

中西医结合是卫生工作者的光荣任务。首先建立了中西医结合领导小组，制定规划，各科设专人负责，定期开会研究，技术干部下到各科一起学，一起用，局面逐渐打开，西学中和中西医结合工作在全院开展了起来。如外科减少了急腹症开刀率，制出了对烧伤有效的中药粉剂；儿科对小儿消化不良和肺炎等病，中西医结合治疗取得了满意的疗效；内科对血液病、高血压、消化道溃疡、泌尿系结石等病用中西医结合治疗都得到了可喜效果。领导干部抓住临床收到的效果，组织汇报，交流经验，使中西医结合工作建立在可靠的临床基础上。

二、建立基地，培养骨干。在一个基层小医院开展中西医结合工作，既要抓普及更要抓重点，还必须保证西学中同志的临床基地。因此，我院建立了中西医结合病房，设20张病床，以中医为主，并抽调技术较好的西医（大都是科主任或主治医师）参加，为全院各科室培养中西医结合骨干，半年或一年轮换一次，这样骨干逐渐增多。各科都有了骨干，有利于各科中西医结合的开展。

发挥骨干作用是搞好中西医结合的又一关键。开始我们是号召医务人员都参加学习，结果有的学而无用，流于形式。因此，我们采取重点培养。科主任、主治医师有志搞中西医结合的送到外地进修，学完回来在科室起骨干和组织作用，工作就容易开展了。

三、因地制宜、因病制宜。抓住农村特点和多发病常见病，少花钱收效快和多种方法治病的要求。基层医院除医院门诊外，又要下乡巡回，出诊防治，建立家庭病床等，要根据基层条件开展工作。如多见的胆道蛔虫症，用驱蛔汤和西药驱蛔灵配合使用，其安蛔利胆解痛排蛔效果显著。又如妇女急性乳腺炎，我们拟定的陈皮清解汤，通过多年临床使用，其效果不低于消炎药的效果，药价较西药便宜几倍，服用方便。几年来对肠蛔虫梗阻、小儿肺炎、消化不良、婴儿湿疹等农村常见病，通过中西医结合治疗，也都收

到可喜的效果。

四、互相学习，取长补短。即拜老中医为师，又要向同行学习。各市县以及外省的同道多次来我院参观指导，这对我院进一步搞好中西医结合是很大的促进，是很好的互相学习机会，每当接待一次参观者介绍完我们的做法和体会后，我们总是不放过向他们请教的机会，同时征求他们的意见。几年来向外地和兄弟市县学习了不少宝贵经验，取长补短。如对小儿消化不良，消化道溃疡，高血压等多种病的中西医结合治疗，由于他们的传授，给我们后来的工作增添了新的内容。

五、从临床实践到理论逐步结合。根据中西医对疾病的认识和辨证与辨病相结合的方法。我们对某些常见病进行了中西医结合的诊治探索，如消化道溃疡，祖国医学属于胃脘痛或肝胃气痛之类，根据病的程度和症状差异又分为虚寒型、气滞型、血瘀型辨证施治。而西医对此病的诊断，可用现代科学仪器，明确部位、定性、定程度和临床病情症状的分析，采用辨证与辨病相结合诊疗，我院研制了溃疡散等方剂。

中西医结合临床用药首先应从病人出发，防止中西药大包围。某病用西药效果显著的就不用配合中药，有些中药优于西药，就单用中药。如我们用陈皮清解汤治疗急性乳腺炎，苦参洗剂治疗小儿湿疹，溃疡散治疗十二指肠溃疡等法，效果不亚于西医治疗，药费又可节约数倍。有的可以中药为主，西药为辅；有的则以西药为主，中药为辅；有的则中西药并举，各择其优，均可得到理想效果。

中西医结合是发展我国医学的一支新生的力量，尽管道路曲折，难度较大，但我们认为它是我国医学发展的历史必然。尤其是在我国农村，开展中西医结合防病治病，是颇受广大群众欢迎的。我们基层医院医务人员，应因地制宜，结合当地实际情况，努力创造条件，在农村搞好中西医结合医学，不断总结经验，提高疗效，为农业现代化贡献力量。

