

◆医案感悟杂谈◆

从肝论治高血压左心室肥厚

贾小庆

广东省中西医结合医院心血管内科, 广东 佛山 528200

[关键词] 高血压左心室肥厚; 中西医结合疗法; 补肝平肝; 祛瘀化痰; 从肝论治

[中图分类号] R541.3 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2015) 08-0294-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.134

高血压左心室肥厚是在高血压左心室后负荷升高状态下, 为减少室壁张力, 维持心脏功能, 代偿出现的心肌肥厚。左心室肥厚是导致心肌梗死、心力衰竭、心律失常、猝死等心血管事件的独立危险因素, 一旦临床确诊为左心室肥厚, 则预后较差^[1], 因此, 高血压的治疗不仅要降压, 而且必须预防和逆转左心室肥厚的发生和发展, 从而减少心血管事件。目前在临床上广泛使用的血管紧张素转换酶抑制剂类和血管紧张素受体拮抗剂类药物, 能够改善左心室重构, 延缓心肌肥厚的发生、发展, 但心肌肥厚和心力衰竭的流行仍远未达到理想的控制^[2], 中医药防治高血压心脏病历史悠久, 并具有自己独特的优势, 笔者结合自身临床经验, 浅谈如下。

1 中西医结合诊治思路

中医学认为, 肝主疏泄、藏血, 性喜条达, 能调节情志, 疏通气机; 心主血脉、神志, 二者均与精神、情志活动及气血有关, 其心血之运行有赖于肝气之疏泄功能的协调。《血证论》曰: “肝属木, 木气冲和条达, 不致郁遏, 则血脉得畅。”《医宗必读》曰: “肝者, 将军之官, 位居膈下, 其系上络心肺。”故有“肝气通于心”之说。临床大部分高血压左心室肥厚患者均有不同程度的精神或情志因素影响, 成为直接或间接的发病诱因, 病后可见肝气郁结, 痰瘀互结之表现。其基本病机为肝失疏泄条达, 肝气郁结, 致气郁血瘀, 或肝郁化火, 肝阳偏亢, 上扰清窍致头痛、面红目赤等, 内灼津凝痰, 壅遏气血, 心血瘀阻, 脉道不通致胸闷、胸痛、心悸、心慌。即《内经》所谓之“肝心痛”。以此奠定了“从肝论治高血压左心室肥厚”的理论根据, 本病在中医学上根据症状分类归属于心悸、怔忡、心痹、水肿、喘证、心衰等范畴, 高血压左心室肥

厚的治疗, 宜中医药整体治疗与西医的靶点治疗相结合, 相得益彰, 中西医在逆转心室重构有共性作用, 中医药在抗自由基、改善患者的整体症状、防止反复发作加重、减轻西药副作用、提高生活质量、延长心衰患者生存期等方面优于西医, 西医则长于稳定血流动力学、控制心室率等方面。中西医优势互补, 屡获奇功, 中医立法, 多以肝郁、痰饮、瘀血、阳气不足立论, 辨明病位, 详审病机, 达到中西医结合, 优势互补治疗之效。

2 病因病机

2.1 以肝虚为本立论 该病为虚实相兼之症候, 病位主要在于心、肝, 而又以肝为主。《内经素问吴注·大奇病篇》将心肝二者在血液运行和贮藏上的协同作用概括为“心为生血之源, 肝为藏血之脏”。肝血不足, 则心失所养, 心血亦虚。临床上常见肝血不足者出表现头晕目眩、爪甲不荣等肝血虚的表现外, 多兼有心悸、失眠等心血亏虚的表现。此外肝气亏虚, 肝气郁结, 肝失疏泄, 可导致血液运行障碍, 气滞血瘀。《素问·举痛论》有云: “百病生于气……肝气郁结, 畅达失职, 心脉失调, 筋脉拘急, 血流受阻, 则胸痹而痛。”

