

张军平应用益气活血、软坚散结法治疗肥厚型心肌病经验介绍

施琦¹, 张军平², 谢盈彧¹, 朱亚萍²

1. 天津中医药大学, 天津 300193; 2. 天津中医药大学第一附属医院, 天津 300193

[关键词] 肥厚型心肌病; 益气活血; 软坚散结; 张军平

[中图分类号] R249.2; R542.2

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2019) 02-0297-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.02.092

张军平教授, 主任医师, 博士生导师, 2016年国家高层次人才特殊支持计划百千万工程领军人才, 享有国家特殊津贴。从事中西医结合临床及科研工作近30年, 临床在治疗动脉粥样硬化、冠心病、高血压病、病毒性心肌炎、脑血管疾病等多种心脑血管取得良好疗效。笔者介绍张军平教授运用益气活血、软坚散结法治疗肥厚型心肌病经验, 并附验案1则, 以飨同道。

1 肥厚型心肌病的治疗概况

肥厚型心肌病(Hypertrophic cardiomyopathy, HCM)是以室间隔非对称性肥厚为特点的一种心肌疾病。HCM发病机制尚不明确, 目前以“毒性多肽”“单倍体不足”“能量代谢失衡”3种学说为主^[1], 导致心肌重构增加, 最终导致心肌肥厚产生一系列临床症状, 主要为劳力性呼吸困难和乏力, 常伴有持续性心房颤动及栓塞, 根据左心室流出道有无梗阻又分为梗阻性和非梗阻性HCM。目前HCM患者的治疗以改善症状, 减少合并症及预防猝死为目的。西医药物治疗以 β 受体阻滞剂联合盐皮质激素受体拮抗剂及利尿药为主, 以减轻左心室流出道梗阻、改善舒张功能, 改善心力衰竭症状; 在药物治疗无效且存在严重流出道梗阻者须考虑行室间隔切除术。然临床上, 常有HCM患者在此法治疗下症状不能缓解, 中医药可在此发挥良好作用。

2 益气活血、软坚散结法的提出

中医学并无HCM这一病名, 以其临床主要表现, 考虑其与心衰、心悸、虚劳病等密切相关。结合HCM的发病特点, 其发生与痰饮、瘀血等病理产物在体内蓄积有着密切的联系; 再视其发病过程, 其发生多因禀赋异常, 加之后天饮食(肥甘厚味、吸烟、饮酒等)、情志(易怒、忧思)失调, 致使痰湿内生、气机停滞, 气滞则血行不利, 痰湿则脉道不畅, 如此形成恶性循环, 痰浊、瘀血阻滞血络, 使心体肥厚; 心本脏病, 则心主血脉之功能不能正常发挥, 周身不能得心血濡养, 则出

现乏力、心悸等症状。将本病的基本病机归纳为气虚血瘀, 痰浊内结, 因此, 张军平教授提出“益气活血, 软坚散结”治疗HCM。

2.1 益气活血以改善症状 HCM患者临床症状以劳力性喘息、乏力为主, 常伴有心悸、四肢不温等症状。诸证皆因气虚无力推动血行, 不能濡养周身, 治以益气活血。常用炙黄芪以培补一身之气, 丹参活血养血而不伤正。《医学衷中参西录》谓黄芪可“治胸中大气下陷”, 宗气得补, 方能行血有力, 使血行周身; 丹参以其活血养血之效常用于心血管疾病, 《滇南本草》又言其能“补心定志, 安神宁心”, 神安则心悸不作。两药合用, 可改善HCM患者因气滞血瘀而致的喘息、憋气、心悸。结合现代药理研究, 益气活血法类药物同时通过降低心室重构患者金属蛋白酶、提高金属蛋白酶抑制剂水平, 调节心肌间质纤维胶原稳态, 延缓心室重构的进程, 改善其预后^[2]。亦有研究表明黄芪、丹参水煎液可以从形态学及功能学两方面改善心肌重构进程^[3]。临证结合患者症状亦可加用补血活血之当归、益气以助行血之党参、凉血行血之赤芍等。

