

1974

浙江省微循环
学术交流会议

151974

微循环研究资料汇编



浙江省医药卫生科技情报站
宁波市卫生局科技组

在毛主席革命卫生局的正确领导和宁波地区卫生局的支持下，浙江省医药卫生科技情报站于今年七月十六日至二十二日在宁波召开了全省微循环学术交流会。

参加这次学术交流会议的有赤脚医生、工人医生的代表，省、地、县有关医疗、科研、教学单位的代表，北京、上海、天津、江苏等省市有关医疗单位和部队有关医疗、科研单位应邀派出代表出席了会议。中华医学会、中国医科院情报研究所、中医研究院、省科技局和省科技情报研究所等单位 and 部门，都派了代表到会作指导。

会议以党的基本路线为纲，贯彻执行党的“百花齐放、百家争鸣”方针，认真学习了中共中央有关批林批孔的重要文件，开展了革命大批判，认真交流了微循环研究工作情况，并进行了热烈的讨论。从而，使全体与会代表进一步明确了微循环研究工作的意义、方向 and 任务。

这次会议收到有关微循环研究技术资料四十余篇。遵照毛主席关于“互通情报”的教导，根据广大医务人员和科研工作者的要求，汇编成册，以供参考和交流。在汇编过程中，有关单位的领导和同志给予大力支持和协助，表示衷心感谢。因我们思想水平不高，业务知识有限，加之时间匆促，汇编中一定存在不少缺点和错误，恳请同志们予以批评指正。

1974年12月

目 录

概 论

微循环功能障碍性疾病的认识与治疗.....	(1)
祖国医学与微循环.....	(4)
微循环和微循环障碍临床实践中的几点启示.....	(10)
微循环学说在临床应用中的初步体会.....	(13)

基 础 研 究

创伤性休克时的微循环变化与某些药物的影响(略)	
放射线损伤时的微循环变化(电影)	
指脉光电血管容积描记法.....	(17)
微循环障碍与肺心病.....	(22)
100例正常人甲皱皮肤微循环观察.....	(29)
微循环临床观察方法的几点改进.....	(33)
介绍一种简易的甲皱微循环观察方法.....	(44)
弥散性血管内凝血五项实验室检查正常值之测定.....	(45)
洋金花生物碱抗儿茶酚胺作用的研究.....	(49)

麻 醉

中草药麻醉应用于外科休克的情况报告.....	(58)
一切为人民健康——开展中草药抗体克麻醉的初步体会.....	(61)
中草药抗体克麻醉(232例临床分析).....	(64)
中药抗体克麻醉103例体会.....	(76)
中麻抗体克48例临床小结.....	(79)
中药麻醉应用抗体克病例的体会.....	(85)
中药麻醉应用于休克病例30例小结.....	(89)
东莨菪碱复合麻醉用于18例休克病人小结.....	(90)

外科

临床应用中心静脉压测定的几个问题.....	(93)
应用平衡液的有关理论与临床实践.....	(98)
“654”治疗急性阑尾炎.....	(107)
广范PH试纸测定休克病人尿PH值的临床意义.....	(110)
苯苄胺用于晚期感染性休克10例临床观察.....	(113)
应用东莨菪碱抢救输入污染血液导致的中毒性休克.....	(116)
应用东莨菪碱抢救溺水患者的体会.....	(119)
东莨菪碱治疗急性肺水肿一例.....	(120)

内科

感染性休克和阿托品疗法.....	(121)
感染性休克的微循环观察及抢救问题.....	(129)
应用阿托品抢救严重感染性休克153例的体会.....	(137)
应用升压药抢救内科感染性休克113例的疗效分析.....	(140)
静脉注射大剂量阿托品抢救感染性休克41例的临床分析.....	(148)
抢救危重感染性休克并发严重心、肺功能衰竭的体会.....	(154)
危重难治性感染中毒性休克的微循环功能状态及其临床意义.....	(160)
流行性出血热有关弥散性血管内凝血和甲皱微循环的初步观察.....	(167)
用抗凝疗法治疗流行性出血热.....	(175)
对弥散性血管内凝血的识别和处理的点滴体会.....	(178)
东莨菪碱静脉注射抢救暴发型脑膜炎球菌败血症休克46例临床观察.....	(182)
喘息型慢性气管炎患者甲皱微循环的初步观察.....	(185)
东莨菪碱抢救重症子痫伴呼吸衰竭11例报告.....	(189)
对冠心病急性心肌梗塞并发心源性休克的治疗探讨.....	(192)
浅谈东莨菪碱在急性心肌梗塞中的应用.....	(199)
654—2治疗小儿肝昏迷1例报告.....	(201)

其他

血小板在凝血过程中的作用(综述).....	(202)
休克与血压(综述).....	(206)
休克——循环变化 and 治疗方法(译文).....	(214)

微循环功能障碍性疾病的认识与治疗

北京友谊医院小儿科 祝寿河

正确认识疾病才能治好疾病

对任何事物只有对它有了正确的认识，才能掌握它，根据它本身的规律来改造它。对疾病也是如此。这也就是只有正确地认识了世界，才能改造世界的原理。我们通过对微循环功能障碍性疾病的认识，体会到对当前医学领域里一些难治的疾病，首先是由于缺乏对这些疾病的正确认识。由于受科学发展的水平限制对一些疾病的认识有困难是个原因，但决不是主要的原因。因为这问题什么时候也存在，更主要的是医学领域里的大量存在着的形而上学的观点阻碍了我们对疾病的正确认识。这种观点片面强调疾病的外因，忽视内因，片面强调某些局部的病变而忽视全身的变化；孤立地强调一个脏器的病变而忽视各脏器间的相互联系；片面强调某一静止了的病理变化而忽视了这一病变的整个运动变化的过程。这样就不可能正确反映疾病的全貌，也就不可能治好它。通过文化大革命特别是批林批孔运动，使我们懂得了资产阶级医学中充满了形而上学的观点是资产阶级的本性所决定的。要使我国的医学得到发展，必须按毛主席的革命路线深入批林批孔，彻底肃清洋奴哲学，爬行主义、民族虚无主义的影响，以毛主席的教导的辩证唯物主义思想占领医学阵地，创造出我国的新医药学。

