

## · 名医传承 ·

刘中勇基于“五脏一体观”理论辨治慢性心力衰竭经验<sup>\*</sup>汤明珠<sup>1</sup> 刘中勇<sup>2A</sup>

**摘要** 刘中勇教授基于“五脏一体观”理论,提出心力衰竭虽病位在心,实与肺、脾、肝、肾四脏密切相关,治疗需突破“就心治心”的局限。在辨证论治基础上,其灵活运用补心阳益肺气、疏肝气化痰血、温脾阳益心气、养心阴滋肾水等多种治法,并配合针灸、推拿、穴位贴敷等非药物疗法,全面调节五脏阴阳平衡、气血运行和津液代谢,有效地改善了本病患者的临床症状,延缓了疾病进展,提高了患者生活质量,充分体现了中医整体观念和辨证论治的特色优势。

**关键词** 五脏一体;整体观念;慢性心衰;经验总结

慢性心力衰竭作为各种心脏疾病的终末阶段,是多种原因导致心脏结构、功能的异常改变,使得心脏收缩、舒张功能发生障碍,从而引起的一组复杂临床综合征,主要表现为呼吸困难、乏力和液体潴留(肺淤血、体循环淤血及外周水肿)等。流行病学数据显示,发达国家成人心力衰竭患病率为 1.0%~2.0%,而我国 ≥35 岁人群中心力衰竭患者约达 1370 万。据 China-HF 研究(2012—2015 年)统计,我国心力衰竭患者住院病死率高达 4.1%,可见心衰发病率仍呈上升趋势,其死亡率也居高不下<sup>[1]</sup>。目前,西医对慢性心力衰竭的治疗效果并不十分理想,而中医药防治则展现出独特优势。刘中勇教授(以下简称“刘师”)系江西省名中医,在数十年的临床实践中,积累了治疗急慢性心力衰竭、高血压、冠心病等心脑血管疾病的丰富经验。刘师基于“五脏一体观”的理论指导,中西并用,博采众家,在慢性心力衰竭的治疗中取得了显著疗效,深受患者信赖。笔者有幸师从刘师,临床侍诊其侧,现将刘师治疗慢性心力衰竭学术思想及临床经验总结如下,以飨同道。

## 1 “五脏一体观”理论与慢性心力衰

**※基金项目** 国家自然科学基金(No.82260918);国家中医药管理局高水平中医药重点学科建设项目(No.zyyzdxk-2023113);刘中勇全国名老中医药专家传承工作室建设项目(No.国中医药人教函[2022]75号);江西省中医药科技计划项目(No.2018A002);2024 年江西省研究生创新专项(No.YC2024-B231)

**▲通信作者** 刘中勇,男,教授,博士研究生导师。研究方向:中医药治疗心血管病。E-mail:lzyongmail@163.com

**•作者单位** 1.江西中医药大学研究生院(江西南昌 330004);2.江西中医药大学附属医院(江西南昌 330006)

## 竭的辨证论治

中医学强调整体观念,认为人体是一个有机的整体,而藏象学说作为整体观念的重要内容,认为五脏之间并非彼此孤立,而是存在密切联系、相互促进又相互制约的关系,如此才能维持整个人体功能的协调平衡。《灵枢·病传》云:“病先发于心,一日而之肺,三日而之肝,五日而之脾……”阐明了疾病五脏传变规律。除此之外,《黄帝内经》中诸多篇章均将人体五脏、五体、五官等脏腑形体官窍同五行、五音、五色、五味等自然界物质现象联系在一起。如《素问·阴阳应象大论》云:“神在天为风,在地为木……在脏为肝,在色为苍,在音为角……”《素问·六节藏象论》云:“肝者,罢极之本,魂之居……其味酸,其色苍……”《素问·五脏生成》言:“故心欲苦,肺欲辛,肝欲酸,脾欲肝,肾欲咸,此五味之所合也。”<sup>[2]</sup>可见,五脏通过相生相克共同将人体构成了一个有机的整体。刘师基于此提出:心衰其病,病属本虚(气虚、气阴两虚、阳虚)标实(血瘀、痰浊、水饮)或虚实夹杂之证,其病位虽在心,但与肺、脾、肝、肾四脏密切相关,且常相互影响、相互传变,如心肺气虚致血瘀、脾虚生痰扰心、肝郁气滞碍血行、肾阳虚水饮凌心等。因此临床上治疗心力衰竭时,刘师突破“就心治心”局限,强调五脏相关,不能拘泥于心之一脏,还应针对其“病之本”,结合其他四脏辨证施治,才能达到更好的治疗效果。如心肺气虚型心衰是由气虚血瘀渐进导致的心衰,故其治应注重理肺,在补益心肺之气的同时活血化瘀,其效果较单一的活血化瘀更佳。

