

之”^[1]。这是对吐法最早的论述。此法用之得当,可速使邪实外出,但要做到中病即止。吐下之余,定无完气,邪虽吐出,胃气必伤。在瓜蒂散证中指出:“温,顿服之。不吐者,少少加,得快吐,乃止”^[2]。即服用时先少量试服,逐渐加大剂量,直至有效,一吐即止。由此可以看出,用催吐药不仅要防胃气受伤,更重要的是顾护卫气。

下法之剂,药性峻猛。攻逐水饮、通下腑实、破血逐瘀均属其范畴。《素问·阴阳应象大论》曰:“其下者,引而竭之”^[1]。即有荡涤、引导之意,病邪在下焦者,应用荡涤疏利之法使邪从下焦而出。合理服用可使邪实速去,沉痾立去。但下法大都以阳明为道,易伤胃气,运用之时,得效即止,慎勿过剂。张仲景在峻下之剂大承气汤中指出:“得下,余勿服”;服小承气汤时“若更衣者,勿服之”。处处注意中病即止,祛邪而不伤正。但是,若服用剂量未达到疗效,未“中病”,则需增加剂量,直至得效方可,如在运用十枣汤时则指出:“若下少,病不除者,明日更服,加半钱。得快下利后,糜粥自养”。《伤寒论》中既反对孟浪用药损伤正气,但也不能量小而没有疗效,并时刻注意正气。

根据张仲景在《伤寒论》中的论述,提示在临床时,要熟悉方药的用量,谨慎给药,密切观察,中病即止,以达到祛除邪气,保存正气,治疗疾病的目的。

2 体质强弱,用量各异

在服用十枣汤时张仲景首先强调:“强人服一钱匕,羸人服半钱”^[2]。在温寒逐水的三物白散服法中也强调“强人半钱匕,羸人减之”等等。虽然病症相同,方药一样,但因体质禀赋的差异,对药物的反应及耐受也不同。体质壮实者,对药物的耐受力强,故所用剂量要大;体质虚弱者,则不耐药物攻伐,剂量也要减少,以免过大而使正气耗伤。

由于患者的个体差异,药物的作用可能产生明显的不同,即“个体差异”。因此在使用中药时必须结合患者的具体情况,选用适当的药物剂量,即“因人制宜”。体质有强弱寒热之偏,阴阳有盛衰之别,对于具体的患者,用药时需根据其体质的强弱而调整药物的剂量。《素问·五常政大论》云:“能毒者以厚药,不能毒者以薄药”^[1],同样说明了“因人制宜”的中医用药特点。

3 药性不同,作用不同,服药方式、时间各异

在《伤寒论》中的大多数方剂中注明“分温再服”,“分温三服”等服法。但随着方药性质、功效的不同,以及所治疗疾病情况各异,服药的频率、方式及时间也不同。

在瓜蒂散证中张仲景云:“温,顿服之”^[2]。用调胃承气汤亦是“温,顿服之”。在此将一日的剂量集中一次服下,因其药性较猛,效专力宏,且是用于催吐痰涎,通下腑实,因此当集中药力,一鼓作气。临床上对急症患者辨明病机后,即当效此法用药。一次顿服,以期直捣病巢,迅速扭转病情。

但对疑惑之证用峻猛之药时,张仲景则提出谨慎的试服法,反对孟浪轻率。在209条中云:“若不大便六七日,恐有燥屎,欲知之法,少与小承气,汤入腹中,转矢气者,此有燥屎也,乃可攻之”^[2]。用大承气汤十分谨慎,对肠中是否有燥屎疑惑之时,不是率投大承气汤而是先用少量除满通便,性稍和缓的小承气汤,待证实燥屎之后,方用大承气汤攻下。如此前后印证,可知张仲景既大胆用药,除邪务速,又小心谨慎,随机应变。

