

曹培琳 李希圣 主编

疑难病的综合治疗

山西科学技术出版社

疑难病的综合治疗

主 编 曹培琳 李希圣

副主编 顾金城 王仲举

王忠国 赵德英

山西科学技术出版社

(晋)新登字5号

疑难病的综合治疗

曹培琳 李希圣 主编

•

山西科学技术出版社出版 (太原并州北路十一号)
山西省新华书店发行 黎城印刷厂印刷

•

开本: 787×1092 1/32 印张: 7.25 字数: 151千字

1991年9月第1版 1991年9月山西第1次印刷

印数: 1—3300册

•

ISBN 7-5377-0440-6

R·150

定价: 3.90元

编写人员

(按姓氏笔画为序)

王仲举	王忠国	孙文臻	孙毅群	毕瑞德
乔爱萍	李淑华	李希圣	张再云	张美云
张文生	张德卿	张绍舜	杨小秀	杨统和
陈晓珍	赵德英	荣慧芝	顾金城	高步琴
高仰秀	韩新珍			

前 言

目前，世界公认的疑难病一百多种。疑难病是指中西医都难治愈的疾病。有的疑难病虽不威胁生命，但损害健康，影响寿命。有的疑难病被认为是不治之症。疑难病是人类健康的大敌。

疑难病并不都是不可治愈的疾病。人类发生了疑难病的同时，也就有了治愈疑难病的方法，几千年来人们寻找它。我们深信，总有一天会找到的。本书作者们采用中医、西医和民间的疗法结合护理和锻炼对疑难病同时采用多种方法治疗，对这个人类的大敌群起而攻之，我们叫“综合疗法”。复杂的矛盾必须用复杂的手段去解决，单一的方法，简单的方法是不会成功的。疑难病的病情复杂，因此要用多种方法同时医治，定会收到好的效果。实践证明，合理地坚持综合疗法治疗疑难病已获得令人鼓舞的效果，多数病的有效率大大提高，一些不治之症有了突破性的进步，不少癌症、恶性贫血已获得根治。本书就是有关疑难病综合治疗经验的小结。

我们的经验是初步的，我们的方法却能提供广大医师临证应用，尤其是住院医师运用。

综合疗法的特点是方法多、有效、方法简便可行，尤其

适用于基层的中西医临床工作者。

希望这本书发挥它的作用，并在实践中充实、修订和提高，更有效地，更广泛地去征服疑难病。

作者

1991年7月

目 录

血栓闭塞性脉管炎.....	(1)
冠心病.....	(29)
变应性亚败血症.....	(48)
慢性肺原性心脏病.....	(57)
支原体感染.....	(70)
急性坏死性胰腺炎.....	(76)
进行性肌营养不良.....	(85)
美尼尔氏病.....	(99)
肠道易激综合征.....	(105)
更年期综合征.....	(114)
女性不孕症.....	(123)
流产.....	(141)
肩周炎.....	(153)
癫痫.....	(162)
银屑病.....	(170)
荨麻疹.....	(185)
系统性红斑狼疮.....	(201)
红斑狼疮.....	(215)

血栓闭塞性脉管炎

〔概述〕

血栓闭塞性脉管炎是一种常见的外周血管阻塞性疾病。1878年WiniWater和1908年Buerger对该病的病情和病理变化作了较详细的描述，并定名为血栓闭塞性脉管炎，为纪念他们，文献上亦称威——伯氏病或伯尔格氏病。祖国医学无相同的病名，从文献考证结合我们的临床体会，该病的早期可能属于“筋病”、“脉痹”范畴，发生坏疽可归入“脱疽”类；内藏脉管炎，应随证而定，如脑脉管炎，其证颇似“中风”，肠脉管炎，证与“肠痛”相似。因此，如将脉管炎一律定名为中医所说的“脱疽”，实属不妥。

