

述面部烘热汗出 5 个月,伴心烦易怒,失眠多梦,口干苦,头晕,记忆力减退,眼干涩,腰酸痛,月经量多,色暗红,淋漓不止,大便干燥,舌红少苔,脉细数。心电图,肝肾功能,妇科 B 超等各项检查均属正常。中医诊断:更年期综合征,属肝肾阴虚型。西医诊断:围绝经期综合征。治宜:滋养肝肾。方药:六味地黄汤合丹栀逍遥散加减:熟地黄 15g、山药 15g、山茱萸 15g、柏子仁 10g、地骨皮 12g、当归 10g、焦栀子 10g、生地黄 15g、柴胡 6g、牡丹皮 10g、玄参 12g、远志 10g、炙甘草 5g,7 剂,水煎服,250ml,早晚温服。2 周后症状明显好转。原方去地骨皮、生地黄、加入炒白芍 10g、淫羊藿 10g、仙茅 10g,再续服 2 周,诸症基本消除,精神状态良好,连服 3 周以巩固疗效,随访半年未复发。

4 心理治疗

中医认为,人体是一个形神合一的整体,在机体功能上,生理活动是相互作用的。在其病理变化二者又是相互影响的。即所谓:“形盛则神明,形衰则神惫。”更年期综合征的症状轻重程度与个体、体质健康状态、社会环境以及精神因素等密切相关。另外,更年期精神症状可因神经类型不稳定或精神状态不健全而加剧。所以,对于更年期综合征的治疗应在药物治疗的同时,配合心理治疗,宣教更年期生理卫生知识,解除心理障碍及精神负担,劳逸适度,避免精神过度紧张或刺激。如长期忧郁或忧思不解,导致内分泌紊乱,机体免疫力下降,从而加重了更年期综合征的症状。应帮助患者在日常生活中学会

自我调节,保持乐观的处事态度,拥有开朗旷达的心境,注意培养适合自己的兴趣爱好,经常参加体育锻炼,注意脾胃的调理,补养后天,饮食宜清淡,少食辛辣之品,慎起居,重摄生。只有情志得调,才能使身体气血和畅,血脉通利,脏腑相济,从而维持人体“阴平阳秘”,减轻或消除更年期综合征症状。

5 体会

妇女到了更年期,随着卵巢功能的衰退,体内雌激素水平下降,内分泌、免疫功能、骨代谢、血脂、自由基代谢的显著变化,因此而产生一系列相关的临床症状变化。对更年期妇女的生理和心理造成不良影响。本病的发生还与个人体质、健康状况及社会环境、精神因素密切相关,是生理变化、神经、内分泌、社会变化等因素共同作用的结果。中医学认为,绝经前后肾气渐衰,冲任亏损,肾气不足。以肾虚为发病之本,并兼及心、脾、肝等脏腑。因此,症状繁多,分型复杂。现代医学研究认为,中医“肾”的功能与下丘脑-垂体-卵巢性腺轴的内分泌功能相类似。滋肾补肾之药可通过改善性腺轴增强机体免疫等环节的功能而恢复机体内在的调节功能。心理治疗可起调节神经生理、神经内分泌功能的作用。临床实践证明,用中医中药辨证治疗更年期综合征,能有效改善临床症状,顺利度过此期,疗效满意。

* 上海市宝山区杨行社区卫生服务中心中医科(201901)

糖尿病、背痛并发弥散性血管内凝血病案

王云飞* 阎华发*

1 病历摘要

患者崔某某,男,48 岁,因“腰背部红肿结块伴发热 10 天”拟“背痛”于 2007 年 1 月 31 日收治。现病史:患者既往有糖尿病史 8 年,未予治疗,血糖控制欠佳,此次 10 天前腰背部无明显原因出现多发红肿结块,挤压后红肿迅速增大,自觉疼痛剧烈,纳寐欠佳,伴恶寒发热最高达 39℃,故来本院门诊而收治入院。患者既往有糖尿病及脑出血病史,否认肾脏病等其他内科疾病;有肺结核病史;否认外伤手术史。入院时腰背部大片红肿结块,疼痛难忍,纳差,寐欠安,时有咳嗽咳痰,小便频数,大便干结。

