

生地的临床应用

上海第一医学院华山医院

施赛珠 沈自尹

地黄有鲜生地、生地、熟地黄之分。鲜生地味甘性寒，为养阴清热之主药；生地乃冬季采集后晒干者，味甘、性微寒，为补阴的主药；熟地黄是将生地蒸熟而成，性甘微温，有较强的补肾养血作用。我院在动物实验研究中，发现某些补肾中药如同激素可使胸腺萎缩，从而认为具有肾上腺皮质激素样作用。单味生、熟地亦有类似的作用⁽¹⁾，因此我们着重用增大生地剂量的方法（每日 30 g~90 g），在临床上探讨大剂量的生地是否确有肾上腺皮质激素样或激素样的免疫抑制作用，现通过病例加以讨论。

〔病例 1〕 王××，住院号 134781，男，40 岁，1973 年 3 月 9 日入院。

患者于入院前半月突然高热、咽疼，继而出现四肢关节游走性红肿疼痛，初起于十个指关节，继而累及两腕、两肘、两膝、脊椎等，不能行走，生活不能自理，入院前数日发热减退，但关节疼痛更为剧烈，严重时全身冷汗，几乎昏厥。

体检：体温 37.5℃ 左右，血压 104/70 mmHg，咽喉轻度充血，心界限不大，心率 92 次/分，心尖区有 II~III 级收缩期杂音，八个指关节有红、肿、压痛，两肘关节亦有肿胀及压痛。两腕、两膝关节及自 T₇ 起至 L₅ 间各关节皆有明显压痛。

化验：抗链“O”833 u，粘蛋白 141 mg%，血沉 24 mm/h。X 光片：两手、两膝、两髌关节均未见明显异常。心电图示左心室高电压。

住院诊断：风湿性关节炎。住院后用普鲁卡因青霉素和消炎痛治疗，但疗效不显著，关节疼痛甚为剧烈，难以忍受。于 4 月 9 日起加用中药，方用：生地 60~90 g 葶草 30 g 秦艽 12 g 威灵仙 12 g 陈皮 6 g 生甘草 3 g。于 5 月 30 日起因服用消炎痛后出现胃部剧疼，因而停用，改为单用中药治疗。经中药

治疗三个月后，四肢关节游走性疼痛显著好转，肿胀逐渐消退，关节活动基本恢复，出院时生活完全能自理。复查有关化验如下：抗链“O”<333 u，血沉 6 mm/h，粘蛋白 48 mg%（本院粘蛋白正常范围）。1981 年随访，患者出院后未再出现明显风湿活动。

〔病例 2〕 唐×× 住院号 132698，男，20 岁，1972 年 8 月 18 日入院，入院前一月患者咽痛、扁桃体炎，半月后出现发热 38℃ 左右，伴有右腕、两膝、右踝、腰椎等关节疼痛，疼剧不能行走，经青霉素及解热镇痛药等治疗后关节疼痛虽有减轻，但出现胸闷、气急等症。

体检：体温 38℃ 左右，血压 120/70 mmHg，扁桃体轻度肿大，心尖搏动在锁骨中线外侧 1.5 cm，心律齐，心尖有 II 级收缩期杂音，四肢关节无明显红肿压痛。

化验：心电图提示第一度房室传导阻滞，P—R 间期 0.34 秒及左右心室肥大，粘蛋白 198 mg%。

住院诊断：风湿性心肌炎。住院后未用过抗风湿西药，单用中药生地 60~75 g 葶草 30 g 生石膏 30 g 秦艽 12 g 桂枝 5 g 等治疗，6 天后体温降至 37℃ 左右。心电图示 P—R 间期 0.20 秒，左右心室肥大消失。

住院期间风湿活动曾有反复，于同年 10 月 4 日心电图示 P—R 间期又有延长为 0.25 秒，并再现左心室肥大。于是改用生地注射液 30 ml (60 g) 合 5% 葡萄糖水 500 ml 静脉滴注治疗 12 天后复查心电图，P—R 间期缩短为 0.16 秒，左心室肥大消失，抗链“O”，血沉皆在正常范围。

〔病例 3〕 宋×× 住院号 125271，女，50 岁，工人，1980 年 10 月 18 日入院。

患者于 1971 年始常有低热，37.3~37.6℃

之间,血沉达20~50 mm/h,体检有肝脏肿大,麝香草酚混浊度及锌浊度试验偏高,蛋白电泳示 γ -球蛋白升高,左侧腮腺常因慢性炎症而肿痛,1971年底因腮腺管阻塞作左侧腮腺切除术,其后右侧腮腺常感胀痛,伴有口干。1971年至1980年6月前尚能坚持工作,于入院前三个月体温增至38~38.4℃左右,头晕、口干、乏力更为明显,以致不能坚持工作。

