

防变”“瘥后防复”的作用,是整合医学模式的具体运用。《“健康中国 2030”规划纲要》中明确提出,应“全面建成体系完整、分工明确、功能互补、密切协作、运行高效的整合型医疗卫生服务体系”。因此随着医学模式的转变,整合医学将在未来临床工作中发挥重要指导作用。

参考文献

- [1] 樊代明. 整合医学初探[J]. 医学争鸣, 2012, 3(2): 3.
- [2] 任雁林. 整合医学在生殖内分泌病患诊治中的应用与思考[J]. 医学争鸣, 2019, 10(2): 15-17.
- [3] 刘宏艳, 孔婧妍, 房钰鑫. 缺血性脑卒中防治中的整合医学观[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(5): 1190-1192.
- [4] 暴洁, 俞邴, 潘卫东. 整合医学的理念与模式思考[J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 2(11): 1164-1167.
- [5] 符文彬, 黄东勉, 王聪. 符文彬针灸医道精微[M]. 北京: 科学出版社, 2017.

基金项目: 湖南省中医治未病中心能力建设项目 (0101290)

第一作者: 王丽娟, 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 针药结合治未病、痛证、妇科疾病

通讯作者: 程亚伟, 女, 副主任中医师, 硕士研究生导师, 国家第六批师承继承人, 研究方向: 中医治未病, E-mail: yaweicheng@126.com (收稿日期: 2020-11-27)

中西医结合治疗抗利尿激素 不适当分泌综合征验案 1 则

卢 轩, 侯春光, 吉学群

(天津市中医药研究院附属医院, 天津, 300120)

[关键词] 抗利尿激素不适当分泌综合征; 中西医结合疗法; 验案

[中图分类号] R259.894 **[文献标识码]** B

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.09.031

抗利尿激素不适当分泌综合征是临床低钠血症的常见原因之一^[1], 若不及时治疗可危及生命。目前国内关于中医参与治疗本病的报道极少, 笔者运用中西医结合疗法治疗 1 例本病患者, 取得较好疗效, 现报告如下。

张某, 男, 53 岁, 主因“左半身不遂半年余”于 2020 年 4 月 30 日由门诊收入病房。患者于 2019 年 10 月 22 日晚 6 时因车祸致昏迷, 于当地医院查头颅 CT 示: 脑出血, 予开骨瓣减压后神志逐渐恢复, 左半身不遂, 后于 12 月 16 日转入另院, 并予颅骨修补术, 为求进一步康复治疗, 收入我科。

