

应继续用药防治迟发的放化疗反应,防止疾病传变或趋于恶化。大量的临床已经证明,中医药配合放化疗减毒增效既提高了放化疗完成率和疗效,又在很大程度上保护和稳定了患者的免疫功能,为抗复发防转移提供了条件。

1.5 治未病思想指导下的带瘤生存治疗实践

现代肿瘤治疗疗效评价的全新指标是:提高生存质量,延长生存时间。因此目前肿瘤治疗的新模式不再是尽一切力量完全杀灭肿瘤细胞,而是在无法根治的情况下与之共存,即“带瘤生存”,努力使人体和肿瘤之间处于一个相对平衡的状态,也就是尽量使肿瘤细胞处于“静止”或“休眠”,这样人的机体仍会具有一定的免疫力,患者也因此一般状况良好,病情在一定时期内稳定并趋于好转。“长期带瘤生存”和“长期带病无症生存”则是中医药融洽平衡抗癌疗效特点。在治未病思想指导下,“带瘤生存”一方面要防其复发、转移,另一方面要防其恶化、出现并发症。这种实践具体体现在通过合理辨证施治,调整人体阴阳气血,使机体处于“阴平阳秘”的状态,以保证一定的生活质量。

2 治未病思想指导抗肿瘤中药制剂的合理应用

随着中医发展的现代化,为适应经济和社会发展的需要,各种各样的抗肿瘤中药制剂层出不穷,比传统汤药使用和携带更为方便,长期应用中药针剂或中成药对调整人体阴阳平衡产生了积极的作用。然而因其组方固定,往往局限于一定的适用范围。如何合理应用中药制剂成为倍受医患关注的话题。中医治未病几千年来应用于实践,其丰富的养生、保健、预防、诊疗和康复的理念、手段和方法,蕴含着大量的产业化元素。而

这些恰好与传统中药制剂和现代中药针剂的特色不谋而合。中药制剂的应用应依据治未病思想的指导,在“防”、“治”之间正确权衡,利弊之间合理取舍,辨证而用,以期为抗复发防转移发挥出中药制剂的最佳疗效。

3 讨论

近年来,随着我国医疗卫生体制改革和中医药现代化的不断深入,人们对疾病预防治疗和健康服务的理解和认识也不断深化,治未病预防保健理论体系的概念已初步形成,即运用中医治未病的伟大思想和丰富手段,在完善临床医疗体系的同时,通过养生保健、疾病预防、重大疾病阻断和康复的全过程、多层次的实践,构建我国具有中医特点的预防保健理论体系,以充分发挥中医治未病的特色和优势,更好地解决我国当前的医疗卫生困境,同时也进一步提升中医治未病理论的内涵和实践价值。

随着中医现代化的进程和科技经济的飞速发展,在当今人口老龄化、疾病医疗负担加重为基础的广泛社会问题上,以预防为主医疗策略和服务模式成为众望所归。中医“治未病”蕴含着丰富的预防医学思想,积累总结了大量的预防疾病的方法及手段,应更好地抓住机遇,适应变化,积极运用于临床实践,升华和完善自身的理论内涵,使其在肿瘤防治领域的作用和地位得到进一步的提升,更能有效地提高肿瘤患者的生存质量,延长其生存期,为广大肿瘤患者带来更多的福音。“治未病”思想也必将会有更好更广的应用前景。

* 云南中医学院第一附属医院(650021)

胸痹“痰瘀同治”的理论研究

原文涛* 郭新侠* 杨庆堂*

胸痹一证涵盖了现代医学中的稳定型和不稳定型心绞痛等疾病,并且近年来呈现出发病率增高、发病年龄年轻化的特点,严重威胁大众健康。我们长期致力于“痰瘀互结证”的相关研究,发现在辨证基础上从“痰瘀同治”着手治疗胸痹往往能取得比预期更好的临床疗效。本文就中医有关“痰瘀互结”理论的论述做一系统回顾与总结,从而为“痰瘀同治”的临床应用提供充足的理论依据。

1 历代医家对痰瘀同病的论述

气、血、津液之间的生理关系密切,因而病理上必然相互影响,而产生相关的病理变化。津病成痰,血病成瘀,各种致病因素所致的病理产物之间又可以气为枢纽,互为因果而形成痰瘀相关病证。痰形成后,滞留体内,就会阻碍气机,使血运受阻而形成瘀血,故《内经》曰:“孙络水溢,则经有留血”,“津液内溢”则“血道不通”。瘀血乃有形之物,易阻滞气机,阻滞经络,使络中之津不能渗出脉外,络外之津亦不能入于脉中,而津液聚积化生痰浊,也可因瘀血积聚日久,在正气的作用下,化生痰浊而形成痰瘀病证。此外,由于津中有血,血中有津,因此,津停血亦滞,血瘀津亦停,从而形成痰瘀互结病。

