

史载祥运用经方治疗顽固性心力衰竭经验

李春岩 李 格 侯丕华 指导:史载祥

(中日友好医院中西医结合心血管病中心、高干保健科,北京市朝阳区樱花东街2号,100029)

[关键词] 顽固性心力衰竭;经方;史载祥

顽固性心力衰竭是多数器质性心脏病患者不可避免的结局,是临床常见的危急重症。史载祥教授在临床上善于运用经方治疗顽固性心力衰竭,取得了较好的疗效,现将其验案列举于下。

1 己椒苈黄丸案

张某某,女,56岁,2009年3月10日初诊。反复水肿、气短5年,加重3个月。患者风湿性心脏病(风心病)病史43年,房颤病史30年,1989年行二尖瓣置换术,2006年行三尖瓣置换术。5年前出现反复双下肢水肿,活动后胸闷、气短,症状逐年加重,3个月前无明显诱因水肿再次突然加重,延及全身,喘息气促,夜间不能平卧。X线胸片示:普大型心,符合风心病改变,双肺纹理重,双侧胸腔积液。超声心动图示:符合风心病联合瓣膜病换瓣术后,全心扩大,以左心房大最显著(89cm),肺动脉高压。诊断:①慢性心力衰竭,心功能Ⅳ级;②风心病,二尖瓣、三尖瓣置换术后;③永久性心房颤动。入院后西药予以强心、利尿、抗凝等,中药予以真武汤合苓桂术甘汤温阳化饮之剂,治疗约2周效果不明显。2009年3月25日史老师查房,患者症见:喘憋,难以平卧,全身重度水肿,按之凹陷不起,腹胀如鼓,乏力,纳差,手足凉,无汗,口干,双膝关节肿痛,触之微热,小便每日约1000~1600ml(使用大量利尿剂后),大便成形,颈静脉怒张,肝脾肿大,舌质红、苔黄腻,脉沉迟。辨证为饮停化热、阳气亏虚,治以攻逐水饮、兼温阳益气,方用己椒苈黄丸加減:葶苈子30g,花椒15g,防己15g,大黄10g,附子15g,茯苓30g,白术15g,白芍15g,干姜15g,黄芪30g,大枣10g,香加皮3g,益母草60g,水煎服,7剂。二诊患者喘憋减轻,平卧时间延长,尿量增加至每日3000ml,水肿明显减轻,腹胀减轻,大便每日1或2次、成形,仍予原方7剂,药后喘憋明显减轻,夜间基本可平卧,体重由入院时54kg降至46kg,仅双下肢轻度水肿,病情平稳出院。

按:《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》篇云:“腹满,口舌干燥,此肠间有水气,己椒苈黄丸主之”。论述了饮邪留于肠间,治以己椒苈黄丸。此方以攻逐水饮为主,适用于饮邪内盛,而正气尚存的患者。该患者全身重度水肿,按之凹陷不起,腹胀如鼓,喘息不止,说明水

饮之邪泛滥,上凌心肺,下走肠间,旁溢肌表;双膝关节肿痛,触之微热,舌质红、苔黄腻,为饮停化热,水热互结为痹之表征;饮邪内停,阻碍血行,故见颈静脉怒张、肝脾肿大等瘀血内停之象。水饮瘀血停聚,日久导致阳气虚损,故见手足凉,脉沉迟。审其证当属饮邪内停,有化热之势,兼有阳气亏虚。治以攻逐水饮、导邪外出为主,同时兼以温阳益气、活血化瘀。方中防己味苦大寒,擅除下焦湿热痹,通利小便;花椒辛热,温中散寒,除寒湿痹,一寒一热,辛开苦泄,是张仲景通闭破结之大法。葶苈子泻水平喘,大黄攻坚决壅,此二药性寒,泻肺利大肠,一上一下,逐水邪从大便而去。附子、干姜温肾助阳,以散水寒。黄芪、白术、茯苓、大枣益气补中,以运水湿。香加皮强心通痹,益母草活血利水。白芍敛阴和营,既防利水伤阴之弊,又可制附子、干姜、花椒温燥之性。全方寒温并用,攻补兼施,但以祛邪为主,使水邪自二便分消,则阳气渐复,脾气转输,津液上承,故方后云服后“口中有津液”,是深得张仲景之心法。

