

全国基层医学 经验文集

(中医、中西医结合、预防、管理)

QUANGUO JICENG
YIXUE
JINGYAN WENJI



黎之兴 杨柱星 主编

广西科学技术出版社

95
R4-53
7
Z-4

全国基层医学经验文集

(中医 中西医结合 预防 管理)

主 编 黎之兴 杨柱星

副主编 陈斌冠 陈长娟

11470112



3 0131 8351 6

广西科学技术出版社

176854

C



(桂)新登字06号

全国基层医学经验文集

(中医、中西医结合、预防、管理)

主 编 黎之兴 杨柱星

副主编 陈斌冠 陈长翔

*

广西科学技术出版社出版

(南宁市河堤路14号)

广西新华书店发行

广西民族语文印刷厂印刷

*

开本 787×1092 1/16 印张49.25 插页1 字数1 254 000

1994年9月第1版 1994年9月第1次印刷

ISBN 7-80619-088-0

R·2

定价:20.15元

李振潜同志医药学术活动
为人民群众服务精神。

李振潜

一九九〇年二月廿二日

广西壮族自治区人民政府李振潜副主席题词

加強基層醫學技術交流，提高
醫學技術水平，為實現“二〇〇〇
年人人享有衛生保健”的目標而
努力奮鬥。

廣西壯族自治區衛生廳

藍芳馨

九〇年六月

序

医学经验出自实践，来自基层。我国的基层医务工作者肩负着“2000年人人享有卫生保健”这一战略目标的艰巨使命，他们有着坚实的实践基础和丰富宝贵的医疗经验。为了更好地总结推广这些经验，促进基层医药学术交流活动，提高基层医务人员的医疗水平和医学论文写作能力，将基层医务工作者的好经验征集整理而公开出版，给他们创造一个提高和交流的机会，是一件极有意义的事情。

《全国基层医学经验文集》共汇集了来自全国三十个省市自治区基层医务人员撰写的论文，内容包括内、外、妇、儿、护理、皮肤、传染、耳鼻喉、眼、口腔、中医、预防医学、检验和卫生管理等。论文内容翔实，实用性强，他们的经验具有在基层医院推广应用的价值。其中有一些论文数据精确，科学性强，具有较高的学术水平，这充分显示出基层医务人员在长期的医疗实践中有着科学的态度和严谨扎实的作风，受到评审专家的好评。当然，也有部分文章因基层医院的设备条件所限，未能更好地反映出应有的水平。我们希望通过这次活动，能进一步激发基层医务人员坚持严谨的科学态度和勤于思考、善于总结、勇于创新的科学精神，使基层医疗卫生工作在深化改革的形势下，更好地为经济建设服务。

广西医科大学校长 马朝桂 教授

一九九四年四月二十日

前 言

在医药卫生战线中，基层医务人员占绝大多数。他们长期工作在预防、医疗的第一线，直接为中国人民的医疗及卫生保健服务，有着极其丰富的实践经验。为了更好地总结和推广这些经验，繁荣基层医药学术活动，提高基层医务人员作者的业务水平和论文写作能力，给他们提供一个切磋医技和交流经验的机会。我们应广大基层医务人员的强烈要求，中华医学会广西分会与广西医学情报研究所《医学文选》杂志编辑部合作，开展全国首届基层医学论文评选活动，并得到他们的积极响应，纷纷把他们长期积累的宝贵经验，甚至祖传医技秘方整理成文，贡献给社会，造福于人民。

参加这次征文活动的主要是县、乡、工矿企业及部队的医务人员。一些在高等医学院校、科研院所医护第一线工作的专家学者，亦把对基层有指导意义的论文寄来交流，在此，我们表示衷心地感谢！

为了使这些论文更科学、规范，我们邀请了广西医科大学校长马朝桂教授等28位专家学者组成评委会，对论文分学科和专业进行评审，挑选出具有一定水平和有代表性的论文公开出版，我们还成立了全国基层医学论文编辑组，组织了15位富有医护实践经验的编辑专家，根据评委会提出的意见，对每篇论文进行格式规范化和文字修改，部分论文还退给作者补充材料和数据。应该说，这些论文应用性强，具有推广价值和一定的科学性；在一定程度上反映了我国目前基层医务人员的学术水平，充分显示出基层医务人员严谨的科学态度和扎实的工作作风，得到领导评审专家的充分肯定。广西壮族自治区人民政府副主席李振潜及广西壮族自治区卫生厅厅长、中华医学会广西分会会长蓝芳馨欣然题词鼓励；广西医科大学校长马朝桂教授在百忙中给予指导，并亲自作序致意。我们对领导的关怀和支持表示衷心感谢！

为了使论文能科学系统地出版，便于读者阅读和交流，我们将遴选出来的论文按内、外、妇、儿、皮肤、五官、中医、预防、实验医学、管理、医学教育等学科分集出版。为使各集自成系统，我们在目录上按病症分类。为便于检索，各集附论文作者索引，每篇论文收取首位作者，按姓氏笔画排列，作者据此可查找自己的论文。

