

· 医案医话 ·

老年慢性心力衰竭辨治失误分析

解海宁

(江苏省中西医结合医院老年科,南京市红山路十字街100号,210028)

关键词 老年慢性心力衰竭/中医药疗法

虽然中西医结合治疗成功地降低了老年慢性心衰患者的再住院率和发病率,但临床仍然有相当多老年患者未得到充分诊断和有效治疗,中医辨治也时有失误,其原因是多方面的。本文仅就老年慢性心衰辨治失误分析如下。

1 病案分析

例1:患者,女,80岁,2007年6月就诊。反复胸闷,胸痛20余年,加重1周。平时全身酸痛不适,容易疲倦。查体:T 36.4℃,P 78次/分,R 16次/分,BP 114/70mmHg。神清,精神尚可,自动体位,颈静脉不显露,两肺呼吸音清,左下肺闻及少许细湿啰音,心率78次/分,律齐。心前区闻及2/6级舒张期杂音,腹软,无包块,无压痛,肝脾肋下未及。双下肢无凹陷水肿。相关检查:血常规、尿常规、大便常规正常,血生化正常,血脂除胆固醇(TC)6.18mmol/L,低密度蛋白(LDC-C)4.15mmol/L,余正常。心电图:窦性心律,房性早搏,T波低平。心脏超声:左室舒张功能减退,轻度二尖瓣关闭不全,轻度主动脉瓣关闭不全,LVEF 61%。X光胸片:主动脉粥样硬化,水平叶间裂增厚。B超:肝、胆管、脾、胰未见异常。2005年2月冠状动脉造影术示:左主干+三支病变。建议行搭桥术,因种种原因未实施。西医诊断:1)冠心病,稳定性心绞痛;2)慢性支气管炎;3)焦虑状态。中医诊断:胸痹。给予氯沙坦25mg 1次/日,卡维地洛2.5mg 1次/日,单硝酸异山梨酯20mg 2次/日,氟伐他汀40mg 1次/晚,氯吡格雷50mg 1次/日。住院1周左右出现发作性腹痛、腹泻,不发热,不呕吐,舌淡红带紫,苔薄淡黄腻,脉濡不畅。血常规、大便常规(-)。时值夏季,考虑湿滞内阻,肠腑传导失常。以化湿清热,选藿朴夏苓汤合香连丸加减。服2剂,非但无效,症情反而加剧,大便呈水样,临厕小便即大便,腹部阵痛按无定处,头昏乏力,面色萎黄,口干不渴,食欲减退。顿悟腹痛、腹泻因心衰加重导致胃肠平滑肌缺血性痉挛之表现。中医病机属中焦虚寒无疑,转从温阳健脾利水治法,运用附子理中丸合

苓桂术甘汤加味,腹痛泄泻得止,其余症状也随之改善。

按:此例慢性心衰的辨治失误,首先认识上被以腹痛、泄泻为主的临床表现所迷惑,治疗上又没有分清表里、内外之湿所致泄泻,忽略20余年胸痹,且80岁老妇已脾肾两虚,入水过多,寒湿滞于肠腑,阳弱不能化之。一旦看到疾病本质乃慢性心衰,抓住病机的关键点是:中焦虚寒、水饮为患。治疗即可中的。《金匱》言“病痰饮者,当以温药和之”,用附子理中丸温中健脾,苓桂术甘汤既可温化水饮又可利小便实大便。由于选方正中病机,故效如桴鼓。

例2:患者,男,78岁,2007年5月就诊。反复阴囊肿大1年余,辗转数家医院泌尿外科。或以清利湿热,或以清化肝经湿热,也有医生给予抗生素联合利尿剂,均无明显效果,仍时轻时重。此次因病情再度加重收治于老年科,家属代诉有高血压、心房颤动、慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、肺源性心脏病、脑梗死后遗症、混合性痴呆病史。主诉:阴囊肿胀,足肿,疲劳。经反复询问,无其他不适。查体:T 36.8℃,P 80次/分,R 18次/分,BP 150/100mmHg,神志清,半卧位,颈静脉显露,两肺呼吸音低,右下肺少许湿啰音,心率85次/分,律不齐,心音强弱不等,腹软,无压痛,阴囊肿胀如球,局部光亮不红,双下肢水肿,舌淡红带紫,苔薄白腻上有黄浮苔,脉细弦。心脏超声:心功能不全,心包腔少量积液,轻度二尖瓣、主动脉瓣关闭不全,重度三尖瓣关闭不全,LVEF 49%,肺动脉压75mmHg。B超:肝瘀血,肝囊肿,胆囊壁粗糙,胆囊息肉,脾肿大,胰回声未见明显异常,腹水。心电图:心房颤动,电轴左偏,T波改变。X光胸片:心脏增大,心功能不全,右胸腔积液。血生化:白蛋白30g/L,血钾3.04mmol/L,血钠155mmol/L。血常规:血红蛋白116g/L,白细胞 $3.09 \times 10^9/L$ 。西医诊断在基础病同时存在慢性心衰,以右心衰为主,低蛋白血症。中医诊断:水肿。西药以地尔硫卓30mg 3次/日,氯沙坦50mg 1次/日,呋塞米20mg 1次/日,螺内酯20mg 1次/日,单硝酸异山梨酯缓释片30mg 1次/日。中药给予温阳利水方:真武汤、

