

论著·临床理论与方法

基于圆运动理论探析射血分数保留心衰的病机与治疗

乔文博,董国菊,石玉姣,刘春秋,刘永成,杨晨光,刘思雨

(中国中医科学院西苑医院,北京 100091)

[摘要] 圆运动理论的实质是气在人体内的周流循环运动,即升降浮沉中,黄元御将其概括为“一气周流”。基于圆运动理论,认为射血分数保留心衰先由金气不降、火气不宣而成,继则中焦之气升降乖戾,最终肾阳受损,命门火衰,水木之气不升。在临床治疗方面,应当在射血分数保留心衰的早期祛邪以复金火之右降运动,中期祛邪扶正以复脾胃之升降,晚期温阳益气、化饮祛瘀以复水木之升,总以恢复气之周流运动为目标,从而达到改善或治愈射血分数保留心衰的目的。

[关键词] 圆运动;射血分数保留心衰;金火不降;水饮;瘀血

[中图分类号] R256.2

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2024)03-0239-04

DOI:10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.03.004

Discussion on Pathogenesis and Treatment of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction Based on Circular Motion Theory

QIAO Wenbo, DONG Guoju, SHI Yujiao, LIU Chunqiu, LIU Yongcheng, YANG Chenguang, LIU Siyu

(Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091, China)

Abstract The essence of the theory of circular motion is the circulation of qi in the human body, that is, the ascending, descending, floating and sinking of qi, which is “qi circulation” summarized by HUANG Yuanyu. Based on the theory of circular motion, it is believed that heart failure with preserved ejection fraction is caused by metal qi failing to descend and fire qi failing to ascend, then the ascending and descending of qi of middle jiao is in disorder gradually, which finally leads to damage to kidney yang and the fire of lifegate becoming weak, and qi of water and wood can not ascend. In terms of clinical treatment, it is necessary to expel pathogenic factors to restore the descending of qi of fire and metal in the early stage of heart failure with preserved ejection fraction and the ascending of spleen and the descending of stomach in the middle stage and to warm yang and benefit qi and remove blood stasis to restore the

ascending of qi of water and wood in the late stage. The final goal is restoring the circulation of qi so as to improve or cure the heart failure with preserved ejection fraction.

Keywords circular motion; heart failure preserved with ejection fraction; qi of metal and fire fails to descend; fluid retention; blood stasis

[收稿日期] 2023-01-27

[基金项目] 国家自然科学基金面上项目(编号:82074423);中国中医科学院科技创新项目(编号:CI2021A00903)

[作者简介] 乔文博(1998—),男,河南洛阳人,2021年硕士研究生,研究方向:中西医结合心血管疾病基础与临床研究。邮箱:qiao1206735170@163.com。

[通信作者] 董国菊(1975—),女,山东烟台人,医学博士,主任医师,博士研究生导师,主要从事中西医结合心血管疾病基础与临床研究。邮箱:13691393589@163.com。

射血分数保留心衰(HFpEF)是具有典型的心力衰竭症状和/或体征,且存在心脏结构和/或功能异常改变,但左心室射血分数大于等于50%的一组复杂的临床综合征,是心血管疾病发展的终末期阶段^[1]。一项有关中国住院心力衰竭患者的流行病学研究显示,在我国心衰住院患者中,HFpEF患者约占43%^[2]。并且由于我国老龄化程度逐渐加重,未来心衰的发病率和患病率也将明显增加^[3]。目前用于治疗射血分数降低心衰(HFrEF)的药物尚未被证实能够改善HFpEF患者的预后和病死率,因此尚无确定的治疗方案能够改善HFpEF的临床预后^[4-5]。中医古籍中并无心力衰竭这一病名,但根据心衰的症状可将其归于心胀、心痹、心咳、心水等范畴。近年来中医对HFpEF的研究不断发展,但尚处于起步阶段,因此通过探讨气的运动变化在HFpEF发生发展中的作用,能够为提高HFpEF的临床治疗效果提供新的思维认知模式,从而指导临床更加精准地遣方用药。

1 圆运动的理论内涵

圆运动理论起源于河图洛书,发展于《黄帝内经》,完善于《四圣心源》,明确出于《圆运动的古中医学》^[6]。圆运动理论不仅体现于自然界的气流运动,也体现于人体内的气流运动,即升降浮沉中^[7],因此圆运动的实质便是气的周流循环运动。

《素问·阴阳应象大论》认为“天有四时五行,以生长收藏……人有五脏,化五气”,且《素问·六节藏象论》论“天食人以五气,地食人以五味”,故五脏六腑应天地之气而生,即肝胆应春气而生,于五行属木而居于人体之左;心与小肠应夏气而生,于五行属火而居于人体之上;肺与大肠应秋气而生,于五行属金而居于人体之右;肾与膀胱应冬气而生,于五行属水而居于人体之下;脾胃应长夏之气而生,于五行属土而居于人体之中。

