

## 证 的 研 究

## 106 例急性冠状动脉综合征患者证候分布特点研究

张保亭\* 颜乾麟\* 颜德馨\* 胡泉林\*

**摘要** 目的:探讨急性冠状动脉综合征患者的中医证候分布特点。方法:选择 106 例急性冠状动脉综合征患者,按照胸痹的中医辨证标准进行证型归纳。结果:急性冠状动脉综合征患者的证型分布依次为:阳虚寒凝血瘀证>气虚痰瘀证>气滞血瘀证=阴虚痰瘀证>阳虚痰瘀证=痰瘀交阻证>单纯血瘀证>单纯痰浊证=单纯阴虚证>单纯阳虚证>单纯气滞证>单纯气虚证;进一步归纳:阳虚及其兼证组(单纯阳虚证+阳虚痰瘀证+阳虚寒凝血瘀证)>气虚及其兼证组(单纯气虚证+气虚痰瘀证)>阴虚及其兼证组(单纯阴虚证+阴虚痰瘀证)>气滞血瘀组>痰瘀交阻组>单纯血瘀组>单纯痰浊组>单纯气滞组。阳虚兼证组内出现率超过 50% 的症状依次为:心前区疼痛、胸闷、心悸、气短、畏寒、肢冷、乏力、腰膝酸软、夜尿频多,常见舌象有:舌质紫暗、淡紫、暗红、淡红,舌体胖大、齿痕、嫩,苔多白腻、白滑,脉象常见沉弦、沉弱、沉涩。结论:急性冠状动脉综合征患者的病机复杂,虚实相兼;阳虚寒凝血瘀是本病的主要病机。

**主题词** 冠状动脉疾病/诊断 辨证分型

**Study on Characteristics of Distribution of TCM Syndrome Types in 106 Cases of Acute Coronary Syndrome**

Zhang Baoting, Yan Qianlin, Yan Dexin, et al.

(Shanghai Tenth People's Hospital Affiliated to Tongji University, Shanghai 200072)

**Objective:** To study on characteristics of TCM syndrome type distribution in the patient of acute coronary syndrome. **Methods:** 106 cases of acute coronary syndrome were selected and summed up according to TCM syndrome differentiation criteria of obstruction of Qi in the chest. **Results:** TCM syndrome type distribution in the patient of acute coronary syndrome is in the following order: Yang-deficiency, cold accumulation and blood stasis syndrome>Qi-deficiency and phlegm stagnation syndrome>Qi stagnation and blood stasis syndrome= Yin-deficiency and phlegm stagnation syndrome>Yang-deficiency and stagnation of phlegm= phlegm stasis with stagnation>simple blood stasis>simple phlegm turbid syndrome=simple Yin-deficiency syndrome>simple Yang-deficiency syndrome>simple Qi-stagnation syndrome>simple Qi-deficiency syndrome. The symptoms with incidence of over 50% in the Yang-deficiency and accompanied syndromes group were in the following order: precordial pain, oppressed feeling in chest, palpitation, short breath, aversion to cold, cold limbs, weakness, lassitude in loin and knee, polyuria at night. **Conclusion:** Acute coronary syndrome has complicated pathogenesis, deficiency with excess, and Yang-deficiency, cold accumulation and blood stasis are the main pathogenesis of the disease.

**Key Words** Coronary disease/diagnosis; TCM syndrome differentiation

急性冠状动脉综合征(ACS)是一组临床综合征,包括不稳定性心绞痛、非 Q 波心肌梗死、Q 波心肌梗死和心性猝死<sup>[1]</sup>,是冠状动脉粥样硬化性心脏病发展到严重阶段的临床表现,在世界范围内具有极高的致死率。虽然急性冠状动脉综合征属于中医胸痹范畴,但由于其主要表现为胸痹的严重阶段,病情呈进行性发展,所以有其自身的病机特点,如果一味活血攻瘀,势必伤伐正气,故应标本兼顾,又需有所侧重。由于本病病机复杂,虚实标本内容众多,究其本虚与标实的具体含义,当代医家则莫衷一是,所以有必要对急性冠状动

脉综合征进行系统的证候研究,分析各种病理因素在本病证中的分布规律。

## 1 临床资料

1.1 一般资料:2002 年 10 月~2003 年 2 月我院内科和中医科住院患者共 106 例。其中女性 59 例,男性 47 例,平均年龄(67.90±11.27)岁,病程 1 天~12 年,不稳定性心绞痛 62 例,非 Q 波心肌梗死 25 例, Q 波心肌梗死 19 例,兼有高血压病者 67 例,2 型糖尿病 13 例,缺血性脑卒中史 28 例,高脂蛋白血症 86 例。

