

中药改善理化指标在临床中的应用

车 慧 姬航宇 刘文科 指导:全小林*

(中国中医科学院广安门医院,北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号,100053)

* 通讯作者: xiaolintong66@sina.com, (010)88001166

[摘要] 理化检查指标为现代医学的发展提供较为可靠的依据,而中医的疗效评价也不可回避理化检查的标准。由于传统中医疾病多以症状命名,治疗以辨证为中心,疗效评价有失客观。为此,提出症、证、病结合的思想,重视西医之病,提出以理化指标作为评价中药疗效的标准,并在临床实践中,取得了良好的效果。

[关键词] 理化指标;全小林;临床治疗应用;疗效评价

理化检查指标为现代医学的发展提供了较为可靠的依据,而中医的疗效评价也不可回避理化检查的标准。本文从中药改善现代疾病理化指标的背景和途径及临床应用探讨如下。

1 中药改善现代疾病理化指标的背景

1.1 雾里看花——传统中医诊疗的困惑

传统中医诊治疾病主要依靠“望、闻、问、切”四诊得到患者的信息后选方用药。这种仅凭感官了解疾病的方法虽然直观,但存在着一定的局限性。例如中医病名多是以症状命名,不仅缺乏病种的特异性,而且容易产生同一疾病不同名称的歧义,给标准化治疗带来不便。传统中医治疗多从症状及证候入手,对于疾病的研究相对薄弱,如阴虚燥热可见面红口渴、失眠多梦、五心烦热等症状,不同疾病均可以出现这一证型,若仅用滋阴清热药缓解症状,治疗疾病就失去了特点。随着现代医学病理学和生物化学的飞速发展,诊断疾病和判断疾病转归的技术日臻成熟,疾病的好转和痊愈并不等同于症状的好转。现代医学的微观系统理论与传统中医的宏观系统理论的差异给传统中医的诊疗思路和疗效提高带来了前所未有的冲击。

1.2 大势所趋——现代中医面临的挑战

现代医学依靠先进的诊疗设备和技术,在疾病诊断方面的发展领先于中医学,各种理化检查,不仅直观,而且客观。医生和患者越来越倾向于理化指标作为疗效评价的标准,因此,各种理化指标越来越受到关注。值得注意的是,中医对疾病的诊断并没有因为检验技术的进步,像现代医学诊断学一样迅速发展,以往多以症状命名的中医病名随着现代医学对于疾病的系统认识而略显落后。目前许多患者在治疗时不仅关注自己的不适症状,更关注异常指标(如血糖、血脂、血压等)是否有所改善。特别是只有理化指标异常,而无症状可辨的患者,更是给以望、闻、问、切四诊资料为主的辨证论治带来了严峻考验。中医要在现代临床中发挥作用就不能再回避现代医学的理化指标。

2 中药改善现代疾病理化指标的途径

2.1 有的放矢——理化指标为中医治疗慢性疾病无症可辨提供靶点

全小林教授提出症、证、病结合的现代中医辨治模式^[1],即在诊断上首先明确现代医学之病,治疗中患者有明显症状则结合主症、证候治疗;对于现代医

论治疗效评价指标——《PRO 量表》的理论模型进行了尝试。在此理论模型中突出了生理领域中形神一体观理论指导下的 COPD 稳定期的特色内容,更适合 COPD 稳定期的中医临床疗效评价。

参考文献

[1]刘凤斌,王维琼.中医脾胃系疾病 PRO 量表理论结构模型的构建思路[J].广州中医药大学学报,2008,25(1):12-14.

[2]FDA. Guidance for industry-patient-reported outcome

measures: use in medical product development to support labeling claims, draft guidance. Health Qual Life outcomes, 2006, 27(9):4-70.

[3]何庆勇,王阶,施展,等.冠心病心绞痛中医 PRO 疗效评价量表理论结构模型构想[J].中华中医药杂志,2010,25(1):42-45.

