



辨证施治策略与案例丛书

BIANZHENG SHIZHI CELUE YU ANLI CONGSHU

心 血 管 疾 病

辨证施治策略与案例

XINXUEGUANJIBING·BIANZHENG SHIZHI CELUE YU ANLI

主编 李庆海 周立华



 郑州大学出版社

辨证施治策略与案例丛书

BIANZHENG SHIZHI CELUE YU ANLI CONGSHU

心 血 管 疾 病

辨证施治策略与案例

XINXUEGUANJIBING BIANZHENG SHIZHI CELUE YU ANLI

主编 李庆海 周立华

郑州大学出版社

郑 州

图书在版编目(CIP)数据

心血管疾病辨证施治策略与案例/李庆海,周立华主编. —郑州:
郑州大学出版社,2012.1
(辨证施治策略与案例丛书)
ISBN 978-7-5645-0433-5

I. ①心… II. ①李…②周… III. ①心脏血管疾病-辨证
论治 IV. ①R259.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 232630 号

郑州大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

出版人:王 锋

全国新华书店经销

河南新华印务有限公司印制

开本:787 mm×1 092 mm 1/16

印张:22.75

字数:556 千字

版次:2012 年 1 月第 1 版

邮政编码:450052

发行部电话:0371-66966070

印次:2012 年 1 月第 1 次印刷

书号:ISBN 978-7-5645-0433-5

定价:58.00 元

本书如有印装质量问题,由本社负责调换

本书是一部关于心血管系统疾病中医诊疗策略的书籍,是“辨证施治策略与案例丛书”之一,由河南中医学院第三附属医院心脑血管专业的多位专家共同编著。

本书前半部分重点介绍了心血管系统疾病中医认识、辨证论治、施治策略,并荟萃了大量的临床案例(包括名家案例、经方案例与验方案例),深入浅出地阐述了各病中医药施治策略及部分国内著名中医专家的临床经验和独到见解。并简明扼要地介绍了该系统常见疾病的现代医学认识与诊治措施。后半部分附有大量参考文献和该系统常用中西药物简明介绍,以供临床各位同道参阅。

本书通俗易懂,引用案例有据可查,内容丰富,施治策略部分凝有作者多年的临床经验和体会,极具参考价值。既可以作为中医初学者与爱好者入门的参考书,又可以作为基层从事该专业人员临证的参考书,同时对该专业具有一定经验的同道们亦有重要参考价值。



作者名单
ZUOZHEMINGDAN

主 编	李庆海	周立华		
副主编	范立华	刘 春	崔书克	武亚峰
	陈利昌			
编 委	(按姓氏笔画排序)			
	刘 春	李 祥	李庆海	李艳艳
	张志强	陈利昌	范立华	林国平
	周立华	武亚峰	曹志娜	崔书克
	董 芳			

中医的特色和优势在辨证施治,获得满意疗效的关键在辨证施治,然而临证也难在辨证施治。尤其是对于错综复杂的病情及走出学校初到临床的中医工作者来说,准确辨证施治更是难以把握,有时甚至很茫然。我临证 30 余年,也经历了这样一个过程。随着临证经验的不断积累,对疾病辨证施治的不断总结、不断思考、不断深化,对辨证施治的内涵有了更深刻的认识。临证时不仅对于常见病、多发病运用中医治疗收效满意,而且对于一些复杂、疑难病也每获奇效。此时,对《内经》“言病不可治者,未得其术也”有了进一步的理解。疾病的疗效不好,是我们对辨证施治的真谛尚未认识,是我们辨证施治的功夫还不够,是我们对该病的治疗方法还没有掌握。我在临证之余,经常在思考,觉得很有必要将临床辨证施治中的一些体会,进行总结,以便交流,希望对同道们有所启发。恰郑州大学出版社同志们提出来编写一套“辨证施治策略与案例丛书”,我便欣然接受了任务,并尽快组织专家收集资料,认真编写,完成本套丛书。

