

• 思路与方法学 •

温病——流行性乙型脑炎的中西医结合方法

福建省惠安县医院 陈章荣

中医温病是指感受四时不同温热病毒所引起的多种急性热性病的总称。其临床特点一般发病急速，初起即热象偏盛，而且容易化燥伤津，相当于现代医学的各种急性传染病。由于时代和科学的发展，使现代医学与祖国医学自然地在临床上互相渗透。特别是由于急性传染病病情急而重，在中药剂型改革尚未跟上形势的情况下，利用现代医学的救急措施以补中医之短，再结合发挥中医传统整体观的辨证施治丰富经验之长，就使临床医务工作者自觉或不自觉地向中西医结合的道路，这已成为普遍的现实。说明应用中西医两法是为战胜疾病的客观需要，掌握中西医两套本领才能更好更有效地抢救治愈病人。本文以流行性乙型脑炎(下称乙脑)为例探讨温病中西医结合的思路和方法。

一、异中求同、探讨规律、病理结合、分期诊断

1. 中西医结合认识乙脑的诊断：西医认为乙脑是具有严格季节性，由蚊子传播乙脑病毒所引起的急性传染病。中医没有乙脑病名，按中医证候诊断属于暑温、暑风、暑厥范畴。如在暑天，临床表现发热、头痛、嗜睡、项强、抽搐、肢厥等证候中医诊为暑温或暑厥等。西医在暑天发病具有上述证候的不只是乙脑，其他病原引起的中毒性痢疾、腮腺炎脑炎、脑型钩端螺旋体病、重症败血症、中毒性脑炎等也可出现同样暑温、暑厥证候。因此在诊断上中西医不能互相硬套，只能互相吸收、扩大认识，求同存异。乙脑发病急骤，变化快，如开始邪在卫气分只有高热、思睡、头痛，以后病邪进入营血分出现昏迷、谵语、抽搐，说明暑温发展到暑风、暑厥的证候；也有一开始就出现昏迷抽搐，谓之直中。可见西医诊断的乙脑无论是顺传或直中都说明暑热，暑厥是同一病之不同阶段表现，因此对乙脑的诊断应以分期论治比分型论治更为合理和附合实际。这是在中西医结合认识乙脑后才可能产生的概念。

2. 中西医结合认识乙脑的病理：中医认为温病是由温热病毒入侵，由表入里，从轻到重，以卫、气、营、血概括了温病发生发展的普遍规律，集中反映了病邪侵入人体所表现证候轻重不同，以至受邪深浅、病理变化和传变顺逆来指导治疗判断预后。因此卫、

气、营、血既是临床观察诊断的依据，又是辨证论治的依据。叶天士指出：“卫之后，方言气；营之后，方言血。”和“在卫汗之可也，到气才可清气，入血就恐耗血动血，直须凉血散血。”实际上临床遇到乙脑病人入院几小时分型诊断就改变，而且多数混合相兼很少单独出现，因此不能孤立静止看待。从病理上证明以分期诊断较为合理，这就要有动态观察的概念，才能控制和预防病邪的发展，达到防微杜渐，一切控制在苗头，以减少死亡率和后遗症。

西医认为乙脑病毒进入血液循环引起病毒血症而后致中枢神经损害，也是由表入里，从轻到重的病理过程。对照中医卫、气、营、血的病理过程与西医病毒入侵的病理过程，二者对乙脑的发生发展之普遍规律性概括相吻合。从卫、气、营、血→闭脱与病毒感染→病毒血症→中枢神经损害→中毒性休克，生命中枢衰竭相一致。这样从病理上融汇结合后将乙脑急性期诊断分为卫气初染期—营血中毒期—中枢损害闭脱期，代替原有中西医两套诊断。卫气初染期还根据偏热偏湿不同辨证加减。这种结合诊断突出中西医不同病理阶段达到见纲知目，指导临床择优施治，比原来中西医两套诊断较理想。不但能体现诊断上的中西医结合而且克服了过去分型双重诊断的机械性和缺乏整体动态观察的观念，从而发挥分期论治的优越性。

二、有机结合、择优施治、互相为用、提高疗效

根据病理结合分期诊断指导治疗的特点，我们按照辨证论治原则制定了银翘合剂、白虎合剂、清营合剂、清瘟合剂、止痉合剂、养阴合剂、清脑饮等浓缩煎剂备用，作为分期主药。为加强和提高主药的疗效和补充主药不足，我们应用“西药中用”的方法有机结合治疗解决矛盾的特殊性。所谓西药中用是在中西医理论认识相结合的指导下选用西药，也就是选用在药理作用上与中医辨证论治相当的西药。如暑热在表，须解表祛邪，除给予银翘合剂外配合少量安乃近、醋柳酸类西药解表发汗以补充主药不足，并采用温水擦浴促进散热，发挥西药快与便的优点。如在营血中毒期表现气营热盛，高热不退，中医须要加强清热解毒，为加强主药不足，选用强地松及黄连素肌注或静

