慢性肺心病急性发作期中西医结合辨证分型的研究

——两个主型、四个兼证分型方案的五年临床观察报告

兰州医学院第二附属医院内科呼吸组
王嘉祺　安真光　贾欣增　芦荣台　周丽英　张启昆

内容提要　384 例肺心病急性发作期住院患者按照两个主型：虚瘀寒痰型、虚瘀热痰型；四个主要兼证：兼喘肿（心衰）、兼昏躁（肺脑）、兼厥脱（休克）、兼伤络（出血）的中西医结合辨证分型方案进行治疗与对照观察，表明中西医结合辨证分型治疗明显优于单用西药组。初步证实此分型方案能体现肺心病急发期的主要临床类型，具有简明实用的特点。

十年来，我国慢性肺心病防治研究工作中最突出的成绩是使肺心病急性发作期住院病死率下降了近一半，即由原来的 30%左右，下降到目前 15%以下，明显的延长了患者的寿命。究其原因是多方面的，而积极开展肺心病的中西医结合辨证分型及防治研究，是其中一项重要措施。

肺心病的分型工作早在 1973 年全国第一次肺心病专业会议上已经提出，直到 1977 年在大连召开的全国第二次专业会议上，才初步总结了一个较为可行的分型方案[1]，促进了各地肺心病分型研究工作的深入开展。1978 年冬，我院受西北大区协作组的委托组织了十多个单位对大连方案进行了临床验证，通过 411 例住院的肺心病急性发作期患者分型观察，发现此分型方案尚有需要进一步商榷和改进的地方，主要是型间不稳定，一病多型，以及对血瘀本质强调不够，在治则上也未充分体现。根据联合验证的结果，1979 年 8 月，我们在西北大区第三次肺心病会议上提出了二个主型、四个兼证的新方案，即把肺心病急发期分作：肺心肾气虚血瘀外感寒痰型（虚瘀寒痰型），肺心肾气虚血瘀外感热痰型（虚瘀热痰型）二个主型；兼喘肿（心衰），兼昏躁（肺脑），兼厥脱（休克），兼伤络（出血）四个主要兼证。这一方案的主要目的在于突出肺心病"虚"、"瘀"的本质，在急发期强调感受外邪为其主要病机和临床上的主要表现形式。这一点与现代医学认为肺心病是呼吸衰竭引起的肺动脉高压导致右心衰竭是相吻合的，而急性呼吸道感染又加重了肺微循环障碍，加重了呼吸衰竭致使肺心病急性发作。同时我们又吸取了中医学对外感辨寒热而论治的大法，这样，在肺心病急性发作期抓住寒痰、热痰辨证的纲，识别五脏虚损的程度和血瘀的轻重，兼顾兼证的有无进行分型施治，纲目分明，易于掌握。

随后，我们在上述分型原则指导下，根据药物疗效和药源情况拟定相应的分型方剂。自 1979 年 10 月至 1984 年 4 月，根据上述分型方案及方剂，进行了临床治疗观察，取得了较好的成绩，现汇总如下。

临床资料

一、全部共 384 例，均为急性期住院病人，是根据 1977 年第二次全国肺心病专业会议制订的诊断标准、病情判定标准、疗效判定标准，选取病例，确定病情和判定疗效的。

二、分组：见表 1，分组是由急诊室根据

内科病房空床情况，随意收入，凡住在呼吸组者均采用中西结合治疗而为中西结合分型治疗组，住在其他专业组的单用西药治疗作对照。两组在年龄、性别、病情及分型方面具有一定的可比性(P>0.05)。

表1 两组一般资料比较 例数(%)

	例数	性别		年龄		病情			中西医结合分型	
		男	女	≤50	>50	轻	中	重	Ⅰ	Ⅱ
中西医结合组	187	142 75.9	45 24.1	30 16.0	157 84.0	34 18.2	68 36.4	85 45.4	136 72.7	51 27.3
单纯西药组	197	127 64.5	70 35.5	23 11.7	174 88.3	23 11.7	63 32.0	111 56.3	143 72.6	54 27.4
总计	384	269 70.1	115 29.9	53 13.8	331 86.2	57 14.8	131 34.1	196 51.1	279 72.7	105 27.3

