

• 经方治疗急危重症与疑难病专题 •

基于 CCU 重症病例及现代病理生理机制的 肾气丸方证条文内涵解读及其治疗心力衰竭、 肾功能不全、心肾综合征、利尿剂抵抗等 急危重症体会

熊兴江

(中国中医科学院 广安门医院, 北京 100053)

[摘要] 肾气丸出自汉代医家张仲景的《金匮要略》,具有温补肾气功效,主治肾气、肾阳不足证。肾气的现代医学实质包括心功能、肾功能、免疫功能等。肾气丸的临床运用指征包括肾虚、水饮与小便异常这 3 个方面,其中小便异常包括小便量少、小便量多以及小便不利 3 种类型。肾气丸临床可用于治疗心力衰竭、肾功能不全、心肾综合征、利尿剂抵抗,以及部分内分泌疾病、泌尿系疾病、骨关节疾病。该方既是一张虚弱体质“治内伤如相”的调理方,更是急救良方,深入开展基于“病机结合病理,药性结合药理”的中西医结合解读经典条文内涵研究,具有重要的临床价值与意义。

[关键词] 肾气丸; 心力衰竭; 肾功能不全; 心肾综合征; 利尿剂抵抗; 急危重症

Connotation of Shenqi Pills based on severe cases in cardiovascular care unit and modern pathophysiological mechanism and application of Shenqi Pills for heart failure, renal failure, cardiorenal syndrome, and diuretic resistance in critical care medicine

XIONG Xing-jiang

(Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China)

[Abstract] Shenqi Pills, first recorded in *Essentials from the Golden Cabinet* (*Jin Kui Yao Lue*) from ZHANG Zhong-jing in Han dynasty, have the effect of warming and tonifying the kidney Qi and are mainly used for the treatment of insufficiency of kidney Qi and kidney Yang. According to modern medicine, kidney Qi involves heart function, kidney function, immune function, and so on. The clinical indications of Shenqi Pills include kidney deficiency, abnormal fluid, and abnormal urination, and the last one is classified into little urine, much urine, and dysuria. In clinical settings, Shenqi Pills can be applied for the treatment of heart failure, renal failure, cardiorenal syndrome, and diuretic resistance, as well as endocrine, urological, orthopedic, and other chronic degenerative diseases. Shenqi Pills are ideal prescriptions for the weak constitution and emergency treatment. It is of great value and significance to carry out in-depth research on the connotation of the classic articles by integrating TCM and western medicine based on "pathogenesis combined with pathology and drug properties combined with pharmacology".

[Key words] Shenqi Pills; heart failure; renal failure; cardiorenal syndrome; diuretic resistance; critical care medicine

DOI: 10.19540/j.cnki.cjcm.20230217.501

[收稿日期] 2022-11-18

[基金项目] 国家自然科学基金项目(81403375, 81904064); 中国科协青年人才托举工程项目(2017QNRC001); 中国中医科学院育苗基金培育专项(ZZ11-073); 中国中医科学院优秀青年科技人才项目(ZZ13-YQ-018, ZZ14-YQ-023); 中国中医科学院科技创新工程项目(CI2021A03804); 中国中医科学院中药研究所启航人才项目(ZXKT21017); 中国中医科学院中药研究所国家自然科学基金培育专项(ZXKT23015)

[作者简介] 熊兴江, 博士, 副主任医师, 主要从事经方治疗心血管病临床与基础研究, Tel: (010) 88001566, E-mail: xiongxingjiangtcm@163.com

2565

肾气丸出自汉代医圣张仲景的《金匱要略》,由地黄、山茱萸、山药、泽泻、茯苓、牡丹皮、桂枝、附子组成。本方具有温补肾气功效,主治肾气、肾阳不足证,症见腰痛、腰膝酸软,畏寒肢冷,下半身发凉,以足尖发凉尤为常见,少腹拘急,小便利,或小便不利,阳痿早泄,舌质淡嫩,舌体胖大,脉虚弱,不任重按,尺部沉迟。现代临床多将本方用于治疗急性慢性肾小球肾炎、肾脏病腹膜透析相关营养不良、肾积水、高血压病、遗尿、尿崩症、尿潴留、慢性前列腺炎、糖尿病性神经损害、滑胎、舌根痛等疾病。笔者在临床还将本方用于心力衰竭(以下简称“心衰”)、扩张型心肌病、肾功能衰竭(以下简称“肾衰”)、心肾综合征、利尿剂抵抗、糖尿病肾病、腰肌劳损、前列腺增生症、腰椎滑脱、小便失禁等急危重症及慢性疾病的治疗。且当面临心衰合并肾衰,及利尿剂抵抗患者出现喘憋不能平卧、少尿、无尿而行血滤、透析之际,常能在1~2剂让患者大量排尿,甚至出现“尿崩”而避免走上替代治疗^[1]。

在心血管重症监护病房(CCU)工作中,积累了大量临床运用肾气丸治疗急危重症的临床经验,笔者深刻体会到:①肾气的现代医学实质包括心功能、肾功能、免疫功能等;②小便异常是肾气丸方证的重要指征,包括小便量少、小便量多以及小便不利3种类型;③不仅用于以小便量少为主要临床表现的心衰合并肾衰的心肾综合征,且用于改善利尿剂抵抗,其本质在于肾气不足,“开门无力”;④用于以“小便量多”“尿崩”“小便一斗”为主要表现的糖尿病肾病,运用利尿剂后的小便量骤然增多,肾衰的恢复期,腰椎滑脱漏尿等,其本质在于肾气不足,“关门无力”;⑤用于以小便不利、排出不畅为主要表现的前列腺增生等;⑥用于心衰非急性期、非水气凌心、非水饮化热证阶段的治疗,具有温和利尿功效,通过利尿达到减轻前负荷,改善胸闷喘憋作用,且长期服用,还可以改善心脏结构与功能,提升射血分数,缩小左室舒末内径,这可能与心衰强调的“利尿、扩血管、强心”的治疗原则保持高度一致有关;⑦用于急、慢性肾衰肾虚水饮证的治疗,既可利尿消肿,又可降低血肌酐,改善肾功能,提高内生肌酐清除率,根据肾衰的病因,本方主要用于肾前性与肾性的治疗,而很少用于肾后性的治疗;⑧用于各种心肾综合征亚型的治疗,尤其可用于I、II、IV型;⑨利尿剂抵抗属“小便不利”范畴,针对尤其是合并右心衰、巨大右心房的利尿剂抵抗患者,肾气丸是总结的10套行之有效的改善利尿剂抵抗的中西医结合方案之一,大量患者可转危为安;⑩用于“虚劳”,包括大量重大慢性疾病、消耗性疾病的终末期、恢复期阶段的治疗,且需长年服食。

1 肾气丸方证溯源

肾气丸在《金匱要略》中共有5个方证条文。在《中风历节病脉证并治第五》中谓“崔氏八味丸,治脚气上入,少腹不仁。干地黄八两,山茱萸、薯蓣各四两,泽泻、茯苓、牡丹皮各三两,桂枝、附子(炮)各一两。右八味,末之,炼蜜和丸,梧子2566

大,洒下十五丸,日再服”。在《血痹虚劳病脉证并治第六》中谓“虚劳腰痛,少腹拘急,小便不利者,八味肾气丸主之”。在《痰饮咳嗽病脉证并治第十二》中谓“夫短气有微饮,当从小便去之,苓桂术甘汤主之(方见上);肾气丸亦主之”。在《消渴小便不利淋病脉证并治第十三》中谓“男子消渴,小便反多,以饮一斗,小便一斗,肾气丸主之”。在《妇人杂病脉证并治第二十二》中谓“妇人病,饮食如故,烦热不得卧,而反倚息者,何也?师曰:此名转胞不得溺也。以胞系了戾,故致此病,但利小便则愈,宜肾气丸主之”。

由上述条文可知,肾气丸的经典指征包括脚气上入,少腹不仁;虚劳腰痛,少腹拘急,小便不利;短气有微饮;男子消渴,小便反多,以饮一斗,小便一斗;妇人病,饮食如故,烦热不得卧,而反倚息。

2 肾气丸方名诠释

一般认为,本方具有补肾助阳之功,但为何冠之“肾气丸”?这与中医基础理论对肾气的认识有关。精能化气,肾气实为肾精所化生之气。根据《素问·上古天真论》所载,肾气能够主宰人体的生长发育,主导人体生、长、壮、老、已的生理变化,即“帝曰:人年老而无子者,材力尽邪?将天数然也?岐伯曰:女子七岁,肾气盛,齿更发长。二七,而天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下,故有子。三七,肾气平均,故真牙生而长极。四七,筋骨坚,发长极,身体盛壮。五七,阳明脉衰,面始焦,发始堕。六七,三阳脉衰于上,面皆焦,发始白。七七,任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也。丈夫八岁,肾气实,发长齿更。二八,肾气盛,天癸至,精气溢泻,阴阳和,故能有子。三八,肾气平均,筋骨劲强,故真牙生而长极。四八,筋骨隆盛,肌肉满壮。五八,肾气衰,发堕齿槁。六八,阳气衰竭于上,面焦,发鬓颁白。七八,肝气衰,筋不能动,天癸竭,精少,肾脏衰,形体皆极。八八,则齿发去”。

肾气与肾精密不可分,肾气的盈亏还与繁衍子嗣密切相关。肾气充足则年老而有子,正如原文所言“帝曰:有其年已老,而有子者,何也?岐伯曰:此其天寿过度,气脉常通,而肾气有余也”。相反,肾气不足则无子,即“肾者主水,受五脏六腑之精而藏之,故五脏盛,乃能泻。今五脏皆衰,筋骨解堕,天癸尽矣,故发鬓白,身体重,行步不正,而无子耳”。

由此可见,肾气不足的临床表现包括面焦、白发、发堕、齿槁、地道不通、男子精少、形坏而无子、形体皆极、齿发去。这与潮热盗汗、五心烦热、咽干颧红、形体消瘦、舌红少津、脉细数的肾阴虚证或畏寒肢冷、气短懒语、阳痿、早泄、小便清长、五更腹泻、下肢水肿、舌淡胖苔白、脉沉弱的肾阳虚证有所区别。因此,肾气丸的作用主要在于补肾气,治疗肾气不足证,以之作为温补肾阳的代表方剂则有待商榷。

3 基于现代病理生理学的肾气丸方证条文内涵解读

3.1 “脚气上入,少腹不仁”内涵 “脚气”为古代中医病名,不同于现代疾病“足癣”。唐代医家孙思邈在《备急千金

要方》中指出“脚气病初发即表现为脚面、小腿浮肿,即‘此病发,初得先从脚起,因即胫肿,时人号为脚气’‘脚气肿满渐成水状者,邪气上攻脾肾也。夫脾,土气也。肾,水气也。脚气者,清湿之疾,其气最易感于脾肾,同气相求之义也。脾受邪则湿气不行,肾受邪则水气不化,水湿二气,内外合邪,积而成满,闭而成胀也”。现代医学中,下肢水肿的成因包括心源性、肝源性、肾源性、血管性、内分泌性、营养不良性及其他原因有关。在这七大原因中,尤其以心源性、肾源性最为常见。在古代,常将本方用于下肢水肿、脚肿的治疗。明代医家薛己曾用本方治疗腿肿经年不消,“一男子腿肿一块,经年不消,饮食少思,强食则胀,或作泻,日渐消瘦,两尺脉微细。此命门火衰不能生土,以致脾胃虚寒。以八味丸治之,饮食渐进,肿患亦消”(《外科枢要·论疮疡用寒凉之药》卷一)。

“上入”指水饮、水湿之气上行,既可循经射肺,又可上冲凌心。上入射肺,则表现为喘憋、咳嗽,正如《金匱翼》卷六“脚气之源”中指出,“脚气上气者,风毒湿气,循经上入于肺故也。肺主气而司呼吸,邪气入之,则气道奔迫,升降不顺,故令上气喘满,甚者不得偃卧也”。上冲凌心则表现为胸闷、心悸、气促、烦躁,甚则神志恍惚、言语错乱。正如《金匱翼》中言“脚气冲心之候,令人心胸烦闷,呕吐气急,甚者脉绝不出欲死也”。脚气自下上冲于心,已成重症,即“盖风湿毒气,初从足起,久而不治,则上冲心胃之分,最为急候。下气,除湿,泄毒,不可缓也”。此阶段又称为“脚气攻心”,类似于风心病、心衰等疾病的终末期阶段。中国中医科学院史欣德教授曾用本方治疗老年患者的心衰水肿喘憋,“女,88岁,有肾、胆结石史。2d来失眠,整夜不睡,周身疼痛,胸闷,一动则喘甚,小便则大便出,食欲差,全身浮肿,卧床不起,自用速效救心丸,胸闷可缓。就诊于当地医院,使用抗生素、阿司匹林、倍他乐克、稳心颗粒,静脉输血塞通注射液后症状加重。舌苔淡白,无苔,鼻梁、眼下、唇周皮肤色暗黑,干,面浮肿。嘱用金匱肾气丸(水丸25粒)早、中饭后服。3d后告知:浮肿明显消退,喘减轻,可以下床活动,食欲恢复。后一直服用本丸,喘平肿消,全身情况良好,生活已完全能自理”。

“少腹不仁”指脐以下的少腹部位出现麻木不仁、感觉减退。此处的“少腹不仁”不完全指老年患者的腹壁变薄,腹直肌松软,或腹部按之无力,也可能属于心衰合并腹腔积液的并发症表现。在出现右心衰,或长期左心衰累及至全心衰,肝门静脉回流至下腔静脉受阻,导致腹腔积液、肝瘀血、下肢水肿、消化道瘀血和水肿,可表现为小腹部麻木不仁,甚至憋胀。如《金匱翼》所言“盖湿淫之气,自下侵上,肾虚阳弱,不能御之,则渐入少腹而痹着不仁矣。肾气丸理肾之气者也,肾气得理,邪气自下,而不仁者仁矣”。

3.2 “虚劳腰痛,少腹拘急,小便不利”内涵 “虚劳”为中医学中的特有概念。虚劳又称虚损,是由先天禀赋薄弱、后天失养,以及外感内伤等多种原因导致,以脏腑功能衰退,气、血、阴、阳亏损,五脏虚损为主要临床表现的多种慢性虚

弱证候的总称。在现代医学中,虚劳的范畴极为广泛,一切慢性虚损性疾病都可以归属于虚劳,包括慢性心衰、慢性阻塞性肺疾病、慢性呼吸衰竭、慢性肠炎、慢性肾功能不全、血液系统疾病、风湿免疫系统疾病、肿瘤、外科术后等^[2]。

“虚劳腰痛”指因虚劳内伤导致的腰痛症状。在现代医学中,腰痛为临床症状,其原因非常复杂,包括①腰部疾病:腰肌劳损,腰部骨质增生,腰椎间盘突出,椎管狭窄,腰部骨折,椎管肿瘤,腰部急、慢性外伤或劳损;②泌尿系统疾病:泌尿系感染,泌尿系结石,泌尿系结核;③生殖系统疾病:盆腔炎,宫颈炎,输卵管炎,慢性附件炎,子宫骶韧带或结缔组织炎症,子宫后倾、后屈,子宫脱垂,子宫肌瘤,子宫颈癌,卵巢囊肿等;④其他:受凉、创伤、风湿性关节炎,强直性脊柱炎等。在中医学中,“腰为肾之府”,腰痛多归属于肾虚。“五脏所伤,穷必及肾”,大凡病程较长,病性复杂,缠绵难愈,日久累及肾阴、肾阳而出现肾虚的腰痛症状,多归属于肾虚。日本古方派名医吉益南涯也用本方治疗男性腰痛,“一男子,腰以下痹,冷痛,手足烦热,舌上黑苔,如实状,先生与八味丸而全治”(《金匱要略今释》卷二引《成绩录》)。

“少腹拘急”指小腹部位的拘挛、牵急、疼痛、坠胀、紧张等不适感觉。少腹拘急多见于以下2种情况,一是泌尿生殖系统疾病,二是腰椎关节疾病。在泌尿生殖系统疾病方面,急、慢性前列腺炎,前列腺肥大增生,慢性尿路感染,肾结石,生殖系统炎症等疾病均会导致小腹部的不适感。老年男性的前列腺疾病与老年女性患者的慢性尿路感染,以肾气丸证最为常见。在腰椎关节疾病方面,常见于腰椎间盘突出引起的小腹部位疼痛、坠胀、隐痛,这与腰椎间盘突出刺激神经有关。腰椎间盘突出以腰椎间盘的退行性改变为基本病因,也属于中医学虚劳、肾虚范畴。值得注意的是,部分中老年患者以小腹拘急为主诉就诊,伴或不伴有腰酸、腰痛,其病因在腰而不在腹部本身。