然而，基层毕竟受到医疗技术、设备、信息等条件所限，致使一些论文选題欠新，材料欠全，证据欠足，格式欠规范，加之我们水平有限，未能全面、准确地反映出论文应有的水准。尽管我们为此书的出版尽了最大努力，但错漏之处在所难免，望广大作者批评指正。我们相信，通过这次全国基层医学论文评选活动，一定能激发基层医务人员勤于思考、善于总结、勇于创新的精神，使基层医疗卫生工作在改革开放的大业中，跟上时代的步伐，为中华民族的繁荣昌盛作出应有的贡献。

编 者

一九九四年四月

目 录

中西医结合·····	(1)
脏腑学说·····	(10)
医案医话·····	(18)
瘟病·····	(32)
病毒性肝炎·····	(44)
痢疾·····	(56)
冠心病·····	(62)
心律失常·····	(66)
血压异常·····	(72)
外周血管疾病·····	(75)
慢性支气管炎·····	(82)
肺系疾病·····	(92)
血液系疾病·····	(97)
消化性溃疡·····	(105)
胃肠疾病·····	(113)
肝胆胰疾病·····	(135)
泌尿系结石·····	(145)
肾小球疾病·····	(151)
泌尿系杂病·····	(161)
男生殖系疾病·····	(166)
内分泌疾病·····	(171)
脑血管疾病·····	(179)
头痛·····	(194)
神经痛·····	(201)
面神经炎·····	(205)
神经官能症·····	(215)
脑部疾病·····	(222)
痹症·····	(226)
肿瘤·····	(241)
溃疡、窦道·····	(252)
创伤·····	(257)
肛门疾病·····	(263)
骨折·····	(266)
脱位·····	(270)

软组织损伤.....	(276)
月经病.....	(297)
带下病.....	(303)
产科病.....	(308)
乳腺疾病.....	(313)
妇科杂病.....	(318)
瘕积.....	(326)
小儿时疫.....	(337)
小儿肺炎.....	(341)
小儿杂病.....	(349)
疥癣.....	(355)
性传播疾病.....	(373)
耳鼻喉疾病.....	(375)
眼疾病.....	(384)
口腔疾病.....	(390)
中药制剂炮制.....	(392)
中药药理.....	(400)
中药品.....	(402)
各科用药.....	(407)
各代医方.....	(420)
流行病学与防疫.....	(441)
环境卫生.....	(505)
劳动卫生.....	(516)
战备卫生.....	(528)
食品卫生.....	(535)
个人卫生.....	(581)
儿少卫生.....	(610)
疾病调查与统计.....	(628)
医疗服务制度.....	(644)
医院管理.....	(671)
卫生防疫组织.....	(707)
医德医风建设.....	(716)
卫生经济.....	(730)
医学教育.....	(748)

中西医结合

浅谈中西医学的整体观

新疆石河子医学院第一附院 (832008) 杜金华

医学的整体观是医学的认识论和方法学的特有学问。不同历史时期的医学,由于形成的历史背景、文化思想和科学水平的不同,其整体观也不尽相同。医学的整体观是在人类历史的长河中,大体经历了古代笼统模糊的整体观、近代机械唯物的整体观、现代科学系统的整体观等三个历程。尤其是近代以来,医学的整体观有着明显的、本质的不同形态。

人类的早期阶段,由于人对自然认识能力的低下和生产力的限制,古代科学是初级综合的知识体系。古代笼统模糊的医学整体观以朴素的唯物主义和自发的辩证法,结合人体本身变化的现象,来认识和治疗疾病,从而结束了“医源于巫”、巫医不分的落后状态,为中医奠定了基础。古代医学的整体观将自古以来从实践中逐步积累的医药知识上升到理论高度,使零星分散的医学知识形成了比较系统的医学理论;然而,这种医学理论从本质上来说,还不能深入揭示疾病的内在机理,不能对临床治疗给予具体、深刻的解说,不能进行定性定量分析,不利于认识的进一步发展;因此,它是不完全的和不严密的认识论与方法学。

近代科学是以分化为主体的科学。由于分门别类的研究和经典力学的首先完成,从而形成了近代机械唯物主义的自然科学。这种自然科学渗透到医学领域中,形成了近代西方机械唯物的医学整体观。它将人体分解成许多部分,进行深入研究,克服了古代医学笼统模糊、朴素自然的局限性,使近代医学迅速发展。然而,近代机械唯物的医学整体观是将人体看作是各个组成部分的简单叠加、机械组合;认为了解了部分即可认识到整体。这种理论指导下研究的结果,难免出现形态和功能,微观和宏观,机体和环境,心理和临床表现等诸多方面认识上的脱节,妨碍了对实际过程多种因素综合变化的全面认识。因此,近代机械唯物的医学整体观,使近代医学在基础理论研究和临床实践方面,难以获得科学地、健康地发展。