2 四逆汤案

朱某某,男,86岁,2009年3月25日初诊。反复咳嗽、咳痰、喘憋20余年,加重伴双下肢水肿2年余。患者慢性支气管炎病史20余年,高血压病、冠心病病史30余年。2周前因受凉后再次出现咳嗽,咯白痰、量多,喘息胸闷,端坐呼吸,四肢水肿。X线胸片示:双肺炎性改变,心外形大,主动脉结钙化,左胸膜病变可能。超声心动图:双心房明显扩大,右心室扩大,三尖瓣反流(重度),肺动脉高压(中度),二尖瓣反流(中度),心包积液(微量)。诊断:①慢性心力衰竭,心功能Ⅳ级;②慢性肺源性心脏病;③慢性喘息型支气管炎急性发作;④冠状动脉粥样硬化性心脏病;⑤高血压病3级(极高危)。入院后西医给予抗感染、强心、利尿、解痉平喘、化痰等治疗,中药先予以真武汤合三子养亲汤合生脉饮加減,后又以定喘汤加減,治疗20余天,患者气喘症状未减,并逐渐出现嗜睡等神志改变。血气分析:pH 7.35,血二氧化碳分压73.5mmHg,血氧分压71.7mmHg。2009年4月17日史老师查房,症见:精神萎靡,神志恍惚,时有谵语,倦卧思睡,喘息气促,难以平卧,夜间需坐起七八次,时有咳嗽,咯白黏痰,手足厥冷,尿少,每日尿量仅800~900ml,四肢水肿,纳差,腹满,大便干结量少,三四日未行,舌质淡胖、苔薄白,脉虚大滑数,叁伍不调。

辨证为真阳衰微, 阳虚欲脱, 兼积滞内停。治以回阳救逆, 益气固脱, 兼以攻下积滞。方用四逆汤加味: 制附子20g(先煎50min), 干姜6g, 炙甘草6g, 红参10g(单煎兑入), 益母草60g, 生黄芪30g, 山茱萸30g, 香加皮3g, 蒺藜15g, 大黄15g(后下), 6剂, 水煎服。二诊: 患者精神好转, 反应、对答均较前敏捷, 喘憋减轻, 夜间坐起三四次, 尿量增加至1500ml左右, 水肿减轻, 利尿剂已经改为口服, 大便软, 每日一行。上方制附子增至30g, 干姜增至10g, 炙甘草增至8g, 益母草改为30g, 生黄芪增至50g, 另加石菖蒲30g、瓜蒌30g、泽兰15g、泽泻15g, 10剂, 水煎服。三诊: 患者精神进一步好转, 可行走100m以上, 喘憋不明显, 夜间基本可平卧, 四肢水肿减轻, 体重下降6kg, 大便每日一行, 诉皮肤瘙痒, 舌质淡, 舌苔转黄腻, 脉沉弦滑, 叁伍不调。上方干姜减为8g, 去泽兰、泽泻, 加生地黄、熟地黄各30g, 赤芍30g, 防风10g, 阿胶10g(烊化), 带方出院继续调养。

按: 该患者患慢性喘息型支气管炎、慢性肺源性心脏病等多种基础疾病, 此次因感染诱发心衰加重, 并发2型呼吸衰竭, 出现神志改变, 病情危重。《伤寒论》云: “少阴之为病, 脉微细, 但欲寐也。”少阴属心肾两脏, 心肾阳虚, 阴寒内盛, 神失所养, 则现神志恍惚, 倦卧思睡。此时阳虚欲脱, 神明无主, 急当回阳救逆, 益气固脱。但患者同时又见腹满便干, 时有谵语, 脉虚大滑数, 提示阳气虚衰与积滞不化之腑实并存, 更加重了本病的凶险和复杂性。治当回阳救逆与攻下里实并用, 使扶正而不恋邪, 祛邪而不伤正。方中制附子、干姜大辛大热, 回阳救逆; 红参、山茱萸益气固脱, 且重用山茱萸可“收敛气之耗散”; 生黄芪、炙甘草温养阳气; 益母草、香加皮活血利水, 沙苑子、蒺藜补肾疏肝利水, 大黄泻下腑实。全方补中有泻, 以泻助补, 调畅气机, 患者出入升降恢复, 则生机再现。二诊患者神志改善, 精神好转, 尿量增加, 大便通畅, 未致滑泻, 说明药证相符, 阳气渐复, 在原方基础上加石菖蒲、瓜蒌化痰开窍醒神, 益母草、泽兰、泽泻加强活血利水。三诊患者症状进一步好转, 但阴伤血燥表现突出, 故减干姜用量, 去泽兰、泽泻渗利之品, 加阿胶、生地黄、熟地黄等以滋阴养血。