临·床·经·验·交·流

应用清瘟败毒饮加减抢救流行性出血热少尿期危重型的体会

湖北省沔阳县血防医院 唐稚三

我们于1971~1973年在水利工地以中西医结合

的方法治疗流行性出血热(以下简称出血热)600余例，每收良效。现就其中以清瘟败毒饮为主抢救的19例少尿期危重型患者的情况，讨论如下。

一般资料 19例出血热少尿期危重型(均据省《流行性出血热防治手册》的诊断、分型标准)患者中，男18例，女1例；年龄最大者55岁，最小者17岁，大

部分为青壮年，均是水利工地民工；少尿 13 例，无尿 6 例；少尿时间短者 2 天，长者 5 天。

辨证论治 一、病因病机：出血热的病因是“热（火）邪”，少尿期是本病的极期，部分患者，火热极盛，以致“火热伤津，气血两燔”，从而出现血热妄行而血溢（皮下、腔道及内脏出血），肺失宣降而气促，火铄津液而阴伤，进而阳明大实，肝肾枯涸，化源竭绝，心神受扰，肝风内动，故此患者五内如焚，烦扰不宁，索饮不休，如不及时清除热邪，复其真阴，则呕恶、呃逆、神昏谵妄，痉厥抽搐等危证丛生，病情复杂，瞬息万变，故应早抓苗头及时抢救。

二、治法与方药：治本病重在清热、泻火、解毒、凉血（包括散血）、养阴、攻下，使热毒清除，血不外溢，津液得保，真阴恢复。最理想的方剂是“清瘟败毒饮”。为了适应本病病期不同，轻重不一，复杂多变的特点，特将该方加减化裁成以下小方，制成合剂备用，这样既能及时取服，又可灵活配方。1. 清热用石膏合剂：生石膏（无杂质）250g 生知母 5g 生甘草 3g，重煎浓缩成 50ml 为 1 剂量，20~30 剂/日，日夜分服。适宜于气分热炽，索饮不休、或苔白如霜如碱者。2. 泻火解毒（包括凉血、散血）用三黄合剂：黄连 7g 黄柏 10g 黄芩 10g 栀子 10g 银花 15g 连翘 15g 竹叶 15g 赤芍 10g 丹皮 10g，煎汁浓缩成 100ml 为 1 剂量，1~2 剂/日。适宜舌苔黄厚而干、口秽难闻以及热入血分者。3. 凉血用水牛角片 60~120g/日，重煎备用。适宜面赤，舌红或绛，躁扰，出血者。4. 攻下用大黄 15~20g，轻煎备用，芒硝 10~15g，纳入大黄煎汁内溶化顿服。适宜阳明腑实，舌苔黄干，或枯黑有芒刺，脉沉实者。5. 养阴用复脉合剂：元参 30g 玉竹 30g 生地 30g 麦冬 30g 阿胶 15g（化入）白芍 15g 甘草 5g，煎汁浓缩成 200ml 为 1 剂量，1~2 剂/日。适宜肝肾阴亏或筋惕肉瞤及痉厥者。以上方药每个少尿期危重型患者多需合用（合用时除硝黄先服外，其它合剂共浓缩成 800~1000ml，频饮）。此外，再据病情对症处理，如出血重者加云南白药（1 瓶/日），神昏者加牛黄、麝香、冰片等研末冲服。如需强心、纠酸，可配合西药使用。

治疗结果 19 例少尿期危重型患者，治愈 16 例（渡过少尿期间多尿期移行时间，一般为 1~2 天，1 例 3 天，1 例 4 天），死亡 3 例（1 例死于多尿期并发心肌炎，1 例因硝黄攻下无效，未用新斯的明死于少尿期并发尿毒症及颅内出血，1 例昏迷患者死于少尿期的继发性休克）。治愈率 84.2%。

