

验案采撷

何立人治疗顽固性心力衰竭验案 1 例

徐 羽中*

主题词 心力衰竭, 充血性/中医药疗法 @ 何立人

何立人是上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院主任医师, 擅长诊治各种心脏疾患。何师在临床上非常重视中医辨证施治原则, 强调中医特色, 认为中医的特长在于辨证施治, 观其主证, 辨证求真, 剔除假象, 去伪存真, 针对病之关键, 选用合适药物。现将笔者随师侍诊时所遇 1 例顽固性心力衰竭治疗经过报道如下。

1 病例报道

患者张某, 女性, 80 岁。患者因“反复心悸汗出 5 月加重 1 周”入院。患者曾因“老年瓣膜性心脏病、高血压病、心功能不全”多次住院, 经降压、抗心衰治疗后好转。1 周前患者胸闷、心悸、夜间汗出加重, 伴夜间不能平卧, 无明显双下肢浮肿, 急予氨力农、异舒吉静脉滴注, 后胸闷、心悸等症状略减轻。自发病以来, 患者感疲乏无力, 夜间小便尚无减少, 无咳嗽咳痰, 胃纳较差, 夜寐不安。既往高血压病史 60 余年, 血压最高 200/80 mmHg, 不规则服用硝苯地平降压药, 血压控制不理想, 一般为 150~180/45~70 mmHg。胆囊炎病史数年, 平素服用胆清胶囊。无药物过敏史, 否认家族性高血压、心脏疾病史。实验室检查示: 肌酐 182 μmol/L, 尿素氮 11 mmol/L; 血钾 5.7 mmol/L; 血常规白细胞 $5.2 \times 10^9/L$ 、嗜中性粒细胞 0.79, 血红蛋白 80 g/L。入院诊断为: (1) 老年瓣膜性心脏病、心功能 III~IV 级, (2) 原发性高血压 3 级、极高危组、高血压性心脏病, (3) 慢性肾功能不全。

查体: 神志清楚, 脸部略浮肿, 睑结膜略苍白, 双瞳孔等大对圆, 听力减退, 颈静脉略充盈, 颈动脉搏动明显, 肝颈反流征阴性。两肺呼吸音粗, 未及明显湿啰音。心尖搏动最强点位于第 6 肋间左锁骨中线外 1 cm, 可及抬举性搏动, 心界向左下扩大, 心率 75 次/分, 律不齐, 心音有力, $A_2 > P_2$, 主动脉瓣第 1 听诊区可闻及全收缩期及舒张期吹风样 3/6 级杂音, 前倾坐位增强, 向颈部传导, 二尖瓣听诊区可及收缩期 3/6 级喷射样杂音, 并向左腋下传导, 可及水冲脉, 周围毛细血管征(一)。

腹(一)。四肢活动自如, 双下肢无浮肿。

入院后予莫诺美地、异舒吉扩冠, 地高辛、米力农强心, 速尿、安体舒通、络活喜、蒙诺利尿降压, 拜阿司匹林抗血小板聚集、倍他乐克抑制心室重构、左氧氟沙星抗感染。1 周后实验室检查示: 白细胞 $3.61 \times 10^9/L$, 红细胞 $2.91 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 88 g/L, 血小板 $142 \times 10^9/L$ 、嗜中性粒细胞 0.62; 电解质血钾 4.88 mmol/L, 血钠 137 mmol/L, 血氯 107 mmol/L; 尿素氮 12.9 mmol/L, 肌酐 123 μmol/L, 血糖 4.52 mmol/L, 尿酸 413 mmol/L; 肝功能正常。动态心电图(Holer)示: (1) 室性早搏 481 个, 有 6 次成对室早、4 阵室性二联律、1 阵室性三联律; (2) 房性早搏 238 个, 有 2 阵房速; (3) 心肌损伤; (4) 24 小时心率变异度属重度降低。B 超示: 肝区光点改变, 双肾多发性囊肿, 双肾体积稍缩小, 双侧胸腔积液。

