

临证体会

翁维良治疗甲亢性心脏病致难治性心力衰竭经验

张苑桐 翁维良 高蕊 李睿 孙爱军

(中国中医科学院西苑医院, 北京, 100091)

摘要 翁维良教授认为, 甲亢性心脏病致难治性心力衰竭是由于气虚血瘀, 心阳不振, 久则发展为阳虚血瘀, 水饮内停。应根据本虚标实的偏盛进行辨证论治, 心阳虚衰为主时, 应以益气温阳活血为主; 阳气渐复, 仍需以生晒参等补益心气, 巩固疗效, 同时加用活血利水之品, 但当顾护阴液, 将益气养阴贯穿始终。同时根据患者临床表现、并发症等情况予以辨证加减治疗, 辨病、辨证、辨证相结合, 处方灵活, 用药安全。

关键词 甲亢性心脏病; 难治性心力衰竭; 临证经验; @ 翁维良

Prof. Weng Weiliang's Experience in Treating Refractory Heart Failure due to Hyperthyroid Heart Disease

Zhang Wantong, Weng Weiliang, Gao Rui, Li Rui, Sun Aijun

(Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091, China)

Abstract This paper is to introduce professor Weng Weiliang's experience in the treatment of hyperthyroid heart disease with refractory heart failure. Based on the clinical case, the author summarizes clinical syndrome differentiation and treatment of hyperthyroid heart disease. Professor Weng believes that heart failure due to hyperthyroid heart disease is caused by qi deficiency and blood stasis and devitalization of heart yang, which later may develop into yang deficiency and blood stasis and fluid retention stagnating in the interior. The herbal formulas should be modified on the basis of the clinical manifestations and complications. The treatment should be determined according to the severity of the root cause or symptoms. When heart yang is deficient as the main cause, medicines of tonifying qi, warming yang and activating blood should be applied. When Yang gradually recovers, crude dried ginseng should be added for tonifying heart qi to consolidate the effect. Medicines with the function of activating blood and alleviating water retention also could be added. Protecting the fluid and tonifying qi and nourishing yin should be in the priority during the whole treatment. Treatment chosen based on symptoms, syndrome and individual is important. Prescriptions are flexible and medication is safe.

Key Words Hyperthyroid heart disease; Refractory heart failure; Experience in clinical practice; @ Weng Weiliang

中图分类号: R256.2 文献标识码: B doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.08.035

甲状腺功能亢进性心脏病(Hyperthyroidism Heart Disease, HHD)^[1-2]是指由于甲状腺功能亢进(简称甲亢), 甲状腺腺体产生过多的甲状腺激素(Thyroid Hormones, TH)对心脏的直接或间接作用所致的心脏扩大、心房纤颤、心肌梗死、心力衰竭、病态窦房结综合征和心肌病等一系列心血管疾病的一种内分泌代谢紊乱性心脏病^[3], 对患者生命和健康的影响仅次于甲亢危象, 是甲亢患者死亡的重要原因之一, 有报道至少 50% 的患者出现各种心血管系统异常, 而甲心病所致心力衰竭的发生率约 6%, 且年龄越大, 病程越长, 发病率越高^[4]。

对甲亢性心力衰竭的治疗, 应尽快控制甲状腺

毒症, 纠正心力衰竭, 临床上多先采用口服抗甲状腺药物(Anti-Thyroid Drugs, ATD)治疗, 控制甲状腺毒症, 适量的 β 受体阻滞剂、强心、利尿控制心力衰竭症状, 但有少数的患者因多种原因不能口服 ATD, 或 ATD 治疗效果欠佳, 导致甲亢复发, 心力衰竭加重, 使得甲亢性心力衰竭的治疗变得棘手^[5]。同时, 在使用强心药物时, 由于甲亢患者代谢增强, 一方面应提高了洋地黄的用量, 但同时由于心脏扩大难治性心力衰竭尤其合并电解质紊乱时, 心脏对洋地黄的敏感性大大增加, 临床使用洋地黄又易发生毒性反应^[6]。这些均给甲心病致难治性心力衰竭的治疗带来了挑战。中医药辨证施治, 在改善患者临床症状、

基金项目: 北京中医药薪火传承“3+3”工程项目(翁维良学术继承工作站)

作者简介: 张苑桐(1991.07—), 女, 博士生在读, 住院医师, 研究方向: 血瘀证与活血化瘀研究, E-mail: wantong_zhang@hotmail.com

