

病,并结合现代研究成果,方能成为恶性肿瘤综合治疗的重要组成部分。

柴主任随证而治肺癌,临床注重辨治五要,充分发挥中药“整体观”“辨证观”“治未病”特色。肺癌病情演变迅速,故临床中当高度重视临床症状,当灵活辨病辨证,动态认知疾病,及时处理,以防传变,切勿一成不变。肺癌之治,主旨不离扶正祛邪,辨治五要中通腑宣肺、疏肝养血诸法,皆为提升临床疗效之妙法。虚虚实实,补不足,损有余,是其义也,治当攻补相宜。

[参考文献]

- [1] 柴可群,陈嘉斌,徐国晷.基于病证结合论中医辨治肿瘤四则四法[J].中医杂志,2016,57(2):111-114.
- [2] 柴可群,郑建功.毒与癌症发病关系探讨[J].浙江中医杂志,2002,37(7):304-307.
- [3] 柴可群,王德玉.从痰论治肿瘤及临床应用[J].浙江中医学院学报,1996,20(2):1-3.
- [4] 郑舞,杨金坤.肿瘤微环境及其中医病机[J].中医杂志,2015,56(20):1720-1724.
- [5] 柴可群,赵同伟,卢丽琴,等.中药抑肺饮对肺腺癌细胞A549裸鼠移植瘤的抑瘤作用及相关机制研究[J].中华中医药杂志,2010,25(3):442-446.
- [6] 陈嘉斌,柴可群,陈森,等.柴可群辨治结、直肠癌的学术思想及临床经验探析[J].中华中医药杂志,2015,30(11):3956-3959.
- [7] Di S, Fan C, Yang Y, et al. Activation of endoplasmic reticulum stress is involved in the activity of icariin against human lung adenocarcinoma cells [J]. Apoptosis, 2015, 20(9): 1229-1241.
- [8] 柴可群,陈嘉斌,陈森,等.病证结合诊疗模式在肿瘤康复与姑息治疗中的运用[J].中医杂志,2015,56(1):23-26.
- [9] 柴可群.培本化痰解郁治法理念在恶性肿瘤临床中的应用探析[J].浙江中医杂志,2013,48(11):785-787.

(责任编辑:冯天保,郑锋玲)

邹旭治疗肥厚型心肌病经验介绍

彭江扬¹, 王晓丽², 何志凌², 王侠²

1. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510405; 2. 广东省中医院, 广东 广州 510120

[关键词] 肥厚型心肌病; 辨虚实; 辨脏腑; 痰瘀; 固肾培元; 经验介绍; 邹旭

[中图分类号] R249; R542.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2017) 07-0149-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.07.051

肥厚型心肌病(HCM)是以左室心肌不对称肥厚为特征的遗传性心脏病。西医常采用β受体阻滞剂、钙离子拮抗剂(CCB)和丙吡胺等治疗,尽管已证明N-乙酰半胱氨酸、RAAS系统阻断剂、他汀类药物在动物模型中有逆转心肌肥厚作用,但与临床仍有相当距离^[1-2]。邹旭教授为岭南中医心血管名家,师从国医大师邓铁涛,精研古方,师古不泥古,继承邓教授“五脏相关”理论,精于临床,在心血管疑难疾病方面的临证有独到见解,现将其学术要点总结如下。

1 病因病机

中医对于肥厚型心肌病论述甚少,依据其症状及临床表现

归属于胸痹、心悸、喘证范畴。近现代医家对本病各有论述:马秀云^[3]认为其病机多责之久病气阴两虚,日久导致痰浊、瘀血内阻;刘志明^[4]认为本病的发生与先天禀赋关系密切,其病机在肾元亏虚,心失所养,久病入络,痰瘀互结,虽为本虚标实之证,然更以心肾本虚为主。

纵观古今文献,本病的中医治疗尚缺乏统一认识,邹教授指出本病可参考积聚论治。邹教授言及《金匱要略》云:“积者,脏病也,终不移”,符合本病病理性质顽固、心病久而不愈的特点。《诸病源候论》亦有言:“积者,脏病也,阴气所生也;聚者,腑病也,阳气所成也。虚劳之人,阴阳伤损,血

[收稿日期] 2017-01-19

[作者简介] 彭江扬(1990-),男,在读硕士研究生,研究方向:中西医结合诊疗心血管疾病。

[通讯作者] 王侠, E-mail: chenrkgd@126.com。

气凝涩，不能宣通经络，故积聚于内也。”邹教授认为上述特点尤其符合本病由遗传所致，素有病根，而心病气血瘀滞，积久成实，积毒久伤，最后阴阳五脏俱损，依个人素体盛虚而发为多种表现。

2 治疗经验

邹教授治本病从心脾肾三脏入手。本病病位在心，治心为核心，而治心之重在于通阳散结。根据邓教授五脏相关理论，须兼调他脏以护心。因脾肾为先、后天之本，两本固，则气血充，心脉乃通，遂邹教授认为须补益脾肾，兼用他法，疗效方能持久。邹教授治疗本病提出主次分明、阶段分明、标本兼顾三大要点。

