

• 病例报告 •

中西医结合治疗充血型原发性 心肌病一例报告

江西省南昌市第四医院内科 熊润贤

我院内科曾收治一例充血型原发性心肌病患者，发生扭转型室速，且多次发作心脑综合征。用中西医结合治疗，取得满意效果，报告如下。

病历摘要 曹××，女，43岁，农民。住院号19390。入院日期：1981年9月4日下午5时。

患者入院前二小时突然感胸闷、心悸、气短，随即昏厥，抽搐数分钟自止。

检查：T36.8℃，P74次/分，Bp150/90mmHg，神清，坐卧位。心界扩大，心音低钝及强弱不等，心律极不规则，呈二联、三联律及阵发性心动过速。心尖区可闻Ⅱ级吹风样收缩期杂音。两肺布满中、小水泡音。上腹部饱满，肝在右肋弓下8cm，剑突下6cm，质中且压痛。肝颈静脉反流征阳性。双下肢有凹陷性水肿。无杵状指。化验检查：Hb12g%，WBC 6700，N65%；血沉20mm/h；抗链“O”阴性。肝功、肾功，血清钾、钠、氯化物均正常；尿、粪常规（一）。心电图：频发多源性室性期前收缩（有二、三联律），阵发性心动过速，Q—T间期明显延长。X线检查：心脏增大呈“普大型”，以左室增大明显，两肺郁血。

治疗经过：入院后当天给予青、链霉素肌注外，立即静注阿托品1mg，氨茶碱0.25g，肌注速尿40mg，且先后给予激素、能量合剂静滴，经处理后两肺水泡音大减，但心律仍极不规则。第二日上午1～9时先后昏厥、抽搐三次，每次发作数分钟自止。即查心电图示：I、II、avF导联出现短阵尖端扭转型室速，有频发多源性室早，部分呈二联律。立即试用利多卡因或阿托品治疗，但均未能控制。从6月5日～10日先后发作昏厥、抽搐15次（心脑综合征），当时查血清钾3.3mEq/L，遂采取措施：1.补钾：每日补充氯化钾6g（口服、静脉各3g）。2.口服中药煎剂，日一剂，服二次。针对病人胸闷、心悸、气短、神疲、少寐。舌质红、少苔、脉象虚软、结代。辨证为气阴虚夹瘀。治则：益气养阴，佐以活血化瘀。处方：党参15g 炙黄芪15g 五味子9g 麦冬9g 当归9g 生龙骨12g 生牡蛎12g 丹参15g 桂枝5g 炙甘草9g，并配合复方丹参4ml，肌注，日二次。治疗

五天（6月5～10日）之后再未发作昏厥抽搐，查心电图未见扭转型室速发作，但仍心律不规则。查血清钾4.5mEq/L。继续口服氯化钾日3g一周。服上述中药半月，查心电图心律失常大致纠正，但仍有时不齐。此时，坚持中医中药治疗，针对病人仍感心悸、气短、乏力，晚间自汗，大便干。舌质红，少苔、脉细数，辨证为气阴虚，内服中药生脉散（党参15g 麦冬9g 五味子9g）为主随证加味，日一剂，治疗二月余出院。出院时查体，Bp100/70mmHg，心界无明显扩大，心尖区未闻及杂音，心律尚整齐，偶闻期前收缩。肝恢复正常大小。心电图为左心室肥厚外，大致恢复正常。X线检查心影明显缩小。出院时可以下床活动。出院后嘱坚持长期服中药生脉散，日一剂，半年余后随访，查心电图正常，可从事一般家务劳动。

体会 本病例诊断为充血型原发性心肌病。其主要病变是心肌变性萎缩及纤维化，因可累及起搏传导组织，故可发生各种心律失常。本病例发生扭转型室速，且多次发作心脑综合征。关于扭转型室速的治疗，一般是消除病因，严重及反复发作者须安装人工心脏起搏器。因临床上多见于低血钾患者，所以补钾是治疗的重要措施。我们在补钾的同时，采用中药配合治疗，取得了一定的效果。所服中药煎剂为生脉散、归脾汤、炙甘草汤为基本方结合临床辨证加减。心律失常大致可归纳于中医学心悸、怔忡的范畴。《景岳全书》说：“怔忡之类，惟阴虚劳损之人乃有之”；《金匱要略》说：“病人胸满，……脉微大来迟，……为有瘀血”。《素问·痹论》：“脉痹不已，复感于邪，内舍于心”。可见血瘀、外感、气血阴阳虚损等，均可影响心的正常活动。本病例按“阳盛则脉促，阴盛则脉结”的理论，结合临床辨证用药。方中黄芪以补益心气，增强心脏功能，提高机体免疫能力，炙甘草为历代用作脉结代、心动悸的主药，生脉散益气敛阴，归脾汤健脾安神，相互配合，故取得疗效。由于本病病因及发病机理不很明了，目前主要仍是对症和支持疗法。有人曾对部分病人应用了极化疗法及肾上腺皮质激素未见到很明显效果。本病例同样