血栓闭塞性脉管炎是一常见病，全国各地均有报道，但以东北、华北一带发病率较高，我省山医二院顾兆农治疗的两千余例经统计，则以晋中、晋南、晋东南地区较多。患者大部分系青壮年，25~45岁发病率较高，约占85%，男女之比约100：4左右；工人、农民易患本病，约占患病总人数的62%左右，受侵犯的血管以下肢中、小动脉为主，早期易伴发静脉炎，多数病人在寒冷季节发病或使病情加重。临床表现常以肢冷，疼痛，间歇性跛行等下肢供血不足的现象开始，晚期可发生肢端破溃，形成坏疽，以往均需手术治疗，

国外报道血栓闭塞性脉管炎的截肢率达28%左右。1958年国内采用中西医结合疗法，截肢率逐年下降，据1984年统计已下降至1~2%，治疗有效率在90%以上。

〔病因病机〕

脉管炎的病因发病机理，至今尚未完全明确，与下列因素有关。

一、寒冻受潮

文献报道有40~80%的病人，发病前有寒冻受潮的病史，且多数病人秋冬季节发病，春夏季节病情缓解；受冻、受潮以后常使病情加重。这可能与受冻后患肢血管痉挛，供血减少，促使病情加重有关。

二、激素

此病男性多于女性，约100:0.5~4左右，且多数病人约在20~40岁之间发病，性别差距如此之大，说明性激素在本病病因学上所起的作用是不容忽视的，但发病机制仍待探索。

三、交感——肾上腺髓质功能亢进

交感——肾上腺髓质功能亢进，血中儿茶酚胺类物质浓度增加，使外周血管收缩。早在1921年B、A、O A A П Б就认为脉管炎的发病机制是交感——肾上腺髓质功能亢进，小动脉长期痉挛，使动脉壁营养障碍，甚至硬化，形成血栓，造成肢体缺血、缺氧，导致肢端坏死。在治疗上为解除血管痉挛，采用交感神经节截除或部分切除肾上腺髓质，近期疗效颇为满意，但复发率仍很高，故推理交感——肾上腺髓质功能亢进是促进病情加重的一个重要因素，切除交感神

经节可使血管扩张，暂时缓解供血不足这一矛盾，真正的病因并未消除。

四、当前国内外对脉管炎的病因发病学看法

(一) 有人报道脉管炎患者血液一般都有浓、粘、稠的变化，故认为脉管炎的起因源于血液流变性改变，致形成血栓堵塞血管，也有人报道怀疑本病是起源于血液凝固性升高，血管变化是继发的。近年发现脉管炎患者 PGI_2 —— TXA_2 比值异常，总的趋势是 PGI_2 合成减少， TXA_2 合成增多。但这些变化究竟是脉管炎的原因，还是结果，目前还很难判定。

(二) 免疫因素

近数10年来免疫学的进展很快，有人认为脉管炎是一种免疫原性疾病，但引起脉管炎的抗原是什么？有很多推测，大部分文献报道85~96%的病人有吸烟嗜好，并谓戒烟后症状减轻，再度吸烟后复发。早在30年代用烟草浸出液给脉管炎患者作皮肤过敏试验，发现阳性率高达78~81%，此后 Atfam Roth 先后用烟叶浸出液，成功地形成过敏反应，提示脉管炎可能是一种变态反应性疾病，并倾向于烟碱是一种半抗原进入机体致敏所致。但从临床观察，也有不少患者并无吸烟嗜好，往往因受冻，外伤，脚癣，感染发病，这些因素究系本身可作为抗原或半抗原或作为非特异性刺激，使血管组织的抗原性发生改变，形成自身免疫性血管炎，抑或改变血管壁的通透性，促进发生，均需进一步探索。从目前资料分析，本病很可能属第三型变态反应性疾病。60年代 Por Korng 在血栓闭塞性脉管炎并发血栓性静脉炎时，发现抗动脉抗体阳性率高达96.9%，1979年 Gu Lati 报道血清中