“小便不利”指小便不畅,可同时伴见腰痛,少腹拘急。小便不利多见于以下2种情况,一是急、慢性泌尿系统疾病导致的尿频、尿急、尿痛、尿等待、尿变细、尿分叉等;二是急、慢性心衰,急、慢性肾衰,或心衰合并肾衰,或合并利尿剂抵抗,导致小便量少、排尿无力,甚至少尿、无尿。其中,少尿是指24h尿量少于400mL,或者每1h尿量少于17mL,无尿是指24h尿量少于100mL。在本方证中,笔者更倾向于“小便不利”属于第2种类型。

笔者曾用肾气丸治疗1例老年男性患者的前列腺增生症、尿频、腰肌劳损、腰痛、小便不利。患者某,男,59岁。主因“尿频、尿急、排尿不畅3年,加重1个月”于2019年12月22日就诊。患者于3年前出现尿频、尿急、排尿不畅,于当地医院查前列腺超声,提示前列腺肥大伴钙化。长期服用非那雄胺等,疗效不佳。1个月前,患者尿频、尿急再次加重,为求进一步中医药治疗来诊。刻下症:尿频、尿急、排尿不畅,尿无力,小便量少,午休及睡前尿频加重,午休时排尿3~4次,

夜尿5~6次;晨起腰痛明显,受凉后腰痛加重,活动后腰痛缓解;无口干口苦,体力可,纳可,因尿频而影响睡眠,大便正常。舌暗红,苔黄白厚腻,脉沉。既往体健。查体:体温(T) 36.3℃,脉搏(P) 81次/min,呼吸(R) 19次/min,血压(BP) 132/78 mm Hg(1 mm Hg ≈ 0.133 kPa)。面色黯黑,形体中等,查体合作。心肺(-),无双下肢肿。辅助检查:腰椎CT未见异常。中医诊断:淋证,腰痛,肾气亏虚证。西医诊断:前列腺增生症。考虑患者主因尿频、尿急、尿无力伴腰痛就诊,其主要病因在于前列腺增生症所致,临床表现相对简明,其尿频、尿急、排尿不畅、尿无力与“小便不利”高度吻合,其腰痛与“虚劳腰痛”吻合。其夜尿频,受凉后腰痛加重,舌暗红,苔黄白厚腻,脉沉,属于肾气、肾阳亏虚范畴。因此,该患者与《血痹虚劳病脉证并治第六》中的“虚劳腰痛,少腹拘急,小便不利者,八味肾气丸主之”条文高度相似。故予以肾气丸以温补肾气。处方:肉桂10g,黑顺片15g,生地黄45g,酒山茱萸15g,山药15g,牡丹皮10g,泽泻10g,茯苓10g。14剂,水煎服,每日1剂,分2次服。二诊(2021年1月4日):患者服药后,排尿较前有力,起夜4~5次,午休时排尿仍为3~4次,仍有排尿不畅,舌淡红,苔薄白腻,脉沉。考虑目前患者以肾虚为主,仍需补肾,守上方加乌药10g,益智仁10g,菟丝子10g,车前草10g,牛膝10g。14剂,水煎服,每日1剂,分2次服。患者间断服药2个月,午休时尿频现象消失,腰痛好转。继续服药至1年,每晚夜尿减为1次,腰痛仍有,休息后好转,但较前缓解。

3.3 “短气有微饮,当从小便去之,苓桂术甘汤主之,肾气丸亦主之”内涵 “短气有微饮”指气短,“短气不足以息”。在病机上,其气短属“微饮”所致。一般认为,痰饮内停、肺气不利为短气有微饮的病机。究其根源,水饮的形成,多与脾气亏虚,津液不能输布,肺气不宣,津液不能布散,肾与膀胱气化不利,水道不能通调有关。因此,历代医家认为“其本在肾,其标在肺,其制在脾”。在治疗上,既可以用苓桂术甘汤温阳利水,健脾祛湿,又可以用肾气丸温肾助阳,化气利水。

值得注意的是,因条文中“微饮”字样,且用苓桂术甘汤、肾气丸温化水饮,但绝不可误认为该条文只是针对水饮轻症的治疗。临床见到大量扩张型心肌病患者,其射血分数(EF)低于30%,虽临床症状并不严重,缺少典型的胸闷憋气、平躺后加重等表现,甚至部分患者在就诊时,仅诉说偶有气短,体力下降,但已属重症,随时面临生命危险^[1]。

3.4 “男子消渴,小便反多,以饮一斗,小便一斗”内涵 “消渴”出自《黄帝内经》,指以多饮、多食、多尿、体质量减轻,或尿有甜味为特征的疾病。《素问·奇病论》指出“此肥美之所发也,此人必数食甘美而多肥也。肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴”。口渴引饮为上消,善食易饥为中消,饮一溲一为下消,统称为消渴(三消)。在《黄帝内经》中,消渴也称为“消瘅”,《灵枢·五变》指出“五脏皆柔弱,善病消瘅”。消渴有广义和狭义之分,广义消渴既包括

消渴病,又包括症见口渴欲饮、小便频多在内的一系列病证,相当于现代医学的糖尿病、尿崩症、精神性多饮多尿、甲亢等;狭义消渴即指消渴病,相当于现代医学中的糖尿病。宋代医家方勺即用本方治疗消渴,“提点铸钱朝奉郎黄沔,久病渴,极疲痒。方每见,必劝服八味丸。初不甚信,后累治不痊,漫服数两,遂安”(《名医类案·消渴》卷二)。日本汉方名医大塚敬节也用本方治疗糖尿病,“59岁妇女,患糖尿病数年,经医院治疗不愈。周身倦怠乏力,右肩至上臂有神经痛样疼痛,口渴引饮,小便频,影响睡眠。舌红、乳头少,足掌无力而发热,经常眩晕,不能乘车。服用八味丸1周,体力增加且神爽。50日之后,自觉症状基本消失,检验尿糖全无”(《临床应用汉方处方解说》)。

“小便反多,以饮一斗,小便一斗”指多饮、多尿。糖尿病多尿与以下原因相关:首先,渗透性利尿导致多尿,糖尿病患者血糖明显升高后,导致尿糖升高,进而产生渗透性利尿作用,导致尿量增多;其次,肾小管浓缩功能障碍导致多尿,糖尿病合并肾功能不全,导致肾小管浓缩功能障碍,进而产生多尿;第三,多饮导致多尿,糖尿病患者在明显口渴时会多饮,进而导致尿量增加;第四,泌尿系统感染导致多尿,糖尿病患者很容易合并泌尿系统感染,进而出现尿频、尿急、尿痛症状,临床也可见到部分糖尿病患者在合并尿路感染时,仅表现为尿频、尿急而无尿痛。

笔者曾用本方治疗糖尿病、尿失禁“小便反多”,取得良好疗效。患者某,男,59岁。主因“发现血糖升高10年,伴下肢疼痛、遗尿2年”于2021年9月21日就诊。患者于10年前无明显诱因发现血糖升高,诊断为2型糖尿病,在服盐酸二甲双胍控制血糖,空腹血糖控制可。2年前,开始出现双下肢游走性疼痛,夜间疼痛为主,服依帕司他片控制,疗效不佳。2年前,开始出现尿失禁,因患者不能自主控制排尿,需整日使用纸尿裤,每晚夜尿3~4次。多次就诊于当地医院内分泌科、泌尿科等,查前列腺超声未见异常,告知继续观察,未予治疗。刻下症:双下肢疼痛,尿失禁,睡眠中有不自主排尿现象,无口干口苦,容易汗出,容易倦怠乏力,纳可,眠可,大便干结难解。既往有高血压病史12年,在服缬沙坦、苯磺酸氨氯地平片控制。查体:T 36.4℃,P 77次/min,R 18次/min,BP 150/79 mm Hg。面色黄暗,体型瘦弱,查体合作。心肺(-),无双下肢水肿。中医诊断:消渴病,寒凝经脉证,肾气亏虚证。西医诊断:2型糖尿病,糖尿病末梢神经病变,糖尿病性膀胱病,高血压病。考虑患者目前主要存在下肢疼痛及尿失禁,分别为糖尿病导致的末梢神经病变及膀胱并发症。患者虽有下肢疼痛,但其糖尿病多年,面色黄暗,体型瘦弱,伴有易汗出、倦怠乏力,已步入糖尿病泌汗异常阶段,属于典型的营卫不和的桂枝证和桂枝体质^[3],在治疗上首选桂枝类方。因其多汗,首选桂枝汤调和营卫。其下肢疼痛,夜间加重,属于寒凝经脉,经络不通所致,这与血虚寒凝的当归四逆汤证相似,即“手足厥寒,脉细欲绝者,当归四逆汤主之”。还

发现治疗少阴证的麻黄附子细辛汤在改善糖尿病末梢神经病变导致的疼痛、脚凉等症状上具有一定疗效,可增强散寒通络止痛之功。另外,考虑其尿失禁与《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》中的失精家在病机上高度相似,即“夫失精家,小腹弦急,阴头寒,目弦发落,脉极虚芤迟,为清谷、亡血、失精。脉得诸芤动微紧,男子失精,女子梦交,桂枝龙骨牡蛎汤主之”,且方中龙骨、牡蛎可以固涩收敛,主治遗精遗尿,《名医别录》记载龙骨可“止汗,缩小便”,牡蛎可“止大小便,疗泄精”。因患者汗出,伴倦怠乏力,属气虚不能固摄,故加黄芪以固表止汗。因患者大便难,这属于糖尿病胃肠道并发症范畴,故加大黄以通腑泻浊。因此,予以桂枝汤、当归四逆汤、麻黄附子细辛汤加减以温阳通络止痛。处方:桂枝 10 g,白芍 10 g,甘草 5 g,生姜 10 g,大枣 10 g,黄芪 10 g,酒大黄 10 g,龙骨 30 g,牡蛎 30 g,麻黄 5 g,黑顺片 15 g,细辛 3 g,当归 10 g,通草 10 g。14 剂,水煎服,每日 1 剂,分 2 次服。另外,予以自拟方庆誉肾气丸,1 次 8 粒,1 日 2 次,以温补肾气,缩尿止遗。二诊(2021 年 10 月 5 日):患者服药后,下肢疼痛明显缓解,再未出现疼痛情况。仍有夜间尿失禁,但较前略有好转,每天晨起纸尿裤的质量较前下降。时有腿抽筋,舌淡红,苔薄白,脉沉。考虑患者下肢疼痛改善,目前主要以尿失禁为主,这与《消渴小便不利淋病脉证并治第十三》中提到的“男子消渴,小便反多,以饮一斗,小便一斗,肾气丸主之”相似,因此予以肾气丸以温补肾气,缩尿止遗。处方:桂枝 10 g,黑顺片 10 g,生地黄 30 g,酒山萸肉 10 g,山药 10 g,牡丹皮 10 g,泽泻 10 g,茯苓 10 g,酒苁蓉 10 g,沙苑子 10 g,蛇床子 10 g。14 剂,水煎服,每日 1 剂,分 2 次服。患者服上方 1 个月,尿失禁明显改善,晨起纸尿裤的质量较前明显减轻,每晚起夜减至 1~2 次。坚持服药至第 3 个月,出汗明显减少,每晚起夜 1 次,尿失禁基本消失,不再使用纸尿裤。按:患者主因糖尿病末梢神经病变、糖尿病性膀胱病就诊,数年来备受下肢疼痛、尿失禁困扰。多年的糖尿病患者,尤其是在合并出现糖尿病末梢神经病变、糖尿病泌汗异常阶段,其病机已经从阴虚燥热、气阴两虚,转化为阳气不足。在此阶段,桂枝汤及桂枝类方尤为常用。在初诊时,即用当归四逆汤、桂枝加龙骨牡蛎汤、桂枝加黄芪汤、桂枝加大黄汤等桂枝类方合方,患者服药后,疼痛显著改善,提示寒凝经络较前改善。二诊时,专予肾气丸加味方温补肾气,患者服药后尿失禁好转,提示肾气不足较前改善。值得注意的是,肾气丸方中含有桂枝,也可归属于桂枝类方范畴。

在 CCU 收治了大量急、慢性心衰,慢性肾衰,心衰合并肾衰,心肾综合征患者。发现很大一部分心衰、肾衰的高龄患者,在静脉运用呋塞米注射液、托拉塞米注射液等利尿剂后,患者小便量急剧增加,24 h 小便量可多达 3 000~4 000 mL,很多患者会诉说“用了利尿剂之后,小便多得就像要崩了一样”。笔者在 CCU 曾经主管过 1 例冠心病、室壁瘤、心衰、糖尿病、糖尿病肾病、慢性肾功能不全、重度贫血、双下肢

高度水肿、黑便待查的老年男性患者,排除消化道出血,住院期间予以呋塞米注射液 20 mg *iv* 后,每天尿量能保持在 4 000~4 500 mL,双下肢水肿持续减轻,笔者认为这就是典型的“小便反多”的条文再现。还曾主管过 1 例急性非 ST 段抬高型心肌梗死 III 级(Killip 分级)、双侧大量胸腔积液的高龄同行患者,其心肌肌钙蛋白 I(cTnI) 高达 39.413 ng·mL⁻¹。患者病情较重,死亡风险高,但在对症治疗基础上,加用托拉塞米注射液 10 mg *iv* 利尿后,每天尿量多达 8 000 mL,连服 3 d cTnI 降至 0.827 ng·mL⁻¹,主动要求出院,笔者认为这也是典型的“一阳来复”“小便反多”“小便一斗”的条文再现。

在 CCU 治疗过大量糖尿病肾病合并肾功能不全、心肾综合征、巨大右心房合并顽固性右心衰等老年患者,其尿少,对利尿剂反应不佳,很容易出现利尿剂抵抗,在静脉运用新活素(冻干重组人脑利钠肽)、左西孟旦、托伐普坦、诺欣妥(沙库巴曲缬沙坦钠片)等新型抗心衰治疗后,患者出现的大量排尿,排尿畅快淋漓,这也属于从少尿、无尿到“小便反多”的临床表现。综上,笔者认为,未经干预后的大量排尿、小便清长、夜尿清长、尿崩症,以及对利尿剂反应良好,稍用利尿剂后即大量排尿,或者从小便不利的少尿、无尿状态变成大量排尿,小便畅快,这些都是“小便反多,以饮一斗,小便一斗”的生动体现。

另外,腰椎滑脱等腰椎疾病导致的小便次数增多也属于本方主治范畴。笔者曾用肾气丸治疗腰椎滑脱、腰椎管狭窄导致的尿失禁“小便反多”。患者某,女,76 岁。主因“尿失禁 1 年”于 2022 年 7 月 9 日就诊。患者于 1 年前无明显诱因出现尿失禁现象,咳嗽、劳累及晨起上下楼活动后加重,平常佝偻弯腰,每当直立时加重,无腰酸腰痛。就诊于当地省骨科医院,考虑第四、五腰椎滑脱,腰椎管狭窄。建议保守治疗,暂缓手术。患者为求进一步中医药治疗来诊。刻下症:尿失禁,咳嗽及活动、劳累后加重,直立及行走后加重,使用纸尿裤方可出门,无腰酸腰痛,弯腰驼背,腰不能直立,纳眠可,不起夜,大便偏干,舌暗红,苔薄白,脉弦细无力,不任重按。既往体健,无慢性疾病病史。查体:T 36.1℃,P 73 次/min,R 18 次/min,BP 112/72 mm Hg。查体合作。心肺(-),双下肢不肿。中医诊断:遗尿,肾气亏虚证。西医诊断:腰椎滑脱,腰椎管狭窄。考虑患者的尿失禁主要与腰椎滑脱导致马尾神经受牵拉或受压迫有关。当腰椎滑脱严重时,马尾神经受累,可表现为下肢乏力、鞍区麻木及大小便功能障碍等症状。《素问·脉要精微论》指出“腰者,肾之府,转摇不能,肾将惫矣”,唐代医家王冰注云,“两肾在于腰内,故腰为肾之外腑”。患者平常虽然无腰酸腰痛,但经常佝偻弯腰,可归属于《血痹虚劳病脉证并治》中的“虚劳腰痛”范畴;患者每当咳嗽、劳累后尿失禁现象加重,晨起下楼活动后遗尿加重,可归属于《消渴小便不利淋病脉证并治》中的“小便反多”“小便不利”等范畴。因此,予以肾气丸合缩泉丸以温补肾气,缩

