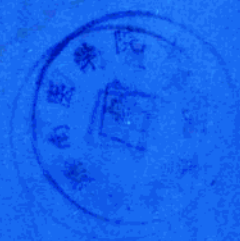
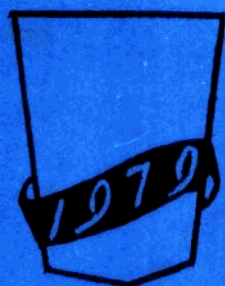


223087

贵医临床



贵阳医学院附属医院编

一九七九年十二月

目 录

论 著

- 尿毒症中医辨证分型及治疗的探讨.....中医科 张凤群 卢志胜 张大简(1)
- 中医中药治疗妊娠并急性白血病5例报告.....中医学教研室 李俊辉 谭自民(4)
- 按血瘀辨证中西结合治疗100例脑血管病临床分析
.....神经病学教研室 常嗣铭 中医学教研室 青成言(8)
- 中西结合治疗病态窦房结综合征(附15例疗效观察)
.....内科 姚 淙 中医科 董国权(11)
- 苦参总碱治疗银屑病60例疗效观察.....皮肤病学教研室 朱润衡 黄嘉美(17)
- 狗睾埋藏治疗再生障碍性贫血6例报告.....内科学教研室血液病学组(19)
- 头针疗法对40余种疾病治疗情况的观察.....针灸科 王志容(22)
- 针刺及穴位注射治疗中心性浆液性视网膜脉络膜炎38例报告
.....针灸科 龙 瑛 眼科 张孝如(27)
- 萎缩性鼻炎的耳廓敏感点及其耳针治疗.....耳鼻喉科学教研室 林尚泽(29)
- 中药槐花合剂外敷预防与治疗静脉补液或给药后静脉硬变与静脉炎的临床与
实验研究.....内科三病房护理组(31)
- 高血压病普查和有关临床检查的分析研究.....内科学教研室(34)
- 贵州省几个少数民族地区的眼病调查报告.....眼科教研室(41)
- 三岁以下儿童佝偻病557例普查资料小结
.....贵医附院儿科 安顺地区医院 铁五局二医院普查协作组(47)
- 130例门静脉性肝硬化临床分析.....内科 钟文元 庄桂芬 郭桂英(55)
- 贵州所见流行性出血热33例分析.....传染科 陈桂芳 钱定毅(61)
- 628例麻风病的临床分析.....皮肤病学教研室 李思奉(64)
- 产后出血312例临床分析.....妇产科教研室 沈碧莹(67)
- 40例膀胱癌的讨论.....外科 许儒博(74)
- 120例眼部肿瘤的统计分析.....眼科教研室 钱敏时(77)
- 女性尿瘘90例临床分析.....妇产科 杨世琦(82)
- 尿毒症误诊病例分析.....内科学教研室(86)
- 31例大肠息肉的病理分析.....临床病理科 曹守诤 庄铅秀(89)
- 肾小管酸中毒(Renal tubular acidosis)附7例报告.....儿科教研室 庞尔惠(92)
- 烧伤疤痕癌8例报告.....外科 袁必立(96)
- 140例慢性气管炎、肺气肿、肺心病的心电图改变与肺功能的关系
.....内科 梁永芳 艾树松 陶真池 张国培(99)
- 食管裂孔疝的X线诊断.....放射学教研室 尚国燕 刘子江(106)
- 胆脂瘤性乳突炎44例临床X线分析.....放射学教研室 许绍雄(113)

164例散发性病毒性脑炎的脑电图分析	精神病学教研室 张文渊 曾国珩 拓祥鸿 冯兴南* 芦亮(117)
脑电图贝美格诱发试验对癫痫的诊断价值(附102例分析)	神经内科 柯永勤 曾国珩 张文渊 芦亮(125)
120例高血压脑动脉硬化患者脑血流图与眼底、血脂、主动脉X线征、心电图改变的分析	神经内科 赵明祥(127)
竞争蛋白结合法测定血清甲状腺素(T_4)及初步临床应用	同位素科 唐培兰 王光先 袁继其(131)
^{189}Ir ——枸橼酸肺部肿瘤闪烁照相的观察	同位素科 胸外科(133)
肾上腺皮质激素治疗重型病毒性肝炎的初步探讨(附28例病例分析)	传染科 钱定毅 陈桂芳 于志勤(137)
双氧水静脉注射治疗危重型呼吸衰竭二例报告	内科 张国培 柳珍梅 夏友芬(139)
胆肠吻合术治疗胆管结石的疗效分析	外科教研室 周怀文 胥天录 薛露华(142)
下颌骨肿瘤切除后立即自体肋骨移植修复8例报告	口腔科 余华芳 王祖清(147)
从影响预后的因素看腹部内脏伤治疗的一些问题	外科 汤笃礼 陈年秀 冯昌宗 江晓儒 尹培荣(150)
断肢(指)再植18例的点滴体会	外科 潘巨文(153)
203例鼻咽癌放射治疗分析	肿瘤科 吴庆芬(156)
影响良性葡萄胎恶变因素的探讨	妇产科学教研室绒毛癌小组 于秀文 潘美兰 陈景端(160)
膝关节盘状半月板发病机理的探讨(附120例胎儿解剖观察)	外科学教研室 陈雄德(164)
手术期中输电解质对循环功能的影响	麻醉科 薛承美(166)
遗传性先天性膜性白内障(附一例报告)	眼科 胡绍先(171)
宫内节育器异位(附15例病例分析)	妇产科 李碧仙(174)
腮腺淋巴结病(附一例报告)	口腔科 吕德良 薛惠芬(178)
外耳恶性黑色素瘤(附一例报告)	耳鼻咽喉科 张幼凌 周章保(181)
诊疗技术介绍	
鼻咽部造影的检查方法和投照技术	放射科 吴清珍 曾新群(183)
牵引法检查乳腺包块点滴经验	肿瘤科 何颐蓉(189)
防治产后流血的点滴体会	妇产科分娩室(193)
讲 座	
外伤性颅内血肿的早期诊断	外科 于世英(195)
综 述	
系统性红斑性狼疮的诊断	皮肤科 韦国仁(199)
译 文	
受体亲和力对止痛效力的影响	宋进阔 译(202)
	张念安 校
卵巢无性细胞瘤	赵汝洪 译(205)
	杨国范 校

