

引用:邓贤斌,颜芳,廖宇,陈路军,刘星,陈伟容,张建松,陈文静,何姣娜,何凡应,谢婧.圆运动六经辨证论治心力衰竭[J].中医药导报,2025,31(5):229-236.

圆运动六经辨证论治心力衰竭*

邓贤斌¹,颜芳¹,廖宇²,陈路军²,刘星²,陈伟容²,张建松²,陈文静²,何姣娜²,何凡应²,谢婧²
(1.广州中医药大学第二临床医学院广东省中医院中医经典临床应用研究基地,广东 广州 510370;
2.郴州市中医医院,湖南 郴州 423000)

[摘要] 从中医经典理论出发,结合名老中医经验,并根据多年来在中医经典病房治疗各类急、慢性心力衰竭的实践研究,构建了以圆运动六经辨证为主导的理论体系。该体系以几何圆为基础模型,立足整体,结合六经辨证以“明病因、定病位,识病性、断病势”,动态认识人身“一气”之运行,以恢复一气周流、阴平阳秘为目的,最终使疾病向愈。圆运动六经辨证体系认为心力衰竭乃心脏遭受外邪或者内因损伤,损伤其阳气,耗竭其精血,使气机的升降出入失常,痰浊、瘀血、水饮等浊阴之邪内生,其又反过来影响一气之周流,其病位在六经中往往不离太阳和少阴,而在脏腑病位中常心、肾互相影响,共同发病。治疗上,针对“阳气衰微”这一病机,治以破格救心汤。而针对阳气衰微后所产生的病理产物,如以水饮为主,合用温氏奔豚汤或木防己去石膏加茯苓芒硝汤、十枣汤等;如以痰饮为主,合用瓜蒌薤白类方;如以瘀血为主,合用桃仁承气汤、丹参饮或大黄廑虫丸。若阳气虚衰表现不明显,而以病理产物壅盛结聚之象为主者,可单用承气类方泻其标实,以恢复其一气周流;若合并精气亏虚,合用炙甘草汤、肾四味、肾气丸或培元固本散;若合并外感,可合用变通小青龙汤、麻黄附子细辛汤等。立足圆运动六经辨证体系,纠正三阴三阳之气机失偏,往往能快速起效。

[关键词] 圆运动六经辨证;心力衰竭;辨证论治;太阳;少阴

[中图分类号] R249 [文献标识码] B [文章编号] 1672-951X(2025)05-0229-08

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.05.043

Diagnosis and Treatment of Heart Failure Based on the Syndrome Differentiation System of Six Meridians of Circular Motion

DENG Xianbin¹, YAN Fang¹, LIAO Yu², CHEN Lujun², LIU Xing², CHEN Weirong², ZHANG Jiansong², CHEN Wenjing², HE Jiaona², HE Fanying², XIE Jing²

(1.The Second Clinical Medical College of Guangzhou University of Chinese Medicine/Research Base of Classic Clinical Application of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510370, China;

2.Chenzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chenzhou Hunan 423000, China)

[Abstract] Based on classical theories of traditional Chinese medicine (TCM), combined with the experience of renowned senior TCM physicians, and through years of practical research on treating various acute and chronic heart failures in TCM classic wards, a theoretical system guided by six meridian syndrome differentiation of circular motion has been constructed. This system utilizes the geometric circle as its fundamental model, considers the entire body while incorporating syndrome differentiation of six meridians to "identify etiology, determine disease location, ascertain disease nature, and disrupt disease progression." It dynamically recognizes the functioning of "one Qi" within the human body with an aim to restore Qi flow, maintain Yin-Yang balance, and ultimately facilitate healing. The six meridians syndrome differentiation system of circular motion posits that heart failure occurs when the heart is damaged by external pathogens or internal factors, which depletes Yang Qi and vital essence, disrupts the normal ascent-descent and entry-exit of Qi movement, and generates turbid Yin pathogens such as phlegm-turbidity, blood stasis, and water retention. These pathogens in turn affect the circulation of Qi. The disease location in the six meridians often involves the Taiyang and Shaoyin

*基金项目:广东省医学科学技术研究基金项目(A2023411);广州市荔湾区科技计划项目(202201005);广东省中医院齐玉茹学术经验传承工作室(中医二院[2015]37号-4);湖南省中医药管理局局市(州)联合中医药科研课题(E2023055)

meridians, while in the zang-fu organs, the heart and kidney often influence each other and co-occur. In the aspect of treatment, in response to the pathogenesis of "decline of Yang Qi", the treatment is carried out with the Poge Jiuxin Decoction (破格救心汤). For the pathological products resulting from the decline of Yang Qi, such as when water retention is dominant, the combination of Wen's Bentun Decoction (温氏奔豚汤) or Mufangji Qu Shigao Jia Fuling Mangxiao Decoction (木防己去石膏加茯苓芒硝汤) and Shizao Decoction (十枣汤) can be applied. When phlegm retention is dominant, the combination of prescriptions like Gualou Xiebai class formulas can be used. When blood stasis is dominant, the combination of Taoren Chengqi Decoction (桃仁承气汤), Danshen Yin (丹参饮) or Dahuang Zhechong Wan (大黄廋虫丸) can be utilized. If the manifestation of deficient Yang Qi is not obvious but the congestion and accumulation of pathological products are predominant, the defecation prescriptions alone can be used to purge the excess to restore the circulation of Qi. If there are deficiency of essence and Qi, the combination of Zhigancao Decoction (炙甘草汤), Shen Si Wei (肾四味), Shenqi Wan (肾气丸), or Peiyuan Guben San (培元固本散) can be adopted. If combined with external infection, the combination of modified Xiaoqinglong Decoction (小青龙汤) or Mahuang Fuzi Xixin Decoction (麻黄附子细辛汤) can be used. Based on the six meridian syndrome differentiation system of circular motion, correcting the deviation of the Qi mechanism of the three Yin and three Yang can often achieve rapid efficacy.