对疾病的正确认识来源于实践

中毒性痢疾与暴发型流行性脑膜炎是严重危害儿童健康的常见多发病，一个健康活泼的儿童在得病24小时内就可能死亡，在过去毒痢的病死亡率达30—50%，暴发型流脑的病死亡率就更高。1958年，全国医务人员在三面红旗指引下，根据毛主席“救死扶伤，发扬革命人道主义”的教导，掀起了抢救毒痢的群众运动，十多年来，以毛主席光辉哲学思想的指导临床实践，积累了大量的资料，其中很多是洋书上从未记载的，突破了医学领域中的形而上学的观点，终于将毒痢的病死亡率降低到1%以下，归纳起来对这类疾病的认识与治疗有下列几个方面：

(一) “四点三关”：四点就是四个主要临床特点：发病急，炎症轻，变化剧，死亡速。

“三关”就是在抢救过程中，把好三个关口：抽搐，呼吸衰竭，循环衰竭。

这“四点三关”表面上看起来很简单，其实不然。正确地把这一疾病看作是一个运动发展变化的过程而抓住这一运动的主要矛盾，这恰恰是过去洋书上从未提起过的。

(二) “二个发现”：第一个发现是钱潮老医师在用大剂量阿托品治疗毒痢取得成效时，观察到毒痢患儿眼底血管变化的规律，这一发现破除了片面强调外因及局部炎症变化，忽视整体变化的形而上学观点，给了我们极大的启发，使我们从血管痉挛的表现考虑全身微循环的变化。

第二个发现是医学科学院实验研究所病理生理组与我们协作在显微镜下观察到毒痢与暴发型流脑患儿甲皱微循环的变化，不仅微血管出现痉挛性收缩，而且有一系列血液流变学方面的异常表现。如微血管床的颜色，微血管祥的数目及形状，血液流动速度，血管内皮受损害后的出血水肿等一系列与临床表现有密切关系的变化，这对了解这类疾病的性质有重要的作用。

（三）一些问题：为什么有的孩子得了痢疾是一般型而有的是毒痢？同样为什么有的得一般型的流脑而有的是暴发型流脑？过去由于机械唯物论中片面强调外因的错误对这问题得不到解决，只考虑细菌和局部的炎症就无法解释这一问题。

为什么不断抽搐，呼吸衰竭，循环衰竭为此迅速地引起死亡？为什么有的是呼吸衰竭？有的是循环衰竭？二者又有什么相互联系？用外因论与局部，静止，孤立的形而上学是不能答复这些问题的。事实证明，只有运用唯物辩证法这个尖锐的思想武器，才能解决了这些外国书本上没有作出回答的问题，才能逐步地认识这类疾病。

（四）一种设想：当我们通过广大群众的实践，累积了大量的资料后，如何上升到理论？这就须按照毛主席所教导的要对这些资料与经验进行加工，也就是进行分析，做到去伪存真，去粗取精，由此及彼，由表及里，要做到这一点就必须根据毛主席的教导以辩证唯物主义的思想来破机械唯物论、破形而上学。由于我们学习毛主席著作很不够，理解得还很差，只有一些粗浅的看法，其中一定有不少错误，提出来请同志们批评和补充。

首先不能把外因——痢疾杆菌或脑膜炎双球菌的菌株菌型毒力放在发病学上的主要位置；其次不能把局部的炎症，肠炎或膜炎的炎症程度放在主要位置。而是把这些细菌看作是促使内因起变化的一种条件，把局部的炎症看作是疾病发展的后期病变，不是致死的原因。发病初期的变化，造成迅速死亡的原因不是局部炎症，而是全身性的整体的变化。这一变化是什么？如今我们认为：调节全身微循环功能障碍是这类疾病初期造成死亡的主要原因。调节微循环功能是人体抵抗外界致病因素的一种自卫功能。这一功能是人体所特有的，但是在有些儿童及极个别成人这一功能是不完善的，是随着年龄的增加而趋向于完善。这一调节功能的异常就影响到全身各重要脏器功能的维持。由于不同脏器微循环功能所受到的损害在疾病发展过程中有先后的差异及程度的差异，因而产生了不同的临床类型。但其共同点则是全身微循环调节功能的障碍。在毒痢与暴发型流脑尽管病情有轻重的区别，但基本特点是一致的。毒痢则更多见到的是脑微循环障碍型，其次是肠腔、腹腔各内脏的微循环障碍，也就是休克型，后者较前者更为严重，微循环障碍中最主要的变化是微血管的痉挛性收缩，继而产生微循环血液流变学方面的变化以致使各脏器缺血，缺氧，使脏器的功能受损甚而致急性衰竭，如呼吸衰竭及循环衰竭。

因此在学习上是以解除微血管痉挛性收缩为主要方面而不是抗菌消炎，抗菌消炎效在从属地位，用一般的抗菌药物，一般的剂量就行。

根据这一认识我们提出治疗毒痢与暴发型流脑的原则二者是一致的，尽管病情的轻重有差别但发病初期的主要变化——急性微循环功能障碍则是一致的。因此是“异病同治”。

作为毒痢或暴发型流脑的不同临床类型，脑型，或内脏型，是为同一疾病，但由于病变部位不同脏器的功能受损不同，故在治疗上有差别，因此是“同病异治”。

1、脑微循环障碍型：临床表现为反复抽搐，面色死灰及呼吸突然停止而死亡，这是脑

微血管痉挛的结果。我们学习了钱潮医师用大剂量阿托品静脉注射，在此基础上采用 654—山莨菪碱，此药具有阿托品的强烈扩张血管的作用而没有阿托品的副作用，几年来没有发现中毒的例子，654 为其合成制剂，效果与草药提取的山莨菪碱基本一致。对此型的剂量为 1—2 毫克/公斤/次，我们认为早期大剂量突击治疗效果优越，同样剂量可在 15—20 分钟内重复 1—3 次，直到面色转红润后再以半量维持，每 1—2 小时一次，若反复出现抽搐，说明脑水肿的严重状态，就须用脱水疗法，甘露醇或尿素 1—2 克/公斤/次静脉注射，必要时在 24 小时内可重复 2 次。

