

2022年第 远期目录摇摇(总第 555期)

* 老中医经验 *

韦玉英治疗眼病方药浅析 韦企平等(猿
金子文治疗小儿腹泻的临床经验 张玉兰(缘
卢永兵治疗老年性便秘经验 卢灿辉等(苑

* 京都名医 *

周济民老中医的学术思想与临床经验
寇玉明等(愿

* 学术探讨 *

浅谈中医水血为病机理及临床意义 冷冰霄(55)

* 临床报道 *

加味抵当汤治疗缺血性中风的临床与实验研究
王宝玉等(56
糖肾胶囊治疗早期糖尿病肾病临床研究
张惠珍等(57

“肺心同治”治疗肺胀的体会 王雪京(58
黄膏汤治疗高热证 5例临床观察 许文娟(59
小儿遗尿宁冲剂治疗遗尿症 苑例 陈昭定等(60
玉液汤治疗甲亢 5例临床观察 赵文学(61
益肾温脉胶囊治疗下肢深静脉血栓综合征脾肾阳

摇虚型临床研究 吕培文等(62
加味玉屏风散对老年慢性肺心病患者细胞免疫功能和
右室功能的影响 张树荣等(63
清胆和胃汤治疗胆汁反流性胃炎 5例
岑士强等(64

自拟蒲参化瘀汤为主治疗急性缺血性中风 5例临床
观察 穆爱林等(65
化痰通腑液早期服用治疗中风临床疗效观察
李树明(66

慢性腹泻中医药治疗体会 王摇立等(67
益气活血汤治疗不稳定型心绞痛 5例临床观察
郝燕梅等(68

复元活血汤治疗慢性胆囊炎胆结石 5例
陈胜玲(69
中药内外合用治疗外阴白斑 5例 黄小筠(70

* 中药与方剂 *

关于中成药药物剂量、标示的探讨 姜玉芝等(71)

* 针灸经络 *

腧穴刺激夏治冬病 5例的临床研究
陈抗美等(72
针刺“涌泉”穴治疗癔症性失语 王建国(73

* 北京联大中医药学院专栏 *

《脉经》版本流传考略 崔锡章(74
中医药治疗糖尿病肾研究状况述评 孙摇军(75

* 实验研究 *

补肾活血方对拟血管性痴呆小鼠大脑皮层兴奋性
摇氨基酸的影响 张孟仁等(76

* 综摇描述 *

湿疹的中医治疗与研究现状 白彦平等(77

* 短篇报道 *

补肾健脾利湿法治疗小儿鞘膜积液临床观察
刘摇忠等(78
补肾益气汤治疗排尿性晕厥举隅 顾自悦(79
中西医结合治疗“膝骨关节炎”骨折 洪长山(80

* 名优药械 *

血府逐瘀胶囊治疗血管性头痛的临床疗效观察
曹摇云(81
山绿茶降压片治疗高血压病疗效观察
赵铁良等(82

金龙胶囊配合辨证施治治疗肺癌 5例临床观察
时水治等(83
王氏保赤丸治疗非溃疡性消化不良的疗效观察
刘摇勇等(84

* 会摇摇讯 *

2022年全国中药研究暨中药房管理学术研讨会征文
摇通知 (远
2022年全国中医、中西医结合诊治疑难病学术研
摇讨会 (缘
全国中医内科肺系病第九次学术研讨会暨全国肺
摇系病急症协作组第三次会议征文通知 (封三)

(双月刊)

2022年创刊摇每逢双月 5日出版

主办单位 北京中医药学会

北京中西医结合学会

编辑出版 《北京中医》编辑部

地摇摇址 北京东单三条甲七号

邮政编码 100005

摇摇第 555卷第 远期

摇摇2022年 5月 5日出版

名誉主编 关幼波摇高寿征

主摇摇编 余摇靖

编辑部主任 刘殿永

责任编辑 高丹枫

统一刊号 1674-2259(202205)

广告证号 京工商广字 0148

印刷装订 北医大印刷厂

国内发行 北京市邮政局

国内邮发代号 圆缘苑苑

国内订购 全国各地邮局

国内定价 海册 5.00元

全年 55.00元

国外发行 中国国际图书贸易总

公司(北京 猿猿信箱)

国外邮发代号 月555

韦玉英治疗眼病方药浅析

中国中医研究院眼科医院(原北京同仁医院) 摇韦企平
山东省青岛医学院二附院摇宋丽丽

关键词摇眼科疾患摇方药分析摇韦玉英

摇摇韦玉英主任医师耕耘中医眼科临床五十余年,擅长治疗多种内眼病及视神经疾患等疑难眼病,对外眼病审证用药也颇多见解。笔者诊余收集韦氏五年中不同时期治疗各种眼病的中医处方 200 余张,其中外障病处方 100 余张,内障病 100 余张,涉及各类方剂近百首、中药 500 余种。结合随师临证所得和医案整理,试述韦氏治疗眼病遣方用药特点。

一、外障风火为先

目为七窍之宗,目窍至高近巅顶,角膜、结膜又直接暴露于外,易受六淫外邪伤害,尤以风火为先为重。故外障目病,韦氏组方多以祛风药和清热药为主,再依据症情、病程,兼施凉血、散瘀、止痛、滋阴、益气之品。代表方有羌活胜风汤(《原机启微》)、退红良方、偏正头风方、菊杞散热饮(《韦文贵眼科临床经验选》)及部分自拟方剂,如四物解毒汤(生四物汤加银花、连翘、元参、防风),清热消脓方(银花、野菊花、黄芩、夏枯草、天花粉、防风,生石膏,生大黄,全瓜蒌、赤石脂)等。随证选药,风邪偏重多用防风、羌活、白芷、荆芥、苏叶、蔓荆子、蝉衣、薄荷等轻灵宣散之品;火热为主则用柴胡、栀子、菊花、夏枯草、草决明、谷精草、蜜蒙花、青箱子等寒凉清肝之品。并常在祛风清热基础上适加丹皮、赤芍、紫草类凉血活血药,凉血有助于热清火消,活血则利于邪散表解。对病情重、病程长的结膜炎、睑缘炎可以内外结合,汤药煎后先熏后服,或外洗内服并用。若确属火毒壅盛,体壮便实的外眼炎性疾患,则用釜底抽薪,上病下治,荡涤实邪使热毒从大便而走。

病案举例 刘某某,女,35 岁,门诊号 123456,2021 年 10 月 10 日初诊。自诉左眼被玉米叶划伤后流泪疼痛,视物不清 1 周。左视力仅 0.1 指数,结膜混合充血重,角膜正中 3 点钟处有大溃疡凹面,前房积脓 2mm 高。诊断 左前房积脓性角膜溃疡。经辨证后以祛风清热,泻火通腑立法,用生地、赤芍、蒙花、白芷、银花、菊花、紫花地丁、生大黄、元明粉各 10g 煎水煎剂内服,外点散瞳剂和 0.1% 阿托品眼药水。服五剂后自觉症状缓解,角膜溃疡部分愈合,前房积脓消退。原方

