

加减龙胆泻肝汤治疗真性红细胞增多症 9 例疗效观察

中医研究院西苑医院 翁维良 于英奇

我们在郭士魁老中医指导下，以“龙胆泻肝汤”为主治疗真性红细胞增多症 9 例，取得较好效果。

一般资料 9 例中男 6 例，女 3 例。年龄 40~56 岁，平均 49.44 岁，均经临床及骨髓穿刺确诊为真性红细胞增多症。病程最短者 3 个月，最长 7 年，平均 3.08 年。在中医治疗前，3 例未经西药治疗，其他 6 例中用过马利兰 3 例，³²磷 1 例，³²磷及马利兰 1 例，放血及马利兰 1 例，均因效果不佳、副作用大，或复发而来求中医治疗，服中药时均停用西药。

治疗方法 主方为加减龙胆泻肝汤：龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、生地、泽泻、木通各 10~15g，甘草 10g，鸡血藤 12~20g，青黛 12g 后下。瘀血明显加桃仁、红花、川芎各 10~15g；重度瘀血加三棱、莪术各 15~18g；阴虚加玄参、麦冬各 12g；有出血倾向加白茅根 30g、藕节 15g、丹皮 15~20g；乏力加党参、黄芪各 10~15g；热盛烦躁口渴加金银花、地丁、草河车各 15g；大便干结加大黄 10~12g 或蕃泻叶 10g 泡茶饮。患者治疗后血红蛋白、红细胞数下降而白细胞仍高者则重用清热解毒药草河车、连翘、白花蛇舌草各 15g。每剂药，除青黛外，将其他药先煎二次去渣，然后将二次的药汁加青黛后再煎 15 分钟左右，约 300ml，一日内分三次服用。

疗效分析 治疗前血红蛋白均高，在 17~22g% 之间，平均 $19.61 \pm 1.64\%$ ，治疗后 2/3 病人降为正常，1 例下降 2.6g 但仍未达正常，2 例下降 0.5g，平均降为 $16.43 \pm 1.11\%$ ，与治疗前比较差别非常显著 ($P < 0.01$)。治疗前全部病例红细胞均增高，在 609~980 万/mm³ 之间，平均为 735.37 ± 124.15 万/mm³，治疗后均有不同程度下降，平均为 556.89 ± 60.16 万/mm³，与治疗前比较差别十分显著 ($P < 0.01$)。治疗前后血小板有对比的 8 例，其中 2 例在 20 万/mm³ 以下，1 例 25 万/mm³，5 例在 32 万/mm³ 以上，平均 34.31 ± 19.0 万/mm³；治疗后降为 24.33 ± 14.25 万/mm³，差别有显著意义 ($P < 0.01$)。治疗前检查白细胞 8 例均超过 1 万/mm³，治疗后 6 例有所下降，但仅 1 例降到正常。治疗前舌质暗红 2 例、暗 2 例、暗紫 5 例，8 例有不同程度的瘀点及瘀斑；治疗后暗红 7 例、暗 1 例、暗紫 1 例，瘀点及瘀斑变化不明显。

9 例中除 1 例脉沉细外，8 例均有弦象（沉弦 2 例，弦细 2 例、弦 4 例）；治疗后 2 例弦脉转为沉弦，其余无变化。合并血压升高 7 例，治疗后 3 例好转，4 例血压降至正常。头痛、眩晕、便秘等症状治疗后均有好转，尤以头痛、眩晕好转明显。4 例合并有出血，治疗后 3 例消失。

本组病例 8 例在治疗 16~90 天后见效，有 1 例在 389 天后才见效，见效后一般进行巩固性治疗，用汤剂，每 2 日或 3 日服一剂，并适当减少剂量。

体会 真性红细胞增多症病人头痛目赤、便秘尿赤、脉弦，属于中医的肝阳、肝火，肝经实热，用龙胆泻肝汤疏泄肝胆之热。《医方集解》谓：“龙胆泻肝汤治肝胆经实火湿热，胁痛耳聋，胆溢口苦……龙胆泻厥阴之热，柴胡平少阳之热，黄芩、栀子清肺与三焦之热以佐之，泽泻泄肾经之湿，木通、车前泻小肠，膀胱之湿以佐之。然皆苦寒泻下之药，故用归地以养血补肝，以甘草缓中而不伤胃”。青黛凉血下火，大黄泻热泻火，故方中常用。由于病人有舌质暗紫，皮肤粘膜瘀斑、肤色暗等瘀血表现，故常配合活血化瘀药物应用。

治疗中我们发现初发病人见效快、效果好；病久用过多种西药，尤以用过磷³²治疗的病人效果较差，见效时间亦长。牙龈、鼻衄为常见症状之一，乃为血热上冲，迫血妄行所致，治疗中宜和大剂凉血药茅根、丹皮、藕节等配合应用。

运用“肠粘连缓解汤”治疗单纯性肠梗阻 30 例临床观察

湖南华容县注市医院 周汉章 杨月香

我们用“肠粘连缓解汤”治疗多种单纯性肠梗阻 30 例，均取得了较好的疗效。

一般资料 本组男性 17 例，女性 13 例。19 岁以下者 9 例，20~39 岁者 10 例。40~59 岁者 8 例，60 岁以上者 3 例。年龄最小者 2 岁，最大者 70 岁。病程 1 天以内者 18 例，1~2 天者 6 例，2 天以上者 6 例。经西医确诊，粘连性肠梗阻者 25 例，蛔虫性肠梗阻者 3 例，早期轻度肠扭转和早期肠套迭者各 1 例。

