

2000 年第 4 期目录 (总第 112 期)

* 老中医经验 *

宗修英治疗痰湿证学术经验 谢燕芳等(3)

* 京都名医 *

一代名医刘渡舟 刘燕华等(6)

* 学术探讨 *

中医药治疗肠易激综合征探讨 赵荣莱(9)

* 临床报道 *

疏调益智方治疗血管性痴呆的临床研究 张志真等(11)

肾清灵治疗慢性肾功能不全 100 例疗效观察 支楫(15)

热毒净治疗流感病毒上呼吸道感染的临床研究 杨春霞等(17)

醒脾运脾法治疗糖尿病胃轻瘫 79 例 赵焕香(18)

自拟清热活血汤治疗急性脑出血 126 例临床观察 彭玉山(20)

疏肝健脾法治疗功能性消化不良 70 例 何春生(21)

80 例肾性水肿的治疗体会 侯嵘峰(23)

自拟扶正祛风汤治疗荨麻疹 265 例临床观察 刘和平(25)

十味消痞汤治胃十二指肠溃疡 28 例疗效观察 刘德芬(26)

表里双解退热汤治疗小儿急性感染性疾病 80 例 刘安太(28)

运用温阳益气法治疗扩张型心肌病的体会 柳新(29)

卡连素治疗溃疡性结肠炎的研究 李焕然等(31)

清肝解毒汤治疗妊娠期单纯疱疹病毒感染 84 例 弭超等(33)

清热通腑法应用点滴 章伟光(34)

中西医结合治疗 II 型糖尿病 62 例临床分析 王慧兰(35)

自拟虚寒腹痛汤治疗小儿肠痉挛 52 例临床观察 余继林等(37)

中药治疗先兆流产 23 例临床观察 ... 耿嘉玮等(39)

* 中药与方剂 *

三九香丹注射液对腹部术后血瘀症治疗的初步观察 吴俊等(40)

川芎嗪对外科重症病人的中医应用与时相 曾侃等(41)

* 针灸经络 *

针刺对短暂脑缺血发作患者的经颅多普勒超声研究 张跃青等(43)

* 北京联大专栏 *

青香薷与江香薷挥发油药理作用比较 龚慕辛(46)

黄芪甲武分析方法研究概况 李江等(50)

* 实验研究 *

徐风纳甲法的实验研究——相合两日同一开穴时辰电针的效应差异 李磊等(52)

* 短篇报道 *

腰椎横突骨折及单纯肋骨骨折的治疗 王雷(5)

化瘀生肌法治疗胃十二指肠溃疡病 88 例 朱丽霞(26)

小陷胸汤治疗泄泻举隅 王维澈(30)

糖尿病周围神经病变诊治经验 柳迎春(54)

山萸肉临床应用一得 李长聪(55)

* 综 述 *

中药直肠滴注法临床应用概况 王莒生等(56)

中医治疗癫痫的进展 张秀辉等(58)

* 成药研究 *

血府逐瘀胶囊治疗糖尿病性多发性末梢神经病 33 例疗效观察 张俊荣等(61)

王氏保赤丸治疗小儿厌食症 86 例 陈梦麟(62)

金龙胶囊配合中药治疗大肠癌 86 例观察 时水治等(63)

(双月刊)

1982 年创刊 每逢双月 25 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 址 北京东单三条甲七号

邮政编码 100005

电子信箱 bjTcm@pubLic3.bta.net.CN

第 19 卷第 4 期

2000 年 8 月 25 日出版

名誉主编 关幼波 高寿征

主 编 余 靖

编辑部主任 刘殿永

责任编辑 高丹枫

统一刊号 ISSN1000-4599

CN11-2258/R

广告证号 京东工商广字 0173

印刷装订 北京友谊印刷经营公司

国内发行 北京市邮政局

国内邮发代号 2-587

国内订购 全国各地邮局

国内定价 每册 5.50 元

全年 33.00 元

国外发行 中国国际图书贸易总

公司(北京 399 信箱)

国外邮发代号 BM668

MAIN CONTENTS

Zong Xiuying 's Academic Experience on Treatment of Phegm – Damp Zheng Xie Yanfang et al(3)

..... Xie Yanfang et al(3)

A Generation Famous Physician :Liu Dughou Liu Yanhua et al(6)