尿毒症中医辨证分型及治疗的探讨

中医科 张凤群 张志胜 张大简

尿毒症是一种危重的综合症。预后险恶,治疗困难。从去年二月份以来,我们在抢救尿毒症病人的过程中,加强了中西医结合,初步摸到了一些治疗规律。现将运用中医理论对本症辨证分型及治疗作初步探讨。

中医古代文献中无尿毒症的名称,但在中医书籍中有类似于本病的记载。如《内经》说:“肾气虚则厥”,又说:“肾病……小便闭。”在《金匱水气病》中有“脐下悸,吐涎沫而颠眩”的症状。《证治汇补》的关格门中有谓“关格者……既关且格,必小便不通,旦夕之间,徒增呕恶,此因浊邪壅塞三焦,正气不得升降,所以关应下而小便闭,格应上而生呕吐,阴阳隔绝,一日即死,最为危候。”这些见证与尿毒症相似。说明古代医家对本病早已有一定认识。也为本症治疗提供了一定经验。根据中医理论,肾为胃关,职司开阖。肾气从阳则开,从阴则阖。阳气阖微不能温养全身,气化不能,肾关因阳微而不能开,遂成尿闭。由于脾肾衰败日久,阳损及阴,肾病及肝,湿浊内留,三焦气机壅滞而出现恶心、呕吐、甚则抽搐昏迷、尿闭。湿浊之邪寒化则伤阳而导致阳衰;热化则伤阴而导致阴竭。终于发展到阴阳气血虚极,心、肝、脾、肺、肾五脏俱绝的危险境地。

一 般 资 料

本组病例共20例,男10例,女10例。最小年龄18岁,最大年龄64岁。病程半年以内者6例,3~5年者4例,7~10年者4例,16~20年者4例,病程最短2例为20天。

临 床 资 料

病例选择:本组20例,经西医诊断确诊为慢性肾炎尿毒症。有慢性肾炎病史;检查有尿改变,并有胃肠道症状及精神神经症状。血非蛋白氮80~247mg%,肌酐3.2~15.6mg%,二氧化碳结合力低。病人曾作肌酐清除率检查,均明显下降。多数病人作过同位素肾图,均显示肾功能受损或无功能。

辨 证 分 型 及 治 疗

尿毒症为邪实正虚,虚实互见,证情错综复杂的证候。脾肾虚是本,湿浊为标。根据“急则治其标,缓则治其本”的治疗原则。通腑导浊治标,补脾肾治本,或标本兼施。若正衰邪实,虚不胜邪者,宜扶正固本,以救其生机。本组20例,属脾肾衰败湿浊留10例。阴虚阳亢湿浊羁留5例。三焦壅滞湿热内阻3例。热毒内陷血热风动2例。

一、脾肾衰败湿浊羁留

主证:面肢浮肿、怕冷、恶心、呕吐、不思食、身倦、嗜睡、大便秘或便稀、面苍白无光泽、唇舌淡白、脉细弱。

治法:温肾扶脾降浊

方药:真武汤 香砂六君汤 附片(或肉苁蓉) 竹叶 太子参 半夏 陈皮 茯苓 代赭石 生姜。

脾气虚弱,胃失和降,吐甚者宜用生脉散,小半夏汤加太子参、代赭石。

二、阴虚阳亢湿浊羁留

主证：头昏痛、耳鸣、腰痛、心烦、恶心、呕吐、口干苦、手足心热、便干结或面黯黑、尿短赤、舌质红、苔黄腻、脉弦。

治法：育阴潜阳降浊。

方药：六味地黄汤加味 石决明 夏枯草 葛根 菊花 乌梅 车前草 代赭石 茵陈，浮肿者加牛夕、湿热甚者，除上述证外，头剧痛、鼻衄、便秘结、脉弦数。方用龙胆泻肝汤，便结尿短赤加茵陈、乌梅、大黄。

三、三焦壅滞湿热内阻

主证：胸闷、脘胀、恶心呕吐、心烦热、便秘尿短赤、苔黄腻。

治法：清利湿热、通腑导浊。

方药：太子参 代赭石 连翘 枳实 厚朴 竹茹 茵陈 茯苓。生大黄泡水代茶饮。痰湿者、除上述证外，有痰多、脉滑、苔白腻方用蒿芩清胆汤，仍用生大黄泡水服。

四、热毒内陷血热风动

主证：发热、神昏谵语、痉挛、抽搐、牙出血、鼻衄、脉数

治法：清热解毒、凉血熄风。

方药：犀角地黄汤 安宫牛黄丸。

治疗结果：经治20例，缓解一例（5%），好转6例（30%），无效3例（15%），死亡10例（50%）

疗效标准：神经精神、胃肠症状有所改善，水肿消退。缓解一例，肾功能：肌酐由4.0毫克%降至2.3毫克%，接近正常。非蛋白氮由114毫克%降至44毫克%。好转6例，肾功能：肌酐平均由5.0毫克%降至4.2毫克%，非蛋白氮平均由111.7毫克%降至84毫克%。

病例介绍

邱××，女，18岁，工人，住院号019474。

因浮肿、腰痛6月余，加重并恶心、呕吐、尿少月余，于78年6月17日入院。

诊断：慢性肾炎，慢性肾功能衰竭——尿毒症期并消化道出血。

入院时，面部及双下肢明显浮肿，血压170/120mmHg，血色素5克，肌酐4mg%，二氧化碳结合力32.4容积%。同位素肾图显示双肾无功能。大便匿血试验阳性。尿常规：蛋白++，RBC多，WBC1~5。入院后应用潘生丁10mg，每日二次，肌注。50%葡萄糖40ml加速尿200mg静滴，每天一次。5%碳酸氢钠250ml静滴，每天一次，共用两周。以及苯丙酸诺龙25mg，肌注，每周二次。见患者面色晦暗，面肢浮肿、困倦、嗜睡、不思食、频频呕吐、头汗出，日尿量300ml，大便稀溏、肛门灼热、脉弦微数，舌淡苔薄黄。中医辨证：属脾肾衰败湿浊壅滞三焦，宜温肾健脾，和胃降逆止呕。投以太子参15g、代赭石60g、肉苁蓉30g、龙牡各9g、猪苓30g、滑石18g、连翘15g、乌梅10g、茵陈30g、藕节30g、茅根15g、夏枯草15g、地榆15g、谷麦芽各15g，大黄泡水代茶饮服。服药三剂后，吐止，日尿量1200ml。服大黄水后，日便行2~4次，便后觉舒快。上方连服九剂，证减食增，每餐食稀粥少许，肿消，血压降至140/80mmHg。后因洗头受凉，呕吐甚，投以小半夏汤加太子参15g、代赭石30g，连服九剂证减。续以香砂六君子汤益气健脾调养。复查：血色素6.5g，血压130~140/90~100mmHg，肾功能：肌酐2.4mg%，二氧化碳结合力51.6容积%，同位素肾图显示有改善（双肾功能重度受损），经治疗2月余，病情好转出院。