基础上加減后再服 3 剂。10 月 20 日复诊,左视力增至 0.5,角膜溃疡愈合,残留云翳,瞳孔仍药物性散大。

对角膜溃疡病程迁延,久不愈合或反复发病时,除强调结合现代医学技术尽量明确病因病源外,中药可加党参、黄芪,太子参益气扶正,或加生地、麦冬,北沙参滋阴生津。韦氏认为,邪去大半,在继续祛邪的基础上,补益药应适时早用,既防久病伤正,又可扶正祛除余毒,增强机体抗邪外出和促进病损组织修复。所谓“邪以正为本,欲攻其邪,必顾其正”。这对久治难愈的角膜溃疡是十分适宜的。当然,外邪未尽不可过补,病情非虚不可滥补。倘若外风日久,引发内风,加之素体阴亏者,可加石决明、钩藤、白芍、阿胶类平肝养阴药,以遏阻风动。若纯系内伤虚火所致外障,其表现为溃疡虽有,眼部刺激症状相对较轻,自当扶正为先,祛邪其次。对后期角膜以残留斑翳、云翳为主者,又以退翳明目为重,常用四物退翳汤(生四物汤加木贼草、谷精草、白蒺藜、蒙花、青箱子),风热未尽之角膜翳则用消翳汤(《眼科纂要》),所用退翳药又大致可分(1)清肝退翳药 菊花、蒙花、谷精草、木贼草、青箱子,夏枯草,决明子。(2)平肝退翳药 珍珠母、石决明,白蒺藜。(3)疏肝退翳药 柴胡、青皮,川楝子。(4)活血退翳药 赤芍、川芎、丹皮、丹参、红花。(5)滋阴退翳药 生地、麦冬、元参。(远祛风退翳药 防风、荆芥、羌活、蔓荆子。

对白睛疾患如巩膜炎,中医称“火疳”。韦氏认为本病发生主要是肺、肝、心三经火邪,挟风、挟瘀、兼虚为患,早期宜祛风清热,平肝泻火为主,凉血散瘀为辅。心火重者用导赤散(生地、木通、淡竹叶、生甘草梢)加防风、荆芥、赤芍;肺炎重者用桑白皮汤(《审视瑶函》)肝火重者用红肿痛方(生地、赤芍、川芎、柴胡、黄芩、夏枯草、生大黄、木贼草、枳壳、薄荷)病久灼伤阴津,阴虚火动,白睛赤痛或紫暗瘀肿久不清退,则宜养阴清肺,凉血活血,方用养阴清肺汤化裁(生地、麦冬、生甘草、元参、丹皮、赤芍、贝母、薄荷、红花、桑白皮、地骨皮)。

病案举例 程某,女性,30 岁,2021 年 10 月外院会诊病历。双眼结节性表层巩膜炎反复发病 3 年余,长

金子文治疗小儿腹泻的临床经验

北京联大中医药学院附属鼓楼中医院() 摇摇张玉兰摇指导·金子文

关键词 摇中毒性消化不良 摇老中医经验

摇摇金子文老中医早年就学于华北国医学院,解放后即参加北京儿童医院建院,在治疗中毒性消化不良、病毒性肺炎、肝硬化腹水等杂病方面具有极其丰富的临床经验。现根据金老总结中毒性消化不良的经验加以整理,供临床参考。

一、辨证分型

① 偏湿型 摇治疗此型金老的经验有五点:

① 湿浊停滞,呃逆烦躁,中气受阻,如有外邪则用藿香正气散为主,解暑化湿行气。② 秽浊重者,如恶心呕吐,治以辟秽化浊,用解痉丹治疗。③ 精神萎靡,伴有腹痛者,金老认为证属脾阳不振,治以补气助阳,温化脾阳,方以理中丸加入参汤治之。④ 若干呕肢冷、脉伏者,金老认为属气机失宣,治以辛开苦泻,清热厚胃,调节气机为主,宜用半夏泻心汤合玉枢丹加减。⑤ 如若渴不欲饮,清浊不分,水湿不化,治以淡渗利湿,用五苓散主治。

病案举例:王伊女,圆岁, 年 苑月 日就诊。腹泻 余日,每日 余次,大便呈蛋花样,小便少,无臭味。望诊:精神萎靡,面色黄,皮肤弹性差,舌质淡,舌苔白腻,脉滑软。中医辨证:湿型泄泻,治以:健脾利湿,化浊分利,方药:党参 远藿香 源茯苓 员炒白术 员厚朴 远木香 猿炮姜 猿车前子 员包煎),禹余粮 员分心木 员三剂。药后精神好转,皮肤有弹性,大便日泻 缘次,略稀。继服上方,佐以健脾理胃,加炒麦芽 员石斛 员三剂,药后大便成形。

② 湿热合邪型 摇金老认为,本证属暑热上蒸,热与秽浊之气互结于中下二焦,湿热合邪,治以解暑化湿,清热扶正,只有分利以治之,否则难以奏效。主方以参苓白术散、藿香正气散为主,加用双花配藿香解表取汗以散其热,便粘稠加白头翁、川连以清热利湿,薏苡仁、通草调

脾胃、安其中。以上药共用使湿热邪气各有出路。

金老治疗此型的经验为:湿热邪气盛,治疗中防止邪去正伤,阴液亏损,加西洋参、鲜石斛、芡实、赤石脂扶正以养阴。(员若证见烦躁干呕,当以清泄肠热。(圆若证见外邪炽盛,内陷营分,神志不清,热灼心包,并伴抽搐,应急于抢救,中药以清心开窍,扶正安中,同时防止内陷合并心力衰竭,用独参汤鼻饲或至宝丹治之。(猿若发现口渴唇干,小便短赤,眼窝凹陷,皮肤干燥,松弛无弹性,舌质红绛起芒刺,属热灼阴伤,当以苦寒清热,酸甘敛阴,方以连梅汤。(源若见壮热烦躁、大渴引饮,属阳明热化火,治以甘寒泄热,可用甘露饮合三石汤。(缘若阴阳俱伤者,法在回阳救逆,敛阴生津,当用参附龙骨牡蛎汤合生脉散治之。(远若大便次数多者,宜固涩止泻,适当选用半夏、芡实、石榴皮、优龙肝等。

金老的经验在于不拘拟于古人,在认识疾病过程中,仔细观察,认真琢磨,权衡病情的全部过程,分清邪气、正气的偏多、偏少,方可辨证拟方用药。至于舌质、舌苔的变化,要仔细观察,如舌质红而干为阴液耗伤,当以养阴为主;若舌苔厚为挟滞,但舌质淡而润,手指尖凉,指纹淡,证又见呕吐气冷倦卧,金老的经验此症属阳气欲脱,宜回阳扶正。

病案举例:张伊缘,个月,发热五日,伴腹泻偶呕吐,日泻 余次,口渴欲饮,时烦躁,大便呈喷射状,小便短赤。望诊:精神萎靡,面色无华,前囟凹,眼窝略凹,脉细数弱,化验:稀水便,宰月 员 曾用西药静脉点滴葡萄糖盐水仍泻不止,中医辨证:湿热泻,治以解暑化湿,清热扶正,方药:西洋参 猿生石膏 员藿香 远银花 员槟榔 员茯苓 员石斛 员芡实 员

赤石脂 员员分心木 员员车前子 员员 服药一剂后热退,大便次数日行 员员余次,继服前方三剂,减生石膏,药后日行 员员缘次,再行调理二次,大便正常。

癯脾虚型摇健脾补气,敛阴生津,回阳救逆。金老的经验宜选用四君子汤、附子理中汤,适当加用固涩之品,如米壳、芡实、伏龙肝、乌梅等。

病案举例 :刘 伊伊,男,远个月,员员年 怨月,大便稀溏三月余,每日 员员缘次,多见食后作泻,大便色淡无味,时轻时重,肌肉消瘦。望诊:精神弱,面色无华消瘦,舌质淡,舌苔薄白,中医辨证:脾虚泻,治以:健脾益气,固涩止泻。方药 党参 远员白术 远员升麻 员员木香 员员小茴香 远员肉蔻 员员干姜 远员诃子 远员赤石脂 员员分心木 员员伏龙肝 员员三剂。药后上证减轻,又服

三剂病痊愈。

二、辨证要点

癯险老认为疾病的转归要从舌质,舌苔观察。舌苔由厚转薄,舌质由绛转红说明伏热渐消,胃气转为正盛之象 如见舌质红,舌苔灰白而干,说明肠道仍有秽垢,热滞或余热未消之证。