Ig G、Ig A、Ig M成倍增加，同时补体明显下降，进一步说明血栓闭塞性脉管炎可能是一种免疫性疾病，其发病机制可能由于上述抗原进入机体致敏，再次接触同一抗原形成第三型变态反应，当进入机体的抗原量稍多于机体产生的抗体量时，形成的抗原抗体复合物分子量既不大，也不小，正好分子量在100万左右时，这种免疫复合物既不易沉积在组织内被吞噬细胞所吞噬，又不易通过肾小球被滤过排出体外，故在血管内停留时间较长，当血管壁通透性增强时，最易嵌顿在通透性增大的中小动脉中膜和基底膜。由此可知体内已存在这种抗原抗体复合物，能不能形成脉管炎，不仅取决于免疫复合物的分子量大小，还与血管壁的通透性加大有关，只有在血管壁通透性加大的基础上，免疫复合物才易于沉积。当免疫复合物一旦嵌入到血管壁上，就能激活补体产生 C_3a 、 C_5a 、 C_5b_7 ，这些补体的碎片，能使中性粒细胞吞噬功能增强，大量吞噬嵌在血管壁上的免疫复合物，但也带来不好的后果，如在吞噬过程中释放出的溶酶，它能水解组织成份，这是造成血管壁进一步损伤的重要因素。最近还认为白细胞吞噬时，由于“呼吸爆发”形成超氧阴离子，破坏细胞膜结构，损伤血管壁；在血管损伤的同时，血管内皮细胞产生 PGI_2 减少，同时血小板在损伤处聚积，破坏，磷脂释放，使 TXA_2 合成的原料增加产生大量 TXA_2 ， TXA_2 不仅促进血栓形成，且使血管痉挛，从而导致本病的发生发展。

五、祖国医学方面的认识

祖国医学认为脉管炎的病因发病机理是由于肝肾亏虚或房事不节，正气受损，气血不足，阳气不充，再外受寒湿之

邪，以致寒湿凝聚经脉，使气血运行不畅，脉络痹阻，此外，过食膏粱厚味，亦可导致本病。在疾病过程中，开始寒伤于阳，故表现为一派虚寒征象，寒邪郁久化热，热甚毒聚，则腐筋损骨而成坏疽，这一朴素的见解，既重视外因而且重视机体，在发病过程中的作用，无疑是值得借鉴的，但需用现代方法加以进一步研究，如中医古籍中记载的过食膏粱厚味可以引起脱疽之说，是否因过食膏粱厚味，动脉粥样硬化，斑块脱落，栓塞所致肢体坏疽。很值得推敲；又谓房事不节，亦可导致脱疽，近年文献报道很少提及与脉管炎的关系，但就临床观察，脉管炎患者在房事后，症状往往加重，坏疽分界线处肉芽会变成紫暗，痛疼加重，虽不足以说明是原因。但症状加重是客观事实，应该进一步探讨。

〔病理变化〕

血栓闭塞性脉管炎为全身性血管疾患。主要侵犯四肢中、小动脉；尤以下肢为最常见。其他如脑、心、肾、胃肠道虽可累及，但较少，且多见于晚期。严重者亦可累及较大的动脉，如股动脉及其伴行的中、小静脉。病变特点是一种非化脓性血管全层炎，血管腔内可形成血栓，动脉内膜层内皮细胞增生，有淋巴细胞浸润，但内弹力层完整。动脉中层有纤维细胞增生和毛细血管扩张，滋养血管中层亦增厚，内膜增生，并有淋巴细胞浸润。血管病变呈显著的节段性，正常节段与受累节段分界明显。由于本病呈周期性发作，因此同一条血管不同节段可呈现不同期的病理变化。

病变晚期，血栓机化，细胞成份减少，纤维组织增多，动脉周围也发生广泛纤维化，动、静脉和神经可被纤维组织

包埋，形成硬索条，因血管壁上分布的交感神经纤维网受压，可致剧痛。由于动脉壁增厚，管腔狭窄或闭塞，因而病变肢体可发生缺血、发凉，脉搏消失，严重时出现溃疡、坏疽。

静脉的病变与动脉相仿，在急性期内膜层和血栓边缘有更多的成纤维细胞和中性粒细胞、淋巴细胞浸润。外层为广泛成纤维非细胞增生，呈硬索条状。

血栓闭塞性脉管炎，可伴有神经炎或神经周围炎，神经束内及周围有较多的淋巴细胞浸润和纤维化。较重的神经病变，可致神经束退行性变和脱髓鞘。

总之，血栓闭塞性脉管炎的病变主要是血管内膜增厚，逐渐形成血栓，以致血管完全闭塞。继之，血栓发生机化，再通。病变往往是节段性的。在血管闭塞的同时，有代偿性侧枝循环逐渐建立，故临床表现除与闭塞有关，还与侧枝循环建立与否有密切联系。