花××，男，20岁，学生，住院号505765。因间发浮肿8年、头昏痛、呕吐、视力障碍1周，于1979年3月28日入院。诊断：慢性肾炎—尿毒症。血压230/130mmHg，肾功能：肌酐7.6mg%，肌酐清除率9.8ml/分。二氧化碳结合力35.9容积%，同位素肾图显

示双肾功能严重受损。中医辨证属阴虚阳亢湿浊羁留型。西医应用利尿降压等药物。中医滋阴平肝潜阳。用六味地黄汤加代赭石30g、葛根9g、石决明30g、竹茹9g。因大便秘结，用生大黄泡水代茶饮服。经治疗近一月，病情好转。血压160/100毫米汞柱、血肌酐下降到4.4mg%，继用蒿芩清胆汤、清利湿热，病情稍有稳定，后因外感诱发，湿浊热甚，终因病情恶化而自请出院。

体 会

一、我们认为在救治尿毒症的过程中，宜采取中西医结合措施。将西医辨病与中医辨证逐步有机地结合起来，各用其长、补其所短。应用西医救急，纠正酸中毒及电解质失衡。中医扶正固本，增强机体抵抗力，以复元气、方能留人治病。

二、尿毒症病情复杂，变化多端，往往一日数变，重要的是灵活而正确掌握中医辨证施治的法则，决不能拘拟一方一法。急则治其标，缓则治其本。用真武汤、香砂六君汤、生脉散补脾肾，扶正固本。用温胆汤加味除痰湿，通利三焦。湿热甚者加乌梅、茵

陈、连翘、苡仁清热利湿。便秘者，用生大黄泡水代茶饮服，通腑导浊，排毒以治其标。临床中，我们乐用张老锡纯先生止呕吐常用方。代赭石、党参用于止呕，一升一降相得益彰，止呕吐效果较好。

三、本症由于脾肾衰败，湿浊内留所引起。转归则是阳损及阴、肾病及肝，终尽阳衰阴竭，五脏俱绝。在治疗中必须谨守病机，把握时机、适时适当的给以治疗。防其“湿浊”化热。未见化热时，争取时机，抓紧挽救。同时在救治过程中，若能时时兼顾证之标热本寒，为之不易。扶阳固本除湿往往会助邪化热伤阴。清热过凉，又伤其阳，要时时固护其阴阳确为困难。一例脾肾虚衰，在补脾肾的基础上，及早用生大黄通腑导浊，标本兼施，使患者脱了险境。另一例、阴虚阳亢，热化迅速，湿浊热邪壅盛，曾一度好转，后因外感很快化热，病从恶化。临床中脾肾衰败湿浊羁留型，及早防止化热，曾为可治，但效逊。阴虚阳亢湿浊羁留型易于热化、为阳实热证。由肾及肝、心，预后多凶险。

对尿毒症的治疗，目前我们仍感困难，仍需不断努力，以提高疗效。

中医中药治疗妊娠 并急性白血病5例报告

中医学教研室 李俊辉 谭自民

急性白血病(以下简称急白)是造血系统的恶性疾病。妊娠后患此病,病情更趋复杂,治疗较为困难,在妊娠早期应用激素及抗代谢药物,有引起流产及胎儿畸形的可能,分娩时的出血与感染,对患者生命威胁也较大。几年来,我院以中医中药为主治疗妊娠合并急白5例,取得一定效果,现总结如下:

一般资料

5例急白均为我院内科收住院病例,经临床及血液骨髓检查确诊,年龄24—30岁。其中急粒3例,早幼粒1例,急淋1例。妊娠次数:3例为第一胎,2例为第三胎。急白发病时间均在妊娠后6+月。

治疗

辨证施治:中医中药对急白的治疗,由于对本病的认识不同,各地治疗方案也不一致,根据急白的发病及临床表现,起病多急,青壮年多,素体多无慢性病史,高热汗出不解,出血等症。在《素问·评热论篇》说:“有病温者,汗出辄复热,而脉躁疾,不为汗衰。”《伤寒论》中也说:“太阳病发热而渴,不恶寒者为温病。”故我们把急白似为“温病”范畴,同时遵循祖国医学“产前宜凉,产后宜温”的原则,我们在产前采用清热解毒、凉血止血为主的治疗方法,产后由于正气虚衰,则以大补气血和滋养肝肾为

主,兼以清热解毒的治疗方法,所用基本方是:

产前:复方犀角地黄汤加減(犀角或水牛角、生地、元参、丹皮、丹参、生石膏、青黛、大青叶、麦冬、地骨皮、银柴胡、太子参、阿胶、龟板、半枝莲、白花蛇舌草、银花。)

产后:当归补血汤、大补元煎、犀角地黄汤加減(黄芪、党参、当归、熟地、生地、山萸肉、或女贞子、枸杞子、淮山药、赤芍、丹皮、丹参、银柴胡、龟板、别甲、白花蛇舌草、半枝莲、热甚加生石膏、青黛、犀角。)

西药:产前用抗菌素、输血、激素、不用或用少量化疗。产后采用一定化疗。

治疗结果

完全缓解2例,部分缓解2例,未缓解1例;5例均顺利渡过了产期,4例顺产足月女婴,4个婴儿均没有畸形,也无白血病患者血象,仅1例早产1死胎。产后存活时间:例1不详,例2、95天,例3、4分别于产后55天、85天自请出院失去联系,例5产后存活286天。(详见附表)

现将例2、例3的诊治经过简介于后:

例2:患者住院号717212,女性,24岁,工人。因停经6个月、头昏、发热、鼻衄1月,于1973年11月10日住院。检查:体温37.4℃,发育正常,营养可,呈病容,神志清楚。颈部淋巴结可扪及,鼻粘膜渗血,心

