

者共有的畏寒咽痛、咳嗽咳痰或干咳无痰、乏力、全身酸痛、头痛、鼻塞流涕等症状。血常规白细胞总数正常或偏低,分类计数中性粒细胞正常,单核细胞增高。胸部 X 线检查无斑片状阴影。符合 1、2 两项者即入选。具有 3、4 两项中的 1 项或 2 项齐备更佳。

3 方法

中药加味小青龙汤组成:干姜 10g 桂枝 10g 麻黄 10g 白芍 10g 甘草 5g 细辛 5g 半夏 5g 五味子 5g 杏仁 10g 枇杷叶 15g 另 4 味药各 15g 等。

将中药置于电药罐内,轻压药物加水过药面,通电煎药至加热灯熄灭保温灯亮起即可。口服,每天 1 剂,分两次煎服。服药期间多喝开水。共 3 剂。

抗菌类药物:阿奇霉素:0.25g 次,每日 3 次;头孢氨苄 1g 次,每日 3 次;环丙沙星 0.5g 次,每日 3 次。仅选用其中 1 种,口服,疗程 3 天。

3.2 观察指标及方法

体温为唯一观察指标。体温计测腋下体温,每 4h 测温 1 次并记录。

3.3 疗效判定标准

未使用一切具有解热镇痛作用的西药,未肌肉注射柴胡注射液,未静脉补液,只服加味小青龙汤及一种抗菌药,体温降至 37℃ 以下并且不再升高超过 37℃ 为治愈。

本研究未设对照组,因为未入选的门诊治疗的其他发热患者均服用含有解热镇痛药成分的中西成药或肌注射柴胡注射液。输液者除加抗菌素外亦加少量地塞米

松。同等病例无可比性。

4 结果

25 例患者皆从服第 1 次药算起,体温降至 37℃ 以下且不再升高超过 37℃,最快者为 8h 最慢者为 52h 大多数为 24h~32h。随着体温逐渐下降至正常,各种自觉症状也逐渐减轻并消除。25 例患者全部治愈,治愈率 100%。

5 讨论

所谓加味小青龙汤,就是在小青龙汤方剂中增加药物。第一加入杏仁使加味小青龙汤完全包括麻黄汤方剂。第二使以枇杷叶置换桂枝汤的大枣。由于增加了杏仁与枇杷叶,加味小青龙汤的止咳祛痰作用应该得以增强。第三结合现代医药学对中药抗微生物作用的研究成果,选择 4 种具有抗病毒作用的药物加入其中,意在提升其抗病毒、抗菌功能。

中医治疗强调的是辨证而非辨病(指现代医学具体病名)施治。以中医诊断学的六淫致病学说即六淫辨证,当时的流感样病例应该是风寒二邪共同致病,大多数患者的确有风寒束表、肺气不宣的表现。因此,应该说应用加味小青龙汤是对证的。也可以理解为加味小青龙汤有良好的抗病毒作用。

* 广州体育学院门诊部 (510500)

丹蛭汤治疗出血性中风 64 例

郑勇文* 陈世新*

近年来国内外学者从实验研究、临床应用上证明出血性中风应用活血化瘀法的可行性。自 2005~2007 年我院采用活血化瘀法治疗出血性中风患者取得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

本试验纳入住院病例 128 例,治疗组 64 例,男 45 例,女 19 例,年龄 35~76 岁;基底节区出血 55 例,脑叶出血 5 例,小脑出血 4 例;意识清醒 31 例,嗜睡 24 例,浅昏迷 9 例。对照组 64 例,男 43 例,女 21 例;年龄 38~69 岁;基底节区出血 54 例,脑叶出血 6 例,小脑出血 4 例;意识清醒 32 例,嗜睡 24 例,浅昏迷 8 例。两组性别、年龄、病情无统计学差异 ($P>0.05$),具有可比性。

两组均以头颅 CT 确诊为出血性中风。丹蛭汤在出血性中风应用时应具备以下条件:①出血量:小脑、丘脑出血 $<10\text{ml}$;脑叶、壳核出血 $<30\text{ml}$;②意识清醒或轻至中度意识障碍;③血压 $<220/120\text{mmHg}$ 或血压无剧烈波动;④ $T\leq 40^\circ\text{C}$,患者无严重的躁动不安现象,无呕血、便血、鼻出血等伴随症状;⑤凝血四项检查、血小板计数未

显示凝血机制障碍;⑥发病前无长期服用阿司匹林或其他抗血小板药物史等。

2 方法

2.1 治疗方法

两组患者均安静平卧、吸氧、降颅压、控制血压、维持水电解质酸碱平衡、预防并发症等常规综合治疗。治疗组在此基础上于发病 6~24h 给予丹蛭汤治疗,药物组成:丹参 30g 水蛭 5g 当归 15g 川芎 15g

2.2 疗效标准

按照《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》于治疗前及治疗后第 3、14 天分别对患者进行血肿量计算并评价临床疗效。基本痊愈:功能缺损评分减少 91%~100%,病残程度 0 级。显著进步:功能缺损评分减少 46%~90%,病残程度 1~3 级。进步:功能缺损评分减少 18%~45%。无变化:功能缺损评分增加 18%以上。

3 结果

治疗组第 3 天、第 14 天血肿量分别为 $(28.35 \pm 19.28)\text{ml}$ (12.57 ± 12.28) ml 对照组分别为 $(27.69 \pm$

