

中华医学临床文库

天津市武清县中医医院论文选

主 编 王克岭

中国医药科技出版社

弘揚國醫
再造輝煌

余傳隆

一九九五年十月十日

编者的话

弘扬祖国医学文化，振兴中医事业，走中西医结合道路，是我党一贯的卫生工作方针，需要广大医务工作者有志之士不断努力和长期奋斗。

近几年来，我院在党的改革开放大好形势下，全体医务人员积极工作，艰苦创业，在临床实践中坚持科学性、学术性和文献性，撰写了在内容和形式上有独特风格的中医、中西医结合学术论文，促进了学术交流，为更进一步提高我院的医疗技术水平起到了一定的推动作用。

今将我院近期撰写与已公开发表的部分学术价值较高的论文汇编成书，供广大医务工作者参考。

本书在编辑工作中，承蒙《河北医药》主编王荣杰女士的大力支持；在本书出版发行之际荣幸地获得中国医药科技出版社社长余传隆教授的题词，在此一并表示衷心地感谢！

由于我们水平有限，编审工作仓促，故而，在编校过程中错误在所难免，诚望各位同道给予批评斧正。

王克岭

1995年10月北京

目 次

论著与临床经验

- 理冠通痹汤治疗冠心病 120 例临床观察…………… 王克岭等 (1)
- 老年性房室环钙化 (附 3 例报告)…………… 王克岭 (2)
- 慢性支气管炎的中医免疫治疗…………… 王克岭等 (5)
- 老年性痴呆从“神”论治…………… 陈宝贵等 (7)
- 生脉饮合瓜蒌薤白桂枝汤加减对心率的双向调节作用观察
(附 81 例临床报告)…………… 赵振发 (9)
- 高血压 1016 例与吸烟关系的调查分析…………… 王克岭 (11)
- 养胃汤治疗萎缩性胃炎 151 例临床观察…………… 陈宝贵 (12)
- 理肾降糖饮治疗糖尿病 45 例…………… 齐士红 (14)
- 滑润导滞法治疗久痢…………… 谢孝先 (15)
- 葛藜车草汤治疗小儿秋季腹泻 56 例…………… 张 丽 (16)
- 荆防汤加味内服外洗治疗面部扁平疣 (附 50 例疗效观察)…………… 张志敏等 (17)
- 自拟“防感屏散”佩带法预防儿童季节性感冒效果观察…………… 蔡淑华等 (18)
- 补肾法在妇科临床上的应用…………… 许美芸等 (19)
- 滋阴药治疗中老年人泌尿系结石的体会…………… 王雅林 (20)
- “鸡头散”治疗瘰疬破溃 14 例体会…………… 杨宝苓等 (21)
- 复方丹参滴丸治疗冠心病心绞痛的临床观察…………… 刘志刚等 (21)
- 脉络宁治疗脑梗塞 25 例疗效观察…………… 刘学芬等 (22)
- 川芎嗪治疗脑梗塞 50 例疗效观察…………… 刘志荣等 (23)
- 大黄牡丹汤新用举隅…………… 程万里 (24)
- 中药系列药枕治疗脑血管病 (附 262 例脑梗塞患者疗效对比观察) 张 霞等 (25)
- 中药灌肠治疗小儿高热的疗效观察…………… 张福玲 (27)
- 清开灵治疗急性腮腺炎…………… 杨玉兰 (27)
- 大黄甘草汤治疗便秘 28 例体会…………… 韩金凤 (28)
- 大黄水煎灌肠治疗急性食物中毒发热 35 例…………… 李瑞洲等 (29)
- 血府逐瘀汤加减治疗脑血管意外并发呃逆 10 例…………… 董景敏等 (29)
- 腐尽生肌膏治疗颈部疔肿体会…………… 张振凤 (30)
- 异搏定治疗室速 3 例…………… 李洪艳 (30)
- 氯胺酮用于小儿急症手术麻醉的体会…………… 时向军 (31)
- 国产先锋霉素 V 在门诊换药中的应用…………… 王克岭等 (32)

名老中医经验谈

- 柳学洙学术特点及医案医话介绍..... 陈宝贵 (33)
- 柳学洙补肾法临床介绍..... 陈宝贵 (37)
- 柳学洙在痰证中对“二陈汤”的灵活运用..... 赵振发 (42)
- 柳学洙老大夫治疗失音症经验介绍..... 陈宝贵 (45)

综述与讲座

- 老年人高血压的特征及防治..... 王克岭等 (47)
- 硝苯吡啶在内科疾病的应用进展..... 李瑞洲等 (50)
- 非胰岛素依赖型糖尿病的治疗..... 刘庆春 (52)
- “腐祛肌生”之我见..... 赵振发 (53)
- 漫话小儿泄泻..... 程万里 (54)
- 二陈汤运用经验..... 陈宝贵 (58)
- 疮疡内治要特别注意顾护脾胃..... 赵振发 (61)

中西医结合

- 中西医结合治疗冠心病 242 例临床观察..... 王克岭 (65)
- 急性心肌梗塞 23 例中西医结合治疗体会..... 王克岭等 (66)
- 中西医结合治疗冠心病 219 例体会..... 刘凤霞 (68)
- 中西医结合治疗肺心病顽固性心衰 20 例疗效观察..... 张兰芹等 (69)
- 中西医结合治疗小儿秋季腹泻 216 例..... 卞景芝 (70)
- 中西医结合治疗婴幼儿腹泻并发急性心肌炎 3 例..... 杨培华等 (71)
- 中西医结合治疗坐骨神经痛 32 例体会..... 孙宝光 (72)
- 中西医结合治疗四肢骨折 20 例..... 岳玉平等 (73)

临床检验

- 火焰光度法测定钠几种计算方法的比较..... 朴贞玉 (75)
- 尿八 A 试纸与尿沉渣显微镜检相结合的诊断价值..... 朴贞玉等 (76)
- 单克隆直接法与乳胶抑制试验对早期妊娠诊断结果比较..... 任志兰等 (76)
- 溶血对纤维蛋白原检测的影响 (附 146 例观察报告)..... 张德江 (77)