宁波地区的医务工作者采用东莨菪碱这一中麻药抢救抽搐取得良好经验对我们启发很大，很可能以东莨菪碱代替 654 会取得更好效果，因东莨菪碱具备扩张微血管，镇静及利尿三方面的作用，这对脑微循环障碍都极有利。

2、内脏微循环障碍型：也即休克型。

在治疗中以 654 解除微血管痉挛还是很主要的，但由于这一类型的变化快，影响到各个不同脏器的功能，而且对每一病人都有不同的变化，这一变化的规律目前还掌握的很不够，在治疗上还有很多问题有待解决，决不是靠一种药物，一种剂量所能解决的，决不要认为 654 能治好所有的休克。原则上可归纳成下面几点：

①解痉：654 2 毫克/公斤/次，1—3 次（隔 15—20 分钟）以脸色转红润，微循环好转后用半量 1—2 小时维持一次。

②扩微：扩充微循环灌注量，先用低分右旋糖酐或代血浆，以后用含钠钾等渗溶液维持。

③纠酸：以碳酸氢钠纠正酸中毒。

④强心：以毒毛旋花素 K 0.01 毫克/公斤/次，最多每 24 小时内 3 次。

⑤扩肺：输液量的控制，全身及肺部的听视检查。

⑥对其他脏器的保护，目前尚缺乏经验，必须进一步发掘中药对各脏器功能的维持起保护作用。

认识的深化

人的认识水平总是不断提高，不断发展的。这要通过不断实践来完成。通过近年来的临床实践我们认为要自觉地与医学领域中病因学方面旧的传统观念相决裂，不迷信书本“权威”，就能发现过去认为病因不明或称为“原发性”疾病，其中有许多是与微循环障碍有密切联系的。浙江省宁波地区的同志们做了大量的工作，他们勇于革新，敢想敢闯的革命精神是值得学习的。这是扼要地提出下列与微循环障碍有关的疾病作为参考：

- 1、休克——感染性及其他休克；
- 2、出血性肠炎、（节段性肠炎或出血坏死性肠炎）；
- 3、急性阑尾炎；
- 4、急性肾小球肾炎，“高血压脑病”；
- 5、支气管喘息；
- 6、急性胰腺炎；
- 7、急性胆囊炎；

- 8、妊娠中毒症，特别是子痫；
- 9、（美尼尔）眩晕病；
- 10、癫痫的持续状态；
- 11、溃疡病；
- 12、冠心病—年轻型；
- 13、“原发性”高血压病；
- 14、梗阻性动脉脉管炎；
- 15、剥脱性皮炎；
- 16、其他。

祖国医学与微循环

上海中医学院附属曙光医院 何传毅

微循环学说问世以来，受到了国内外广大医务人员的极大兴趣。在临床诊断、治疗和基础理论的研究上，都取得了一定的进展，有关的报导和实验资料也日趋增多。如何在微循环研究中，坚持中西医结合的正确航向，坚持以辩证唯物主义为指导，是我们必须及时解决的一个问题。

“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。”微循环学说的研究，虽然还只是近廿年的事，但结合临床实践，认真学习祖国医学，可以发现祖国医学在微循环方面，不仅有许多确切的论述，而且在疾病诊断、治疗和预后等方面，都提供了足以借鉴的丰富理论和经验。

以下，就坚持中西医结合的正确航向，促进微循环研究问题，谈一些粗浅的看法，算作引玉之砖，仅供参考之用。

一、诊断学方面的结合。

目前国内外微循环临床观察的方法很多，最常用的是运用一定的设备、仪器，观察人或动物微血管形态和血流，以了解微循环的功能状态，了解机体组织细胞新陈代谢、生长、维持内环境动态恒定的变化，了解病理过程的发展、转归。观察的部位，常是甲皱（指甲床）、球结膜、舌、唇等。对于这些微循环的观察，目前国内外还缺少统一的观察指标，对于微循环与各种疾病的发生、发展规律内在联系的掌握，虽然取得了一些进展，但总的还处于一个摸索阶段。

祖国医学在几千年与疾病斗争的进程中，由于历史条件的限制，不是以仪器检查为主要诊断手段，因而对于疾病症状、体征（其中包括了许多微循环的急剧变化），观察得反较细致、深入。中医文献上一再强调：“望而知之谓之神”，说明了望诊的重要性。复习祖国医

学的大量文献,总结我们临床实践中的有效经验,可以得出这样一条结论——在微循环研究工作方面,中西医不仅应该、而且完全可以结合起来,结合得好一些。

例如:临床实践使我们发现,慢性肝病、肝硬化病人的脸色,确实带有青灰色者为多;慢性腹泻、长期消化功能障碍的病人脸色,确实以萎黄者为多;肺结核、慢性肺部疾患的病人脸色,确实以苍白者为多;慢性肾炎尿毒症、重危病后期病人的脸色,确实又以晦滞黧黑者为多。这一些面部皮肤色泽的变化,有其一定的规律性,决非空妄之谈。如果我们在面部皮肤微循环的观察中,能有目的、有重点地与祖国医学面部望诊“五色主病”、“五色诊”、“病色相克”、“真脏色”等理论紧密结合,选取其合理、有用的部分。那么,我们对面部皮肤微循环的研究,不就有可能比洋人进展得更快,更深入一些吗?