通信作者: 翁维良(1937.03—), 男, 学士, 研究员, 研究方向: 血瘀证与活血化瘀研究, E-mail: ww6488@126.com

控制病情发展、改善心功能方面有一定疗效,已越来越受到关注。笔者有幸跟随翁维良老师门诊,现将翁老门诊治疗 HHD 致难治性心力衰竭的经验介绍如下。

1 病例介绍

某,女,48岁,因“间断性心慌21年,加重伴双下肢水肿13年”,于2013年9月2日初诊。患者1992年无明显诱因出现心慌,自行休息后缓解,后无明显诱因反复发作,就诊当地医院,诊断为甲亢,予抗甲状腺药物(ATD)治疗。2000年心慌伴胸闷加重,出现双下肢水肿、咳喘、小便量少,心力衰竭症状明显,于当地医院住院,诊断为甲亢性心脏病,心包积液,心功能不全,予以强心、利尿、扩血管治疗,心力衰竭症状好转。2010年前后,因心慌再次加重入院,心电图提示心房纤颤,T波改变,CT显示:心影增大,左侧胸膜增厚,肝脾肿大,左肺多发纤维化。心脏彩超提示:双房增大,二尖瓣、三尖瓣关闭不全,二、三尖瓣大量返流。患者转述,主治医师认为预后不佳,未来5年生存机会小。2010年至2013年期间长期予以美托洛尔、地高辛、速尿、螺内酯、阿司匹林,仍间断出现心慌伴双下肢水肿。2013年以来心慌胸闷气短症状明显加重,出现心前区疼痛,双下肢严重水肿,无法行走,夜间不能平卧,小便量少,强心、利尿药物效果欠佳。

辨证:患者心悸、气短、胸闷,偶有胸痛,轻度活动后即加重,头晕,双下肢重度水肿、无力,不能行走(坐轮椅前来就诊),咳嗽痰多,痰中带血,夜间咳喘加重,不能平卧,睡眠受咳喘影响,腹胀,纳差,便溏,3次/d,小便量少,色白。舌质紫暗有瘀斑,舌苔白腻,中间有裂痕,脉弱而结。

辅助检查:心脏彩超(景德镇医院2013年8月):左室射血分数(EF):48%,左房扩大(63 mm),右房增大(49 mm),二尖瓣前叶脱垂;甲状腺超声显示:甲状腺腺体增大。

西医诊断:甲状腺功能亢进性心脏病,心功能3级,房颤,二、三尖瓣关闭不全。中医诊断:心悸。中医证型:气虚血瘀、阴阳两虚。治以益气养阴、温阳活血。处方:生黄芪15 g、党参12 g、麦冬10 g、玉竹12 g、五味子6 g、桂枝12 g、炮附子(先煎)10 g、茯苓15 g、白术12 g、车前草15 g、丹参15 g、赤芍12 g、郁金12 g、川芎12 g、炒枣仁15 g、珍珠母20 g、远志10 g、黄连10 g、桔梗12 g、仙鹤草12 g、大、小蓟各10 g。

按:阳虚血瘀是心力衰竭常见的一种体质类型,翁老认为,心气、心阳是心脏及血液正常工作的原动

力,一旦心气心阳受损,则产生痰浊、水饮、瘀血等病理产物,这些病理产物又进一步损伤阳气。慢性心力衰竭病位在心,且关乎肺脾肝肾,以心阳虚衰为本。本例患者以严重心力衰竭,重度双下肢水肿就诊,翁老采用温阳利水法,以桂枝、附子温通心阳;由于患者脾胃功能较差,虚不受补,初诊,翁老并未使用大补元气的人参,而加用黄芪、党参益气健脾,白术、茯苓、车前草健脾利水。由于患者病程长,已发展到中后期阶段,疾病由水及血,此时不可仅单用温阳药物,需加血分药物丹参、赤芍、川芎、郁金以活血利水。由于患者痰中带血,治疗中不可单用活血药物,以防出血之弊,因此翁老加用仙鹤草、大小蓟止血药物,寓止血于活血之中,达到止血不留瘀之效。病久阴阳互损,以麦冬、玉竹、五味子益气养阴。患者咳痰严重影响睡眠,用远志、桔梗止咳化痰,炒枣仁、珍珠母养心安神。

