

学术论文汇编 (三)



53

852

一九八四年九月

目 录

内科

- 1、厥脱证治疗概况..... (1)
- 2、积极完成硝硫氰胺的科研任务为血防工作做贡献..... (4)
- 3、血瘀证的血液粘稠度300例观察..... (8)
- 4、益气化瘀法治疗冠心病78例及42例自身对照疗效观察..... (11)
- 5、血管扩张剂治疗心衰30例临床分析..... (17)
- 6、传达中西医结合研究会活血化瘀专业委员会成立暨全国第二次学术会议精神
..... (20)

外科

- 1、脓胸50例诊断及其中中西医结合治疗..... (25)
- 2、急性胆道感染中医临床分型的甲皱微循环观察..... (27)
- 3、胆道残留结石的溶石和/或射流振荡治疗的实验研究及临床应用..... (29)

骨科

- 1、经髂截骨延长术治疗骨盆倾斜..... (34)
- 2、股方肌肌蒂骨移植术治疗移位的头下型股骨颈骨折(错误及并发症)..... (37)
- 3、激素局部封闭治疗颈肩腰腿痛的体会..... (39)
- 4、小型钢板在治疗掌、指骨折中的应用..... (42)
- 5、创伤性休克的诊断标准及抢救步骤建立对抢救存活率影响的探讨..... (45)

妇产科

- 1、中医治疗慢性盆腔炎55例疗效观察..... (47)
- 2、天花粉注射剂在中西医结合治疗宫外孕中的应用..... (53)

儿科

- 中药止泻 I、II 号治疗婴幼儿秋季腹泻对小肠吸收功能的影响..... (56)

耳鼻喉科

- 筛窦内金属异物(附二例报告)..... (59)

皮肤科

- 中医抢救急性病的经验和体会..... (61)

药剂科

- 1、566例药敏结果的调查分析..... (65)
- 2、浅述药物对眼的不良作用..... (69)
- 3、紫草涂膜剂的研制..... (78)
- 4、清胆汤的多种“剂改”的经验报告..... (83)

- 5、中药复方水溶性成分制备微囊工艺的初步研究……………(87)
- 6、参芪注射液的制备及毒理实验……………(90)
- 7、浅谈我们在中药库房管理上的体会……………(91)
- 8、介绍我科如何开展中药“剂改”配中医急诊的体会……………(94)

检验科

- 1、提高医院临床检验工作质量须加强全面质量管理……………(97)
- 2、RH血型不合而导致输血反映一例报导……………(100)

放射科

- 放射科质量指标的制定及其评价……………(102)

超声波室

- 1、“B”型端侧开放孔型超声波穿刺探头的研制和临床试用……………(104)
 - 2、B型园柱型肛内超声探头的研制和临床试用情况介绍……………(105)
 - 3、内窥镜超声探头在食道内对心脏进行扫查的初步应用报告……………(107)
 - 4、纤维胃镜超声联合装置的临床应用报告。……………(110)
 - 5、XJY—7 B型超声实时显像仪临床应用情况介绍(摘要)……………(116)
- (附1089病例分析)

同位素室

- 1、医用放射性核素超声波情况及放射性废水树脂净化实验研究(摘要)……………(118)
 - 2、放射性核技术在甲状腺机能亢进症诊断及疗效判断上的应用……………(124)
- (110例甲亢患者中药治疗前后甲状腺素的改变)
- 3、从小鼠血浆环化核苷酸的变化探讨与清胆注射液作用机制的关系①……………(127)
 - 4、肝硬化顽固性腹水40例放射性核素肾图分析……………(131)
 - 5、竞争性蛋白结合分析测定血清总甲状腺素(T₄)临床应用分析……………(135)
 - 6、人绒毛膜促性腺激素放免测定(HCG—RIA)在妇科临床上的初步应用……………(139)
 - 7、78例慢性气管炎³²磷半吸收时间测定……………(144)

中心实验室

- 1、清胆黄酮甙及连翘等十种单味药对毛细血管通透性的影响……………(147)
- 2、清胆注射液及其单味药对离体小肠的作用……………(150)
- 3、连翘等八种单味注射液对中毒性休克时在体猫心的影响(摘要)……………(152)
- 4、清胆注射液对中毒性休克微循环的实验观察……………(153)
- 5、热症、清胆注射液对环核苷酸的影响(摘要)……………(154)
- 6、中药对豚鼠血清总补体活性的影响……………(154)
- 7、白虎汤对免疫功能的影响(摘要)……………(159)
- 8、龙胆泻肝汤的药理作用……………(160)
- 9、通肠汤的药理作用……………(165)
- 10、测定中药解毒作用的简便灵敏定量方法——萤试验方法(摘要)……………(167)

图书室

- 1、中医科技情报编目的特殊处置问题.....(168)
- 2、医院病床工作效率控制图的应用和评价.....(173)

医务科

- 1、关于中医病历书写的初步探讨.....(175)
- 2、中医病房饮食管理的探讨.....(178)
- 3、运用医疗统计指标的初浅体会.....(180)
- 4、中药汤剂质量管理的初步探讨.....(182)
- 5、严防医疗事故发生我们采取了那些防范措施.....(186)

科研科

- 1、从我院科研实际谈中医药科研工作的途径.....(188)
- 2、从中医理论探讨中西医结合方法我们的实践回顾.....(192)