合理选择最佳用药时间,可以达到事半功倍的效果。因此,临床给药时需注意时效关系及药物性质,拟定合理顺序并准时

给药,以达到最佳的治疗目的。《伤寒论》中用十枣汤时是“平旦服”,即清晨空腹送服,如此给药,药物吸收很少受到食物影响,使吸收充分并在体内达到较高的药物浓度,有利于充分迅速地发挥作用。在运用滋阴泻热、安蛔止疼的乌梅丸时,是“先食饮服十丸,日三服”,即要求饭前服用,以减少食物干扰,促进吸收。所以在临床中要时刻注意讲究服药时间。欲速建功,空腹服;制酸止疼药宜饭前服;有刺激性的药物宜饭后服;而安神催眠的药物则当睡前服。

4 合理膳食,顾护胃气,促进邪去正复

中医自古就有“药食同源”之说,中医认为,饮食分五味,皆有五行归属。饮食得宜,则气血生化正常,脏腑机能旺盛;反之则会损伤脏腑机能。如《素问·生气通天论》云:“膏粱之变,足生大丁”;“味过于酸,肝气以津,脾气乃绝……”^[1],明确地提出了人体的生理功能、病理变化与饮食有较大关系。

张仲景在用药时,十分强调饮食禁忌。服桂枝汤时“服已须臾,啜热粥一升余,以助药力”,“禁生冷、黏滑、肉面、五辛、酒酪、恶臭等物”^[2]。用乌梅丸时“禁生冷、滑物、臭食等物”^[2]。服十枣汤后“得快下利后,糜粥自养”^[2]等。大凡病后,患者脾胃运化欠佳,生冷、臭恶等物损伤脾胃,聚湿生痰,自当禁忌。而在桂枝汤等发汗解肌时啜热稀粥不仅养胃益阴,以增汗源,防止伤正,还可以热粥助药力,发汗祛邪。因此,在服用中药时,还应注意适宜的饮食,以促进邪去正复。

参考文献

- [1]王洪图.《内经》选读[M].上海:上海科学技术出版社,2001:44-67,100-104.
- [2]柯雪帆.《伤寒论》选读[M].上海:上海科学技术出版社,2001:14-21,114-119.

虫类药在糖尿病肾病中的应用

毕礼明 马济佩

(江苏省无锡市中医医院肾病科,214001)

随着糖尿病(diabetes mellitus,DM)患病率的逐渐升高,糖尿病肾病(diabetic nephropathy,DN)作为最严重最常见的糖尿病并发症之一日益受到关注,其发病机制尚不清楚,是大多数终末期肾病的主要病因。在美国超过40%的终末期肾病(end stage renal disease,ESRD)患者是由DN所致,每年新增终末期肾病患者中50%以上是由DN引发^[1]。

DN发病机制复杂,包括遗传、糖代谢异常、血流动力学改变、高血压病的多种机制。出现DN时多数患者已经出现大血管、视网膜、神经系统的并发症。虽然当前包括控制血糖、降压、使用ACEI或ARB类药物、抗氧化、降低蛋白尿、低蛋白饮食、抗凝等干预来治疗糖尿病肾病,大多数患者仍表现为进行性肾损害,提示在当前的治疗方法下DM的启动和进展的致病机制是活跃的和很难阻止的。目前认为,有多个信号通路参与糖尿病肾病的发病。国外有研究发现醛糖还原酶(aldose reductase,AR)抑制剂、蛋白非糖基化阻滞剂(glycosylation antagonists)、生长因子拮抗剂(growth factor antagonists)对糖尿病微血管并发症(包括DN)有一定疗效^[2],但上述药物目前尚处在临床前期或动物实验的研究,其疗效尚难肯定。

对于 DN 来说,肾脏保护是一个关键的治疗目标, DN 的有效治疗研究是当前肾脏病科医生面临的重大课题。维持严格的血压^[1]、预防微量白蛋白尿可以降低 DM 的总死亡率和心血管病死亡率,因此早期的干预以是必须的。