临床实践使我们发现,在小儿科疾病的诊治中,还有不少中医,把“诊指纹”作为诊断疾病、分析预后的重要环节。指纹,是指食指掌面的表浅小静脉,是手太阴肺经与手阳明大肠经交通之处。幼儿皮肤白嫩,静脉易于暴露,故指纹比较明显,以后随着年龄增大,皮肤增厚,则指纹逐渐模糊不清。临床上根据这一生理特点,对三岁以下的小儿常结合指纹的变化以辅助诊断。诊指纹,主要是观察它的颜色和充盈度。临床上又把食指分成三节,食指连掌部的第一指节称为“风关”,第二指节称为“气关”,第三指节称为“命关”。指纹显现在“风关”的,表示病较轻浅;伸延至“气关”的,病情较重;伸延至“命关”的,病情更重。如果指纹透过风、气、命三关,一直射至指甲端,称为“透关射甲”,多属病势凶险,病情危重。近人对指纹的临床研究结果指出,指纹的变化,与静脉压有关,静脉压愈高,指纹充盈度就愈大,也就愈向指尖方向伸延,指纹的色泽,又与缺氧、贫血等病理变化有关。随着微循环研究的深入,在“应用毛主席光辉的哲学思想指导‘654’的临床实践”过程中,“通过对甲皱(指甲床)的观察,发现各型流脑及毒痢(即中毒性菌痢)疾病过程中微循环有规律性的变化,表现为小动脉痉挛、小静脉淤张、血管床模糊不清、血流变慢、血球聚集和淤积等现象,这种变化随着病情的恶化而加重,随着病情的好转而减轻。”临床不少类似的报导也证实,在冠心病的甲皱观察中,有30%病例有不同程度的血流障碍,甲皱微循环的变化,与病情的起伏成正比;心绞痛时的甲皱微循环的变化,与心绞痛前后相比均有明显异常。喘息型慢性气管炎病41例的观察,甲皱微循环都有变化。流行性出血热的甲皱观察也表明,“在发热期已有‘缺血性缺氧’的微循环障碍现象”,“低血压期表现为微血管渗出加剧,血管扩张和流速停滞,具有‘停滞性缺氧’的微循环障碍现象。”由上可见,中西医在这一方面的观察,部位何等相近,观察内容和预后分析又是何等相似。联系到民间流传的“观指(指甲床)辨伤”、“观指(指甲床)识病”的诊断方法,我们可以这样说,就象大炮、机关枪是矛的发展一样,甲皱微循环的观察,可以看作是“小儿指纹诊断学”的一个发展。如果我们在甲皱的观察中,能有目的、有重点地与祖国医学“小儿指纹诊断学”、“观指辨伤”、“观指识病”等临床经验和理论紧密结合,剔除其玄虚而形而上学的五行糟粕,选取其合理、有用的部分,那么,我们在甲皱微循环研究方面,不就有可能比洋人进展得更快、更深入一些吗?

上述的论述,说明了坚持中西医结合的正确航向,在面部微循环、甲皱微循环的研究中,是大有可为的。事实也进一步证明,在其他微循环的观察诊断中,如能有目的、有重点地结合祖国医学“五脏六腑之精气皆上注于目”、“肝气通于目”、“肝为血海”、“肝受血而能视”等理论,以探讨观察,球结膜微循环,眼底小血管检查在协助诊断、治疗、提示预后中的重大作用;认真学习,掌握祖国医学独特的“舌诊诊断学”,参照中西医在舌诊研究中的巨大成果,以促进舌微循环研究的发展;从挠动脉血管的紧张度、血流充盈度、血流速度及其调节各方面,运用一定仪器设备,以了解指脉的血流容积变化等指标,有目的、有重点

地与祖国医学独特的“脉学”理论紧密结合；等等。这一切都以现有的光辉成果和发展的美好前景，告诉了我们，中西医在诊断学方面的结合，必将有力地促进微循环研究的深入开展。

二、治疗学方面的结合。

坚持中西医在治疗学方面结合的正确航向，促进微循环的研究，前景是乐观的。“近几年来，我国学者通过大量的临床实践，科学研究，认识到微循环障碍是某些疾病在一定病程发展阶段中的基本变化，从而把这一类疾病称作为微循环障碍性疾病。”它从儿科发展到内科、外科、耳鼻喉科、眼科、皮肤科、妇产科各病临床领域。它用共同发病学的理论基础，广泛采用阿托品、东莨菪碱、山莨菪碱（即“654”）等药物，进行改善微循环的治疗，明显的提高了治愈率，部分过去无法解释的病理现象，也得到了较为满意的解释。

以山莨菪碱（即“654”）为例，可见山莨菪碱在治疗流脑、中毒性菌痢、感染性休克、重症大叶性肺炎、出血性肠炎、急性肾小球肾炎合并急性心力衰竭或高血压脑病等不同系统的不同病种中，均有良好效果。在治疗急性阑尾炎、荨麻疹、耳源性眩晕等外科、皮肤科、耳鼻喉科疾患方面，也收到了不同程度的疗效。对于这一类称作为“急性微循环障碍性疾病”，以祖国医学理论进行分析，可以看到其中的一部分病例，属于祖国医学“血瘀”、“血滞”的范畴，而要采用活血化瘀的方药进行治疗。其中的又一部分病例，则属于祖国医学“气虚”、“阳脱”的范畴，而要采用益气、温阳的方药进行治疗。

活血化瘀是祖国医学血症的治疗大法之一。活血化瘀药是祖国医学血分药的一部分。目前活血化瘀的临床应用范畴，较古书已有明显的扩大和发展，其治疗效果也有了较大的提高。大量的临床资料和科研成果证明，活血化瘀药有改善微循环的作用。根据祖国医学“久病入络”、“久病入血”的理论，在一些久久乏效的慢性病治疗中，加用了活血药，有时却得到了意料之外的成效。根据祖国医学“治风先治血，血行风自灭”的理论，临床有用四物汤治疗急慢性荨麻疹的报导。根据祖国医学“见血不治血”、“瘀血不去、新血不安”、

“留血不除、新血难生”的理论，用参三七、云南白药治疗上消化道出血收到了良效；用活血化瘀、理气止痛的方药治疗宫外孕，使许多阶级姊妹免除了手术的痛苦。根据祖国医学“气血瘀滞”、“不通则痛，通则不痛”的理论，以有活血作用的单味红花，或以大黄、丹皮、桃仁等活血药为主的复方煎剂，使许多急性阑尾炎患者得到了全愈。我们医院急诊室，应用土药房自制的活血化瘀针剂——丹参注射液（单味丹参，每安瓿2毫升，含生药4克），静脉注射治疗高血压危象、耳源性眩晕、心绞痛、心肌梗塞、脑血栓形成；穴位注射内关或足三里以治疗以胃肠道痉挛为主的各种疼痛，都取得了较为满意的疗效。由此可见，祖国医学有关活血化瘀的理论，与被称作为“急性微循环障碍性疾病”，有着密切的联系。如果我们把“急性微循环障碍性疾病”治疗机制的研究，有目的、有重点地与祖国医学“血”的生理、病理，特别是“血瘀”的有关理论，紧密结合，那么，我们在促进微循环的研究方面，就有可能比洋入进展得更快、更好、更深入些。