Approach to Intestinal Irritable Syndrome Treated by TCM Zhao Rongla et al(9)

Clinical Research of Vascular Dementia Treated by Shutiao Yizhi Fang ... Zhang Zhizhen et al(11)

Chronic Renal Insufficiency Traated by Shenglingling :A Report of 100 Cases Zhi Nar(15)

Clinnical Observation on treatment of Upper Respiratory Tract Infection due to Influenza Virus With Redujing Yang Chunxia et al(17)

Clinical Obseration on Treatinent of Funetional Dyspepsia With Shugan Jianpi therapy He Chunsheng(21)

..... He Chunsheng(21)

Effect of Stomach and Duodenal Ulcer by Treated Shiwei Xiaoyang Tang Liu Defan(27)

Treatment for 80 Cases of Acute Infective Disease in Children With Biaoli Shuangjie Tuire Tang ... Liu Anta(28)

..... Liu Anta(28)

Initial Observation on Treatment of Abdominal Postoperative Blood Stasis Zheng With Sanjiu Xiang-dang Injection Wu Zun et al(40)

Study of Skull Doppler Ultrasonic Examination for Transient Cerebral Ischemia Attack With Acupuncture Therapy Zhang Yuqing(43)

Survey on Clinical Application of Chinese Herb Rectoclysis Wang Jusheng et al(35)

Progress on Treatment of Epilepsy With TCM Zhang Xiuhu(57)

宗修英治疗痰湿证的学术经验举隅

首都医科大学附属北京友谊医院(100050) 谢燕芳 赵喜俊

关键词 痰湿证 老中医经验

宗修英主任医师业医四十余年,对痰湿的成因、致病特性和诊治颇多见解和经验。对于痰湿证,历代有“顽痰怪症、痰生百病、杂症从痰论”之说。老师认为,痰、湿、饮三者同源,致病特性相近。痰性流动多变、重浊粘滞、易与他邪合病的特点,使痰病病位广泛,病态怪异,症状繁多,寒热虚实错杂转化,病情复杂多变,难辨真假,形成许多疑难病症,老师从痰湿入手治疗,每每出奇制胜。

一、从肝论痰,自出抒机

历代医家论及痰湿的病因,皆不离肺、脾、肾三脏功能失调。宗师认为,肝失疏泄也属常见病因,而经络与脉道是运痰之径。因津液的生成、输布和排泄是通过肺之治节、脾之转输、肾之开合蒸腾、肝之疏泄,三焦之气化等综合作用而完成的,任何环节失常均可产生痰湿。肝主气机的疏泄,协助脾之运化水湿,通利三焦水道。七情所伤,可以产生或加重许多疾病,快节奏的工作和生活使人们的精神高度紧张,思虑过度伤脾,所思不遂伤肝的人增多。肝失疏泄,木不疏土,以致脾运失健,痰湿内生;肝失疏泄,三焦气化不利,“气停则水停”,津液凝聚成痰;肝郁化火煎熬津液也可成痰,若疏泄太过,木火刑金,以致肺之治节不利,津液停聚而成痰湿。如佟某,男,57岁,一年来四肢肿硬麻木,频发头晕,心悸汗出,坐卧不安,不能劳作,胸闷胁胀,善太息,脉弦细。西医检查提示颈椎病,经多方求治无效。老师观察其性格并非豁达之辈,四诊合参,辨其证属肝郁气滞、风痰阻扰,以甘缓柔肝、化痰熄风之法,用二陈汤合甘麦大枣汤加柴胡、香附、郁金、菖蒲、远志、僵蚕,治疗三个月,诸症消失。临证之时,老师十分重视七情

对疾病的影响,仔细询问发病的原因,审视患者的性格是内向的、抑郁的,还是外向的、急躁的,结合症状、舌象、脉象进行辨治,同时耐心开导患者调畅情志,使肝气条达。

二、诊法注重望舌问饮

老师体会,舌诊对痰湿证的诊断十分重要。望舌可以直接了解脾胃的盛衰、邪气的多少、兼夹的情况和疾病的进退。舌胖齿痕、苔腻或滑为痰湿,舌苔越厚,表示痰湿越盛,经过治疗,腻苔由厚转薄,说明痰湿渐退,病乃向愈;如果日渐积厚,说明痰病日重;出现剥苔者为津液受伤,苔黄腻表示有阳热之邪,舌暗有瘀点瘀斑、舌下静脉瘀阻是痰瘀相结之兆,其中腻苔是诊断痰湿的重要依据之一。