体格检查:体温 36.8℃,脉搏 72 次/min,呼吸 20 次/min,血压 120/80mmHg。神萎,贫血貌,形体中等,营养一般,查体合作。全身浅表淋巴结未及明显肿大,未及皮下结节及出血点。巩膜无黄染,双侧瞳孔等大等圆,对光反射存在。口唇色红较干,伸舌居中,双侧扁桃体无肿大。气管居中,胸廓对称,两肺呼吸音略粗,两下肺可闻及湿啰音,心界不大,心率 72 次/min,律齐,各瓣膜听诊区未及明显病理性杂音。腹平软无压痛,肝脾肋下未及。双肾区叩击痛(±),双下肢轻度浮肿。双足背动脉搏动正常,神经系统检查未见异常。舌质红,苔黄腻,脉细数。专科检查:腰背部及 25cm×16cm 及 7cm×6cm 红肿结

块,肿势平塌,根脚散漫,皮色紫滞,上有多枚粟粒样脓头,触痛(+);两肩部可见散发 1cm 左右红肿结块数枚。

实验室检查:血常规:白细胞(WBC)28.6×10⁹/L,中性粒细胞(N)94.4%,红细胞(RBC)10×10¹²/L,血红蛋白(Hb)83g/L,血小板(PLT)341×10⁹/L;C 反应蛋白(CRP)>290MG/L;血清电解质:CO₂结合力(CO₂-CP):9.0mmol/L;尿常规:红细胞(BLD):7 个/μl,酮体(KET)(+),葡萄糖(GLU)(+++),蛋白质(PRO)100mg/dl;血气分析:血液酸碱度(PH)7.26,血钠(Na)127mmol/L,血钾(K)3.4mmol/L,体内剩余碱(BE)-15.9mmol/L,全血剩余碱(BEb)-14.5mmol/L;血糖(GLU)15.9mmol/L;肝肾功能:总蛋白(TP)53.9g/L,白蛋白(ALB)18.8g/L,球蛋白(GLB)35.1g/L,血清肌酐(SCr)519.3μmol/L,尿素(UN)26.13mmol/L,尿酸(UA)484μmol/L;X 线胸片:两肺慢支表现,右上肺外带见小结节状致密影。

入院诊断:中医:疽毒内陷(正虚邪盛)。西医:①腰背部痛;②2 型糖尿病;③糖尿病酮症酸中毒;④糖尿病肾病;⑤慢性肾功能不全 CKD5 期;⑥低蛋白血症;⑦贫血;⑧肺部感染。

治疗经过:入院予告病重,予清热养阴、凉血解毒中药口服,外用金黄膏及八二丹、药线清热解毒祛腐,并予

抗感染、降血糖、纠正酸碱平衡等对症治疗,同时建议患者血透,由于经济原因患者拒绝。至 2 月 4 日患者上肢皮肤注射处出现散在瘀斑,伴见鼻腔、牙龈出血,小便量多,大便黑褐色,局部结块红肿疼痛剧烈,神萎纳差,寐欠安。体格检查:体温 36.5℃,脉搏 88 次/min,呼吸 20 次/min,血压 140/80mmHg。神萎,贫血貌,心界不大,心率 88 次/min,律齐,上肢皮肤见散在瘀斑,双下肢及阴囊部水肿。专科检查:腰背见 20cm×16cm 红肿结块,边界欠清,四周较硬,中央稍软,上有多枚粟粒样脓头;上方见 7cm×6cm 红肿结块,质偏硬,边界欠清;触痛(+)。实验室检查:血常规:WBC $11.1 \times 10^9/L$, N 90.2%, RBC $2.38 \times 10^{12}/L$, Hb 69g/L, PLT $60 \times 10^9/L$;尿常规:BLD:168 个/ μ l, KET(+1), GLU(+—), 肝肾功能:TP 47.1g/L, ALB 16g/L, GLB 31.1g/L, SCr 406.9 μ mol/L, UN 19.28mmol/L, UA 391 μ mol/L;血气分析:pH 7.44, Na 130mmol/L, K 3.0mmol/L, BE-7.2mmol/L, BEb-5.6mmol/L;GLU 6.1mmol/L;2 月 4 日血常规:PLT $35 \times 10^9/L$;2 月 5 日血常规:PLT $30 \times 10^9/L$ (2.511am)纤维蛋白原(Fg)4.6g/L,凝血酶原时间(PT):13.1s,部分凝血活酶(APTT)36.9s(2.53pm)D-2 聚体(D-D):1.0mg/L;大便隐血(OB):痕迹;2 月 5 日尿常规:BLD 267 个/ μ l, GLU(-), KET(-);2 月 6 日血常规:PLT $10 \times 10^9/L$ 。考虑为弥散性血管内凝血(DIC)。为探讨下一步治疗方案,故开展病例讨论。

