

翁维良老师治疗酒精性心肌病经验

程苗苗 李睿 指导:翁维良

(中国中医科学院西苑医院翁维良学术继承工作站,北京,100091)

摘要 翁维良教授从事中西医内科临床工作50余年,擅用活血化瘀治疗心血管病及各种慢性疑难疾病。结合多年临床经验,翁老认为酒精性心肌病病机多属以心气(阳)亏虚为主,湿热、瘀血、痰饮、毒热内蕴为标的虚实夹杂证。治疗时,在完全戒酒的基础上,配合中药益气温阳扶助正气,同时辨证应用健脾、祛湿、活血、祛痰、解毒等祛除实邪治法,疗效肯定。文章旨在介绍翁维良教授辨治酒精性心肌病的临证经验。

关键词 酒精性心肌病;中医药治疗;名医经验;当代名医;@翁维良

Clinical experience of professor Weng Weiliang in the treatment of Alcoholic Cardiomyopathy

Cheng Miaomiao, Li Rui, Weng Weiliang

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

Abstract There are few reports about treatment of traditional Chinese medicine (TCM) on Alcoholic Cardiomyopathy (ACM). Professor Weng Weiliang has been committed to the treatment of cardiovascular diseases and chronic diseases for decades. This article is to introduce the clinical experience of professor Weng Weiliang in treating ACM. In his opinion, the main TCM pathogenesis factor is heart-qi deficiency. Damp-heat, blood stasis, phlegm retention and toxin-heat are the pathological products. Therefore, traditional Chinese herbs can also be used as an auxiliary treatment, besides complete abstinence. The basic treatment strategy is to tonifying heart-qi and warming heart-yang. In addition, strengthening spleen, clearing damp, activating blood circulation, removing phlegm and detoxification should be taken into consideration on the basic theory of treatment based on syndrome differentiation.

Key Words Alcoholic cardiomyopathy; TCM treatment; Experience of famous doctor; @ Weng Weiliang

中图分类号:R256.22 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.01.027

酒精性心肌病(Alcoholic Cardiomyopathy, ACM)是由于长期大量饮酒导致的以心脏扩大、心室收缩功能下降、室壁厚度正常或变薄为特征,以心力衰竭、心律失常为主要表现的一种非缺血性扩张型心肌病^[1]。除大量饮酒外,环境因素(如钴、砷的摄入)和遗传易感性(如HLA-B8、脱氢酶等位基因)可能是ACM的触发或诱导因素^[2]。西方国家不同机构报道的ACM检出率占扩张型心肌病的21%~32%,男性多于女性^[2]。我国ACM多为散发,近年随着社会生活水平的提高,发病率逐渐增加^[3,4]。

针对ACM的治疗主要包括完全戒酒和乙醇中毒治疗、抗心律失常和抗心衰治疗。早期患者,通过完全戒酒,病情可逆转,心脏功能可部分或完全痊愈;晚期患者多因重症心力衰竭或心律失常,预后较差^[5]。继续大量饮酒的患者,4年生存率大约为

50%^[6]。ACM的中医治疗报道较少,笔者有幸跟随翁维良教授门诊学习,现将翁老门诊治疗酒精性心肌病验案2则介绍如下。

1 验案举例

1.1 案例一:益气养阴,利水祛痰法 某,男,47岁。主因“胸闷憋气半月”于2013年11月7号就诊。2013年10月下旬,饮酒约500g后突发严重胸闷憋气,2d后至当地医院输液治疗5d(具体药物不详),憋气症状缓解。2013年10月28日(当地医院)心脏彩超示:左室舒张内径77mm,左房内径33mm,EF:26%,左室收缩、舒张功能减低,二尖瓣反流(中度)。11月份憋气症状加重,先后至协和医院、阜外医院诊疗。诊断酒精性心肌病,阵发性室上性心动过速。予倍他乐克、福辛普利(因干咳改用络活喜)、呋塞米、螺内酯药物治疗。服药后胸闷、憋气症

基金项目:北京中医药薪火传承“3+3”工程项目;国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目;中国中医科学院名医名家传承工作室建设项目(编号:CM20121022)

作者简介:程苗苗(1988.03—),女,博士研究生(2013年),初级职称,研究方向:中西医结合临床专业,临床疗效评价。E-mail:18810465628@163.com

