

姜丽红辨治慢性心力衰竭经验总结

★ 韩叶¹ 姜丽红² 刘兆政² (1. 长春中医药大学 长春 130117; 2. 长春中医药大学附属医院 长春 130021)

[摘要] 姜丽红认为慢性心力衰竭病机关键为气阳虚为本, 瘀水阻络为标, 心阴不足贯彻始终。治疗方面提出“非常 5+1”原则, 即在西药“新五联”的基础上应用中药, 除应用温阳化瘀利水的中药外, 还重剂应用益气敛阴类药物, 如黄芪和山茱萸的大量应用, 临床疗效较好。

[关键词] 慢性心力衰竭; 姜丽红; 中药辨治; 验案

中图分类号: R256.42 文献标志码: A DOI: 10.20141/j.0411-9584.2025.03.08

心力衰竭 (heart failure, HF) 是一种由于心脏泵血功能失常引起的疾病, 导致心脏不能满足全身基础代谢的需要, 主要症状包括呼吸困难、活动受限和体液潴留等^[1]。慢性心力衰竭 (chronic heart failure, CHF) 是一种持续存在的心力衰竭状态, 有稳定、恶化或失代偿的不同阶段。治疗心衰的最终目标不仅要改善患者症状、提高患者生存质量, 还要延缓心肌重塑的发展, 降低心衰患者的住院率和死亡率^[2]。目前西医临床治疗心衰的基础方案是“新五联”^[3], 分别是醛固酮受体拮抗剂、 β 受体阻滞剂、肾素-血管紧张素系统抑制剂、钠-葡萄糖协同转运蛋白 2 抑制剂、可溶性鸟苷酸环化酶刺激剂, 经过西医规范化治疗患者的生活质量相对提高, 但仍存在很多临床问题, 例如严重的血压偏低、药物的不耐受等^[4]。近年来, 中医药治疗 CHF 有大量的临床报道及循证证据, 证实应用中医药治疗可以在标准化治疗基础上进一步降低心衰再住院率, 弥补西医治疗的不足。姜丽红教授针对终末期心衰患者应用中药治疗取得了较好疗效, 明显降低患者再住院率, 提高其生活质量, 并对 CHF 病机及用药有独到的认识。

姜丽红教授从事中医临床工作 37 年, 擅长应用中药治疗 CHF, 临床治疗 CHF 屡获佳效, 深受患者信赖, 提出了“非常 5+1”原则, 在规范化西药治疗基础上进行中药辨治, 加予重剂益气敛阴类中药治疗, 现将姜丽红教授治疗 CHF 思路和方法进行总结, 并附 2 则验案以供临床参考。

1 病因病机

HF 属于古医籍中“心胀”“心痹”的范畴, 最

早见于《内经》^[5]的“劳则气耗”, 《景岳全书》的“急促似喘”等症。病机方面, 《金匱要略》记载:“凡食少饮多, 水停下, 甚者则悸, 微者短气。”另有明代刘纯在《伤寒治例》中提到“气虚停饮, 阳气内弱, 心下空虚, 正气内动而为悸也”, 其本质为气阳虚。而《金匱要略》中也提到了水停为心衰的重要病机, 根据 CHF 的临床表现, 多数专家学者认为本病病机以气阳虚为本, 血瘀水停为标。

姜丽红教授认同以上观点的同时又有其独到的认识, 对于顽固性 CHF, 它的病机不单单是气阳虚衰、瘀水阻络, 同时心阴不足贯彻始终。气是生命的原动力, 心主血脉, 靠气以动, 阳虚为气虚之渐, 气虚日久则发展为阳虚, 阳不化气, 气不帅血, 津血不行, 则内聚外渗, 故而为瘀为饮。津血同源, 血行瘀滞则津血不足; 阴阳互根互用, 阳生阴长, 阳损及阴则心阴同样不足; 汗为心之液, 心阳衰极患者心阴不固, 汗液外泄, 导致心阴不足。另外, 患者反复住院长期使用利尿剂, 或者因感染使用抗生素等苦寒之品进一步损伤阴液, 继而阴损及阳, 加重阳气的虚衰, 最终呈现阳损及阴而又阴损及阳的阴阳互损的病理变化。故 CHF 反复急性发作的患者不单气阳虚衰, 阴虚也伴随始终。

