

• 临证心得 •

中西药同用致不良反应病例临证体会

魏 自 太^{1,2}

(1. 浙江中医药大学基础医学院, 浙江省杭州市滨江区滨文路 548 号, 310053; 2. 衢州职业技术学院)

通讯方式: wzyang@163.com, (0570)8068361

[摘 要] 临床上中西药合用的相互作用是双方面的, 将临床中典型相互影响的病例报道并加以总结, 以期提高临床治疗效果。

[关键词] 中西药同用; 不良反应; 病例总结

笔者在临床中经常遇到同时应用中药与西药的患者。目前在文献报道中更多的是关于中药与西药合用疗效增强的报道, 或者是中药含有某一种物质对某种西药有负面影响, 或相互作用可能引起不良后果, 但对服用西药时, 其与中药汤剂的相互影响却鲜见报道, 兹将临床中遇到的病例进行总结, 以供同道参考。

1 病例

例 1: 患者, 女, 75 岁, 2012 年 3 月 27 日初诊。患者自 2011 年行走时频繁摔倒, 伴有食欲差, 在某社区医疗中心予以降压治疗(用药不详), 服中药(有穿山甲)后, 感觉走路无力, 抬脚费力, 口干喜饮, 手脚酸, 嗜睡, 小便失禁, 大便艰难, 错语。CT 显示: 脑部老年性改变, 轻度萎缩。现血压 180/110 mmHg。脉诊: 右寸小而数, 有力, 强弱不等; 右关细数; 右尺小而数; 整体小而数, 强弱不等。左寸小而数, 左关小而数, 有力; 左尺强弱不等, 偏数; 整体有力而数, 沉取弦。舌质不红, 舌上似有丘陵状, 舌体长, 无苔。辨证: 肾阴不足, 水不涵木, 肝阳上亢, 髓海空虚。治法: 补肾通窍, 益气养阴, 强志固尿。方予地黄饮子、孔圣枕中丹合生脉散加减: 熟地黄 15 g, 山药 15 g, 山萸肉 10 g, 石菖蒲 10 g, 党参 10 g, 麦冬 12 g, 五味子 6 g, 远志 10 g, 龙骨 15 g, 龟甲 10 g, 石斛 12 g, 茯苓 10 g, 火麻仁 15 g, 生地黄 15 g, 桑螵蛸 10 g, 牡蛎 10 g。6 剂。

2012 年 4 月 5 日二诊: 脉诊右寸小而数, 右关细数, 右尺小而数, 整体有力, 强弱不等; 左寸小而数, 左关小而数, 有力, 左尺偏数, 整体有力而数。舌红, 舌上似有丘陵状, 舌体长, 无苔。血压 180/100 mmHg, 建议服用降压药。错语、嗜睡及小便失禁均好转, 诉视力变弱伴双目干涩, 视物不清晰。予

前方加减: 熟地黄 15 g, 山药 15 g, 山萸肉 10 g, 石菖蒲 10 g, 党参 8 g, 麦冬 12 g, 五味子 6 g, 远志 10 g, 龙骨 15 g, 龟甲 10 g, 石斛 12 g, 茯苓 10 g, 生地黄 12 g, 桑螵蛸 8 g, 菊花 12 g, 枸杞子 10 g。6 剂。2012 年 4 月 12 日三诊: 脉右寸小而数, 右关细数, 右尺小而数, 整体有力, 强弱不等; 左寸偏数, 左关小而数、有力, 左尺偏数, 整体有力似数。舌红、无苔。口干好转, 记忆力好转, 眼仍干, 予前方加肉苁蓉 8 g。6 剂。服药第 3 天, 诉病情加重, 全身无力, 瘫软, 小便遗溺, 考虑到可能是肉苁蓉的副作用, 嘱其停药。2012 年 4 月 23 日四诊, 患者在诊室中趴在桌上, 没有精神, 诉行走无力, 答非所问, 下肢酸, 血压 108/60 mmHg, 询问得知其在社区门诊开降压药利血平服用已 1 周, 现血压急剧下降为 108/60 mmHg (平常为 180/100 mmHg)。予一诊处方, 火麻仁减为 5 g, 并要求患者停用利血平, 中药服完后, 血压控制可改用长效降压药, 推荐服用苯磺酸氨氯地平, 先服 2.5 mg, 据药后降压效果再调整剂量, 并且血压不应该降得过低, 收缩压降为 140~150 mmHg 即可, 舒张压 90 mmHg 即可, 注意饮食控制降压。服药 6 剂后, 效佳, 建议再服 6 剂。后苯磺酸氨氯地平改为半片, 患者仅有时腿酸, 考虑是降压药副作用, 建议其注意剂量控制。患者未再诊。

