

稳态调控观

笔者运用“天人相应”“同气相求”等原理,吸取系统论、信息论、控制论、模糊数学等现代先进科学理论的观点和方法,将药物和人体这两种物体,或作为两个“黑箱”放在宇宙天地间这个大系统中去认识、考察,揭示药物和人体的相互关系及作用,提出了归经新理论。中药“归经”的定义应是:“药物与人体之间的固有的、特定的、客观存在着的不同程度和不同层次的相应、相求、相合的归属关系及其在人体作用的方向和位置。”简言之,“归经”是“中药药物和人体的相同属性的相应、相求而相合”。又因其相应、相合的先后及其多少而又分为主入、可入、兼入、可及、兼及等层次不同的5种类型。例如生地黄“归经”定性定量分析:①生地黄可入肝经:生地黄于春季栽种,禀春阳之气而生,春象木而应肝。同气相求,春气通于肝,故其所禀之气而合肝;其色棕红属赤应血而合肝;其体质重坚实,主降、善行下焦而合肝;其体为根,居土中,其位在下而属阴;其性主升而属阳,乃阴中之阳之象;又合肝之位于腹内,居下焦,气主升发,亦为阴中之阳之象相应而合肝。②生地黄可及胆经:生地黄可入肝经,肝胆相表里,经脉相络属,经气相通连,故其入肝可由足厥阴肝经行于足少阳胆经;其味苦主降泄,咸味泻下,则与胆腑降泄之气相应而相合。③生地黄可入心经:生地黄禀夏气而生长,夏气属火应血而合心。同气相求,夏气通于心,故其所禀之气而合心;其味苦入心;其色棕红属赤而入心;其根体之性而主升,则与心之升浮之气相应而相合;其体纺锤样块状呈心形以应心,或呈长柱状应脉而合心。④生地黄可及小肠经:生地黄可入心经,心与小肠相表

里,经脉相络属,经气相通连,故其可由手少阴心经行于手太阳小肠经;其味苦主降泄,咸味泻下,则与小肠通降之性相应而相合。⑤生地黄兼入脾经:生地黄禀长夏之气而成长,长夏应湿土而合脾。同气相求,长夏之气通于脾,故其所禀之气而合脾;其味甘(微甜)善入脾;其体为根而应脾。⑥生地黄可及胃经:生地黄兼入脾经,脾胃相表里,经脉相络属,经气相通连,故其可由足太阴脾经行于足阳明胃经;其味苦主降泄,则与胃主纳降下行之气相应而相合。⑦生地黄兼入肺经:生地黄于秋末冬初采之,故禀秋金之气而长成。秋主肃降,象金而合肺。同气相求,秋气通于肺,故其所禀之气而合肺;其体坚实质重,主沉降下行而合肺气之肃降;其味苦,主降泄,则与肺主肃降之气相应而相合。⑧生地黄可及大肠经:生地黄兼入肺经,肺与大肠相表里,经脉相络属,经气相通连,故其可由手太阴肺经行于手阳明大肠经;其味苦主降泄,则与肺主肃降之气相应而相合。⑨生地黄兼入肾经:生地黄于初冬采之,故禀初冬寒水之气。冬主蛰伏潜藏应水而合肾。同气相求,冬气通于肾,故其禀冬水之气而合肾;其色黑而入肾;其体质重坚实主降,善行下焦而入肾。⑩生地黄可及膀胱经:生地黄可入肾经,肾与膀胱相表里,经脉相络属,经气相通连,故其可由足少阴经行于足太阳膀胱经;其味苦主降泄,则与膀胱通降之气相合而相应。因此,生地黄可入心、肝经,兼入脾、肺、肾经,可入小肠、胆、胃、大肠、膀胱经。

* 河北省石家庄儒飞中医药研究所 (050035)

