

洋参口服液实为配伍较为精当的方剂，对老年人阴阳俱虚、气血不畅者是适宜的。本方的现代科学机理，除已在临床上观察到的有抗自由基、调节性激素及单胺氧化酶水平作用外，其他方面尚有待通过进一步的实验研究作进一步的探讨。

参 考 文 献

1. 中国中西医结合研究会虚证与老年病专业委员会，中医虚证辨证参考标准，中西医结合杂志 1986；6 (11):598.
2. 周文泉，等。延缓衰老中药的筛选规程和临床观察规范，中西医结合杂志 1986；6 (11):684.

多发性大动脉炎合并主动脉瓣关闭不全及感染性心内膜炎 1 例

哈尔滨医科大学附属第二医院 (哈尔滨 150086) 王春荣 邹淑芳 李春雯

病历摘要 患者曲某，男，35岁。自1989年2月无诱因的自觉头晕，乏力，伴四肢酸软、麻、凉，每遇劳累加重，未引起注意。半年后逐渐感到四肢肌肉酸痛，头晕加重，时有胸闷气短。经休息及对症治疗症状未见减轻。于一个月前出现发热，四肢肌肉疼痛，乏力，伴胸闷气短来我院就诊。既往无心脏病病史。检查：体温38.8℃，BP左上肢14.7/6.7kPa，左下肢21.3/6.7kPa，右上肢14.7/5.3kPa，右下肢18/6.7kPa，脉搏120次/min，咽部充血(+)，甲状腺不大，无颈静脉怒张，双颈部均可闻及血管杂音，双肺未闻及干湿性罗音，心界不大，律齐，心率120次/min，二尖瓣区可闻及II级低调柔和双期杂音，于胸骨左缘3~4肋间闻及粗糙高调II级以上舒张期吹风样杂音，肝脾不大，腹部脐上及脐下均可闻及血管杂音。实验室检查：血沉28mm/h；梅毒快速试验阴性；血培养2次均阴性，血红蛋白110g/L，红细胞 3.52×10^{12} /L，白细胞 2.5×10^9 /L；抗链球菌溶血素试验500u/ml；免疫学检查：ANA、DNA、补体C₃均正常。心电图：ST段改变。X线检查：两肺纹理增强，心脏轻度扩大(左室为著)。多普勒动脉扫描诊断：双颈总动脉狭窄(左侧重)，腹主动脉中度狭窄。超声心动图：左房左室内径明显增大，主动脉根部轻度增宽，振幅增强，主动脉瓣右无冠瓣均可见强光团样回声，光团大小 $1.7 \times 10\text{cm}^2$ 附着以无冠瓣为著随瓣膜运动。无冠瓣呈轻度连枷样运动，关闭明显不严，二尖瓣无器质性改变。M型：可见二尖瓣前叶舒张期细震颤，关闭稍欠佳，室间隔及左室后壁不厚，运动幅度增强。超声心动诊断：感染性心内膜炎，主动脉瓣赘生物形成致关闭不全，二尖瓣相对关闭不全。肺CT扫描：提示肺局部血流灌注减少。临床诊断：多发性大动脉炎合并

主动脉瓣关闭不全及感染性心内膜炎。

治疗经过：青霉素800万u/日静脉点滴，2周后体温正常，继续用4周；强的松10mg₂每日3次，蜈蚣抗栓酶3g加5%葡萄糖300ml/日静脉滴注，2周。住院期间曾有两次突然出现心前区疼痛，烦躁不安，立即服用硝酸甘油片及罂粟碱片，疼痛缓解，症状消失。患者有四肢酸、麻、凉、疼痛、乏力等感觉，活动时心慌气短。证属血痹，由于气虚血行不畅，气血不相顺接所致。选用黄芪桂枝五物汤加减：黄芪50g，赤、白芍各20g，桂枝20g，干姜10g，枳壳15g，瓜蒌20g，大枣10枚。经上述治疗月余，头晕，乏力减轻，四肢麻、凉、疼痛得以缓解，出院门诊继续治疗。

体 会 本例由于主动脉瓣赘生物形成导致主动脉瓣膜关闭不全，引起血液返流造成左房左室压力差，而致主动脉瓣关闭不全。根据Rodbara认为感染性心内膜炎发生时心脏须具备三个条件：(1)出现返流；(2)返流经过一个狭窄的瓣孔；(3)两个心腔间存在较大的压力差，所以易遭感染。由血小板和纤维蛋白组成的赘生物附着在主动脉右无冠瓣上时，血流中的细菌又在这种赘生物上生长繁殖，即可造成感染性心内膜炎。目前还认为多发性大动脉炎是一种与免疫复合物沉着有关的自身免疫性疾病。因免疫功能低下，也是大动脉炎患者遭感染的一种因素。治疗除用抗生素控制感染，杂音广泛用少量激素。同时用蜈蚣抗栓酶降低血浆中纤维蛋白原含量，降低血粘度，改善微循环。在此基础上选用黄芪桂枝五物汤加减，重用黄芪补气行血，桂枝温经通络，赤、白芍既能缓急止痛又可活血化瘀，故四肢酸、麻、凉、疼痛均有缓解，临床收到较为满意的效果。