

应用活血化瘀法治疗慢性支气管炎合并肺气肿对区域性肺血流图改变的观察

——51例临床分析

上海第二医学院附属第九人民医院

徐济民* 李远琴* 郭一钦**

区域性肺血流图是通过阻抗方法反映在心动周期内肺循环血流容积的变化,借以推测肺部血液动力学及肺的病理改变,以进一步估计右心功能。对慢性支气管炎合并肺气肿及早期肺心病的诊断和预后估计有一定参考价值,并可作为慢支合并肺气肿病理变化的客观指标之一。1978年8月以来,我院对51例慢支合并肺气肿患者应用活血化瘀法治疗并观察其对区域性肺血流图的改变,报道如下:

一般资料

病例选择:按1972年全国慢支会议所订诊断标准,全部病例均属慢性支气管炎慢性迁延期。51例中,男47例,女4例。年龄为45~75岁,其中50岁以上者50例。单纯支气管炎17例,喘息性支气管炎34例。病程最短为5年,最长达36年,10年以内者15例,10年以上者36例。治疗前经常感冒(每周或2周一次)者29例,1~2个月感冒一次者18例,不易感冒或偶有感冒者4例。治疗前气管炎轻度2例,中度31例,重度18例。

治疗方法

治疗前先作肺血流图检查并记录临床情况,治疗方法除服用一般止咳化痰消炎药外,均加用丹参治疗。第一个月,丹参注射液(由上海第九制药厂供给,每支2ml,每ml含生药1.5g)肌肉注射,每日一次,每次2ml。第2~3个月,改为每周二次,每次4ml。第4~12个月,改用上海中药制药二厂生产的复方丹参片(内含丹参、参三七、冰片)或上海中药制药三厂生产的丹参片(每片含生药1g),口服每日三次,每次2~3片,一年后复查肺血流图及临床情况作对照。区域性肺血流图按上海市阻抗图协作组统一

规定右上一区(右锁骨中线第二肋间隙与右肩胛角相当于第8胸椎水平)。

临床疗效

按1979年11月全国慢支临床专业会议所订慢性支气管炎慢性迁延期疗效标准进行判定。本组51例在治疗后气管炎发作程度,减轻者40例(78.43%);无效者9例(17.65%);加重者2例(3.92%),有效率为78.43%。气管炎临床缓解属显效者7例(13.73%);有效者34例(66.67%);无效者10例(19.6%),总有效率为80.4%。其它药物应用减少者13例,增加者5例,不变者33例。胸闷、气急等症状好转者40例(78.43%);无改善者11例(21.57%)。感冒未再发作者6例(11.77%);发作减少者34例(66.66%);无改善者11例(21.57%)。

肺血流图观察

肺血流图治疗前后对照,见表。

附表 肺血流图治疗前后对照

波型	正常波	三角波	陡直波	石山型	塔型	多峰波	转折波	倾斜波	单峰波
前	18	5	4	6	2	5	3	4	4
后	40	1	6	2	0	0	0	2	0

从表中可见治疗前正常波18例,异常波33例,治疗后正常波40例,异常波11例,治疗前后肺血流图的改变经统计学处理 $X^2=9.1$, $P<0.01$,有非常显著性差异。

小 结

近年来国内报道应用活血化瘀法治疗冠心病、慢性肝炎、缺血性中风等均取得一定的疗效^[1~4],其作用机理与改善血液流变学和微循环有关。鉴于慢性

*内科 **中医科

支气管炎可能与肺血管微循环障碍有关,我们亦试用活血化瘀法治疗慢支,以探索其疗效。中医文献记载,丹参入心肝二经,有活血化瘀、安神宁心、排脓止痛的功效⁽⁵⁾。根据本组区域性肺血流图治疗前后对照的结果来看,丹参制剂能改善肺的微循环,并有增加肺血流量的作用。对改善临床症状及缓解气管炎发作等亦收到了一定的效果,如本组中气管炎临床缓解的有效率达80.4%,感冒发作消失或减少有效率为78.43%。病员反映应用丹参注射液后,胸闷气急多有好转。而且应用活血化瘀法治疗慢性支气管炎合并肺气肿在区域性肺血流图上可有明显的改善,说明具有一定的临床价值,值得进一步推广使用。

