

• 经验交流 •

中西医结合治疗内科疑难病的点滴体会

上海龙华医院 陈以平 蒋一鸣

中西医结合是提高临床疗效的一条重要途径。我们根据自己的临床实践谈几点体会。

一、协同作用，提高疗效：目前内科范围还有不少难度很高的疾病，中医、西医疗效都不满意，通过中西医结合，疗效可大为提高，举例如下：

王×× 女 68岁 住院号 48885，患者有慢性肾盂肾炎史，此次因四肢瘫痪，伴发热住院，以往有类似发作，目前症状加剧，一度出现咳嗽无力、吞咽困难，每日尿量3,000~4,000ml。查体温 38°C，血钾 5mg，钠 126mg，氯化物 750mg，钙 8.8mg，酚红试验26%，肌酐2.2mg，尿素氮 22.5mg，CO₂CP22.4Vol%，尿：pH7，蛋白微量，白细胞+++。EKG示ST—T波变化，Q—T间期延长，符合低血钾表现。诊断：慢性肾盂肾炎急性发作，合并肾小管酸中毒，低血钾。入院后用抗菌素控制感染，大量补钾（最多时一天静脉加口服补钾9g），并用碳酸氢钠纠正酸中毒。3天后体温恢复正常，血钾上升至15~17mg，瘫痪症状明显好转，但口渴烦饮，尿量仍有3,000~4,000ml/日。患者舌质淡，苔薄白，中医辨证属肾阳亏虚，固摄无权，为下消重症，治以温肾固摄，以金匱肾气丸方加减：熟地24g 山药15g 山萸肉12g 茯苓12g 泽泻9g 丹皮9g 龙骨、牡蛎各15g 桑螵蛸9g 炮附子9g先煎，另用皮尾参9g煎汤代茶，服7剂。药后口干渴好转，2天后尿量减少至1,300ml，但尚有下肢痿困，步履无力，向一侧倾跌现象，经服补肾祛风方（山药30g 当归12g 肉苁蓉12g 锁阳15g 川断15g 牛膝12g 黄柏12g 秦艽9g 威灵仙15g 旱莲草30g 虎杖15g）14剂后下肢痿困明显好转，步履恢复正常。实验室复查：血钾16mg，钠134mg，CO₂CP38.08Vol%，肌酐1.29mg，尿素氮10mg。患者出院后常服枸橼酸钾合剂，金匱肾气丸，病情一直稳定，随访2年余未复发。

对于严重的低血钾瘫痪，单用中药疗效不如静脉补钾迅速，但血钾恢复后，口渴、多尿、下肢痿软等症尚未除，而又以补肾固摄、祛风健步收功。由此看到一些疑难病采用中西医结合，取长补短，协同配合，往往能提高疗效。

二、区分阶段，发挥所长。有些疾病在不同阶段表现不同矛盾，有时西医擅长，有时中医擅长，如何配合较为适宜，举例如下：

姚×× 男 29岁 住院号 47041，患者因高烧3天伴呕吐，昏迷住院。入院时查体：神志不清，急重热病容，项强，瞳孔等大等圆，对光反射存在，心（一），两肺呼吸音清晰，右下肺呼吸音略低，肝脾未及，布氏征（+），克氏征（+），巴氏征（+），膝反射亢进。血 WBC12,200。脑脊液：潘氏试验（++），氯化物 800 mg，糖 65 mg，蛋白质 146 mg，白细胞 172/mm³，中性 66%。诊断为乙型脑炎，当即转传染病院。该院查乙脑血凝抑制试验 1:160（阳性），乙脑补体结合试验 1:16（阳性），给予地塞米松、安乃近、乙脑活血汤等药治疗。入院第3天出现呼吸困难而进行气管切开，10天后拔管，经抢救两周后脱险，但遗留严重智力、运动障碍而转回我院。患者转我院后低热不退，四肢痿软，右手尚有不自主之抽动，大小便失禁，发音低微，舌光红无苔，辨证为暑温重症，大病初愈余邪未清，气阴耗伤，筋脉无以濡养，脑髓不得荣润，此属热病所致之“痿证”，急于养阴生津，理气活血为治。方用生地15g 石斛15g 玉竹15g 知母9g 龟版9g 麦冬9g 葛蒲9g 远志4.5g 郁金9g 珍珠母30g 当归9g 丹参5g。低热加青蒿、白薇，肢体抽搐加羚羊角粉，促使脑细胞恢复加珠层片及氯酯醒，配合针灸项丛刺，经上法治疗一个月后，诸症悉除，智力恢复尤为理想。现已恢复正常工作3年。

