

徐浩教授应用升陷汤治疗慢性心衰临床经验*

郭志英¹ 李玉锋¹ 指导 徐浩²

(1.北京市昌平区中医医院,北京 102200;2.中国中医科学院西苑医院国家中医心血管病临床医学研究中心,北京 100091)

中图分类号:R541.6¹ 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2024)02-0321-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2024.02.034

【摘要】心力衰竭是各种心脏疾病的严重或终末阶段,临床可分为慢性心衰和急性心衰。中医药在慢性心衰的治疗中应用广泛,临床优势显著。徐浩教授认为本病病机可用“虚”“瘀”“水”概括,气虚贯穿疾病发展的始终,是疾病发展的重要因素。心衰病之“虚”当为胸中大气下陷,除补气外,尚应“下者举之”,应用升陷汤加减治疗慢性心衰,疗效显著。徐浩教授应用升陷汤治疗慢性心衰的辨证要点为气短不足以息、动则尤甚,并根据临证情况辨证加减。

【关键词】慢性心衰 升陷汤 名医经验 徐浩

徐浩教授系中国中医科学院西苑医院心血管科主任医师,教授,博士生导师,首都中青年名中医,全国优秀中医临床人才,百千万人才国家级人选,首批科技部创新领军人才,第六批北京市级中医药专家学术经验继承指导老师。徐教授熟读经典,精心临床,在中西医结合治疗心血管疾病方面积累了丰富的经验。笔者为第六批北京市级中医药专家学术经验继承人,有幸师从徐浩教授,对徐师处方用药略有体会,现对其治疗慢性心衰的经验进行总结、分析,以飨同道。

心衰是多种原因导致的心脏收缩和(或)舒张功能障碍的一组复杂的临床症状群,是各种心脏疾病的严重或终末阶段,再住院率和死亡率居高不下^[1-2]。各种原因导致的心肌异常改变以及神经激素系统过度激活导致的心肌重构是心衰发生、发展的关键^[3]。目前西医治疗一方面控制心衰危险因素,一方面减轻心脏负荷、改善或抑制心室重构,应用“新四联”药物治疗慢性心衰是近年来心衰治疗的新进展^[4],但部分患者因禁忌证无法应用或者即便应用心衰症状仍难以完全纠正。目前中医药在慢性心衰的治疗中应用广泛,且临床实践提示具有显著的临床优势^[2],中医药主要在增强患者体质、改善临床症状、提高生活质量等方面显效。

1 心衰的病因病机认识

徐浩教授研读经典,临证强调博古通今。心衰的论述最早见于《黄帝内经》,至汉代张仲景于《金匮要略》中提出“心水”病名,主要是对心衰症状的论述。晋

代王叔和于《脉经》中首次论述心衰的病机、治法,曰“心衰则伏,肝微则沉……利其溲便,遂通水道,甘液下流,亭其阴阳……喘息则安”^[5]。结合现代医学关于心衰病的认识,徐浩教授认为本病致病因素包括年老久病、禀赋异常、外邪侵袭、饮食不节、情志失调、劳逸失度、他病延治误治等,各种病因作用于人体,致心之气血阴阳亏损,各脏腑功能失调,从而出现胸闷、气喘、心悸、水肿等一系列临床症状。

徐浩教授认为本病病位在心,累及肝肺脾肾等脏,病性总属本虚标实,其中以气虚、阳虚为主,标实以血瘀为主,兼有痰饮,临床多虚实夹杂,并用“虚”“瘀”“水”概括心衰病的病机^[6]。全国名中医王行宽^[7]亦认为心衰病以心气营不足为本,虚、瘀、水互结为标。徐浩教授在本虚中更强调气虚,认为疾病早期以气虚为主,随着病程延长、病情加重,以气虚、血瘀最为多见,到心衰终末阶段,则以阳气虚为本,血瘀、水湿、痰饮为标。气虚贯穿疾病发展的始终,是疾病发生的重要根源,亦是疾病发展的重要因素。

