

在4~10天内降至正常,其中1~4天17例,5~10天13例,10天以上6例。X线肺部阴影消失时间最短1例3天,最长1例35天,绝大部分病例在4~20天内消失。

5 体会

¹ 病症隶属于风湿,传变按卫气营血

祖国医学认为本病多因人体正气不足,或劳倦受凉之后,肺之卫外功能减弱,外邪从口鼻而入,侵犯肺脏引起本病。正如叶天士所云:“温邪上受,首先犯肺。”卫气开合失司,肺气郁而不宣,因而出现恶寒发热咳嗽风热表证。继而外邪传里,热壅肺气,蒸液成痰,痰热郁阻;肺气不利则见高热咳嗽,气喘咯黄痰;热伤肺络则胸痛,咯吐血痰或铁锈色痰;若邪热从上传中,肺胃热盛则壮热不解,腑实便秘或肠热下痢;若邪热炽盛,由气入营可见神昏谵语,热陷厥阴则动风抽搐,甚者正不胜邪则面色苍白、大汗淋漓、四肢厥冷、烦躁神昏、脉微欲绝等阴竭阳脱的重症表现(即中毒性肺炎的感染性休克)。

④病变中心在卫与气,治疗大法散清养和

肺炎虽证似风温,当从温病卫、气、营、血传变,但随着医疗水平的提高及中西各种颇有特效药物的出现,大多能得到及时诊治,邪热从卫分进入气分后,一般不再传变,即在气分得解,病变转向恢复阶段,故病变中心在卫、气。由于肺炎初期病在肺卫,治当疏散外邪为主,临床常用银翘散加减,药如银花、连翘、牛蒡子、桔梗、杏仁、薄荷等。40例中有7例主要用银翘散治愈。对于病邪由表入里,顺传肺胃气分,出现热壅肺气,阳明热盛或热结肠腑之证,此时以肺胃里显热为病变重点,故大法以清气为主。热壅肺气实者方选麻杏石甘汤加减以清热宣肺。40

例中有10例用麻杏石甘汤获效;阳明热盛者方选白虎汤加减以清热生津,40例中有4例用白虎汤为主治疗获效;若肺气不通则方中再加大黄、全瓜蒌通腑泄热,其效更佳。

由于温邪易于化燥伤阴,肺炎恢复期患者常常出现低热不退、呛咳口干、舌红少津等肺胃阴伤证,临床宜仿沙参麦冬汤,意甘寒清养以清余邪;亦有患者病后身热虽退而胸痛隐隐不除,此为络气不和之象,宜用旋复花、香附、郁金、丝瓜络、赤芍等理气和络之品方收全功。总之,疏散、清热、养阴、和络是肺炎患者常用治法,概为散、清、养、和。

(四肺炎非尽属风温,必须辨证施治)

典型的肺炎,其临床表现一般与风温很相似,但有少数不典型肺炎,可表现为结胸症、类症证,甚至还有表现为类似湿温病,因此切不可一旦确诊为肺炎即按风温论治,必须辨证治疗,对症下药。如表现为类症,症见往来寒热不退、胸胁疼痛、口苦等邪在少阳证,治宜和解少阳,方用小柴胡汤加减;如表现为类似湿温初期,症见身热不扬,恶寒少汗,胸闷脘痞,苔腻者,治宜芳香宣化,方用藿朴麦苓汤加减治疗,在40例肺炎中就有1例类症,2例类似湿温症临床表现,均应采用相应的方药而收效。

重症患者,病势危重,中药制剂往往药效发挥较慢,应采用中药针剂,如鱼腥草、穿琥宁注射液、清开灵等注射液静脉给药,以提高疗效,必要时配合西药抗生素治疗,充分发扬中西结合的优势。40例肺炎治疗中27例采用了中药针剂与中药汤剂结合治疗,其中7例重症配合西药治疗,明显缩短了疗程。

(收稿日期:2000-07-21)

湿热阻络型痹证治验

广东省博罗县圆洲镇人民医院(516123) 张万方

关键词 误诊 湿热阻络

焦某某,男,24岁,干部。因右侧腰骶部疼痛,转侧困难1周,于1996年8月24日入院治疗。患者5天前曾于某院诊断为骶髂关节炎,予以痛点封

闭治疗,效果不明显,遂来我院。无过敏、外伤史。查体:T37.5℃,P80次/min,R20次/min,BP13/9kPa。神清,双眼结膜无发红、疼痛,腰椎棘突无压痛。右侧骶髂关节处压痛明显;腰活动受限;双膝双髋屈曲试验(+)、舌质红、苔黄腻,脉弦。骨盆平片示正

