

## ● 临床报道 ●

引用: 韦周菊, 眭湘宜. 温补宣导三焦法治疗慢性心力衰竭痰瘀水停证 35 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(5): 46-48.

## 温补宣导三焦法治疗 慢性心力衰竭痰瘀水停证 35 例临床观察

韦周菊<sup>1</sup>, 眭湘宜<sup>2</sup>

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药高等专科学校附属第一医院, 湖南 株洲, 412000)

**[摘要]** 目的: 观察温补宣导三焦法治疗慢性心力衰竭痰瘀水停证的疗效。方法: 将辨证为痰瘀水停证的慢性心力衰竭患者 70 例随机分为治疗组和对照组, 每组各 35 例。对照组予西医常规治疗, 治疗组在对照组治疗基础上加温补宣导三焦法治疗。对比 2 组治疗前后心功能疗效与中医证候疗效。结果: 心功能疗效总有效率治疗组为 91.43% (32/35), 明显高于对照组的 77.14% (27/35), 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 中医证候疗效总有效率治疗组为 94.29% (33/35), 明显优于对照组的 74.29% (26/35), 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 温补宣导三焦法治疗慢性心力衰竭痰瘀水停证临床疗效显著, 可有效改善心功能及临床症状。

**[关键词]** 慢性心力衰竭; 痰瘀水停证; 温补宣导三焦法

**[中图分类号]** R259.416 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.05.019

慢性心力衰竭(以下简称“慢性心衰”)是一种渐进性疾病,是多种心脏病发展的晚期表现,也是诸多心脏病的重要死亡原因。有研究显示,我国心力衰竭人数高达 50 万之多,其年龄增长与发病率呈正比<sup>[1]</sup>。慢性心衰患者需要长期口服西药控制症状,严重者则需持续泵入强心、扩血管药物以维持日常生命活动,其活动耐量、生活质量将逐渐下降,中医学对本病有较为完善的辨证论治体系,不但能有效改善患者临床症状,进一步提高生活质量,还可有效避免长期使用西药引起的低血压、电解质紊乱等不良反应。本研究以温补宣导三焦法治疗慢性心衰痰瘀水停证患者,取得较好疗效,现报告如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取 2018 年 1 月至 2019 年 3 月期间于我院治疗,辨证为痰瘀水停证的慢性心衰病患者 70 例,随机分为治疗组和对照组,每组各 35 例。治疗组中,男 20 例,女 15 例;平均年龄  $(55.0 \pm 5.6)$  岁;平均病程  $(5.1 \pm 1.2)$  年;心功能 II 级 19 例,III 级 16 例。对照组中,男 19 例,女 16 例;

平均年龄  $(56.0 \pm 6.1)$  岁;平均病程  $(5.3 \pm 1.1)$  年;心功能 II 级 20 例,III 级 15 例。2 组性别、年龄、病程及心功能分级等一般资料比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》<sup>[2]</sup>,结合患者病史、症状、体征及辅助检查结果诊断。病史:有冠心病、高血压病、心脏瓣膜病、心肌病变等病史;症状:表现为呼吸困难(端坐呼吸、夜间阵发性呼吸困难)、心悸、气促、乏力等;体征:双下肢水肿、心尖搏动点向左下移位、双肺部湿啰音、心脏杂音、颈静脉充盈等;辅助检查:1)心电图提示心律失常和/或心肌缺血表现;2)胸片提示肺瘀血和/或心脏扩大表现;3)心房利钠肽升高,即 B 型尿钠肽 (BNP)  $\geq 35$  ng/L、氨基末端脑钠肽前体 (NT-proBNP)  $\geq 125$  ng/L;4)心脏彩超提示心脏结构和/或功能异常;5)射血分数 (LVEF) 改变。综合以上表现,将慢性心衰分为 3 类,即射血分数降低的心力衰竭 (HFrEF):符合症状、体征,且 LVEF  $< 40\%$ ;射血分数中间值的心力

第一作者: 韦周菊,女,2017 级硕士研究生,研究方向:中医药防治心血管疾病

通讯作者: 眭湘宜,男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医药防治心血管疾病, E-mail: 381742301@qq.com

衰竭(HFmrEF):符合症状、体征、脑钠肽升高,心脏扩大和/或舒张功能异常,且 LVEF 为 40%~49%;射血分数保留的心力衰竭:符合症状、体征、脑钠肽升高,心脏扩大和/或舒张功能异常,且 LVEF≥50%。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>及《慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识》<sup>[4]</sup>拟定痰瘀水停证的辨证标准。主症:喘咳胸闷、呼吸困难、不能平卧、肢体浮肿;次症:脘腹胀满、食欲不振、身体困重、小便不利。舌质紫暗或舌有瘀斑、瘀点,舌苔白腻或黄腻,脉象弦数或弦滑。具备主症 3 项、次症 2 项及舌脉象即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准及中医辨证标准;2)心功能Ⅱ-Ⅲ级;3)年龄 45~75 岁;4)未同时参与其他项目研究;5)神志清楚,自愿加入该研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并其他严重原发性疾病,如恶性肿瘤、造血系统障碍及其他脏器(肺、肝、肾等)衰竭;2)妊娠期或哺乳期妇女;3)对该项研究药物过敏;4)依从性差。