问诊时,老师告诫我们要“有者求之,无者求之”,既做到全面,又突出重点。辨痰湿证重点是问饮,以判断病的阴阳属性。主要询问口渴的有无、饮水的多少及冷热喜恶。口不渴、口渴不多饮或渴喜温饮者为痰湿,因痰湿偏重,津液未伤,故口不渴;如痰湿内阻,津不上承则口渴但不多饮,温可行气而助阳,故喜温饮。需与热邪伤津之口渴喜冷、阴虚火旺之口渴引饮、饮不解渴加以鉴别。痰湿容易阻遏气机,妨碍卫气的正常运行,常有睡眠方面的病理表现,如嗜睡昏愤或多梦烦躁等,问诊时也不能忽视。老师擅长用生白术、木瓜、甘草治疗老年脾气虚弱,湿邪阻滞不能为胃行其津液,以致肠道干枯,传导迟缓,排便无力、大便先干后溏或粘滞不爽,屡用屡效,且无伤正之弊,而口渴不多饮是辨证的有力证据。

三、提纲挈领,抓辨证要点

痰湿沿经络与脉道,内舍脏腑气血,外达四

肢百骸肌肉,遇空则入,逢窍则停,得寒则凝,遇火则窜,夹风则肆,使其病位广泛,病态万千,症状杂乱,更因痰湿可以阻滞气血运行,使阳气不能宣达肌表,阴血不能充荣周身,出现气短、身倦、乏力等类似虚证的表现,造成寒热虚实错杂、转化和真假的局面。老师指出,要提纲挈领抓要点辨证,凡见舌胖齿痕,苔腻或滑,脉沉细缓或弦滑,形胖体丰,头昏神困,神志异常,昏厥抽搐,四肢沉重,肢体肿胀,胃脘痞闷,肠鸣腹胀,不欲多饮,或有痰涎,大便稀溏,或先干后稀,或粘滞不爽,皮肤油脂、腋汗多,带多囊湿者,必有痰湿。这些要点,不必悉具,但见一二,即可参痰治法。另外,凡来势凶猛,或久病怪异,诊断不清,百思不得其解者皆为痰。

四、痰湿病证治疗心法

1. 以健脾祛湿、理气化痰为治疗大法 老师法崇仲景,集各家所长,其中“治湿当利小便”、“病痰饮者,当以温药和之”、“善治痰者不治痰而治气,气顺则一身之津液亦随之而顺矣”、“善治者,治其生痰之源”对老师的影响最大。他认为健脾祛湿、化痰理气乃痰湿病证的治疗大法,还应根据涉及部位不同、兼夹有别、病性差异,有机地结合健脾、理气、活血、补肾、疏肝、治肺、益气、养阴、清热、温阳、消导诸法,同时注意以下几个问题(1)痰热相兼 需温清并用:痰湿本为阴邪,非温不化。痰夹火为病,火为阳邪,非寒不清。两者性质相互矛盾,治疗上产生抵触,用药需温中佐清或清中佐温,切忌一派苦寒。(2)阴虚痰湿,需润燥互济:临床上也常遇到阴虚生痰湿的病证,缘肺肾阴虚,通调、开合失职,或痰湿证治疗中温燥、通利太过,损伤津液,阴虚之象隐匿于痰湿病证之中,临证要详辨。用药时,柔润养阴嫌其滋腻助湿,而祛痰多燥恐其更伤阴液。所以要做到配伍精当,柔润刚燥互济,祛痰之中加滋阴不腻之二至丸。(3)痰瘀同治,有助祛邪:痰与瘀可互为因果,往往相因而生,相兼为病,胶结难解。故祛痰有助于化瘀,化瘀则有利于祛痰。痰瘀同治,方可使痰瘀之邪消融。

