

## 临

## 床

## 解

## 惑

**尿毒症血液透析患者常见的心血管并发症有哪些? 如何治疗?**

答:随着血液透析技术的发展和推广,尿毒症患者的存活时间有所延长。但随着长期、高龄透析患者的不断增加,血透心血管并发症的发生率有逐渐增高的趋势。据统计,血透病人死亡病例中,50%死于心血管疾病。因此,如何进一步提高透析患者的生活质量,减少心血管并发症的发生,是一个亟待解决的课题。近年来,我们在临床中发现血透患者心血管常见并发症有心包炎、心功能不全、低血压、高血压、高凝状态等,根据其临床特征,我们配合中医药治疗,取得了一定的临床效果。

**心包炎:**据统计维持性血透病人有5%左右发生心包炎。临床表现胸闷憋气,不能平卧,稍有活动即咳嗽气喘,转动不得,极度衰弱,食不进,夜不寐,甚则恶心呕吐不止,语音不出,脉细数,苔白滑或腻。中医辨证属水气凌心射肺。治宜温阳化气、强心利尿。方用生脉散合苓桂术甘汤及葶苈大枣泻肺汤。药用红人参6~10g(另煎兑入),五味子6~10g,麦冬15~30g,茯苓15~30g,桂枝6~10g,白术10~15g,甘草6~10g,葶苈子15~30g,大枣4~6枚。一般服用数剂即可见效。

**心功能不全:**血透患者常见心功能不全,发病时可见喘憋不能平卧,心慌气短,水肿,舌淡暗,脉弦数或细数。中医辨证多属心气虚所致,加之瘀血阻络,治宜补益心气,活血通络利水。可用生脉散注射液30ml从透析管内注入,通常注入30分钟,以上症状逐渐缓解。然后改服生脉散加味,如加丹参、生芪、当归、郁金、泽兰、车前子、牛膝等煎汤调治。

**症状性低血压:**发生率为20~40%,尤多见于老龄患者。症见大汗出,头昏目眩,心慌,胸闷气短,口渴,脉细数,甚至脉微欲绝。中医辨证大多为气随津脱所致,治宜益气固津,方用生脉饮或该方制成的针剂静脉点滴。

**高血压:**约10~15%患者血透难以控制其高血压。这些患者临床常表现有头晕,视物不清,眼底出血,口鼻渗血,皮肤瘀斑,脉弦细或弦硬,中医辨证多为气阴两虚偏阴虚,治宜滋补肝肾之阴加清润之品,常用归芍

地黄汤加太子参、防己、牛膝、桑寄生、益母草等。

**高凝状态:**在血透过程中,有些患者血液处于高凝状态,需要大量肝素才能进行透析,由于使用量大,唯恐出血、不安全,需要不断测定凝血时间,这既麻烦,又要耗费一定的血液量。另一方面,若肝素用量不够,透析器就容易发生堵塞,破膜漏血,甚至会出现大失血。针对这种情况,我们常采用中成药活血通脉片,每次服4片,日服3次,连服3天。可取得解除血透时的高凝状态。

中国中医研究院研究生部(100091) 刘宏伟  
**肺心病心衰病人如何运用葶苈子?**

答:肺心病心衰是临床上较为常见的危急病证。用西药强心剂治疗,效果较差,且易中毒;若过用利尿剂,又易致水、电解质紊乱。用葶苈子治疗肺心病心衰见水肿、喘满者,确有疗效。一般利尿作用多在用药后2~3天出现,第5天达到高潮,随着尿量的增加,浮肿消退,胸闷咳嗽、倚息不得卧等症状亦随之好转。现代药理研究表明,葶苈子醇提取物具有强心作用,能使心肌收缩力增强,心率减慢,对衰弱的心脏可增加输出量,降低静水压。临床运用时,要注意以下几点:

1 剂量宜大。据中药文献记载,葶苈子的用量一般为3~9g,临证按此用之,往往收效甚微。研究发现,葶苈子的有效成分含量较低,需较大剂量使用方能引起强心甙样的特异作用。因此有人认为,本品的剂量与疗效密切相关。治疗肺心病心衰时,一般首剂用量应为30g/日,以后可根据病情逐渐减量至15g/日为宜,5~7天为1疗程。服药过程中,虽利尿而无水、电解质紊乱之嫌,强心而无毒副作用之弊。

2 注意辨证。祖国医学虽无“心衰”之名,但根据其临床表现,可分属于中医“心悸”、“水肿”、“喘证”、“痰饮”等范畴。心阳(气)虚、水饮内停、痰浊不化、血脉瘀阻是其主要病机。其病位在心,与肺密切相关。“肺气壅塞则膀胱与焉,譬之上窍闭则下窍不通,下窍不通则水湿泛滥,为喘满,为肿胀,为积聚,种种之病生矣”(《本草经疏》)。葶苈子“以行水走泄为用”(《本草衍义》),凡“肺中水气膜满急者,非此不能除”(《本草纲目》)。然葶苈子之用,纯属治标,乃权宜之计。临证应辨证施治,把益

气、温阳、行水、化痰诸法相机为用，标本兼顾，才能较好地改善心衰的病理过程和急危证候。若能与西药配合应用，则相得益彰，其效更捷。

3 中病即止。葶苈子属苦寒之品，气味俱厚，能通利邪气之有余，不能补益正气之不足。故《本草纲目》告诫说：“但水去则止，不可过剂尔”，确为有得之言。临床观察发现，长期或过剂使用葶苈子，亦可引起心律不齐等强心甙样中毒症状，用之宜慎。

