

思路与方法

中医研究肾炎的思路与方法

时 振 声

肾炎是目前临床上的常见病与多发病,特别是慢性肾炎,迄今为止尚没有比较好的治疗方法,中医在肾炎的临床治疗中,通过近三十多年的系统观察和总结规律,无论在理论和实践上均有一定提高,但是离真正掌握肾炎的自身规律,确切有效地防治肾炎,仍有很大差距。现仅就中医在肾炎的临床研究中的思路与方法,谈谈个人体会。

继承与发扬

任何一门学科的发展,都是在继承前人的基础上建立起来的,临床学科更是如此。肾炎是一个西医病名,中医治疗肾炎主要是根据其突出的临床表现——水肿来辨证的。因此必须继承古人有关水肿的丰富治疗经验,亦即所谓:“勤求古训,博采众方”。继承古人经验,并不是为继承而继承,而是为了今日的应用。以古人治疗水肿经验之“矢”,去射今日肾炎水肿治疗之“的”。所谓有的放矢,就是通过广泛验证,发现在古人治疗水肿的经验中,对治疗今日肾炎哪些是科学的、正确的,需要发扬;哪些还不够准确,需要后世不断修正补充;哪些是错误的,需要摒弃。实践是检验真理的标准,要通过大量病例的再实践,就会得出较为正确的结论。在这个思路指导下的科研设计、研究方法,虽然带有继承性质,是验证古人的经验,但也寓于有发扬和创新之意。

在古人治疗水肿的经验中,朱丹溪强调:“水肿因脾虚不能制水,水渍妄行,当以参术补脾,使脾气得实,则自健运,自能升降运动其枢机,则水自行,非五苓、神佑之行水也”(《丹溪心法》)。张景岳则强调:“水肿证以精血皆化为水,多属虚败,治以温脾补肾,此正法也……故余治此,凡属中年积损者,必以温补而愈,皆终身绝无后患,盖气虚者不可复行气,肾虚者不可复利水,且温补即所以化气,气化而全愈者,愈出自然,消伐所以逐邪,逐邪而暂愈者,愈出勉强”(《景岳全书》)。我们于临床验证了单纯补脾或温补脾肾消肿的方法,结果是:凡脾虚水肿或脾肾阳虚

水肿属于轻度者(仅颜面及下肢水肿,无腹水征),单纯补脾或温补脾肾有一定疗效,对于中度(全身水肿,腹围在80厘米以下)或高度(全身水肿显著,胸水腹水明显,腹围在80厘米以上)者,单纯补脾或温补脾肾并不能消肿,必须合用渗利之剂方能获效。至于病情是否反复,并不决定于是否单纯补脾或温补脾肾并用渗利与否,而决定于外感、劳累、房室、七情、饮食诸因素。又如开鬼门法的应用,《金匮要略》仅提出:“诸有水者,腰以下肿当利小便,腰以上肿当发汗乃愈。”后世亦以面肿多风,当用汗法,并未指出具体的适应证。我们通过验证体会到,用宣肺利水的具体适应证有三:①病程短;②有肺经症状;③合并外感。凡符合这三个适应证中的任何一个,临床使用即能获效。这样,既继承了古人经验,也同时补充了古人经验之不足,虽然属点滴经验,也是对中医学术的发扬。

在继承、发扬中医学术经验时,如辅以现代科学方法,则更有一定的说服力。如上海二医附属三院在慢性肾炎肾病型水肿治疗中,验证了温肾利水方药的作用。通过治疗前、治疗中及稳定期的24小时内生肌酐清除率(代表肾小球滤过率的原尿量)、每分钟对氨基马尿酸清除率(代表肾脏内每分钟的有效血浆流量)的测定,发现服用温肾利水中药后,临床上出现显著利尿作用时,其肾脏血液动力学的明显改变表现为肾小管回吸收率的降低,肾小球滤过率的增加和有效肾血流量的增加。对慢性肾炎肾病型水肿单用利尿药治疗无效的病例,加用了温肾药则尿量增多;但如单用温肾药不加利水药则利尿作用又不明显。因此认为温肾药在退肿效果上起着重要的作用,但温肾药本身并不起利尿作用,温肾药促使肾血流量增加及肾小球滤过率增加,利尿药可能是作用于肾小管回吸收率,而与温肾药起协同作用,因而温肾与利尿药合用才出现明显的利尿作用。他们又对利尿药作了钾含量测定,发现利尿药均含有不同量钾离子,认为利尿作用可能与高浓度钾离子产生渗透性利尿,而减少肾小管对水分的回

