

非手术疗法者,其特点是病理损害较轻,全身情况较好,属正盛邪轻;(2)在作好手术准备情况下,用非手术治疗,无效改行手术,其特点是病理损害较重,或病情变化较快,而全身情况尚好,属正盛邪实;(3)适手术疗法,其特点是病情严重、病变复杂,全身情况较差、或病变属进行性,为正虚邪陷,局部病变已成为关键因素。

3. 针灸及其他疗法

电针、针刺、穴位注射、电兴奋、拔火罐、耳针、埋线、推拿、刮痧、以及西药等在急腹症的治疗中,也有着各自的适用范围。

参 考 文 献

(1) 周俊元: 中医外科学 (中医研究院主编), 急腹症。人民

卫生出版社, 待出版。

- (2) 曹仲和等: 中医杂志(1):27, 1983。
- (3) 遵义医学院急腹症研究组: 急腹症通讯 (4):76, 1975。
- (4) 天津市南开医院: 中华医学杂志(1):33, 1973。
- (5) 裴德恺等: 急腹症通讯(2):86, 1978。
- (6) 遵义医学院急腹症研究组: 中华医学杂志 (1):32, 1975。
- (7) 遵义医学院急腹症研究组: 中华医学杂志 (2):76, 1974。
- (8) 余仲符等: 中华医学杂志(1):21, 1981。
- (9) 刘献枋等: 中西医结合杂志(2):72, 1981。
- (10) 天津市南开医院病生组: 天津医药(5):232, 1976。
- (11) 遵义医学院急腹症研究组: 新医学杂志(12):39, 1974。
- (12) 遵义医学院急腹症研究组: 新医学杂志 (10):36, 1975。
- (13) 陈琼华: 新医学杂志(5):226, 1974。
- (14) 天津市南开医院、遵义医学院主编: 新急腹学。人民卫生出版社, 1978。

中医辨证治疗巨球蛋白血症 1 例介绍

蚌埠医学院附属医院中医科 袁 淮 平

指导: 田 立 言

原发性巨球蛋白血症是一种少见疾病。国内自开展免疫球蛋白测定技术以来, 累计报告已 10 余例。现将我们诊治的 1 例报告如下:

吉××, 女, 49 岁, 教师。住院号 93222。

主诉: 四肢末端肤色改变半年余。发作时四肢指、趾呈对称性苍白—紫绀—潮红之过程。伴发凉、刺痛、胀痛, 浸温水中症状可缓解。每于劳累、激动、受寒诱发。患者反复牙龈出血, 颌下淋巴结发炎, 全身乏力, 进行性消瘦。入院前多次拟诊低温冷凝集症, 二次骨穿均未成功。入院时已手不能握、足不任履, 需他人搀扶方可挪行。综合体检及实验室各项检查、X 线、肝脏 B 超等所示, 诊断原发性巨球蛋白血症合并肺心病、肝硬化。指甲皱襞微循环观察: 右手无名指血管模糊, 排列紊乱, 袢数减少, 管袢增长, 袢顶极度增宽, 动、静脉枝极度增宽 4~5 倍, 血管张力减低, 血流缓慢呈粒状, 有凝集现象。左手较右手为轻。

中医辨证: 时值炎夏, 四肢厥冷, 形寒色白, 少气神疲, 心惕不宁, 舌紫苔白, 脉涩而伏。考此患者病始于半年前, 时值隆冬, 体虚受寒, 气血被遏, 阳气不能温运四末, 血液凝滞于脉络使然。即依《伤寒论》351 条所训: “手足厥寒, 脉细欲绝者, 当归四逆汤主之。”遂拟温经散寒、益气活血法。采上方出入: 桂枝 10 克, 细辛 3 克, 川芎 10 克, 黄芪 15 克, 当归

12 克, 红花 10 克, 赤芍药各 10 克, 地龙 10 克, 甘草 6 克, 水煎日二服。3 剂后四肢转温, 唇色透红; 继 30 剂后舌紫转淡红, 脉出小弦。此药后阳气来复, 气血始通之象。复查微循环如前述。全身症状随之悉减, 雷诺氏现象消失, 手足有力, 竟能独自行走, 自动要求出院带药自服。

讨论: 原发性巨球蛋白血症的特点是免疫球蛋白(IgM)产生过多。临床可出现高粘性综合征。本例蛋白电泳 M 蛋白占 30%, IgM 440 毫克%, M 蛋白正常仅占血清蛋白的 3% 以下, 超过 5~10% 则视为异常。在其他病理条件下出现的 M 蛋白的增多通常少于 15%。由于 IgM 大部存在血管内, 当这些高粘性分子混杂在血液中与血液的有形成分摩擦加剧时, 即形成本例所见的瘀滞、弛张型障碍, 故可出现雷诺氏现象及周围血管闭塞。当血粘度增高, 微循环障碍, 血液灌流量减少时, 其“营养通路”则不能进行充分的物质交换, 从而不能满足组织氧化代谢的需要而引起组织器官的功能不全。本例抓住本病病理的特点——高粘性, 而采用中医的温经散寒、益气活血法取得较好的近期疗效, 提示了本法对改善微循环, 改善本症的临床表现, 不失为一个可行的措施。

· 本例观察承蒙王学德同志协助、指导, 致以谢意。