

· 思路与方法学 ·

如何提高中西医结合对气管支气管病变的诊断与治疗水平

天津医学院第二附属医院 阎承先

气管、支气管病是常见病、多发病，病变多种多样，有些病诊断与治疗比较容易，有些则很困难。中西医结合诊断与治疗该病，可相互取长补短，对“病”和“病人”的认识更正确、更全面，可提高治疗效果。现就如何提高中西医结合对气管、支气管病，特别是一些疑难重症的诊断与治疗谈点个人的体会和看法。

一、西医“辨病”与中医“辨证”相结合

西医一般根据病史、症状及临床检查，包括X线胸部检查和各种化验即可正确诊断一些病，但对一些疑难病的诊断则有困难。许多不同性质的病变可有相同病史与症状，反之，相同的病变可有不同的病史与症状。例如我们用纤维支气管镜检查1321例有呼吸道病史和症状的成年患者，35.7%为肺癌（老年组是55.5%，老年前期组是43.1%，青壮年组是13.2%），36.4%为炎症（老年组为31.6%，老年前期组是35.0%，青壮年组为41.4%），3.0%为结核，3.4%为支气管扩张，7.6%为其它病，13.9%未查出病变。又如，我们对有呼吸症状的274例原发性肺结核患儿进行支气管镜检查，发现病变有：气管壁被压塌陷，粘膜浸润、溃疡、瘢痕性狭窄和58%病例有气管、支气管穿孔。这些病变只有通过支气管镜检查才能明确诊断。临床检查，包括X线胸部检查，有时也不一定能明确诊断出气管、支气管的真实病变，因为有的病临床检查结果一样，而病变实质不一样。X线胸部检查也可有“同病异影”或“异病同影”的情况。例如我们支气管造影检查临床诊断（包括X线胸片检查）为“慢性支气管炎”、“肺结核”、“肺炎”或“Löffler's syndroms”400例患儿中，75%是支气管扩张或先天性畸形，临床误诊率相当高，甚至有的误诊6~9年之久。

由此可见欲提高中西医结合对气管、支气管病变的诊断水平，也就是提高西医“辨病”水平，除必须掌握西医一般诊断方法外，还应熟悉和应用一些现代新的诊断方法，包括支气管镜检查和支气管造影检查。现代光导纤维支气管镜，镜体细、柔软，可随检查需要而弯曲，使用方便，检查范围广（可进入上、中、下各支气管的3级支气管内），辨病效果好，诊断正确率高，痛苦小，并发症少，易为患者所接受，现已广

泛应用于临床。

人体是个完整的统一体，在发生疾病时，由于患者的个体差异和疾病的轻重程度、发展阶段的不同，可表现为中医不同的“证”。所以，中医辨证时应有所侧重。笔者认为应在“辨病”的基础上“辨证”。例如咳嗽，中医分外感咳嗽与内伤咳嗽。外感咳嗽又分风寒、风热、燥热……等；内伤咳嗽又分痰湿内停、火热犯肺、肺气虚、肺阴虚……等。我们用纤维支气管镜检查837例慢性咳嗽的成年患者，证实45.3%为肺癌（老年组为60%，老年前期组为52.8%，青壮年组为20.9%），36.9%为炎症，3.6%为支气管扩张症，2.9%是肺结核，其余为其它病。又如咯血，中医分风热犯肺，阴虚火旺……等证。我们用纤维支气管镜检查616例成年咯血患者，证实42.3%为肺癌（老年组是57.8%，老年前期组是55.7%，青壮年组是15.5%），34.3%为炎症，4.7%为支气管扩张症，2.1%是肺结核。这些疾病在一定阶段中医可辨证为肺气虚、肺阴虚或阴虚火旺……等，但疾病的实质完全不一样，所以，欲提高“辨证”水平，应在辨病的基础上进行辨证。这样，中西医结合对“病”和“病人”的诊断会更全面些，既不同于西医，也不同于中医，而有中西医结合的特点和独到之处，这将对提高气管、支气管病的诊断水平和治疗效果起到很大作用。

二、中西医治疗原则的有机结合

西医多针对病和病原体进行治疗；中医则着眼于整体，既注意“邪”，更重视“正”，调动机体内在因素以提高抗病机能，两者各有优缺点。中西医结合则既重视病，也重视对患者整体的治疗，即“辨病论治”与“辨证论治”相结合，发挥两个优势，必将能取得更好的治疗效果，这也是中西医结合特有的独到之处。近几年来中西医结合治疗肺癌的大量临床实践证明，手术后、放疗或化疗的肺癌患者，加用扶正培本中药治疗，确能增强患者机体耐力，改善患者体质，减轻放疗或化疗的毒副作用和延长生存期，其疗效确比单用西医治疗好。又如老年慢性支气管炎并发肺心病患者，在不同病期，可按病的主要矛盾采取西医或中医为主的治疗手段，如急性发作期，以西医治疗为主，

