

组有 4 例合并肾衰者采用短时血滤治疗均治愈好转,体会是开始血滤的时间应早,以 72 小时之内为好。在此时间段内,细胞因子的级联反应容易控制,且继发释放的化学因子与细胞因子还没形成恶性循环。②腹腔灌洗可以及时清除和稀释腹腔内的渗出液,各种被激活的胰酶、血管活性物质、细菌及其毒素,防止炎症渗出物的吸收,减少胰酶及炎症介质对周围组织和全身各器官的损害。从而达到减少局部组织坏死,全身炎症反应及并发症的发生率。本组有 3 例大量腹水者采用腹腔穿刺置管灌洗治疗效果良好。我们的体会:腹腔灌洗操作简单、安全、易行,可缩短住院时间,降低并发症的发生率和病死率。

3.5 预防性使用抗生素 大多数重症急性胰腺炎与胆道疾病有关,大多数合并胰腺坏死继发感染,因此,及时合理有效地应用抗生素对预防极为重要。要选用能够通过血胰屏障而达到有效治疗浓度的抗生素,如喹诺酮类、头孢类和甲硝唑。

3.6 适时选择肠内外营养支持 SAP 患者处于高度应激状态,分解代谢亢进,能量的消耗要高于正常人的 20%~50%,且由于长期禁食,营养支持成为 SAP 治疗不可缺少的措施。营养支持的目的是要在不刺激胰腺分泌和加剧胰腺自身消化的基础上满足新陈代谢增高的需要,全肠外营养(TPN)仍

是治疗 SAP 的标准营养方案,然而长期使用 TPN 可导致肠粘膜萎缩且具有费用高及并发症多等缺点。近年研究表明肠内营养(EN)可保护肠粘膜屏障,改善肠道功能和防止肠源性 SIRS、MOF,故主张 SAP 病初期(1 周)应以 TPN 支持为主,第 2 周开始逐渐过渡到 EN,由 TPN 过渡到 EN 的时间应不少于 1 周,EN 具有简单、实用、价廉、安全。

3.7 内镜介入治疗 本组有 5 例因胆石症引起的急性胆源性胰腺炎(ABP)采用十二指肠镜逆行胰胆管造影(ERCP),经十二指肠乳头括约肌切开术(EST)的治疗均取得良好效果,缩短了住院时间,降低了胰腺炎发生率和死亡率。其机理为早期内镜介入可消除共同通道梗阻。恢复胆流,减少胆汁胰管反流,阻止 ABP 的进一步恶化,减少并发症和降低死亡率。因此,内镜介入(ERCP、EST 等)以其微创性,可重复性,并发症少,费用低等优点正逐步取代部分外科手术,成为胰腺疾病治疗的一个方向。

3.8 外科治疗 本组 1 例老年患者,因年龄大,合并高血压、糖尿病,后因胰腺脓肿而行手术治疗,最后因 MOF 而死亡。另 1 例因胆石症反复发作而行择期手术治愈。总之,SAP 未并发感染时应采取内科综合治疗,一旦并发感染或内科治疗未能控制病情则应及时与外科协作,把握好中转手术的时机,获得最佳的治疗效果。

中西药联用探析

★ 林国华 陈玉心 郑碗玉 (福建中医学院附属人民医院 福州 350001)

关键词: 中西药联用;优势;配伍禁忌

中西药联用始于明末清初,最具有代表性的医家张锡纯大胆首创“生石膏阿司匹林汤”临床用于治疗温病发热,可谓开创了中西药联用的先河,随着近年来中西药结合工作的深入开展,中西药联用已日趋广泛遍及临床各个学科,成为我国临床用药的优势与特色。本人根据现代文献报告、药理研究,结合临床就中西药联用的原则、优势、禁忌做以下概述:

1 中西药联用的原则

中西药联用绝不是将相同药效的中西药相互叠加,而是根据各自的特点,进行理论的、科学的系统分析,做到充分发挥各自优势取得优于单独使用的综合疗效,消除或降低其不良反应及毒副作用,缩短疗程,减少药量及配伍禁忌,扩大适应范围,促进药物吸收。

2 中西药联用的优势

人们普遍认为“中医治本、西医治标”,中药药性平和,毒副作用小,安全可靠;西药见效快,副作用大。两者并用,优势互补。从而形成了中西药合璧的用药模式。

2.1 增效协同作用 (1)糖尿病联合共用,西药降糖药与中药知母、黄连、人参与中成药六味地黄丸等联用可明显改善糖尿病患者乏力、口渴、精神不振等症状。现代药理研究证明六味地黄丸中山茱萸、丹皮、山药、茯苓均有降血糖作用,地黄加泽泻、山茱萸和丹皮可提高肝糖原的含量,还能减轻糖尿病性神经和肾功能损害。对气阴两虚糖尿病有良好的效果。人参与胰岛素合用可减少胰岛素的剂量,延长降糖作用时间。(2)心血管疾病联合用药,生脉注射液联用西药常