厥脱证治疗概况

湖北中医学院附属医院

朱起贵

祖国医学蕴藏着治疗急性病的丰富经验，温习古代中医书籍有关厥脱证的内容，《内经》云：“厥则暴死，气复反则生，不反则死。”《伤寒论》中有脏厥、厥逆等记载，设有四逆汤，通脉四逆汤，复脉汤，独参汤等方剂。《温病条辨》云：“春温内陷，下痢最易厥脱……，温病，津液被劫，心中震震，舌强神昏，……，口干舌燥，甚则齿黑唇裂，……脉结代，甚者脉两至者，宜复脉法。”历代医学对厥证、脱证的治疗经验很多，明代江灌著《名医类案》，王士雄著《随息后重订霍乱论》都有厥脱证取得成效的医案记载，关于厥证的预后也有记载，例如“伤寒六七日，脉微，手足厥冷，烦躁、灸厥阴，厥不还者死。”宋成无己云：“脏厥者死，阳气绝也。”说明了厥证特别是脏厥的预后不良。

厥证可分为热厥与寒厥，其辨证如下：

寒厥多由大汗，大下、大吐之后，由脏虚寒，阳气不足，阴寒太甚，阴阳气不相顺接所致，病候身凉不渴，脉迟细而微也。（寒极而成厥逆者，独阴无阳也，故又称阴厥）

热厥，由于邪热过甚，津液受伤，阳气无所依附，气血趋向于内，不能宣通于外，故四肢厥冷。（热极而成厥逆者，阳极似阴也，故又称阳厥）

祖国病学虽没有休克这一名称，但从临床表现和病理，生理及治疗上观察，《内经》《伤寒论》《温病条辨》等著作中所描述的厥逆、脏厥，暴脱、尸厥等病证，与现代医学所称的休克相似，西医将休克分为感染性、心源性、出血性、过敏性几种，而感染性休克较多见，病死率也较大，天津市第一中心医院三衰抢救室认为，感染性休克为脱或厥，可由热盛伤气或热耗阴液或阴阳两伤至脱，当脱症逆转不可遏止可致厥，这符合暖休克发展为冷休克的论点。

暖休克和冷休克的论点如下：

感染性休克的轻型或早期，表现为温暖型（高排低阻型）为心搏量增加或正常，外周血管阻力降低，病人表现有发热，面红，皮肤有花斑，四肢发凉，类似中医的热厥。

晚期休克或严重病例多为冷湿型，（低排高阻型）为心搏出量减低，外周阻力增高，其微循环变化初为小血管收缩痉挛，继而发展到毛细血管扩张，微循环淤滞，病人表现手足厥冷，神倦无热恶寒，下利清谷，口不渴或身冷蜷卧，指甲青暗，腹痛面赤，舌淡，脉微或脉细欲绝。

以上提到中医的热厥与寒厥，西医的休克温暖型与冷湿型，虽然是两种学术体系中的病症，而在认证方面，有其相似处，故并列以资参照。

治疗方面，按中医理论指导，应是“阳病治阴，阴病治阳”，以及“寒者热之，热者寒之，”如寒厥用热药，热厥用寒药。“实则泻之，虚则补之。”等原则，务必“祛邪安正”“扶正固脱”结合应用。

抢救厥脱症（休克）的几种治法：

一、回阳救逆及益气固脱。

回阳救逆及适用于寒厥的病人。“寒厥者，身寒面青，四肢逆冷，指甲冷，蜷卧不渴，便利，脉微迟，即阴厥也”。治疗以四逆汤（附子、干姜、炙甘草），通脉四逆汤（附片、干姜、量倍、炙甘草加葱白），四逆加入参汤，白通汤（干姜、附子、葱白），白通加猪胆汁汤、参附汤（人参、附子）等代表方剂，六方中均有附子，五方中有干姜。均为温里药，说明附子，干姜在回阳救逆中起主导作用。

益气固脱适用于元阳将脱的“喘促不续，汗多亡阳，神气乱，魂魄离”的时候，益气固脱，以生脉散（人参、麦冬、五味子）为代表方。

临床上因感染时多有高热，大汗，病人有气阴两耗，随之“阴损及阳”而致亡阴亡阳，治疗上也有四逆汤和生脉散合用者。

天津南开医院治疗大叶性肺炎，感染性休克45例，其中42例为气阴两虚，用生脉散，3例重型亡阳用四逆汤，这45例中单用中药升压24例，中西医结合21例，均治愈无后遗症，李忠和氏用生脉散加减治疗感染性休克之阴损及阳型。参附龙牡汤治阳气欲脱型。并适当加用丹参、桃仁、红花、赤芍等活血药。感染性休克病死率由1971年的12.1%下降到4.1%（原发病多为大叶性肺炎、胆系感染）。重庆市中医研究所从1964年以来，开展了中医药治疗休克的研究工作，他们根据中医治疗气阴两虚的方剂，生脉散具有益气固脱，养阴生津，敛汗生脉的作用，将生脉散去五味子作成参脉针治疗休克，每次用参麦针4—10cc，加入50%葡萄糖液中静脉推注，连续推注2—3次，待血压回升后，再以参麦针10~20cc加入10%葡萄糖液静脉滴注，治疗32例中有23例取得优效。（用药后血压在48小时内恢复正常且稳定。解放军总医院用参附注射液（人参、丹参、附子）治疗了54例休克及低血压患者。（休克37例，低血17例）其中43例是应用了西药。升压药不能使血压回升，或虽有血压回升，但当升压药减量或停用后，血压又重新下降。经使用参附注射液静脉滴注后，38例（88%）血压即保持在正常范围、使用方法是参附注射液40~100cc加入10%葡萄糖液中静脉滴注，每日用量80~200cc使用时间1—7天。我院用救逆1号及救逆2号，临床应用亦见效。