[Keywords] six meridians syndrome differentiation system of circular motion; heart failure; syndrome differentiation and treatment; Taiyang; Shaoyin

心力衰竭(heart failure, HF)简称“心衰”,是各种心脏疾病的晚期阶段,是由多种原因导致的心脏结构和/或功能的改变,心室收缩和/或舒张功能发生障碍,进而引起的一组复杂临床综合证^[1],主要表现为呼吸困难、疲劳和体液潴留。心衰的治疗目标是改善临床症状,提高生活质量,预防或逆转心脏重构,减少再住院,降低死亡率^[2]。其中射血分数保留的心衰(heart failure with preserved ejection fraction, HFpEF)目前占心衰患者的50%,5年生存率为35%,比大多数癌症都差,生活质量低、预后差,成为现在研究的重点^[3]。最新的指南和专家共识推荐治疗HFpEF的药物主要包括盐皮质激素受体拮抗剂(MRA)、肾素-血管紧张素系统抑制剂(RASi)、钠-葡萄糖共转运蛋白抑制剂(SGLT2i)及利尿剂^[2,4],其中利尿剂缓解HFpEF患者充血、水肿症状体征的疗效确切。多项临床试验^[5-8]表明SGLT2i可降低HFpEF患者心衰住院或心血管死亡复合终点风险,并能显著改善患者生活质量,但对心血管死亡风险未见明显改善。而目前临床研究显示,血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂(ARNI)可使HFpEF患者住院和心血管死亡的主要终点事件风险在数值上降低,但不具有统计学意义^[9],ARNI还可降低HFpEF患者的N末端B型利尿钠肽原(NT-proBNP)水平,但对6 min步行距离、堪萨斯城心肌病问卷(KCCQ)评分和纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级的差异均无统计学意义^[10]。尽管既往多个研究^[11-13]显示,血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、血管紧张素受体拮抗剂(ARB)在HFpEF患者中的使用未能降低主要终点事件风险,但亦有部分研究^[14-15]表明ARB可降低心血管死亡或心衰住院风险。而MRA虽未能显著降低主要复合终点事件发生率,但可降低HFpEF患者心衰住院风险^[16]。HFpEF的发病机制复杂,尽管近年来围绕神经内分泌、代谢炎症、线粒体损伤、细胞信号通路等机制开展了一系列研究并取得了较大进展,但因缺乏特异性的有效治疗药物导致其预后不良,而这正是中医药发挥作用的机会。

心衰在中医属于“心痹”“心水”“心悸”“喘证”“水肿”“心咳”“心气虚衰”等范畴,目前业内公认以“心水病”作为心衰的中医诊断^[17]。中医药治疗心衰坚持整体观和辨证论治的特色,有多项研究^[18-24]表明,在西医规范化治疗的基础上,联合中医治疗,能显著改善患者心功能及提高生活质量,提高左室射血分数,降低脑钠肽(BNP)数值。其与西药合用可协同增效,减少毒副作用,如能增强利尿效果,减少利尿药的使用剂量,并能改善应用利尿剂导致电解质紊乱或诱发痛风等副作用,以及利尿剂抵抗等问题^[25-27]。

中医学认为,当心衰垂危,患者全身功能衰竭,五脏六腑、表里三焦已被重重阴寒所困,阳回则生,阳去则死。此时若不能准确辨证施治,不能挽垂绝之生命。既往文献对心衰论述较关注当下的临床症状,强调辨证论治,但缺失对整体病机的把控,连贯性不强,或其论述零散、不成体系,以致疗效受限。故笔者从中医经典理论出发,结合名老中医经验,并根据多年来在中医经典病房治疗各类急、慢性心衰的实践研究,构建了以圆运动六经辨证为主导的理论体系^[28],该体系以几何圆为基础模型,立足整体,结合六经辨证以“明病因、定病位,识病性、断病势”,动态认识人身“一气”之运行,以恢复一气周流、阴平阳秘为目的,最终使疾病向愈。经过广东省中医院、郴州市中医医院等中医经典病房多年的临床实践,确定该体系是简明易行并行之有效的,现叙述如下。

1 圆运动六经辨证体系简述

所谓圆运动六经辨证体系,即以河图、洛书及《易经》《黄帝内经》为理论基础,以阴阳五行运气学说为理论核心,以圆运动一气周流为思辨模式,以《伤寒杂病论》六经辨证为临证准绳,以经方为主要武器,以纠正六气失偏、恢复阴平阳秘为目标的辨证体系^[28]。该体系以一气圆周流,左升右降,上下相应,持中守恒的圆模型为核心,融阴阳五行、六气、脏腑经络、气血津液为一体,现试简述如下。

《素问·阴阳应象大论篇》论及五方与五脏、五气、五行相合,如:东方为肝生风属木,南方为心生热属火,中央为脾生湿属土,西方为肺生燥属金,北方为肾生寒属水。(见图1)

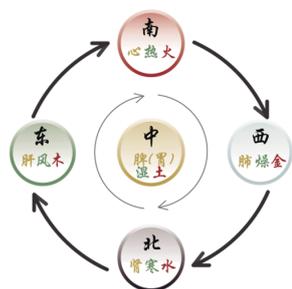


图1 五方、五脏、五气、五行化合圆运动图

三阴三阳与五行、六气相合。阴阳五行是天地万物变化的根本。“在天为气,在地成形,形气相感而化生万物”^[20]。在天为六气,在地为五行。“寒暑燥湿风火,天之阴阳也,三阴三阳上奉之;木火土金水,地之阴阳也,生长化收藏下应之”;“在天为风,在地为木;在天为热,在地为火;在天为湿,在地为土;在天为燥,在地为金;在天为寒,在地为水”^[20]。暑与火属于一类,五行与六气相配是分为君火、相火^[20]。合之则为风木、君火、相火、湿土、燥金、寒水。《素问·天元纪大论篇》云“少阴之上,热气主之”,故曰少阴君(热)火;“太阴之上,湿气主之”,故曰太阴湿土;“少阳之上,相火主之”,故曰少阳相火;“阳明之上,燥气主之”,故曰阳明燥金;“太阳之上,寒气主之”,故曰太阳寒水;“厥阴之上,风气主之”,故曰厥阴风木^[20]。与图1不同,图2新增“少阳相火”,其与“少阴君火”同居火位,但一者为君、一者为相。而君者,尊也,位当最高而中正;相者,辅佐者也,位当居于君之一侧。根据《黄帝内经》脏腑气机升降理论及五行生克理论可画出图2。