尿止遗。处方:桂枝 10 g,黑顺片 10 g,生地黄 30 g,酒山萸肉 10 g,山药 15 g,牡丹皮 10 g,泽泻 10 g,茯苓 10 g,乌药 10 g,益智仁 10 g,覆盆子 10 g。14 剂,水煎服,每日 1 剂,分 2 次服。二诊(2017 年 7 月 23 日):患者服药后,每天晨起能自行上下楼,及外出散步,尿失禁次数明显减少,大便略干,自行服通便药后好转,舌暗红,苔薄白,脉沉。拟上方加火麻仁 10 g。后患者坚持服用肾气丸加味方 3 个月,配合自拟方庆誉肾气丸,每次 8 粒,每天 2 次,尿失禁显著改善,继续巩固。按:腰椎滑脱是指因先天性发育不良、创伤、劳损等原因,造成相邻椎体骨性连接异常,导致上位椎体与下位椎体部分或全部滑移,表现为腰骶部疼痛、坐骨神经受累、间歇性跛行等。本病男性发病率显著高于女性,男:女 29:1。腰椎滑脱最常见的部位是 L4-L5 及 L5-S1,其中 L5 椎体发生率为 82%~90%。该患者虽然为骨科疾病导致的尿失禁,但在中医学中“肾主骨”,骨关节的疾病也与肾气相关,本病仍属肾气亏虚范畴。予以本方调补后,小便逐渐改善。

3.5 “妇人病,饮食如故,烦热不得卧,而反倚息者,何也?师曰:此名转胞不得溺也。以胞系了戾,故致此病,但利小便则愈,宜肾气丸主之”内涵 “妇人病,饮食如故,烦热不得卧,而反倚息”指女性患者,胃口正常,自觉燥热,不能平卧,只能端坐位,靠着东西喘息。“转胞”又称胞转、转脬,是指脐下急痛,小便不通。胞,通脬,是指膀胱。《诸病源候论·小便病诸候》中也提到“胞屈辟不通,名为胞转。其病状,脐下急痛,小便不通是也”,其原因就在于“胞系了戾”。“胞系”是指溺系,“了戾”是指缭乱屈曲或绞扭。在中医学中,“转胞”又指妊娠小便不通,即孕妇因孕胎压迫膀胱,导致小腹胀满疼痛,小溲淋漓,急迫频数,或点滴不通的一种病症。本病多见于现代医学中的妊娠合并尿潴留。

在治疗上,需要通利小便。予以肾气丸温补肾气,利水饮。以药测证,因肾气丸以温阳利水为主,方中无清利湿热药物,由此推测,转胞一症并无明显湿热内蕴指征。这也提示,本病并非妊娠合并尿路感染表现为尿频、尿急、尿痛,或尿中有大量红细胞、白细胞的子淋。明代医家薛己也用本方治疗妇人转脬,“一妇人因郁怒,小便滴涩,渐至小腹肿胀,痰咳喘促。余用八味丸煎服,小便即利而痊”(《校注妇人良方·转脬小便不利方论》卷八)。中国中医科学院史欣德教授也曾以金匱肾气丸治疗孕妇妊娠晚期的小便不利,患者 1 次顿服 25 粒后,小便通畅,不适消除。

值得注意的是,“胞系了戾”不仅指妊娠女性的小便不利,很多老年男性因前列腺肥大、前列腺增生引起的排尿困难,小便点滴而出,淋漓不尽,尿频尿急尿痛,尿无力,尿分叉,尿失禁,也属于该病范畴。明代医家龚廷贤曾用肾气丸治疗 1 例大小便牵痛案,“一老人,精已竭而复耗之,大小便牵痛,愈痛愈便,愈便愈痛,服以八味丸,其功最效”(《寿世保元·诸淋》卷五)。

在古代,本方除用于转胞外,还可用于妊娠晚期胎气上

冲的子悬,主要表现为妊娠胸胁胀满,甚或喘急,烦躁不安,又称胎上逼心。清代医家杨乘六曾用本方治疗子悬,“我修侄妇,妊八月,一日胎忽上抢,塞至心口,喘满不思食,自汗,闷绝僵卧,口噤目直视,面色不赤,舌色不青,按其两手脉息尚有,急取丸子两许,滚水研化灌之。灌至两酒杯,胸口松动,口开睛转,手足运动而苏。问何药,乃尔神效?曰:八味丸也。又问此何病而用此丸?曰:此子悬也。由下元虚冷,中无火以养婴儿,故上凑以就心火之温,如入睡被中,足冷则上缩也。后用芪、术、芎、归煎送前丸,服至两月而产”(《续名医类案·子悬》卷二十四)。

4 肾气丸方证特征

在疾病方面:①用于以下肢水肿,小便不利,腰痛为主要临床表现的慢性肾功能不全;②用于以胸闷气短,喘憋不能平卧,下肢水肿,小便量少为主要临床表现的心衰、心肌病;③用于以小便量少、下肢水肿、心衰合并肾衰的心肾综合征、利尿剂抵抗;④用于以“小便不利”为主要表现的妊娠合并尿潴留、妊娠水肿、前列腺增生症、慢性前列腺炎等泌尿系统疾病;⑤用于以“小便反多,以饮一斗,小便一斗”为主要表现的糖尿病或糖尿病肾病合并夜尿增多,心衰、肾衰患者在运用利尿剂或抗心衰治疗后小便量急剧增多,以及腰椎滑脱导致的小便失禁等;⑥用于以“虚劳腰痛”为主要表现的腰肌劳损、腰椎间盘突出等骨关节疾病。

在症状方面,肾气丸指征包括肾虚、水饮与小便异常 3 个方面 ①肾虚:面白少华,或虚浮,或黧黑;咳喘不止,动则气喘;腰痛,少腹拘急,下肢无力,下肢发凉,大便不通,数日一行但不干结,阳痿,早泄,舌淡而胖,脉虚弱,尺部沉细,或脉细迟。②水饮:面目浮肿,下肢浮肿,容易喘憋、心悸。③小便异常:老年男性小便不利,或怀孕后小便不通,烦热气喘,下腹胀痛;小便量少,可伴见浮肿;小便量多,夜尿频多,伴口渴多饮。

5 肾气丸在急危重症中的临床运用

5.1 扩张型心肌病 生黑发案 患者某,男,67 岁。主因“胸闷喘憋、咳嗽伴双下肢水肿 1 个月余,加重半个月”于 2016 年 11 月 29 日收入院。患者于 1 个月余前因外出受寒后开始出现胸闷喘憋,夜间不能平卧,咳嗽,痰黏难咯,伴双下肢水肿,无胸痛,半月前症状加重,就诊于当地医院,门诊给予头孢克肟口服等治疗后,喘憋未见好转。2016 年 11 月 26 日再次就诊于北京某三甲医院急诊,血常规示:白细胞计数(WBC) 8.44×10^9 个/L,中性粒细胞计数(NEUT) 6.99×10^9 个/L,中性粒细胞百分比(NEUT%) 82.9%,淋巴细胞计数(LYMPH) 0.98×10^9 个/L,淋巴细胞百分比(LYMPH%) 11.6%。尿常规示:尿酮体 2 mmol · L⁻¹,尿红细胞(ERY) 20 个/μL。生化示:血糖(Glu) 21.97 mmol · L⁻¹,谷丙转氨酶(ALT) 95 IU · L⁻¹。心肌酶示:肌酸激酶同工酶(CK-MB) 150 ng · mL⁻¹,cTnI 阴性,B 型脑钠肽(BNP) 1 720 pg · mL⁻¹,D-二聚体(D-Dimer) 1 670 ng · mL⁻¹ FEU。心电图示:心率

(HR) 108 次/min 窦性心动过速 陈旧下壁心肌梗 频发室性早搏。肺 CT 示: 心脏增大, 间质性肺水肿可能, 伴肺部感染不排除, 双侧胸腔积液, 部分包裹, 合并双肺下叶膨胀不全, 心包少量积液, 肝左叶囊性病变。心脏彩超示: 左心房房增大, 二尖瓣反流(中度), 三尖瓣反流(轻度), 肺动脉压轻度增高, 左心功能减低(EF 23%), 心包积液(微量), 考虑诊断为心衰、肺部感染、糖尿病酮症酸中毒, 予依替米星、托拉塞米、胰岛素、多索茶碱等门诊对症处理后, 喘憋未见明显缓解, 现为求进一步诊治收入我科。刻下症见: 胸闷喘憋, 不能平卧, 伴气短, 心悸; 咳嗽时作, 痰黏难咯; 头晕、头痛时作, 无发热恶寒, 无腹痛腹泻; 食欲差, 时有恶心, 眠可; 大便偏干, 1~2 日一行, 小便量少; 双下肢重度水肿; 舌暗红, 苔白微腻, 脉沉数。

既往有 2 型糖尿病十余年, 服阿卡波糖 50 mg tid, 格列美脲 1 mg qd, 血糖控制尚可。否认烟酒史。

查体: T 36.7 °C, P 104 次/min, R 20 次/min, BP 118/78 mm Hg(基础血压 90/60 mm Hg 左右)。发育正常, 自主体位, 轮椅推入病房, 面色萎黄, 双侧呼吸音粗, 双下肺可及少量湿啰音, 心律齐, 腹软, 双下肢重度水肿。

全血细胞分析+C 反应蛋白(CRP): WBC 8×10^9 个/L, NEUT% 77.9%, LYMPH% 15.1%。生化+cTNI: 尿酸(UA) $458 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, 钾(K) $3.3 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, Glu $21.1 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 白蛋白(ALB) $34.40 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$, 肌酐(Cr) $105.7 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, 氯(Cl) $93 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。DIC 初筛试验: D-Dimer $6.0 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$ FEU, 纤维蛋白降解产物(FDP) $16.6 \text{ mg} \cdot \text{L}^{-1}$, 活化部分凝血活酶时间(APTT) 22.1 s。快速血气分析: pH 7.456, 氧分压(PO_2) 108.6 mm Hg, 二氧化碳分压(PCO_2) 40 mm Hg, 碳酸氢根浓度(HCO_3^-) $27.5 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。尿常规: Glu 100(1+) $\text{mg} \cdot \text{dL}^{-1}$ 。糖化血红蛋白(HbA1c) 9.1%。N 端脑钠肽前体(NT-proBNP) $13\ 553 \text{ pg} \cdot \text{mL}^{-1}$ 。细菌真菌血清学检查: 血凝抑制实验(H-test) $<0.025 \text{ EU} \cdot \text{mL}^{-1}$, 葡萄糖实验(G-test) $33.2 \text{ pg} \cdot \text{mL}^{-1}$, 降钙素原(PCT) $0.25 \text{ ng} \cdot \text{mL}^{-1}$ 。甲状腺功能检查四: 未见异常。心电图示: HR 106 次/min 窦性心动过速, 下壁及前壁可见病理性 Q 波, 伴前壁导联 ST 改变, 频发室性早搏。心电监护示: 频发室性早搏, 二联律、三联律, 短阵室速。心脏超声示: 左室壁运动弥漫性减低, 左心室及右心房增大(左心室舒末内径 63 mm, 左心房前后径 42 mm, 右心房左右径 42 mm), 二尖瓣反流(中度), 三尖瓣反流(轻-中度), 肺动脉高压(中度), 左心室收缩功能减低(EF 28%)。床边胸片: 考虑肺瘀血、心功能不全。双侧少量胸腔积液。腹部超声: 肝囊肿, 餐后胆囊, 双肾皮质回声略增强。胸腔超声: 右侧胸腔积液(右侧胸腔可见游离液性暗区, 前后径 10.2 cm, 上下径 4.4 cm)。

中医诊断: 胸痹 阳虚水饮证。西医诊断: 冠状动脉粥样硬化性心脏病, 陈旧性下、前壁心肌梗死; 不稳定型心绞痛、缺血性心肌病、心律失常, 频发室性早搏、短阵室速、心功能 IV 级(NYHA 分级); 肺部感染、双侧胸腔积液; 2 型糖尿病、糖尿病肾病; 低钾血症; 高脂血症; 动脉硬化症。入院后给

予抗血小板聚集、抗凝血、扩张冠状动脉、降血脂、稳定斑块、强心、利尿、抗感染、降血糖等治疗。考虑患者高龄, 既往有多年糖尿病病史, 心电图提示陈旧性下、前壁心肌梗死, 入院前心脏彩超提示 EF 23%(EF 低于 30%, 随时会有猝死风险), 本次主因肺部感染加重心衰入院, 且合并频发室性早搏、短阵室性心动过速等恶性心律失常, 病情危重, 向家属明确交代随时有心脏骤停、猝死等风险。

二诊(2016 年 11 月 30 日): 前日 24 h 总入量 1 122 mL, 总出量 2 850 mL, 总尿量 2 000 mL。7:00 am 中心静脉压(CVP) 监测为 8 cm H_2O 。10:15 am 查房时, 患者胸闷、喘憋、无胸痛、心悸、烦躁不安。心电监护示: HR 86 次/min, BP 86/57 mm Hg, R 25 次/min, 双下肺有细湿啰音, 急查 Glu $22.4 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 双下肢水肿较前减轻。考虑存在急性左心衰, 予以利尿、解痉平喘、升压、镇静处理。11:30 am 生命体征平稳。

或因从未住院治疗, 患者对利尿剂非常敏感, 昨日从下午开始尿量达 2 000 mL。笔者查房时听患者诉说至此, 意识到用利尿剂后得大量排尿, 甚至部分患者会诉说“小便就像崩了一样”, 这就是典型的《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治第十三》中“男子消渴, 小便反多, 以饮一斗, 小便一斗, 肾气丸主之”, 其本质还在于肾小管的浓缩功能下降了。

患者近一个月来主要表现为喘憋、心悸、双下肢水肿、小便不利、排尿不畅。思考至此, 重新审视患者的症状与肾气丸的其他 4 则条文, 发现竟与其完全符合。首先, 脚气冲心是传统中医病名, 是脚气病的危重症阶段, 类似于现今的心衰。但凡脚气病见心悸、气喘、呕吐诸症, 甚则神志恍惚, 言语错乱, 即为“脚气攻心”(《外台秘要》卷十八)。因此, 患者下肢水肿, 喘憋, 心悸, 与《金匱要略·中风历节病脉证并治第五》中“崔氏八味丸, 治脚气上入, 少腹不仁”条文中的“脚气”相似, 其病机本质为水气凌心犯肺。其次, 患者肺部感染加重心衰后出现的心悸、气短, 与《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》中“夫短气有微饮, 当从小便去之, 苓桂术甘汤主之; 肾气丸亦主之”条文极为相似, 其病机本质仍为水饮凌心犯肺。第三, 患者双下肢水肿, 小便不利, 排尿不畅, 与肾气丸主治证中的“小便不利”“不得溺”相似, 其病机本质为肾气不足, 推动无力, 开阖不利, 即《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治第六》中“虚劳腰痛, 少腹拘急, 小便不利者, 八味肾气丸主之”, 《金匱要略·妇人杂病脉证并治第二十二》中“问曰: 妇人病, 饮食如故, 烦热不得卧, 而反倚息者, 何也? 师曰: 此名转胞不得溺也。以胞系了戾, 故致此病, 但利小便则愈, 宜肾气丸主之”。处方: 桂枝 10 g, 黑顺片 10 g, 生地黄 45 g, 酒山萸肉 10 g, 山药 30 g, 牡丹皮 10 g, 茯苓 30 g, 泽泻 30 g, 7 剂, 水煎服, 日 1 剂, 分 2 次服。

服药 2 周后, 患者胸闷喘憋消失, 无心悸、气短, 双下肢水肿消失, 纳眠可, 二便可。每天尿量始终在 2 000 mL 以上, 晨起监测 CVP, 下降至 1~2 cm H_2O , BP 101/72 mm Hg, HR

85次/min。2016年12月8日行冠脉造影示:冠状动脉供血右优势型,左主干未见狭窄,前降支、回旋支、右冠状动脉均未见明显狭窄,前向血流均TIMI3级。冠状动脉造影未见明显异常,排除冠状动脉粥样硬化性心脏病、缺血性心肌病诊断,修正诊断:扩张性心肌病。完善柯萨奇病毒抗体IgM检查,结果阴性,考虑原发性可能性较大。患者重度心衰、频发室早,EF<35%,心功能Ⅲ~Ⅳ级,建议植入型心律转复除颤器(ICD)治疗,家属拒绝。复查生化:基本正常;NT-proBNP降至2240 pg·mL⁻¹。患者于2016年12月16日出院,建议出院后坚持服用中药。

三诊(2017年6月24日):患者坚持服肾气丸半年,并来门诊复诊。期间规律服用富马酸比索洛尔(1.25 mg, po, qd),地高辛(0.125 mg, po, qd),未服其他西药。患者无胸闷喘憋,双下肢不肿,可自行上下楼,且家属意外发现患者原本为白发,现竟然开始长出黑发。嘱咐患者继续服用中药。处方:桂枝15 g,黑顺片15 g,生地黄45 g,酒山萸肉15 g,山药50 g,牡丹皮10 g,茯苓30 g,泽泻20 g。2日1剂。

