

徐氏对温病卫气营血证候 103 例微循环和血液流变学研究发现,卫气营血全过程血液流变学改变均属高粘滞综合征,因而认为卫气营血全过程都有“瘀血”存在^[8]。而在传统中医理论中,认为只有当病邪进入营血分劫伤阴液、耗血动血时才导致瘀血。可见,急性感染所致的高粘滞综合征并不等于中医的瘀血证。我们观察到急性慢性肾炎病人都存在高凝状态,但辨证或为湿热,或为脾虚,或为肾虚,或为气阴两虚,不能都诊断为瘀血证。廖氏的研究亦表明,血瘀证可以表现为时相性的改变,即有高凝状态,也可能出现低凝状态^[9]。如果仅凭血液流变学的某项或几项指标高于正常就诊断瘀血证,则成了“无病不瘀血,无证不瘀血,”这样就与中医理论体系中的瘀血证相去甚远。

中医的气血理论、瘀血理论与瘀血证是从宏观的观察与哲学思辨中提出的,现代生物流变学是从实验生物物理学等角度提出的。两者在某一环节使用的概念有相似之处,但它们各自所处的层次以及相似概念的实际内涵与外延都有极大的差异。二者可以彼此参照却不可轻易等同。当以血液流变学的方法来研究瘀血证的工作开展之初,中、西同道都有一种似曾相识的欣喜,而当这一工作逐步深入之后,又会在彼此参照之中发现种种名同实异的困惑,产生种种似是实非的失

落感,这原本是学科渗透中的必然阶段。在总结原有成果的基础上,发现其不足,创造出更完善、更系统、更能够反映宏观与微观必然联系的方法,就一定能使活血化瘀的研究走上新的阶段。

4 参考文献

- 1 翁维良,等.冠心病血瘀证患者体外血栓形成试验的观察.中西医结合杂志 1986;6(2):82.
- 2 第二届全国活血化瘀研究学术会议修订血瘀证诊断标准.中西医结合杂志 1987;7(3):129.
- 3 周燕荣,等.医学检验统计学.第1版.科学文献出版社重庆分社,1987:62.
- 4 张宝栋,等.用中医望诊法诊断蛔虫病的价值探讨.中华医学杂志 1963;49(7):451.
- 5 沈自尹.肾的研究(续集).第1版.上海科学技术出版社,1990:339.
- 6 血液流变学学术交流委员会.血液流变学资料汇编(第二册).1988:110.
- 7 血液流变学学术交流委员会.血液流变学资料汇编(第二册).1988:122.
- 8 徐应抒,等.温病卫气营血证候 103 例的微循环和血液流变学研究.中医杂志 1986;(8):39.
- 9 廖福龙.血瘀证与活血化瘀研究.第1版.北京:学苑出版社,1990:175.

针刺治疗心律失常的临床研究

郭仁旭¹ 龚远明² 张宜业¹

自 1986 年 10 月以来,我院对不同的病因引起各种类型的频发过早搏动(每分钟在 10 次以上),单纯用针刺治疗,取得即时心电图改善及远期疗效。

1 临床资料

本组病例共 84 例,室性早搏 57 例,房性早搏 10 例,交界性早搏 12 例,房性颤动 1 例,窦性静止 1 例,窦房阻滞 1 例,右束支完全阻滞 2 例。针前早搏数 15~20 次/分 51 例,20~25 次/分 26 例,20 次/分以上的 4 例。(窦房阻滞 1 例,右束支完全阻滞 2 例除外)

2 治疗方法

取足三里、三阴交、神门、内关四穴。上下肢交替间隔取穴,每次取两穴。采用 30 号 1.5—3.0 寸毫针,垂

直进针,平补平泻,针后 5 分钟早搏仍无明显减少者,可于内关穴持续捻针 10~15 分钟,留针 20~25 分钟。每日治疗一次,10 次为一疗程,可连续治疗 3 个疗程。

3 治疗结果

25 例观察了即时疗效针刺 1 次后,在 25 分钟内(以心电图改变为指征)早搏消失或减至 4 次/分钟以下评为显效者 10 例;每分钟早搏数减少 50%评为有效者 3 例;早搏数无变化或每分钟早搏减少次数少于 50%评为无效者 12 例。

59 例观察了远期疗效。针刺 1~3 个疗程后,并随访 3 个月,早搏数在 5 次/分钟以下评为显效者 26 例(其中 1 例为窦性静止),每分钟早搏数减少 50%以上评为有效者 21 例,无效 12 例(其中 1 例为窦性阻滞)。

针刺神门穴后可使 P—R 间期、Q—T 间期的持续时间延长,可使冠状动脉供血足的病人冲击图复合波幅增大,对激动起源性心律失常者,效果尤为显著。

1 中国人民解放军 28 医院,陕西省宝鸡市(721001)

2 陕西省军区干休所

收稿日期:1991—08—19,修回日期:1992—02—11