

利用 Excel 软件统计中药房 2007 年共 930 张含有剧毒中药的处方中 7 种药物在总数中各使用频率(不包括中成药处方)及疾病治疗使用频率

3 临床应用与分析

剧毒中药的使用频率分别是:生半夏 67.31%,生南星 60.75%,生川乌 28.82%,生草乌 2.15%,雷公藤 0.75%,鸦胆子 0.65%,雄黄 0.11%。剧毒中药在临床上对应疾病及应用频率,其中前 3 名疾病是骨科的外洗药、综合科门诊及住院的肺癌和肝癌

骨科医生对患者开具的剧毒中药生川乌,是配入协定处方“乳香外洗方”等外洗方中应用。洗方中有乳香、没药、当归、红花、赤芍、艾叶、苦参、薄荷等中药,每剂用量以 10g 居多。通常根据患者的实际情况,配以大黄、两面针、路路通、威灵仙、苏木等活血化痰、解毒、消肿止痛的中药,并注明用法为外用。

肿瘤科医生对肺癌患者开具的剧毒中药多将生南星与生半夏等量同用,每剂的用量以 10~15g 为主。通常 1 次开 3~7 剂,并在处方中注明服法。即口服 1 剂,久煎 2~3h,取汁,分 4 次匀服,每隔 4h 服用。根据患者的身体状况,配伍仙鹤草、猫爪草、石上柏、金钮头、葵树子、鱼腥草、蛇泡勒、蚤休、川贝母、全蝎、土鳖虫等抗癌中药,还配伍杏仁、枳壳、瓜蒌皮、百部等润肺定喘、化痰止咳药,或黄芪、麦冬等补气固表、润燥药,或党参、白术、茯苓、山药、陈皮等补中固肾、健脾益气的中药。

肿瘤科的医生对肝癌患者开具的中药多将生南星与生半夏等量同用。每剂用量多以 15g 为主。通常 1 次开 3~7 剂,并注明用法,口服 1 剂,久煎 2~3h,取汁,分 4 次均服,每次隔 4h 服用。处方中根据患者的身体状

况,还会配伍山慈菇、白花蛇舌草、半枝莲、金钮头、蚤休、全蝎、夏枯草等抗癌中药,或郁金、枳壳、厚朴、柴胡、栀子、柿蒂、陈皮、砂仁、佛手等理气、泻火药,或大腹皮、玉米须等利水药,或配鳖甲、党参、黄芪等补气养阴药。

4 讨论

古人云:“用药之妙,如将用兵,兵不在多,独选其能,药不贵繁,唯取其效。”探索中药在临床运用中的剂量使用规律,可以确保中药临床应用的安全有效。从以上的剧毒中药的临床应用分析得出:① 中药在治疗肿瘤过程强调整体观念,注重保护,调动机体内在抗病能力。“扶正”、“祛邪”并用,即使医生开具剧毒中药的剂量比规定的稍大(处方中生南星和生半夏的使用剂量、煎法、服法明确,剂量在 10~15g 内),也符合规定范围,在杀灭或抑制癌细胞的同时,运用中医的辨证施治配以补虚药、清热解毒药、理气活血药、养阴药等中药,以保持和提高患者的机体免疫功能。② 强调煎药方法、服法。即每剂药必须久煎 2~3h,分 4 次服,每隔 4h 服用。这种服药方式,毒性明显降低,不仅可以保持患者体内的药物浓度,而且临床效果比 1 次服用高出好几倍。③ 在全年 930 张剧毒中药处方中,生半夏和生南星占处方总数分别是 67.31% 和 60.75%。在临床应用中,除骨科外用的使用率占 23.30% 以外,主要就是用于内服治疗各种癌症疾病。治疗癌症也不是单一使用某种方法治疗,必需与各种疗法互相结合,进行综合治疗,这样才能收到较好的疗效。

* 广东省广州市中医医院药剂科(51000)

