

发,今后应从源头上防止。中药新药在各科的分布也不尽合理,如内科心脑血管病的新药过多,低水平重复严重,五官科、皮外科等新药较少,临床缺乏治疗新药。今后应增加新药开发的资金投入,目前我国药厂只用 1% 的利润投入新药开发(国外是 10%~15%),资金不足,水平自然难以提高。

保健品的保健功能尚未齐全。在 24 种功能中,62% 的保健品的功能集中在调节免疫、抗疲劳、降血脂上,分布极不合理,应当积极调整结构,扩大功能,使覆盖面渐趋合理。今后要扩大保健品的生产规模,增加投入,改进设备,提高科技含量,加快新产品的更新换代步伐。

中国中医研究院基础理论研究所(100700) 周超凡

冠心病心气虚刍议

中医并无“冠心病”之称。但从医籍中对“心悸”、“真心痛”、“胸痹”等病症的记载及描述来看,与现代医学中冠心病心绞痛、心肌梗塞极为相似。因此目前都将冠心病归于中医学的“心悸”、“胸痹”、“真心痛”、“厥心痛”等范畴。

心居上焦,位于胸中,主一身之阳气。心行血脉,主神志,领“君主之官”,为阳中之阳。心之阳气鼓动周身血脉运行,永无休止。血运周身,以荣脏腑、养神志、濡筋骨、利关节。心阳虚,则鼓动生化之机能减弱。心之阳气不足,血脉不得运行,浊阴不得温化,胸中必为阴寒所乘。“血气者,喜温而恶寒,寒则泣而不能流。”故心气虚,则血不行;血不行,则脉不通;脉不通,则神无所养而心悸不宁;脉不通,宗气不伸,胸中必冷,则胸痹而痛。正如《证治汇补》云:“阳气内虚,心下空豁,状如惊悸……”以及《金匱要略》所指“……阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其虚也……”

由此而知,本病的根本原因在于心之阳气虚弱,而其基本表现则为本虚标实,其他一系列病理改变是由此而生。至于饱餐厚味、七情不遂、过劳无制、寒暖不调等只不过是已病心悸胸痹者的发病诱因而已。本病实质为心阳虚,但在临床表现上有时(甚至大多数)可以见到某些“实证”,如胸中刺痛、胸闷、喘憋、烦躁、紫绀等,究其因,是虚中夹实的表现,是本虚标实的反映。

大量临床实践表明,在冠心病患者中,心气虚型不仅占有相当大的比例,而且这类患者均存在不同程度的心功能损害、血小板形态异常及血液流变学异常等一系列明显的病理改变。其病变程度随着“虚”证程度的加重而加重,而且这一系列病理改变本身亦较其他证型(如血瘀型、肾虚型、阴虚型等)更为显著。因而其“虚”的程度对患者的预后,特别是对急性心肌梗塞患者的预后有着相当重要的意义。

笔者曾对我院近 10 年来诊断为冠心病的患者进行回顾性研究。按照《中医病证诊断疗效标准》(国家中医药管理局 1994 年发布)进行筛选,共统计 119 例,其中门诊、急诊患者 71 例,住院患者 48 例。对两组病例按照该标准辨证分型,门诊、急诊组 71 例中,气虚型(包括心气虚弱、心肾阳虚)52 例,占 73.2%,非气虚型 19 例,占 26.8%;住院组 48 例中,气虚型(内容与门诊、急诊组相同)39 例,占 81.3%,非气虚型 9 例,占 18.7%。气虚型在各组中所占比例大致与国内有关报道相似,均超过半数以上。

对急性心肌梗塞患者来说,偏虚证者居多。虚证进一步分

型,按其“正虚”的严重程度排列为:气虚、阴虚火旺、气阴两虚、气虚阳微。这种排列顺序与急性心肌梗塞的三大并发症(心源性休克、心力衰竭、心律失常)的发生率有一定的关系,即三大并发症的发生率随“正虚”程度的加重而增加。这提示急性心肌梗塞患者并发症的多少及预后,在很大程度上取决于患者“正气”(主要是心阳之气)的盛衰。另外通过 B-M 型超声心动测定左室射血分数,发现心绞痛、急性心肌梗塞患者中心气虚兼阳虚型者心功能最差,而中医辨证无心气虚的患者心功能基本在正常范围。

在用补气的中药对 76 例冠心病患者治疗 2~3 个疗程(30~45 天),大部分患者临床辨证“血瘀”的分级相应减轻,而以气虚型患者改变尤为明显。而且通过对血流变学及血小板聚集功能的各项指标测定,主要指标均有所改善,最为显著的是全血比粘度下降和血中红细胞电泳时间减少,气虚型与非气虚型比较差异有显著性。这提示补气中药在改善心功能的同时,能改善血流变学指标,降低血小板聚集,也就是改善了“血瘀”的病理状态。这完全符合中医“气行则血行”的认识,同时也从另一方面证实了“气虚为本,血瘀为标”这种认识的正确性。这提示我们,在对冠心病的中医临床治疗中,一定要重视“虚”的本质,尤其是要将治疗“心阳气虚”放在首位,而不为某些(有时甚至是众多的)表面现象(如血瘀、寒凝、痰阻、气滞等)所迷惑。在补虚(主要是温补阳气)的基础上,全面权衡,或活血化瘀;或豁痰开窍;或通阳化气;或降逆化浊,灵活应用,以免标本不清,舍本求末之弊。