2.2 软坚散结以延缓进展 软坚散结法常用以治疗增生性疾病。软坚散结法具有消痰、化瘀的内涵, 治疗针对HCM之痰瘀互结之本质。张教授以此法治疗本病, 意在延缓HCM心室重构进程, 改善患者预后。临证常选用鳖甲、海藻、昆布、浙贝母、夏枯草、半枝莲等药物。昆布、海藻、鳖甲同为消痰软坚之药, 以其味咸能软坚散结, 前两者常相须为用。浙贝母有散结消痈之效, 常与海藻、昆布合用, 对痰浊之结块有良好作用; 夏枯草能散结消肿, 半枝莲清热化瘀, 针对热瘀互结之肿块能起到治疗作用, 可结合临床辨证使用。软坚散结法在治疗射血分数正常的心力衰竭患者(HFPEF)中取得良好疗效, 如以软坚散结药物为主要成分的新生脉散片可改善HFPEF患者左室功能及运动耐量^[4]。现代研究表明软坚散结类药物有良好的抗纤维化作用, 如鳖甲有调节免疫作用, 抗心肌纤维化作

[收稿日期] 2018-07-23

[基金项目] 国家自然科学基金资助项目(81774232); 第二批国家“万人计划”百千万工程领军人才项目资助

[作者简介] 施琦(1994-), 女, 硕士研究生在读, 研究方向: 中医药防治心血管疾病。

[通信作者] 张军平, E-mail: tjzhtcm@163.com。

用^[5]；海藻提取物具有限制心肌纤维化进程的作用等^[6]。

张教授在临床上以此法治疗 HCM 患者十余例，在改善患者症状及延缓疾病发展上具有一定疗效。以下附病案一则。

3 病案举例

杨某，男，60岁，2016年12月19日初诊因间断心慌、胸闷30余年，加重伴喘憋1周就诊。1985年无明显诱因出现间断心慌、胸闷，活动后加重，无胸背疼痛，于天津市某三甲医院诊断为“肥厚型心肌病”，2006年出现心房颤动，2011年出现眼前黑蒙，动态心电图提示心动过缓，于某心血管病专科医院行单腔起搏器植入术治疗。现规律服用琥珀酸美托洛尔缓释片47.5mg，每天1次；华法林钠片3.75mg，每天1次；螺内酯片20mg，每天1次；呋塞米片10mg，每天1次。常因喘憋加重，住院治疗。现症见：胸闷憋气，活动后（约步行50m）出现明显喘息，乏力，无前胸后背疼痛，偶有心慌、头晕、耳鸣等症状，肋肋部胀满，夜间可平卧。口干、口苦，纳呆食少，寐可，大便溏，每天1次，小便色黄。舌淡暗、苔白腻，脉沉细、结代。血压：130/80mmHg，心率：62次/分，律不齐。双下肢及颜面水肿。既往2011年3月患脑梗死，2011年5月脑出血，未遗留肢体活动障碍。吸烟史50余年，每天40支，现已戒。饮酒史30年，每天1两，现已戒。辅助检查：心脏超声（2016-08-24）：射血分数(EF)：52%，主动脉：32mm，左房前后径：76mm，左室前后径：50mm，室间隔厚度17.4mm，左室后壁厚度：10mm，右房前后径：75mm，右室前后径：26mm，并提示肥厚型心肌病，二尖瓣、三尖瓣中重度返流。诊断：肥厚型心肌病；心功能不全(NYHA分级心功能Ⅲ级)；心房颤动；起搏器植入术后。证型：心肺气虚，血瘀饮停证。治法：益气活血，温阳化饮。处方：炙黄芪45g，丹参、党参各30g，柴胡10g，黄芩、茯苓、猪苓、炒白术各20g，桂枝6g，法半夏5g，泽兰、葶苈子各15g。14剂，每天1剂，水煎服。

2017年1月2日二诊。服药后胸闷、憋气缓解，活动耐量改善。双下肢水肿减轻。纳差，食后胃胀，寐可。舌脉：舌红苔黄腻，脉沉细结代。处方：前方去黄芩、猪苓、桂枝、泽兰、白术、半夏，加当归、玉竹各20g，石斛30g，郁金15g，14剂，服法同前。

