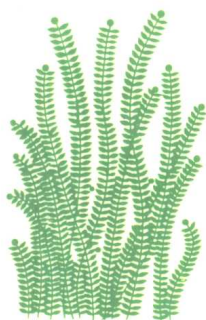


中西医结合妙治疑难病

主编

杜廷海

岳金明



河南医科大学出版社

R-42

313

中西医结合妙治疑难病

主 编 杜廷海 岳金明

河南医科大学出版社

·郑州·



0157264

0157264



中西医结合妙治疑难病

主 编 杜廷海 岳金明

责任编辑 王月慧

责任监制 何 芹

责任校对 冉春倩

河南医科大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

邮政编码 450052 电话 (0371)6988300

郑州文华印刷厂印刷

开本 850×1168 1/32 印张 15.125 字数 393 千字

1998 年 8 月第 1 版 1998 年 8 月第 1 次印刷

印数 1~5 000 册

ISBN 7-81048-243-2/R·234

定价:24.00 元

《中西医结合妙治疑难病》编委会名单

主 编	杜廷海	岳金明		
副主编	周世群	王 伟	王淑珍	张玲瑞
	刘 丽	陈玉梅	侯建玲	刘保夫
编 委	(按姓氏笔画排列)			
	王延须	白松岭	白春香	冯 丽
	齐 英	乔学军	李卫东	杨静琴
	张振涛	罗宏伟	周运福	赵春生
	高桂英	高富杰	阎 琴	姬同来

内 容 提 要

（本书根据中西医结合实践经验,结合最新研究成果,全面、系统地介绍了 50 种疑难病的诊断、辨证要点、中医治疗、西医治疗和中西医结合治疗与进展等）其中,中医治疗包括应急措施、辨证施治、辨证使用中成药、外治法(如针灸、外敷等)、其他疗法、单验方 6 个方面。内容丰富,资料新颖,以治疗为重点,突出全面和实用,具有较高的临床应用价值,供从事中医、西医、中西医结合临床及教学、科研的工作者参考。

前 言

中医和西医是在不同的科学背景下和社会条件下发展起来的,各有其长处与不足,有很大的互补性。中西医结合通过“研究、比较、吸收”,使2种理论和方法相互渗透,取长补短,融汇贯通,宏观与微观相结合、辨证与辨病相结合、整体与局部相结合,在防治疾病、保护人类健康方面,取得了更加令人满意的效果。随着社会的发展,医学模式正向生物——心理——社会医学模式转变,中西医结合已成为医学发展的一种趋势。

我们在临床工作中,应用中西医结合方法治疗疾病,常常取得较单纯中医或西医更为满意的疗效,由此,深刻认识到中西医结合的重要性和必要性,同时亦感到自己所学知识有限,远远不能满足临床需要。故在繁忙的临床工作之余,每天灯下学习数小时,翻阅有关杂志和书籍,结合临床实际,书写读书笔记。在长期积累的基础上,精选整理,编写成此书。本书以中西医结合为基础,以治疗为重点,突出临床实用,力求反映最新研究成果。希望能对临床工作者有所帮助,对促进中西医结合尽微薄之力。

限于经验和水平,书中可能有疏漏、不当之处,诚请批评指正。

编者

1998年5月

目 录

绪论	中西医结合治疗思路与方法·····	(1)
一	休克·····	(7)
二	顽固性心绞痛·····	(31)
三	急性心肌梗死·····	(44)
四	危重心律失常·····	(60)
五	难治性心力衰竭·····	(75)
六	顽固性高血压病·····	(91)
七	病毒性心肌炎·····	(103)
八	支气管哮喘·····	(113)
九	肺源性心脏病·····	(124)
十	原发性支气管肺癌·····	(132)
十一	呼吸衰竭·····	(143)
十二	胃癌·····	(155)
十三	肝硬化·····	(162)
十四	肝性昏迷·····	(174)
十五	原发性肝癌·····	(183)
十六	急性胰腺炎·····	(191)
十七	胆石症·····	(199)
十八	急性肾小球肾炎·····	(206)
十九	慢性肾小球肾炎·····	(215)