二、活血药的应用

感染性休克的病理机制是由于微循环系统中微动脉的严重痉挛及微静脉淤胀。因此近年来利用活血化淤药改善微循环以纠正休克，具有活跃微循环作用的药物抗胆碱药（包括阿托品、莨菪碱、樟柳碱等。它们是从中草药洋金花（曼陀罗）、莨菪子、樟柳碱、热参中提取的。1959年钱潮氏首创用阿托品治疗毒痢休克，病死率从20%下降到0.5%以下，祝寿河用654—2治毒痢休克，病死率从20—30%下降到1%。杨国栋用东莨菪碱治疗323例感染性休克，病死率从50%下降到11.2%。北京医学院附属人民医院从1972年后用654（山莨菪碱）治疗感染性休克62例，无一例死亡，而1964年—1968年间纯用缩血管药治疗感染性休克71例，病死率为16.9%，认为扩血管药治疗感染性休克，实优于缩血管药，广东梅县地区人民医院用复方闹洋花注射液治疗30例，其中部分为感染性休克，显效28例，有效2例，（其中8例血压到0）。复方闹洋花由闹洋花、当归、川芎、草乌组成，具有温经活血，通脉化淤，疏通微循环作用，能改善微循环的灌注，兴奋呼吸中枢。

当休克发展到泛发弥漫性血管内凝血（DIC）。用活血药丹参、泽兰等治疗。也可用复方血府逐瘀汤。以治气滞血淤，药味如下：

当归10g 生地10g 桃仁12g 红花10g 枳壳6g 赤芍10g 柴胡6g 甘草3g

桔梗5g 川芎5g 牛勺10g 此方具有行气活血作用，如属热盛血淤者。本方合清瘟败毒饮加减，属血虚淤血者，用补血化淤法，本方合当归补血汤加减，属气虚血瘀者，用益气化淤法，本方合独参汤。

此外以行气活血法研制的枳实针，也有良好的抗休克效果。可改善微循环，提升血压。湖南省小儿感染性休克科研协作组，用枳实注射液治疗小儿感染性休克100例，显效57%，有效21%，无效22%，肯定枳实升压作用快、幅度高、副作用小的特点，用法按0.6克/kg静脉注射，每15分钟一次，连用8—10次，成人用20—40克静脉注射，继之静液点滴每100ml滴液加枳实40—100克（生药量），酌情调整速度，维持半小时显效，从枳实中分离的N—甲基酪胺和对羟福林均为体内肾上腺素类代谢产物，对血管有一定选择性。对重要脏器如心、脑、肾可增加血流灌注量，降低血管阻力，而对皮肤、肌肉、脾脏等有使血管阻力增加，血流量减少的作用，还增加心肌收缩力增加心排出量。

1982年在南京召开的中医急症学术交流会议，上海中医学院曙光医院用青皮提取物青皮酚静脉滴注，对救治休克，提升血压也取得一定的效果。

三、清热泻下法的应用

由于热盛可伤阴，故热厥中医治法多用清热生津，必要时急下存阴，《伤寒论》云：“伤寒脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之”。“伤寒一二日至四五日而厥者，必发热，前热者，后必厥，厥深者，热亦深……应下之”，可用大柴胡汤或承气汤类。白虎汤是清热生津为主。大柴胡汤、承气汤是攻下清热，既泄无形邪热，又除有形之积滞，以保存津液，寓釜底抽薪之意。北京医学院附属人民医院中医科用大柴胡汤合生脉散加减治愈一例老年感染性休克患者，可能是由于清热与攻下并用，有利于清除毒素，保存有效血容量，从而与改善微循环有关。

用电针在左右肾上腺耳穴，配合内关穴多能稳定血压，我曾针刺人中，素骨参，有升血效果。

另外，重庆中医研究所研制的增液针，养阴针，静脉输注，配合治疗厥脱证，取得一定效果。

总之，上述抢救厥脱证方面，有回阳救逆，益气固脱法，清热生津及攻下清热法。生脉、参附等针剂静脉注射，还有活血化瘀法，用以改善休克的微循环障碍等，都展现了良好的效果，这雄辩地说明中医能治疗急症。祖国医学宝库，还有待我们努力发掘，不断实践，使之发扬提高，以造福于人类。

积极完成硝硫氰胺的科研任务， 为血防工作做贡献。

湖北中医学院附属医院 执笔者 杨培明

1975年湖北省医药工业研究所仿制硝硫氰胺成功后，湖北省血防领导小组，血防的防治、科研单位的广大医务人员，为在治疗血吸虫病发现一种口服，有效，适应范围广，副作用轻的药物，为结束锑剂治疗血吸虫病60年的历史，为治疗血吸虫病开创新纪元，无不为之欢欣鼓舞。

我院为了加快血防步伐，对硝硫氰胺的科研，积极组织力量，在湖北省硝硫氰胺科研协作组的统一安排下，主要工作可分四个阶段：

一、通过农村巡回医疗对硝硫氰胺治疗血吸虫病扩大临床试验。

硝硫氰胺合成后，经过动物血吸虫病的多批治疗获得良好的效果。经过硝硫氰胺的药理，毒理试验。认为硝硫氰胺对血吸虫病治疗效果良好，副作用较轻，安全度较大。经湖北省血防领导小组的批准，在临床进行小批量的试验治疗，获得治疗病人的第一手资料，摸索了一个较合适的剂量和剂型。于是在省内扩大临床试验。我院从个阶段开始参加硝硫氰胺的科研工作。我院与公安县血防站现场协作，利用农村巡回医疗队的技术力量，按大队办院的形式，组织病人治疗，认真仔细观察，我们应用的剂型是微粉胶囊型，剂量是7 mg/kg三日疗法为主。仅1976年3月至1977年6月在公安县闸口，荆江，黄金公社七个大队用硝硫氰胺治疗慢性血吸虫病三批429例，治疗后3~12个月粪便阴转率在80~100%，副作用除一般头痛，头昏，食欲减退等外，还有

