

本实验电针组肾上腺重量显著大于Dex组($P < 0.05$),束、网两带细胞核密度则显著小于Dex组($P < 0.01$),提示电针组束、网两带细胞的体积相对较大,因而单位面积内细胞核数较少即密度较小。同时束状带细胞核面积也显著大于Dex组($P < 0.01$),提示该带细胞核的体积也相对较大。上述结果表明:电针可拮抗地塞米松的反馈抑制,从而具有防止或减轻肾上腺皮质萎缩的作用。电针组在形态上之所以能维持较正常的结构,可能与电针突破地塞米松对下丘脑—垂体的反馈抑制,促进下丘脑—垂体合成释放CRF-ACTH有关。因为,一般情况下腺体肥大几乎必定是ACTH分泌增多⁽⁸⁾。本实验有关的确切机理尚待进一步研究。

(本文蒙本校吴秀锦教授指导及病理解剖教研室协助,一并致谢)

参 考 文 献

1. 吴伟康。电针预防地塞米松所致肾上腺皮质机能减退的实

验研究。新医学 1983; 5:246。

2. 侯 灿。医学科学研究入门。第1版。上海:上海科学技术出版社, 1981:303。
3. 北京中医学院。中国针灸学概要。第1版。北京:人民卫生出版社, 1979:66—205。
4. Jeffcoate SL. The endocrine hypothalamus NY: Academic, 1978:44—418。
5. Nelson DH. The adrenal cortex: physiological function and disease. Philadelphia: Saunders, 1980:37—38。
6. 井村裕夫。糖质コルチコイドの投与による副腎皮質不全に関する実験の研究。日本内分泌学会雑誌 1962; 38:817。
7. Winter CA, et al. Production of reversible hyperadrenocorticism in rats by prolonged administration of cortisone. Endocrinology 1950; 47:60。
8. Jeffcoate SL. The endocrine hypothalamus. NY: Academic, 1978:6—7。

补阳还五汤加减治疗慢性风心病顽固性心力衰竭

江西省金溪县医院 吴桑荣

笔者自1977年以来用补阳还五汤加减治疗慢性风心病所致的顽固性心力衰竭(心功能Ⅳ级者)15例。疗效显著,报告如下。

一般资料 本组病例均符合慢性风心病诊断标准。其中二尖瓣狭窄兼闭锁不全9例(男6例,女3例),联合瓣膜病6例(男2例,女4例)。年龄17~52岁。病程5~10年者11例,11年以上者4例。

治疗方法 本组15例经西药综合治疗后心衰无法纠正而停用西药,改用补阳还五汤加减治疗。基本方:黄芪40g 当归15g 赤芍12g 川芎15g 桃仁12g 红花12g 地龙10g。水煎服,每日1剂,日服2次。亡阳欲脱者加人参、附子;阴虚血燥者加女贞子、旱莲草;热咳者加车前子;心功能明显改善后,夜寐不宁者去赤芍、地龙,加熟枣仁、知母。

结 果 本组15例用药后心功能均恢复到Ⅰ级。最少者用药15剂,最多者用药25剂。总有效率100%。

典型病例 患者程×,女,17岁,未婚。住院号77246。因咳嗽气促,下肢浮肿,腹胀不适半月余,端坐呼吸2天而急诊入院。T38℃, P140次/min, R36次/min, BP110/40mmHg。慢性重病状,半卧位,末梢发绀,颈静脉怒张。心界向两侧扩大,心尖区可闻舒张期奔马律,Ⅳ~Ⅴ级吹风样收缩期杂音和中度隆隆

样舒张期杂音。心率140次/min,律齐。主动脉瓣区闻及舒张期杂音。周围血管征(+),两肺底可闻中、小水泡音。腹部膨隆,腹水征(+),肝右肋下5cm,质中,有触痛,肝颈回流(+),双下肢水肿。各关节无红肿疼痛,血沉、抗O正常。ECG:窦性心动过速,心肌肥厚并劳损。有风湿热史。西医诊断:慢性风心病,联合瓣膜病,心功能Ⅳ级。中医临诊:形体消瘦,面色苍灰,唇甲紫绀,舌质淡而暗晦且有瘀斑,脉沉细数。辨证:气血虚弱,心阳不振,心血瘀阻。入院后经西药治疗无效,病情每况愈下。第3天咳粉红色泡沫痰。遂停用西药,以上方:黄芪40g 当归15g 赤芍12g 川芎15g 桃仁12g 红花12g 地龙10g,加用人参10g 附子10g,初服1剂自觉症状略有减轻,5剂后明显好转,连服25剂,心功能恢复到Ⅰ级出院。出院后仍以上方随证化裁长期服用,心功能维持在Ⅰ级。随诊7年,疗效显著。

体 会 本组病例其病机关键,一方面是由于气血虚弱以致心阳不振,另一方面是由于心血瘀阻以致气机不畅,且又互为因果。气血虚弱宜补,心血瘀阻宜消。体虚病实时纯补则瘀血不去,纯消则气血更虚。故应取补消兼施的治则。补阳还五汤为此法的典型方剂,加之辨证化裁,故能发挥显著疗效。