本丛书是一套关于常见病与多发病辨证施治策略的书籍,对各系统疾病从中医临床分型、辨证用药、施治策略与案例分析等方面进行了论述。其中施治策略部分凝聚了编者与各位专家的多年临床心得与经验,是该书的精要部分,病案分析部分则精选荟萃了编者临证积累的典型病案及名家医案、经方医案与验方医案,并对各个经典医案进行了分析。本套丛书可作为广大中医初学者与基层该专业人员的临证参考书,对具有一定经验的同道们亦有参考价值。然时间仓促,水平有限,书中不足之处在所难免,恳切希望同道们斧正。

本套丛书被列入河南省“十二五”重点图书规划项目,在编写过程中,得到了郑州大学出版社相关工作人员的大力支持,在此一并表示感谢。

李庆海

2011 年 11 月

为了进一步提高中医学学术水平,弘扬中医特色和优势,拓宽中医及中西医结合一线工作者的临床思路,提高临床诊疗水平,更好地服务于广大患者,我们收集、整理了作者及全国各地有关中医专家在心血管系统疾病方面的诊治经验,使之条理化、系统化、清晰化,便于临床应用,特编写了这部通俗易懂、临床实用性强的系列丛书之一。

祖国医学源远流长,博大精深。经过几千年的漫长实践与积淀,在理论与临床实践方面都得到很大提高。本书结合中医药知识教学与学习的独自特点,参照现代医学对内科疾病的病名分类,对心血管系统各疾病进行了阐述,对于临床常见病与多发病,从疾病源流、现代医学诊断与鉴别诊断、临床分型、辨证用药、施治策略与案例分析等方面进行了讲解,特别是施治策略与案例分析部分,是本书的精华之处。施治策略部分凝聚了编者与各位专家的多年心得与经验,病案分析部分则荟萃了大量的名家医案、经方医案与验方医案,深入浅出地分析了各个经典医案。对于一些少见的疾病如克山病、甲亢性心脏病等由于经典文献与临床资料的不足,我们只是作一些简单介绍与病案示例。另外,各章节后附有该病涉及的现代治疗方法,书后附有心血管系统疾病常用中西药简介,以供大家在临证时可以随时翻阅、参考。

本书通俗易懂,引用案例有据可查,内容丰富,施治策略部分凝有作者多年的临床经验和体会,极具参考价值。不但可以作为广大中医初学者与爱好者入门的参考书,而且又可以作为广大基层从事该专业人员临证的参考书,同时对该专业具有一定经验的同道们亦有重要参考价值。

由于时间仓促和我们的水平有限,书中难免有疏漏或不当之处,望广大医道同仁及中医药爱好者提出宝贵的修改意见。

编者

2010年9月于郑州

第一章		
心力衰竭		/1

第一节	急性心力衰竭	/1
第二节	慢性心力衰竭	/7
第三节	顽固性心力衰竭	/20

第二章		
心律失常		/31

第一节	快速性心律失常	/31
第二节	缓慢性心律失常	/47

第三章		
冠状动脉粥样硬化性心脏病		/57

第一节	无症状性心肌缺血	/57
第二节	心绞痛型冠心病	/61
第三节	心肌梗死型冠心病	/76

第四章		
心源性休克		/89

第五章
高血压病

/97

第六章
低血压

/113

第七章
高脂血症和高脂蛋白血症

/123

第八章
风湿性心脏病

/131

第九章
慢性肺源性心脏病

/140

第十章
甲状腺功能亢进性心脏病

/151

 第十一章 糖尿病性心脏病	/157
---	------

 第十二章 心血管神经症	/164
--	------

 第十三章 病毒性心肌炎	/176
--	------

 第十四章 心包炎	/189
--	------

 第十五章 克山病	/204
---	------

 第十六章 心肌病	/210
---	------

第十七章	/223
周围血管疾病	

第一节 多发性大动脉炎	/223
第二节 血栓闭塞性脉管炎	/237
第三节 闭塞性周围动脉粥样硬化	/249
第四节 血栓性静脉炎	/261
第四节 雷诺病	/273

附录	/287
心血管系统临床常用中西药物	

参考文献	/342
-------------	------



心力衰竭

第一节 急性心力衰竭

概述

急性心力衰竭是指由于急性心脏病变引起的心排血量显著、急骤降低,甚至丧失排血功能,导致组织器官灌注不足和急性瘀血综合征。包括急性右心衰竭与急性左心衰竭。急性右心衰竭即急性肺源性心脏病,较少见,主要为大块肺梗死引起。急性左心衰竭临床上较常见,以肺水肿或心源性休克为主要表现,是严重的急危重症,抢救是否及时、措施是否合理与预后密切相关。本节主要讨论急性左心衰竭。