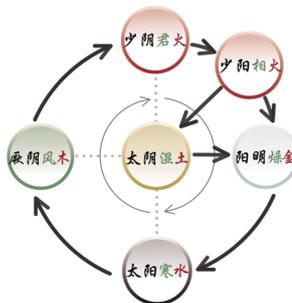


图2 三阴三阳与五行、六气相合圆运动图

张仲景所创之六经辨证体系,是建立在人体脏腑经络气血津液变化、气机升降出入的基础上,故六经辨证与人体生理病理密切相关,六经之三阴三阳与人体五脏六腑分别有不同的特异性联系。六经体系中,太阳与少阴互为表里,主要联系小肠、膀胱、心、肾;阳明与太阴互为表里,主要联系大肠、胃、肺、脾;少阳与厥阴互为表里,主要联系三焦、胆、心包、肝。三阴三阳发生病变的实质,是与之联系的相关脏腑经络病变的体现,反之,各脏腑经络出现病变,亦可归于所对应的六经病。六经病,即以太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴命名的六大体系不同阶段的病症,是以这六大体系相联系的脏腑经络为基础,以气血津液代谢异常、气机升降紊乱为病理变化的外感与内伤的病症总称。而六经辨证,也是治疗这六大

系统病症之利器,伤寒与杂病密不可分,六经可统万病。笔者将三阴三阳与脏腑经络、五行、六气结合绘制出圆运动六经辨证图。(见图3)

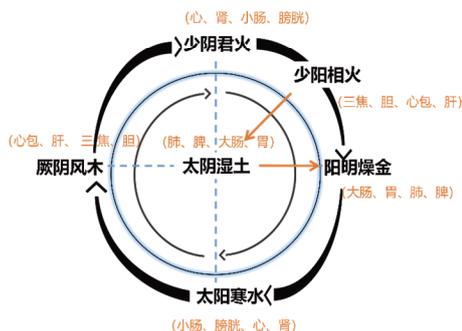


图3 圆运动六经辨证图

《素问·至真要大论篇》云:“少阳太阴从本,少阴太阳从本从标,阳明厥阴,不从标本从乎中也。”^[20]天之六气为本,人体三阴三阳六经为标,中见于标本之间者,因阴阳表里相通,如少阳、厥阴互为表里,阳明、太阴互为表里,太阳、少阴互为表里,故彼此互为中见之气。所谓少阴、太阳从本从标即指:太阳寒水,本寒标太阳,从本则化寒,从标则化热、化火,或标本互化而现寒热并见;少阴君火,本火标少阴,从本则化热、化火,从标则从阴化寒,或标本互化而寒热并见。在疾病的发生发展预后转归判断中,太阳与少阴从本从标,两者脏腑经络相连,可表里互化,预后与两者共同密切相关,其关系尤为密切,故二者位置可互相调换,最后得出下图。(见图4)

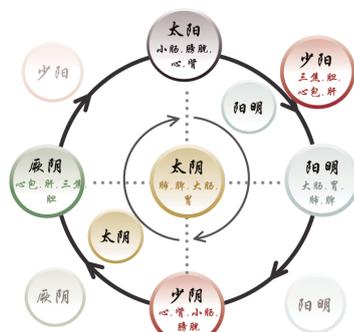


图4 圆运动六经辨证总图(含脏腑图)

2 圆运动六经辨证体系如何认识心衰

心属于中医五脏之一,其主要功用有二:其一,心主血脉。《素问·五脏生成篇》云“诸血者,皆属心”^[20]。《素问·痿论篇》云“心主身之血脉”^[20]。而要实现心主血脉的功能特点离不开阳气,《素问·六节藏象论篇》云:“心者……其充在血脉,为阳中之太阳,通于夏气。”^[20]其提出心为阳中之太阳,阳气量最大。其二,心主藏神。《灵枢·邪客》云:“心者,五脏六腑之大主也,精神之所舍也。”^[20]《素问·灵兰秘典论篇》云:“心者,君主之官,神明出焉。故主明则下安,主不明,则十二官危。”^[20]其提出心与人的意识、神志相关,还可调控影响周身脏腑,而要实现这些功用,离不开阳气,故《素问·生气通天论篇》强调“阳气者,精则养神,柔则养筋”,“阳气者,若天与日,失其所,则折寿而不彰”^[20]。当心脏遭受外邪或者内因损伤,首当其冲损伤的便是其阳气,《素问·疟论篇》云“阳虚则寒”^[20],《素问·离合真邪论篇》云“寒则血凝泣”^[20],故阳气虚损无以推动气血运

行,可致血脉不通、瘀血内生。阳虚则阴盛,水湿痰饮内生,亦可留而为患。故心衰的总病机为“阳气衰微,水瘀内停”。

心为阳中之太阳,为君主之官,主神明,故心脏最能代表少阴君火之内涵,肾脏主要代表太阳寒水。而心脏通过太阳、少阴经络与肾、小肠、膀胱脏腑相联系;少阴、太阳在经络上为表里关系,心、肾虽分属君火、寒水,然二者通过手足少阴两经同气相求归属一气,故心与太阳寒水、肾与少阴君火亦密切相关。

正因心肾等脏腑的生理联系,决定了病理状态下邪气的传变:如《伤寒论》太阳病篇第177条(“伤寒,脉结代,心动悸,炙甘草汤主之”)、第118条(“火逆,下之,因烧针烦躁者,桂枝甘草龙骨牡蛎汤主之”)、第64条(“发汗过多,其人叉手自冒心,心下悸,欲得按者,桂枝甘草汤主之”)^[20]提示了邪气在太阳可内陷影响到少阴心,第20条(“太阳病,发汗,遂漏不止,其人恶风,小便难,四肢微急,难以屈伸者,桂枝加附子汤主之”)、第69条(“发汗,若下之,病仍不解,烦躁者,茯苓四逆汤主之”)、第92条(“病发热,头痛,脉反沉,若不差,身体疼痛,当救其里,四逆汤方”)^[21]提示邪气从太阳亦可内陷影响少阴肾,耗损肾阳。心与肾、少阴与太阳的密切联系,揭示了心水病的病位常常不离少阴与太阳。当心火虚衰,君火不能下暖寒水,肾阳亦为之虚衰,或先肾阳虚损,则不仅上济心火不足,而且坎中真阳一衰,引起气机的升降出入失常,痰浊、瘀血、水饮等浊阴之邪内生。故少阴寒化证与少阴水(痰)饮证是心衰临床最常见的证型。或其人素体少阴虚损不足,又感受外邪,则邪气可从太阳之表内陷直中少阴之里,出现太少两感证。