2.1 主次分明 主次分明主要以辨虚实、辨脏腑两大要素为主。症状单纯，以胸闷为主，病程较短，起病急，以及表现出有余、停聚特征的各种症候，考虑以实证为主；伴随症状较多，病程长以及表现出不足、衰退等特征的各种症候考虑以虚证为主。脏腑方面，本病病位在心，其根在肾，其本在脾，病机多因个人体质偏颇表现各不相同，但治疗大法不离心脾肾三脏，以通阳散心结、益气健脾胃、固肾资先天为调理五脏的三根主线，根据患者体质，兼用他法，灵活圆通。

2.2 阶段分明 治疗阶段往往分为两个部分，在起步阶段本病主要以标实为主要矛盾，患者往往症状较急，严重影响生活质量，此阶段当首先着重“痰瘀互结”之标实，减轻临床症状。中后期症状改善之后，则需巩固先天肾本不足之本质矛盾，可适当减少针对“痰瘀”的用药，加强固肾培元之品，如：熟地黄、黄精等。

2.3 标本兼顾 根据病情及主要矛盾的演变，总体符合“急则治其标，缓则治其本”原则，标本贯穿于整个治疗过程当中。例如在治疗初期，多以活血化瘀、化痰散结为主，而此类治法多耗气伤阴，故宜加太子参、五爪龙等品，祛邪不伤正。在稳定期，虽要重视扶助先后天之本，但仍应兼顾“痰瘀”这个“标实”，即取扶正不忘祛邪之意。

3 病案举例

袁某，女，28岁，2016年4月10日初诊。主诉：反复胸闷4月余，加重2月。患者因夜班劳累后出现胸闷，每次持续约半小时，休息可缓解，发作时伴乏力，余无不适。患者查心脏彩超提示：左室壁非对称性肥厚，考虑肥厚性心肌病，经服用倍他乐克治疗后症状缓解不明显，遂前来住院诊疗。入院症见：神疲，活动后胸闷，口苦、咽干，口周痤疮，纳寐可，小便调，大便溏，经期量少，色暗，经期提前。舌淡嫩、苔腻微黄，寸脉弦滑，尺脉偏弱。查体：血压(BP)：105/60 mmHg，心率(HR)：62 bpm，体型偏瘦，余查体无特殊。辅助检查：脑利钠肽(BNP)286.21 ng/mL；心肌酶谱、生化等常规检查均正常。心电图：①窦性心律；②下壁及V4-V6导联

T波低平。(复查)心脏彩超：室间隔与左室后壁局部增厚，厚度分别为19 mm及8 mm，室间隔/左室后壁(IVS/LVPW)=2.37，射血分数(EF)：73%，左室流出道(LVOT)=22 mm，压力阶差12 mmHg。

根据临床表现及超声检查，肥厚型非梗阻性心肌病诊断明确，按照指南意见，因左心室压力阶差暂未达手术指征，西医方面仅有β受体阻滞剂可供治疗，但效果不理想，故邀请邹教授查房指导治疗。邹教授查看病人后指出：患者主证胸闷，结合病史，当属胸痹，有乏力、大便溏、舌淡、脉弱等本虚之象，又兼苔腻黄、脉弦滑、面有痤疮等标实之征，更加其青年发病，当属先天不足，合为心脾肾虚、痰瘀内结之病机。考虑患者目前胸闷症状凸显，治疗以补益心脾、通瘀散结为法。处方：五爪龙、瓜蒌、薤白、牡蛎、猫爪草各30 g，延胡索、茯苓、白术、浙贝母、草果各15 g，太子参、石菖蒲、苍术、枳壳、法半夏、穿山甲、槟榔各10 g。14剂，水煎服，每天1剂，分温再服。

2016年4月26日复诊：出院后1周，患者诉活动耐量明显改善，夜班后偶有胸闷气短，舌苔转为薄黄，咽干缓解。原方去苍术、薤白，加黄芪30 g，生地黄15 g，黄精10 g。出院后3月随访，症状未反复，生活如常，间断门诊随诊。

按：从心脾肾三脏出发综合调理，初始阶段针对痰浊、瘀血为主的病理产物积聚于心的病机，针对该病机，拟瓜蒌薤白半夏汤、四君子汤及达原饮三方为主方加减。穿山甲、浙贝母、牡蛎等祛痰散结；辅以石菖蒲、瓜蒌、薤白、半夏，取瓜蒌薤白半夏汤通阳散结，兼以五爪龙、茯苓、太子参、白术取四君子汤之意，健脾固中，防其伤正；延胡索、猫爪草、苍术、枳壳有祛痰宽胸之效；考虑患者为脏毒久蕴，积聚体内，遂选用草果、槟榔等，取达原饮透邪外出之意。复诊时，患者胸闷等症缓解明显，仅为夜班之后发作，考虑久病伤及气阴，可减少化痰之力，增加补气扶正之力，适当加入补肾之品，标本兼顾。

【参考文献】

- [1] 杨晨光, 汪芳. 肥厚型心肌病的研究现状[J]. 临床急诊杂志, 2010, 11(4): 254-256.
- [2] 张璇, 汤圣兴. 肥厚性梗阻型心肌病的治疗进展[J]. 医学综述, 2012, 18(19): 3213-3215.
- [3] 马秀云. 中西医结合治疗肥厚性心肌病20例临床观察[J]. 临床合理用药杂志, 2011, 4(4): 38.
- [4] 刘如秀. 刘志明治疗老年病经验[J]. 中医杂志, 2001, 42(7): 404-405.

(责任编辑：冯天保，郑锋玲)