〔临床表现及诊断〕

患者几乎都是男性，男女之比约为100：4左右，年龄多在25～45岁之间，本病的症状主要由于血管阻塞，供血减少所致。临床表现的轻重，因血管闭塞的部位，范围，速度和侧枝循环建立的情况而各有不同。开始时常为一侧下肢，病程缓慢，常在数月或数年后症状渐趋显著。一般均在寒冷季节发病，受冷后加重，西医分为三期：

第一期或局部缺血期：患肢发凉、怕冷，有麻木感，足部、小腿有不定处酸痛，有些患者有间歇性跛行，当病人行走一段路后，感到小腿肌肉发板、胀痛和抽搐，迫使患者跛

行和停止行走，休息1～5分钟后，疼痛逐渐消失，但在行走后又可发作，随病情加重，行走距离逐渐缩短。

约25～40%的病人，在下肢浅组小静脉常发生迁移性的血栓性静脉炎，急性发作时局部呈红色或紫红色，短硬索条柱，伴有轻度疼痛和触痛，经过1～3周后消失，可遗留硬结和色素沉着，但他处又可重新出现。

检查局部皮肤温度较健侧低，颜色一般为灰白或苍白色，肢体位置试验阳性，患肢动脉搏动减弱或消失。

第二期或营养障碍期：患肢麻木，发凉、怕冷、疼痛、间隙性跛行等自觉症状加重，并出现足趾处持续性疼痛，尤其是夜间卧床时加重（静止痛），常迫使患者将患肢垂于床沿，或屈膝抱足而坐，这样能使下肢静脉回流量减少，略以改善因供血不足所致之疼痛。当患者平卧时，尤其是将患肢抬高，足和小腿皮肤显得苍白；如将下肢放低，即呈现红色或紫红色，青紫色。

足背动脉、胫后动脉的搏动显著减弱或不能触及。小腿皮肤干燥，脱屑，汗毛消失，趾甲增厚或碎裂，生长迟缓。部分患者有小腿肌肉痿缩。肢体位置试验阳性，趾端压迫试验肤色恢复时间延长，患肢温度较健肢低，但不如第一期差距大。

第三期或坏死期：由于严重血液循环障碍及神经营养障碍。患肢肢端发生坏死，大多数先从足拇趾甲沟处开始，一般累及踝关节者较少，开始多为干性坏疽，但可能继发感染，转为湿性坏疽，坏死范围可迅速扩大。坏死组织脱落，即形成溃疡，创口经久不能愈合。当发生坏疽时，疼痛加剧，患者常抱膝抚足，通宵不能入眠，部分病人，常将

肢体下垂床边，以减轻疼痛，但由此使患肢更加肿胀、瘀血、青紫。患肢皮肤温度一般转热，大部分患者患肢喜冷、恶热。少数病人，可伴有发热、烦躁、甚至意识模糊。

〔辨证论治〕

有关血栓闭塞性脉管炎的辨证分型，文献报道很不一致，最多的分型方法分成12个类型；最少者分“偏阴”、“偏阳”两类。前者过繁，掌握较难，后者过简，又显笼统。目前西医按临床表现结合病理变化分为三期，但迄今尚无中医辨证与西医辨病相结合的统一分类标准，这对科研、病例统计、疗效观察等工作极为不便，现结合我们多年临床实践的体会，特提出中医辨证与西医辨病相结合的分型方法，供参考。

第一期：局部缺血期——虚寒型

〔主证〕 患者自觉发凉，有冷、麻、胀、痛感，特别是足部和小腿有不定处的酸痛，有间歇性跛行，或伴有浅静脉炎。常诉喜暖怕冷，受凉则上述诸证加剧。

〔检查〕 皮色苍白，触之冰凉，肤无光泽，汗毛稀疏，趾甲增厚，粗而且脆，舌质淡，苔白，脉沉细。足背动脉（趺阳脉），胫后动脉（太溪脉）减弱；患肢温度较健肢低，用指压迫肢端，肤色恢复时间延长。