2 病例讨论

主治医师甲:该患者以背痛入院,患者合并严重糖尿病、糖尿病肾病、糖尿病酮症酸中毒、贫血、低蛋白血症、肺部感染等多种内科疾病,病程中突然出现血小板、纤维蛋白原进行性下降,凝血酶原时间、部分凝血活酶时间延长,D-2 聚体水平升高;并伴见全身多发性出血倾向,其临床表现及实验室检查完全符合 DIC 的诊断标准,故而明确诊断为 DIC,为下一步的治疗提供了可靠依据。由皮肤感染导致的 DIC 临床比较少见,DIC 临床死亡率极高为 20%~40%。

主治医师乙:该患者发病急、传变快、病情较重,且局部疮顶塌陷、根脚散漫,疮色紫滞,灼热剧痛,后出现多发皮下瘀斑,神萎纳差,寐欠安,属中医“疽毒内陷”范畴。疽毒内陷分“火陷”、“干陷”、“虚陷”。该患者处于疾病初起阶段,火毒炽盛,邪胜热极,正不胜邪,毒不外泄,反陷于里,客于营血,内传脏腑而发病。故属于“火陷证”范畴。治疗当以清热解毒凉血为主,予仙方活命饮合清营汤加减。同时脓成时配合局部切开排脓术,使毒随脓泄,以利解毒排毒。

主治医师丙:“痈疽原是火毒生”。痈疽发展过程与温病同。始为卫分症状,发展期为气分症状,脓熟时达于高潮,脓出毒泄则邪不内传于营血,若毒邪扩散或内陷,则可出现营分、血分症状。本例患者多发皮下瘀斑,伴见鼻腔、牙龈出血,属营分血分之耗血动血之证,故治宜凉血散血,予犀角地黄汤加减。同时患者 DIC,存在凝血障碍,手术切开排脓存在一定风险,一定要慎重。且患者目

前局部肿势散漫,疮顶塌陷,失去护场,不宜行扩创术,以防邪毒扩散、加速内陷变证。

副主任医师:该患者存在凝血障碍,手术扩创存在一定风险,但“外科之法,最重外治”,外治精当与否,常可决定疾病转归、进程。手术扩创排脓使毒随脓泄,是最重要的解毒排毒方法。但手术扩创必须选择合适时机。患者局部肿势散漫,疮顶塌陷暗红,此时不宜行切开扩创术,在大剂扶正托毒中药治疗下,可用金黄膏围箍疮毒聚脓,令其根脚收束,不致毒邪扩散;并予八二丹、药线插入多枚疮口,拔毒蚀脓祛腐,可引导脓毒外泄,防止毒邪蓄积,加速祛腐过程,从而促使内蓄之脓毒排出,腐肉脱落;待局部疮肿渐隆,根脚收束,脓出量多,色黄白质稠厚时,方可行切开扩创术,解毒排毒,使毒随脓泄,肿消痛止。