北京联合大学中医药学院附属鼓楼中医医院(100009)

冀惠霖

生用炒炭皆止血,辨证应用治血尿

肾性血尿(以下简称血尿)复杂难治,与其病理分型密切相关,而中医药对其疗效独到,然用于止血的药物其生用与炭用却颇有讲究,须辨证应用方能收效。

关于止血药的生用与制用不可一概而论。血尿证情复杂,辨证分型有多种,除病因与兼夹的寒热虚实不同外,在治疗时每需配伍止血之品,由于经典方剂“十灰散”和“炭药止血”传统观念的影响,医者在治疗血尿时往往多为止血中药炒炭入方中,常出现疗效差异很大的情况,何故?辨证应用之不同故尔。可以炒炭用以止血的中药很多,如大小蓟、地榆、白茅根、茜草、槐花、藕节、蒲黄、艾叶等,是否炒炭入方应辨证择用,并非唯有“炭药止血”效果好,原因主要有以下 4 个方面。

“烧灰存性”,意在收敛救急:《十药神书》云:“甲子十灰散,治呕血、吐血、咯血、嗽血,先用此药止之。”《成方便读·卷之二》云:“治一切吐血、咯血不止,先用此遏之。”可见“十灰散”中药物“烧灰存性”意在立止其血,为“急先治标”所立,多用于适遇卒然暴起之时,存性为收敛止血缓标急,而非唯炒炭方止血疗效好之意。

“生药止血”,古方有之:主张“生药止血”,最有代表性的当属“四生丸”,方中四药皆取生鲜,与“十灰散”不同,其重在治本。《医宗金鉴·删补名医方论·卷一》云:“凡草木之性,生者凉,而熟之则温;熟者补,而生者泻。四味皆清寒之品,尽取其生者而捣烂为丸所以全其水气,不经火煮,更近于火令矣。”《医方考·卷三》云:“……统而论之,生之则寒,则四生皆能去火;

……火去则血归经而吐衄愈矣。”“四生丸”方中止血药物较少，取生荷叶、生侧柏叶、生艾叶、生地黄之“青嫩生鲜而解热”，各药不曾炒炭，“生捣用，意在全其药液汁水气”着眼于治本，却以凉血止血称道。

现代药理分析，各有取舍：(1)看止血药炒炭炮制工艺：除棕榈炭(唯一煅透之炭)和血余炭之外，多数“炒炭”是以炒至外呈焦黄、焦褐、褐黑及内里焦黄色、棕褐色为度，并立行喷淋水后取出晾干，此法炮制不仅与“烧灰存性”之“炭”的文字含义有本质区别，也使止血药物中各种止血有效成分得以保留，且更易于煎出，因此要求严格掌握炮制工艺。(2)个药分析所见：临床与理论上均已证实中药止血之品中，某些药物生用鲜品疗效很好，炒炭入方后止血作用反而减弱，如小蓟和侧柏叶；而地榆炒炭后“缩合鞣质”几乎完全破坏，故其止血作用可能有其他因素参与；再如茅根炒炭后寒凉之性大减，藕节炒炭后由性平转为性温、收敛止血作用增强。还有些药物生用或炒炭尚存争议，例如茜草，有人说炒炭后止血功效显著，亦有人说其其中所含促凝物质可能不耐热。

临床经验与观察，血尿生用疗效好：临床治疗血尿多年，我赞同上海胡建华先生的观点，即除某些以温涩为主的止血药，如炮姜、艾叶等不妨炭用外，而一般的止血药生用比炭用止血效果要好，像蒲黄、地榆生用就有显著的止血作用，一旦炒炭后止血作用反而明显下降，故胡先生遂立说有“烧炭未必存性，止血还须生药”，并以医案佐证。

综上所述，治疗血尿时止血药的生用与炭用问题，须辨证审因，对证择取，依病情的标本缓急、邪正所偏和兼证的不同合理用药。通常情况下，除个别严重的血尿(肉眼血尿或红细胞满视野)“急先治标”用炭剂外，绝大多数长期、反复镜下血尿者还是审因对证、合理使用生药，集凉血解毒、活血化瘀、利湿清热、温中补虚等与止血为一体，标本兼顾、以治本为主，这样才能达到使止血治疗彻底、效果平稳、病情不易反复，而且疗效更好的目的。

黑龙江省中医研究院(150036) 孙满娟 赵 鹏

慢性疲劳综合征病因病机分析

慢性疲劳综合征是现代高效快节奏生活方式下出现的一组以长期极度疲劳(包括体力疲劳和脑力疲劳)为主要突出表现的全身性症候群，并可伴有头晕、头痛、失眠、健忘、低热、肌肉、关节疼痛和多种神经精神症状，其临床表现主要体现在机体脑神经系统、心血管系统、骨骼肌肉系统功能的疲劳，其基本特征为长时间极度疲劳、休息后不能缓解、理化检查没有器质性病变。其病因目前尚不明确，本病多发于20~50岁，与长期过度劳累(包括脑力和体力)、饮食生活不规律、工作压力和心理压力过大等精神环境因素以及应激等造成的神经、内分泌、免疫、消化、循环、运动等系统的功能紊乱关系密切。