木气由左而升,入心化火,金气由右而降,如肾生水,火气浮极而下,随金气入于水,水中藏火,暖而不寒,蒸蒸化气,水气沉极而上,随木气入于心,火得水济,温而不热,土气在中,左旋右转而主斡旋,由此形成了人体内的气流循环运动,即圆运动,黄元御将其概括为“一气周流”^[8]。在圆运动中只有轴转而维运,气化方可行,阴邪乃不生,故人体不病。

2 圆运动与HFpEF的病理机制

2.1 HFpEF的中医特征

彭菊琴等^[9]在对HFpEF中医证素分布规律的研

究中指出,气虚水停是HFpEF最常见的复合证型,气虚血瘀证为其次;努力帕尔·再丁等^[10]通过对100例HFpEF住院患者进行回顾性分析,发现HFpEF的中医证候以血瘀和痰饮为主,以气虚为主的虚证为次;陈婵等^[11]对HFpEF和HFrEF中医四诊及证候特征进行研究,发现虚证占43%,实证占56%;故可以说明HFpEF的基本病机是本虚标实,本虚以气虚为主,标实以血瘀、痰饮为主。但以上的研究均是基于静态观察的结果,并不能体现HFpEF发生发展的动态变化过程,而董国菊^[12]在临床中发现HFpEF呈现先实而后虚的阶段性发展特征,即在早期以水饮上停为主,以瘀血阻滞为次,为实证,中期气血虚弱之证渐显,晚期阳气受损明显。

2.2 金火右降异常是HFpEF发生发展的关键

心肺同居上焦,心功能的发挥有赖于相傅之官的辅助,肺金之宣降又有赖于君火之温,二者相辅相成,因此HFpEF的发生主要与金火之气的敛降异常有关。

《灵枢·九针论》提出“肺者,五脏六腑之盖也”,《素问·阴阳应象大论》又载“天气通于肺”,故肺居高位为华盖,且与外界相通,所以无论外感、内伤,皆可致肺伤,正所谓“肺为娇脏”。若肺金之气受邪,则右降异常,或太过,或不及。

若金气收敛不及,则气逆于心肺之间,气上则津液亦上,肺之“通调水道”之功能失司,津液遂停而为饮,阻碍心肺阳气舒展,而《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》认为“短气,有微饮”,故此时病情尚轻。《素问·灵兰秘典论》提出“肺者,相傅之官,治节出焉”,故肺具有行气而助君主行血之功,肺金之气受饮所阻而不能顺降,宣降不和,则气机不畅,心血之行不得气助。且《素问·调经论》载“血气者,喜温而恶寒,寒则泣不能流,温则消而去之”,故水饮之邪使金不降而反侮火,心火遂不得宣通,心中之血则不得温行,故脉道滞涩,瘀血渐生,又“血不利则为水”,故血行不利可加重水饮停聚,水饮与瘀血互结于上焦而为患。金不得火之温煦,则降相对有余而宣不足,故HFpEF患者在早期阶段主要表现为休息时无症状,动则因迫肺气上行鼻道与天气相通而出现明显的胸闷、憋气。

气之周流,如环无端,一损俱损,相互影响,导致病情的进一步发展。胃与大肠之降不得金气之助,则浊气在上而不下,腹胀乃生。心火不随金气而降,

则脾土不得阳之暖,其散精之功失司。己土不左旋,戊土不右转,中州不主运化,气血不生则致虚,五脏六腑不得养;水湿不散则致实,而《素问·痿论》认为“有渐于湿,以水为事……肌肉濡渍,痹而不仁,发为肉痿”,故五脏六腑可因受水湿浸渍而不用。《素问·天元纪大论》载“金木者,生成之终始也”,故金不降则肝脾不升,其生心火也不足。心脾肺虚且不用导致了心衰的进一步加重,因此HFpEF患者除了静息状态下胸闷憋气逐渐表现明显外,也出现了脘腹不适、口渴、食欲欠佳等症状。

悬于胸中之阳不与燥金下行入水,则水中无火,故下焦寒多而热少。“阴胜则阳病”,故命门之火衰,火弱则“关门不利”而聚水,州都之官不行气化,津液亦留而为水。水饮之邪,外溢则为肿,从右而逆于上,凌心射肺,则胸闷喘憋,甚则咳喘不得卧。“阳虚则寒”,故HFpEF患者还可出现畏寒肢冷、小便短少等症状。五脏之阳气不能得元阳而发,“有形化无形”的气化过程无以为继,导致了“阴成形”太过,血瘀及饮停程度加重,心衰病情进一步发展。