主任医师:该患者属中医“疽毒内陷”之证,证情变化多端,无固定方药论治。但总以邪盛正衰为本。治当以扶正达邪、祛邪安正为基本大法。并审邪正之消长,各随证治之。以本病例而言,患者素有消渴病,气阴两虚之体,水亏火炽,正气内虚,致使火毒炽盛,助邪为病。同时局部挤压碰撞,以致邪毒走散,内陷入里,客于营血,瘀毒滞络而成。正气内虚,气阴两亏为其本,火毒炽盛,热入营血,血不循经,瘀毒滞络为其标。故以益气养阴、托补元气扶正为主治其本,清热解毒、凉血散瘀为辅治其标。临证根据其症状,审其病程,同时结合热邪火毒轻重,邪正盛衰、标本缓急等具体情况,不同治疗阶段扶正祛邪各有所侧重。同时须着重注意以下几点:①以解毒为先。患者为本虚标实之证,火毒炽盛呈蔓延之势,正邪相争剧烈,急则治其标,治标以顾本,治疗以解毒祛邪为先,用大剂清热解毒之品如金银花、连翘、黄连、白花蛇舌草、紫花地丁、蒲公英等,祛邪保津养阴,迅速截断扭转病势;同时待患者局部疮肿渐隆,根脚收束,脓出量多,色黄白质稠厚时,果断行切开扩创术,使“毒随脓泄”,以解毒排毒,肿消痛止。②凉血散血。该患者多发散在皮下瘀斑,皮色暗红,口干烦渴,曾有身热、躁扰不安等一派动血耗血瘀热之证,乃热毒深陷于血分所致,热盛迫血妄行,阳络伤则血外溢,阴络伤则血内溢,离经之血又可致瘀阻而发斑。叶天士《外感温热篇》指出:“入血就恐耗血动血,直须凉血散血”。故当以清热解毒、凉血散瘀为法,可选用水牛角、生地黄、牡丹皮、白芍等,使热清血宁而无耗血动血之虑,凉血止血又无冰伏留瘀之弊。③注重扶正托毒。患者为本虚标实之证,故治疗中应注重扶正托毒,重用黄芪、皂角刺、白芷、桔梗等,使毒邪移深就浅,易于化脓,毒随脓泄。尤其在好转恢复期,火热之邪十去七八,正气亏耗,正虚难以鼓邪外出、推动血行,治当清热凉血解毒之品递减并渐停,扶正和营托毒之品渐增,扶助正气以托毒外出。④中西医结合治疗。该患者为危急重症患者,必须采用中西医结合治疗。西医治疗首先是积极治疗原发疾病,如控制感染,纠正贫血、纠正低蛋白血症、纠正酸中毒、血透(患者因经济原因拒绝)等。其次应早期应用抗凝药物及激素治疗,若血小板继续下降低于 $30 \times 10^9/L$ 时,予补充血小板治疗等。此外,患者目前一派逆证之

象,目前应着眼于全身症状变化,切不可孤立的只注重局部疮肿症状。采用大剂量扶正托毒中药口服的同时,予八二丹、药线、金黄膏外用,不宜行切开扩创术,待局部疮毒集聚、脓出稠厚量多时再行切开排脓,使毒随脓泄。查患者舌质红,苔黄腻,脉细数,四诊合参,治拟清热凉血、扶正托毒为主,方拟犀角地黄汤加减。药用:水牛角 15g、生地黄 30g、赤芍 30g、牡丹皮 9g、金银花 30g、连翘 15g、黄连 6g、白花蛇舌草 30g、紫花地丁 15g、蒲公英 30g、南沙参 18g、玄参 12g、葛根 30g、桔梗 6g、生黄芪 30g、白芷 9g、皂角刺 12g、生甘草 10g。

3 后记

经讨论后,采用中西医结合治疗。口服中药外用金黄膏同时,西医治疗予罗氏芬抗感染,速避林抗凝,奥克预防应激性溃疡,并予低分子右旋糖酐、甲强龙,以及血小板 10u,少浆血 400ml,白蛋白 10g 等治疗。1 周后患者精神渐振,纳食渐增,疮肿渐隆,根脚收束,脓出量多,色黄白质稠厚,为气血渐盛,化而为脓,载毒外出之象;复查血常规:WBC $10.3 \times 10^9/L$,N86.9%,RBC $2.17 \times 10^{12}/L$,Hb64g/L,PLT $112 \times 10^9/L$;出凝血时间:Fg2.90g/L,PT11.7s,APTT30.5s。故于 2007 年 2 月 8 日局麻下行

“十”字形切开排脓术,给邪以出路,引流出脓血约 200ml,术后予八二丹、金黄膏等药物外用拔毒祛腐。又用药 9 天,局部疮面脓腐渐脱,方药中凉血解毒之品递减,而益气养血之药逐加。经治患者全身症状明显改善,复查患者舌象为舌质淡红略暗,苔薄白,脉弦细。调整方药以益气养血、托毒生肌为主,拟八珍汤加减。药用:生黄芪 30g,太子参 15g,苍白术(各)9g,茯苓 12g,当归 12g,川芎 12g,生地黄 15g,丹参 30g,桃仁 12g,姜半夏 9g,薏苡仁 12g,白花蛇舌草 30g,葛根 30g,桔梗 6g,玉米须 15g,六月雪 15g,生甘草 9g。同时外用生肌散等药物生肌敛疮。至 3 月 1 日患者疮面脓腐脱尽,肉芽生长良好,全身情况平稳,无明显不适主诉,好转出院。并复查血常规:WBC $8.6 \times 10^9/L$,N 51.9%,PLT $282 \times 10^9/L$;肝肾功能:TP 56.6g/L,ALB 24.8g/L,GLB 31.8g/L,SCr 396.9 μ mol/L,UN 19.1mmol/L,UA 380 μ mol/L。后于门诊随访,至 2007 年 4 月 17 日创面痊愈。