诊疗技术

- 不典型肺结核 X 线诊断分析..... 王克岭等 (79)
- 氩氦激光治疗脑梗塞 45 例临床观察..... 刘书芹等 (80)
- 对急性心肌梗塞合并室性心律失常患者的监护和抢救工作体会..... 路中翔 (80)
- 股动脉注射尿激酶治疗 AMI 合并下肢动脉栓塞 2 例..... 李洪艳 (81)
- 催产素脐静脉推注预防中期引产产后出血的体会..... 李广霞 (82)
- CO₂ 激光治疗 I、II 度宫颈糜烂 587 例疗效观察..... 云淑英 (83)
- 分泌性中耳炎鼓膜切开置管临床分析..... 梁瑞利 (84)

老年人胸段硬膜外穿刺的新认识	蒋桂清等	(85)
血管内激光治疗使用留置针的体会	赵术云	(85)
针灸按摩		
中医急症应用人中穴的体会	程万里等	(87)
通淋排石汤加针刺膀胱俞治疗泌尿系结石 35 例	徐彪	(88)
手法治疗跟痛症 56 例临床观察	刁殿军等	(89)
针刺治疗痤疮新法 (附 25 例疗效观察)	刁殿军	(90)
药品管理		
从药品检验数据的分析谈监督管理	陈瑞福	(92)
中药园地		
中药炮制“熬”字考	陈宝贵	(94)
中药的煎服法 (附四种中药的水煎液和水浸液含量测定比较)	陈瑞福等	(96)
中药煎服法	张秀文等	(97)
从《伤寒论》用姜说起	赵伯洋	(99)
细辛用量小议	陈宝贵	(100)
自制白芷糊在门诊换药中的应用	赵凤淑	(100)
高血压的药膳治疗	许美芸等	(101)
护理园地		
正确处理医护关系 提高治疗水平	朱万霞等	(103)
心理护理临床体会	郑淑敏等	(104)
当代护士应具备的品格	王建霞	(105)
癌症的心理护理	李秀玲等	(105)
慢性肺原性心脏病 21 例的护理	刘守敏等	(106)
急性心肌梗塞 23 例的中西医结合护理	李忠香等	(107)
胆囊切除术后中西医结合的护理体会	刘海英	(109)
中西医结合治疗胃溃疡急性穿孔的护理	唐燕红	(111)
石膏外固定的护理体会	杨富兰	(112)
中西医结合护理婴幼儿腹泻 20 例体会	宋建明等	(113)
小儿全麻术后苏醒期的护理体会	杨淑贤	(114)
小儿疝气 15 例手术后护理体会	阙春慧等	(114)
褥疮的预防及护理	高侠	(115)
如何减轻静脉穿刺所致疼痛	李忠香等	(116)
小儿静脉穿刺点滴体会	张美艳	(117)
加大进针角度行静脉穿刺的体会	张福玲等	(117)

静脉滴注硝酸甘油护理时应注意的几个问题 李莲芝等 (118)

短篇及病案报道

金黄色葡萄球菌肺炎 1 例 王克岭等 (119)

温肾助阳法治泌尿系结石 1 例 黄自芸 (119)

益胃汤治愈持续 7 年心悸 1 例 陈宝贵 (120)

皮得和瑞杰综合症 苗希凤等 (121)

硝苯吡啶致血糖升高 1 例 张兰芹等 (122)

百日咳并发目衄验案 1 例 程万里 (122)

小半夏加茯苓汤治愈顽固性呕吐 1 例 高凤玲 (123)

中药治愈因练气功出偏 1 例 赵伯洋 (124)

胎盘植入 1 例 王学风 (124)

卵巢囊肿扭转并发输卵管妊娠破裂 1 例 王学风 (125)

输卵管间质部妊娠 1 例 李广霞 (126)

子宫发育畸形致空吸 1 例 黄明勤 (127)

肠线不吸收 2 例 沈书芹 (128)

婴幼儿低血糖误诊分析 (附 3 例报告) 李淑英等 (128)

胸内异位甲状腺误诊 1 例 柴秀双等 (129)

蝮蛇抗栓酶致肾紫癜 1 例 刘志刚等 (130)

丁胺卡那霉素致过敏反应 1 例 李俊珍等 (131)

硬膜外穿刺点致皮脂样囊肿 1 例 耿凤霞 (132)

成骨不全症 1 例 韩淑兰 (132)

重度有机磷农药中毒—过性蛋白尿 2 例 王玉兰等 (133)

译文

心肌 王秀珍等 (134)

收缩力 (影响心肌收缩力的因素) 王克岭等 (134)

心肌收缩力降低 王秀珍等 (135)

心律失常 王秀珍等 (136)

心律失常与传导阻滞 王秀珍等 (137)

急性心肌梗塞的识别 王克岭等 (137)

心绞痛 王秀珍等 (138)

急性心肌梗塞的并发症 王克岭等 (139)

急性心肌梗塞的治疗 王克岭等 (139)

动脉粥样硬化的消退 王秀珍等 (140)

休克的治疗 王克岭等 (141)

论著与临床经验

理冠通痹汤治疗冠心病 120 例临床观察

天津市武清县中医医院 王克岭 程万里

自 1989 年开始,我们根据中医辨证施治的原则,采用理冠通痹汤加减治疗冠心病患者 120 例,总有效率达 95%,取得了初步效果。现总结如下:

1 基本情况

1.1 120 例患者中男 70 例占 58%,女 50 例占 42%,男性发病率高于女性。

1.2 根据 120 例患者的发病年龄分析,我们发现 51~60 岁、61~70 岁两个年龄组的发病率均高于其它年龄组,见表 1。

表 1 年龄组与发病率

年龄(岁)	例数	%
40~50	16	13.3
51~60	46	38.4
61~70	39	32.5
71 以上	19	15.8

1.3 合并症:从以下合并症分析看出,合并症以高血压病为最高,见表 2。

表 2 本组合并症情况

合并症	例数	%
高血压病	28	23.3
糖尿病	12	5.8
脑血管意外后遗症	9	7.5
房颤	6	5.0
室性早搏	5	4.2
束支传导阻滞	12	10
房室传导阻滞	2	1.67
陈旧性心肌梗塞	12	10
其他	10	8.33