中医药干预 DN 有其自身的疾病认识特点和治疗优势。虫类药因其血肉有情、走窜通达、破血行血、疏逐搜剔、化痰散结之特性,正确应用可以对疑难顽疾起到良效。唐容川在《本草问答》中说:“动物之攻利尤甚于植物,以其动物之本性能行,而又具有攻性。”指出虫类药的特性是行走攻窜,用以通经达络,疏逐搜剔,胜于草本植物药。

1 从宏观角度看 DN 中需要使用虫类药物

传统中医在临床中主要从宏观角度进行辨证治疗。从中医角度讲 DM 多由于痰湿、痰浊郁久化热,继而热甚津耗,加之脾虚水谷不化精微,致气阴不足,血脉不利,病情多由实转为虚实兼夹。久病脏腑失养,气阴不足发展为阴阳俱虚,由于脏腑各有所主,脏腑衰竭,继而出现虚中兼实证候。而 DN 病理性质以气阴两虚、精气亏耗、终致阴阳两虚为本,以燥热内生、水湿潴留、湿浊内蕴、痰湿、痰浊、瘀血为标。中医诊疗疾病的特点是可以根据患者的全身状况进行综合调治,强调阴阳平衡、整体调节、辨证治疗^[4-5]。中医药干预可以明显改善 DM 患者症状,同时由于中药的成分和作用复杂,可双向或多向调节机体脏器功能,而且许多中药及复方兼有调节糖脂代谢、增加胰岛素敏感性、改善血液流变性、抑制山梨醇蓄积、抗自由基损伤、改善微循环、保护肝肾功能等作用,从多靶点延缓疾病的进展。

叶天士对虫类药有了新的体会,创“久病入络”之说,谓“久则邪正混处其间,草木不能见效,当以虫蚁疏逐”,“初为气结在经,久则血伤入络,辄仗蠕动之物松透病根”。指出久病、邪盛正衰病机复杂当使用虫类药物。糖尿病肾病难治,进展很快,变化多端,最终湿浊、瘀血积聚,临床需要迅速阻断疾病进展。因此,从宏观角度讲 DN 需要使用虫类药物。

2 从微观角度看 DN 需要使用虫类药物

从微观上来看, DN 病理早期以肾小球肥大、基底膜增厚,系膜基质轻度增生为主,进展期时基底膜弥漫性增厚、系膜基质增生,可表现肾小球的渗出性病变(球囊滴、纤维蛋白帽等),进而肾小球 K-W 结节的形成,内皮细胞受损导致系膜溶解的后果。在 K-W 结节的邻近部分可见肾小球毛细血管微血管瘤形成。近现代很多医家认为,这些病理改变符合中医的虚、痰、瘀、毒、湿热等特点,临床辨证可以参考。如李显筑^[6]认为,肾虚络损,是 DN 发病的起因,而炎症因子又使脏腑功能失常,随之而生的瘀、痰、毒为病理性标志产物;在临床中喜用虫类搜剔之品水蛭、地龙解毒、利湿、活血诸药深入肾络,剔除邪毒,鸡内金、桑螵蛸补益精气、补肾固精、助阳化气等,同时配合黄芪在上推动气血之运行,六味在下滋补肝肾之阴精,故使滞涩失润之肾络润畅而通达。

3 从药理学研究结果看可以使用虫类药物

蛋白尿是 DN 进展和预后的重要指标,很多单味中药针对蛋白尿即有很好的效果,如地龙、蜈蚣、全蝎、僵蚕、蜈蚣、五倍子等;同时微循环障碍和高凝状态贯穿 DN 的始终,当前的药理研究虫类药物在抗凝和改善微循环等方面有根茎类中药不可比拟的作用和优势,很多单味药物如地龙、水蛭等药物在药理学研究方面已经有明确的抗凝作用。

因此,如何很好地应用虫类药物是很有必要的。我们从以下几个方面探讨如何应用虫类药物的治疗 DN。

重视辨证和扶助正气:中医的优势主要体现在整体综合调治。DN 患者多同时有其他脏器的并发症,如心血管、眼底、神经系统等,临床表现也是存在多样性和复杂性,仅仅通过应用虫类药物并不能很好地解决所有问题。在选药过程中最重要的是辨证用药,不宜盲目的堆砌,注意对证、配伍、炮制、个体差异、剂量以及疗程等;同时虫类药物多是针对其兼夹证,如夹瘀、夹湿、夹痰等。因此,从长远之计来看,应重视扶助正气。