2 心衰的辨证论治要点

徐浩教授临床治疗心血管疾病提出“方症(机)对应-以病统证-病机辨证”三位一体、层层递进的辨证思路,治疗心衰亦遵循此种辨证方法。治疗心衰病首选方证辨证,擅用经方,若无相应方证,则在病证结合、以病统证基础上,采用病机辨证方法,可执简驭繁。首先,方证辨证即方症对应、方机对应,临床应用时要讲求有是症是机用是方,以方名证,并认为方症(机)对应是辨证论治的最高境界,常用经方包括真武汤、苓桂术甘汤、五苓散、防己黄芪汤等。其次,强调病证结合,以

* 基金项目:第六批北京市级中医药专家学术经验继承工作项目;中国中医科学院科技创新工程项目(CI2021B004)

病统证,认为疾病为基本矛盾,而在疾病的不同阶段表现出的不同证候为阶段矛盾,在辨证治疗中始终顾及疾病本身的基本病机,注意辨证与辨病结合,以病统证。心衰的基本病机为“虚、瘀、水”,因此在治疗过程中要注意补虚、活血、利水的综合应用。其中气虚为重,关于气虚的治疗,当益气为本,然而实际临床工作中单纯益气疗效有时差强人意,徐浩教授受张锡纯升陷汤影响,认为心衰病之“虚”当为胸中大气下陷,除补气外,尚应“下者举之”,应用升陷汤加减治疗慢性心衰。关于血瘀证的治疗,传承陈可冀院士^[8]的经验,根据血瘀轻重及兼夹证候的不同,或以当归、丹参、鸡血藤和血活血,或以川芎、郁金、三七、延胡索活血通瘀,或以桃仁、三棱、莪术、水蛭、地龙破血逐瘀。利水则有温阳利水、健脾利水、活血利水的不同。最后,病机辨证以八纲为指导,辨别寒热虚实,采取阴阳分治、气血同调,兼顾肝、肺、脾、肾,同时结合现代药理研究,中西医互参,优势互补,以提高临床疗效。

3 升陷汤用于治疗心衰的理论基础

升陷汤出自张锡纯《医学衷中参西录》,方药组成:生黄芪(六钱)、知母(三钱)、柴胡(一钱五分)、桔梗(一钱五分)、升麻(一钱)。治胸中大气下陷,气短不足以息。方中生黄芪为君药,补气、升气,升举下陷之大气;知母为臣药,其性凉,可制黄芪之性温;佐以柴胡、升麻升气举陷,引下陷之大气自左右而升;配以桔梗,药中之舟楫,载诸药上达胸中^[9]。

徐浩教授反复研读《黄帝内经》《医学衷中参西录》,逐渐认识到“大气”在心肺功能正常维持中的重要作用。“大气”一词始见于《黄帝内经》,在《素问》、《灵枢经》的不同篇章多次提到“大气”,不同语境含义有所不同,概括起来有自然界空气、邪气、经气、宗气四个方面。其中宗气论为后世张锡纯创制升陷汤提供了理论基础,《灵枢经·五味》云“其大气转而不行者,积于胸中,命曰气海,出于肺,循咽喉,故呼则出,吸则入”。东汉张仲景在《金匮要略·水气病脉证并治》提到“阴阳相得,其气乃行;大气一转,其气乃散”,论述了大气理论的生理基础及治疗原则。至晚清民国之际,张锡纯发展和完善了大气理论,提出了大气下陷的病机理论,并创制了升陷汤。张锡纯认为大气充满胸中,司肺之呼吸,以元气为根本,以水谷之气为养料,为诸气之纲领,撑持全身。《黄帝内经》所谓宗气即胸中大气,宗气“以贯心脉,而行呼吸”,表明大气不但为诸气之纲领,亦为周身血脉之纲领^[9]。或因先天不足、禀赋不佳导致元气亏虚,或因心肺脏器受损,不能利用吸入的清气,或因脾胃运化异常,生化无源,或因劳力过度,正气受损,或因过服破气药物,均可导致大气虚而下陷^[10]。