(收稿日期:2011-01-05;修回日期:2011-03-02)

Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net>

[编辑:黄 健]

学疾病早期发现时没有明显临床症状的情况下,则要拓宽中医思维,可以把理化指标看作是中医之症的延伸,给现代疾病早期的中医治疗提供参考,体现现代中医治疗中的“治未病”思路。全小林教授指出,临床用药不能脱离中药传统理论,同时以理化指标作为疗效评价的标准之一,充分挖掘中药治疗现代疾病的潜力。

2.2 一箭双雕——指标改善和患者个体化症状改善同时实现

全小林教授提出这一思路,并不是放弃辨证论治,为了达到某一种理化指标的正常而一味堆积中药单体的数量,而是在参考现代药理学研究基础上,根据患者个人症状特点,应用经方,药少而精,药专力宏,达到标准化指标改善与个体化症状改善的双重效果。同时,症状改善、不良情绪的缓解也可以促进异常指标的转化,使患者逐渐达到自身调节的良性循环。这种多维的治疗方法使方药成为多功能的载体,可以发挥中药的优势弥补西药疗效的不足。

3 临床应用举隅

3.1 苦寒药改善肥胖2型糖尿病患者血糖指标

肥胖2型糖尿病与传统消渴不同,早期往往没有“三多一少”的典型症状,仅患者在体检中发现血糖升高,询问其饮食起居情况,多因嗜食肥甘,起居无常等不良生活习惯所造成。全小林教授根据《素问·奇病论》“此肥美之所发也,此人必数食甘美而多肥也。肥者,令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴”的论述认为,肥胖2型糖尿病患者在没有出现症状之前是由于嗜食肥甘,郁于中焦,造成中满内热、脾胃运化失职这一核心病机,致使血糖居高不下。针对这类患者,全小林教授常用“苦酸制甜法”降糖。苦,即苦味药;酸,即酸味药,因苦味药多具有清热坚阴之功效,酸味药收涩可辅助苦味药降糖作用,从性味上分析二者是甜的对立面,对于降低血糖有良好的疗效。现代医学研究证实,许多具有苦酸之味的药物能够降低血糖。黄连生物碱可以促进胰岛 β 细胞再生与恢复,可以与其他药物配合作为胰岛素增敏剂的替代药物^[2]。知母多糖给小鼠灌胃,明显降低小鼠的血糖及肝糖元含量;腹腔给药也有降糖作用^[3]。

全小林教授将黄连、黄芩、大黄、知母、苍术、柴胡等药物作为降糖的常用药物。又根据患者中满内热的不同表现形式分为胃肠实热和肝胃郁热,多以苦寒之药为君,配合加減。如胃肠实热的患者选用

大黄黄连泻心汤(大黄、黄连);脾虚胃实选用干姜黄芩黄连人参汤(黄芩、黄连);肝胃郁热选用大柴胡汤(柴胡、黄芩、大黄);胃肠湿热选用葛根芩连汤(葛根、黄芩、黄连);上热下寒选用乌梅丸(黄连、黄柏、肉桂)等,用于降糖的药物剂量一般在15~30g左右。

病例1:刁某,男,49岁,血糖升高7年。初诊时服用六味地黄丸、二甲双胍等药物,空腹血糖(FBG)9.2mmol/L,餐后2h血糖(2hPG)14.5mmol/L,伴有足大趾麻木,视物模糊,耳鸣,腰痛,口干,口渴等症状,纳眠可,二便可。辨证为湿热毒蕴证,方用葛根芩连汤和当归贝母苦参丸加味:黄连30g,葛根30g,天花粉30g,知母30g,当归15g,贝母15g,五味子9g。1个月后复诊,FBG7.7mmol/L,2hPG8.4mmol/L,糖化血红蛋白(HbA_{1c})9.4%,患者口干口渴,饥饿感均明显改善。上方加入牡蛎、知母生津止渴,服1个月。三诊时HbA_{1c}7.3%,患者口干消失,饮水减少,精神好转。后患者每月复诊1次,HbA_{1c}由6.8%降低至6.2%,病情稳定。此病例中,全小林教授首先根据中医辨证,运用葛根、黄芩、黄连汤合当归贝母苦参丸改善患者的不适症状,同时结合方中苦寒之药如黄连、葛根、知母等以制甜。糖尿病为顽疾,运用中药降糖时,临床用量应加大,以起到重剂起沉疴的效果。

