

百 家 园

中西药物合用也应辨证论治

中西医结合的治疗方法,不等于简单地中药加西药,中西药物合用也应辨证论治。合用的方法是将西药如同中药一样纳入中医辨证论治的范畴;目的则是西为中用、提高疗效。试举例说明之。

1 表里同治

表里同病者当然以表里同治为首选。有时中西药物合用同治表里,较单纯用中药同治表里为优。

1.1 中药治表、西药治里:有位急性心肌炎患者,既见鼻塞、流涕、恶寒、头痛之表证;又见心悸、脉结代之里证,血白细胞总数、分类均不高,室性早搏频繁。诊为病毒感染性心肌炎,由外感风寒所致。运用中药疏风散寒剂治表证;同时应用西药慢心律控制室性早搏以治里,使急性心肌炎得以及时治愈。

1.2 中药治里、西药治表:一位萎缩性胃炎患者见胃痛、嘈杂、便溏,采用健脾清胃中药治疗,病情已有好转,因寒温失调又感冒发热、鼻塞、咽痛、扁桃体Ⅱ°肿大、充血明显、血白细胞增高。中医辨证为表里同病。如果先治表证,必然中断胃炎里证的治疗;如果表里同治,则疏风清热中药对胃疾不利;我们采取了在继续运用中药健脾和胃治疗里证的同时,应用西药治疗表证,口服抗生素和解热利咽药易引起胃部不适,就选用复氨针及青霉素肌注以疏风清热利咽,中西药物合用同治表里之证而获良效。

2 寒热同治

寒热错杂之证常可温清并施。

2.1 中药治热、西药治寒:急性心肌梗塞患者,常既有心前区闷痛、心烦、口苦、舌暗红、苔黄腻之痰热瘀阻证;又有面色苍白、形寒肢冷、冷汗淋漓、脉微细之心阳虚寒证,属寒热错杂之证。我们用西药升压、抗休克、抗心律失常以补益心气、回阳救逆;同时煎服活血祛瘀、清化痰热之中药,中西药合参治疗,可以大大提高抢救的成功率。

2.2 中药治寒、西药治热:有位慢性肠炎病人同时患了肺炎,平素见纳呆、脘冷、腹胀、便溏之脾胃虚寒证,现又见发热、咳嗽、痰多黄稠、胸痛之痰热蕴肺证。我们

以健脾温胃中药治寒证;又用西药洁霉素抗感染、清肺热,效果良好,病程缩短。

3 虚实同治

虚实夹杂之证可以单纯扶正以达邪;也可单纯祛邪以安正;但多数情况下常同时采用扶正与祛邪两法。中医比较强调整体观念,重在调节阴阳平衡和各脏腑的功能;西医则较重视祛除病邪、消除局部病变。然而,西医亦有不少提高机体免疫的药物;中医也有祛除六淫之邪的方法,两者各有所长。因此,对于虚实夹杂的病证,除单纯用中药扶正祛邪外,也常合用中西药物扶正祛邪提高疗效。

3.1 中药扶正、西药祛邪:早期系统性红斑狼疮病人,中医辨证为阴虚内热之痹证,我们常以中药养阴清热缓图扶正治疗。由于患者免疫功能低下,容易感受外邪而发热,为了避免加重病情,所以常用西药抗生素及时控制感染,祛除病邪。

3.2 中药祛邪、西药扶正:急性肠炎患者,中医辨证为湿热下注者,常用清利肠道湿热中药治疗以祛邪;同时因腹泻频繁,耗伤气阴,易致水液代谢失衡、电解质紊乱,故往往及时补充糖盐水和钾盐以扶助气阴,避免阴竭阳衰引起低血容量性休克。

4 阴阳同治

对于久病阴阳两虚,或重危病人阴竭阳脱者,也可用中西药物合治。如急性胃肠炎患者,由于呕吐、泄泻,频繁以致体液丧失、血压偏低,既见口干、眼眶凹陷、舌红少苔之阴虚证;又见神疲气短、四肢逆冷、脉沉细之阳虚证。可用西药补液以养阴,同时用理中汤或六君子等温补脾阳。又如:肺心病呼吸衰竭病人在病情危重时,我们既用呼吸兴奋剂、升压药等以益气回阳;又让病人频饮西洋参汤益阴生津,对于抢救治疗均有裨益。

5 标本同治

“急则治标、缓则治本”是指标本缓急的分治。有时标本亦需同治,有的可单纯用中药治疗,有的则可采用中西药合治。

5.1 中药治标、西药治本:结核性胸膜炎病本是结核杆菌引起的一种机体免疫反应,胸水仅为病之标。我们采用链霉素、异烟肼等抗痨西药以治本;同时积极运用中药葶苈大枣泻肺汤加味或十枣汤加减治疗水饮停留

胸胁,达到少抽或不抽胸水的目的,减轻了病人的痛苦。

5.2 中药治本、西药治标:肝硬化腹水患者病之本为肝脾肾三脏俱虚、瘀阻肝络;水湿潴留之腹水为病之标。在腹水较多时,我们以西药利尿剂攻逐水湿,中药则集中力量补益肝脾或补益肝肾、活血通络。中西药合用,标本兼顾,收效较速。