心衰患者常伴有肾精亏损,其因有三:其一,心衰患者以中老年居多,男过“五八”,女过“五七”,肾精呈衰退之势。其二,《素问·上古天真论篇》云“肾者主水,受五脏六腑之精而藏之”^[22],五脏六腑所化生的精气,除满足机体需求外,剩余部分封藏于肾,任一脏腑功能衰竭,所化生的精气减少,将导致肾精亏耗。其三,房劳、目劳、耳劳、心劳、体劳等过劳最易耗伤肾精。饮食过饥或过饱耗伤脾胃之气,影响后天之精的生成,亦使得先天之精不能及时补充而日益衰竭。《素问·金匱真言论篇》云:“夫精者,身之本也。”^[23]《素问·阴阳应象大论篇》云“气归精……精化为气”^[24]。精化为气,各脏腑之气行使各自功能以维持正常的生命活动。肾精亏耗,化气无源,五脏六腑之气不足:心气不足,不能推动血脉,内生瘀血,心失所养故心悸,心神失养,则疲倦乏力、寐差;肺朝百脉,肺气不足,宣发、肃降失常,不能助心行血,影响心脏主血脉的功能;肝气不足,疏泄不利,血行不畅则瘀血内生;脾气不足,失于运化,气血生化无源,心失所养。总而言之,少阴精亏,则五脏六腑气化不利,心阳衰微,水饮瘀血内生。

2.1 少阴寒化证 临床表现:心悸,喘促,不得平卧,烦躁不安,四肢冰冷,腹大胫肿,小便短少,口唇发绀,舌淡胖,脉浮大无根或脉沉细等。

病机:患者因心阳不振,阴寒弥漫胸中,可见心慌心悸、胸闷、不能平卧;君火不明,则神明不安,故见烦躁不安;真阳虚衰,元气欲脱,故见气短喘促;肾失气化,故见肢体水肿、小

便短少;阳虚寒凝血瘀故见口唇发绀、肢冷。其病位在少阴,病机为少阴寒化,阳气衰微。(见图5)

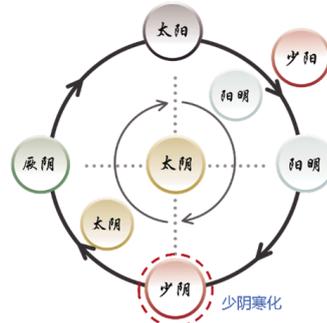


图5 少阴寒化证

治法:温少阴,破阴寒。

处方:破格救心汤加减(视病情评估用量)。炮天雄(或熟附子)15~150 g,干姜15~120 g,炙甘草15~120 g,生晒参(或红参或高丽参)15~45 g,山萸肉15~120 g,龙骨30~45 g,牡蛎30~45 g。重者昏迷不醒,暴喘痰壅,可用破格救心汤合三生饮,并配合苏合香丸。若伏寒凝滞,熟附子力不能化,可改用生附子,甚则两者合用。

煎服法:病势缓者,加冷水2 000 mL,文火煮取1 000 mL左右,分5次口服,每2 h服1次,连服1~2剂;病势危急者,开水武火急煎,随煎随喂,或鼻饲给药,24 h内不分昼夜,频频喂服1~3剂。

破格救心汤载于《李可老中医急危重症疑难病经验专辑》。笔者于李可原方中去磁石、麝香,临床用之,仍效如桴鼓。又因用药剂量大小,笔者对其临床应用进行扩展,详见《破格救心汤的圆运动解析及临床应用拓展》^[25]。

2.2 少阴水(痰)饮证 临床表现:面目水肿,气短喘促,形寒肢冷,尿少,肢肿,双下肢尤甚,多浆膜腔积液如胸腔积液、腹水等,面色苍白,舌淡暗,苔白,脉沉。

病机:此类患者以水饮弥漫为突出表现。水饮溢于太阴、太阳之肌表,故见面目肢体水肿,水饮弥漫在里之脏腑,可见肺水肿、胃肠道水肿、肝水肿、胸腹水等症;水为阴邪、其性趋下,平卧时水饮回流至胸中,故见平卧胸闷气促明显。其病位在少阴,病机为少阴寒化,浊阴弥漫。(见图6)

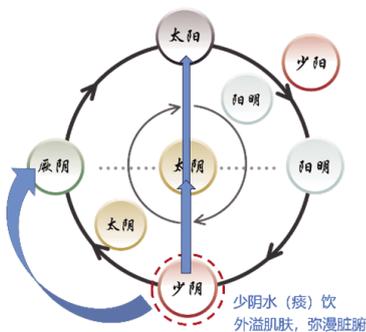


图6 少阴水(痰)饮证

治法:温阳利水。

处方:破格救心汤合温氏奔豚汤加减。炮天雄(或熟附子)30 g,干姜45 g,炙甘草60 g,山萸肉60 g,龙骨45 g,牡蛎45 g,砂仁10 g,茯苓60 g,泽泻45 g,怀牛膝45 g,山药45 g,沉

香(后下)10 g,生晒参30 g。

煎服法:加水1 800~2 000 mL,小火煮1.5 h,煮取400~600 mL,分3次口服。

2.3 阳明腑实证 临床表现:体型壮实,面红,气促而喘,端坐呼吸,腹胀如鼓,便秘,甚则几日一行,大便干结,舌红,苔薄黄腻,脉弦急。

病机:胃肠燥热腑实,肺失宣降,不能助心行血,故见喘促;阳明阖降不利,金不生水,一气不得周流,阳不入阴,水中无火,久之则少阴失养。其病位在阳明,病机为阳明不降,腑实不通。(见图7)

