

科研思路与方法

急性热病临床研究的初步设想

董建华 杜怀棠 周平安 姜良铎

急性热病主要是指人体感受六淫或疫疠之气所引起的外感发热性疾患。它包括了伤寒、温病、温毒、瘟疫等,基本上也包含了现代医学的急性发热性传染病。在急性热病的临床研究中,应遵循哪些原则才能体现中医特色?应从哪些方面着手?其主要内容、基本方法是什么?明确这些问题,对于推进急性热病的临床研究,具有重要意义。下面谈谈我们的初步设想:

一、急性热病临床研究的基本原则

坚持辨证论治和整体观念是急性热病临床研究的基本原则。因为只有这样才能体现中医理论对临床的指导,只有这样才能突出中医特色。祖国医学对疾病的认识是着眼于宏观的,它不仅强调致病邪气的作用,而且注重四时气候、地理环境和人体素质的差异。例如,同样是感冒,由于季节不同,冬季多风寒,春季多风热,夏季多夹湿,秋季多兼燥,治疗用药是截然不同的。同样是冬温,由于患者体质的差异,疾病的发展、转化就不一,阴虚者易热化,阳虚者易寒化。同样是流行性出血热,南方一些单位,多以卫气营血辨证,用温病方;北方一些单位,则以六经辨证,用伤寒方,方药虽异,但均收到较好疗效。如此等等不胜枚举,所以,在急性热病的临床研究中,如果不按中医理论辨证论治,一律采用固定方药,是难以取得预期效果的。但是,我们并不否认疾病本身的规律性,而且相信,随着临床研究的深入,一定会慢慢摸索出急性热病的规律,从而制定出总的治则和基本方药,再参以天时、地理、以及个体差异情况,进行灵活加减用药,必能取得满意疗效。这样才能做到既有规律可循,又不失中医辨证论治的精华。我们认为,要想提高疗效,关键是提高辨证论治水平。

从中国医学史来看,每当一种新的辨证论治方法出现时,临床疗效就有一次突破性提高,从六经辨证到卫气营血辨证就是一个明显的例证。叶天士在继承《内》、《难》、仲景学说的基础上有了新的发展,他所

建立的卫气营血辨证,使温热病的疗效有了新的突破。这就启示我们对急性热病的临床研究仍应从提高辨证论治水平入手。

从现代临床实践来看,不提高辨证论治水平,疗效就无法提高。现在临床上有一种现象,只要遇到发热或有感染迹象的患者,不经辨证,就投以大队清热解毒之品,而且似乎药量越大越有效,于是银花、连翘、蒲公英、板蓝根等全部用上,结果适得其反,由于过用苦寒,损伤胃气,降低了人体抵抗力,反而使病情缠绵,在我们接诊的患者中,这种例子屡见不鲜。临床实践证明,轻清宣透之剂,对急性热病确有较好疗效,我们留心一下治疗热病的叶天士、薛生白、吴鞠通、王孟英诸家医案就会发现,他们的高明并不在于药量大,而在于辨证准确用药精妙。所以要想提高辨证论治水平,必须认真钻研中医理论,熟练掌握和运用中医的四诊八纲、治则方药等,否则将茫然不知所措。

提高辨证论治水平要在中医学的思路发展,即继承中发展,学习中提高,使辨证论治更加精确,更能体现整体观。特别是在现代科学日新月异的情况下,中医如何利用现代科学仪器,值得探讨。例如,脉图、微循环显微镜等仪器,如果不从中医理论考虑,不辨气血阴阳,脏腑虚实,仅从心脏的排血量、血管的紧张度来讨论浮沉弦滑等脉象,这样就无法指导临床治疗和用药。当然,我们并不反对借助现代科学仪器,借用现代仪器检查,可以丰富中医的检查诊断材料,无疑对我们科研医疗工作也是有参考价值的。如当患者肢端在微循环显微镜里显示了血流淤滞状态时,尽管病人在外尚未表现出瘀血的症征,但在治疗时就可以考虑配合活血化瘀法则,至于采用哪种活血的治法,还必须根据中医理论,运用四诊八纲进行分析辨证。如果是气虚引起的,则用补气活血法;若是气滞引起的,则用行气活血法;若是血虚引起的,则用养血活血法。总之,针对不同原因,进行病因治疗,就可以达到消除瘀滞的目的,这也就是中医讲的“治病必求

其本”。所以笼统地讲活血化瘀是不确切的,也不能反映具体的病机所在,而中医辨证论治的科学性,就在于“具体病情,具体分析,具体对待”。

由于历史的原因,中医治病特别注重宏观方面,重视观察分析症状,在微观检查方面有所不足。今天,正是应该在现有条件下,逐步建立客观检查法。但是,这种检查仍应符合辨证施治精神。以热病汗出异常为例,有大汗、微汗、盗汗、头汗等,能否研制一些客观指标呢?我们认为,随着现代仪器装备日益先进,是完全可以实现的。