3.2 消膏降浊药改善血脂异常

血脂异常属现代代谢性疾病范畴,也是现代医学检测技术进步的结果。患者在临床中没有明显的临床症状,传统中医对其治疗多从医家个人经验论治,目前以“痰浊”、“瘀血”、“痰湿”论治较为普遍^[4]。全小林教授认为,血脂异常与现代人的生活饮食有着密切的关系,患者多因饮食不节,进食肥甘厚味过多,食郁日久而成,在治疗上当着重应用消食药,消积降浊。现代医学研究证明,某些消食中药具有明确的降脂作用,如刘金亮等^[5]采用山楂叶总黄酮样品给高脂血症模型小鼠灌胃,测量血脂值之后得出山楂叶总黄酮样品可明显降低高脂血症小鼠血清胆固醇和甘油三酯水平。20世纪70年代日本在红曲米中发现具有降脂作用活性成分Monacolin K(又称Ipravastatin,酸式洛伐他汀),它可以降低胆固醇合成酶的活性从而抑制内源性胆固醇的合成,同时通过增高载脂蛋白受体的活性对低密度脂蛋白胆固醇也有降低作用。全小林教授将山楂、红曲、五谷虫等消食药作为治疗血脂异常的常用药物。同时配

合藏红花、五味子、虎杖等治疗脂肪肝。山楂的常用量为 30g, 红曲的常用量为 6~12g, 五谷虫的常用量为 3~30g。

病例 2: 李某, 男, 42 岁。血脂升高 5 年, 痛风 3 年, 血糖升高 1 年。初诊时查 FBG 10.96mmol/L, 甘油三酯 (TG) 4.41mmol/L, 胆固醇 (TC) 5.46mmol/L, 丙氨酸氨基转移酶 (ALT) 117U/L, 门冬氨酸氨基转移酶 (AST) 61U/L。腹部 B 超示: 中偏重度脂肪肝。口唇干燥, 面部痤疮, 右侧胁下憋闷感, 大便稍稀。舌下络脉瘀张, 脉沉。方用小陷胸汤加味: 黄连 30g, 清半夏 15g, 瓜蒌仁 30g, 知母 30g, 山楂 30g, 红曲 12g, 威灵仙 30g, 秦皮 15g, 五味子 30g, 藏红花 0.5g (分冲), (酒) 大黄 6g (单包), 生姜 5 片。1 个月后复诊, 口唇干燥, 右侧胁下憋闷感减轻, 大便转为正常。TG 1.96mmol/L, ALT 27U/L, AST 18U/L 体重下降 5kg。3 个月后复查, 肝脏 B 超: 转为轻偏中度脂肪肝, 随访血脂未见异常。此病例中, 血脂异常早期无心脑血管事件等临床表现时, 运用传统中医辨证论治较为困难。全小林教授指出, 患者发生血脂异常多由饮食不节引起, 可不拘泥于辨证, 直接利用山楂、红曲等药物的疗效, 配合五味子、藏红花等改善脂肪肝、降低转氨酶, 效果显著。

