

基于“通阳不在温,而在利二便”理论应用甘遂大枣散 辨治心力衰竭合并胸腔积液经验

张 静¹ 罗启帆¹ 李 丹² 张 晗³ 李 慧²

(1. 北京中医药大学第二临床医学院,北京 100029; 2. 北京中医药大学东方医院西院区综合内科,北京 100071;
3. 北京中医药大学针灸推拿学院,北京 102401)

【摘要】心力衰竭(心衰)合并胸腔积液与水饮代谢异常密不可分,水饮内停导致的“阳郁”是本病发病之核心。基于叶天士所提出的“祛邪通阳”思路,引申为“通阳不在温,而在利二便”的治疗思路,以“利二便、通六腑、解阳郁”为法,应用“十枣汤”改良方“甘遂大枣散”引水饮从膀胱、魄门而出,斡旋气机、升降有序,使“阳郁”得解,实现“通阳”,治疗本病安全有效。

【关键词】心力衰竭;胸腔积液;甘遂大枣散;通阳;利二便

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2024.12.019

慢性心力衰竭(简称“心衰”)患病率、病死率高,均呈逐年上升趋势^[1]。而胸腔积液是胸膜内异常积聚的液体,病因众多,在非恶性胸腔积液中,心衰是其常见病因。目前认为严重心衰时心排出量下降,机体出现水钠潴留,当肺循环淤血造成胸膜壁层压力超过或接近脏层胸膜时,肺毛细血管静脉压力会增加导致胸水回流障碍,造成胸腔积液^[2-3]。心衰合并胸腔积液会导致胸闷、憋气、喘息等症状,甚至危及生命。

临床多采用利尿、胸腔穿刺、抗感染等方案治疗心衰合并胸腔积液,部分患者因利尿剂抵抗、顽固性胸腔积液导致利尿效果不佳,同时胸腔穿刺易发生气胸,且利尿剂的使用可伴随低血压、肾功能不全、电解质紊乱、糖脂代谢异常等不良反应^[4]。中医多以温阳、补阳、活血化瘀等治疗心衰合并胸腔积液,然临床效果欠佳。笔者师从李慧教授,根据其临床经验,从“阳郁”“通阳”的角度,基于“通阳不在温、而在利二便”理论应用甘遂大枣散治疗心衰合并胸腔积液,效果显著,现总结如下。

1 病因病机

中医根据水液在人体停聚的部位将其命名为“悬饮、痰饮、支饮、溢饮”四饮,结合心衰合并

胸腔积液的部位和表现,绝大多数属“悬饮”范畴。《金匮要略》曰:“饮后水流在胁下,咳唾引痛,谓之悬饮。”悬者系也,如物悬挂其处,上不在心,下不及腹中,悬于胸胁^[5]。大多医家将心衰合并胸腔积液的中医病机概括为阳(气)虚为本,血瘀、水停等为标。除持续耗损虚极之人,其病机多以“阳郁”占主导,水饮内停则胸阳郁阻,而一些表现为“虚”的症状如乏力,多为他脏阳气郁阻而继有“阳虚”之表现。

《素问·经脉别论篇》曰:“饮入于胃……上输于脾;脾气散精,上归于肺;通调水道,下输膀胱;水精四布。”人体正常的水液代谢受周身多脏腑影响,过程包含肺的宣发肃降、脾胃之运化输布、肾与膀胱的气化蒸腾。同时三焦作为决渎之官,是其运行之通路,掌管人体水液升降出入^[6]。《素问·生气通天论篇》言:“阳气者,若天与日。”阳主动,心主火,以阳为用,为五脏六腑之大主,人体的水液代谢依赖于阳气的温化推动作用。因此,人体正常的水液代谢,与中医的心、肺、脾、肾、三焦等脏腑有关。

“心衰”多以“阳虚”为本,阳虚时温化、推动无力,肺为相辅,肺难宣肃、心火不足以暖脾土,脾胃失运、心肾难交,气化失常,则水液代

作者简介:张静,女,25岁,硕士研究生。研究方向:中西医结合防治心血管疾病。

通信作者:李慧,E-mail:lihui8832@163.com

引用格式:张静,罗启帆,李丹,等.基于“通阳不在温,而在利二便”理论应用甘遂大枣散辨治心力衰竭合并胸腔积液经验[J].北京中医药,2024,43(12):1420-1423.

