

• 临床经验 •

史载祥教授应用大青龙汤治疗 I 型
心肾综合征 1 例朱婷婷¹ 顾 煥² 史载祥²

2004 年,心肾综合征(cardiorenal syndrome, CRS)由美国国立卫生研究院国家心肺和血液研究所专家会议^[1]首次提出。2008 年意大利肾病学学者 Ronco C 等^[2]提出 CRS 具体分型:I 型为心功能的急剧恶化引起急性肾损伤;II 型为慢性心脏功能不全导致慢性肾脏病进行性恶化;III 型为指肾脏功能急性恶化(急性肾缺血,或急性肾小球肾炎)导致的急性心力衰竭;IV 型为慢性原发性肾脏疾病造成心脏功能减退;V 型为急性或慢性全身性疾病所致的心肾功能不全。其中 I 型 CRS 病情危重,部分患者需透析治疗^[3]。史载祥教授采用中药治疗 1 例需透析的 I 型 CRS 患者治疗后病情恢复,现报道如下。

病例简介 患者男性,45 岁。主因“间断喘憋、浮肿反复发作 7 年,加重半年,发热 3 天”于 2017 年 3 月 9 日入住中日友好医院中西医结合内科。患者 7 年前(2010 年)间断出现喘憋,活动后气促,伴夜间阵发性呼吸困难,端坐呼吸,伴胸闷、心悸、头晕,双下肢水肿,于北京大学第一医院就诊,被诊断为“扩张性心肌病、心力衰竭、胸腔积液”,胸腔穿刺抽取积液并强心利尿治疗后好转。近半年喘憋、浮肿加重,入院前 3 天患者外感后,喘憋进一步加重,伴恶寒发热,最高体温 38.9℃,咽痛,咳黄痰,端坐呼吸,乏力,纳差,眠差,大便可,小便少。既往 2 型糖尿病病史 23 年,高血压病病史 8 年,糖尿病性视网膜病变、糖尿病肾病 IV 期病史 4 年,1 年前发现血肌酐升高(200 μmol/L)。

治疗经过 入院查体:体温 38.3℃,脉搏 84 次/min,呼吸 20 次/min,血压 120/80 mmHg。颈静脉充盈,肝颈静脉回流征阳性,右下肺叩诊实音,双肺听诊呼吸音粗,中上肺可闻及少量散在湿啰音,双下肺呼吸音消失,右侧为著,心尖部可见抬举样搏动,心界向左下扩大,心音强弱不等,心律绝对不齐,未闻及病理性杂音,无心包摩擦音。腹软,肝脾未触及,双下肢轻度可凹性水肿。

作者单位:1. 北京市第六医院中医科(北京 100009);2. 中日友好医院中西医结合心内科(北京 100029)

通讯作者:史载祥, Tel: 010-84205566, E-mail: shizaixiang@163.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20190318.170

辅助检查:血常规:WBC $11.52 \times 10^9/L$, 血红蛋白 101 g/L;B 型利钠肽 2 091 pg/mL;肾功能:血尿素氮 16.26 mmol/L,肌酐 179.3 μmol/L;尿常规:尿蛋白(+),潜血(-),尿糖(+);胸部 X 片:左心增大,双侧胸腔积液,肺淤血改变(图 1)。腹部 B 超:慢性肝淤血,胆囊小,胆囊壁厚。动态心电图:房颤伴心室长间歇(R-Rmax 1.781s)。超声心动图:左室射血分数 30%,左室壁运动普遍减低,左心扩大。



图 1 2017 年 3 月 19 日胸部正位片

入院诊断:(1)慢性心力衰竭急性加重,心功能 IV 级(NYHA 分级);(2)扩张型心肌病;(3)肺部感染胸腔积液;(4)2 型糖尿病、糖尿病肾病 IV 期、糖尿病视网膜病变;(5)高血压病 3 级。

入院后予托拉塞米(40 mg qd)、呋塞米(40 mg qd 泵入)、氢氯噻嗪(12.5 mg qd)、托伐普坦(15 mg qd)利尿;亚胺培南西司他丁钠(0.5 g q12h)抗感染;络活喜(5 mg qd)降压;富马酸比索洛尔(2.5 mg qd)、卡维地洛(25 mg bid)降压及降低心肌氧耗;单硝酸异山梨酯(5 mg/h)扩张冠状动脉;门冬胰岛素注射液(10 IU-12 IU-10 IU)、甘精胰岛素(12 IU qn)皮下注射控制血糖及对症处理。

3 月 14 日,体温正常,但其余症状未明显缓解,喘憋浮肿加重,肌酐 603 μmol/L,尿量 500 mL/d。肾内科会诊后认为患者慢性心力衰竭急性加重,肾功能恶化伴尿量减少,符合急诊透析指征。患者拒绝透析,要

