

• 经验交流 •

以活血化瘀为主治疗腹泻108例临床观察

杭州市红十字会医院(杭州 310004)

章剑今 余逸波 沈顺琴 胡建成 津少东 郁 放 冯阿香 邵祝红

本院1987年1月~10月用本院研制的中草药“止泻增液冲剂”治疗急性腹泻患者108例,取得较好疗效,现报告如下。

临床资料

诊断标准:水样便(或水样脓血便)5次/天以上,有腹痛,明显口渴(或脱水),需要补液者。

治疗组:108例,男28例,女80例,20岁以下8例,21~50岁7例,51岁以上29例,其中急性肠炎92例,急性菌痢16例;对照组:45例,男14例,女31例,20岁以下4例,21~50岁30例,51岁以上11例,其中急性肠炎41例,急性菌痢4例;两组病程均为2~4天。

治疗方法

一、治疗组:止泻增液冲剂(含马鞭草、辣蓼草、蛇泡草各5g 生地、麦冬各1.5g 654-2 5mg 蔗糖适量)1包以500ml温开水冲服,4h后重服1次,以后1包,3次/日冲服,连服3天,不加任何其他治疗。

二、对照组:林格氏液 500ml, 0.9%生理盐水 500ml, 内加氯霉素 1.5g, 氯化钾 1~1.5g, 静脉滴注, 4h内滴完, 继服黄连素 0.2g(或痢特灵 0.1g, 4次/日, 口服 3天, 另加 654-2 10~20mg 4次/日口服。于治疗前及治疗4h后进行体温、血压、腹痛、口渴、脱水、大便次数及大便常规、血白细胞计数、血、尿K⁺、Na⁺, 渗透压和甲皱微循环观察。

结 果

一、疗效评定标准:痊愈:自觉症状消失,大便次数正常,脱水纠正,各项检测指标正常;好转:自觉症状好转,大便次数减少或大便次数减少仍有轻度腹痛,脱水基本纠正,各项检测指标基本正常;无效:症状无好转,大便次数未减少,脱水未纠正,各项检测指标无好转。

二、结果:两组治疗4h后:(1)症状与体征:治疗组发热者28人,体温下降1度以上者21人,腹痛全部缓解,脱水全部纠正,大便次数从平均7.7次

日,减至1.2次/日,对照组发热33人,体温下降1度以上11人,腹痛缓解34人,脱水纠正32人,大便次数从平均8.7次/日减至1.9次/日。(2)实验室检查:血中各项指标:白细胞计数,治疗组治疗前平均11960/mm³,治疗后8220/mm³,对照组治疗前11588/mm³,治疗后10080/mm³,两组比较 $P<0.05$,差异有显著性意义。血钾,治疗组治疗前3.82mg%,治疗后4.26mg%,对照组治疗前3.58mg%,治疗后4.2mg%,两组血钾治疗前后自身比较 P 均 <0.05 ,差异有显著性意义,而两组治疗后组间比较 $P>0.05$,口服中药与静脉补钾达到相同的效果。血钠,治疗组治疗前142.2mg%,治疗后141.58mg%,对照组治疗前141mg%,治疗后140mg%,两组前后对比差异均无显著性意义。渗透压,治疗组治疗前283.35mosm/kg H₂O,治疗后284.3mosm/kg H₂O,对照组治疗前284mosm/kg H₂O,治疗后282mosm/kg H₂O,两组治疗前后均维持正常范围,差异无显著性意义,口服冲剂补液与静脉补液达到相同的效果。

尿中各项指标:钾,治疗组治疗前73.1mg%,治疗后37.64mg%;对照组治疗前91.93mg%,治疗后32.13mg%,治疗后两组尿中排钾明显减少;钠,治疗组治疗前129.95mg%,治疗后145.35mg%;对照组治疗前100.33mg%,治疗后121.7mg%,两组治疗后由于自身调节排钠增加。渗透压,治疗组治疗前886.1mosm/kg H₂O,治疗后693.7mosm/kg H₂O,对照组治疗前874.8mosm/kg H₂O,治疗后600mosm/kg H₂O,两组自身前后对比均明显降低, $P<0.05$ 。证明无论冲剂治疗或静脉补液血容量都得到明显补充。

甲皱微循环:治疗组检查70人,对照组检查44人,治疗前两组患者甲皱微循环均有甲皱管绊输入枝痉挛,血流缓慢,红细胞聚集等微循环障碍表现,治疗后,输入枝痉挛消失,红细胞聚集解除,血流速度增快,两组前后改变相似。

三、综合判断:治疗组108例,痊愈84例,好转23例,无效1例;对照组45例,痊愈40例,好转3例,无效2例,经 χ^2 处理, $P>0.05$,两组差异无显著性意义。

讨 论

本文冲剂具有清热、消炎、活血散瘀、增液养阴、解痉止痛作用，方中 654-2 具有阻断 M 受体，调节植物神经功能，解除平滑肌痉挛，阻断 α -受体，解除细动脉痉挛，并通过增加微血管细静脉张力增快血流速度，回吸收组织间液，降低血渗透压从而进一

步加快血流速度，达到疏通微循环与中药协同起到活血化瘀作用，故从治疗各项指标比较及止痛、缓解腹痛，纠正脱水等均比常规治疗迅速，具有只需口服冲剂不需补液、不需加用其他抗菌素与神经止痛药，疗效确切无副作用，携带服用方便，药源广泛，价廉等优点，值得临床推广应用。

