

于某医院行 MR 心脏、主动脉成像检查示:左心扩大为主的全心高度扩大、并肺动脉主干增宽、胸段降主动脉狭窄达 80%、左侧锁骨下动脉闭塞。根据患儿病史、临床表现、辅助检查结果诊断为:“多发性大动脉炎(混合型)、双颈、锁骨下动脉受累、胸段降主动脉狭窄、全心衰、心功能 IV 级”。

入院后给予中药(黄芪 40g, 茯苓 15g, 鸡血藤 20g, 虎杖 10g, 党参 10g, 柴胡 10g, 川芎 10g, 丹参 30g, 毛冬青 30g, 白花蛇舌草 30g, 生地黄 10g, 五加皮 10g 等), 每剂出药 2 袋各 150ml, 每次 1 袋, 每日 2 次; 配合氯沙坦钾、氢氯噻嗪、安体舒通、肠溶阿斯匹林、氯化钾肠溶片、重酒石酸美托洛尔、地高辛等药口服; 降纤酶 5 个单位入 5% 葡萄糖 150ml 静脉滴注, 每日 1 次; 红花 20ml、灯盏花素 20mg 入 5% 葡萄糖 150ml 静脉滴注, 每日 1 次; 心先安 150mg 入 5% 葡萄糖 150ml 静脉滴注, 每日 1 次; 呋塞米 20mg 入壶, 每日 1 次(监测患者电解质, 根据情况应用呋塞米)。治疗 15 天后, 干咳症状减轻, 无夜间阵发性呼吸困难, 一般活动后稍感乏力、气短, 右上肢血压 80/50 mmHg, 复查血沉 15mm/h, C-反应蛋白 16mg/L。

治疗 30d 后, 稍有干咳, 一般活动后无乏力、气短, 停止静脉点滴降纤酶组液 3d 后在导管室行胸主动脉造影和球囊扩张术, 主动脉造影见降主动脉胸段平 8~10 胸椎处明显狭窄, 最窄处可达 80%, 术后此段狭窄最窄处约为 20%, 双侧腔后动脉、足背动脉可触及正常动脉搏动。术后卧床 24h 改为自动体位, 患者稍干咳, 无夜间阵发性呼吸困难, 口服药物不变, 静脉点滴液体继续给予心先安组液及红花组液, 加用纤溶酶 100 个单位, 每日 1 次。术后 30 天, 患者无明显干咳, 一般活动后无明显不适, 血压 106/65mmHg, 心尖搏动最强点位于左锁骨中线与第 6 肋间交点处, 心脏及血管听诊同前, 肝脏右肋下未触及; 双侧腔后动脉、足背动脉搏动正常。心电图示: V1 导联 S 波 2.0mV, V5 导联 R 波 4.0mV, V4、V5、V6 导联 T 波低平。双侧颈动脉、锁骨下动脉彩超示: 双侧颈总动脉内膜增厚, 左颈总动脉内膜最厚处为 1.2mm, 右颈总动脉内膜最厚处为 1.8mm,

左锁骨下动脉与入院时无明显变化。心脏彩超示: 左心室 52mm, 左心房 25mm, 左室后壁 11mm, EF53%, 二尖瓣、三尖瓣轻度关闭不全。好转出院, 出院后继续口服以上药物维持治疗。且每个月电话随访 1 次, 根据患者的症状、血压等病情变化及在本地医院复查血沉、C-反应蛋白结果调整口服用药。2008 年 3 月, 电话随访, 患者日常生活学习过程中无明显不适, 达到临床治愈。