癯有些腹泻时间较长,但如伴恶寒,金老认为乃正气已伤,不属表证,是阴阳未复,脾胃消化机能未充,最易死灰复燃,属正不胜邪,热入营伤,侵犯它脏。

金老治疗该病时均需嘱咐家长注意小儿喂养,要徐徐增加饮食。在治疗方面金老善长健脾固涩,理气温肠兼顾,常佐以理气之品、方能奏效。

(收稿日期 员员年 员月 员日)

员员年全国中药研究暨中药房管理学术研讨会 征摇文摇通摇知

摇摇中药学是祖国传统医学的重要组成部分。在当前社会主义市场经济的新形势下,中药市场首当其冲,医院改革中如何加强中药房管理亦势在必行,故“ 振兴中医 ”首先要“ 振兴中药 ”。为了更好地总结中医、中西医结合临床用药的经验、广泛交流中药栽培、鉴别、保存、包装、药理研究和剂型改革等方面的新方法、新思路,深入探讨中药房在医院改革中的体会和措施,进一步推动和促进全国中药事业的发展,特定于 员员年 缘月在福建厦门召开 “ 员员年全国中药研究暨中药房管理学术研讨会”,现将有关事项通知如下:

一、征文内容

癯运用中医、中西医结合方法临床用药经验、病例报道。 癯中药房库房管理、经济核算、窗口服务经验。 癯中药房各项责任制的制定实施。 癯对中药的文献整理、实验研究和学术争鸣。 癯中药药理研究。 癯中药剂型改革和成药使用。 癯中药鉴别、保管和饮片包装。 癯中药栽培技术。

二、征文要求

癯来稿以 员员园字以内为限,并附 员员园字以内摘要一份。 癯文章用稿纸抄写或计算机打印,要求字迹清楚,计量规范,数据准确。作者单位、邮编和姓名列于题目之下,临床文章加盖公章。 癯来稿时请寄 员员元审稿费(不寄款者恕不审稿),来稿后不退稿,请自留底稿。 癯入选论文由中国中医药学会学术部和北京中医药学会共同颁发论文证书。符合《北京中医》杂志用稿要求者,将给予优先刊登,正式公开发表。 癯截稿日期为 员员年 圆月 员日。

来稿请寄 北京东单三条甲七号(邮编 员员员员),高丹枫或王春生收摇信封上请注明“ 全国中药学会 ”字样,以免与正常来稿混淆。联系电话:(园园 远缘缘缘缘缘)具体开会地点、时间另行通知。

“ 员员年全国中药研究暨中药房管理学术研讨会筹备组
员卯年 员月

卢永兵治疗老年性便秘经验

广东省揭阳市中医院(522000) 卢永兵 卢永辉 林永武 林汉平

关键词 老年性便秘 从虚论治

卢永兵主任医师近十几年来专门从事老年人医疗保健工作,对老年病的治疗轻车就熟,经验积累丰富。老年人便秘常反复迁延不愈,多数病人为图一时之快妄用泻药,以致愈泻愈结。卢老认为,老年便秘多因虚致,治疗应从虚论治为主,以阴阳气血辨证,多用补药,收效颇佳。

一、气虚便秘,枳术起效

卢老对于气虚便秘患者首选枳术汤,该方原为治心下水饮停滞而设,卢老创造性地用大量生白术,舍弃制白术(赤石脂制)温燥固涩之性,取其生用滑润通便之用,用枳壳易枳实,舍枳实破气损气之过,取枳壳温和宽肠理气之效,两者补通结合,效果卓著。重用生白术量可至 30g,枳壳用量达 10g。

郭某,女,75岁。多年便秘,旬一次,枯如羊屎,排便虚努难出,每每汗多乏力。平素面色苍白,动则易喘,舌淡胖苔薄白,脉弱。处方:生白术 30g 枳壳 10g 一剂便通。三剂后,多年痼疾消失。随访一年多,大便保持正常。

二、血虚便秘,精乌启动

对于血虚大便秘结,卢老用自拟精乌汤:黄精 30g 首乌 30g 熟地 30g 枸杞子 15g 女贞子 15g 大枣 10g 远志 10g 佛手 10g 麦芽 10g 其中黄精、首乌为君,取其重用补血润肠,熟地、枸杞子、女贞子、当归大枣助之,佛手、麦芽消食理气,防其壅滞。卢老将首乌、黄精作为补血润肠的一个药对,广泛应用。

纪某,男,70岁,三月前曾下消化道大出血。现大便干涩难出,旬日一次,面色苍白虚胖,手足酸痹,舌淡苔薄白,脉沉细无力,处方用精乌汤。服药四剂后大便逐渐正常,连续服药一个月,全身状况大为改善,面唇红色,精神饱满,食纳转佳,大便日一次,色黄易排,嘱续服补脾益肠方药善后。

三、阳虚致结,济川为用

济川煎方取《景岳全书》,卢老用于老年患者肾阳衰虚所致大便秘结,其中重用肉苁蓉 30g 取其温阳而不燥,补肾而通后窍。常加菟丝子、沙苑子以助温阳润肠,若阳虚重则加制附子。

林某,男,70岁。四年前因脑梗塞、糖尿病多次入院治疗。近因大便秘结多日,痛苦异常,遂来就诊。见痛苦面容,动作迟钝,言语艰涩,手常抱腹,诉手足冷,大便秘结,小便清长,舌淡苔薄白,脉微弱。处方:肉苁蓉 30g 淮牛膝 15g 当归 15g 升麻 10g 菟丝子 15g 沙苑子 15g 制附子 10g 一剂肢温,三剂便通,原方去升麻、制附子,再加黄芪、桃仁、川芎等益气活血之药调治。半个月,诸症悉除。

四、阴虚便秘,增液可通

增液汤顾名思义增水行舟之法。阴虚肠枯宜补阴生津以润肠。卢老惯用增液汤加减治疗阴虚型便秘,如患者能持之以常,多能标本兼治。

蒋某,女,70岁。平素有高血压病、糖尿病史。嗜食辛辣之品,时有头晕面赤,口干舌燥,大便十数日一次,舌光红无苔,脉细数,血压 160/90mmHg,血糖 10.0mmol/L 处方:生地 30g 玄参 30g 天冬 30g 石斛 15g 知母 15g 草决明 15g 白芍 15g 葛根 15g 服三个月,大便通畅,头晕消失,口干舌燥已无,血压降至正常,血糖维持在 6.0mmol/L 左右。嘱平素以沙参麦冬煎当茶饮,此后再无便秘之患。

阴阳气血虚的病机,常为老年便秘之重要因素。临床当谨守病机,急缓有序,若峻药大伤正气,则虚其虚,悔之晚矣。然有阳明实结者,处以承气汤类则不可犹豫,以免延误病情,骤生他变。

(收稿日期 2022-01-10)

· 京都名医 ·

周济民老中医的学术思想与临床经验

中国中医研究院广安门医院(摇摇) 摇摇寇玉明

江西省吉水县人民医院(摇摇) 罗逢后

山东省济宁市第一人民医院(摇摇) 黄海燕

摇摇一、生平简介

周济民老中医 1918年 1月生于重庆, 1940年从师于著名老中医刘崇恩先生, 他少年即刻苦攻读, 潜心研究, 加之名医指点, 很快学有所就, 不久便在重庆开业行医。

1958年通过考试取得中医医师合格证, 1960年进入西南卫生部直属新渝医院痔瘡科工作。1960年周氏参加了重庆痔瘡小组, 以其简便的方法治疗痔瘡, 获得显著的疗效, 受到党和人民的重视。为了推广其治疗经验, 被卫生部调入北京中医研究院工作。1963年他将枯痔散改进, 去掉白砒, 称之为无砒枯痔散, 避免了砒中毒, 使病人痛苦大大减轻, 且治愈后不易复发。并将其治疗经验总结成文, 发表于重庆痔瘡小组总结材料中, 卫生部将其转发全国。1965年他首先采用 明矾注射液治疗一、二期内痔, 为以后研究理想的注射疗法奠定了基础。同时, 也为改进传统的手术方法开辟了一条新的途径。

