

然危象丛生。所以,对于出血表现较重的情况,应及时采用二法治疗,才能稳步收功。中药加激素还可在提高血小板方面力求获佳效。上述治疗中,中药加激素组无论总有效率还是显效率,都大于中药对照组。此外中药与激素伍用,激素用量较小,副作用亦小,且易减量。加之用药期短,反跳现象也相对少。表明中医辨证

是治本之法,与激素有机结合治疗 ITP, 确可获得很好的疗效。

(本文承李文甫院长审修, 谨表感谢。)

参 考 文 献

1. Caplan SN, et al. Immunosuppressive therapy of ITP. Med Clin North Amer. 1976 60:971.

中医辨证论治治疗风心病房颤反复发作 1 例

贵阳中医学院第二附属医院内科 龙竹明

近期,笔者根据中医辨证论治,以心电图监测,治疗风心病房颤反复发作一例,获得满意效果。现报道如下。

郭××,女,33岁,营业员。心慌、气促反复发作17年,多次使用狄高辛、奎尼丁、心得安等药物,未能奏效。近三日来病情加重,伴胸闷、头痛、颈项背痠痛,于1984年1月26日急诊入院。住院号847205。

查体: T36.8°C, P130次/分, R26次/分, BP90/60mmHg。急性病容,平卧位,口唇轻度发绀,神清合作,颈静脉未见明显充盈,双肺呼吸音增粗,心界向左下扩大,可扪及舒张期震颤,心率116次/分,心律不齐,心音强弱不均,心尖区可闻Ⅱ级全收缩期吹风样杂音及舒张期隆隆样杂音,主动脉瓣区可闻Ⅱ级收缩期粗糙喷射性杂音和舒张期吹风样杂音,肺动脉瓣区可闻Ⅱ级收缩期吹风样杂音, $P_2 > A_2$, 腹平软,肝肋下可及,无压痛,脾未扪及,双下肢未见浮肿。心电图示:(1)房颤(心室率平均170次/分), (2)ST段下移0.2mV。即予50%葡萄糖40ml加西地兰0.4mg,缓慢静推,2小时后心电图复查示(1)窦性心律(心室率平均83次/分), (2)左房肥大, (3)左室肥大并劳损, (4) $PTF - V_1 = -0.04\text{mms}$ 。临床诊断:风心病:(1)二尖瓣狭窄并关闭不全,主动脉瓣狭窄并关闭不全,肺动脉瓣狭窄。(2)心脏扩大。(3)房颤。(4)心功能Ⅱ级。

中医辨证:心悸、气促、胸闷不舒,面白无华,口唇青紫,畏寒肢冷,头项强痛,四肢酸楚,舌质淡,苔薄白,舌边有齿印,脉沉细无力,结代。辨证属:(1)体虚外感。(风寒束表)。(2)心悸。(气阴两

亏,心阳不振,气虚寒凝,血脉瘀滞)。

治则:扶正解表,疏散风寒。方选参苏饮化裁:党参24g 苏叶10g 荆芥10g 防风10g 川芎6g 当归10g 枳壳10g 葛根15g 全瓜蒌20g 薤白10g 炙甘草6g 生姜6g。急煎热服。每日一剂,日服二次,服药2剂,头痛、身楚,颈项强硬、畏寒诸症消失。继用生脉散、炙甘草汤、瓜蒌薤白桂枝汤诸方化裁:党参24g 黄芪30g 麦冬15g 五味子6g 全瓜蒌24g 薤白10g 桂枝10g 葛根10g 当归10g 延胡10g 益母草30g 炙甘草10g 大枣8枚 生姜6g。一日一剂,三煎共取汁500ml,分三次服,每4小时一次,并辅以能量合剂静滴。十天后患者心慌气促,胸闷有所减轻,遂停能量合剂。继用上述基础方调治。患者共住院27天,每2~3天复查心电图一次,均示:窦性心律。出院时心电图示:(1)窦性心律。(2)左房肥大。(3)左室肥大。 $PTF - V_1 > -0.02\text{mms}$ 。嘱其出院后,以上述基础方及香砂六君子汤加山药、扁豆、焦三仙,二方交替,隔日一剂煎服,并且每日服复方丹参片(江苏省海门县制药厂出品),2~3片/次,每日三次,停用西药。两月后随访未复发。目前一般情况良好,已能坚持全日上班。

讨论:本例患者经单纯使用小剂量奎尼丁、乙胺碘呋酮等抗心律失常药物,疗效欠佳。运用中医辨证施治原则,针对不同病因,使用解表诸法,消除外感这一容易导致房颤的常见诱因,全面调整气、血、阴、阳的平衡,通过“扶正”达到“祛邪”的目的。故获良效。

(本文承庄生一医师指导,特致谢忱)