四诊(2018年8月7日):复查心脏超声示:EF 40%。

五诊(2019年6月19日):患者再次来门诊复诊,无胸闷憋气,双下肢不肿,一般情况可。复查全血细胞分析:未见异常。生化全项:Glu 9.74 mmol·L⁻¹,Cr 97 μmol·L⁻¹。心电图示:室性早搏消失。心脏超声示:左心室壁运动弥漫性减低,左心室增大(左心室舒末内径58 mm,右心房左右径37 mm),二尖瓣反流(轻度),左心室收缩、舒张功能减低[EF 47%,左心室短轴缩短率(FS)24%]。

按:患者入院前心脏超声提示室壁运动弥漫性减低,心脏扩大,EF仅为23%,室性心律失常,行冠状动脉造影排除血管病变,否认烟酒史,考虑为典型的扩张型心肌病。经过半年的肾气丸治疗后,除喘憋改善之外,患者竟生出黑发。这也反证肾气丸能够补益肾气。嘱咐患者坚持服药,2年半后再次复查心脏超声,EF提升至47%。左心室从63 mm缩小至58 mm,右心房从42 mm缩小至37 mm,二尖瓣中度反流,三尖瓣轻-中度反流,肺动脉高压(中度)均消失。该例扩张型心肌病患者服用中药肾气丸后,不仅症状消失,心脏结构与功能亦得以改善。

5.2 心功能Ⅳ级(NYHA分级)、慢性肾功能不全(CKD4期)、少尿、食道占位案 患者某,女,76岁。主因“间断胸痛胸闷伴喘憋19年,加重4 d”于2019年2月25日收入院。患者于19年前无明显诱因出现胸痛、胸闷、喘憋,就诊于当地医院,诊断为冠心病,未规律服药治疗,后症状反复发作。2018年8月因上述症状加重,于当地医院就诊,NT-proBNP 24704 pg·mL⁻¹,心脏超声示:EF 29%,左心房、左室内径增大,主动脉弹性减退、主动脉瓣钙化,节段性室壁运动异常,左心室收缩功能减低,二尖瓣、三尖瓣重度反流,肺动脉瓣轻度反流,肺动脉高压(轻度),心包积液。给予扩张冠状动脉、改善心肌代谢等对症治疗,症状好转出院。2018年10月再

次入院,查心电图示:室性期前收缩二联律,完全性右束支传导阻滞,QT延长,ST-T段异常。4 d前,无明显诱因再次出现症状加重,家属自行将托拉塞米片和呋塞米片双倍加量,仍然尿少,每日小便少于400 mL,喘憋及双下肢水肿进行性加重。现为求进一步诊治,收入我科。刻下症见:胸闷胸痛、喘憋、乏力,容易恶心呕吐,纳差,近半年明显消瘦,腹胀,眠欠佳,大便干,2~3日一行,小便量少,舌暗红,脉弱。

既往有小儿麻痹病史,遗留双侧肢体活动不协调,左侧肢体肌肉萎缩,右利腿较左侧粗;高脂血症、慢性肾功能不全(CKD4期)、反流性食管炎、膈肌间静脉血栓、动脉硬化斑块形成病史;3个月前发现食管下段占位,未治疗。

查体:T 36.7℃,P 63次/分,R 19次/分,BP 107/63 mm Hg。发育正常,营养较差,精神萎靡,面色黄黯,无光泽,心肺(-),腹软,右下腹部压痛(+),反跳痛(±),双下肢重度水肿。

全血细胞分析+CRP:WBC 5.3×10⁹个/L,红细胞计数(RBC) 3.33×10¹²个/L,血红蛋白(Hb) 102 g·L⁻¹,NEUT% 77.3%,LYMPH 0.79×10⁹个/L,LYMPH% 14.9%,红细胞体积分布宽度标准差(RDW-SD) 52.3 fL,大型血小板比率(P-LCR) 44.5%,红细胞体积分布宽度变异系数(RDW-CV) 16.4%。生化+cTnI: cTnI 0.049 μg·L⁻¹,镁(Mg) 1.05 mmol·L⁻¹,磷(P) 1.55 mmol·L⁻¹,直接胆红素(DBiL) 5.8 μmol·L⁻¹,钠(Na) 134.3 mmol·L⁻¹,UA 579 μmol·L⁻¹,尿素氮(BUN) 19.97 mmol·L⁻¹,HCO₃⁻ 21.6 mmol·L⁻¹,ALB 38.1 g·L⁻¹,肌酐(Cr) 193.4 μmol·L⁻¹,总胆红素(TBiL) 23 μmol·L⁻¹,γ-谷氨酰转肽酶(γ-GT) 62.89 U·L⁻¹,Cl 98.4 mmol·L⁻¹。DIC初筛试验:D-Dimer 2.96 mg·L⁻¹,FDP 10.9 mg·L⁻¹,凝血酶原时间(PT) 15.1 s。快速血气分析:CHCO₃ 19.6 mmol·L⁻¹,碱剩余(BE) -3.7 mmol·L⁻¹,PO₂ 71.6 mm Hg。甲状腺检查:总三碘甲状腺原氨酸(TT₃) 0.25 ng·mL⁻¹,游离三碘甲状腺原氨酸(FT₃) <1.00 pg·mL⁻¹,血清总甲状腺素(TT₄) 4.65 μg·dL⁻¹。肿瘤标志物常规(女性):CA12 578.18 U·mL⁻¹。NT-proBNP >30 000 pg·mL⁻¹。尿常规示:ERY 20(1+)个/μL。心电图示:完全性右束支传导阻滞,QT间期延长。彩色超声心动图示:EF 39%,左心室及右心房增大,左心室收缩功能减低,主动脉瓣退变并反流(轻度),二尖瓣反流(中-重度),三尖瓣反流(重度),肺动脉高压(中度),卵圆孔未闭可能。腹部超声示:餐后胆囊,胆囊息肉,双肾皮质回声增强,双肾多发囊肿。胸腔超声示:双侧胸腔积液(右侧胸腔可见游离液性暗区,前后径10.0 cm,上下径6.4 cm;左侧胸腔可见游离液性暗区,前后径5.3 cm,上下径2.3 cm)。

中医诊断:胸痹,肾阳亏虚证。西医诊断:冠状动脉粥样硬化性心脏病,不稳定型心绞痛,心律失常,室性早搏,完全性右束支传导阻滞,心功能Ⅳ级(NYHA分级);慢性肾功能不全(CKD4期);食管下段占位;高脂血症;动脉硬化伴斑块形成;静脉栓塞;右侧膈静脉血栓形成;肌间静脉扩张伴血栓

形成;反流性食管炎;肾囊肿;小儿麻痹。入院后给予抗血小板聚集、降血脂、稳定斑块、强心、利尿、改善肾灌注、补充白蛋白、改善消化功能等治疗。患者既往每次住院期间,利尿剂治疗效果均不佳。本次入院前自行调整利尿剂剂量后疗效不满意,提示可能存在利尿剂抵抗。入院后,笔者将利尿方案调整为托拉塞米/呋塞米/螺内酯、多巴胺、白蛋白、中药。

在中医辨证方面,笔者考虑如下:①患者3个月前于我院肾科住院期间诊断为食管下段占位,曾建议患者行胃镜检查,但考虑到患者心功能较差,喘憋明显,暂缓该检查项目,家属也考虑患者高龄,倾向于保守治疗;②患者面色黄黯,容易恶心呕吐、纳差、腹痛,近半年明显消瘦,血红蛋白及红细胞偏低,肿瘤指标偏高,笔者也倾向于肿瘤诊断,肿瘤虽然是西医病名,但其导致的虚弱状态则属于中医学“虚劳”范畴;③在《金匮要略》中,专门有针对“虚劳”的血痹虚劳病脉证并治篇,该患者就是其中“虚劳腰痛,少腹拘急,小便不利者,八味肾气丸主之”条文的经典再现,虽然没有腰痛,但既往有慢性肾功能不全病史,可认为是条文中“腰痛”症状的延伸,近四日,胸闷喘憋伴少尿,可认为是条文中“少腹拘急,小便不利”症状的延伸;④根据《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中“夫短气有微饮,当从小便去之,苓桂术甘汤主之,肾气丸亦主之”,该患者的胸闷憋气,本质为水饮内停,凌心犯肺,也是运用肾气丸的指征;⑤根据《金匮要略·中风历节病脉证并治》中“崔氏八味丸,治脚气上入,少腹不仁”,该患者的下肢重度浮肿,属于传统的“脚气”范畴,其本质为肾阳亏虚,水饮内停于下焦,也可以考虑运用肾气丸。处方:附片12g,桂枝12g,生地黄30g,酒萸肉12g,山药30g,牡丹皮12g,泽泻30g,茯苓30g。5剂,水煎服,日1剂,浓煎100mL,分2次服。

二诊(2019年3月3日):患者服用肾气丸后,第2天尿量明显增多(6660mL),复查:K²⁺2.95mmol·L⁻¹,D-Dimer 9.03mg·L⁻¹FEU,给予补钾、抗凝血等对症处理。后4d尿量分别为2750、1600、3410、3400mL。胸闷喘憋明显改善,双下肢水肿消失。复查Cr降至97μmol·L⁻¹,NT-proBNP降至22847pg·mL⁻¹,准予患者近期出院。

按:如何处理心肾综合征与利尿剂抵抗?如何在不做血滤、透析的情况下,综合运用内科保守治疗的手段治疗少尿与无尿?笔者进行了大量的摸索,总结出10套行之有效的临床方案。该患者主因心衰、肾衰、少尿、怀疑肿瘤入院,入院时Cr193.4μmol·L⁻¹,NT-proBNP>30000pg·mL⁻¹。针对该患者,笔者运用了托拉塞米/呋塞米/螺内酯、多巴胺、白蛋白以及中药这4种方法收效,每天大量排尿至6660mL,复查Cr降至97μmol·L⁻¹,NT-proBNP降至22847pg·mL⁻¹。如何看待服药期间的大量排尿,传统中医基础理论认为,这是重阴反阳,一阳来复的标志。从现代医学来分析,这是心肾功能改善的标志。患者家属对本次住院期间迅速消肿非常

满意。笔者也告知家属出院后每天坚持喝中药,以改善心肾功能。2022年6月17日,笔者再次见到患者家属,告知自从上次出院后,间断服用肾气丸,患者于近三年一直病情平稳,小便量可,无胸闷憋气。唯近期刚因喘憋、少尿、下肢水肿再次住院,且出院后少尿及水肿有加重趋势。由此可见,用肾气丸缓慢培补,温补肾阳,少火生气,确能拨动枢机。

5.3 心衰、慢性肾功能不全(CKD4期)、慢性阻塞性肺疾病、肺间质纤维化、院内感染案 患者某,女,90岁。主因“间断胸闷、气短16年,加重伴喘憋1周”于2019年5月23日收入院。患者于16年前受凉后出现胸闷、气短,就诊于北京大学人民医院,查动态心电图提示最低HR35次/min(家属代诉),诊断为“冠状动脉粥样硬化性心脏病、心律失常”,并行双腔起搏器置入术。术后胸闷气短症状缓解,出院后规律服药,定期复查,胸闷、气短症状时有加重,间断于我院住院治疗,口服血栓通、单硝酸异山梨酯。1周前患者再次因受凉后出现胸闷气短加重,伴喘憋,自服硝酸甘油可缓解,咳嗽咳痰,咳白色泡沫痰,易咯出。3d前就诊于我院急诊,查血常规+CRP:WBC 6.11×10⁹个/L,LYMPH% 12.8%,NEUT% 75.4%,RBC 2.91×10¹²个/L,HGB 97.0g·L⁻¹。快速血气分析:PCO₂ 30.1mmHg,总血红蛋白(tHb) 9.5g·dL⁻¹,BE -4.8mmol·L⁻¹,CHCO₃ 18.9mmol·L⁻¹,二氧化碳总量[ctCO₂(B)] 17.7mmol·L⁻¹;D-Dimer 0.47mg·L⁻¹FEU。急诊生化:Cr 202.3μmol·L⁻¹,BUN 20.05mmol·L⁻¹,UA 822μmol·L⁻¹,cTnI 0.068μg·L⁻¹。心电图示:人工心脏起搏器节律。胸片示:心脏增大,考虑双肺瘀血、心功能不全;右下肺陈旧病变同前;动脉硬化;心脏起搏器置入术后。心脏超声示:EF 58%,右心起搏器植入术后,双房增大,主动脉瓣退变并反流(中度),二尖瓣钙化并反流(轻度),三尖瓣反流(中度)。腹部超声示:双肾弥漫性病变,双肾体积小,餐后胆囊,脾大。诊断为“冠状动脉粥样硬化性心脏病、慢性心衰、慢性支气管炎急性发作”等,予扩张冠状动脉、利尿、解痉等对症处理,现为求进一步诊治,收入我科。刻下症见:胸闷,气短,喘憋,心悸,活动后加重,后背及颈项部发紧、疼痛;咳嗽,咳痰,咳白色泡沫痰,量可,易咯出;汗出,以夜间明显;纳差,眠差,易醒,夜间烦躁;右下肢抽搐;大便干,近三日未行,小便黄,近日量少,每日不足1000mL。舌暗红,苔薄白,脉弦。

既往有高血压病、腔隙性脑梗死、慢性阻塞性肺疾病、肺间质纤维化、高脂血症、动脉硬化症、支气管哮喘、高尿酸血症、慢性肾脏病、肾性贫血、声带麻痹病史。

查体:T 36.7℃,P 60次/min,R 19次/min,BP 154/38mmHg。体型瘦弱,面色黄黯,皮肤弹性差,桶状胸,双侧肺叩诊清音,双侧呼吸音粗,可闻及干啰音,HR 60次/min,律齐,舟状腹,腹软,腹部有压痛,无双下肢水肿。

全血细胞分析+CRP:NEUT% 74.4%,LYMPH% 11.5%,CRP 32.04mg·L⁻¹,Hb 89.0g·L⁻¹。生化:cTnI 0.07μg·L⁻¹,Cr 221.4μmol·L⁻¹,UA 925μmol·L⁻¹,BUN 21.61mmol·L⁻¹。

DIC 初筛试验: D-Dimer 0.58 mg·L⁻¹ FEU, TT 18.7 s, 纤维蛋白原(FIB) 4.66 g·L⁻¹。快速血气分析: pH 7.41, PO₂ 79.3 mm Hg, PCO₂ 34.0 mm Hg, ctCO₂(B) 19.2 mmol·L⁻¹, tHb 11.2 g·dL⁻¹, CHCO₃ 21.1 mmol·L⁻¹, 标准碳酸氢根浓度(CHCO₃st) 21.9 mmol·L⁻¹, BEef -3.6 mmol·L⁻¹, HbA1c 6.2%。甲状腺检查四: TT₃ 0.51 ng·mL⁻¹, FT₃ 2.09 pg·mL⁻¹, FT₄ 0.86 ng·dL⁻¹, TT₄ 6.15 μg·dL⁻¹, 促甲状腺激素(TSH) 3.199 7 μIU·mL⁻¹, NT-proBNP 2 092 pg·mL⁻¹。尿常规、便常规+潜血未见异常。

中医诊断: 胸痹、痰浊痹阻证。西医诊断: 冠状动脉粥样硬化性心脏病, 不稳定性心绞痛, 起搏器植入术后, 心功能Ⅲ级(NYHA 分级), 高血压病Ⅲ级(极高危); 慢性阻塞性肺疾病伴感染, 支气管哮喘, 肺间质纤维化; 慢性肾脏病(CKD4期)、肾性贫血; 脑梗死; 高脂血症; 高尿酸血症; 动脉硬化症, 主动脉硬化; 重度骨质疏松; 声带麻痹; 反流性食管炎。入院后给予抗血小板聚集、扩张冠状动脉、降血脂、稳定斑块、利尿、抑酸、化痰、解痉等治疗。

二诊(2019年5月27日): 患者晨起体温偏高(37.6℃), 额头发热, 微有恶寒, 身热无汗; 胸闷气短较入院时有减轻, 仍有喘憋, 心悸, 活动后加重; 后背及颈项部不适; 时有咳嗽咳痰, 咳白色泡沫痰, 易咯; 夜间烦躁; 纳差, 睡眠质量差, 易醒; 右下肢抽搐; 昨日大便1次, 小便黄, 量可; 舌暗红, 苔薄白腻, 脉浮滑。24 h 总入量 1 446 mL, 尿量 740 mL, 总出量 1 590 mL。P 72 次/min, BP 117/43 mm Hg。

