

吴焕林从“心痹”论治疑难心肌病经验介绍

何志凌, 王侠 指导: 吴焕林

广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510120

[关键词] 心痹; 心肌病; 吴焕林

[中图分类号] R542.2; R249 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2018) 09-0253-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.09.079

吴焕林教授是广州中医药大学博士研究生导师, 主任医师, 岭南中医心病学名家, 国医大师邓铁涛学术思想继承人, 全国名中医薄氏腹针发明人薄智云教授学术经验继承人。世界中医药联合会痰证专业委员会会长, 世界中医药联合会心脏康复专业委员会副会长。从医三十余年, 其学术思想根植于岭南传统医学而不拘泥于地域, 擅长发微古论而辨治疑难心血管病, 临证针药并重, 特别对疑难心肌病有着独到的临证心得与治验。开创性提出以《内经》中的“心痹”论治疑难心肌病, 并结合岭南医学“痰湿”致病的学术观点, 从病因、病症、病势、病理、治法等对疑难心肌病进行了阐发。

疑难心肌病, 是以心肌致密化不全型心肌病、致心律失常型右心室心肌病、围产期心肌病、肥厚型、扩张型、限制型心肌病等为代表的, 现代医学在诊断或(和)治疗上尚不明确的一类心肌病。疑, 在目前尚无法明确具体致病因素, 仅概括为“基因-环境”交互影响; 难, 在现代医学缺乏针对性的有效治疗手段进行干预, 或者治疗上存在矛盾。这类心肌病在中医上尚无定类, 既往研究仅针对致病因素^[1], 又往往因其发病时有气促、心悸等症状而统属心衰病范畴, 但心衰病无疑过于宽泛, 失去了心肌病的病因、病势等内涵。同时, 此类患者早期发病时症状多样, 心律失常、消化道症状不一而足, 而且许多患者(尤其是青年患者)明确诊断后可有长达数年、甚至数十年的无症状期, 所以用心衰病笼统概括失之偏颇。

1 查病因病症

吴焕林引《中藏经》论: “痹, 风寒暑湿之气中于入脏腑之为也”, 指出以“心痹”统驭疑难心肌病的诊治。

首先, 源于其病因相和, 现代医学证实, 在疑难心肌病的发病中, 基因或免疫功能缺陷是发病的基础, 环境的作用(毒物、感染、炎症)是诱因, 持续的免疫反应是发展因素; 而“心痹”恰为风寒湿三气杂至, 久合于脉, 内舍于心而成; 《灵枢·百病始生》所谓: “风雨寒热不得虚, 邪不能独伤人”, 证于此类患者, 正是素体正气不足(基因或免疫功能缺陷), 受

外感不时之气(环境诱导), 正不能驱邪, 邪恋内痹于血脉, 久而合于脏腑, 固成顽疾。

其次, 疑难心肌病患者往往经历疾病潜伏期的不典型症状、心衰期的氧代谢障碍症状、慢性疾病反复发作的心理负担症状等, 单纯用“心衰病”显然不能尽含。而“心痹”在历代记载中恰较为全面地反映了疾病发展过程中的系列表现, 无论是《素问·痹论》中“脉不通, 烦则心下鼓, 暴上气而喘, 啞干善噫, 厥气上则恐”, 或是《诸病源候论·心痹候》所言“时害饮食, 心里幅幅如满, 蕴蕴而痛”, 又或是《太平圣惠方》所载“惊悸不安, 神心烦满, 恐畏惧”“惊跳乍安乍发”。