现代医学的整体观是科学的系统的整体观。它是从整体与要素、层次、结构、环境、心理等方面的辩证关系揭示整体特性的。它强调整体的特性存在于诸要素的联系之中,而不是要素的简单相加。要素在组成整体时,将失去其独立存在时某些特性,而产生新的性质、特性和功能。因此,对整体的研究,必须把它放到大环境,大系统中去考察研究,对其要素也必须从总体联系中去分析、研究和认识。现代科学系统的整体观,突出地表现在由近代生物医学模式向生物、心理、社会医学模式的转变,从而使现代医学发展有了历史性的飞跃。

综上所述,医学整体观在历史上经历了从朴素、自然、笼统、模糊到机械唯物、再到系统分析研究和认识上的一个螺旋上升的发展过程。现代的医学整体观与以往的医学整体观既有内在联系,又有本质上的差异。

我国的中医医学理论体系建立于2000多年以前,在古代这无疑是最高的水平和成就。后来,虽然在不同时期有所变革和发展,历代中医学家对中医理论的发展和实践经验的丰富积累,均有过它极大的贡献,但始终没有能够脱离原有的理论框架。它的整体观是笼统模糊的整体观,它并不比近代的机械唯物整体观进步,更不能与现代科学系统的整体观相提并论。中医学

的笼统模糊整体观又是一个封闭式的体系,难以吸收现代科学技术的先进成果。如果不从理论体系上作根本的改变,中医必将与现代科学技术发展的大趋势脱离得更远;因此,中医学的发展必须用系统整体观取代笼统模糊的整体观,不断吸取最新的科技成果。这样才有利于中医学与西医学的融汇贯通,取长补短,从而相得益彰,促进人类医学取得新的突破性的发展,使中医学对人类有更大的贡献。

几种中药与西药的不合理联用

广西浦北县人民医院 (535300) 邓永中

中医学与西医学的发展经历了不同的曲折的道路,形成了不同的学术思想体系,虽然它们所面对的疾病是统一的,但这并不意味着中西药都可同时用于一种疾病。由于中药与西药的所含成份有异,如伍用不当,则会产生药物拮抗,降低疗效,甚至产生副作用。

1. 强力霉素:王汇川报告〔1〕,强力霉素结构为氯化并四苯,具有酰氨基和多个酚羟基,不能与桔红丸配伍,因为桔红丸中所含的生石膏主要成分为硫酸钙($\text{CaSO}_4 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$),其中的 Ca^{++} 能与强力霉素的酰氨基及酚羟基形成螯合物而影响强力霉素的吸收,降低其疗效。

2. 甘草:祝业光、冯进华报告〔2〕,甘草主要成分为甘草酸,水解后生成甘草次酸,具有糖皮质激素样作用。①与强心甙药物合用,可增强机体对强心甙的敏感性,诱发强心甙中毒。②与利尿及噻嗪类利尿剂合用,可发生药理性拮抗,增加不良反应,甚至发生瘫痪症。③与水杨酸、保泰松合用,可增加对胃肠道的不良反应,诱发或加重消化道溃疡。④与降压药合用,可发生拮抗作用,致降压失败或出现高血压。⑤与奎宁合用,可降低疗效。⑥与降糖药合用,起拮抗作用,不利于糖尿病治疗,甚至加重糖尿病病情。⑦与糖皮质激素合用,则加重不良反应的发生。⑧与麻黄素合用,可增加毒性反应。

3. 大黄:孙保忠、林桂玉报告〔3〕,①大黄不宜与四环素族抗菌素同服,因会降低各自的生物利用度。②不宜与含金属离子的西药同服。因二者在胃肠道结合形成难以吸收的沉淀物,而降低疗效。③不宜与含生物碱的西药同服,因二者结合生成难溶性鞣酸盐,不易被吸收而降低疗效。④与洋地黄类药物伍用,可生成鞣酸盐沉淀物使药物失去活性,降低疗效。⑤大黄与核黄素、烟酸、咖啡因、茶碱同服,可降低大黄的疗效。⑥大黄与维生素 B_1 同服,会降低维生素 B_1 的作用。⑦不宜与含氨基比林成分的西药同服,因二者可产生沉淀,不易吸收。⑧不宜与碳酸氢钠同服,因大黄能使后者分解而失效。⑨不宜与酶制剂同服,因大黄可影响酶制剂的疗效。⑩不宜与维生素 B_6 同服,两者联用产生拮抗作用。⑪不宜与复方甘草合剂同服,因大黄中的鞣质能与甘草酸反应生成沉淀,影响疗效。