二十	肾病综合征·····	(222)
二十一	慢性肾盂肾炎·····	(230)
二十二	慢性肾功能衰竭·····	(237)
二十三	急性白血病·····	(252)
二十四	慢性白血病·····	(266)
二十五	特发性血小板减少性紫癜·····	(276)
二十六	弥散性血管内凝血·····	(287)
二十七	甲状腺功能亢进症·····	(293)
二十八	糖尿病性神经病变·····	(304)
二十九	单纯性肥胖病·····	(314)
三十	类风湿性关节炎·····	(320)
三十一	系统性红斑狼疮·····	(328)
三十二	脑出血·····	(337)
三十三	脑血栓·····	(344)
三十四	脑栓塞·····	(351)
三十五	蛛网膜下腔出血·····	(356)
三十六	急性感染性多发性神经根神经炎·····	(361)
三十七	癫痫持续状态·····	(367)
三十八	偏头痛·····	(376)
三十九	颈椎病·····	(384)
四十	前列腺增生症·····	(390)
四十一	血栓闭塞性脉管炎·····	(398)
四十二	痔疮·····	(404)
四十三	新生儿黄疸·····	(410)
四十四	小儿厌食症·····	(417)
四十五	遗尿症·····	(421)
四十六	先兆流产·····	(425)
四十七	不孕症·····	(429)

四十八	慢性宫颈炎·····	(435)
四十九	恶性滋养细胞肿瘤·····	(441)
五十	艾滋病·····	(446)
附录	常用中药现代药理综汇·····	(454)

绪论 中西医结合治疗思路与方法

中西医结合是研究中医和西医,比较二者的异同点,吸收二者之长,融汇贯通,从而创造医学理论新体系,服务于人类健康和疾病防治的整体医学。它不仅为保障我国人民健康提供了更有利条件,而且使我国的医学具有了新的特色。

中医和西医是各国人民在不同的历史条件下与疾病做斗争的经验总结,各自形成了独特的理论体系。中医学产生于经验医学时代,为自然哲学医学模式,其特点为“天人合一”的自然观、身心统一的整体观、辨证施治的治疗观,注重整体和七情(心理因素)在致病和治病中的作用。因缺乏分析时代的发展,其实验分析方法则不足。西医学产生于实验医学时代,为生物医学模式,通过实验分析法和逻辑思维,从器官、组织、细胞分子水平说明人体结构、功能和疾病的发生与防治。但与中医相比,整体综合则不足。中西医结合通过“研究、比较、吸取、创建”,将中医和西医有机结合,取长补短,临床上取得了单用中医或西医难以取得的效果,同时又促进了基础理论的提高。中西医结合防治疾病的经验,已引起国内外医学界的高度重视。随着中西医结合研究的深入,必将产生新的突破和飞跃。

1. 宏观辨证与微观辨证相结合 宏观辨证主要是依据中医学理论作为指导和望、问、闻、切四诊之所见,做出病因、病位、病性的临床辨证,这是根据患者外在表现对疾病做出的综合的、整体的分析判断。微观辨证主要是运用各种现代科学方法,对各类型患者进行内在的生理、生化、病理和免疫微生物等各方面客观征象的检查分析,探讨其发生发展的物质基础和提供可作为辅助诊断的客

观定量指标。临床上若把宏观的辨证和微观的实验分析方法有机地结合起来,取二者之长,互补其不足,可对疾病有较全面的系统认识,使临床辨治达到更新更高的水平。如慢性胃病,幽门螺旋杆菌感染与其中医证型有一定相关性,按照阳性率的高低,排列顺序为:脾胃湿热型>胃络瘀血型>肝胃不和型>脾胃虚弱型>胃阴不足型。如把慢性胃病(炎症、溃疡)的宏观辨证和微观的幽门螺旋杆菌感染指标结合起来进行辨证治疗,就能找到抑制幽门螺旋杆菌的有效方药,为中医治疗慢性胃病开拓新的途径。大量临床实践验证了宏观辨证与微观辨证结合的优越性和先进性。