注 Ⅰ代表虚瘀寒痰型，Ⅱ代表虚瘀热痰型

三、治疗方法：中西医结合组以两个分型复方为基础。虚瘀寒痰型主证：咳喘、气憋，咳白痰，恶寒，胸闷胁胀，腰膝酸软，尿清长，舌绛或紫蓝，苔白腻，脉浮紧或沉细。治以温化寒痰，益气活血。方用黄芪、丹参、莪术、甜葶苈子、半夏、干姜(简称肺心Ⅰ号)。虚瘀热痰型主证：咳逆、喘促不得卧，痰黄粘稠或带血，发热或烦热，心绪不宁，唇干舌燥，舌绛或绛紫，苔黄腻，脉数或结代。治以清化热痰，养阴活血。方用黄芪、丹参、莪术、甜葶苈子、黄芩、桑白皮(简称肺心Ⅱ号)。

四个主要兼证：1.兼喘肿(心衰)，主证：心悸、浮肿、喘促不得卧。主型治则加温阳利水、宁心平喘药。浮肿明显可用西药利尿剂、氨茶碱；心衰重者加用小剂量毒K。2.兼昏躁(肺脑)，主证：痰涎壅盛，意识朦胧，谵语、躁动或昏迷不醒。主型治则加清热豁痰、醒神开窍药。可并用西药呼吸兴奋剂、氧疗、纠正酸碱及水电解质失衡，有脑水肿时给脱水剂。3.兼厥脱(休克)，主证：面色晦暗，汗出肢冷，呼吸浅表，精神萎靡或不安，脉微欲绝。主型治则加回阳救逆、益气复脉药。可并用西药扩容升压。4.兼伤络(出血或合并DIC)，主证：皮肤瘀斑或各种出血者。主型治则佐以养阴清热、凉血止血药，并用西药止血，如有DIC可用肝素等。

中药每日1剂（可用汤剂或片剂），7～10剂1疗程，用1～2疗程。轻型单用中药，中、重型配合西药，使用西药的情况与单纯西药组相似。单纯西药组只使用西药治疗作对照。

四、治疗结果：中西医结合组显效83例(44.4%)，好转88例(47.1%)，无效11例(5.9%)，死亡5例(2.6%)。单纯西药组显效25例(12.7%)，好转129例(65.5%)，无效19例(9.6%)，死亡24例(12.2%)。中西医结合治疗组显效率、有效率明显高于单纯西药组，住院病死率亦明显低于后者，经显著性测验P<0.01，均有意义。

对两组进行分型，观察其疗效，除虚瘀热痰型两组有效率相近似外，其他结果同前一组(均经P值测定)。

体 会

一、随着医学事业的发展，近年来对肺心病发病机理的认识进一步深化，治疗手段和临床监护设施不断完善，不论西医或中西医结合治疗肺心病，疗效均有提高，住院病死率逐年下降。但总的说来，中西医结合辨证分型治疗组仍优于单用西药组，从我院近十年来住院肺心病患者不同治疗措施的病死率情况也可表明，见表2。

值得注意的是虽然总的住院病死率下降明

表2 我院近十年来肺心病住院病死率情况

	单用西药组			中西医结合治疗组	
时间	1972～75	1978～79	1980～84	1976～77	1980～84
例数	143	102	197	45	187
住院病死率%	20.2	12.08	12.20	8.88	2.60

显，但较一般常见病病死率仍偏高，尤其合并肺脑时，后果更严重。因此进一步深入开展中西医结合防治肺心病的研究实属必要，防治应从慢阻肺开始，还应抓紧肺心病早期和缓解期治疗。