治疗方法 全部病例均口服肠粘连缓解汤：乌药 3~10g 桃仁 5~15g 赤芍 3~12g 木香 2~6g 厚朴 3~12g 莱菔子 5~30g 番泻叶 3~6g 芒硝 3~15g。水煎频饮，每次 1~1 汤匙，每隔

2~3分钟一次，一般8小时内服完一剂(两煎)，超过8小时未通者，继服第二剂，直至肛门排气或排便后停止。原则上除失水严重予以静脉补液外，不用西药或停用西药，其中特别是抗胆碱药如阿托品之类。

治疗效果 疗效判断标准：痛、呕、胀、闭(肛门停止排气和排便)四大症状消失者为痊愈；四大症状缓解，但有反复者为有效；治疗前后无变化，需手术治疗者为无效。结果治愈24例，有效5例(治愈和有效者，一般仅需一剂，多者连进两剂)，仅一例无效后经手术治疗，总有效率约96.7%。

典型病例 曹××，女，15岁，学生，住院号1090。因阵发性腹痛、腹胀、呕吐、不解大便四天于1983年10月11日入院。患者于四天前傍晚突然出现腹部阵发性疼痛，继而出现腹胀、呕吐，病中一直未矢气和大便。入院前曾在当地医院治疗，给以静脉补液和口服中药“大承气汤”加味治疗，但病情逐渐加重转来我院。

患者曾于今年5月份因患“胆石症”在我院行胆总管切开取石术，术后常有腹部阵发性隐痛，尚能忍受未加介意。

检查：T 37.5°C、P 112次/分、R 24次/分、BP 90/60mmHg。神志清楚，营养欠佳，表情痛苦。巩膜皮肤无黄染。两肺呼吸音清晰。心率112次/分，律齐，无明显病理性杂音。腹部弥漫性轻度膨胀，右上腹可见2cm×10cm手术切口疤痕，愈合良好。可见肠蠕动波和肠型，并可扪及肠襻，但无固定压痛和反跳痛及腹肌紧张，叩诊呈鼓音，肠鸣音亢进，可闻“气过水声”。周围血象及小便常规检查结果均属正常范围。

西医诊断：单纯性粘连性肠梗阻。

入院后，予以肠粘连缓解汤一剂，限其按服药方法服用，患者在1小时内服完第一煎汤液，药后1小时，腹胀加重，疼痛加剧，药后2小时许，肛门开始排气，多次排气后腹胀、腹痛逐渐减轻。不久，连续六次排出中药汤液样大便，于是诸症消失，精神顿爽。留观四天无变化出院。现已将近八月未见复发。

中西医结合治疗62例 阑尾周围脓肿

武汉市解放军161中心医院外科

张连春 张兴礼 王应增

临床资料 1975年以来收治62例，男性33例，女性29例。年龄12~68岁，其中20岁以下7例，

55岁以上者14例。病程最短者3天，最长者半年，多在发病后3~7天住院。62例中有60例入院时右下腹均可触及肿块，而且均为超声波证实。脓肿最大者10×8cm，最小者4×3cm，没有明显波动感。另外2例表现为急腹症，诊断在术中被证实。入院时体温，正常9例，37°C以上~38°C 38例，38°C以上~39°C 12例，39°C以上3例。入院时血象，白细胞总数1~2万、中性75~85%者47例，正常者11例，有4例白细胞总数在2万，中性85%以上。

治疗方法 非手术治疗：(1)对体温、血象正常，体质较好者，只在局部外敷冰片、芒硝散。(2)体温、血象高者，除局部外敷冰片、芒硝散外，选用庆大霉素24万u~32万u加入10%葡萄糖1000ml中静脉点滴，1次/日，抗感染治疗。(3)体温在39°C，血象：白细胞总数在2万、中性85%以上的重症病人，选用红霉素1.0g加氯霉素1.0g或用广谱抗菌素静脉给药抗感染治疗，局部仍以冰片、芒硝散外敷。(4)冰片、芒硝散的制备和用法：冰片、芒硝按1:10比例碾碎混匀装入广口瓶内备用。根据脓肿大小，取适当纱布一块展平，将冰片、芒硝均匀撒在纱布中央，约0.5cm厚，将纱布四边褶好，贴敷患处并以胶布固定好，防止药粉洒出。每2~3天更换一次。

手术治疗：(1)凡经非手术治疗5~7天，体温不降，复查血象仍不正常，腹部包块未缩小，或者全身症状有恶化趋势时，均应及时手术治疗。(2)对包裹好、粘连及组织水肿严重无法切除者，不做脓肿切开引流，术中在直视下行脓肿穿刺抽脓，穿刺时避开肠管和血管，尽量将脓抽吸干净，然后以生理盐水冲洗二次，再注入庆大霉素16~24万u，其针眼以邻近组织复盖即可，关腹时不置任何引流物。

疗效观察 62例中57例应用冰片、芒硝散外敷。对42例体温、血象高等全身症状明显者辅以抗生素治疗。5例手术治疗后局部仍配合冰片、芒硝外敷，全身用抗生素治疗。结果本组全部治愈，其中体温、血象平均在治疗后第3天恢复正常，右下腹包块均在3~4天时显著缩小，在第6~8天消散，超声波检查无包块波征。5例手术切口均为一期愈合。住院时间最短7天，最长23天，平均住院14天。

讨论 所用方药冰片、芒硝，具解毒消肿、祛腐生肌、收敛止痛、软坚散结及荡涤胃肠实热的功效。手术方法采用直视下穿刺抽脓，既不会损伤肠管及血管，又可避免切开脓腔引流易致肠瘘或切口感染等术后并发症，结合全身症状使用抗菌素治疗，可明显缩短本病疗程，提高治愈率。