虫类药物的分类复杂,应该根据辨证筛选虫类药物。当前 DN 的临床分型中主要有气阴两虚、脾肾两虚、脾肾虚衰,同时可以兼夹瘀血、水湿、浊毒等^[7]。王永钧认为,以风湿和肝风尤为关键,并可以出现痰瘀证^[8]。同样虫类药针对 DN 的临床特点也有相似的分类规律。正如叶天士指出:“凡虫蚁皆攻,无血者走气,有血者走血。”如宣风熄风包括蝉蜕、僵蚕、地龙、全蝎、斑蝥等;化瘀破积有全蝎、地龙、水蛭、土鳖虫、虻螂、蜈蚣、虻虫、蜂房等;搜风剔络有僵蚕、地龙、蜈蚣、全蝎、乌梢蛇、白花蛇、蕲蛇等;利水化湿有蜈蚣、蟋蟀、地龙、蚕沙、蟾皮;化痰软坚有牡蛎、五灵脂、全蝎、僵蚕;但是也是存在一些补益的虫类药物如益肾扶正的蛤蚧、五倍子、蚕蛹、冬虫夏草、桑螵蛸、蜂房、蛤士蟆油、鲍鱼等。临床中应该遵循有是证用是药的原则,用好虫类药物。

一般认为,对于严重肾脏损伤时峻猛破血之品慎用或禁用如水蛭、白花蛇、穿山甲等。全蝎改善肾脏微循环有独特疗效,得到动物实验及临床观察资料有力支撑。有人认为在慢性肾小球肾炎肾功能正常情况下,优先选僵蚕、蝉蜕、地龙通络^[9]。大量蛋白尿时,优先考虑地龙、蜈蚣、蝉蜕。肾功能衰竭时,常用无毒的蝉蜕、地龙。同样 DN 早期在辨证的基础上选用峻猛破血力强的虫药,如水蛭、白花蛇、穿山甲、全蝎、蜈蚣,晚期则用药推崇平和,可选蝉蜕、地龙、僵蚕,预防药毒伤肾。

应当注意虫类药物的副作用和机体的反应。虫类药由于自身的特点,副作用较草根类药物相对较大^[10],需要密切监测不良反应。主要是对循环、血液、中枢神经系统的损害,对消化道、肝、肾等实质器官的损害和过敏反应,导致的原因有使用不当,如盲目用药,过量、长期用药等。因虫类药含有动物的异体蛋白质,有些过敏体质的患者服用后会出现皮肤瘙痒的症状,可加用苦参、白鲜皮、地肤子、徐长卿之类,以缓解症状,必要时停用。

慎用肾毒性虫药:DN 后期,残余肾功能很少,一般不建议使用毒性药物,此时使用可能会加重残余肾脏的损伤。因此,从中医角度看,对于慢性肾脏病 4~5 期的治疗应宜保肾,减轻肾脏负担,尽量使用无毒或小毒药物和饮食调理。虫类药中,斑蝥的肾毒性极强,主要含斑蝥酸酐,超量内服或外用和制药不慎均可引起中毒,且发病迅速,造成急性肾功能衰竭而死亡。蜈蚣、蜂毒等也具有肾毒性,应严格限剂量。目前认为,斑蝥、蜈蚣、蜂毒、全蝎、鱼胆、水蛭、海马、红娘子、麝香、蟾酥等具有肾毒性。而蝉蜕、地龙、僵蚕、蜈蚣、土鳖虫、桑螵蛸等则相对平和。

当前虫类药物治疗 DN 的研究极少,少数研究仅仅是针对糖尿病本身。进一步研究虫类药物的方法需要符合中医对疾病认识和治疗的特点,从基础到临床,评估药物的有效性和安全性以及作用机制。虫类药物在 DN 中的应用有广阔的前景,有必