本病临床上常由冠心病大面积心肌梗死、高血压心脏病血压急剧升高与输液过多、过快引起的心脏前后负荷急剧增加、严重心律失常导致的心排血量急剧减少等原因引起。主要表现为严重的呼吸困难,呼吸频数,强迫体位,面色苍白,口唇发绀,大汗淋漓,躁动不安,咳嗽、咳粉红色泡沫样痰,甚者可因神经中枢缺氧而至意识障碍,肺水肿若不能迅速纠正,则可至血压调节障碍,引起血压下降,终致心源性休克,甚者引起死亡。

本病属中医学“心悸”、“喘症”、“痰饮”等范畴。其病因病机多与心阳虚衰、心血瘀阻、水凌心肺有关。如《素问·逆调论篇》云:“夫不得卧,卧则喘者,是水气之客也。”《华佗中脏经》曰:“心有水气,则身肿不得卧,烦躁。”宋代《三因方·水肿》谓:“短气,不得卧,为心水。”本病病位在心,发病却与肺脾肾肝功能失调有关。肺主气,脾主运化,肾为气之根,肝主疏泄。若肝郁气滞或脾失运化,津液不能敷布,聚而成痰,痰浊壅肺,肺气不利,即可导致痰瘀痹阻心脉。《丹溪心法·惊悸怔忡》提出:心悸当“责之虚与痰”。肾主津液气化,肾阳虚时,膀胱气化失职,阴邪弥漫,是痰饮痰浊产生的根源。在治疗上《金匱要略》指出:“病痰饮者,当以温药和之。”《证治准绳》提出:“痰涎壅盛所以治之,必先理气。”豁痰开结药可以加强活血化瘀药的疗效;化痰理气药可以显著增加血液的流动性,降低其黏滞性,从而改善心功能不全。但遇心力衰竭患者夹有痰郁化热时则应遵循热者寒之的原则,给予清热化痰药物治疗,如瓜蒌仁、胆南星、川贝母等。本病发病急骤,可迅速转为阴阳离决。因此,急救回阳、破血化瘀、益气固脱、泻肺利水为其治疗大法。

诊断与鉴别诊断

(一) 诊断要点与依据

突发严重的呼吸困难,呼吸频数,呼吸频率可达 30~40 次/min,强迫体位,面色苍白,口唇发绀,大汗淋漓,躁动不安,同时频繁咳嗽、咳粉红色泡沫样痰,极重者可因脑缺氧而致意识模糊。发病开始可有一过性血压升高,病情如不缓解,则可致血压调节障碍,引起血压持续下降至休克。听诊时两肺满布湿性啰音和哮鸣音,心尖部第一心音减弱,频率快,同时有舒张早期第三心音而构成奔马律,肺动脉瓣第二心音亢进。追问病因患者可能由冠心病大面积心肌梗死、感染性心内膜炎引起的瓣膜穿孔、乳头肌梗死和(或)断裂、室间隔穿孔等心脏结构的改变,高血压、心脏病血压急剧升高、输液过多过快引起的心脏前后负荷急剧增加,严重心律失常导致的心排血量急剧减少等引起。

(二) 特征性检查

1. **心电图** 可为窦性心动过速、严重窦性心动过缓、急性广泛心肌梗死等表现。
2. **心脏综合超声** 可了解左右心室大小及室壁运动情况,了解射血分数,及各瓣膜启闭情况与乳头肌情况。
3. **脑钠肽** 间接判断心力衰竭程度及预后。