因当时同病房的另一位风心病、重症心衰、二尖瓣赘生物、心肺复苏术后、低蛋白血症患者突发高烧, T 40.2℃, 考虑脓毒症、感染性休克、感染性心内膜炎不排除。笔者意识到, 该患者住院期间出现体温升高, 极有可能是院内感染。且因其高龄, 既往有肺、肾、心等多脏器病变, 抵抗力极差, 如果不能及时阻断病情进展, 预后极差。笔者急查全血细胞分析+CRP, 其中 NEUT% 略升至 77.0%, CRP 升至 106.08 mg·L⁻¹, NT-proBNP 升至 3 999 pg·mL⁻¹。提示感染及心衰较前有加重趋势。针对上述同病房的脓毒症患者, 笔者运用重剂柴葛解肌汤, 1 剂退烧至 37℃ 以下。根据《金匱要略·藏府经络先后病脉证第一》中“夫病痼疾加以卒病, 当先治其卒病, 后乃治其痼疾也”表里同病, 则当先表后里, 首先考虑退烧为其关键。其恶寒发热而无汗为风寒束表证, 胸闷喘憋为少阳证, 纳差, 易醒, 烦躁, 为阳明证, 是为三阳同病。从药证分析, 后背及颈项部不适为太阳经气不利的葛根证, 时有咳嗽咳痰, 咳白色泡沫痰为桔梗证。综合考虑, 笔者首选柴葛解肌汤, 因其发热不重, 剂量不必过大, 小剂量中病即止, 热退则停服。处方: 柴胡 30 g, 葛根 60 g, 甘草 15 g, 黄芩 15 g, 白芍 15 g, 羌活 10 g, 白芷 10 g, 桔梗 15 g, 生石膏 30 g。3 剂, 水煎服, 浓煎 100 mL, 急煎 1 剂, 分 2 次服。

三诊(2019年5月28日): 服药 1 剂后, 晨起体温正常, 大便正常。复查 NT-proBNP 3 299 pg·mL⁻¹。细菌真菌血清

学检查: H-test 0.053 3 EU·mL⁻¹, PCT 0.15 ng·mL⁻¹。PCT 升高, 提示存在感染。然而, 目前体温正常, 心衰指标较前下降, 提示中药有效。守方再服柴葛解肌汤 1 剂以巩固。

四诊(2019年5月29日): 患者晨起体温正常, 胸闷气短减轻, 仍有喘憋、心悸, 夜间烦躁, 复查 Cr 185 μmol·L⁻¹。根据《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》条文“夫短气, 有微饮, 当从小便去之, 苓桂术甘汤主之(方见上), 肾气丸亦主之”, 笔者见其面色黯黑, 胸闷, 气短, 与“短气”极为相似。在治疗上, 苓桂术甘汤与肾气丸均可选择。然而, 患者既往 Cr 升高, CKD4 期, 肾性贫血, 考虑虽然存在心、肺、肾等多脏器病变, 但目前仍以治肾为主。因为一旦肾衰少尿或无尿, 所有治疗全部都没有意义。首选肾气丸, 少火生气, 培补肾气以降 Cr。处方: 桂枝 10 g, 黑顺片 15 g, 生地黄 30 g, 酒山萸肉 15 g, 山药 30 g, 牡丹皮 10 g, 茯苓 30 g, 泽泻 24 g。3 剂, 水煎服, 日 1 剂, 分 2 次服。

五诊(2019年5月31日): 服肾气丸 2 d, 胸闷气短好转, 喘憋较前改善。患者昨晚体温再次升高至 37.2℃, 晨起 37.0℃, 下午体温又升高至 38.0℃, 口唇暗, 双侧呼吸音粗, 仍可闻及干啰音。全血细胞分析+CRP: WBC 5.46×10⁹ 个/L, RBC 2.28×10¹² 个/L, 血小板计数(PLT) 121.0×10⁹ 个/L, HGB 78.0 g·L⁻¹, NEUT% 80.2%, LYMPH% 11.4%, CRP 81.29 mg·L⁻¹, NT-proBNP 4 068 pg·mL⁻¹。提示仍有感染及心衰加重, 再予上方柴葛解肌汤急煎, 保证当天喝完 1 剂。

六诊(2019年6月1日): 昨晚嘱咐患者连服中药 2 剂, 晨起体温正常。胸闷、气短、心悸减轻, 仍有喘憋。舌暗红, 苔白腻, 脉弦。

七诊(2019年6月2日): 体温正常, 外感已愈, 再治其痼疾, 守前方再服肾气丸。处方: 桂枝 12 g, 黑顺片 12 g, 生地黄 30 g, 酒山萸肉 15 g, 山药 30 g, 牡丹皮 10 g, 茯苓 30 g, 泽泻 24 g。3 剂, 水煎服, 日 1 剂, 分 2 次服。

八诊(2019年6月4日): 药后喘憋减轻明显改善。复查生化: cTNI 0.051 μg·L⁻¹, Cr 155.3 μmol·L⁻¹。复查 NT-proBNP 降至 1 298 pg·mL⁻¹。

按: 患者住院期间 2 次出现院内感染, 虽然体温不高, 但高龄患者决不可掉以轻心, 很多重症患者因为感染控制不佳, 而导致心衰和肾衰加重。笔者采用柴葛解肌汤治其外感发热, 均在 1 剂之内退烧, 其临床疗效值得关注。外感痊愈后, 见其心悸、气短、胸闷, 且慢性肾功能不全(CKD4 期)为主, 这与肾气丸方证中的“短气”极为相似, 立刻改用肾气丸治其肾衰。患者服药 6 剂, Cr 从入院的 221 μmol·L⁻¹降至 155 μmol·L⁻¹, NT-proBNP 也从 4 068 pg·mL⁻¹降至 1 298 pg·mL⁻¹。

5.4 梗阻性肾病, 膀胱镜检查+异物取出术+D-J 管置入术后合并心梗、心衰、院内感染、肾衰、少尿案 患者某, 女, 82 岁。主因“左侧输尿管内置管 3 年余”, 于 2019 年 6 月 10 日收住院。患者 3 年前因左肾积水, 肾功能不全, 住院治疗, 查双肾超声示: 右肾小伴弥漫性病变左肾盂分离。生化: BUN

21.8 mmol·L⁻¹, K 5.52 mmol·L⁻¹, Glu 10.3 mmol·L⁻¹, Cr 511 μmol·L⁻¹。并行左输尿管内留置双猪尾管,术后左肾积水缓解,血 Cr 逐渐下降。复查生化: BUN 5.2 mmol·L⁻¹, Cr 138 μmol·L⁻¹, 总蛋白(TP) 61.40 g·L⁻¹, ALB 28.10 g·L⁻¹, HCO₃⁻ 19.8 mmol·L⁻¹, 钙(Ca) 1.98 mmol·L⁻¹, UA 466 μmol·L⁻¹。出院后,门诊复查肾脏超声示:右肾 7.1 cm×3.3 cm,实质 0.8 cm;右肾缩小,轮廓不清,边缘凹凸不整,皮质变薄,回声增强,皮质与髓质界限不清;肾盂输尿管无扩张;左肾 9.5 cm×4.4 cm,实质 1.1 cm,大小形态未见异常,皮质回声增强,肾盂输尿管无扩张。患者于 2016 年 11 月 28 日行膀胱镜检查+D-J 管置入术,并分别于 2017 年 12 月 15 日、2018 年 7 月 4 日、2018 年 12 月 5 日在我院行膀胱镜检查+D-J 管置换术,术程顺利。出院后门诊随诊治疗。现患者为求 D-J 管置换术由门诊收入泌尿科病房。刻下症:腰部偶有酸痛,偶有头晕,无恶心、呕吐,无发热,无排尿困难,无尿频尿急尿痛,无肉眼血尿,夜尿 4 次,纳可,眠差,大便调。

既往有 2 型糖尿病史 20 余年,长期服用阿卡波糖片(75 mg tid)、格列喹酮片(30 mg qid)控制血糖,未系统监测;高血压病史 10 余年,现口服硝苯地平控释片(30 mg qd)控制血压;冠心病病史 2 年余;脑梗死病史 4 年。既往还有高尿酸血症、胆囊结石、眼部水肿、眼底黄斑、右侧髌骨骨折外固定术、带状疱疹左股骨头置换术、白内障手术病史。

查体: T 36.5 °C, P 80 次/min, R 18 次/min, BP 130/80 mm Hg。其余查体未见明显异常。

全血细胞分析+CRP: CRP 36.06 mg·L⁻¹, HGB 84.0 g·L⁻¹, RBC 2.78×10¹²个/L, 红细胞压积(HCT) 25.1%。DIC 初筛试验: D-Dimer 3.4 mg·L⁻¹ FEU, FDP 7.7 mg·L⁻¹, TT 18.2 s, FIB 6.10 g·L⁻¹。生化: UA 483 μmol·L⁻¹, BUN 20.81 mmol·L⁻¹, HCO₃⁻ 17.4 mmol·L⁻¹, Glu 6.21 mmol·L⁻¹, ALB 37.6 g·L⁻¹, Cr 183.1 μmol·L⁻¹。尿常规: 尿蛋白(PRO) 200 (2+) mg·dL⁻¹, 尿白细胞(LEU) 25 (1+) ·μL⁻¹, ERY 20 (1+) ·μL⁻¹。梅毒血清特异性抗体测定、乙肝五项(进口)、人免疫缺陷病毒(HIV)抗原抗体未见异常。心脏超声示: EF 58%, 左心房饱满 37 mm×43 mm×51 mm, 主动脉瓣反流(轻度), 三尖瓣反流(轻度), 二尖瓣反流(轻度), 左心室舒张功能减低, 肺动脉高压(轻度)。心电图示: 窦性心律, 心率, ST 段压低。

中医诊断: 腰痛、湿热蕴结证。西医诊断: 梗阻性肾病, 左输尿管狭窄, 左输尿管管管; 慢性肾衰(CKD4 期), 右肾萎缩, 肾性贫血; 2 型糖尿病; 高血压病 2 级(很高危); 冠状动脉粥样硬化性心脏病; 脑梗死; 高尿酸血症; 胆囊结石; 左眼白内障术后; 眼底黄斑变性。入院后给予降血压、降血糖、降血脂稳定斑块、抗血小板聚集等治疗。并于 2019 年 6 月 12 日在局麻+强化下行膀胱镜检查+异物取出术+D-J 管置换术。术后给予抗感染治疗。

2019 年 6 月 13 日: 术后第 1 天, 患者诉昨晚突发胸闷喘

憋,晨起加重,伴纳差,时有恶心、呕吐,小便通畅,无尿痛,无肉眼血尿。心电监护提示: HR 波动在 70~90 bpm, 血氧饱和度(SpO₂) 80%左右(文丘里吸氧), BP 152/70 mm Hg。查体: 双下肺可闻及散在湿罗音, 双下肢无明显水肿。全血细胞分析+CRP: WBC 15.92×10⁹个/L, RBC 2.56×10¹²个/L, HGB 78.0 g·L⁻¹, NEUT 14.96×10⁹个/L, LYMPH% 3.2%, CRP 69.76 mg·L⁻¹。急诊生化+cTnI: 乳酸(LC) 2.86 mmol·L⁻¹, UA 466 μmol·L⁻¹, BUN 15.5 mmol·L⁻¹, HCO₃⁻ 17.4 mmol·L⁻¹, Glu 9.01 mmol·L⁻¹, α-淀粉酶(α-AMY) 146 U·L⁻¹, ALB 27.52 g·L⁻¹, Cr 172 μmol·L⁻¹, cTnI 1.429 μg·L⁻¹。NT-pro-BNP 27 342 pg·mL⁻¹。快速血气分析: pH 7.38, PO₂ 51.1 mm Hg, PCO₂ 27.8 mm Hg, BE -7.9 mmol·L⁻¹, CHCO₃⁻ 16.1 mmol·L⁻¹, 缓冲碱(BB) 37.7 mmol·L⁻¹, (SO₂) 85.9%。心脏超声示: 左房增大(左房前后径 42 mm), 主动脉瓣反流(轻度), 二尖瓣反流(轻度), 三尖瓣反流(轻度), 左心室收缩、舒张功能减低。盆腔超声示: 右肾小伴弥漫性病变, 左肾实质回声稍增强, 左肾盂局限性分离。胸腔超声示: 双胸腔积液(右侧胸腔可见游离液性暗区, 前后径 4.2 cm, 上下径 2.7 cm。左侧胸腔可见游离液性暗区, 前后径 5.9 cm, 上下径 2.5 cm)。胸片示: 双肺改变, 右肺著, 肺水肿? 肺淤血? 合并感染不除外, 请结合临床, 建议必要时进一步 CT 检查; 动脉硬化; 左侧第 6~7 后肋陈旧性骨折。复查心电图较前无明显变化。心内科会诊后考虑: 冠状动脉粥样硬化性心脏病, 急性非 ST 段抬高型心肌梗死, 心功能 II 级(Killip 分级); 一型呼吸衰竭, 低氧血症。因患者持续少尿, 加用注射用重组人脑利钠肽、托拉塞米注射液、呋塞米注射液后喘憋不能缓解, 2019 年 6 月 14 日白天至 17:00, 白天尿量 200 mL, 复查 cTnI 上升至 1.859 μg·L⁻¹, NT-proBNP>35 000 pg·mL⁻¹, 较前明显升高。考虑术后心肌梗死、心衰、肾衰、肺部感染、少尿, 为进一步治疗, 于 2019 年 6 月 14 日转入心内科普通病房, 由笔者主管。

2019 年 6 月 14 日患者 24 h 尿量 400 mL; 6 月 15 日 24 h 尿量 1 140 mL, 喘憋不能平卧; 6 月 16 日 24 h 尿量 1 750 mL。

二诊(2019 年 6 月 17 日): 患者低热, 不恶寒, T 37 °C, 偶有咳嗽, 时有恶心、呕吐, 口干, 欲饮, 大便干, 1~2 日一行, 小便微黄, 舌暗红, 苔薄白, 脉沉数。血细胞分析+CRP: WBC 7.84×10⁹个/L, RBC 2.30×10¹²个/L, HGB 70.0 g·L⁻¹, PLT 258.0×10⁹个/L, CRP 180.91 mg·L⁻¹, LYMPH 0.75×10⁹个/L, NEUT 6.45×10⁹个/L, NEUT% 82.3%, LYMPH% 9.6%; 生化+cTnI: cTnI 0.248 μg·L⁻¹, LC 2.33 mmol·L⁻¹, UA 497 μmol·L⁻¹, BUN 19.86 mmol·L⁻¹, HCO₃⁻ 19.7 mmol·L⁻¹, K 4.41 mmol·L⁻¹, Glu 8.53 mmol·L⁻¹, ALB 33.5 g·L⁻¹, Cr 223.9 μmol·L⁻¹。强化利尿、抗感染、营养支持方案。

考虑患者目前既存在肺部感染, 又有急性心肌梗死、心衰、肾衰。根据《金匱要略·藏府经絡先后病脉证》中“问曰: 病有急当救里救表者, 何谓也? 师曰: 病, 医下之, 续得下利

清谷不止,身体疼痛者,急当救里;后身体疼痛,清便自调者,急当救表也。夫病痼疾加以卒病,当先治其卒病,后乃治其痼疾也”表里同病,先表后里的治疗原则,在中药治疗方面,先治其外感,再治其内伤。患者低热,为太阳表证;口干,欲饮(可能与利尿剂相关),为阳明证;时有恶心、呕吐,为少阳证;咳嗽,为邪热壅肺,肺气不宣。综上,患者外感风寒,寒郁肌表,证属风寒束表,三阳同病,急则治其标,中药汤剂予以柴葛解肌汤^[4]。处方:柴胡 30 g,葛根 30 g,黄芩 15 g,白芍 15 g,桔梗 15 g,白芷 10 g,羌活 10 g,大枣 30 g,干姜 3 g,生石膏 30 g,甘草 15 g。3 剂,水煎服,日 1 剂,分 2 次服。

三诊(2019年6月18日):患者服用上方 1 剂后即退热,晨起体温 36.4℃,尿量较前明显增加(昨天 24 h 总入量 2 548 mL,总出量 3 450 mL,总尿量 2 600 mL),入院后首次出现负平衡。患者自觉胸闷喘憋较前减轻,夜晚能保持半卧位,口干好转,无恶寒发热,无恶心呕吐,纳眠可,大便干,小便量可,无双下肢水肿,舌淡暗,苔薄白,脉沉滑。心脏超声示:EF 52%,左心房增大,左心室饱满,主动脉瓣退变并反流(轻度),二尖瓣反流(轻-中度),三尖瓣反流(轻-中度),肺动脉高压(轻度),左室舒张功能减低。腹部超声示:餐后胆囊,右肾小,弥漫性病变,左肾实质回声略增强,左肾盂局限性分离。胸腔超声示:双侧胸腔积液(右侧胸腔可见游离液性暗区,前后径 10.4 cm,上下径 7.7 cm,内见肺叶漂浮;左侧胸腔可见游离液性暗区,前后径 7.1 cm,上下径 6.1 cm)。