谢异常,甚则痰瘀内生,痹阻心脉。心衰合并胸腔积液临床表现为胸胁不适、心悸、气短、喘息不得卧、纳差、水肿、二便不利等,多指向水饮内停、三焦郁堵。《三焦病源流》曰:“上焦如雾,雾不散,则为喘满……中焦如沤,沤不利,则留饮不散,久为中满……下焦如渎,渎不利,则为肿满。”水邪上凌心肺,上焦不散则喘息气短,游溢四肢则肿。心为五脏六腑之大主,心肺同属上焦,当饮留胸胁,阳气郁阻,则心阳难以化水行气,水气凌心则见心悸,肺气郁阻难以宣发肃降,则肺气上逆而发气短、咳逆喘息不得卧;阳气郁阻则心阳难温脾土,中焦不运则见脘腹胀满、纳差等症,“诸湿肿满、皆属于脾”“脾主四肢和肌肉”,日久则肢体水肿;肾阳需得心阳之助而化气行水,水饮内停郁阻阳气,下焦不利,心肾难交、水火难济,影响下焦之气化,肾司二便,则小便难下、大便难通^[7]。

“郁”者,滞而不通也。阳气的正常流动不仅需要阳气充足,还需要阳气通行之道路畅达^[8]。本病以“水饮内停”为标,其相关症状体征均以“阳郁”为主,非“去水解郁”而难治。另外“阳虚”和“阳郁”密不可分,当阳气虚弱时,推动无力,水液代谢异常,水饮内停而阻阳气之通达,造成“阳郁”。同时,水为阴邪,易损耗、阻遏阳气,阳郁亦会加重阳虚。

2 辨证论治

2.1 先辨阳虚与阳郁

阳虚可致水饮不化,而水饮、痰湿、瘀血等诸多原因均可导致阳气郁阻。临床可根据患者舌脉症状加以辨证。若为阳虚者,面色多苍白、晦暗,舌有齿痕或淡胖,苔润、白滑;阳郁者,其面色黄或青白或紫暗,舌色不淡,苔白腻或黄腻或白滑或润,脉滑或数等^[9]。若阳虚水聚成饮,则脉象多表现为沉细少力,若其脉实而有力,当辨为阳郁。以脉为核心,根据脉之“有力”“无力”划分,若脉有力,患者二便欠利,舌色不淡,结合患者症状则多辨为阳郁;若脉无力,多辨为阳虚。

治疗应先辨阳虚与阳郁,阳虚、水饮互为因果,虽以虚证为本,但发作时最终导致水饮内停于胸胁,其标皆为“阳郁”,常以阳郁标实为甚,急则治其标,皆以“通阳”为核心。

2.2 “通阳不在温,而在利二便”

叶天士所谓“通阳不在温,而在利小便”,通阳,即通达阳气,利小便乃给邪以出路。治疗阳郁不通而引起疾病,通其道而去其邪,斡旋气机,恢复气机的升降出入。李慧教授结合临床应用并加以引申,提出通阳不在温,而在“利二便”,“浊阴出下窍,谓大小二便也。倘一息不运,则机缄穷而死矣”^[10]。结合本病水饮内停之证,应先治其水,水饮散则阳气自通,正自安^[11]。用于心衰合并胸腔积液之阳郁者每获良效。

本病阳郁多伴见大小便不利,利二便可通六腑之气,使邪气从二便而解,从而阳郁自解。六腑者,以通为用,其传化物而不藏,以“满”为病^[12]。肾主水液、司二便,肾的气化功能失司,肾与膀胱相表里,则水饮难从二便而解。心阳虚或心阳郁阻,则魄门启闭失常、气血推动无力,使大肠传导失司、糟粕内停、腑气不通^[13];则三焦气机升降失常,决渎失职,以致水饮阳郁更甚。心衰合并胸腔积液患者其心功能下降,摄水量减少,加上消化道瘀血,其胃肠动力下降;活动量减少、长期卧床,腹部相关肌肉无力;利尿剂治疗可能导致肠道失水,都会导致大便难下^[14]。