通信作者:翁维良(1937.03—),男,本科,主任医师,首都国医名师,研究方向:中西医结合心血管内科,临床疗效评价,临床药理。E-mail:ww6488@126.com

状好转。个人史:2003年以前饮酒量大,4~5 d/周,1 000 g/d。2000年发现血压升高,最高140/100 mmHg,未系统治疗。初诊症见:活动后胸闷憋气,纳眠可,二便调。舌暗红,少苔,脉沉细。西医诊断:酒精性心肌病、心力衰竭、心律失常、阵发性室上性心动过速、高血压。中医诊断:胸痹,气阴两虚,痰饮内阻证。治以益气养阴,利水祛痰为法。处方:生黄芪15 g,生晒参10 g(先煎),三七粉3g(冲服),北沙参12 g,玉竹15 g,葶苈子12 g,麦冬10 g,五味子10 g,茯苓15 g,猪苓12 g,车前草15 g,白术12 g,山药15 g,炒薏苡仁15 g,酸枣仁15 g,陈皮10 g,法半夏10 g,川牛膝12 g。嘱其完全戒酒。

二诊(2014年1月2日)自觉胸闷憋气好转,纳可,眠差,易醒,多梦。二便调。舌淡红,少苔,脉沉细。患者自觉症状有明显好转,在保持原方基本治法不变的情况下,根据翁老师“怪病多瘀”理论,予丹参15 g,赤芍12 g,红花12 g加强祛瘀之力;予远志10 g安神,治疗因心肾不交引起的多梦易醒。三诊(2014年3月6日):诉自2月份以后无明显胸闷憋气,偶有心前区伴后背隐痛,受凉、劳累或生气后明显,畏寒,偶有腹胀。纳可,眠差,多梦,二便调。舌暗红苔薄白,脉沉细。2014年3月3号心脏彩超:左室舒张内径66 mm,左房46 mm,EF:30%。患者胸闷憋气症状好转,心室内径、射血能力有所恢复,保持基本治法不变。心阳气不足,心脉血气鼓动无力致心脉瘀滞不通而胸背痛;心阳气不足,子脏脾失温煦,运化失职,表现为腹胀。因此予附子10 g以温补心阳,以助气血运化输布。四诊(2014年7月6日):病情基本稳定,持续服用上方至今。诉无明显胸闷憋气,一般日常生活不受影响,能缓慢不负重上6层楼。纳眠可,二便调,大便时有不成形,时有腹胀。舌淡苔白滑,脉弦细数。2014年6月27日复查心脏彩超(二连浩特市医院):左室舒张末径60 mm,EF:40%。

按语:根据四诊辨证,患者属以气阴两虚为主,痰浊、水饮、瘀血内停为主要病理产物的虚实夹杂症。在治疗时选用生晒参,大补元气,补益脾肺之气,并能生津;生黄芪、茯苓、白术、山药健脾益气,并能助药物运化吸收;合北沙参、麦冬、五味子益气养阴,以防耗伤阴液之弊;茯苓、猪苓、车前草、葶苈子利水祛湿;陈皮、半夏理气祛痰。共奏益气养阴,利水祛痰之功。治疗过程中随症予以加减治疗。经过8个月的中西医结合药物治疗,患者症状有明显改善,胸闷憋气症状基本消失,运动耐量有所增加,可

步行8~10 km/d,约2.5 h,缓慢上6~7层楼无明显症状。心脏超声结果看,左室舒张末期内径由86 mm恢复为60 mm,EF由26%提升为40%。整体情况有明显改善,疗效确切。