经西医对症治疗月余, 患者上述症状改善不明显, 复查尿素氮 16.9 mmol/L, 肌酐 147 μmol/L, 血糖 6.21 mmol/L, 尿酸 616 mmol/L。遂于 2004 年 5 月 19 日转而求诊中医。刻下: 面色白黄, 皮肤晦暗无光泽, 心悸、汗多, 四肢轻度浮肿, 双足浮肿见指凹痕, 畏热不畏冷, 舌淡苔薄, 边有齿痕, 右侧舌中部见一黄豆大小暗紫瘀斑, 脉结代、弦大见虚。处方: 党参 15g, 黄芪 30g, 生地黄 12g, 麦冬 15g, 五味子 9g, 玄参 10g, 桑白皮 15g, 五加皮 15g, 万年青 15g, 景天三七 15g, 丹参 10g, 生山药 30g, 沙苑子 15g, 寒水石 10g, 龙骨 15g, 牡蛎 15g, 紫石英 10g, 茯苓 15g。4 剂水煎服, 每日 1 剂, 早晚分服。嘱患者注意养生, 喜怒有度, 劳逸结合, 少食多餐, 以低蛋白(主要为动物蛋白)饮食为主。5 月 23 日二诊: 药后无不适主诉, 右侧肢体仍见轻度浮肿, 左侧基本消退, 舌淡苔薄, 边有齿痕, 右侧舌中部黄豆大小暗紫瘀斑较前已见减小, 脉结代。处方: 原方基础上加猪苓 15g, 姜黄 6g, 葛根 10g, 桃仁 9g, 紫苏梗 6g, 寒水石、紫石英加至 18g, 五味子减至 3g, 万年青减量为 6g。7 剂水煎服, 每日 1 剂, 早晚分服。5 月 29 日三诊: 自觉近日精神渐好, 面色黄中微显红活, 舌淡苔薄, 边有齿痕, 右侧舌中部见一绿豆大小暗红瘀斑, 脉结代。处方: 在上方基础上去生地黄、麦冬、五味子、玄参、桑

白皮、五加皮,加白扁豆 30g,赤小豆 30g,僵蚕 9g,地龙 9g,汉防己 9g,熟附子 3g,葶苈子 30g,大枣 30g,锁阳 15g,紫河车粉(吞服) 1.5g(如无不适加至 2g)。7 剂。7 月 7 日四诊:右下肢仍见轻度浮肿,但较前已明显减轻,舌淡紫,右侧舌中部见米粒大小瘀点。上方去葛根、紫苏梗、紫河车粉,寒水石、紫石英减至 15g,葶苈子减至 18g,加厚朴花 5g、荷叶 5g、藿香 6g、佩兰 6g,熟附子加至 5g。7 剂。7 月 16 日五诊:心率 70 次/分,房颤律,血压 155/55mmHg。诉近 1 周末感烦热,面色较前彰显红润之象,皮肤濡润有光泽,胃纳一般,但有食欲,夜寐亦转安,近 1 周无夜间汗出,舌淡,右侧舌中部瘀斑基本消失,脉细。近日实验室检查示:白细胞 $4.2 \times 10^9/L$,红细胞 $2.97 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 94g/L、嗜中性粒细胞 0.59;电解质血钾 4.78mmol/L,血钠 140mmol/L,血氯 100mmol/L;尿素氮 9.1mmol/L,肌酐 102μmol/L,血糖 6.01mmol/L,尿酸 511mmol/L。处方:党参 15g,黄芪 30g,万年青 6g,景天三七 15g,丹参 10g,生山药 30g,沙苑子 15g,怀牛膝 9g,寒水石(打) 15g,龙骨(先煎) 15g,牡蛎(先煎) 15g,紫石英(先煎) 15g,茯苓 15g,猪苓 15g,桃仁 6g,白扁豆 30g,赤小豆 30g,僵蚕 9g,地龙 9g,汉防己 9g,熟附子 5g,葶苈子 18g,大枣 30g,锁阳 15g,藿香 6g,佩兰 6g,厚朴花 5g,荷叶 5g,青皮 9g,桑白皮 12g。7 剂。

继守上方随症加减月余,随访患者一般情况可,服药过程中未感明显胸闷、心悸、汗出,心率 72 次/分,房颤律,血压 150/55mmHg,夜间能平卧,四肢无浮肿,他人协助下生活基本能自理,复查 B 超未见胸腔积液。继服中药调理。该患者服用中药期间一直按照西医心力衰竭的国际治疗指南规范给予西医对症治疗。

2 按语

难治性或顽固性心力衰竭一般指经过常规抗心力衰竭治疗但疗效不佳或心力衰竭的临床表现继续恶化者,多属各种心脏病自然发展的后期转归。临床上常有显著水肿,甚至各浆膜腔积液,用利尿剂效果不明显或无效,对洋地黄类药物耐受性差,极易出现中毒表现。按其临床常见主症分析,可归属于中医心悸、怔忡、心痹、喘症、水肿、痰饮与虚劳等范畴。