3.3 祛风湿药物改善无症状高尿酸血症

高尿酸血症是痛风发作的生化标志, 传统中医认识痛风发作多从“痹证”论治, 而高尿酸血症造成“石淋”(肾结石)、“水肿”(肾功能衰竭)等只能依据临床表现论治。而对早期降低血尿酸的治疗没有足够认识。近几十年来高尿酸血症与心脏、血管、肾脏等疾病的关系逐渐受到关注。全小林教授认为, 无症状高尿酸血症与人们饮食习惯的改变, 痰湿浊毒内生相关, 因此, 要控制饮食, 以利湿排浊为治疗的基本法则。实验证明, 多种利湿排浊药物具有促进尿酸排泄的作用。与苯溴马隆对照组相比, 威灵仙治疗组可使尿酸性肾病 SD 大鼠血尿酸、尿素氮、肌酐和尿 NAG 酶活性明显降低, 炎性细胞浸润减少, 主要用于高尿酸血症及痛风^[6]。秦皮总香豆素对药物诱发的大鼠足爪肿胀及家兔急性痛风性关节炎均有对抗作用, 对实验性痛风性关节炎也有显著的防治作用^[7]。秦皮甲素和秦皮苷有一定的利尿作用, 有助于尿酸的排除。

全小林教授临床将威灵仙、秦皮等用于治疗无

症状高尿酸血症, 同时配合秦艽、汉防己利水祛湿, 增加尿酸排泄的效果。威灵仙的常用量为 30g, 秦皮常用量为 15~30g。

病例 3: 郭某, 男, 39 岁。患者因血糖升高 1 年就诊, 在复诊检查过程中发现血尿酸 (UA) 480 μ mol/L, 此时血糖基本稳定, FBG 5.5mmol/L, 2hPG 6.4mmol/L, 时有胃胀。舌苔黄厚腐腻, 舌质暗红、舌下络脉瘀张, 脉沉略滑。在原降糖方中加入威灵仙 30g、苍术 30g、厚朴 15g。2 个月后复查 UA 412 μ mol/L, 胃胀消失。后患者因 2 周内食海鲜 5 次, UA 为 794 μ mol/L, 故在上方基础上另加秦皮 30g, 服药 2 个月后查 UA 425 μ mol/L, 基本恢复正常。

此病例中, 无症状高尿酸血症早期发生隐匿, 但后期所造成的痛风、心血管事件等危害不容忽视。全小林教授指出, 早期尿酸指标的异常并不是无从下手, 而是早一步选用威灵仙、秦皮等祛风湿药物治疗, 可以促进尿酸排出, 降低血尿酸含量, 使疾病发展及时得到遏制。

4 结语

随着现代疾病谱的变化, 诊疗水平的进步, 慢性疾病在早期就可诊断, 此时患者往往无明显症状仅有理化指标的异常。我们认为, 中医需突破传统束缚, 广泛吸收现代研究成果, 利用现代医学评价指标, 勇于从微观角度评价中药的临床疗效, 才能保持更强大的生命力。

参考文献

- [1] 全小林. 论症、证、病结合辨治模式在临床中的应用[J]. 中医杂志, 2010, 51(4): 300-303.
- [2] 冯颖, 吴德康. 黄连、小檗碱及其复方在抗糖尿病方面的药理学研究及临床应用[J]. 中国中医药信息杂志, 2003, 10(4): 80-82.
- [3] 李渊河. 单味中药治疗糖尿病的研究进展[J]. 天津中医学院学报, 2004, 23(2): 102-103.
- [4] 刘洁平. 柔肝和血汤治疗高脂血症 100 例临床观察[J]. 吉林中医药, 2006, 26(9): 20.
- [5] 刘金亮, 杨中林. 不同纯度山楂叶总黄酮降血脂作用的比较研究[J]. 海峡药学, 2008, 20(2): 32-52.
- [6] 林凤平, 任开明, 宋恩峰, 等. 威灵仙对尿酸性肾病大鼠的实验研究[J]. 中成药, 2006, 28(6): 842-845.
- [7] 赵军宁, 王晓东, 彭晓华, 等. 秦皮总香豆素对实验性痛风性关节炎的影响[J]. 中国药理通讯, 2003, 20(2): 61.

(收稿日期: 2010-11-26; 修回日期: 2011-01-20)

[编辑: 黄 健]