3 猪苓汤案

赵某某, 女, 52岁, 2009年2月27日初诊。反复胸闷、心悸、水肿20余年, 加重1周。患者1987年开始出现胸闷、心悸、气短, 在外院确诊为“肥厚性梗阻性心肌病”, 症状逐年加重, 反复出现胸闷、心悸、胸痛, 活动耐量减低, 双下肢水肿, 多次住院治疗, 经利尿及对症处理后症状可暂时缓解。1周前再次出现喘憋加重, 不能平卧, 全身高度水肿。超声心动图示: 符合肥厚梗阻性心肌病, 双心房扩大, 动脉硬化合并升主动脉扩张, 主动

脉瓣硬化并关闭不全(轻度), 二尖瓣关闭不全(轻度), 三尖瓣关闭不全(中度), 肺动脉高压(中度)。诊断: ①慢性心力衰竭, 心功能Ⅳ级; ②肥厚性梗阻性心肌病。患者入院后静脉给予大剂量利尿剂, 中药曾先后使用真武汤、葶苈大枣泻肺汤、五苓散、防己茯苓汤等近30余剂, 症状无改善。患者拒绝行血液超滤以减轻水肿。2009年4月1日史老师查房, 症见: 全身高度水肿, 双下肢肿胀如象腿, 颜色紫黑发亮, 水珠不断从皮肤渗出, 沾湿衣被, 喘促, 难以平卧, 腹胀, 畏寒, 四肢凉, 咳嗽, 痰黄难咳, 极度口干, 阵发胸痛, 舌质紫红、苔少有裂纹, 脉沉细微。辨证为阴虚水停, 兼有阳虚瘀阻。治以滋阴利水, 温阳活血。方用猪苓汤加味: 猪苓30g, 茯苓30g, 阿胶15g(烊化), 滑石60g, 泽兰30g, 泽泻30g, 炙甘草10g, 制附子15g, 干姜10g, 生地黄60g, 花椒15g, 水煎服, 7剂。二诊: 诉服上方当日尿量即达到3000ml, 后每日尿量维持在2500ml左右, 其间使用西药利尿剂的种类及剂量不变, 水肿明显减轻, 体重下降约6kg, 四肢转温, 喘憋减轻, 仍口干, 舌质紫暗、根黄腻, 脉沉细。上方去炙甘草、干姜、花椒, 制附子减至10g, 加益母草60g、香加皮3g、马鞭草60g、黄芪30g、山茱萸30g, 水煎服, 7剂。三诊诉仍喘憋, 不能平卧, 双下肢水肿减轻, 肤色紫黑, 体重维持在80~82kg, 尿量每日大于2000ml, 手转温, 足仍凉, 大便每日一行, 舌有裂纹, 质紫暗、苔薄黄腻, 脉沉细虚数, 但较前有力。处方: 制附子20g, 干姜12g, 炙甘草8g, 红参12g, 大黄15g, 鸡内金15g, 白茅根80g, 炮穿山甲10g, 7剂, 水煎服。四诊: 喘憋明显减轻, 夜间平卧时间延长, 尿量每日1800~2200ml, 体重维持在82kg, 口干, 双下肢水肿减轻, 大便每日四五次、成形, 舌有裂纹、质紫暗、苔黄腻, 脉沉细虚数。处方: 丹参30g, 麦冬15g, 五味子8g, 西洋参10g, 大黄15g, 牵牛子8g, 白茅根60g, 炮穿山甲10g, 茯苓30g, 磁石30g(先煎), 7剂, 水煎服。巩固1周, 患者症状明显减轻, 可在床边活动, 出院回家调养。