2. 活用二陈,据症加减 《医宗金鉴》:“二陈汤为治痰之标,不能治虚痰之本,虚痰之本在

脾胃,治者详之”。宗老认为,本方功兼健脾渗湿、化痰理气,标本皆俱,药少力专,斡旋中州,健脾而不壅滞,祛邪而不伤正,燥湿而不助热,无论寒热虚实,属痰湿病证者治疗时均可以二陈汤作为基本方。但五脏之痰各有特点,病位、病性、兼夹不同,应灵活变通。病位在上者宜芳化、宣化湿浊,病位在中焦者宜温燥痰湿,参以降之、举之、疏之,平调气机,病位在下者应淡渗利湿,因势利导。如加芳化湿浊之藿香、佩兰治疗痰浊上扰清窍,头晕目眩,加浙贝、白芥子、丹参、益母草、牛膝、山甲、水蛭治疗脑血管病、类风湿性关节炎和胸腔积液,加瓜蒌、薤白、郁金、桂枝,燥湿化痰,温通胸阳,治痰湿互结之胸痹;加理气软坚散结之昆布、海藻、生牡蛎、黄药子、当归、川芎、柴胡治疗癭瘤、瘰疬、痰核、乳癖、积聚,借海藻与甘草相反相成,功效更宏,曾用此法治一甲状腺肿大已9年患者,半年后甲状腺瘤基本消尽。二陈汤使用范围很广,不胜枚举。

五、临床举隅

1. 健脾祛痰、调理气血治疗月经病 老师治疗闭经,先分虚实,审因论治,绝不轻率活血峻攻,强行通经,更反对随意使用激素治疗。闭经病因繁多,虚证中多因脾虚失运,化生无权,气血稀少或肝肾不足,阴虚血燥,经源不足,血海空虚,无余可下,往往用激素也不能取效,或暂时取效,也是重竭其源,更伤气血,提出补益肝脾肾,调养气血,培补经源,缓缓图治,方为治本之道。同时要耐心向患者阐明盲目通经的利弊,消除患者的急躁情绪。实证中可因痰湿、寒凝、气滞、血瘀等阻滞胞脉,临床常有瘀象,如面舌瘀斑、舌下瘀脉,用激素可暂时来潮,但激素会带来许多副作用。老师主张既要治其因,又要疏通活血,做到补中有活,动静结合,才能有持久的疗效。

肥胖型闭经,以中青年多见,常伴有头晕嗜睡,纳呆不饮,便溏尿少,舌淡胖齿痕,苔白腻,脉沉缓,或有瘀象,老师认为,应责之脾虚失运,痰湿阻血,治疗不能滋腻峻补,宜祛痰湿为主,健脾温化通下。用苍附导痰丸,并加桂枝、苏木、吴茱萸、当归、川芎、车前子、坤草、泽兰等。如治胡某,女,30岁,月经不调3年,闭经半年,

于 1987 年 5 月 3 日就诊。患者结婚 3 年 ,夫妻同居 ,未避孕但一直不孕 ,婚后经期后错 ,继而稀发 2~3 月甚至半年一行 ,经量尚可 ,色先黑后红 ,行经 4~5 天。现闭经已半年 ,HCG (-) ,身体渐胖 ,不喜饮水 ,大便时溏 ,舌稍胖 ,苔薄白 ,面部浅瘀 ,脉沉缓。证属痰湿内蕴 ,化生不足 ,冲任失调 ,拟健脾化痰、理血调经之法。方用 :茯苓 12g ,半夏 16g ,陈皮 10g ,苍术 15g ,枳实 10g ,丹参 20g ,党参 15g ,当归 15g ,川芎 10g ,熟地 15g ,桂枝 10g ,牛膝 15g ,益母草 15g ,内金 12g ,甘草 5g。加减服用半年 ,经至色正。随访两年 ,月经正常 ,并产一男婴。本案症少难辨 ,老师抓住痰湿证要点进行辨证 ,因瘀象不著 ,不能强行通下 ,用祛痰法宣理气血 ,缓缓图治 ,终获良效。

2. 祛痰化瘀治疗神经系统疾病 神经系统疾病有许多症状怪异 ,病情复杂 ,或暴急危重之候。宗师认为 ,属于痰湿证者甚多 ,即“急病多属火 ,怪病多属痰”。神经系统诸症 ,如头晕