浊音界扩大，各半膜区可闻收缩期杂音，肺阴性，腹大，肝脾扪不清，宫底在剑突下三横指，胎心正常。实验室检查：血红蛋白2.5克，白细胞3800，分类：原淋巴细胞24%，血小板62000，骨髓有核细胞增生极度活跃，原淋巴细胞92%，诊断：急性淋巴细胞型白血病合并妊娠。

中医辨证：但热不寒，汗出较多，鼻衄不止，心中烦热，渴喜冷饮，大便秘结，舌质红绛，苔黄少津，脉洪大鼓指。证系感受温热病邪，侵犯营阴，窜入骨髓，破坏造血机能，以清热凉血，解毒养阴法进行治疗。

处方：犀角、生地、元参、麦冬、丹皮、地骨皮、生石膏、知母、龟板、别甲、银柴胡、青黛、紫花地丁、大青叶、白茅根、藕节、阿胶、白花蛇舌草、半枝莲，同时并用强的松，6MP、青霉素及输血，治疗一月，体温转正常，鼻衄停止，精神食欲转好。12月25日复查血象：血红蛋白12克，白细胞9800，幼稚细胞消失，血小板9600，骨髓原淋巴细胞减到10%。至1974年元月17日，正常分娩一女婴，生产时流血不多，产后体温又上升至38℃，口干口苦，尿黄便结，阴道少量流血，舌质红、苔黄燥，脉弦，仍属热毒未尽，更兼气阴两伤，以益气养阴，兼清余热治疗。

处方：太子参、沙参、生地、麦冬、元参、石斛、玉竹、生石膏、犀角、银柴胡、青黛、大青叶、白花蛇舌草、半枝莲，服后病情稳定，但血中又出现少量幼稚细胞，4月4日，患者突发高热至39℃，下颌淋巴结肿大，再经中西药共同治疗无效，于4月22日死于感染和衰竭。

例3：患者住院号43714，女性，30岁，农民。因停经8月，鼻衄不止6日，于1977年2月21日入院。检查：体温38℃，血压110/70mmHg，发育正常，营养一般，呈病容，神志清楚，皮肤苍白。下肢有散在出血点，全身淋巴结可扪及，鼻腔渗血，胸骨无

压痛，双肺可闻散在干啰音。心浊音界不大，无病理性杂音，腹部隆起，肝脾未扪清，宫底在剑下可扪及，胎心音正常。化验检查：血红蛋白4.5克，白细胞78400，原粒及早幼粒67%，血小板54000，骨髓有核细胞增生明显活跃，原粒及早幼粒占58%，诊断：急性粒细胞性白血病。

中医辨证：发热，大汗出，鼻衄，口干苦，心中烦热，渴喜冷饮，面色晄白，尿黄便结，舌质淡，尖红，苔黄燥，脉洪大，为感受温毒病邪，侵犯营阴，窜入骨髓，破坏造血机能所致，以清热、凉血、止血法治疗。

处方：犀角、生地、丹参、青黛、银花、连翘、公英、地丁、紫草、赤芍、红花、槐花、侧柏叶、白茅根、太子参、沙参、明雄黄、云南白药。同时给予强的松、青霉素治疗一月，病情好转，血红蛋白上升，于1977年3月足月顺产一女婴，经检查婴儿无畸形和白血病，生产时出血约80毫升。产后有潮热汗出，下肢可见出血点，口干苦，尿黄，脉弦滑数。为气阴已伤，但温毒尚存，以益气养阴，清热凉血、活血化瘀法治疗，于原方中加黄芪、龟板、别甲，病情稳定，血红蛋白上升至9克，白细胞32000，原粒及早粒降至36%，后用COAP方案2疗程，患者因故自请出院。

体 会

一、妊娠并急性白血病，国内外报导并不少见，从我们所见到的资料看，妊娠合并急白多数在妊娠中期及末期，在妊娠之前却少见，这可能与妊娠以及妊娠后调养失宜、精气亏损，气血不足有关，在《傅青主女科》中说：“凡妇人之怀妊也，赖肾水以荫胎，水源不足，则火易沸腾……，则火必大动，再至兴酣颠狂，精必大泄，则肾水益涸，而雷龙相火益灼。”因此，本病系在精气亏损，气血不足的基础上，温毒病邪乘虚内陷，侵

入营阴，伤及骨髓而发病，是一个内外因相互作用的过程。

二、妊娠合并急白的治疗，应力争病情迅速好转，使患者安全渡过产期，获得正常活婴，防止产时出血及感染，以及病情恶化。治疗时应考虑到产前与产后，实与虚、邪气与正气的变化而立法用药。由于产前邪实正不甚虚，按“温病”以清热解毒，凉血为主的治法，用复方犀角地黄汤加减，多能使患者安全渡过分娩。产后按“产后虚在八脉……脉八丽于肝肾”的理论，以大补气血滋养肝肾兼清邪热的治疗法则，可以收到一定的效果。

三、活血化瘀药的应用：活血化瘀药多数列为妊娠禁忌或慎用。我们认为急白患者多有瘀血，常伴骨节疼痛，肝脾淋巴结肿大，舌质瘀紫等表现，虽有妊娠，根据“有故无殒，亦无殒也”的理论，仍在清热解毒凉血的同时，加丹皮、红花、丹参等活血化瘀药。如例5为早幼粒型，产前用VCR 2毫克后即出现鼻衄、齿衄、肉眼血尿，确诊为弥漫性血管内凝血。西药用潘生丁，低分子右旋糖酐，中药重用活血化瘀药，出血控制，弥漫性血管内凝血得到纠正。此后再次出现弥漫

性血管内凝血，用复方丹参注射液静滴，重用活血化瘀药煎服（未用潘生丁、肝素）而得到纠正，尚未引起流产，分娩时失血亦不多，婴儿无畸形。但活血化瘀药的应用，必须结合辨证。

四、化疗药物的应用：从国内统计资料看，单纯西药治疗的效果并不理想，应用激素加6MP等治疗，母体近半数在妊娠期及生产时死亡，少数病例产后存活3个月以上。至于胎儿却大多数流产或宫内死亡。哈医大用中西医结合治疗1例，获正常活婴，患者存活9个月。我院5例都安全渡过妊娠期，产后均存活在3个月以上，例5产后存活286天。5例中4例正常分娩了活婴，婴儿都没有畸形，也没有白血病血象。仅1例为宫内死胎，此例产前采用CMGP方案，这是否对胎儿有影响，需进一步观察，但我们认为：产前以中医中药为主的治疗，西药给予支持疗法，对于患者安全渡过分娩，获正常活婴是有益的。产后根据病情采用一定化疗，中药以补气血、滋养肝肾为主，兼以清热解毒的治疗，对白血病的缓解和延长患者生存期是有益的。