讨论 一、流行性出血热在祖国医学中没有记

载这一病名，据其高热、口渴及斑疹等主证，似属温病范畴。余师愚在《疫病篇》中所论述之“偏体炎炎，两目昏瞢，头痛如劈，腰如被杖……”与出血热发热期的证候，颇相吻合。还有“疫疹之脉……至于若隐若现，或全伏者……此脉得于初起者间有，得于七八日者颇多”，“至于逆冷……此烈毒郁遏脾经……重清脾热……手足自温”，“膀胱热极，小溲短赤而涩，热毒甚者，溲色如油，溺血而小便不痛”这些描述又与休克期、少尿期的病机证候有很相似之处。另外还有疫症昏闷无声，发狂骂詈；摸床，撮空；筋惕肉瞤；鼻衄如泉等记载，与少尿期的严重并发症——高血容量综合征，尿毒症也很相似。余氏均以清瘟败毒饮加味，重加石膏、犀角或芩连……治疗。据此采用清瘟败毒饮为主治疗出血热是适宜的。

二、石膏合剂（即白虎汤去粳米）是清气分热邪之主方，抢救少尿期危重型患者应重用，方能收效。有腑实者配合攻下，往往能在数小时之内（有颅内出血、脑疝者除外）使患者病情逆转。否则杯水车薪，必然误事。

三、少尿期危重型多因肠道瘀血，热郁于里，以致热与血结，腑实不通，毒气内袭。只有攻下才能使热毒、瘀血随水粪而下，因势利导，使病邪不致盘踞中焦。特别是少尿期出现高血容量综合征危候时，不迅速大下，血容量就不能减少，血压就不能控制，生命就不能挽回；有脑水肿、肺水肿者（只要脉沉实）攻下还可脱水，逆转病情。攻下是肾外排泻法之一，能排除肠道瘀血，减少氮质血症来源，或其它有害毒素，减轻尿毒症，或高血钾症；此外，攻下还有明显的利尿作用，是抢救急性肾功衰的一种有效手段。尤以大黄，为少尿期较理想之下剂。少尿期患者如血浆回收，水肿消退、血压升高时应予攻下，情况紧急在急用硝黄的同时，还要用药物降压及耳背放血，力求在泻水之前把血压控制在安全范围内。少尿期（重、危重型）患者之舌苔一日数变，必须勤加观察，舌上微现黑苔，往往是 NPN 大幅度上升以及高血容量综合征出现之前奏，此时予以攻下，可防止危证出现。服下药后，欲呕者针内关，同时在腕部按摩，呕者补服。服下药 2 小时左右无便意或肠鸣音弱者，可能是中毒性肠麻痹，急用新斯的明肌注，可收急下、大下之效。

四、少尿期危重型，多有肠道瘀血，有人主张禁下，恐加重出血，我们认为能下与不能下，不在有无出血，而在有无下证，特别是有无下脉，有则可下，在情况紧急时还要大下（下水 2,000ml 左右），达到目的

(黑苔退, 血压接近正常)而方休; 如病情反复, 血压又升, 黑苔再现, 脉沉实者, 虽一日之内仍可再下, 若病情未减, 血压逐渐下降(虽未降至正常)脉不沉实者, 无论已下或未下, 切切不可再下, 这常是继发性休克先兆, 应及早处理。有下证而无下脉(不沉实)不能大下, 腹有所苦者, 只能微通。

五、少尿期危重型患者是因火热灼津, 阴液亏损, 以致少尿或无尿, 故不宜使用中西药物利尿, 吴鞠通在《温病条辨》中有“忌五苓、八正辈”之诫, 论述较详, 兹不复赘。少尿期静脉给药要严加控制, 一旦高血容量综合征出现时, 应停止静脉给药, 以免病情难以逆转。

六、多尿移行期或进入多尿期时, 若患者余热未清而兼阴亏者, 还要继用石膏合剂及水牛角片煎剂, 重用复脉合剂, 有的还需酌用三黄合剂(有尿毒症者), 以免功亏一篑。

(本文承县人民医院传染科主任吴强同志校阅, 亦是治疗合作者之一, 特此致谢!)