1.2 案例二:益气活血,理气祛痰 某,男,58岁。主因“阵发性胸闷、心悸3年余”于2008年4月10日就诊。2005年9月夜间突感胸闷憋气,心悸,呼吸困难,不能平卧。次日到医院就诊,查心电图示“快速型房颤”,对症治疗,好转出院。后症状再发,于2005年12月19日住院治疗。经Holter,静息心肌灌注显像,心脏MRI,超声心动, X线片诊断以及实验室检查等,诊断为“扩张型心肌病,心脏扩大,心律失常(房颤),高血压,2型糖尿病,高脂血症”。住院期间予强心,利尿,扩冠,降压,降糖治疗,症状好转。出院后继续上班工作,规律服用硝酸异山梨酯,氯沙坦钾氢氯噻嗪,盐酸曲美他嗪,呋塞米,地高辛,二甲双胍,格列吡嗪控释片,初期控制可。自2007年以来胸闷憋气症状逐渐加重,全心扩大,心功能逐渐下降。西药控制效果欠佳,遂于2008年4月寻求中医治疗。初诊症见:精神差,乏力,胸闷、心悸,汗出、盗汗,可平卧。咳嗽,痰不多。体重100 kg,纳睡可,大便正常。舌质暗红,苔黄腻,脉沉细。追问病史,患者曾有长年大量饮酒史,每天约饮酒500 g。西医诊断:酒精性心肌病、心力衰竭、心律失常(房颤)、高血压、2型糖尿病、高脂血症。中医诊断:胸痹,气虚血瘀痰阻。治以益气活血,理气祛痰。处方:生黄芪15 g,丹参15 g,北沙参15 g,太子参15 g,川芎12 g,红花12 g,全瓜蒌15 g,薤白12 g,土茯苓15 g,陈皮10 g,法夏10 g,白术12 g,杏仁10 g,猪苓12 g。

二诊(2008年5月8日):服药1个月,精神略有改善,乏力、胸闷症状减轻,每天可步行2~3 h,汗出、盗汗,咳嗽明显减轻,耳鸣,项背强痛。纳眠可,大便正常,舌质暗红,苔黄腻,脉沉细。患者症状有所改善,基本治法不变。因风中经络致项背强痛,予防风祛风止痛,葛根解肌舒经止痛。三诊(2008年6月30日):服用上方1个月,乏力减轻,每天可活动3 h,汗出稍减,咳嗽,痰粘不易咯出,耳鸣。多梦,舌质暗红,苔黄腻,脉沉细。患者症状改善明显,基本治法不变。继服上方。后病情趋于稳定,随诊在上方基本治法基础上,随症有所加减。如因咳嗽痰粘,配伍应用桔梗、杏仁、银杏,宣肺止咳化痰;因心肾不交导致的多梦,则予远志宁心安神;若因水液停留导致的心悸、胸闷明显,则配伍应用泽泻、猪苓、茯苓、大

腹皮、玉米须等辅助利水;痰浊之象明显减轻后,逐步减少瓜蒌、薤白、半夏、陈皮等祛痰药物剂量,以防伤正。随诊至2008年12月20日,患者自诉胸闷心悸明显改善,可上6层楼,偶有咳嗽,痰不多。随诊至2009年7月30日,患者诉活动量明显增加,精神体力可,生活能够自理,每天买菜,出汗明显减少。最后1次复诊2010年1月28日:诉活动基本正常,心脏彩超示:EF:52%,可上20层楼,不咳嗽。已完全戒酒,舌质暗,苔黄,脉沉细。

按语:根据四诊辨证,气虚血瘀痰阻为主要病机。治疗时以益气活血,理气祛痰为基本治法,同时根据症状变化,以及气虚、痰郁、热阻、阴虚的变化随证加减。患者同时合并高血压、糖尿病,瘀血、痰阻、水饮等有形实邪显著,故治疗以祛除有形实邪为主,同时兼顾气虚、阴虚。虽以气虚为本,但不宜使用大补元气的生晒参,而选择了补益力量较弱的太子参、北沙参,并随气虚症状改善逐渐减少用量。经过近2年的中西医结合治疗,患者现已无任何不适症状,体力恢复明显,精神状态佳,每天活动多,2010年1月28日复诊时自述可上20层楼,不觉累。心脏彩超结果也有明显改善,左室舒张末径由64 mm减至57 mm,EF由43%升至52%。

2 临证体悟

《金匱要略》将嗜酒导致的疾病称为“酒客病”^[7]。《医宗金鉴》描述为:“酒客病,谓过饮而病也,其病之状,头痛、发热、汗出、呕吐,乃湿热熏蒸使然,非风邪也”^[8]。针对酒客病的治法,《温病条辨》有:“酒客多蕴热,先用清中,加之分利,后必顾其脾阳”。《脾胃论》有“酒者大热有毒,气味俱阳,乃无形之物。伤之当发汗则愈,其次利小便而消其湿”^[9]。因此,酒客病治法可总结为先清热,后因势利导,上下分消其湿。对于传于内脏者,则“宜本病药中,兼去湿热”^[10]。