头痛、脑胀耳鸣、失眠健忘、反应迟钝、多寐嗜睡、表情滞呆、舌强语蹇、口眼歪斜、半身不遂、抽搐痉挛、谵语狂妄、昏愤无知等 ,病位虽在脑 ,但涉及的脏腑很多 ,主要在于心肝两经。因心藏神 ,主神志 ,肝藏魂 ,为谋虑 ;“人卧血归于肝” ,且“诸风掉眩 ,皆属于肝”。而痰之为病 ,无处不到 ,既可扰及神明 ,又可化热生风动肝。脑为元神之府 ,必须保持清灵纯畅 ,才能维持正常的神志活动和统领全身各个组织器官的功能。正如《医参》所云 :“脑髓纯者灵 ,杂志钝”。痰浊上扰凝注脑络 ,清浊相干 ,气血精气难以上输充养脑室 ,则机窍不利出现精神情志方面的症状。治疗需消痰化瘀 ,恢复脑髓清灵纯畅之性。一高龄患者 ,因左颈动脉附壁血栓 ,头晕目眩四月 ,足如蹈棉 ,行路不稳 ,老师用二陈汤加浙贝、白芥子、南星、佩兰、菴蔚子、僵蚕、地龙、水蛭、丹参等治疗月余 ,诸症悉解。

(修回日期 2000-03-06)

腰椎横突骨折及单纯肋骨骨折的治疗

北京市望京医院 (100102) 王雷

作者自 1994 至今 ,对腰椎横突骨折、单纯下段肋骨骨折的治疗采用腰围外固定 15 例 ;单纯上、中段肋骨骨折采用颈袖吊悬吊伤侧上肢进行辅助治疗 6 例 ;其中 3 例同时配合使用叠形胶布粘贴固定。疗效满意 ,提高了伤员的生活质量。

一、一般资料

本组 21 例中男 16 例 ,女 5 例 ;年龄 21~67 岁 ,均为单侧损伤。致伤原因 :腰椎横突骨折 11 例均为高处坠落伤 ,肋骨骨折 10 例中跌伤 5 例 ,车祸伤 4 例 ,打击伤 1 例。受伤至治疗时间 :1~9 小时 17 例 ,2~3 天 4 例。

二、治疗方法

1. 单侧腰椎横突骨折 11 例 ,其中 L₂ 横突骨折 3 例 ,L₃ 横突骨折 6 例 ,同侧 L_{2,3} 横突骨折 2 例。单纯下段肋骨骨折 4 例 ,其中肋骨 9 骨折 1 例 ,肋骨 9、10 骨折 3 例。计 15 例 ,采用腰周围固定 4 周左右。

2. 单纯上、中段肋骨骨折 6 例 ,其中肋骨 2 骨折 1 例 ,肋骨 4、5 骨折 1 例 ,肋骨 6、7 骨折 2 例 ,肋骨 7、8 骨

折 2 例。叠形胶布固定 3 例 ,6 例病例均以颈袖吊带悬吊伤侧上肢 4 周左右进行辅助治疗。

三、治疗结果

本组 21 例中 18 例年轻体壮者 4 周达骨性愈合 ,3 例年老体弱者 5 周达骨性愈合。其中单侧腰椎横突骨折及单纯下段肋骨骨折采用腰围固定治疗 15 例者疼痛感明显减轻。

四、讨论

在腰椎横突骨折、单纯肋骨下段骨折的治疗上采用腰围进行外固定 ,可以迅速缓解疼痛 ,稳定伤情。对于上、中段单纯肋骨骨折 ,为避免伤侧上肢运动时通过胸上肢肌 (如胸大肌、前锯肌) 影响到损伤之肋骨 ,以颈袖吊带将该侧上肢悬吊置于胸前位 ,有助于稳定伤情。同时 ,部分病例配合使用叠形胶布粘贴固定。肋骨骨折的外固定不能过多地影响呼吸 ,佩置合适的支具是以后的治疗方向。

(收稿日期 :1999-08-05)