中医学认为，脾为后天之本，气血生化之源，主肌肉、四肢，主运化水谷精微及水湿，饮食不节或思虑过度损伤脾胃，脾失健运，则气血生化乏源，清阳不升、浊阴不降，四肢肌肉失养，故见四肢酸痛无力、头晕头痛、食欲不振、腹胀腹泻等。肝主筋、主情志、主疏泄，为罢极之本，情志不畅，所欲不得，心理压力过大都可致肝气郁滞，疏泄失职，五脏气机失常，变证纷出，反过来肝气郁滞又会加重情志不畅，造成恶性循环。心藏神，主血脉，

劳神过度，精血暗耗，心血不足，则心神失养，故见失眠、健忘、心慌、气短等。肾为先天之本，藏精，主生殖，主骨生髓充脑，开窍于耳，房室不节、滋情纵欲，耗伤肾精，肾精亏虚，髓海空虚，脑气失充，九窍不利，则见头晕、耳鸣等；腰为肾之府，膝为筋之会，肝肾不足故见腰膝酸软，劳则气耗，劳神、劳力都会耗伤人体正气，产生脑力和体力的过度疲劳。近年来随着生活水平的提高，饮食结构的改变，肥甘厚味、贪凉饮冷等一方面损伤脾胃，一方面导致痰湿内生阻碍脾胃运化，造成恶性循环。

由此可见，饮食生活不规律，过度劳累，长期的精神心理压力及房室不节等造成的肝、心、脾、肾、脑功能失调是本病的关键；肝郁气滞，心主失养，脾肾不足是本病的基本病机。本病实质上是本实标虚，虚实夹杂，以肝气不舒，心绪不畅为本、为实；以心、脾、肾诸脏气血阴阳不足为标、为虚。治疗上当标本兼治，补虚泻实，治疗当遵《灵枢·客邪篇》云：“……补其不足，泻其有余，调其虚实，以通其道而祛其邪。”补虚与祛邪并举。甜梦口服液就是一种疗补兼备的中成药，遵循经旨，以枸杞子、熟地黄、桑椹、黄精滋补肝肾之阴，以淫羊藿、蚕蛾温阳化气，二者阴阳并补为君药。正所谓“善补阴者必于阳中求阴，则阴得阳生而泉源不竭；善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷”。以黄芪、党参、山药补脾益气，刺五加、茯苓补心养血共为臣药；以半夏解痰郁、泽泻解湿郁、陈皮解气郁、山楂解血郁、砂仁解食郁，使五郁俱畅为佐，妙在加入马钱子一味，于大队补益药中，取其“开通经络，透达关节”(《医学衷中参西录》)之力，以利药效发挥，兼有止痛之功，能提高各种感觉器官功能，为使。诸药合用，共奏滋补肝肾，健脾益气，解郁安神之功，全方气血同补，阴阳并调，寓通于补，滋而不腻，温而不燥，具“阴平阳秘、精神乃治”之效，正符合慢性疲劳综合征肝、心、脾、肾、脑诸脏功能失调所致的病因病机，因而有良好疗效。

山东省烟台荣昌制药有限公司(264006) 刘继芳

“针刺太阳穴配合拔罐治溢泪” 验证有效

笔者受贵刊1984年第3期“针刺太阳穴配合拔罐治溢泪”一文启发，效其法治治疗泪道功能不全之泪溢症患者30余例，收效颇佳。仅举1例，以示验证。

凌某某，女，41岁，1998年6月17日初诊。患者双眼流泪1年余，冬季尤甚，每遇风吹和强光刺激后流泪加剧，曾经数家医院检查泪道无器质性病变，且泪道冲洗通畅，屡经治疗，收效甚微。诊见两目不红不肿，内眦有泪水充盈，时或流下，指压泪囊区无分泌物流出，遂拟诊为双眼泪道功能不全之泪溢(冷泪)。予针刺双侧太阳穴配合拔罐，并加刺双侧睛明穴。令患者仰卧闭目，穴区常规消毒后，取1.5寸毫针直刺太阳穴1寸；继针睛明穴：左手轻推眼球向外侧固定，右手持1寸毫针，迅速入皮后缓缓刺入0.8寸，不提插捻转，留针20分钟。起针后立即用抽气罐(将青霉素瓶底磨去做罐，以注射器抽气形成负压)在太阳穴针孔上吸拔10余分钟，尔后在拔罐部位贴约2cm×3cm的麝香壮骨膏，并嘱外出戴墨镜以避风遮光。21日复诊，患者诉针后双眼流泪明显减少，为巩固疗效，继用上法治疗1次。此后患者又自行用橡皮膏贴敷太阳穴数日，双眼流泪已完全消除。随访1年余，未见复发。

湖北省丹江口市缫丝厂医务室(442700) 胡德金