2 冠心病的辩证论治

2.1 冠心病治宜“强心阳,益心气,养心血”以培其本;“豁痰理气,活血祛瘀”以活其标。据此原则,组成理冠通痹汤随证化裁应用。

药物组成:桂枝 6g、党参 12g、当归 12g、制首乌 12g、丹参 12g、红花 9g、川芎 6g、瓜蒌 18g、薤白 12g、郁金 9g。

方解:本方以桂枝强心阳,党参益心气,当归、制首乌养心血,瓜蒌、薤白豁痰理气,丹参、红花、川芎、郁金活血祛瘀。综观全方具温通灵动之性,祛瘀生新之功,养正之中寓行瘀之用,散结之内无伤正之偏,为治疗冠心病之主方。

2.2 冠心病阵发心胸疼痛,以理冠通痹汤治之。若血瘀偏重,证见心区刺痛,唇舌色暗或有瘀斑,脉弦涩者,可在方中加活血化瘀之药,如元胡索、三七粉等。若痰浊偏重,可见胸部闷痛不适,舌苔白腻,脉弦滑,宜在方中去制首乌,加化痰浊之药,如半夏、茯苓、陈皮、石菖蒲等。若苔黄腻,脉滑数者,可加黄连、竹茹、胆南星等以清化热痰。若气滞偏重可加理气之药,如枳实、桔梗、檀香、砂仁等。

2.3 冠心病心胸疼痛,面白气短,舌淡,脉迟或见结代,可用理冠通痹汤加温阳补气之药,如制附子、干姜、黄芪、炙甘草。若疼痛剧烈不止、四肢厥冷,精神倦怠,脉沉微欲绝,此为阳虚欲脱之证,急宜回阳固脱,益气复脉,方中去桂枝、川芎、当归、首乌、郁金,加入人参、制附子、干姜、麦冬、五味子、炙甘草等。

2.4 冠心病心胸阵痛,头晕目眩,心悸易惊,睡眠不安,唇舌色淡,脉细弱者,为血虚偏重,宜在理冠通痹汤中加补血养心之药,如干地黄、枸杞子、五味子、阿胶、酸枣仁等。

2.5 冠心病若脾虚而见脘痞腹胀,食便溏

者,方中去瓜蒌、当归、制首乌,加白术、茯苓、山药、鸡内金等健脾助运。

3 疗效观察

本组 120 例冠心病患者中,根据中医辨证,给予中药汤剂,每日一剂分两次服,均收住院治疗。患者症状、体征的演变为:显效 65 例占 54.1%,改善 49 例占 40.8%,无改变 4 例占 3.3%,加重 2 例占 1.7%,总有效率 95%。心电图(异常者 105 例):转为正常 53 例占 50%,改善 36 例占 34%,无改变 14 例占 13.3%,加重 3 例占 2.7%,总有效率 84%。

4 典型病例

患者,男,60岁。于10年前因活动后胸闷、心悸曾在县人民医院诊为“冠心病”,经常服用消心痛、心痛定及速效救心丸等药物后缓解。近10天来稍活动后即感胸骨后压痛、心悸、胸闷,疼痛向左肩部放射,每次发作约3~4分钟,服速效救心丸后缓解。查体血压21.33~13.33kPa,心律齐,无杂音,心率84次/分。舌体胖大,舌质淡黯,苔白腻,脉弦滑。心电图示窦性心律,电轴-22度,P-R间期0.16秒,Q-T间期0.38秒,ST段于V₄~V₆下移,T波于V₆低平。西医诊断为慢性冠状动脉供血不足。

中医诊断:胸痹(痰瘀壅塞、心脉痹阻)。

治法:通阳泄浊、豁痰活血。

处方:理冠通痹汤加减:桂枝6g、党参12g、丹参12g、红花9g、川芎6g、瓜蒌18g、薤白12g、郁金9g、枳实6g、檀香6g、砂仁6g、石葛蒲10g、元胡9g。连服24天后症状消失,心电图恢复正常,痊愈出院。半年后随访无复发。

5 讨论

祖国医学虽无冠心病之称,但在二千多年前的医学巨著《内经》中《素问·脏

气法时论》就有这样的记载:“心痛者,胸中痛,胁支痛,膈背肩胛间痛,两臂内痛。”《灵枢·厥病篇》记载:“厥心痛,与背相控。”“真心痛,猝大痛,心痛甚,旦发夕死,夕发旦死。”等论述。这些论述基本概括了冠心病的典型症状。

本病祖国医学大致归属于“心痛”、“胸痹”。关于其病因及发病机理,《素问·调经论》记载“厥气上逆,寒气积于胸中不泻,不泻则温气去,寒独留,则血凝结,凝则脉不通。”“血气者,喜温而恶寒,寒则结不能流,温则消而去之。”

汉代张仲景著《金匮要略》,继承了《内经》的理论,并进一步认为发病机制是“胸阳不振,浊阴上干”,提出以人参汤甘温养阳;瓜蒌薤白白酒汤化裁以通阳泄浊、宽胸散结,宣通气血的治疗方法。明代王肯堂在《证治准绳》中更进一步提出活血化瘀的“化死血方”以治心痛,从理论到临床对本病的认识日臻完善。

我们基于以上认识并结合西医诊断,在明确为冠心病的基础上采用理冠通痹汤随证加减,观察治疗住院患者120例,在观察治疗中,部分病人在急性期配用了部分西药如血管扩张剂等,在治疗及恢复期均以中药治疗为主,获得了一定的效果。

老年性房室环钙化(附3例报告)

天津市武清县中医医院 王克岭

老年性房室环钙化,多年来一直认为是老年性心脏改变的自然过程,而未予重视。六十年代初才被被认为是具有临床意义的一种独立的心脏疾病。近年来由于超声诊断应用于本病后,国外临床报告逐渐增多,但国内报道还较少。本文报告3例老