## 1.2 急性冠状动脉综合征入选标准

1.2.1 不稳定性心绞痛(UA)入选标准:根据中华医学会心血管病学分会 2000 年“全国心绞痛及心肌缺血学术研讨会”提出的不稳定型心绞痛诊断标准<sup>[2]</sup>包括:

基金项目:上海市卫生局基金资助项目(2002J007B)

\* 同济大学附属上海市第十人民医院中医三病区,上海市闸北区延长中路 301 号(200072)

收稿日期:2004-08-17;修回日期:2004-12-01

(1)初发劳力型心绞痛:病程在2个月内新发生的心绞痛(从未有心绞痛或有心绞痛病史但在近半年内未发作过心绞痛);(2)恶化劳力型心绞痛:病情突然加重,表现为胸痛发作次数增加,持续时间延长,诱发心绞痛的活动阈值明显减低,按加拿大心脏病学会劳力型心绞痛分级(CCSC I~IV)加重I级以上并至少达到Ⅲ级,硝酸甘油缓解症状的作用减弱,病程在2个月之内;(3)静息心绞痛:心绞痛发生在休息或安静状态,发作持续时间相对较长,含硝酸甘油效果欠佳,病程在1个月内;(4)梗死(AMI)后心绞痛:指AMI发病24小时后至1个月内发生的心绞痛;(5)变异型心绞痛:休息或一般活动时发生的心绞痛,发作时心电图显示ST段暂时性抬高。

心电图:发作时心电图缺血性ST段下降 $\geq 1\text{mm}$ 或ST段抬高(肢体导联 $\geq 1\text{mm}$ ,胸导联 $\geq 2\text{mm}$ )有诊断意义。发作时原倒置T波假性正常化,发作后T波恢复原倒置状态;或以前正常者近期内出现心前区多导联T波深倒,在排除非Q波性AMI后结合临床也应考虑UA的诊断。当发作时心电图显示ST段压低 $\geq 0.5\text{mm}$ 但 $< 1\text{mm}$ 时,仍需高度怀疑患本病,且纳入本研究。

1.2.2 ST段不抬高的心肌梗死入选标准<sup>[1]</sup>:持久剧烈的胸痛,硝酸甘油不能缓解;心肌损伤指标——肌酸激酶同工酶(CK-MB) $\geq$ 正常上限2倍( $10 \times 10^{-9}\text{g/ml}$ )或肌钙蛋白I(cTnI) $> 1.5 \times 10^{-9}\text{g/ml}$ ;心电图无ST段抬高,不出现病理性Q波。

1.2.3 ST段抬高的心肌梗死入选标准<sup>[1]</sup>:持久剧烈的胸痛,硝酸甘油不能缓解;心肌损伤指标——肌酸激酶同工酶(CK-MB) $\geq$ 正常上限2倍( $10 \times 10^{-9}\text{g/ml}$ )或cTnI $> 1.5 \times 10^{-9}\text{g/ml}$ ;心电图呈典型动态变化,有ST段抬高和病理性Q波出现。

1.3 中医辨证标准:参照中国中西医结合学会心血管学会1990年制定的“冠心病中医辨证标准”<sup>[3]</sup>。标实证:心血瘀阻:胸痛,痛有定处(6),舌质紫暗,或有瘀点,瘀斑(6)。痰浊壅滞:胸脘痞满(6),苔厚腻(6),脉滑(2),偏寒:苔白厚腻,偏热:苔黄厚腻或脉滑数。气机郁滞:胸闷痛(4),憋气(3),两胁胀痛(2),苔薄(1)。阴寒凝滞:胸痛甚,遇寒常发(6)。本虚证:气虚共性表现:疲乏(6),气短(6),舌质淡胖嫩或有齿痕(3),脉沉细(2)。心气虚:气虚兼有心悸者(6);脾气虚:气虚兼有腹胀(3),食少(3),便溏(6),喜食热(3);肾气虚:气虚兼有腰膝酸软(6),健忘耳鸣(6),头晕目眩(3)。阳虚共性表现:身寒(6),肢冷(6),舌质淡胖嫩或有齿痕(3),脉沉细或迟(2),疲乏(1),气短(1)。心阳虚:阳虚兼有心悸