2. 辨病与辨证相结合 中医以辨证论治为其主要特点;而西医则主要是先确定是什么病,再针对病因和病理进行治疗。若把二者结合起来,对疾病有了更全面的认识,根据中医理论或西医理论,选用中西药治疗,可取得比单一方法更好的疗效。例如治疗心律失常,在辨证论治前提下,选择一些现代药理研究证实抗心律失常作用强的中药,如清热药黄连、苦参,化痰药陈皮、远志、南星,活血药当归、元胡、郁金,益气药人参,补血药何首乌、当归,滋阴药白芍等等,既符合中医辨证论治,又具有较强针对性。或加用抗心律失常的西药,既作用迅速,又调理机体整体,避免不良反应,达到标本兼治的目的。再如治疗感染性疾病,中药辨证论治着眼于整体,平衡阴阳,调理气血,调动机体内在力量,提高抗病能力;加用敏感性强的抗生素,既可迅速杀菌,又能抗细菌毒素,并有促进机体免疫功能等作用,菌毒并治,明显提高了治疗效果。在辨病、辨证过程中,也逐渐总结出治疗某些疾病的独特疗法。如用排石汤治疗胆结石,活血化瘀或益气活血法治疗冠心病,清热、熄风、化痰法治疗乙型脑炎,补气化痰法治疗脑血栓,平肝潜阳法治疗高血压病等等。并提出“无证从病、无病从证、舍证从病、舍病从证”等诊治方法,在无证可辨时就按该病的规律来治,无法确定病名时就采用辨证的方法治疗,从而丰富了辨证论治的内容。

3. 中西医结合治法的结合 早在本世纪 20 年代,我国就有人倡导把中西医的治疗方法结合起来,例如张锡纯的“石膏阿司匹林汤”,这种结合方法实际上是中西药并用,比较初级和简单。中西医结合治法的结合,不能仅仅停留在两种治疗方法的机械结合和同时并施的水平下,应充分倾及二者之长,使二者在使用中浑然一体,发挥出更大的疗效,进而形成新的治法,这是一种有机的结合。具体的结合有以下几个方面:一是中西治法各用其长。如白术或四君子汤类健脾方药,具有增强 5-氟尿嘧啶杀灭癌细胞的作用,而对正常细胞却有保护作用,通过中药和抗癌西药的有机结合,扶正祛邪,着眼于整体,立足于局部,杀灭癌细胞,会取得全面效果,并减少或避免副作用。手术切除胆结石后服用中药清热利湿、疏肝利胆,胃溃疡、胃癌病人胃切除后用中药健脾益气,可提高手术效果。又如流脑惊厥时,用脱水剂、止痉剂及冬眠疗法以控制抽搐,然后再按卫气营血辨证。感染性休克,先用扩容、纠酸和血管活性药物纠正休克,并用活血化瘀法防治 DIC,清热解毒方药与抗生素共用以杀菌、灭活毒素,保护机体,菌毒并治。这些都是中西医结合治法的结合,其基本特点是取中西医结合治法之长,提高疗效,并由此而产生一种既不同于中医,又不同于西医的新疗法。第二,以中医治法弥补西医之不足。在临床上,可用中医治疗控制西药的毒副作用,弥补西医治法之不足。用糖皮质激素及环磷酰胺治疗肾病综合征和某些慢性肾炎,疗效确切,但有明显的副作用。用六味地黄丸、左归饮等配合糖皮质激素,可保护肾脏,减少“柯兴综合征”的发生。用参、芪、当归等补益气血药配合环磷酰胺,也减少了白细胞下降等副作用。中药配合化疗、放疗治恶性肿瘤,可大大减少血细胞下降、胃肠反应等毒副作用,使治疗过程得以完成。这种中西医结合方法所配合的中医药疗法,除可减少不良反应外,本身也有治疗作用,可以在不同程度上减少西药的用药或治疗强度。如用中医药配合可减少激素用量甚至逐渐代替,从而撤掉外源性激素,

无疑有助于系统性红斑狼疮、肾病综合征、风湿热及其他结缔组织病等疾病疗效的提高。第三,以西医治法补中医之不足。中医仍存在着起效缓慢、针对性较弱等不足,在临床上,常采用一些西医疗法以补中医之不足。如阵发性室速,发作时应用利多卡因,甚至应用人工直流电复律;在缓解期则应用中药辨证施治,以调理阴阳气血,预防复发。对急性失血、失水病人进行输血、输液,对中药保守治疗未能奏效的急腹症进行手术治疗等等,体现了“急则治其标,缓则治其本”的思想。总之,在许多疾病的治疗中,中西医治法有机地结合,可发挥各自优势,以取得单纯中医或西医难以取得的疗效。

4. 中西药的有机结合 随着中西医结合工作的不断开展,临床上中西药合用日趋普遍。大量临床实践证明,中西药合理配伍使用,能够提高疗效,开辟新的治疗途径,扩大治疗范围,缩短疗程。相反,不合理的中西药物并用,可使药效降低或消失,毒副反应增加或引起药源性疾病。因此,应掌握中西药相互作用原理及配合应用规律,以合理并用中西药。