用抗生素控制感染,纠正缺氧和水电解质紊乱,以及排除呼吸道分泌物,保持呼吸道通畅;在稳定期则宜以中医治疗为主,如用扶正培本中药以增强机体抗病能力,其效果确比单用西药或单用中药治疗好。又如抗结核病西药疗效确比中药好,但常引起一些副作用,如肝脏毒性等,以致不能完成疗程。而加用舒肝汤(柴胡、连翘、板蓝根、赤芍、甘草、红花)常能完成西药抗结核疗程。其它病的治疗也是如此。此外,笔者认为“辨病论治”与“辨证论治”,应以采用最有效的方法为原则。例如我们自1958~1986年共治疗6312例气管、支气管异物患者,除3例需开胸取异物外,其它病例皆经支气管镜下取出,治疗效果立竿见影。又如我们治疗466例肺不张患者,除肺癌病例外,其它梗阻性肺不张皆在支气管镜下治疗后恢复。所以,中西医结合的优点是可以发挥两个优势和选其优者。关于“辨病论治”与“辨证论治”,笔者认为应以“辨病论治”为主。任何治疗首要是必须先辨病,病未辨清楚任何治疗都有盲目性。例如我们曾治疗一位48岁女性患者,因呼吸不畅用中医和西医各种方法治疗3年,呼吸困难越来越重。我们用纤维支气管镜检查证实为气管原发性肿物,手术切除后呼吸困难立即解除。又如,一位19岁青年工人多次发生呼吸困难。经西医内科、耳鼻咽喉科和多次X线胸片检查,皆未明确诊断。中医、西医各种治疗皆无效。在呼吸困难的情况下行纤维支气管镜检查,见气管、支气管粘膜弥漫性水肿,诊断为过敏性气管、支气管炎。经抗过敏治疗后痊愈,改换工种后10多年未再复发。

三、气管切开术应用的体会

关于气管切开术在治疗气管、支气管病中的应用方面,现仍有不同的看法。根据我们行气管切开术病例分析,在1958~1963年236例,1974~1975年107例,1976~1984年307例,其手术指征中,喉源性者分别占86.5%,23.0%,15.3%;下呼吸道分泌物潴留者分别占6.5%,75.7%,75.6%。近几年来仍以下呼吸道分泌物潴留者占绝大多数。这说明气管切开术的临床应用指征有很大改变,气管切开术对气管、支气管病的治疗是有作用的,但有人对此持不同看法。笔者认为气管切开术的疗效与以下四点有关:(1)手术时机。根据多年临床实践,笔者将梗阻性呼吸困难分为轻(Ⅰ度)、中(Ⅱ度)、重(Ⅲ度)三度。每度分二期(阎承先主编,小儿耳鼻咽喉科学,第1版,天津:天津科技出版社,1985:460),此种分度法亦适用于成年人。我们根据319例气管切开术病例分析:呼吸困难Ⅰ度二期者4例,Ⅱ度一期者97例,Ⅱ度二期者

102例,Ⅲ度一期者83例,Ⅲ度二期者33例;手术后死亡率分别为0%,7.2%,13.6%,27.7%,45.4%。可见呼吸困难越严重,时间越久,死亡率越高。原因是梗阻性呼吸困难严重和时间久者,由于低氧血症和高碳酸血症引起脑水肿、肺水肿、肾功能不全和/或心力衰竭越严重。特别是在小儿和久病体虚老年患者易发生这些不可逆性损害。因此,呼吸困难晚期行气管切开术效果不好。所以,掌握好气管切开术时机非常重要,一有气管切开术指征就应早做,绝不应等发绀明显和万不得已时才做。(2)术后处理。喉源性呼吸困难行气管切开术的主要作用是解除喉梗阻性呼吸困难,而下呼吸道分泌物潴留行气管切开术的主要作用是便于吸出下呼吸道分泌物。虽然都是作气管切开术,但目的和作用是不同的。气管、支气管病患者,特别是年老体弱久病者,由于气管、支气管粘膜增厚,粘稠分泌物增多以及粘膜纤毛运动受损,排出分泌物功能差,容易发生下呼吸道分泌物潴留而引起呼吸困难。在这种情况下给氧治疗是无效的,作人工呼吸是有害的,唯一比较有效的治疗是经气管切开术随时将下呼吸道分泌物吸出。不但抽吸气管内分泌物,还应注意抽吸左右主支气管和两侧下叶支气管内分泌物。必要时应用纤维支气管镜直视下抽吸。若只做气管切开术而未加强有效的抽吸分泌物或未重视无菌操作,不但达不到气管切开术的目的,反而对患者不利。(3)广泛性小支气管粘稠或结痂性分泌物潴留患者,气管切开术后用一般常规支气管抽吸法也难奏效,而需在纤维支气管镜下进行支气管灌洗术。我们曾治一位老慢支患者,因呼吸困难、唇指发绀和不能平卧而住内科。西医、中医用各种包括持续给氧、输液和各种药物治疗,皆无效。行气管切开术病情也未见好转。血气分析:动脉氧分压(PaO_2)为45.2托(Torr),动脉二氧化碳分压(PaCO_2)为65.8托。加大给氧后, PaO_2 为52.2托, PaCO_2 升至71.9托。数日后再检查, PaCO_2 升至80.4托,患者已呈半昏迷状态。我们给予行纤维支气管镜下支气管灌洗术治疗后,病情即见好转。两天后又进行第二次支气管灌洗术后,血气分析: PaO_2 升至89.1托, PaCO_2 降至39.1托,病情明显好转,不久安全出院。(4)手术后治疗,气管切开术只是为便于抽吸下呼吸道分泌物,所以,仍须继续治疗原发病。特别是久病患者,更应注意保护心脏和及时用扶正培本中药,以促进患者身体的恢复。

综上所述,只有努力钻研中医和西医的理论,把西医“辨病论治”与中医“辨证论治”很好地结合起来,才能提高对气管、支气管病的诊断水平和治疗效果。