者(6);肾阳虚:阳虚兼有腰膝酸软(6),肿胀(3),夜尿频数(6);阳脱:四肢厥冷(3),大汗出(6),脉微欲绝(3),表情淡漠(2),面色㿔白或暗淡(2)。阴虚共性表现:舌红少苔或无苔(6),五心烦热(6),口干(4),脉细数(2)。心阴虚:阴虚兼有心悸者(6);肝肾阴虚:阴虚兼有腰膝酸软(6),头晕目眩(6),耳鸣(6),健忘(4)。

上述各证候皆可见结、代、促脉;气滞证原则上应是无明显疲乏、气短等气虚表现者;寒凝证原则上应是经常遇冷而发作心绞痛者;以上每一证型积分须 $\geq 6$ 分方可纳入。

## 2 观察方法

所有符合急性冠状动脉综合征入选标准的住院患者106例,按照以上中医辨证分型标准进行证候归纳,记录患者的姓名、年龄、性别、病程和兼有疾病情况,统计阳虚兼证各组的常见症状和舌象脉象。

## 3 结果

3.1 急性冠状动脉综合征患者的中医证型分布:本研究通过对106例急性冠脉综合征患者的临床分析,观察到各种病理因素在其中的分布为:阳虚寒凝血瘀证17例(16%) $>$ 气虚痰瘀证16例(15.1%) $>$ 气滞血瘀证10例(9.4%) $=$ 阴虚痰瘀证10例(9.4%) $>$ 阳虚痰瘀证9例(8.5%) $=$ 痰瘀交阻证9例(8.5%) $>$ 单纯血瘀证8例(7.6%) $>$ 单纯痰浊证7例(6.6%) $=$ 单纯阴虚证7例(6.6%) $>$ 单纯阳虚证6例(5.7%) $>$ 单纯气滞证5例(4.7%) $>$ 单纯气虚证2例(1.9%);进一步归纳可以得到:阳虚及其各兼证组合计32例(单纯阳虚证+阳虚痰瘀证+阳虚寒凝血瘀证)占30.2% $>$ 气虚及其兼证组合计18例(单纯气虚证+气虚痰瘀证)占17% $>$ 阴虚及其兼证组合计17例(单纯阴虚证+阴虚痰瘀证)占16% $>$ 气滞血瘀组占9.4% $>$ 痰瘀交阻组占8.5% $>$ 单纯血瘀组占7.6% $>$ 单纯痰浊组占6.6% $>$ 单纯气滞组占4.7%。

3.2 急性冠状动脉综合征患者阳虚兼证组内的病机分布:从数据资料中看到阳虚及其各兼证组所占比重最大,合计32例,占有所有患者的30.2%。进一步分析发现,阳虚各兼证占总阳虚的比重为阳虚寒凝血瘀17例(53%) $>$ 阳虚痰浊血瘀9例(28%) $>$ 单纯阳虚6例(19%),可以得出结论ACS阳虚病机以阳虚寒凝血瘀最为主要。

3.3 急性冠状动脉综合征阳虚兼证组患者的常见症状:在阳虚各兼证组共32例中,出现比例超过60%的症状表现有:心前区疼痛29例(90.6%)、胸闷28例(87.5%)、心悸23例(71.9%)、气短26例(81.3%)、畏寒20例(62.5%)、肢冷21例(65.6%),出现比例在

50%~60%的症状有:乏力 16 例(50%)、腰膝酸软 17 例(53.1%)、夜尿频多 16 例(50%)。

3.4 急性冠状动脉综合征阳虚兼证组患者的常见舌象脉象:结果显示,ACS 阳虚兼证组患者的常见舌象有:舌质紫暗(37.5%),淡紫(21.9%),暗红(15.6%),淡红(15.6%),舌体胖大、齿痕、嫩(43.8%),苔多白腻(25%)、白滑(37.5%);脉象常见沉弦(28.1%)、沉弱(18.7%)。