年性房室环钙化症并结合文献对本病加以讨论。

1 病例报告

例1, 男, 73岁。阵发性胸闷8年, 诊为“冠心病”、“心绞痛”。近日来胸痛加重, 夜间呼吸困难, 不能平卧, 下肢水肿。既往高血压病史18年。体检: 血压25.33/13.33kPa (190/100mmHg), 唇指微绀, 颈静脉怒张, 心脏向左下扩大, 心率80次/分, 律齐, 胸骨左缘第二肋间可闻及Ⅰ/6收缩期喷射性杂音, 向颈部传导, 心尖部可闻及Ⅲ/6收缩期喷射性杂音, 向左腋下传导。肝肋下2.5cm, 下肢水肿(+), 血清钾、钠、氯, 肝、肾功能, 血脂, 均未见异常。心电图示: 完全性右束支传导阻滞, 偶发房性期前收缩及慢性冠状动脉供血不足。超声心动图示: 主动脉瓣开放减慢, 瓣膜反光增强, 增厚, 主动脉开放幅度降低。室间隔后壁增厚。左房、左室内径增大, 二尖瓣前叶后叶开放幅度降低, 二尖瓣环区回声强, 后叶运动受限, 前后叶开放略受限。超声诊断为: 老年性主动脉瓣狭窄, 主动脉瓣钙化, 老年性房室环钙化。

例2, 女, 63岁。阵发性心前区疼痛20年, 加重10天, 以冠心病收入院。既往高血压病史30年。30年前因患“甲亢”行甲状腺切除术, 孕8次生9胎。体检: 血压17.33/10.66kPa (130/80mmHg), 双肺(-), 心界向左下扩大, 心率96次/分、律齐, 心尖部可闻及Ⅲ/6收缩期喷射性杂音, 向左腋下传导, 胸骨左缘第三、四肋间可听到Ⅲ/6收缩期喷射性杂音, 向颈部传导。血清钾、钠、氯, 肝、肾功能及血脂均未见异常。胸大片发现: 心脏左缘第三弓延长, 主动脉迂曲扩张。心电图示: 慢性冠状动脉供血不足; 超声心动图示: 室间隔轻度肥厚, 主动脉壁回声强, 后叶运

动受限, 诊断为: 老年性房室环钙化。

例3, 女, 63岁。阵发性心前区疼痛, 胸闷一年, 反复晕厥6个月。体检: 血压16/9.33kPa (120/70mmHg), 双肺(-), 心界无明显扩大, 心率39次/分、律齐, 各瓣膜未闻及器质性杂音, 血清钾、钠、氯, 肝、肾功能, 血脂均未见异常。胸大片示: 主动脉迂曲延长, 心胸比率增大, 心影呈主动脉型, 左室轻度增大。心电图示: Ⅰ度房室传导阻滞, 呈2:1和3:1传导, 偶有Ⅲ度。超声心动图示: 房室环回声强, 条状回声位于二尖瓣后叶后方, 诊断为房室环钙化。

2 讨论

2.1 发病率: 本病为一老年性较常见疾病, 发病在50岁以上, 并且随年龄迅速增长。在综合性医院50岁以上无选择性尸检中占8.5%~10%^[1], 年龄超过90岁以上者, 男性占17%, 女性高达43%。说明女性发病多于男性。本文报告3例中有2例女性。

2.2 病因与发病机理: 多数学者认为房室环钙化是二尖瓣纤维支架组织退行性变性的结果。Sell等观察, 心脏纤维组织退变过程发生于50岁以后, 瓣环深部和后叶瓣与左室后壁交界处有小的钙化灶沉着, 这种老年性退行性变也常见于心脏左侧支架的其他部位, 如主动脉环、室间隔膜部等。本文例1、2均伴有主动脉环钙化及室间隔的增厚改变。心脏支持组织纤维环和结缔组织形成的瓣膜长年累月受到血液动力学的冲击和机械性刺激而发生变性, 如主动脉瓣和二尖瓣(纤维)环的钙化, 引起二尖瓣或主动脉瓣的关闭不全或狭窄, 其中以二尖瓣关闭不全或主动脉瓣狭窄为显著。在较高的左心室压力下, 二尖瓣后叶开放与关闭的牵拉使该处承受的应力较大, 同时后瓣与左室后壁交界角处长长期因

瓣膜开放, 关闭的卷曲、折叠容易受到磨损, 因此本病多发生在瓣环的后部。本文报告的 3 例均为二尖瓣后叶发生明显钙化。综上所述可见凡左室内压力负荷过重, 二尖瓣过度牵拉或异常运动, 如高血压、梗阻型心肌病、二尖瓣脱垂等, 均可促进钙化的发生。本文中有 2 例有较长的高血压病史。

Fulkerson 等报告, 荧光摄影证实的 80 例中有高血压病 33 例, 梗阻型心肌病 5 例, 二尖瓣脱垂 11 例。本病女性高于男性 1.6~2.8 倍, 原因尚不清楚, 但有人认为内分泌改变影响体内钙的再分布 (如老年骨质疏松多见于女性), 妊娠增加心脏负荷, 女性对机械应力损伤容易发生过度反应等, 均可能为女性多发的因素。本文例 2 在 20 年前曾患过甲亢, 妊娠次数又较多, 均为导致早期形成房室环钙化的可能因素。

2.3 临床表现: 临床表现与钙化的程度及部位密切相关, 轻度者可无任何症状, 仅在超声心动检查时偶然发现。其余患者主要表现为有左心功能减退、心律失常等症状及心脏寻常体征。

2.3.1 二尖瓣关闭不全为最常见表现。当严重钙化时瓣环变僵硬, 收缩功能丧失加之合并瓣膜腱索增厚、僵硬亦影响瓣膜正常的关闭功能, 故心尖区收缩期返流性杂音为最常见的异常体征。据两组大系列病例报告分别占 35% 与 55%。本文 3 例中例 1、2 于心尖部闻及粗糙的收缩期返流性杂音并明显向左腋下传导。

2.3.2 主动脉瓣增厚、钙化约占 25%~74%, 部分患者伴主动脉瓣口狭窄, 在主动脉区可闻及收缩期喷射性杂音, 向颈部传导如病例 1。另外少数患者由于主动脉瓣环钙化物向下延伸或二尖瓣环后部钙化椎桥造成一定程度左室流出道梗阻, 在胸

