



中西医结合治疗传染性非典型肺炎 中不容忽视的几个问题

自 2002 年 11 月我国发现首例传染性非典型肺炎(严重急性呼吸综合征, SARS)病例以来, 在短短半年时间内, SARS 迅速蔓延, 现已波及到数十个国家和地区。SARS 是一种新的烈性传染病, 其传染源、传播途径以及发病机制等尚未完全阐明, 目前尚无特效药物治疗, 但经过中西医结合综合性的治疗措施, 我国 SARS 疫情已得到有效控制, SARS 患者病死率已逐渐下降。通过近期对我院收治的 SARS 患者的观察和治疗, 我们发现正确、合理地运用中西医结合的方法对提高 SARS 患者的临床疗效, 降低病死率, 预防并发症, 减少药物毒副作用等方面具有显著作用。而正确、合理地运用中西医结合的方法治疗 SARS 涉及到几个关键性问题, 下面就如何解决 SARS 治疗过程中的几个关键问题做一阐述, 希望对同道有所裨助和启发。

1 激素应用问题

目前研究表明, SARS 病因为新型的冠状病毒感染所致, SARS 患者的肺部病理检查结果为炎症性改变, 主要表现为肺部弥漫性肺泡损害, 支气管上皮基底膜及肺泡壁透明膜样变, 间质纤维化, II 型肺泡细胞增生。这些改变严重影响肺部的气体交换。因此, 及时应用糖皮质激素治疗可有效地控制间质性肺炎的进展, 从而防止或减轻低氧血症、ARDS 以及多脏器功能障碍综合征等, 并且在退热方面亦能起到良好的作用。在应用激素时应注意以下几点: (1) 激素宜早期大剂量使用, 疗程视病情而定。首选药为甲基强的松龙, 剂量 80~320mg/d, 分 2 次静脉点滴。若患者病情较轻, 体温恢复正常, 肺部阴影完全吸收者, 激素可在短期内快速撤减; 若患者病情较重, 肺功能严重受损, X 线胸片显示仍有大片状阴影者, 激素不宜过早停用, 否则易致病情反复或加重。我们曾见过 1 例 SARS 患者因过早撤减激素而导致两肺呈现弥漫性毛玻璃样阴影, 呼吸困难加重, 此种情况当引起高度重视。(2) 激素应用的同时应常规给予抗生素治疗。一则治疗入院时合并的社区性感染; 二则起到防止激素引起的二重感染。(3) 重视基础病变, 强调免疫状态。若患者为合并有糖尿病、肺结核、恶性肿瘤放、化疗术后等免疫功能低下者或 SARS 感染后 T 淋巴细胞亚群 CD₄ 和 CD₈ 显著降低者(提示免疫抑制), 激素应用当慎重, 用药时间不宜过长, 避免激素冲击疗法。

2 清热解毒类中药应用问题

SARS 患者多为青壮年, 发病早期多表现为热壅毒盛证候, 因此, 清热解毒类中药在治疗 SARS 过程中用得相当普遍。临床应用时当注意以下几方面问题: (1) 清热解毒类中药宜早期使用, 既可减轻临床症状, 又能减少激素用量, 减轻激素毒副作用。疗程不宜过长, 一般 7~10 天即可。(2) 清热解毒类中药易败伤脾胃, SARS 后期以及具有腹泻症状的 SARS 患者不宜

使用。(3) 若使用静脉制剂者, 应特别注意过敏反应问题, 过敏体质患者慎用。

3 恢复期用药问题

SARS 患者恢复期激素多处于撤减阶段或已完全停用, 病机以气阴两伤, 余邪未尽为特征。此时治疗的目标主要为恢复肺功能, 减少并发症发生。在用药上当注意以下几方面问题: (1) 加强扶正固本, 以益气养阴或补肺健脾为主。中成药可选用生脉饮口服液或百令胶囊。(2) 兼顾清化余毒, 注意扶热、扶痰、扶湿、挟痰之不同而分别处理。(3) 重视活血通络, 预防肺纤维化形成。

1 益气养阴在 SARS 治疗中的地位和作用

中医认为, SARS 发病为疫毒犯肺, 热盛津伤。在治疗过程中, 由于糖皮质激素和清热解毒类中药的大量使用更易耗气伤津。因此, 无论急性期或恢复期, SARS 患者均存在气阴两虚证, 益气养阴法应贯穿 SARS 治疗始终。在急性期, 不必拘泥于患者高热、舌苔黄腻等征象, 在常规治疗的同时, 可予生脉注射液 40~60ml 稀释后静脉点滴。临床观察表明, 生脉注射液能够改善患者症状(如发热、乏力、汗出、心悸等), 稳定内环境, 缩短病程, 减轻激素毒副作用等功效, 而且使用越早, 疗效越显著。益气养阴法在恢复期的运用自不必多说。总之, SARS 患者无论急性期或恢复期均存在气阴两虚证, 益气养阴法应贯穿其治疗始终。