按: 患者就诊过程中病情出现较大波动。笔者在追问其用药史后得知其服用中药同时服用降压药利血平, 才找到造成病情波动的原因因为利血平降压过快所致。由此可见, 临床中需对中西药的性能详细了解, 全面考虑, 才能做出正确的诊断与治疗。

例 2: 患者, 女, 57 岁, 2012 年 3 月 14 日初诊。患者自脑出血手术过后半身不遂, 左上肢偏瘫, 左手屈曲, 不能活动, 左膝关节以下水肿为重, 现脚背面

有充血,发红,每天足部抽搐七八次,抽动时疼痛,流口水,小便短少,次数多,头时晕,口眼歪斜,血压高,现服用两种降压药,药名不详,血压控制尚可。大便干,以开塞露用后才可以通利。现脉诊:右寸小而数;右关有力,偏数;右尺小而数,沉取有力;整体有力,关旺,强弱不等。左寸数而有力,左关细数有力;左尺细数;右手脉大于左手脉。舌质偏红、苔薄白,上有水湿。辨证:肝肾阴虚,肝阳上亢,血瘀水阻。治法:补肾化痰,利水通络,平肝通便。方予六味地黄丸合牵正散加减:熟地黄 24g,茯苓 18g,山萸肉 15g,牛膝 12g,石斛 15g,桑枝 30g,姜黄 9g,橘红 10g,法半夏 9g,地龙 9g,牡丹皮 9g,火麻仁 10g,泽泻 9g,猪苓 9g,僵蚕 9g,白附子 6g,全蝎 3g,大黄 5g,石决明 30g。14 剂。

2012 年 3 月 29 日二诊,患者诉服前 6 剂药效果最好,后几次服药效果不如前,遂改方鸡鸣散加减:槟榔 12g,防己 8g,红花 10g,赤芍 12g,茯苓 20g,木瓜 10g,薏苡仁 30g,牛膝 10g,豨莶草 9g,鹿衔草 15g,络石藤 15g,石楠叶 9g,路路通 9g,十大功劳叶 9g,熟地黄 15g,石斛 15g,僵蚕 9g,竹茹 9g,地龙 10g,钩藤 15g,竹沥 10ml。6 剂。以鸡鸣散消肿利水,藤类通络消肿。2012 年 4 月 5 日三诊,患者诉服药后腿部肿痛好转,但后面效果不如前,考虑可能有其他药物的影响,余症变化不明显,遂前方加减:槟榔 12g,防己 8g,红花 10g,赤芍 12g,茯苓 20g,木瓜 10g,薏苡仁 30g,牛膝 10g,豨莶草 9g,鹿衔草 15g,络石藤 15g,石楠叶 9g,路路通 9g,十大功劳叶 9g,熟地黄 15g,石斛 15g,僵蚕 9g,竹茹 8g,白附子 6g,全蝎 5g,地龙 8g,钩藤 15g,竹沥 10ml。6 剂。2012 年 4 月 12 日四诊,患者诉此次效果不如前,小腿部浮肿,小便频数,脉诊:右寸有力偏数,关偏数,尺有力,整体有力,偏数;舌质红、苔白偏黄腻;考虑到水湿为患,遂加重利湿药物,处方:茯苓 30g,木瓜 10g,薏苡仁 30g,槟榔 15g,防己 8g,红花 8g,赤芍 9g,全蝎 3g,钩藤 15g,桔梗 8g,桑寄生 30g,泽泻 9g,陈皮 9g,白附子 6g,僵蚕 9g。6 剂。2012 年 4 月 19 日五诊,患者又诉效果不好,考虑药物变化不大,利湿药物已经加大,为何药物会前有效果,而后无效果。后得知其服用降压药为压氏达与替米沙坦,考虑可能是活血力量不够,遂加大活血药物,处方:茯苓 18g,牡丹皮 9g,泽泻 15g,熟地黄 10g,山药 15g,山萸肉 10g,红花 10g,炒白术 10g,全蝎 5g,水蛭 5g,胆南星 6g,猪