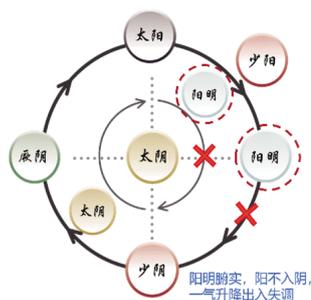


图7 阳明腑实证

治法:顺降阳明,泻热通腑。

处方:大承气汤加味。大黄(后下)60 g,厚朴45 g,枳实45 g,芒硝(冲服)30 g,炙甘草30 g,人参30 g。

煎服法:加水800 mL,煮取300 mL左右,后下大黄5 min,去渣,加芒硝溶于汤液中,分2~3次服用。

2.4 太少两感证 临床表现:多有感寒史,恶寒怕风,或发热,咳嗽,痰多色白质稀,流清涕,鼻塞,气促而喘,精神不佳,舌淡,苔白,脉浮紧、重按无力。

病机:少阴与太阳互为表里,手足少阴经、手足太阳经同气相求,故少阴心肾经与足太阳膀胱经亦关系密切。当外感邪气侵入太阳,若正气不支,病邪常可循经内陷少阴,其邪气常为寒邪,其症状既有太阳受寒之恶寒发热、头项强痛、咳嗽、鼻塞流涕等症,又有少阴虚寒之喘促、精神疲倦之症。病位在太阳、少阴,病机为外感寒邪内陷少阴,太阳少阴合病。(见图8)

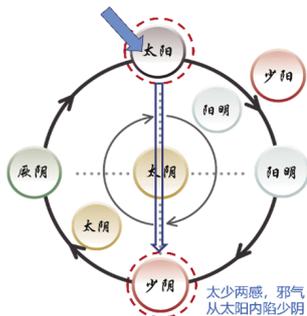


图8 太少两感证

治法:开太阳、温少阴。

处方:破格救心汤合变通小青龙汤加减。麻黄15 g,桂枝45 g,赤芍45 g,炮天雄(或熟附子)45 g,干姜45 g,细辛45 g,蜜紫菀45 g,蜜款冬花45 g,茯苓45 g,生姜65 g,五味子30 g,生半夏(拍碎)65 g,炙甘草45 g,生晒参45 g,山萸肉45 g,龙骨30 g,牡蛎30 g。

煎服法:加水1 800~2 000 mL,小火煮1.5 h,煮取400~600 mL,分3次口服。

2.5 少阴阳微,瘀阻阳明证 临床表现:食欲减退,恶心呕吐,大便不畅,小便不利,下肢水肿,呼吸困难,咳嗽、咳痰,面色晦暗,口唇发绀,肌肤甲错,舌紫暗,脉沉细涩或沉迟。

病机:少阴阳气衰微,推动无力,气血凝滞不畅,瘀血内生,浊阴不能归于六腑,故既可见到少阴虚寒之喘促、肢体浮肿、小便不利,又可见到瘀阻阳明、胃失和降之食欲减退、恶心呕吐、大便不畅、口唇发绀、肌肤甲错等症;其火不暖土,太阴健运失司,痰浊内生,还可见咳嗽咳痰、纳差等症。故将其病位定在少阴阳明,病机为少阴阳气衰微,脉道不利,日久成瘀。(见图9)

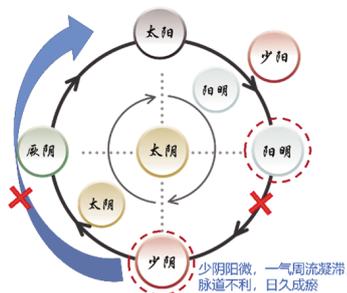


图9 少阴阳微,瘀阻阳明证

治法:破阴散寒,通腑泻实。

处方:破格救心汤合桃核承气汤加减。炮天雄(或熟附子)30~60 g,干姜30~60 g,炙甘草30~60 g,山萸肉30~60 g,龙骨30 g,牡蛎30 g,生晒参30 g,茯苓30~60 g,桂枝15~30 g,桃仁15~30 g,大黄(后下)15~30 g,芒硝(冲服)10~30 g。

煎服法:加水1 800~2 000 mL,小火煮1.5 h,煮取400~600 mL,去渣,加芒硝溶于汤液中,分3次口服。

待通腑后可合丹参饮,或配合口服大黄虫丸。

2.6 少阴精亏证 临床表现:年老体衰,心衰反复发作,面色无华,或眩晕耳鸣,腰膝酸软,神疲健忘,小便不利,舌淡或舌红少苔,脉沉细弱、涩。

病机:少阴精亏,气化不利,一气难以周流,心阳衰微,水饮瘀血内生。其病位在少足少阴,病机为少阴亏虚,精血不足。(见图10)

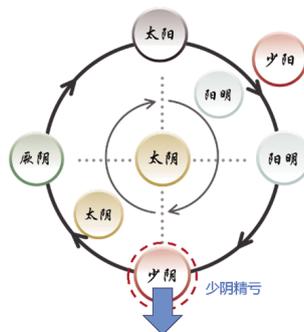


图10 少阴精亏证

治法:温阳补肾益精

处方:破格救心汤合肾四味、肾气丸或培元固本散加减。炮天雄(或熟附子)30~60 g,干姜30~60 g,炙甘草30~60 g,山萸肉30~60 g,龙骨30 g,牡蛎30 g,生晒参30 g,茯苓30~60 g,

枸杞子30g,菟丝子30g,淫羊藿30g,巴戟天30g。培元固本散组成:三七150g,鹿茸50g,生晒参120g,炙甘草60g,紫河车100g,蛤蚧4对,琥珀30g。服法:打粉,每次5~6g,早晚各1次。

煎服法:加水1 500~2 000 mL,小火煮1.5 h,煮取400~500 mL,分3次口服。

2.7 圆运动六经辨证论治心衰思路总结 笔者认为心衰的总病机为“阳气衰微,水瘀内停”,常伴有肾精亏损,心衰的病位不离心、肾,与少阴、太阳密切相关。故治疗上,针对“阳气衰微”这一病机,其属于少阴虚寒,治以破格救心汤或附子类方打底,以回阳救逆,温阳散寒。若伏寒深重者,合用苏合香丸或将熟附子改用生附子;而针对阳气衰微后所产生的病理产物,如病性以水饮为主,合用温氏奔豚汤或木防己去石膏加茯苓芒硝汤、十枣汤等;如病性以痰饮为主,合用瓜蒌薤白类方;如病性以瘀血为主,合用桃仁承气汤、丹参饮或大黄廑虫丸;若阳气虚衰表现不明显,而以病理产物壅盛结聚之象为主者,可单用承气类方泻其标实,以恢复其一气周流,但需注意中病即止,可在方中佐炙甘草、人参,以防耗损元气、损伤中气;若合并精气亏虚,以心悸、脉结代为主要表现,无喘促不宁者,属手少阴精亏,合用炙甘草汤;若伤及肾精者,则合用肾四味、肾气丸或培元固本散;若合并外感,可合用变通小青龙汤、麻黄附子细辛汤等。(见图11)

