

心力衰竭常见证型治验 4 则

刘 元*

主题词 心力衰竭, 充血性/中医药疗法 辨证论治

心衰的病位在心。不论是心本身疾患, 还是肺心同病、肝心同病、肾心同病及脾心同病, 均可导致心衰。一旦心衰发生, 其病理改变基本相同。可概括为水气射肺、水气凌心、阳虚水泛、血瘀湿阻、阳气虚脱等证。现将常见证治验介绍如下:

1 **阳气虚脱**: 此型病情危重, 须积极抢救。临证多表现为阳气衰微, 浮阳越于外, 阴竭于内之候。

康××, 61岁, 退休工人, 于1982年2月10日因急性广泛前壁心肌梗塞、心衰、心原性休克收住监护病房。入院经西药静滴激化液、利多卡因等抗心律失常及抗心衰、抗休克药, 给氧、特护、心电监护等处理, 从危急中挽救回了病人生命。但仍心悸气短, 喘而高枕卧位, 烦躁、口唇紫绀, 左肺底有细小湿罗音等心衰体征。经抗休克治疗, 血压已回升至正常水平, 虽升压药物浓度逐渐减少, 但仍不能撤掉升压药物, 患者四肢欠温, 尿量仍不多, 颜面周身汗多, 舌质淡白, 脉细微。中医辨证为阳气衰微、阳衰欲脱之象。急投予麻黄附子细辛汤: 麻黄 5g, 炙附子 4g, 细辛 3g, 急煎内服, 每日 1 剂。撤掉升压药物, 换上生脉饮注射液 100ml 加入 10% 葡萄糖水内静滴, 经 72 小时维持治疗, 血压正常平稳, 尿量增加, 手足转温, 汗出已止, 心悸气短消失, 左肺底湿罗音亦消失。后经 7 周常规治疗, 病人康复出院。

2 **阳虚水泛**: 该型主要表现为阳虚不能化气行水, 水湿内停, 上犯凌心, 水湿射肺之证候。

郝××, 女 48 岁, 工人, 于 1982 年 12 月

10 日收住, 入院诊断: 风湿性心脏病、二尖瓣狭窄及闭锁不全、左心室扩大、心衰Ⅲ°、房颤。入院后经口服狄戈辛 0.25mg, 每日 1 次, 心衰有所改善, 浮肿减轻, 但心率仍较快, 卧床不活动心率维持在 100 次/分左右, 稍活动心率就增至 110~120 次/分, 后改用狄吉妥辛 0.1mg 每日 1 次及心得安 10mg 每日 3 次, 心率虽下降至 80~90 次/分, 因虑其心得安对心功能的抑制作用, 与病人不利, 故停掉所有西药, 换用中药治疗。患者当时心衰Ⅱ°, 稍活动即感心悸气短, 仍倚息高枕卧位, 畏寒浮肿, 面色苍白, 舌淡苔白, 脉细而结代。中医辨证为阳虚水泛, 心气不足。拟温阳益气利水, 以桂枝甘草龙骨牡蛎汤加味: 桂枝 6g, 甘草 4g, 生龙牡各 30g (先下), 党参 15g, 桑白皮 15g, 北五加皮 6g, 茯苓 20g, 急煎 1 剂内服。24 小时后双肺底湿罗音消失, 心脏扩大有所缩小, 肝颈静脉回流减轻, 心室率减慢 (70~80 次/分), 肝大缩小, 下肢浮肿减轻, 畏寒、心悸、气短消失, 已能平卧位。经上方加减治疗半月, 心衰纠正而出院。

笔者对北五加皮抗心衰作用进行了 10 余年临床跟踪观察, 认为该药确有明显治疗心衰疗效。不论在辨证论治基础上加用药, 还是单味药用, 都有类似洋地黄药物效应, 尤对心衰而心率偏快, 或洋地黄类药控制心率不满意病例更为适宜, 但用量过大, 或长期服用易引起房室传导阻滞等类似洋地黄药物对心脏的毒性反应。因此临床应用要注意心率及心电图的变化, 调整用量, 以免出现毒副反应。少数用药有泛恶呕吐可加半夏、竹茹、生姜。水气凌心, 饮邪射肺时加用葶苈子、桑白皮。有浮肿与瘀血体征加益母草、泽兰以化瘀行水。

3 **血瘀湿阻**: 本型多见口唇青紫, 肋下见积块、浮肿、颈部青筋充盈突起, 舌质紫暗, 脉沉涩等心衰外候。本证有虚实之分, 虚证多见于心阳

* 北京中医学院东直门医院, 北京市海运仓 5 号 (100700)

