

## · 中西医结合之路 ·

# 我是怎样走上中西医结合道路的(二)

邢安堃

### 九、初次上阵

与陈老师一起看病是进行中医实践的良好机会。在他的指导下,我开始学开中医药方。经他修改后,给病人服用。他又鼓励我单独看病,从此在病房里,我常常单用中药或中西医结合方法治疗各种疾病。

首先遇到的是一例顽固性周期热。病人患疾多年,每月出现原因不明的发热,每次发热持续3~4日,体温在39°C以上。发热时,周身肌肉关节酸痛,恶风寒,心烦心悸,坐卧不安,时欲呕吐。热退时汗出,神疲乏力。经胸骨穿刺,多次作十二指肠引流,胆囊造影,胃肠道造影,肝功能检查,甚至剖腹探查等,都未能发现异常。几年来,曾服多种西药和长期服用中药小柴胡汤,均未见效。由于诊断不明,病情日趋严重。1964年转入我院治疗,经多方面检查,无新发现。我们讨论了西医方面的有关诊断,认为大致可属两种疾病:类固醇热和家族性地中海热。这两种疾病都以周期热为主要表现,并可持续多年。本病例很有可能是属地中海热(FMF)这是一种遗传性疾病,其病因不明。当时尚无适当的治疗方法。故诊断虽有了些眉目,但治疗甚为棘手。因此仍试用中药治疗,尽管病人曾服用过多种中医处方,都未奏效。

在向陈老师学习时期,曾听到陈老师谈起过绍兴名医邵老中医对归脾汤有独到的见解,回忆邵老中医以归脾汤加味治疗肺脓肿的心得,我联想到本病例虽非肺脓肿,但“劳倦伤脾、最能生热”,而且中医有久病必虚,甘温能治大热之说,归脾汤中有多种气血甘温之品,它既能扶正又能祛邪。本病乃属虚中夹实,用此方甚为贴切。但病人体弱,补养之品,重则碍胃,轻不应病,左思右虑,最后决定试用进退法。即在发病前用轻剂,发病时加大党参、黄芪二味剂量,余药不变,病缓和后仍服轻剂。我们试用这样一个药方:潞党参10g 土炒于术6g 茯神12g 甘草6g 炙黄芪9g 泡远志4.5g 炒枣仁12g 全当归9g 广木香3g 炒竹茹3g 冬瓜子18g 生薏仁18g。

在预计可能发热时,将党参、黄芪二味药量加大,到最大量即每日各90g,大多数为60g或45g。

按清吴鞠通医案的方法,每日服二帖,早晚各服头煎,二煎弃去。两帖药间隔12小时左右。这样用药,对我说来毕竟是首次,如此大的剂量,我诚恐出现意外,所以在病人服药后,我一直守在病人身旁,直至病情稳定后,才将党参、黄芪剂量减到每日各30g左右。病情改善后,用原方剂量。自从服此药方后,病人未再有周期热发作,精神好转,体重增加,9个月后病人出院。回北京,因党参、黄芪剂量较大,未能继续服用,周期热又复发。但病情较轻,周期也由原来的一个月延长至3~4个月,最长可达半年。后经北京魏龙骧老中医,以柴胡桂枝汤加味治疗,党参每日由30g加至60g,黄芪9g至30g,病情又逐渐改善,到1976年周期热已基本痊愈。

这个西医诊断为地中海热的病例,治疗极为困难。中医亦视为顽固之症,服药19年,温凉攻补无所不用。只有先后二次以归脾汤加减和柴胡桂枝汤加减而奏效。而其共同点用了大剂量党参、黄芪补气之品。在用药方法上遵循进退法,移步换形,随机应变,终收全功。

### 十、继续前进

在学习中医中药初步尝到甜头后,我就着手研究以中西医结合方法治疗多年来未能解决的两个常见疾病:血钙正常性手足搐搦症又名痉挛素质,和雌性激素增多综合征。

手足搐搦症的主要临床症状为紧张性肌收缩所引起的发作,表现为肘、腕及掌指等关节屈曲,指间关节伸直,大拇指内收。严重时全身骨骼肌与平滑肌均可呈痉挛,引起各种离奇古怪,而且容易被误诊的疾病。在无发作时,可用缺钙弹指试验(弹指试验),即以中指轻叩耳前而神经,便出现同侧面肌抽搐。或用缺钙束臂试验,即以血压计压脉带缠在一侧上臂,打气至舒张压和收缩压之间,维持三分钟,可引起该侧手的抽搐以进行诊断。