北京中医药大学东直门医院(100700) 崔红生

医论医案应合看

清代医家徐大椿著有《洄溪医案》(简称《医案》)和《医学源流论》(简称《医论》)两书。《医论》记述了清代医家徐大椿的学术思想, 《医案》是其临床实践的经验总结, 既读《医论》, 又读《医案》, 是一次理论与实践相结合的学习过程。《医案》是古代医案中的佼佼者, 张锡纯曾将它与《寓意草》、《理德堂医案》誉为“华岳三峰”, “三家并峙”, 是最能“谡我性灵, 益我神智”(《医学衷中参西录》), 为医者不可不读。读者会为《医案》之妙而倾倒, 深感袁随园先生说清代医家徐大椿治病“每视人疾, 穿穴膏肓, 能呼肺腑与之作语。其用药也, 神施鬼设, 斩关夺隘, 如周亚夫之军从天而降”, 是中肯之论。只有读过《医案》, 对《医论》的理解才更深, 才有助于辨证论治水平的提高。

1 《医论》的从源及流之学术思想贯穿在《医案》中

《医论》中, 从源及流的学术思想遍及全书, 在“书论”“古今”这些篇章里, 就此作了专题论述, 这种取法乎上, 求其本, 溯其源的治病之道, 无疑是最高境界, 也是最佳途径。从《医案》我们可以看到徐氏为此身体力行, 其治病本(内经)以探其源, 以《难经》及《金匱》、《伤寒论》以求其治, 故疗效甚佳。如程春谷肠红证, 一日因便血甚多而晕倒, 不知人事, 灌参附汤而苏。后一直服参附, 不用便手足如冰, 语言无力, 医无他法, 病亦不愈。延徐氏诊之。据其六脉极洪大而时伏, 面赤油光, 舌红不润, 十余

日不寐,予茅根 120g(四两)作汤,兼清凉平淡之药数品,一剂当晚即稍得寐,二剂手足温,三剂病愈。舍大温大补,取甘寒辛凉,徐氏此举乃反其道而行之,无怪乎“戚友俱骇”。徐氏之所以如此果断,是深明阴阳依存互根、消长转化之理,知患者“四肢冷者,《内经》所谓热深厥亦深也;不得卧者,《内经》所谓阳胜则不得入于阴,阴虚故不眠也”(《肠红》)。又如倪福征时证,神昏烦热不食,不寐,脉数,服六味后诸症不解,且粒米不得下咽,烦热益甚,诸医束手。徐氏以为外感时邪,误补益疾,故久不解,或传少阳,或传阳明,本例未入里成实,不必三承气汤,只不过是寒热中阻,痰热留恋而已,予泻心汤加消痰开胃药,两剂而安(《时证》)。又如以张仲景大承气汤,不增减一味,治愈伤寒失下证(《伤寒》);面对体弱且素有血证的王孝贤夫人的痰喘,毅然予小青龙汤治之,药下即喘平(《痰喘》);一产后风热患者,因误补更甚,徐氏遵仲景法,用竹叶石膏汤等药,“一剂而苏”“更服一剂病已去矣”(《产后风热》)。读此医案,重温《医论》,“能熟于《内经》及仲景诸书,细心体认,则虽病万殊,其中条理井然,毫无疑似,出入变化,无有不效”(《内伤外感论》)。“方中之药,必与所现之症,纤悉皆合,无一味虚设,乃用此方,毫无通融也”(《执方治病论》)。“能识病情与古方合者,则全用之”(《古方加减论》)。“观仲景先生于产后之疾,以石膏白薇竹茹等药治之,无不神效”(《妇科论》)。等等,真是听其言,观其行,让人有珠联璧合之感。

2 《医论》中辨证辨病、治病求本之精义,体现在《医案》中

读《医论》,对其理法方药一线贯穿的论述印象颇深。徐氏是临床大家,所论皆为临床辨证论治之要点,如治病的宗旨是保护元气,祛除病邪;辨证时要四诊合参,精研脉理,不可执一而论;不仅辨证,还应辨病,两者结合,治病求本,知病先知症,“每症穷其缘由,详其情状,辨其异同,审其真伪”(《知病必先知症论》),然后施治;论治应“先后有序,大小有方,轻重有度,疏密有数,纯而不杂,整而不乱,所用之药,务得其性”(《医道通治道论》)等。这些精湛论述均体现在《医案》中。如《暑》门二案,一“芦墟连耕石,暑热坏证,脉微欲绝,遗尿谵语,寻衣摸床”,徐氏诊为“阳越之证”,将大汗出而脱,急以参附加童便,使其阳回,续用西瓜及清暑养胃之药而病解。一毛介堂“暑病热极,大汗不止,脉微肢冷,面赤气短”,徐氏诊为“亡阳”,亦进参附而阳回。暑为阳邪,最易伤津耗气,《素问·举痛论》:“炅则腠理开,荣卫通,汗大泄,故气泄。”暑病自然以清暑养阴为治,这是病之常,但此二例都是热极生变、元气欲脱的危证,不予参附不足以挽回生机,所谓“治病决死生者,不视病之轻重,而视元气之存亡”(《元气存亡论》),徐氏知常达变,何况于亡阴亡阳之证,徐氏又是深得个中三昧者(《医论》有《亡阴亡阳论》,《医案》尚有苏州沈母“痰喘亡阴”案),故见证知源,药到病除。又如朱宗周阳盛阴亏体质,患痰凝气逆证,医予温补,不仅无效,且胸膈痞塞、阳痿,群医又谓“脾肾两亏,将恐无治”。徐氏“视其体丰而气旺,阳升而不降,诸窍皆闭”,诊为肝肾双实证,先用清润之品加石膏降逆,痞塞气逆即解,肝复条达;次以消痰开胃药涤其中宫,痰化膈宽,脾胃即健;末以滋肾强阴之味镇其元气,阴平阳秘,阳痿即愈(《痰》)。此例知病知症,重体质,善分析,审真伪,治疗有序,实足玩味。《医案》中外科十余案皆来势凶猛,病变复杂,然徐氏临危不惧,仔细辨证,或刀或针,或敷或涂,膏丹丸散,外用内服,随宜使用,活泼灵动,多药到病除。读这些医案,常回想