糖尿病肾病“肾痿”假说探讨

赵宗江* 豆小妮* 张新雪*

糖尿病肾病(diabetic nephropathy, DN)是糖尿病慢性并发症之一,属于中医“消渴病”继发“尿浊”、“水肿”、“关格”等病证范畴。我们在整理古代文献的基础上,参照现代医学相关认识,结合临床实际,提出 DN“肾痿”假说,认为 DN 的发生、发展,实质上是糖尿病迁延不愈,伤阴耗气,痰、郁、热、瘀互相胶结,积聚于肾脏,形成肾小球硬化、肾纤维化。故临证时应在辨证施治的基础上,强调扶正益气、活血化瘀、软坚散结治法,以阻止其发展。我们以“肾痿”理论指导 DN 的临床实

践,提高了临床疗效,丰富和发展了中医辨证施治体系和中医基本理论。以下就 DN“肾痿”假说做一初步探讨。

1 “肾痿”的含义

《广韵》曰:“痿,焉也。”张子和云:“弱而不用者为痿。”吴崑谓:“痿与萎同。”广义的痿是肢体、器官功能衰退甚至无以为用的一类疾病,如肺痿、阳痿、足痿等。狭义的痿即指由于各种原因导致肢体筋脉弛缓,手足软弱无力,甚至足不任地、手不能举、肌肉萎缩的一种

病症《黄帝内经》最早对痿证进行了比较系统的论述,为历代辨痿治痿奠定了理论基础。《素问·痿论》对痿证专门进行了详细论述,指出本病的病因,或因情志太过,或因外感湿热,或因房劳过度,或因感热劳倦,致使五脏有热,津液耗伤,五脏受累而成,并提出皮、脉、筋、肉、骨五体痿的概念。张仲景将肺热叶焦的“痿躄”推演为五脏痿之“肺痿”,《金匱要略·肺痿肺病咳嗽上气病脉证治第七》首次提出“肺痿”病名,并分为上焦虚热与上焦虚冷两型,前者有重亡津液的既往史,临床表现为口渴、咳嗽、吐涎沫、脉虚数,后者临床表现为头眩、吐涎沫、遗尿、尿频且无咳嗽、口渴症状。显然,张仲景之肺痿不属肢体痿范畴,而是真正的脏腑之痿,肺痿病是对《黄帝内经》“痿”的补充发挥。张锡纯《医学衷中参西录》把痿证的病因病机归为气虚痰瘀、宗筋失养、骨髓枯涸 3 个方面。

“肾痿”一词首见于《华佗神医秘传》谓:“肾……其脉甚急,则肾痿痠疾。”一般认为^[1]“肾痿”指《素问·痿论篇》“五体痿”中的“骨痿”,即“肾气热,则腰脊不举,骨枯而髓减,发为骨痿。”我们以“脏痿”为框架,以张仲景创立“肺痿”为指导,以肾自身的生理病理特点为基础,从 DN 肾脏病理为切入点,赋以“肾痿”新的内容。DN“肾痿”是糖尿病日久不愈病情发展的结果,其发病与多种因素有关,除长期持续高血糖外,还与素体肾亏、情志郁结、饮食失宜密切相关,热结、痰湿、瘀血、毒邪相互胶结于肾,极易深伏于肾脏,痼结难去,阻滞气血运行,逐渐形成。

2 病因病机

肾痿是 DN 的病机关键,邪阻肾络,郁久蕴毒,深滞于肾脏,致肾元亏虚,肾之体用俱病是 DN 迁延难愈的根本原因。毒、虚并存,正邪交争是 DN 的基本病理。邪盛谓之毒,机体内的生理或病理产物不能及时排出或化解,蕴积体内,化生毒邪。久病必成痿,久病必致痿废不用。正气亏虚,痰热毒瘀在 DN“肾痿”中起关键作用:

2.1 正气亏虚为肾生痿之因

“邪之所凑,其气必虚”,正气亏虚是肾生痿废的根本原因。从气血阴阳辨证, DN 患者可见气虚、血虚、阴虚、阳虚等证。DN 是在糖尿病内热伤阴耗气基本病机基础上发展而来,内热消耗津液,又可迫津外泄,导致阴虚、津液外泄,则无以化气,津能载气,则气亦随津液流失,加之壮火食气,故气亦渐虚。阴损及气,气损及阴,日久则可形成气阴两虚。阴伤气耗,阴阳互根,阴损及阳,转为阳虚,更可见阴阳俱虚之证。病变至中晚期,