4. 环丙氟脲酸(环丙沙星):本药不宜与桔红丸及白虎汤配伍,因桔红丸及白虎汤中含有生石膏。生石膏的主要成分为硫酸钙($\text{CaSO}_4 \cdot \text{H}_2\text{O}$)。柏干荣报告〔4〕:镁、铝、钙、锌等多价阳离子使环丙氟脲酸的吸收减少,抗菌活性减弱,其机制可能是金属离子与环丙沙星结构上的3-羧基和4-一价氧基作用,形成了难以被小肠吸收的螯合物。

5. 黄连:本药不宜与用于消化道的解痉药如阿托品、普鲁本辛、颠茄片等合用,因前者能兴奋乙酰胆碱,使胃肠平滑肌蠕动亢进,而后者能阻断乙酰胆碱和受体的结合,使平滑肌松弛,二者合用产生拮抗作用〔5〕。

6. 其他: 白长生报告〔6〕: ①含有有机酸的中药, 如乌梅、山茱萸、陈皮、木瓜、青皮、山楂、女贞子等与西药碳酸氢钠、胃舒平、氨茶碱等同服会产生酸碱中和, 减少吸收, 使疗效降低。与溶解度较低的磺胺类药同服, 会加重尿结晶的形成, 损害肾功能。②含钙、镁、铝、铁、铋而多价离子的中药不宜与四环素类抗生素或异烟肼等合用, 因二者会形成络合物而影响疗效。③含鞣酸的中药如五倍子、诃子、石榴皮、大黄等不宜与四环素类抗生素、红霉素、灰黄霉素、利福平、铁剂、钙剂、地戈辛等同时服用, 因能产生鞣酸盐沉淀物, 而使药物失去活性。④含有汞离子的中药, 如朱砂及其制剂不宜与溴化物、碘化物、亚硝酸盐合用, 因汞离子可被还原, 生成有毒的溴化汞、碘化汞等化合物, 造成服药者汞中毒。⑤含有糖皮质激素样成分的中药如甘草、鹿茸等不宜与胰岛素、 D_{1050} 、降糖灵等降血糖西药同用, 因中药具有促进糖原异生和加速蛋白质、脂肪分解等作用, 从而增加血糖升高而产生拮抗作用, 上述药与利尿药、降压药合用, 可直接作用于肾脏促进排钾保钠, 引起水、钠潴留; 若与强心甙同用, 则可因血钾降低而诱发洋地黄中毒。⑥含有苦杏仁甙的中药, 如杏仁含苦杏仁甙, 分解后可产生氢氰酸, 若与麻醉药、安定等合用, 可抑制呼吸中枢并损害肝肾功能。⑦含碱性物质的中药及其制剂, 如槟榔、硼砂、延胡、健胃片、行早散等不宜与呋喃唑啉、四环素类、青霉素、氨基青霉素、多粘菌素等合用, 在碱性环境中可减少这些药物的吸收, 使疗效降低。⑧含强心甙类的中药如洋地黄、铃兰、羊角拗、罗布麻、毒毛旋花子、黄花夹竹桃, 不宜与狄戈辛、洋地黄毒甙、去乙酰毛花甙丙、毒毛旋花子甙-K, 因后者主要含量为强心甙且有效量与中毒量之间的安全范围小, 易引起中毒, 特别对于老年人及肾功能不好的病人, 更应注意不可合并使用。

参考文献

1. 王汇川. 中国医院药学杂志, 1991; 1: 21
2. 祝业光, 等. 中国医院药学杂志, 1991; 6: 255
3. 林桂玉. 中国医院药学杂志, 1992; 7: 302
4. 柏干荣. 中国药房, 1993; 1: 36
5. 王生主编. 中药药理与应用. 北京人民卫生出版社, 1983; 973

从辨证与辨病谈中西医结合的差异与优越性

广东化县人民医院 (525100) 李振伟

中医与西医是两套不同的医学理论体系, 它们形成的条件不同, 研究的方法各异, 因此有着很大的差异。中医重视辨证施治, 西医重视辨病治疗, 两者互有长短, 本文试从临床上就疾病的诊断和治疗方面, 谈中医辨证与西医辨病的差异与优越性。

1. 中医诊病, 首先要辨清是什么证, 然后随证施治, 所谓辨证就是对疾病表现出来的症状进行综合分析, 辨别疾病的病性、病位以及邪正双方力量对比等各方面情况, 是中医认识和治疗疾病的主要依据。西医辨病的“病”是病因作用于机体, 引起机体功能代谢和组织失常所引起的一系列生理病理变化表现的临床症状的概括, 辨病是对疾病的静态观察, 是西医认识和治疗疾病的主要依据。中医也辨病, 如常见腹痛, 便脓血, 里急后重者即可诊断为“痢疾”病, 但据现代医学分析, 细菌性痢疾、结肠炎、直肠癌均可出现上述症状, 因此中医辨病未免失之笼统; 西医亦辨证, 但它的证仅指的是一个症状, 如头痛、发烧等, 与中医