2 论病势病机

疑难心肌病其中的一个难点在于, 致病因素启动以后, 心肌持续性重构, 迁延难愈, 甚至猝死。心痹作为五脏痹的一种, 充分体现了这种邪恋于心, 重着不治的慢性、恶性病程特点。心痹由脉痹及心, 病势上乃体病及脏、由表及里、由痹至极(《备急千金要方·六极门》)逐步加重的过程, 预后很差, 故《素问·痹论》明言“痹, 其时有死者……其故何也? 岐伯曰: 其入脏者死……”。可见, 心痹高度凝练地传达了中医学对心脏顽疾的宏观认识, 与疑难心肌病的发展特点契合统一。于病机而言, 古人谓“痹者, 闭也”, 因此, 无论从宏观还是微观看, 疑难心肌病存在的外周灌注不足、循环瘀血、心肌微循环障碍或者心肌能量代谢障碍, 都可统属于心痹的营卫气血闭塞不通, 而重点在于心主血脉, 所以心痹的气血闭阻不利显得较其他脏痹更为突出: 初则心气郁(闭)结, 症见心悸、气短、心中揣揣等症; 久则或心阳不宣, 或暗耗阴血, 症见神疲乏力, 动则气促、憋闷, 四末微凉或兼虚烦不宁; 最终损及真阴真阳, 或阴邪内盛, 或发为阴阳相格, 症见喘促不宁乃至喘脱, 或肢体肿胀、四末厥逆。

3 研治则治法

吴焕林总结心痹的治疗时指出, 在金元以前, 治法用药驳杂; 金元四大家后, 医家逐渐重视从气血论治心痹, 及至明

[收稿日期] 2018-03-26

[基金项目] 广东省中医院中医科学技术研究专项课题 (YN2016QL08)

[作者简介] 何志凌 (1983-), 男, 主治医师, 在职博士研究生, 研究方向: 中西医结合心血管病的防治。

清,进一步认识到心痹往往因虚致实,存在“湿痰、浊血流注凝涩”的情况(《临证指南医案》)。

吴焕林特别指出“痹,湿病也”(《说文解字》),心痹病程、病症缠绵,与痰湿胶着之性密切相关;而疑难心脏病往往出现多类型心律失常,其脉证恰如《医宗金鉴》所言“沉弦细滑大小不匀,皆痰为病”;而且岭南地区“炎方地卑”,阴湿(热)之气常重,人居其中,阳气开泄,类多中湿。

因此,吴焕林处方用药倡导发挥岭南中医学学术特点,对疑难心脏病早期(无症状期或症状轻微),强调补正气与清透化湿(或兼祛他邪)并重;对中期(症状反复,心衰尚不严重),此时邪入脏腑已久,但往往还在心肺二经,应重点调脾护心,健运脾土,同时灵活根据疾病表现,俾邪有出路;及至后期(心衰表现:气喘肢肿,四末不温),一派阳气虚损,阴邪内盛(格阳)的表现,应用汤药配合灸法固护元阳,同时重用温通之法,通行滞溜于脏腑间的瘀血、湿痰之顽邪。

4 病案举例

屈某,女,55岁。因“心悸胸闷1天,加重伴冷汗1.5h”于2017年2月13日经省内其他中医院转至本院。患者突发起病,当地急诊接诊心电图见完全性左束支传导阻滞,室性心动过速,心率:202次/min,急诊接诊期间患者出现晕厥,紧急予电复律、药物稳定心室率后当日转入本院心脏中心。患者转入后持续窦性心律伴频发室早,持续低血压状态;床边心脏彩超:射血分数(EF):60%,右室流出道38mm,右心室30mm,左心室舒张末41mm,右心房59mm×39mm,右室基底段局部向外膨隆,右室内小梁增多、紊乱,右室基底段及右室心尖部运动幅度轻度降低;紧急冠脉造影正常;脑尿钠肽(BNP)1429.5ng/L,其他生化、免疫、甲状腺指标属正常范围。

笔者结合患者恶性心律失常情况及心脏彩超表现,临床诊断“致心律失常型右室心肌病”,予以多巴胺稳定循环,可达龙、倍他乐克及血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)等西药治疗。中医考虑其阴寒内盛导致水饮凌心,予真武汤加减论治。

2月18日行皮下植入式除颤仪(ICD),但患者仍频繁发作室早,尝试西药加强倍他乐克或可达龙,但出现低血压无法耐受;中药加强益气温阳,治疗效果不明显,特延请吴焕林教授查房指导进一步诊治。

