

引用:金珊,孙悦,李志.李志治疗顽固性心力衰竭经验[J].湖南中医杂志,2021,37(4):23-24.

李志治疗顽固性心力衰竭经验

金珊¹,孙悦¹,李志²

(1. 湖南中医药大学,湖南长沙,410208;

2. 湖南省中医药研究院附属医院,湖南长沙,410006)

[摘要] 介绍李志教授治疗顽固性心力衰竭(RHF)的临床经验。李教授认为RHF多为心病日久反复迁延不愈,导致以正气亏虚为本,同时夹杂气、水、痰、瘀等诸多病理因素,病机错综复杂,以致恶性循环。治疗上多以调补五脏为基础,兼以活血、化痰、利水、行气等法,并辅以心理干预,临床疗效显著。

[关键词] 顽固性心力衰竭;辨证论治;名医经验;李志

[中图分类号]R259.416 **[文献标识码]**A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.04.007

顽固性心力衰竭(refractory heart failure, RHF)是指在改变生活方式及积极内科优化治疗下,患者在休息状态下仍反复出现以组织灌注不足、循环淤血为主要临床表现的一组综合征,其可导致心源性恶病质的发生及再住院率的升高。随着老年人口比重的逐年增加,RHF的防治问题得到了进一步重视,同时也面临着更为严峻的考验。西医治疗本病效果欠佳,常见原因为原发病控制不理想,利尿剂抵抗,并发症及心理因素^[1],而中医药治疗有其独特的优势。李志,主任医师,师从全国名老中医张崇泉教授,为全国名老中医张崇泉工作室负责人,从事心血管科研及临床研究二十余年,在临床中善用中医药干预治疗RHF,疗效肯定。笔者(除通讯作者外)有幸跟师学习,现将李教授治疗RHF的经验介绍如下。

1 病因病机

“心衰”病名最早见于《脉经》:“心衰则伏,肝微则沉,故令脉伏而沉。”《金匱要略》云:“心水者,其身重而少气,不得卧,烦而躁,其人阴肿”,《灵枢·刺节真邪》载:“宗气不下,脉中之血凝而留止”,均提出心衰的发病特点。张崇泉教授认为心衰病病位在心,与肺、脾、肾及三焦密切相关,临床多表现为虚实夹杂,虚以心阴阳气血亏虚为主,视个体差异各有偏颇;实以寒、痰、瘀、水、气滞、情志等因素为主,病机错综复杂。李教授在张崇泉教授的学术思想基础上进一步认识到:RHF晚期病位可

涉及肝,瘀血积于肝,可致气机逆乱,使得肝失条达或肝郁血虚,见情志异常,或可累及脾胃致消化功能失常;心衰晚期,更是五脏相关,阴阳互损,气、水、痰、瘀互结,以致恶性循环,迁延不愈,甚或死亡。

2 辨治特色

2.1 注重审证求因 张崇泉教授在疾病诊疗过程中提倡中西医结合,将西医之“病”与中医之“证”相结合,通过疾病在某阶段对应的病位及病机进行施治^[2]。对于心衰,李教授认为首先必须厘清原发病,其次是审证求因。临床上治疗多以“调补”五脏、补阴救阳为根本;兼以活血、化痰、利水、行气等法辨治。

2.2 注重顾护脾肾 李教授临床中尤其注重顾护脾肾,其认为肾阴阳亏虚可直接导致心阴阳虚损,水火不济,是致水肿反复迁延不愈的原因。再加之晚期肺脾肾及三焦水道不利,诸脏失和,极易导致水肿反复发生。中医学重在治理上游,治本,补五脏亏虚,使脏腑功能归还原位,而不致水肿反复;同理,由于脾胃功能失调,脾失健运,肺为娇脏,极易生痰储痰,脏器亏虚,无力化痰排痰,故临床应以健脾补肺为根本原则,形成力挽狂澜之势,以促进痰液化解及排泄。这是中医的优势,也是中医能解决西医治疗难点的合理依据所在。

3 辨证论治

3.1 痰瘀互结 津为痰之源,血为瘀之本,津血同源故痰、瘀实为同源,因此痰、瘀既可独自呈现,亦

第一作者:金珊,女,2018级硕士研究生,研究方向:中医药治疗心血管疾病

通讯作者:李志,女,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医药治疗心血管疾病,E-mail:648392245@qq.com

可交替产生,最终多发展为痰瘀互结之证,病情复杂难愈。临床常表现为乏力短气、心悸、咳痰、面色晦暗。此类患者多伴肺部感染,在大量使用抗生素后炎症虽有好转,但因抗生素多属寒凉之品,极易伤阴,故舌体可见痰瘀兼阴虚之象,表现为舌体瘦小,舌质淡暗或舌质偏红。李教授认为,此证型患者在治疗中应以顾护阴气为基础,并施以化痰祛瘀,标本同治。李教授临床善用自拟补肺方合温胆汤加减(熟地黄、麦冬、丹参、款冬花、五味子、桑白皮、鱼腥草、陈皮、半夏、竹茹等),疗效颇佳,且明显减少了抗生素的使用频数。