2 治疗方法

2.1 对照组 予西医常规治疗。包括限盐限水,予利尿、ACEI/ARB、β 受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂等基础治疗。

2.2 治疗组 在对照组基础上加温补宣导三焦法治疗。处方:葶苈子 20 g,桑白皮 15 g,杏仁 10 g,厚朴 10 g,莱菔子 15 g,陈皮 10 g,泽泻 15 g,猪苓 30 g,川木通 6 g,桂枝 10 g,黄芪 20 g,当归 12 g。由医院中药房统一熬制,每剂熬制成汤剂 240 ml,用真空包装袋分成 2 袋密封保存,120 ml/袋,早晚餐后各服用 1 袋。

2 组疗程均为 4 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)根据美国纽约心脏病学会(NYHA)心功能分级法对 2 组治疗前后心功能进行分级;2)根据《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>对 2 组治疗前后中医证候进行评分,主症按无、轻、中、重分别计 0、2、4、6 分,次症按无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分,舌苔、脉象无计 0 分,有计 1 分。计算中医证候积分减少率。

3.2 疗效标准

3.2.1 心功能疗效 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>拟定。根据心功能分级结果进行疗效评

定。显效:治疗后症状基本好转或心功能提高 2 级及以上;有效:心功能提高 1 级但不足 2 级;无效:心功能提高不足 1 级、症状加重或病死。

3.2.2 中医证候疗效 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>拟定。根据中医证候积分进行疗效评定。显效:主症及次症完全或基本消失,中医证候积分为 0 或减少比值≥70%;有效:中医证候积分减少比值≥30%、但<70%;无效:中医证候积分减少比值<30%或症状加重。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 21.0 统计软件进行统计学处理,计量资料比较组内采用配对样本 t 检验,组间采用独立样本 t 检验。 $P<0.05$  为差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组心功能疗效比较 总有效率治疗组为 91.43%,对照组为 77.14%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组心功能疗效比较[例(%)]

| 组别  | 例数 | 显效        | 有效        | 无效       | 总有效                    |
|-----|----|-----------|-----------|----------|------------------------|
| 治疗组 | 35 | 19(54.29) | 13(37.14) | 3(8.57)  | 32(91.43) <sup>a</sup> |
| 对照组 | 35 | 15(42.86) | 12(34.28) | 8(22.86) | 27(77.14)              |

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组中医证候疗效比较 总有效率治疗组为 94.29%,对照组为 74.29%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组中医证候疗效比较[例(%)]

| 组别  | 例数 | 显效        | 有效        | 无效       | 总有效                    |
|-----|----|-----------|-----------|----------|------------------------|
| 治疗组 | 35 | 22(62.86) | 11(31.43) | 2(5.71)  | 33(94.29) <sup>a</sup> |
| 对照组 | 35 | 14(40.00) | 12(34.29) | 9(25.71) | 26(74.29)              |

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

4 讨论

中医学将本病归属为“喘证”“心悸”或“水肿”等范畴,病机为本虚标实,本虚表现为心阳气虚,标实包括痰浊、血瘀、水停等,其病位在心,与肺、脾、肾、肝等脏相关。心阳气虚则气血、水液运行无力,久之必形成痰瘀阻滞于内,痰瘀阻滞日久则导致水饮内停,而痰浊、血瘀、水饮易阻遏气机,损及阳气,阳气虚再次加重痰瘀、水饮内停,如此形成恶性循环,致使病情迁延不愈。

当代中医学者通过研究,对本病的病机及治法有了新认识。华新宇<sup>[5]</sup>认为三焦失利、水气代谢失常是本病病机关键。《难经·六十六难》有云“三焦者,原气之别使也,主通行三气”,《素问·灵兰秘典论》提到“三焦者,决渎之官,水道出焉”,可见三焦

是气与水液代谢的主要通道。王强等<sup>[6]</sup>认为,三焦壅塞为心衰的病理基础,治疗心衰当以通利三焦为主。杜武勋教授认为,恢复三焦功能当以通利水道为用<sup>[7]</sup>。

笔者(第一作者)导师睦湘宜主任医师认为,本病病机为本虚标实,标实常掩盖本虚之症状,故其采用温补宣导三焦法治,所用方药重在温阳、补气以治本,同时宣导三焦以治标,标本兼治,加强活血化痰、化痰利水功效。所用方是根据杨祥坤等<sup>[8]</sup>宣导泻肺饮加桂枝、黄芪而成。方用桑白皮、葶苈子以泻肺平喘、行水消肿,杏仁宣肺平喘,三者合用以开宣上焦,通调水道;厚朴燥湿消痰,陈皮健脾化湿,莱菔子行气导滞以助宣畅中焦;泽泻、猪苓利水渗湿,川木通利尿以渗利下焦;桂枝既可开宣肺气以助行水,温扶脾阳以助运水,又可温肾阳以助膀胱气化利水;黄芪善升,既补益脾肺之气,补气行血,又可利水消肿;当归活血化瘀。诸药合用,宣上、畅中、利下,三焦兼顾,加以桂枝、黄芪,既可助三焦宣导之力,又能益气助阳。脾胃为气机升降枢