## 2 循序施治, 用药精妙

**2.1 理肺气, 启宣降, 通水道, 行之以血** 《素问·五脏生成》指出:“诸血者, 皆属于心, 诸气者, 皆属于肺, 此四肢八溪之朝夕也。”可见, 心主血脉以行血, 肺主一身之气, 气血相生, 二者紧密相连, 息息相关。从病理角度剖析, 肺主气司呼吸, 其开窍于鼻, 是五脏中最直接与外界相联系的脏腑, 也是各种外邪侵犯人体最大的隐患。刘师基于这一理论, 结合《素问·皮部》“百病之始生也, 必先于皮毛……”的论述和现代研究证实肺系疾病常为心系疾病先导因素的认识<sup>[5]</sup>, 提出肺气失调在慢性心衰发病中的关键作用: 其一, 肺气虚弱可致心血受阻, 久则生瘀, 气血运行不畅, 终致心之体用受损; 其二, 肺失治节则津液输布失常, 水湿内生, 聚而成痰, 痰饮凌心则伤心阳, 引发水肿、气短、咳嗽、心悸等心衰症状<sup>[4]</sup>。在治疗上, 刘师常用生脉散益气生津, 配伍白术、葶苈子、桔梗等宣肺利水, 配合赤芍、川芎、红花等活血化瘀之品, 通过调理肺脏功能, 达到气血充沛、气机调畅的治疗目的, 体现了从肺论治心衰的学术思想。

**2.2 调肝气, 畅机枢, 安神志, 顺之以气** 心肝两脏在生理功能上密切相关, 主要体现在藏血、主血脉、主疏泄、主神明等方面<sup>[5]</sup>。肝脏生理功能正常时, 魂得肝血化生和涵养, 才能使魂随神往, 魂有所舍而不妄行游离, 维持正常的神志, 调节心神的盛衰, 协助君主之心发挥主司神明, 舒畅情志的作用<sup>[6]</sup>。若肝不藏血, 一则肝血不足, 濡养功能减退, 无法正常发挥疏泄功能, 久之则生瘀血、痰饮、水湿等; 二则, 魂由肝血化生濡养, 肝不藏血, 则使心神失守, 心神失守则魂无所归, 最终心肝俱损, 神魂不安, 出现郁郁寡欢、善惊易恐、神志失常等症<sup>[7]</sup>。故肝病日久, 则暗耗心之气血阴阳, 久之使其功能受损, 最终诱发或加重心力衰竭。基于这一认识, 刘师在临床治疗此类患者时, 常采用血府逐瘀汤活血化瘀、理气止痛, 并配伍郁金、香附、佛手等疏肝理气化痰药物, 以达到疏肝解郁、安神定志、化痰通络之效。《血证论》所言“肝属木, 木气冲和调达, 不致遏郁, 则血脉通畅”正是这一治疗理念的体现。

**2.3 健脾气, 复运化, 涤浊秽, 补之以虚** 脾为后天之本, 气血生化之源, 其运化功能对维持心、肺、肝、肾的正常生理功能至关重要。心脾二者相互为用: 脾土得心阳之温煦方能维持正常的生理功能; 而心阳又赖脾运化之水谷精微的滋养。因此, 若先天不足或后天

失养, 可致脾气亏虚、脾血不足、脾阳不振, 进而影响气血化生, 导致心血不足、心神失养, 久之累及心阳、心气。若饮食不节(嗜食肥甘厚味或恣食生冷), 日久伤脾, 脾脏受损则运化失司, 水液失衡, 导致湿邪内生, 日久成痰, 痰饮上犯心阳, 胸阳痹阻, 最终发为心衰<sup>[8]</sup>。基于“内伤脾胃, 百病由生”的理论, 刘师强调治疗心衰需重视健脾, 认为心衰其病位虽在心, 但属本虚标实之证, 其治应着重从脾入手。故其临证常用苓桂术甘汤、六君子汤、五苓散等方加减。若患者脾阳虚甚, 则加用干姜、蜀椒以温脾土; 若水肿尤甚, 可合薏苡仁、玉米须以淡渗利水。通过健运脾气、恢复运化、祛除湿浊, 从而达到治疗心衰的目的。