周氏从年青时代开始使用挂线治疗肛瘻。中医传统使用的线是“药线”, 他发现, 这种方法由于需要多次紧线, 给病人带来许多痛苦。于是他大胆创新, 使用橡皮筋代替药线, 并从理论上阐明了挂线疗法治疗肛瘻不易引起肛门失禁的原理, 大大减轻了病人的痛苦, 并在实践中不断完善, 因此获得卫生部科研成果奖。他的另一项科研成果奖是根据祖国医学“酸可收敛, 涩可固脱”的理论和完全性直肠脱垂的发病机理, 通过临床反复试验, 总结出的一套治疗

直肠脱垂的新方法——明矾液注射治疗成人完全性直肠脱垂。经临床验证, 痊愈率 100%, 且无直肠狭窄、性功能障碍等后遗症。该法于 1965年 1月通过部级鉴定。该疗法的研究成功, 为成人完全性直肠脱垂的非手术治疗开创了一条新路。

周氏的医德、医风, 同样为病家和同行所推崇, 他待病人和蔼可亲, 谦逊随和, 不论职位高低, 一视同仁, 一样认真、细微。

周氏行医五十余年, 不断进取, 他勇于实践, 勤于总结, 从不保守, 真诚地把经验传授给同行和后代。五十年代, 他发表了“枯痔散治疗内痔的初步经验”、“明矾枯痔散治疗内痔的观察”, 出版了《痔瘡痔瘻患者须知》、《痔瘡中医疗法手册》等著作。六十年代, 他发表了“结扎疗法治疗各期痔核的疗效报告”、“复杂性肛瘻 1例经验介绍”等文章, 八十年代编写了《中医鉴别诊断学·痔瘡篇》等。

二、学术思想

重视辨证论治 周氏行医五十余年, 总以中医辨证论治为本。肛门直肠疾病虽然以局部外症尤为突出, 但他诊病始终遵循“四诊”查病, 八纲辨证。他常说“阴阳是辨证之首, 对诊断和治疗都有重要意义, 否则将会发生原则性错误。”他还常教诲, 把握阴阳的同时, 要根据病人体质、症状、邪正盛衰及内因、外因等情况, 结合表里、虚实、寒热辨证, 联系局部肿痛脓疡, 进行分析归纳, 从根本把握疾病的性质。

先生诊治肛门直肠病, 不仅对局部要辨病, 还要辨证, 不仅要分清痔、瘻、裂、痛等, 还要辨别阴阳、虚实、寒热。他认为, 证与病是同一性质的两个方面, 不可截然分开。辨证从总的方

面明确病性 辨病则准确反应了疾病的特征,两者互参,才能从本质上把握疾病,胸有成竹,应变自如。如诊断痔疮,要分清内痔、外痔或混合痔,病变程度是早期或晚期,同时还要分辨虚实。实证有风湿燥热结积、湿热瘀血蕴结、湿热酒毒下注等,虚证有气虚痔脱、血失统摄、脾肾阳虚、滑脱痔出等。如直肠脱垂的治疗,很多医家认为,脱者,中气虚也。根据虚者补之的治则,常用健脾温中、益气提升法,但疗效并不满意。而周氏则认为,直肠脱垂虽属虚证,但病因很多。有气虚下陷、气血两虚、肾虚不固和小儿气血未壮之分,临床应审证求因施治,方能药到病除。若诸痛溃后不收,脓汁清稀,时有潮热盗汗,懒言乏力,脉细弱之证。周氏认为:此乃久病失治,寒邪循络内侵,入里化热,灼伤肺金,肺燥失润,气机不得宣发,气血不达,肌肤失于濡养而致。治以遵循滋阴养血通络之法,使气血畅通,每获良效。再如便秘,周老指出:“便秘可分为大肠津亏、大肠寒结、胃肠热结、气虚便秘、气滞不行、气血两亏、阴虚便秘等。治疗上均应审证求因,因人而异”。提倡“有其证而用其药”,决不诸证雷同。而对于肛门瘙痒症的治疗,周老则认为:“此症虽有外受风热之邪的一面,但脾失健运、血气被损、中气下陷、痰浊流注是其重要内因。特别在一些仅见于肛门口瘙痒,局部改变不明显而又顽固难愈的病例中,升提脾气即成为治疗大法”。因此他往往用补中益气丸、三妙丸二方于临床上灵活化裁,常获奇效。对于局部伤口,周氏强调分辨阴阳、新旧、有无腐肉、脓肉、脓毒等。他指出:“脓毒宜泄,新肉宜生,腐肉宜除”。若忽视局部辨证则无从施治,不能对伤口千篇一律处理,要辨阴阳虚实。为了提高诊疗效果,他还强调脏腑辨证、气血辨证,辨别经络气血多少等。据其症而立处方,选择手术,达到治疗目的。周氏指出:“辨证是决定治疗的前提和依据,论治是治疗疾病的手段和方法,也是对辨证是否准确的检验”。

周氏强调调整整体防病内外治结合 祖国医学认为人体是一个有机的整体,局部病变往往是

脏腑间阴阳失和的表现。痔的临床表现也就是“肺经遗热”、“中气下陷”、“肾经阴虚”、“肝经血热”等不同的机体反应形式。周氏指出:“痔的治疗离不开辨证施治,但痔的局部特点是湿、热、风、燥四气郁滞、治疗上大都需要荡涤郁热之药”。他又指出:“痔之临证所见,实证者多,虚证者少,所谓虚证亦是虚中有实,只不过虚多实少而已”。针对其特点,常有清热、渗湿、润燥、疏风、和血等。扶正之法则有益气升提、滋阴养血。对于痔之实证,自当以祛邪为治,而对于虚证,却不宜一味投补,除补其虚外,当参照局部特点相应地佐以清热,或佐以和血。如在健脾益气升提药中佐以清解就是其例。

周氏在临床工作中,强调“治未病”、“防病于未然”。临症常告诫病人注意饮食起居,讲明辛辣厚味、饮食不节、排便不规律与肛门疾病的关系,以防痔疾的发生及加重,致使不少患者未经治疗而病情得以减轻。在治疗中,他主张积极治疗原发病。

周氏治疗嵌顿痔、炎性外痔、血栓外痔时主张要重视外治,广泛运用“熏洗”、“外敷”,常选用清热解毒、散瘀止痛、软坚消肿、收敛止血之中药如五倍子、瓦松、马齿苋、侧柏叶、苦参、地榆、明矾、黄柏、白芷、赤芍、川椒外洗及四黄膏外敷,以重外治之法,而体现“异病同治”之理,再加上辨证求因,四诊合参,内服药物可达“釜底抽薪”之功效。如肛痛之疾来势迅猛,局部红肿剧痛,寒战高热,脉洪大而数,苔黄燥,证属脏毒实热者,治宜清热解毒,凉血散瘀。内治、外治双管齐下,取得较为满意的疗效,常可免去患者刀针之苦。而对脓已成者则强调要托脓外出,使邪有出路,否则可导致邪毒内陷,损及脏腑,而致邪盛正衰,病情恶化。如《证治准绳》所说:“当用针烙而不用则毒无从而泄,脓瘀蚀其膏膜,烂筋坏骨”。在整体与局部的处理方法上,周氏常常内外兼治,并根据脓腔位置的深浅,采用各种不同的引流法治之。

对于肛裂的治疗,周氏认为 内治法在调理大便、缓解疼痛等方面具有较好的作用。还可以通过调整机体气血阴阳的偏衰,提高组织修复

能力,促进裂口愈合,应用时也应根据临床见症进行辨证论治。他说肛裂有新旧之分,对于病期短而无合并症者,可分别施以清热通腑,凉血润燥,清热利湿,养血益阴,润肠通便等法,对于病期较长之陈旧肛裂,合并有皮赘、隐瘻及肛管狭窄者,则应在治其兼证的同时施以手术治疗,缓解其局部病变。