2 治疗原则

姜丽红教授针对 CHF 的治疗提出了“非常 5+1”原则, 即指规范化给予“新五联”的西药治疗, 这五类药物是呋塞米、螺内酯、达格列净、沙库巴曲缬沙坦片、维立西呱片, 协同中药的应用, 重剂给予益气养阴类药物, 中西医结合, 改善患者症状, 提高用药疗效。

基金项目: 吉林省科技发展计划项目 (20230203069SF)。

通信作者: 姜丽红, 博士, 教授, 主任医师, 博士生导师。E-mail: jianglihong007@163.com。

中医用药原则方面,有以下分析,本病临床多以气虚血瘀水停为主要病机,治疗多以益气、化痰、活血、利水为主。姜丽红教授治疗本病应用中药时基于以上原则,又重点着眼于给予重剂益气敛阴药。气阳虚衰是顽固性 CHF 之本,故益气温阳为治本之大法,气足方可推动血液运行,阳气充沛才能使机体功能正常。心衰患者由于心阳虚衰导致瘀血阻络,水饮内聚外渗,《金匱要略·水气病脉证并治》中提到“血不利则为水”,津血同源,二者互化,故治心衰之标实,即化痰才能利水。气行则血行,由于气虚可以导致气滞,血瘀阻碍气机,化痰不能单纯活血,也要佐以行气之品才能气机通畅,瘀血得散。

姜丽红教授治疗本病时基于心衰的病机特点,益气温阳、化痰利水的同时,更要固护心阴,育阴才能利水。如顽固性心衰患者,反复应用强心利尿,有效血容量不足,外周水液潴留,高度浮肿,心悸喘而不得卧,大剂量利尿剂已无效,这类患者用药要注重救阴以敛阳,育阴以利水。

3 用药特点

姜丽红教授临床治疗 CHF 患者的基础方药为黄芪、人参(或党参或红参)、山茱萸、益母草、白术、茯苓、枳实、麦冬、大腹皮、毛冬青、桂枝、白芍等。中医治病疗效的根本首先取决于辨证的准确,其次在于用药的剂量,即仝小林院士提出的“重剂起沉疴”^[6]。姜丽红教授临床治疗 CHF 患者在上述基本方基础上,根据病气阴阳津虚损程度决定用药量。逐步加大药物剂量,以求药物发挥作用,改善症状。

黄芪味甘性温,入肺脾两经。《本草纲目》言,黄芪甘温纯阳,可补诸虚不足,益元气;《素问·玉机真藏论》言“心受气于脾,传之于肺”。黄芪为补气要药,肺气足则辅心以行血,脾气健旺,化源充足,气充血盈,心神才能得养,所以治疗心衰患者益气首选黄芪,用量从 20 g 逐渐增加至 120 g,只有重剂才能发挥其益气功效。

人参味甘,归肺、脾、心、肾经,大补元气,复脉回脱,补脾益肺,生津养血。《神农本草经》言其“主补五脏”,《本草经疏》言人参能“回阳气于垂绝,却虚邪于俄顷”,《本草征要》亦言“人参得阳和之气,参回元气于垂亡,气足则神安,正旺则邪去”。如心阳虚甚者选用红参。

有多项临床研究证明,基础方中的其他药物也可以治疗心衰,其中人参通过增强心衰患者心功能,降低人体内神经内分泌因子的表达治疗心

衰^[8],还有网络药理学方面研究以及临床研究证明人参能够治疗心衰^[9];益母草的作用是活血利尿,有研究表明益母草内有效成分能够抑制心衰大鼠模型的心肌重构^[10];大腹皮行气利水;麦冬养阴生津、润肺清心,有临床试验表明麦冬提取物可以抑制心衰大鼠心肌组织凋亡^[11];桂枝、白芍对药组合可以调和营卫,《中医名言通解》记载:“心之体主静,本阴也;其用主动,则阳也。”^[12]营卫之气互相为用,营滋心阴、卫温心阳。白术、茯苓健脾利湿,参术芪相配正合实脾气以益心气之意。枳实下气行滞,以防参术芪之壅滞气机。毛冬青既可活血通络,又可解水饮、瘀血蓄久产生的浊毒。临床治疗 CHF 的基本组方不只注重益气敛阴,还不忘活血化瘀、温阳利水。