2.2 痰瘀邪实为标 本病以肝虚为主, 本虚标实, 邪实以痰饮、血瘀多见, 其中又以痰饮为主, 风火痰瘀诸邪在体内日久化火扰动肝阳, 所致肝火上炎; 或火热灼伤阴液, 阳亢耗阴所致的肝阳上亢。或色欲过度, 劳伤肝肾, 阴精亏损, 阴虚则阳浮, 虚火内生, 脉络受损, 日久成瘀; 如阴损及阳, 阳不制水, 水湿内停, 则水泛为痰。本病最终引致气血阴阳亏虚, 变生水饮、痰、瘀, 渗注血脉, 输布阻滞, 变为毒邪, 导致心衰顽固难治, 迁延难愈, 与气血阴阳虚损互为因果, 成为心衰标本病机的重要组成部分。

[收稿日期] 2015-06-17

[作者简介] 贾小庆 (1968-), 男, 主任医师, 研究方向: 心脑血管病。

3 治则治法

本病的治疗必须重点调补肝肾,平肝潜阳,化痰祛瘀。病变早期以阴损痰火为主,临床多见阴虚阳亢,尤其多见肝火、肝阳、肝风之证夹痰瘀,后期阴损及阳,多见阴阳两虚(包括气阴两虚)、瘀血内阻等,症状错综复杂。临证予自拟平肝祛瘀方加减施治:钩藤20g,天麻、制鳖甲、丹参、薤白、泽泻各15g,杜仲、水蛭、桂枝各10g。兼夹痰浊加橘络6g,僵蚕10g以祛痰化浊;肝阳偏亢加石决明、杭菊、夏枯草各10g以平肝清肝;偏肝阴虚加太子参15g,白芍、麦冬各10g,五味子6g以益气养阴;夜寐不安加柏子仁6g,珍珠母10g,茯神15g以清肝宁心安神。本方治以平肝潜阳祛痰化瘀为大法。以天麻、杜仲、制鳖甲补肾养肝,平肝潜阳,钩藤清肝平肝。配以桂枝益养心阳,薤白通阳散结化痰,配以丹参、水蛭化痰通络;诸药合用,使肝气条达,气血调和,血脉通畅。临床诸多验证,肝气郁结或肝郁化火、肝阳偏亢所致气郁血瘀、心血瘀阻之胸痹证,从肝论治,效如桴鼓。

4 医案举例

吴某,女性,56岁,因“头晕25年,反复胸闷心悸气促6年,加重1周”于2014年1月来诊,既往有高血压病史,血压最高达182/110 mmHg,6年前因胸闷心悸在某医院住院检查发现高血压性心脏病,心脏彩超提示:左室内径(D)56 mm,左室内径(S)47 mm,左室后壁厚13 mm,室间隔厚15 mm,EF 51.8%,给予西药卡托普利片、辅酶Q10片等治疗均能缓解。1周前再次发作,上楼梯气促加重,伴双下肢浮肿,予西药治疗无效,来诊时拒绝住院,症见眩晕,胸闷气促心悸不宁,面红目赤,急躁易怒,腰膝酸软,口苦咽干,舌瘀暗、苔黄腻,脉细数等。查体:BP 170/110 mmHg,呼吸每分钟20次,脉率每分钟85次,面色红,双肺无闻及干湿啰音,心界向左下扩大,主动脉瓣区第二音增强,可闻及3/6级收缩期杂音,心率每分钟102次,心律快慢强弱绝对不规则,腹部软,无压痛无反跳痛,腹部肠鸣音正常。化验:血红蛋白102 g/L,红细胞 $3.52 \times 10^{12}/L$,白细胞 $15 \times 10^9/L$ 。血清谷丙转氨酶95 U/L。心电图:快速房颤伴室内差异性传导,左心室肥大,心肌劳损。超声心动图:二尖瓣中度关闭不全,主动脉瓣轻度关闭不全,左心室增大、室间隔增厚,EF 48%。西医诊断:高血压病(3级,极高危),高血压心脏病,心律失常(快速心房颤动),左心扩大(心功能Ⅱ级)。中医诊断:心悸(肝阳上亢,痰瘀内阻)。本患者高血压心脏病,左心室肥厚,宜中西医结合治疗,西医予盐酸胺碘酮片纠正心律,单硝酸异山梨醇酯片扩张冠脉血管,血管紧张素转化酶抑制剂贝那普利片降压,减轻心肌重构,延缓心肌肥厚,氢氯噻嗪片减轻容量负荷,本患者为高血压心脏病病人,病机为肝肾亏虚,肝阳上亢,血瘀痰饮互结,本虚标实,当标本同治,治疗上以平肝潜阳、行气祛瘀化痰为法,处方:天麻、桑寄生、制鳖甲、薤白、泽泻各15g,杜仲、桂枝、水蛭、郁金、石决明、杭菊、