**2.4 补肾气, 复气化, 调水液, 温之以阳** 《脉诀汇辨》云“肾为脏腑之本, 十二脉之根, 呼吸之本”, 指出肾作为先天之本的生理地位。肾主藏精, 而心主血, 精血同源互化, 又因心火下降以温煦肾阳, 使肾水不寒, 肾水上济滋养心阴, 克制心火, 使心火不旺, 二者形成水火既济的交泰之象, 共同维持机体的阴阳平衡。《类证治裁》强调“肺为气之主, 肾为气之根, 肺主出气, 肾主纳气”, 当肾气虚衰时, 则不能潜降清气, 使其浮于表浅, 则有呼吸少、胸膈喘息等临床表现; 肾阳衰弱则肾主水功能障碍, 出现尿少、无尿、浮肿等症状, 甚则水气不循经行, 上凌心肺, 心阳受损则不能下交于肾, 从而导致肾气不足, 日久伤及肾阳, 二者互为因果, 君火相火不能相互资助, 久之导致心衰的发生。故临床上针对肾阳亏虚型心衰, 刘师常用真武汤益气温阳为基础, 喘促甚者合用葶苈大枣泻肺汤, 脾肾阳虚者用自拟补肾启枢温阳方, 并根据病情酌加益母草、牛膝、泽兰、生大黄等加强利水, 使水饮有出路, 则肾阳得复, 水火既济, 故病可痊。

## 3 验案举隅

李某, 女, 53岁, 2024年1月15日初诊。主诉: 胸闷气喘伴咳嗽5天。患者诉5天前不慎受凉出现胸闷气喘伴咳嗽, 当时未予重视, 未采取任何治疗, 近来症状反复发作, 遂至我院就诊。刻诊见: 胸闷气喘, 咳嗽, 偶有白痰, 左侧肩胛区有牵拉痛, 伴畏寒, 偶有心慌心悸, 无头晕头痛, 无口干口苦, 纳可, 夜寐稍差, 不易入睡, 梦多, 小便量少, 大便调, 日行1~2次。舌质淡, 边有齿痕, 苔薄白, 脉细弱。既往史: 扩张型心肌病病史多年, 多次住院疗效欠佳。辅助检查: 心脏彩超示左房内径34 mm, 右房内径33 mm, 左室舒张末

径 67 mm, 收缩末径 56 mm; 左室射血分数 32%, 提示左室增大伴收缩、舒张功能减低。西医诊断: 慢性心力衰竭。中医诊断: 心水病, 辨为阳虚水泛证。处方: 真武汤(颗粒剂)加减。药用: 黄芪 20 g, 当归 10 g, 党参 15 g, 桂枝 10 g, 茯苓 15 g, 炒白术 10 g, 泽泻 10 g, 猪苓 10 g, 肉苁蓉 10 g, 生姜 6 g, 大枣 6 g, 炒鸡内金 10 g, 陈皮 6 g, 淡附片 10 g。15 剂, 日 1 剂, 早晚 2 次, 饭后冲服。

2024 年 1 月 30 日二诊: 胸闷、气喘症状缓解, 续以上方加减治疗半年余。后随诊病情基本稳定, 2024 年 12 月 8 日复查心脏彩超示: 左房内径 30 mm, 右房内径 30 mm, 左室射血分数 38%。临床症状显著改善, 日常生活能力恢复。