《医论》中《疡科论》、《围药论》、《薄贴论》、《制药论》、《医必备药论》,深感欲精外科,必通内科之道,方能两全,确系至理名言。还有一亢阳证,虽年近八旬,仍以泻肾而愈(《亢阳》);一吐血患者因误服温补方而大出血,奄奄待毙,以十斤鲜生地绞汁浓煎,略加人参末,徐徐服下,即见转机(《吐血》);一畏风闭户深藏数月的患者,徐氏诊为“避风太过,阳气不接,卫气不闭”,令其日晒则愈(《畏风》),这真是“精思妙术,随变生机,病势千端,立法万变”(《寒热虚实真假论》),让人叹为观止。

3 《医论》中对于医林弊病、陋俗、谬误多批评之词

《医案》可以证实其是有的放矢,并非耸人听闻。如反复强调的热药误人问题,《医案》中比比皆是,蒋奕兰痧暑夹食,因重用参附而毙(《暑》);施某之子患血痢,误用理中汤而死(《痢》);朱亭立患翻胃证,徐氏以半夏泻心汤加减治愈,朱氏复听信他医日服参附以补虚,不到两个月,大出血而逝(《翻胃》)。类似病例,不胜枚举,目击心伤,徐氏哪能袖手旁观?又如对不良医德医风的针砭也是有所指的,从《医案》中发现有不知辨证、滥投药物者(《暑》、《时证》);有不管虚实,见年高便补,见用攻便惶恐无措者(《中风》、《外感停食》);有病变较多,聚议无定,便委之以不治者(《乳疔》、《痰》);有明知徐氏治之有效,为炫己能而故意改变治法致病重者(《吐血》、《项疽》);尚有临危束手(《胎中毒火》、《对口》),或妄加议论(《呃》、《产后风热》),或邀利献媚者(《流注》、《发背》);尤为可笑的是不责己用药不当,见徐氏一用即验,却抱怨自己命运不济者(《项疽》);尤为可恶的是己未治愈,见徐氏治之有效,却讥为偶中,见治之有变,却幸灾乐祸者(《肠痈》);尤为可恨的是自己胡乱用药却说是徐氏之方(《痢》),嫁祸于人,实令人齿冷。

江西省波阳县中医院(333100) 朱炳林

浅论用好经方的 3 个原则

经方指上古相传的经实践检验的有效医方。然上古经方只得之传闻,已无成书可考。惟医圣张仲景所著《伤寒杂病论》集古方之大成,故后世言经方者,概指仲景之方也。如何善用经方治病,推求源流,先圣后贤的经验可以归纳为 3 个原则。

1 方证相对,应用原方

宋代林亿等在《金匱要略方论·序》中说:“尝以对方证对者,施之于人,其效若神。”这就是说,只要患者的病情与经方主治相符合,原方应用,无不神效。如此疗效,无疑也是仲景当年的切身体会,才加以撰集。所谓“方证对者”,徐大椿有一段论述颇为中肯,他说:“欲用古方,必先审病者所患之症,悉与古方前所陈列之症皆合;更检方中所用之药,无一不与所现之症相合,然后施用,否则必须加減”(《医学源流论·执方治病论》)。徐氏所说的“古方”,即指经方而言。方证对者,即应用原方(包括用药、剂量、炮制法、煎服法等),这是历代名医用好经方的法则之一。后学者也应如此。

如治患者刘某某,男,30岁。夜读劳倦,汗出中风,因而发热,恶寒,无汗,头痛,周身酸痛,体温 38.7℃。服安乃近后大汗出,寒热稍减而病不解,动则汗出,脉浮,舌质偏红、苔薄白。病已 4 日,服银翘解毒丸亦不效。证属发汗太过,表气已虚,余邪未尽。《伤寒论》第 57 条云:“伤寒发汗,已解,半日许复烦,脉浮数者,可更发汗,宜桂枝汤。”处方:桂枝 30g,白芍 30g,炙甘草 20g,生姜 30g,大枣 12 枚。水 900ml,微火煮取 300ml,去渣日 3