周氏常说:“有诸内,必形诸外,内症愈而外症易瘥”。所以他对术前、术后的患者,总是因人因病辨证立法、处方用药,内外兼治,他认为弃内治外或弃外治内都是错误的。

三、临床经验

周氏倡用枯痔疗法摇枯痔法治疗痔疮具有悠久的历史,早在明代《外科正宗》内已有记载。周氏认为传统中医的枯痔疗法虽然能达到使痔核发生渐进坏死,彻底治愈的作用,但由于毒性反应大,所以限制了临床上的使用范围。1958年他首次将枯痔散改进,去掉白砒,推出无砒枯痔散治疗内痔,避免了砒中毒,使病人痛苦大大减轻。随即他又首先采用明矾注射液治疗一、二期内痔。他认为,注射疗法治疗内痔是在枯痔散基础上的一大跃进,具有疗程短,病人痛苦小,并发症少,操作简便,疗效可靠等优点。

根据祖国医学“酸可收敛,涩可固脱”的理论和完全性直肠脱垂的发病机理,从反复临床试验研究中,他又将明矾注射液应用于直肠脱垂的治疗上,通过数百例病人临床观察,痊愈率达80%以上,且无直肠狭窄、性功能障碍等后遗症。1981年通过鉴定时专家指出,该疗法是在继承祖国医学的基础上,中西医结合有所创新的一项科研成果,为成人完全性直肠脱垂的非手术治疗开辟了一条新路。

周氏研究手术技巧,注重术后治疗摇周氏临证治病不拘泥于一方一法,据其证而用其法。如在治疗肛瘻方面,他以手术快、损伤小、预测管道走向准确、疗效高、手术方法先进、经验丰富而著称。五十年代,他首先改传统药线为橡皮筋挂线治疗高位肛瘻,减轻了多次紧线给患者带来的痛苦,又缩短了疗程。在手术上,周氏

认为:(员必须准确寻找内口,并正确处理好内口,是彻底治愈肛瘻的关键。(圆必须彻底清除主管、支管以及死腔窦道。主要是将其切开或挂开,使之开放,引流通畅。若切开结合缝合者,需在缝合范围内尽量切除管壁、腐败组织,杜绝感染复发机会。在术后治疗上,周老非常强调术后创面的处理。他常说:“支管残留,瘻疾难愈”。所以,术后每次换药时都应注意是否有支管残留,如发现则应及时处理。而对切开之瘻管,正确的换药对于防止假愈合及复发、促进肉芽生长有不可忽视的作用。因此,周氏指出:正确掌握术后创面换药,是治愈肛瘻的重要环节。祖国医学在外科临床上,对创口处理也是十分重视的,尤其是复杂性肛瘻的手术创口。周氏强调应掌握如下换药规律:初时宜重化腐,用红粉纱条蚀管祛腐,待创面腐脱管化,则应改用生肌玉膏换药,促进肉芽生长。当创面接近愈合时,要注意肛管部的创面,防止桥形粘连出现假愈合。如肉芽生长不良和水肿,他主张用盐水纱布条换药,有促进肉芽变为新鲜和消肿的作用。如在瘻痕中心有小创面仍不愈合,在排除假愈合后,外用珍珠散常可收到比较满意的效果。

对混合痔的手术,周氏主张外痔部分的皮肤不宜过多切除,应采用小切口,否则术后疤痕收缩,容易引起肛门狭窄。对静脉曲张型外痔手术,他主张在患部中线做一放射状皮肤切口,用止血钳及手术剪将皮下静脉丛进行剥离,待曲张之静脉基本剥净后,再将切口的皮肤对合覆盖于创面,并修去多余皮瓣,使之平整成一直线。对于环状混合痔,他总结出了保留肛管皮桥的数量和大小的治疗原则。例如,混合痔常以右前、右后、左侧三处的痔区病变为重,手术设计需在其相应肛管上皮与肛缘部做“灾”形切口,剥离外痔时就保留了三个正常皮桥。有的混合痔各处病变不易分清时,就要入为的将其分成猿~缘个肛管皮桥。术后有利于肛管表皮的新生,既防止了术后直肠粘膜脱出、肛门狭窄的后遗症,也促进了肛管创口的愈合。周氏指出:“肛肠病手术,必须细心,切忌粗暴,手术中

要特别注意保留肛管皮瓣,防止后遗症及并发症的产生,术后需注重换药、定期扩肛、以免创

口粘连造成直肠下端狭窄”。

(收稿日期 员 第 远期)

浅谈中医水血为病机理及临床意义

四川成都市第五人民医院(成都) 摇冷冰霄

关键词 水血为病 机理 临床意义

摇摇水血为病是中医病因病理学的重要组成部分,它既可以作为一大致病因素导致不少急症发作,又是多种病变的必然产物和慢性病归宿,在一定程度上远比单纯的六淫和七情为病范围广和危害更大。众所周知,人体大部份是由水、血组成,一般常人绝食饮水可支持二周以上。但绝食绝水会在短期内死亡,通常失水 10% 就足以毙命。而血浆的含水量可高达 80% ~ 90%。因此,水与血不仅同源相依,而且互渗共行。其区别点在于血循脉道,如环无端,不能外溢。而水则可渗透全身,由三焦(中医无形脏器)敷布,无所不到。无论是生理还是病理上,水、血对人体生命以及疾病与健康的关系和影响都非常重大。《黄帝内经》作为中医最古老的经典著作,不仅提出了水血为病的发病机理,而且提出了相应的治疗原则。诸如《素问·阴阳应象大论》的“血实宜决之”以及《灵枢·九针十二原》的“闭虽久犹可决也”等等。这里的所谓“决”者,乃开通疏导也;所谓“闭”者,即堵塞不通也。《内经》虽没有明言具体的瘀血与水积之词,但无需多赘已十分清楚。后汉张仲景秉《内经》之旨,勤求古训,博采众方,在自己临床实践经验之下,正式提出“瘀血病”与“水气病”之名,并在杂病论一书《金匱要略》中立“惊悸吐衄、衄血下血、胸满瘀血病”与“水气病”两大专篇。同时,又在外感病《伤寒论》一书中亦详细阐述了有关“蓄血”与“蓄水”为病两个专证。不少有名的活血化瘀方剂如下瘀血汤、桂枝茯苓丸、抵当汤或丸、桃仁承气汤、鳖甲煎丸之类以及逐水通利方剂如十枣汤、甘遂半夏汤、真武汤、猪苓汤、五苓散(包括苓桂系诸方)等,都出自该二书。

水积血瘀为患致病历代医家都极为重视,

尤其在瘀血论方面更逐步形成了一门独立的学说——瘀血说,特别是清代以王清任为代表的革新派医家,在实践中创立了一系列逐瘀活血方剂,针对性地用于治疗 多种病症;以进士出身的唐容川为代表的中西医汇通派所著《血证论》,对水积血瘀病证进一步加深了认识。其中以王清任所言的“审气血之荣枯,辨经络之通滞”、“气血凝结,壅塞津门,水不得出”、“已凝之血,更不能活”、“毒随血出而愈”和唐容川指出的“病血者,未尝不病水,病水者,未尝不病血”、“血不利则为水”、“其血既病,也累及水”、“病水即病气,病气即病水”等等,其论述均极为精辟和明白。然而尽管如此,他们仍因受到时代观念和历史条件的限制,没有把水血为病及其机理阐述清楚用于指导临床实践,这也是中医学理论为什么长期停滞不前,面临众多困惑的根本原因所在。