求中医药治疗。

3 月 15 日史载祥教授查房,患者自诉心前区冷甚如冰,连及后背疼痛,夜间甚,影响睡眠,周身畏寒,发热,无汗,胸闷,气短,乏力甚,端坐呼吸,行走 3~5 步则汗出、气喘,腹胀,纳差,睡眠差,烦躁,双下肢水肿明显,大便 1 日 3 次,尿量 500 mL/d。面色晦暗,唇色暗淡,舌暗,舌苔腻,脉沉弦,左寸右尺脉弱。史教授认为患者为内外合邪,虚实夹杂,真阳虚衰,痰瘀内阻,浊毒化热。急则治其标,从“溢饮”论治,取大青龙汤宣发阳气、发越水湿。用药:生麻黄 30 g 桂枝 20 g 杏仁 20 g 生石膏 60 g 生姜 15 g 大枣 15 g 炙甘草 15 g,3 剂,水煎服,1 日 1 剂;另取芒硝 250 g,大蒜 125 g 捣烂,乳香、没药各 15 g 研末混匀调和,用时先以凡士林涂于皮肤,再将上药和匀后敷于两侧肾俞穴,每日 2 次,共 3 日。西医治疗方案不变。

3 月 17 日,患者服药后周身微汗出,肌酐 268 $\mu\text{mol/L}$,尿量 3 000 mL/d,症状明显改善。以真武汤合升陷祛瘀汤,温肾助阳,升陷祛瘀,活血利水。用药:炮附子(先煎)15 g 茯苓 30 g 生白术 20 g 赤芍药 15 g 生黄芪 30 g 桔梗 10 g 柴胡 6 g 升麻 6 g 山萸肉 15 g 知母 10 g 三棱 10 g 莪术 20 g 益母草 15 g 党参 15 g,6 剂,水煎服,1 日 1 剂。

3 月 23 日,复查血肌酐 194.2 $\mu\text{mol/L}$,WBC 7.88 $\times 10^9/L$,B 型利钠肽 248 pg/mL,出院。

讨论 I 型 CRS 为心功能的急剧恶化引起急性肾损伤^[2],本患者入院前有慢性心功能不全及糖尿病肾病、慢性肾功能不全病史。患者入院后符合急性肾功能损伤诊断标准^[4]。本患者是心衰急性加重导致,可诊断为 I 型 CRS。欧洲心脏病学会 2012 年版指南^[5]建议对利尿剂治疗无效的急性心力衰竭患者应用透析超滤治疗。本例患者符合透析超滤指征,但患者拒绝透析治疗,要求采用中药治疗。

史载祥教授认为 I 型 CRS 心肾阳虚为本,水饮、痰湿、瘀血内阻为标,风邪外袭为客邪,诊治需标本兼治、祛除诱因。患者入院后心功能及肾功能急剧恶化,水饮为患,急则治其标,可取大青龙汤宣发阳气,发越水湿。大青龙汤由麻黄、桂枝、甘草、杏仁、生姜、大枣、石膏 7 味药组成,为麻黄汤与越婢汤的合方。方中重用麻黄为君,开泄腠理,透发毛窍,利小便。臣以桂枝温通经脉,解肌发表,通达营卫,助麻黄发汗、温通血脉。佐以石膏清里热,又可制约麻黄辛燥峻烈之性;生姜、大枣固护胃气。使以甘草调和药性。七药同用,寒温并用,表里同治,标本兼除。

史载祥教授认为,本患者大青龙汤取效的关键在于

重用生麻黄。生麻黄发越水湿之功除得力于发汗、利小便以外,其活血通滞,祛瘀浊的作用也很重要。纵观《伤寒论》及《金匱要略》,全书中麻黄用量最大方剂即为大青龙汤及越婢汤类方,二方麻黄用量皆为六两,折合现代剂量约为 80~90 g^[6]。历代医家对麻黄发汗及利小便的作用认识的较深刻,然其活血之力常被忽视。麻黄归肺、膀胱经,可宣发阳气,通达三焦,开发腠理,且其中空似络,入于络脉,可活血通滞,解散寒凝,调畅血脉。

大青龙汤为峻烈之剂,当中病即止。患者心肾阳虚,血瘀水停之象仍明显,故以真武汤合升陷祛瘀汤善后。真武汤方具温肾阳利水之功效。升陷祛瘀汤为史载祥教授经验方,临床应用于心功能不全、冠心病等证属气陷血瘀证者效果显著^[7]。

本患者经过中药治疗后,避免了透析治疗相关并发症,而且使得病情在较短的时间内改善,显示了中医药在 CRS 等危重症中的重要治疗价值。

参 考 文 献

- [1] NHLBI Working Group. Cardiorenal connections in heart failure and cardiovascular disease[EB/OL]. <http://www.nhlbi.nih.gov/meetings/workshops/cardiorenal-hf-hd.html>.
- [2] Ronco C, Haapio M, House AA, et al. Cardiorenal syndrome[J]. J Am Coll Cardiol, 2008, 52(19): 1527-1539.
- [3] 盖鲁粤, 盖兢涇. Ronco 心肾综合征分型的病理生理学 and 临床意义[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2010, 18(3): 172-175.
- [4] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury[J]. Kidney Int Suppl, 2012, 2(1): 124-138.
- [5] McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al. ESC Committee for Practice Guidelines: ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC[J]. Eur Heart J, 2012, 33(14): 1787-1847.
- [6] 程先宽, 韩振蕴, 陈志刚, 等. 《伤寒杂病论》剂量折算研究思路探讨[J]. 北京中医药大学学报, 2006, 29(1): 11-13.
- [7] 李春岩. 史载祥学术思想及升陷祛瘀法治疗心血管疾病的理论及临床研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2013.

(收稿: 2018-06-19 在线: 2019-04-03)

责任编辑: 邱 禹