

·综述·

中医药治疗病窦综合征的研究进展

江西省兴国县中医院 张继烈
赣南医学院附属医院 李树芳

病态窦房结综合征(简称病窦)是以心脑血管缺血症状为主的一组证候群。属于中医学“心悸”、“迟脉证”、“厥证”、“胸痹”、“寒厥”等证的范畴^(1~4)。在治疗上西医至今仍缺少很有效的药物。国外主要是安置起搏器,但随访病死率仍在18~33%⁽⁵⁾。近年来中药治疗病窦常可获得良好的疗效,多能迅速提高心率,改善症状。现综述如下,以供参考。

一、以附子为主的治疗 上海医科大学附属华山医院观察16例病窦患者,用附子注射液8~12g加入5%葡萄糖 500 ml,静脉滴注,每日1次,两周为一疗程,治疗二周后症状明显改善,平卧心率和活动后心率均比治疗前明显增加⁽⁶⁾。鲍延熙等的报道均证明附子I号可改善窦房结功能,提高窦房结的兴奋性,增加心率^(7~9)。高尔鑫用附子合炙甘草汤治疗病窦11例,显效率36.4%,有效率63.6%,治疗后9例进行阿托品试验,5例转为阴性⁽¹⁰⁾。实验证明附子等温阳药可能通过调节细胞核的亚微结构达到调节细胞核的DNA复制和RNA及蛋白质的合成功能;也可能通过调节线粒体的亚微细结构而改善细胞的能量代谢⁽¹¹⁾。朱伯卿等经食道心房调搏,结合植物神经阻滞测定窦房结恢复时间,证实附子能提高与改善窦房结功能⁽⁶⁾。陈福华等用希氏束图、心房调搏证实附子能增加窦房结自律性,改善窦房传导,认为这是其治疗病窦的电生理基础⁽¹²⁾。刘秀杰等用核听诊器以^{131m}铊等测定左室射血分数,证明附子I号可增强心肌收缩力,提高心排量,降低周围血管阻力⁽¹³⁾。为了避免副作用,要注意久煎(30分钟以上)与合理配伍。李锐等认为单用附子时强心作用既不明显也不持久,且有毒性,若与甘草、干姜配伍则强心、升压作用显著而持久,配伍后附子的毒性也可下降(较单用附子小4.1倍)^(13,14)。在用附子时还必须注意季节与地理环境。有人发现附子浸出物在温暖期(5~9月)对动物可以引起传导障碍,在寒冷期(11~3月)则不会引起⁽¹⁵⁾。附子含乌头碱,其中毒量之乌头碱可使窦房结被抑制,使心肌的代谢性发生改变,异位节律点的兴奋性增强,而发生主动性心律失常^(16,17)。这点在临床使用时要更加引起注意。

二、以细辛为主的治疗 李介鸣等以细辛为主治

疗病窦14例,除用温阳补气剂外,细辛每剂用至10g,有时同时服用20%细辛酊10ml,每日3~4次,治疗后症状均有减轻或消失,其中心率比治疗前增加6~10次/分者11例⁽¹⁸⁾。沈士芳等所用的起率合剂,每剂细辛含量为30g,经治病窦53例,头晕、心悸、气短、胸闷得到明显改善,平均心率由治疗前的43.36次/分增加到64.47次/分,心电图复查33例中21例明显改善⁽¹⁹⁾。细辛用量传统认为不过“钱”,但根据上述报道和何永田等人的报道,认为适当延长煎煮时间可减少其毒性反应,细辛不过“钱”,恐是指散剂而言⁽²⁰⁾。试验证明吞服大于4g/日的细辛散剂时,便可出现胸闷、恶心等不良反应。若服药即刻口舌发麻、旋即消失者,乃是该药辛味刺激之故;若服药1~2小时后出现口唇及手足发麻则是中毒反应^(20,21)。值得注意的是病窦快慢综合征兼心房颤动者,使用大剂量细辛可诱发房颤⁽¹⁸⁾。

三、以补骨脂为主的治疗 姜洁等以补骨脂为主制成片剂治疗病窦10例,每片含1.4g,每次3~5片,每日三次,治疗1个月后症状明显改善,平均心率提高20次/分;7例阿托品试验,6例转为阴性,随访3~6个月疗效巩固⁽²²⁾。实验证明补骨脂查耳酮能加强豚鼠及大白鼠的心肌收缩力⁽²³⁾。朱大元认为补骨脂对离体和在位心都有扩张冠状动脉作用,可增加冠状动脉血流量⁽²⁴⁾。