二诊(2014-3-27)患者自觉咳痰量减少,痰中血丝基本消失,体力较前有所改善,可行走,较初诊坐轮椅前来就诊有很大改善,大便成形,纳食渐佳,仍有胸闷心悸,偶有胸痛,头晕,舌质暗红有瘀斑,苔薄黄,脉较前略有力。因患者久服温药,略有热象,故去附子、桂枝等温阳之品,侧重益气活血。处方:太子参12 g、茯苓15 g、炒白术12 g、北沙参15 g、麦冬10 g、玉竹15 g、丹参15 g、川芎12 g、红花12 g、赤芍12 g、郁金12 g、炒神曲15 g、决明子12 g、黄连10 g、苦参10 g、菟丝子15 g。

按:由于心阳不振症状好转,翁老本次治疗重在益气养阴活血,患者纳食渐佳,且略有热象,以太子参、北沙参代替党参,加于活血化瘀药中,突出补气活血的效果,患者舌苔薄黄,略有热象,加用苦参,清热与补气共用,配合决明子、黄连以清热。由于患者长期服药,顾护脾胃使纳运正常方可有助于药液吸收,仍以茯苓、白术、炒神曲健脾。痰中血丝基本消失故去仙鹤草、大小蓟。

三诊(2014-8-3)患者2014年7月为复查于景德镇医院住院,心脏彩超显示,左室射血分数(EF):61%,左房扩大(63 mm),右房增大(49 mm)。下腹部CT显示:盆腔少量积液,肠系膜水肿,腹部超声:肝肾间少量积液。其余各项检查未见明显改变。患者自觉胸闷胸痛明显减轻,心慌好转,活动后仍稍有乏力、倦怠,双下肢轻度水肿,舌质暗红,瘀斑减少,苔白厚有裂痕,脉沉滑。翁老认为,患者下焦水湿症状明显,结合下腹CT及腹部超声回报,于扶正之中侧重利水化湿。处方:生晒参片10 g、生黄芪12 g、

玉竹 15 g、葶苈子 12 g、玉米须 15 g、车前草 15 g、茯苓 15 g、猪苓 15 g、北沙参 15 g、川芎 12 g、红花 12 g、赤芍 12 g、郁金 12 g、炒白术 12 g、焦山楂 15 g、炒神曲 15 g、柴胡 10 g、广藿香 12 g、佩兰 12 g。

按:本诊翁老继续采用益气养阴活血,由于正气渐复,本方偏重活血利水之法。以生晒参补益心气,巩固疗效,生黄芪补气行血,玉竹养阴清热生津。针对患者下焦水湿偏重的症状特点,以葶苈子强心利水,茯苓、白术健脾利水,配伍车前草、玉米须、猪苓以利水消肿。水湿内停,气机受阻,致血行涩滞而成瘀,因此,翁老将活血化瘀贯穿始终,使瘀去则水可利。同时,加用藿香、佩兰两味夏季用药,以防暑热之邪。

四诊(2015-5-10)患者自觉双下肢水肿明显好转,生活已完全自理,可自行外出行走游玩,但仍偶有心慌不适,乏力,劳累后明显,头晕耳鸣,胃胀,饥不欲食,睡眠欠佳,入睡困难,舌质红,苔薄黄有裂痕,少津,脉弦细。2015 年 4 月于景德镇医院复查心脏超声,结果显示:左室射血分数(EF):65%,左房扩大(63 mm),右房增大(47 mm)。患者久用利水之品,耗伤气阴,阴虚少津症状明显,治以养阴活血为主,处方:生晒参片 10 g、生黄芪 15 g、麦冬 10 g、玉竹 15 g、五味子 10 g、黄精 12 g、鸡血藤 12 g、当归 12 g、车前草 15 g、茯苓 15 g、葶苈子 12 g、黄连 10 g、炒白术 12 g、陈皮 10 g、炒神曲 15 g、地肤子 15 g、厚朴 10 g、佛手 12 g。

按:本方在上方基础上加用五味子、黄精增加养阴之效果,仍坚持运用生晒参顾护心气。同时减少利水药的用量,以顾护津液;津血同源,注重运用鸡血藤、当归补血养血生津。患者胃胀纳差,给予厚朴、佛手、陈皮理气,白术、茯苓、神曲顾护脾胃。

五诊(2015-09-02)患者自觉心慌胸痛减轻,肢体活动有力,体力较前增强,自述可上 3 层楼,耳鸣消失,但目前头晕明显,午后加重,发作时不能行走,无视物旋转,无恶心呕吐,腹胀,纳尚可,双下肢微肿,睡眠好转。舌暗红,苔白腻,脉沉。处方:生黄芪 15 g、葛根 15 g、黄精 15 g、麦冬 10 g、玉竹 15 g、五味子 10 g、茯苓 15 g、玉米须 15 g、大腹皮 15 g、赤芍 12 g、红花 12 g、郁金 15 g、延胡索 15 g、炒白术 12 g、刺五加 15 g、焦山楂 15 g、高良姜 10 g、佛手 15 g、珍珠母 15 g、地肤子 15 g、黄连 10 g。