根据祖国医学“气血”理论的报导，由于“气能生血”、“气能摄血”的重要功能，所以传说有“气为血帅”的说法。从而也反映了，在一定的条件之下，气的作用常较血更为重要的临床事实，而这种一定条件下的病变的治疗关键就不在“血”，而在于“气”。例如对某些病情重危的“冷休克”抢救的过程中，这一理论的应用就表现得尤为特出。祖国医学常把这一类型的“冷休克”归纳在“伤寒六经辨证”的“少阴寒化证”中，而把它的主要表现，归纳为“脉细如丝，汗出如油，面色如脏，四肢如冰”四句话。这样的归纳，和现代所描述的“冷休克”、“顽固性休克”是何等的雷同。请再看一下祖国医学对于这类“冷休克”若处理不当，治疗不及时，所产生结果的观察，我们会再一次加深祖国医学是伟大宝库的认识。古代医家指出“身汗如油、喘而不休、水浆不下、形体不仁、左静右乱，此为命绝也。”一笔

勾划出了晚期休克病人正邪相争，阴阳欲脱的垂危征象。古代医家在长期的观察、治疗中，又进一步指出：“汗出发润，喘而不休者，此肺先绝也。阳反独留、形体如烟熏、直视摇头，此心先绝也。唇吻反青，四肢厥逆者，此肝先绝也。环口黧黑、柔汗发黄，此脾绝也，溲便遗失、狂言、反目直视，此为肾绝也。”从这些详情的描述中，我们可以看到，中西医在“休克”过程中的观察指标，预后分析，又是何等的一致。在这里，“喘而不休”、“汗出发润”等，是机体“休克”时，乏氧代谢，大量酸性产物堆积，肺微循环衰竭的反映；“唇吻反青”、“四肢厥逆”、“环口黧黑”，是机体组织细胞微循环灌注不足，严重缺血缺氧的描写；“直视摇头”、“狂言”、“反目”等精神神经症状的出现，则是严重“休克”状态下的必然结果。对于这一类阴阳将脱的“冷休克”病人的抢救，祖国医学不论其发生在急性热病的初期、中期或晚期，也不论其发生于何种疾病，都强调“阳气首当急固”的原则，不重于治“血”，而重于治“气”；往往采用“益气固脱”，或“回阳救逆”的方法，针、灸、外治、内服综合措施，进行抢救。在预后的观察上，很注意肢体温度和末梢血管的变化，提出：“肢冷过肘（或膝）则危。阳回肢暖则吉。”“脉暴出者死，脉微续者生”的观察指标。充分提示了微循环灌注改善的重要性。

从祖国医学大量医学文献中，有关微循环的论述、观察、治疗是丰富多采的。特别是对于各种“休克”的抢救，积累了许多宝贵经验，留下了许多宝贵的理论。这正是中华民族繁衍昌盛所不可缺少的条件。从古代文献的记载中，我们可以看到运用中医中药抢救成功的“休克”病人，往往都是比较“顽固的”，这可能与历史上交通不便、取药不便、采用口服给药等特点有关，待病人请医上门、诊病处方、煮药煎熬后，一般都已进入了“休克晚期”。但是，在今天的社会制度优越条件下，我们认真学习，钻研这些文献，发掘、发扬祖国医学抢救“晚期休克”的经验和理论，“古为今用”，“洋为中用”，采用不同的给药途径和综合治疗措施，就一定能“推陈出新”，迅速提高我们的医疗质量。如果我们在某些阴阳将脱的“冷休克”抢救中，有目的、有重点地把祖国医学“益气固脱”、“回阳救逆”的理论，与现代“中药抗休克麻醉”、“休克的抢救”等理论，紧密结合，那么，我们在促进微循环研究方面，就有可能比洋人进展得更快、更好、更深入些。

三、以辩证唯物主义指导微循环研究的全过程。

坚持中西医结合的正确航向，促进微循环研究深入发展的全过程，必须坚持以辩证唯物主义为指导，以马克思主义哲理，指导我们的医理，敢于斗争，善于斗争，主动地狠批阻碍医学发展的形而上学和唯心论。

要坚持中西医结合，首先要对中西医结合的重要性和必要性有一个正确的认识。中医学和西医学都是劳动人民智慧的结晶，两者各有所长，各有所短，双方都不能取而代之。只有在长期的临床实践和学术理论上互相补充，取长补短，才能逐渐由量变发展到质的飞跃，创建出我国独特的新医学派。这是我国医学历史发展的必然。有的人说：“微循环研究是近廿年来的新理论，我们光着脚跟着外国人跑还赶不上，还要搞什么中西医结合呢？”这种把坚持“自力更生”、“艰苦奋斗”与赶超世界先进科学水平对立起来的观点，显然是错误的。它在医学发展道路上的反映，就必然是崇西轻中，重洋轻土，反对中西医结合走我国无产阶级医学发展的道路。在这些入眼中，似乎洋人、洋文、洋报告，一切都好，都先进。其实，医学的发展往往要受到其它学科发展的影响；“不同质的矛盾，只有用不同质的方法才能解决”，

