

淋巴8%。

胸片诊断：浸润型肺结核浸润期，右上空洞。

陈老中医诊治：咳痰黄稠，气逆不顺，胃纳呆滞，脉来弦滑，舌苔白腻，舌边带紫，宜宣肺化痰，温养肺气，以泄结达痰，予“二麻四仁汤”加味。

处方：净麻黄(去节蜜炙)4.5g 麻黄根4.5g 桃仁9g 杏仁9g 郁李仁9g 白果仁9g 北沙参12g 麦冬9g 百部9g 车前草24g 甘草4.5g 夜交藤15g 合欢皮24g，一日一剂，水煎二次分服。

首服7剂咳嗽气急渐减，痰稀薄，咳痰爽；继服7剂咳嗽喘逆皆安，痰少，舌苔净，继服前方加减调理。

住院6个月期间，抗结核药物治疗，异菸肼0.3g每日一次口服，利福平450mg每日一次口服，乙氨丁醇750mg每日一次口服，另每日服用陈老中医“二麻四仁汤”中药，3个月后胸片复查，病灶部分吸收，体温正常，胸闷消失，气急缓解，咳嗽轻，痰液少。痰液检查浓缩法阴性，WBC7800，中性72%，淋巴28%。6个月后胸片复查，病灶较前次部分吸收，空洞消失。诊断：浸润型肺结核好转期。

体会 一、陈老先生认为重症肺结核常合并感

染，肺为娇脏，纤芥不容，由于反复受邪，纠结不解，多为虚中夹邪、夹实，而且正虚邪实，邪盛正衰，非单纯扶正所能奏效。这类病人其实“在体是虚，在病属实”，大凡虚而夹邪夹实者，当先治其实，后理其虚。在扶正不能达邪时，祛邪方能扶正，不可执一不化，重要的是辨证两者兼顾。

二、重症肺结核常咳呛气逆，痰液稠浊，胸满痞闷，这是由于痰浊滞留，肺络瘀阻而使肺气壅塞。通常所用养阴肃肺及培土生金等治疗方法，常扶正有余而祛邪不足，邪不去而正不能安，久之则正气愈耗，措手愈难。如运用开肺达邪，使正稍安，然后循因调摄，才能竟其全功。治疗慢性病应知其常而通其变，不可墨守拘泥。

三、“二麻四仁汤”，用麻黄开肺定喘，发散肺经之邪郁，用麻黄根以制约不使肺气开泄太过，二麻同用一开一阖，既可增强肺气以利其功能，又可达邪而不伤其肺络。杏仁降气化痰而宁嗽，桃仁活血润燥以止咳，郁李仁泄浊解凝以利痰，白果仁敛肺抗炎以制菌，以四仁为佐一气一血，一滑一濡，互补短长，相得益彰，确为重症肺结核夹邪之有益的方剂。

针刺在纤维胃镜检查中的应用

中国医科大学附属第一医院

初航 赵淑珍 黄玉英

目前纤维胃镜已广泛用于临床，在行胃镜检查前，一般常规肌肉注射阿托品、安定等药物，但在胃镜导入时，仍有部分病人频繁出现恶心，镜下胃蠕动快，有的病人出现贲门或幽门痉挛，而且有部分病人于注射阿托品后感到心悸，个别病人对药物过敏，在检查后多数病人感到头晕。为探索一种有效的方法，消除药物引起的不良反应，我们试用针刺行纤维胃镜检查70例，取得满意的效果，现报告如下。

方法和穴位 本组应用针刺行纤维胃镜检查70例；另设60例为对照组，采用常规肌肉注射阿托品和安定。针刺组于检查前除常规应用狄卡因咽部喷雾麻醉外，一般不肌肉注射阿托品和安定，令病人左侧卧位，右腿屈曲，针刺右侧足三里、合谷，针刺得气后留针再联接上海医疗仪器厂生产的6805治疗仪，将输出电流调节器调至1~2刻度时，电流输出量为：正脉冲电流3.5~6mA，负脉冲峰值6~10mA（一般以病人能接受为度），频率为2.5Hz，诱导10~15分钟后行胃镜检查，至检查完毕后取下电针。全部病例采用GIF-K₂型胃镜检查，均由同一人操作。

效果 针刺组胃镜导入顺利，检查效果满意者68例，2例两次导入成功；药物组胃镜导入顺利，检查效果满意者59例，1例两次导入成功，两组均无导镜失败者。患者胃内分泌物、恶心、胃部不适、安静等情况两组无何差别。针刺组有3例因检查时间较长，口腔内分泌物较多。从胃蠕动次数和幽门开放情况观察，药物组有6例胃蠕动次数较快，每分钟在8次以上，有2例呈现幽门痉挛状态，而针刺组未见到此现象。检查结束后药物组病人多数有不同程度的头晕、不适等反应，而针刺组无不适反应。

体会 据文献报道，针刺健康人和胃病患者的足三里，发现胃弛缓时针刺使其收缩加强，胃紧张时变为弛缓，并可解除幽门痉挛。依据胃镜观察所见，在针刺下行纤维胃镜检查效果较为满意，与药物组相比无任何差异；此法可避免注射药物引起的不良反应；尤其适用于对常规注射药物有禁忌症者；此法操作简单，易于掌握；在解除幽门痉挛和延长胃蠕动时间上此法优于药物组。