参考文献（从略）

附表:

5 例 妊娠合并急性白血病治疗效果

病 例	年 龄	职 业	诊 断	发 病 时 间	妊 娠 持 续 时 间	治 疗				Hb克		WBC				血小板 (万)		骨髓(原 幼)%		治疗结果		备 注			
						西 药		中 药		产 后	产 前	产 后	产 前	总 数/mm ³	产 后	治 前	产 后	治 前	产 后	患 者	胎 儿				
						产 前	产 后	产 前	产 后														原 幼%	治 前	产 后
1	26	干 部	急 粒	妊娠后28周	足 月	青霉素 输 血	青霉素 输 血	清热解毒 凉血止血 益气养阴 清热解毒	益气养阴 清热解毒	2.5	10	4400	5000	3	0	7.2	—	大 量	正 常	CR	足月 产一女 婴,无 畸形, 和白 血病	产时流血 不多,产 后存活 时间不 详			
2	24	工 人	急 淋	妊娠后31周	足 月	MP 青霉素 输 血	CMGP 青霉素 输 血	同 上	同 上	2.5	13	3800	10000	24	0	6.2	9.6	92	10	PR	同 上	产时流血 不多,产 后存活 95天			
3	30	农 民	急 粒	妊娠后34周	足 月	Pred 青霉素	COAP 青霉素	同 上	同 上	4.5	9	38000	32000	67	36	5.4	7.0	58	70.5	PR	同 上	产时流血 不多,产 后55天, 因故自 请出院			
4	26	干 部	急 粒	妊娠后32周	32 周	CMGP 强力霉素 输 血	CMGP 强力霉素 输 血	益气养阴 清热解毒 清热解毒	益气养阴 清热解毒	7	3.5	8250	5000	60	65	4.6	3.2	84	68.5	NR	死胎	产时流血 不多,因 故85天, 因故自 请出院			
5	28	教 师	早 幼 粒	妊娠后28周	31.6 周	地塞米松 庆大霉素	红比霉素 阿糖胞苷	清热解毒 活血消瘀 清热解毒	益气养阴 清热解毒	7.5	10	13200	6000	92	0	7	6.8	96	5	CR	产一女 婴,无 畸形, 和白 血病	产时流血 不多,产 后7个 月,还 在观察 中			

按血瘀辨证中西医结合治疗100例 脑血管病临床分析

神经病学教研室 常嗣铭
中医学教研室 青成言

脑血管病分为出血性和缺血性两类，前者包括脑出血和蛛网膜下腔出血（简称蛛血），后者包括脑血栓形成和脑栓塞。临床上按活血化瘀治则治疗闭塞性脑血管病已有不少经验，但对出血性脑血管病尚少尝试。今将近三年来我们按血瘀辨证治疗的急性脑血管病（包括出血性）整理报导于后。

临 床 资 料

全部为住院病人，在接受常规西药治疗的同时加用中药治疗，每日一剂，连服6剂以上而资料完整者共100例（以下简称本组）。其中男65例，女35例，年龄在10~84岁之间（40岁以下的12例，40~60岁者最多，53例；61岁以上的35例）。诊断为脑出血的40例，脑血栓47例，蛛血7例，脑栓塞6例。

治 疗 方 法

一、西药治疗，其主要方法如下：

（一）出血性脑血管病急性期危重者：甘露醇和高渗葡萄糖等脱水减压以改善脑水肿；血压过高者用利血平或降压灵适当降低血压。

（二）缺血性脑血管病：烟酸，地巴唑；少数病人用低分子右旋糖苷。

（三）严重的危重病人加用细胞活化剂。

（四）维生素B族和维生素C。

二、中医辨证治疗，分三组

甲组：按内风辨证治疗。

乙组：按血瘀辨证治疗。

基本方：丹参 川芎 红花 赤芍 牛
夕 大黄 当归

加减：气虚加黄芪、党参；血虚加鸡血藤、熟地；肝阳亢甚者加石决明；痰湿加石菖蒲、胆南星；阴虚者加生地、沙参、二冬。

丙组：按乙组治疗方法并口服水蛭粉或三七粉。

疗效：

本组治疗的100例疗效统计如表：

近愈35例，显效29例，好转30例，无效1例。近愈显效率64%。死亡3例（脑出血并消化道出血一例。第二次脑血栓一栓塞伴严重心力衰竭一例，脑血栓一栓塞伴门脉性肝硬化一例，均有高血压动脉硬化性心脏病）；自动出院2例（脑出血复发及蛛血各一例），服中药6剂，因病情加重出院后估计预后不好，亦列入死亡，故校正病死率为5%。

讨 论

（一）中西医结合治疗脑血管病，按内风辨证施治疗效高于仅用西药者，我们已于1958年，1963年分别报导。本组脑出血病人近愈显效率如表一所示为58.5%（24/41）、亦比过去单用西药治疗者（4.7%~4.8%）

100例脑血管病的疗效统计表

		脑出血	脑血栓	脑栓塞	蛛血	总 计		
						甲 组	乙 组	丙 组
近 愈	甲 组				1	1		
	乙 组	7	18	1	3	(7.8%)	29	
	丙 组	1	2		2		(48.3%)	5(18.5%)
显 效	甲 组	6		1		7		
	乙 组	7	6				13	
	丙 组	3	4	2				9
好 转	甲 组	1	2			3		
	乙 组	7	8				15	
	丙 组	7	4	1				12
无 效	甲 组			1		1		
	乙 组							
	丙 组							
死 亡	甲 组							
	乙 组	1	1			2		
	丙 组		1			(3.3%)	1(3.7%)	
自 动 出 院	甲 组				1	1		
	乙 组	1				(17.8%)		
	丙 组						1(1.7%)	
总 计						13	60	27
						100		