苓 10g,地龙 10g,桑白皮 9g,菊花 12g,姜黄 9g,陈皮 12g,白附子 6g,僵蚕 9g。6 剂。2012 年 4 月 23 日六诊,效果不好,查阅两种降压药说明书,才知两种药物均可以导致下肢水肿与尿频,遂要求患者更改降压药。现患者头晕便秘,从化痰活血论治,处方:枳实 8g,厚朴 10g,瓜蒌 30g,半夏 10g,桃仁 10g,钩藤 30g,玄明粉 6g,桑枝 30g,姜黄 9g,红花 10g,桑寄生 30g,续断 15g,牛膝 12g,大黄 8g,防风 5g,土鳖虫 6g。6 剂。

按:患者从就诊过程中,先中药治疗效果良好到药物无效,笔者多次变方,总以为是病情复杂,辨证不准,无法解决患者下肢水肿。在了解了其服用降压药为压氏达与替米沙坦(两药主要副作用之一为下肢水肿与尿频)后,才找到造成中药效果不良的原因为降压药所致。从这个病例可以看出,某些西药对中药治疗效果的影响已经可以使中药的作用不能充分发挥并逆转其疗效,所以临床中对西药的性能必须详细了解,才能正确诊断与治疗。

例 3:患者,男,66 岁,2012 年 4 月 18 日初诊。患者自述高血压病、糖尿病、冠心病,现每天胸痛多达 10 次左右,每次均超过半小时以上,西医建议做冠状动脉造影并安装支架,患者有畏惧心理且经济条件不好,遂来就诊。自述血压 142~150 mmHg/60~70 mmHg,空腹血糖 7.5 mmol/L 左右,服用倍他乐克降压已经 1 年,自己记录心率最慢 47 次/min,最高不超过 60 次/min。现脉诊:右寸结代,缓;右关强弱不等;右尺无力,结代;整体强弱不等,结代。左寸小,结代;左关:沉取中空,无力;左尺弱而无力,结代。舌大,质淡红色暗,苔腻。辨证:阳微阴弦,痰湿停踞,血瘀津竭。治法:温心阳,养心气,滋心液,化血瘀。方予瓜蒌薤白半夏汤合生脉散加减:党参 12g,瓜蒌 18g,薤白 10g,法半夏 9g,五味子 8g,麦冬 10g,三七 3g,炙甘草 12g,生地黄 10g,天冬 10g,丹参 15g。5 剂。

2012 年 4 月 23 日二诊,自诉效果良好,疼痛减轻,自觉发热,考虑到患者有糖尿病,阴虚燥热,遂减轻温阳药物剂量,降压药已经改为压氏达(半片起服),仍服立普妥、安博维,脉象变化不大,仍强弱不等,予前方调整剂量:党参 12g,瓜蒌 18g,薤白 8g,法半夏 8g,五味子 8g,麦冬 10g,三七 3g,炙甘草 12g,生地黄 10g,天冬 10g,丹参 15g。5 剂。2012 年 4 月 30 日三诊,患者诉效果不如前,询问知其加大了压氏达服用量,遂考虑到是压氏达、厄贝沙坦

王今达应用凉膈散治疗急性呼吸窘迫综合征经验

张万祥^{1*} 丁 沛²

(1. 天津市第一中心医院中西医结合科, 天津市南开区复康路 24 号, 300192; 2. 郑州市中医院)

* 通讯作者: zhangwanxiang005@sina.cn, 15302026668

[摘要] 介绍王今达治疗急性呼吸窘迫综合征经验, 认为本病基本病机为热毒壅肺、宣降失司、气滞血瘀、瘀毒互结, 治疗当上清下泻以解毒, 活血化瘀以通血滞, 处方以凉膈散为主, 辅以中西医疗法。