参 考 文 献

1. 上海第一医学院华山医院神经科、生物物理教研组:丹参治疗缺血性中风,中华内科杂志新1(2):92,1976
2. 上海第一医学院生理教研组等:丹参制剂静脉滴注治疗冠心病的疗效和原理初步探讨,中华内科杂志新2(4):203,1977
3. 上海第一医学院病理生理教研组微循环研究组:丹参治疗微循环障碍的实验研究,中华内科杂志新2(4):207,1977
4. 山西省临汾市人民医院:丹参黄精汤治疗迁延性慢性病毒性肝炎112例,新中医1:28,1978
5. 南京中医学院、江苏省中医研究所编著:中药学,人民卫生出版社,第393页,1959

中西医结合治疗原发性硬化性胆管炎一例

解放军第98医院外科 刘友富 谭寅和

刘某,男,28岁,病案号60236,因全身黄染两月,于1981年6月4日入院。病人发现两眼发黄,继而全身皮肤黄染、瘙痒,伴有乏力,曾经住当地医院以“黄疸型肝炎”治疗一月,疗效不佳而来本院。病后食欲佳,睡眠差,消瘦(体重由62kg降至51kg)。既往无肝炎接触史。

入院检查,体温37°C,脉搏84次/分,血压124/80mmHg;慢性病容,颜面灰暗;巩膜及全身皮肤深度黄染,无出血点、瘀斑及蜘蛛痣,浅表淋巴结不肿大。心肺(一)。腹平软,无压痛,肝于肋下1.5cm,未触及包块,莫菲氏征(一),无移动性浊音,肠鸣音正常。化验:血红蛋白13.7g,白细胞6,300,中性70%,血小板23.2万,出、凝血时间均30秒。HBsAg及甲胎蛋白试验两次均阴性;碱性磷酸酶17u(金氏),凡登白试验直接反应(+),SGPT47u,总胆红素20.5mg%。肾功能正常,尿三胆示胆红素强阳性。腹部X线平片未见异常,胃肠钡餐疑有十二指肠球部上方受压改变。于6月11日在硬膜外麻醉下剖腹探查。术中见腹腔无渗液,肝左右叶肿大,灰绿色,质中,光滑,无结节;胆囊萎缩,肝门处门静脉上方有2.5×3cm、胆囊颈部有1×0.8cm、胆总管下段前内侧有1.5×1.5cm肿大之淋巴结各一个。胰腺软,分叶清楚。脾无特殊所见。肝十二指肠韧带水肿,胆总管不扩张,切开胆总管,见胆汁淡黄量少,其管径狭小,上段0.3cm,下段0.5cm,壁厚发硬;以最细探针探查左右肝管均不通。遂摘除肿大淋巴结,切除胆囊,胆总管放小号T管引流,并取肝右叶组织一块送病理检查。

病理检查结果:肿大之淋巴结为慢性淋巴结炎。肝组织呈肝胆管炎改变,肝束排列拥挤,毛细胆管扩张、淤胆;肝束间及汇管区为中性白细胞、淋巴、单核细胞浸润;小叶间胆管上皮肿胀,管腔几乎不见,周围炎细胞浸润。确诊为原发性硬化性胆管炎。

术后给予抗菌素、补液、茵栀黄注射液及地塞米松20mg/日静滴、中药等治疗。方剂用茵陈15g、山栀、茯苓各12g、柴胡、黄芩、丹皮、生大黄(后下)各9g、甘草6g,一日一剂。T管引流至术后第四天完全无胆汁,粪色转黄,14天拔除T管,创口一期愈合。6月19日查胆红素12mg%,肝功能正常。6月30日,一般情况好,体温正常,但黄疸不退,胆红素18.8mg%;白细胞计数17,600,中性84%。7月3日,B型超声波未查见肝内占位性病变及肝外阻塞。续用激素并加强抗感染及中药清肝利胆、退黄解毒;原方重用茵陈50g,加用公英15g,胆草、银花、泽泻各9g。黄疸逐渐消退,血象及肝功能转正常,8月22日临床痊愈出院。四月后随访,未见复发,体重增至74kg。

原发性硬化性胆管炎为原因未明的罕见疾病,可侵犯胆道系统任何部位。

本例依据:(1)进行性梗阻性黄疸;(2)无胆道结石;(3)无胆道手术史;(4)胆道系统弥漫性增厚和狭窄;(5)长期随访无恶变征象;(6)肝活检无原发性胆汁性肝硬化;(7)不合并其它病变,确诊属于慢性弥漫型。

本病的治疗,目前认为主要是T管引流和应用激素。本例术后以中西医结合治疗,使病情得以逐渐好转并趋稳定,随访至今未见复发。