一代名医刘渡舟

北京中医药大学(100029) 刘燕华 张家玮

关键词 刘渡舟 学术思想 方药特点

一、医事简介

刘渡舟,男,1917年9月出生,辽宁营口人。因自幼体弱多病,遂立志发奋学医。16岁正式拜师,曾先后从师于营口名医王志远、大连名医谢泗泉,学习时间积七年之久。出师后悬壶于大连,擅用“经方”,屡起沉痾,医名大噪。1945年携眷来京,挂牌行医于钱粮胡同之南花园。同年参加南京中医师特种资格考试,以优秀成绩获准通过。1950年始进卫生部中医进修学校深造,系统学习了现代医学的基础理论及临床课程。毕业后先后在华北人民医院、永定门联合诊所及大红门联合诊所从事中医临床工作。1956年奉调北京中医学院执鞭任教,成为北京中医学院最早的教师队伍中的一员。1978年被评定为教授,后被授予终身教授,是教育部首批核准的伤寒论专业硕士及博士研究生导师。1990年被评为全国首批师承制教育导师。曾先后担任北京中医学院古典医籍教研室主任、伤寒论教研室主任、《北京中医学院学报》主编及名誉主编、中国中医药学会常务理事、仲景学说专业委员会主任委员、国务院学位委员会学位学科评议(中医)组成员、北京中医药促进会名誉会长及第五、六、七届全国人民代表大会代表。1956年加入中国农工民主党,曾任该党北京市委副主任委员。1980年加入中国共产党。1993年被英国剑桥国际名人传记中心出版的《国际名人传记词典》选录。

刘渡舟教授从医60余年,积累了十分丰富的临床经验,形成了独具个人特色的学术思想和医疗风格,特别是对《伤寒论》的理论研究及临床实践,造诣精深。其理论体系对海内外伤

寒学派有深刻的影响,被公认为是当代名医、伤寒大家。临床擅用“经方”治疗各种疑难杂证,用药以精简灵验著称。在长期的教学、医疗科研工作中,刘渡舟教授笔耕不辍,著述颇丰。先后共发表学术论文近百篇,主编及参编学术著作20余部。其中《伤寒论校注》一书,荣获1992年国家科技进步二等奖。《伤寒论十四讲》、《伤寒论通俗讲话》在日本翻译出版,名为《中国伤寒论解说》。1998年80余万字的《刘渡舟医学论文集》在台湾出版发行。刘渡舟教授执教数十年,为国家培养了大批高级中医科技人才。从1978年至今,先后共培养硕士、博士研究生数十人,其中很多已成为中医事业的骨干力量,有的业已成为博士生导师。

二、学术思想

1. 博采众方,师古而不泥古;古为今用,不断探索创新 刘渡舟教授自幼师承名门,接受到良好正规的中医教育,为日后行医打下了坚实深厚的中医根底。在学术方面,他推崇“四大经典”、“金元四家”以及“温病四家(叶、薛、吴、王)”的学术思想和医疗风格,对于上述内容的理论研究和临床应用都有自己精辟的见解。在继承前人经验的基础之上,他提出的“气机论”、“辨非论”、“脾胃论”、“攻邪论”、“痰饮论”、“水证论”、“火证论”、“湿证论”、“方证相对论”等,有自己多年临床实践经验的主张,又弥补与完善了古人的缺陷与不足,为中医药学的发展起到了承前启后的推动作用。在方药继承上,对于《黄帝内经》、《伤寒杂病论》、《千金要方》、《外台秘要》、《本事方》、《太平惠民和剂局方》以及《医宗金鉴·杂病心法要诀》中的诸多方剂,研究

精深,特别对于仲景《伤寒论》、《金匱要略》中六经为病之证、误治救逆之法,以辨处变之方的运用更具独到之处。在将八纲辨证、脏腑辨证与病因辨证应用于临床的同时,刘老尤为注重六经辨治体系,认为“六经分证”可以广泛指导日常各类疾病的诊治。因此,临床对于各种病因(火热、痰饮、气郁、湿热等)所导致的疑难杂症,刘老均能从纷繁复杂之中厘分出太阳、少阳、阳明、太阴、少阴、厥阴等各类不同证候,并随证施以相应治法,往往疗效颇佳。

刘老常说,继承是为了发展,发展要依靠继承,这一点对于中医学术的发展尤为重要。因此,在治学态度上他师古而不泥古,尊古而不薄今,重视继承,力求发展,对于古人方药的运用往往有自己拓新的思路和独到的见解。例如,患者沙××,男,24岁,北京市丰台区人,1998年6月20日初诊。患者于2年前无明显诱因,在背部及头部发际发生成片红色斑丘疹,微痒,上覆密集银白色细小鳞屑,经某大医院皮肤科检查确诊为“银屑病”。其后曾间断服用西药及外涂皮肤病软膏(药名不详)等,效果不佳。经友人介绍,求治于刘老。患者前额部及头部发际大面积鲜红色片状斑丘疹,上覆厚积密集的银白色鳞屑,剧烈搔痒,同时背部亦散在少量类似皮疹,患者自觉心中烦热、夜寐难安,观其舌红少苔,脉细数。刘老辨为“阳毒不得发泄伤营”,治以升麻鳖甲汤:升麻、鳖甲、当归、炙甘草、炒川椒、雄黄。服7剂,鳞屑明显减少,斑疹颜色渐退,续服14剂,鳞屑退净,斑疹消失。后因他病前来就诊,告曰:“银屑病未再发作。”