按:患者本次头晕明显,翁老认为是气机不畅所致清阳不升,加用理气升阳之品,如葛根、大腹皮、佛手、延胡索等。

六诊(2016-6-2),患者自觉头晕明显好转,腹胀消失,劳累后心慌胸闷偶有复发,但程度较轻。2016 年 3 月 21 日于景德镇医院复查心脏超声,结果显示:左室射血分数(EF):63%,左房扩大(63 mm),右房增大(47 mm)。以上方加减服用至今,目前情况稳定。

按语:患者病变复杂,以甲亢为基础病因,并发房颤,心肌肥厚,心功能 3 级,诊断为甲心病,病程近 20 余年,心力衰竭较重,初诊时表现为严重心悸、胸闷、气喘、水肿,不可平卧,小便量少,根据四诊辨证,患者属心阳虚衰为主,痰浊、水饮、瘀血内停为主要病理产物的虚实夹杂症。自初诊起,翁老师根据病情描述,逐渐减少西药尤其是利尿药的用量,结合中药调治。初诊时,患者心力衰竭严重,心阳不振症状十分明显,翁老选用附子,桂枝温通、振奋心阳,发挥附子温通全身十二经脉,走而不守,回阳于顷刻之间之效。生黄芪、党参、麦冬、玉竹、五味子益气养阴,即兼顾了甲心病以气阴两虚为主的基本病机,又防久病耗伤阴液之弊。根据翁老师“怪病多瘀”理论,予丹参、赤芍、郁金、川芎活血化瘀;茯苓、白术、车前草健脾益气兼以利水;炒枣仁、珍珠母、远志养心安神,达到双心同调之效。治疗过程中随症予以加减,经过 3 年的治疗,患者病情得到控制,心脏彩超显示,射血分数(EF)由初诊的 48% 上升至 63%,左房扩大(63 mm),右房扩大(47 mm),情况控制稳定(见图 1)。双下肢水肿症状明显好转,恢复生活自理能力,心慌、胸闷偶有复发,程度较轻。

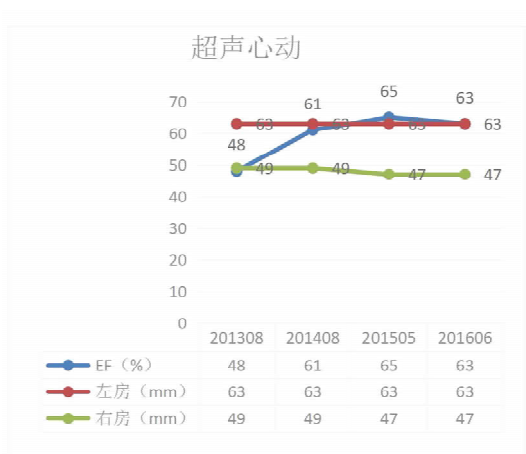


图 1 患者超声心动指标变化图

2 讨论

HHD 是甲亢最严重的并发症之一,心力衰竭是 HHD 晚期并发症及主要致死原因,心力衰竭表现为心脏结构或功能异常,引起的心肌收缩或舒张能力减弱,心室射血或充盈能力受损,从而导致肺循环或

体循环瘀血的一组复杂的临床综合征^[7],由于甲亢这一基础病因的存在,患者均会出现明显的高动力循环状态,如心率增快、脉压增大、心脏舒缩功能增强等,从而加重心力衰竭^[8]。患者常出现劳力性心慌、气促,身体耐受力下降,生命质量受到明显影响。西医治疗主要采用利尿剂、血管扩张剂、 β 受体阻滞剂以及地高辛等改善症状、控制心室率。该病例由于病程长达20年,患者伴发心房颤动,心肌肥厚,病情加重,逐步转为难治性心力衰竭。心力衰竭病位在心,以心阳虚衰为本。心为阳中之阳,心阳失于温煦所发的心悸怔忡,脾阳虚所致的水饮凌心之咳喘证,肾阳虚水气不化所致的水肿,水病及血所致的血瘀腹水证,均与心阳不足密切相关,属本虚标实,心阳虚衰为本,血瘀水停为标^[9]。在治疗时,针对心肾阳虚之心力衰竭、水肿,以真武汤、生脉饮合冠心3号方^[10](即丹参、川芎、赤芍、红花、郁金)加减化裁,同时采用桂枝温通心阳,茯苓、猪苓、车前草、白术、葶苈子利水以消肿。