#### 4 讨论

根据本研究对 106 例急性冠状动脉综合征患者中医证型分布的统计结果,可以得出以下结论:一是急性冠脉综合征病机复杂,虚实并见。我们可以看到阳虚、气虚、阴虚各证型与寒凝、痰浊、血瘀同时存在,兼挟并存的比例高于单纯各病理因素存在的比率,表明本病的病机特点之一是病机复杂,虚实并见。这与临床实际情况非常一致。二是急性冠脉综合征的病机以阳虚为主。早在汉代张仲景就在《金匱要略》中指出:“夫脉当取太过不及,阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也。今阳虚知在上焦,所以胸痹心痛者,以其阴弦故也。”当代也有关于阳虚在冠心病病机中的重要性的报道<sup>[4~6]</sup>。本研究 106 例患者中,阳虚及各兼证组共 32 例,占 30.2%,将近 1/3。阳气乃一身之大气,如《景岳全书》形容阳气为:“天之大宝,只此一丸红日;人之大宝,只此一息真阳。”自然界万物的生长化收藏都赖太阳的不息运转,人体的生长壮老已离不开真阳的温煦。本疾病的病程一般较长,病情严重,血瘀、痰阻、寒凝日久,必伤及正气,导致脏腑功能亏虚,气血阴阳不足,而疾病的后期阶段往往表现为阳虚症状的出现,或者阴阳两虚并存。三是在阳虚兼证组内,阳虚寒凝血瘀证患者的比例超过了一半,占 53%,提示 ACS 阳虚病机以阳虚寒凝血瘀最为主要。ACS 患者多在静息时或凌晨 4~5 点疼痛发作,特别在寒冷季节更易发作或加重。阳气静则敛藏,动则敷布运行,阳虚不运,寒性收引,阻遏气血,故发为心痛。ACS 中的自发性心绞痛和卧位性心绞痛、心肌梗死,在临床上常表现出一派阳虚寒凝之象,自发性心绞痛,由于是在冠状动脉固定性粥样硬化病变的基础上发生血管痉挛<sup>[7~9]</sup>,从中医微观辨证的角度来看,其病机多因阳气不足,阴寒内盛,寒则筋脉挛急所致。卧位性心绞痛,则除与冠脉病变程度重有关外,还有左心功能不全的因素,多在夜间发病也是阳虚较重的征象,急性心肌梗死患者发作时的临床症状更为严重和持久,往往表现为汗出,手足发冷等阳虚寒凝征象,结合 ACS 的临床发病特点和病机分析可以认为其基本病机特点是阳虚寒凝血瘀。

通过对 32 例 ACS 阳虚各组的临床表现分析,可以认为,急性冠脉综合征的临床症状特点主要表现在以下三个方面。一是症有轻重,当分主次。ACS 阳虚各组的症状表现有主症、次症、兼症之分。本研究结果显示,在阳虚各组中,出现比例超过 60%的症状表现有:心前区疼痛、胸闷、心悸、短气、畏寒、肢冷,这些症状是 ACS 的主症。次症(出现比例为 50%~60%)有:乏力、腰膝酸软、夜尿频多。此外,患者还各自表现出了一些兼症:腹胀、纳少、倦怠、头晕、呃逆、尿少、浮肿、咳嗽、喘息、不得平卧等。二是虚实并见,寒热错杂。ACS 阳虚证纯虚证的表现不多见,多数是在心阳虚本虚证的基础上,见心前刺痛、心痛彻背、胸闷如窒、心中痞塞、脘腹胀满等实证的表现,这些症状大多数是由瘀血、痰浊、水湿等病邪引起的。三是证候变化有规可循。ACS 阳虚证在其病变过程中,证候会发生一定的变化。心阳虚进一步发展,波及中下二焦,后期出现心脾肾三阳并虚,但是阳虚证表现在总的疾病过程中变化没有标证明显,瘀血痰浊水湿互相影响,或兼挟并存,或此起彼伏。然而一旦本证发生变化或本证标证同时发生改变,则病情亦发生变化,常常是病情加重的征象。本研究在观察 ACS 证候分布过程中发现,无明显阳虚证候表现者,病情一般不重,治疗后预后较好。而随着阳虚证候的逐渐显露及增多,则病情逐渐加重,有些病例预后不佳。水湿为患是 ACS 阳虚证进一步恶化的征象,患者出现颜面及下肢浮肿或咳喘、不得平卧,或心悸不安,此类情况多为 ACS 合并心功能不全的表现。