骨左缘第三、四肋间可出现收缩期喷射性杂音如例 2。

2.3.3 心脏增大与心功能不全: 二尖瓣与主动脉瓣损害均可导致左心房、左心室增大及左心功能减低。临床上出现心悸气短及严重心功能不全的表现, 如夜间性呼吸困难等如例 1、2。但往往多数患者合并其它心血管病, 如例 1、2 均合并高血压病、冠心病。因此认为房室环钙化对心衰的发生主要起促进作用。

2.3.4 心律失常: 心律失常为本病的常见并发症, 尤以房室内传导阻滞、心房纤颤、窦房结功能障碍较多见, 其原因与钙化累及中央纤维体, 室间隔顶端与主动脉等处有关, 使邻近或穿越上述区域的传导纤维受损, 或与老年人常见的束支组织本身的纤维化——硬化并存在有关。例 1、3 分别存在完全性右束支传导阻滞及 I 度房室传导阻滞。另外心房纤颤为另一常见表现, 心房扑动与房性心动过速亦有报告。由于心房纤颤在无房室环钙化的老年人中亦常见, 并非均直接与房室环钙化有关, 但房室环钙化可使左房负荷增加, 瓣膜下钙化物可使左房变形, 钙化物也可直接伸延至左房, 这些因素均可促发心房纤颤或其他房性心律失常。

由于本病常伴发于冠心病、高血压病、梗阻型心肌病、风湿性心瓣膜病, 因此临床上常有上述疾病的表现。本文例 1、2 由于同时伴冠心病, 故均有胸闷及心前区不适、胸痛等症状。

2.4 诊断: 本病系一老年性特有心脏病, 故从临床表现上无特异性, 凡老年人或有明显易患因素的中年人出现原因不明的二尖瓣返流, 主动脉瓣狭窄, 左房、左室增大, 心脏传导阻滞及心房纤颤等均应考虑本病。近年来有人将老年性心脏病分成三大类:

2.4.1 原有心脏病持续到老年,如风湿性心脏病约有4%~5%可持续至老年。但这类心脏病的病情相对较轻,且为数较少。

2.4.2 动脉硬化所致的心脏病,如冠心病也是老年性心脏病的一种较常见类型。

2.4.3 老年期特有的心脏病如老年性心肌硬化,主动脉瓣钙化引起的主动脉瓣狭窄性心脏病等均多见于老年患者。但这些老年性心脏病无论是从临床表现上及体征上均不易鉴别。心脏X线检查于二尖瓣环区可见斑点状、线状或带状的致密影,呈J、C或U型,但一般心脏常规摄片对房室环钙化的检查率甚低。本文3例患者在胸大片中均未发现上述征像。自超声心动应用于心脏疾患后是广大医务工作者所公认的一种较理想的、简便、无创而有效的诊断技术。超声心动可以检出微小的钙化区,并且可以确定钙化区与左室后壁、室间隔、主动脉以及二尖瓣等的关系。

采用M型超声心动图所观察到的异常图像主要取决于钙化物沉着的位置及探头的方向与声束穿越的部位:(1)二尖瓣环的钙化:可见二尖瓣环与左室后壁之间有一条反射强烈的异常回声带,此钙化带可使二尖瓣后叶开放幅度缩小或与后叶融合或将二尖瓣向前推移,使左室流出道狭窄。(2)二尖瓣瓣膜下装置:二尖瓣环钙化常伴有二尖瓣腱索乳头肌纤维组织增生,少数有钙沉着,妨碍其正常功能。超声心动可见瓣膜回声增厚增强,瓣口开放幅度缩小如例1、2。(3)主动脉瓣:二尖瓣环钙化常合并主动脉壁及主动脉瓣增厚,回声增强。部分患者开放幅度降低如例1。(4)室间隔钙化:超声心动图可见邻近主动脉瓣前壁的室间隔回声增强。室间隔钙化时可见反射强烈的斑点状或不规则团块状回声,左右内膜不易辨认。(5)左房左室的改变:由于二尖瓣关闭与舒张功

能障碍,可导致左房增大,增大的程度与二尖瓣钙化的程度密切相关。左房明显增大者二尖瓣后叶钙化回声带亦宽。左室内径增大者较少见,左室增大常伴有室壁厚如病例1。

采用二维超声心动图可观察到:(1)二尖瓣环钙化:在心长轴切面及心尖或剑突下四腔切面直接检出位于二尖瓣环部,瓣与左室后壁加角内,二尖瓣前叶基部或左室腔内的钙化块。(2)主动脉瓣钙化:在心长轴切面可见主动脉瓣,在收缩期开放受限,呈“八”字型或穹窿状(圆屋顶状)并见瓣叶增厚及钙化。主动脉水平短轴切面,可见瓣叶数目,三叶者关闭呈“Y”型,双叶者关闭呈直线型。收缩期瓣口开放小,舒张期瓣膜关闭回声浓密。心尖区及剑突下,四腔切面可见左室向心性肥厚。

3 小结

本文报告了3例老年性房室环钙化,2例为二尖瓣环钙化伴主动脉瓣钙化,一例为二尖瓣环钙化,均于超声心动图得以证实^{〔2〕}。结合以上3个病例的分析,对本病的发病率、病因、发病机制、临床表现及诊断作了重点文献复习,并对超声心动图对本病的诊断意义作了简要的论述。

4 参考文献

1. 张玉珍. 中华心血管病杂志 1991; 19 (6): 372
2. 廖德宁. 中华心血管病杂志 1993; 9 (1): 14

慢性支气管炎的中医免疫治疗

天津市武清县中医医院 王克岭 许美芸
王美兰 邢俊标

慢性支气管炎是由于感染、理化因素等引起的支气管粘膜及组织的慢性炎症,

机体的免疫力低下及植物神经的功能紊乱是诱因，常发于冬春及秋季。另外喘息型慢性支气管炎患者可有过敏史，或（和）遗传因素。慢性支气管炎见于祖国医学的“久咳”、“咳喘”、“肺胀”等病证中，属内伤性咳嗽。外感失治，或反复感寒、劳累、慢性鼻窦炎等导致机体和呼吸道免疫功能下降，支气管粘膜分泌免疫球蛋白减少，抗病能力下降，也可形成内伤咳嗽，此病由外感引发，使病情反复加重。以其咳嗽、咯痰，伴有喘息为特征。