〔病机〕 西医认为系中小动脉发生全层炎，有节段性血栓形成，侧枝循环建立不充分，血管处于痉挛状态，使远侧肢体缺血，表现一系列供血不足的现象。中医则认为系素体阳虚，寒邪客于经脉，致寒凝血瘀，脉络受阻，气血运行

不畅，阳气不能达于四末，故肢冷、酸、麻、胀、痛。《素问·五脏生成篇》“……足受血而能步……”。现经脉不通，气血不畅，足不能受血，肢体失养，故皮肤甲错，跛行。舌质淡，苔白，属虚属寒。脉沉细，沉为寒象，细为气少跌阳脉，太溪脉弱，乃别络结之征。综合上述，西医所指的缺血期，颇似中医辨证分型所指的虚寒型，如二者结合统一分型，是可以符合客观规律的。

〔治法〕 根据中医治则“结者散之”，“瘀则通之”，“寒则温之”，“虚则补之”之意，治则以补气养血，温经通络为宜，方用温经回阳通瘀汤（此方是山医二院主任医师顾兆农自拟方）。

党参15克 当归30克 赤芍10克 白芍10克 熟地15克
红花10克 桂枝15克 淡附子15克 细辛2克 炮姜10克
牛膝15克 甘草5—25克

服法：头二煎合并，早晚分服。

〔加减〕 有血管痉挛指征者，加地龙、穿山甲；疼痛加没药、元胡；肾阳虚明显者加鹿角胶、肉桂；脾虚加山药、黄芪。

虚寒型脉管炎服上药后，可改善远端肢体血液循环，患肢皮温逐渐回升，自觉症状也逐渐减轻，但足背动脉搏动恢复不明显（痉挛者除外）故考虑本方是通过促进侧枝循环建立和改善微循环障碍，而显出良好的治疗效果。

第二期：营养障碍期——寒湿型

〔主证〕 患肢酸困、沉重、麻木、怕冷、足趾常有持续性疼痛，尤以夜间为重（静止痛），短途行走即发生跛行。

〔检查〕 患肢皮肤苍白，下垂则呈暗红色，抬高后又变白，指压肤色恢复时间明显延长，足部温度低，肌肉常有痿缩现象，或有轻度浮肿。舌质淡，舌象常见齿痕或瘀斑，苔白稍腻，表面较湿润。脉多弦滑或沉弦。趺阳脉，太溪脉减弱或消失。患肢温度低于健侧，但两肢体温差不如虚寒型明显。

〔病机〕 西医认为由于患肢慢性缺血，发生营养障碍，血管周围有结缔组织增生，并将血管神经包绕成一索条，使神经受压迫，血运更加不畅，同时静脉血回流也受阻。中医认为是寒湿凝滞，脉络瘀阻，气血不能达于四末，故趺阳脉绝，肢体发凉、麻木、疼痛，间歇性跛行，湿迫于下则肢困、浮肿、沉重，苔白腻，脉滑均为湿浊内蕴之象。

〔治法〕 因病机为寒湿重着，脉络瘀阻，故宜温经散寒，除湿通络，活血化瘀，方用山医二院顾兆农自拟方“温经导湿通瘀汤。”

桂枝15克 当归25克 赤白芍各10克 红花10克 独活10克 苍术10克 薏仁30克 炒黄柏6克 木瓜10克 牛膝15克 淡附子10克 细辛2克 鸡血藤20克

服法：头二煎合并，早晚分服。

〔加减〕 患肢冷重者去黄柏，痛甚加没药、元胡，患肢觉热痛桂枝、附子、细辛均减量，气虚加党参、黄芪。

第三期：坏疽期——毒热型

〔主证〕 患肢出现坏死，疼痛剧烈，通常呈烧灼样跳痛，或持续性胀痛，昼轻夜重，无法入眠，心烦急躁，咽干口渴或渴不欲饮，纳呆，尿黄。个别病例伴有发热，严重者