手足搐搦症有低血钙性手足搐搦症及血钙正常性手足搐搦症两大类。低血钙性患者多见于甲状旁腺功能减退症。血钙正常性者亦有多种原因,文中所指的

是无明显原因而出出现的血钙正常性手足搐搦症。围绕此病曾出现数十年的争论，有人不承认其存在，有人认为这是一种常见疾病，甚至认为在人群中，可有8~10%之多，大都为女性。有人认为虽然一般临床检查时血钙是正常的，但如用精密方法测定则血钙可显得低于正常。有人认为这是一种缺镁的症群，后者的看法目前被多数学者所接受。我们曾试用多种中药方，最后发现全蝎尾复方颇有效果(全蝎尾 1.2g 大生地 12g 炒枣仁 12g 双钩藤 12g(后下) 茯神 12g 荷叶 12g 滁菊花 9g 龙齿 15g 桑叶 9g 桑枝 12g 杭白芍 9g 桔皮叶各 4.5g)。

陈老师在中风、肝风、惊痫等疾病，喜用全蝎尾、双钩藤、杭白芍、滁菊花、荷叶、茯神、龙齿、桑叶、桑枝等药，本方亦以这些药为主要药品。也可与上述西药同时应用。

雌性激素增多综合征多见于中年妇女，伴有雌激素的绝对或相对增多，有些病例并无雌激素明显升高，但在应用睾丸酮后，症状得到改善。

这些病人往往不容易诊断或容易被忽视。甚至有些特殊类型，譬如类似颅内压增高的雌激素增多症，临床表现为头痛、头晕、呕吐，容易被误诊为脑瘤。我们发现病人常有经前期紧张综合征的临床表现。我们在病人月经后第十二天左右用苯丙酸诺龙或丙酸睾丸酮 12.5mg 肌肉注射，每月一次继续六个月，即可痊愈。随访三年未见复发。又如跌倒型雌激素增多症，患者有原因不明的跌倒，而且突然发作，发病前无自觉症状，跌倒时有短暂的意识不清。神经科和内科检查均在正常范围，各种治疗无效。询问病史时发现拟有经前期紧张征，遂诊断为雌激素增多症，亦以上述方法治疗，第一针用后发病时晃了几下而未倒下，之后未再发作，共注射 6 次，以后停药，至今已有 19 年之久，无再跌倒发病。以后又观察到雌激素增多症往往与血钙正常性手足搐搦症同时并存，并使诊断治疗复杂化。病人表现为头痛伴喷射性呕吐症状，大多在月经期发作，每次发作可持续数小时至数日之久，有时一月之间发作二次。经传染病科会诊排除脑膜炎可能。我们应用苯丙酸诺龙加全蝎尾复方中西医结合治疗后，效果迅速，能解除患者痛苦。此外对甲状旁腺功能降低而引起的低血钙性手足搐搦症而应用大剂量维生素 D 无效时，亦可加用全蝎尾复方和镁片，可能获得较好的效果。

## 十一、气功研究

气功是祖国医学伟大宝库的一个组成部分。早在几千年前，内经已有关于气功的详细记载。它是在意

识主导下，通过“自我锻炼”来调整、控制机体功能，乃是治病强身的一种良好方法。

上海市高血压研究所建立于1958年，当时在人员少、条件差、经验缺的情况下，我们开始从上海市气功疗养所学习气功来治疗高血压病。我们认真地学习，边实践，边总结。广泛采用包括气功在内的中西医结合治疗来探讨气功对高血压病的疗效。在短短的几个月时间里，应用综合疗法，对高血压病治疗实践并初步对气功机制作了研究。发现综合疗法对高血压病有明显效果并提示气功可能对高血压病的治疗具有独特作用。