二、急性热病临床研究的基本方法和主要内容

(一) 临床研究的基本方法:

1. 观察对比法:此法是中医认识热病规律的主要方法之一。所谓观察,并非仅凭视觉了解,而是运用四诊,对症、因、脉、舌诸方面,搜集和积累大量资料,再加以分析、综合、抽象概括,便可以对疾病的发生发展获得本质的认识。所谓对比,是指控制两组以上的事件(方法或方案)的可变因素,只保留一个可变因素来分析后果与原因的关系。对比的双方必须具有可比性,即类属本质是相同的。例如可以比较不同方法,不同方案,不同方药,而不能用方案与方药比较,或者用方法与方药比较。在对比的双方中,必须维持条件的对等和相同,同时要保证对比双方的随机性,即使二者的机会均等。

观察对比法,主要用于观察某种方法、某一方案的效果。观察和对比是不能断然分开的,常常是对比中观察,观察中对比。我们体会,该法是中医临床科研行之有效的方法。

2. 症状体征评分法:我们考虑到急性热病,症状多、变化快,故采用对主症、舌、脉等加以评分的办法。评分的标准以具体症状体征而定,如发热:自觉发热记1分,体温 $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$ 记3分, $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ 记4分, 39°C 以上记5分;腹痛:微痛记1分,可忍记2分,不可忍记3分。……然后合计症状体征分数,作为病情总分。分数少,表示病情轻,分数多,表示病情重,分数居中,表示病情中等,根据疗前疗后病情分数的变化,来判断病情的轻重程度与预后转归。

传统的中医病案,对病情的记录多重视采集阳性症征而略于阴性症征,且往往以“治愈”、“显效”、“好转”、“无效”等来笼统地评价疗效,这在很大程度上影响了临床科研观察对比的准确性。症状体征评分

法使临床观察对比更加具体化、直观化,增加了病情的可比性和疗效评定的准确性。故这是一种简便易行的好方法。

3. 全面综合法:中医的整体观念孕育着综合法的思想。在诊治急性热病时,必须综合四诊所得的各种资料,例如,我们重视热象变化,同时也注意其他症状、舌苔、脉象的变化。对自觉症状的有无、改善与否,也要作为疗效判定的内容,在判定某种病的疗效(或判定某种方法的价值)时,必须全面地综合病变经过、病情转变、病程长短、症状变化、预后等各方面的情况,这样才能使结论较为可靠、全面。

(二) 临床研究的主要内容

1. 进一步认识急性热病的规律:有关急性热病历代医家已经积累了大量的经验,这些经验,是我们进一步提高认识的基础。事物是发展的,时代在前进,疾病也是不断在变化,这就要求我们在当今时代更深刻地认识热病的规律。我们应仔细观察,大量积累资料,以发现现代急性热病的新特点。这就要从两个方面进行研究:一是对各种热病共性的认识;二是对某一具体热病特殊规律的认识。

2. 对不同辨证方法加以对比研究:热病的辨证方法颇多,如八纲、六经、卫气营血、三焦等,究竟哪种方法切合实用,这要靠扎扎实实的临床观察对比研究来说明。近年来,我们根据热病的特点,综合了多种辨证方法,制定了“三期二十一候”的辨证方法(见后),当然这种方法,是否切合热病临床,也要通过临床进行对比研究,目前我们正在做这方面的工作。

3. 对某一热病的不同辨证论治方案进行对比研究:前已述及,我们不是片面追求一方一药的疗效,而是寻求一个最佳辨证论治方案,这个方案实际上是中医一套系列治疗方法。

在中医理论指导下,设计对同一热病,如风温、暑温、伏暑等的不同辨证方案加以比较,通过对比研究,逐步摸索出最佳辨证论治方案,这正是我们从事急性热病研究工作者急待完成的任务。

4. 同一方案中的对照研究:对照研究不仅适用于不同方法、不同方案的比较,而且也适用于同一方案中同等条件下、不同方药的比较,根据辨证可以确定治法,根据治法来选方用药。同一治法常常可选不同的方药,用哪个方为主?用哪味药更好?也是一个研究的课题。

5. 对专家和名老中医辨治急性热病的经验加以研究:我们今天能够学习到的古人对于急性热病的认

识, 来源于历代医家和热病作斗争的实践。总结、验证、提高历代名医的经验, 必能提高辨治急性热病的水平。对于当代名医更应该如此, 因为他们的理论和经验中体现着时代的特点。首先应将其经验系统化, 然后找出适用范围、应用指标, 这不仅能提高急性热病的辨治水平, 更有利于继承老中医的学术思想。近年来, 发表了不少总结老中医学术思想的论文, 这些论文是进一步搞科研的基础, 属阶段性成果。另外, 也可进行临床验证和基础实验研究, 以扩大科研成果。