清以加强清热解毒,发挥给药快以解决病情急的特殊性。在营血中毒期和中枢损害闭脱期防治热极动风,选用氯丙嗪、异丙嗪或鲁米那钠肌注,既可促使退热又可防止抽搐,以控制病变进一步发展。另外有机结合择优施治还体现在偏湿不输液(因输液助湿),和对偏热早期注意养阴加用养阴清脑合剂,实践中体会到早期养阴是减少乙脑后遗症的重要措施。对脑水肿呼吸衰竭病人,早期以中药加味竹茹汤清热化痰,配合清营开窍以及西药脱水剂、呼吸中枢兴奋药,可使病情迅速控制,转危为安。在出现阳衰欲脱的中毒性休克、心衰时,以大量654—2、强心剂和回阳救逆的参附汤加味等中西药互用进行抢救,可大大减少死亡。我们从1973年采取这种措施以后,病死率从10.5%降到4.6%,后遗症从11%降到3%。76年以后更逐年下降,而且没有因后遗症造成残废。充分证明中西医结合施治的优越性。

三、中西医病理结合诊断和择优施治的意义

从病理认识上进行中西医融汇结合的思路和方法不但应用于乙脑,也可运用于其他温病,对指导临床有普遍意义。如西医急性感染性疾病从病菌入侵引起菌血症→内脏损害→感染性休克与中医温病以邪毒入侵从卫→气→营→血→闭脱的过程也相

一致,因此对其他各科的急性感染性疾病都可应用病理结合诊断和择优施治的思路和方法。

在治疗上所谓西药中用同理也可中药西用。就是应用中西医理论重新认识中西药,必然会提高用药针对性和疗效。我们按八纲原则去认识常用西药的作用比原来单方面认识更能附合辨证。如虚脱、中毒性休克、生命中枢衰竭的阳脱症,除一面选用回阳救逆的四逆汤,一面选用快速静滴的西药肾上腺皮质激素、654—2,升压药、中枢兴奋药、强心剂等对证治疗可获效。相反如对阳虚病人采用过多氯丙嗪、异丙嗪、抗菌素等药不对症可导致病情恶化。把西药的作用按中医药性分类去认识,药证相附可提高疗效,药证不附疗效不好或使病情恶化。说明有机结合择优施治的特点是以中西医理论融汇贯通指导临床,做到辨证、辨病、治则、用药相结合,从病的不同阶段抓住病理主要矛盾,发挥中西药各之所长以解决矛盾的普遍性和特殊性。其结果不同于原来的西医或中医,而是西内有中、中内有西的结合体。从乙脑探讨温病由病理上融汇结合择优施治的思路和方法,目的在解决如何开展中西医结合提高疗效。这种结合不但适用于温病,也适用于其他各科急性感染性疾病,说明病理上结合有其普遍意义。

清代关于接触性皮炎医案一则

辽宁中医学院研究生班 李建春

清·唐大烈在《吴医汇讲》中记载如下一个病例:
“太平崔默庵医多神验。有一少年新娶,未几出痘,遍身皆肿,头面如斗,诸医束手。延默庵诊之。默庵诊视,苟不得其情,必相对数日沉思,反复诊视,必得其因而后已。诊此少年时,六脉平和,惟稍虚耳,骤不得其故。

时因肩与道远腹饿,即在病者榻前进食,见病者以手攀目,观其饮啖。盖目眶尽肿,不可开合也。问:‘思食否?’曰:‘甚思之,奈为医者戒余勿食何?’崔曰:‘此症何碍于食?’遂食之。食啖甚健,愈不解。

久之,视其室中,床榻桌椅漆气熏人,忽大悟曰:‘余得之矣!’亟命别迁一室,以螃蟹数斤生捣,遍敷其身。不一、二日,肿消痘现,则极顺之症也。盖其人为漆所咬,他送皆不识云。”此例极其形象地记叙了中医诊治“漆疮”——接触性皮炎患者的过程。

祖国医学文献中早就有关于“漆疮”的记载,如隋《诸病源候论》、清《外科大成》中均有此症的详细描叙

及治疗方法。现代名医赵炳南老先生称此病为“湿毒病”。中医认为,本症是感受辛热之毒或接触某些物质,因禀性不耐,皮毛腠理不密,毒热蕴于肌肤所致。所以多采取清热、凉血、解毒等法,运用清热除湿汤、化斑解毒汤等加减治疗本症,并配合局部治疗,往往可以收到满意效果。

本病的特点是有明确的过敏原接触史,前述病例中的患者正值新婚之际,所置家俱乃生漆所涂。生漆中含有漆酚($C_{12}H_{22}O_6$),具有挥发性,可通过空气传导而与皮肤接触,除暴露部位外,全身皮肤也可发生炎症反应,并常伴有发热畏寒等全身症状。

此案医生命其别迁一室,然后再用药治疗,这种治疗方法正是现代医学中的去除致敏原,防止其发病的措施。所谓禀性不耐,就是现代医学所说的特异性体质。诸种事实足以说明,祖国医学对某种致敏原能引起特异性体质人的过敏这一现象早已有明确的认识。