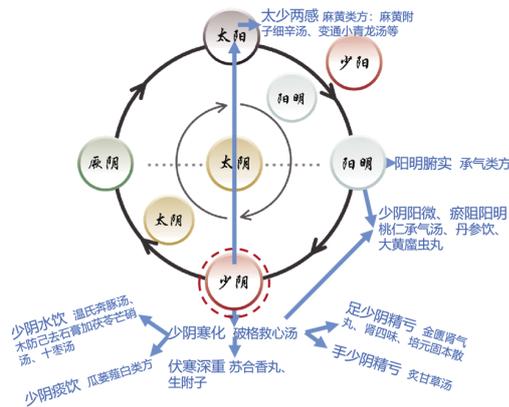


图 11 圆运动六经辨治心衰思路

3 验案举隅

3.1 验案1 患者,女,87岁,2023年12月22日入院。主诉:反复胸闷气促7个月,加重1d。门诊诊断为“急性心力衰竭,冠状动脉粥样硬化性心脏病”,并行经皮冠状动脉介入治疗术(PCI),后症状反复。发病当日晨起用力大便后再发胸闷气促,吸氧及休息后可缓解,活动后仍气促明显。查BNP:3 135 ng/L;肾功能:肌酐123 μmol/L;胸片:双肺淤血,肺水肿,双侧少量胸腔积液,心影增大;心脏彩超:节段性室壁运动异常,左心收缩功能稍低,左室壁稍厚,射血分数49%。予持续无创呼吸机辅助通气,维持降压、降糖、利尿对症处理,收治入院。既往有高血压病3级(极高危)、2型糖尿病、肾病综合征病史。刻下:精神疲倦,胸闷气促,动则尤甚,端坐呼吸,双下肢水肿,四肢冷,小便量少,便干难解。舌淡红,苔中后部白腻,脉沉细滑。西医诊断:急性左心衰竭;冠状动脉粥样硬化性心脏病(PCI术后);高血压病3级(极高危);2型糖尿病肾病;肾病综合征。中医诊断:心水病(少阴寒化证)。治法:回阳救逆,破阴散寒。

方用大剂破格救心汤,处方:炮天雄120g,山萸肉120g,磁石30g,干姜60g,龙骨30g,红参30g,炙甘草60g,牡蛎30g。1剂,加水1 800 mL,小火煮2 h,煮取500 mL左右,分5次口服,每2 h服1次。

2诊:2023年12月23日。患者服药后气促明显好转,精神疲倦改善,大便通畅,现精神稍倦,活动后稍胸闷气促,间断无创呼吸机辅助通气(2 h/次,3次/d),夜间不能平卧,双下肢水肿明显改善,四肢冷改善,小便较前增多,负超650 mL。舌淡红,苔中后部白腻,脉沉细滑。复查BNP:1 677 ng/L。治法:破阴散寒,通腑祛瘀。方用破格救心汤合丹参饮加减,处方:炮天雄120g,山萸肉45g,干姜45g,龙骨30g,人参30g,炙甘草30g,牡蛎30g,丹参30g,茯苓30g,大黄(后下)15g。4剂,1剂/d,水煎取汁300 mL,分3次服。

患者服药后诸症缓解,二便通畅,2023年12月27日复查BNP:521 ng/L。继续予2诊方加减,并于2024年1月4日守方带药出院。

按语:患者因心阳不振、阴寒弥漫胸中,可见胸闷、不能平卧。《素问·生气通天论篇》云“阳气者,精则养神”^[29],心阳虚衰,则君火不明,神明不安,故见疲倦;真阳虚衰,元气欲脱故见气短喘促,肾失气化,故见肢体水肿、小便短少;阳气亏虚,推动无力,故见大便难解。其病位在少阴,病机为阳气衰微,少阴寒化。初诊时患者病情急迫,亟需温阳破阴散寒,又恐此时元气不稳,骤用大量辛热之药反使阳气暴脱,故用与附子等量之山萸肉使阳气之生发有序,配合磁石、龙骨、牡蛎终将左升之阳气右降归于肾水之中。2诊时患者现还处于心衰急性期,故破阴回阳仍是其治疗大法;且患者心衰发作之病根与冠心病血脉瘀堵导致心阳不振、左升不利有关,而其冠心病又与其高血压、糖尿病日久,耗损太阴、少阴,以致浊阴不能归于六腑,瘀浊内生、痹阻血脉有关,故宜温运太少两本,配合祛瘀泄浊之品;其平素大便干结难解,若单用温药,恐使其阳明热化、燥化,故宜保持其阳明右降之路通畅。综合分析,该患者病位在少阴阳明,属少阴阳微,瘀阻阳明证。治宜破阴散寒,故方中干姜量大于炙甘草,附子量大于山萸肉,乃取通脉四逆汤之方义,以达破阴回阳之效。而该患者素有瘀浊内阻,阳明不降,若不稍作兼顾恐不能恢复一气之正常周流,故加丹参、茯苓、大黄以泄其水瘀。

3.2 验案2 患者,男,40岁,2021年10月25日入院。主诉:反复胸闷气促2年余,加重2周。外院诊断为“急性心力衰竭、2型糖尿病、糖尿病性肾病”,予利尿等对症治疗后症状缓解出院,出院后胸闷气促反复发作。2周前因饮食不慎后胸闷气促再次复发,遂至我院就诊。入院查BNP:4 007 pg/mL;心脏彩超:左室节段性室壁运动异常,左心扩大,二、三尖瓣少量反流,轻度肺动脉高压,左室舒张功能稍减退,少量心包积液,射血分数52%。既往有2型糖尿病20年余,2021年5月于外院住院期间诊断为“2型糖尿病肾病(CK2期),2型糖尿病性周围神经病,2型糖尿病性视网膜病变,2型糖尿病性心肌病可能性大,冠状动脉粥样硬化性心脏病?”。刻下:精神一般,胸闷气促,活动后加重,端坐呼吸,伴有咳嗽,偶有咯痰,量少,视物不清,腹胀不适,纳差,大便日一行,量少,小便偏少;舌淡红,苔