湖北中医学院(430061) 周祯祥 柯新桥 郝建新  
**肝之疏泄太过所致泄泻如何治疗？**

答：肝主疏泄系属肝的生理功能，是指肝气疏展、通畅的作用。肝的疏泄功能，与喜于条达的特性紧密相连，主要关系到人体气机的升降与调畅，如疏泄失常——太过与不及，均能令人致病。如治殷某，男，42岁。因患胆汁郁积性胆囊炎，行胆囊切除、胆管十二指肠侧位吻合术后2周，病发泄泻，当时自服西药及中药参苓白术散等20余日，不效转赴我处就诊。诊时日泻绿色水样便10余次，伴肠鸣腹痛，纳谷不馨，体虚乏力，形体消瘦，面色灰暗，眼窝深陷，精神呆顿，语声低微。舌苔稍腻，脉沉弱。查体温36.7℃；血常规中白细胞总数 $13 \times 10^9/L$ ，中性90%；便常规偶杂不消化食物。初施健脾去湿、和中消食之剂，患者精神好转，体力渐增，纳食加多，然泄泻依旧，便次不减。后细思其发病始于胆囊切除后及便稀色绿之特点，证当属肝之疏泄太过所致，遂法更方，投抑肝、敛肝之白芍、乌梅、木瓜、山楂、萸肉、石榴皮及脾调气的山药、薏苡仁、扁豆、芡实、木香等味，仅3剂大便即初始成形，日排便减至3~4次，肠鸣消失，腹痛缓解。药后病轻，说明药证相符，治法切中病机。此后主法不变，药味略有增减，先后服药23剂，便质如常，日1次，复查血常规各项均在正常范围。至此，病告痊愈，随访半年余无反复。

肝的疏泄功能，除表现在人的情志活动外，尚与胆汁分泌、排泄和脾胃消化密切相关。胆附于肝，胆汁生于肝并经由胆贮藏、调节与排泄，同时参与、帮助胃肠消化。肝之疏泄失常，也会影响胆汁正常排泄：如疏泄不及，令肝之气机郁滞不畅，则胆汁分泌、排泄减少，不能助脾运化，脾气不升，清气在下，可发生泄泻。如疏泄太过，也能导致泄泻。患者原患胆汁郁积性胆囊炎，致胆汁排泄不畅，肝气因胆汁郁阻而伤，今胆囊切除，肝气舒展有余，通畅偏旺，疏泄太过，不能制约胆汁分泌、排泄，排泄过旺的胆液伤脾不能渗湿，湿浊下归大肠，令人便泻频作。施治时投抑肝、敛肝之酸味药，能敛抑肝气的疏泄太过，是为治此病之本。而泄泻无不关系到脾胃，故佐用扶脾渗湿之品，使脾胃健旺，湿归正化，泄

泻痊愈。

泄泻一证，病因甚多，病机不同，证型各异，如感受寒湿暑热外邪、胃肠湿热、伤食积滞、脾虚不运、命门火衰、痰饮留伏、瘀血阻滞等所致泄泻，各具特点，不难辨别。惟刘草窗痛泻要方所治泄泻易与本证混淆，然两者病机迥异，主症各有侧重。本证乃肝气不受遏郁，疏泄太过，迫使胆液排泄偏旺，伤脾害肠而泻，这正是秦伯未所说的“肝气证”，他认为“肝气证发病由本脏本经开始，进而影响脾胃”，因其“作用太强，疏泄太过”，导致了“为噎、为胀……为胸满不食、为飧泄”及“出现食呆、噎噎、呕恶、泄泻等消化不良证”。这里概括了肝之疏泄太过致泻的病机和症状。痛泻要方证是属肝气郁结、性失条达，横逆犯脾致泻，而肝气郁结与“肝气证”恰恰相反，是因“肝气郁结，作用不及，疏泄无能”，其证虽也腹泻，但主要是影响中焦，出现木不疏土的痞满等脾胃症状。故辨清二者之不同，会对肝之疏泄太过所致泄泻理解更为深刻。

河北省中医院(050011) 李友蕊

河北省中医药研究所(050031) 李 浩

**夜间烦热肤痒如何辨治？**

答：夜间烦热肤痒的患者，平素阴虚内热，多属阴脏体质。常见口苦咽干，渴思冷饮，手足心灼热，夜间烦热肤痒，有如虫行之感，大便干燥，小便短黄灼热，舌质红，边尖起芒刺，苔薄黄，脉细数，浮数，沉数等。此证病源阴液亏耗，胃肠积热，热侵营血，血热生风，流窜肌肤所致。热耗阴伤，煎熬阴血，势必燥湿生瘀，瘀热搏结，胶结难解，故易形成缠绵起伏之证。治用：滋阴养液，泄热除烦，凉血清热，祛瘀通络，熄风止痒，为基本治法。

在具体治疗中，还要注意药物的选择、配伍和用量，才能恰到好处。滋阴养液用玄参、知母、天冬、石斛、花粉之类，滋养凉润，而无恋邪之弊。泄热除烦用大黄、黄芩、黄连、栀子、生石膏之类，泄热除烦，功专效速。凉血清热用紫草、生地、丹皮、白薇、大青叶之类，直入血分，凉血清热。祛瘀通络用红花、赤芍、桃仁、丹参之类，祛瘀通络，性质缓和。熄风止痒用石决明、钩藤、苦参、蒺藜、蝉蜕之类，熄风止痒，确有良效。

根据笔者经验，夜间烦热肤痒的治疗。用滋阴泄热，凉血，熄风，祛瘀止痒为主，标本并治。泄热用大黄，清热用黄芩，除烦用栀子，凉血用紫草，滋阴用玄参，祛瘀用红花，皆为主药。蒺藜、苦参、蝉蜕，相须为伍，直达病所，治疗肤痒，疗效显著。必于当用剂内，再加此3味，各15~30g，视病证轻重而定其用量。方中其余药味，酌情选用。

四川西昌市人民医院(615000) 赵复国