



浅议中医药在国际上的优势

中医药在国际上有两种优势:一是现实优势,应当充分利用,不失时机地发挥应有作用;二是潜在优势,应创造条件,因势利导,积极发掘,尽快转变成现实优势。

1 中医药现实优势

理论的优势:中医药是我国优秀文化遗产,有5000多年的历史,理论内容博大精深。它以中国人的宇宙观、生命观为基础,重视人与自然的关系,“天人合一”理论,整体观念、辨证论治为其特色。在中医方面有脏腑经络等学说,重视舌苔、脉象的变化。在中药方面有四气五味、升降浮沉、归经等理论。中医中药共同构成一个独特的、完整的、统一的理论体系,这是世界上任何国家民族的传统医药都不具备的。

治疗学的优势:由于科学技术的发展,生活节奏的加快,饮食结构的改变,生活方式的西化,自然生态的破坏,环境的恶化,工作压力加大,社会矛盾加重,使医学模式发生变化,已由“生物医学”模式变为“生物—心理—社会医学”模式。不少疾病尤其是疑难杂病西医药缺乏理想的治疗方法。化学药品毒副作用加大,药源性疾病增多,世人呼唤回归大自然,希望用天然的中草药、绿色植物来治疗保健,中医中药在此正好发挥优势。

治疗疾病谱的优势:中医重视辨证理论,现代中医更重视中医辨证与西医辨病相结合,取长补短,充分发挥中西医结合的优势。有些疑难杂病,即使未明确诊断,也可先辨证论治,不失时机地缓解病情,减少痛苦,改善生活质量。例如:(1)病毒性疾病:流感、乙型脑炎、病毒性肺炎、流行性出血热、肝炎、肝硬化。(2)老年性疾病:中风、脑梗塞、老年性痴呆、高血压病、冠心病、白内障、视神经萎缩等。(3)免疫性疾病:顽固性荨麻疹、类风湿性关节炎、红斑狼疮、干燥综合征、慢性肾小球肾炎。(4)肿瘤,特别是中晚期肿瘤,在延缓病情发展,减少痛苦,提高生存质量方面有优势。同时中医中药能减轻化疗、放疗的毒副作用,在改善症状,保护造血、免疫系统的功能方面起着重要的作用。(5)妇科疾病:月经失调、痛经、功能性子宫出血、不孕症、更年期综合征等。(6)皮肤疾病:皮炎、湿疹、银屑病等。(7)外科疾病:脉管炎、骨髓炎、肝胆结石、肾结石、颈椎病、椎间盘突出、骨折、股骨头坏死等。

中药复方应用的优势:中药品种繁多,资源丰富,只要有计划地合理使用,是取之不尽、用之不竭的天然药库。中草药有12807种,其中植物药11146种,动物药1581种,矿物药80种。中成药5000多种,方剂100多万,真是百万锦方。人类疾病数以万计,治疗的药物、方剂应当数量更多。中药是在中医理论指导下使用的,但如果离开了中医药理论,其治疗作用就大大逊色了。

新药开发的优势:利用中医药治疗疾病的临床经验,开发中药新药一般都有深厚的临床实践,有数以万计的病例作基础,不是靠药物筛选的方法研究开发新药。因此,命中率高、风险小、资金投入少,开发周期也相对地短一些。我国首先研制上市的98个化学药(包括天然提取、人工合成)如青蒿素、杜鹃素、焯菜素、大蒜新素、鹤草酚、鞣酸小檗碱、鱼腥草素钠等,其中就有59个是从中药、偏方中提取分离出来的。从1985年至1999年已审批近1000种中药新药,已广泛地用于中医临床各科。

在保健品开发上的优势:中医中药的宝库里,有“药食同源”的理论作基础,丰富多彩的药源既是美味佳肴,又是滋补珍品。现已审批上市的保健品1267种,其中国产1155种,进口112种。从保健功能看,分布在调节免疫、延缓衰老、增强记忆、促进生长发育、减肥、耐缺氧、抗辐射、抗突变、抑制肿瘤、降血脂、改善性功能、调节血糖、改善胃肠功能、改善睡眠、改善营养性贫血、保护肝脏、促进泌乳、美容、改善视力、促进排铅、清利咽喉、调节血压、改善骨质疏松等24种功能。

中西医结合的优势:40多年来,我国中西医结合取得了举世瞩目的成就。在急腹症(急性阑尾炎、肠梗阻、宫外孕等)、骨折、多脏器衰竭、青蒿素抗疟、中药砒霜(三氧化二砷)治疗急性白血病、针刺镇痛、针刺麻醉等方面都达到世界领先的水平。中西医结合不仅提高了疗效,还可知识创新、科技创新,产生新观点、新学说、新概念、新理论、新方法、新技术,乃至新的中国医药学。从我国实际出发,使中国医药学赶超世界先进水平,应寄希望于中西医结合。

2 中医药潜在的优势

培养国外中医药人才,为中医药国际化服务。国家中医药管理局打算在10年内与国外10所正规大学合办中医系、针灸系,推动各国中医药人才本地化。只有中医才会使用中药,中药是在中医药理论指导下使用的,否则,中药就成了天然药物。因此,只有中医国际化,才有中药国际化。十年树木,百年树人。培养中医药人才是很不容易的。有鉴于此,国家中医药管理局还打算在10年内在海外创办60个医疗点(门诊或中医院),开展中医业务。

中药材、中成药要现代化,并且还要做到“安全、有效、稳定、可控”,只有用严格的中药材、中成药质量标准来衡量,并确保质量稳定,才能与国际药市相互接轨,要加强中药材、中成药的基础研究,才能提高中药制剂工艺的质量标准。目前,对中药制剂工艺研究不够,水平提高不快,离中成药现代化的水平还有相当大的距离。今后必须增加投资,加大科研的支持力度。

中药新药开发要加强管理,做好引导工作。10多年来中药新药开发取得很大成绩,应当肯定,但离中药材、中成药现代化尚有较大的距离。目前,中药新药开发尚未脱离低水平重复开

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止血中炒炭入方中,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,更胜于火令矣。”《医方考·卷三》云:“……统而论之,生之则寒,则四生皆能去火;