1、小脑前庭综合症：服药一天后部分病者就可能出现眩晕，走路不稳，指鼻试验阳性。三天药物服完后，未经任何处理，这些症状就逐渐消失。

2、黄疸：是硝硫氰胺治疗血吸虫病较引人注目的一种副作用，我们通过较多病例的观察，对发生黄疸的临床特点，影响因素作了较深入的观察。认为服硝硫氰胺后发生黄疸都有一般“潜伏期”，平均为13.2天。还有中等程度的发热，显著的食欲减退，明显的腹痛等先兆表现，临床特点是发病率较低，一般是4~6%；黄疸程度较轻，血清胆红素大多数为1~3 mg/dl；持续时间较短，平均为11.7天；预后较好，一般对症治疗均可恢复正常，亦无后遗症。影响发生黄疸的可能因素：儿童较成人黄疸发生率低；剂量与黄疸发生率明显成正比；急性，晚期较慢性血吸虫病黄疸发生为低；治疗期饮食中脂肪较多黄疸发生率亦较高；治疗期由于休息不好，可能促使黄疸发生增加。

二、积极研究硝硫氰胺的副作用——黄疸与精神方面症状：

（一）多学科大协作，探索硝硫氰胺发生黄疸的机理。硝硫氰胺在扩大临床试用后，治疗血吸虫病的疗效明显超过锑剂疗法，受到疫区广大病者与医务人员的好评，但是少数患者

治后出现黄疸，成了推广使用硝硫氰胺的一大障碍。我院肝病组，同位素室，病理室等学科共同组织力量，奔赴现场，深入调查研究，探索黄疸发生的规律，对发生黄疸病例进行腹腔镜检查，观察肝脏表面病变的特征，在腹腔镜直视下进行穿刺，取得肝脏活组织，进行光学显微镜和电子显微镜的观察。综合临床特点以及肝脏病理变化的特征，认为硝硫氰胺引起的黄疸是一种药物性肝损害，可能是药物直接肝毒作用，以及药物过敏二种因素共同作用的结果，以前者为主。我院对硝硫氰胺所致黄疸的发生机理的研究，取得了较全面的资料。资料发表的时间也是较早的单位之一。

(二)关于硝硫氰胺所致所谓严重精神方面副作用的初步看法。在大批病者用硫氰胺治疗慢性血吸虫病后，少数病人出现所谓硝硫氰胺的“后劲”精神方面的副作用，其特点有三：

1、以往精神方面的健康，劳动表现较好。

2、服药后逐渐出现精神方面反应，以致影响不能坚持正常的农业生产劳动，更严重者不能料理家务，以至生活不能自理。

3、持续时间在六个月以上。

4、经过一段时间后均可以恢复正常。

1979年6月30日公安县血防站为此组织调查组；公安县血防站派一人，湖北医学院第一附属医院神经科副主任余绍祖，我院内科副主任杨培明三人，到病人家中登门访视，当时公安县应用硝硫氰胺治疗血吸虫病已10080例，这类病例8人，发生率0.8%。调查以后有以下印象：

1、患者主要的临床表现是头昏，头痛，肢软，乏力，走路不稳，甚至在水渠边洗衣，掉入水中。伴有心悸，饮食减少，消瘦，失眠，肌肉跳动，严重的影响参加农业生产，甚致家务劳动，个别的生活不能自理。患者经过一段时间的休息，治疗后，长者一年，短者数月均可恢复正常。

2、有的患者具有精神病家族史。

3、大多数患者都有一定程度的社会因素如工作、家庭、婚姻。如企图达到脱离农业生产找份工作，或是将农业户口改为城市户口等。

4、发病者以年青妇女较多。

通过调查后初步意见如下：

1、血吸虫病者就可能具有神经精神症状，发生率国外资料为2.3~18.7%，国内资料为4.29%。

2、1978年湖北医学院第一附属医院在武昌区55万人口中发现具神经精神科症状者占总数的3%~7%。

3、动物实验尚未发现类似情况发生。

4、服硝硫氰胺发生所谓严重精神反应仅0.8%，比上述1、2两条均低。

因此，硝硫氰胺治疗血吸虫病后发生的所谓精神方面的反应，根据上述分析似与硝硫氰胺无明显关系。

三、积极进行对硝硫氰胺的国际学术交流

硝硫氰胺是仿制瑞士西巴(CIBA)药厂的产品，它的名称为Amoscanate，代号为C9333。中国医学科学院寄生虫病研究所陈各刚医师，于1979年3月19日在菲律宾，马尼拉

参加第二次日本血吸虫病工作组地区领导委员会 (Regional Steering Committee for the Working group on Schistosoma Japonicum Second Session Manila Philippines) 的报告《日本血吸虫病化学疗法在中国的研究进展》(Progress in Studied on Chemotherapy of Schistosomiasis Japonica in China) 中首先对外透露“该药(指硝硫氰胺)在我国从1975年开始使用治疗血吸虫病已超过10万人……”。1979年10月17日CIBA药厂派H、P、Striebel(斯厥伯尔)医师来上海作专题考察。湖北省血办派武汉医学院药理学教研室胡崇家教授,我院内科杨培明付主任前往上海接谈,就硝硫氰胺实验与临床研究进行了充分的交流。

H、P、Striebel医师首先介绍,应用Amoscanate治疗钩虫病500余例,其中50例采用双盲法试验结果;总剂量30mg/kg(粒经4微米)的片剂,治愈率一次疗法80%,三次疗法100%,付作用多次服药较一次服药为多,如头昏等。多次服药发生率为10%,一次服药发生率为1~2%。