4 验案举隅

4.1 验案一

患者周某,女,43岁,2023年6月20日就诊于长春中医药大学附属医院心病科门诊。因呼吸困难、喘促3年,加重伴气短1个月就诊。推入诊室,精神状态欠佳,面色发黑。症状:呼吸困难,喘促,乏力,口干口渴,汗出,手足心热,面色黑,舌质紫暗,苔少,脉沉弱。查体:血压 152/97 mmHg,心率 92 次/min,右下肺呼吸音减弱,左下肺可闻及干湿啰音,未闻及哮鸣音,右下肺语音传导减弱,心脏相对浊音界扩大,胸骨左缘 3—5 肋间可闻及 3/6 级收缩期杂音,腰骶部重度水肿。患者此前因 HF 反复住院治疗,既往有肺动脉高压病史,心脏瓣膜病病史。心电图提示:窦性心律。脑利钠肽:10 400 ng/mL。自备吉林大学中日联谊医院心脏彩超:双房增大,肺动脉高压,估测肺动脉压 54 mmHg,二尖瓣重度、三尖瓣中度、肺动脉瓣轻度关闭不全,左室射血分数 30%,左室舒张末内径 55 mm,左房 43 mm × 42 mm × 60 mm。西医诊断:心力衰竭(心功能 IV 级),肺动脉高压,心脏瓣膜病(二尖瓣重度关闭不全,三尖瓣中度关闭不全)。中医诊断:心水病(气阴两虚血瘀证)。在西医规范用药基础上给予中药汤剂口服治疗,治则以益气养阴、化痰利水为主。予自拟方:黄芪 60 g,山茱萸 60 g,生白术 20 g,丹参 30 g,益母草 30 g,地龙 10 g,土鳖虫 10 g,僵蚕 10 g,蝉蜕 10 g,降香 10 g,猪苓 15 g,茯苓 30 g,泽兰 10 g,毛冬青 30 g,大腹皮 30 g,玉米须 30 g。7 剂,水煎服,每日 1 剂,早晚饭后分服。

2023 年 6 月 27 日二诊:患者呼吸困难、喘促稍减轻,但活动后上症加重伴乏力。在原方基础上调整中药用量,加大黄芪、山茱萸用量,黄芪 100 g、

山茱萸 120 g, 加红景天 15 g。7 剂, 煎服法同上。分析患者仍有乏力, 以气阴两虚为主, 所以加大黄芪用量来补肺脾之气, 加大山茱萸用量来补肝肾, 诸脏并调。

2023 年 7 月 4 日三诊: 患者呼吸困难、喘促明显减轻, 腰骶部轻中度水肿, 但活动量仍然不大伴乏力。黄芪用量加到 120 g, 7 剂, 煎服法同上。分析患者仍然乏力, 考虑所补之气不够充足, 继续加大黄芪用量以求提高患者运动耐量。

此后守方益气养阴为主调体巩固治疗 1 月余, 诸症好转。2023 年 8 月 25 日于长春中医药大学附属医院查心脏彩超示: 左室射血分数 41%, 左室舒张末内径 52 mm, 左房内径 52 mm × 40 mm × 40 mm, 二尖瓣少量返流, 三尖瓣及肺动脉瓣微量返流, 肺动脉压未见明显异常。此后继续守方治疗 4 个月, 半年后随访, 2024 年 6 月患者于长春中医药大学附属医院复查心脏彩超示: 左室射血分数 60%, 左室舒张末内径 40 mm, 左房内径 38 mm × 31 mm × 52 mm。患者用药依从性良好, 无明显不适, 射血分数及左室舒张末内径均在正常范围内, 无心脏瓣膜关闭不全情况, 且未再住院。

按: 患者用药后期出现的症状为乏力、口干、汗出、怕热等, 可以看出其病机是以气阴两虚为主, 根据卫气营血理论, 患者心气不足则卫气所伤, 心阴不足则营血不足, 则着重补气血, 用药过程中进行中药辨治逐步增加药量, 主要是加大黄芪和山茱萸用量, 达到营卫平衡的状态。