要进行规范的和系统的研究,当前可以进一步通过虫类药物在其他疾病治疗中积累的研究结果、历代文献的记载、名老中医的经验等方面进行深入的研究,并在临床中逐渐开展推广,形成特色和优势。虫类药物在DN 中的应用是一个新课题,需要在临床上不断的积累,丰富DN 的中医治疗方法,评估其确切的临床疗效。

参考文献

[1] Collins AJ, Kasiske B, Herzog C, et al. Excerpts from United States Renal Data System 2006 Annual Data Report [J]. Am J Kidney Dis, 2007, 49(1 Supple 1) :A 6-7.

[2] Balakumar P, Arora MK, Reddy J, et al. Pathophysiology of Diabetic Nephropathy: Involvement of Multifaceted Signalling Mechanism [J]. J Cardiovasc Pharmacol, 2009, 54(2) :129-138.

[3] Ruilope LM, Segura J. Kidney protection: a key target in the management of patients with diabetes [J]. J Hypertens, 2009, 27(S1) :S15-8.

[4] 邹宇. 发挥中医在糖尿病中的优势 [J]. 中医药学刊, 2005, 23(10) :1857-1868.

[5] 梁晓春. 中医治疗糖尿病慢性并发症的优势及存在问题的思考 [J]. 中国临床医生, 2006, 34(5) :60-61.

[6] 刘春倩, 孟爱霞, 黄吉峰. 李显筑教授治疗糖尿病肾病经验 [J]. 长春中医药大学学报, 2009, 25(1) :10-11.

[7] 王晓光, 王亚丽, 张佩清. 张琪教授辨治糖尿病肾病经验介绍 [J]. 新中医, 2005, 37(3) :21-22.

[8] 陈洪宇. 王永钧教授诊治 2 型糖尿病肾损害的临证经验 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2008, 9(9) :756-759.

[9] 魏江磊, 吴星宇. 虫类通络法临床思维 [J]. 中医药学刊, 2006, 24(12) :2182-2183.

[10] 杨更生. 虫类药的不良反应与防治 [J]. 新中医, 1989, 21(8) :52-55.

临证心悟——治火二法

崔应珉¹ 车文生² 徐 羽²

(1. 河南中医学院, 450008; 2. 河南中医学院 2008 级研究生)

火者, 热也, 其性属阳, 故阳盛则外热。阴阳者, 此消彼长, 阳盛则阴虚, 阳盛于外, 则阴虚于内, 故阴虚则内热。或问阳盛则阴虚, 内外皆热, 然张仲景何用麻黄汤以辛温发散, 此非伤阴乎? 此不明火之性也。火性炎上, 故辛散之品发之于外(上), 乃随其性; 其性炎上, 故内易虚(朱丹溪曰火内阴而外阳), 温热之品补于内, 是为生火之源, 亦是随火之性, 令其无后顾之忧。故麻黄汤乃发汗之重剂, 其为祛邪之法, 久必伤及正气, 故中病即止。东方之用裹物以发汗, 西方之用冰敷以降温, 导热于外, 其非散热于外乎? 其异乎? 治火之法颇多, 概生火之因多矣, 有外感者, 感于六淫, 皆可从火而化; 有内伤者, 伤于七情或饮食劳倦, 大多郁积而化火。生火之所亦多, 人之一身, 水火也。以脏腑论之, 又有心火、胆火、肝火、小肠火、胃火等五脏六腑之火; 以三焦论之, 又有上、中、下三焦之火。且以虚实言之, 有实火者, 清解足矣; 有阴虚之火, 滋阴可行; 有气虚之火, 甘温除之。若虚实分明, 治法非难, 用药亦易。但火有君相之分, “君火以明, 相

火以位。”君火在心, 相火在肾, 君火似实, 相火似虚, 虚虚实实, 至于临床, 辨证实难。翻书阅卷, 临证感悟, 从中得之一二, 临床治火, 当察其性, 故用二法: 一者火郁发之; 一者引火归原。