(1)中西药物相互作用对吸收的影响 大多数药物在胃肠道是经过被动转运方式吸收的,遵循药物跨膜简单扩散规律,即非解离型易跨过生物膜吸收,解离型则不易吸收。解离型的多少受胃肠酸碱度的影响。一般来说,弱酸性药容易在胃吸收,弱碱性药需在碱性的肠道才能吸收。抗酸中成药陈香露白露片或乌贝散,可提高胃肠道 pH 值,与弱酸性药物同服则吸收减少,与弱碱性药物(氨茶碱等)同服则吸收增加。胃肠蠕动增加(或减少)可减少(或增加)某些药物的吸收。如地高辛与华山参片合用,后者具有抗胆碱作用,抑制肠蠕动,促进地高辛的吸收;相反,中药大黄、番泻叶等使胃肠蠕动增加,从而使地高辛吸收减少。四环素类抗生素与含钙、镁、铝及铁等二、三价金属离子中药(石膏、代赭石、滑石等)、中成药(防风通圣丸、牛黄解毒丸等)及(汤剂白虎汤、旋复代赭汤

等)同服,易形成不溶解的螯合物,使吸收减少。红霉素、林可霉素、制霉菌素、铁剂、钙剂、甙类与含鞣质的中药(大黄、诃子、虎杖等)、中成药(四季青片)及汤剂(大承气汤、八正散等)同服,可结合生成鞣酸盐沉淀物,不易被吸收。因此,中西药合用可因胃酸度、胃肠蠕动及在胃肠内发生螯合、吸附作用等因素而影响疗效。

(2)中西药物相互作用对分布的影响 中西药合用,可影响相互的体内分布,使疗效增强或减弱。如氨基糖甙类抗生素与中药硼砂及含硼砂中成药合用,能使前者排泄减少,抗菌作用增强,并使耳毒性作用增强。枳实与庆大霉素合用于胆管感染,由于前者能松弛胆总管括约肌,使胆管内压下降,升高胆管内庆大霉素浓度,而提高疗效。

(3)中西药物相互作用对代谢的影响 大多数中西药物在肝脏代谢。西药巴比妥类、水合氯醛、保泰松、苯妥英钠等以及中药生甘草为肝药酶诱导剂,当生甘草及其制剂与部分西药(巴比妥类、苯妥英钠、胰岛素、降糖灵等)合用,可使后者药效降低;亦可能使合用的三环类抗抑郁药代谢产物增多,增加其不良反应。甲氰咪胍、异烟肼、阿司匹林等以及中药补肾复方汤剂(黑附子、生熟地、补骨脂、仙灵脾、菟丝子、山药)为肝药酶抑制剂,可使某些药物(如安替比林等)代谢延缓,半衰期延长,疗效提高,也可发生严重的毒性反应。

(4)中西药相互作用对肾脏排泄的影响 酸性中药(乌梅、山楂、女贞子、五味子等)、中成药(大山楂丸、保和丸等)及汤剂(地黄饮子、生脉散等)可酸化尿液,增加酸性西药(阿司匹林、青霉素、先锋霉素、苯巴比妥等)在肾小管的重吸收,提高血药浓度。山楂与呋喃咀啉合用可产生协同和增效作用。而碱性中成药(健胃片、龙胆合剂等)可碱化尿液,增加酸性西药的排泄,减少其重吸收,降低疗效。

(5)中西药相互作用的药效学 中西药相互作用发生于药物

作用部位,它们可改变效应器官对相同浓度药物的敏感性,表现在同一受体部位或相同的生理系统上作用的相加、增强或拮抗。如中成药华山参片的主要成分为东莨菪碱、莨菪碱及阿托品等,可拮抗M受体激动剂。催眠药的作用为中药药酒含的乙醇所增强。如果中药和西药利用同一运转机制,那么中药(或西药)影响西药(或中药)的摄取和转运,因而阻止其达到作用位置。而潴钾利尿剂与富含钾的中药(如昆布、五味子、牛膝、茵陈等)合用,易诱发高钾血症。

了解上述中西药合用的作用机制,对于合理并用中西药有较大的指导意义。中西药合理并用的最大特点是充分吸收中西药之长,克服两者之短,择优而从,有机结合,以实现取长补短的协同作用,从而提高疗效。