3 复金火之右降以治疗HFpEF

人身之内的圆运动根本上是人身之气的一种运动模式,由此促进了人体的新陈代谢,即气化。尽管HFpEF呈先实后虚的发展特征,但总是先由心肺之气右降异常所致,所以在治疗HFpEF时,无论是祛邪,还是扶正,始终都要着眼于恢复心肺之气的右降运动。

3.1 早期通阳化饮以降心肺

HFpEF早期以水饮之邪阻碍心肺之气肃降为主要病机,故当渗湿利水、化饮降气。饮乃有形之阴邪,当以阳药祛之,如《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》云“病痰饮者,当以温药和之”。仲景言:“心下有痰饮……苓桂术甘汤主之。”方中茯苓用量最大,为君药,益气健脾,淡渗利窍,行三焦之水湿。桂枝为臣药,味辛性温,能够解肌发汗以开通玄府,行散水气以助通阳,温经通脉以行瘀滞,与甘温之甘草相伍,则辛甘化阳,振奋胸中之阳以行血布津,增气化中上焦之功。白术既理痰湿水饮,又益脾胃之气,健运中州。正如《医宗金鉴·删补名医方论》所论“茯苓淡渗,逐饮出下窍,因利而去,故用以为君。桂枝通阳输水走皮毛,从汗而解,故以为臣。白术燥湿,佐茯苓消痰以除支满。甘草补中,佐桂枝建土以制水邪也”^[13]。因此苓桂术甘汤具有温阳化气、降逆利水

之功,能使心下之停饮从表、从下而去^[14],“津液得下”,则“上焦得通”,金火之气乃降,心肺气化得行,故可选用温阳化气、降逆利水的苓桂术甘汤进行加减治疗。若水饮内盛,致金气上逆、心火受侮程度严重,HFpEF患者可见喘憋不能平卧,甚则水肿。《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》提出“支饮不得息,葶苈大枣泻肺汤主之”,故以葶苈大枣泻肺汤为主,泻肺利水。然葶苈大枣泻肺汤药力峻猛,乃权宜之计,不可久用,故若病势稍缓,则可仿茯苓杏仁甘草汤之意^[15],于苓桂术甘汤中加苦杏仁或桑白皮以降肺化饮,行胸中之塞气。

3.2 中期升清降浊以运中轴

若HFpEF病情进一步发展,饮瘀互结,困顿中焦,当淡渗利小便、行气利湿、活血祛瘀,可用五苓散加减。桂枝能升能降,与甘温益气之白术相伍可升腾中焦阳气,与甘淡之茯苓相伍可利水通窍,猪苓、泽泻直走下焦而利小便。且五苓散方后注“多饮暖水,汗出愈”,因此五苓散亦可使水饮从汗而解,故纵观全局,五苓散具有“开鬼门,洁净府”之功,可散聚于脾胃之饮邪^[16]。若病久,因实致虚,则又当兼顾扶正。若患者出现乏力短气、四肢倦怠、食欲欠佳等症,可用参苓白术散加减,补土生金,益心肺之气,其中桔梗既可助脾气之升,又可宣肺气以通利水道,“升已而降”,金气自可从右而下行;又可用补中益气汤加减,其中柴胡升少阳之清气,升麻、黄芪提阳明之清气,木升则金降,太阴湿土升则阳明燥土降。若患者面色少华,爪甲、嘴唇偏白,则可伍以当归补血汤,益气生血而助中焦之气化。

3.3 晚期温阳益气以升肝肾

若HFpEF失治误治,北方肾水不得右降之心火,无阳以温,则癸水沉寒,故当温阳散寒、化气利水,可用真武汤。真武汤出自《伤寒论》,主要用于治疗阳虚水泛证,方中附子为君,辛甘大热,上通心阳,中温脾阳,下补肾阳,散寒行水以助气化;白术、茯苓健脾燥湿利水,既杜水饮生化之源,又制水之流窜;生姜辛温,走而不守,上以宣畅肺气而启上闸,中以温胃行水而运中轴,下以助附子温阳散寒而通下焦;微寒苦酸之白芍,既可疏泄厥阴肝木而利小便,又可济白术、附子、生姜之燥热。全方温而不燥,阴阳并调,通利水道而行三焦气化^[17]。太阳少阴得温,饮得化,则水气自与木气从左而升以济心阳。若患者出现肾气虚的症状,如小便余沥不尽、小便频繁失禁,或伴腰

膝酸软、耳鸣,舌质淡红、苔薄白、脉沉弱,又当用金匱肾气丸,既可主心下之停饮,又可主肾间留水。其中桂枝、附子微微生火,与熟地黄、山药、山茱萸滋阴之品相伍,则化阴以生肾气,即“少火生气”,与茯苓、泽泻相伍,则温阳利水,与牡丹皮相伍又能温经活血以通脉行瘀,即“益火之源,以消阴翳”,八味药合用,则下焦气化得行,水气蒸蒸上行^[18]。