翁老认为,酒精性心肌病,即是酒客者,因长期过度饮酒,损伤心体,心气心阳逐渐耗损,温煦鼓动无力致心悸怔忡;心气虚,血运无力,停滞为瘀,血脉不通则胸痛;心气虚,卫外不固,营卫失调而自汗。酒入于胃,先满络中则脾脏虚,运化无力,水液内停为饮,加之心阳虚水泛,水饮停留致胸闷、咳嗽、水肿;脾虚则谷精气竭,不营四肢则乏力。酒客者,素有湿热内积,与内生水饮、瘀血相合,日久化生毒热,迫津外泄则汗出;毒热内蕴,炼液为痰,痰热相搏,阴液耗伤,加之西医治疗为减轻心脏负荷使用的利尿药,久之阴液亏虚显著而盗汗;至疾病后期,心肾阳

虚,温煦失职,加之肾气开合失司,膀胱气化不利,水湿泛滥,表现为畏寒肢冷、神疲倦怠、乏力、尿少、水肿。至疾病终末期,阳气虚脱,若不及时回阳固脱,即可发生阴阳离绝,病终不治。总的来讲,酒精性心肌病是因长期嗜酒导致心体受损,心气心阳虚损为本,湿热、瘀血、痰饮、毒热内蕴为标的虚实夹杂证,久则耗伤心肾之阴阳,至疾病后期造成心肾阴阳俱损。

针对酒心病的治疗,翁老认为在完全戒酒,去除病因基础上,可采用中药辅助治疗。在补益心气(阳),扶助正气的同时,辨证应用健脾、祛湿、活血、祛痰、解毒等治法祛除实邪。补益心气(阳),多以参类药物为主,对于心气亏虚不甚者,选用太子参、北沙参、生黄芪补气;心气亏虚较甚者,以生晒参大补元气;心阳虚甚者,以红参、桂枝、附子温通心阳。对于疾病初期,以湿热主者,选用泽泻、茯苓、猪苓、玉米须淡渗利湿,以使湿浊之邪由小便外泄;白薇、菊花、紫花地丁清热;湿热甚,炼液为痰,痰热内蕴者,以瓜蒌薤白半夏汤祛痰宽胸,通阳散结;毒热内蕴者,以黄芩、黄连、黄柏、土茯苓等清热解毒,同时配以辛温之高良姜、干姜以防苦寒加重脾胃之伤;阴虚甚者,以生脉饮加减养阴生津;肾阳虚者,加附子、肉桂、细辛温肾助阳。对于酒精性心肌病患者汗出的治疗,属于营卫不和者,予桂枝汤加减防风、薏苡仁等调和营卫,祛风除湿;心气虚卫外不固者,予玉屏风散加减莲子、太子参等益气固表止汗;毒热内蕴,迫津外泄者,以清内热为法。

参考文献

- [1] Guzzo-Merello G, Cobo-Marcos M, Gallego-Delgado M, et al. Alcoholic cardiomyopathy[J]. World J Cardiol, 2014, 6(8): 771-781.
- [2] George A, Figueredo V M. Alcoholic cardiomyopathy: a review[J]. Journal of cardiac failure, 2011, 17(10): 844-849.
- [3] 王莉娜, 井玲. 酒精性心肌病的治疗进展[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2013, 7(23): 10872-10874.
- [4] 胡军, 于波. 酒精性心肌病发病机制研究新进展[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2014, 6(2): 236.
- [5] 李为民, 井玲, 刘怡希. 酒精性心肌病[J]. 中国实用内科杂志, 2012, 32(7): 508-510.
- [6] Skotzko C E, Vranceanu A, Krueger L, et al. Alcohol use and congestive heart failure: incidence, importance, and approaches to improved history taking[J]. Heart failure reviews, 2009, 14(1): 51-55.
- [7] 宋红普, 倪红梅. 试论《金匱要略》的体质观[J]. 上海中医药杂志, 2014, 48(10): 16.
- [8] 吴谦. 医宗金鉴(第一分册)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1973: 20, 610.
- [9] 李东垣. 脾胃论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 4, 81.
- [10] 安国辉, 刘光义, 秦璇. 浅析李东垣诊治酒客病的临证经验[J]. 四川中医, 2014, 32(8): 9-10.