3.2 阳虚水泛及阴虚水肿 阳虚或阴虚兼见水肿为 RHF 最常见的分型,常表现为喘息不得卧、乏力、双下肢水肿、少尿、咳嗽等。《素问·逆调论》载:“夫水者,循津液而流也”,《金匱要略·水气病脉证并治》曰:“血不利则为水”,故患者常伴瘀滞之证,舌质为淡红或淡暗、或有瘀斑瘀点、苔薄白、脉沉细,或舌红少苔。临床辨证为阳虚水泛证者,治宜温阳活血利水,常用苓桂术甘汤、真武汤合四物汤加减(附片、桂枝、茯苓、白术、当归、川芎、生姜等);辨证为阴虚水肿证者,治宜滋阴利水祛瘀,临床常用猪苓汤合血府逐瘀汤加减(猪苓、茯苓、泽泻、阿胶、芍药、桃仁、红花、地黄等)。通过固本利水,使水道通利,故水肿消散,可有效解决利尿剂抵抗的问题。

3.3 心神失养 “肝受气于心”,心病日久则忧思,肝胆气机郁结,晚期患者除心衰外多伴有失眠、多梦易醒,甚则出现精神恍惚、焦虑、抑郁等情志改变,且互为因果,严重影响预后。李教授认为,该因素在临床中较易被忽视,治疗应以养心安神为法,临床常用归脾汤加减(人参、白术、黄芪、茯神、远志、当归、黄连、肉桂、酸枣仁等)。张锡纯所著《医学衷中参西录》载:“龙骨……牡蛎……二药并用,敛正气而不敛邪气,故凡心气耗散,肺气息贲,肝气浮越,肾气滑脱,用之皆有捷效。”李教授临床善用龙骨、牡蛎药对以重镇安神、开痰补虚。中医通过个体化差异治疗,使患者情绪稳定,睡眠充足,提供了顽症向愈的有力保障。

4 典型病案

李某,男,68岁。主诉:反复胸闷气促5年余,伴双下肢水肿4d。患者5年前因劳力后出现胸闷、气促,后多次因“慢性心力衰竭”于西医院住院治疗,2013年累计住院6次,为求进一步治疗于我院就诊。刻下症见:反复胸闷气促、乏

力,活动后加重,颜面及双下肢中度水肿,四肢冰冷,腹部胀满不适,纳差,失眠,小便少,大便调。舌质暗、苔薄白,脉细。查血压(BP)示:90/60 mmHg(1 mmHg \approx 0.133 kPa)。心尖搏动点不明显,心界向左扩大,心率78次/min,律绝对不齐,心音强弱不一,心尖区可闻及Ⅲ级收缩期吹风样杂音。服药史:除西医常规药物外,患者长期服用速尿片20 mg、螺内酯20 mg,1次/d。查氨基末端脑钠肽前体(NT-proBNP)为7738.86 pg/ml。西医诊断:1)慢性心力衰竭,心功能Ⅳ级;2)冠心病,缺血性心肌病型,心脏扩大。中医诊断:心衰,水瘀互结、心肾阳虚证。治宜温阳利水、活血化痰、补益心肾,拟真武汤合通脉四逆汤加减治疗。处方:生晒参10 g,制附片8 g,干姜10 g,白术10 g,茯苓30 g,泽泻10 g,车前子20 g,肉桂8 g,白芍15 g,三七10 g,泽兰15 g,鸡血藤20 g,麦芽10 g,山楂10 g,龙骨30 g,牡蛎30 g,炙甘草3 g。5剂,每天1剂,浓煎服,分早晚2次温服。入院时患者血压明显降低,虽水肿严重,但暂停使用利尿剂。配合西医常规“强心、扩血管”等对症治疗。11月24日二诊:患者颜面及双下肢水肿基本消失,小便量增多,手足温暖,有时仍感腹胀、纳差,继予原方加入香附10 g、佛手10 g,继服5剂。患者共服药10剂后,病情好转,于11月29日出院。出院查NT-proBNP为2334.59 pg/ml。此后患者每个月门诊复诊,坚持服用中药,病情平稳,无需服用利尿剂。1年内未再住院治疗。

按语:本案患者心病病程日久,致心气虚、心阳虚,“气为血之帅”,故血液运行动力减退,血流不畅而凝滞,痹阻心脉发为胸闷气促;血瘀则脉络不通不利,故见四肢冰凉;久病肝失条达,影响脾胃功能则腹胀、纳差。方中生晒参益气以助阳,缓解本虚之证;制附片补命门真火,温而不烈,与干姜相须为用,温中回阳;三者共同发挥益气温阳之功,为君药。白术、泽泻、茯苓、车前子均可利水,白术与茯苓合用一燥一渗,平补平利使水湿去而脾健运;茯苓、车前子淡渗膀胱以利水,共为臣药。肉桂与制附片同用气血同调,鼓舞血行,化气行水;白芍养血和营,止腹痛;三七能通能补,补益健体;泽兰柔肝,兼行水利水;山楂健脾开胃活血;麦芽行气开胃;鸡血藤活血通络;以上药物共为佐药。龙骨、牡蛎重镇安神,炙甘草为使药补脾益气复脉,调和诸药。全方调补五脏以助心肾、温通血脉、化气利水,效如桴鼓。

参考文献

- [1] 陈丽莉,李杰,魏凌云,等.老年慢性心力衰竭的病因特点[J].医学信息,2016,29(1):316-317.
- [2] 张崇泉.张崇泉医案精华[M].北京:人民卫生出版社,2014:3-4.

(收稿日期:2020-05-18)