近年来，我们对临床上慢性支气管炎病人，进行分型分期治疗，收到满意效果，报道如下。

1 分型、分期

1.1 肺型：发作期治疗用清肺肃肺，方用桑白皮汤加葶苈子、冬瓜子等。缓解期用固表益气法，方用玉屏风散装入胶囊，每日三次，每次三粒。

病案举例：男，54岁，工人。咳喘12年，哮喘8年，加重2年。患者12年来持续咳嗽，曾服中西药物，咳喘日益加重。现咳嗽气喘气急，痰白且粘、量多、胸闷、口干、舌红苔白、脉滑数。证属痰热犯肺。方用桑白皮汤加葶苈子、冬瓜仁、全瓜蒌清肺肃肺，化痰平喘。服药5剂后复诊，咳减，气喘、痰量中等，原方减黄芩、黄连、栀子续服10剂，咳嗽已平，动则气喘，平素不喘，时有汗出，苔薄白，脉细。缓者治其本，益气固表，用玉屏风散胶囊服用近一个月，不咳，活动后有轻微气急，无痰，舌淡红，苔薄白，脉细。

该患者病程较长，病情复杂。在治疗时分两阶段：急则治标，以肃肺祛痰为主，缓则治本，以益气固本为要。主次分明，标本兼顾，有利中断紊乱的免疫功能不良循环，促进疾病痊愈。

1.2 脾型：发作期治疗用健脾化痰，方用

二陈汤加桂枝、白术、干姜。缓解期用补脾健脾的香砂六君子丸。每日二次，每次一袋。

病案举例，男，58岁，工人。患支气管炎约5年，咳嗽冬季尤甚，吐白痰量多，夜间咳嗽重，咳甚则夜间睡眠仅3至4小时，纳少，便溏，日3至4次，苔白腻，脉缓滑。治用二陈汤加桂枝、白术、干姜等。再诊咳嗽减轻，寐安、纳增，便日一次，尚不成形。苔腻，脉沉稍滑，原方加党参、附子（先煎），5剂后用六君子调理巩固，后随诊未大发作

本例是脾虚湿盛咳嗽，《内经》云：“五脏六腑皆令人咳”。因此，不直接治肺，而调理脾胃。脾胃得补，免疫功能增强，阳气振奋，痰浊自除，咳嗽遂缓。

1.3 肾型：发作期治疗用补肾纳气，方用羊藿、黄精、桃仁、牡蛎、白芥子、丹参自拟方，缓解期用补肾气之麦味地黄丸、人参胡桃丸。

病案举例：女，48岁，农民。患支气管炎10余年，咳嗽冬季重，喘促日久，动则尤甚，形瘦神疲，跗肿，夜寐不安，汗出肢冷，面色紫暗，苔白质暗，脉沉细滑。方用黄精、桃仁、淫羊藿、牡蛎、白芥子、茯苓、白术、干姜、附子。经住院治疗观察，服药10剂，咳嗽减轻，寐安，但仍周身乏力，原方减附子、干姜加人参，症状缓解出院。出院嘱其长服麦味地黄丸、人参胡桃丸，后随诊，虽有感冒咳嗽，但发病轻微。

久病及肾，肾虚精气受损，肾阳既衰，卫外之阳不固，故发上述诸证。补肾纳气，改善机体免疫状态，从而促进疾病的缓解。

慢性支气管炎，虽病因复杂多样，但其主要原因是机体免疫功能低下，而且病变所累及的是肺、脾、肾三脏。按其肺病及脾及肾的发展顺序，其标在肺，其本在

脾,其根在肾,标是表现,本是病源,根是根本。所以治肺阶段易见明显效果。治脾肾虽务本之图,然由于病延日久,病情渐重,相应效果较脾型差。脾能升提中气,加强卫气,从而加强非特异性免疫功能,传统称“培土生金”。治肾,是补肾气,调节元阴元阳的治则,蕴含着调整特异性免疫的意义,即“补肾纳气”。

2 小结

慢性支气管炎是一种与免疫密切相关的疾患。在发作期予以分型治疗,是祛邪为主,缓解期投药即巩固疗效又起到预防反复感冒,能改善机体的免疫力,提高防御功能,是祖国医学的扶正过程。祛邪扶正可能增强免疫系统功能,发挥防治免疫性疾病的作用。

老年性痴呆从“神”论治

天津市武清县中医医院 陈宝贵 陈慧娟

老年性痴呆是发生于老年前期和老年期的一种获得性智能损害综合征。随着世界人口结构的普遍老龄化,该病已成为导致老年人病残的三大疾病之一。现代医学对该病的病因和发病机理尚不甚明了,内科治疗仅限于脑血管扩张剂、脑代谢促进剂的运用、对症治疗和良好的护理。中医认为老年性痴呆是一全身性疾病,其病位在脑,而发病与五脏俱有关系,五脏“神”的病变则是老年性痴呆的主要发病因素。