食管贲门癌患者便秘的 中药直肠滴注治疗

中医研究院广安门医院肿瘤科 李佩文

我们观察了500例食管贲门癌患者, 其便秘发生率为28%, 晚期(IV期)者高达49.1%。既往对此症状常不被重视, 易导致上下不通, 迅速死亡。鉴于此类病人发生吞咽梗阻, 难以口服给药, 根据中医学“上病下治”之理论, 采用直肠点滴给药, 取得一定疗效, 报告如下。

方法 患者仰卧, 略呈头低脚高位。将药液(中药需过滤)装入输液瓶内, 接导尿管(远端涂有凡士林), 插入肛门内25cm左右, 胶布固定, 调整滴数以无便意为宜。所用药液据病情而定, 可选用以润下通便为主, 兼用益气及抗癌中药煎剂; 或用调整水、电解质紊乱的西药及葡萄糖液、水溶性维生素等。药液温度须调至接近体温, 并要等渗。首次应用的方剂, 最好用pH试纸粗测其酸碱度, 以便防止过酸。

疗效 应用本法治疗晚期癌便秘者30例, 28例皆在直肠滴注后2日内排便, 其中5例通便后食道完全梗阻症状明显缓解, 可进流食及半流食, 体力、精神亦好转。另外2例因过度衰竭, 未见疗效。

体会 1. 对完全梗阻的病人, 应用直肠滴注法给药。一则通便, 解除病人痛苦, 甚至可缓解食道梗阻症状; 二则解决继续应用中药的途径; 三则以此途

径纠正脱水、酸中毒及营养缺乏等, 在很大程度上代替了静脉输液。2. 所用中药, 应在辨证论治的基础上注重润下及补益药相互配合, 大黄、芒硝不应禁忌, 润肠丸、增液承气汤常可发挥良好疗效。3. 直肠滴注随着插管深度的不同, 药物经结肠吸收而直接进入大循环的比例也不同, 插管越浅, 则不经肝解毒比例越高, 肝脏负担减轻了, 自身中毒的危险却加大了。因此, 肿瘤科常用的有毒性中药, 应用种类及数量应谨慎。另外, 结肠对温度、化学刺激反应迟钝, 患者虽无明显感觉, 但不能排除药物对结肠粘膜的直接损伤, 故中药煎液最好等渗, 接近体温, 酸碱度适中。

中医药治疗50例脑外伤后 头痛眩晕

湖南省洞口县中医院 李文基

脑外伤后头痛眩晕, 是脑外伤后综合征的常见症状。1981年3月至1983年2月, 我们采用中医药治疗50例, 取得较好疗效, 报告如下。

一般资料 50例中男41例, 女9例。年龄最小者3岁, 最大者59岁, 其中21~40岁者27例。病程最短者30分钟, 最长者8个月。重型者(头痛, 眩晕系持续性, 伴有恶心呕吐, 甚至一时性记忆障碍, 谵语, 狂躁及植物神经功能紊乱)35例; 轻型(头痛眩晕为阵发性, 眠差, 无恶心呕吐, 偶有植物神经功能失调者)15例。中医辨证, 轻型者15例均属血瘀型, 重型35例中27例属血瘀型, 8例属肾亏型。全部病例均确诊为脑外伤综合征。

治疗方法 1. 中医辨证论治: (1) 血瘀型, 证见头痛眩晕, 恶心呕吐, 烦热口苦, 面晦舌暗, 寐差, 脉弦滑有力。此系瘀阻脑络, 气机不畅, 拟清脑活血汤(当归 赤芍 川芎 生地 桃仁 红花 柴胡 枳壳 黄芩 丹参 土茯苓)治之; (2) 肾亏型, 证见头痛眩晕, 耳鸣少寐, 精神萎靡, 腰膝酸软, 记忆减退, 夜尿阳萎, 唇焦舌红, 脉虚弦或尺脉沉弱。此系损伤日久, 肾气已亏, 拟醒脑补肾汤(熟地 首乌 枸杞 龟版 鹿角霜 淫羊藿 菟丝子 枣皮 补骨脂 黄芪 党参 白术)治之。2. 西医疗疗: 全部病例均给予B族维生素及维生素C。有11例重型者, 呕吐频繁, 曾用5%葡萄糖60ml加维生素C500mg/日, 静注一周。

疗效 50例全部治愈。其中血瘀33例均经过1~20天治愈(其14例为1~10天); 肾亏型17例(治疗过程中血瘀型有9例转化为肾亏型), 有15例经过21~