翁老注重针对病因的治疗,鉴于甲亢的病因病机以气阴两虚为主,阴液损伤是产生瘀血的一个重要原因,“血犹舟也,津液者水液”,临床上常常看到邪热灼伤津液,造成津液不足,而致血行不畅,形成瘀血之症^[11]。因此,翁老始终将益气育阴,养心活血法贯穿于治疗之中,翁老应用补气药物多选用黄芪、太子参、党参,配伍养阴药物如北沙参、麦冬、玉竹、黄精、五味子。翁老主张“百病多瘀”“怪病多瘀”^[12],气血阴阳、脏腑功能失衡,必然导致瘀血内生,瘀血不去,新血不生,气机受阻,病情多缠绵难愈,针对患者病程时间长且病情复杂难愈,治疗中予以丹参、赤芍、郁金、川芎。在甲心病的治疗中,患者常以心阴虚为主要表现,心主血,心藏神,心阴不足常常会导致心神不安、失眠、焦虑,因此,常选用补心安神的药物配活血化瘀药物,如酸枣仁、珍珠母、五味子、夜交藤,使神安,心才能主血脉,血脉调畅,瘀阻得行,心脉则通。

翁老师强调临证当辨病、证、症相结合,应根据病情变化灵活加减运用,在疾病发展的过程中,如以水湿为主者,加用茯苓、猪苓、车前草、玉米须,以使湿浊之邪由小便外泄,出血明显时运用仙鹤草、大小蓟寓止血于活血之中,使止血不留瘀,甲心病患者需长期服药,其脾胃功能正常,才能正常收纳药物,运

化药液,因此翁老常加炒神曲、炒白术、焦三仙健脾和胃,培补中焦。在临床治疗中,对于甲心病导致的心力衰竭仍不离活血化瘀这一基本治法,但由于该病程较长,病变复杂,伴发证严重,单纯用活血化瘀很难取得长期满意的疗效,因此在活血化瘀基础上,根据甲心病所致心力衰竭气虚血瘀,心阳不振的病机,治疗过程应同时注重振奋心阳,益气养阴。经过治疗,使得气血阴阳趋于协调平衡,稳定患者病情,提高其生命质量。因此翁老认为,甲心病所致难治性心力衰竭,应中西医结合,积极治疗,可有效缓解病情,改善预后。

参考文献

- [1] 陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2012:713-715.
- [2] Translating thyroid hormone effects into clinical practice; the relevance of thyroid hormonereceptor $\alpha 1$ in cardiac repair. [J]. Heart Fail Rev 2015,20(3):273-282.
- [3] Ivovic M, Radjokovic B, Penezic Z, et al. Agranulocytosis and acute coronary syndrome in apathetic hyperthyroidism[J]. Srp Arh Celok Lek,2003,131(5-6):249-253.
- [4] Joseph Allencherril, Itamar Birnbaum. Heart Failure in Thyrotoxic Cardiomyopathy: Extracorporeal Membrane Oxygenation Treatment for Graves' Disease[J]. The Journal of ExtraCorporeal Technology,2015,47(4):231-232.
- [5] 李梅霞,林哲章. 甲亢性心脏病的诊断和治疗[J]. 医学综述,2007,13(7):527-528.
- [6] 陈水,马根山. 甲亢致顽固性心力衰竭2例报告[J]. 江苏临床医学杂志,1999,3(3):253-255.
- [7] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性心力衰竭诊断治疗指南[J]. 中华心血管病杂志,2007,35(12):1076.
- [8] Biondi B, Palmieri EA, Lombardi G, et al. Effects of thyroid hormone on cardiac function; the relative importance of heart rate, loading conditions and myocardial contractility in the regulation of cardiac performance in human hyperthyroidism[J]. Clin Endocrinol M etab,2002,57(3):968-970.
- [9] 程苗苗,于洁馨,翁维良. 翁维良治疗慢性心力衰竭经验[J]. 中医杂志,2015,56(19):1635-1638.
- [10] 张东,李秋艳. 翁维良应用活血化瘀法的学术经验[J]. 北京中医药,2010,29(11):823-826.
- [11] 翁维良,李秋艳. 活血化瘀十二法[M]. 北京,人民卫生出版社,2016:238-239.
- [12] 翁维良. 翁维良临床经验辑要[M]. 北京:中国医药科技出版社,2001:91-94.