1 中医病机

五脏“神”,又称五神脏,即心藏神,肝藏魂,脾藏意,肺藏魄,肾藏志。五脏“神”是以五脏的精气为物质基础的,其表现在人体的精神状态方面,还表现了五脏

的各种功能活动。如《灵枢·本神篇》云:“肝藏血,血舍魂,肝气虚则恐,实则怒。肝藏苦,苦舍意,脾气虚则四肢不用,五藏不安,实则腹胀,泾洩不利,心藏脉,脉舍神,心气虚则悲,实则笑不休。肺藏气,气舍魄,肺气虚则鼻塞不利少气,实则喘鸣胸盈仰息。肾藏精,精舍志,肾气虚则厥,实则胀。”还说:“心怵惕思虑则伤神,神伤则恐惧自失,破胭脱肉……。脾忧愁不解则伤意,意伤则惋乱,四肢不举……。肝悲哀动中则伤魂,魂伤则狂忘不精,不精则不正,当人阴缩而挛筋,两胁骨不举……。肺喜乐无极则伤魄,魄伤则狂,狂则意不存人……。肾盛怒而不止则伤志,志伤则喜忘其前言,腰脊不可以俯仰屈伸……。”以上说明,五脏“神”的变化会影响到五脏的功能乃至人体四肢百骸的功能活动。而脏气的盛衰又直接影响到了“神”的活动。五脏神的各种病理变化与老年性痴呆的临床表现正相符合。笔者查阅近十年来杂志报道和专题学术会议资料,中医治疗老年性痴呆辩证分为髓海不足,肝肾亏虚,脾肾两虚,心肝火盛,痰浊阻窍,气滞血瘀,心肾不交,心脾两虚,气阴两亏,肝气郁结,痰瘀痹阻,肾虚血瘀,气滞血瘀,阳虚水泛,脾虚痰浊等等若干证型,也还不能完全概括本病所有千变万化的现象。从五神脏的理论来研究,才能认识到老年性痴呆的本质。如肝藏血,血舍魂,肝血不足就会肝魂不安而出现恐惧、失眠等症,肝气实就容易发怒。而经常发怒或惊恐,又会伤及肝魂,肝魂受伤还会出现狂忘,神志不清,言行不正,阴萎筋挛等症。脾藏营,营舍意,脾气不足就会出现营阴虚损,不能舍意,以致五藏不安,四肢萎软不用。脾不运化,就会使水湿留滞于体内,留于经络四肢,则肢体不用,留于胃肠则腹胀、肠鸣、泻泄等,流于肌肤

就会肿胀、尿少。如果过度的忧愁,则会伤脾,脾伤则伤意,意伤就会烦闷意乱及致四肢不能活动。心藏脉,脉舍神。心气不足,血脉瘀阻,神不守舍,会出现悲哀不止,嬉笑不休等。盛怒不止则伤志,伤志不但会出现喜忘前言的精神症状,还会出现腰脊不能俯仰屈伸的现象。所以说,老年性痴呆是五脏“神”的病理变化的结果,五脏“神”的病理变化又会影响到五脏的生理功能,以致出现心脉瘀阻,肝气郁滞,脾失健运,湿浊上扰,肾精不足,髓髓失养等证而成为老年性痴呆的病理基础。

2 中医论治

我们认为治疗老年性痴呆应从“神”来论治,所以研制了“回神丹”,经多年临床试验,得心应手。老年痴呆是五脏神伤,神伤则会失神,失神就应回神,故取名回神丹。回神丹原是汤剂,其中重用菖蒲、郁金,醒神开窍,回神通神,再佐以补肾、养心、化痰、解郁、活血之品。后改为丸剂,近年来,我们又将此方改为无糖颗粒冲剂,适于老年人服用。

3 临床资料

临床中,我们用回神丹冲剂治疗观察了168例老年性痴呆患者,其中男55例,占32.74%,女113例,占67.26%。50~60岁32例,占19.05%,61~70岁97例,占57.74%,71岁以上39例,占23.21%。年龄50~85岁。发病1个月~8年。

4 诊断标准

(1) 年龄50岁以上;(2) 临床表现:记忆力减退,行动迟缓,性格行为改变;(3) 头颅CT诊断:脑萎缩;(4) 智力量表(MMSE)测定:≤20分。

5 疗效判定

(1) 显效:诸证明显好转,生活基本能够自理,接近正常人。智力提高5分以上。(2) 有效:临床症状有所改善,智力

提高5分以上。(3) 无效:临床症状无改善甚至加重。

6 治疗结果

168例中,显效47例(27.98%),有效115例(68.45%),无效6例(3.57%),总有效率96.43%。

47例显效病例中:服药1个月17例(14.89%),2个月12例(25.53%),3个月28例(59.57%)。

115例有效病例中:服药1个月36例(31.30%),2个月48例(41.74%),3个月31例(26.96%)。

7 典型病例介绍

例1,男,56岁,农民。一月前因郁闷,逐渐失眠,记忆减退,反应迟钝,词不达意,劳动时把庄稼当草全部除掉,吃饭不知饥饱,舌淡红,有瘀斑,苔薄白,脉弦滑。头颅CT示轻度脑萎缩,智力量表分值11分,诊断为老年性痴呆。服回神丹冲剂,每次10g,1日3次。服药2周后,睡眠明显好转,反应渐灵敏,语言较准确,能随家人下田劳动,服药4周后,能够独立劳动,精神好,智力22分,基本如正常人。

例2,女,66岁,家庭妇女。患者素有糖尿病、动脉硬化、高血压。近年来记忆明显减退,语言颠倒,表达能力很差,但还能做简单家务。3月前因一氧化碳中毒昏迷,经高压氧舱及静脉给予细胞色素C、胞二磷胆碱等药物治疗1周后,神志已清,又治疗2周出院,但不能下地活动,表情淡漠,呆傻,不知昼夜,辩不清子女及家人,胡乱穿衣。舌暗,苔薄白,脉弦缓。头颅CT示:脑萎缩,多发腔隙小病灶梗塞。智力分值5分。治疗继续用优降糖等药物控制血糖,口服回神丹治疗痴呆,服药1个月,神志渐清,能准确叫出子女名称,穿衣服准确,且较前灵敏,仍不能下床。服药2个月后,由家人轻扶或拄拐杖能下地

活动,行走20余步。服药3个月后,弃杖行走,语言准确,智力分值15分,又服药2个月,已能操持简单家务。

例3,女,83岁。患病8年,不能下床活动,夜间呼叫不止,下颌震颤,语言不清,不识家人,曾服用喜得镇、都可喜、雅伴片、脑活素等多种药物治疗,无明显疗效。经服用回神丹冲剂1个月后,夜间呼叫明显减少,下颌震颤亦明显减轻,目前正在服药中。

生脉饮合瓜蒌薤白桂枝汤加减 对心率的双向调节作用观察 (附81例临床报告)

天津市武清县中医医院 赵振发

窦性心动过缓(少于60次/分)和窦性心动过速(多于100次/分)是临床常见的规则的心律失常症状,其可发生在多种疾病中。在十几年的临床实践中我们发现,此类症状经中医辨证分析,多与心之气阴两虚、胸阳不振有关。因此,我们根据辨证施治的原则,应用生脉饮合瓜蒌薤白桂枝汤加减治疗收到了满意的效果。即凡属于心气虚损,心阴不足,胸阳不振症,心率过缓者本方可使之加快;心率过速者本方可使之减慢——对心率有双向调节作用。自1985年以来,我们共观察81例,现总结报告如下:

