

莼、川牛膝、菟丝子、鹿角胶、龟甲胶。功效为填补肝肾真阴。主之真阴肾水不足,不能滋养营卫,渐至衰弱或虚热往来,自汗,盗汗或神不守舍,血不归元,或虚损伤阴,或遗淋不尽,气虚昏晕,或眼花耳聋,心悸烦热,口燥舌干,或腰酸腿软,凡精髓内亏,津液枯涸等症。本方实为六味地黄丸加大补阴血之物构成。而心肌缺血,为心肌缺少阴血之滋养。笔者认为左归丸滋阴补肾,养肝生血,大补

人体阴精、阴气、阴液,有助于心气的相互运化和推动,能对心阴不足型的患者,提升心肌耐氧能力,同时增强局部心肌缺血受损细胞修复能力。在整体促进机体阴阳平衡,改善心肌营养供给,能使心肌缺血症状大大得到有效改善,从而达到以阴补血,治疗心肌缺血的目的。

* 湖北省武汉市中医医院 (430014)

中西医结合治疗大动脉炎肾性高血压疗效观察

杨步军* 郝占峰* 张建军* 李振刚* 张叶芳* 指导:雷小明*

多发性大动脉炎是一种较常见的原发性免疫性血管炎。多发生于青年女性,其中肾动脉型血管病变主要侵犯肾动脉,狭窄部位多在单侧或双侧肾动脉起始部,当肾动脉狭窄至 $1/2$ 以上时则发生高血压,临床主要表现为四肢血压明显升高且为顽固性高血压,舒张压较收缩压升高更明显,脉压差小。我科采用自拟中药大动脉炎2号配合降压药等治疗肾动脉型多发性大动脉炎引起的肾性高血压取得了较好效果,报道如下。

1 临床资料

选择30例病例均符合中国中西医结合学会周围血管疾病专业委员会1995年制定标准。30例中男5例,女25例;年龄13~40岁,病程0.5~10年;血压180~230/100~120mmHg。

2 治疗方法

大动脉炎2号组成:黄芪、茯苓、鸡血藤、虎杖、党参、柴胡、川芎、丹参、毛冬青、白花蛇舌草。采用自动煎药机(北京东华)煎药并分装,每剂出药2袋各150ml。

治疗方法:中药大动脉炎2号150ml每日2次,适当选用钙离子拮抗剂、 β 受体拮抗剂、 α 受体拮抗剂、利尿剂、ACEI、ARB剂等从小剂量开始,用到患者能耐受的最大剂量。并且停用环磷酰胺、麦考酚酸酯、雷公藤、甲氨蝶呤等免疫抑制剂。血沉 $>50\text{mm/h}$, CRP $>20\text{mg/L}$ (CRP正常值 $0\sim6\text{mg/L}$)的患者加用强的松 $10\sim15\text{mg/d}$,并逐渐减量,已服用激素的患者不再加量且逐渐减量。4周为1个疗程。一般住院2个疗程。出院后停用液体治疗。住院期间服用激素者可减少激素1~2次,每次强的松 $2.5\sim10\text{mg}$ 不等。出院后1~2月减激素强的松 $2.5\sim5\text{mg}$ 并根据血压调整降压药的用量,观察半年看疗效。

停药标准:血压波动于130/80mmHg以下,停降压药后1周血压仍较稳定不高于140/90mmHg。

3 结果

6个月后停降压药17例,9例仅口服ACEI、ARB类药物;3例需要口服ACEI、ARB类利尿剂、钙离子拮抗剂3

种降压药。1例建议做介入球囊扩张后再继续治疗。由于患者血压太高没有做成介入手术,只能用3种以上药物维持血压仍不能控制正常。(血压单位mmHg)

治疗前140/90mmHg以下0例,140~160/100~90mmHg 10例,160~180/110~100mmHg 14例, $>180/110\text{mmHg}$ 6例,治疗2月分别为4例、21例、6例、及0例,治疗6月分别为29例、0例、1例及0例。

4 讨论

多发性大动脉炎的发病机理,一般认为是由于感染、药物等因素作用于机体后,引起自身免疫功能失调,使大动脉壁具有抗原性,而机体的免疫活性细胞对这种自身抗原并不能识别,这样与该抗原接触后产生抗大动脉抗体,并作用于大动脉壁,发生抗原抗体反应,形成免疫复合物,沉积于大动脉壁,引起非特异性炎症。经肾动脉造影和尸检发现肾动脉型约占62%。当肾动脉狭窄至50%以上时肾缺血肾素分泌增多激活肾素血管紧张素醛固酮发生高血压。单用降压药配合免疫抑制剂不能改善血管炎症使得动脉壁炎症消退,相反随着血管炎症的加重肾动脉会进一步狭窄甚至闭塞使血压进一步升高最终影响心、脑、眼底等。

中医认为该病多因先天不足,后天失养,以致气血亏损,湿寒内盛,复感风寒湿热之邪侵袭,使脉道受损,经络阻塞,气血运行不畅,气滞血瘀而成。我院选中药黄芪、茯苓、鸡血藤、虎杖、党参、柴胡、川芎、丹参、毛冬青、白花蛇舌草组成的大动脉炎2号,具有益气养血、活血通络、清热解毒作用。配合黄芪、纤溶类药物降低纤维蛋白在血管中的量起到抗凝作用,使抗原抗体复合物不易沉积到血管壁,进一步减轻血管壁炎症。使得血沉、CRP下降。

经临床观察研究,我们认为该方案具有提高免疫识别系统对自身及外来抗原的识别功能,在不降低免疫机能的基础上,缓解了对自身组织进行的免疫反应,促进大动脉内膜特异性炎症消退,保护血管内膜。经血管彩色多普勒及血管彩色B超检查证实,肾动脉流速由高向正