基金项目:上海高校创新团队项目资助

* 上海中医药大学附属龙华医院中医外科(200032)

通讯作者:阙华发,huafaque@126.com,(21)64385700 转 3715

补肾兼疏肝治疗更年期综合征 38 例临床观察

蔡 群 慧*

妇女在 45~55 岁左右,冲任二脉虚衰,天癸渐竭,月经将断而至绝经,这一生理变化的过渡阶段谓之更年期。部分更年期妇女会出现一些与绝经有关的证候,如潮热面红,烘热汗出,情志异常,头晕目眩,心悸失眠等综合征状称之为更年期综合征。笔者在补肾基础上加以疏肝治疗更年期综合征,现总结如下。

1 临床资料

以反复发作,持续不愈之更年期综合征,中医辨证属于肾虚型为治疗对象。症见:情绪不宁,急躁易怒,烘热自汗阵作,乏力,眩晕耳鸣,腰膝酸软,或四肢不温,背脊时寒,舌偏红,少津,脉弦细或数^[1]。经妇科胸透、心电图、脑电图、肝功能、肾功能等检查,无器质性病变及妇科疾病。排除其他神经、精神、内分泌紊乱疾患。按上法选择病例共 68 例,随机分为补肾加疏肝治疗组(治疗组)38 例与单纯补肾治疗对照组(对照组)30 例。

2 治疗方法

治疗组:六味地黄丸加柴胡疏肝散加减,生地黄 15g,山茱萸 15g,怀山药 30g,牡丹皮 10g,泽泻 10g,茯苓 12g,柴胡 12g,白芍 12g,川芎 12g,枳壳 12g,陈皮 10g,香附 12g。上药水煎取汁 300ml,每日 2 次口服,每日 1 剂。随证加减:肾阳虚者加淫羊藿 10g、生杜仲 10g;肾阴虚甚者加龟甲 15g、枸杞子 12g;潮热甚者加知母 6g、地骨皮 10g;汗出甚者加浮小麦 30g、大枣 5 枚;失眠甚者加夜交藤 30g、远志 10g;头晕头痛者加天麻 10g、川芎 6g。

(对照组:生地黄 12g,山茱萸 12g,怀山药 30g,牡丹皮 10g,泽泻 10g,茯苓 12g。随证加减和服药方法同上。两

组均以 4 周为 1 个疗程,2 个疗程后统计疗效。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准

参照卫生部颁发的《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定疗效评定标准。痊愈:原有症状完全消失。显效:原有症状明显减少。有效:原有症状减轻。无效:原有症状无明显好转或加重。

2.2 治疗结果

治疗组 38 例患者中痊愈 11 例,显效 17 例,有效 9 例,无效 1 例,总有效率为 97.30%。对照组 30 例患者中痊愈 5 例,显效 8 例,有效 12 例,无效 5 例,总有效率为 83.30%。两组疗效比较有统计学差异($P < 0.01$),表明补肾基础上加疏肝治疗更年期综合征肾虚型比单用补肾疗效显著。

3 讨论

中医治疗更年期综合征有明显疗效。《黄帝内经》认为,女子一生中生殖、生长、发育、衰老的全过程与肾有着密切的联系,故有“女子以肾为先天”之说,肾气的盛衰,影响着妇女的月经和孕育、生长与衰老。《素问·上古天真论》云:“女子七岁,肾气盛,齿更发长,七七任脉虚,太冲脉衰少,地道不通,故形坏而无子也。”可见,肾气虚,天癸竭,冲任二脉损伤是导致更年期综合征的根本原因,也是采用补肾为主治疗更年期综合征的依据。由于肝肾同源,肝藏血,肾藏精,精血同生,故肝阴和肾阴相互滋养,肝肾相生,病理上,肾液不足,可导致阳的偏亢,阳偏盛反过来又可灼伤阴液,导致阴液更加不足;肝火太盛,也可