多发性大动脉炎属中医脉痹、血痹范畴。该病多因先天不足, 后天失调, 以致气血亏损, 复感风寒湿热之邪, 内外合邪, 使脉道受损经络阻塞, 气血运行不畅, 气滞血瘀而成。因受累动脉的部位不同, 而临床表现各异。该患者因大动脉炎导致颈、锁骨下动脉、胸主动脉严重狭窄或闭塞, 使心脏后负荷明显增加, 心脏在持续高负荷作用下导致重度心力衰竭, 危及生命。我们对该患者采用中、西药及血管介入等综合治疗方案。精选黄芪、茯苓、鸡血藤等中药以清热利湿, 益气补血, 疏肝理气, 活血通络; 口服肠溶阿斯匹林、氯沙坦钾、氢氯噻嗪、安体舒通、重酒石酸美托洛尔、地高辛以抗炎、增加心肌收缩力、扩张血管、减轻血管和心脏的负荷; 给予降纤酶可明显抑制纤维蛋白原的生成, 从而可降低血沉和 C-反应蛋白, 减轻血管内膜炎症; 心先安以增强心肌收缩力, 改善心功能; 红花、灯盏花活血化瘀且有一定的抗凝祛聚的作用。待患者心功能基本恢复正常, 整体素质可耐受主动脉球囊扩张术时, 施行胸主动脉球囊扩张术, 解除胸主动脉局部狭窄, 从而在根本上减轻心脏的后负荷。术后除以上用药外, 加用纤溶酶以抗纤维化、改善微循环以防止球囊扩张术后再次狭窄。通过 2 年半的随访, 患者大动脉炎症得到有效控制且无反复, 心功能衰竭完全纠正。我院采取中西医结合综合治疗方法治疗多发性大动脉炎, 在不降低免疫功能的基础上, 缓解了自身免疫反应引发的大动脉无菌性炎症, 有效治疗及预防了心、脑、肾等重要脏器的损伤, 值得进一步研究和探讨。

* 河北省石家庄长城医院血管科(050035)

子宫腺肌病的中药治疗

陆勇刚*

子宫腺肌病(adenomyosis)又称内在性子宫内膜异位症, 为子宫内膜侵入子宫肌壁层, 属于子宫内膜异位症的一种特殊型, 可以和“外在”或主要是盆腔子宫内膜异位症同时存在。子宫内膜以两种形式侵入子宫肌壁层, 即弥漫型和局限型。前者为异位内膜侵入整个子宫的肌壁内, 在不同部位其侵入范围和深浅可不同; 后者异位内膜仅侵及某部分肌壁, 形同子宫肌瘤, 但其与周围正常组织并无分界(假包膜)。子宫腺肌病中医无此病名, 可归属于“癥”、“瘕”、“痛经”、“月经过多”等范畴, “癥”者坚硬成块, 固定不移, 推揉不散, 痛有定处, 病属血分。“瘕”者柔软, 时有时现, 移动不定。中医妇科教材中把“癥”、“瘕”病因病机分为气滞、血瘀、痰湿、毒热。笔者认为子宫腺肌病的病因病机以毒、瘀较为合理, 因此, 治疗此病, 笔者采用清热解毒、活血散结之法, 以 4 个月为 1 个疗程, 一般服药 1 个月, 腹痛、腰坠胀等临床症状明显减轻; 服用 1 个疗程后, B 超提示子宫恢复正常占 40%, 原子宫缩小至正常者占 20%, 无效者占 5%, 而且年龄大者比年龄小者疗效显著, 年龄大于 44 周岁患者无一例使用手术治疗。

药物组成: 蒲公英 30g, 夏枯草 15g, 猫人参 15g, 白花蛇舌草 30g, 失笑散 10g, 花蕊石 15g, 炒贯众 10g, 秦艽 10g, 枳壳 5g, 桂枝 5g, 无花果 12g。方解: 蒲公英、夏枯草、猫人参、白花蛇舌草、炒贯众等药物均有清热解毒、活血散结的功效; 失笑散、花蕊石活血止血散结消肿, 可散结, 又可防止因腺肌病引起月经淋漓不止; 秦艽清热且引药下行; 枳壳行气; 桂枝有温经通脉消瘤之功, 且大量寒凉药中加入桂枝一味, 既可防止寒凉太过, 使气机遏阻, 又能同诸药协同, 更好起到散结祛瘀之功; 无花果健脾和胃, 可使该组方长期服用, 使脾运正常, 胃纳不减。B 超示子宫体积增大者可加用三棱、莪术、生黄芪, 以加强消肿散结; 服药 1 个月疗效不显著者可加生山楂、山慈菇, 加强活血散结之功效; 同时伴有卵巢囊肿加用海藻、昆布; 肥人可加用浙贝母、芥菜花等加强消痰、消脂、散结之功; 瘦人阴虚者去桂枝, 加炙鳖甲、炒白术, 加强滋阴散结, 健脾助运之功。

* 浙江省绍兴县马鞍镇人民医院(312072)