

· 学术探讨 ·

中西医结合合理用药探讨

区显维

目前临床运用中西医结合的方法有两种形式,一是运用西医的检测手段诊断疾病,然后用中药进行治疗,再用西医的检查以监测判断疗效及作进一步的研究;二是中西医结合用药,以期达到最佳的疗效。但目前中西医结合用药不当的情况较为普遍,既给患者和国家增加了经济负担,同时也让患者遭受了许多不必要的痛苦。笔者积近 30 年中西医结合用药的体会,写成此文,探讨如何合理使用中西医结合用药的最佳方法,扬长避短,达到最佳疗效,旨在抛砖引玉。

1 抗生素与清热解毒中药合用时不宜大剂量使用苦寒攻伐的中药 抗生素与清热解毒中药联合使用是临床中西医结合最普遍的情况,优点在于抗生素有抑菌或直接杀菌的作用,对感染性疾病的治疗起到关键性的作用,清热解毒中药本身也能抑菌杀菌,且能对抗或清除细菌产生的毒素而减轻或消除症状,即所谓的‘菌毒并治’^[1],二者相辅相成,相得益彰,确实比单用中药或西药好。但若仔细分析,对出现感染的患者,既然已用西药,则不一定都有必要再用中药(在西医院许多疾病就是这样治疗的)或已用中药则没有必要再用西药(在中医院很多疾病也是这样治疗的),而不少的医者为了提高疗效的保险系数或经济效益,不论有无必要,随意使用抗生素与大剂量的清热解毒中药,不仅加重了药物的毒性,也进一步损伤了正气,邪虽去而正亦大伤,病难康复。笔者个人的体会是,对于抗生素疗效较肯定的感染,不能单纯按中医的辨证去用药,更不宜大剂量使用清热解毒、苦寒攻伐的中药,而应酌减中药的剂量或只用解毒药,或尽可能用清轻之剂,或主要针对西药的不足而辅之中药治疗,尤其有的感染西医指征非常明确,中医辨证则毫无热象依据,而是一派虚象,再用清热解毒中药是犯虚虚之弊。

有些抗生素尚可导致许多损气伤阴等的副作用,在联合使用中药时应特别注意到这一点,如青霉素类用后常引起患者表卫不固、动则汗出,肢软乏力,此时宜佐以益气养阴之中药,往往疗效更佳,更利于患者的康复。又如氯霉素和喹诺酮类药物常引起患者恶心呕吐、胃脘不适、口淡纳呆、脾胃虚寒的症状,若能辅以健

脾和胃制酸之药,常可避免之。笔者认为此乃最能体现中西医结合的优势,也是患者最容易接受的方式。而对一些中药已有效的感染者,则根本没有必要再用抗生素。作为中医医院更应坚持‘能中不西,中西医结合’的原则。当然对热毒非常盛的感染,单靠西药抗生素或清热解毒中药难奏效者,二者重用也是必要的,均须视特殊情况而定。

2 对神经系统及肾功能有损害的西药,及早配以补肝肾益肾养血之剂 氨基糖甙类药物如链霉素、庆大霉素、卡那霉素等疗效虽然肯定,但均有耳毒、肾毒及对周围神经的损害,有时甚至是不可逆的。在中西医结合用药时应及早配以补肝肾益肾养血之剂,以减少或消除其毒性。如链霉素的抗结核疗效肯定,而对结核病的治疗,一般都已用三联抗痨药,没有必要再用所谓有抗痨作用的中药,况且其疗效尚与药物的质量及加工炮制煎服法有关。笔者在用此类药时常用骨碎补、何首乌、枸杞子、六味地黄汤等药以辅之,出现耳毒、肾毒者甚为少见。