根据“小大不利治其标”的原则,治疗以“利二便”为核心通利腑气,使水液糟粕随二便而出,使腑气通、浊阴去,则气机升降恢复,三焦得以疏利,阳气亦得通畅。《四圣心源》云:“中气者,和济水火之机,升降金木之轴。”中焦运化正常,则可斡旋气机,使五脏之气升降出入有序,水液运化输布得当,水饮自化。

3 甘遂大枣散的应用与方解

“甘遂大枣散”经“十枣汤”改良而来,去十枣汤中大戟、芫花之有毒之品。引水饮从膀胱而解,从魄门而出,使水饮得去,腑气得通,三焦通利,阳郁得解;中土得固,中焦健运,斡旋气机,肺之宣发肃降、脾之健运、肾与膀胱之气化、三焦之决渎恢复正常,清阳得升,浊阴得降,则水液代谢异常从源头而解。

3.1 方解

甘遂古称“上味曰甘,径直曰遂”,能泄经隧之水,使之直从谷道而去。三焦决渎之功离不开经隧的正常流行,甘遂因泻水散结之力显,临床多用于饮停胸胁等水液代谢失常疾病,峻攻、猛逐,力强效速,可祛脏腑、经隧积水。水液代谢

异常与肺、脾、肾、三焦相关，甘遂归肺、肾、大肠经，善行通经隧而畅三焦，《神农本草经》言：其“主治大腹疝瘕……利水谷道。”甘遂去除水饮积水，能通利水谷之道，利二便也。

甘遂，因其药性峻猛，多数本草文献载为“有毒”。《素问·六元正纪大论篇》云：“妇人重身，毒之何如……有故无殒，亦无殒也。”当药物作用于常人时，毒性可破坏人体阴阳平衡；而当人体有邪气出现偏性时，药物将以偏纠偏作用于病邪，使人体恢复阴阳平衡^[15]。因此，对于甘遂的应用，把握其用药指征，则安全有效。甘遂大枣散中甘遂每剂用量为 3 g，较十枣汤安全有效。其一，从药味上看，减去了十枣汤中偏性亦较大之大戟、芫花，比十枣汤更为缓和；其二，“十枣汤”中甘遂为“生甘遂”，凡药生用则气悍，而甘遂大枣散中选用“醋制”甘遂，可明显减低其毒性和刺激性^[16]；其三，醋制甘遂单次用量小。

大枣可安中焦、补土。《神农本草经》云：其“主治心腹邪气，安中，养脾……平胃气。”甘遂大枣散中大而肥者大枣“十枚”，用量较大，大枣甘缓，缓甘遂之峻，更重要的是取其培土制水之意。邪之所凑，其气必虚，大枣固护中焦脾胃之土，土实则脾胃运化之功恢复，中焦健运，斡旋气机，一则去已停之水，二则防止水液代谢异常复发^[17]。土强则堤厚而制水，阳健则以正复气而御阴，扶正驱邪兼顾。

3.2 临床应用

李慧教授遵“十枣汤”用法之精髓，对甘遂大枣散的用量用法有独到见解。每剂常规用量为“醋制甘遂 3 g、大枣 20 g”，打粉为散，每日 4 次白粥送服。根据患者的体质和病情轻重，酌情调整服药频次和服药时间。水饮内停、阳郁较重者，日服 3 次，加大单次用药浓度；阳虚较甚者，增加大枣的剂量，或增加每剂服药频次和时间，减少单次用量降低药物浓度，虚更甚者，可顺应天时，在平旦正气尚足时服用^[18-19]。