夏枯草各10g,钩藤20g,香附6g。用药7剂后,患者眩晕消退,纳食增加,胸闷、气促、心悸不适等症状好转,可耐受日常行走活动,痰瘀渐化,气机通达,但患者眠差,梦多纷扰,为防止凉药伤阳,去杭菊、夏枯草,加茯神15g渗湿健脾、宁心安神,处方7剂,余继续原西医治疗方案。三诊,患者用药后症状基本缓解,偶有轻度心悸胸闷,无气促,纳食继续好转,四末麻木,不耐劳累,过度劳累后时有心悸气促,舌淡红、苔薄白腻,脉结代。考虑患者不耐劳累乃肝肾亏虚为主,肝虚气郁,气机失于调达,气郁血瘀,见肢末麻木,治疗加用当归、川芎,增强活瘀之功,处方:钩藤、制鳖甲、天麻、桑寄生、薤白、泽泻、当归、川芎各15g,桂枝、杜仲、郁金、水蛭各10g,香附6g,炙甘草5g,生姜3片。予7剂,西药继续予贝那普利片、氢氯噻嗪片、单硝酸异山梨醇酯片、胺碘酮片治疗。患者此后一直门诊定期复诊,症状无再发作,随访半年来生活起居可以自理,上楼梯无气促胸闷,复查EF 69%,心功能改善,无住院治疗。

5 体会

痰瘀是导致高血压左心室肥厚以及其它并发症的重要病理机制,高血压患者多在肝肾亏虚基础上,因情志不和,肝气郁滞,血液运行不畅,以致瘀血内阻,《灵枢·胀论》:“血不利则为水”,水湿易凝聚成痰,加上高血压患者多肥腻饮食,痰湿内蕴,从而痰浊瘀血互结,阻遏脉道而发病。《素问·阴阳应象大论》云:“血实宜决之,气虚宜掣引之”。《临证指南医案》云:“下虚者必从肝治,补肾柔肝,育阴潜阳,镇摄之治是也”。运用平肝祛瘀方加减施治,在平肝潜阳、滋补肝肾的基础上,加用活血利湿祛痰药物以及西药血管紧张素转化酶抑制剂不仅有效控制血压,而且减少了心脏等靶器官的损害,逆转高血压导致的左心室肥厚。

自拟平肝祛瘀方(天麻、杜仲、钩藤、制鳖甲、丹参、水蛭、薤白、泽泻、桂枝)治疗高血压左心室肥厚,诸药合用,平肝潜阳,祛瘀化痰。方中以天麻、杜仲、制鳖甲补肾养阴,平肝潜阳。配以桂枝益养心阳,钩藤平肝,配以丹参、水蛭、泽泻、薤白等化痰通络祛瘀之品,改善心肌细胞和血管的重构,缓解心肌间质细胞纤维化,达到逆转左心室肥厚,改善左心室舒张功能之目的。现代药理研究发现水蛭有明显扩张冠状动脉,增加心肌营养性血流量,消退主动脉粥样硬化斑块,改善微循环,降低血压,抗凝、抗血栓等作用。郭自强等^[9]发现丹参素能抑制血管紧张素-1引起的培养心肌细胞总蛋白含量及直径的增加,其效果与血管紧张素-1受体I型阻滞剂氯沙坦相似,丹参能抑制自发性高血压鼠(SHR)左心室肥厚的形成,并使心肌组织ATIR表达减少;降低心肌细胞内的钙离子水平;抑制心肌成纤维细胞的增殖和胶原合成等机制来预防左心室肥厚。钩藤对高血压鼠的左心室肥厚的逆转作用,实验还观察到钩藤治疗组心肌组织中原癌基因c-fos的表达明显受到抑制,已肥大的左室明显缩小。唐咸玉等^[40]观察薤白对高血压