痰瘀相关理论,始于《黄帝内经》。痰,《黄帝内经》多称为“饮”、“积饮”、“汁沫”、“津液涩滲”、“水”、“水湿”等。如《素问·六元正纪大论》说:“太阴所至为积饮否膈”。瘀血,《黄帝内经》称之为“凝血”、“恶血”、“留血”、“菀陈”等。如《灵枢·百病始生》云:“湿气不行,凝血蕴里而不散”。痰瘀相关为病的

表述如《素问·调经论》所云:“孙络水溢,是经有留血”,及《灵枢·百病始生》云:“血蕴里而不散,津液涩滲”等,其中所谓“水溢”与“留血”,“凝血”与“津液涩滲”即是阴精为病、痰瘀同病的病理反应。发展于仲景,《金匮要略》创瓜蒌薤白汤、鳖甲煎丸、大黄蛰虫丸、桂枝茯苓丸等痰瘀同治之法给后人以启示。清人周学海明确提出:“治痰必用破瘀”。20世纪80年代以来,随着对疾病发病机制认识的深化,许多研究者指出,血瘀的同时,必有痰浊形成,化痰也兼能化瘀,“津血同源,痰瘀相关”,病因有多种。这一理论扩大了祛痰的治疗范围。祛痰化瘀法逐渐应用于内、外、妇、儿、眼科等多种疾病的治疗。

2 “胸痹”痰瘀互结的临床意义

中医认为,冠心病的形成与素体阳虚,寒客心胸,情志内伤,气滞血瘀,饮食不节,痰浊内聚,瘀阻血络等因素有关,而痰湿停聚,脉络瘀阻,则为其共同的病理表现。这一点在当今社会尤为突出。膏粱厚味在食品中的比重不断增加,过嗜烟酒,则水湿内停。又各种冷饮凉食,已成为人们日常生活中不可或缺之品,然生冷寒凉之物,刺激肠胃,过嗜之极导致阳气受损,“血喜温而恶寒”,瘀血内生而为病。脾胃受伤,一方面使气血津液生化乏源,中气衰弱则心气亦因之不足,气虚日久,心阳虚弱,阳虚则寒邪易乘;津血不足则不能上奉心脉,久则脉络瘀阻。另一方面,脾胃损伤运化迟滞,湿浊弥漫,上蒙胸阳,闭塞心脉则胸痹疼痛乃生。正如喻嘉言所说:“胸中阳气,如离照当空,旷然无外,设地气一上,则室塞有加,故知胸痹

者,阳气不用,阴气上逆侯也。”正所谓“阳微阴弦”也。蒲辅周先生认为,“胸痹眩痛,怔忡、心悸之征,每发于素食肥甘者,以致痰阻经络,阻遏气血。”邓铁涛教授认为,冠心病心绞痛患者“心阴、心阳虚”为其本,“痰瘀痹阻”为标。胸痹之病,纯属正虚者病较轻,湿邪蒙蔽者次之,痰浊闭阻者为重,痰瘀合邪者最危。冠心病“痰瘀互结”者,亦可理解为在冠心病标实证各型中病情最重的一类。在治疗上,“急则治其标,缓则治其本”。活血化痰,化痰祛邪则为治“标”之大法。临床上活血化痰药物如丹参、赤芍、川芎,化痰药物如半夏、陈皮、瓜蒌等为常用之品,而血府逐瘀汤、瓜蒌薤白汤、温胆汤则为代表方剂。并且现代药理研究也证实这些药物和方剂可以从不同侧面、不同角度改善冠心病患者的病理生理状态,为这些药物临床用于治疗冠心病心绞痛提供了科学依据。

有关冠心病痰浊证的研究表明,冠心病痰浊证组血清甘油三酯和低密度脂蛋白含量增高,血清甘油三酯与胆固醇水平明显高于血瘀证组,高密度脂蛋白胆固醇/总胆固醇比值则低于血瘀证组,同时血流动力学方面亦有外周阻力增加。高脂血症是痰浊的病理物质,由血脂所化生的痰浊,必致血液黏稠性增高,血浆流动性降低,聚集性增高,最终导致内皮细胞损伤。这是由痰致瘀的主要病理特征,也说明了由痰浊引发瘀血的演变过程。瘀血内阻可影响津液输布而出现津凝为痰之患。另有

研究提示,冠心病血瘀证患者微循环障碍,血流变慢血液瘀滞,组织缺血缺氧,引起细胞脂膜代谢紊乱,导致脂质堆积。以上情况都为“痰浊致瘀”、“瘀血生痰”提供了理论与实验的科学依据。近年来,在冠心病的中医药临床治疗研究中,已发现一些以祛痰为主,或痰瘀并治的复方有较好的治疗效果。有关的药理研究已证实,运用化痰祛瘀中药可降低全血黏度、血浆黏度、红细胞压积、纤维蛋白原,并降低甘油三酯、胆固醇含量,升高高密度脂蛋白含量,同时抑制脂质过氧化反应,对抗急性心肌缺血,因而对冠心病动脉粥样硬化的防治有积极作用。化痰祛瘀还可显著升高一氧化氮含量,防止血管痉挛和血小板的凝聚。并能降低血浆内皮素的含量,从而达到缓解冠心病发作和加重的目的。