徐浩教授受大气“贯心脉、行呼吸”观点的启发,认为慢性心衰之呼吸不畅、血脉瘀滞即大气功能障碍所致,胸中大气虚而下陷,不能司呼吸、贯血脉,故而出呼吸不畅、气短不足以息、胸闷心悸等各种病状。史载祥教授同样认为心衰病存在气陷血瘀证,并认为气陷血瘀是心衰病早期的主要病机^[11]。徐浩教授认为大气下陷和血瘀、水饮互相影响,相互为病,一方面大气虚而下陷,不能助心行血,而致血行瘀滞,“血不利则为水”,血瘀津停,气血水相互为患;另一方面瘀血、水饮阻于心脉,日久必然损及胸中大气,并影响大气运行,又导致大气下陷,成为恶性循环,这与慢性心衰“虚”“瘀”“水”的基本病机高度契合。吉中强^[12]亦认为慢性心衰的病机为气虚下陷血瘀水停,其应用三参汤合用苓桂术甘汤加减治疗。徐浩教授在慢性心衰的辨证治疗中,亦从气血水入手,除益气活血利水外,尚重视“下者举之”,善于应用升陷汤加减益气举陷、活血利水治疗,较单纯益气效果明显提高。有小样本临床研究证实升陷汤加减确可改善心衰临床症状,提高左室射血分数(LVEF),增强运动耐量,改善心功能^[13-14]。

4 徐浩教授应用升陷汤经验

4.1 辨证要点 徐浩教授应用升陷汤治疗慢性心衰的辨证要点为气短不足以息、动则尤甚。气短为自觉气力不够,虽努力呼吸仍有气息不通之感,主诉可为“气喘”“气短”“长出气”等;动则尤甚即活动后胸闷气短症状明显加重,患者常主诉为“活动后气促明显”“静坐尚可,稍动即喘”“活动距离下降,超过一定距离即气喘”等,如患者为气短,但活动后反而减轻者则不属该方的治疗范畴。除上述两症外,尚可有胸中坠胀、胸中窒闷、心悸、乏力等,舌质多淡,脉多沉细无力。

4.2 药物用量 升陷汤五味药,如无特殊,三味升提药共用为佳,尤以桔梗为必用。关于用药剂量,生黄芪常用30 g,如气虚明显,可逐渐增加剂量,最大可用至90 g;知母根据患者热象轻重调整剂量,热象不显者,仅作为佐制药,用量宜小6~10 g,如有口渴、心烦等症,用量可增加至15~20 g;柴胡、升麻、桔梗的常用剂量为6 g,如气虚下陷之证明显,剂量可增加至10 g。

4.3 常配伍药物 徐浩教授认为,心衰患者虽以气虚气陷为重,但其多应用利尿剂治疗,久服利尿剂有伤阴之弊,同时现代人体质多易化燥化热,为防止该方温补升散太过,多合用生脉散以益气养阴,其中党参可助黄芪补益下陷大气,麦冬、五味子一方面可固护阴液,另一方面可助知母以防伤阴化燥。

4.4 辨证加减 对于久病脾肾亏虚,有虚劳表现者,多应用山茱萸肉、黄精、杜仲等健脾益肾,先后天同补;合并瘀血,症见胸闷胸痛,舌质紫暗、瘀斑者,多应用丹

参、三七粉以活血化瘀,如瘀血较重,多合用三棱、莪术破血逐瘀,黄芪与三棱、莪术合用可互相促进、互相制衡,既可活血祛瘀,又避免了过伐伤正;合并痰浊阻滞者,症见胸闷、痰喘,舌苔白腻者,多合用瓜蒌薤白半夏汤;如合并水肿等水饮内停者,若伴见腹胀,多合用五皮饮利水消肿、健脾理气,若伴见小便不利而无明显热象者,多合用五苓散温阳化气、利湿行水,若伴见汗出恶风、肢节疼痛等表虚不固者,多合用防己黄芪汤益气祛风、健脾利水;心衰患者常瘀血水饮并见,徐浩教授多选择益母草、泽兰、仙鹤草等兼具活血利水功效的药物瘀水同治;如心衰急性加重,喘不得卧,胸满胀闷者,多可用葶苈大枣泻肺汤泻肺化痰、利水平喘;至心衰终末阶段,多合并怕冷、便溏等阳气亏虚的表现,可合用真武汤温阳利水。