(三) 鉴别诊断

1. **支气管哮喘** 急性左心衰竭引起的呼吸困难应与支气管哮喘相鉴别。前者多见于老年人有高血压、冠心病、感染性心内膜炎或慢性心脏瓣膜病史,后者多见于青少年有过敏史;前者发病突然,患者强迫体位,面色苍白,口唇发绀,大汗淋漓,躁动不安,同时频繁咳嗽、咳粉红色泡沫样痰,极重者可因脑缺氧而至意识模糊,双肺可及哮鸣音与湿性啰音,后者发作时双肺可闻及典型哮鸣音,咳出白色黏痰后呼吸困难常可缓解。两者不难鉴别。
2. **其他原因所致的休克** 急性左心衰竭肺水肿合并心源性休克应与其他原因引起的休克相鉴别。前者多有引起急性心力衰竭的病因,临床表现既有急性肺水肿的症状与体征,又有休克的症状与体征,同时伴有舒张早期第三心音而构成奔马律,肺动脉瓣第二心音亢进;后者发病多因急性失血与失液、重症感染、过敏、疼痛等引起,临床表现主要是休克的症状与体征,急性肺水肿的体征无或不典型。两者不难鉴别。

辨证分型与施治策略

(一) 辨证分型

1. **痰瘀互结** 心悸喘促、不能平卧、心胸疼痛、肢体水肿。痰多体胖,头身困重,爪甲青紫。舌暗苔腻或水滑,脉滑数或结代促。
2. **水凌心肺** 心悸胸闷气短,咳吐痰多甚者咳吐粉红色泡沫样痰,喘息不能平卧,身肿尿少,肢冷。脘痞纳呆,渴不欲饮。舌体淡胖、苔白水滑,脉沉弱或滑。
3. **阳虚欲脱** 咳逆剧甚,张口抬肩,端坐不能平卧,少动则喘剧欲绝,心慌动悸,面白

或晦滞,自汗,唇甲青紫。舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,脉涩或结代。

4. **气阴两竭** 呼吸微弱,间断难续,或成叹息样,汗出如洗,躁烦内热。面红如妆,口干欲饮。舌质光红、无苔或光绛紫赤,脉细微而数,或散或芤。

5. **阴竭阳脱** 呼吸微弱,间断难续,或成叹息样,汗出如洗,躁烦内热,手足逆冷,神情淡漠。面白颧红,口干欲饮。舌质光红、无苔或光绛紫赤,脉细微而数,或散或芤或洪大无力。

(二)辨证施治

1. 痰瘀互结

治法:活血祛瘀,豁痰开结。

方药:涤痰汤(《证治准绳》)加味。制南星 12 g,法半夏 12 g,炒枳实 10 g,茯苓 10 g,橘红 10 g,石菖蒲 10 g,竹茹 12 g,桃仁 15 g,红花 15 g,赤芍 15 g,人参 6 g,甘草 3 g。喘盛痰多者,加皂荚 6 g,葶苈子 15 g;胸闷胸痛重者,加丹参 30 g,水蛭粉(冲服)3 g;上腹饱胀者,加厚朴 12 g,莱菔子 12 g。

2. 水凌心肺

治法:活血利水,泻肺平喘。

方药:真武汤(《伤寒论》)合葶苈大枣泻肺汤(《金匱要略》)。制附片(先煎)6 g,炒白术 10 g,白芍 10 g,茯苓 15 g,大腹皮 10 g,葶苈子 15 g,猪苓 15 g,干姜 10 g,桂枝 10 g,泽兰 15 g,益母草 30 g。饮逆呕恶者,加陈皮 12 g,生姜 6 g;气喘欲脱者,加黑锡丹 9 g,或蛤蚧粉 6 g,桑白皮 12 g;面暗口绀者,加丹参 15 g,当归 10 g。

3. 阳虚欲脱

治法:扶阳固脱,镇摄肾气。

方药:参附汤(《正体类要》)合黑锡丹(《太平惠民和剂局方》)。制附片 15 g,人参(与附片急煎频服)15~30 g,黑锡丹(送服)3~4.5 g,蛤蚧粉(冲服)2~3 g。或给予参附注射液 20~60 mL 加入 5% 葡萄糖注射液或生理盐水 250 mL 静脉滴注。喘剧欲绝者,加生龙骨、生牡蛎各 30 g,伴阴虚者,加山茱萸 15~30 g。

4. 气阴两竭

治法:益气养阴固脱。

方药:生脉散(《医学启源》)加味。人参(另煎兑服)15 g,麦冬 15 g,五味子 9 g,生地 15 g,山茱萸 15 g。或给予参麦注射液 20~60 mL 加入 5% 葡萄糖注射液或生理盐水 250 mL 静脉滴注。汗多不敛者,加生龙骨、生牡蛎各 30 g。