黄白微腻,脉沉细。查体:双下肢中度浮肿,左下肢可见一约5 cm×5 cm局部破溃、红肿;左、右小腿腿围为34 cm。西医诊断:心衰(心功能Ⅳ级);冠状动脉粥样硬化性心脏病待排;2型糖尿病伴有多个并发症。中医诊断:心水病(少阴阳微,瘀阻阳明证)。治法:破阴散寒,通腑泻实。方用破格救心汤合桃核承气汤加减,处方:炮天雄120 g,干姜60 g,炙甘草60 g,山萸肉120 g,龙骨30 g,牡蛎30 g,茯苓60 g,人参30 g,桃仁10 g,大黄(后下)20 g,桂枝15 g,芒硝(冲服)10 g。5剂,1剂/d,水煎取汁300 mL,分3次服。配合金匱肾气丸(大蜜丸,北京同仁堂)补肾填虚,每天睡前2 h服1丸。

患者服药后胸闷气促、精神均较前好转,左下肢溃疡较前减轻,每天大便次数增加至2~4次,质稀,量多,便后自觉轻松,每日负超600~1 000 mL。

2诊:2021年10月30日。患者精神尚可,静息状态下无明显胸闷气促,活动后加重,可平卧,伴有咳嗽,偶有咯痰,量少,视物不清,腹胀改善,纳一般,大便日三行,小便调。舌淡红,苔薄黄白微腻,脉沉细。查体:双下肢轻中度浮肿,左下肢局部红肿明显消退;左、右小腿腿围为32 cm。治法:破阴散寒,通腑泻实。方用中剂量破格救心汤合桃核承气汤加减,处方:炮天雄60 g,干姜30 g,炙甘草45 g,山萸肉60 g,龙骨30 g,牡蛎30 g,茯苓60 g,人参30 g,桃仁10 g,大黄(后下)20 g,桂枝15 g,芒硝(冲服)10 g。4剂,1剂/d,水煎取汁300 mL,分3次服。

2021年11月3日复查胸片:对比2021年10月26日胸片,肺淤血较前改善,双下肺渗出较前略吸收,双侧少量胸腔积液较前略吸收,提示心衰较前改善;心脏增大,同前。2021年11月5日复查BNP:2 336 pg/mL。患者症状改善,后以此方加减继续服药,并于2021年11月6日守方带药出院,出院当日测量左小腿腿围为30 cm,右小腿腿围为31 cm。2021年11月29日电话随访:胸闷基本缓解,偶有活动后气促,可爬楼至4楼,左下肢溃疡基本结痂。

按语:患者糖尿病病史,病本在太阴阳明,运化不利,瘀浊内生,故见腹胀、纳差、咳嗽咯痰、大便量少;又久病耗竭少阴精血,累及心肾,少阴虚衰,阳不化气,阳气失于宣通,脉道不利,日久成瘀。瘀阻心脏血脉,故见左心室节段性室壁运动异常;瘀阻下肢血脉,局部肌肤失于濡养,故见溃疡;瘀阻眼部血脉,故见眼朦。综合分析,该患者病位在少阴太阴阳明,属少阴阳微,瘀阻阳明证。2诊时患者诸症较前改善,四诊合参,辨证同前,中药守方,但需注意“壮火食气”^[21]之弊,故宜中病即止,逐渐减量。

患者两本虚损是其本,因虚致实、浊瘀内生为其标,其水瘀标实内阻将反过来影响少阴气化、一气周流,故此时祛邪即是扶正。“六腑以通为用”^[21],李可提出“阳明之降乃人身最大的降机”^[24],尤其在使用大剂量辛温助阳之品时,保持阳明的阖降顺畅,特别是大便的通暢,不仅有利于浊邪的排出,也利于阳气顺降以充养少阴元气,更能预防过用辛温助热之弊。阳明燥金,在天为燥,在地为金,在脏为肺,在腑为胃、大肠,肺主气,主宣发肃降,肺朝百脉主治节,可助心行血。肺与大肠相表里,若胃肠实热,阳明不降,可致肺气上逆,影响肺气宣发肃降,导致气机升降失调,从而见喘促之症,此为其一。

阳明之降乃全身最大的降机,承气类方即能顺承阳气,使阳气沉入土下水中,坎中有阳,元气有根,此所谓降金生水之法。相火降至水中,水中有火,则生元气,少阴之功用得以恢复,如此一气周流才能循环无端、生生不息,一气的升降圆运动才得以正常运行,此为其二。此类患者虽瘀阻血脉,似乎亦可从厥阴论治,然其少阴阳气衰微,喘促明显,元气欲脱,不耐升散,宜以通降之法以祛其瘀浊。故治以破格救心汤破阴散寒、回阳救逆以固护元气,配合桃仁承气汤阖降阳明,祛瘀泄浊。方中桃仁化瘀,芒硝软坚,大黄通降阳明,桂枝温通血脉助心阳,并能起引经药作用以助于祛血脉中之瘀浊。

4 结 语

圆运动六经辨证是从中医经典理论出发,结合名老中医经验,历经十余年中医经典病房探索凝练而成。其立足天人相应,人身一气周流,以纠正气机失偏,从阴阳五行、脏腑经络、气血津液代谢出发,充分发挥中医整体观和辨证论治的优势,针对心衰的病因病机、治则治法及预后转归作出了详细的剖析和提供了有力的治疗。在六经病位上抓住太阳和少阴、心和肾等要点,执简驭繁,灵活使用经方加减变化,疗效确切,具有可视化、标准化、易理解、易掌握、便于推广学习等优势。

参考文献

- [1] MEMBERS W C, ACC/AHA Joint Committee Members. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure[J]. J Card Fail, 2022, 28(5): e1-e167.
- [2] 中华医学会心血管病学分会,中国医师协会心血管内科医师分会,中国医师协会心力衰竭专业委员会,等.中国心力衰竭诊断和治疗指南2024[J].中华心血管病杂志, 2024, 52(3): 235-275.
- [3] SHAH S J, BORLAUG B A, KITZMAN D W, et al. Research priorities for heart failure with preserved ejection fraction: National heart, lung, and blood institute working group summary[J]. Circulation, 2020, 141(12): 1001-1026.
- [4] 周京敏,王华,黎励文.射血分数保留的心力衰竭诊断与治疗中国专家共识2023[J].中国循环杂志, 2023, 38(4): 375-393.
- [5] ANKER S D, BUTLER J, FILIPPATOS G, et al. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction[J]. N Engl J Med, 2021, 385(16): 1451-1461.
- [6] SOLOMON S D, VADUGANATHAN M, CLAGGETT B L, et al. Baseline characteristics of patients with HF with mildly reduced and preserved ejection fraction: DELIVER trial[J]. JACC Heart Fail, 2022, 10(3): 184-197.
- [7] SOLOMON S D, MCMURRAY J J V, CLAGGETT B, et al. Dapagliflozin in heart failure with mildly reduced or preserved ejection fraction[J]. N Engl J Med, 2022, 387(12): 1089-1098.
- [8] BUTLER J, FILIPPATOS G, JAMAL SIDDIQI T, et al.