今天在时代前进与中医学术相对滞后的矛盾日趋显露下,有人提出中医发展的动力在于创新,创新既是一个民族进步的灵魂,也是任何科学技术发展的生命线。就在人类即将进入新的千年之际,由于有了现代医学科学,包括生命科学、信息科学以及生物工程等高科技领域所提供的条件和认识,我们可以肯定地回答:只要能突破固有框架,反对思想僵化,而按照中医传统理论精华及其经验所得,在准确辨证之下,充分运用活血化瘀和利水通导之法于各种水血为病,定能更进一步攻克许多疑难重症,让古老的中医学峰回路转,再现辉煌。从现有情况来看,涉及水血病证所取得高疗效的成功事例已经层出不穷。如天津南开医院应用活血化瘀法治疗重型急性胰腺炎所取得的缩短疗程,减少并发症和降低死亡率的明显效果,就是基于该病是

与血液循环障碍及毛细管通透性增加有密切关系。尤其见于水肿性胰腺炎,常可因血流量减少而发展成为急性重型胰腺炎。而国外专家也证明,在急性重型胰腺炎的发生过程中,氧自由基起着主要作用。因为氧自由基的产生、增加或清除功能下降时,会出现活性氧对胰腺的损伤,从而导致胰腺毛细管壁通透性增加、组织水肿、出血乃至细胞的变性坏死。显而易见,这些都与中医所指水血为病的情况和机理极为相似。

另外,在广东的高明脑病医疗医药研究院也广泛运用“颅脑水瘀理论模式”,以通窍活血利水之法治疗诸多脑病如脑水肿、脑外伤综合症、中风等,均获得事半功倍之效。其观点就在于认为这些脑病人的颅内既积水又血瘀,治疗时采用活血兼利水,以求得脑的水运通畅,瘀去新生,水血各正其道,故病可愈。但这里也应当同时看到,中医的水血为病,关键是指水积与血瘀,而水积血瘀往往又相兼共存,互为因果。其病变既可限于局部,也能波及全身。因此在临床上仍须严格地遵循中医辨证论治原则,除认清水瘀共病之外。还要探明何者为主,是部份还是整体。这里不妨以青光眼病为例:青光眼是一组严重危害视力的眼病,也是致盲的主要原因之一。其基本特征为眼压的改变,眼压是眼的内容物对眼球所施加的压力,其主要成份为房水,当然也有血液。眼球必须有赖于房水和血液的正常填充以维持眼内相对恒定并超过大气压的一定压力,才能保持正常形态和生理功能。可见青光眼的发病机理在于眼压,眼压的高低又取决于其中的房水和血液,而又以房水为主。因此,在辨证治疗中,应该是利水兼活血,而不是活血兼利水。至于水血为病理论和利水活血之法,能否适用于青光眼病,回答也是肯定的,如国外一种抗青光眼病新药叫“拉坦前列腺素”,已经完成三期临床试验,可望成为下一世纪治疗青光眼病的首选药物。而其机理就在于增加房水外流,使房水从睫状肌间隙至脉络膜上腔吸收、排除,这正和中医水血病理和利水通导之法不谋而合,也是与多种传统的抗

青光眼药根本不同之处。实践是检验真理的标准,笔者曾有一病人在青光眼致盲下,长期眼球胀痛,十分难受,经予以常服中成药杞菊地黄丸后,数年来不仅眼球胀痛完全消失,而且倍感目中清爽舒适,其原因就在于杞菊地黄丸有较好的通利滋阴清目功能,对维护和改善眼压起到一定作用。

中医是一门古老的医学科学和传统的文化遗产,在理论与其作用机制上虽经由长期实践的经验积累,但和现代医学通过严格的科学实验所产生的医学相比,还差距很大,远远不可能将其统一在一起。但也无容置疑,随着中医现代化和中西医结合的不断深入,其相互交叉,各取所长,兼容共补的情况,定会更加自觉地得到发展和充实。比如在临床上现阶段已经明显而广泛体现出来的用西医知识及其现代化诊断手段去帮助中医运用理法方药进行客观辨证论治,其疗效就会大大优于原中医和原西医。

有鉴于此,在努力发掘先贤理论之下,联系当今科学技术进步来追求实效以促进中医振兴,无疑具有重要现实意义和光明前景。

(收稿日期 1988年10月)

征订通知

摇摇《中国民族民间医药杂志》为国家级科技期刊。民族民间医药历来充满神奇而迷人的特色,是人们在长期的生活实践中同疾病作斗争的经验总结,是祖国医学中的一朵奇花。本刊以弘扬民族文化、展现民族特色、发掘整理民族和民间医药为人类健康服务为宗旨,包括各民族民间祖辈传下来的特色医技经验和特殊方药、各民族医药和民间医药的研究设想、理论探讨、文献整理研究、质量检验等内容。本刊开辟有藏族医药、蒙古族医药、朝鲜族医药、维吾尔族医药、傣族医药、彝族医药、回族医药、畲族医药、土家族医药、苗族医药、民族民间专病方、民族民间单验方等栏目。

欢迎订阅《中国民族民间医药杂志》,本刊为大 16 开本,80 页,定价 2.00 元。本刊邮发代号为 38-100 国外发行代号 38-100。全国各地邮局均可订阅。愿《中国民族民间医药杂志》成为您忠实的朋友!

通讯地址:昆明市虹山南路 100 号摇摇编辑部

《中国民族民间医药杂志》编辑部

加味抵当汤治疗缺血性中风的临床与实验研究

北京市通州区中医医院(101100) 王金玉 摇董荣芬 摇单振友 摇王摇绪

摘要 摇中加味抵当汤(自拟)对缺血性中风患者的临床研究以及对小鼠和大鼠实验性缺血性中风的研究表明,该方药有利于缺血性中风患者的恢复,可明显改善脑缺血,降低脑损害及脑组织神经细胞变性,可抑制血小板凝集,抑制血栓形成,有利于改善缺血性中风存在的血液流变学异常,对 100 例随机分组对照观察,结果表明该方药治疗组 50 例,其临床症状的改善均优于对照组(孕 50 例);该方药可改善缺血性中风患者血球压积和纤维蛋白原的异常(孕 50 例),对缺血性中风患者纤维蛋白原异常的改善优于对照组脉通组(孕 50 例)。提示该方对缺血性中风的治疗具有可靠疗效。

关键词 摇脑血栓 摇临床研究 摇实验研究 摇加味抵当汤

摇加味抵当汤是在中医理论“治风先治血,血行风自灭”及“气行则血行”“祛瘀生新”指导下和总结历代医家治疗中风病经验的基础上,结合我们多年临床实践研制的一个具有活血化瘀、益气通络功效的中药方剂。从 2012 年 5 月至 2015 年 10 月对在我院住院的中风病人,我们开展了加味抵当汤治疗缺血性中风的临床研究。在大连医学科学院的协力帮助下,我们亦开展了加味抵当汤治疗缺血性中风的实验研究,现将初步成果报道如下:

临床研究

一、资料与方法

病例选择 摇按照中华全国中医学会中医急症中风病科研协作组 2002 年修订的《中风病中医诊断标准》,收集病程在一周后的缺血性中风(中经络,病机为气虚血瘀)患者。全部病例均经头颅 CT 证实,属现代医学脑血栓形成,不包括短暂性脑缺血和腔隙性脑梗塞,并除外患有心肌梗塞、肝肾功能异常及重症感染的病人。

一般资料 摇100 例分为二组。治疗组 50 例中男 28 例;年龄 50~80 岁;其中伴半身不遂 30 例,口眼歪斜 15 例,语言障碍 15 例,偏身麻木 20 例,头晕头痛 10 例。对照组 50 例中男 25 例,女 25 例;年龄 50~80 岁;其中伴半身不遂 25 例,口眼歪斜 10 例,语言障碍 10 例,偏身麻木 10 例,头晕头痛 10 例。发病时间最短者 1 周,最长者 1 周,其中病程 1~2 周 10 例,2~4 周 10 例,4~8 周 10 例,8~12 周 10 例,12 周以上 10 例,两组的年龄、病程、伴随症状的构成比差异无显著性(孕 50 例),具有可比性。