何师认为,本例患者出现各种心力衰竭症状缘于高年体弱,久罹冠心病、心律失常、心功能不全,脾肾亏虚,易致外邪内虚相因为患。肺为水之上源,主宣降、通调水道,因水湿盛于里,泛滥不降而逆,上凌于心肺,致胸闷、心悸、夜难卧平,故应泻肺通腑,使邪外出。水之行亦赖阳气之温煦推动,水停为肿,乃阳虚气化不行的表现。肾为水脏,脾主运化水湿,故其病本为脾肾阳虚,

水湿不化,蓄积为患,可见下肢水肿、胸腔积液,治当温肾健脾、运气行水。《内经》曰:“诸湿肿满皆属于脾;诸气臌郁,皆属于肺。”浮肿之由归于脾、肺,用五加皮、桑白皮、万年青以泻肺利水,据现代药理研究,万年青具有相当西药中强心药的功效;又气能固摄血、津、液,汗为心之液,该患心悸汗多为心气外泻表现。心虚不足故见面色白黄,《金匱要略》云“脉大亦见虚”,故当温补为主。但患者就诊初期有气阴不足之象,不可滥用温燥之品,故暂不用附子、鹿角,病变后期气阴不足改善予小量熟附子、锁阳以温阳补肾;该患者初诊时存在慢性肾功能不全,故不用可致肾损的泽泻,选茯苓、猪苓、白术健脾渗湿利水以消肿,利水而不伤阴;火(指心火,包括心阴心阳)不生土,脾阳不足,益脾摄纳功能减退,加山药、白扁豆健脾养胃阴;沙苑子、天麻可补肾;少量紫石英和紫贝齿、寒水石能平喘;龙骨、牡蛎以敛汗安神重镇;生地黄具有清热凉血、养阴生津功效,下补肾阴之虚,清虚热而生津,文献报道该药对动物的心脏有直接加强心肌收缩力的作用,对衰弱的心脏作用更明显,辅助益气活血之药物,使亏损的气血得以补益,瘀阻之心脉得以疏通;葶苈子泻肺平喘、通腑利水以治标,诚如古云:“利小便可实大便”,反过来,通利大便亦有助于水湿外出。患者年高病久,不耐攻伐,故祛邪同时用黄芪、党参、白术、麦冬、五味子取生脉饮之意,可纳气以扶正顾本。久病入络,瘀阻有碍水行,故伍以桃仁、丹参、景天三七等活血化瘀之品,取血行水亦行之意。后期少佐厚朴花、荷叶、藿香、佩兰以理气,山楂、鸡内金、大枣以开胃,诸药相合,共奏扶正祛邪、标本兼顾之功。何师认为,本病既有心阳心气亏虚,又见瘀血水湿停积,故何师治疗时不囿于高年忌攻伐之常理,既扶正气又祛留邪,终使邪去正安。

首次全国特色医疗名医学术交流会 《当代中国特色医疗名医》(画册)

征稿通知

中国特色医疗学术研究委员会和北京盛世康医药学术交流中心联合主办下列活动,特征稿如下。“首次全国特色医疗名医学术交流会”(2005 年 5 月下旬在厦门市召开):中医、西医、中西医结合、民间医生、乡村医生治疗各科常见病、多发病、疑难杂症等方面的特色疗法及临床经验总结。论文要求打印,每篇论文 2000 字左右,另附 200 字以内的作者简介,论文经评审后择估参加会议交流,并推荐给正式出版的期刊发表或择优入编《中国医药科技优秀论文荟萃》。会议将颁发“中国特色疗法证书”、“发民中国特色医疗学术贡献奖”奖杯或奖牌、“中国特色医疗名医证书”、继续教育学分证书,征稿截止 2006 年 4 月 10 日。

《当代中国特色医疗名医》(画册,拟交出版社出版),图文并茂,介绍 400 位特色医疗名医。凡医德医风良好、享誉一方的中医、西医、中西医结合各科名医及乡村医生、民间医生中的名医均可投稿入编。来稿请提供:(1)1 寸彩色像片 2 张(反面写上姓名),彩色工作照或生活照 2~3 张(附说明);(2)以第三人称写的医疗特色简介 300 字以内,附联系地址、邮编、电话、手机号码。截稿日期 2006 年 5 月 1 日。以上来稿请寄:北京市 100036—98 信箱/海淀区北京盛世康医药学术交流中心江玲主任收,邮编:100036,联系电话:010-87013859,51848355,信封上请注明“会议征文”或“画册征稿”。