我们首先致力于大面积的推广运用，在17家工厂 923 例高血压患者近期疗效达 90% 以上，血压恢复正常者达 63%，其中 × × 厂的 101 例病人随访三年半，平均血压始终稳定在 150/90mmHg 以下，从而为保护劳动力，促进生产起了有利作用。之后我们又对 400 多例病人按练功的程度分析疗效，观察到坚持练功比不坚持练功或不练功的血压下降有显著差别。再次说明坚持长期练功与疗效稳定有直接关系。后来又从气功作用原理上进行初步探索，发现气功对机体有多方面的调整作用。将观察到的一次气功过程中血压的变化与休息，自然睡眠及服安眠药时血压变化进行对比研究。发现气功 15 分钟时血压下降，达到服安眠药后的水平。在练功时，我们又发现意守鼻端，出现头晕、血压上升，而意守丹田则感头脑清醒，血压下降。这是在意识作用下支配了气血的运行。在上述这些初步的研究中提示气功确实能降低血压水平，是一种有明显效果的疗法。

## 十二、重整旗鼓、快马加鞭

1974 年，周总理提出要在全国将研究工作重新整顿，争取早日开展。我们内分泌研究室已建立数年之久，理应即日重整旗鼓，以响应周总理的号召。但“十年动乱”之后，仪器陈旧，房屋失修，资料被毁，从目前一盘散沙的情况下，要重新团结一致，勇往前进，确非一件轻而易举的事。内分泌研究室是由临床和生化两部分组成的。不论我们研究什么课题，生化的研究要走在前面。我们的实验室停顿了许多年，研究水平有所下降。在我国“十年动乱”时期，各种技术都落后了，而同时期在生化方面，国外建立和发展了放射免疫测定新技术，精密度很高。我们当时的水平和国外相比，真是望尘莫及。但在全体工作人员共同努力下，解决了一些难题，奋勇前进。

1976 年，“四人帮”被押上了历史的审判台。驱散

乌云，大快人心。我们民族的前途重见光明。举国一片欢腾，我心里十分激动，想起十年动乱，各条战线都遭受不同程度的破坏，学校停课，后继乏人。我们卫生医疗事业也受到了严重的打击，尤其是中西医结合的研究工作刚刚开始就被扼杀在摇篮之中。想到这些，我忧心如焚，恨不得一下子急起直追，夺回十年的损失。当时我的颈椎和腰椎都半脱位，被迫全天休息。但是面临这大好形势，我再也坐不住了，不顾身体有病，年纪已有七十四岁，脱下颈托，和内分泌室的工作人员一起，全力以赴投入各项工作。在繁忙的工作下我每周参加二次中西医结合门诊。为了快马加鞭，在短时间里作出新的成绩，我们团结一致，特别是有些同志不顾自己身患重病，坚持工作，以惊人的毅力感动全体工作人员，为以后开展中西医结合的研究打下了扎实基础。

### 十三、共同语言

二十余年来，我们用现代科学方法，研究祖国医学的阴阳学说，目的是希望把中医和西医这两种不同医学体系的精华结合起来，以提高预防和治疗疾病的水平。

《内经》中说，“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪”。人体就是相互拮抗、相互依存、相互制约的阴阳两个对立面组成的统一体。如阴阳失调就会产生阴虚、阳虚等变化，人就得病。抓住阴阳这个纲进行调整，使阴阳重新获得平衡，机体就可由不正常转变为正常。可见阴阳学说确实为祖国医学最重要的基础理论和指导辨证论治的根本法则。中西医结合的研究，若能在阴阳学说上得到突破，其理论及实践价值将是无法估量的。

1974年，在阴阳学说临床研究过程中，我们遇到了新的困难，近代医学和古老的中医是两种完全不同的体系，所用的名词代表着不同的意义，没有共同的语言，从何着手颇费心机。阴阳学说的本质不是轻易能够搞清的，倘能找到一种或多种能够完全或部分地反映“阴虚”、“阳虚”的近代科学指标，便可初步进行工作。

在进行这方面探索时，我们又发现了新的问题，人体是非常复杂的，中医的阴阳包括各器官的阴虚或阳虚，此外，各器官的阴虚和阳虚在某个特定的患者身上又可同时存在，有时偏阳虚，有时偏阴虚，由于这种错综复杂的阴阳关系，几位中医对同一患者的辨证也有可能并不一致，这又为寻找阴虚阳虚的近代科学指标造成困难。

解决一个困难复杂的问题，不宜急于求成，往往需要从简到繁。首先单纯弄清楚是阴虚还是阳虚而暂不加入脏腑辨证等复杂因素，这就比较容易找到判断阴阳的近代科学指标。在试用于临床时，如能初步指导诊断，判断疗效，那就可以认为已经将中西医结合工作推进一步。然后再逐步深入研究各种器官的阴虚实的特征性表现。尽管我们是以比较简单的因素入手，但仍保存每个患者的完整中医辨证论治，即把各器官的阴虚实资料作为诊断治疗，参考之用。经探讨发现，血浆中环-磷酸腺苷(cAMP)和环-磷酸鸟苷(cGMP)，可作为中西医结合的共同语言。