1 火郁发之

“火郁发之”语出《素问·六元正纪大论》。“火郁发之”的意思, 王冰注: “发谓汗之, 令其疏散”, 后世多衍为发汗法、升阳散火法等等。明代王肯堂《证治准绳》对“火郁发之”作了归纳: “发者, 汗之也, 升举之也。如腠理外闭, 邪热怫郁, 则解表取汗以散之。又如龙火郁甚于内, 非苦寒降沉之剂可治, 则用升浮之药, 佐以甘温, 顺其性而从治之, 使势穷则止。如李东垣升阳散火汤是也。凡此之类, 皆发之之法也。”张介宾在此基础上进一步加以发挥。《类经》言: “发, 发越也。凡火郁之病, 为阳为热之属也。其脏应心主、小肠、三焦, 其主在脉络, 其伤在阴分。凡火所居, 其有结聚敛伏者, 不宜蔽遏, 故当因其势而解之、散之、升之、扬之, 如开其窗, 如揭其被, 皆谓之火郁发之, 非独止于汗也。”银翘散中用荆芥穗、淡豆豉辛温之品以助发散郁火, 《治病要要》推其为“火郁发之备药”。普济消毒饮之用升麻、柴胡疏散风热, 并引诸药上达头目, 且寓“火郁发之”之意。李杲之用升阳散火汤、补中益气汤治疗“阴火”, 甘温除大热, 观其用药, 其非温散之法乎? 所谓“壮火食气, 少火生气”, 治当“补不足, 损有余”, 扶正即为祛邪, 补不足即为损有余, 其理相通, 故甘温除热。

临床每每遇到满面痤疮, 前胸后背亦有者, 即思: “此火欲发之状, 当随其性, 使火毒发出, 此即火郁发之”。随自拟消痤方(见于《中华名医名方薪传·皮肤病》) 中加入升麻一味, 拈手即效。

2 引火归原

“引火归原”源于《素问·至真要大论》。唐代王冰注: “病之火甚者, 尤龙火也, 得湿而焰, 遇火而燔, 不知其性, 以水湿折之。适足以火焰诣天, 物穷方止矣; 识其性者, 反常之理, 以火逐之, 则燔灼自消, 焰火扑灭。”赵养葵在《医贯》中论曰: “火可以水折, 惟水中之火不可以水折, 故必择共同气招引归宁, 则火始不上浮而下降矣。”《医学心悟》指出: “肾气虚寒, 逼其无根失守之火, 冶游于上, 当用辛热杂于壮水药之中, 导之下行, 所谓导龙入海, 引火归原。”此正合张景岳“阴根于阳, 阳根于阴, 凡病有不可正治当从阳以引阴, 从阴以引阳, ……从阳引阴也, 又如引火归原, 纳气归肾……”之说, 水中之火, 引火归原, 正可谓扬汤止沸。或问何不釜底抽薪? 概人身只此一阳, 无此不能生也。

现代临床多用金匱肾气丸治疗复发性口腔溃疡, 疗效颇佳, 即取其义。《医宗金鉴》记载治疗唇风时用七味地黄汤以引火归原, 若不愈者, 加入附子一味, 立愈。余一乡人, 病少腹凉, 腹泻, 驾车时必于腹前裹一棉垫, 舌苔厚腻, 自述曾患慢性腹泻, 遍寻良医, 治之效微, 后出差于山东, 求诊于一乡间老医, 处方中有附子 15g, 服 7 剂, 咽喉痛, 面唇起疮, 热象毕现, 医曰: 效。附子加至 30g, 又服 7 剂, 咽喉不痛, 面唇疮消, 自觉效好。三方附子加至 60g, 服后病愈, 两年未复。有病之难愈者, 症见湿象, 其为火也, 概火蒸湿动, 舌苔厚腻。不妨以引火归原之法试之。

我们在临床上也常常遇到不想服药或者服药不便的患者, 嘱其用吴茱萸贴涌泉穴, 治疗口疮及高血压病。此亦即取引火归原之意。

[编辑: 李 巍]