4.5 中西结合,多法合用 徐浩教授认为心衰为心脏病的终末阶段,诱因引发则易反复发作,故除中药治疗外,西医指南中的常规药物治疗仍应坚持,以改善心室重构、阻止疾病进展,同时注重心脏康复训练,心衰患者可循序渐进的练习坐位八段锦以提高心脏功能,促进心脏康复。对于心衰合并顽固水肿者,常配合外治法“脐疗”,并研制出由附子、商陆等药物组成的心衰贴,可提高利尿消肿的效果^[15]。

5 验案举隅

患某,女性,71岁,2023年2月9日初诊。主诉:心悸乏力2年,加重伴气喘5个月。现病史:患者2年前出现劳累后心悸,乏力明显,曾住院治疗,诊断心衰、阵发房颤,平素自觉乏力,活动后心悸。5个月前无明显诱因上述症状加重,伴气喘,活动后明显,曾于当地医院就诊,诊断心衰,服用利伐沙班、沙库巴曲缬沙坦、美托洛尔、螺内酯等药物治疗,症状改善不明显,故来诊。刻下症:气喘,可慢走1~2 km,稍快即气喘憋闷明显,乏力,双下肢尤甚,下肢轻度水肿,心悸,活动后加重,动则汗出,纳差,口干喜饮,性急易怒,两胁胀痛,入睡难,白天困倦明显,耳鸣健忘,小便常失禁,大便易腹泻。舌淡暗边尖偏红,苔薄白,脉弦缓。既往高血压病、糖尿病病史,血压血糖控制尚可。辅助检查:心脏彩超:左房大(38 mm),主动脉窦升部增宽,肺动脉增宽,主动脉瓣、三尖瓣轻度反流,左室舒张功能减低,EF65%。NT-proBNP 132 pg/mL,正常范围。处方:生黄芪30 g,知母15 g,党参20 g,麦冬15 g,五味子10 g,升麻6 g,柴胡6 g,桔梗6 g,山茱萸肉30 g,枳壳6 g,丹参15 g,黄精15 g,仙鹤草30 g。21剂,水煎服。二诊(2023年2月28日):服药后自觉气喘基本消失,活动后亦无气喘不适,乏力、心悸改善,活动耐量较前增加。进食、睡眠均有好转,白天困倦改善,精神状态较前好转。偶有胃痛,时有消化不佳,大便

3~5次/d,质稀,小便常失禁,下肢水肿减轻。舌略暗偏红,苔薄白,脉弦缓。处方:上方去山茱萸肉,加山药30 g,陈皮6 g,30剂,水煎服。三诊(2023年3月28日):患者症状进一步改善,活动耐量及精神状态均较前明显好转,仍下肢轻度水肿,大便1~2次/d,偶质稀,小便失禁情况较前好转,处方:上方加用益母草30 g,继续服药1个月。