常恢复性下降,或伴有侧枝循环开放等,肾内血流灌注增加,少数轻度肾萎缩患者肾体积增大恢复正常;检验证实,血沉、CRP、肾功能改善。因此血压可以下降。配合降压药取得明显的效果。尽管如此,其详细的机理仍不清楚。但在目前在多发性大动脉炎肾性高血压无特效

药的情况下,采用中西医结合治疗不失为一种有效的治疗手段。

* 河北省石家庄长城中西医结合医院血管科(050035)

冬病夏治精制三伏膏治疗咳喘病 1286例

尚良翠* 徐培荣* 褚东方*

咳喘病包括现代医学慢性支气管炎,支气管哮喘,本病好发于秋冬春季节,为呼吸道常见病、多发病。我院中医科自1987年以来,开展冬病夏治中药精制三伏膏穴位贴敷疗法治疗咳喘病近万例取得了较为满意的效果,我们从临床观察随访中抽出1286例较为完整的病例资料,现总结报道如下。

1 一般资料

本组病例男性352例,女性934例,16岁以下儿童185例,成年人1101例,老年人297例,女性多于男性。

2 精制三伏膏药物组成

生莱服子300g 生白芥子500g 炒白芥子500g 丁香300g 紫苏子300g 官桂300g 王不留行400g 木香400g 上药共研成极细末,用优质生姜取汁加入上述药末。加工制作成一元硬币大小药饼待用。

3 治疗方法

头伏即7月14日~25日,中伏,末伏各重复1次,3次为1个疗程,每次先消毒穴位后,即取精制三伏膏贴敷穴位上,再用麝香膏固定,成年人4h左右去掉,儿童0.5~1h去掉,忌食生冷辛辣、鱼腥、煎、炸、烤鹅等品1周。方法简便易行,无毒副作用,患者易接受。取穴:第1组:男性取大椎、天突、肺俞、膻中;女性取大椎、肺俞、天突、膻中、膏肓。加减:气喘甚者加定喘穴、心俞穴;畏寒肢冷,久病肾虚者加肾俞穴;小便夜频量多清长加命门穴;纳差、痰多者加脾俞、丰隆;过敏性鼻炎者加太渊穴。疗程:凡慢性支气管炎、支气管哮喘、过敏性哮喘以秋冬季发作为甚,咳嗽,咳喘,哮喘,体虚经常感冒等呼吸道疾病者均可使用。禁忌:支气管扩张、咯血、肺结核、孕妇、月经期以及皮肤过敏者禁用或者慎用。

4 治疗结果

疗效判断标准根据《中医病证诊断疗效标准》,治愈:咳喘及临床体征消失和哮喘控制,哮鸣音消失,共665例,占51.7%;好转:咳喘症状减轻,发作次数减少,共592例,占46.1%;未愈:连续3年敷贴症状无明显改善共29例,占1.2%。本症多见于年老体弱,合并其他疾病者。总有效率占97.8%。

5 典型病例

患者,陈某某,女性,47岁,农民,于2002年7月14日上午9时初诊。系“顽固性咳喘20余年,加重5年”患者于20年前因上山砍柴路中饥渴难耐,于返回途中饮水沟中水,故:《素问·咳论篇》曰:“形寒饮冷伤肺胃”之说。在当地医院予以抗炎输液治疗,症状略有好转,但治标不治本,难以根治,稍受寒凉,立即诱发而加重咳喘,甚则不能平卧,20余年来反复发作,久治难愈。刻诊:左侧胸闷疼痛,如石板重压,咳嗽喘促,呼吸困难,心慌气短,食欲不振,痰多,色黄白相兼,无气味,无咳血,面色无华,呻吟不已,形体消瘦,大便数日1次难解,口干不欲饮,舌质淡暗质紫,苔白偏厚腻,脉沉细滑。多次X线胸片提示:慢性支气管炎。曾多处检查血常规、血压、体温、心电图等未见明显异常。肺部听诊右肺未见明显异常,但左肺中下部呼吸音消失,左下肺叩诊呈浊音。提示左肺功能受损严重,考虑胸腔积液或有恶性病变可能,要求其住院进一步检查治疗,因患者自觉病情严重,并产生悲观失望的想法,故遭其拒绝。特来我科要求中医“冬病夏治”精制三伏膏穴位贴敷治疗,以求疗效。当时正值头伏,三伏膏穴位贴敷,方法同上,经头伏穴位贴敷后,诸症明显好转,咳出大量暗灰色胶黏稠痰,经中伏、末伏穴位贴敷30天后,突然咳出一团灰暗褐色如烂肉状物,撕拽不开,胸中如石板重压顿时若失,连续贴敷3年后痊愈。

此患者系由痰浊伏肺,久治不愈,致使虚实夹杂,一则肺脾肾亏损,二则形成痰瘀互结本虚标实之重症。经三伏膏穴位贴敷后,药力渗透至病灶,托邪外出,使肺中宿痰顽疾及痰瘀交结之根,废物离肺而出,胸中若失,恢复健康。经随访至今,患者能正常生活劳动。

6 讨论

本方药物组成是经反复临床验证后得出的纯中药精制而成之剂,其中白芥子生熟各半既有散寒祛痰,又能减轻对皮肤的强烈刺激。生莱服子、紫苏子是降气平喘,王不留行是解痉,活血化瘀的功效,丁香和木香芳香走串,渗透力强,官桂温肾助阳,全方共奏温肺逐痰,拔寒外出,止咳平喘,扶正固本,防患未然。

* 安徽省滁州市中西医结合医院中医科(239000)