本研究结果显示,入选 ACS 阳虚组患者的常见舌象有:舌质紫暗、淡紫、暗红、淡红,舌体胖大、齿痕、嫩,苔多白腻、白滑;脉象常见沉弦、沉弱、沉涩;心肾阳虚是 ACS 发作的内在因素,且“心脏以血为体,以阳为用”,心血的运行有赖于心阳的鼓动,故心之气血不利是 ACS 舌脉的病理基础。现代医学认为,ACS 的发作是冠状动脉狭窄或痉挛导致心脏本身供血不足。这与心之络脉阻滞不通或挛急、绌急发生的“胸痹”、“心痛”相吻合。舌脉之象的变化对本病的发展有着重要的临床指导意义。

本研究通过对 106 例急性冠状动脉综合征患者中医证候分布的统计观察可以看到,ACS 的病机复杂,虚实相兼,而阳虚寒凝血瘀是 ACS 患者的主要病机,提示在 ACS 的临床防治过程中,不仅仅要重用活血化瘀通络方法,更应当注意阳气在本病发病和治疗中的重要地位。当然,本研究尚属初步观察,以后还有待于进一步扩大样本数量和更加精确量化的中医证候评价体系。

## 参考文献

- 1 Moustapha A, Anderson HV. Contemporary view of the acute coronary syndromes. *J Invasive Cardiol*, 2003, 15(2): 71~79.
- 2 中华医学会心血管病学分会. 不稳定性心绞痛诊断和治疗建议. *中华心血管病杂志*, 2000, 28(6): 409~412.
- 3 中国中西医结合学会心血管分会. 冠心病中医辨证标准. *中西医结合杂志*, 1991, 11(5): 257.
- 4 曹洪欣, 龚其森. 冠心病心阳虚证的证候特点分析. *中医药信息*, 2000, 17(6): 3~4.
- 5 沈安明. 不稳定性心绞痛证治探讨. *江苏中医*, 2000, 21(12): 13~14.
- 6 衷敬柏, 史大卓. 病证结合治疗不稳定性心绞痛. *中医杂志*, 1998, 39(7): 432~434.
- 7 高润霖, 陈在嘉. 进一步提高对不稳定性心绞痛的认识. *中华心血管病杂志*, 1994, 22(4): 243.
- 8 董承琅, 陶寿琪, 陈灏珠主编. 实用心脏病学. 第3版. 上海: 上海科学技术出版社, 1993: 917.
- 9 陈在嘉, 徐义枢, 孔华宇主编. 临床冠心病学. 北京: 人民军医出版社, 1994: 267.

## 中医辨证加西药局部用药治疗急性卡他性中耳炎 87 例

毛 得 宏\*

笔者对 87 例急性卡他性中耳炎患者 104 只耳在采用中医辨证治疗的同时, 用西药局部治疗, 并与 69 例患者 78 只耳单纯采用中医中药辨证治疗比较, 现报道如下。

### 1 临床资料

两组均为 1993~2003 年期间我院门诊或住院治疗的急性卡他性中耳炎并伴有中耳腔积液的患者。治疗组共 87 例 104 只耳, 其中 31 例为住院患者, 56 例为连续门诊患者, 其中 17 例患扁桃体炎, 23 例患有不同程度的鼻窦炎, 14 例有增殖体肥大, 67 例合并感冒。发病时间 8 小时~11 天; 年龄 6~67 岁, 平均年龄 21 岁; 男性 48 例, 女性 39 例; 中医辨证: 风邪侵袭型 67 例 72 只耳, 肝胆湿热型 20 例 32 只耳。对照组 69 例 78 只耳, 其中 24 例为住院病例, 45 例为连续门诊病例, 7 例患扁桃体炎, 19 例患有不同程度的鼻窦炎, 7 例患有增殖体肥大, 52 例合并感冒。发病时间 1~10 天; 年龄 6~66 岁, 平均年龄 21.6 岁; 男性 43 例, 女性 26 例; 中医辨证: 风邪侵袭型 52 例 55 只耳, 肝胆湿热型 17 例 23 只耳。两组有可比性 ( $P>0.05$ )。

诊断标准: 参照田勇泉主编的《耳鼻咽喉科学》第 5 版、王德鉴主编的《中医耳鼻咽喉科学》及国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》。