的证概括了疾病过程中某一阶段的病因病机者不同。中医的证与西医的病在命名上亦有差异,如咳嗽,中医说是一个疾病,西医却说是一个临床症状,包括西医的气管炎、肺炎、支气管扩张等多种疾病。而西医的一个病,也可包括中医的多种证候,因此它们是互相包含的,中医的一个证可见于西医的许多疾病之中,如咳嗽,可见于支气管炎、肺炎、支气管扩张、肺癌等疾病之中;而西医的一个病,也可分出多个中医的证候,如感冒,即有风寒、风热、暑湿等证之分,因此中医的证与西医的病是互相包含的。

中医重视辨证,有它的必然性,这是由于中医认识疾病的特点所决定的;因为人体在体内外各种复杂的致病因素作用下,表现出各种不同的特异性症状,辨证是着眼于人体反应的角度,出现的症候群来探索疾病的治疗规律,而不是光凭一个病的概念进行千篇一律的施治,如同有感冒风寒,就有体质的不同表现出表虚和表实的不同证候。因此,只有辨清证候,才能立法施治,所以中医辨证有它的整体性和灵活性,但也有时缺乏精确性,有如出现无证可辨的情况。如肾炎后期蛋白尿不消,肝炎病毒抗原阳性,因此有必要借助于西医的辨病检查。当然西医辨病也并非完美无缺,有时亦出现困惑现象。如梅核气,检查可无阳性体征,而中医辨证诊治却有良好的疗效。

总的来说,西医辨病优于中医辨病,中医辨证优于西医的对症处理,因此辨病是西医之长,辨证是中医之长,辨别西医的病,辨清中医的证,将二者结合起来,就能取长补短,相得益彰,如对于急腹症的诊断,运用现代医学诊法,去区别其病位是在肠、在胃,在胆或在肾,其性质是内科性或外科性,再用中医的方法去辨别其属寒、属热,是气滞或是腑实等,这样得出的中西医结合双重诊断,对于确定治疗方案,选择最佳治疗方法,判断疾病转归预后,是大有益处的。

2. 在治疗上,中医根据辨证论治的原则,从整体观念入手,重视机体自身的平行协调,充分调动自身的抗病能力,从而达到祛邪扶正,促进康复的目的。因此,中医除了药物治疗以外,还有针灸、气功、按摩、食疗等丰富多采的治疗方法;西医治病,以彻底消灭病原体或切除坏死的病理组织为手段,这些治疗方法,固然有它的优点,但也带来一些不良的因素,例如近年来抗生素的普遍应用,其耐药性亦不断增加,引起机体内部的平行失调,多重感染,某些毒副作用对身体的损害,已引起医学界人士的关注,还有手术后的后遗症,如胃倾倒综合征,术后肠粘连等,均给身体的康复带来不利的影响。

目前中西医结合治疗疾病,已取得可喜的成绩,有着广阔应用的前景,如天津南开医院中西医结合治疗急腹症,效果显著;又如中西医结合治疗慢性肾炎,能大大地减少激素的副作用和依赖性,缩短病程,而且对西药无效的后期蛋白尿持续不退,中药亦有良好的治疗效果。

其次,西医的辨病还可为中医治疗选药组方提供指导作用,如乙型肝炎黄疸指数升高,可用茵陈、郁金、金钱草等利胆退黄;谷-丙转氨酶升高可用五味子;血脂升高可用草决明,泽泻;血液流变学的观察为活血化瘀药的运用提供依据,而且检验的结果还可作为判断中医疗效的标志。

3. 综上所述,尽管中医学是理论体系不同,有着明显的差异,似乎不可混在一起,但是它们各有所长,都有着祛除病邪,促使身体康复的共同目的,因此,它们既然有共同的存在,就必然有可以结合的地方存在,从科学发展的趋势来看,中西医学的结合是势所必然的,但在目前来说,二者仍各分门户,这就有待于我们去研究、去探索其结合点,为开创新的中西医结合理论体系铺平道路。实践证明,中西医是可以结合的,从辨证和辨病的角度

来看,它能为拟定最佳的治疗方案,提供良好的治疗方法,判断疾病的预后转归,为提高疗效,缩短病程,减少药物的毒副作用,促进身体的康复等起协同的作用,总而言之,比单一的诊治方法有较明显的优越性,当然,我们所说的中西医结合是有机的结合,而不是机械的互相套用,这是应该引起注意的。

试论中西药的合理联用

辽宁盘锦市辽河油田第一职工医院(124010)雷喜廷

中西药联用已成为当今临床用药的常规,大量的临床实践证明,中西药联用,只要配伍得当,确实能提高治疗效果,并缩短病程。但是,中药多为矿物质药,西药多为化学合成品,应用不当,这两类药物在同一病人身上会产生毒副作用。这不仅造成了药物浪费、加重患者的经济负担,也会延缓病程,甚至危及患者生命。因此,作为临床医生,研究并掌握中西药之间的相互作用,合理联用中西药物,对于提高疗效、治愈疾病有着重要的意义。那么,如何做到合理联用中西药物呢?本文对此试作一浅层次论述,以期抛砖引玉,请同道斧正。