治疗方法 摇将 100 例本病患者随机分为两组,随机方法以患者来诊的前后为序号,分别与随机数表中随机数相对应,随机数为奇数者为治疗组,随机数为偶数者为对照组。治疗组以加味抵当汤(由水蛭、虻虫、大黄、桃仁、黄芪、川芎等组成)煎汤,每日 1 次内服;对照组以脉通 10 支静脉点滴,每日一次。以 1 周为一疗程,连续治疗二个疗程。

观察指标 摇(1) 治疗前后临床症状:半身不遂、口眼歪斜、头晕头痛、语言障碍、偏身麻木、手足肿胀、气短乏力、舌脉情况。(2) 治疗前后实验室血液流变指标:全血比粘度、血球压积、血小板粘附率、纤维蛋白原及血小板计数。

治疗标准 摇(1) 临床症状的疗效评定按照 2002 年国家中医药管理局制定的中医病证疗效标准。治愈:症状及体征消失,基本能独立生活。好转:症状及体征好转,能扶杖行动,或基本生活能自理。未愈:症状和体征无变化。

(2) 中医证候评定按照中华全国中医学会中医急症中风病科研协作组 2002 年修订的《中风病中医疗效评定标准》。满分 100 分,起点分最高不超过 80 分,其疗效评定;恶化:病情加重,积分减少或死亡者。无效:积分增加不足 10 分者。有效:积分增加超过 10 分以上者。显效:积分增加超过 30 分者。基本痊愈:积分超过 80 分以上者。

统计方法 摇等级资料用 2 检验,计量资料用 t 检验。

二、结果与分析

摇治疗后两组临床症状改善情况见表 1

表 员瑶两组临床症状转归情况(例)

临床症状	治疗组			对照组			孕值
	治愈	好转	未愈	治愈	好转	未愈	
半身不遂	源	苑	远	源	源	员	约
口眼歪斜	缘	源	愿	愿	猿	源	约
语言障碍	猿	远	园	愿	员	愿	约
偏身麻木	苑	园	远	猿	猿	园	约
头晕头痛	愿	远	园	猿	员	圆	约

从表 员可以看出治疗后两组比较,治疗组半身不遂、口眼歪斜、偏身麻木、语言障碍及头晕头痛改善明显优于对照组。经 砸 分析,有显著性差异(孕约),另外治疗后治疗组患者手足肿胀、面色淡白、气短乏力情况明显改善,多数患者舌象由舌暗淡、苔白腻

转化为舌淡红、苔薄白或薄黄,脉象由细缓或细涩变为缓脉。

圆 治疗后两组患者中医证候计分疗效情况摇见表 圆

表 圆瑶两组中医证候疗效情况(例)

组别	基本痊愈	显效	有效	无效	恶化	合计
治疗组	远	源	圆	源	园	员
对照组	圆	员	猿	园	源	苑
合摇计	愿	远	缘	源	源	圆

经 砸 分析,两组有非常显著性差异,从本表可知治疗组治疗效果明显优于对照组。

猿 治疗组治疗前后血流变指标变化摇见表 猿

表 猿瑶治疗组治疗前后血流变指标变化的比较(载依)

例数	全血比粘度	血球压积	血小板粘附率	纤维蛋白原	血小板计数
	(孕)	(豫)	(豫)	(孕)	(无)
治疗前	员	源	源	源	员
治疗后	员	源	源	源	员

摇摇经 验,△△为(孕)

摇摇从表 猿可以看出,治疗组治疗后血球压积、纤维蛋白原明显低于治疗前(孕),而其它指标治疗前后无显著性差异(孕)。提示加味抵当汤可改善中

风患者血球压积及纤维蛋白原的异常情况。

源 对照组治疗前后血流变指标的变化摇见表 源

表 源瑶对照组治疗前后血流变指标变化的比较(载依)

组别	例数	全血比粘度	血球压积	血小板粘附率	纤维蛋白原	血小板计数
		(孕)	(豫)	(豫)	(孕)	(无)
治疗前	苑	源	源	猿	源	员
治疗后	苑	源	源	源	源	员

摇摇经 验△△为(孕)。

摇摇从表 源可以看出,对照组治疗后血球压积及血小板粘附率明显低于治疗前(孕),而其它指标治疗前后无显著性差异(孕),说明脉通静点可改善中

风患者血球压积及血小板粘附率的异常。

缘 治疗后两组血流变指标的变化摇见表 缘

表 缘瑶治疗后两组之间血流变指标的变化(载依)

组别	例数	全血比粘度	血球压积	血小板粘附率	纤维蛋白原	血小板计数
		(孕)	(豫)	(豫)	(孕)	(无)
治疗组	员	源	源	源	源	员
对照组	苑	源	源	源	源	员

摇摇经 验摇△孕△孕△孕

摇摇从表 缘可以看出,治疗后治疗组纤维蛋白原明显低于对照组(孕),而对照组血小板粘附率明显低于治疗组(孕),说明加味抵当汤改善纤维蛋白原异常的疗效优于脉通,而脉通改善血小板粘附率异常的疗效优于加味抵当汤。

实验研究

一、实验材料

员药品摇加味抵当汤由北京通州区中医医院提供,主要药物为水蛭、虻虫、桃仁、大黄、生黄芪、川芎、

丹参等。除水蛭和虻虫外,其余各药一起煎成汤,临用前将水蛭和虻虫粉加入药汤中,药汤浓度为 1g/ml生药。转给阳性对照药为脉通,上海长征制药厂,批号 870101。

动物摇昆明种小鼠,体重 18~ 22g,雌雄各半,由大连制药厂动物室提供,合格证号为辽实动字第 870101号。宰杀小鼠血栓形成实验体重 18~ 22g,其它实验体重为 18~ 22g,由大连医科大学动物中心提供,合格证号为辽实动字第 870101号。

给药剂量及方法摇动物随机分为四组,即生理盐水对照组、脉通对照组、加味抵当汤高剂量组和低剂量组。大鼠的给药剂量为 脉通 0.5g/kg,加味抵当汤高剂量组 0.5g/kg,低剂量组为 0.25g/kg,空白对照为等容量脉通静脉注射给药,加味抵当汤灌胃给药,每天一次,连续 7天。

二、方法与结果

加味抵当汤对小鼠急性脑缺血的影响摇于末次给药后 1h将动物麻醉,仰位固定于手术台上,切开颈部皮肤,分离两侧颈总动脉,用 0号手术丝线分别结扎迷走神经的左右颈总动脉,记录动物死亡时间。结果见表 1。结果表明加味抵当汤两个剂量组均可明显延长小鼠因结扎两侧颈总脉造成的急性脑缺血的存活时间,与生理盐水比较差异显著。

表 1 加味抵当汤对小鼠急性脑缺血的影响 (载依芬)

组别	剂量 (g/kg)	动物数 (只)	小鼠平均存活时间 (min)
生理盐水		10	10.0±1.0
脉摇摇通	0.5	10	15.0±1.0*
加味抵当汤			
高剂量组	0.5	10	18.0±1.0*
低剂量组	0.25	10	16.0±1.0*

摇摇☆☆与生理盐水组比较 孕约0.05☆☆与生理盐水组比较 孕约0.05

加味抵当汤对血小板聚集的作用摇采用体内循环血小板聚集比率 孕孕测定法,于末次给药后 1h各组动物取血,分别加入内盛 0.1%肝素溶液和 0.1%肝素福尔马林溶液的硅化试管中,混匀后室温放置 15分钟,离心分离 (1500rpm, 5分钟)得血浆 (孕孕),分别计数血小板数,按下列公式计算:血小板聚集比率 = (血浆中血小板数 - 孕孕中血小板数) / 孕孕中血小板数,结果见表 2。

摇摇加味抵当汤对大鼠血小板聚集比率的影响 (载依芬)

