

能亢进、糖尿病等疾病只要表现为阴虚证,就说明这些疾病最终在病人体内引起的病理变化是相同或相似的,其基本的发病学机理是相同或相似的,即它们共同的基本发病学机理都是由于白细胞介素 1、肿瘤坏死因子等细胞因子的生物学活性相对升高,引起细胞因子网络紊乱的结果。由于细胞因子网络紊乱,在体内引起一系列的级连病理变化,从而产生使这些不同的疾病都表现为阴虚证的证候。

西医理论中有许多基本病理过程和临床综合征,如炎症、发热、水电解质紊乱、酸碱平衡紊乱、弥漫性血管内凝血、休克、肾功能衰竭、心功能衰竭等,但至今没有与中医相同的证或相似的基本病理过程。产生这种状况的原因主要有:(1)西医发展的阶段性和西医诊治疾病模式的局限性:近年来现代医学虽然有了长足的进展,了解和掌握了许多生命现象和疾病发生发展的规律,由于生命现象的复杂性和西医对疾病认识理论模式的局限性,目前西医主要对病理解剖学结构异常的疾病有了较多认识,而对以功能态变化为主的病理生理学改变和/或“功能失调性疾病”的认识尚处于初步阶段。中医的证是一类以“功能态异常”为主要特征的基本病理过程,具有动态易变性(如阴虚证的日节律特征)、复合性(如气阴两虚证)以及相互之间可以转化

(如阴阳互相转化等)等特点,这些特点使得对证的认识和把握显得更为困难。因此目前西医理论中没有与证相同和相似的概念是由于西医发展水平的局限性,并不是证理论的缺陷。(2)中医证的基本发病学机理是由于细胞因子网络紊乱的结果;细胞因子研究虽然是从 20 世纪 50 年代发现干扰素后开始的,但实际上细胞因子网络是在 20 世纪 70~80 年代西医才逐渐认识到的,由于细胞因子网络的复杂性,至今现代医学尚未认识清楚和掌握疾病过程中细胞因子网络紊乱的变化规律模式,未能系统总结出细胞因子网络紊乱这类基本病理过程。

参考文献

- 1 侯灿. 八纲的现代理解和研究展望. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(12): 711-713.
- 2 申维玺, 孙燕. 论中医证的化学本质是蛋白质和肽及证本质的分子标准. 中国中西医结合杂志, 1999, 19(11): 696-698.
- 3 申维玺, 孙燕. 中医证的本质是细胞内基因表达调控异常产生的细胞因子. 河北中西医结合杂志, 1998, 7(增刊): 1-3.
- 4 申维玺, 孙燕. 用分子生物学理论阐释阴虚证的本质. 医学研究通讯, 1998, 27(8): 1-4.
- 5 申维玺, 孙燕, 张叔人, 等. 白细胞介素 1 等细胞因子与肺阴虚证本质相关的研究. 中医杂志, 2000, 41(7): 423-425.
- 6 申维玺, 孙燕, 张叔人. IL-1 α , IL-1 β 基因 mRNA 表达与肺阴虚证的研究. 医学研究通讯, 2000, 29(8): 5-7.

鳖甲煎丸治愈腹腔残余脓肿 1 例

郑小飞* 戚团结*

张某某,男,44岁。因肠破裂行肠修补术后10天,腹痛、发热(体温最高达39.2℃),纳少,眠不安,便溏而不爽,小便短赤。体检:腹部压痛、反跳痛、尤以脐周、左上腹明显,舌质红、苔干黄,脉弦滑。实验室检查:血白细胞 $18.8 \times 10^9/L$,中性0.90,淋巴0.10。腹部B超提示:左上腹、肠间隙不规则液性暗区,内见密集点状强回声,诊为左侧膈下、肠间隙脓肿。在B超引导下,于左上腹局部切开引流,引出淡黄色脓性液体约400ml,并作腹腔闭式引流接负压吸引,用灭滴灵1.0g、先锋必6.0g每日静脉滴注,并内服清热解毒、滋阴补气之中药汤剂(药用:生黄芪10g,黄芩15g,赤芍10g,黄柏10g,蒲公英20g,牛膝10g,薏苡仁10g,麦冬10g,连翘10g,生甘草10g)。经治1月,患者仍每日发热,体温波动在37~39℃之间,血白细胞在 $(1.2 \sim 1.6) \times 10^9/L$ 之间。复查腹部B超提示:中腹部肠间隙有4.4cm×2.5cm不规则液性暗区,内见密集点状强回声,左侧腹见2.9cm×2.3cm液性暗区,内见点状强回声。考虑腹腔残余脓肿,因分隔较多,部位较深,引流不畅,故久治不愈。观其形体消瘦干枯,面色萎黄,全身乏力,腹痛,纳少,眠不安,便溏而不爽,小便短

赤,舌干红伴少量黄苔,脉滑细稍弦,腹腔引流管见淡黄色稀薄脓液流出,辨证为湿热互结、气血瘀滞,兼正虚,治以扶正祛邪、祛瘀化浊为法,方用鳖甲煎丸加減。药用:鳖甲15g(先煎),射干3g,黄芩5g,柴胡5g,干姜5g,大黄3g,芍药5g,桂枝3g,葶苈子3g,厚朴3g,牡丹皮5g,瞿麦3g,芒硝5g,桃仁3g,石韦3g,阿胶3g,半夏3g,党参3g,土鳖虫3g。上药为汤剂连服5剂,排秽浊稀便每日8~10次,体温降至37~38℃之间。因恐伤正气,将上方改成水丸,每日吞服9g,又治半月余,体温恢复正常,复查血白细胞 $7.8 \times 10^9/L$,腹腔引流管内无脓液流出,复查腹部B超未见液性暗区,遂拔引流管出院,随访半年未见异常。

按:腹腔残余脓肿,如果脓肿引流不畅,成为腹部外科较难处理的术后并发症之一。本例患者膈下脓肿与肠间隙脓肿同时存在,因难以使脓肿完全引流,经治1月效果不佳。患者外伤后肠胃受损,运化不利,湿蕴痰生,致肠胃痞塞,气血凝滞,日久化热,结聚成痈;热积不散,血肉腐坏,化而为脓,兼之久病正虚,故用攻补兼施。方中大黄、桃仁、芍药、牡丹皮、土鳖虫、芒硝破血化瘀,行血分郁结;石韦、瞿麦、葶苈子利水导邪,从小便而出;柴胡、桂枝通达营卫,转邪外出;干姜、黄芩温脾消肝,协调阴阳;人参、阿胶益气养血。诸药相合,使邪除正复而愈。

* 北京市密云县中医院外科(101500)

收稿日期:2000-03-31