一、全面掌握中西医理论是中面药合理联用的关键

中西药联用,不是中西药味简单的重叠堆砌,或药效的机械相加,而是在各自医药学理论体系的指导下,取两者之长进行配伍,以适应临床需要。这就要求临床医生必须遵循“中医辨证”与“西医辨病”的双重理论原则,了解中西药各自的药性特点以及联用后的必然反应(包括物理的、化学的、生物学的等尽可能考虑到的因素),并注意中西药的有机结合,才能做到用药准确,提高疗效。否则,盲人瞎马,后果难料。例如,原发性肾小球肾病,西医多选用皮质激素治疗,而皮质激素类似中药的“纯阳”之品,用后可使患者出现阴虚症状,这是皮质激素使用后的必然副作用。原发性肾小球肾病,按中医辨证多为肾阳虚水肿的范围,多采用温阳利水法治疗,如果用药时不考虑西药皮质激素的作用,一味温补,正如火上加油,必然导致患者由肾阳虚转为肾阴虚,最终导致阴阳两虚、体质下降的弊病。这说明,掌握中西医两套理论,对于中西药的合理联用至关重要。因此,做为西医医生应在系统掌握中医理论的基础上,学好中医学;做为中医医生应在掌握好生理、病理学的基础上,认真学好药理学。只有这样,才能发挥各有特色,取长补短,根据病情,开写出合理的中西药物,以相互协同提高疗效。

二、掌握中成药的成分与作用,防止中西药联用毒副作用的产生

临床资料表明,中成药与西药配伍的成方率越来越高。有些医务工作者由于对中成药成份及作用不甚了解,而盲目与医药配伍所产生的药效降低与毒副作用的事例时有发生,如含有朱砂的中成药紫雪丹、苏合香丸、朱砂安神丸、七厘散等,有时与溴化物、碘化物等还原性西药同服,产生有毒副合物,导致药源性疾病。再此含有牛黄的中成药牛黄解毒丸、安宫牛黄丸、六神丸等,与西药亚铁盐、亚硝酸盐同服,由于发生化学反应而使药效降低。近几年来含有麻黄碱的中成药使用相当普遍,如气管炎丸、气管炎糖浆、半夏露、哮喘冲剂、大活络丹、人参再造丸等,有时与西药单胺氧化酶抑制剂同服。这样配伍会导致高血压危象和脑血管意外。因此,作为临床医生应全面了解中成药的成份,并注意其成份与某些西药的化学反应,若出现毒副反应,应严禁配伍。

三、掌握中西药联用的药效学变化,防止疗效降低,贻误病情

中西药联用,配伍不当可致药效学变化,甚至诱发某些药源性疾病。如中药鹿茸、甘草具有糖皮质激素样作用,在体内会产生水钠潴留和排钾效应,还能促进糖原异生,加速蛋白质和脂肪的分解,使甘油、乳酸及各种含糖氨基酸转化为葡萄糖。若与多元环碱性较强的西药麻黄素、奎宁、利血平等同服,可产生沉淀,使吸收减少,疗效下降;与强心甙类西药同服,可加重其毒性反应;与水杨酸钠合用,能诱发或加重消化道溃疡的发病率;与降糖药胰岛素、D860、降糖灵、优降糖等同服,能产生相互拮抗、减弱降糖药的效应;与西药排钾利尿剂合用,更易引起低钾血症。再如含钙离子的中药石膏、牡蛎、珍珠母等,对神经有抑制作用,与某些治疗心血管疾病的西药,如洋地黄类强心甙、心痛定、心可定合用时,可引起心律失常和传导阻滞。再如朱砂及其复方制剂,与西药碘化物、溴化物等同用,可生成刺激性卤化物,导致药源性肠炎。茶叶中的茶碱与西药阿司匹林同服时,可拮抗阿司匹林的解热镇痛作用。因此,临床用药时,一定要注意中西药联用的药效学变化,否则不但降低疗效,还会给病人带来不应有的痛苦。