现症见: 嗜睡, 精神差, 口干喜饮, 消瘦, 失语, 左半身不遂伴屈曲, 时有自汗, 偶有呕吐, 吞咽困难, 留置胃管, 夜寐欠安, 大便干, 五六日一行, 尿少。舌红、少苔, 脉沉细。既往体健。神经系统查体: 左侧肢体肌力 0 级, 肌张力增高, 肌容量减弱, 左侧掌颌反射、巴氏征、夏道克征均为阳性。西医诊断: 脑外伤恢复期。中医诊断: 出血性中风(阴虚风动证)。采用中西医结合疗法, 西医予改善脑代谢等治疗, 中医予镇肝息风汤加减以滋阴息风。患者入院后查电解质示: 钠 128.9 mmol/L, 氯 89.2 mmol/L, 即予浓盐静脉滴注配合口服补钠, 钠氯水平仍缓慢持续下降, 至 5 月 6 日查电解质示: 钠 120.4 mmol/L, 氯 84.9 mmol/L, 且出现恶心、呕吐、大汗淋漓等症, 予托伐普坦片 15mg 胃管注药以利尿保钠, 后复查电解质恢复至正常范围, 但停药后钠氯仍持续下降。进一步完善相关检查, 查 24 h 尿钠为 719.6 mmol/24h, 24 h 尿氯为 648.1 mmol/24h, 脑钠肽、垂体激素未见异常。请内分泌科会诊后确诊为抗利尿激素不适当分泌综合征。患者虽以脑外伤恢复期入院, 但考虑反复低钠血症严重影响了患者的康复, 甚至危及生命, 故急则治其标, 先针对抗利尿激素不适当分泌综合征进行治疗。根据患者消瘦、口干、大便干、自汗的症状, 结合舌脉, 考虑为气阴两虚证, 且服用托伐普坦片后尿量增多, 每天约 4000 ml, 更加耗伤阴液, 故诊为“消渴”, 治以益气滋阴为法, 采用玉液汤合左归丸加减。处方: 山药 20 g, 生黄芪 50 g, 知母 15 g, 鸡内金 6 g, 葛根 15 g, 五味子 10 g, 天花粉 10 g, 党参 15 g, 酒茺莢 20 g, 熟地黄 20 g, 枸杞子 10 g, 川牛膝 20 g, 菟丝子 15 g, 炒白术 10 g, 当归 20 g, 茯苓 20 g。服药 2 周后口干、自汗之症显著减轻, 大便三日一行, 且精神状态较前好转, 舌脉较前无变化。将托伐普坦片逐渐改为 15 mg, 隔天 1 次胃管注药, 期间复查电解质, 血钠可维持在 130~140 mmol/L, 血氯约 90 mmol/L, 每天尿量约为 3000 ml。患者阴虚症状虽较前好转, 但舌红仍有热象, 且入院时小便少, 考虑为水热互结兼阴虚之证, 而通过托伐普坦利尿后患者血钠可维持相对稳定, 故在玉液汤滋阴的基础上, 配合猪苓汤以滋阴清热利水。处方: 山药 20 g, 生黄芪 30 g, 知母 15 g, 鸡内金 6 g, 葛根 10 g, 五味子 10 g, 天花粉 10 g, 党参 15 g, 酒茺莢 20 g, 川牛膝 20 g, 炒白术 10 g, 当归 20 g, 茯苓 20 g, 泽泻 20 g, 猪苓 20 g, 滑石粉 6 g, 阿胶珠 10 g。患者服药 1 周后自汗、口干消失, 大便一日一行, 舌淡红、苔薄白, 脉沉细, 服药期间逐渐将托伐普坦片减至 7.5 mg, 隔天 1 次, 复查电解质, 血钠维持在 135 mmol/L, 血氯为 90 mmol/L, 每天尿量约为 2500 ml。后患者转入他院继续康复治疗。

按语: 抗利尿激素不适当分泌综合征是由于下丘脑局限性损害导致抗利尿激素分泌异常, 引起肾小球对水重吸收增加, 从而造成体液稀释及低血钠

等,颅脑创伤是其主要病因之一。目前西医对于该病主要采用对症治疗,本案患者因静脉和口服补钠未见效,故采用保钠利尿的托伐普坦,该药为精氨酸加压素 V2 受体拮抗剂,可通过阻止血管加压素和集合管 V2 受体结合,影响水通道蛋白移动,从而减少肾脏对水的重吸收,达到利尿效果^[2]。目前主要用于心力衰竭及肝硬化腹水的患者,对于抗利尿激素不适当分泌综合征治疗的报道极少。本案中虽用托伐普坦可升高患者血钠水平,但该药可引起口干、口渴,并易出现高钠血症及肝损伤等不良反应。从中医学的角度考虑,该药可耗伤患者之阴液,本案患者乃气阴两虚之体,更不宜继续伤阴,故选用玉液汤合左归丸加减以益气生津^[3],亦可减轻托伐普坦之不良反应。方中用生黄芪、党参补益脾肺之气以利水之上源,山药、鸡内金、炒白术、茯苓健运脾胃以运中焦升降,知母、天花粉、熟地黄滋肾生津以补先天之本,五味子、酒茱萸收敛固肾以防饮水下趋,葛根助津液上行,枸杞子、川牛膝、菟丝子温肾助阳以取“阳中求阴”之意,当归活血通络以防滋腻壅滞。患者服药后口干、自汗、便干等气阴两虚之象明显好转,唯舌脉未见改变,舌红提示热象仍存,考虑为水热互结兼有阴虚,故前方去枸杞子、菟丝子以防助阳化热,加泽泻、猪苓以利水,滑石粉引热下行,阿胶珠滋肾以防淡渗太过而伤阴。患者服药后不仅症状明显改善,且血钠维持在相对稳定的水平,本案采用西药急治其标,中药缓治其本,二者相辅相成,互相补充,共奏增效减毒之力,获得佳效。