血吸虫病治疗的病例不多,曾经在巴西治疗曼氏血吸虫100例,总剂量为30~40mg/kg治愈率为90%。在菲律宾治疗日本血吸虫病48例,总剂量为20~60mg/kg、付作用为SGPT、AKP、血液嗜伊红细胞计数上升。

Amoscanate片剂有崩解不完全的缺点,混悬液较好。治疗埃及血吸虫病较曼氏血吸虫病剂量需要较大,因为膀胱的药液较低。本药无致突变作用。

Amoscanate对切齿动物的丝虫病治疗有效。

我院杨培明以个人名义于1980年8月15日与H、P、Striebel医师进行过一次通信,1980年10月24日获回信,从来信及寄来的资料表明,国外Amoscanate的研究当时仍在实验阶段,临床的试验治疗工作仍很少。

四、改革剂型,改变疗法为硝硫氰胺提高疗效,降低付作用的研究:

1980年以后,硝硫氰胺治疗血吸虫病的疗效有所波动。在省协作组的统一安排下,我院与公安县血防站合作,曾经使用多种剂型,做了下列四项工作:

1、胶硫氰胺淀粉吸附型治疗慢性血吸虫病124例临床观察(1979.12~1980.3)(治疗后3个月粪检阴转率为82.5%)

2、吡喹酮与硝硫氰胺治疗慢性血吸虫病的临床观察(1980.11—1981.1)(治疗后3个月的粪检阴转率吡喹酮为85%,硝硫氰胺为67%)

3、硝硫氰胺油滴丸治疗慢性血吸虫病临床观察(1981.11~1982.1)(治疗后三个月粪检阴转率为66.6%)

4、硝硫氰胺不同剂型(油滴丸,PEG型,微粉胶囊型)治疗慢性血吸虫病的临床观察(1982.11—1983.1)治疗后三个月粪检阴转率油滴丸为82.4%,PEG型为100%,微粉胶囊型为93.1%,候治对照组为75%)。

我院逐年按量保质完成协作组布置的任务微粉胶囊型,油滴丸型疗效较为稳定,如剂量稍增加(微粉胶囊型8mg/kg,油滴丸型4mg/kg)疗效似可提高,付作用未见加重。

五、小结

硝硫氰胺仿制的成功,使血吸虫病治疗史上获得了重大的突破,为加快血防步伐,早日远走瘟神,提供了新的武器。通过大批血吸虫病患者治疗后,硝硫氰胺有以下几大特点:

1、疗效较好,治疗后三个月的粪检阴转率在70~90%。

- 2、服药方便
- 3、适应范围较广，除有较严重的肝病，心脏病外，均可以使用。
- 4、疗程短
- 5、药源丰富
- 6、价格便宜，每人份药费仅肆角伍分。

六、论文目录

- 1、硝硫氰胺所致黄疸的发病机理研究概况，
(杨培明)〈湖北卫生〉1978.6.
- 2、硝硫氰胺治疗血吸虫病临床研究的进展。
(杨培明是执笔者之一，)〈武汉医学杂志〉1980年第一期
- 3、硝硫氰胺所致黄疸的临床观察和发生机理的初步探讨(湖北省硝硫氰胺科研协作组)
(执笔者：杨培明、熊开钧)

我院〈硝硫氰胺治疗血吸虫病引起黄疸研究专辑〉

1978年1月

- 4、硝硫氰胺治疗慢性血吸虫病429例临床观察
 - 5、硝硫氰胺治疗慢性血吸虫病引起黄疸50例临床观察
 - 6、硝硫氰胺治疗急性血吸虫病80例临床小结
 - 7、硝硫氰胺引起重症黄疸型肝损一例报告
 - 8、硝硫氰胺治疗慢性血吸虫病引起黄疸原因的研究……………免疫学部分
 - 9、硝硫氰胺治疗慢性血吸虫病引起黄疸原因的研究……………肝血流图部分
 - 10、硝硫氰胺治疗慢性血吸虫病引起黄疸原因的研究……………碘¹³¹标记磺溴肽检测部分
 - 11、硝硫氰胺治疗慢性血吸虫病引起黄疸原因的研究……………肝穿活检病理变化
 - 12、抗血吸虫药硝硫氰胺对肝细胞超微结构的影响……………兼论黄疸发生机理
 - 13、硝硫氰胺治疗血吸虫病起黄疸原后的探讨
 - 14、抗血吸虫药硝硫氰胺研究叙述
-
- 15、硝硫氰胺淀粉吸附型治疗慢性血吸虫病124例临床观察
 - 16、吡喹酮和的硝硫氰胺治疗慢性血吸虫病疗效和副反应对比初步观察
 - 17、硝硫氰胺油滴丸治疗血吸虫病临床疗效观察
 - 18、硝硫氰胺不同剂型(油滴丸，PEG型，微粉胶夹型)治疗慢性血吸虫病的临床观察。

血瘀证的血液粘稠度300例观察

湖北中医学院附属医院 张晓星 朱普年 张亚权

血液粘稠度是血液流变学的一部份。血液粘稠度增高与祖国医学瘀血证有着密切关系，为深入探索血液粘稠度的变化和各種血瘀证的关系及其临床实用价值，我院两年来对300例中医辨证诊断有瘀血证的病人，进行了血球压积，血液粘稠度测定与20例正常人比较，其结果分析如下。