### 十四、从内分泌角度进行 阴阳学说的研究

中西医结合研究工作的困难是显而易见的。两种迥然不同的医学体系不能机械地予以对等。要将它们融汇于一体，则既无前人可遵循的道路，又无国外可借鉴的资料，在大力提倡中西医结合几十年之后，仍有人认为这是不可能办到的。中西医内容都浩如烟海，选择某一个在两种体系中有相似理论的学科作为突破点，使之成为中西医结合的模板，将会有助于这项工作的进行，增强从事这种研究工作人们的信心。从我们的研究看来，内分泌学很可能成为在中西医结合上得到突破的学科。

内分泌学是一个新的学科，它在本世纪中，日新月异发展，速度是惊人的。它是人体中具有相互拮抗、相互依存、相互制约、对立统一，以调节人体多种代谢和功能的系统，和阴阳学说有很多相似之处。

每一种内分泌激素都有另一种或多种对抗的激素，升血糖、升血钙、促进蛋白分解的激素都有与其作用相反的激素。在体内维持平衡，一旦平衡失调，人就生病。将内分泌的失调进行调整使它恢复正常，疾病即可痊愈。

现在已经证明我国古代文献中对消渴症(糖尿病)、地方性甲状腺肿、肾上腺的功能等这些内分泌功能和疾病已经有了一定的认识。中医对“肾”的重要性，几千年前已有记载，而如今中医“肾主骨”的理论也通过内分泌的研究而初步得到证实。所以从内分泌学的近代知识和检测手段来研究中西医结合是确实可行的。

### 十五、治疗假设

内分泌疾病和其他内科疾病不同，它们大都是对立的，甲状腺功能亢进(甲亢)是由甲状腺激素分泌过多所引起，他们的临床表现也是对立的：患甲亢的



病人怕热, 心率快, 出汗多, 易于激动; 而甲减患者恰好相反, 表现为怕冷, 心率慢, 无汗, 表情淡漠。我们因而可以利用这个特点来探讨在中医阴阳方面这两个疾病是否相反的? 经辨证, 果然是相反的。甲亢患者, 五心烦热, 咽燥口干, 舌红少苔, 颧红, 盗汗, 脉细数; 而甲减患者畏寒肢冷, 面虚浮, 舌淡胖, 苔润, 脉沉微迟。前者为阴虚后者为阳虚, 至于血浆环核苷酸的测定也证明二者是相反的, 甲亢时 cAMP 是升高的, 甲减是低的, 甲亢时 cGMP 是低的, 甲减时是高的, cAMP/cGMP 的比值, 甲亢是高的, 甲减是低的。

总结起来在这二个疾病之间, 有三对矛盾 (见表 1)。

表 1 甲亢、甲减的三对矛盾

|              | 甲 亢 | 甲 减 | 矛盾性质 |
|--------------|-----|-----|------|
| 甲状腺激素分泌量     | 升 高 | 减 少 | 个 性  |
| 中医辨证         | 阴 虚 | 阳 虚 | 共 性  |
| 血浆 cAMP/cGMP | 升 高 | 降 低 | 共 性  |

事物是有个性和共性矛盾的, 看来疾病亦有个性和共性矛盾。甲状腺功能的测定是个性矛盾的指标而 cAMP、cGMP 和 cAMP/cGMP 比值的测定则为共性矛盾的指标。当然这不是绝对的。当疾病得到治疗, 个性矛盾消失了, 不但个性矛盾的指标可恢复正常, 而且阴虚或阳虚也可得到纠正, cAMP、cGMP、cAMP/cGMP 比值这些共性矛盾的指标也就恢复正常。但当共性矛盾阴虚或阳虚得到纠正, cAMP、cGMP 和 cAMP/cGMP 比值会恢复正常或接近正常。而甲状腺功能测定不一定能恢复正常。因为中医中药的作用是通过调整机体的平衡而奏效, 如果甲状腺已经切除, 虽然临床症状可以得到改善, 终因已失去甲状腺, 其功能难以全部恢复。倘若有部分甲状腺组织存在则可能部分改善 (见表 2)。同时测定甲状腺功能和血浆 cAMP、cGMP、cAMP/cGMP 比值以观察个性和共性指标的变化。