4.2 验案二

患者刘某, 男, 60 岁, 2023 年 11 月 21 日就诊于长春中医药大学附属医院心病科门诊。因喘促、气短 6 年, 加重 7 d 就诊。扶入诊室, 精神状态欠佳。症状: 喘促, 气短, 乏力, 口干口苦, 怕冷, 纳食不佳, 眠差, 不易入睡, 双下肢轻度水肿, 舌质紫暗, 脉沉细弱不齐。查体: 血压 112/79 mmHg, 心率 74 次/min。患者反复出现胸腔积液。自备吉林大学第四医院心彩超示: 左心室 68 mm, 射血分数 34%。西医诊断: 心力衰竭(心功能 III 级); 中医诊断: 心水病(阳气亏虚血瘀证)。在西医规范用药基础上给予中药汤剂口服治疗, 治则以益气温阳、化痰利水为主。予自拟方: 黄芪 60 g, 山茱萸 30 g, 桂枝 15 g, 白芍 15 g, 生姜 15 g, 红参 10 g, 琥珀 5 g, 葶苈子 20 g, 大枣 15 g, 玉竹 20 g, 防己 15 g, 酸枣仁 20 g。10 剂, 水煎服, 每日 1 剂, 早晚饭后分服。

2023 年 12 月 2 日二诊: 患者诸症有所减轻, 但

乏力仍见, 考虑以气虚、阳虚为主。在原方药基础上加大黄芪用量至 80 g, 山茱萸用量至 60 g, 以求补气、补肝肾、阴阳同调。服上方每日 2 次, 10 d 后症状明显好转, 分析姜教授在治疗此患者时, 所遵循的方法与验案一类似。

此后守方仍以益气温阳、阴中求阳、阴阳同调为主调体巩固治疗 5 个月, 诸症好转。2024 年 5 月 28 日, 患者仍有双下肢轻度水肿伴乏力, 此时加大黄芪用量为 90 g, 山茱萸用量为 80 g, 加丹皮 15 g, 诸症均有缓解。

按: 患者因气虚不足出现乏力, 阳虚则水泛, 治疗上补气利水同时要顾护阴液, 所以加大黄芪及山茱萸用量, 以达益气养阴利水的目的, 继续守方治疗 2 个月。2024 年 7 月 16 日就诊, 自备吉林大学第四医院心彩超示: 左心室 55 mm, 射血分数 57%, 患者规律口服中药半年余, 目前仍规律服药, 根据目前症状以及辅助检查可见患者的生活质量明显提高, 获益于中西医联合治疗。本案患者始终伴随乏力、怕冷症状, 可以看出其以阳虚为主, 着重补气, 酌情补阴, 阴中求阳, 以求阴阳平衡, 同样也是加大黄芪和山茱萸用量, 同时应用桂枝以求温阳。

5 讨论

上述 2 则医案患者的病机均是气阳虚为本, 瘀水阻络为标, 心阴不足贯彻始终, 治疗均以益气温阳、化痰利水、补其心阴不足为法, 具体根据患者病机偏重以及每次复诊的症状变化, 酌情应用重剂益气敛阴类药物来调整机体。2 则医案中的患者均是以 CHF 反复发作而治疗未见明显改善为特点, 临证中以中医整体观为主要视角, 侧重观察不同时期的病情症状变化, 在西医规范化治疗基础上, 气虚则重剂益气, 阴阳不足则重剂以调阴阳, 随证变化。

古有“中医不传之秘在于量”之说, 中药的剂量是决定其临床疗效的关键因素。有文章总结分析黄芪的用量, 在东汉、宋金元明清等时期应用剂量大多在 17.8~69 g^[13]。名老中医黄芪用量大多数在 30~90 g, 例如朱良春教授常以黄芪配伍地龙治疗慢性肾炎, 其用量一般在 30~60 g^[14]。方药量效研究委员会专家黄煌常用黄芪用量范围一般在 15~60 g, 以 30 g 为常用剂量。文献中对于山茱萸用量也有记载, 在经典名方中, 或是名老中医, 或是方药量效研究委员会专家以及现代医家, 临床应用山茱萸用量为 6~74.6 g^[15]。观察临床, 部分患者需要进行重剂的应用, 才能得到显著的治疗效果。

姜丽红教授治疗本病的特点是应用重剂益气

敛阴类药物,整体辨证,诸脏同调,改善患者心功能,调整机体阴阳以及卫气营血的不平衡,临床取得良好的疗效,优势在于中医药治疗的加入,能够使患者减少反复住院次数,降低再住院率,但在中药用量上,往往需要逐步递增剂量才能够取得很好的疗效。

参考文献

- [1] 李世军. 老年心力衰竭流行病学和病理生理学及预后的研究进展 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2021, 23(3): 318-320.
- [2] 于凤菊, 殷璇. 慢性心力衰竭患者自我护理行为的研究进展 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2022, 10(16): 43-45.
- [3] 许顶立, 宋霖. 《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024》解读 [J]. 临床心血管病杂志, 2024, 40(6): 437-439.
- [4] 杨玉. 益心方加减治疗慢性心力衰竭的临床研究 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2023.
- [5] 张艳, 礼海, 王彩玲. 浅谈慢性心衰中医病名病机研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(1): 12-13.
- [6] 陈鹏辉, 杨才佳, 顾成娟. 全小林院士治疗慢性心力衰竭验案 1 例 [J]. 吉林中医药, 2024, 44(4): 431-433.