吸收有关。但单独用温肾中药加双氢克尿塞及氯化钾时,其利尿作用并不明显,一经改用温肾利水药则有效。看来利尿作用不仅是单纯钾离子摄入量增加的问题,也可能利水药中还含有其他利尿成分,有待深入探讨。这样,也是把继承和发扬结合起来了,不仅继承和验证了古人经验,而且进一步阐明部分原理,虽然有些原理还未搞清,但这个科研选题还可继续深入。

理论与实践

中医理论体系是建立在丰富的临床实践基础上的,从临床实践上升到理论,再用此理论指导实践,不断修正,不断完善,逐步形成自己独特的理论体系。它不同于建立在实验医学基础上的现代医学体系,因此不能套用现代医学的研究方法来研究中医,要考虑到中医的特点,摸索出适合中医特点的一套科研方法,这是完全正确的,也是十分必要的。但是在中医治疗现代医学疾病的临床研究中,则属两者的交叉,既要考虑现代医学疾病的发展规律及其在各个阶段的临床表现,又要遵照中医理论体系及其辨证论治的规律。肾炎的中医临床研究即属此类。如目前用中医治疗水肿的经验来治疗现代医学的肾病水肿,要考虑现代医学的化验指标及病理变化,如微小病变型原发性肾小球肾病和其他病理类型的慢性肾炎肾病型的水肿。这些不同病理变化的肾病从临床表现上看是完全相同的,但治疗效果上却有很大差别,前者水肿消失很快,没有反复,后者水肿却很顽固,经常反复。因此,对临床中医师也提出从中医辨证上这些不同病理变化引起的肾炎水肿究竟有什么区别?如何从中医理论上加以阐明其不同规律?这些都是值得探讨的问题。

中医研究肾炎,顾名思义是以中医为主体,对于研究的对象——肾炎来说,从现代医学的角度要知道它的客观指标、病理变化与临床的联系等等有关诊断的依据;但更重要的是要以中医理论来阐明其病因病机及辨证论治规律,以中医理论来指导治疗,在实践中(有成功的经验或失败的教训)再上升到理论,或者对原有的理论有所充实,或者对原有的理论有所突破,形成新的理论再指导实践,使疗效得到进一步提高。

由于肾炎的治疗目前还存在一定的难度,中医治疗虽有一定疗效,但还没有达到能够解决问题的程度,因此中医治疗肾炎的研究在选题上范围宜小不宜大,可以从理论上入手,也可以从实践上入手。在理

论上,如分析病因与发病的关系(风、寒、湿、热诸因素在发病中的意义、七情与发病等等)、正邪斗争与发病及预后的关系、脏腑定位与传变、证候类型与预后(如水肿的进一步分类、蛋白尿的病机分析等等)、证候的动态变化、证候的因人因地因时的不同变化、标本问题的探讨(标本的转化、标本的相互影响等等)。在实践上,可分析各种治法的适应证、各种治法对病程的影响、各种治法的疗效与预后的关系、扶正与祛邪的关系、辨证论治规律的研究等。实践中的一些苗头,要善于抓住,加以重复验证,避免偶然性,但必然高于偶然,有时从一些苗头中可以寻找新的规律,以期在理论上有所创新,同时必将带来实践上的飞跃,提高临床上的治疗效果。

在中医治疗肾炎的临床研究过程中,因为研究的对象是现代医学的疾病,和以往中医治疗的病证不完全相同,一方面要继承古人有关“水肿”、“虚损”、“眩晕”、“癰闭”、“关格”等方面的理论与实践,另一方面还要寻找它们之间的内在联系,创立新的理论与实践,以弥补古人在这些方面认识的局限。因此无论从理论上,或是从实践上来说,都是一个再认识的过程,在这个过程中要敢于创新,就必然会出现新的理论,促使整个中医理论的发展。必须强调任何理论上的创新或突破必须来自临床实践,决不可轻视实践。在实践中获得大量的感性认识,要随时不断总结,使之条理化、系统化,使认识上升到理性认识而产生理论,再回到实践,螺旋上升,这样才能使中医理论和临床水平都得到发展与提高,因此临床实践是中医发展的根本动力。贵阳中医学院在实践中发现急性肾炎恢复期的病人不宜温补,补气补阳可以助长热邪,常引起水肿、尿少、腰痛、高血压、尿改变等加重,非蛋白氮增高,促使咽部病灶活动,反而使病情加重或迁延不愈;补阴过早可助长湿邪,亦可引起尿少、水肿、尿改变加重。他们认为肾炎恢复期的病机主要是湿热未尽,芳香化湿、清热利尿法是主要法则。这样,从实践中提出了恢复期的理论问题。不断地通过反复实践,最后必然有助于中医理论及临床水平的提高和发展。