表 2 治疗假设

|             | 甲 亢             | 甲 减            | 疗 效     |
|-------------|-----------------|----------------|---------|
| 甲状腺激素量的纠正   | 手术或药物以降低甲状腺激素水平 | 代替疗法以提高甲状腺激素水平 | 肯定 (已知) |
| 阴阳纠正        | 滋阴药             | 助阳药物           | 待证实     |
| 个性和共性矛盾同时纠正 | 滋阴药加小量西药        | 助阳药加小量西药       | 待证实     |

## 十六、假设的证实

我们在两种内分泌疾病——甲亢和甲减, 以及一种非内分泌疾病——冠心病的治疗中, 观察能否证实上述假设, 结果在三种疾病都证实了我们的推测。

一、在内分泌疾病中, 甲亢经辨证属阴虚, 病人全部以滋阴中药治疗后, 临床疗效明显。甲减经辨证属阳虚部分病例单用助阳中药治疗, 临床疗效亦为明显, 其余部分采用助阳中药另加小剂量甲状腺片, 其疗效略优于单用中药。目前已有几位病人应用此方案治疗已六、七年之久, 疗效尚满意, 说明单纯治疗阴虚或阳虚这些共性矛盾亦能获得明显的临床疗效。

二、甲状腺功能测定是一种个性矛盾的指标, 不论单用中药或在甲减中另加小剂量甲状腺片, 治疗后, 这二种对立的内分泌疾病中的上述功能测定, 大都仍不正常。少数指标可有所改善, 甚至个别指标的改善经统计学处理有显著意义。但总的说来治疗前后的差别不大。血浆环核苷酸的变化在这两种疾病是相反的。但治疗后都向正常转变。说明纠正了阴虚或阳虚这些共性矛盾, 其共性指标亦随之转化为正常, 且个性指标亦可有所改善。

三、在非内分泌疾病冠心病中, 个性矛盾到如今还未能完全弄清楚。一般说来, 这种疾病在治疗上甚为棘手。只能在有高血脂、心律异常等情况下, 应用相应的药物。而在本研究中, 发现冠心病和甲亢、甲减具有同样的规律, 其共性矛盾阴虚或阳虚一旦纠正后, 临床症状会明显改善, 同时其共性指标, 血浆中的环核苷酸的变化亦转向正常, 说明这个“治疗假设”不仅可在内分泌疾病中得到体验, 亦能适用于非内分泌疾病, 提示了这个假设的现实意义。

结论: 一、建议在一般的甲亢或甲减中, 应该采用西药, 因为西药价格低廉, 携带方便。

二、西药产生严重副作用时, 可减低西药的剂量, 另加相应的中药。

三、在伴有甲减的老年人或心脏病患者, 宜用中药另加小剂量甲状腺片。

四、如应用西药, 疗效不够满意, 可考虑采用中药另加适当剂量的西药。

## 十七、性激素内环境的变化

我们自 1979 年起, 对一系列严重威胁人类健康的重要疾病, 作了有关性激素变化方面的研究。并观察了性激素变化与中医“肾虚”之间的关系, 补肾益气助阳或滋阴为主的中药或气功治疗后, 上述疾病中性激

素变化的趋向，虚证证候以及疾病特殊性变化的治疗效果，取得了一些有意义的结果。

本研究从现代医学角度证明在冠心病、高血压病、糖尿病、病态窦房结综合征和急性心肌梗塞等症的男性患者中存在着性激素内环境的改变，表现为血浆雌二醇及(或)雌二醇/睾酮比值升高，从而将 Phillips 在一个病种——冠心病中所观察到的性激素改变现象扩大到好几种疾病，证明这些变化并非一种疾病中的偶然现象，而是多种疾病的共同变化，是这些疾病发病机理，病理生理的共同基础，从而展示了由内分泌角度研讨系统性疾病的广阔前景。

从中医理论角度，本研究证实上述五种疾病中的大多数病例有肾虚的见证，肾虚在这些疾病的发生、发展上起重要作用。这些疾病中，有肾虚见证的患者雌二醇/睾酮比值明显升高，而无明显肾虚表现者，此种变化不明显，说明肾虚和性激素变化之间有着内在联系，并提示性激素可作为肾虚的物质基础的一个方面。中医一向重视肾与性腺发育、衰退的关系，而今提出了男性患者性激素环境改变，雌激素过多与肾虚的联系，在理论上和临床实践上丰富了中医“肾”的内容。