- Empagliflozin, health status, and quality of life in patients with heart failure and preserved ejection fraction: The EMPEROR-preserved trial[J]. *Circulation*, 2022, 145(3):184-193.
- [9] SOLOMON S D, MCMURRAY J J V, ANAND I S, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition in heart failure with preserved ejection fraction[J]. *N Engl J Med*, 2019, 381(17):1609-1620.
- [10] PIESKE B, WACHTER R, SHAH S J, et al. Effect of sacubitril/valsartan vs standard medical therapies on plasma NT-proBNP concentration and submaximal exercise capacity in patients with heart failure and preserved ejection fraction: The PARALLAX randomized clinical trial[J]. *JAMA*, 2021, 326(19):1919-1929.
- [11] MASSIE B M, CARSON P E, MCMURRAY J J, et al. Irbesartan in patients with heart failure and preserved ejection fraction[J]. *N Engl J Med*, 2008, 359(23):2456-2467.
- [12] CLELAND J G F, TENDERA M, ADAMUS J, et al. The perindopril in elderly people with chronic heart failure (PEP-CHF) study[J]. *Eur Heart J*, 2006, 27(19):2338-2345.
- [13] THOMAS LUMBERS R, MARTIN N, MANOHARAN K, et al. Do beta-blockers and inhibitors of the renin-angiotensin aldosterone system improve outcomes in patients with heart failure and left ventricular ejection fraction >40%? [J]. *Heart*, 2019, 105(20):1533-1535.
- [14] YUSUF S, PFEFFER M A, SWEDBERG K, et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and preserved left-ventricular ejection fraction: The CHARM-Preserved Trial[J]. *Lancet*, 2003, 362(9386):777-781.
- [15] FERREIRA J P, PACKER M, BUTLER J, et al. Reconsidering the ejection fraction centric view of pharmacologic treatment for heart failure[J]. *Eur J Heart Fail*, 2022, 24(7):1148-1153.
- [16] PITT B, PFEFFER M A, ASSMANN S F, et al. Spironolactone for heart failure with preserved ejection fraction[J]. *N Engl J Med*, 2014, 370(15):1383-1392.
- [17] 国家中医药管理局. 中医临床诊疗术语 第1部分: 疾病: GB/T 16751.1—2023[S]. 北京: 中国标准出版社, 2023.
- [18] 来晓磊, 尚菊菊, 刘红旭, 等. 泻肺利水合剂联合西医常规方法治疗慢性缺血性心力衰竭气虚血瘀证疗效的真实世界、多中心、队列研究[J]. *中医杂志*, 2022, 63(6):544-550.
- [19] 曹玲华, 肖光旭, 贺爽, 等. 防己黄芪汤抗慢性心力衰竭的作用及靶标分析[J]. *世界中医药*, 2022, 17(13):1852-1859.
- [20] 宋晓龙, 宋俊, 潘仁友, 等. 利心水方联合常规西药治疗冠心病心力衰竭的临床效果[J]. *中国医药导报*, 2022, 19(11):68-72.
- [21] 王艳敏, 王露, 刘岢, 等. 益气温阳中药提高心力衰竭患者运动耐量的作用研究[J]. *中国中医急症*, 2021, 30(12):2186-2188.
- [22] 陶学良, 裴冰洁, 王大勇, 等. 益心通脉方对慢性心力衰竭病人NT-proBNP及生活质量的影响[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2022, 20(5):919-922.
- [23] 刘欢, 李玮吉. 芪蒺强心胶囊对慢性心力衰竭患者心功能、血浆BNP、PRA、IL-6水平的影响[J]. *湖北中医药大学学报*, 2021, 23(5):59-61.
- [24] 王帅, 赵志强, 王贤良, 等. 芪参益气滴丸治疗缺血性心力衰竭的多中心、前瞻性队列研究[J]. *中医杂志*, 2022, 63(7):635-643.
- [25] 林珑, 王吟春, 刘冠男, 等. 中医治疗慢性心力衰竭利尿剂抵抗所致水肿的研究进展[J]. *现代中西医结合杂志*, 2021, 30(6):674-677.
- [26] 杨雪卿, 王显. 络风宁2号方对慢性心力衰竭利尿剂抵抗患者的临床研究[J]. *世界中医药*, 2023, 18(8):1126-1130.
- [27] 周立基, 杨帅, 姜广军, 等. 生脉散合五苓散加味联合托伐普坦治疗慢性心力衰竭伴利尿剂抵抗的临床研究[J]. *广州中医药大学学报*, 2023, 40(2):316-321.
- [28] 邓贤斌, 陈路军, 颜芳, 等. 圆运动六经辨证体系的探索[J]. *国际中医中药杂志*, 2022, 44(10):1086-1091.
- [29] 黄帝内经·素问[M]. 王冰, 撰. 北京: 人民卫生出版社, 1963.
- [30] 方药中, 许家松. 黄帝内经素问运气七篇讲解[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007:33.
- [31] 黄帝内经[M]. 李郁, 任兴之, 编译. 西安: 三秦出版社, 2018.
- [32] 张仲景. 伤寒论[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2013.
- [33] 邓贤斌, 陈路军, 方艳琳, 等. 破格救心汤的圆运动解析及临床应用拓展[J]. *中医药导报*, 2021, 27(9):183-186.
- [34] 黄荣铝, 吕英. 李可老中医“阳明乃人身最大降机”的临床应用[J]. *四川中医*, 2013, 31(01):5-6.

(收稿日期:2024-03-07 编辑:刘国华)