由此可见,自《黄帝内经》就已经有了关于“痰瘀同源”、“痰瘀同治”的初步认识,经过几千年来后世医家的不断充实和发展,“痰瘀同治”已经成为一种日臻完善的理论体系,尤其是在“胸痹”的临床论治过程中发挥了重要作用,极大地提高了临床疗效,并且现代医学研究也充分证实,化痰祛瘀法可以通过多环节、多靶点改善心肌缺血的病理生理机制,是一种行之有效的治疗方法,值得在临床推广应用。

* 河南省漯河市中医院内一科(462000)

《儒门事亲》攻邪论探析

夏晨*

《儒门事亲》由金元时期张从正著,字子和,号戴人,其主要学术思想是攻邪论。病由邪生,邪去正安。病之一物,非人身素有,或自外而入,或自内生,皆邪气也。邪气有天邪、地邪、人邪之分。其中天邪,风寒暑湿燥火,伤上。地邪,雾露冰雹雪泥,伤下。人邪,酸苦甘辛咸淡,伤中。此将《灵枢》中七情伤脏的病因改为六味伤中,是其活用经典、结合临证提出的新见。邪气加诸身,速攻之、速去之,先论攻其邪,邪去而元气自复。根据邪气所在部位,确立汗、吐、下三种治疗方法,即在表者用汗法,在上者用吐法,在下者用下法,三法可兼众法。或一法独行,或二法兼施,或三法齐用,可广泛用于各种疾病的治疗,使陈莖去而肠胃洁,痼痼尽而荣卫昌,不补之中,真补存焉。其对汗吐下三法的运用,如身之使臂,臂之使手,习练日久,至精至熟。三法分述于下。

1 汗法

邪侵肌表,尚未深入,搏结皮肤、经络之内,疼痛麻痒,身热飧泄,破伤惊狂,酒病痹症等,凡邪在表者,皆可汗之。邪之中人,轻则传久而自尽,颇甚则传久而难已。凡寒暑湿之气,入于皮肤之间而未深,欲速去之,莫如发汗,使一毛一窍,无不启发法邪外出。汗甚热之药,如桂枝汤、桂枝麻黄各半汤、五积散(麻黄、白芷、枳壳、桔梗、苍术、厚朴、半夏、陈皮、茯苓、炙甘草、肉桂、当归、白芍、川芎、生姜、干姜)、败毒散。辛凉之药:升麻葛根汤、柴葛解肌汤等。苦寒之药:大柴胡汤、小柴胡汤等。表里双解剂:防风通圣散(荆芥、防风、麻黄、薄荷、大黄、芒硝、黄芩、生石膏、连翘、桔梗、栀子、当归、白芍、川芎、白术、六一散),外热内寒宜辛温,外寒内热宜辛凉。

春夏阳气在外,邪气亦在外,故容易发汗,凡发汗欲周身蒸蒸然,不欲如水淋漓,欲令手足俱周遍,汗出一、二时为佳。凡发汗,中病则止,不必尽剂。设若飧泄不止,日夜无度,完谷不出,发汗可也。予桂枝麻黄汤,次以胃风汤(组成:人参、茯苓、白术、当归、芍药、川芎、肉桂)和平脏腑,调养阴阳。另外,针灸、按摩、熏洗、蒸熨等具有疏散外邪作用的,亦属汗法。若北方,寒月、年老、体弱、冒寒、食冷、性缓、脉迟的病者,邪在表时,可辛温汗之。南方,暑月、少壮、气实、冒寒、劳役、性急、脉大者,邪在表时,可辛凉汗之。反之,则禁用,表虚亡阳,不能发汗。发汗的治则:汗而发之,轻而扬之,散而泻之。发汗之法,辨阴阳,别表里,定虚实,然后汗之,随治随应。

2 吐法

伤寒杂病、头痛胁痛、风痰宿食、酒积胸脘、痰厥失语、牙关紧闭、神志不清、眩晕恶心等症,凡邪在上者,皆宜吐之,木郁者,吐令条达。胸上诸实郁而痛不能愈,上盛不已,吐而夺之,则心火下降,中脘冲和。其使用的催吐药可为苦寒、辛苦寒、酸平、酸辛寒等类。如苦寒者,有栀子、黄连、苦参、大黄、黄芩等;辛苦而寒者,有郁金等;甘苦而寒者,有地黄;苦而温者,有木香、远志、厚朴;辛而温者,有谷精草、葱根须;甘酸而平者,有赤小豆。吐药太过,诸草木吐者,可以麝香解之。因石药吐者,以甘草、贯众解之。服藜芦吐者,以葱白汤解之。另外,引涎、漉涎、嚏气、追泪等上行者,亦属吐法。若患者性情刚暴,好怒喜淫,信心不坚,病势临危,老弱气衰,自吐不止,亡阳,血虚及诸吐血、呕血、咯血、衄血、嗽血、崩血、失血者,皆不可吐,吐则转生他病。吐法的治则,