四、掌握中西药联用的代谢动力学变化,防止毒副作用的产生及疗效的降低

中西药盲目联用,可影响某些药物在体内的代谢、分布、吸收和排泄等。下面逐一分析,以引起同仁的重视。

1. 中西药不合理联用,可影响药物在体内的代谢。如中药麻黄与西药特灵、异烟肼等单胺氧化酶抑制剂同服时,可引起恶心、呕吐、腹痛、头痛、呼吸困难、运动失调,严重时可能出现高血压危象和脑出血。因单胺氧化酶抑制剂可抑制人体内的单胺氧化酶,使单胺类神经递质去甲肾上腺素,5-羟色胺、多巴胺等不被破坏,而贮存于神经末梢组织内,若服用中药麻黄时,麻黄中的麻黄碱不被破坏,随血液循环至全身组织,促使单胺类神经递质大量释放,而致产生上述症状。再如中药酒剂与苯巴比妥、苯妥英钠、安乃近、D860、降糖灵、双香豆素等西药同时服用,可以使疗效下降、毒性增加。

2. 中西药不合理联用,可影响药物在体内的分布。如碱性中药硼砂与西药卡那霉素、链霉素、庆大霉素、新霉素等同服时,能使这些抗生素排泄减少,疗效增加,但同时又能增加脑组织中的药物浓度,产生前庭紊乱的毒性反应,形成暂时的或永久性的耳聋及行动蹒跚,尤其青少年儿童危害更大,这种不正常的药物分布,使毒性增加,临床上应该坚决杜绝联用。

3. 中西药不合理联用,可影响药物在体内的吸收。如中药石膏、明矾、龙骨、牡蛎、龙齿、虎骨、五倍子、代赭石、磁石、海浮石、石决明、礞石、赤石脂、蛤蚧、自然铜、滑石等,含有钙、镁、铝、铁、铋等金属离子,它们与西药四环素族抗生素、红霉素、利福平、灰黄霉素、制霉菌素、黄连素、氯丙嗪、铁制剂同服时,可以结合成鞣酸盐沉淀物,不易被肠道吸收,而降低药物的利用度。一些含有鞣质的中药与维生素B₁同服时,鞣质与维生素B₁永久性地结合,而使其从体内排出失去疗效。

4. 中西药不合理联用,可影响药物的排泄。中药乌梅、女贞子、山楂、山萸肉、五味子等可酸化尿液,与碱性西药碳酸氢钠、氢氧化铝、碳酸钙、氨茶碱等联用时,因酸碱中和而减少再吸收,促进有效成份的尽快排泄,使中西药物均失去一定疗效。

综上所述,中西药物联用是一项严肃认真的工作,如果应用不当,不仅降低了疗效,而且还会发生毒副反应,甚至导致药源性疾病。做为临床医生应慎之又慎,切莫把病人生命当儿戏。同时,有关部门应尽快编写出中西药配伍的禁忌等专著,以供临床医生有所借鉴。

中西医结合有利于临床工作

黑龙江纺织工业学校(150316)李宝英

我们黑龙江省纺织工业学校卫生所是在一九八一年成立,全所工作人员5名,其中医师1名,护士2名,按摩师1名,药剂1名。服务对象:教职工180名,学生616名,实习工厂300余人,家属若干人。虽然服务面很广,但受到了大家的承认和好评。

回顾这十几年来工作历程,我们始终坚持了中西医结合的方针。大家一致认为,中医和西医是在不同历史条件下发展起来的两种医学理论体系,各有长短,中西医结合可以互相取长补短,最后产生质的飞跃,就能创立适合我国特点的新医学、新药学。因此,我们在临床工作中,西医同志积极学习中医理论,中医同志也热情学习现代医学知识,大家齐心协力,积极学会两条腿走路,坚持中西医结合。更好地为人民健康服务,更好地完成自己的本职工作。

为了积极开展中西医结合,我们认真学习基础理论、同时还积极推广和应用全国各地科研成果,大力搜集民间行之有效的单方、验方,用药力求简便廉验,并能取得较好的疗效。例如我们用中药排石冲剂、排石汤加减治疗肾结石,在时间短,用钱少的情况下排除了 3.3×1.2 的结石。另外对神经痛、风湿痛,我们采用针灸方法缓解病人的痛苦,用艾条灸脚上“腹泻”穴治疗肠炎,小儿消化不良。病人无痛苦、花钱少,收效快。另除用能量合剂、血浆、抗生素、凉血活血汤等之外,在重症肝炎病情高峰期每天用生大黄清泄汤(生大黄12g煎水加温水至1000ml)一次。一般在二周左右可获得很好效果。近几年来,我们还常用生大黄治疗肝硬化、急性菌痢等常见传染病。我们还用了黄芪建中汤注射剂治疗十二指肠球部溃疡,其方法:黄芪建中汤4ml一日二次肌注,氢氧化铝胶10ml一日三次口服,30天为一疗程,收到了满意的治疗效果。实践证明,此药不仅能促使溃疡愈合,而且制酸效果也很好。类似这样的病例很多,不胜枚举。