患者尿量较前有所增多,胸闷喘憋较前缓解。考虑患者目前虽然无发热,但仍有胸闷憋气,且存在双侧胸腔积液,属于《伤寒论》少阴病篇“水气病”范畴,证属肾阳不足证,水气凌心犯肺,病位在心。笔者当时反复向患者确认是否想喝凉水,患者诉口干欲饮,但不欲冷饮,且很可能与静脉利尿剂有关,而非水饮化热指征;笔者反复观察尿管引流袋中的小便颜色,色淡黄,与火热证的尿色如茶截然不同;虽然心率偏快,但与水饮化热出现的心率极难控制尚不同,且其舌淡暗,苔薄白,脉沉滑,这是阳虚水饮不化的指征,治以真武汤。处方:黑顺片 60 g,茯苓 60 g,麸炒白术 30 g,白芍 30 g,干姜 10 g。3 剂,水煎服,浓煎 100 mL,日 1 剂,今日急煎,分 2 次服。

四诊(2019年6月19日):患者服真武汤 1 剂后尿量明显增加至 4 650 mL(昨天 24 h 总入量 1 756 mL,总出量 5 500 mL,总尿量 4 650 mL)。胸闷喘憋较前明显缓解,无胸痛,无恶心呕吐,偶有咳嗽、咳痰,无双下肢水肿,纳少,眠可,大便干,小便畅快,色淡黄,舌淡,苔薄白,脉沉。全血细胞分析+CRP:WBC 8.15×10^9 个/L,RBC 2.29×10^{12} 个/L,HGB 70.0 g·L⁻¹,PLT 269.0×10^9 个/L,NEUT% 78.5%,CRP 67.37 mg·L⁻¹。生化+cTnI:cTnI 0.193 μg·L⁻¹,UA 562 μmol·L⁻¹,Ca 2.05 mmol·L⁻¹,BUN 23.65 mmol·L⁻¹,Glu 7.72 mmol·L⁻¹,ALB 35.0 g·L⁻¹,Cr 220.7 μmol·L⁻¹,K 3.97 mmol·L⁻¹。凝血七项:D-Dimer 5.8 mg·L⁻¹ FEU,FDP 19.5 mg·L⁻¹。NT-pro-BNP>30 000 pg·mL⁻¹。复查胸腔超声示:双侧胸腔积液较前 2576

减少(右侧胸腔可见游离液性暗区,前后径 9.3 cm,上下径 6.0 cm,内可见肺叶漂浮;左侧胸腔可见游离液性暗区,前后径 9.6 cm,上下径 4.8 cm,内可见肺叶漂浮)。

五诊(2019年6月20日):昨日 24 h 总入量 1 494 mL,总出量 4 350 mL,尿量 3 500 mL。生化+cTnI:cTnI 0.095 μg·L⁻¹,UA 559 μmol·L⁻¹,K 5.18 mmol·L⁻¹,Glu 10.83 mmol·L⁻¹,Cr 209.0 μmol·L⁻¹。

六诊(2019年6月21日):患者一般症状可,无胸闷、憋气、咳嗽、咳痰。昨日 24 h 总入量 2 239 mL,总出量 4 250 mL,尿量 3 400 mL。复查胸腔超声示:双侧胸腔积液(右侧胸腔可见游离液性暗区,前后径 5.2 cm,上下径 3.1 cm;左侧胸腔可见游离液性暗区,前后径 7.5 cm,上下径 3.1 cm)。

患者昨日 9:00—16:40 尿量共 500 mL,BP 波动在 110~120/43~50 mm Hg,考虑血压下降,血容量不足,故尿量减少,暂停重组人脑利钠肽,临时予重酒石酸间羟胺注射液升压,氯化钠注射液 100 mL 静滴补液,托拉塞米注射液静注利尿。19:50 血压 160/60 mm Hg,调整间羟胺泵速,并予注射用重组人脑利钠肽,将 BP 维持在 150/60 mm Hg。经过上述处理,患者从昨日 16:40 至今晨 5:35 夜间尿量达 1 900 mL。发现患者对压力负荷非常敏感,在血压偏低时,肾灌注变差,尿量即明显减少,而在运用间羟胺后,BP 从 120/70 mm Hg 上升至 160/70 mm Hg,尿量明显增加。后虽停用间羟胺,夜间尿量也还呈现明显增加趋势。患者尿量之所以增加,可能与血压升高、血容量增加有关。

笔者考虑在运用真武汤后,胸闷喘憋明显改善,小便量显著增加,双侧胸水明显减少,提示临床有效。然而,目前患者尿量呈现减少趋势,说明体内多余的水分大部分得以排除,提示需要重新换方。梳理该患者的治疗过程,意识到患者对利尿剂及中药比较敏感,经上述治疗后,尿量迅速增加,每日多达 4 650 mL,大有“尿崩”趋势,相当于《金匮要略·消渴小便不利淋病脉证》中肾气丸的经典条文再现“男子消渴,小便反多,以饮一斗,小便一斗,肾气丸主之”,大量排尿,使少阴证水气病明显改善,使患者平稳度过急性心肌梗死、心衰、肾衰的少尿期。且患者目前胸闷喘憋明显改善,仅表现为气短,相当于《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中的“短气有微饮”,患者已经从病位在心的“少阴证水气病”过渡至病位在肾的“短气有微饮”,即原文所谓“夫短气有微饮,当从小便去之,苓桂术甘汤主之,肾气丸亦主之”。之所以会出现病位从心向肾的转变,可能与疾病初期以心肌梗死伴心衰、喘憋少尿为主,病情较重,中医基础理论认为属“水气凌心”阶段;而经大量利尿后,心衰得以缓解,基础肾病、肾衰成为主要矛盾,病情相对较轻,属于中医基础理论中的“阳虚不能温化水饮”阶段。综合患者 Cr 升高等客观指标,予以肾气丸培补肾气,降 Cr 护肾功。处方:桂枝 15 g,黑顺片 15 g,生地黄 30 g,酒山萸肉 15 g,山药 50 g,牡丹皮 10 g,茯苓 60 g,泽泻 24 g。3 剂,水煎服,浓煎 100 mL,日 1 剂,急煎 1 剂,

分 2 次服。

七诊(2019 年 6 月 24 日): 患者连服肾气丸 3 剂, 每天尿量均在 2 000 mL 以上, 无胸闷憋气, 偶有心慌, 纳眠可, 二便调。复查生化+cTnI: cTnI $0.034 \mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$, BUN $30.23 \text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$, Cr $205.1 \mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$, UA $564 \mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$, Glu $9.89 \text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。NT-proBNP 降至 $7793 \text{ pg}\cdot\text{mL}^{-1}$ 。准予患者出院, 嘱咐患者长期服用中药肾气丸善后。

按: 回顾该患者的治疗经过, 大致经历柴葛解肌汤 1 剂退烧, 真武汤改善心衰(1 剂小便量增加 2 000 mL), 以及肾气丸善后 3 个阶段。患者主因“喘憋、尿少”以急性非 ST 段抬高型心肌梗死、急性心衰、肾衰、肺部感染, 由泌尿科转入我科普通病房, 转入时 NT-proBNP $>35\,000 \text{ pg}\cdot\text{mL}^{-1}$, cTnI $0.561 \mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$, 经利尿改善心衰、抗感染以及中药(柴葛解肌汤、真武汤、肾气丸)等综合治疗后, 喘憋症状明显缓解, NT-proBNP 降至 $7793 \text{ pg}\cdot\text{mL}^{-1}$, cTnI 降至 $0.034 \mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$, 血象恢复正常, Cr 从 $230 \mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$ 降至 $205 \mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$, 尿量从每日 300~400 mL 升至 2 000~4 500 mL, 喘憋明显改善。

5.5 急性心肌梗死、心衰、完全性左束支传导阻滞、肺部感染合并动静脉瘘、急性纵膈出血, 伴急性肾损伤、多脏器功能衰竭、应激性溃疡、消化道出血、急性胰腺炎、高渗案 患者某, 男, 83 岁。主因“胸闷喘憋 4 d”于 2015 年 7 月 26 日入院。患者于 4 d 前排便后出现胸闷喘憋, 无胸痛、心慌, 无咳嗽咳痰, 就诊于某医院急诊, 查心电图示: 完全性左束支传导阻滞, ST-T 改变。胸部 CR 示: 心影增大, 主动脉硬化。心脏超声示: EF 23%, 左室增大。cTnI $0.044 \mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$, D-Dimer $1.01 \mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$, BP 200/106 mm Hg, HR 110 次/min, 听诊双肺布满哮鸣音。诊断为急性左心衰、心律失常、高血压病。予呋塞米、乌拉地尔、强的松龙、硝酸异山梨酯注射液、阿司匹林、硫酸氢氯吡格雷以利尿、降血压、扩张冠状动脉、抗血小板聚集等对症处理。后复查 cTnI 升至 $1.674 \mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$ 。入院后复查生化示: Cr $72.3 \mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$, BUN $9.14 \text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$, ALB $36.60 \text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$, K $3.81 \text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$, cTnI $6.051 \mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$ 。肿瘤标志物常规(男性): 前列腺癌抗原(PSA-ratio) 0.31, 鳞状细胞癌抗原(SCC) $2.1 \text{ ng}\cdot\text{dL}^{-1}$, 神经烯醇化酶(NSE) $17.21 \text{ ng}\cdot\text{mL}^{-1}$, 癌胚抗原(CEA) $7.32 \text{ ng}\cdot\text{mL}^{-1}$ 。快速血气分析、甲状腺检查、DIC 初筛试验: (-)。心电图示: 房性早搏, 室性早搏, 完全性左束支传导阻滞。3 d 前复查 cTnI 降至 $1.691 \mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$ 。心脏超声示: EF 28%, 节段性室壁运动异常(前间隔、左心室前壁下 2/3 段、左心室下壁运动幅度减低, 左心室壁运动不协调), 左心室增大(左心室舒张末内径 58 mm), 主动脉瓣退变并反流(轻度), 二尖瓣反流(轻度), 左心室收缩功能减低。诊断为冠状动脉粥样硬化性心脏病, 急性非 ST 抬高型心肌梗死, 心律失常, 完全性左束支传导阻滞, 频发房性期前收缩, 频发室性期前收缩, 心功能 II 级(Killip 分级); 高血压病 3 级(极高危); 高脂血症; 肺部感染; 动脉硬化症。

考虑患者新发完全性左束支传导阻滞, cTnI 升高, 为心

肌梗死急性期, 超声显示左心室扩大及 EF 降低, 提示既往存在心脏长期病变及目前存在心肌顿抑, 病情危重。入院后给予抗血小板聚集、抗凝血、降血脂、稳定斑块、抑制心室重构、利尿改善心衰等治疗。3 d 前突发急性左心衰, 经抢救后好转。2 d 前行颈内静脉穿刺置管术, 测 CVP $16 \text{ cm H}_2\text{O}$ 。术后患者在自行挣脱监护及输液管路下地小便时突然出现站立不稳、二便失禁, BP 90/50 mm Hg, HR 75~85 次/min, 心电图监护示: 频发室性早搏。给予可达龙、多巴胺等治疗后好转。1 d 前患者精神萎, 烦躁, 胸闷憋气, 尿量偏少(24 h 尿量 750 mL)。复查全血细胞分析+CRP: WBC 11.78×10^9 个/L, NEUT% 87.9%, LYMPH% 5.6%, CRP $15.86 \text{ mg}\cdot\text{L}^{-1}$, Hb $139 \text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$ 。生化: cTnI $1.680 \mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$, LC $4.37 \text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$, BUN $13.1 \text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$, ALB $38.90 \text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$, Cr $191 \mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。快速血气分析(微电极): pH 7.447, PCO₂ 39.8 mm Hg, PO₂ 65.0 mm Hg。患者颈内静脉穿刺置管部位有渗血, 考虑与挣脱后胸腔渗血及动静脉瘘的可能性, 予以拔除, 并压迫止血。

刻下症见: 患者嗜睡, 精神萎, 烦躁, 胸闷憋气, 呼之可睁眼, 烦躁, 身热无汗, 偶有咳嗽咳痰, 不能进食, 尿少, 尿色如茶, 大便未行。舌暗有裂纹, 苔干黄厚, 舌根苔厚腻, 脉滑数, 三五不调。既往有高血压病史 6 年, 近两个月未服药, 血压控制可。既往还有高脂血症、动脉硬化症病史。查体: T 38.3 °C, P 150 次/min, R 24 次/min, BP 130/70 mm Hg。口唇暗红, 颈静脉无怒张, 右肺呼吸音低, 可闻及干湿啰音, 第一心音强弱不等, 心律不齐, 可及早搏, 无双下肢水肿。

全血细胞分析+CRP: WBC 10.87×10^9 个/L, RBC 3.25×10^{12} 个/L, HGB $104.0 \text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$, NEUT% 83.4%, CRP $112.65 \text{ mg}\cdot\text{L}^{-1}$ 。生化: cTnI $2.475 \mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$, BUN $20.01 \text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$, UA $490 \mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$, 球蛋白(GLB) $21.1 \text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$, ALB $33.70 \text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$, Cr $296.3 \mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。快速血气分析: pH 7.340, PCO₂ 52.1 mm Hg, Hb $9.3 \text{ g}\cdot\text{dL}^{-1}$, CHCO₃ $27.5 \text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$, BE_{ecf} $1.7 \text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。尿常规: 高倍镜视野中的红细胞(RBC-M) 489.31/HP, 高倍镜视野中的白细胞(WBC-M) 18.40/HP。便常规未回报。NT-proBNP $>35\,000 \text{ pg}\cdot\text{mL}^{-1}$ 。胸片示: 右肺大片弥漫高密度影(新见), 纵膈出血? 性质待定, 建议 CT 检查右上肺野留置管, 请结合临床; 右侧大量胸水(新见); 心影增大。心脏超声示: EF 26%, 节段性室壁运动异常, 左心增大(左心室舒张末内径 58 mm, 左心房径 35 mm×44 mm×51 mm), 左心房内高回声, 血栓?(左心房可见高回声, 大小约 1.7 cm×1.0 cm, 随心脏搏动轻微活动), 建议进一步检查, 主动脉瓣退变并反流(轻度), 三尖瓣反流(轻度), 肺动脉高压(轻度), 左室收缩功能减低。腹部超声示: 前列腺稍大伴钙化, 膀胱左右后壁无回声区, 考虑膀胱憩室。胸腔超声示: 右侧胸腔积液(包裹性?), 右侧胸腔低回声。

中医诊断: 胸痹, 阳虚水饮证。西医诊断: 冠状动脉粥样硬化性心脏病, 急性非 ST 抬高型心肌梗死, 心律失常, 完全性左束支传导阻滞, 频发房性期前收缩, 频发室性期前收缩,

心功能Ⅱ级(Killip 分级); 动静脉瘘; 急性纵膈出血; 急性肾损伤; 高血压病3级(极高危); 高脂血症; 肺部感染; 动脉硬化症。

常规给予抗感染、降血脂、稳定斑块、抑制心室重构、利尿改善心衰、补液保证灌注等“边补边利”治疗方案。考虑患者目前存在心肌梗死、心衰、肾衰、呼吸衰竭、感染、低血压、胸腔出血、贫血等多脏器功能衰竭。具体如下: ①患者低血压, 血红蛋白较前下降, 胸片示: 右肺大片弥漫高密度影(新见) 纵膈出血, 右侧大量胸水(新见), 结合胸腔超声所示右侧胸腔积液(包裹性?), 考虑为颈内置管挣脱后胸腔渗血可能, 外院拔除置管, 并予以局部按压, 加压包扎; ②因患者目前处于心肌梗死急性期, 心脏超声心房新发血栓, 提示血栓风险大, 但同时存在胸腔渗血等高出血风险, 因此暂停抗血小板聚集、抗凝血药物; ③患者以急性肾损伤最为严重, 其原因与出血、低血压相关, 除给予大量补液, 保证容量与灌注之外, 加用中药降 Cr。