5. 阴竭阳脱

治法:益阴助阳,扶正固脱。

方药:破格救心汤(《李可老中医危重疑难病经验专辑》)。制附子(先煎)30~60 g,干姜 60 g,炙甘草 60 g,高丽参(另煎浓汁兑服)10~30 g,山茱萸 60~120 g,生龙骨 30 g,生牡蛎 30 g,麝香(冲服)0.5 g。病缓者加水 2 000 mL,文火煎取 1 000 mL,分 5 次服,2 h 一次,日夜连服 1~2 剂;病急者,开水武火急煎,频频喂服,不分昼夜,24 h 内 1~3 剂。痰声辘辘者,加生半夏 30 g,生南星 10 g,石菖蒲 10 g,鲜生姜 30 g;气短喘息欲脱者,加沉香末(冲服)3 g,桂油(冲服)3 g。

此外,国内学者吴又汀认为从痰论治急性充血性心力衰竭,可以促进患者心力衰竭控

制,迅速改善症状,使病情从根本上得到好转。临证时又分为痰瘀互阻型、痰热互阻型、心肾阳虚、水气凌心型与胸阳不振、痰浊闭阻型。笔者认为,痰浊与瘀血相兼是诱发急性心力衰竭的症结所在。《金匱要略》指出,“病痰饮者,当以温药和之”。《证治准绳》提出,“痰涎壅盛所以治之,必先理气”,豁痰开结药可以加强活血化瘀药的疗效;化痰理气药可以显著增加血液的流动性,降低其黏滞性,从而改善血液的流动状态,改善心功能不全。理气化痰的常用药有半夏、厚朴、薤白、桂枝等。但遇心力衰竭患者兼有痰郁化热时则应遵循热者寒之的原则,给予清热化痰的药物治疗,如瓜蒌仁、胆南星、川贝母等。

(三)施治策略

急性心力衰竭是临床危急重症,发生时要积极采取各种措施,迅速缓解肺瘀血、低氧血症状态,在采取有力的西医治疗同时,根据临床表现,紧抓各型辨证要点,分清气血阴阳之盈亏与痰饮、瘀血之轻重,辨证施治,运筹帷幄。根据辨证结果选择各证型疗效突出的代表方为基础加减运用。痰饮瘀血重者,在涤痰汤基础上应用活血化瘀之药如泽兰 15~30 g、益母草 15~30 g、水蛭 5~10 g、丹参 15~30 g 等,意在活血利水,血行则水饮自去,但要注意理气药物的应用,气行则血行,气滞则血瘀;重症患者往往表现为阳虚欲脱、气阴两竭、阴阳两竭,重用补火助阳、回阳救逆之品,如人参、附子等,人参可以用到 30 g,炮附子可以用到 15~30 g,更重者可加至 60 g,但注意其毒性,可采取先煎、久煎,并配合大剂量炙甘草(30~60 g)制约其毒性,给予大剂量山茱萸(60~90 g)益阴固脱,取阴中求阳之意,使阳气复而归其根。多数患者往往表现有情绪焦躁、大汗淋漓等症状,可以给予生龙骨、生牡蛎各 15~30 g,重镇安神、摄纳浮阳。在药物煎煮与服用方法上应武火急煎、浓煎,分多次灌服,亦可不分昼夜服用,直到病情缓解。

(四)调护

患者心力衰竭发生时,应严格限制下床活动,体位以半卧位或坐位为宜,并解除其紧张情绪。患者应注意心理卫生,重视精神调摄,避免不良刺激。饮食要清淡,以低盐、低脂、低胆固醇、低热量、多纤维素食物为宜,避免暴饮暴食。

病案示例与分析

(一)名家案例

林沛相案例

章某,男性,70岁。1965年11月9日初诊。患者5d前因受凉出现气喘、咳嗽、咳痰等症状。曾用麻杏石甘汤等寒凉药物治疗,病情未减轻,昨日起气喘加重。现症见呼吸喘促,不能平卧。时虽入秋而觉身热、大汗出。检查:体温 36.3℃,神清,半坐卧位,呼吸困难,喘声粗大,面泛娇红,口唇发绀,心率 126次/min,律齐。两肺可闻及较多湿性啰音,肺底明显,下肢不肿。舌质嫩红而暗、苔少,脉芤而数。西医诊断:急性左心功能不全。中医辨证:喘证(心气涣散、虚阳浮越)。治宜引火归源,敛收心阳。处方:熟附子(先煎)10 g,干姜 6 g,肉桂(另焗)5 g,炙甘草 5 g,高丽参(另煎兑服)10 g,沉香(后下)5 g,山茱萸 10 g,五味子 5 g。3剂,水煎服,每天1剂。服药后症状缓解,再宗前法调理数剂而安。