3 使用激素(指肾上腺皮质激素)宜及早辅以补肾之剂 激素的副作用和它的治疗作用一样是肯定的。长期使用激素后使人体的阴阳相对平衡发生了难以靠常规四诊所觉察的变化^[2]。笔者体会,凡用激素超过 1 周者,辨证就较为困难,如出现柯兴氏征时,患者有向心性肥胖、满月脸、面红、痤疮、舌红等一派热象,但却又伴有腰酸、肢软乏力、胃脘不适等到一派气虚肾虚之象,让医者辨虚辨实非常困难。笔者认为对长期使用激素者,应及早配以补肾之剂,当以填精补肾法为主,往往可减轻副作用或避免撤激素时出现的撤退症状,更有利于病情的康复。常用六味地黄汤或知柏地黄汤,肾阳虚明显者用右归丸,但不宜用大温之药。

4 活血化瘀药与西药合用可加强疗效 西药有磺胺增效剂,中药则有活血化瘀药是诸多疗法基础上的增效剂之说^[3],药物进入人体后,虽然有一定的选择性,但毕竟是有限的,尤其在患病的局灶中,由于渗出、水肿等原因,导致细血管及毛细血管受到压迫,循环不好,除代谢产物不易排出,症状消除较慢外,尚使药物难以到达病所起到治疗作用。因此无论使用中药或西药,只要没有活血化瘀的禁忌症,均可酌情使用活血化

瘀之中药,对一些常规疗效不著者,往往事半功倍。笔者在临床使用这一方法,当然只是辅助治疗。关于中西医结合用药如何发挥各自之优势,尚有许多可靠之例,诸如其他类药物的副作用如何用中药预防和对抗,如何注意扶正等问题。但笔者认为上述几点为最常见和最主要的,故其他方面不再论述,这些观点很容易被理解为中医不辨证论治了。笔者是中医学院科班出身,有近 30 年之中医为主、中西医结合的临床实践,对中医学有着深厚的感情,绝无厚西而薄中之意,始终认为辨证论治是中医的精髓,但在中西药联合使用的特定情况下,不考虑到西药的作用和副作用是不全面和

有悖于治疗原则的,或者说这样的辨证论治是不够全面的。对单独使用中药者当然不在此论之内。

参 考 文 献

1. 王今达. 中西医结合治疗败血症的体会. 危急重症医学 1989;(创刊号):5-7.
2. 沈自尹. 肾阴肾阳与内分泌关系的研究. 中医杂志 1987;(10):57-59.
3. 区显维. 论活血化瘀的用药时机及其佐法. 辽宁中医杂志 1987;(9):10-12.

(收稿 2000-10-09 修回 2001-03-30)

中西药联合灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎 44 例

顾月星 徐大龙 李国安

1993 年 6 月~1999 年 6 月,我们用中西药联合灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎 44 例,并与单用中、西药灌肠的 51 例和 47 例作对比观察,现报告如下。

临床资料 参考江苏省卫生厅编《常见疾病临床诊断和治疗标准》(1994:82-83)的诊断标准,按就诊顺序随机分为 3 组,中西药组 44 例,门诊 16 例,住院 28 例;男 30 例,女 14 例;年龄 19~68 岁,平均 45 岁 病程 1~20 年,平均 16 年 腹泻 44 例,腹痛 29 例,里急后重 37 例,脓血便 35 例 每天便次 1~12 次,平均 7 次 大便镜检(1 个视野)红细胞+~++++者 41 例,脓细胞+~++++者 44 例 结肠镜及电子纤维镜示单发性溃疡 14 例,多发性溃疡 30 例。西药组 47 例,门诊 19 例,住院 28 例;男 32 例,女 15 例 年龄 17~67 岁,平均 42 岁 病程 1~22 年,平均 14 年 腹泻 47 例,腹痛 31 例,里急后重 35 例,脓血便 36 例 每天便次 1~10 次,平均 6 次 大便镜检 红细胞+~++++者 42 例,脓细胞+~++++者 47 例 结肠镜及电子纤维镜示单发性溃疡 12 例,多发性溃疡 35 例。中药组 51 例,门诊 16 例,住院 35 例;男 41 例,女 10 例 年龄 17~68 岁,平均 48 岁 病程 1~19 年,平均 19 年 腹泻 51 例,腹痛 34 例,里急后重 43 例,脓血便 39 例 每天便次 1~13 次,平均 7 次 大便镜检 红细胞+~++++者 45 例,脓细胞+~++++者 51 例 结肠镜及电子纤维镜示单发性溃疡 17 例,多发性溃疡 34 例 3 组资料比较,差异无显著性,具有可比性。