痰湿与心系疾患的关系

王 勇*

古有“怪病多痰”的观点。联系现代医学的认识,随着近年来疾病谱的变化,肥胖症、高脂血症、动脉硬化等人群的比例与日俱增,而以上疾病的病理改变都可以从中医痰湿的角度加以理解。以发病率极高的冠心病为例,临床常见体型丰腴,胸闷气短,不耐劳作,头晕沉闷,肢体麻木,舌质淡胖,舌苔浊腻等,往往提示痰湿内阻因素的存在。结合临床实践,运用瓜蒌薤白半夏汤、三仁汤、温胆汤、藿朴夏苓汤及其类方等,治疗心系疾患常取得较好效果,笔者认为多数心系疾患都和痰

湿内生的病机存在着密切联系。现例举验案数则,与同道共研。

病例1 王某,女,80岁,2009年7月28日初诊。反复咳嗽咯痰10余年,气短呕恶反复发作2个月。6月15日至6月23日曾在陕西省第四人民医院住院治疗,出院诊断为:①慢性支气管炎急性发作;②左上肺炎;③老年退行性心脏瓣膜病变,心房纤颤,心功能二级;④低钾血症。出院后咳嗽咯痰症状有所缓解,但昨日无明显诱因又出现气短,恶心欲呕。刻诊:患者面色晦暗,形

体瘦弱,桶状胸,气短不足以息,张口抬肩,自诉头晕、沉闷不清,恶心,心下痛,时有咳嗽,咯吐白色黏痰,咳之难出,舌质淡红,苔黄腻,满布全舌,脉促、弦紧。从昨日就诊时,未进食水。心电图提示:心房纤颤,心率 115次/min。辨证属痰浊蕴结,肺失宣降。治以豁痰利肺。处方:藿香 6g,佩兰 6g,白蔻仁 6g,法半夏 12g,橘红 12g,杏仁 12g,厚朴 18g,旋覆花 10g(包),降香 10g,代赭石 30g(先煎),紫苑 10g,黄芩 10g,茵陈 10g,连翘 15g,2剂水煎服。同时配合参麦注射液 20ml 静脉点滴,每日 1 次。8月 8日二诊,诉上次治疗后自觉症状明显减轻。然近 3 天来咳嗽又作,咯少量白色黏痰,伴巅顶前额头痛,暖气。查其脉象弦硬,脉搏节律已经较前明显规整,舌质黯红,舌苔白腻而润。检查心电图提示:心率 85次/min;I°房室传导阻滞;偶发房性期前收缩;心肌供血不足。房颤已消失。随参合以上四诊所得辨证为痰浊中阻,肺胃失于和降。处方:杏仁 12g,桔梗 10g,枳壳 10g,旋覆花 15g,代赭石 30g,降香 10g,葛根 10g,升麻 12g,川芎 12g,枇杷叶 12g,瓜蒌仁 20g,前胡 10g,蒲黄 10g,五灵脂 10g,5剂水煎服。因患者剑突下偏左压痛明显,配合西药奥美拉唑常规量服用。8月 15日三诊,患者诉症状已基本消失,心电图复查提示:心率 75次/min,I°房室传导阻滞;T波异常。查其舌质淡红,苔黄厚腻,脉弦。处方:杏仁 12g,白蔻仁 10g,佩兰 6g,薄荷 3g,半夏 15g,枳壳 12g,茯苓 12g,茵陈 20g,竹茹 10g,柴胡 12g,川楝子 12g,郁金 10g,赤芍 15g,党参 12g,(炒)酸枣仁 30g,2剂水煎服。

病例 2 马某,女,53岁,2007年 5月 12日初诊。患者诉心慌,胸闷阵作 3年,今日又不明原因发作。伴见重度乏力,气喘,小腹胀痛。血压:80/50mm Hg。心电图提示:心率 68次/min,完全性右束支传导阻滞。血常规:WBC $10.7 \times 10^9/L$;尿常规:PRO(+)。由于基层医院条件限制,无法开展更为深入的检查,经过和患者家属商议后,先行对症治疗,以观后效,给予:①参麦注射液 40ml 静脉滴注;氨苄青霉素常规剂量,静脉点滴,每日 1 次。5月 13日二诊,回家以后晚间又发作气喘,刻诊:仍有胸中憋闷,心慌,下腹胀胀,口干,白带色黄量不多。血压 90/60mm Hg,双肾区叩击痛(+)。查其舌质淡,满舌布满白厚腻苔,少津,脉沉细涩。辨证为湿浊弥漫三焦,气机不利之证,遂施以上中下分消湿浊,并调理气机之法。处方:藿香 6g,佩兰 6g,白蔻仁 6g,苍术 15g,陈皮 12g,厚朴 18g,枳实 10g,大黄 6g,川楝子 10g,乌药 9g,滑石 30g(包),木通 6g,石苇 10g,车前子 30g(包),2剂水煎服。西药方案不变。5月 15日三诊,

