

肺心病急性发作期的中西医结合治疗

中医研究院西苑医院 许建中

本病的急性发作期的病因病理以及病理生理学改变甚为错综复杂，尤其感染严重有并发症者，其病变不仅在于心肺两脏本身，也涉及全身其他各脏器、体液酸碱平衡失调等，是内科领域中难治的疾患之一，对重症患者西医或中医治疗都难奏效，病死率甚高。

近年来国内很多单位开展中西医结合治疗本病急性期，中西医方法有机配合，扬长避短，相互补充，已显示其优越性。据第二次全国中西医结合防治肺心病专题会议（1984年10月在天津市召开）报道，天津等10多个省市32个单位共观察3,674例，其中中西医结合组2,310例，西医对照组1,364例，疗效相比，前者有效率87.89%，后者有效率77.74%（ $P < 0.001$ ），前者病死率7.8%，对照组11%（ $P < 0.001$ ），有效率及病死率两组比较皆有统计学意义。

中西医结合治疗本病，个人理解绝不是简单的中药加西药，相对照的两个组必须是两组病情相同，规定西药用量相同，中西医结合组须按中医理论体系对其证型辨证论治，下面我着重在中医证型及治则上谈点不成熟的意见。

一、清热利痰是立法的基础：慢性肺心病是脏器虚损、气血虚衰的虚证疾病，但因外感或饮食劳倦、情志激动，内外合邪引动伏饮而急发时，由于发病过程的不同阶段，以及人体素质的差异表现出不同的证型，在急性期必然表现为虚中挟实，治则应是急则治标或标本兼治。临床上各证型病人常见舌质红、绛、紫，少津，苔黄腻、白腻、或光剥，痰黄粘稠不易咳出，身热、喘促、咳嗽、乏力，这些特点都集中表现为痰热壅肺，只是其邪热在卫、气、营、血不同部位而已，因此清肺利痰应作为本病急发期的立法基础。心肺肾阳虚水泛型患者由于肾虚不能主水，膀胱气化不利，肾气虚不能温煦脾阳而致脾虚失运，水液不能转输，水湿停滞肌肤，兼心阳不足则心悸怔忡，此时温阳利水，合清肺利痰之剂理所当然；阳微欲绝型证象表现四肢厥逆，脉象沉伏，自汗，然细观之，其人心胸烦热，痰黄粘稠，舌质紫暗或紫绛，苔黄腻等内热表现，是阳盛格阴，是热极似寒，热极邪气深伏，阳气被遏不能外透的表现，因此给予益气养阴合清肺利痰之剂；痰浊闭窍型患者亦是在痰热壅肺基础上，热

邪已入营分，上扰心包，应予芳香开窍，合清肺利痰之剂；热瘀伤络型，是热邪已入血分，应给予清热凉血，活血化瘀合清肺利痰之剂，体现出辨病与辨证相辅相成的治则。

二、中药辨证复方剂型改革势在必行：对重症患者在神志模糊、胃气衰败，水湿停滞胃肠，药物难于吸收时，胃肠外给药是绝对必要的，这也是中医现代化治疗急症的途径之一。

三、不能单纯依靠药物：必须采取综合措施。多发季节呼吸监护室的建立，合理的给氧，对重症患者呼吸道的管理（雾化吸入、湿化痰液），协助变换体位，拍打背部，吸引痰液，心电及血气监护，以及必要时给予面罩人工呼吸器吸氧，危急情况下插管或气管切开，造瘘安装人工呼吸器辅助呼吸，才能挽救病人，减少病死率。

肺心病固本远期疗效

厦门市中医院呼吸病研究室 高攀岩

中医学认为肺心病的过程是正邪斗争的过程，临证的表现特点为“本虚标实”。根据“急则治标，缓则治本”的原则，其治疗方法不外扶正与祛邪。当急发期或慢迁期时，应先处理标证，则邪去而正自安；在缓解期正气虚弱的情况下，则须予以扶正固本，使正足而邪自去。中医非常强调后者的治则，即所谓“治病必求其本”。根据全国各地的临床研究证实，扶正固本可以调节机体的内环境，激发机体的自卫机能，增强机体的自稳状态，间接可以促进疾病的早日向愈。这是中医学的独特治法。作为消除疾病的内因，已被广泛应用于临床，并获得了满意的效果。

肺心病的代偿期或缓解期的临床表现以肺脾肾气（阳）虚为主，部分可见肺肾气（阳）阴两虚，但都兼有血瘀存在。我们应用上述分型方法，于1974年开始，连续10年，对一组115例缓解期肺心病患者，逐年进行了随访观察及实验室检查。115例分为二组，其中59例连续接受固本药治疗（治疗组），其治疗依据型的不同，分别采用温补肾阳，佐以活血，药物选用熟附子、五味子、枸杞子、首乌、生地、补骨脂、菟丝子、川芎、当归、黄柏、赤芍、丹参各9g，肉桂3g，配成蜜丸，每次9g，一日三次口服，连用4～6个月；或气阴双补，佐以活血，药物除上述外，并加用黄芪12g，沙参、麦冬、生地、元参、知母各9g，制成蜜丸，每次9g，一日三次口服，连用4～

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