对象和方法

300例血瘀证病例均有中医血瘀证的临床表现，其诊断主要依据：（1）舌质紫或紫斑，（2）口唇指甲青紫；（3）皮下紫斑或静脉曲张；（4）头胸腹的任何部位有固定性疼痛；（5）病理性肿块（肝、脾或皮下结节）（6）一侧肢体瘫痪麻木不仁；（7）妇科月经过少或经闭；（8）月经量多而挟紫色血块；（9）血瘀致肿（妊毒或肝硬化腹水等）（10）皮肤毛细血管扩张或血瘀致肌肤甲错；（11）脉涩或结代。上述前六项仅具一项即可诊断为血瘀证。后四项为参考指标，必须具有二项方可诊断为血瘀证。

西医各病种诊断标准：冠心病按1974年全国心血管会议制定标准。慢支按1978年全国分型。肺心病按1980年黄山会议分型。肝炎、肝硬化按1978年杭州会议标准。妊毒、高血压危象均为收住院病例。脑血管意外（简称中风）均属门诊病例。

观察指标和判断标准

采用无锡电子仪器二厂生产的三管式毛细血管粘度计，按照同一操作方法对20例健康人的血粘度进行测定，其结果是：全血比粘度 $\eta_b 3.56 \pm 0.39$ ，血浆比粘度 $\eta_P 1.49 \pm 0.2$ 血清比粘度 $\eta_S 1.39 \pm 0.15$ 以此所测定的正常值为判断标准。

观察结果

一、八组病例与正常对照组血粘度比较，其统计学资料，见表一。

表一说明心血管病组，全血比粘度及血浆比粘度均增高，尤其前者差异性具有非常显著的意义。肺心、慢支主要为全血粘度增高，血浆比粘度慢支组增高，而血清比粘度慢支、肺心无差异性。

二、舌紫组与非舌紫组血粘度比较，见表二。

表一：八组病例与正常对照组血粘度比较

组别	例数	η_b X $\pm$ SD	P	η_P X $\pm$ SD	P	η_S X $\pm$ SD	P	H%	还原粘度 X $\pm$ SD	P
正常组	20	3.56 $\pm$ 0.39		1.49 $\pm$ 0.10		1.39 $\pm$ 0.09		40.7	6.25 $\pm$ 1.08	
高血压	17	4.72 $\pm$ 1.10	<0.001	1.58 $\pm$ 0.17	<0.05	1.44 $\pm$ 0.15	<0.05	39.26	8.55 $\pm$ 2.98	<0.001
高危	75	4.46 $\pm$ 1.22	<0.001	1.63 $\pm$ 0.19	<0.01	1.45 $\pm$ 0.19	<0.05	41.73	7.70 $\pm$ 2.54	<0.05
中风	57	4.07 $\pm$ 0.69	<0.001	1.56 $\pm$ 0.15	<0.05	1.44 $\pm$ 0.16	<0.05	42.51	7.17 $\pm$ 1.45	<0.05
冠心病	40	3.95 $\pm$ 0.73	<0.05	1.63 $\pm$ 0.21	<0.001	1.44 $\pm$ 0.15	<0.05	43.45	6.78 $\pm$ 1.40	>0.05
慢支	20	4.22 $\pm$ 1.30	<0.05	1.56 $\pm$ 0.24	>0.05	1.39 $\pm$ 0.1	>0.05	44.45	7.24 $\pm$ 2.43	>0.05
肺慢	25	4.28 $\pm$ 0.81	<0.05	1.48 $\pm$ 0.22	>0.05	1.40 $\pm$ 0.17	>0.05	43.08	7.61 $\pm$ 2.15	>0.05
肝硬化	44	3.37 $\pm$ 0.37	>0.05	1.57 $\pm$ 0.17	<0.05	1.47 $\pm$ 0.15	<0.05	38.07	6.07 $\pm$ 1.64	>0.05
妊娠	22	3.34 $\pm$ 0.79	>0.05	1.56 $\pm$ 0.26	>0.05	1.46 $\pm$ 0.11	>0.05	37.72	6.41 $\pm$ 2.19	>0.05

注：nb全血比粘度 np血浆比粘度 ns血清比粘度 H血球压积

表二：舌紫组与非舌紫组血粘度比较

组别	人数	η_b X $\pm$ SD	P	η_P X $\pm$ SD	P	η_S X $\pm$ SD	P	H%	还原粘度 X $\pm$ SD	P
舌紫组	32	4.80 $\pm$ 1.40		1.59 $\pm$ 0.16		1.44 $\pm$ 0.16		45.31	8.3 $\pm$ 2.43	
非舌紫组	23	4.09 $\pm$ 0.85	<0.05	1.58 $\pm$ 0.21	>0.05	1.41 $\pm$ 0.15	>0.05	43.13	7.16 $\pm$ 0.78	

300例血瘀证中有舌质记载55例，分舌紫组与非舌紫组，二组比较结果，舌紫组全血粘度高于非舌紫组 $P<0.05$ ，而血浆及血清比粘度均无差异性。

三、益气祛瘀法治疗心绞痛26例，经治3—6个月后血粘度有不同程度的改善。见表三。

表三：益气祛瘀治疗前后比较

项 目	治疗前不 正常例数	治 疗 后					
		降至正常	%	未 至正常数	%	上升	%
全血比粘度	21	9	42.8	8	38.0	3	14.2
血浆比粘度	19	10	52.6	5	26.3	4	21.1

讨 论

中医血瘀证含义广泛，凡各种致病因素作用于机体，导致脏腑机能失调，气血乘逆，经络阻塞，血行不畅，血流瘀滞，而变生诸证，因瘀积之血，丧失了濡润脏腑，滋养百骸的生理机能，而又成为有害的致病动因，故血瘀既是病理变化的结果，也是致病的因素之一。近年国内有资料提出中医血瘀证病人，大部份存在着循环障碍，血粘度增高，红细胞电泳率变慢等变化。为了进一步探索中医血瘀证的实质，运用现代化科学手段、研究其病理生理反生化等各方面变化情况，研究治疗血瘀证方药的药理作用机制，已成为十分重要的课题。