三、急性热病临床研究 的初步设想

我们草拟了对于急性热病临床研究的初步设想, 最基本的思路是, 既要体现中医特色, 又要符合自然科学的研究方法。是否恰当, 尚须通过临床研究, 进行检查验证。

有关急性热病的辨证治疗, 目前国内各地有宗八纲、有宗六经、有宗三焦和卫气营血、有宗脏腑、有以辨证论治与定型方药相结合、有倡以清热解毒为主

附表

分 期	症 状	舌 苔	脉象	治法
表 证 期	恶寒、发热、头痛、无汗、肢节痠痛、鼻塞、流涕或咳嗽、音哑	薄白	浮紧	辛温解表
	发热、不恶风寒或微恶风寒、口渴、头痛、咳嗽、痰黄	薄白而干、或微黄、边尖红	浮数	辛凉解表
	头身重痛为主, 微寒微热、无汗或少汗、口不渴、胸闷	薄白而腻	濡缓	芳香透表
	咳嗽无痰、唇咽干燥、发热胸痛、口干	薄白或黄、干燥无津、舌质红	浮滑	辛凉润肺

注: 表中常用方药略, 下同。

分 期	症 状	舌 苔	脉象	治法
表 里 证 期	寒热往来为主, 口苦、胸闷、干呕、头眩胁痛、不思饮食、或听觉不聪	白如积粉、厚腻或黄腻	弦数	和解表里
	寒热、口渴为主, 咳逆、气短、无汗或少汗	黄白相兼	浮数	清热宣肺
	身热、渴喜冷饮、便秘、目赤、咽喉头眩、口疮唇裂、尿赤	舌质红、中心白、舌苔多黄或腻	数	透热清里

等等, 各有千秋, 都取得了一定成绩。为了摸索统一的热病证治规律, 我们初步设想, 依据中医外感学说的基本理论, 将急性热病的辨证法则统一起来。以便通过临床实践, 探讨其证治规律, 为基础理论研究、实验研究创造条件。

因为从辨证方法上看, 伤寒的六经, 重在表里转变, 也分上下; 温病的三焦和卫气营血, 重在上下,

分 期	症 状	舌 苔	脉象	治法
里 证 期	壮热、大渴、大汗出、面赤气短、汗出热不减	黄燥无津	洪大	清气生津
	腹痛、胀满、便秘、日晡热甚、口渴唇干或谵语	黄燥或灰黑	沉实或沉细	泻下实热
	身热恶热、汗出口渴、咳喘气急、胸膈满闷、咯痰粘稠或白或黄或如铁锈	舌质红苔黄	滑数	清肺化痰
	发热时高时低、午后为甚、口粘或甜、口不渴或渴不喜饮、胸闷、肢体倦怠、嗜卧	白腻或黄腻	濡数	宣化湿热
证 期	发热口渴、午后热甚、心烦口渴、脘痞腹胀、胁痛如绞、呕吐便秘或身目发黄	黄腻	滑数	疏肝利胆、分消湿热
	身热口渴、尿频急而痛、淋沥不畅、溲短赤甚则带血	黄腻而干	滑数	泄热利尿
	身热口渴、下痢腹痛、里急后重、便下脓血、肛门灼热	黄腻	滑数	清热解毒、燥湿止痢
	壮热心烦、口渴、汗出、不眠、神蒙	苔黄而干、舌绛	洪数	清气凉营
期	身灼热夜甚、心烦躁扰、夜不能寐、口渴不甚、或斑点隐隐、甚者谵语神昏	舌绛而干	细数	清营透热
	神昏谵语、身热灼手、烦躁不安、痰壅气粗、舌强短缩	质红绛苔黄燥	细滑而数	清心开窍
	壮热神昏、躁扰昏狂、手足抽搐、颈项强直、角弓反张、牙关紧闭、直视、甚则厥逆	舌绛苔黄少津	弦急而数	凉肝熄风
	神昏嗜睡、手足蠕动、口渴齿燥、目陷睛迷、撮空理线或循衣摸床	舌绛少苔或光绛无苔	细数无力或细促	滋阴养血、潜阳熄风
期	壮热口渴、心烦躁扰、皮肤发斑、斑色紫暗、呼吸气粗、或有吐血、衄血	舌红绛苔黄燥	数	凉血解毒化斑
	口干咽燥目陷、神昏手足蠕动或躁动不安、四肢厥逆冷汗出、呼吸急促或呃逆	舌光红少津或淡暗	微细欲绝	益气滋阴、回阳固脱

