

十枣汤治疗急性心力衰竭理论探讨

周琦 刘红旭 张振民 尚菊菊

(首都医科大学附属北京中医医院心血管科, 北京 100010)

【摘要】急性心力衰竭的发病与水饮代谢紊乱密切相关, 病理性的水饮是急性心力衰竭发作的关键, 与十枣汤主治之悬饮有共同的病机, 十枣汤是传统经方中的峻下逐水的经典方药, 本文通过探讨心力衰竭的中医病因病机, 分析十枣汤来源、方义、病位、煎服法及应用体会, 并结合临床经治的有效验案, 认为十枣汤加减治疗急性心力衰竭临床有效, 值得临床借鉴。

【关键词】急性心力衰竭; 十枣汤; 峻下逐水

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2022.06.017

急性心力衰竭 (acute heart failure, AHF), 是指心力衰竭症状和体征迅速出现或恶化需要紧急医疗处置和住院治疗的、危及生命的情况, 包括新发的心力衰竭和慢性心力衰竭急性加重。《中国心血管病报告 2018》^[1] 报告, 中国心力衰竭患者已经达到 450 万人, 且患病率呈逐年升高。AHF 通常发病急剧, 突然出现严重的喘息急促、端坐呼吸、烦躁不安, 频繁咳嗽, 严重时咳吐粉红色泡沫痰, 伴有较强的恐惧及濒死感。如不尽快改善患者的症状, 减低患者心脏负荷, 将严重影响 AHF 患者的生活质量及生命安全。西医常规治疗以利尿减轻容量负荷为主要手段, 起效迅速但存在长时间使用利尿剂后的抵抗、电解质紊乱、拟交感活性、肾毒性等诸多不良反应。笔者临床尝试以十枣汤治疗 AHF 患者, 实证之下效果斐然, 现分享如下。

1 心力衰竭的中医病因病机

根据心力衰竭的症状和病因, 中医学常将其归属于“心水”“心胀”“水肿”“痰饮”“喘证”范畴。《慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识》^[2] 将心力衰竭的基本病机总结为“虚”“瘀”“水”。本中心曾对 96 例充血性心力衰竭患者进行证候学临床调查, 发现水饮是主要的致病因素, 尤其在虚实夹杂的证候亚组中, 与水饮相关的阳虚水泛、肾虚水停、脾虚湿阻三类证候占比达到了所在亚组的 66%^[3]。武跃华^[4] 指出心功能发生

急性加重, 多是在感寒、劳累等损耗阳气的诱因作用下, 水饮生成急剧增多, 阴阳弱平衡状态被打破, 水饮泛滥, 充斥内外, 波及五脏, 损及六腑而发生, 由此可见心力衰竭以阳虚为本, 以“水”为标, 急则当治其标。

2 十枣汤临床应用

2.1 十枣汤来源与方义

十枣汤是传统经方中峻下逐水的经典方药, 《伤寒论·辨太阳病脉证并治篇》中云: “其人桡桡汗出, 发作有时, 头痛, 心下痞硬满, 引胁下痛, 干呕短气, 汗出不恶寒者……十枣汤主之。”《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》中记载: “病悬饮者, 十枣汤主之”, 指出了十枣汤主治范围为“饮后水流在胁下”悬饮之证。方以峻下之大戟、芫花、甘遂三味合以大枣组成, 用于清除水饮潴积胸胁之证。清·陈古愚论及十枣汤, 曾言: “三味皆辛苦寒毒之品, 直决水邪大伤元气, 柯韵伯谓参术所不能君, 甘草又与之相反, 故选十枣以为君, 一以顾其脾胃, 一以缓其峻毒。”^[5] 近代刘渡舟教授对于十枣汤也有类似描述, 认为大枣为方中核心不可替代, 方用人参、黄芪代替大枣实为不可, 因为大戟、芫花、甘遂三味为猛将, 人参、黄芪为补气之药, 若合用会造成补而不能补、泻而不能泻的结果。甘草又犯十八反之忌, 大枣为脾胃之果, 补气补津且有缓性,

基金项目:第五批全国中医临床优秀人才项目

作者简介:周琦, 男, 40 岁, 硕士, 副主任医师。研究方向: 心血管疾病急危重症的中西医结合诊疗。

通信作者:尚菊菊, E-mail: shangjuju@bjzhongyi.com

引用格式:周琦, 刘红旭, 张振民, 等. 十枣汤治疗急性心力衰竭理论探讨[J]. 北京中医药, 2022, 41(6): 645-647.