苓桂术甘汤、葶苈大枣泻肺汤加减。治疗两周体重下降14kg,阴囊及双下肢水肿消退,出院调养。2个月后随访,病情稳定未发。

按:《金匱·水气篇》曰:“心水者,其身重而少气,不得卧,烦而躁,其人阴肿。”说明慢性心衰可表现阴肿,实因心水为患,病位在心,累及肝、脾、肾。脾肾虚,阳不化气,故水饮滞留身半以下。其人虽阴囊肿胀如球,但局部不红不痛;虽言语响亮,但怕动喜卧。本为阳虚,标为水饮,苔燥黄是为假象。综合分析,湿热下注难以符合。此例慢性心衰的辨治延误,缘于知常没有达变,阴肿是老年慢性心衰特殊临床表现,然而并非罕见。

例3:患者,女,83岁,2005年4月就诊。2周前因左下肢行动不利,口角歪斜,当地医院诊断为中风,静脉给予血塞通,中药予以补阳还五汤,益气活血通络治疗,左下肢活动有所改善。在治疗过程中曾出现咳嗽、咯痰。X胸片示:左下肺小片状影,心影增大。心电图:ST-T改变,建议头颅CT检查,患者拒绝。随后转来我院。主诉:消瘦,纳差,头昏,头痛,乏力加重12天。详细询问,一年来身倦乏力,懒言喜卧,头昏头痛,不思饮食,稍动气短,夜不安卧,偶有夜间阵咳。舌边尖红,苔薄白略腻,脉细数。查体:T 37.1℃,P 120次/分,R 20次/分,BP 110/60mmHg。神清,精神差,恶液质,半卧位,两肺呼吸音粗,未闻及干、湿啰音。心率120次/分,律尚齐,心前区闻及3/6级收缩期杂音。腹软,无压痛,无包块,双下肢无凹陷性水肿,四肢肌力正常,神经系统未引出病理反射。血生化:白蛋白27g/L,血电解质:血钾2.97mmol/L,血钠128.8mmol/L,血氯88.4mmol/L。血常规正常。尿常规:白细胞1~3/HP,余项正常。心电图:1)非阵发性交界性心动过速;2)T波改变。心脏超声:LVEF 55%。1)左室舒张功能减退;2)中度二尖瓣关闭不全;3)轻度主动脉瓣关闭不全;4)极少量心包积液。头颅CT提示:左侧基底节区腔隙性脑梗死。西医诊断:1)冠心病心律失常心功能Ⅲ级;2)电解质紊乱;3)低蛋白血症;4)陈旧性腔隙性脑梗死;5)脑供血不足。中医诊断:虚劳,头痛,失眠。西药以氯沙坦25mg 1次/日,倍他乐克12.5mg 2次/日,消心痛5mg 1次/日,螺内酯10mg 1次/日。中医辨治考虑老年心气不足,血脉不畅,久病已使阴阳两虚,清阳不升,脑失所奉。方联合生脉饮、参附汤、补阳还五汤,调治4周,病情逐步改善。

按:本病例临床表现较为复杂,临床特点以精神、神经较为突出,根本原因是老年人大多存在不同程度脑供血不足,加之长期慢性心衰,心输出量不足更加重

脑供血不足。此次发病最初就因脑一过性缺血性再灌注损伤而出现中风症状。同时心衰继发电解质紊乱,脑代谢也受到影响。病情繁杂,似乎无从下手。一旦看清疾病本质——心衰,便找到矛盾的焦点。益气活血也是治疗慢性心衰的方法之一,此例与其说辨证失误,不如说是没有弄清标与本、旧疾与新恙之间的关系。患者慢性心衰是本,脑供血不足是标。因此单纯从气虚血瘀辨治就难以到位。

2 讨论

通过上述病例分析,不难看出导致老年慢性心衰辨治失误,主要由于:1)老年人基础病较多,慢性心衰症状不典型^[1],一旦以变证出现,则辨治易误入困境。老年患者还存在认知能力下降,语言表达能力减退,神经反应迟钝,对疾病不敏感,无法准确、全面地陈述病情。有的主诉很多,有的甚至无症可辨。2)慢性心衰是一种综合征,中医无此病名,多归属心水、水肿、喘证、痰饮、怔忡等病症中,病名的不统一,也给辨证施治带来困难。3)老年心衰基本病机为本虚标实,阳气虚衰是辨证的关键点。本病与五脏密切相关,他脏既可诱发或加重心衰,心衰也可致他脏功能失调或损害^[2]。如不善于全面分析病情,缺少驾驭复杂病机的能力,极易受次症、假象影响,导致辨证误入歧途。4)老年人脏腑功能衰退,气血阴阳俱虚,易受内在及外来因素影响,病情往往在复杂的变化中进展。片面看问题,不能全面把握疾病的发生、发展规律;顾其一点,不计其余;头痛医头,脚痛医脚;问诊、查体、相关检查不细致、不到位,对老年患者的特殊病理生理、疾病的转归缺乏了解等也是导致辨治失误常见原因。5)老年慢性心衰病理变化非常复杂,治疗应当辨证与辨病相结合,而辨病是辨证施治的基础。但临床上忽略全面、系统的分析,机械依靠辅助检查,也会降低辨病的正确率。有学者认为60岁以上老人近半发生舒张性心衰,此类患者左心室射血分数正常,非侵入性心脏影像检查不能发现收缩功能受损。不过,这并不能说明心衰不存在。

老年慢性心衰是可防可治的疾病。首先要“治未病”,积极治疗可引起心衰的疾病;已病者,合理、规范、长期地进行中西医结合治疗,对提高生存率,改善生活质量极其有益。

参考文献

- [1]胡大一,向小平,张仁汉.心血管病诊治新进展.人民卫生出版社,2006:212.
- [2]邹旭,刘泽根,潘光明,等.暖心胶囊对慢性心衰患者6分钟步行距离的影响.辽宁中医杂志,2006,8:915.

(2007-10-24 收稿)