总之，甘遂大枣散在炮制、配伍、服药方法上缓甘遂之峻猛，同时顾护正气，根据患者的体质、病情、服药反应等及时调整剂型、用量、服药频次。采用醋制甘遂，配伍大枣以白粥送服顾护胃气。综合把控，中病即止，安全有效。

4 病案举例

患者，女，72 岁，主因“间断胸闷、喘息 9 年，

加重伴双下肢水肿 1 个月”于 2024 年 1 月 15 日收入院。患者 9 年前因冠心病置入冠脉支架 2 枚，期间偶有活动后胸闷、喘息，1 个月前患者无明显诱因出现胸闷、喘息加重，并伴有双下肢水肿。入院症见：间断胸闷、喘息，伴双下肢水肿，夜间不可平卧，偶有憋醒，心慌、气短乏力，纳呆，眠差，小便少，大便干，每日一行。舌暗红，苔白腻微润，脉弦滑。查体：听诊双肺呼吸音粗，双下肺可闻及湿啰音，心界叩诊偏大，双下肢中度可凹性水肿。辅助检查：氨基末端脑利钠肽前体（NT-proBNP）3 290 ng/L；胸部 CT 检查示：心包积液，双侧胸腔积液。心脏超声检查示：左室射血分数（left ventricular ejection fraction, LVEF）57%，左心大，动脉硬化，主动脉瓣纤维化伴关闭不全，心包积液。心电图检查示：窦性心律，中度 ST 段压低，非特异性 ST-T 异常。西医诊断：心衰，纽约心脏病协会（NYHA）分级心功能 III 级；中医诊断：悬饮，水湿内停证。入院后予利尿、扩管等治疗为主，患者症状及相关实验室指标未见明显好转，利尿效果不佳，大便未行；2024 年 1 月 17 日查胸水超声示双侧胸腔积液，右侧 4.1 cm×11.6 cm，左侧 4.0 cm×9.5 cm；NT-proBNP 3 630 ng/L。纵观症状及舌脉，考虑为水饮内停、郁遏胸阳所致，遂予甘遂大枣散，利二便、通六腑、解阳郁。方药组成：醋甘遂 3 g，大枣 20 g。5 剂，打粉分 10 份，4 次/d，1 次半份，白粥送服。

2024 年 1 月 20 日二诊：服药 5 剂后患者小便增多，大便已通，大便 3 次/d，量多质稀，服药期间患者诉胸闷喘憋明显好转，心慌已无，查体双下肢水肿明显好转，未出现恶心呕吐等消化道反应。2024 年 1 月 22 日复查双侧胸腔积液较前明显减少，右侧为 2.8 cm×1.0 cm，左侧为 1.2 cm×1.0 cm；NT-proBNP 2 810 ng/L。舌暗红，苔白微润，脉弦滑。结合舌脉，水饮之征象较前程度减轻，继续予甘遂大枣散，方药组成：醋甘遂 2 g，大枣 20 g。3 剂，打粉分 6 份，4 次/d，1 次半份，白粥送服。

2024 年 1 月 23 日三诊：服药 3 剂后患者诉胸闷喘憋已无，心衰症状明显缓解，双下肢水肿消失，二便通利，余诸症明显改善。2024 年 1 月 26 日复查胸水超声未见明显胸腔积液。NT-proBNP 1 940 ng/L。患者好转出院，出院后随访病情稳定。

按：患者老年女性，临床表现以胸闷、喘息为主，查体双下肢水肿，胸水彩超提示双侧胸腔积液，既往高血压、冠心病病史多年，其 NT-

proBNP 升高、LVEF 下降,可诊断为心衰合并胸腔积液。结合患者的症状表现,病症切合悬饮。水饮内停,胸阳郁遏则见胸闷、胸痛;水气凌心则见心慌心悸;饮阻上焦,肺气郁阻而见气短、咳逆喘息不得卧;心阳郁阻难温脾土,中焦不运则纳差;“诸湿肿满、皆属于脾”,日久则肢体水肿;水饮内停郁阻阳气,水火难济,下焦气化失常,二便难下。舌暗红,苔白腻少津,脉弦滑。皆为水饮内停,津液输布异常之象。患者七十有余,阳气虽虚,结合舌脉,以水饮内停导致阳郁为主为甚,阳虚为辅,治疗当以通阳解郁为主,予甘遂大枣散使水饮从二便而解,药后患者二便明显增多,诸症好转,未诉不适,各项检验指标也恢复到正常范围,数剂服下积液完全消散。

