

临 床 解 惑

中药的不同配伍与疗效有关吗?

答:自从有了中药复方,就有了药物的配伍学。药物之间发生的“相须”“相使”“相畏”“相杀”“相反”等作用,都是配伍的结果。有人通过茵陈蒿汤利胆作用的正交试验研究了不同配伍具有不同的临床效果。他们的试验表明:生大黄与茵陈配伍具有协同作用;但茵陈与栀子配伍时却抑制了利胆效应,与生大黄配伍时也削弱了大黄的利胆作用。有人将甘草与柴胡按1:1的比例制成甘柴合剂,发现该合剂抗肝损伤的作用明显优于单味甘草或柴胡。但在治疗中有些患者出现了浮肿,为此又加入茯苓1味。而逍遥散则包括这3味药,但逍遥散的抗肝损伤作用则远逊于甘柴合剂。

有人统计并研究了清热解毒(清热利湿)药与不同剂量、不同品种的益气助阳药的配伍,对乙型肝炎的传染指标(HBeAg)呈现出10种不同效应。而以这两类药,清解3~4份、助阳1份的比例时疗效最好。助阳药的比例过大过小均不佳。所用助阳益气药又以仙灵脾、仙茅、巴戟天、生黄芪为好;肉苁蓉、益智仁、附子则不佳。

有人观察了丹参、郁金、赤芍3味活血药可增强纤溶酶活性,防止血栓有明显作用,但党参、黄芪、黄精3味组成的益气药则与活血药恰恰相反。可见益气药可能具有促进血液凝固的作用。因此,对有瘀血的患者,最好不要单独使用益气药,应与活血药合理配伍使用,而对有出血倾向又有瘀血的患者,则不宜单独使用活血药,应酌加益气药。

许多药物的配伍不同,疗效也不同。如明代《医学入门》中记载蒲公英配忍冬藤可令人昏昏欲睡,与临床所见完全一致,但有人并不仅是嗜睡,而表现为头昏、乏力,类似服镇静药的效应。清代王维德《外科证治全生集》载:麻黄得熟地,通经不发表;熟地得麻黄,补血不腻膈。说明两药以不同的比例配伍则呈现出不同作用。有人观察到四君子汤中的党参、白术、茯苓3味药在单用时均可提高小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬作用,3味药合用时或某2味合用时均表现为相加的作用,但重要的是当炙甘草的含量达到1/3时,即可发现明显的

拮抗作用。但炙甘草单独应用时并不降低吞噬功能。这充分说明药物配伍具有相当重要的意义,证实了前人所说的甘草具有“调和诸药”的作用。有人观察到治疗病态窦房结综合征、心动过缓的病人在给予麻黄附子细辛汤、党参、黄芪等一派温通药时心率不能明显加快而又增口干、胸闷等症,但加入滋阴药元参仅10g,各症均好转,心率却明显加快,大而言之,这是阴阳互根的理论问题,小而言之则是药物的合理配伍问题。

数百味药物随着不同的病证,可有变换无尽的排列组合,古往今来众多配伍,给予了我们许多启发。然而尚有更多的配伍效应有待于我们去发现、去实践、去总结、去应用。

中国中医研究院西苑医院(北京100091)陈立华

IgA 肾病有何特征? 如何运用中医药治疗?

答:IgA 肾病是以肾小球系膜区存在着IgA 或IgA 为主的免疫复合物沉积为特征的肾小球疾病。本病几乎遍布于全世界,在我国是最常见的原发性肾小球疾病之一,约占20~30%。本病可发生于任何年龄,但80%发生在16~35岁。临床以血尿(肉眼或镜下)、蛋白尿、高血压、腰痛等为特征,也有出现急性肾炎综合征及急性肾功能衰竭表现者。

通过肾穿刺活检与中医辨证分型的相关性研究,我们发现IgA 肾病与中医的阴虚和气阴两虚密切相关。结合本病的临床特点,我们认为本病中医辨证多定位在肾,常波及肺、脾、肝等,定性多为阴虚或气阴两虚,常兼见热毒、湿热、瘀血等邪实。为此,我们融滋阴益肾、活血清利诸法为一体,组成了滋阴益肾方,主要药物有生地、丹皮、山萸肉、山药、茯苓、女贞子、旱莲草、益母草、白茅根、丹参、白花蛇舌草等。力图从多层次、多环节、多途径进行调节,经30例临床观察,总有效率达80%。动物实验证实该方可以提高红细胞免疫功能,加速循环免疫复合物的清除,减轻肾小球内的炎症,并阻止免疫复合物在肾小球内形成,从而改善肾功能,降低蛋白尿。

此外,在临床治疗过程中,还应注意证候的动态变化,辨证加减用药,将有助于提高疗效。如肾病及肺,肺

肾阴虚者,宜用麦味地黄汤加减;肾病及脾,出现脾肾气阴两虚时,宜用参芪地黄汤、大补元煎加减;肝病及肝,肝肾阴虚者,则用杞菊地黄汤加减。若外感风热或风寒入里化热,出现咽干咽痛者,则宜用银蒲玄麦甘桔汤加味;下焦湿热重者,则用小蓟饮子加减;瘀血明显者,可重用活血化瘀之剂,如血府逐瘀汤、桂枝茯苓丸或当归芍药散加减;痰热者,加瓜蒌皮、桑白皮等;血尿重者,加马鞭草、生侧柏、大小蓟等。

中国中医研究院研究生部(北京 100091)刘宏伟
时振声

怎样辨治胃脘暴痛、胀痛、刺痛、隐痛?