患者目前主要表现为嗜睡、精神萎靡, 在用无创呼吸机支持, 呼之可睁眼, 神志间断清醒, 不能言语交流, 时有烦躁, 脸红, 脸结膜色淡, 唇淡红, 身热无汗, 体温最高 38.3℃, 偶有咳嗽、咳痰, 咳白黏痰, 无力咳出, 护士吸痰时痰量不多, 质稠, 口气重。患者不能进食, 以胃管泵入肠内营养乳剂(TP-HE)(瑞高)为主。尿少, 尿色如茶, 尿袋中可见深红色尿(尿常规可见大量红细胞与白细胞), 大便多日未行, 舌暗有裂纹, 苔干黄厚, 脉滑数, 三五不调。笔者分析病情如下: ①患者精神萎靡与《伤寒论》少阴证中的“但欲寐”高度相似, 少阴证描述的是一种低血压、休克导致脑灌注不足等全身脏器缺血缺氧的重症状态, 该患者血压偏低, 神志改变, 与此相似, 然而与条文略有不同的是, 患者脉滑数, 可能与同时合并感染、发热有关, 不同于条文中的“脉微细”。②患者尿血与《伤寒论》第293条“少阴病, 八九日, 一身手足尽热者, 若热在膀胱, 必便脓血也”条文相似。③患者急性肾损伤表现为喘憋、气短、少尿, 与《金匱要略》中肾气丸方证原文高度相似, 即“崔氏八味丸, 治脚气上入, 少腹不仁”“虚劳腰痛, 少腹拘急, 小便不利者, 八味肾气丸主之”“夫短气有微饮, 当从小便去之, 苓桂术甘汤主之, 肾气丸亦主之”“问曰: 妇人病, 饮食如故, 烦热不得卧, 而反倚息者, 何也? 师曰: 此名转胞不得溺也。以胞系了戾, 故致此病, 但利小便则愈, 宜肾气丸主之”, 且笔者常以肾气丸为主以利尿, 降 Cr, 治疗急性肾损伤、心肾综合征。④肾气丸中用的地黄为干地黄、生地黄, 而非熟地黄、鲜地黄, 一般认为生地黄是凉血药, 味甘, 寒, 归心、肝、肾经, 可清热凉血, 养阴生津, 临床多用于热入营血、温毒发斑、吐血衄血、热病伤阴、舌绛烦渴、津伤便秘、阴虚发热、骨蒸劳热、内热消渴等, 然而古代的中医典籍中, 生地黄则是活血药。《神农本草经》谓地黄可以活血化瘀、滋阴填髓, “治折跌绝筋, 伤中, 逐血脉, 填骨髓, 长肌肉, ……除寒热, 积聚, 除痹”。取类比象, 根据传统“水少舟停”经验, 阴亏

津伤, 则脉络不充, 瘀血内著而不去。因此, 推测生地黄的活血与其养阴生津作用密切相关。值得注意的是, 张仲景认为生地黄还是止血良药, 比较芎归胶艾汤、三物黄芩汤、黄土汤、炙甘草汤等多首含有地黄的经方方证主治, 发现其均有出血指征。因此, 认为生地黄是为出血而设。因此, 日本汉方家吉益东洞《药征》谓地黄“主治血证及水病也”。南京中医药大学黄煌教授在《张仲景 50 味药证》指出“主治血证, 尤其以妇人的子宫出血为多。其出血量较多, 而且难止, 色鲜红。其人必羸瘦、皮肤枯焦而少光泽, 舌质红。仲景用干地黄多配阿胶, 但也不尽然, 血痢、尿血用阿胶而不用干地黄; 虚劳羸瘦、腰痛、诸不足而出血不明显者, 则用干地黄而不用阿胶”。现代药理学研究发现, 地黄既能止血, 又有抗凝血作用。而该患者为典型的生地黄药证: 患者既有心肌梗死急性期、心房新发血栓、D-Dimer 升高的高凝状态, 又有胸腔渗血、纵膈出血、瘀血内停的有形成实性病变, 还有动静脉瘘出血、血红蛋白下降、尿血、尿中红细胞的高出血风险, 更有容量下降后导致肾灌注不足的急性肾损伤, 其他还有大便多日未行的肠道不能濡润。此时, 存在血栓、出血、贫血的矛盾状态, 既要活血化瘀, 又要止血固摄, 还要生血养血。因此, 考虑方中运用大剂量生地黄(180g, “质重下沉”), 以止血、活血(主治 D-Dimer 升高及左心房血栓形成), 补血、降 Cr、通便。广东黄仕沛先生指出, 地黄性能滋养, 并无破血败血之虞, 但重用常致大便溏泻, 可减量或停用。笔者常用其滋腻之性, 且大剂量运用以润肠通便, 主治其多日大便不通。⑤患者喘憋不能平卧, 咳白黏痰, 黏稠量少, 二型呼吸衰竭, 血氧不能维持, 与肺实变、胸腔渗血伴感染有关, 病机为痰热瘀结于心胸, 与《金匱要略》中“肺病, 喘不得卧, 葶苈大枣泻肺汤主之”“支饮不得息, 葶苈大枣泻肺汤主之”等条文高度相似。且葶苈子味辛、苦, 性寒, 入肺、膀胱、大肠经, 可以泻肺降气、祛痰平喘、利水消肿、泄热逐邪。黄煌教授谓其“主治咳嗽而胸腹胀满, 鼻塞涕出, 一身面目浮肿”。从中发现, 咳喘伴见胸腹胀满为葶苈子的强适应症。而该患者咳喘不能平卧, 大便多日未行, 故笔者在处方中加以葶苈子以泻肺、化痰、平喘。⑥桃仁味苦、甘, 平, 归心、肝、大肠经, 可以活血祛瘀、润肠通便、止咳平喘, 一般用于治疗经闭痛经、癥瘕痞块、肺病肠痛、跌扑损伤、肠燥便秘、咳嗽气喘。其中, 瘀血、疼痛、便秘、咳喘为其关键指征。该患者胸腔渗血、纵膈出血、大便多日一行(和长期卧床, 鼻饲饮食, 进食量少有关)、喘憋不能平卧, 可用桃仁活血化瘀、通便定喘。⑦瓜蒌可清热涤痰、宽胸散结、润肠, 用于治疗胸痹心痛、肺热咳嗽、痰浊黄稠等。吉益东洞谓“栝蒌实, 主治胸痹也, 旁治痰饮”。黄煌教授也认为“栝蒌实主治胸中至心下闷痛而大便不通者。其证为胸部以及上腹部的窒闷感、疼痛感, 并常常涉及背部。可伴有咳吐黏痰, 以手按之, 上腹部可见压痛。大便干结, 或数日一解。其舌苔可见干腻较厚”。患者同时合并急性心肌梗死加重, 其 cTnI 从 1.6 $\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$ 升至 2.475 $\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$, 考虑方中加瓜蒌 30

g 以宣痹通阳。⑧患者除急性肾损伤、心衰、肾衰的肾气不足证,还兼见脸红、口气重、烦躁、脉滑数、尿色深、大便不通的火热内蕴、瘀热互结下焦证。与《伤寒论·辨阳明病脉证并治》第 207 条“阳明病,不吐、不下、心烦者,可与调胃承气汤”高度相似。

基于上述考虑,笔者予以肾气丸加味方降 Cr。处方:生地 180 g,酒山萸肉 30 g,山药 30 g,牡丹皮 10 g,茯苓 30 g,泽泻 30 g,黑顺片 20 g,桂枝 20 g,桃仁 10 g,甘草 10 g,生大黄 10 g,芒硝 6 g(冲服),葶苈子 30 g,大枣 30 g,瓜蒌 30 g。3 剂,水煎服,浓煎 50 mL,今日急煎,每日 1 剂,分 2 次服。

二诊(2015 年 7 月 28 日):服中药当天大便 1 次,7 月 26 日 24 h 总入量 3 396 mL,总尿量从前 1 天的 750 mL 增加至 1 650 mL,复查 Cr 271 $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。查体:T 39.1 $^{\circ}\text{C}$,P 120 次/min,BP 80/50 mm Hg。复查全血细胞分析+CRP:Hb 91.0 $\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$,CRP>200.0 $\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$,cTnI 降至 0.771 $\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$ 。7 月 27 日 24 h 总入量 3 187 mL,总尿量增加至 2 200 mL。T 降至 37.7 $^{\circ}\text{C}$,P 降至 89 次/min。复查 Cr 282.6 $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。从患者 Cr 的动态变化,近两日未见明显下降,笔者认为与其出血及发热后体内容量减少,血压下降,导致肾脏灌注不足有关。对比其出入量,患者对容量负荷非常敏感,近两日入量为 3 100~3 400 mL,而 Cr 未再下降。可将患者每天入量再增加以保证肾灌注。今日将患者的目标入量维持在 4 000 mL 以上,调整西药治疗方案,继续服用中药肾气丸。

三诊(2015 年 7 月 29 日):患者神清,精神弱,大便未行。24 h 总入量 4 315 mL,总尿量 3 350 mL。查体:T 37 $^{\circ}\text{C}$,P 88 次/min,BP 130/55 mm Hg。全血细胞分析+CRP:WBC 7.73×10^9 个/L,Hb 83.0 $\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$,NEUT% 91.5%,CRP>160 $\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$ 。生化:cTnI 0.213 $\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$,Cr 162.6 $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$,BUN 44.50 $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。从检查结果发现,尿量显著增加,Cr、BUN 明显下降,进入多尿的恢复期。血常规中 Hb 再次下降,考虑与补液后血液稀释相关。

四诊(2015 年 7 月 31 日):尿量进一步增加,24 h 总入量 3 905 mL,总尿量 4 400 mL。复查 Cr 进一步下降至 100.1 $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$,NT-proBNP 降至 18 656 $\text{pg}\cdot\text{mL}^{-1}$ 。DIC 初筛试验:D-Dimer 18.33 $\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$ FEU,FDP 39.0 $\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$,PT 16.7 s,APTT 43.1 s。便常规+潜血试验:阳性。患者血常规提示 Hb 呈进行性下降,复查为 80 $\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$,排便 1 次,褐色大便,大便潜血阳性,肠鸣音活跃,考虑存在应激性溃疡、消化道出血可能性大。给予静脉质子泵抑制剂抑酸护胃。

五诊(2015 年 8 月 1 日):患者脸色暗红,间断低热,有汗,鼻饲饮食,腹胀,大便未行,留置尿管,尿液色暗红,给予甘油灌肠剂 110 mL,灌肠后大便上午 1 次、下午 2 次,淡褐色,较昨日颜色浅。舌红干,苔黄厚腐苔,脉滑。24 h 总入量 3 514 mL,总尿量 2 600 mL。查体:T 38.1 $^{\circ}\text{C}$,P 92 次/min,R 22 次/min,BP 140/71 mm Hg。神清,精神弱,双肺可闻及干啰音,全腹部膨隆,无压痛及反跳痛,叩诊鼓音。全血细胞分

析+CRP:WBC 10.06×10^9 个/L,RBC 2.82×10^{12} 个/L,Hb 90.0 $\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$,NEUT 8.52×10^9 个/L,NEUT% 84.6%,CRP 72.02 $\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$ 。生化:cTnI 0.103 $\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$,钠(Na) 152 $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,BUN 18.38 $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$, HCO_3^- 34.0 $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$, α -AMY 332 $\text{U}\cdot\text{L}^{-1}$,K 4.97 $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,Glu 6.8 $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血清脂肪酶(P-LPS) 1 408.3 $\text{U}\cdot\text{L}^{-1}$,Cr 100.8 $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$,Cl 116 $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。DIC 初筛试验:D-Dimer 27.99 $\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$ FEU,FDP 63.3 $\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$,PT 16.7 s,APTT 40.3 s,FIB 4.03 $\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$,凝血酶原活动度(PT%) 55.5%。胃液潜血试验(金标法):阳性。尿常规:RBC-M 73.04 个/HP,尿胆原(UBG) 4.0 (2+) $\text{mg}\cdot\text{dL}^{-1}$,PRO 30 (1+) $\text{mg}\cdot\text{dL}^{-1}$,LEU 25 (1+) $\cdot\mu\text{L}^{-1}$,ERY 250 (3+) $\cdot\mu\text{L}^{-1}$, α -AMY 611 $\text{U}\cdot\text{L}^{-1}$ 。心脏超声:左室壁运动普遍减弱,左室增大(59 mm),收缩功能减低,左室舒张功能减低,二尖瓣少量反流,检查过程心律不齐。腹部超声:餐后胆囊、肝脾双肾未见异常(胰体厚 1.5 cm,胰尾显示欠清,回声尚均匀,主胰管未见扩张,胰周未见明显异常回声)。

考虑患者存在高渗、消化道出血、血液高凝状态、急性胰腺炎等问题,分析病情如下:①血淀粉酶 332 $\text{U}\cdot\text{L}^{-1}$,脂肪酶 408.3 $\text{U}\cdot\text{L}^{-1}$,均偏高,提示存在急性胰腺炎,且可能与多脏器功能衰竭有关。急查腹部超声未见明显异常,提示胰腺虽然存在炎症,但出血、水肿等可能性不大,治疗上给予注射用生长抑素静脉注射抑制胰酶分泌;②强化抗感染治疗;③D-Dimer 27.99 $\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$ FEU 较昨日明显升高,考虑血栓形成,虽然存在消化道出血风险,权衡利弊,予低分子量肝素钠注射液 0.2 mL 皮下抗凝血;④外院心脏超声排除心脏赘生物及血栓可能性;⑤Hb 90 $\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$,未继续下降,考虑患者消化道出血可能停止。

在中医药治疗方面,患者脸色暗红,间断低热(38.1 $^{\circ}\text{C}$),有汗,腹胀,叩诊呈鼓音,尿液颜色暗红,舌红干,苔黄厚腐苔,脉滑。病机上属于火热内蕴。考虑与《伤寒论》第 154 条“心下痞,按之濡,其脉关上浮者,大黄黄连泻心汤主之”条文高度相似。患者腹胀、叩诊鼓音相当于条文中的“心下痞”;叩诊鼓音相当于条文中的“按之濡”,脉滑相当于条文中的“其脉关上浮”。处方:酒大黄 15 g,黄连 15 g,黄芩 15 g。3 剂,不煎取回,开水泡服,每次 100 mL,胃管注入,每日 3 次。

六诊(2015 年 8 月 2 日):患者体温降至 37.5 $^{\circ}\text{C}$,脸红好转,尿色转淡,大便未行。查血淀粉酶降至 209 $\text{U}\cdot\text{L}^{-1}$,脂肪酶降至 361.9 $\text{U}\cdot\text{L}^{-1}$,D-Dimer 降至 12.3 $\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$ FEU,尿常规中 RBC-M 降至 21.65 个/HP。当天查细菌真菌血清学 0.90 $\text{ng}\cdot\text{mL}^{-1}$ 。大黄黄连泻心汤治疗有效,守方再服。患者连服中药 3 剂,至 2015 年 8 月 4 日复诊,体温正常,脸色淡红,精神明显好转,腹胀减轻,昨日大便 2 次。复查淀粉酶、脂肪酶正常,HGB 92.0 $\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$,D-Dimer 6.35 $\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$ FEU。

七诊(2015 年 8 月 7 日):患者 2 d 前出现指氧明显下降,最低 SpO₂ 60%,给予无创呼吸机辅助通气后,指氧维持

在90%以上。患者时有喘憋,脸色淡红,颜面浮肿,偶有咳嗽咳痰,无发热,曾呕吐胃内容物1次,无咖啡色样物,鼻饲饮食,腹胀,叩诊鼓音,昨日大便1次,留置尿管,尿液颜色淡黄。舌淡红,苔黄厚腐苔,脉沉。24 h总入量3 698 mL,总尿量1 100 mL。查体:T 36.5 °C, P 82次/min, R 19次/min, BP 170/70 mm Hg。神清,精神差,口唇淡红,颈静脉无怒张,双肺呼吸音粗,可闻及大量湿啰音,HR 82次/min,节律不齐,可闻及早搏,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。全腹部膨隆,叩诊鼓音,双下肢可凹性水肿。辅助检查:NT-proBNP 17 282 pg·mL⁻¹。全血细胞分析+CRP: WBC 17.73×10⁹个/L, Hb 83.0 g·L⁻¹, NEUT 16.31×10⁹个/L, NEUT% 92.0%, CRP 133.15 mg·L⁻¹。生化: cTnI 0.063 μg·L⁻¹, BUN 22.65 mmol·L⁻¹, Cr 105.9 μmol·L⁻¹。尿常规: RBC-M 32.35个/HP, WBC-M 7.94个/HP。尿淀粉酶、便常规+潜血:(-)。胸腔超声示:双胸腔积液(右侧胸腔可见游离液性暗区,左右径2.7 cm,上下径1.5 cm;左侧胸腔可见游离液性暗区,体表标记处左右径9.1 cm,上下径7.0 cm,距体表1.5 cm,内可见肺叶漂浮)。

考虑患者病情如下:①症状体征为全身浮肿,双下肺湿啰音;②24 h出、入量保持正平衡1 200、2 500 mL;③BP最高170/70 mm Hg;④期间尝试给患者停无创呼吸机,并改鼻导管后,指氧不能维持,提示肺淤血、肺水肿较重;⑤复查颈静脉超声,颈内静脉极度充盈,不随呼吸而塌陷,考虑容量明显增多。