5 小结

甘遂大枣散方简力专,使滞留之饮邪由二便而出,泄膀胱水湿、逐大肠水邪,三焦疏利,达到“洁净府,去菀陈莖”^[20]之效,使心阳通畅,用于心衰合并胸腔积液水饮内停患者见效快。可根据患者体质、病情、服药反应等及时调整给药方法,把握用量,做到中病即止,安全有效。

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] 陶仲为.心力衰竭合并胸腔积液的诊治[J].中国实用内科杂志,2004,24(6):322-324.
- [3] PUCHALSKI JT, ARGENTO AC, MURPHY TE, et al. Etiologies of bilateral pleural effusions[J]. Respir Med, 2013,107(2):284-291.
- [4] 李慧娟,李慧.甘遂大枣散在顽固性胸腔积液中的应用[J].北京中医药,2020,39(9):972-974.
- [5] 陈婷,李湛,赖敏,等.隐喻认知视角下的《金匮要略》“四饮”因机证治解析[J].现代中医临床,2024,31(3):49-53.
- [6] 涂田,杜娟.基于水液代谢及《金匮要略》心水论治慢性心力衰竭[J].光明中医,2023,38(21):4109-4112.
- [7] 付达,刘真.通腑泄浊法在慢性心力衰竭腑实证治疗中的应用[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(7):784-785.
- [8] 陈新宇,邓旭,蔡虎志,等.基于“阳主阴从”思想构建评测健康状态的新体系[J].中医杂志,2020,61(7):586-589.
- [9] 马晨欢,郝征.阳虚、阳郁肢厥辨治[J].河南中医,2018,38(7):993-997.
- [10] 谭雨晴,李军,陈恒文,等.基于“通阳不在温,而在利小便”临证探微[J].辽宁中医杂志,2024,51(3):40-42.
- [11] 刘庆申.《伤寒论》通阳法初探[J].中国当代医药,2014,21(18):159-160,163.
- [12] 季玉伟,张云松.从“腑以通为用”论治慢性萎缩性胃炎[J].江苏中医药,2023,55(8):9-12.
- [13] 孙浩格,杨会举,崔世超,等.基于魄门亦为五脏使论治便秘[J].光明中医,2023,38(23):4689-4692.
- [14] 张欢,殷可婧,刘雪丽,等.加味小建中汤对慢性心衰合并便秘患者的临床疗效观察[J].陕西中医药大学学报,2019,42(6):117-119,138.
- [15] 曹亮亮,王文晓,张丽,等.基于“有故无殒”思想的醋甘遂毒性研究[J].中国中药杂志,2015,40(16):3249-3255.
- [16] 高兰.醋炙降低甘遂胃肠道毒性的机制研究[D].南京:南京中医药大学,2019.
- [17] 司尚坤,王法帅,曲夷.经方中大枣配伍应用规律[J].世界中医药,2023,18(17):2531-2535.
- [18] 孙文广,吴修符.《伤寒杂病论》中甘遂应用规律探讨[J].安徽中医学院学报,2013,32(3):6-7.
- [19] 周琦,刘红旭,张振民,等.十枣汤治疗急性心力衰竭理论探讨[J].北京中医药,2022,41(6):645-647.
- [20] 闫子民,齐文升.峻下逐水法治疗恶性胸腔积液 1 则[J].北京中医药,2023,42(1):122-124.

Application of Gansui Dazao Powder in the syndrome differentiation and treatment of heart failure combined with pleural effusion based on the theory of "benefiting urination and defecation for dredging Yang instead of warming"

ZHANG Jing, LUO Qifan, LI Dan, ZHANG Han, LI Hui

(收稿日期:2024-05-09)