四、以麻黄附子细辛甘草汤为主的治疗 大多数作者认为病窦的本质在于心肾阳虚,但亦有认为是阴寒之邪乘虚入内,上乘心胸,使心脏气血运行受阻所致。主张治以温振心肾之阳、祛除阴寒之邪的温经扶阳法。杨炳初用麻黄附子细辛甘草汤治疗病窦5例,2例症状基本消失,平均心率增加10次/分以上,阿托品试验转为阴性,1例心率增加5~9次/分,1例心率增加3~4次/分⁽⁸⁾。邓德明等用升率汤(主要由麻黄、附子、细辛、红参、丹参、麦冬、当归、郁金等组成)治疗病窦13例,结果显效5例,有效6例⁽²⁵⁾。

五、以生脉散为主的治疗 高从光用生脉散加丹参、山茱萸碱治疗病窦31例,心率增加4~6次/分,有效率达87%⁽²⁶⁾。史载祥等以生脉散为主治疗病窦,也获得较好的疗效⁽²⁷⁾。王金茹用生脉散加肉桂、细辛治

疗病窦11例,症状均有不同程度缓解,半年内无晕厥发作,休息时心率提高到62~92次/分,其中8例心动过缓,4例阿托品试验转为阴性⁽²⁸⁾。祝广庆用加减附子细辛生脉散治疗19例,显效8例,好转9例⁽²⁹⁾。

六、益气温阳法治疗 除上述温阳为主的药物、方剂之外,尚有使用益气温阳法为主的治疗,亦获得较好的疗效。高丙麟用益气温阳方(潞党参、炙甘草、川桂枝、细辛、附片等)治疗病窦8例,症状消失6例,改善2例,基础心率比治疗前有明显增加,心电图也得到改善⁽³⁰⁾。董国丰用阳和汤加减治疗40例,显效4例,有效30例,好转4例⁽³¹⁾。此外,还有使用健心片、桂枝甘草汤、四逆汤、保元汤等方剂和药物治疗病窦均获得较好的疗效^(1,5,32~35)。病窦治疗虽以温补心肾之阳为主,但因患者多伴有兼证,故治疗时常配合活血、化痰、滋阴等法。

七、温阳益气活血法治疗 对于胸闷作痛、痛处固定,舌质紫暗或有瘀斑,脉沉迟或涩者则属心阳不足、气血运行不利、病久入络。在补气温阳中常配合活血祛瘀之品。山东中医学院以益气温阳活血法为主治疗病窦,有效率达83.3%⁽³³⁾。刘王明等用护心丹治疗32例,临床症状均得到明显改善⁽³⁶⁾。赵冠英等用温阳益气活血化痰法治疗22例,心率有明显增加⁽³⁷⁾。蒋锡嘉等用25~50%当归注射液及选用丹参、赤芍、川芎、红花等活血之品亦获得较好疗效^(38,39)。翁明翰等用“心宝”(含洋金花、附子、肉桂、人参、田七、麝香、鹿茸等)治疗病窦70例,口服二个月后总有效率达85.71%,心率平均增加14.51次/分⁽⁴⁰⁾。陈湘君等用温通心阳、散瘀通痹治疗病窦11例,基本痊愈6例,有效4例⁽⁴¹⁾。于作盈用通阳复脉汤治疗病窦20例,心率由治疗前<55次/分增至60~70次/分12例,>70次/分8例⁽⁴²⁾。

八、温阳益气化痰法治疗 唐容川说:“血积既久,亦能化为痰水”。对胸闷不舒、痰多气短不得卧,脉弦迟,甚则胸痛彻背者,治疗上常需配合化痰之法。可酌情选用栝蒌薤白半夏汤、半夏厚朴汤、苓桂术甘汤、温胆汤、导痰汤等^(35,43)。或在益气温阳的方剂中选用菖蒲、南星、半夏、茯苓、白附子等药^(4,44,45)。

九、阴阳两补法治疗 病窦日久,常导致阴阳两虚,治疗宜选用“补气以化精,补精以化气;扶阳配阴,育阴潜阳”的方法和“先天育后天,后天养先天”的原则。精气虚衰者,宜用大补元煎,阴阳两虚而偏于阳虚者宜用右归丸。赵冠英等治疗气阴两虚、心脉瘀阻型病窦在补气活血中加入滋阴之品常可获得较好疗效⁽³⁷⁾。徐承秋治气阴两虚型则用黄芪、党参、麦冬、五味子、黄精、炙甘草、阿胶等⁽⁴⁴⁾。杨菊贤等用参杞阿胶丸