综上,笔者考虑患者目前为急性左心衰,血氧下降为心衰所致。而导致心衰的原因为急性肾损伤、动静脉瘘、胸腔渗血及消化道出血后大量补液,周末连续正平衡,导致容量负荷过重。因容量与灌注不足,进而大量补液后,导致肺淤血、肺水肿加重,氧合不能维持,伴双侧胸腔积液等多发浆膜腔积液的情况时有发生,这在脓毒症患者大量补液过程中尤为常见。笔者立即给予托拉塞米、呋塞米、喘定等强化利尿、平喘。运用利尿剂后,患者尿量明显增多,停无创呼吸机,改为鼻导管吸氧,血氧能维持在90%以上。

在中医辨证方面,考虑患者急性左心衰发作,喘憋不能平卧,血氧不能维持,头面部浮肿,偶有咳嗽,时有呕吐,腹胀,叩诊鼓音,尿色淡黄,舌淡红,苔黄厚腐苔,脉沉。考虑与《伤寒论》第316条“少阴病,二三日不已,至四五日,腹痛,小便不利,四肢沉重疼痛,自下利者,此为有水气,其人或咳,或小便利,或利,或呕者,真武汤主之”,及第82条“太阳病发汗,汗出不解,其人仍发热,心下悸,头眩,身瞤动,振振欲僻地者,真武汤主之”高度相似。在病机上属于水饮内停、水气凌心犯肺,属于少阴证水气病范畴。处方:黑顺片60 g,茯苓90 g,麸炒白术30 g,白芍20 g,干姜10 g。3剂,水煎服,浓煎50 mL,急煎,每日1剂,分2次服。

八诊(2015年8月8日):查房时患者喘憋改善,颜面部水肿全部消退,脸庞明显缩小。神清,精神好,无发热,无恶

心呕吐,昨日甘油灌肠剂后解大便2次。舌淡红,苔黄厚腐苔,脉沉。24 h总入量1 838 mL,总尿量4 650 mL。复查胸部高分辨CT平扫示:左肺下叶炎症,建议复查;两肺肺气肿、多发陈旧性病变;左肺上叶下舌段支气管扩张并感染;双侧胸腔积液、双侧叶间积液、右侧包裹性积液;心脏影增大(左心室为著),主动脉及冠状动脉硬化,心包少量积液。强化抗感染等对症治疗。

考虑患者对利尿剂非常敏感,在运用呋塞米和托拉塞米各1支后,尿量多达4 000 mL以上,心衰明显改善。考虑利尿剂及真武汤有效,目前水气病得以好转,转拟肾气丸善后。因大便难,便常规潜血阳性,再予大剂量生地黄以止血、降Cr、化水饮。处方:生地黄180 g,酒山萸肉30 g,山药30 g,牡丹皮10 g,泽泻30 g,茯苓30 g,黑顺片15 g,桂枝15 g。3剂,水煎服,浓煎50 mL,急煎,每日1剂,分2次服。

患者连服上方9剂,心衰再未发作,喘憋消失,大便正常,小便通畅,复查Cr降至88 μmol·L⁻¹, HGB升至103.0 g·L⁻¹。复查心脏超声,EF提升至31%。佩戴家庭无创呼吸机,配合良好,血氧维持在95%以上。建议患者出院,并长期口服肾气丸善后。

按:回顾患者救治过程,刚入院时表现为CCU中最经典的急性心肌梗死、心衰(EF仅23%)、心律失常合并肺部感染。疾病的转折主要在于颈内静脉置管后出现动静脉瘘、急性纵膈出血,因大出血而启动多脏器衰竭、急性肾损伤。这2种病理生理机制在后续治疗过程中不断交织,互相影响。从临床治疗来看,可以分成4个阶段,即大剂量肾气丸治疗急性肾损伤、降Cr、止血、活血、补液扩容;大黄黄连泻心汤治疗急性胰腺炎;真武汤治疗急性左心衰;肾气丸善后治心衰、肾衰。第一阶段主要表现为容量不足导致的急性肾损伤、急性失血、贫血,且用大剂量生地黄180 g以逆转肾损伤,降Cr,兼以止血活血、“滋补真阴、填髓窍,以补液扩容”(《神农本草经》)^[5]。第二阶段主要表现为多脏器衰竭、急性胰腺炎,伴腹胀、大便不通,根据“急则治其标”原则,二便不通先治其二便,予以大黄黄连泻心汤以泻热、通便、止血。第三阶段主要表现为顽固性低氧血症,寻根溯源,发现其急性左心衰发作,喘憋不能平卧,血氧不能维持,头面部浮肿,伴入量表现为正平衡,此时病理生理机制以容量过多为主,急予利尿剂+真武汤以强心利尿,减少血容量,减轻心脏负荷。第四阶段予以肾气丸温补心肾阳气,改善心功能、肾功能,以补益收功。

6 肾气丸的临床运用体会

肾气丸又名崔氏八味丸、八味肾气丸,因其出自张仲景的《金匮要略》,后世医家称之为金匮肾气丸。根据组方理论、临床心得、药物配伍等,衍化重组出系列补肾方剂,包括济生肾气丸、桂附八味丸、六味地黄丸、杞菊地黄丸、知柏地黄丸、归芍地黄丸、麦味地黄丸、左归丸、右归丸等,将肾气丸及其相关加减方的临床适应证不断拓展、延伸。明代医家张

景岳尤其擅长运用肾气丸,其倡导“命门”“太极”学说,谓“命门之火谓之元气”,其否定朱丹溪“阳常有余,阴常不足”观点,主张“阳非有余,阴常不足”,认为“天之大宝,只此一丸红日,人之大宝,只得一息真阳。阳强则寿,阳衰则夭”。张景岳在治则上,倡导补、和、攻、散、寒、热、固、因的“八阵”,尤其是在补阳扶阳方面,主张“善补阳者,必于阴中求阳,则阳得阴助而生化无穷;善补阴者,必于阳中求阴,则阴得阳助而源泉不竭”,临证善用肾气丸、右归丸等。将肾气丸的临床运用体会阐述如下。

6.1 疾病谱 肾气丸的临床主治范围非常广泛,但主要集中在心衰、肾衰、心肾综合征、利尿剂抵抗,以及部分内分泌疾病、泌尿系疾病、骨关节疾病等慢性退行性疾病的后期调理上。按照临床症状进行划分,主要归属于中医学的“小便不利”“虚劳”等范畴。

首先,心衰指由多种原因导致心脏结构和(或)功能的异常改变,使心室收缩和(或)舒张功能发生障碍,从而引起以呼吸困难、疲乏和液体潴留(肺淤血、体循环淤血及外周水肿)等为主要表现的复杂临床综合征。临床表现多与肾气丸方证中的“小便不利”“短气有微饮”“倚息”等有关。心衰在病机上需要区分急性期与缓解期,该病急性期多与阳虚水泛、水气凌心犯肺有关,而缓解期多与心肾阳虚、肾气不足有关^[6]。肾气丸尤其适用于心衰非急性期、非水气凌心、非水饮化热证阶段的治疗,具有温和利尿功效,通过利尿达到减轻前负荷,改善胸闷喘憋作用,且长期服用,还可以改善心脏结构与功能,提升射血分数,缩小左室舒末内径,这可能与心衰强调“利尿、扩血管、强心”的治疗原则保持一致。值得注意的是,心衰不是一个独立的疾病,而是指在心肌梗死、心肌病等心脏疾病发展的终末期阶段。该方尤其在重症心衰的恢复期具有重要临床意义,长期服用,能够起到二级预防作用^[2]。

其次,肾衰指各种慢性肾脏疾病发展到后期引起的肾功能部分或全部丧失的病理状态。肾衰有急、慢性之分,急性肾损伤的原因包括肾前性、肾性以及肾后性,而慢性肾衰常见病因包括慢性肾炎、高血压病、糖尿病等。本病可分为少尿期、多尿期、恢复期,其临床表现为恶心、纳差、乏力、少尿、水肿等,与肾气丸方证中的“脚气上入”“腰痛”“少腹拘急”“小便不利”“短气有微饮”“倚息”描述接近。肾衰在病机上主要有虚实之分,实证主要与肝郁气滞、肝郁化火、水饮内停、腑气不通等有关,而虚证主要与肾虚水饮有关。笔者在临床常将肾气丸用于急、慢性肾衰肾虚水饮证的治疗,既可利尿消肿,又可降低血Cr,改善肾功能,提高内生Cr清除率。根据肾衰的病因,本方主要用于肾前性与肾性的治疗,而很少用于肾后性原因的治疗。

第三,心肾综合征(CRS)由荷兰学者BONGARTZ L G等^[7]提出,包括不同的急、慢性心脏或肾脏功能衰竭。无论是心脏,还是肾脏,作为原发性受损器官,均可通过不同病理

机制影响另一器官功能。2008年欧洲学者对CRS定义作了进一步细化,共分为5种亚型(I~V)。由于CRS涉及心衰与肾衰,而肾气丸也可用于心衰、肾衰的临床治疗,笔者常将本方用于各种心肾综合征亚型的治疗,尤其可用于I、II、IV型。

第四,利尿剂抵抗目前没有统一的定义,主要指在心衰治疗过程中,针对容量负荷过高,频繁大量使用利尿剂患者,每日运用呋塞米>80 mg或托拉塞米>40 mg,但24 h尿量仍低于800 mL。研究统计,有25%~30%的心衰患者会出现利尿剂抵抗^[8],原因主要包括肾功能不全,利尿剂到达肾小管障碍,肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活,药物相互作用,低蛋白血症,低钠血症,食物影响等。利尿剂抵抗患者对临床利尿治疗反应不足的临床表现与病理机制与肾气丸方证中的“小便不利”极为相似。在CCU诊治过大量利尿剂抵抗的急危重症患者,尤其是合并右心衰、巨大右心房患者,其利尿极其困难。在临床治疗策略上,总结了10套行之有效的改善利尿剂抵抗的中西医结合方案。肾气丸也是其中之一,尤其适用于肾气亏虚型患者,能迅速转危为安。

第五,本方用于部分内分泌系统、泌尿系统、骨关节等慢性退行性疾病的后期治疗。糖尿病导致的糖尿病肾病(伴或不伴水肿),泌尿科常见的前列腺增生、前列腺肥大、前列腺炎,骨科常见的腰痛、腰椎间盘突出、腰椎狭窄、腰肌劳损等,均与肾气丸方证中的“虚劳腰痛”“少腹拘急”“小便不利”“消渴,小便反多,以饮一斗,小便一斗”高度相似。

第六,本方用于“虚劳”的治疗。肿瘤、心衰、肾衰、风湿免疫系统疾病、术后,以及大量重大慢性疾病、消耗性疾病的终末期和恢复期阶段,临床表现为气血阴阳亏虚时,都属于中医学“虚劳”疾病范畴。因心衰、肾衰、心肾综合征、利尿剂抵抗也属于心脏、肾脏的终末期阶段,内分泌、泌尿科、骨科等慢性退行性疾病的恢复期阶段,均属于肾气丸方证中的“虚劳”“小便不利”“腰痛”等,所以适用于大量急危重症及慢性退行性疾病的恢复期与终末期阶段的治疗。因虚劳具有慢性消耗性特征,适宜长期培补,而肾气丸在临床上可以长期服用,小剂量温补肾气,“少火生气”,由量变而质变,正如清代医家吴鞠通所言“治内伤如相,坐镇从容,神机默运,无功可言,无德可见,而人登寿域”。

6.2 肾气实质 因本方以肾气为名,可知肾气丸以培补肾气为主。中医学认为,肾主水、主纳气、主二便、主藏精。其肾气的现代医学实质到底是什么?首先,因水液代谢与肾密切相关,在现代医学中,心衰、肾衰、心肾综合征、利尿剂抵抗导致的水肿、小便不利,糖尿病肾病、前列腺疾病导致的小便自利、小便频多,都属于中医学的肾气不足范畴。因此,笔者认为,肾气与现代医学中的心、肾功能密不可分,这可能也是“肾主水”“肾主二便”的科学内涵。其次,中医学认为“大病及肾”“久病及肾”,肾气丸可用于大量重大疾病、慢性疾病的恢复期阶段的康复治疗。肾气与现代医学中的免疫功能

密不可分,可能也是“肾主藏精”的科学内涵。由此可见,中医学的肾内涵极为广泛,与现代医学的肾脏截然不同。

6.3 肾气丸疗程与剂量 肾气丸的疗程因病而异。在针对心衰、肾衰急性期,表现为少尿、无尿时,临床常在半剂到两剂,即可大量排尿而取效。而在针对大量疾病的终末期、恢复期阶段,则需长年服食,且并非短期见功。

关于肾气丸的剂量,笔者一般以常规剂量为主,即桂枝 10 g,黑顺片 10 g,生地黄 30 g,山萸肉 10 g,山药 15 g,牡丹皮 10 g,泽泻 15 g,茯苓 30 g。若症见肾前性因素导致的急性肾功能损伤,如大量失血,此时生地黄剂量宜大(以 90 g 起)。若症见水肿较重,双下肢浮肿,按之没指,或以右心衰为主,合并腹腔积液、胸腔积液,此时亟需利尿,可酌情将茯苓剂量增大至 60~90 g。因此类患者多同时合并运用利尿剂,茯苓剂量一般不超过 90 g,即使再增大茯苓剂量,临床也不会观察到典型的茯苓利尿量效关系。因原文中“桂枝、附子(炮)各一两”,即使面临重症,桂枝和黑顺片也以常规剂量 10~20 g 为主。正如《医宗金鉴》所言“此肾气丸纳桂、附于滋阴剂中十倍之一,意不在补火,而在微微生火,即生肾气也”经言“壮火食气,少火生气”^[9]。

通过大量 CCU 重症病例,发现现代医学在面临心衰、肾衰、心肾综合征、利尿剂抵抗等极其复杂的状况时,虽然可以以各种病理机制进行解读,但临床治疗很容易陷入利尿剂抵抗^[10],患者对利尿剂反应不足,即使加用新活素、托伐普坦、左西孟旦等,患者仍然排尿困难,喘憋加重,出现持续少尿等急危重症,而不得不血滤、透析。针对 80 岁以上合并心衰、肾衰患者,很多虽不会死于血滤,但很可能会死于出血与栓塞等并发症。针对此重症,及时运用肾气丸进行干预,往往能收到化繁为简之功。笔者观察到,大量心肾综合征、尿毒症患者在运用本方半剂之后,就能大量排尿,甚至每天多达 2 000~4 000 mL。综上所述,肾气丸既是虚弱体质“治内伤

如相”的调理方,更是急救良方,深入开展基于“病机结合病理,药性结合药理”的中西医结合解读经典条文内涵研究,具有非常重要的价值与意义^[11]。

[参考文献]

- [1] 熊兴江.《伤寒论》与急危重症:基于 CCU 重症病例及中西医结合诠释经典条文内涵、经方剂量与六经实质[J].中国中药杂志,2018,43(12):2413.
- [2] 熊兴江,尤虎,苏克雷.中药补益膏方对重症心衰“虚劳”的二级预防[J].中国中药杂志,2019,44(18):3903.
- [3] 熊兴江.桂枝体质简介及与小儿过敏性鼻炎关系探讨[J].世界中西医结合杂志,2010,5(2):98.
- [4] 熊兴江.基于 CCU 重症病例的《伤寒六书》柴葛解肌汤方证及其在医院内感染、急性上呼吸道感染等外感热病中的运用[J].中国中药杂志,2019,44(18):3876.
- [5] 熊兴江.《金匱要略》“中风篇”防己地黄汤、风引汤方证及其在中风、神志疾病中的运用[J].中国中药杂志,2019,44(3):602.
- [6] 熊兴江.木防己汤方证特征及其治疗重症心衰研究[J].中国中药杂志,2019,44(2):388.
- [7] BONGARTZ L G, CRAMER M J, DOEVEDANS P A, et al. The severe cardiorenal syndrome: "Guyton revisited" [J]. Eur Heart J, 2005, 26(1): 11.
- [8] TER MAATEN J M, VALENTE M A E, DAMMAN K, et al. Diuretic response in acute heart failure: pathophysiology, evaluation, and therapy [J]. Nat Rev Cardiol, 2015, 12(3): 184.
- [9] 于弋,谷松.从“少火生气”论肾气丸补肾气之功[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(11):1720.
- [10] 熊兴江.基于 CCU 重症病例及现代病理生理机制的真武汤方证条文内涵解读及其治疗心力衰竭、心肾综合征、利尿剂抵抗等急危重症体会[J].中国中药杂志,2023,48(10):2595.
- [11] 熊兴江.《伤寒论》研究亟需中西医结合[J].中国中西医结合杂志,2021,41(7):865.

[责任编辑 张燕]