答:胃脘痛是消化系统疾病中最常见的症状。临床上急、慢性胃炎、胃及十二指肠溃疡、胃癌、胃肠神经官能症等病证,均会出现胃脘痛。不同的病理因素和病理过程,所表现出来的胃脘痛又有暴痛、胀痛、刺痛、隐痛等不同的特点,临床上须掌握其特点,予以辨证施治。

1 **暴痛:**以胃脘部剧烈疼痛,痛势急迫为特征,多属实证,有寒热之分。寒则因寒邪犯胃或饮食生冷所致,可伴见畏寒喜暖,痛势得暖稍减,口不渴,喜热饮,苔白,脉弦紧。当以散寒止痛为治,选用良附丸加减。病情较轻亦可用局部热敷法和生姜汤取效,痛甚可加用吴萸、荜茇、川楝子等。热则因肝气郁结,化火犯胃所致,可伴见胃脘灼热,烦躁易怒,泛酸嘈杂,口干口苦,舌红苔黄,脉弦或数。治以和胃泄热,选用化肝煎加减。可参入左金丸以加强散发郁火,清泄邪热的作用。

2 **胀痛:**以胃脘胀满疼痛为特征,多属实证,有气滞与食滞之别。气滞者多因情志抑郁,不得疏泄,横逆犯胃所致,可伴见脘痛连胁,攻撑作痛,嗳气频繁,大便不畅,舌苔薄白,脉弦。治以疏肝理气止痛,选用柴胡疏肝散加减。可加用香橼、佛手、绿萼梅以加强理气解郁止痛之效;痛甚可加木香、元胡理气止痛。食滞者因宿食积滞不化,中焦气机不展所致,可伴见噎腐吞酸,呕吐不消化食物,吐后痛减,大便不爽,苔厚腻,脉滑。治当以消食导滞,选用保和丸加减。可酌加槟榔、枳实以增化滞之力。

3 **刺痛:**多因病久气滞血行不畅,瘀血停留所致,以胃脘疼痛,痛处固定,如针刺或刀割样,面色黧黑,舌质紫暗或舌有瘀斑,脉涩为特征。治当以活血化瘀,理气止痛,选用失笑散合丹参饮加减。可加入三七、莪术、红花、川芎以加强活血化瘀作用。

4 **隐痛:**以胃脘痛隐隐而作,痛势不甚为特征,多属虚证,有阴阳之分。阴虚者因胃热伤阴所致,可伴见口燥咽干,口渴,大便干燥,舌红少津,苔薄质干,脉细弦。治以养阴益胃,选用益胃汤合芍药甘草汤加减。阳虚者因

久病伤阳,脾胃虚寒,失于温煦所致,可伴见泛吐清水,喜暖喜按,纳食减少,神疲乏力,形体畏寒,手足不温,大便溏薄,舌质淡胖,脉沉软弱。治当以温中健脾,选用黄芪建中汤加减。

胃脘痛病机比较复杂,有寒热、虚实、阴阳、气血之别;特征有暴痛、胀痛、刺痛、隐痛之分,临床辨治其疼痛的各种表现,有助于选药准确,从而提高疗效。

上海中医学院(上海 200032)翁志伟

活血化瘀法在耳鼻喉科如何运用?

答:近二十年来随着活血化瘀法研究的不断深入,本治则的应用范围也逐步扩大,运用的指征已由宏观向微观发展,在耳鼻喉科也是这样。

耳科疾病方面:如因内耳微循环障碍引起的感音神经性聋或爆震性聋(内耳出血),于辨证施治的基础上选加丹参、川芎、葛根、水蛭、三棱、赤芍、桃仁、红花、归尾之类。我们常用补阳还五汤加味治疗爆震性聋,每获良效。由于鼓室或咽鼓管纤维组织增生而形成的慢性卡他性中耳炎,咽鼓管阻塞,我们用行气活血为主辨证加减用药,取得较好的疗效(见《中医杂志》1990年,第2期,第41页)。耳眩晕历代多从风、火、痰、虚辨证论治,近几年来有从瘀血论治而获良效的报道,该症发作时有人作球结膜微循环检查,发现确系微循环功能障碍。

鼻科疾病方面:鼻粘膜静脉曲张、纤维组织增生而形成的慢性肥厚性鼻炎,我们常以通窍活血汤为基本方辨证加减用药而奏效,或用丹参注射液作双下鼻甲注射亦好。以鼻粘膜及骨部的血管发生闭塞性内膜炎为病理的萎缩性鼻炎,于辨证论治方中加活血通络之品可以提高疗效。鼻衄症多兼瘀血,瘀血不去新血不生而血遂难止,《十药神书》十灰散、《医学衷中参西录》中之化血丹(花蕊石、三七、血余炭)、补络补管汤(三七、山萸肉、龙骨、牡蛎)均为止血药与化瘀药结合运用。我们常于辨证论治止血方中选加大黄、田七、赤芍、丹皮、茜草、蒲黄等活血化瘀之品,结合局部止血法,效果甚佳。

咽喉科疾病方面:我们曾提出瘀血喉痹之名及其证治,而当前确有药厂生产的治疗慢性咽炎的利咽灵片,5味药中有2味是活血化瘀药土鳖、穿山甲。声带任克氏层内静脉丛充血水肿、出血或血栓形成,纤维组织增生的声带息肉、小结,常有用会厌逐瘀汤、血府逐瘀汤、通窍活血汤加减治疗的报道。我们除用上述方外,还有用《金匱要略》桂枝茯苓丸加味治疗而取得满意效果者。

湖南中医学院第二附属医院(长沙 410005)谭敬书