本文就300例具有中医瘀血证临床表象病例，按病种不同分为八组，八组病人均有1-3项血粘度平均值高于对照组，其中三项比粘度增高一组（中风），占总人数25%；二项比粘度增高四组，高血压危象、冠心病、慢支、肝硬化，占总人数52.6%；仅一项比粘度增高三组，肝炎、肺心病、妊毒占总人数22.4%。从上述结果说明中医血瘀证病人均有不同程度血粘度增高，二者之间存在着密切有机联系。

从全血、血浆、血清三种不同粘度作比较分析，（一）全血比粘度在高血压危象，中风，冠心病三组与对照组比较， $P<0.001$ 差别非常显著，占总人数9.6%；慢支、肺心病、肝炎三组 $p<0.05$ 有显著差异性，占总人数28.3%，肝硬化及妊毒 $P>0.05$ 无统计学意义，仅占总人数22.1%。（二）血浆比粘度与正常组比较统计学有显著差异者占总人数77.6%，无统计学意义者仅占22.4%与全血比粘度增高相近。（三）血清比粘度与对照相比较高于正常，有统计学意义占总人数44.27%。上述结果再次证明全血比粘度增高，如能排除贫血、浮肿等因素影响，可以作为中医瘀血证客观指标之一。血浆比粘度增高，与全血比粘度增高比率近似，仍不失为血瘀病人诊断及病情转归参考指标。

鉴于血瘀病人引起全血粘度增高及部份血浆比粘度增高，我们推测血瘀病人引起血粘度增高的因素是多方面的，如肺心病及慢支全血比粘度明显增高而还原粘度正常，说明影响此二组病例血粘度增高因素，可能是红细胞压积增高。而脑中风、高血压危象、冠心病，除全血粘度增高外，还原粘度也同时增高，与对照组比较， $P<0.05$ 有显著差异性，说明血粘度增高除由于血球压积影响外还有其他因素所致。已证实冠心病入血脂增高致使红细胞表面电荷改变，是血粘度增高的因素之一。所以在对同一病例测定血粘度的同时，还要测定有关多方面参数，方能进一步了解各病种构成血粘度增高的因素，为瘀血证诊断及治疗提供更客观

的依据。

本文300例血瘀病人中有舌质记载55例，分析结果，全血比粘度舌紫组与非舌紫组比较，舌紫组高于非舌紫组 $P < 0.05$ ，有显著差异性；血浆及血清比粘度二组比较 $P > 0.05$ ，无差异性。中医认为舌质紫暗或舌边有瘀斑属血瘀重症表象之一，与本文舌紫组全血比粘度增高相符合，高出全血比粘度增高程度可作为血瘀病情较重客观参数。

本文用益气祛瘀法治疗冠心病绞痛病人26例，3—6个月前后作血粘度对比观察，发现经治疗后部份病人有不同程度血粘度改善，但由于病例较少，尚待进一步验证。（参考资料从略）

益气化淤法治疗冠心病78例及42例 自身对照疗效观察

湖北中医学院附属医院

张晓星 陆淑玲 朱普年

自1973年我院开始运用中医辨证施治方法治疗冠心病。在此基础下逐步总结出单独以化愈攻瘀为主的安心2号，以益气化瘀为主的安心3号、祛痰化瘀的安心4号，以益气化瘀安心5号等处方，从1975到1979年用下述四方在治疗70多例冠心病病人发现冠心病慢性冠状动脉供血不足及心肌梗塞后患者均有不同程度心气虚损表象，以益气化愈的安心3号疗效最好。故从1979年4月到1982年6月先后对78例确诊冠心病病人用益化瘀法的安心3号方基础下加减。命名“舒心宁”进行治疗，取得较好疗效。其中45例停用舒心宁6到8个月以后再进行复查随访作为自身对照，经复查。部份病人临床症状及心电图有不同程度加重。对病情反复病人再进行治疗，病情又趋稳定或好转。（通过反复验证说明“舒心宁”对大部份冠心病病人有效）现总结如下：

一、病例选择

所有病例均按74年全国冠心病高血压普查预防座谈会修订《冠心病诊断》标准选择，心绞痛按79年《全国中西医结合防治冠心病心绞痛。心律失常研究座谈会》制度标准分型、全部确诊冠心病，按规定服药、每一疗程三个月，最短治疗一个疗程，最长5个疗程、未到一疗程或治疗过程中自行加用其他药物者均未列为统计对象。

二、一般资料分析

从流行病学分析，本组病例男女之比为58.20，男性明显高于女性，发病年龄在40到49岁10例占12.8%，50岁以下68例占87.2%。职业工人30人，干部31人，教师工程技术人员17人，以脑力劳动多见。此与城市医院对诊病人职业有关。合并有高血压38例占48.7%，有吸烟史40例占51.2%，无1例糖尿病，说明在我国高血压及吸烟是较常见发病因素。

78例病人均有1—3项心电图不正常，现将心电图异常情况分析见表一：

〔表一〕 心电图变化

项 目	T 波 低 平	ST 水平下移 0.05 mv 以上	T 或 U 波 倒 置	陈 旧 性 心 梗	运 动 试 验	左 室 高 电 压	完 全 右 束 支 阻 滞	完 全 左 束 支 阻 滞	左 前 分 枝 阻 滞	房 颤	室 性 早 搏	房 性 早 搏	空 速	高 度 传 导 阻 滞	窦 性 心 动 过 缓	结 性 晚 搏
例 数	20	22	32	21	4	8	3	1	3	6	4	5	1	1	4	1