不同疾病矛盾运动的特殊性，决定了我们治疗手段的不同。这在一些重危病的抢救中，表现得尤为明显。例如，有的重危病，采用西医西药的疗效高，见效快；有的重危病，采用中医中药的疗效高，见效快；而这些重危病的抢救治疗，当采用中西医结合的方法后，疗效都有显著的提高。我们医院急诊室，在党组织的领导下，坚持“以中医为主体，搞好中西医结合”，在内科急诊治疗呼吸道感染、菌痢、心绞痛、高血压危象、中风等30多种内科急危病，运用中西医两法治疗，占内科急诊观察总病人数的80%，初步改变了过去内科急诊不搞中西医结合的局面，提高了医疗质量。1973年第三、四季度观察人数，是1972年的3倍，而第三季度入院率比72年同季度小18倍、死亡率小6倍，第四季度入院率比72年同季度小11倍、死亡率小3倍。无数中西医结合的成果和我们自己的临床实践，都一再证明——“在医学发展的道路上，只要依靠西医西药就行了”；“在重危病、急诊治疗中，不能搞中西医结合”；“微循环研究是个新课题，不能搞中西医结合”等等论调，是错误的。只想赶，不敢超，人为地划出许多条条框框阻碍中西医结合的发展，完全是奴颜卑膝的洋奴思想的表现，是孤立、片面的形而上学的反映。

要坚持中西医结合，就必须支持革命的新生事物。中西医结合是一场深刻的思想革命和社会革命。要革命就会有阻力，要前进就必须斗争。我国医学、科研工作者，在毛主席哲学思想的指引下，提出了“微循环障碍性疾病”的假说。这是一个了不起的假说，是对科学发展的一大促进。有人对这一假说，却提出了种种责难和疑问。我们认为，微循环障碍性疾病是一类疾病也好，是疾病发展中的一个病理过程也好，是病因也好，是结果也好，是互为因果也好。当前最重要的问题，并不在于名称上的争论，而是要一步一个脚印地进行实践、进行分析、进行总结。**“矫枉必须过正，不过正不得矫枉”**，我们就是要坚持“斗争哲学”，敢于向医学领域内（无论是中医学、西医学）的种种反辩证唯物主义的观点和理论体系，展开斗争，就是要敢于讲几句话，敢于“反潮流”。我们要支持微循环研究中产生的新生事物——“微循环障碍性疾病”的假说，满腔热情地进行扶植、培育、总结，不要怕有人讥笑，也不要怕“654”成风，成一下风也不要紧。过去“681”就成过一阵风，有人就议论纷纷，似乎“681”一无是处了。其实，把“681”讲得神乎其神，“包治百病”，企图用一方一药，一种解决矛盾的方法，来解决所有质的矛盾，这肯定是错误的；但是，不作分析，不顾事实，又把“681”讲得无病可治也必然是错误的。雄辩的历史证实，无产阶级文化大革命中诞生的新生事物——“681”，并不因资产阶级的非难而停止前进。她在“克山病”的治疗中，依然特效，她在内、外、妇、儿各科临床适应症的应用范围，仍在不断地发展。因此，我们坚持中西医结合，就要满怀胜利的信心，坚决支持新生事物的大方向，敢于革新，敢于前进！

要坚持中西医结合，就要加强学习，钻研祖国医学理论的自觉性。中医学与西医学分属于两种不同的理论体系，有着各不相同的丰富经验和行之有效的理论指导，坚持微循环研究中的中西医结合，就必须了解、掌握、钻研祖国医学理论。不经过辛勤劳动，以图侥幸成功，是决不可能达到预期目的的。学习、钻研祖国医学理论，首先要掌握祖国医学的“整体观”、“可分观”。这对于微循环研究过程中，坚持正确的航向，有着重要的作用。坚持“整体观”我们就不会只注重外因，而忽视了不同机体、不同环境、不同条件下的不同反映。有了“整体观”，我们就能坚持内外环境的对立统一，坚持机体内环境的对立统一。就

能在“局部性的东西是隶属于全局性的东西的”，只有懂得了全局，才能处理好局部的思想指导下，正确地将疾病的发生、发展看作是一个整体，而将甲皱、球结膜、舌、唇等微循环变化，看作是病变整体中的一个局部。就会从局部在整体中的作用，肯定这些微循环变化，在一定条件和一定程度上，反映了病变实质（在某些条件下，反映的真实程度可以是有决定性）的客观真理性。从而避免了诊断仅仅依据这些局部微循环变化，以局部当作整体，见木不见林的形而上学片面性。保证了科研与临床的密切结合。坚持“可分观”，我们就能树立

“阴阳者，数数可十，推推可百，数数可千，推推可万，万之大，不可胜数，然其要一也”的辩证思想，就能在千变万化的疾病发生、发展过程中，以一取万，抓住疾病的基本矛盾所在，就能在疾病内在矛盾运动的过程中，寻找规律，制订措施，就能对疾病的预后，作出合乎逻辑的判断。例如，以“可分观”分析休克。我们在祖国医学“有阴必有阳、有阳必有阴”、“阴阳可分不可离”的理论指导下，就必然得出，如同临床上存在着多见的少尿、无尿为主证的急性肾功能衰竭病人，也必然存在着罕见的，以多尿为主证的急性肾功能衰竭病人一样，在不同条件下的“休克”，可分为“温休克”和“凉休克”的类型。在祖国医学“阴病治阳、阳病治阴”，“寒者热之，热者寒之”，“虚者补之，实者泻之”等理论的指导下，我们就会对“休克”中应用缩血管药与扩血管药的争论，得出这样的认识，“休克”的主要原因既然是微循环灌注不足，“休克”抢救的第一要素就在于改善微循环的灌注状态。