规治疗心肌梗塞、心力衰竭具有协同作用,能提高心肌梗塞抢救率,比临床单用西药疗效好,有资料表明生脉注射液有显著的正性肌力作用,能增加心肌收缩力和收缩幅度,增强心脏泵血功能,增加冠脉流量,改善心肌供血调整心脏代谢,增加耐缺氧能力。因此具有抗心率失常,改善微循环,抗休克作用。对心肌梗塞并发心源性休克、冠心病、心绞痛及心率失常等是临床治疗的一种好办法。(3)降压药联用。降压药卡托普利与中药天麻、地龙等平肝息风药联用,能改善老年高血压症状。最常见的降压药,复方罗布麻就是由中药罗布麻、野菊花与西药硫酸双胍屈嗪组成,从而达到标本兼治相辅相成的功效。(4)消化系统疾病联合用药:胃丙胺片由丙谷胺加入适量的甘草、冰片、白芍能起到协同作用,加强制酸止痛,促进溃疡面愈合,疗效较单剂西药丙谷胺为优。复方陈香胃片由中药陈皮、木香、石菖蒲、大黄加入西药碳酸氢钠、氢氧化铝、硫酸镁,具有行气止痛、化湿健脾、制酸泻浊的功效,对中医临床辨证为气滞型的胃及十二指肠溃疡,表现为吞酸嗳气、痞滞、嘈杂症状的疗效比单用西药或中药疗效佳。(5)抗生素与清热药联用:药理研究表明中药黄连、黄芩、黄柏等具有较强的抗菌作用,与抗生素联用可增强疗效。如白头翁、香连丸与抗生素痢特灵、四环素、氟哌酸等联用治疗肠炎、痢疾有协同作用。(6)其他方面联用:现代药理研究表明中药丹参含丹参酮具有改善微循环,使外周微循环障碍现象明显改善,局部淤血循环改善,愈合时间缩短,与抗炎药地塞米松合用可以减轻急性炎症反应,减少增生、松解粘连,

在骨科治疗腰椎间盘突出起到良好的增效治疗效果。

2.2 降低毒副作用 西药成分单一治疗作用明显,但毒副作用较大,对肿瘤病人西医临床主要以化疗、放疗、手术为主,这些治疗对肿瘤病人确有一定疗效,同时产生的毒副作用也令患者生畏。这些毒副作用按中医辨证施治多属燥热伤津、气阴两伤、阴虚内热,辅以扶正祛邪、益气养血、滋阴润燥、清热或健脾和胃、滋补肝肾的中药,如十全大补汤、六味地黄丸、参芪扶正等具有调整内脏功能,提高机体细胞免疫功能,限制肿瘤生长,具有提高患者耐受手术功能,术后长期应用抗癌解毒中药如白花蛇舌草、灵芝、人参有利于患者正气恢复、增强肝脏解毒功能,对化疗有减毒作用。复方阿胶浆等中药能对抗放疗引起的白细胞减少的副作用。白及、海螵蛸等中药能有效的保护胃粘膜,防止化疗引起的严重消化道反应。人参、黄芪等中药有提高肌体免疫力、促进造血、保护肝脏的特点,能改善肿瘤病人的临床症状,在临床疗效、生活质量、生存期方面均有明显提高。

3 配伍禁忌

中药配伍禁忌主要有“十八反、十九畏”,西药也有相应的配伍禁忌,不合理的中西药联用非但不能增强疗效反而会降低药效,甚至引起毒副作用。类似以下情况为中西药联用

应禁忌:(1)影响药物的吸收:含有钙、镁、铝、铁(石膏、龙骨、牡蛎、明矾、磁石、赤石脂)等金属离子的中药不宜与四环素类抗生素及异烟肼合用,会形成难溶性的螯合物不易被胃肠道吸收,也影响中药药效的正常发挥。(2)影响药物疗效:中药神曲、麦芽等含消化酶、酵母菌,与抗生素合用可抑制微生物或破坏酶而影响中西药疗效,含苷类成分的中药田七与西药多酶、胃蛋白酶等酶制剂配伍可发生酶水解而失去活性使疗效降低,元胡止痛片含有生物碱与西药咖啡因同用产生拮抗作用使咖啡因镇静效果降低,乙醇会增加药酶活性,中药酒剂与西药苯巴比妥、苯妥英钠同服,可使这些药物代谢加速、半衰期减短、药效降低。(3)产生毒副作用:大量的甘草、蟾酥不宜与洋地黄、地戈辛等强心药同用,可诱发洋地黄中毒,排钾保钠从而加重心衰。朱砂等含汞离子的中药不宜与硫酸亚铁等西药联用,形成铁化汞导致汞中毒。