按: 该患者证候特点除了有水肿、喘促、小便不利等饮邪内停的表现外, 又兼见极度口干, 痰黄难咳, 舌红有裂纹少苔等阴伤之象。《金匱要略·消渴小便利淋病脉证并治》云: “脉浮发热, 渴欲饮水, 小便不利者, 猪苓汤主之”, 即是论述阴虚水停当用猪苓汤。脾肾阳虚日久, 生化不足, 阴液亦亏, 加之限制饮水, 长期大量使用利尿剂, 又导致阴液亏虚。阳虚鼓动无力, 血运不畅, 阴损津伤, 脉道干涩, 又可导致瘀血内生, 故见双下肢肿胀, 颜色紫黑发亮, 胸痛等。治当以利水滋阴, 兼以温阳活血, 方选猪苓汤加味。方中用滑石、猪苓、茯苓、泽泻等淡渗利水; 制附子、干姜、花椒温补脾肾, 以散水寒; 阿胶、生地黄、泽兰滋阴养血活血, 配入温阳利水药

中又可防温燥淡渗之品重伤阴液。《医学衷中参西录》有单用阿胶、熟地黄或白芍治疗高度水肿案,尤其是阴虚不能生成尿液之水肿,推测滋阴利水与现代医学提高胶体渗透压以利尿的作用机制相似。二诊患者尿量大增,喘憋、水肿减轻,手足转温,说明阳气渐复,上方去干姜、花椒,并减附子用量,加益母草、香加皮、马鞭草以加强活血利水,加生黄芪、山茱萸以益气敛阴。三诊、四诊患者尿量未再进一步增加,又加大黄、牵牛子泻下逐水之品,同时合用生脉饮顾护气阴。

4 体会

强调阴阳互根:史老师认为,顽固性心力衰竭多是由慢性心肺疾患迁延日久不愈,累及心脾肾阳气虚损所致。阳虚水停是其基本主导病机。但阳虚日久,生化不足,阴液亦亏,故临床多见阴阳两虚之证。因此,史老师应用大剂制附子、干姜扶助阳气的同时,多配用白芍、熟地黄、阿胶等滋阴之品。

注重攻补兼施:顽固性心力衰竭在疾病发展的过程中,多因虚致实,可兼挟水湿、瘀血、燥屎等实邪,而呈虚实错杂。扶正之时当不忘祛邪,常用滑石、猪苓、茯苓、防己、泽泻等渗利水湿,葶苈子、大黄、牵牛子等攻逐水饮,益母草、香加皮、马鞭草等活血祛瘀,大黄攻下里实,使邪去正复。

活血与利水并用:顽固性心力衰竭的患者临床常见唇舌紫暗,肝脾肿大,颈静脉怒张等瘀血阻滞的表现,说明瘀血在顽固性心力衰竭的发展过程中既是病理产物,又是致病因素。“血不利则为水”,瘀血又会进一步妨碍水液代谢,导致水湿加重。因此,史老师在利水的同时,非常重视活血化瘀,常选用益母草、香加皮、马鞭草、泽兰等活血利水之品,使气血通畅,水饮得消。

(收稿日期:2009-10-12;修回日期:2010-02-16)

[编辑:洪 涛]

·临床解惑·

怎样辨证治疗糖尿病足

岳 新

(河南中医学院第一附属医院内分泌科,450000)

糖尿病足是因消渴日久,脏腑衰弱,气血不足,导致瘀血、湿热、痰饮、热毒等邪内生,闭阻肢体脉络,气血不畅,筋脉失养,发为麻木冷痛。若复感热毒、湿热之邪或瘀郁化热,可致筋烂肉腐,致伤致残,甚为险恶,故《刘涓子鬼遗方》曰:“发于足指,名曰脱疽,其状赤黑,不治。治之不衰,急斩去之,治不去必死矣。”糖尿病足为本虚标实之证,本虚为肝、脾、肾、气血虚损,标实为瘀血、湿热、痰饮、热毒为患。治疗以扶正祛邪为基本大法,临床可分为急性期和缓解期。