6 脏腑同治

有位大叶性肺炎患者,咳嗽、痰黄、胸痛、高热,为痰热蕴于肺脏之证,又有大便数日不行、腹胀不适之腑气不通证。根据肺与大肠相表里的理论,我们一面用抗生素清肺脏之痰热;一面用中药小陷胸汤合小承气汤通腑泄便,达到釜底抽薪、大便畅解、高热迅除的效果。

总之,在辨证论治思想指导下,合用中西药物提高疗效的例子不胜枚举,限于篇幅,略述以上数例以示一斑。

上海市中医医院(上海 200090) 余莉芳

从剂型改革反思辨证论治

如何将中医方药由传统剂型成功地改制成冲剂、片剂、膜剂、气雾剂、针剂之类新剂型的问题,已成为直接关系着中医学理论发展特别是中医诊治急症成败的重要因素之一,并因此而受到各方面的高度关注和重视,同时也向辨证论治提出了挑战,那就是要求临床医师必须正确处理辨证论治与专方专药的关系,以便为有关病证不断地总结出相应的专方专药,从而有助于从一个侧面保证剂型改革的顺利进行。

应该说,辨证组方论治与专病专证专方专药施治本为相互补充的两种治疗方法,就连被尊奉为确立辨证论治体系的张仲景也多随机选用专方专药,如在所著的《金匱要略》一书中,除了为大量病证分别出有可供选择应用的数首方剂乃至加减药物之外,并为少数病证各举专一方药,其中曾为蛔厥、疟母、脾约、肝著、肾著、脏躁、咽中炙脔等病证逐一设乌梅丸、鳖甲煎丸、麻子仁丸、旋覆花汤、甘姜苓术汤、甘麦大枣汤、半夏厚朴汤等专方,还曾为胸痹、湿热黄疸以及因痰饮所致咳嗽等病证逐一开列瓜蒌与薤白、茵陈或大黄以及细辛、干姜、五味子等专药,诚如陈修园特为后三味专药而指出:“《金匱》治痰饮咳嗽,不外小青龙汤加减,方中诸味皆可去取,唯细辛、干姜、五味不肯轻去……,学者不可不深思其故也。”也正因如此,所以《岳美中论医集》认为:“《金匱要略》等著作中所述治疗方法,“多为专病专证专方专药与因人因时因地随宜加减”。

然而,近 40 年来所出版的中医院校统编教材几乎

千篇一律地只强调辨证论治,认为它所体现的因人因时因地制宜的具体情况具体分析的组合原则,正是中医的主要精髓之反映,治病优势之所在,相反地却很少再提及专方专药问题,这就无形中使这两种治法对立起来。及至临床医师,在诊治每例患者时,即便效果卓著,也每多更易一至数味药物,甚或认为专方专药有违辨证论治的精神,以致虽为某些病证找出了效验之法,但乏完全固定之方,更难以筛选出几味最有效的药物及其最佳用量,面对此类药杂量大之方,即使列题进行预试验,不仅为剂型改革增加了难度,而且也难以获取预期的临床效果。

实际上,《赵锡武医疗经验》早就明确地指出:中医“治病所用方剂,有已成熟者,有尚未成熟者,成熟者专病专方,未成熟者一病多方。”这段话虽可作出多种多样的解释,但何尝又不可理解为辨证论治只是一种手段,寻找成熟的专病(证)专方(药)才是根本的目的,这样便使两者由对立而趋于统一。鉴此,笔者认为临床医师在对各种病证进行辨证论治的过程中,一旦找到了某些有效方药后,即应予以固定,然后再经反复精简筛选,便可形成相应的药少量宜的专方乃至专药,从而使中药制剂人员能够根据这些方药的功效、用途及其组成药物的理化特性等情况制备成相应的最佳剂型。总之,不论从剂型改革或临床实践而言,笔者认为今后在编写中医院校有关教材时,应将专方专药提到一个适宜的位置,甚或可与辨证论治相提并论而加以强调之,这样或可更有利于促进中医学理论和现代化进程的发展。

安徽中医学院附属医院(安徽 230031) 胡丽华

略述中医美容法

中医美容,由来已久。在马王堆帛书中已有治疗癰、疣的处方,至《肘后方》,已形成专栏,有张贵妃面膏、使“丑人亦变鲜妙光华”的秘方等。近临床报道有增多之势,大体中医美容法可分下列诸项。

1 祛邪护肤美容。人之颜面终日暴露于外,极易受邪气之侵扰,六淫皆可使容颜受损,尤以风湿热邪为最。盖风为百病之长,《内经》中即有“劳汗当风,寒薄为皴,郁乃痤”之经文,病损常以风命名,如风痞瘤、面游风等,湿热也可酿至脓疮、沸疮,故巢元方曰:“夫体虚受风热湿毒之气则生疮。”祛邪美容当以祛风为先,《普济方》中就有摩风膏、去风面膏方等,清热渗湿之剂,有冬瓜子仁散、梔子仁丸均可治鼻面酒渣如麻豆,当今治疗痤疮的中药面膜或“倒模法”也属祛风渗湿清热之法。祛邪之品,美容首推白芷,其不仅“疗风通用”,且“其香