小腹坠胀减轻,未发气喘,胸中虽有不适,但较前已经明显减轻。血常规:WBC $10.2 \times 10^9/L$;尿常规:PRO(±),WBC(±)。心电图:心率 64次/min,窦性心律,正常心电图。查舌苔已经转为薄腻微黄,舌质淡,脉弦细涩。此属湿浊渐化而未尽,遂略微调整前方:茵陈 15g,黄芩 12g,大黄 6g,厚朴 15g,枳壳 10g,延胡索 12g,乌药 12g,萆薢 15g,木通 6g,石苇 12g,败酱草 30g,3剂水煎服。5月 17日,患者症状已经完全消失,复查血常规、尿常规也全部正常。

病例 3 王某,男,69岁,农民,2009年 8月 6日初诊。阵发性头晕气短 10余年。曾有贫血病史。6月 15日在县中医院彩超检查提示:二尖瓣、三尖瓣少量返流;左室收缩功能正常,舒张功能降低。患者阵发性头晕,气短胸闷已有 10余年,长期服用地高辛、地奥心血康等。刻下症:活动后气短明显,饮食二便睡眠尚可。患者有泛发型神经性皮炎多年,现周身广泛地皮肤肥厚苔藓样变伴脱屑瘙痒。心电图提示:心率 52次/min。舌淡红暗苔黄腻,脉沉细缓。辨证为气血不足,湿热蕴结。处方:当归 12g,生地黄 20g,川芎 10g,赤芍 15g,桃仁 12g,红花 12g,黄芪 30g,(制)首乌 15g,太子参 12g,麦冬 12g,茵陈 15g,连翘 10g,白鲜皮 30g,白蔻仁 6g,茯苓 12g,石菖蒲 6g,僵蚕 10g,5剂水煎服。8月 15日二诊,自诉用药后较前轻松,舌质暗红苔薄腻黄,脉弦滑。综合患者体质状况辨证为血虚风燥,湿热蕴结。处方:桃仁 12g,红花 12g,当归 12g,生地黄 15g,川芎 15g,赤芍 15g,白蒺藜 10g,(制)首乌 15g,茵陈 15g,佩兰 6g,黄芩 10g,白鲜皮 30g,柴胡 15g,石菖蒲 10g,乌梢蛇 15g,茯神 15g,5剂水煎服。8月 25日三诊,心电图复查:心率 58次/min。舌质淡暗苔黄厚腻,脉弦细缓。处方:藿香 10g,佩兰 10g,茵陈 15g,黄芩 10g,连翘 12g,半夏 15g,竹茹 10g,石菖蒲 10g,牡丹皮 12g,赤芍 15g,生地黄 20g,泽兰 15g,郁金 10g,葛根 15g,白茅根 20g,5剂水煎服。药后,患者自觉较以前明显好转,皮肤病也有改善,守方加减治疗 2个月,心电图正常,症状基本消失。

讨论:以上 3则医案,分别系房颤、完全性右束支传导阻滞、窦性心动过缓,并不同程度伴随心功能不全的表现。而从中医的辨证方面,都考虑到痰或湿的因素,认为痰浊蕴结,湿浊弥漫,湿热为患。前 2例病案皆以 2剂中药配合参麦注射液,就使患者自觉症状迅速改善,由此可见中医辨证施治在心系疾患的优势。第 3例患者病程较久,彩超提示二尖瓣、三尖瓣反流,且该患者长期服用西药强心剂,此病例除了依据患者的舌脉表现给予清热化湿之外,又联系到其长期存在的神