针刺治疗洋地黄类药物中毒引起房室传导阻滞 2 例

北京市小庄医院内科(北京 100026) 升 宇

例 1 刘某，男，63 岁，病历号 H-12072。1960 年确诊为风湿性心脏病，后间断服洋地黄类药物。近 3 年来，症状渐重，1 个月前因感冒后憋气甚，不能平卧，下肢浮肿。每日服地高辛 0.25mg、开搏通 25mg，症状无缓解，于 1990 年 2 月 23 日住院治疗。诊断：(1) 风湿性心脏病、二尖瓣狭窄并关闭不全，心脏扩大，心房纤颤，心功能Ⅲ级；(2) 二尖瓣分离手术后(24 年)。治疗：强心(地高辛每日 0.25mg)、利尿、扩血管及抗感染、抗风湿、补钾。2 月 25 日心电图示，房颤伴Ⅱ度(AVB)、ST-T 改变，RR 间期延长(最长 2.50 秒)。至 3 月 15 日患者状况无明显改善，其间 24h 尿量 1050~1700ml，血钾：4.03~4.58mEq/L。是日心电图示波：房颤伴Ⅱ度(AVB)，考虑为洋地黄中毒，即刻停用地高辛、利尿剂及钾盐，开始每晚给予 654-2 10mg，但心率仍未提升，后改为每 8h 10mg。其间，患者心率约 30~60 次/min，夜间最低 24 次/min，最长 RR 间期达 2.64s，患者说话稍多即感胸闷，夜间憋闷加重，不能平卧，3 月 22 日给予强的松 5mg，每日 3 次，当晚患者症状无改善，心电图示波：心率 38~45 次/min，房颤伴Ⅱ度(AVB)；21 时，在示波下给予针刺治疗。取穴：大陵、复溜、厥阴俞均为双侧，进针后连续运针，大陵、复溜穴均取得趋向并穴得气感时，于双侧厥阴俞同时运针，当患者自述针感由后背行至前胸，约 10min 后突觉针感到达心跳处，心电图示波：顿时心率升到 75 次/min，呈房颤律，无 AVB，患者自觉胸中豁然开朗，憋气感完全消失，共留针 1h，每 10min 运针 1 次。当晚患者能平卧安静入睡，且心电图记录夜间心率在 64~76 次/min 之间。3 月 23 日患者胸闷气短明显好转，心率约 60~80 次/min，活动后至 110 次/min，其后 1 个多月的继续治疗中，心率一直未低于 60 次/min，再没有出现 AVB，患者病情平稳，症状好转。

例 2 孙某，男，67 岁，病历号 H-11927。患者

自述：1956 年开始出现胸闷憋气，时轻时重，但未明确诊治。此次因感冒后胸闷气短，心慌加重，无咯痰下肢浮肿，能平卧。曾作心电图：电轴左偏 -30° ，胸导 ST-T 改变，PR 间期 0.19 秒，左前分支阻滞，心率 84 次/min。1990 年 2 月 2 日住院治疗，初步诊断：(1) 高血压病Ⅱ期，(2) 冠状动脉性心脏病，心功能Ⅱ级但不除外心肌病。治疗：降压、扩冠、对症。之后，患者仍觉阵发心悸，胸闷及头晕，出现夜间憋醒。查体：肺底闻有细小水泡音，考虑心功能不全。2 月 26 日开始每日给予开搏通 25mg、地高辛 0.125mg，7 天后症状无缓解，增量至每日 0.25mg，又服 12 天，患者症状明显减轻。其间，3 月 2 日心电图出现Ⅰ度 AVB；3 月 17 日改地高辛每日 0.125mg，服用 7 天。3 月 26 日心电图示：Ⅰ度 AVB，偶发室性早搏，追问患者近 4~5 天觉恶心纳差，无视异常，考虑为洋地黄中毒，即停用地高辛，并给予强的松 5mg，每日 3 次。24 日夜出现Ⅱ度Ⅰ型 AVB，最低心率 40 次/min，开始每晚给予 654-2 10mg；25 日血钾 4.21mEq/L；26 日改为 654-2 5mg，每日 3 次，夜间临时再给药，但心率仍低，最低 38 次/min，醒来可为 50 次/min，夜间憋闷甚。27 日心电图示波：Ⅱ度Ⅰ型 AVB，心率 50 次/min，给予针刺治疗，取穴：大陵、厥阴俞、脾俞为双侧及左侧侠溪，右侧复溜。大陵、侠溪、复溜得气后，连续反复于厥阴俞、脾俞运针，当患者感得气于后背两侧上下贯通，示波：顿时心率上升至 76 次/min，转为Ⅰ度 AVB，患者觉心胸舒畅，胸闷、头晕明显减轻，后留针半小时，运针间隔同前。当晚夜间心率未低于 60 次/min，28 日仍为Ⅰ度 AVB，原不适症状好转。以后 3 个星期的治疗中，心率一直在 65~75 次/min 之间，未出现Ⅱ度 AVB。

体会 上 2 例初步提示针刺可以解除或减轻洋地黄中毒所致窦房结、房室传导的抑制，提高窦房结自律性、调节房室传导，改善心功能。