肾精亏虚,精不化血;脾胃虚弱,生化乏源;浊瘀互结,新血不生,导致血虚,形成气血亏虚,甚至气血阴阳俱虚之证。从脏腑辨证,病本在肾,还可涉及他脏,或脾肾同病,或肝肾同病,或心肾同病,也可影响到肺,终可导致五脏俱病^[2]。

2.2 痰热郁瘀互结为肾生痿之关键

“至虚之处,便是留邪之地”,一旦形成了正气亏虚的病理基础,多种病理产物便开始产生。气虚鼓动乏力,则易变生郁滞。气为血之帅,气虚则无力推动血行,气滞则血行不畅,阴液亏涸则血行涩滞而成瘀,加之病久入络,形成血瘀。肾虚则主水失司,脾虚则制水失职,气虚无力推动津液运行,气滞、瘀血则阻碍津液运行,致水液不化,或聚而成湿,或停而为痰,或留而为饮,或积而成水,痰、饮、水、湿同源而异流。痰湿形成后,又可阻滞气血运行。消渴病本有燥热内结,气血津液运行不畅,郁滞则能生热,加重消渴病内结的燥热。同时,热结又炼血则成瘀,炼液则成痰。可见郁滞、血瘀、痰湿、热结互相影响,互为因果,既是病理产物,又可作为致病因子加重正气亏虚和肾脏的受损。消渴病日久,痰热郁瘀互相搏结,阻滞肾脏气血运行,痼结难去,形成“肾痿”,可致肾体受损,肾用失司,导致 DN“肾痿”的发生。

3 辨证分型

《圣济总录》曰:“消渴病久,肾气受伤,肾主水,肾气虚衰,气化无常,开阖不利,水液聚于体内而出现水肿。”《证治要诀》云:“下有消肾,肾衰不能摄水,故小便虽多而不渴。”DN 是消渴久病不愈发展而来,随着病情的进展,可影响诸多脏腑,肝、脾、肾三脏为主要病变部位,最后导致五脏皆虚,气血阴阳虚衰。虚、瘀、湿、毒共同致病,临床表现为本虚标实,进而走向脏腑气血衰败、阴阳离决。根据 DN“肾痿”病机的演变规律,临床上以燥热内生、水湿潴留、湿浊瘀毒为标实,以气阴两虚、精气亏耗、阴阳两虚为本虚,总属本虚标实,临床多虚实并见,常见证型如下。肝肾阴虚证:症见头晕耳鸣,视物模糊,腰膝酸软,尿量频多,浊如脂膏,舌红少苔,脉细弦数;气阴两虚证:症见形体消瘦,面色淡黄,气短乏力,心悸,头晕眼花,腰膝酸软,手足心热,口干喜饮,尿量频多,大便干结,舌质红,脉沉细数无力;脾肾阳虚证:症见水肿腰以下为甚,腰膝酸软,神疲乏力,腹胀纳呆,腹泻便溏,舌淡胖苔白腻,脉沉细无力;阴阳两虚证:症见面色黎黑,腰膝酸软,畏寒肢冷,阳痿早泄,或多梦,五心烦热,尿频失禁,或尿量减少,下肢水肿,舌质紫暗,脉沉弱或沉细无力。临床辨证论治,补虚或兼泻实。DN 从肾痿论治,符合 DN 的治疗原则。此外, DN

