

6个月。另以56例仅在急发期进行对证处理而未服用固本药物作为对照(对照组)。两组患者的性别、年龄、病情基本一致,有可比性。10年后的随访结果,不论是从患者的临床症状、急性发作次数、劳动情况及部分客观指标的检查结果看来,治疗组明显优于对照组,有效率前者为78.1%,后者仅为32.4%,10年来直接死于肺心病的累计病死率,前者占10.2%,而后者占25%,经统计学处理,均有显著性差异。

大量的临床实践及客观指标的研究表明,肺心病不单纯是呼吸道局部的病变,而是机体全身脏腑功能紊乱,包括免疫、内分泌、植物神经功能、肠道吸收及微循环障碍等,这就成为肺心病反复发作、不易治愈的基础。为了进一步探讨肺心病的病理生理,阐明其疗效机制,我们曾经以免疫功能、内分泌功能、指尖血管容积描记、木糖吸收试验等,作为客观指标,观察固本治疗前后的变化。其结果提示:(1)患者经固本治疗后,原来低下的细胞免疫明显的提高,已与正常值相接近,而对照组则无变化;体液免疫中IgA在固本前升高,固本后下降,IgG则相反,治疗前降低,固本后上升,与对照组比较,均有统计学意义;免疫复合物于治疗后则见下降。提示固本药物能调节机体免疫功能,使机体的抗病能力增强。(2)24小时尿中17-羟类固醇及17-酮类固醇的含量,固本组经固本治疗后,10年来未见下降,而对照组则两者均见减低,说明固本药物能提高肾上腺皮质功能,有利于机体的消炎及抗过敏的作用,从而促进机体的早日康复。(3)指尖血管容积示波描记,治疗组经固本治疗后,示波振幅明显提高,前后差别显著,而对照组则无区别,可以认为补肾及活血化瘀药物,能改善微循环,扩张血管,使局部血流量增加,有利于疾病的修复。(4)木糖吸收功能,固本组经固本治疗后,亦见明显上升,前后比较,有统计学意义;而对照组则未见改变,这就为疾病的恢复,提供有利条件。上面的初步观察结果,我们认为固本药物可能是通过全身性的机体调节而发挥其治疗作用的,使失调的脏腑功能,趋向平衡,因而达到治疗效果。

本病服药时间,不宜过短。我们的经验,服用时间越长疗效愈好。本组患者,连续服用5年的有效率为68.8%,10年的有效率提高至78.1%。所以,扶正固本疗法,必须坚持长期应用。这对大多数肺心病患者的病情改善、病死率的降低、急发期的减少,可获满意效果,是行之有效的防治肺心病重要方法之一。

肺性脑病的中西医结合治疗

上海市纺织局第二医院内科 金维岳

肺性脑病患者往往是在肺心病的基础上,由于缺氧、二氧化碳潴留等因素,除肺、心、脑之外常可并发或伴发全身多脏器、多系统的病变或功能障碍,而使病情复杂,甚或互相影响造成恶性循环,加重病情。治疗时应从整体观点出发,分清不同病因与病理生理不同环节,采取针对性较强(个别化)的综合治疗措施,调动中西医各方面的积极性以把好下列“五关”。

一、积极控制呼吸道感染:目前多主张中西药并用;早期、足量,二种或多种抗生素联合应用,静脉滴注或静注为原则,以后待痰菌培养与药敏测定结果,结合临床疗效观察再考虑选用或改用更敏感的有效抗生素。一些清热解毒的中草药如黄芩、银花、黄连、板蓝根、野菊花、鱼腥草、四季青、鸭跖草、虎杖、蒲公英、败酱草、连翘等均已被证明有一定的抗感染作用。近年来各地已将部分中草药制成针剂,可供静脉或肌肉注射,便于危重病例抢救使用。

二、正确供氧、纠正缺氧:目前多采用低流量(每分钟1~1.5升),持续鼻导管给氧法。按病情每日吸氧10~15小时以上,尤其晚间供氧更不可忽视。

三、畅通呼吸道,改善呼吸功能:祛痰、平喘、畅通呼吸道,除了酌予祛痰剂、平喘药之外,脱水者酌予补液以降低痰液粘稠度使之易于咳出。年老体弱或昏迷者,良好的护理,采用“翻”(定时翻身、体位引流)、“拍”(即拍胸背以排痰)、“吸”(吸痰)、“喷”(药液超声雾化或熏蒸吸入,以稀湿痰液,使之易咳出)等方法,有利排痰。中医辨证属热痰者可用清气化痰丸、泻白散、千金苇茎汤等;寒痰者可选用杏苏散、三拗汤加减。中医辨证属寒喘者可用麻黄汤、射干麻黄汤、小青龙汤加减;热喘者可用麻杏石甘汤、白果定喘汤加减。有嗜睡、神志模糊、意识障碍、 $\text{PaCO}_2 > 78\text{mmHg}$ 者可酌用抗肺脑合剂[含尼可刹米5~10支(每支0.375g)或利他灵2~3支(每支20mg)、氨茶碱0.25~0.5,地塞米松5~10mg,亦可加入酚妥拉明5mg或东莨菪碱0.3~0.9mg,溶于5%葡萄糖液250~500ml中]静脉缓滴,每日1~2次,有较好改善精神神经症状作用,疗程中除加强临床观察外,宜以血气分析作监护,以防呼吸性碱中毒发生。对昏迷或意识障碍严重、痰液壅塞气道经保守治疗无效者,动脉血气分析 $\text{pH} < 7.32$ 、 $\text{PaO}_2 < 50\text{mmHg}$ 、 PaCO_2