因此，在不同原因的“休克”，或同一原因“休克”的不同阶段，由于条件不同，存在着非用缩血管药才能改善微循环灌注的阶段，也必然存在着在另一条件下，非用扩血管药才能改善微循环灌注的阶段。不问条件，不作分析，只要“缩”，不要“扩”，只爱“扩”，不愿“缩”，都不符合可分的观点，也不符合临床大量的实践结果。在这一问题的争论上，我们不能再跟在洋人机械唯物论的后面跑了，不要再拘泥于淘汰那一方的争论了。马克思主义的原理告诉我们，矛盾的转化，需要一定的条件，缺少一定的条件，就不能达到矛盾转化的目的。我们应当在临床实践中，反复总结，认真探讨，确实找到缩血管药物或扩血管药物的适应证，狠狠抓住这两者不同的“一定条件”，真正达到促使微循环灌注不足矛盾转化目的。在祖国医学“阴阳制约”、“阴阳转化”理论的指导下，我们对“休克”预后的认识也有了提高。我们不仅看到了非经抢救不能挽回生命的“顽固性休克”，也看到了有些严重“休克”，确实存在着病情突然停止发展、迅速转愈的可能。不仅看到了综合措施，积极抢救是治疗“休克”的重要原则，也看到了临床上可以应用胰岛素、电、针刺，人为地给病人造成“休克状态”治疗某些疾病的事实。“可分观”，从正反两方面，使我们在“休克”的诊断、治疗、预后上开拓了思路，使我们对“药物万能论”、“不可治论”的提法，有了正确的估价。同样的道理，以“可分观”分析微循环研究中“异病同治”的问题，我们就不会“孤立的、静止的和片面的观点去看世界”，就会在“异病”中找微循环障碍的“同”，在同一“微循环障碍性疾病”的不同阶段，不同脏器，不同病因条件等因素下，“同”中求“异”，这样不断地“由特殊到一般”、“由一般到特殊”，促进微循环研究的深入发展。

微循环研究方面的中西医结合是大有可为的，我们一定要珍惜批林批孔的大好形势，在无产阶级革命卫生路线指引下，坚持中西医结合的正确航向，不断地用马克思主义哲理，指导我们的医理，才能正确地继承和发扬祖国医学的精华，才能做到“有所发现，有所发明，有所创造，有所前进”，“为人类作出更大的贡献”！

由于自己的中医知识、西医知识都很贫乏，毛主席的哲学思想学得很不够，在发言中肯定存在着许多缺点、错误和问题，欢迎首长、老师和同志们批评指正。

微循环和微循环障碍

临床实践中的几点启示

宁波地区卫生局科技组

1965年,在阿托品治疗中毒性菌痢、暴发型流脑的启发下,我们应用东莨菪碱治疗暴发型流脑①、乙型脑炎呼吸衰竭取得较好的疗效②。文化大革命以来,在毛主席革命卫生路线指引下,通过全国中西医结合工作会议精神的贯彻和徐州“中麻”经验的启发,我们反复实践,将东莨菪碱、樟柳碱应用于外科休克病人的麻醉③、子痫④和一些药物中毒所引起的呼吸衰竭的抢救⑤、病死率有较显著的下降。

通过以上临床实践,我们逐步体会到,东莨菪碱和樟柳碱能改善许多疾病中的微循环障碍的病理过程;同时,对疾病的发生和发展规律以及临床治疗方面有了一些新的认识。现将我们一点肤浅看法提出来请大家指正。

一、关于发病学问题:

伟大领袖毛主席教导我们:“客观现实世界的变化运动永远没有完结,人们在实践中对于真理的认识也就永远没有完结。”人类对于疾病的认识也是由不知到知,由知之不多到知之较多,医学也就逐步发展起来。近二十年来,由于微循环研究及其临床应用有了很大的进展,不仅解决了某些疾病治疗上的问题,而且对发病学上一些问题有了新的见解。例如休克,过去传统的观念是以血压为唯一指征的。其实,休克的病理过程,实质是微循环灌流障碍。如应用缩血管药,更促使小血管收缩,微循环灌流障碍更加严重,血压虽然回升,但这是假象;相反,扩血管药能改善微循环营养性的灌流,使组织恢复正常代谢,即使血压偏低些,只要微循环灌流好,就会向好的方向转化。这与过去对休克的认识截然不同。子痫、中毒性菌痢、出血性肠炎、暴发型流脑、乙型脑炎呼吸衰竭、心肌梗死、肾炎、炮震性耳聋、阑尾炎、美尼尔氏综合症、视网膜脉络膜炎等这些不同原因引起的、看来互不相关的病,都可用血管解痉剂,如山莨菪碱、阿托品、东莨菪碱的治疗,得到显著的效果。由此可见,这些病虽然不同,但有共同的发病学基础,即血管痉挛——微循环障碍。我国医学工作者祝寿河等人已提出把这类过去认为互不相关的病,总称为微循环障碍性疾病⑥,为今后发病学、治疗学展示了新的前景。

二、关于治疗学问题：

毛主席教导我们：“唯物辩证法的宇宙观主张从事物的内部、从一事物对他事物的关系去研究事物的发展，即把事物的发展看做是事物内部的必然的自己的运动，而每一事物的运动都和它的周围其他事物互相联系着和互相影响着。”人体始终处于对立统一之中，人体内部各部分之间保持着密切的联系，彼此互相斗争，互相依存，互相联结，互相制约。人体某部发生的局部病理变化，可以影响到整体，而全身的状况又可以影响局部病理的变化过程。只有全面地辩证地认识和处理局部和整体、外因和内因的关系，才能正确认识疾病，取得治疗的主动权，达到治好病的预期目的。因此，任何把疾病看成是孤立的现象，任何在治疗问题上见物不见人，把药物单纯地作为消灭“病原体”的武器，如青霉素治疗“丹毒”是针对“链球菌”，外科治“兰尾炎”的唯一办法是“手术割除”兰尾……是偏面的、形而上学的。实践证明，疾病是与人的整体密切相关的，药物、机体、病原体三者是相互联系的。北京友谊医院外科，不用手术，不用抗菌素，用山莨菪碱治愈各型阑尾炎将近100例，宁波地区象山县人民医院，发现大剂量洋金花（不用抗菌素）治愈“丹毒”，特别是通过阿托品、山莨菪碱对中毒性菌痢的抢救病死率从20—30%下降到0.5%^⑤，对暴发型流脑抢救的病死率从50—70%下降到12.4%^⑥，对感染性休克抢救的病死率从50—70%下降到12.7%^⑦，对出血性肠炎抢救的病死率从21.1%下降到4.2%^⑧，以及我们应用东莨菪碱（中麻Ⅱ号）、樟柳碱（中麻Ⅲ号）于外科休克232例病人的麻醉，病死率从50—70%下降到11.1%^⑨等等，都生动地说明了这一类药物作用于机体是通过改善微循环的途径，来调动机体内在的积极因素，以战胜病原体，从而治愈疾病的，这是对过去治疗学上见物不见人的机械唯物论的观点的深刻批判。

