

的急性呼吸衰竭病人，确有指导临床诊断及治疗的科学价值。可以认为，严重的肠道功能紊乱可能导致肺脏损害。同理，改善肠道功能，可能促使肺脏损害修复。此点，在现代医学中尚缺乏明确的认识，应在今后的临床实践中借鉴发挥。此外，根据初步的实验研究结果，试论了祖国医学所谓的“热毒”和“瘀血”，可能是“肺与大肠相表里”学说本质的一个组成部分。在此基础上，我们试用了6组不同方药组成的清热解毒、活血化瘀方剂，进一步实验观察能否防治钳夹肠系膜上动脉后致成的肺脏损害。实验结果表明，VI号方

对肺脏损害有显著的防治作用。据此，不仅选得了一组有显著防治作用的方药，同时也进一步阐明了“肺与大肠相表里”学说本质的一个组成部分与中医所谓的“热毒”及“瘀血”有关。

通过本文的临床病例分析及实验结果，我们认为，在中西医结合的实验研究与临床实践中，应进一步探讨及发挥“肺与大肠相表里”学说对急性呼吸衰竭诊断和指导治疗的指导作用，使西医理论有所补充，中医理论有所发展。

中西医结合治愈冷凝集素综合病征一例

四川秀山县人民医院

内科 项锡林
中医科 夏明位
检验科 袁祖纯

冷凝集素综合病征是一种较为罕见的IgM抗体所引起的免疫性疾病。笔者曾用中西医结合诊治一例，报告如下：

病例摘要：患儿池某，女，4岁。1978年3月13日因四肢及面部青紫三天就诊。三天前，不明原因一侧肢体出现青紫，历时半小时余，紫绀自行消退，肤色随即转红，继而变为正常肤色。当一侧肢体停止发作后，另一侧肢体又出现上述紫绀等变化。左右交替，反复发作。次日紫绀延及面部，患肢冷痛，不能站立，食量减少，二便如常。既往体健，无药物过敏及不卫生饮食史并除外支原体肺炎及传染性单核细胞增多症等病史。家族中无类似病。

腋温36.5°C，脉沉微数，脉搏126/分，神清，发育、营养中等。两侧面部、上下肢及左右耳交替出现苍白→紫绀→发红。紫绀深似龙胆紫，触之冰冷，能触及足背动脉和桡动脉搏动。紫绀与体位及肢体裸露无关。冷水试验阳性，皮肤划痕症阴性。舌体浅紫色，舌尖深紫色，薄白苔。巩膜无黄染。心肺未发现阳性体征。肝脾未扪及。冷凝集试验阳性（1:1020），冷球蛋白试验阴性，康氏反应阴性。尿：红细胞少量，尿血红蛋白阴性。血象及血沉检查中出现冷凝集现象。胸透心肺正常。诊断：冷凝集素综合病征。

治疗经过：经菸酸片50mg及地巴唑10mg，一

日三次，配以温阳活血汤（附片3g 干姜3g 鹿角霜9g 桂枝6g 黄芪15g 当归9g 川芎6g 牛膝9g 丹参9g 白芍9g 粉葛9g 甘草3g 每日一剂），治疗3天后青紫显著减轻，能下地活动。至第7天，加用肉桂3g，以增强温煦血分。至11天，临床症状基本消失。病者家属自行停药，停药后紫绀明显加重。原方再进十二剂，紫绀完全消失，冷凝集试验转阴，停药随治至今已三年多，未见复发。

讨论：关于本综合征紫绀产生的机理，目前认为主要是IgM有较高的抗原结合价使红细胞产生凝集，阻塞微循环所致。惜不能解释本例紫绀具有阵发性、左右交替之特点。基于这个特点，我们分析该病的发病机制中尚有植物神经功能紊乱一周围血管交替性痉挛存在的可能。

IgM还可活化补体，使红细胞溶解，本院条件限制，未能取得这方面的资料。至于尿常规中出现少量红细胞，可能是高粘滞度综合征的肾脏表现。

中医对本病的认识，目前尚无公认的说法，我们初步认为本症系阳虚血弱，外感寒邪，脉道受阻，气血不能畅达所致。

本病目前尚无满意的疗法。我们试用菸酸及地巴唑，以期扩张周围血管，改善微循环；配以中药温阳活血汤，以期温阳散寒，活血行瘀，收到了良好效果。