本研究采用了中医辨证论治和气功疗法治疗上述有共同肾虚见证和性激素环境变化的不同疾病患者，取得了良好效果，包括雌二醇/睾酮比值趋向于复原，肾虚证候减轻，每一疾病特征性表现好转。例如冠心病患者心绞痛发作减少，高血压病患者血压下降糖尿病患者血糖降低。病态窦房结综合征患者心率增加，昏厥减少。这一结果在临床实践中有重要实用价值。较好的处理了西医远未能解决的纠正性激素内环境改变的问题，并且从疗效上支持性激素内环境改变和肾虚之间有内在联系的看法。在理论上指示了纠正或减轻这些疾病的共同病理变化，可达到治疗每一疾病特征性病理变化的目的。

## 十八、气功的进一步研究

从1958年到1968年的10年中，我们通过2000余病例的临床分析，初步发现气功锻炼对高血压病有明显的治疗效果，也进行了一些简单的机制研究，已叙述如前(十一)。

从1968年到1983年的15年中，除了十年动乱期间，有一度工作进展十分困难外，我们做了大量临床和机制的研究：

临床方面，我们进一步肯定坚持气功锻炼的患者，疗效是非常显著的。

1979年我们发表了“气功及规律性降压治疗高血压病135例四年疗效比较”一文。全部病人分为9批住院二个月治疗和观察。每批随机分配入气功合并小剂量降压药物治疗组(气功组)及小剂量降压药物治疗组(对照组)。所谓规律性用药是指二组都服用同样药物、同样剂量。规定用药增减的标准：即治疗过程中如连续一段时间疗效不明显，可加倍用药；同样，如血压下降过低，可减每天的用药量或短时间停药，对增减药量的人数、月次均进行分析。规定有效标准，出院后定期门诊随访。疗效比较分为五个项目进行，结果发现四年中，每年每项指标气功组均明显优于对照组。

1983年，我们又完成了“气功预防高血压性脑卒中的长期对比观察——244例原发性高血压18~22年预防随访”一文，并和药物治疗原发性高血压病312例15~18年随访作比较，发现气功组在死亡率、卒中发生率等指标上明显优于对照组。我们还施用大型电子计算机进行了多因子逐步回归分析研究证明气功锻炼为预防卒中发生的良好措施。

近年来，还采用比较新的测试技术如红外热图象对比观察和脑电波积分分析观察，对气功的作用原理有了进一步的阐明。

## 十九、感想

以上的一些中医理论都是在几千年前提出来的。当时提出这样的概念，在世界历史上是不可多得的。只有像中国这样历史悠久的文明古国，才有可能这么早就提出这样具有高度概括性的理论。所以我们中国人不应自卑，四大发明是中国人创造的，在医学上，我们的祖先也创造了很多重要理论，以上所述只不过是其中的一小部分而已。

但这并不是说中国医学就可停滞不前或仍按它经验自然科学的步伐缓慢前进，我们应当用最先进的现代科学实验手段，来发掘、验证、整理、提高祖国医学的曾被认为是莫测高深的理论，使之具体化、物质化。当然这是一个十分艰巨的任务，可能要以几代人的毕生精力为代价。我们几十年来，走在中西医结合的道路上，从比较简单的动物实验到用放射免疫法测定激素来观察中医辨证论治的疗效，不仅为内分泌疾病临床治疗开拓了一条新的道路，更重要的是这条道路亦可应用于非内分泌疾病，犹如在中西医这两种迥然不同的医学体系之间架起了内分泌学这座桥，这座桥还是初步的，不完美，但已可以看到两个体系间可以彼此相沟通的前景。应当用尽可能多的先进手段来进

行这方面的研究,使中西医结合结出丰硕的成果,为人类的健康长寿作出贡献。

写到这里,前瞻后顾,百感交集。我今已年逾八十,十年动乱使我们的工作推迟了十年,人生能有几个十年!我们一定要在党的领导下加倍努力,夺回这十年。我下定决心,加快步伐,为早日实现四个现代化,把祖国建设得更加繁荣昌盛,为西医、中西医结合事业贡献我的一切。