三、关于祖国医学与微循环问题：

毛主席教导我们：“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。”微循环学说的研究，在现代医学上虽然还是近几年的事，但我们结合临床实践，学习祖国医学理论，发现祖国医学上早有这方面的论述。如内经《至真要大论》云：“谨守病机，各司其属，有者求之，无者求之，盛者责之，虚者责之，必先五胜，疏其气血，令其调达，而致和平”。这就是说，治病的关键之一是“疏其气血”，令其通畅调达而致正常。又如，内经《阴阳应象大论》中云：“审真阴阳，以别柔刚，阳病治阴，阴病治阳，定其气血，各守其乡，血实者宜决之，气虚者宜掣引之”。“血实者宜决之”，就是导之下流，如决江河，正是祛瘀大法。清代著名医家王清任对此更有发展，提出了通窍活血汤、血府逐瘀汤、膈下逐瘀汤和少腹逐瘀汤，为后世医家治疗“血症”奠定了基础，为近代改善微循环提供了立说的依据。

近来随着微循环学说的深入研究，祖国医学的这些论述，正在为广大医务工作者所重视和应用，如上海华山医院戴瑞鸿同志发表的《心肌梗塞的“塞”与“通”》一文所总结的

十六字治疗法则^⑨，如中草药洋金花、樟柳碱中提取的阿托品、山莨菪碱、东莨菪碱、樟柳碱应用于改善微循环障碍的临床实践，使我们进一步认识到：要深入开展微循环学说的研究，让微循环学说由“必然”向“自由”发展，就必须遵循毛主席关于中西医结合的指示，走中西医结合的道路。

毛主席教导我们：“认识从实践始，经过实践得到了理论的认识，还须再回到实践去。认识的能动作用，不但表现于从感性的认识到理性的认识之能动的飞跃，更重要的还须表现于从理性的认识到革命的实践这一个飞跃。”我们深信我国医学工作者，只要遵循毛主席这一指示，必能在微循环和微循环障碍性疾病的研究方面取得更大的成果。

参 考 文 献

1. 宁波地区卫生学校东莨菪碱研究组：东莨菪碱抢救脑膜炎双球菌败血症休克36例报告，医学研究资料，1972
2. 杨国栋、徐钟淦等：东莨菪碱抢救极重型流行性乙型脑炎呼吸衰竭，中华医学杂志 5 : 283, 1973
3. 宁波地区中麻协作组：中草药抗“休克麻醉”，医学文选 4 : 1, 1974
4. 慈溪县人民医院等：微循环障碍性疾病，于痢，医学文选 3 : 1, 1973
5. 宁波地区卫生学校：东莨菪碱抢救泰尔登中毒一例报告，医学科研资料，1972
6. 北京友谊医院等：山莨菪碱治疗急性微循环障碍性疾病原理探讨，中华医学杂志 5 : 259, 1973
7. 北京友谊医院外科：654治疗阑尾炎100例报告，内部联系
8. 象山人民医院内科：大剂量洋金花治疗丹毒一例报告，内部联系
9. 陈德尊：心肌梗塞的“塞”与“通”，解放日报，1974

微循环学说在临床应用中的初步体会

浙江省宁波地区 象山人民医院
石浦人民医院

自微循环学说提出以后,近年来,广泛地应用于临床实践,在治疗和抢救许多疾病上,取得了卓越的成效,特别在抗休克方面,由于对休克病理机制的认识与过去有着本质不同,疗效更为满意。

过去认为休克主要是外周血管先收缩,以后则扩张,造成血压下降是发病的主要环节,所以血管收缩药成为重要的治疗手段。现在则认为休克是一种临床急性综合症候群,尽管引起休克的原因众多,但其共同本质是微循环功能障碍,还可能兼有不同程度的血管内凝血,进一步导致组织灌流障碍。因此,在处理上的共同原则都是恢复组织灌流。

我们在上述理论指导下,并吸取了兄弟单位的经验,将血管扩张药物,成功地应用于临床,抢救了不少外、内科休克病例。也试治于非感染性疾病,同样取得了较为满意的疗效。由于我们条件有限,病例不多,抱着交流的目的,仅就以下几点作一粗浅体会:

一、在内科范围中,对于感染性休克的抢救,无论从临床观察、综合措施、升压药物的应用,我们认识是有一个转变过程的,随着对休克认识的逐步深化而疗效也不断提高。

既往对休克病例,一律给予血管收缩剂——去甲肾上腺素,升压无效时,任意加大剂量。临床观察亦以血压作为判断休克纠正与否的唯一指标,忽视综合性措施,如扩容、纠正酸中毒、强心等,因此疗效常不十分满意。如以往我们应用去甲基肾上腺素治疗不少暴发型流脑,胆道感染等所致的休克病例中,虽然血压回升,但临床症状并未得到改善,皮肤依然苍白、四肢仍厥冷,脉搏细速等。有些病例血压虽回升,但最后仍不免死于急性肾功能衰竭。

1965年以后,对血管收缩剂无效的病例,我们试用血管扩张药,取得了明显疗效。如一例5岁患儿,患暴发型流脑,感染性休克入院,应用去甲基肾上腺素无效,血压始终测不到,改用大剂量阿托品静注,仅应用三次,血压逐渐回升并稳定,休克纠正,全身情况好转,最后治愈出院。此后,对于暴发型流脑所致休克病例,较多地应用异丙基肾上腺素,也取得较好疗效。但心率增快,甚至并发心律失常,为其严重的副作用。近年来,我们应用东莨菪碱治疗暴发型流脑、胆道感染等所致休克患者,取得了较为满意的疗效。

病案举例:

周××,男,10岁。头痛、恶心、呕吐一天、嗜睡伴抽搐半天于1973年2月26日晚8时急诊入院。患者浅昏迷、面色青灰、口唇发绀、脉搏触不到、血压70/40毫米汞柱、双侧瞳孔缩小、颈抵抗、心(一)两肺呼吸音粗、全身皮肤散在淤点、淤斑。淤点涂片找到脑膜炎