与三药同用缓其峻烈且不失药效^[6]。

2.2 十枣汤适应症

《伤寒论》中指出十枣汤应用于表证已罢同时内有水饮之证,结合《金匱要略》,十枣汤可主治水饮停蓄于上焦心肺胸胁之证。近代临床研究发现,将十枣汤应用于顽固性胸腔积液^[7]、腹水^[8],疗效显著且安全性较高。

众多医家也逐渐尝试将十枣汤应用在 AHF 临床治疗中,刘淑荣等^[9]以十枣汤中三药研成粉末,用醋调制成膏状,贴敷于神阙穴位,治疗心力衰竭利尿剂抵抗,从患者依从性、临床疗效、安全性三方面评估,均提示可为心力衰竭患者利尿剂抵抗的理想辅助药物。

2.3 十枣汤之病位判断

使用十枣汤,应该从辨证出发,所治病位在上,主要可应用于水饮泛滥心胸为主者,王晋三有云:“攻饮汤剂,每以大枣缓甘遂、大戟之性者,欲其循行经髓,不欲其竟走肠胃也,故不明其方而名法,曰十枣汤。芫花之辛,轻清入肺,直从至高之分去菟陈莖,以甘遂、大戟之苦,佐大枣甘而泄者缓攻之,则从心及胁之饮,皆从二便出矣。”陈亦人教授在《伤寒论译释》^[5]亦指出“芫花之辛,轻清入肺,直从至高之分去菟陈莖”是因为胸胁之水病位偏高,自然当以芫花为主药。而仲景《伤寒论》原文中“头痛,心下痞硬满,引胁下痛,干呕短气”无不提示病位在上,此外, AHF 患者还可以有头汗不止、息高气促等症状,也可辅助佐证其病位在上。水饮所在病位不同将直接影响临床用药的选择。至于临床中病程日久慢性心力衰竭急性加重,水热互结从而痞满至少腹,则可不用甘遂与芫花、大戟、大枣相配,或可变为大陷胸汤用甘遂和硝黄配伍,将治疗重点由上转下;如日久水饮深入膈间心下,患者出现面色黧黑、喘满不宁,则可改用消融膈间水饮之本防己汤,以防己为主消解膈间水饮治疗,不可尽用十枣汤,务求切中病位、方证相合。

2.4 十枣汤之煎服法及禁忌

十枣汤属于大毒之剂,其组成中大戟、芫花、甘遂都是逐水猛剂,尤其以甘遂之力尤峻,剂量不适则极易损伤脾胃,这也是目前临床对十枣汤鲜用畏惧的主要原因,应注意服用方法。原文有方后解:“十枣汤方:芫花(熬),甘遂,大戟,上三味,等分,各别捣为散,一水一升半,先煮

大枣肥者十枚,取八合去滓,内药末。强人服一钱匕,羸人服半钱,温服之,平旦服。若不下病不除者,明日更服加半钱,得快下利后,糜粥自养。”要点如下:①捣药为散,质地为颗粒状剂型最佳,吞咽确有不适的患者可用空胶囊纳药末,用枣汤冲服。②个体化用药,羸弱有别,应以缓急为要,切记本方为攻伐之品,一来要考虑患者的体质强弱,确已虚弱正气不存的患者不能使用;二来中病即止,本方一旦得效,马上要转入善后调护。③注意服药时间,以平旦为佳。④注意药物反应,首剂不效可以加量重复给药。⑤顾护脾胃,服药后需服糜粥调养,如水饮已尽,后期可以苓桂术甘汤、四君子健脾扶正巩固疗效。

2.5 十枣汤之剂量

曹颖甫先生在《经方实验录》^[10]描述:“姜佐景按语中师谓十枣汤每用一剂足矣,未可多进。所谓大毒治病,十去其四五是也。不下者,明日更加半钱。而不言不下,更作服,盖平旦之时,胃府在一夜休养之后,机能较为亢盛,故借其天时之利,以与此剧药周旋耳。且一日一服,不似其他汤药可以多服,盖一以见药有大毒,不宜累进,一以为胃府休养地步,此其第二义也。”《金匱要略译释》^[11]对于十枣汤用法及用量也有详细的建议:每服 3~4.5 g, 1 次/d, 清晨空腹,枣汤调下;或药末装胶囊服亦可。服药反应:药后 1~2 h 腹中鸣响,轻微腹痛,继则泻下稀水 3~5 次不等;或咽部有热辣刺激感,或出汗、上腹部不适、泛恶呕吐。若不用枣汤送下,则呕吐更甚。若服药后有胸闷烦躁、泻后疲软者,乃药已中病,不久即消;若服药后无任何反应,效果多不理想。身体强壮者可按照常规剂量,身体较弱者,用量应当减半。服本方后,一般水从大便而下,如服药后泻水不多,亦不能求效过急,应待第二日再行服药。如得泻下量大,按煎服法可进服糜粥以滋养脾胃。

3 病案举例

患者,男,53 岁,主因“间断胸闷 15 年,加重伴喘憋 1 周”于 2021 年 7 月 21 日初诊并收住入院,患者曾于 2006 年急性心肌梗死后溶栓,择期行冠状动脉支架植入术治疗,植入 2 枚支架,后逐渐出现活动后喘憋,数次行冠脉介入治疗,并行冠脉搭桥手术,心功能持续性恶化。1 周前患者因受凉后症状加重。患者既往高血压病 20 年、糖尿