大鼠左心室肥厚心肌 ras 原癌基因表达的影响, 结果发现活血祛痰法抑制原癌基因 ras 的过度表达, 可能是其逆转心室肥厚的机制之一。

心系疾病从肝论治思维, 诊疗以中西医优势互补, 发挥中医独到之处, 与现代“生物—心理—社会”医学模式所倡导的身心同治一致, 是目前研究心血管疾病治疗, 特别是对于“双心疾病”的防治, 具有深远意义。

[参考文献]

[1] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南(2010年修订版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011:

5-6.

[2] 张烁, 李丽丽, 杜秀敏, 等. 复方缬沙坦治疗轻中度原发性高血压的疗效观察[J]. 哈尔滨医科大学学报, 2009, 43: 507-510.

[3] 郭自强, 牛福玲, 朱陵群, 等. 丹参素对血管紧张素致心肌肥大的影响[J]. 北京中医药大学学报, 2000, 23(1): 30-31.

[4] 唐咸玉, 王剑, 严灿, 等. 活血祛痰法对高血压左心室肥厚大鼠心肌 ras 原癌基因表达的影响[J]. 中医研究, 2001, 14(1): 14.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

黄穗平教授辨治脾胃病

李小燕¹, 蒋璐², 黄穗平³

1. 广东省中医院体检科, 广东 广州 510120

2. 广州中医药大学研究生院, 广东 广州 510405

3. 广东省中医院消化科, 广东 广州 510120

[关键词] 脾胃病; 《脾胃论》; 中医疗法; 黄穗平

[中图分类号] R256.31 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2015) 08-0296-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.135

黄穗平教授为广东省中医院消化科主任, 广州中医药大学博士研究生导师, 从事中西医结合诊治脾胃病近三十载, 学验俱丰, 屡克痼疾。笔者有幸侍诊于侧, 获益良多, 现将黄师辨治脾胃病的经验加以整理, 总结如下。

1 精研各家学说, 治脾尤崇《脾胃论》

黄师谙熟中医经典和各家学说, 治疗脾胃病尤为推崇李东垣的《脾胃论》。其认为该著作乃东垣老人在师承张元素学术思想的基础上, 精研《内经》、《难经》、《伤寒论》, 并结合自己的临床实践而著成, 创造性地提出了“内伤脾胃, 百病由生”的论点。《脾胃论》对后世医家具有深远的影响, 致使在脾胃及其相关疾病的治疗上, 从治法治则乃至用药都取得了较大突破。

1.1 脾胃之病, 气伤气乱 脾胃为元气之本, 亦为周身气机

升降出入之枢纽。《脾胃论》曰: “真气又名元气, 乃先身生之精气也, 非胃气不能滋之”、“脾胃之气既伤, 而元气亦不能充, 而诸病之所由生也。”可见脾胃是元气之源, 元气又是人身之本, 脾胃伤则元气衰, 元气衰则疾病由生。《脾胃论》亦云: “或下泄而久不能升, 是有秋冬而无春夏, 乃生长之用陷于殒杀之气, 而百病皆起。或久升而不降, 亦病焉。”黄教授指出, 脾胃诸疾, 不但可能出现元气损耗, 更重要的是可能导致气的升降出入异常而引起气滞、气逆、气陷、气闭、气脱等病理变化, 使得病情复杂, 变证丛生。由此可见, 脾胃一病, 其终虽异, 其始则同, 千因百结, 不离气伤气乱。

1.2 脾胃之治, 溯本逐源 黄教授认为, 在治疗脾胃病时, 当以溯本逐源为先。所谓“溯本”, 在于判断患者本身体质; 所谓“逐源”, 在于寻找致病病因^[1]。《脾胃论》有云: “胃

[收稿日期] 2015-01-17

[基金项目] 广东省中医院岭南梁氏脾胃病学术流派传承工作室项目

[作者简介] 李小燕 (1979-), 女, 主治医师, 主要从事从事中医内科及中医体质辨识等工作。

[通讯作者] 黄穗平, E-mail: gzdoctorhsp@126.com。