

临床报道

通痹消胀汤治疗心肌梗塞并发腹胀

江苏省常州市第二人民医院 沈祖法

腹胀是心肌梗塞中常并发的消化道症状之一,严重地影响抢救的成功率。作者自1974年以来,运用自拟通痹消胀汤配合综合疗法治疗本病9例,均收到了较好的疗效,现报道如下:

一、一般资料

本组9例,男性6例,女性3例。心肌梗塞部位:广泛性前壁3例,膈面5例,下侧壁1例。腹胀起始时间:心肌梗塞后2~3小时者5例,4小时者2例,12小时者2例。腹胀程度:有自我感觉,外观不隆起者4例,外观腹部隆起者5例。肠鸣音消失者6例;减弱者3例。腹胀时常伴有其它症状,如大便秘、小便少或闭、恶心欲吐、呃逆、烦躁不安、心悸气促、不能平卧等,腹胀与病前饱餐、饮酒、习惯性便秘及运用吗啡、杜冷丁等药物有关。

二、治疗方法

本组病例均在针刺及肛管排气无效的情况下使用本方治疗。方剂组成:厚朴15克,枳壳10克,槟榔15克,莱菔子30克,大腹皮15克,大黄10克(后下),半夏10克,木通10克,瓜蒌皮15克,桃仁10克,薤白10克,全当归10克。饱餐后发病者加六曲、山楂、麦芽;呃逆、恶心呕吐加生赭石、沉香、降香;习惯性便秘加芒硝10克(冲服)。水煎服。服药时间为出现腹胀后0.5~1.5小时。必要时隔0.5~2小时再服一剂,兼服冠心苏合丸一粒。

三、疗效观察

服药后全部病例自觉症状及外观腹部隆起均消失,肠鸣音恢复,二便畅。服药后2小时

消胀者3例,8小时消胀者3例,12小时消胀者2例,24小时消胀者1例。服药过程中未发现剧烈腹泻现象,一旦矢气频频,腹胀即渐消失,恶心和呃逆停止,胸闷气促随之改善,最后小便通畅。

四、病例介绍

夏××,男性,50岁,干部,住院号6450。1978年11月12日下午4时急诊入院,心电图证实为广泛性前壁心肌梗塞。立即肌肉注射杜冷丁100毫克,静脉滴注低分子右旋糖酐、丹参液等,痛不缓解,在以后的90分钟内使用吗啡40毫克,病情仍不稳定,6点钟起出现烦躁不安,气促,腹胀难忍,呃逆频频,矢气不能,小溲不利。会诊为心肌梗塞并发腹胀。当即针刺关元、三阴交,继用肛管排气,均无效。乃邀中医科会诊。证见:痛苦面容,额冒冷汗,呈端坐位,呻吟不止,辗转不安,腹部隆起,叩之鼓音,肠鸣音消失,苔黄,脉沉有力。辨证为血瘀痹阻,胸阳不展,肺失肃降,肠腑气机痞塞,气阻于中,升降浊功能失常,即用通痹消胀汤加赭石,兼服冠心苏合丸1粒,服药2小时后,矢气频频,小便100毫升,腹胀减轻,呃逆停止。继服一剂,至翌日晨6时,腹胀全消,肠鸣音恢复,顺解大小便各一次后已能平卧入睡。以后沿用抗感染、扩血管等中西药物治疗50天,于1979年1月3日痊愈出院。

五、讨论与体会

心肌梗塞属中医“真心痛”、“厥心痛”范畴。《灵枢·厥论》篇曰:“心痛甚,旦发夕死,夕发旦死。”可见是一危重证候,必须绝对卧床

休息。然并发腹胀后,病人往往烦躁不安,心悸气促,不能平卧,轻则耗伤心气,重则损伤心阳,严重者可致心阳虚脱,危及生命。

临床上产生腹胀的原因是复杂的。祖国医学认为:胸部是心肺所居的部位,是清阳所聚之处,诸阳皆受气于胸中。若心血瘀阻则肺气壅滞,加上吗啡、杜冷丁等药物的镇痛、镇静作用,使脏腑机能受到抑制,气滞血瘀更甚。其结果一是横膈抬高,胸阳不展,心痛益甚;二是续发肺失肃降,使肺气通调水道不力,水液不能迅速下归于肾,经气化下输膀胱为尿,并可使气机中阻,升降失常,不通则为胀为闭,临床上表现为胸痹(胸闷或痛、气促)、腑