按 本案属中医“心水病”范畴, 辨证为阳虚水泛证。患者素有心脏病, 致心气、心血亏虚, 不能充养血脉, 故见胸闷、左侧肩胛区牵拉痛; 脾为生痰之源, 患者脾阳不足, 无力运化水饮, 故出现咯痰症状, 脾土不足, 反盗母气, 造成心阳不足, 久之又累及肾阳, 致使心脾肾三脏阳气俱虚。阳虚无力气化则小便量少、畏寒; 阳虚水泛, 水气上凌心肺, 则见心悸气短、咳嗽咯痰; 舌淡有齿痕、苔薄白、脉细弱皆为阳虚水泛之征。故治以五苓散加减, 方中泽泻利水渗湿, 淡附片回阳救逆、补火助阳, 二者共为君药; 茯苓、猪苓健脾利湿, 助君药利水渗湿, 白术健脾燥湿, 合茯苓可健脾制水, 又可输津四布, 为臣药; 桂枝温阳化气, 解表利水, 一药而表里兼治, 当归、肉苁蓉补益精血, 使气血生化有源, 黄芪、党参、鸡内金健脾益气, 使脾气得升而脾阳得健, 又因患者咳嗽咯痰, 故以陈皮燥湿化痰, 上述七药共为佐药; 生姜、大枣调和营卫, 使机体内外气机顺畅, 为佐使之用。诸药合用, 使脾气得健、脾阳得升、肾阳得温、水饮得利, 诸症得缓, 效如桴鼓。

#### 4 小结

刘师基于“五脏一体观”理论, 认为心力衰竭是一种复杂且严重的心血管疾病, 临床上其病情往往呈现出高度的复杂性和多样性, 常常出现两脏以上甚至五脏俱病的情况。因此刘师提出在治疗本病时, 须仔细辨证, 不能简单地着眼于某一脏或两脏, 而应突破“就

心治心”的局限, 根据患者的实际情况, 强调多脏同调的整体辨证思路。其在临床实践中, 以活血化瘀、温阳利水为主纲, 灵活运用理肺、疏肝、健脾、补肾等法<sup>[9]</sup>, 或补心阳、益肺气, 或疏肝气、化血瘀, 或温脾阳、益心气, 或养心阴、滋肾水, 如此多法并用, 使标本同治、内外兼顾、五脏同调, 从而达到预期的治疗目的。另外, 本病的治疗还可以配合使用中医特色治法如针灸、推拿、穴位贴敷等以调整五脏之间的阴阳平衡、气血运行和津液代谢。《黄帝内经》“心动则五脏六腑皆摇”的论述, 揭示了情志因素对心脑血管系统乃至全身脏腑都会产生重要影响, 故刘师特别重视“九疔七修”等非药物疗法调摄心神, 并结合饮食调护(低盐低糖、戒烟限酒)、起居养生(避免熬夜)等综合干预措施。这一诊疗体系通过多靶点、多途径的整体调节, 有效改善患者症状、提高生活质量、延长生存期, 充分体现了中医整体观念和辨证论治的精髓, 为慢性心力衰竭的中医治疗提供了重要范式。

#### 参考文献

- [1] 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.
- [2] 马晶晶, 任路, 尚德阳, 等. 《黄帝内经》五脏虚实辨证及治疗[J]. 中国中医基础医学杂志, 2023, 29(9): 1421-1425.
- [3] 曾婧纯. 探析“温邪上受, 首先犯肺, 逆传心包”之本义[J]. 光明中医, 2009, 24(9): 1665-1666.
- [4] 解秀芬, 姜松, 刘晓莹. 从肺论治慢性心力衰竭初探[J]. 河北中医, 2024, 46(9): 1541-1545.
- [5] 谢小峰, 杨梦蝶, 陈健, 等. 中医肝藏功能及其脏腑关系的研究进展[J]. 世界科学技术—中医药现代化, 2018, 20(12): 2185-2190.
- [6] 修一萍, 薛一涛. 从“双心医学”论“益气温阳、调肝安神”治疗心力衰竭[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(8): 55-57.
- [7] 吴华芹, 胡元会, 张并璇, 等. 从肝论治心力衰竭的临床实践[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2022, 20(7): 1327-1330.
- [8] 袁一顺, 黄浪浪, 刘言薇. 刘中勇从脾肾论治慢性心力衰竭经验[J]. 中医药通报, 2022, 21(2): 20-22.
- [9] 罗兴滢, 刘中勇. 基于数据挖掘探究刘中勇教授诊治心衰病的临床用药规律[J]. 实用中西医结合临床, 2020, 20(8): 121-123.

(收稿日期: 2025-02-21)

(本文编辑: 金冠羽)