(党参、黄芪、阿胶、枸杞子)治疗30例,症状缓解有效率达71.2~100%,治疗后心率 ≥ 60 次/分的有效率76.67%,心电图73.3%有改善,阿托品试验改善有效率68.96%⁽⁴⁶⁾。实验证明阴虚患者交感神经功能偏低,能量代谢增高,免疫功能低下,血液粘稠度、血浆环核苷酸、微量元素、内分泌、微循环等方面均有改变,给予滋阴药后,上述情况则得到改善或好转^(36,37,45)。

参 考 文 献

1. 周次清. 运用中医理法治疗病窦综合征. 山东中医学院学报 1984; 8(3):50.
2. 刘秀杰. 应用核听诊器及¹³¹m 测定左室功能. 中华心血管病杂志 1980; 2:90.
3. 杨炳初,等. 麻黄附子细辛甘草汤治疗病态窦房结综合征. 上海中医药杂志 1980; 5:32.
4. 周次清. 从病证结合探讨心律失常的证治规律. 山东中医杂志 1982; 2:65.
5. 朱伯卿,等. 温阳益气药治疗病态窦房结综合征的疗效观察. 上海中医药杂志 1984; 6:13.
6. 朱伯卿,等. 附子治疗病态窦房结综合征的临床观察. 上海医学 1983; 6(9):509.
7. 鲍延熙,等. 附子 I 号对缓慢型心律失常的临床疗效及应用希氏束电图研究其对心脏传导系统的机理. 上海医学 1979; 2(12):2.
8. 方秀英. 附子 I 号对老年人窦房结功能影响的初步报告. 老年医学杂志 1982; 2(1):39.
9. 姜文卿,等. 附子 I 号的临床研究. 中西医结合杂志 1981; 1(1):6.
10. 高尔鑫. 附子合炙甘草汤加减治疗病态窦房结综合征 11 例报告. 中医杂志 1983; 24(10):34.
11. 施玉华,等. 某些助阳药对阳虚动物模型的作用. 上海中医药杂志 1980; 2:6.
12. 陈福华. 附子 I 号对病窦综合征治疗上的临床电生理观察. 中西医结合杂志 1984; 4(1):30.
13. 李锐. 中药研究的回顾和展望. 新中医 1981; 1:46.
14. 周嘉善. 附子大剂量临床运用探讨. 江西中医药 1983; 2:46.
15. 高丙麟,等. 助阳中药在心脏疾病中运用的探讨. 中西医结合杂志 1982; 2(1):52.
16. 周远鹏. 附子对心血管系统作用和毒性的比较. 中西医结合杂志 1984; 4(1):48.
17. 李凤翥. 乌头类中药所致心律失常 5 例报告. 中西医结合杂志 1983; 3(1):46.
18. 李介鸣,等. 以细辛为主辨证论治病窦综合征 14 例观察. 中西医结合杂志 1984; 4(5):299.
19. 沈士芳,等. 起率合剂治疗病态窦房结综合征. 武汉医学院学报 1985; 14(4):294.
20. 何永田. 细辛止痛作用与剂量的研究. 浙江中医杂志 1984; 19(2):70.