2017年5月8日三诊。服药后诸证得减，遂停中药。2周前因憋气加重住院治疗缓解。现胸闷、憋气时作，双下肢不肿，舌淡紫苔薄白。余症与前同。治法：软坚散结、益气活血。处方：丹参、连翘各30g，绞股蓝、昆布各10g，玉竹20g，炙黄芪、夏枯草、牡丹皮、白芍、生地黄、酒黄精各15g，砂仁6g，14剂，服法同前。中药汤剂服毕后，予上方减牡丹皮，炙黄芪增至60g，加党参15g，共7剂，加蜜500g制成蜜丸，每丸9g，早晚各服1丸，服用3月。西药用法同前。

2017年11月26日四诊。丸药服毕，舌暗红、舌根部苔

腻，脉弦细结代。余症同前。前方去夏枯草、绞股蓝、昆布、砂仁、党参、白芍，炙黄芪减至45g，加赤芍、半枝莲、浙贝母各10g，白豆蔻、葶苈子各15g，北沙参30g，炙甘草6g，共7剂，制成蜜丸（制、服法同前）以固疗效。

末次就诊后，随访至今，自服丸药起患者未再住院治疗，静息状态时鲜有胸闷、憋气，连续步行超过500m后偶有心慌，程度较轻，2018年5月复查超声心动图，EF：61%，室间隔厚度17mm，余较前无显著改变。查肝、肾功能未见异常。

按：本案患者主因劳力性呼吸困难、乏力就诊，结合影像学（超声心动，CT）表现，据2014年欧洲心血管协会发布的HCM诊断管理指南^[7]，支持诊断为HCM。且本案患者病程较长，期间出现房颤、脑梗死等并发症，在针对心动过缓这一体征，进行了单腔起搏器植入治疗，减少了因心动过缓引昏厥、猝死等风险。患者初来就诊时，在规范使用西药治疗的基础上，仍出现临床症状，此时中医以其辨证论治的优势发挥作用。患者以劳力性喘息、乏力、双下肢水肿等为主要症状，舌淡暗、苔薄白腻，脉沉细，为心气虚行血无力，水液代谢失常的表现，治疗时以益气活血、温阳化饮为主，旨在缓解症状。予益气活血之黄芪、党参、丹参，加柴苓汤，意在柴苓汤即有小柴胡之疏利少阳气血水之功，又有五苓散通阳利水之效，可使三焦得通，各脏腑气血水的运行趋于正常，浊阴得利^[8]。方中柴胡有疏肝解郁之效，可使清气之陷于阴分者，举而升之，使返其它，而中气自振，配伍黄芩清湿热；白术、茯苓、猪苓健脾以利水；泽泻易泽兰，增强化痰之效；加入桂枝温通心阳；葶苈子、半夏利水化湿，改善喘憋的症状。患者服药后，双下肢水肿、乏力等症状的到缓解，同时活动耐量较前改善。患者服药后劳力性呼吸困难、乏力等症状仍然存在，程度较前减轻，症状虽减，但患者心室重构仍在缓慢进展，此时的治疗逐步从缓解症状转变至针对病因治疗，治法侧重点从益气活血转变至软坚散结。在治疗上，在原先益气活血药物增加软坚散结之药，玉竹、丹参拟玉丹荣心丸之义，有益气养阴、活血化痰之效，以图发挥保护心肌的作用，石斛、生地黄、黄精、牡丹皮亦为其意。在本案患者治疗过程中，患者因症状缓解而停药，出现病情反复而住院治疗，故近几次就诊过程中，张教授在患者症状缓解后，将汤药改为蜜丸，一则增加患者服药的依从性，二则意在本病为慢性疾病，需长期治疗，以丸药缓之。就本患者而言，此法明显改善患者症状，改善患者活动耐量，并减少患者住院次数；结合患者检查、化验等结果，认为本法在延缓心室肥厚进程上具有一定意义。

【参考文献】

- [1] 王怡璐. 肥厚型心肌病临床异质性的遗传及环境因素[D]. 北京: 北京协和医学院, 2013.
- [2] 付蓉, 杨冬花. 益气温阳活血方对慢性心力衰竭患者金