案例分析:心为神明之官,与肾相交。心之阳气根源于命门之火。急性心

力衰竭常表现为虚阳浮越的证候。其实质是心阳暴脱,肾火不固。治疗时当心肾双固,既温补心阳,又固摄肾火,还须注意在大辛大热之药中,不忘辅以益气敛阴之品,使阳气复而归其根。此为协调阴阳,补偏救弊之道也。本例患者年高体弱,阳气早衰,今外感风寒,医者复加寒凉之剂,非但药未中病,且更伤伐阳气。其喘促发绀,身热汗出,面浮娇红,舌质红嫩,脉芤而数等,为一派虚阳浮越、神阳将脱之候。根本在于肾中命门火衰,失之固摄。故治疗重在温补心肾之火,摄纳浮阳。方用四逆汤加肉桂,温补心肾,破阴存阳。高丽参、山茱萸、五味子等益气敛阴。沉香温中降逆平喘。合方为引火归源之剂。

(二) 经方案例

四逆加人参汤

药物组成:人参 15 g,制附子(另包,先煎 1 h,弃煎水后加入其他药中) 10 g,干姜 15 g,炙甘草 15 g。急煎温服。

功能主治:回阳救逆、益气固脱。主治元阳厥脱证。

案例:患者霍某,男性,62岁,退伍军人,1994年12月12日初诊。患者素体弱,畏风寒,久不劳作,患慢性心功能不全10年。2h前因远途行走,回家后突发心悸、哮喘,由家人送至急诊入院。查见口唇青紫,卷曲体位,呼吸喘促,四肢厥冷,心率102次/min,血压12/8 kPa(90/60 mmHg),舌紫苔厚腻,脉急数而弱。西医诊断为急性心力衰竭,心源性哮喘。中医诊断为喘证,辨证属心肾阳衰。治宜回阳救逆平喘。处方予四逆加人参汤,人参15 g,制附子(另包,先煎1h,弃煎水后加入其他药中)10 g,干姜15 g,炙甘草15 g。急煎温服。一服后喘促渐平,血压14.6/9.3 kPa(110/70 mmHg),脉搏84次/min;2h后再服,患者精神转佳。

案例分析:四逆加人参汤出自《伤寒论》,有回阳救逆、益气固脱之功,主治元阳厥脱证。本例因年老久病,正气已虚,劳则更甚。心不主运,肾不纳气,阳气不达,肺失肃降,故哮喘而厥。方中人参大补元气、回阳救逆,制附子温阳逐寒、补心肾之火,干姜温中除寒,助参、附之力,甘草温经补阳、调和诸药。合而具有回阳救逆之功,阳复则喘自平。

(三) 验方案例

破格救心汤(李可经验方)

药物组成:附子30~300 g,干姜60 g,炙甘草60 g,高丽参(加煎浓汁兑服)10~30 g,山茱萸净肉60~120 g,生龙骨、生牡蛎粉、磁石粉各30 g,麝香(分次冲服)0.5 g。病势缓者,加冷水2000 mL,文火煮取1000 mL,5次分服,2h一次,日连服1~2剂;病势危急者,开水武火急煎,随煎随喂,或鼻饲给药,24h内不分昼夜,频频喂服1~3剂。

功能主治:挽垂绝之阳,救暴脱之阴。凡内外妇儿各科危重急症,或大吐大泻,或吐血便血,妇女血崩,或外感寒温,大汗不止,或久病气血耗伤殆尽……导致阴竭阳亡,元气暴脱,心气暴脱,心力衰竭休克,生命垂危(一切心源性、中毒性、失血性休克及急症导致循环衰竭)。症见冷汗淋漓,四肢冰冷,面色苍白或萎黄、灰败,唇、舌、指甲青紫。口鼻气冷,喘息抬肩,口开目闭,二便失禁,神识昏糊,气息奄奄。脉象沉微迟弱,50次/min以下;

