶等轻清宣散除热之品，或者用交泰丸（黄连 10 g，肉桂 2 g）以引火归元。

而在终末期心力衰竭阶段，姚沛雨教授认为往往是气血阴阳俱虚，病位不仅仅在心，还涉及其它四脏，治疗上常选用炙甘草汤滋阴养血、补气温阳、宁心复脉。在温阳方面，可应用桂枝、肉桂、干姜等通阳之品，亦可温阳化气利水，使小便通利；在滋阴方面，可用麦冬、生地黄、沙参等，以“阴中求阳”；对于标实的痰饮、水湿、瘀血，在活血化瘀的基础上，可用行气之品如陈皮、大腹皮、延胡索、木香等以行气化痰、行气利水。

顽固性心力衰竭患者，指南推荐采用大量利尿剂，此种治疗可较快的排出循环中负荷体液，迅速缓解喘憋、水肿等肺瘀血症状，避免激活神经内分泌机制，但治疗后患者均有不同程度的口渴渴、欲饮水、乏力、舌红无苔等气阴两伤的症状，甚至可出现阴阳两虚，此时用参芪麦冬汤或一贯煎或沙参麦冬汤以滋润气津可明显改善上述症状；对于阴阳两虚者，姚沛雨教授采用益气温阳、活血利水法（参附注射液、参麦注射液、益气温阳利水方等）^[16-18]，往往取得佳效。

4 临床医案

胡某，男，69岁。以“反复喘憋、双下肢水肿3年，加重1周”为主诉于2022年4月10日就诊。既往诊断为急性下壁心肌梗死，未能行冠状动脉支架手术及搭桥手术。入院症见：喘憋心悸，不能平卧，咳嗽咯白稀痰，夜间阵发性呼吸困难，双下肢凹陷性水肿，纳眠差，小便量少（24h尿量1000mL）。舌暗红，舌体胖大，边有齿痕，舌苔白腻，脉弦滑。辅助检查：心脏彩色多普勒超声：左心增大（41mm），左室舒张功能减低，左室射血分数45%，血清氨基末端脑钠肽前体（N terminal pro B type natriuretic peptide, NT-Pro BNP）3660 pg·mL⁻¹。西医诊断：慢性心力衰竭，心功能IV级；中医诊断：心

水病，痰湿内盛兼瘀证。西医给予阿司匹林抗血小板聚集，阿托伐他汀钙片降血脂，硝酸异山梨酯扩张冠状动脉，美托洛尔降压，呋塞米注射液及托拉塞注射液利尿。中医给予温补脾肾、化饮利水为法，处方：紫苏子 10 g，白芥子 10 g，莱菔子 10 g，桂枝 30 g，车前子 30 g，桃仁 10 g，杏仁 10 g，黑顺片 30 g（先煎），干姜 10 g，山萸肉 30 g，党参 30 g，煅龙牡各 30 g（先煎）。6 剂，浓煎 100 mL，分早晚温服。

二诊（2022 年 4 月 16 日）：患者诉喘憋心悸症状明显好转，可平卧，未再发夜间呼吸困难，双下肢水肿减轻，但乏力及口干舌燥加重，纳眠可，二便调。舌瘦，色暗红，有片状瘀斑，舌下脉络迂曲，少苔，脉弦细。复查 NT-Pro BNP 1380 pg · mL⁻¹。治疗以益气养阴、活血化瘀为法，处方：生黄芪 15 g，党参 30 g，麦冬 30 g，北沙参 30 g，生地黄 15 g，山萸肉 30 g，天花粉 30 g，葛根 30 g，延胡索 15 g，鸡血藤 30 g，茯苓 30 g，丹参 30 g，蒲黄 10 g，五灵脂 15 g。14 剂，服法同前。经治疗 2 周后，患者气阴两虚症状明显缓解，后随访续方。

按：本例患者为慢性心力衰竭，刚入院时心力衰竭以水饮内停为主，当以温补脾肾、化饮利水为法，予葶苈大枣泻肺汤合真武汤加减。在应用大量利尿剂之后由于体液排除，出现乏力、口干舌燥、舌红少津、舌体脉络迂曲等气阴两虚兼瘀表现，此时水停症状缓解，“虚劳”“干血”症状明显，故用一贯煎合参芪地黄汤加减益气养阴，用失笑散来缓消干血，同时加用行气养血之品，共奏益气养阴、行气活血、缓消干血的功效，气血互生，疾病向愈。

[参考文献]

- [1] 李莹莹, 王华. 《2022 年 AHA/ACC/HFSA 心力衰竭管理指南》解读: 从新指南看治疗进展 [J]. 中国心血管杂志, 2022, 27 (5): 417-421.
- [2] 王华, 柴珂, 杨杰孚. 2021 年心力衰竭诊治进展 [J]. 中国心血管病研究, 2021, 19 (12): 1067-1071.

- [3] 陈可冀, 吴宗贵, 朱明军, 等. 慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识 [J]. 心脑血管病防治, 2016, 16 (5): 340-347.
- [4] 桑红灵, 戴天木. 《金匱要略》干血病的病机浅析 [J]. 中华中医药杂志, 2021, 36 (6): 3673-3675.
- [5] 蔡君洁, 梁静涛, 张勇, 等. 从“虚劳干血”探讨大黄虫丸治疗脑小血管病相关认知功能障碍 [J]. 陕西中医, 2022, 43 (6): 759-762.
- [6] 何明, 王权胜, 王东珊, 等. 从“虚劳干血”论治精索静脉曲张性不育症 [J]. 中医学报, 2020, 35 (9): 1842-1845.
- [7] 叶华伟, 叶靖, 陈晓军. 中医药治疗慢性心力衰竭的研究进展 [J]. 中外医学研究, 2020, 18 (4): 183-185.
- [8] 王显, 王永炎. 对“络脉、病络与络病”的思考与求证 [J]. 北京中医药大学学报, 2015, 38 (9): 581-586.
- [9] 王显. 胸痹心痛络风内动证诊断专家共识 [J]. 中医杂志, 2014, 55 (17): 1528-1530.
- [10] 李志君, 毛静远, 赵志强. 冠心病痰瘀并治研究概述 [J]. 中华中医药杂志, 2013, 28 (3): 754-757.
- [11] 王越. 邹勇教授辨机论治冠心病心绞痛经验 [J]. 环球中医药, 2020, 13 (2): 242-244.
- [12] 闫玲玲. 慢性心力衰竭中医证候及证候要素分布规律十年文献分析 [D]. 郑州: 河南中医药大学, 2016.
- [13] 王蕊. 探讨慢性心力衰竭患者中医证候要素分布特征 [J]. 中国农村卫生, 2018, 11 (22): 83.
- [14] 罗良涛, 赵慧辉, 王娟, 等. 中医医院冠心病慢性心力衰竭患者中医证候要素分布特点分析 [J]. 北京中医药大学学报, 2014, 37 (2): 130-134.
- [15] 高风, 马晓昌. 活血化瘀法治疗慢性心力衰竭的研究进展 [J]. 中华中医药杂志, 2019, 34 (4): 1602-1604.
- [16] 邢潇萌. 益气活血利水方治疗慢性心力衰竭的临床研究 [J]. 内蒙古中医药, 2017, 36 (16): 12.
- [17] 郑源, 陈可冀, 马晓昌, 等. 中药联合超滤治疗慢性心力衰竭的探究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40 (1): 99-101.
- [18] 董妍, 马晓昌, 高铸焯. 中医药干预利尿剂抵抗心力衰竭病人的系统评价 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12 (2): 155-157.