体检:轻度贫血貌,血压114/70 mmHg,全身淋巴结未见明显肿大,右侧腮腺区有轻度肿胀,腮腺导管口分泌液少、粘稠,颌下腺分泌液较少,舌质干,心肺无特殊,腹软,肝上界第五肋间隙,肝肋下一指,剑突下二指、质中,脾未及,右拇指关节有压痛,余关节无特殊。

化验:血沉30.5mm/h,红细胞300万,白细胞5,750,麝香草酚浊度试验11u,锌浊度试验18.5u,谷丙转氨酶<40u,乳胶试验阳性,抗核抗体阳性。电泳: γ -球蛋白为26%。免疫球蛋白:IgG 3,350 mg%、IgA 200 mg%、IgM 208mg%,血清免疫复合物阳性。内生肌酐为正常之63.5%,肝区超声波示肝较密微小波II级,偶见分隔波。下唇组织活检:小唾液腺慢性炎症、周围有灶性淋巴细胞浸润及腺泡萎缩。

住院诊断:干燥综合症。住院后未用西药治疗,给予生地60g 丹参12g 别甲12g 赤芍15g 丹皮6g 等,经三个月治疗后发热消退,口干有改善,右拇指关节压痛消失,食欲、精神等一般情况皆有好转,经6个月治疗后血化验亦有改善,免疫球蛋白:IgG降为1,700mg%,IgA 130mg%,IgM降为115mg%。麝香草酚混浊度试验降为5.8u,锌浊度试验降为11.2u,谷丙转氨酶<40u。血清蛋白电泳: γ -球蛋白23.2%。抗核抗体:多次化验阴性。

〔病例4〕 华×× 住院号178427,女,35岁,1981年4月9日入院。

患者于入院前一月患右侧鼻前庭疔,局部红肿、疼痛。继而全身发热、咽痛、伴颌下淋巴结肿大。经青、链霉素注射后五天而愈。一月

后出现腰痛,检查尿常规,发现尿蛋白+++~++++,红细胞15~25/高倍,甚至满视野,白细胞6~10/高倍,颗粒管型0~1/高倍,诊断肾炎而住院。

体检:咽喉明显充血。两肾区有叩击痛,以右肾为甚,头面部及二下肢无明显浮肿。

化验:尿常规:尿蛋白+++ ,红细胞1~2/高倍、白细胞1~2/高倍,24小时尿蛋白定量3.2g%,尿素氮及血肌酐正常,内生肌酐试验为正常之49.9%,血清补体C₃测定:0.75u,血免疫球蛋白测定:IgG 1,250mg%,IgA 370mg%,IgM 16mg%。入院后先按急性肾炎治疗,给予麻黄连翘赤小豆汤加减治疗,半月后尿蛋白定性下降至(+),但尿常规中反复表现为红细胞增多(45~50/高倍),于5月14日做肾脏穿刺病理检查,荧光染色示有IgA沉积,结合临床考虑为IgA肾炎。

于6月初中药改为生地30~60g 赤芍15g 丹皮10g 水牛角30g 连翘15g 马鞭草30g 白茅根60g 乌梅炭15g 桑寄生30g 板兰根15g。服药一周后尿常规检查红细胞即明显减少,于7月初出院,门诊继给生地为主治疗,并加大剂量至75~90g/日,停用原方中止血中药,随访7月,尿常规转阴。其中曾经历过再次链球菌感染,亦未复发。

〔病例5〕 胡××,住院号162935,男,24岁,工人,1978年8月9日入院。

持续性蛋白尿伴间断性浮肿8个月,患者于1977年12月14起发热、咽痛,一周后热退,但出现面部及下肢浮肿,尿常规+++ ,红细胞2~3/高倍,白细胞2~3/高倍,管型阴性。

体检:面部及两下肢无明显浮肿,血压120/65mmHg,全身浅表性淋巴结未见肿大,心肺无特殊,腹软,肝脾未及,右肾区有轻度叩击痛。

化验:尿常规:尿蛋白+++ ,红细胞0~2,白细胞0~1,24小时尿蛋白定量4.3g%,血浆白蛋白:3.4g%,血胆固醇:207mg%,血常规、肌酐、尿素氮、内生肌酐、尿FDP、