说明：疗效标准

近愈：经治疗后神志清楚，言语清晰可步行，一般生活可自理。

显效：经治疗后神志清楚，言语清晰或虽蹇涩，但能听懂，瘫痪肢体肌力恢复至Ⅱ～Ⅳ级

好转：意识，话语及瘫痪肢体的肌力比用中药前改善。

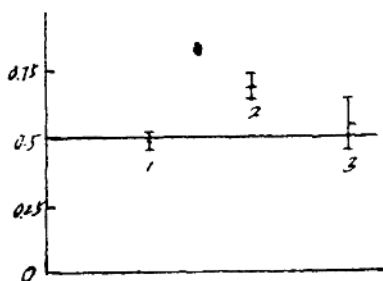
无效：用中药前后无变化。

明显提高。根据辨证施治不同，本组病例分为三组：甲组13例，按内风辨证施治；乙组60例和丙组27例，均按血瘀辨证，用活血化瘀治则治疗，丙组还加服三七粉或水蛭粉。三组的疗效如上表所示。

用参照单位分析法，分析三组疗效总体R值95%可信限如图示（以甲组为基准）：甲、乙两组之可信限无交叠， $\bar{R}_甲$ 与 $\bar{R}_乙$ 有显著差别，即乙组疗效优于甲组。当以乙组

为基准计算乙、丙两组，其可信限（乙组0.396～0.442，丙组0.273～0.435）有交叠，说明乙丙两组无显著区别。提示按血瘀辨证用活血化瘀治则治疗脑血管病（包括出血性）有优越性，特别是近愈率，甲组为7.8%，明显低于按血瘀辨证施治的乙组（48.3%和丙组18.5%）

（二）中医认为“舌苔是胃中生气所现”（伤寒论本旨·辨舌苔），“乃胃气之所熏



三组疗效比较图

(参照单侧分析法)

说明: 图中横线为各组 $M_R 95\%$

可信限范围

1. 甲组 $0.4983 \sim 0.5015$;
2. 乙组 $0.6522 \sim 0.6984$;
3. 丙组 $0.4095 \sim 0.6317$ 。

蒸, 五脏皆禀气于胃”(形气简摩·舌质舌苔辨); 苔垢薄者, 形气不足, 苔垢厚者, 病气有余(辨舌指南)“苔由厚而退薄, ……由退而后生薄白新苔, 乃胃气渐复, 谷气渐进之吉兆”(辨舌指南)据此可以从舌苔的变化有助于了解脏腑气血的盛衰, 正气与邪气的消长。在本组观察的85例脑出血和脑血栓的病人中, 48例有湿浊内盛的厚腻苔。从服中药开始到治疗结束, 舌苔随病程显效近愈而由厚垢渐化变薄的30例, 厚垢苔一直不变的18例, 其病情稍好转或无效。我们初步印象是从舌象有助于推断脑血管患者的病情轻重和预后。

(三)《金匱翼》(清·尤任注)记载“盖左右者, 阴阳之道路, 不可偏也, 偏则阴阳倾而隔矣。经络者血气之所流注, 不可塞也, 塞则气血塞而废也”。脑血管病人因气血偏虚、瘀血、痰邪留着于所虚之一侧, 阻隔脉道, 就发生了左瘫右痪。若凝痰死血, 严重壅塞经脉, 则往往成完全性偏瘫。本组观察的35例完全性偏瘫的病人经治疗后近愈显效的共21例。58例不完全偏瘫者, 经治疗后近愈显效的34例, 与完全性偏瘫者相比并无显著差异($P > 0.05$)。我们观察到瘫痪肢体的恢复与开始中药治疗时的病程有一定关系, 病程在15天内开始治疗的59例和在16天后才开始治疗的33例相比, 其近愈显效率前者(71.3%)和后者(48.5%)相比有显著差异($P < 0.05$), 说明病程较长才开

始治疗者瘫痪多不易恢复。但也不尽然, 如本组一例脑出血, 左侧肢体完全偏瘫近一年, 经各种治疗无效, 以后用补阳还五汤加减, 吞服水蛭粉, 穴位注射, 加强瘫痪肢体的被动运动, 经治疗一月, 左下肢肌力由0级恢复至Ⅱ~Ⅲ级。说明病程虽长, 只要有信心, 坚持综合治疗和加强肢体的锻炼, 仍有恢复的可能。

小 结

根据祖国医学文献记载, 我们认为脑血管病是由于“气之与血; 并走于上”(内经调经论)“血菀于上”(内经·生气通天论)和“气血闭而不行”(东垣十书)引起的。虽然出血性脑血管病的血管破裂出血可在脑实质、蛛网膜下腔或脑室, 与缺血性脑血管病有脑血管闭塞不同, 但从病理生理角度, 两者都可因脑血循环障碍, 局部血液停滞壅塞、瘀积不散, 结果脑组织缺血软化, 在一定程度上与祖国医学对瘀血的论述是吻合的。中医认为: 离经之血未排出体外, 就是瘀血。并认为卒中的偏瘫与气滞血瘀, 经脉瘀阻有关, 为临床提供了按活血化瘀治则治疗的理论。

本组所用的基本方的主要作用为: 当归、丹参养血活血; 川芎、红花活血化瘀; 大黄酒逐瘀活血通腑; 牛夕化痰引血下行; 水蛭、三七粉为增强活血化瘀而设。动物实验和药

中西医结合治疗病态窦房结综合征 (附15例疗效观察)

内科姚淙 中医科董国权

病态窦房结综合征 (Sick sinus syndrome, 简称S.S.S.) 系指由于窦房结及其周围组织 (心房及房室结) 的病变而导致起搏功能 (冲动的形成) 和 (或) 冲动的传导障碍, 产生心律失常, 引起心搏出量减少, 造成不同程度的心、脑、肾供血不足等一系列表现的综合征。1909年Leslett最先报告窦性心动过缓引起晕厥的病例, 但在50年代以前认为窦房结的病变极为少见, 持久性的功能抑制也罕有报告。1966年国内由颜、陶氏等首先报告5例“窦房结功能衰竭”, 1967年Lawn在总结心律失常电转复的并发症中第一次提出S.S.S.的概念。近几年来, 我国北京、四川、广州、旅大、新疆等地迭有报导, 说明S.S.S.是现在内科比较常见的一种疾患, 值得大家的注意和重视。现将我院1977年4月—1979年6月中西医结合治疗S.S.S. 15例分析如下:

诊断依据及类型

我组病例的诊断系根据1972年Rubenstein的分类以及1977年北京地区对S.S.S.的诊断参考标准分以下两类共四种:

一、单纯性窦房结病变

理学研究亦表明这类药物具有降低血管阻抗, 减少红细胞、血小板的集聚性, 增加血流量, 改善组织缺氧和微循环……等作用。如前所述, 乙、丙两组的疗效优于甲组, 提示用瘀血学说指导治疗脑血管病是值得注意