病肾病病史 10 年。刻下症见：自觉胸中窒闷，呼吸不畅，息高喘促，无法平卧，夜间尤甚，心烦恶热，头汗不止，口干，纳差，小便不利，大便秘结。舌红苔黄腻，脉弦滑。查体：体温 36.2℃，心率：110 次/min，呼吸：20 次/min，血压 141/79 mmHg (1 mmHg=1.33 kpa)。体型肥胖，呼吸急促，颈静脉充盈，心界扩大，双肺底可闻及散在湿啰音。腹部膨隆，双下肢轻度凹陷性水肿。辅助检查：心电图提示：窦性心律，I、avL、V3~6 导联 T 波倒置。心脏超声提示：射血分数 (EF) 40%，左室径 (LVD) 6.2 cm，形态学：左心增大，左室功能减低。脑利钠肽 (BNP) 1 154.99 pg/mL。血钾 3.7 mmol/L。西医诊断：慢性心力衰竭急性加重、心功能Ⅳ级 (NYHA 分级)；中医诊断：心衰病，辨证：湿热壅盛、水饮内停。患者住院后给予规范化治疗，并给予患者积极的 PICCO (有创持续心排量) 监测，胸腔血容量指数 (ITBI) 1244，无创呼吸机辅助通气减低心脏负荷，同时应用利尿剂强化利尿治疗，患者肾功能较差，利尿效果不理想，当日尿量未达到负平衡。次日清晨，患者诉夜间喘憋，较前尤甚，胸胁胀满，咳逆倚息，不能平卧，烦热不安，头汗淋漓，舌脉同前。纵观患者脉证，遂以十枣汤原方峻下逐水、荡涤壅邪。方药组成：醋红大戟 1.2 g，醋芫花 1.2 g，醋甘遂 1.2 g。三药为散，以大枣 45 g 浓煎为汤送服。患者于晨起空腹服下，0.5 h 后自觉腹中翻腾，陆续解大便 5 次，初始为棕绿色浑浊稀便，后逐渐澄清，最后几近水样，患者自述喘憋症状大减，心胸畅快，头汗亦减，唯有口渴仍存，至当日午后腹泻止，嘱患者以米汤顿服代餐，晚餐恢复常规饮食，夜间患者可平卧安睡，停用无创呼吸机辅助通气。服药次日血压 137/72 mmHg；心率 100 次/min；BNP 499.29 pg/mL；血钾 3.60 mmol/L；ITBI 854。次日晨起再予前方口服，服法同前，患者腹泻较前日明显趋缓，仅大便 2 次，质稀量少，后续稀米汤调养。数日后患者好

转出院，门诊随访治疗病情稳定。

按：患者喘憋入院，根据症状及既往病史，符合 AHF 诊断，因其基础肾病病史并长期口服利尿药物，其对静脉应用利尿剂疗效欠佳，患者自觉心下满硬、呼吸困难、无法平卧，以上皆为水饮壅盛上焦的表现，虽自觉发热汗出，口咽干燥，但并不恶寒，足见并无表证，而是水饮内蕴、水热互结所致之里证，舌脉亦可为印证。处方以峻下逐水之十枣汤，三药涤荡水饮，使水饮自大便排出，服药后患者症状明显缓解，并且与大剂量应用利尿剂后的血压下降、心率增快、肾功能受损、电解质紊乱不同，患者的血压变化不大，心率下降，血肌酐水平较前有所下降，血钾水平变化不大，疗效显著而无不良反应。

参考文献

- [1] 胡盛寿,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告 2018》概要[J].中国循环杂志,2019,34(3):209-220.
- [2] 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.
- [3] 周琦,黄静娟,刘红旭,等.96 例充血性心力衰竭患者临床特点分析[J].北京中医药,2012,31(4):257-259.
- [4] 武跃华.慢性心力衰竭中水饮的特征与三焦论治[J].中国医药导报,2020,17(10):134-137.
- [5] 陈亦人.伤寒论译释[M].3 版.上海:上海科学技术出版社,1992.
- [6] 王国庆,李宇航,陈萌.刘渡舟伤寒论讲稿[M].北京:人民卫生出版社,2008.
- [7] 李慧娟,李慧.甘遂大枣散在顽固性胸腔积液中的应用[J].北京中医药,2020,39(9):972-974.
- [8] 周明东,全巧云,周刚.十枣汤敷脐神阙穴治疗肝硬化腹水疗效观察[J].中国中医急症,2012,21(7):1166.
- [9] 刘淑荣,周淑平.十枣汤穴位贴敷治疗心衰利尿剂抵抗的效果观察[J].中国医学创新,2019,16(24):138-141.
- [10] 曹颖甫.经方实验录[M].季之恺,校.北京:中国中医药出版社,2012.
- [11] 黄树曾,金匱要略释义[M].北京:人民卫生出版社,1956.

Theory of Shizao Decoction for the treatment of acute heart failure

ZHOU Qi, LIU Hong-xu, ZHANG Zhen-min, SHANG Ju-ju

(收稿日期: 2022-02-07)