收稿日期: 1993-06-04

虚,心气不足,血行不畅,血瘀水停。实证多见于气滞血瘀或寒湿阻滞而致心血瘀阻,水饮内蓄。

崔××,男,68岁,退休工人,1981年11月因急性前壁心肌梗塞住院治疗2月,出院后坚持服用中西药治疗。于1992年2月2日因心悸气短加重来就诊。患者诉动则气不能续接,胸痛彻背,下肢浮肿。查语声低微,口唇紫绀,舌质淡暗、体胖有齿痕,脉细数无力。心电图示陈旧性前壁心梗,ST-T改变,窦性心动过速。超声心动图示左心室扩大。听诊心律齐,心率110次/分,左肺底有细小湿罗音。颈静脉怒张,下肢凹陷水肿(++)。西医诊断:冠心病、心衰。中医辨证:心气虚、气虚血瘀、气虚湿阻。拟以益气活血利水,方用归脾汤加减:人参粉5g(冲),焦白术10g,炙甘草5g,生黄芪30g,当归10g,阿胶10g(烊化),三七粉3g(冲),郁金10g,丹参20g,茯苓20g,泽兰12g。服10剂后,心慌气短、动则气促、浮肿及胸前区绞痛消除,唯仍有些心率偏快,遂于前方加入珍珠粉0.3g(冲),琥珀

粉1g(冲),益心定悸、安神祛瘀之品,又进10剂,余症全除。

4 **气阴两虚**:此型为气阴两虚,气虚不能化气生精,阴虚则精不足,阴精不足则血虚,血虚不得养心而出现的病证。

梁×,男,34岁,工人,患风湿性心脏病、房颤10余年,1992年11月1日因劳累过度,病情加重,前医给予桂枝、干姜、附子、细辛、车前子、泽泻、茯苓之剂,不效。于1992年11月7日来我院诊治,经检查发现心衰Ⅰ°~Ⅱ°,慢性房颤加剧为快速房颤,心率118次/分,心悸气短,倦怠懒言,颧红,面色少华,五心烦热,盗汗,口舌干燥,舌红、体胖少津,脉细而结代。此例病久气阴两伤,复因遇劳耗气而加剧。前医给以温热伤阴之剂,不但不效反而有害。笔者拟予益气养阴之剂,效仿炙甘草汤意:西洋参粉3g(冲),炙甘草10g,生黄芪12g,大枣3枚,阿胶10g(烊化),麦冬10g,生地15g,白芍12g,桂圆肉10g,炒酸枣仁15g。10剂后,诸症悉平。

指压穴位法治疗胆绞痛 45例

王若东*

笔者自1985年以来采用指压胆俞等穴位治疗胆绞痛患者45例,收到满意疗效,现报告如下。

1 **临床资料**:本组患者45例,男性17例,女性28例。年龄18岁~72岁,平均为46岁。其中患胆囊炎15例,胆道蛔虫合并胆管炎8例,胆囊结石22例。其主要临床表现为上腹中部及右上腹持续性绞痛,阵发性加重,并向右肩胛部放射,伴有恶心呕吐,呕吐物为胃内容物及少量胆汁,疼作汗出淋漓,胆囊区压痛明显,无肌紧张,部分患者腹部可触及肿大之胆囊。其中伴发热者25例,但所有病例均无黄疸、休克等征象。

2 **治疗方法**:俯卧位偏向右侧或坐位,取第10胸椎棘突旁开1.5寸处(胆俞穴),第9胸椎棘突旁开1.5寸(肝俞穴),以及阿是穴(背部压痛最明显之部位)。手法:医者用拇指或食指的指腹紧贴在所取的穴位上,徐徐向下用力施压,持续一定时间,约30秒,然后放松,

交替按压其他穴位,致使局部组织温度升高,有一种温热和酸麻胀的感觉。其手法以祖国医学的“按之则热气至,热气至则痛止”为根据,采用穴位按压的方法,因而本组45例患者绝大多数症状均可缓解。

3 **结果**:显效:胆绞痛在指压胆俞穴位5~10分钟内即可完全缓解或明显减轻者,计25例,占55.6%,症状明显缓解的平均时间为7.5分钟;有效:胆绞痛在指压穴位10分钟之后痛减,虽仍有右上腹闷痛,但能够忍受者,计10例,占35.6%。无效者4例,占8.9%。总有效率91.2%。

4 **讨论**:胆绞痛是消化系统疾病的常见症状,经常发生在胆囊炎、胆石症等疾病的急性发作期间,祖国医学认为胆是“中清之府”以通降下行为顺,笔者根据“六腑以通为用”“通则不痛”的原则,用指压穴位法,则可缓解胆道平滑的痉挛,使胆道通畅,胆压降低,疼痛减轻。本组45例绝大多数症状缓解,个别效果不佳者,考虑为胆系炎症时间较长或结石嵌胆囊颈所致。本疗法具有止痛快,无副作用的特点,有待于进一步探讨。

* 北京中医学院东直门医院,北京市海运仓3号(100700)

收稿日期:1993-03-09