按:患者主因“心悸乏力2年,加重伴气喘5月”就诊,结合西医辅助检查,明确诊断射血分数保留心衰。分析中医四诊资料,以气喘、乏力、心悸为主要症状,活动后诸症加重,伴下肢轻度水肿,动则汗出,纳差,白天困倦明显,耳鸣健忘,舌淡暗边尖偏红,苔薄白,脉弦缓,辨证气虚下陷,血瘀水停。患者老年女性,心病经久不愈,心肺脏器受损,不能利用吸入的清气,加之脾胃运化异常,生化无源,导致大气虚而下陷,不能司呼吸、贯血脉,故而出现气喘、乏力等症状。大气虚而下陷,不能助心行血,而致血行瘀滞,心脉痹阻,故见心悸,舌质淡暗;“血不利则为水”,血瘀津停,故见下肢水肿;气虚卫表失固,故见动则汗出;脾胃亏虚,病久及肾,脾肾两虚,故见困倦、耳鸣健忘、纳差,小便常失禁,大便易腹泻。处方选用生黄芪、知母、升麻、柴胡、桔梗为升陷汤原方,益气举陷,使气虚得补、气陷得升;合用党参、麦冬、五味子,为生脉散原方,益气养阴;山茱萸肉、黄精健脾益肾,使大气生化有源;丹参活血化瘀,针对瘀血病机,仙鹤草活血利水,瘀水同治;因患者性急易怒、两胁胀痛,故加用枳壳疏肝理气,因患者气虚下陷,枳壳属破气药用量宜小。二诊时患者诸症明显改善,气喘消失,乏力、心悸、纳食、睡眠、汗出均有好转,时消化不良,大便次数多,质稀,故处方去山茱萸肉,加山药健脾渗湿止泻,陈皮理气和胃以助消化。三诊针对下肢水肿,加用益母草30 g活血利水消肿。患者治疗2月后心衰症状明显改善,研究认为升陷汤改善心功能可能与其抗心肌细胞凋亡有关^[16]。徐浩教授临床治疗心衰病,以虚、瘀、水为本病基本病机,认为心衰病之“虚”当为胸中大气下陷,应用升陷汤加减治疗,可明显改善患者临床症状,提高生活质量。

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] 中华中医药学会慢性心力衰竭中医诊疗指南项目组. 慢性心力衰竭中医诊疗指南(2022年)[J]. 中医杂志, 2023,64(7):743-756.
- [3] 陈灏珠,林果为. 实用内科学[M]. 13版. 北京:人民卫生出版社, 2009:1341-1350.

- 药杂志,2021,46(20):5351-5361.
- [19] 文建霞,王建,张璐,等. 附子配伍干姜治疗心力衰竭的药理作用及机制研究进展[J]. 中国医院用药评价与分析, 2019,19(10):1167-1170.
- [20] 李华,孙治霞,张娟娟,等. 四逆汤联合血液净化对脓毒症患者心肌损伤标志物及短期预后的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2022,17(9):1807-1810,1814.
- [21] 丁欣,张雅,白敏,等. 整合化学物质组学与网络药理学的四逆汤抗脓毒症“成分-靶点”相关性研究[J]. 沈阳药科大学学报,2023,40(4):453-462.
- [22] 高颖,杨晓琨,季昭臣,等. 中药注射液治疗脓毒症的系统评价再评价[J]. 中国中药杂志,2023,48(7):1962-1975.
- [23] 韩宁,崔晓征. 血必净注射液对脓毒症并发心肌损伤患者心肌损伤标志物及炎症指标的影响[J]. 中国医院用药评价与分析,2022,22(6):719-721,725.
- [24] 李嘉彤,邵旭鹏,谢娜,等. 血必净注射液治疗脓毒症心功能障碍有效性和安全性的Meta分析[J]. 中国中医急症, 2023,32(2):189-194.
- [25] 李莹莹,袁康,何明丰,等. 参附注射液治疗脓毒症心肌损伤的临床疗效分析[J]. 中医药学报,2022,50(3):72-75.
- [26] 赵锋利,张建东,王澍欣,等. 由细胞凋亡途径探讨参附注射液对脓毒症小鼠心功能的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(13):1960-1964.
- [27] 李莹莹,郑柳怡,肖谢养,等. 参附注射液对脂多糖诱导AC16脓毒症心肌细胞模型的抗氧化及抗炎机制研究[J]. 中药新药与临床药理,2023,34(2):201-206.
- [28] 李文卓,杨莉,夏婧. 心脉隆注射液对脓毒症心肌病的临床疗效观察[J]. 昆明医科大学学报,2022,43(12):111-116.
- [29] 吴科锐,严夏,王大伟,等. 心脉隆注射液治疗脓毒症心肌抑制的疗效及安全性的系统评价[J]. 广州中医药大学学报,2022,39(4):975-983.
- [30] 李洁,杜金穗,唐品清,等. 美洲大蠊提取物对脓毒症小鼠心肌的保护作用及PGC-1 α 、UCP2表达的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2022,31(22):3078-3082.
- [31] 杨飞宇,郭力恒,张敏州,等. 基于“四证四法”辨治脓毒症心肌病的研究进展[J]. 中华中医药杂志,2022,37(8):4263-4268.
- [32] 刘芳宇,金悦婷,杜元,等. 不同中药注射液联合常规治疗对脓毒症心肌损伤的网状Meta分析[J]. 中国中医药信息杂志,2023,30(5):10-18.
- [33] 钱晶,刘心婷,杨金亮,等. 新四逆汤治疗脓毒症心肌损伤的疗效观察[J]. 中国中医急症,2023,32(4):668-671.
- [34] 常晓,王玲,曾子华,等. 益气活血汤联合西医常规疗法治疗脓毒症心肌损伤35例[J]. 中医研究,2020,33(9):15-18.
- [35] 韦海,陈品建,王益旺. 锦红汤联合西药常规治疗脓毒症早期心肌损伤的临床观察[J]. 云南中医中药杂志,2019,40(11):45-46.
- [36] 梁立新,刘子豪,龙德怀,等. 近五年中医药干预脓毒症心肌损伤随机对照试验结局指标的分析[J]. 中国中药杂志, 2022,47(18):5088-5096.