- [7] 陈东浪, 邹培源, 林铭健. 人参对心力衰竭患者心功能、神经内分泌因子影响的研究 [J]. 中国医药科学, 2020, 10(23): 100-102, 173.
- [8] 胡小鹰, 马允慰, 陈汝炎, 等. 黄芪注射液对猫心功能和血液动力学的影响 [J]. 南京中医学院学报, 1988(3): 28-29.
- [9] 张伟, 张艳, 李娜, 等. 基于网络药理学探讨人参治疗心力衰竭的作用机制 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(6): 102-106.
- [10] 王天光, 陈泽伦, 赵朝阳, 等. 益母草碱抑制 ERK/NF- κ B 信号通路对心力衰竭大鼠心肌细胞凋亡的影响 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2023, 21(12): 2176-2180.
- [11] 姜世超, 宋彦洁, 崔国方. 麦冬提取物对心力衰竭大鼠心功能的影响 [J]. 中国临床药理学杂志, 2023, 39(1): 52-56.
- [12] 段逸山, 马凤岐, 王庆其, 等. 中医名言通解 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2018.
- [13] 王青, 赵林华, 邸莎. 黄芪的临床应用及其用量探究 [J]. 吉林中医药, 2018, 38(12): 1450-1454.
- [14] 朱步先, 朱胜华, 蒋熙. 朱良春用药经验集 [M]. 2 版. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2007.
- [15] 邸莎, 杨映映, 赵林华, 等. 山茱萸的临床应用及其用量探究 [J]. 吉林中医药, 2018, 38(12): 1454-1457.

(收稿日期: 2024-09-23) 编辑: 宋超

(上接第 24 页)

参考文献

- [1] 吴勉华, 王新月. 中医内科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 229-231.
- [2] 柯琴. 伤寒来苏集 [M]. 北京: 学苑出版社, 2009.
- [3] 胡希恕. 胡希恕伤寒论讲座 [M]. 北京: 学苑出版社, 2008: 462.
- [4] 尾台榕堂. 类聚方广义 [M]. 北京: 学苑出版社, 2009: 220-221.
- [5] 黄帝内经素问 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [6] 张志聪. 黄帝内经素问集注 [M]. 北京: 学苑出版社, 2011: 401-402.
- [7] 李冠仙. 知医必辨 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1984: 12.
- [8] 叶天士. 临证指南医案 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 133.
- [9] 黄元御. 四圣心源 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2010: 66.
- [10] 唐容川. 血证论 [M]. 北京: 学苑出版社, 2012: 11.
- [11] 吴崑. 医方考 [M]. 北京: 学苑出版社, 2013: 121.
- [12] 李培生, 刘渡舟. 伤寒论讲义 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 182.
- [13] 黄波, 凌云. 黄煌运用经方辨治胃肠病经验 [J]. 上海中医药杂志,

- 2021, 55(11): 1-6.
- [14] 汤本求真. 皇汉医学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019: 189-190.
- [15] 马亚会, 马士才, 连建伟, 等. 连建伟教授调和肝脾法临床应用验案举隅 [J]. 浙江中医药大学学报, 2017, 41(5): 378-380.
- [16] 王海燕, 罗日永, 黄献华. 浅谈四逆散治疗胃肠道疾病 [J]. 新中医, 2007, 38(5): 68-69.
- [17] 张璐. 伤寒缵论 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 87.
- [18] 陈润东. 神农本草经大字诵读版 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2014: 55.
- [19] 李东垣. 脾胃论 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 7-8.
- [20] 陈藏器, 尚志钧. 《本草拾遗》辑释 [M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2002: 449-450.
- [21] 黄宫绣. 本草求真 [M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2015: 29.
- [22] 王好古. 汤液本草 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 127.
- [23] 陆渊雷. 伤寒论今释 [M]. 北京: 学苑出版社, 2008: 415.

(收稿日期: 2024-09-10) 编辑: 李丛