通过十几年的中西医结合临床实践,我们深深体会到,开展中西医结合是搞好我们工作的一条行之有效的办法。中医中药是中华民族对于人类医药宝库的一大贡献,西医西药则是近代从西方传入我国的人类文明成果之一,在我国,中医、西医事业都要大发展,这是我国医药学的一大优势。中西医结合,既能取长、又能补短,能进一步提高医疗质量,深受广大患者的欢迎。虽然在临床实践工作中,我们的工作得到了全校教职工、学生的好评,给了我们很高的荣誉,但回顾一下,我们的工作还有很多不足之处,有待今后继续努力。

论中医误诊误治的思维因素

河北磁县卫生学校(056500)申新华

纵观中医临证出现的误诊误治的情况,分析其原因,笔者认为思维因素是主要的。其主要有以下几个方面:

一、思维惯性

所谓思维惯性,是一种直线型思维模式,其特点是片面地强调科学或事物的继承性,总是被动地依赖惯性的作用,缺乏灵活性和创造性,这与心理学所称的思维定势,即“由一定的思维活动所形成的倾向性准备状态,决定同类后继思维活动的趋势”,有很大的相似性。在中医临证中由于思维惯性而引起的误诊误治,表现形式是多种多样的,但是最常见的是“先效干涉”。主要有以下两种形式,一是不自觉地重复着经验的作用;例如,在遇到实为不同病证,而出现相似的症状以后,当诊断思维中接触到一定量的相同或相似的症状以后,不自觉地循着诊断另一种病的思路发展。例如:见到数日不大便、烦渴、日晡潮热、腹痛拒按等症时,往往易与熟悉的阳明腑实证相连,循此思路,可能使大结胸证误诊为阳明腑实证。二是有意地自觉地重复经验的思路。例如临证中常见的凡此病即是药,犯了对号入座之弊。“先效干涉”的两种形式,亦有着共同之处,两者都在一定临床诊治经验的基础上发生,都是不能正确地对待经验的作用。此外从某种意义上讲,在环境不变的条件下,惯性思维有时亦能够使后者运用已掌握的方法迅速的解决问题,而在环境发生了变化时,它会妨碍人们采用新的解决方法,“在新的事物前面,不能以新的思维模式来求得新的认识”。诚然医者经过长期临床探索而取得的经验是可贵的;但是也须铭记,疾病是复杂的,多变的,是会因人、因地、因时而异的,单凭经验,刻舟求剑,有时会滑到惯性思维的异途。

二、思维僵化

中医理论包含着自己特有的理论结构和思维方法。辨证地、动态地认识疾病的发生发展是其思维特点的具体体现。思维僵化是中医临床思维干扰因素之一。其特征是思维方法违背了中医辨证论治特色,而使思维陷入狭窄、凝固、僵化、机械和概念化对待问题,极易造成临证诊治的不准确性而悖于实际,导致误诊误治。思维僵化的表现形式,概括起来有两个方面:

一是机械分型、静态诊治:把中医病理活动,勉强分为若干证型。对病证的分型,有将证的诊断分为若干典型症状,见其中一二症者,便确定为某证来治疗;如见心下痞塞、胸膈满闷,即诊为痞满证,而忽略了其他症状,忽略与胀满、结胸、胸痹之证鉴别,忽略对邪之有无,虚实寒热之辨证。又有将证分为若干类型,这样在一般情况下,固然起到了便于认识、比较和掌握,但确存有机机械分型的因素,不利于动态思维发展。如对发热分型,发热恶寒一证,发热逐步明显,恶寒逐步减轻,以致消失。这表示证候正由表入里转化。另外有些研究单位和医生,为了便于观察总结和进行统计学处理,常采取一病一方或科研协定处方,凡某病皆用某方,一方到底,毫无更改。我们知道,致病因素有强弱,机体反应有高低,社会心理因素,病变中的复杂联系千差万别,同一病变可以有多种不同的临床表现,何况症病发生过程的各个阶段其病理改变和临床表现都不尽相同,岂能墨守成规?如表现为胸部刺痛,固定不移,入夜更甚,时或心悸不宁,舌质紫暗,脉沉涩的胸痹(冠心病)患者,中医辨证为心血瘀阻,投以赤芍、川芎、红花、丹参、降香,即冠心Ⅱ号加乳香、没药治疗,随着病情的变化,患者出现胸痛彻背,感寒痛甚,胸闷气短,心悸,面色少华,舌质偏淡,苔白,脉沉细而涩。此时辨证属胸阳痹阻,心血瘀滞,法当宣痹通阳,散寒化浊,佐以活血化瘀,以瓜蒌薤白半夏汤加桂枝、枳实、丹参、川芎、当归才是。病机已变,若固守原方,显然不能获得最佳疗效,甚至贻误病情。

二是概念化看待问题:这是思维僵化的一种表现形式。①如见紫舌即认为血瘀,见弦脉即认为肝病,见口渴即认为阴虚等;②中、西病证互套,如见“炎症”为有热,治以消炎清热,见“贫血”为血虚,治以养血补虚;③见“冠心病”为气滞血瘀,治以行气活血等。

三、思维顿挫