闭(腹胀、二便闭)两大症候特点。《素问·六微旨大论》曰:“出入废则神机化灭,升降息则气立孤危。”故对本病的治疗,亟宜宣痹通腑,畅通气机。通痹消胀汤,由明·秦景明之家秘消胀散合瓜蒌薤白半夏汤加减而成,方中瓜蒌皮、薤白、半夏通阳宣痹,大黄、厚朴、枳壳、槟榔、莱菔子、大腹皮理气消胀,佐以桃仁、全当归活血通腑,木通利尿,全方调理气机,开上导下,标本兼顾。

鉴于临床上运用吗啡类药物止痛后有致腹胀之流弊,故可试用芳香类药物替代之。我们的实践证明,重型病人特别是膈面梗塞病人,予通痹消胀汤,对防胀消胀有良好作用。

针刺治疗慢性胆囊炎的临床体会

浙江省临海县中医院针灸科 吴伟业 吴其康

本科自1964年~1980年收治慢性胆囊炎患者共175例,均采用针刺治疗,疗效较为满意。现就57例十二指肠引流液检查阳性患者治疗情况报道如下。

一、一般资料

本组57例患者,均有典型慢性胆囊炎症状、体征病史。女31例,男26例;年龄20~56岁;病程1~15年。其中急性发作11例,并发胆石16例,肠炎3例,胆道蛔虫1例。治疗时间,最短一疗程,最长15个疗程。

二、治疗方法

主穴:胆俞、肝俞二穴交替使用,期门(右)、足三里。有黄疸加梁门、阳陵泉。发热加大椎、曲池、合谷。恶心呕吐加内关。腹胀便秘加天枢等。

手法:胆俞、肝俞穴采用侧卧位,斜向脊柱方向刺入,使患部得到抽缩样针感,期门穴沿皮下横刺,用捻转提插法,留针30分钟。如疼痛剧烈者,留针时间可达一小时。每日一次,10次为一疗程,休息一周,再作第二个疗程。

三、疗效观察

(一)疗效标准:(1)症状、体征消失,化验检查正常者为完全缓解。(2)症状缓解,化验正常,或接近正常,但仍有轻度体征者为好转。(3)症状、体征不缓解,而中转手术,或其它治疗者为无效。

(二)治疗结果,57例患者经针刺治疗后,完全

缓解41例,占71.9%。好转14例,占24.6%。无效2例,占3.5%。总有效率达96.5%。

(三)典型病例:陈××,女,54岁,干部,于1976年9月入院。主诉:右上腹及心窝部疼痛,食油即发,反复发作多年。近日劳累后发热,恶心呕吐,右肋疼痛,向右肩背放射,脘腹胀满,口苦便秘,尿黄短少。检查:体温38.5℃,心肺(一),胆囊区压痛,巩膜轻度黄染,脉细数而弦,舌质红、苔白腻。血检:白细胞13000,中性30%。肝功能:黄疸指数25单位,谷丙转氨酶180单位,胆固醇130毫克%。尿液胆红素(+)。十二指肠引流液检查:ABC有大量白细胞、脓细胞及胆固醇,胆红素钙结晶沉淀等。细菌培养:有金黄色葡萄球菌。X线造影:胆道有绿豆大结石数粒,胆囊排泄功能差,诊断为慢性胆囊炎急性发作。治疗:胆俞、期门、梁门、足三里,配以内关、大椎、曲池、合谷、天枢,用捻转提插法针之,留针30分钟,次日下午热退,肋痛缓解,仍按上法进行治疗。效果:一疗程后巩膜退黄,腹胀恶心消失。血检正常,肝功能检查黄疸指数10单位,谷丙转氨酶80单位。五个疗程后,十二指肠引流液检查正常,培养无菌生长,症状缓解而出院。继续门诊治疗五个疗程。X线摄片检查,结石消失,食欲、大小便均恢复正常,乃停止治疗。1980年10月随访,身体一直壮健。