从此例可以看到急诊阶段有赖于西医抢救手段，而在后遗症阶段又以中药、针灸调治为宜。分阶段，有主次，扬长避短，中西医密切配合是此例迅速获愈的根本原因。

三、有分工地解决不同矛盾。凡是一个复杂的疾病往往由许多错综复杂的矛盾交织在一起，如果能分清经纬，发挥中西医各自之所长，便可得到圆满地解决，举例如下：

王×× 女 26岁 住院号 50457，既往有风湿性心脏病二尖瓣狭窄兼闭锁不全史，1980年7月10

日起感觉四肢关节痠痛,咽痛,发热, $T38^{\circ}\sim 39^{\circ}\text{C}$, 在外院用青、链霉素、SMZ Co 等,治疗6天发热未退,体温反而上升至 $39^{\circ}\sim 40^{\circ}\text{C}$,并出现心慌、气急、伴剧烈腹痛而住院。查体:急性热病容,咽充血,胸背部及眼结膜有散在出血点,呼吸音粗。心界向左扩大,心率120次/分,律齐,心尖区可闻及收缩期吹风样杂音Ⅱ级,舒张期滚筒样杂音Ⅱ级,主动脉瓣区可闻及收缩期吹风样杂音Ⅱ级,性质粗糙。腹部有压痛,无反跳痛,肝脾未及。脊柱关节未见畸形或红肿,神经系统(一)。实验室检查:血 WBC12,000,中性78%;Hb10.5g,ESR145mm/h。咽培养有草绿色链球菌生长,EKG示左心室肥大,部分ST-T波变化。肝肾功能正常。肥达氏反应(一),血培养(一),抗链“O”500u,粘蛋白5mg%。入院时诊断为风湿性心脏病合并亚急性细菌性心内膜炎。

治疗经过:先用青霉素1,000万u,庆大霉素32万u/日治疗;高热6天不退而改用氨基苄青霉素4.5g/日,5天后仍不退烧,又加氯霉素1.5g/日,同时加用中药。当时因见高热发斑,中医辨证属温病热入营血,治以凉血解毒、清心泻火,方用犀角地黄汤合黄连解毒汤加减:水牛角30g 生地15g 赤芍15g 丹皮6g 青黛9g 玄参15g 黄芩15g 焦山栀9g 黄连4.5g 生石膏30g 知母12g 生大黄9g。

经中西药合并治疗,心悸、气急好转,心脏杂音稍有减弱,皮肤未再出现新的出血点,腹痛也解除

(据分析腹痛可能由肠系膜栓塞所致)。但高烧依然不退,直至7月28日起关节疼痛加剧,膝、踝关节游走疼痛,局部红肿、发热,两小腿内侧出现环形红斑,周身出汗甚多,结合血沉及粘蛋白之增高,考虑发热不退除亚急性细菌性心内膜炎之外,还合并有风湿热。激素是治疗风湿热较佳的药物,但本例病情特殊,应用激素有顾虑,而决定用中药来抗风湿。患者关节痹痛,局部红肿热痛,游走不定,为典型之热痹,故方予桂枝白虎汤加减:桂枝9g 白芍15g 知母12g 生石膏30g 生甘草9g 防己15g 桑枝30g 虎杖12g 络石藤15g 西河柳30g,山海棠2片,3次/日。药后体温逐渐下降,3天后热已退清,关节红肿,多汗之症状均已好转,乃加入养血壮筋之品调治,抗菌素逐步减量停用,体温未再上升,血沉恢复至10mm/h,收到满意的疗效。

本病例同时存在两个矛盾,一个是亚急性细菌性心内膜炎,一个是风湿热,我们以西药为主来控制感染,用中药来治疗风湿热,用药合理,防止了激素可能引起之弊端,使两个矛盾得以顺利解决。

从以上3个病例可以看到,有计划、有分工、有阶段地运用中西医结合治疗方法,可以充分发挥中西医之所长,达到合理用药,提高疗效的目的。不断总结这方面的经验,展开充分的讨论,探索中西医结合治疗疑难疾病的规律,这是内科临床医生值得研究的课题之一。

感染性休克中医辨证分型标准(试行草案)

中华医学会和中国中西医结合研究会于1982年11月初在杭州共同召开了全国危重病急救医学学术会议。会议期间从事中西医结合研究工作的与会代表共同讨论了感染性休克中医辨证分型的标准,现将讨论结果归纳如下,供各地参考,经实践后再行修订。

一、热伤气阴(拟似轻度休克)

精神淡漠,语音低微,气短自汗,唇甲发绀,四肢逆冷,口干喜饮,小便短赤,舌质发红,苔黄少津,脉象细数。

二、阴竭阳脱(拟似重度休克)

神志恍惚,气促息微,四肢逆冷,身出冷汗,舌卷囊缩,舌绛苔燥,脉微欲绝。

三、热盛腑实(拟似成人呼吸窘迫综合征)

壮热面赤,烦躁不安,腹满便结,气息粗急,口

干喜饮,小便短赤,舌苔黄燥,舌质红绛,脉象细数或浮大而数。

四、热伤营血(拟似弥散性血管内凝血)

精神淡漠,语音低微,唇甲紫绀,四末不温,发斑出血,舌紫暗或有瘀斑,脉象细数。

【附】感染性休克中医辨证论治参考方

证型	立法	参考方
热伤气阴	清热益气养阴	生脉散加减
阴竭阳脱	回阳救逆固脱	四逆汤,参附汤加龙骨、牡蛎等
热盛腑实	通腑泻热破结	承气汤加减
热伤营血	清营凉血活血	清营汤,血府逐瘀汤加减

(廖家桢整理)