血C₉测定等皆为正常。

住院诊断：慢性肾炎、肾病型。入院后用强的松 40mg，每日一次，并加用中药生地 30g 知母 10g 甘草 10g 等治疗，于激素治疗后二周，尿蛋白转阴，其后激素逐渐减量维持，在激素治疗前及后二、四、六周各测血浆皮质醇浓度，分别为 12.5、15.0、23.0、13.0 μg%，血浆皮质醇未见明显压抑现象，临床上除有面部痤疮外，无其他明显柯兴氏症。

〔病例 6〕程××，住院号 169538，女，35 岁，1981 年 9 月 5 日入院。

患者从 1979 年 5 月起间歇性发热，呈弛张型，38~40℃。伴咽疼，全身关节酸疼、无红肿，尤以膝关节为甚而致行走困难，腹部皮肤反复出现斑丘疹，曾在某医院住院。化验白血球计数 2~3 万，有毒性颗粒，血沉 27~48mm/h，多种抗菌素治疗无效，应用肾上腺皮质激素后热退，停用激素后一周发热又起，39℃~40℃，因而持续应用激素，每次强的松减量为 10mg/日后一周，发热、关节痛、皮疹即起。于 1979 年 10 月因激素减量后高热又起，收治入本院西医内科病房。确诊为变应性亚败血症，出院后继用强的松，于 1980 年 5 月患者又自减强的松量为 20mg 隔日疗法后，又发生高热，强的松剂量增加后发热又退，其后一直不敢停用激素，于同年 9 月 5 日欲撤除激素而收治入中医病房。

住院后给以生地为主的治疗，生地 60~90g 土茯苓 30g 仙灵脾 15g 生甘草 6g 菟丝子 20g 秦艽 12g 肉苁蓉 10g 徐长卿 20g 苍耳草 15g 陈皮 6g。经用上方一个半月后开始递减强的松为 7.5mg/日，于上方应用 3 月后完全停用强的松，现随访二月余，未见复发。

讨 论

一、我们在肾本质的研究中，把生地作为补肾复方中的主药之一，为了证实生地等补肾药能作用于肾上腺皮质轴，黄华楼等给实验大白鼠灌注单味生、熟地，并与强的松相对照，发现强的松组可见胸腺萎缩，肾上腺皮质称重

下降，肾上腺的维生素 C 含量下降，肉芽肿重量下降，血浆皮质酮浓度下降；而生地组亦观察到动物胸腺萎缩，但肾上腺的维生素 C 含量不下降，血浆皮质酮仍正常，熟地组亦有与生地组相类似的结果⁽¹⁾，推测生地可能有皮质激素样免疫抑制作用，而又无外源性皮质激素使肾上腺皮质抑制或萎缩的副作用。同时还实验观察到生熟地可能拮抗外源性考的松所造成的皮质萎缩及功能低下⁽¹⁾。

张丽丽等在动物实验中观察到生地能延迟肝细胞对皮质醇的分解代谢，并能保护皮质醇 A 环 4:5 的双键和 C₃ 酮基不被还原，以及侧链上 C₁₇ 和 C₂₁ 羟基和 C₂₀ 酮基免受降解，因此与延缓肝细胞对皮质醇的分解代谢有关⁽²⁾。从中推测激素与生地同用，可以部分替代激素的用量，有利于激素的递减。

二、从临床治疗中亦证实生地可能有皮质激素样或激素样免疫抑制作用。

我们最初对 20 多例风湿性关节炎进行以大剂量生地为主的治疗，近半数病人有较显著的疗效，表现为疼痛缓解，肿胀消退，另有半数病人需合用小剂量抗风湿西药才有效，能减少西药的用量，说明生地可部分替代这类药物的作用。曾对三例心肌炎，心电图为 I~II 度房室传导阻滞者（2 例风湿性心肌炎、1 例为病毒性心肌炎），其中 2 例短期内心电图恢复正常，未用任何西药，因此我们曾推测以上作用是否提示生地有肾上腺皮质激素样作用或激素样免疫抑制作用。

干燥综合症的病因目前虽尚未清楚，但根据临床与实验室资料表明为自体免疫现象，抑制性 T 细胞的丧失，导致正常免疫调节功能的丧失。例 3 经过生地为主的治疗后，临床症状明显好转，病情稳定，免疫学检查表现为 IgG 和 IgM，麝香草酚混浊度试验及锌浊度试验皆转为正常范围之内，抗核抗体转阴等显示自体免疫现象有所好转，说明生地对体液免疫有一定作用。至于是否对细胞免疫有作用还待研究。IgA 肾炎病因尚未明确，但多数推测为免疫复合体型肾小球肾炎，与某些自身免疫变化有