1 临床资料

1.1 性别、年龄组:男性39例,女性42例,患者男女比例基本持平。年龄最小者24岁,最大者80岁,具体为:20~29岁5例占6.17%,30~39岁22例占27.16%,40~49岁28例占34.56%,50~59岁12例占14.81%,60~69岁、70~79岁各6例,各占7.41%,80岁以上2例,占2.47%。

1.2 诊断及病例选择:本组患者治疗前均出现临床症状两周以上,不属偶发,且经心电图检查确定诊断。其中窦缓者39例,占48.14%;窦速者42例,占51.86%。伴冠脉供血不足者35例,占43.21%。

1.3 临床表现:心动过缓或过速,胸闷憋气,时有隐痛或刺痛,脘满胀闷,心慌气短,倦怠乏力,动则尤甚,口淡或口干,舌淡红或尖红,苔薄白或稍燥,脉沉细等。

1.4 其它检查:1991年以后的患者均做心功能、血脂含量检查。在被查的48例中,心功能不全者18例,占37.5%;血脂偏高者16例,占33.33%。

2 治疗方法

2.1 治疗原则:益心气,养心阴,通胸痹。

2.2 基本处方:生脉饮合瓜蒌薤白桂枝汤加减:党参30g、麦冬15g、五味子10g、瓜蒌15g、薤白10g、桂枝6~10g、厚朴6g、丹参15~30g。

2.3 药物加减:气虚甚者减厚朴,或加黄芪15~30g;阴虚甚者加百合10g、玉竹10g;血瘀甚者加川芎6~10g;痹塞甚者加菖蒲15g、郁金15g;心前区痛甚者加檀香15g、元胡10g。

2.4 用药方法:每日一剂,水煎二次,分服。

3 疗效观察

3.1 疗效标准:(1)治愈:不用其它药物,临床症状改善或消除,心率维持在60~80次/分,心电图检查明显好转或正常,三个月以上未复发。(2)显效:不用其它药物,2~3周内临床症状明显改善,心率增减幅度为原心率的20%以上,心电图检查明显好转。(3)好转:不用其它药物,2~3周内临床症状改善,心率增减幅度为原心率的15%以上。(4)无效:经治2~3周,临床症状不消除,心率无改善,心电图无变化。

3.2 疗程:一般服药1周即停用以前曾用的西药,如阿托品、心得安等,单用本方治疗。一般疗程2~6周。

3.3 疗效:治愈53例,占65.43%,显效12例,占13.85%,好转9例,占11.11%,无效7例,占8.64%。总有效率为91.36%。

4 病例介绍

例1,男,29岁,农民。1991年2月28日初诊。近一个多月来患者自觉胸闷气短,神疲乏力,后背沉重,甚时胸痛憋气,平素肢冷畏寒。自发病以来,晨起前心率常在40次/分左右,当地医院曾用过阿托品、维生素B₁、谷维素等药无效。今查血压:12.0/8.0kPa,胸部X线片及血、尿常规无异常,心电图报告窦性心律,心率46次/分,其它未见异常,舌淡苔薄白,脉沉缓。

据四诊所得,中医辨证为心气亏损,胸阳不振。治宜益气养心,通阳复脉。用生脉饮合瓜蒌薤白桂枝汤加减:党参30g、麦冬15g、五味子10g、瓜蒌10g、薤白15g、桂枝15g、厚朴10g、赤芍15g、丹参15g、甘草10g、白酒25g。清水煎服,每日一剂。

二诊:3月5日,服药后症状好转,今晨起床前心率为50次/分,诊时心率56次/分。因近日吐酸,故上方去赤芍,改丹参30g继续服药。

三诊:3月19日,自觉症状基本已除,诊时查心率66次/分。效不更方,继续服药。

四诊:3月26日,自觉症状消除,心电图正常,窦性心律,心率68次/分。按原方配减丸药,每丸10g重。每日三次,每次一九,以巩固疗效。

三个月后走访无复发,已完全康复。

例2,女,36岁,教师。1993年12月8日初诊。患者于1993年春节期间因情绪

激动而心慌气短,继之失眠多梦,经治疗后好转。中秋节前复发,当地医院查心电图报告为窦速120次/分,遂给心得安、安定、维生素B₁、谷维素等治疗,延用至今。平素心慌气短,胸闷憋气、倦怠乏力,口燥咽干,失眠多梦,心率多120~140次/分,自述已到“不用心得安等即不能正常生活”之地步。舌光红,苔少稍燥,脉沉细而数。查心电图报告为窦速123次/分,余无异常。

据四诊所得,中医辨证为心之气阴两伤,胸痹不通。治宜养心阴,益心气,通胸痹。用生脉饮合瓜蒌薤白桂枝汤加减:党参30g、麦冬15g、五味子10g、瓜蒌15g、薤白10g、桂枝3g、百合15g、赤芍10g、炒枣仁10g、远志10g。

患者经一周的治疗,自觉症状明显好转,心率维持在100次/分左右,只每晨服一次心得安等。两周后嘱其停用一切西药,症状可控制。经治四周后自觉症状已除,心率维持在80~90次/分,又服二周,后改配丸药以巩固疗效。1994年12月随访,一年来未复发。

5 体会

5.1 按一般辨证规律,缓慢性心律失常大多为虚寒症,快速性则多为虚热症。我们在十几年临床实践中观察到,此二型往往是互根并现的,只是对于某一个具体患者其表现有所侧重而已,这充分体现了阴阳互根的法则。正因如此,我们常以本方加减取效。这充分显示了中医“辨证”和“治病求本”的重要性。

5.2 生脉饮本出《内外伤辨惑论》,由人参、麦冬、五味子组成。功能益气养阴,主治气阴两伤之症。而现代药理研究证明,本方能“增强心肌收缩力,旺盛大小循环和冠状循环血行……有稳定而持久的强心作用”,且能“亢进全身腺体功能,尤其亢进