参考文献

[1] 岑晶,顾锋. 抗利尿激素不适当综合征临床诊治[J]. 中国实用内科杂志,2013,33(7):501-503.

[2] SHOAF SE, BRICMONT P, MALLIKAARJUN S. Effects of CYP3A4 inhibition and induction on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of tolvaptan, a non-peptide AVP antagonist in healthy subjects[J]. British Journal of Clinical Pharmacology, 2012, 73(4):579-870.

[3] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 石家庄:河北人民出版社, 1974:156-158.

第一作者:卢轩,男,医学博士,主治医师,研究方向:脑血管病及内分泌疾病的中西医结合治疗

(收稿日期:2020-12-09)

火针治疗瘀滞证验案举隅

马 岩,季德江

(宁夏回族自治区中医医院暨中医研究院,
宁夏 银川,750021)

[关键词] 瘀滞证;火针;通法;验案
[中图分类号] R245.31⁺6, R246.1 [文献标识码] B
DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.09.032

火针同毫针一样,亦由针尖、针身、针根、针柄、针尾组成,顾名思义是经烧灼后使用,但火针粗细的选择与疗效关系密切,大体分为粗、中粗、细、平头、多头、三棱火针六类^[1]。火针是一种直接作用于患处而起到和血调气、通经活络的作用以达到治疗疾病目的的针刺法,总的治病机制在于“通”,可从经络学说和气血学说两方面解释。《灵枢·小针解》云:“宛陈则除之者,去血脉也”,即指以放血疗法祛除恶血,以达祛瘀滞、通经络的功效。《素问·皮部论》曰:“百病之始生也,必先于皮毛……邪客于皮则腠理开,开则邪入客于络脉,络脉满则注于经脉,经脉满则入舍于脏腑也。”经络具有沟通内外,联络肢节的作用,其联系人体各脏腑组织器官,并将气血运达全身,以保证人体正常生理活动,经脉不通则脏腑失和,阴阳失衡,从而引发各种病症。火针疗法正是以“病在血络”理论为指导,通过引火(热)、寒、瘀等邪气外出,达到清热泻火、祛寒除湿、活血化瘀之效。瘀滞证是六淫之邪侵犯人体导致机体气血不畅、经络不通而出现的病证。笔者临床灵活运用火针治疗此类病证疗效满意,现将临证验案介绍如下。

1 筋瘤(下肢静脉曲张)

马某,女,30岁,2018年8月5日初诊。主诉:双下肢静脉曲张6年。现病史:患者6年前无明显诱因逐渐出现双下肢静脉曲张,伴有酸困乏力、发热发胀感,间断使用弹力袜,症状不减。刻诊:双下肢静脉隆起,状如蚯蚓,颜色青紫,发痒、发胀,走路易疲劳。舌质暗、苔白,脉滑。下肢静脉彩超示:双下肢浅静脉血栓。西医诊断:下肢静脉曲张。中医诊断:筋瘤(气滞血瘀证)。治以通经活络、行气活血。采用中粗火针法(直径0.8mm)治疗。患者取站立位,充分暴露曲张静脉,皮肤常规消毒3次,左手持95%乙醇棉球火把,点燃后距离皮肤10~15cm处,将中粗火针针体下部1/3烧红后迅速准确地刺破曲张静脉前壁,立即拔出放出紫黑色血液,出血量约100ml,待恶血出尽,血变而止,针孔处常规消毒3次。患者随即自觉双下肢感明显减轻。嘱患者3d内针孔避免沾水,走路过多时继续穿弹力袜,夜间休息抬高下