参麦注射液治疗心源性休克例析

辽宁省中医研究院(110034) 王连志 李育英
沈阳市中医院 苏显红

关键词 参麦注射液 心源性休克

笔者自 1997 年~ 2000 年抢救冠心病急性心梗合并心源性休克多例, 均获得满意的疗效, 介绍如下:

患者在急性期 48h 以内的心梗合并心源性休克的病人, 应用扩冠、抗凝、溶栓的同时, 给予参麦注射液 40ml, 4h 1 次, 视血压情况或每 6h 40ml 参麦注射液, 最大量可达 160ml/d, 3 天后改为 40ml 日 2 次 iv, 使血压维持在 100/70mmHg。1 周后在总体输血量减少的情况下, 改为参麦注射液 40ml 加入 5% GS150ml 中 iv, 有利于心梗病人的心功能恢复及血压的稳定。

1 典型病例

患者男, 49 岁, 住院号 21120。入院日期 2000 年 7 月 1 日。

患者住院前 30min 出现心前区剧烈疼痛, 向舌下放散, 持续约半 h, 自服速效救心丸未缓解。心电图检查提示为急性下壁心梗起极期, 查体: P100 次/min, BP90/60mmHg, 神清、面色苍白、口唇发绀、皮肤略潮湿、手足发凉、心脏听诊律不齐、心率 112 次/min、心音强弱不等, 血 Rt: WBC $9.8 \times 10^9/L$, LY24.7%, GR68.5%, 心肌酶谱 AST: $60\mu/L$, CK2352 μ/L , CK-MB: 280 μ/L , LDH3600 μ/L , HBDH615 μ/L ,

ESR30mm20/L, 诊断为冠心病、急性下壁心梗。心律失常、快速房颤、心源性休克。治疗拟扩冠、抗凝、降脂、溶栓、纠正心律失常, 针对血压偏低, 采用参麦注射液 40ml/06hiv, 连用 3 天, 使血压维持在 100/70mmHg 左右, 既未增加心脏负荷, 又保持血压平稳。

2 体会

参麦注射液以人参、麦冬为主要成分。据文献记载, 人参、麦冬有正性肌力作用, 在增加心肌收缩力的同时, 又增加心搏出量, 从而达到益气固脱、养阴生津之功效。另据文献报导, 人参、麦冬有兴奋肾上腺皮质系统及增加网状内皮系统对休克的各种病理物质的清除作用, 可改善心、肝、脑等主要脏器的血供及改善冠脉血液、增加机体耐缺氧能力、减少心肌耗氧量的作用, 心梗病人在治疗上要严格掌握液体的出入量, 在血压偏低的情况下, 及扩冠的同时用参麦注射液予以拮抗, 既没有增加液体量, 又使血压保持平稳状态, 起到多巴胺、多巴酚丁胺所起不到的作用。

〔作者简介〕 王连志, 男, 38 岁。1986 年毕业于辽宁中医学院中医系, 1997 年获医学硕士学位, 现任辽宁省中医研究院循环内科主任。

(收稿日期 2000-07-11)

常。腰椎正侧位片示: 腰骶间隙略窄, 余未见异常。实验室检查: 血常规 RBC $4.6 \times 10^{12}/L$, WBC $1.1 \times 10^9/L$ BH140g/L, N0.71, L0.29, ESR22mm/h, ASO ≤ 250 RF(-), CRP $> 10\mu g/ml$ 。中医诊断: 痹证(湿热阻络), 西医诊断: 风湿热(风湿性关节炎)。治宜清热利湿、通络止痛。毫针取穴: 曲池、合谷、秩边、环跳、阴陵泉、委中等穴, 施提插泻法, 留针 30min, 辅以局部 TDP 照射, 治疗 1 周, 疗效不佳。患者诉: 右侧腰骶部疼痛时轻时重。复查血常规:

ESR60mm/h; 9 月 8 日患者诉外阴不适, 且双肩、双膝、右踝、颈_{4~6} 胸₂ 椎诸关节疼痛。外科会诊: (1) 龟头炎; (2) 包皮溃疡。体温午后 38~38.5℃, 入夜降至正常。追问病史: 1996 年 8 月初患病腹痛、腹泻、大便稀薄, 伴粘液, 里急后重。自服氟哌酸、泻痢停等药愈。据上述临床诊断: 中医属痹证(湿热痹); 西医属赖特综合征。予以静点双黄连注射液 3 个疗程, 口服萘普生、布洛芬、四环素, 配合针灸, 经治 73 天痊愈出院。