也给予心肌营养药物和激素却取得了较为满意的效果。我们认为与长期服用以生脉散为主的中药有关。“生脉散”是著名的补气养阴药，是祖国医学“益气复

脉”的古方之一。经研究证明生脉散可使心肌DNA合成率提高二倍以上，改善缺血心肌的合成代谢，有效地促进心肌恢复功能。

中西医结合治愈 大疱性表皮松解型药疹一例报告

镇江市人民医院 柯梦笔 顾忆貽 徐家森 朱晓禾 许德海*

我院曾收治一例由安乃近引起的大疱性表皮松解型药疹患者，采用中西医结合方法，抢救成功，报告如下。

病历摘要 患者张××，男，42岁，于1981年7月14日入院。住院号21746。

四天前因急性扁桃体炎、高热，服安乃近一片而发病。始于颈、右大腿内侧出现红斑、搔痒、灼痛、皮疹很快发展至躯干、四肢，并相互融合成片，呈烫伤样表皮松解。唇、舌、口腔粘膜、龟头糜烂、渗血、进食及排尿困难。既往对磺胺药、青霉素、链霉素、氯霉素、庆大霉素、四环素族、病毒灵、水杨酸制剂过敏。1969年服安乃近出现皮肤搔痒，未引起重视。

检查：体温38.9℃，脉搏80次/分，血压120/80mmHg。呈急性病容，神志清楚，全身浅表淋巴结不肿大，咽部充血，扁桃体Ⅱ°肿大，表面附有少量白色分泌物。舌质红绛，脉象弦数。心肺(-)，肝脾未触及。

皮肤损害：颜面、颈、躯干、四肢见大片弥漫红斑，肘、膝窝、阴囊部肿胀，呈片状表皮剥脱，少量渗液。尼克氏征阳性。口腔粘膜、舌、眼结合膜、龟头糜烂、肿胀。

实验室检查：白细胞7.700，中性粒细胞81%，淋巴细胞19%，血小板7.6万，尿蛋白(+)，肝功能正常，血清总蛋白6.1g，白蛋白3.85g，球蛋白2.15g，白/球比为1.71:1，IgG17.2mg/ml，IgA3.4mg/ml，IgM0.56mg/ml。

诊断：大疱性表皮松解型药疹。

治疗经过：入院后给予氢化可的松100mg/日、红霉素1.2g/日静脉滴注，强的松30mg/日、乳酸钙3g/日、扑尔敏12mg/日口服。第二天体温始降，但全身皮疹增多，颜色转暗红，病情处于进展状态。考虑到上述药物有致敏之可能和激素用量不足，故停用红霉素、乳酸钙、扑尔敏，并将氢化可的松量加至300mg/

日，总补液量每日1,500~2,000ml。并根据患者斑疹紫暗、身热心烦、咽喉肿痛、鼻衄、唇、舌、龟头糜烂、排尿涩痛、大便秘结，舌质红绛、脉象弦数等症，中医辨证为药毒内陷，化热夹湿，血热炽盛，损及营血，外淫肌肤所致，治以清热凉血、解毒化斑。方用生地15g 丹皮10g 紫草10g 银花15g 连翘10g 生山栀9g 黄连4g 淡竹叶10g 细木通3g 生草梢5g 白茅根30g，每日一剂，水煎，分二次服。服药三剂，患者咽痛消除，体温正常，下肢斑疹部分消退，鼻腔、唇、舌糜烂明显好转，大便已通，尿蛋白(-)，但躯干、足背部出现大疱，并逐渐增多，表皮松解如烫伤样，大疱大者直径达10~15cm，触之即破，滋水漫淫，体无完肤。中医辨证为邪热由营及气，湿与热结，壅滞肌肤，投以清热解毒利湿法。方用银花15g 连翘10g 蒲公英30g 黄连4g 生山栀9g 丹皮10g 赤芍10g 紫草15g 苦参10g 泽泻12g 赤苓15g 土茯苓15g 碧玉散30g(包) 白茅根30g。并嘱频饮西瓜汁、绿豆汤。同时加强护理，采用无菌隔离消毒，暴露创面，床单上撒消毒滑石粉，破损处搽烫伤油，定时翻身，大水疱行穿刺抽液，口腔糜烂处搽珠珀散。药服六剂，病情明显好转，水疱再未形成，躯干、四肢皮肤破损处已结痂，少数皮疹已开始脱屑。此后递减激素用量，中药继服清热解毒利湿剂，五天后除阴茎糜烂未愈外，全身紫斑、水疱消退，大片脱屑，基本恢复正常。

体会 本病开始由于激素用量不足，病情未能得到控制，我们在停用有致敏可能的药物的同时，及时加大氢化可的松的用量，配合中药，急投清热凉血、化斑解毒方药，意在迅速控制已有炎症和解毒排毒，防止病情发展；当周身出现水疱、表皮松解坏死时，则重用清热解毒利湿药物清化气分湿热，加强解毒排毒，减轻渗出，促使大疱干涸，防止继发感染及并发症的发生。中药与激素配合，相辅相成，迅速消除了炎症，阻止了病情的发展，从而获得满意的疗效。

* 南京军医学校