1. 持续性窦性心动过缓, 心率 <50 次/分 4例

2. 窦房阻滞或窦性停搏伴有或无房室交界性逸搏或心律 5例

二、双结性病变 (窦房结及房室结均有病变)

1. 心动过速—心动过缓综合症 (窦性心动过缓或停搏或窦房阻滞, 随之发生室上性心动过速, 心房纤颤, 心房震颤, 少数也可发生室性心动过速。) 4例

2. 房室交界性逸搏心律 <35 次/分 2例 (其中1例呈持续性逸搏—夺获二联律)。

(注) 心率缓慢型的患者均作了窦房结功能试验, (予阿托品1—2毫克静注, 观察20分钟, 若心率 <90 次/分者为阳性) 证实为窦房结功能低下者, 且与药物无关才诊断为S.S.S.。

临床资料

一、一般资料: 门诊7例, 住院8例共15例。其中男10例, 女5例。年龄31—65岁。(31—40岁者6例, 41—65岁者9例)。职业中干部6例, 工人6例, 医师、农民、解放军各1例。病史时间计半年以内者4例,

的。本组有13例在急性期后出现顽固性瘫痪肢体作剧痛者, 用铁弹丸方加减治疗, 获得缓解。铁弹丸方中的乳香、没药、草乌、五灵脂等亦具有活血化瘀温经通络止痛的作用。

参考资料 (从略)

1—3年7例, 5—6年4例。

二、病因: 冠心病7例, 心肌炎4例, 原因不明4例。

三、临床表现与辨证特点:

1. 主要症状: 胸闷痛(14例)、头昏(12例)、心悸(12例) 晕厥(7例), 乏力(7例)

中医辨证本病有畏寒肢冷的虚证为多, 本组9例具有四肢发凉、喜暖恶风、怕冷等虚证、寒证的特点。另外本病多心肾虚虚的症状: 心阳虚、心气虚的表现有胸闷痛(14例), 心悸、气短(12例), 自汗(10例)、乏力(9例)、失眠(9例)。肾阳虚者表现为头昏(11例)、晕厥(7例)、腰痛(9

例)、畏寒肢冷(9例)、耳鸣(4例)、夜尿频(3例)、阳痿早泄(1例)。

2. 切脉: 以迟结或迟涩居多。15例中迟结者5例, 迟涩、细缓、迟缓、结、促交替各2例, 结代、弦缓各1例。迟脉一息三至, 平均脉搏 <60 次/分。属阳不胜阴, 阴胜阳衰, 主脏寒积冷。涩为迟而无力, 结为迟而无力并时而中止, 主寒凝阴盛, 气滞血瘀。本组心率 <45 次/分3例, 40—50次/分6例。节律不规则9例, 节律规则6例。

3. 舌诊: 以淡白色居多。舌质淡白者12例, 其中淡胖1例, 淡嫩1例, 边有瘀点4例, 有13例舌苔均见薄白苔, 其中2例白滑、2例白腻。舌象主虚, 胸阳不宣, 寒湿痰饮不化和气滞血瘀。

四、心电图检查, 本组15例心电图表现如下:

心动过缓特征		心动过速特征		其 他	
项 目	例数	项 目	例数	项 目	例数
窦性心动过缓	12	阵发性心房性心动过速	2	窦房结至房室结游走性心律	2
I度窦房阻滞	7	阵发性心房纤颤	2	房性<频发 早搏<偶发	3 1
交界性逸搏	6	阵发性心房扑动	1	室性<频发 早搏<偶发	1 1
交界性逸搏心律	3	阵发性室性心动过速	1	心肌缺血	4
逸搏一夺<短暂 获二联律<持续	2 1			左前分支传导阻滞	1
				LAHB+RBBB	1
				I°房室传导阻滞	1

(注): 因多数病例有二种以上改变, 故总病例多于15。

五、窦房结功能激发试验: 全组除3例心动过速—心动过缓型(因其心动过速发作频繁)未作激发试验外, 余12例都作了阿托品试验, 结果均阳性, 其中有3例在阿托品静注后无窦性P波, 呈交界性逸搏心律。

治疗观察

一、治疗方法: 全部病例均采用中药治疗为主, 其中有9例辅以西药进行病因及对

症治疗。

(一) 中医辨证施治: 根据本病属虚属寒, 阴盛阳衰, 气阴两虚的病理机制, 结合临床辨证特点主要分以下三种类型:

1. 心阳虚型: 5例

主证: 心悸、气短、乏力、畏寒、失眠、舌淡、脉迟或结。

治则: 温通心阳、益气活血。

选方: 炙甘草汤加減。(炙甘草、桂枝、麦冬、当归、太子参、生地黄、黄芪、丹参、肉苁蓉、仙灵脾、熟附片。)

2. 心肾阳虚型: 5例

主证：头昏、晕厥、耳鸣、腰膝酸软、失眠多梦、畏寒肢冷、阳痿早泄、夜尿频繁、舌淡胖、脉细迟。

治则：温阳补肾、益气活血。

选方：右归丸加味。（附片、杜仲、桂枝、山药、五味子、当归、菟丝子、枸杞、熟地、丹参、太子参、麦冬、益智仁。）

3. 气阴两虚型：3例

主证：心悸、气短、自汗、耳鸣、失眠多梦、便干、舌质淡红、苔薄、脉细缓或结代。

治则：益气养阴活血。

选方：生脉散加味。（太子参、麦冬、五味子、生地、炙甘草、当归、丹参、桑寄生、柏子仁、肉苁蓉。）

其它尚有气滞血瘀及脾、肾阳虚各1例，均予辨证施治。

（二）西药治疗：应用肾上腺皮质激素者4例，应用低分子右旋糖酐或706代血浆静滴7例，能量合剂4例，极化疗法2例，7例冠心病患者加用了潘生丁、硝酸戊四醇酯等扩冠状动脉药。对症治疗采用阿托品口服，异丙基肾上腺素舌下含，麻黄素口服。有2例心动过速—心动过缓型患者，曾用过

苦参，利多卡因、异搏定、慢心律等抗心律失常药。

二、治疗结果：

1. 症状改善：15例均有不同程度的改善，其中9例的主要症状（心悸、胸闷、头昏、昏厥）消失、畏寒消除、手足转温、汗出减少。

2. 心率提高及节律变化：有3例心动过速—心动过缓型者无改变，余12例的心率均有所增快。其中8例心率达60次/分以上（3例偶可快达70+次/分）。原节律不规则9例中有5例转为规则。