三、药物及治疗方法

(一) 药物,

治 则: 益气祛瘀法

方 药: 黄芪15g 党参15g 当归10g 川芎10g
红花10g 干漆10g 蒲黄10g

(有一般时间用三棱代干漆)。

上述为一付剂量。按比例每五付煎后浓缩为500CC。糖浆

(二) 用药方法: 每个病人每周服500CC。服药前查心电图。

血脂、眼底、部份检查了胸片、血粘度及微循环等。服药期间停用其他扩冠药, 个别心绞痛发作频繁临时加用消心痛复降片每三个月为一疗程。每疗程结束复查心电图及血脂等各项检查。

四、疗效分析

判断疗效方法: 心电图疗效评定按1974年高血压冠心病心绞痛疗效标准评定。心绞痛按1979年冠心病心绞痛疗效标准评定。我们对阵发房颤病例以半年未再发作。心肌梗塞后治疗S-T-T恢复正常仅相应导联遗留Q波者均列入显效范围。现将78例心电图及症状疗效列表举下;

〔表二〕 心电图及症状疗效

项 目	总 例 数	显 效		改 善		无 效		总有效率
		例 数	%	例 数	%	例 数	%	
心电图异常	78	23	29.5%	29	37.2	26	33.3	66.7%
心绞痛	44	29	66.0	17	27.3	3	6.7	93.3%
胸 闷	55	15	27.2	25	45.4	15	27.3	72.6%
气 短	48	22	45.8	21	43.7	5	10.5	89.5%

从上表可以看出“舒心宁”对心绞痛疗效较好, 96%病人经治疗后心绞痛消失或缓解, 对心慌症状也有一定疗效, 心电图有效率与76年我们中医辨证治疗统计相似66.6%。

心电图改善与用药时间长短成比例即治疗时间长心电图显效率高。

在临床取得一定疗效基础上我们对42例病人停药舒心宁仅服维生素丙及乙, 有些病例服舒胸片、三七片、消心痛等, 6—8个月后我们对42例进行复查作为自身对照发现

其中部份病症状及心电图出现反复十六例病人又再次治疗2—3疗程、症状及心电图又出现好转，现将复查情况列表如上见表三：

〔表三〕 43例停药6—8月后随访

项 目	例 数	改 善	无改变	加 重
心 电 图	42	2	24	16
心 绞 痛	26	1	19	6

对停药后心电图及症状加重16例病人，独一列表如后：见表四。

讨 论 和 体 会

一、反复实践“舒心宁”对冠心病有肯定疗效：

祖国医学无“冠心病”命名。然有关于“胸痹”，“真心痛”，“心痛”等记载。其描述症状与现代医学冠心病心绞痛及心肌梗塞极相近似。至于痛的病因主要是由于气机阻塞，脉道不通。不通则痛及脉涩结代。舌质紫暗或瘀斑等滞血瘀症候气。引起血瘀的原因很多，对冠心病来说，大家比较公认的有痰阻、寒凝、气滞、气虚。我院从1973年至1982年6月止，用活血化瘀法治疗瘀心病，先后可以为三个阶段：第一阶段自年到1975年是辩证论治。第二阶段从1976年到1978年，用四个固定方即①攻瘀化瘀②益气化瘀③温阳化瘀④祛瘀化瘀。经过三年实践总结发现益气化瘀法疗效最好，适合多数病情，对临床症状改善显著，受临床病人欢迎，但心电图改善不理想而攻瘀化瘀法服药后病人不容易耐受而心电图改善优于益气化瘀法。第三阶段从1979年3月—1982年6月我们于益气化瘀方中加入攻瘀药物，即本文采用的“舒心宁”糖浆，先后治疗近100多例冠心病患者，对其中按规定方案服药及治疗时间超过一疗程（三个月以上）78例进行总结，并对其中42例作了治疗——停药——复查——再治疗的自身对照观察，我们认为较长时间服用“舒心宁”对冠心病疗效好，其疗效优于舒胸片，丹参片等成药，也优于一般用消心痛、心痛定等扩冠药。长期用药无付作用，本文78例大部分是确诊冠心病。有的病程已有数年之久全部具有心电图改变，临床症状明显，部份病人用过多种中西药治疗症状无明显改善，但用舒心宁治疗之后心绞痛总有效93.3%。心电图总有效率66.5%，心绞痛缓解率高，时间持久。停药后反复较少，值得注意的是对6例有时显心功能不全其中4例反复发作心衰住院病人，心功能得到明显的改善，如表四中例一，从76年起发昏下壁心肌梗塞，78年广泛前壁心肌供血不足，反复多次心衰住院，从79年6月起坚持治疗，症状逐渐好转，心功能维持Ⅰ—Ⅱ级之间未发心衰。例二，79年（春）广泛前壁心肌梗塞，六个月后QRS波从V1—V6呈QS型且ST段抬高0.1—0.5mv诊断心肌梗塞后继发室壁瘤，以后反复心衰住院，80年初坚持治疗症状逐渐好转，心功能由Ⅲ级恢复到Ⅰ级，心绞痛由旁力型Ⅱ级减到0—Ⅰ级。从表四16例用舒心宁治疗后，心电图、症状等好转病例停药6—8个月后心电图及症状又有反复，以心电图反复又发能不全症状加重为突出，16例中未再继续再治疗3例，11例治疗后又有改善，2例再治疗无效。

通过三年实践重复证验证明“舒心宁”对于大部分冠心病人有较好疗效，可以重复。不足之处。第一对心电图改善不理想，显效率仅29.5%。第二病情严重病例须长期坚持服药，不能停止治疗。

二、用药体会：活血化瘀法渊源于《内经》《素问应象大论》对治疗瘀血一类疾病提出