初诊:患者肇庆籍人,体形正常,神微倦,素有鼻炎,生活环境可,无家族史。诊见:患者时有心悸感,纳不佳,尤其餐后心悸痞塞,四末稍凉,微恶风,自觉四肢重着乏力,无汗,无胸闷气促,头目晕眩,咳嗽咯痰等不适,眠可,便如常,舌淡而口微苦,苔白腻,舌底脉络未见瘀青;脉结,右细滑而弱,左略紧沉取有力,趺阳脉伏而有根。诊断:心痹(外寒蕴热,痰湿内阻)。吴焕林拟针药并重之法:体针取太渊、大陵、太白,腹针以引气归元加外陵、气穴,每天2次针刺治疗,每次治疗留针30min。汤药方参《辨证录·痹证门》拟定,处方:白术60g,苍术、茯苓各15g,防风、威灵仙、桂枝、柴胡、法半夏、石菖蒲各10g,生姜5片,炙甘草5g,每天1剂,翻煎1次,服用2次。

五日后二诊:在未调整西药剂量的情况下,患者精神爽利,偶有心悸,但餐后已无感觉,无四肢乏力情况,无口苦,仍有四末微凉,苔白腻明显减轻,右脉细缓略弱,左脉正常。患者恢复良好,嘱其出院门诊随诊,平日坚持艾灸足三里,并教授其按摩大陵穴保健之法。出院带药,药方是在前方基础上去桂枝、威灵仙、柴胡、甘草,加用五指毛桃、薏苡仁各30g,陈皮、当归各10g,肉桂(焗)5g。半月后门诊随访,患者因自觉无心悸,已自行停用可达龙、倍他乐克等药物,症状无反复,步行2楼至诊室无气短、胸闷。

按:吴焕林应用心痹理论辨识本病,发扬岭南医学治湿痰的学术特点,针药并重,在医理、治法用药上别开生面,迭收奇效。首先指出疑难心脏病从中医学认识应有其自身致病特点,不能与心衰病混淆。对该患者,诸多医生往往借用现代医学指标,机械套用“心衰病”,用药一味益气、温阳、泻水,致南辕北辙。本案患者久病鼻炎,素体不足,易于外感;心脏病诊断明确,发病急骤,看似凶猛,但细查脉证仍以实证为主;刻下并无心衰病之喘促肢肿,但以心悸难宁,餐后心下痞塞为著,犹若《诸病源候论》“邪积而不去,则时害饮食,心里幅幅如满……是谓之心痹”。其次,患者的治疗方案针药并重。吴焕林指出“汤药治其内,针灸攻其外”(《备急千金要方》)，“五脏之疾病,当取之十二原”(《灵枢·九针十二原》),该患者属心痹新病急病,正气不足,外邪经皮毛直中,正虚邪恋,伤及中焦,取心之原穴大陵配合腹针引气归元鼓舞正气;同时因患者为湿痰所困,故取脾、肺之原穴又配合腹针外陵,是复水道之治节。而后期则应用艾灸、穴位按摩等法,俱因“五藏有俞,六府有合,循脉之分,各有所发,各治其过,则病瘳也”(《素问·痹论》)。再者,吴焕林治疗心痹立足岭南医学特点,强调不可一味补益心(阳)气。其特别传承国医大师邓铁涛“五脏相关”学术思想,力主“调脾护心”论治。

本案患者正邪胶着,脉滑弱时紧,肢体困着,首诊吴焕林重用白术为君健运脾土固护中气,臣以苍术,守中有走,配合防风、威灵仙之药俾外邪有去路,同时取桂枝甘草汤生阳化气,卫外而卫固,体现心痹治疗的早-中期特点;用柴胡、半夏畅三焦启合,为治疗湿痰内阻之枢机开阖之法;石菖蒲一味既引药入心经,又“开心孔,补五脏”(《神农本草经》)，“补肝益心,去湿逐风,除痰消积”(《本草备要》),是治疗痰阻心窍之要药,也是吴焕林临证治疗疑难心脏病的常用药物。

吴焕林援心痹论心脏病,结合岭南医学痰湿致病的学术观点,从病因、病症、病势、病理、治法等对疑难心脏病进行了阐发,无疑是中医心病学理论一创新点,有其临床实际指导意义及运用价值。

【参考文献】

- [1] 姚耿圳,黄晶一,王倩,等.慢性心力衰竭治疗难点与对策[J].新中医,2016,48(7):3-4.

(责任编辑:刘淑婷)