3.4 通贯活血化瘀以利气化

水与血在生理上相互滋生、相互转化,在病理上常相互累及,水瘀互结为病^[19]。然而尽管血瘀存在于HFpEF发展的全过程,但始终居于次要地位,阻滞气机,影响津液代谢,故在治疗上兼顾理血即可。理上焦之血,则予血府逐瘀汤,理中焦之血,则予膈下逐瘀汤,理下焦之血,则予少腹逐瘀汤,其中当归、川芎、桃仁、红花、赤芍中两种或多种药物组合,构成了活血化瘀药的核心^[20],可结合患者舌脉以判断血瘀程度而选用,配伍于基础方中,与病机相契合,从而提高疗效。

4 结束语

HFpEF发病机制复杂,西医认为其发生与全身性疾病发展有关^[21]。中医的圆运动理论也强调疾病与全身的联系性,认为轴转维运,气之周流不息,有形之物质与无形之气不断处于相互转换的过程中,则人体不病。金火之气受阻而不降是HFpEF发生发展的关键病机,水饮为主要病理因素,瘀血为其次,因此在治疗的过程中,主以化饮降逆,辅以活血化瘀,视患者情况给予相应的扶正治疗,或温阳、或益气,总以恢复心肺之气的右降运动为目标。气周流不息,如环无端,阳通阴化,五脏六腑气化以行,HFpEF自可向愈。

[参考文献]

- [1] 朱文彤,姚亚丽. 射血分数保留的心力衰竭的发病机制及最新治疗研究进展[J]. 心血管病学进展,2019,40(4):557-560.
- [2] 王华,李莹莹,柴珂,等. 中国住院心力衰竭患者流行病学及治疗现状[J]. 中华心血管病杂志,2019,47(11):865-874.
- [3] 王宙,周琳,刘洋,等. 慢性心力衰竭的流行病学研究现状及其防治研究进展[J]. 中国循证心血管医学杂志,2019,11(8):1022-1024.
- [4] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会,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):760-789.
- [5] 张孝玲,肖谦. 射血分数保留性心力衰竭的治疗进展[J]. 心血管病学进展,2020,41(11):1164-1167.
- [6] 许蒙,王新志. 从圆运动理论治疗不寐[J]. 中医学报,2020,35(4):746-749.
- [7] 林明欣,朱章志,吕英,等. 再探中医学“圆运动”规律[J]. 中华中医药杂志,2013,28(5):1516-1519.
- [8] 安建静,孙岚云. 阐述黄元御一气周流理论[J]. 国医论坛,2017,32(3):25-27.
- [9] 彭菊琴,侯丕华,彭娴,等. 射血分数保留心力衰竭中医证素分布规律研究[J]. 中华中医药杂志,2020,35(7):3660-3664.
- [10] 努力帕尔·再丁,熊双,董国菊. 射血分数保留的心力衰竭病人中医证候特征初探[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(23):4014-4017.
- [11] 陈婵,张鹏,王娟,等. 射血分数保留和射血分数减低心力衰竭中医四诊及证候特征研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(7):972-975.
- [12] 董国菊. 基于“三焦气化”理论谈中医药分期防治射血分数保留心衰的思路[J]. 中华中医药学刊,2023,41(4):1-3.
- [13] 吴谦. 医宗金鉴[M]. 郑金生,整理. 北京:人民卫生出版社,2017:684.
- [14] 张宝成,李雪萍,李雪萍,等. 苓桂术甘汤“开玄府-气化三焦”治疗慢性心力衰竭的探讨[J]. 中华中医药杂志,2019,34(3):1006-1008.
- [15] 张苏颖. 茯苓杏仁甘草汤证辨析[J]. 山东中医药大学学报,2001,25(6):415-417.
- [16] 郭永胜,黄书婷,渠景连. 张仲景运用五苓散原义探析[J]. 中医学报,2021,36(3):475-477.
- [17] 姜洪叶,李昕潼,邓秀敏,等. 真武汤“通玄启肾,气化三焦”治疗肾性水肿探析[J]. 中医学报,2022,37(3):471-474.
- [18] 耿连岐,朱艳. 金匱肾气丸从“温补肾阳”到“补益肾气”探讨[J]. 中国中医基础医学杂志,2015,21(10):1307-1308.
- [19] 吴洁. 从气血水相关探心水辨治思路[J]. 中华中医药杂志,2014,29(4):1117-1119.
- [20] 徐新宇,应志康,马焕焕,等. 王清任“五逐瘀汤”核心活血药及制方思路探析[J]. 浙江中医药大学学报,2021,45(8):930-933,938.
- [21] LAM C S P, VOORS A A, DE BOER R A, et al. Heart failure with preserved ejection fraction: from mechanisms to therapies[J]. Eur Heart J,2018,39(30):2780-2792.