关, 例 4 IgA 肾炎患者, 反复表现为红细胞增多, 曾按辨证论治用药, 未见疗效, 改用生地为主的治疗后速见疗效, 其后情况稳定。例 6 患者为变应性亚败血症, 属变态反应性疾病, 屡用皮质激素有效, 屡停皮质激素又必复发, 而经生地为主的治疗后, 停用激素再未复发。

据根上述生地的临床应用, 初步设想生地可能有免疫抑制作用, 或激素样的免疫抑制作用, 因对变态反应或免疫性疾病有一定的疗效, 是值得进一步在临床上广泛探讨的药物。

三、关于大剂量生地应用的副作用: 生地中主要成份是梓醇(Catapol), 地黄素(Rehmanin), 维生素 A 样物质, 甘露醇, 多种糖类

及氨基酸等。在应用时我们一般逐渐增量, 先用每日 30g, 逐渐增至 60、90g, 个别脾胃虚弱的病人, 可能由于甘露醇引起腹痛, 大便一日多次, 有时呈一时性, 数日后自行消失, 可与淮山药配伍同用, 淮山药量每日 15~30g, 二者配用一般无明显的副作用, 如果腹泻不止则减量应用或改用其他药物治疗。

参 考 文 献

1. 黄华楼等: 补肾中药的动物实验研究——补肾中药对垂体—肾上腺皮质系统的作用. 祖国医学肾的研究, 第二版, 154页, 上海科学技术出版社, 1978
2. 张丽丽等: 生地知母甘草对肝中皮质醇分解代谢的影响. 上海第一医学院学报 1: 37, 1980

生理盐水穴位注射咳肛、神门治疗便秘 50 例(摘要)

浙江省杭州市中医院 章金声

我们应用生理盐水穴注咳肛、神门治疗便秘 50 例。男 11 例, 女 39 例。平均年龄 36 岁, 最小 7 岁, 50 岁以上 5 例。每例的便秘患病时间平均 6 年。以大便干燥三天以上未解为便秘, 每例便秘持续的平均天数为 5.3 天。大多数 4~6 天解大便一次, 亦有长至 2~3 周者。伴痔疮出血者 8 例、出鲜血者 10 例及脱肛者 4 例。

取穴与注射方法: 咳肛位于肺经尺泽下 2 厘米处, 每穴注射 3~5 ml。神门在腕横纹尺侧陷中, 尺侧屈腕肌腱之桡侧, 每穴 0.5~1.0 ml。开始隔天注射一次, 如有效可连注四次。如连续 7~8 次无效,

停止治疗。有效患者如复发再注仍有效。

疗效观察: 50 例中穴注 1 次的 12 例, 2 次 25 例, 3 次 5 例, 4 次 6 例以及 7 次和 8 次各 1 例。后 2 例无效; 前 48 例每例注射未超过 4 次, 近期疗效显著。同时对其中 35 例进行随访, 各例的痊愈时限平均 1 年, 有 1 例已愈 6 年。大部分病人在院外经中西医治疗无效, 需常服泻药或灌肠排便, 而用本法获效。本法治疗时不给其他处理, 亦未见副作用。

咳肛、神门二穴具有培元气、安心神、养阴生津、通便作用。其中咳肛又能治疗咳嗽与痔疮, 是笔者命名的经验穴。本法简便易行、费用低廉, 值得试用。

全国危重病急救医学学术会议简讯

中华医学会、中国中西医结合研究会联合主持的全国首次危重病急救医学学术会议, 于 1982 年 11 月 5~9 日在杭州召开。大会收到来自全国 29 个省市自治区的论文 623 篇, 其中大会论文报告 42 篇, 小会宣读 72 篇, 进行了学术交流和讨论, 并对休克、成人急性呼吸窘迫综合征和急性肾功能衰竭的诊断标准进行了讨论和修订。这次会议展示了我国在危重病方面的诊治水平和科研成果, 交流了以“三衰”为主等危重病的防治经验, 其内容涉及内、外、妇、儿等多种学科和专业, 有西医、中医和中西医结合的成果。

大会对中西医结合治疗危重病给予重视与高度的评价。会议交流了对生脉散的研究, 对微循环和活血化瘀的研究, 中医下法在胆道危重症治疗抢救中的作用, 中西医结合治疗充血性心力衰竭和感染性休克, 中药结肠透析治疗急性肾功能衰竭等研究项目和所取得的一些进展。代表们还就中西医结合治疗急性感染性疾病的思路和方法问题进行了交流。除了常用的热毒解毒法之外, 中医还有许多独特的治则, 如下法、活血化瘀、益气滋阴等法, 均可在治疗急性感染性疾患中发挥良好的作用。与会代表列举了许多事实说明中医药是可以治疗急重病证的。

(陈文绮)