### 2 治疗方法

2.1 治疗组: (1) 急性卡他性中耳炎属中医耳胀范畴, 中医采用分型治疗。①风邪侵袭, 经气痞塞: 疏风清热、散邪通窍, 方用银翘散加味。麝香 0.1g, 金银花 12g, 连翘 12g, 竹叶 10g, 荆芥 12g, 牛蒡子 12g, 淡豆豉 12g, 薄荷 10g, 芦根 30g, 柴胡 12g, 苍耳子 15g, 辛夷 12g, 石菖蒲 15g, 香附 12g, 桑皮 12g, 茯苓 12g, 泽泻 12g。②肝胆湿热, 循经上壅: 清肝利胆, 除湿通窍, 方用龙胆泻肝汤加味。麝香 0.1g, 龙胆草 12g, 栀子 12g, 黄芩 12g, 柴胡 12g, 生地黄 15g, 夏枯草 10g, 菊花 15g, 车前子 15g, 泽泻 15g, 木通 12g, 当归 12g, 石菖蒲 10g, 苍耳子 12g, 辛夷 12g, 茯苓 15g, 桑皮 12g。成人每日 1 剂, 分 3 次服, 麝香勿煎, 分 3 次和药吞服。连续 7~14 天为 1 个疗程。小儿每剂分 2~4 天服。10 岁以下小儿勿服麝香。(2) 局部治疗: 成人在局麻下、小儿在全麻下行鼓膜穿刺, 将鼓室内积液抽出, 然后将准备好的地塞米松注射液注入鼓室 0.1~0.5ml。第 2 天以同样方法向鼓室注入用

1ml 生理盐水配制的 4000U $\alpha$ -糜蛋白酶注射液 0.05~0.2ml, 如此反复 2~3 次, 甚则 4~5 次。同时每日用 1% 麻黄素溶液滴鼻, 以改善鼻腔通气状况。在鼻及鼻咽部急性炎症控制后, 每日再配合做 1 次咽鼓管吹张术, 防止粘连。

2.2 对照组: 治疗方法同治疗组之中医辨证治疗。

### 3 治疗结果

3.1 疗效标准: 显效: 听力计检测听力恢复正常, 自觉无耳鸣及闭塞感, 耳镜检查鼓膜充血消退, 无内陷、粘连、鼓膜活动度好。咽鼓管通畅。有效: 听力计检查听力在 26~40dB, 自觉残留有轻度闭塞感, 轻度耳鸣, 耳镜检查鼓膜轻度内陷, 鼓膜活动度稍差, 中耳腔内无积液, 无粘连。咽鼓管通畅。无效: 听力计检查听力在 41dB 以上, 自觉耳鸣闭塞感存在, 自音增强, 耳镜检查鼓膜内陷, 粘连。咽鼓管欠通畅。

3.2 治疗结果: 治疗组 87 例 104 只耳, 显效 69 只耳 (66.35%), 有效 28 只耳 (26.92%), 无效 7 只耳 (6.73%)。对照组 69 例 78 只耳, 显效 38 只耳 (48.72%), 有效 21 只耳 (26.92%), 无效 19 只耳 (24.36%)。治疗组总有效率 93.27%, 对照组总有效率 75.64%, 两组总疗效比较, 差异有显著性 ( $P<0.05$ )。

### 4 讨论

耳胀, 属急性期, 由于肝胆经气不舒, 内有郁热, 兼之风邪侵袭, 引动经气上壅结于耳窍, 经气痞塞不宣, 出现耳胀之症。此病感风热邪毒而发者较多, 也有肝气不舒, 郁而化热, 大怒引发者。所以临床分为风邪侵袭、肝胆湿热两型。风热之证用银翘散, 祛风散邪; 肝胆湿热型用龙胆泻肝汤清肝利胆除湿, 配夏枯草、菊花增加清肝利胆功力。两方均加入麝香, 用其通开窍之功, 迅速打通痞塞之经气, 恢复听力。同时两方均配以苍耳子、辛夷芳香通窍治疗鼻炎, 改善鼻腔通气状况, 以利引流。石菖蒲除湿开窍, 增强麝香通开窍之功, 减少窍内渗出。柴胡、香附疏肝解郁, 以利经气畅通。茯苓、泽泻、桑皮以清利湿热、清除窍内积液。

笔者在使用中医辨证治疗的前提下, 加强局部用药, 用地塞米松强有力的抗炎、抗变态反应的作用, 减少渗出, 促进炎症消退。选用  $\alpha$ -糜蛋白酶注射有效地分解粘连, 稀释渗出物, 在预防粘连、减少渗出、促进炎症消退、缩短病程、预防减轻后遗症方面具有积极意义。

\* 重庆永川市中医医院, 永川市英井路 2 号 (402160)

收稿日期: 2005-03-18