5. 系统论、控制论和信息论的运用 系统论的特点是整体性、辩证性和综合性。它使对各个事物的认识进入综合认识的新层次。生物控制论是着重研究生物系统的控制过程和信息处理。信息概念是研究传递和变换规律的,是控制论的基础。控制论通过信息概念、反馈概念、系统概念加以沟通,找出不同事物之间的联系。如利用反馈原理、黑箱理论、信息调节等,对揭示生命现象和疾病本质有着重大意义。运用“三运”的理论和方法,在中西医结合研究中,必将发生思路与方法的新突破。

中西医结合是在发展中医和西医基础上的结合。目前,医学模式正从生物医学模式向生物——心理——社会医学模式转变,由于饮食结构和自然、社会环境的变化,疾病谱和人口谱也发生转变,代谢性疾病(糖尿病、肥胖病等)将成为未来医学的主要矛盾。延缓衰老和老年人的保健亦成为医学的重要课题。因此,中西医结合反映了中医学和西医学发展的需要及时代的要求,随着研究的深入,必将发展成为一门新的医学——中西医结合医学。

一、休克

休克是由于各种原因引起的有效循环血容量急剧减少,导致全身急性微循环功能障碍,使重要脏器供血不足,严重缺血缺氧,从而产生代谢障碍与细胞受损的一种临床综合征。发病后,先后出现缺血、淤血、弥散性血管内凝血、器官功能衰竭等病理变化。根据病因不同,临床分为感染性休克、低血容量性休克、心源性休克、过敏性休克、神经源性休克等。本病属中医“厥证”、“脱证”等病范畴。由于情志、饮食、劳累、失血过多等原因,致脏腑气血津液亏损、阴阳气血逆乱而发病。休克的治疗应随休克的不同类型及不同阶段而异。是否能及时、正确的诊断和治疗,直接关系到患者的生命。随着医学科学的发展,中药剂型及给药途径的改进,中西医有机地结合,休克的治愈率越来越高。

【诊断依据】

(一)症状

1. 早期 烦躁不安、焦虑、头晕、恶心、呕吐、尿少等。
2. 晚期 口渴、嗜睡、昏迷,尿量显著减少或无尿。心脏、肺、脑等脏器功能衰竭时出现喘促、头痛、呕吐等。
3. 原发病表现 如感染性休克则有寒战、高热、大汗等,出血性休克出现出血和急性贫血有关症状(呕血、便血、心悸等)。

(二)体征

1. 意识 早期焦虑,随后神经功能由兴奋转为抑制,表情淡漠、意识模糊直至昏迷。
2. 皮肤 早期由于微血管痉挛、组织灌注不足,皮肤苍白、发绀或呈花斑状,四肢末端湿冷,甲床灰白或紫绀。进入淤血期,

皮肤暗紫花纹,四肢末端湿冷温暖。皮肤有紫斑或有出血倾向时,则表明有 DIC。

3. 脉搏 细而快,甚至难以数清。足背动脉消失为诊断休克最早的体征之一。

4. 血压 收缩压 <10.7 kPa(80 mmHg),脉压差 <2.7 kPa(20 mmHg),或原有高血压者,收缩压较原水平下降 30% 以上。在休克早期,血压可正常。

5. 尿量 每小时 <30 ml,且比重增高。

6. 眼底改变 早期表现为小动脉痉挛和静脉迂曲扩张,晚期可伴有视网膜出血水肿现象。

7. 甲皱微循环 以手指压迫患者指甲远端,甲床由苍白转为紫绀。

8. 休克指数 指脉率与收缩压之比,休克血容量不足,休克指数常大于 1。

9. 原发病相应体征 如急性心衰时出现两肺干湿性啰音等。

(三)实验室检查

1. 血常规 革兰阳性菌感染所致休克,白细胞和中性粒细胞增高;某些细菌如伤寒杆菌、病毒感染,白细胞和中性粒细胞可正常或减低。血容量不足、血液浓缩,血红蛋白、红细胞、血细胞比容明显升高。

2. 尿常规 尿量减少(<30 ml/h)、尿比重 >1.020 ,提示血容量不足。应进一步输液。

3. 生化检查 血乳酸、乳酸脱氢酶升高,与病情轻重成正比。肾衰时血肌酐、尿素氮增高。

4. 血气分析 酸碱平衡紊乱时出现相应变化。如代谢性酸中毒,AB,SB,BB 减少,BE 负值增大, CO_2CP 降低。

5. 凝血现象检查 DIC 时,血小板减少,凝血酶原时间及凝