由浅入深传变,也分表里。中医的基本理论以脏腑为核心,在表里上下方面均有联系。我们通过临床实践,将伤寒与温病熔于一炉,合为一体,吸收“六经”和“三焦”的长处,提出以八纲辨证为基础,选用卫气营血辨证的分析方法,把热性病分为“表证”、“表里证”和“里证”三期,三期里面再分为21个证候,以便通过临床实践,探讨其证治规律,为基础理论研究创造条件,以指导各种热性病的辨证治疗。三期21候的具体内容见附表。

1. 表证期:为病在浅表,出现肺卫症状,临床一般可分为表寒、表热、表湿、肺燥四种,治疗原则当

疏解表邪。

2. 表里证期:可分半表半里和表里同病两类。病在半表半里时,当通达表里,驱邪外出,用和解法;表里同病时宜双解法。

3. 里证期:是正不胜邪,病邪已经入里。病在气分,出现肺、脾胃、大肠、肝胆等症状。可分别运用清热、生津、通下、利胆、化湿等法。气热入营,则见气营两燔,治宜清气凉营;热在营分、血分,出现心、肝、肾症状,可用清营、凉血、开窍、熄风等法;正气虚衰时,益气、回阳、滋阴等法,亦可随证应用。

“提白药”治疗慢性苯中毒的临床观察

贵州省职业病防治院 龚绍 黄正林 张学语

我院自1980~1982年用“提白药”治疗慢性苯中毒患者69例,疗效尚好,现报道如下。

一、临床资料

1. 慢性苯中毒组12例,均为男性,年龄25~61岁(平均48.3岁);工种为皮鞋制造业的配胶工、刷胶工及钳帮工,制漆业的操作工、分析工、喷漆工等;苯作业工龄4~28年(平均9.6年)。本组12例均系根据卫生部颁布的《苯中毒的诊断标准》确诊的患者。临床上表现为不同程度的头昏、头痛、乏力、失眠、记忆力减退、易感冒、牙龈出血等症状,末梢血液中白细胞有不同程度的减少(均在4000/立方毫米以下,最低者为3000/立方毫米)。本组患者均属气血两虚症。

2. 苯观察组39例,男27例,女12例,年龄23~59岁,(平均39岁);工种与慢性苯中毒组相似;苯作业工龄1~24年,(平均8.9年)。

3. 非苯作业白细胞减少症组18例,男10例,女8例;本组患者均为病因不明者。

4. 西药组10例,男6例,女4例;本组患者均为非苯接触者。

二、治疗方法

慢性苯中毒组、苯观察组及非苯作业白细胞减少症组均服用“提白药”,西药组服用鲨肝醇(每日600毫克,分三次口服)。“提白药”由丹参10克,当归10克,熟地10克,枸杞10克,黄芪10克,太子参6克,淫羊藿12克组成,以上为成人一日量。将上药研末混匀,置于蒸气夹层锅内,加50%乙醇适量(浸过药面),加热回流三次(第一次60分钟,后两次各30分钟),过滤后合并三次滤液,回收乙醇,并使药液浓缩呈稠膏状,加适量生药粉混合,分成小块,在80℃

以下慢慢烘干,将已烘干的药块,粉碎成小颗粒,加入0.5%硬脂酸镁,压片,包装。每次服8片,一日三次,饭后服。三个“提白药”组及西药组均以30天为一疗程,共服药三个疗程,各疗程之间停药一周。治疗期间每15天检查一次血象,停药后每三个月检查一次血象。

三、治疗结果

治疗前苯中毒组、苯观察组及非苯作业白细胞减少症组平均白细胞总数分别为3721、3704、3942个/立方毫米,经服“提白药”三个疗程后分别为5358、5688、5717个/立方毫米,停药一年后分别为5216、5501、5236个/立方毫米。三组治疗前与停药后一年自身比较,经统计学处理均有显著性差异($P < 0.01$),而三组间互相比,经统计学处理无显著性差异。西药组治疗前平均白细胞总数为4120/立方毫米,三个疗程后为4600/立方毫米,停药一年后为4390/立方毫米,治疗前与停药后一年自身比较,经统计学处理有显著性差异($P < 0.05$)。

慢性苯中毒组、苯观察组、非苯作业白细胞减少症组的血红蛋白、红细胞、血小板计数,在治疗前后均无明显差异($P > 0.05$)。

四、小结

我们认为慢性苯中毒患者及白细胞减少症患者,多属于中医虚证的范畴,治宜健脾补肾化痰。“提白药”方用淫羊藿、枸杞补肾填精,黄芪、太子参健脾益气,当归、丹参、熟地养血化痰,诸药同用具有气血双补,兼以化痰之效,并有提高白细胞的作用。69例服用本药的患者,其神经衰弱及出血倾向均有不同程度的改善,且未见任何毒性反应及明显副作用,故可认为是一种较有前途的新药。