>70mmHg者,应积极考虑作气管插管或切开,必要时应用呼吸机治疗。

四、纠正电解质及酸碱平衡失调。

五、治疗各种并发症、伴发症:如心衰、心律失常、消化道出血、DIC、休克、肝肾功能损害等。

肺性脑病患者临床表现有嗜睡、意识朦胧、昏迷、躁动、抽搐及呼吸急促、喉有痰声、舌质紫暗、苔黄腻、脉滑数等,属中医“痰浊蔽窍”、“痰火扰心”、“肝风内动”范畴,除可用涤痰开窍、平肝熄风的安宫牛黄丸、羚羊钩藤汤、局方至宝丹等治疗外,我们用菖蒲郁金汤(石菖蒲、郁金、丹参、远志、甘草)及菖蒲注射液(每毫升含石菖蒲及郁金各2g,每次肌注2ml,每4~6小时一次或以10~20ml加入10%葡萄糖液500ml静滴,每日1~2次)治疗肺性脑病70例,对消减意识障碍及精神神经症状疗效较好。华东地区石菖蒲药物研究专题协作组应用石菖蒲注射液(含0.5%总挥发油)静注或静滴治疗肺性脑病患者279例次,总有效率74.97%,对照组仅57.79%,两组有效率相比有显著差别($P<0.01$)。治后患者神志淡漠、恍惚、嗜睡等症状消减较为明显,对本病轻、中型及早期疗效较佳。石菖蒲注射液有效成分主要为 α 、 β 、 γ 细辛醚等单体。实验证明它可提高机体的耐缺氧作用,与印防己毒素有轻度协同作用,故可兴奋呼吸。此外, α -细辛醚静脉注射有较强的平喘作用,与舒喘灵气雾剂吸入的即时疗效相当,能改善肺通气功能。此外,如热结大肠则肺气不能肃降,痰浊遂上蒙心窍而出现神志异常,故用清热通便,泻下开窍法,采用凉膈散或加用增液汤,促使肠源性内毒素排出体外,消除腹胀,有利于肺部感染控制,消除痰液,改善肺通气功能而使患者意识得以恢复。肺心病患者由于缺氧、酸中毒等常导致其血液流变学方面粘、浓、聚的改变,而可发生血瘀征象。活血化瘀药能降低血液粘稠度、改善组织微循环,降低毛细血管通透性,减轻脑水肿。杭州市五院、南充地区医院等采用祛痰开窍法,重用活血化瘀药(红花、丹参、郁金、莪术等)治疗肺性脑病,也取得较高的临床缓解率。这些治则及治法,均值得进一步研究与探索。

活血化瘀治疗慢性肺原性心脏病

黑龙江中医学院附属医院内科 王 刚

中医认为慢性肺原性心脏病(以下简称肺心病)属于本虚标实之证。血瘀见证在急性发作期及缓解期具有普遍性。因为甲皱微循环障碍,血液流变学的改

变不仅在肺心病有血瘀见证的患者表现出来,而且在无明显血瘀见证的早期肺心病患者中,乃至在肺气肿患者中也会出现甲皱微循环障碍及血液流变学的异常变化。此不仅为肺心病患者血瘀见证提供了客观的科学论证,也为肺心病患者采用活血化瘀法提供了科学依据。

缓解期肺心病患者多为肺肾气(阳)虚兼血瘀或肺肾阴虚兼血瘀,故采用扶正固本及活血化瘀法进行治疗。按中医的辨证分型,对肺肾气(阳)虚兼血瘀者采用温补肾阳药及活血化瘀药:熟地20g 仙灵脾15g 胡桃仁15g 五味子10g 陈皮20g 天麦冬各15g 枳壳10g 草薢10g,制10g蜜丸,每次1丸,日服3次。对肺肾阴虚兼血瘀者采用滋补肾阴药及活血化瘀药:知母15g 沙参20g 生地30g 五味子10g 山药15g 枳壳10g 草薢10g,制10g蜜丸,每次1丸,日服3次。扶正固本疗程为6个月,要累加计算,因有的病人在治本过程中又急性发作,此时应抓紧治标证(继发感染),待标证控制后再继续治本。所以应累加计算固本疗程。实践证明,如此治疗,每年进行一个疗程,连用三年,可提高病人的抗病能力,减少急性发作,防止肺心病的发展,恢复病人的部分体力。

中医认为急发期肺心病主要矛盾是“热”和“瘀”,此和现代医学的感染和循环障碍在某种意义上是一致的。因此急性发作期采用清热解毒和活血化瘀法是有根据的。按中医辨证分型,对热痰型兼血瘀者,治以清热化痰,活血化瘀:双花30g 连翘30g 黄芩15g 公英30g 鱼腥草30g 草河车15g 紫苑15g 桔梗15g 当归10g 川芎10g 赤芍10g 坤草30g 茅根30g 生石膏50g 杏仁10g 瓜蒌15g 甘草6g,每日一剂煎服。对寒痰型兼血瘀者,治以温化寒痰,活血化瘀:炙麻黄6g 桂枝15g 细辛6g 陈皮20g 半夏15g 干姜5g 板蓝根30g 款冬花15g 白前15g 当归10g 川芎10g 赤芍10g 坤草30g 甘草10g,每日一剂煎服。急发期的治疗,以10天为一疗程,一个疗程不见效,可再加一个疗程,直至控制。

实践表明,缓解期肺心病患者采用扶正固本法加活血化瘀法较单用扶正固本法疗效好;急发期患者,采用清热解毒加活血化瘀法较单用清热解毒法疗效好,而清热解毒,活血化瘀并用适当抗生素的中西医结合治疗,则比单用中药或单用西药的疗效为好。