回顾与预测

回顾与预测,都是科研中的方法问题,中医传统的方法是习惯于回顾性总结,特别是个案总结。从中医发展的历史来看,许多名家往往是从个案中得到启示,经反复应用有效,从而形成一家之言,形成了理论。人们认识事物总是首先认识个别的特殊事物,然

后扩大到认识一般事物。个案虽然带有偶然性，但偶然中往往寓有必然，因此要重视个案，重视临床实践中的苗头。另外从中医治病的特点来看，根据疾病发展的不同阶段，因人因地因时的不同的辨证论治，是中医治疗学的特色，个案总结比较好的能反映出这些特色，能做到具体问题具体分析，能了解病人的体质、情志、饮食、起居、发病、传变、转化等特殊情况，以及危急、疑难病人抢救的经验与失败的教训，所以至今仍为中医所习用。单纯的个案总结够不够？肯定是不够的，我们要有个案总结，也要有大宗病例的分析，这样不仅可以避免偶然性，而且还可看出某种疾病的总体情况，如发病季节、年龄性别、病程长短、发病诱因、病因病机、辨证类型、证候转化、治疗规律、预后判断、病情转归等，大宗病例的分析可以使个案发现的苗头得到进一步验证，形成规律，发展理论。但大宗病例总结了解共性多，只了解共性不了解个性，也失于片面，因此单纯的大宗病例总结也是不够的。必须把两者结合起来分析，既要有个案整

理，又要有大宗病例总结，这样才比较全面。一方面可以发现苗头深入探讨，另一方面则可以扩大验证，寻找规律，提出新的看法。

回顾性总结是必要的，但作为科研工作是不够的，它只能告诉你过去，不能预测未来。科研工作是带有探索未知和创造知识的性质。如从个案总结中所发现的苗头，作为科研选题的依据，有计划地扩大验证，或者从理论上进行探索，通过实践来加以证实，这些带有预测或探索的工作就带有创造知识的性质。由实践上升到理论，再由理论指导实践，不断深化，不仅能使理论得到提高，而且也使临床疗效能进一步提高。

所以中医的科研工作要处理好继承与发扬和理论与实践的关系，在肾炎的中医临床工作中也同样如此，继承与发扬的统一，理论与实践的统一，回顾与预测的统一，从点滴做起，不断深化，则中医对肾炎的临床研究，必将在理论和实践上会有所突破，而使临床疗效得到进一步提高。

药熨法治疗足跟痛症

乌鲁木齐市友谊医院 张浩 王刚 李瑞
乌鲁木齐市中医医院 王新

自1983年11月至1984年11月，我们在骨科门诊用药熨法共治疗足跟痛症193例、270个足跟，获得满意效果，现介绍如下：

一、一般资料：本组中70%的患者为劳损性足跟痛，其余为跟骨滑囊炎、跟腱炎及风湿性足跟痛等。X线片示大多有骨刺形成。本组中病程最短者5天，最长者28年。治疗次数最少4次，最多24次，平均9次。

二、治疗方法：取乳香90克，没药90克，红花45克，土鳖虫45克，三七45克，血竭45克，川乌45克，草乌45克，马钱子6个，当归45克，杜仲45克，川断45克，透骨草45克，麝香1克。将14味中药共研成细末，分装于10×7厘米的双层纱布袋中。用黄酒4斤浸泡两天备用。取一块10×5×5厘米左右的铸铁块，将其加热，热度以刚烫手为准，将所炮制好的中药纱袋置于铁块之上。待有蒸气产生后，把患足跟放在纱袋上进行熨治，每次40分钟，隔日一次。药袋可反复多次使用。

三、治疗结果：根据病情和临床检查，将足跟痛分为5个等级。0级：足跟部无压痛，行走同正常人；1级：足跟部重压时轻度疼痛，能正常行走；2级：足跟部重压时疼痛明显，行走时疼痛；3级：足跟部轻压时疼痛明显，轻微肿胀，轻度跛行；4级：足跟部轻压时疼痛剧烈，明显肿胀，需扶拐助行，或行走艰难。

本组270个足跟中，治疗前1级1个（0.4%），2级23个（8.5%），3级203个（75.1%），4级43个（15.9%）。治疗后作半年随访，270个足跟中评为0级共132个（48.8%），疗效进步一级以上但未达到0级共127个（47.0%），无提高11个（4.1%）。

四、体会：熨治法，在我国有悠久的历史，《五十二病方》中就有熨治的记载。我们用中药熨治足跟痛，主要使药物直达病变的局部，从而达到疏通经络，活血化瘀，强筋壮骨之目的。本法治疗无任何不适，对伴有高血压者亦无影响。在熨治时应注意熨铁温度，不要烫伤皮肤。