或散乱如丝,以及古代医籍所载心、肝、脾、肺、肾五脏绝症,七怪脉绝脉等必死之症;现代医学放弃抢救的垂死病人。凡心跳未停,一息尚存者,急投本方,1 h起死回生,3 h脱离险境,一昼夜转危为安。

案例:某患,女性,51岁。罹患右乳腺癌术后伴肺转移,合并右侧大量胸水,在河南中医学院第三附属医院急诊科反复用西药对症治疗,病情未见好转而于2003年12月16日入住肿瘤科。患者于12月19日凌晨如厕后,出现气促、呼吸困难加重,咳粉红色泡沫痰,喘息抬肩,表情紧张,呼吸30次/min,血压16/9.3 kPa(120/70 mmHg),心率107次/min,听诊双肺可闻及干湿性啰音,表现为急性左心衰竭,即给予毛花苷丙(西地兰)2次,并给予呋塞米(速尿)、硝酸甘油等药物,症状稍有缓解,但仍不能平卧,心率达140~150次/min,气促自觉有好转,活动后气促加重明显。观其精神疲乏,面色晦暗,表情紧张,喘息抬肩,口唇偏紫,怕冷,四肢不温,舌质淡红、无苔,脉沉细而数,关尺脉弱。为阴阳离绝,阳气欲脱之候。遂以破格救心汤煎服益气回阳、降逆定喘,制附子30 g,人参30 g,干姜50 g,生龙骨、生牡蛎(研粉)各30 g,磁石粉30 g,炙甘草50 g,山萸肉50 g,麝香(分冲)0.4 g。先予制附子与炙甘草先煎,加冷水2 000 mL,文火煎取1 000 mL,再入诸药,水煎取汁每30 min服1次,每次30 mL,每天1剂。西医用抗感染、强心、控制血压、祛痰解痉等处理。至12月23日,宗原方山萸肉加为120 g,患者症状逐渐改善;至12月26日,附子减为20 g,炙甘草减为40 g,干姜减为20 g;至12月30日,附子减为10 g,炙甘草减为20 g,干姜减为6 g,一直维持至2004年1月11日步行出院。患者后因癌症死亡。

案例分析:破格救心汤见于《李可老中医危重疑难病经验专辑》,主要应用于大吐大泻,或吐血便血,妇女血崩,或外感寒温,大汗不止,或久病气血耗伤殆尽等导致阴竭阳亡、元气暴脱。症见冷汗淋漓,四肢冰冷,面色灰白或萎黄,口唇、指甲青紫,喘息抬肩,口开目闭,神志昏迷,脉象沉微迟弱50次/min以下,或数急无伦120~240次/min者。本例患者罹患乳癌,术后发生转移,合并大量胸水,此为癌毒、金刃所伤而致气血阴阳大亏、寒水内生,大虚大实之间又发生心力衰竭,系心之阴阳欲绝,西医治疗效果不佳,合以破格救心汤峻补阳气、潜阳摄纳,方起死回生,而以此方随症加减,竟使患者最终能步行出院。可见临证对急危重症果断投以对证之中药,亦能收到良效。

【附】 涉及相关现代治疗方法

1. **间歇正压辅助呼吸,或持续正压呼吸** 对极严重的肺水肿,当患者已神志不清,休克,而痰液仍无减少趋势时,可给予间歇正压辅助呼吸,或持续正压呼吸,以改善肺泡内气体交换,提高动脉血氧浓度,并有利于制止液体向肺泡内渗透。这两种方法均须作气管插管或气管切开。

2. **主动脉内气囊反搏** 对药物治疗无效的患者,可考虑使用主动脉内气囊反搏。

3. **单纯超滤** 对于由于严重水钠潴留并发的急性肺水肿,尤其是合并肾功能衰竭者,使用单纯超滤,借跨膜压超滤出血浆水分,可有效缓解肺水肿。可采用静脉-静脉穿刺法,超滤率20~30 mL/min,超滤时间1~2 h,超滤总量视病情而定,常在2~4 L之间。但