

病例报道

顽固性心力衰竭病案

伊文琪¹ 于华芸² 胡喜秀¹

主题词 心力衰竭, 充血性/中医药疗法

1 病历摘要

秦某某,男,56岁,因咳嗽,喘憋10余年,加重伴双下肢浮肿月余,于2003年1月10日入院。患者10余年来反复发作咳嗽、咳痰,喘憋,遇寒易发。每年发作超过3个月,月余前外感风寒后再发咳嗽,喘憋,动则加重,且伴双下肢浮肿,吐少量白痰,应用抗生素、氨茶碱等药物效果不佳,并于近10余日出现腹胀,下肢浮肿加重,纳少眠可,大便2~3日一行,小便少。查体:体温36℃,脉搏90次/分,血压120/85mmHg,面色晦暗,口唇轻度紫绀,咽(-),桶状胸,双肺呼吸音低,可闻及少许干罗音,心律90次/分,律齐,心音低;腹膨隆,移动性浊音(+),肝右肋下4cm,质韧有触痛;双下肢中度凹陷性水肿;舌紫暗有瘀斑、苔白,脉沉细。腹部B超检查示:中等量腹水,脾大,瘀血肝。血常规无异常。X线胸片示:(1)双肺陈旧性肺结核,(2)慢性支气管炎并感染,肺气肿,肺心病。中医诊断:臌胀。西医诊断:(1)慢性支气管炎并感染,(2)肺气肿,(3)肺心病(心功能Ⅲ级),(4)陈旧性肺结核。

入院后给予持续低流量吸氧(2L/分),经抗感染,解痉平喘,利尿治疗后,咳嗽略轻,痰少,但心慌、喘憋无变化,疗效不佳。1月17日调整抗生素,加用洋地黄类药物,利尿剂加量,效果仍不佳。1月25日患者病情明显加重,心慌乏力,憋喘,不能平卧,腹胀加重,纳差,眠少,大便3日一行,口干不欲饮,小便少,双肺底出现湿罗音,干罗音增多,下肢浮肿加重。胸部CT示:(1)陈旧性肺结核,(2)肺动脉高压肺心病,(3)双侧少量胸腔积液,(4)心包积液(少量)。B超检查示:瘀血性肝脾肿大,大量腹水。痰细菌培养(-),调整利尿及强心药物,加用血管扩张剂, β -肾上腺素能激动剂,降低肺动脉高压,支持治疗,治疗6天无效,双肺湿罗音增加,病情加重。

1月31日会诊:患者心慌,喘憋,不能平卧,动则

加重,腹胀纳呆,口干不欲饮,大便5日未行,小便少,肌肤甲错,胸壁静脉曲张明显加重,双下肢浮肿,大量腹水,舌紫暗有瘀斑、苔白,脉沉细。辨证:气虚血瘀水停,虚实夹杂,治疗:活血化瘀,补气利水。予调营饮加减:赤芍30g,川芎12g,莪术9g,延胡索9g,泽兰15g,生大黄9g,党参20g,黄芪30g,茯苓20g,白术30g,大腹皮30g,槟榔12g,桑白皮12g,肉桂6g,葶苈子12g,炙甘草12g,枳壳6g,生姜3片,大枣6枚。水煎,日服1剂。

服3剂后,病情明显好转,喘憋、心慌减轻,可平卧入眠,腹胀减,纳食略好,双下肢水肿减轻,大便稀,日行7~8次,尿多。上方中生大黄减至6g。

继服3剂后,患者活动后略有喘憋、心慌,休息可缓解,睡眠及进食好转,无腹胀,大便日行2~3次,尿多,口干减轻。查体:双肺呼吸音低,未闻及干湿罗音,肝右肋下2cm,腹水征(-),胸壁静脉曲张明显减轻。守方继服3剂后,患者诸症消失,无咳嗽吐痰,无喘憋、心慌,活动后无不适感,纳眠可,二便调。查体:双肺呼吸音低,未闻及罗音,胸壁静脉曲张消失,心(-),腹(-),双下肢水肿消失,舌质偏暗、苔白,脉象较前有力。X线胸透示:胸水消失。B超(-)。上方中生大黄改为酒大黄6g,去生姜、莪术、延胡索、槟榔、桑白皮、葶苈子,加玄参10g,麦冬10g,以防利水而伤阴,服3剂后出院。回家后加减调服半月,随访3月病情较稳定,可进行轻体力活动。

2 体会

现代研究认识到,肺气肿、肺心病患者应用活血化瘀药物,对咳、痰、喘均有明显改善,对血液流变学均有一定程度改善,说明肺气肿、肺心病与血瘀有关。本例患者久病迁延,阳气虚衰,以致血瘀水停,病情虚实夹杂,实证明显,可在补气基础上,重用活血化瘀利水药物,以达迅速祛邪目的,由于注重培补元气,患者用药后虽大便多至日行7~8次,未见虚象加重,反在祛邪之后,病情大为好转。调营饮出自《证治准绳》,原多治“臌胀”之肝脾血瘀型。本例患者属“肺胀”之范畴,标实证候表现却与“臌胀”之肝脾血瘀证相似,乃异病同治,取调营饮加减,标本兼治,故效果良好。

1 山东省广饶县中医院,山东省广饶县月河路27号(257300)

2 山东中医药大学

收稿日期:2003-07-03;修回日期:2003-10-29