综上所述,中医用药讲究辨证施治,西药运用重在“症-效”对座。中西药联用其意义深远,目前只有临床所体现出的意义。实际上他涉及到药理药化,因此研究他的理化性质、配伍禁忌及相互之间的作用不仅具有深远的学术意义,也有重大的临床意义,应使中西药联用逐步走向规范化。

辩《伤寒论》第 28 条去桂枝

★ 彭景程 (江西中医学院临床医学院 2007 级针灸推拿班 南昌 330006)

关键词:伤寒论;桂枝;去桂加茯苓白术汤

《伤寒论》第 28 条:“服桂枝汤,或下之,仍头项强痛,翕翕发热,无汗,心下满微痛,小便不利者,桂枝去桂加茯苓白术汤主之。芍药、生姜(切)、白术、茯苓各三两,甘草二两(炙),大枣十二枚(擘)。上六味,以水八升,煮取三升,去滓,温服一升。小便利则愈。本云:桂枝汤,今去桂枝,加茯苓、白术。”

方后有一小注“后世关于此方去桂枝的争议较大,归纳起来大致有三种意见:其一,主张去桂枝;其二,主张去芍药;其三,主张桂枝汤中加白术。从临床实际出发,以第三种意见较为妥当。”笔者对此颇为疑惑。

自《医宗金鉴》提出去桂还是去芍药之后,众说纷纭,历来争论颇多。笔者参阅各家注解,细细推敲,分析病机,笔者认为原文无误,确是桂枝去桂加茯苓白术。理由分述如下:

1 症状与病机分析

笔者认为此方证病机是脾虚水停。症见“头项强痛、翕翕发热,无汗,心下满微痛,小便不利。”

1.1 关于“头项强痛,翕翕发热” 足太阳膀胱经在五行中主水,于五气中主寒,为寒水之经。脾虚水停阻遏太阳经气不利,而见头项强痛、翕翕发热之类似桂枝汤方证之表证。观原文第 44 条“太阳病,外证未解,不可下也,下之为逆。欲解外者,宜桂枝汤。”“不可下”言外之意,此太阳表证兼有里实证。该条文没有论及有汗或无汗,推而可知太阳表证兼有里实证,张仲景用桂枝汤以解表,而非麻黄汤,以避辛温伤津耗液之嫌。故第 28 条有误用桂枝汤以解表。

1.2 关于“无汗” 笔者认为,太阳表证发展细分当有三个

阶段:表邪闭郁轻微,表失通透之无汗发展到中风之卫强营弱之汗自出,继而发展至伤寒表郁卫阳较重之无汗而喘。笔者认为此证之无汗非麻黄汤证无汗,因其不见无汗而喘。当是寒水客经,表邪闭郁较轻,表失通透之无汗。

1.3 关于“心下满微痛” 脾主运化,为气机升降之枢纽,脾虚水停易阻滞中焦气机,气机不畅,水伴气逆冲于上,致心下满微痛,类似里实证之症候,故有误用下法。

1.4 关于“小便不利” 膀胱乃州都之官,津液藏焉,气化则能出矣。脾虚水停阻滞太阳腑气,膀胱腑气化失司,故见小便不利。此处,小便不利可知病在里而不在表。故“小便不利”是鉴别病在表或在里的要点。用药后,小便利则膀胱气化功能恢复正常,也即致病因素已除,则可推知“翕翕发热,无汗,心下满微痛”皆复正常,故小便利则愈。

2 方药组成分析

2.1 关于去桂与去芍药 芍药首载于《神农本草经》,谓其能“主邪气腹痛,除血痹,破坚积,寒热疝瘕,止痛,利小便,益气。”此方用芍药,理由有三:一,芍药入肝经,肝主疏泄,取其益气之功,调畅人体气机,其与白术、茯苓合而健脾益气,行气燥湿利水。二,芍药味甘,与甘草合而缓急止痛,治心下满微痛。三,芍药入脾经,合茯苓治小便不利。

有人认为此处应是加桂枝而去芍药,理由是芍药酸甘收敛,不宜心下满微痛,如第 21 条桂枝去芍药汤证,第 22 条桂枝去芍药加附子汤证。笔者以为不然,桂枝去芍药汤证和桂枝去芍药加附子汤证皆是见“胸满”,而非“心下满微痛”。彼两条汤证之“胸满”是因邪陷胸中,胸阳不振所致。则虑芍