纽,畅中更利于宣上、利下,三焦得利,气运阳温,则痰瘀水停之症可自除。

### 参考文献

- [1] 胡盛寿,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告2018》概要[J].中国循环杂志,2019,34(3):209-220.
- [2] 中华医学会心血管病分会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南2018[J].中华心血管病杂志,2018,46(10):769-789.
- [3] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:68-72.
- [4] 陈可冀,吴宗贵,朱明军,等.慢性心力衰竭中西医结合诊疗专家共识[J].心脑血管病防治,2016,16(5):340-347.
- [5] 华新宇.慢性心力衰竭中医病机的三焦观[J].光明中医,2010,25(11):1963-1964.
- [6] 王强,孟云辉,高慧,等.论三焦壅塞与慢性心力衰竭[J].中西医结合心脑血管病杂志,2011,9(12):1505,1526.
- [7] 张少强,杜武勋,魏聪聪,等.杜武勋教授治疗慢性心力衰竭学术经验总结[J].四川中医,2012,30(9):1-3.
- [8] 杨祥坤,华新宇.慢性心力衰竭三焦壅塞痰瘀水停证的探讨[J].中医药学刊,2006,24(11):2013-2014.

(收稿日期:2019-06-18)

(上接第45页)不断刺激创面引起断端纤维化与周围组织粘连固定,可预防肌肉回缩,避免肛门失禁。换药时需先用0.9%氯化钠注射液冲洗干净创面分泌物及粪便残渣,再用络合碘局部清创,最后放入药条,促进伤口愈合。一般脱落期为7~10d。橡皮筋脱落后整个瘘管形成的创面全部打开,创面极为通畅,换药时注意将药纱塞至稍盖过内口处,放置平整。

### 5 典型病案

李某,男,42岁,因“反复肛周破溃流脓2年,再发3d”于2018年3月12日于熊教授处就诊。入院症见:肛周皮肤破溃、流脓,脓液色淡黄,味腥臭,无便血、脱出,肛周无潮湿、瘙痒,大便规律、排出顺利,每天1次,质软,成形,小便正常。既往体健,无药物过敏史。专科检查(截石位)肛门外观:3点、6点距肛缘约2cm处均可见破溃口;指诊:挤压破溃口可见少许淡黄色脓液,自破溃口处可触及条索状物通向肛门,肛内指诊直肠空虚,未触及异常肿物,6点位肛窦处凹陷明显,轻压痛;镜检:6点肛窦处黏膜稍暗红,余未见异常。辅助检查:实验室检查无手术禁忌证、血液传染类疾病;心电图、腹部彩超、胸片:无手术禁忌;三维直肠彩超:高位瘘管性脓肿,复杂性肛瘘。诊断为高位复杂性肛瘘。完善术前准备,拟定在腰麻下行复杂性肛瘘切挂线疗法联合高位瘘管旷置术。术后经抗感染、止痛、中药坐浴、专科换药等治疗,患者48d后痊愈出院。恢复期间排便正常,无失禁。3个月后复查直肠三维彩超,除瘢痕组织外,未见其

他异常。

**按语:**在本案中,根据患者症状、专科检查、三维直肠彩超诊断为高位复杂性肛瘘,采用切挂线疗法联合高位瘘管旷置术治疗,术中注意内口的处理、橡皮筋松紧、引流管放置深度等细节,手术顺利。术后肉芽生长良好,恢复期对橡皮筋脱落、橡皮管退管时间把控良好,换药细致、到位,创面愈合后瘢痕平整,无明显不适。整个恢复过程中患者排便情况良好,复查结果正常,随访至今未复发。

### 6 小结

灵活的挂线疗法治疗高位复杂性肛瘘是根据熊教授多年临床经验总结而来。治疗总则为在避免肛门失禁的前提下尽量行一次性根治手术,同时注重保护肛门功能及外形的完整性。采用术后创面局部治疗及换药时三期两阶段的治疗理念,既可减轻患者恢复期痛苦,又可降低复发率,临床疗效满意,值得推广学习。

### 参考文献

- [1] 丁婷.辽宁省成人常见肛肠疾病流行病学研究报道[D].沈阳:辽宁中医药大学,2014.
- [2] 郝秀艳,文丽娟,谢祥银.肛漏古籍挂线疗法探析[J].山东中医药大学学报,2011,35(1):56-57.

(收稿日期:2019-06-18)