经性皮炎的表现,具有血虚风燥和瘀血的体质特征,故配合了养血和血的治疗方法。痰湿作为常见的致病因素,在心系疾病的发病中占据重要地位,值得中医临床工作者研究重视,当然辨证论治始终是临证的核心,因

人而异,深入分析具体病状的深层次病机,灵活变通化裁,自然能够不断地提高临床疗效

* 陕西省蓝田县鹿塬中心卫生院中医科 (710519)

两种治疗冠心病中成药的药物经济学分析

黄 剑 林*

近年来,药物经济学广泛应用于卫生领域评价并干预措施经济效果,药物运用不仅要具有安全性、有效性,还要求具有经济性。成本—效果分析法(cost-effective-ness analysis, CEA)是药物经济学研究中最重要方法和手段之一,以患者最少的经济支出得到最佳的治疗效果。我院比较 2 种中成药用于治疗心绞痛治疗的成本与效果,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择延安大学附属医院 2009 年 4 月~ 2010 年 6 月收治的冠心病患者共计 80 例,按就诊顺序随机分为两组。治疗组 40 例,其中男 26 例,女 14 例;年龄 38~ 76 岁,平均 (53.43±5.36) 岁;病程 2~ 18 年;合并高血压病 19 例,高脂血症 25 例,糖尿病 15 例,脑血管病 13 例。对照组 40 例,两组男 29 例,女 11 例;年龄 39~ 74 岁,平均 (52.87±4.58) 岁;病程 3~ 17 年;合并高血压病 21 例,高脂血症 23 例,糖尿病 17 例,脑血管病 15 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

参照国际心脏病学会及世界卫生组织临床命名标准化联合专业组的报告制定《缺血性心脏病的命名及诊断标准》^[1]。

1.3 治疗方法

治疗组给予脉平片 (甘肃独一味生物制药股份有限公司生产,批号 20080311) 口服,每次 4 片,每日 3 次;对照组给予通心络胶囊 (河北以岭药业有限公司生产,批号 20081009) 口服,每次 3 粒,每日 3 次。两组均以 4 周为 1 个疗程。

1.4 疗效判定标准

依据 1994 年修定的冠心病心绞痛及心电图疗效标准判定^[2]。显效:心绞痛发作次数或硝酸甘油用量比用药前减少 80% 以上,静息时心电图恢复正常;有

效:心绞痛发作次数或硝酸甘油用量比用药前减少 50%~ 80%,心电图改善,ST 段回升 0.5mm 以上或主要导联倒置 T 波变浅达 50% 以上;无效:心绞痛发作次数或硝酸甘油用量比用药前减少不足 50%,静息时心电图无变化。

1.5 治疗成本确定

药物经济学的成本包括直接成本、间接成本和隐性成本。成本确定:成本是指在实施某一药物治疗方案或治疗方案的整个过程中所投入的全部财力和人力资源的消耗,用货币单位表示^[3]。本研究成本主要包括药品成本 (C)。为使分析结果具有一定参考价值,所有费用均按我院 2009 收费标准计算。两组都为门诊患者,治疗的间接成本和隐性成本具有不确定性,因此本研究的成本只计算直接医疗成本。成本—效果分析旨在寻找达到某一治疗效果时成本最低的治疗方案。成本—效果比 (C/E) 采用单位效果所花费的成本来表示。

1.6 统计学方法

实验数据使用 SPSS12.0 进行统计。计量资料用均数±标准差 ($\bar{x}±s$) 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗组显效 27 例 (67.5%),有效 10 例 (25.0%),无效 3 例 (7.5%),总有效率 92.5%。对照组显效 25 例 (62.5%),有效 11 例 (27.5%),无效 4 例 (10.0%),总有效率 90.0%。两组患者总有效率比较无统计学差异 ($P>0.05$)。

2.2 两组成本—效果分析

本研究共观察 1 个月,治疗组脉平片按我院 2009 年的零售价格计算:脉平片每片 0.7 元,1 个疗程总费用 (C) 为 235.2 元, C/E 为 2.54。对照组通心络胶囊每粒为 0.913 元,1 个疗程总费用 (C) 为 306.8 元, C/E 为

3.41