急性期表现为下肢局部红肿、发热、痛或不痛、创面多有脓腔,腐肉,秽臭。急性期治疗以祛邪为主,干性坏疽需清除坏死部分,湿性坏疽有脓腔者需切开彻底引流,清除坏死组织。临床可分为以下3型:①毒瘀互结,肉腐筋伤型:患肢暗红、发热、肿胀,有痛感者痛势剧烈,创面脓液腥臭,口干多饮,便干,舌质暗红或红绛、苔黄或燥,脉弦数或洪数。治法:清热解毒,活血止痛。方用四妙勇安汤加减:金银花、玄参、当归、野菊花、紫花地丁、赤芍、生甘草。②湿热下注,瘀血阻络型:患足局部漫肿、灼热、皮色潮红或紫红,触之患足皮温高或有皮下积液、有波动。治法:清热利湿,活血祛瘀。方用四妙散合血府逐瘀汤加减:苍术、黄柏、牛膝、薏苡仁、桃仁、红花、川芎、赤芍、当归、生地黄。

缓解期为邪势渐减,正气亏虚,正邪胶着状态。临床表现多为下肢局部漫肿不红、肤色苍白或瘀暗,肢冷不温,脓液清稀,创面久不收口等表现。邪祛病缓,治疗宜扶正祛邪并重。临床可分为以下4型:①气阴两虚,瘀血阻络型:以患肢凉、痛、麻木为主要症状,可无创面。下肢肤色多苍白或暗红,汗毛稀疏或消失,不耐久行,趺阳脉弱,舌淡暗稍红或有瘀斑、苔薄白,脉细涩。治法:益气养阴,化瘀通络。以黄芪桂枝五物汤加减:黄芪、

桂枝、赤芍、当归、川芎、桃仁、红花、地龙等。②气血亏虚,瘀血阻络型:创面局部腐肉已清,周围组织红肿已消或疮口仅有少量清稀渗出,但肉芽生长缓慢,创面久不收口。或伴下肢麻木、疼痛,状如针刺,夜间尤甚,痛有定处。舌质淡暗或有瘀斑、苔薄白,脉沉细,趺阳脉弱或消失。治法:益气活血,托疮生肌。以托里消毒散加减:生黄芪、当归、人参、茯苓、白术、白芍、川芎、金银花、皂角刺、白芷、黄芩、甘草等。③肝肾阴虚,瘀血阻络型:溃口肉色暗红,久不收口,腰膝酸软,双目干涩,耳鸣耳聩,手足心热或五心烦热,肌肤甲错,口唇舌暗,或紫暗有瘀斑,舌瘦苔腻,脉沉弦。治法:滋养肝肾,活血通络。方用六味地黄丸加减:熟地黄、山茱萸、山药、牡丹皮、茯苓、三七、鹿角霜、地龙、穿山甲、枳壳。④脾肾阳虚,痰瘀阻络型:溃口色淡暗,久不收口。畏寒肢凉,腰膝酸软,下肢水肿,肌瘦无力,行走困难,皮肤苍白或紫暗,趺阳脉弱或消失。舌淡暗多齿痕、苔白腻,脉沉迟无力。治法:温肾健脾,化痰通脉。方用阳和汤或真武汤加减:熟地黄、鹿角、炮姜(炭)、桂枝、麻黄、丹参、黄芪、白芥子、水蛭、牛膝等。

《黄帝内经》云:“五脏皆柔弱,善病消瘵”,强调脏腑虚弱是消渴发病的内在决定因素。所以治疗上要强调固本培元,扶助正气,做到祛邪而不伤正。另一方面,糖尿病患者糖脂代谢紊乱,血液呈高黏状态,因而对血管造成持续损伤,活血化瘀治疗应贯穿于糖尿病足治疗的始终。因糖尿病足病情复杂,故必须强调未病先防和已病防变的总原则,养成良好的日常足部护理习惯。患者应严格控制血糖、血脂、血黏度水平,坚持糖尿病饮食治疗。每天用温水洗足,若发现异常情况应及时就诊。

[编辑:李 巍]