21. 陈 森。在小青龙汤里重用细辛一得。上海中医药杂志 1980; 4: 39.
22. 姜 洁。以补骨脂为主治疗病态窦房结综合征10例小结。中医杂志 1981; 22(9):56.
23. 吴 煥。补骨脂的化学成份。中草药通讯 1978; 10: 32.
24. 朱大元, 等。补骨脂化学成分的研究。药学学报 1979; 10: 605.
25. 邓德明, 等。升率汤治疗缓慢性心律失常 50 例观察。中医杂志 1987; 28(2):38.
26. 高从光。山茱萸碱合并中药治疗病态窦房结综合征 31 例疗效观察。中西医结合杂志 1984; 4(3):159.
27. 史载祥, 等。生脉散的临床及实验研究。中医杂志 1981; 22(12): 67.
28. 王金茹, 等。生脉散加味治疗病态窦房结综合征 11 例临床观察。河北中医 1987; 2: 18.
29. 祝广庆。加减附子细辛生脉散治疗病态窦房结综合征19例报告。湖北中医杂志 1986; 5: 14.
30. 高丙麟。益气温阳方治疗病态窦房结综合征的多指标分析。中医杂志 1985; 26(12):23.
31. 董国丰。阳和汤加味治疗病态窦房结综合征; 附 40 例临床疗效观察。湖南中医杂志 1986; 2(3): 10.
32. 邱安堃, 等。中医治疗病态窦房结综合征的疗效及对性激素的影响。中西医结合杂志 1981; 1(1): 3.
33. 山东医学院附院内科心血管组。益气温阳活血法治疗老年人心律失常的探讨。山东中医杂志 1982; 5: 257.
34. 张文高。益气活血法治疗冠心病研究进展及原理探讨。山东中医杂志 1982; 2: 91.
35. 张问渠。中医治疗病态窦房结综合征的几种常用法则。上海中医药杂志 1981; 4: 13.
36. 刘王明。护心丹治疗病态窦房结综合征近期疗效观察。中西医结合杂志 1984; 4(10): 590.
37. 赵冠英, 等。治疗病态综合征 22 例疗效观察。中医杂志 1982; 23(10): 39.
38. 蒋锡嘉。当归治疗心律失常100例临床疗效初步观察。中医杂志 1981; 22(7):54.
39. 高肇基, 等。益气养阴活血化痰法治疗冠心病 50 例临床疗效观察。福建中医药 1984; 3: 15.
40. 翁明翰, 等。“心宝”治疗病态窦房结综合征70例报告。中西医结合杂志 1985; 5(12): 735.
41. 陈湘君, 等。温通心阳散瘀通痹治疗病态窦房结综合征 11 例。江西中医药 1986; 1: 23.
42. 于作盈。通阳复脉汤治疗病态窦房结综合征 20 例。吉林中医药 1986; 3: 20.
43. 武维屏, 等。治疗心悸四法——学习董建华教授经验一得。北京中医学院学报 1984; 2: 22.
44. 徐承秋。辨证治疗心律失常 43 例的临床观察。中医杂志 1984; 25(7): 41.
45. 贝润浦。著名老中医姜春华运用活血化瘀法配伍的经验。上海中医药杂志 1984; 5: 2.
46. 杨菊贤, 等。参杞阿胶丸治疗病态窦房结综合征 30 例疗效观察。中西医结合杂志 1987; 2(2): 97.

肛管松解术治疗肛裂远期疗效观察

安徽省池州人民医院中医外科 刘光达

我科自1981年7月, 根据中医“结者决之”的理论, 采用了肛管松解术治疗肛裂 65 例, 近期全部治愈, 现就三年远期疗效随访结果报告如下。

临床资料 男 27 例, 女 38 例。年龄最小者 18 岁, 最大者 50 岁。病程最长者达 20 年, 共 23 例, 最短者 8 个月 11 例, 9 个月~19 年 31 例。诊断标准: 按 1978 年银川全国肛裂专题会议协定标准。

治疗方法 术前清洁灌肠, 患者取右侧卧位, 常规消毒, 位于肛门右侧肛缘 9 点处作一纵形切口, 切开皮肤 0.7~1 cm, 术者右手持弯血管钳进入切口, 左手食指插入肛管, 食指面向下, 右手剥离出“栉膜带”予以切断, 进行扩肛, 切口予以缝合, 外用消毒纱布包扎固定术毕, 第 4 天拆缝合线。

结 果 疗效标准分三级: 一级症状全部消失, 三年内工作和学习正常; 二级三年内仅偶有 1~2 次

大便艰难, 便后肛门疼痛, 手纸带血, 无需药物治疗及其它疗法; 三级三年后再复发肛裂再行手术。

随访结果: 自 1984 年 8~12 月进行了随访工作, 有随访结果的 63 例, 随访率 96.92%; 一级 58 例, 三年未发病占 92.06%, 二级 5 例占 7.9%。

讨 论 中医学认为, 本病多因阴虚乏津, 热结肠燥, 致大便秘结, 排便时努挣张力过高, 损伤肛门前后侧肛缘造成纵形裂口, 损伤处受粪便反复刺激, 继发感染形成溃疡, 而血行受阻, 溃疡面缺乏气血濡润, 故久不收敛, 难以自愈。本病患者“栉膜带”形成影响肛门内外括约肌功能。根据中医“结者决之”的理论, 故当切断“栉膜带”, 肛管松解后, 即破坏了内外括约肌呈球心性的荷包式痉挛的特征, 立即通过三指, 从而使肛裂病灶处得到宽息, 气血通畅, 于是疼痛解除, 血运改善, 肛裂即得以愈合。