## 中西医结合治疗急性心肌梗塞 191 例临床观察(摘要)

北京市建筑工人医院内科 刘永年 张佩文 韩铁生

我院自开展中西医结合治疗急性心肌梗塞(简称急梗)以来,疗效提高,病死率较以往显著下降,兹总结报道如下:

**一般资料** 1977~1981年我院共收住急梗191例,均经临床和心电图及酶学检查确诊。其中男165例,女26例。年龄38~83岁。梗塞部位:前间壁77例(40.3%);前壁41例(21.4%);下壁54例(28.2%);两个部位以上11例(5.7%);正后壁4例(2.3%);局灶型4例(2.3%)。并发症:心律失常68例;心源性休克13例;低血压、多汗8例;心力衰竭9例,共98例占51.0%。

**治疗方法** 1.西医药治疗:间歇或连续监护。常规应用镇静、镇痛药,消心痛10mg日3次。重症病人(广泛前壁、两个部位以上、休克及心衰等),应用氢化考的松200~600mg/日静脉滴注,或地塞米松20~40mg/日,加小剂量肝素30mg/日2次,加入莫非氏滴管内静脉滴入,连续三天,如无严重出血倾向,三天内不必做凝血酶元测定。及早处理心律失常,尤其是室性心律失常,一般用利多卡因,如效果不著时,可考虑静脉给乙胺碘呋酮5mg/kg,尤其对快速型心律失常更为有效(包括室性、房颤等)。凡休克者除应用中药生脉散、独参汤外,中、重症休克患者均加用多巴胺和阿拉明。一旦出现心衰及早处理,首用洋地黄制剂,以及减轻前后负荷的药物。另外,要注意患者的情绪、便秘、排尿困难、多汗、饮食等。

2.中医药治疗:凡急梗者常规应用复方丹参注射液8~16ml加入10%葡萄糖250ml内,静脉滴注,每日一次,持续两周。凡血压偏低或早期休克患者,均用生脉散静脉制剂5~10ml加入莫非氏管内滴入,每2~4小时一次,直至病情好转。中、重症休克者,还加服独参汤,并根据病情进行辨证论治,以益气活血为基本治则,配合芳香温通、宣痹通阳、活血化瘀、理气止痛,随证加减,应用中药汤剂进行治

疗。如早期舌苔黄腻,大便干燥,湿热内阻者可加竹茹、瓜蒌、黄芩、麦冬等;心气虚、多汗者,可加浮小麦,或用浮小麦二两煎茶喝亦有良效;对心律失常,心气虚者可选用复脉汤加味;浮肿尿少、脾虚湿重者可用四君子汤合五苓散加减等等。并常规应用少量番泻叶泡水饮预防大便干燥。

**疗效分析** 191例急梗经中西医结合治疗后死亡16例,平均病死率为8.36%,其中心脏骤停5例,休克合并心衰3例,快速性室性心律失常合并心衰1例,Ⅱ°房室传导阻滞合并肾功能衰竭1例,合并肺部感染4例,脑血管意外2例。

心源性休克13例均静脉用生脉散,复方丹参注射液,其中早期休克7例,未用其它升压药,2~5天内休克均得到纠正,余6例中,重型休克加用多巴胺、阿拉明,其中3例经3~7天抢救转危为安,且多巴胺与阿拉明用量减少,3例无效,有效率76.9%。低血压、多汗8例,单用生脉散,复方丹参注射液后1~3天内血压恢复正常水平,脉微多汗症状消失,有效率100%。39例加用大剂量激素和小剂量肝素,死亡9例,有效率76.9%。

**体会** 1.我院1977年前五年单用西药时平均病死率为39.28%,与1977年后平均病死率8.36%相比,明显下降,死亡平均年龄也有所上升。

2.从本组资料说明,复方丹参注射液对提高急梗治愈率,减少并发症,降低病死率是有一定作用的,生脉散静脉制剂抢救和治疗低血压,早期心源性休克有良好作用,中、重症心源性休克配合应用生脉散也可减少升压药的用量和延长其作用时间,减少副作用。

3.对有些症状和体征配合中医辨证施治,随证加减治疗,可弥补西医药的不足。对重症患者,短期应用大剂量激素和小剂量肝素,也是可取的有效措施之一,未发现严重副作用。另外,常规监护主要对早期发现和处理严重心律失常也起到不可忽视的作用。