[关键词] 急性呼吸窘迫综合征; 凉膈散; 血必净

急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 又称休克肺, 是一种急性呼吸衰竭, 常常继发于感染、创伤、休克等, 是造成急性危重病死亡的重要原因之一。临床上 ARDS 以急性进行性呼吸窘迫及进行性低氧血症为其主要特点。ARDS 的病理学改变主要是弥漫性肺毛细血管损害、充血、出血、间质水肿和肺表面活性物质失常, 肺泡萎缩不张, 肺的微循环障碍等, 因而导致一系列的病理生理学变化, 使呼吸功能、循环功能及酸碱平衡和水盐代谢失常或紊乱。

天津市第一中心医院王今达教授认为, 根据 ARDS 的临床表现, 可归属于中医“喘证”、“喘脱”的范畴。其致病因素以“热、毒、瘀”为主, 基本病机为热毒壅肺, 宣降失司, 气滞血阻, 瘀毒互结。治疗当上清下泻以解热毒, 活血化瘀以通血滞。王老师治疗 ARDS 的经验可总结为以下 3 个方面。

1 肺肠同病, 治当脏腑同治

中医认为, 肺与大肠通过经络相互络属, 为相表里之脏腑。《灵枢·本输》曰: “肺合大肠……”; 《灵枢·经脉》曰: “肺手太阴之脉, 起于中焦, 下络大肠……大肠手阳明之脉, ……下入缺盆, 络肺……”。

(安博维) 副作用, 建议压氏达服用半片或三分之一片, 续服 4 月 18 日方, 三诊来诊反映效佳, 症状改善, 现仍在治疗中。

按: 患者从就诊发现由于长期服用倍他乐克, 心动过缓, 病情严重, 中药治疗效果起初良好到减效, 考虑倍他乐克对中药治疗效果的影响, 并建议改服他药并减量, 一方面可以使中药的作用充分发挥, 另一方面使西药的副作用降到最低又能发挥疗效。从这个病例可以看出, 中西药合用时, 必须考虑西药的副作用, 同时也要考虑其治疗作用, 熟悉其副作用, 才能做出正确分析。

肺主气, 为人体之“华盖”, 主气机之升降, 而大肠主传导, 并有赖于肺的肃降完成排泄糟粕的功能。如肺气受病不能下降于大肠, 或大肠受病阻碍肺的肃降, 均能使手太阴肺经经气不畅而致病^[1-2]。正如《素问·五脏生成》云: “咳嗽上气, 厥在胸中, 过在手阳明太阴”。

王老师在临床中发现, ARDS 患者除了呼吸急促短促等呼吸系统的临床表现之外, 多见腹胀满、肠鸣音减弱、大便秘结不通、舌绛红苔黄燥或有芒刺、脉洪大等表现。或者本身有严重肠道功能失常的病人, 如各种病因的麻痹性肠梗阻、肠扭转及缺血性肠坏死等, 更易伴发 ARDS。他在实验研究中也证实了 ARDS 与肠道功能紊乱、肠源性内毒素吸收入血有关^[3]。王老师认为, 根据 ARDS 的基本病机和病理特点, 治疗上除清解肺热以外, 当同时泻下通腑, 使邪热随大便而解, 即“通地道以畅天气”。临床中选用凉膈散作为基本方, 并重用大黄。该方以连翘、栀子清热泻火解毒, 连翘、黄芩、竹叶透散上焦胸肺郁热, 大黄、芒硝泻热通便, 以荡涤中焦之燥热内结, 薄荷清头目、利咽喉, 甘草、蜂蜜既能缓和芒硝、大黄峻

2 体会

临床中患者一般同时服用多种药物, 并且患者自行服药比例越来越多, 同时服用中药的话, 必须考虑中西药合用的不良反应^[1]及相互影响。笔者在实践体会到, 服用中药时不考虑西药的作用容易给临床证带来很多困惑, 并且可能导致中药作用失效或作用减弱。

参考文献

[1] 田晓亮. 1277 例中西药不合理联用分析与对策[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2009, 15(5): 305-306.

(收稿日期: 2012-07-06; 修回日期: 2012-09-16)

[编辑: 洪 涛]