20.31)ml (17.38±13.56)ml 两组比较无统计学差异 ($P>0.05$)。治疗组吸收量为 (18.82±8.63)ml 对照组为 (12.78±10.74)ml 两组比较有统计学差异 ($P<0.01$)。

两组疗效比较:治疗组基本痊愈 13例,显著进步 33例,进步 12例,无变化 5例,恶化 1例,有效率 90.6%;对照组分别为 9例、20例、18例、15例、2例、73.4%,两组比较有统计学差异 ($P<0.05$)。

4 讨论

出血性中风患者发病时血液多处于高凝状态,如盲目止血会增加血液的浓、黏、聚、凝状态,造成脑组织缺氧坏死。因此,出血性中风可应用活血化瘀药物,因为及时有效应用活血化瘀药物,可以改善血液循环,祛除瘀血,抑制炎症因子产生,减轻脑血肿和脑水肿,解除脑受压,提高缺损的神经功能恢复等作用。清·唐容川示:“离经之血,虽是清血鲜血,亦是瘀血”。溢血不能复返故道,出现气血郁滞(即引起脑组织充血、水肿等)。如通过活血祛瘀加以疏导,使其消散、吸收和流通,可起到良好的治疗作用。动物及临床观察发现活血化瘀类药物对凝血机

制具活血、止血之双向调节作用。丹蛭汤以活血破血、通络、宣痹为基本治疗原则。方中丹参有活血祛瘀,凉血消痛,养血安神作用;当归、川芎有补血活血,使瘀血除而不伤新血;水蛭有破血之功。现代医学研究证明,丹参含有丹参酮、丹参素,可降低血小板的聚集性,具有抗凝、镇痛及促进组织修复、再生的作用。川芎含有川芎内酯等,可直接影响脑及肢体血流量,并能通过血脑屏障,在脑干分布尤多,故可改善脑细胞的供血状态,使脑细胞缺血、缺氧明显改善,挽救缺血半暗带的细胞。水蛭中含有水蛭素及透明质酸酶,水蛭素对凝血酶有极强的抑制作用,是公认的迄今为止世界已知抗凝物质中最强的抗凝血酶物质,其抗张血管、降低血黏、促进血液循环的作用十分显著,诸药合用,有活血逐瘀,通络宣痹,消除病理产物,疏通脑络,以恢复肢体功能的作用。

综上所述,应用活血化瘀方丹蛭汤治疗出血性中风,在减少病残率及降低病死率方面具有一定的临床优势,为出血性中风的治疗开辟新径。

* 广西壮族自治区桂平市中医医院 (537200)

左归丸治疗心阴不足型心肌缺血 30例临床观察

唐 万 和*

心肌缺血是指心脏的血液灌注减少,导致心脏的供氧减少,心肌能量代谢不正常,不能支持心脏正常工作的一种病理状态。近年来,随着生活条件、饮食结构的改善,心肌缺血的发病率呈逐年上升趋势,尤其是无症状型心肌缺血日益受到重视。笔者在临床上观察到在无心绞痛发作史、无心肌器质性改变的患者中有大量的患者同时伴有心阴不足的临床表现,由于左归丸是治疗心阴不足的经典方剂,有较强的滋阴补肾的功效,因此选用左归丸治疗心阴不足型心肌缺血患者,取得了较好的疗效,现总结如下。

1 一般资料

60例患者均为门诊患者,其中治疗组 35例,年龄 35~70岁;对照组 25例,年龄 38~65岁。临床表现:胸闷、心慌、心前区不适,心电图提示 T波低平或者倒置,或 ST-T段改变;或者无胸闷、心慌、心前区不适,仅有心电图 T波低平或者倒置,或 ST-T段改变。无心绞痛发作史,封锁心肌梗死史,无心肌器质性病变史。同时伴有眩晕,心烦乏力,口干少寐或胸部不适,手足心热,腰酸耳鸣,舌质红,脉细数。

2 治疗方法

治疗组口服左归丸(上海雷允上药业有限公司生产)每次一瓶盖(约 15粒),每日 3次,连续 20天为 1个疗程,可持续服用 3~4个疗程。对照组服用丹参片(武汉

中联药业集团股份有限公司生产),每次 5粒,每日 3次,连续服用 20天为 1个疗程,可持续服用 3~4个疗程。

3 疗效标准

根据心电图变化和临床症状可分为:痊愈:服药前后比较心电图检查 T波倒置消失,或者 T波低平者上升 2小格,临床症状消失;好转:服药前后比较心电图检查 T波倒置依然存在但较前变浅,或 T波低平者上升小于 2小格,临床症状明显减轻;无效:心电图及临床症状无明显变化。

4 治疗结果

治疗组:痊愈 10例(其中服用 1个疗程痊愈 1例,2个疗程痊愈 2例,3个疗程痊愈 7例),占 28.6%,有效 23例,占 65.7%,无效 2例,占 5.7%,总有效率 94.3%。对照组:痊愈 6例(其中 1个疗程 1例,3个疗程痊愈 5例),占 24.0%,有效 16例,占 64.0%,无效 3例,占 12.0%。

5 讨论

心肌缺血在临床上除了表现为胸闷、心慌、心前区不适症状外,有相当一部分患者同时伴有眩晕,心烦乏力,口干少寐或胸部不适,手足心热,腰酸耳鸣,舌质红,脉细数的表现,在中医学看来,属于心阴不足的范畴。中医学认为心主血液,藏神,心血不足,脉管无以滋养,心血不能有效运化造成心气及心神失调,使心脏脉动功能失调。左归丸出自《景岳全书》,方为熟地黄、山药、枸杞、山茱