二、当前在肺心病的中西医结合防治研究中，一些同志只强调治则验证而忽视辨证分型研究，这是不全面的。不分型，治则就无章可循，疗法杂乱不容易形成规律的东西以利推广。另外在分型上还必须坚持简明、实用的原则，既要体现疾病发展中某一阶段本质的变化，又要有相对的独立性，稳定性。根据我们几年来的实践，认为本分型能够初步体现上述原则。几年来通过专业学术交流，此分型也曾得到支持和肯定[2]。

三、分型的目的是指导临床提高疗效，为此应先在分型的原则指导下，结合当地药源情况制订一些疗效肯定，药味相对固定的基本方剂。肺心Ⅰ号、Ⅱ号方即是在实践的基础上逐步形成的。通过验证，总的疗效还好，只是在危重昏迷的患者，使用困难，今后应着手剂型改革。此外，我们认为根据患者当时的病情，采取对患者最为有利的中医或西医的方法治疗，也不失为中西医结合。

四、为了使分型建立在现代科学的基础上，除症状、体征等临床指征作为分型指标外，还应建立分型的客观实验室指标，这样才能更准确，更易推广。我们虽然作了一些努力，但尚不成熟，有待今后继续努力。

参 考 文 献

1. 慢性肺原性心脏病中西医结合辨证分型和治疗原则（1977年修订）. 中华结核和呼吸系疾病杂志1978；1（1）：57.
2. 蔡如升. 肺心病十年来的主要成绩. 中华结核和呼吸系疾病杂志 1984；7（3）：129.

朱砂引起汞中毒致死1例报告

牡丹江林业中心医院内科　张培荣　王梦祥

患者×××，住院号8109，女，70岁。因腹痛呕吐3天，无尿9小时于1983年4月14日晨入院。该患者因心悸服用朱砂1～1.5g/次，日服3次，30天累计约100g。近3天腹痛、腹泻，呕吐黑色水样物，大便呈咖啡色，视物模糊。少尿24小时，无尿9小时。

入院查体：血压110/70mmHg，脉搏80次/分，呼吸36次/分。意识清楚，面部及双下肢轻度浮肿。胸廓桶状，肺部左肩胛下区可闻及少量细小水泡音。心脏未发现异常体征。肺肝界在右侧第8肋间。腹软，肝在剑突下可触及4.5cm，中等硬度，压痛不明显。脊柱无畸形，手指关节肿大变形（曾患类风湿关节炎）。

实验室检查：呕吐物潜血阳性，BUN50.5mg%，CO_2CP40容积%，血清钾20mg%，钠306mg%，氯化物585mg%。

入院后经利尿、抗炎、解毒、给氧、补液等多方抢救，不见好转，仍无尿。入院16小时后，意识模糊，血压70/40mmHg，呼吸42次/分，心率100次/分，心音弱，肢端发凉。入院后18小时呼吸、心跳停止，抢救无效死亡。

讨论：1. 朱砂主要成分为硫化汞。该患者服用1个月，出现恶心、呕吐，严重的腹痛、腹泻，大便呈咖啡色，吐出物潜血阳性，可能系对胃肠粘膜腐蚀所致。胃肠道症状出现后第1日少尿，第2日无尿，BUN50.5mg%，出现急性肾功能衰竭。精神神经症状：开始兴奋，躁动多言，言语不清，后期意识淡漠、朦胧到丧失。本例未发现其它病因，上述症状出现于服朱砂以后，故诊断为汞中毒。

2. 朱砂每次用量一般为0.3～1.5g，研细成末后服用。以往病例中每次用量及用药总时间，有超过此病例者，但未见发生中毒，亦未见到这方面报道。该患者每次用量在正常范围，连续用药1个月，总量达100g，其中$^1/_3$左右为米粒大小之颗粒，该颗粒在胃肠道存留，刺激严重，以至最终出现急性肾衰。

3. 教训：中医中药现为医务界广泛利用，特别对多种慢性病疗效显著。从此病例看，对于中药也要掌握好剂量、用法、适应症，尤要因人而异，密切观察，发现问题及时采取措施，以防中毒。