是糖尿病迁延日久发展而来,根据“久病多瘀,久病入络,久病多虚”的理论,活血化瘀要贯穿治疗的始终,即使瘀血症状不明显,也应防患于未然,“疏其气血,令其条达”。

我们根据多年的临床经验,应用“肾痿”理论指导 DN 的临床治疗,在重视扶正祛邪、健脾益肾的基础上,更强调化瘀通络、泄湿解毒。用药常选用太子参、熟地黄、(制)首乌、山茱萸、山药、黄芪等扶正祛邪、健脾益肾,其中黄芪健脾补气、固精涩精,熟地黄滋肾填精、滋阴补血,山茱萸补肝肾而涩精,山药益脾阳而固精;泽泻、茯苓淡渗利湿泄浊;刘寄奴、牡丹皮、茜草活血化瘀通络,又能清瘀久之邪热;地骨皮、白薇等清退虚热以养阴;(酒)大黄、桃仁等活血化瘀通络、祛瘀生新。总

之,临床只要辨证准确,从整体出发,运用中医药在调整脏腑气血功能、补虚扶正、祛邪排毒、改善患者症状及营养状态、保护残存肾功能、延缓 DN 的发展进程等方面具有不可替代的作用。

参考文献

- [1]唐雪梅.《内经》痿证理论及其临床应用[J].南京中医药大学学报,2005,21(6):350-352.
- [2]赵宗江.叶传蕙教授治疗糖尿病肾病的思路与方法[J].中国中西医结合肾病杂志,2006,7(3):129-132.

基金项目:国家自然科学基金资助项目(30973831);北京市中医管理局“51510”资助项目(JJ2007-006)

* 北京中医药大学(100029)

构建中医思维促进中医健康发展

——对中医发展现状之反思

李卫民*

目前中医药研究在中医“现代化”的道路上发展迅速,硕果累累,但同时也带来不少弊端,其长远发展令人担忧。反思几十年来中医发展之路,中医发展最大障碍在于中医思维的日渐弱化和缺失,一味地以西医的分析思维研究和“发展”中医,并以此衡量中医是否科学,导致中医教育、临床和科研均出现了“中医西化”的大趋势。中医思维在“废医存药”、“中医西化”潮流中被抛却了,中医失去中医药学自身的理论基础和创新体系及良好的临床疗效,失去了对人体的亲和性,严重阻碍了中医药学的健康发展。只有重构日渐缺失的中医思维,才能造就善于运用中医思维于临床或科研中的高级中医人才,也才能保持中医特色和优势,促进中医的健康发展。

1 中医发展现状

1.1 中医临床现状

近几十年来,中医科研一直用西医的思维来研究中医,中医临床也日益按照西医的思维应用中医方药,例如,癌症就必用抗癌中药,炎症则必用清热解毒中药,感冒则用抗病毒的药;红斑狼疮则用类激素的中药,而治风寒感冒之麻黄汤、桂枝汤,治高热之白虎汤、麻杏石甘汤等千古效方,到了我们的时代则日渐少人会用、敢用。如此中医,已经不是真正意义上的中医了,背离了中医学的科学体系。会开中药方面没有具备中

医思维者不是真正的中医。这些虽由中药组成,但并非在中医的辨证论治下开出的处方,缺乏中医思维的处方只能叫做“中药的处方,西医的灵魂”。其作用于人体的药物效应已不能体现中医的辨证论治的效果,而副作用却大大彰显。如日本小柴胡汤事件、英美马兜铃事件,其原因是不懂中药的医生不辨证论治,仅辨病使用中成药造成的后果。

中医的生命力在于临床,临床应用与研究自是医学的立命之本。但由于以上原因,临床上年轻一代中真正具有中医思维、辨证论治的中医师已经为数不多,造成了临床水平一代不如一代,临床阵地日渐萎缩,而且有调查表明,如今寻求中医解决健康问题的 83% 是中老年人^[1]。如此发展下去,再过几十年,中医的患者还剩多少呢? 这个问题比中医现代化、中医的发展、中西医结合等问题更为紧迫、更为现实,应该引起有识之士的高度重视^[2]。

1.2 中医科研发展现状

多年来,中医学的研究方向,大多是以西医的观念和方法,对中医进行验证、解释和改造性的研究,或乐此不疲地寻找中医药的物质基础,相比之下,促进中医学学术发展的、有中医特色的科研项目甚少。那些被称之为“中医科学化”、“中医现代化”的研究,投入的人力、物力、财力甚巨,虽有一些成果,但同时对中医学学术发