治疗方法 西药组以柳氮磺胺吡啶 2g,强的松龙 20mg,用生理盐水 150ml 溶解后,以导管插入肛门内 20~30cm,每天分早晚两次保留灌肠 灌肠前嘱患者尽可能排除直肠和结肠中的粪便,灌肠后嘱患者抬高臀部,先仰卧 20~30min,再右侧卧 20~30min。中药组以中药黄连 5g,白芍、白及、煨木香、地榆各 10g,马齿苋、白头翁、黄芩各 12g,炮姜、赤芍各 8g,加水 500ml,煎 20min,取汁 150ml,冷却至 35~40℃,灌肠及保留方法同西药组。中西药组以中药组中药煎汤取汁 150ml,冷却至 35~

40℃,纳入柳氮磺胺吡啶 2g,强的松龙 20mg,采用上述方法灌肠。3 组均以 10 天为 1 个疗程,治疗 3 个疗程并随访 3 个月后评定疗效。治疗期间 3 组患者均停服治疗本病的药物。

结 果

1 疗效标准 治愈 腹痛、里急后重、粘液或脓血便消失,大便镜检正常,结肠镜复查正常或仅见结肠粘膜颗粒状改变,并随访 3 个月无复发 显效 腹痛、里急后重、粘液或脓血便消失,结肠镜检查结肠粘膜表面充血、粘膜下树枝状小血管模糊不清,大便检查正常 有效 症状消失,大便镜检有脓细胞或偶有红细胞、白细胞及巨噬细胞,结肠镜检查溃疡数目减少或溃疡面缩小,或 3 个月内复发者 无效 治疗前后无明显变化。

2 3 组疗效 见表 1。治愈率、总有效率西药组与中药组比较,差异均无显著性,而中西药组与西药组和中药组比较差异均有显著性($\chi^2_1 = 5.36, \chi^2_2 = 4.13, P < 0.05$)。

表 1 3 组疗效比较 [例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
西药	47	29(61.7)	8(17.0)	4(8.5)	6(12.8)	41(87.2)
中药	51	32(62.7)	5(9.8)	7(13.7)	7(13.7)	44(86.3)
中西药	44	36(81.8)	5(11.4)	2(4.5)	1(2.3)	43(97.7)

讨 论 本病属于中医学泄泻、痢疾、休息痢等范畴。中医学认为泄泻乃脾虚湿盛,休息痢乃湿热之邪积滞内恋,脾胃正气虚怯,肠腑传导失司,其病理为虚实夹杂,本虚标实。我们用中药黄连、黄芩、马齿苋清热解暑利湿 赤芍、地榆、白头翁清热凉血、活血止血 白及收敛止血、消肿生肌 炮姜、白芍、煨木香温阳健脾、行气养血、缓急止痛 并配合西药柳氮磺胺吡啶、强的松龙抗炎杀菌、抗过敏、抑制免疫反应。中西药结合,标本同治,采用保留灌肠的方式给药,使药液直达病所,充分发挥药物的治疗作用,同时还避免了药物因口服被胃肠消化酶所破坏、分解,减小了药物因口服而产生的毒副作用。从中医辨证施治而言,采用保留灌肠的方法,对于素体脾胃虚弱,不宜口服苦寒药物的患者更为适用。

(收稿 2000-06-05 修回 2001-04-15)