- 属基质蛋白酶抑制作用的研究[J]. 新中医, 2011, 43(2): 18-19.
- [3] 王新东, 祁晓霞, 卞勇, 等. 黄芪丹参水煎液抑制 ISO 诱导的大鼠心肌重构及其下调 STIM1, TRPC1, CaN 和 NFATc3 表达的机制[J]. 中国中药杂志, 2017, 42(14): 2738-2743.
- [4] 黄芪, 张运, 郑颖. 新生脉散片对射血分数正常心力衰竭患者心血管危险因素的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12(1): 20-21.
- [5] 邓志刚, 陈静, 叶小汉, 等. 软坚散结方对颈动脉粥样硬化治疗的临床观察[J]. 中医临床研究, 2012, 4(10): 19-20.
- [6] Manzo-Silberman S, Louedec L, Meilhac O, et al. Therapeutic potential of fucoidan in myocardial ischemia[J]. Journal of Cardiovascular Pharmacology, 2011, 58(6): 626-632.
- [7] Elliott PM, Anastakis A, Borger MA, et al. 2014 ESC Guidelines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy: The Task Force for the Diagnosis and Management of Hypertrophic Cardiomyopathy of the European Society of Cardiology (ESC) [J]. Eur Heart J, 2014, 35: 2733-2779.
- [8] 任晓晨, 张军平. 顽固性高血压病从浊阴论治[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(6): 1752-1754.
- (责任编辑: 吴凌, 李海霞)

杨志敏运用“气机升降相因”论治疗阳虚痰瘀鼾眠

麦润汝¹, 周袁申² 指导: 杨志敏

1. 广州中医药大学第二附属医院芳村分院睡眠障碍科, 广东 广州 510145

2. 广州中医药大学第二附属医院总院重症医学科, 广东 广州 510120

[关键词] 鼾眠; 气机升降相因; 阳虚痰瘀

[中图分类号] R249.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2019) 02-0299-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.02.093

阻塞性睡眠呼吸暂停综合征(OSAHS)目前在全世界发病率很高^[1], 而且容易对其他的疾病产生潜在的危害, 可以说 OSAHS 也是心脑血管疾病的其中一个独立危险因素^[2-4], 其患病率、病死率逐年上升, 在中医方面以鼾眠为名, 患者通常有白天嗜睡、睡眠时严重打鼾和反复的呼吸暂停现象。杨志敏教授, 主任医师, 博士生导师, 中国中医科学院中青年名中医、广东省名中医。全国老中医药专家学术经验继承人, 师承国医大师颜德馨教授、邓铁涛教授、张学文教授、樊正伦教授。杨志敏教授重视天人相应, 因时、因地、因人对患者进行针对性治疗。擅长运用圆运动的学术理论及扶阳法治疗阳虚型睡眠障碍。笔者师从杨志敏教授 12 年, 目前致力于阳虚型睡眠障碍的中医药治疗及研究。杨志敏教授运用“气机升降相因”论治疗阳虚痰瘀轻度 OSAHS, 重视调畅气机的升、浮、降、沉, 同时还关注患者的体质禀赋、心理性格特征, 认为此病病机是脾肾阳虚为本, 痰瘀互结为标, 通过调节阳气在体内的运行化

生, 从而来治疗阳虚痰瘀鼾眠。

1 病因病机

根据既往研究, 目前针对鼾眠有较为统一的观点, 病机总属营卫不调、气机升降失常, 气道壅塞不利, 邪扰神机发为鼾眠^[5]。病因不外乎外感和内伤, 以内伤多见。包括情志失调, 心脾受损, 而致郁火内盛, 气机枢机不利; 或是邪毒化热内郁, 导致肺气壅塞; 或是肥胖体质, 脾胃运化不足, 痰湿内蕴, 郁而化热; 又或是肝胆之热上扰清窍, 导致热气壅闭气道所致。可以说鼾眠为本虚标实之证, 或虚实夹杂。本虚有气虚、阴虚、阳虚, 标实有痰浊、湿热、瘀血、气滞。

2 阳虚痰瘀鼾眠的病因病机

2.1 阳气虚耗, 阴阳转化失司 近几十年来对鼾眠的临床研究, 多是对以痰湿阻滞为核心病机的传统辨证论治思路的验证, 验之于临床, 尽管能取得一定疗效, 但往往疗效不稳定, 从长期疗效观察来说也欠佳。

[收稿日期] 2018-10-27

[基金项目] 广东省中医药局基金项目 (20171119)

[作者简介] 麦润汝 (1982-), 女, 主治医师, 研究方向: 心理睡眠。

[通信作者] 杨志敏, E-mail: yangyo@vip.tom.com。