(收稿日期2023-08-17)

(上接第323页)

- [4] 中国医师协会心血管内科医师分会,中国心衰中心联盟,《慢性心力衰竭“新四联”药物治疗临床决策路径专家共识》工作组. 慢性心力衰竭“新四联”药物治疗临床决策路径专家共识[J]. 中国循环杂志,2022,37(8):769-781.
- [5] 吴伟,刘勇,赵英强. 心衰作为心力衰竭的中医病名探究[J]. 中医杂志,2013,54(10):891-892.
- [6] 樊懿萱,张贺,陈卓,等. 徐浩教授辨证治疗心衰病经验及案例探析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(22):4222-4224.
- [7] 王子焱,范金茹. 王行宽治疗慢性心力衰竭经验[J]. 中国中医急症,2021,30(1):158-160,167.
- [8] 徐浩. 陈可冀教授血瘀证特色辨证方法经验总结[C]//中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会第十一届活血化瘀研究进展高层论坛论文集. 中国江西南昌,2016/3/24, 2016:88-94.
- [9] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 石家庄:河北人民出版社, 1977:85-96.
- [10] 史载祥,黄柳华,马永存. 宗中汇西临证实录[M]. 北京:人民卫生出版社,2021:121-124.
- [11] 朱君瑶,史忠亮,古惠文,等. 史载祥教授辨治心衰病气陷血瘀证临床经验[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2020, 18(22):3894-3896.
- [12] 纪文岩. 吉中强学术思想与临床经验总结及理气化痰法治冠心病的临床研究[D]. 济南:山东中医药大学,2015.
- [13] 赵玉珂,陆峰,范晓艳. 升陷汤加味联合西医综合治疗慢性心力衰竭气虚血瘀证患者的临床疗效观察[J]. 天津中医药,2022,39(11):1367-1372.
- [14] 袁果真. 升陷祛瘀汤加味治疗气陷血瘀型慢性心力衰竭的临床研究[D]. 北京:中国中医科学院,2019.
- [15] 高翔,徐浩,高铸辉,等. 徐浩教授治疗难治性心衰顽固水肿的辨治思路[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(21):2790-2792.
- [16] 姚磊. 升陷汤干预慢性心衰患者临床疗效及其抗心肌细胞凋亡机制研究[D]. 上海:上海中医药大学,2020.

(收稿日期2023-10-08)