· 15 ·

组别	剂量 (g/kg)	动物数 (只)	聚集比率	抑制率 (%)
生理盐水		10	10.0±1.0	
脉摇摇通	0.5	10	10.0±1.0	
加味抵当汤				
高剂量组	0.5	10	10.0±1.0*	10.0%
低剂量组	0.25	10	10.0±1.0	10.0%

摇摇☆☆与生理盐水组比较 孕约0.05☆☆与生理盐水组比较 孕约0.05

从表 2看出,加味抵当汤能不同程度地降低血小板聚集率,从而抑制血小板聚集。

摇摇对大鼠体外动脉血栓形成的影响摇摇末次给药后 1h大鼠用 戊巴比妥钠麻醉,固定于手术台上,切开颈部皮肤,分离气管,插入气管插管,同时分离右总动脉和左颈外静脉。在内经 0.8mm 的聚乙烯管中放入一根 0.8mm 长的 0号手术线 (手术线预先称重),该聚乙烯管两端分别接上动静脉插管,并用 0.1%肝素充满三段聚乙烯管,管的一段插入右颈总动脉,管的另一端插入动物颈外静脉,循环 1h后,中断血流,迅速取出手术线称重,总重量减去线重即为血栓湿重,结果表明加味抵当汤两个剂量组均可明显抑制血栓的形成,减少血栓的湿重,与空白对照组比较差异显著。(孕约0.05孕约0.05)。

表 2 加味抵当汤对大鼠血栓形成的影响 (载依芬)

组别	剂量 (g/kg)	动物数 (只)	血栓湿重 (mg)	抑制率 (%)
生理盐水		10	10.0±1.0	
脉摇摇通	0.5	10	10.0±1.0*	10.0%
加味抵当汤				
高剂量组	0.5	10	10.0±1.0*	10.0%
低剂量组	0.25	10	10.0±1.0	10.0%

摇摇☆☆与生理盐水组比较 孕约0.05☆☆与生理盐水组比较 孕约0.05

摇摇加味抵当汤对凝血时间的影响摇摇于末次给药后 1h小鼠眼球取血,用玻片法测定各组动物的凝血时间,结果见表 3。

表 3 加味抵当汤对凝血时间的影响 (载依芬)

组别	剂量 (g/kg)	动物数 (只)	凝血时间 (min)
生理盐水		10	10.0±1.0
脉摇摇通	0.5	10	10.0±1.0*
加味抵当汤			
高剂量组	0.5	10	10.0±1.0*
低剂量组	0.25	10	10.0±1.0

摇摇☆☆与生理盐水组比较 孕约0.05摇摇☆☆与生理盐水组比较 孕约0.05

从表 3可以看出,加味抵当汤可使凝血时间延长,

有抑制凝血作用。

继续对脑缺血大鼠的病理组织学影响 摇大鼠于末次给药后 1h 用乙醚麻醉,分离两侧颈总动脉,将血管连同迷走神经一起用丝线结扎,造成脑大部分缺血,4 小时后取脑组织,甲醛溶液固定,做病理组织学检查,结果显示,对照组脑血管扩张、充血,脑实质血管外腔隙增宽,血管壁增厚,腔内充满红细胞,部分神经元变性坏死。加味抵当汤和脉通组轻度脑实质血管充血,仅见个别神经细胞坏死。

继续最大耐受量测定 摇取 10 只小鼠,体重 20g 左右,胃内灌服 10ml 加味抵当汤,连续 7d,观察小鼠活动、饮食、精神状态均正常,无异常反应,未见死亡。

因药物浓度无法增大,推测加味抵当汤小鼠胃内给药的最大耐受量大于 10ml。

讨论

许多临床报道和现代文献研究证实,气虚血瘀是中风的主要病因病机。抵当汤原为治疗太阳蓄血证之方,水蛭、虻虫直入血络,有破血逐瘀之功,桃仁活血化瘀,大黄泻热导瘀,整个方剂为攻逐瘀血之峻剂^[1],加入黄芪、川芎等益气行血,行气活血之品,组成加味抵当汤以针对缺血中风气虚血瘀的病机是我们的多年经验。且临床收到较好疗效,说明加味抵当汤通过益气活血化瘀通络的作用,改善了脑组织循环,使缺血的脑组织恢复灌注或有效建立侧枝循环,脑细胞功能得到部分或全部恢复。现代药理学研究证实,水蛭的主要有效成分有肝素、抗血栓素等,可阻止血液的凝固^[2];虻虫可提高实验动物的耐缺氧作用。桃仁有抗凝、抗炎作用,对血流阻滞、血行障碍有改善作用;大黄能缩短凝血时间,降低毛细血管的通透性^[3];黄芪可扩张血管,显著降低实验动物的血流变指标^[4];丹参可抗凝,促进纤维蛋白溶解,抑制血小板凝聚,可改善微循环^[5];川芎能直接扩张外周血管增强血管的血流量^[6]。我们通过临床研究,其结果显示,加味抵当汤治疗缺血中风有其可靠的疗效,其机制与本方抗凝、抗炎、扩张脑血管,改善脑组织循环等作用有关。

缺血中风患者存在着血液流变学的异常,表现为全血粘度、血浆粘度、血球压积、纤维蛋白原及血小板聚集率增高,血液处于高凝状态,此为许多研究所证实,本临床研究亦证实了这一点。许多文献研究证实,祖国医学之“血瘀”是中风的主要病因病机,血液流变

学的异常增高与祖国医学之“血瘀”相一致。我们通过临床研究发现,经加味抵当汤治疗后,患者血球压积、纤维蛋白原明显低于治疗前,两者比较有非常显著性差异(孕约 0.05)。本结果与张歌心等报道的加味抵当汤对中风纤维蛋白原、血小板的实验观察结果相一致^[7]。经脉通治疗后,患者血球压积与血小板粘附率明显低于治疗前,两者比较有非常显著性差异(孕约 0.05)。治疗后两组比较,治疗组纤维蛋白原明显低于对照组(孕约 0.05)。而对照组血小板粘附率明显低于治疗组(孕约 0.05)。本研究结果提示:(员)加味抵当汤可降低中风患者血流变中血球压积和纤维蛋白原的值,此作用可能与加味抵当汤破血逐瘀之功效,即方中诸药能抗凝、抗炎、增加血液流量,改善微循环有关。(圆)脉通可降低中风患者血液流变学中血球压积和血小板粘附率的值,此作用可能与脉通能稀释血液,降低红细胞在血管内聚集,降低血小板聚集,妨碍血小板释放第三因子有关。(猿)加味抵当汤降低血液纤维蛋白原的作用明显优于脉通,而脉通降低血小板粘附率的作用优于加味抵当汤,两者对血球压积的作用相同。

实验研究我们得到了与临床基本一致的结论,研究表明,加味抵当汤能改善脑缺血,降低脑损害及脑组织神经细胞变性,明显延长实验性缺血中风动物的存活时间,提高实验动物的存活率,对缺血性脑损伤具有保护作用。加味抵当汤还可以抑制血小板聚集、延长凝血时间,抑制血栓形成,这有利于改善缺血中风存在的血流变异常,加速血液循环,减少血凝。为加味抵当汤对缺血中风的治疗及预防提供了实验依据。

加味抵当汤为口服方药,应用方便,其最大耐受量实验未见任何毒副作用。本方亦可炼蜜为丸口服,因此我们以为其具有广泛的临床应用前景。

参考文献

1. 刘渡舟等. 伤寒论. 天津: 科学技术出版社, 2005.
2. 刘寿山. 中药研究文献. 北京: 北京科技出版社, 2005.
3. 汪志新等. 中华实用中风病大全. 北京: 北京人民卫生出版社, 2005.
4. 江杨清等. 中西医结合内科研究. 北京: 北京出版社, 2005.
5. 张歌心等. 加味抵当汤对中风纤维蛋白原、血小板的实验观察. 浙江中医学院学报, 2005, 29(4): 10.

(收稿日期 2022-01-10)