3. 心电图改变：7例原Ⅱ度窦房阻滞者：4例消失，3例减少。4例心动过速—心动过缓者：1例室性早搏与阵发性室性心动过速消失，恢复为窦性心律；1例仅偶有房颤发作；另2例无改变。4例心肌缺血者：2例有明显改善，另2例无改变。3例交界性逸搏性心律有2例恢复为窦性心律。

4. 治疗前后阿托品试验的对比：有4例在治疗后作了阿托品试验复查，结果如下：

静注阿托品1—2毫克后20分钟内最快心率及节律：

病 例	治 疗 前	治 疗 后
1	窦性心律58次/分Ⅰ°窦房阻滞	窦性心律103次/分，Ⅰ°窦房阻滞
2	窦性心律75次/分室性早搏频	窦性心律89次/分室早消失
3	交界性逸搏心律81次/分	窦性心律100次/分
4	交界性逸搏心律62次/分	窦性心律47次/分，Ⅰ°窦房阻滞，交界性逸搏—夺获

病 例 介 绍

例1：徐××，女性，45岁、医师，门诊病人。间歇性心悸、气促5年加重1月，自觉胸胀痛、头昏、乏力著、伴耳鸣、心烦易怒、手足心热、不能上班。

检查：舌质红、苔薄、脉结代、血压120/70mmHg、心界不大、心率45次/分、心跳脱落10±次/分，心尖有Ⅱ级收缩期杂音。心

电图检查：窦性心动过缓，窦房阻滞（Ⅱ度Ⅱ型），心肌缺血（STⅡⅢavF下降0.08—0.1mv），眼底检查视网膜动脉轻度硬化，血胆固醇271毫克%，阿托品试验（+）。诊断为冠心病，S.S.S.。中医辨证属气阴两虚型，兼血行不畅。采用益气养阴、活血通络的治法。选用生脉散加味治之。药用炙甘草15克、太子参30克、麦冬18克、五味子12克、丹参30克、红花9克、川芎9克、降香15克、瓜蒌壳15克、郁金15克、黄精15克，每剂服

两天。另仅加服西药潘生丁。上述治疗1个多月后,心跳脱落逐渐减少3—6次/分,症状减轻。舌质由红转为淡红,仍于上方中加入桂枝、淫羊藿、菟丝子、桑寄生等温阳固肾之品,服药4个月后心律规则,心率由45次/分增至55—60次/分,脉结代转为脉缓,症状消失。惟心电图检查仍有心肌缺血,继服药共半年,疗效巩固,已恢复全天工作。

例2:张××,男性,36岁,胸前区闷痛伴心悸头昏1年,曾在他地住院两次,医治无效。入院前1月上述症状加重,心绞痛反复发作伴气促出汗多、失眠、于1978年4月入院。

检查:舌质淡胖有瘀、苔薄白腻、脉沉迟或结代,血压110/76mmHg,心界不大,心率50次/分,很不规律,早搏频并短阵心动过速,心尖有Ⅱ级收缩期杂音, $A_2 > P_2$ 。心电图检查:窦性心动过缓45次/分,频繁室性早搏,短阵室性心动过速,心肌缺血,(STⅠ、Ⅱ、aVF水平下降0.05—0.1mv),阿托品试验(+),眼底检查无特殊,血胆固醇206毫克%。诊断:冠心病S.S.S.。中医辨证为心阳虚型兼气虚血瘀,治以温阳益气活血,选用炙甘草汤加温阳活血药:炙甘草15克、桂枝9克、当归9克、太子参30克、生地黄30克、麦冬18克、五味子9克、丹参15克、仙灵脾9克、肉苁蓉24克、黑故子12克、熟附片9克,(另包先煎)每剂服两天,复方丹参液肌注。西药方面予潘生丁,706代血浆、GIK、能量合剂以及强的松等。另外针对心律失常曾用“苦参”无效,改用“利多卡因”,慢心律不但无效且致心悸著,心律更乱而停用。于是又从提高窦性心率着手,预服阿托品、麻黄素,前者口干甚,后者反应同慢心律,乃停用一切抗心律失常药,继续服上述中药(前方加减),约2月后心悸、胸闷、汗出、失眠等症状减轻,窦性心率较前提高,未再发作室速,室早明显减少。4个月后,脉由迟结代转为缓脉,舌苔由白腻转为薄白,症状消失。心电图复查

为窦性心律45—62次/分,规则。复查阿托品试验窦性心律48—89次/分,于1978年8月底出院,门诊随访已半年,病情稳定,恢复工作。

讨 论

一、绝大多数S.S.S.进程缓慢,是一种慢性疾病,窦房结的衰竭可以非常慢,常须5—10年或更长时间才完全丧失功能。首都医院有一例长达23年,川医也报告一例反复昏厥20年。因为本病早期症状常较隐匿,窦房结功能可能周期地时而正常,时而不正常交替出现,易被误诊,待至有明显症状及多种心律失常时已属疾病的中、晚期,则一般治疗难以收效,预后更差。所以提高对本病的认识及早期诊断是非常必要的。由于S.S.S.常以持续的或间歇的窦性心动过缓开始,例本组有一女性患者喜爱打球,过去心率一直较慢<50次/分,认为是正常现象,直到此次出现头昏胸痛,心率进一步减慢至30—40/分,经心电图检查有Ⅱ度窦房阻滞,阿托品试验(+)才确诊。因此,现在认为窦性心动过缓并不都是良性的,而须要经常随访,尤其是与临床情况不相称的缓慢窦性心律,如发热、运动、剧痛、心衰时,窦性心律应该加快而心率却相对缓慢时,则要怀疑有S.S.S.的可能,须作窦房结功能激发试验明确诊断。此外,与药物无关的窦房阻滞,慢性房颤伴有非药物产生的慢室率,心动过缓与心动过速交替出现以及阵发性眩晕、年轻人出现抽搐、尤其是不能解释的心衰,昏厥或心脏停搏等均应考虑有窦房结功能不全。

二、发病年龄及病因:本组年龄自31到65岁,各年龄组均有S.S.S.通常发生在老年组,中年以上的也不少,且可在年轻人中发病,甚至11—13岁也有发病、这乃因多种疾病均可引起窦房结的缺血、纤维化、变性或炎症等病变,如急、慢性的冠状动脉闭塞、