按:升麻鳖甲汤为《金匱要略》治疗“阳毒之为病,面赤斑斑如锦纹,咽喉痛,唾脓血”而设,刘老临床将其扩展用于银屑病、咽喉癌、颜面丹毒、红皮病等属血分热毒性疾病的治疗,往往有得心应手之妙。

2. 治肝病 呕心沥血 辟蹊径 治分气血 从临床来看,病毒性肝炎。特别是某些急性或慢性活动性肝炎的病人,多表现出胸胁胀满、倦怠乏力、心烦口苦、夜寐梦多、呕恶纳差、小溲黄

赤、大便干结、脉弦滑、舌质红苔白腻等临床症状,而实验室检查则可见谷GPT或GOT升高、黄疸指数及胆红素升高等生化指标的异常。析其病因,多为六淫、七情、饮食不节等诸多因素导致湿热邪气胶结弥漫,阻滞肝经气血条达,使肝脏疏泄功能受到遏制。这样一方面肝气抑郁日久易化火生热,另一方面肝气横逆犯脾则碍运助湿,湿热薰蒸,热被湿遏而热愈炽,湿遇热伏而湿愈著。刘老认为此时湿热邪毒侵犯部位在“肝之气分”,治疗上采用疏肝清热、解毒利湿的方法,研制出“柴胡解毒汤”(柴胡、黄芩、茵陈、土茯苓、凤尾草、草河车、茜草、土元、海螵蛸、叶下珠、苍术)。方中柴胡与黄芩相配,一清肝脏之热,一散肝经之郁,宗仲景清热与解郁同步之法,仿小柴胡清热与调畅气机并用之意,以恢复肝木曲直舒展的生理机能,茵陈苦寒,苦能燥湿,寒可清热,并善渗湿而利小便,以使邪气有外泄之机,而达利胆退黄之功效;土茯苓、凤尾草、草河车、叶下珠均为清解湿热邪毒之佳品,尤其是近代新药凤尾草与叶下珠,在清热处理的同时而又有不伤肝阴之妙,再加海螵蛸、茜草及土元等养血活血、柔肝通络之品,治肝先保血,辅用苍术意在健脾除湿,辟秽化浊,以防肝病传脾与湿邪过盛无制之危。肝病日久,迁延不愈,转为慢性。刘老认为此时湿热邪毒已由“肝之气分”伤及到“肝之血分”,而转入“肝炎的血分证候”。“初为气结在经”、“久则血伤入络”,清代著名医家叶天士的“久病入络说”正可谓这种病理机转的真实写照。病久入血,佐以养血和血,柔肝通络。基于此,刘老针对“肝炎的血分证候”而提出了柴胡活络汤(柴胡、黄芩、茵陈、凤尾草、草河车、泽兰、土元、茜草、红花、当归、白芍、海螵蛸、白术)。本方是在柴胡解毒汤的基础之上加用了当归、白芍、红花、泽兰等养血和血、柔肝通络之品,引药进入“肝之血分”。方中柴胡、黄芩开郁清热、疏肝解郁;白芍、当归滋阴养血、柔肝和络;配用茵陈、凤尾草、草河车以清热处理利湿;泽兰、土元、红花、茜草、海螵蛸以活血行血通络。诸药合用,使肝

郁得解、肝虚得养、肝瘀得化、湿热得清,开中有合,补中有泻,标本同治,正邪兼顾,在清除肝脏血分湿热的同时,恢复了肝主疏泄与肝主藏血的两大生理功能,而使本方于“血分肝病”的临床治疗独树一帜,夺目生辉。

三、用药特点

1. 善用“经方”,灵活变通 习惯上,人们将《伤寒论》与《金匱要略》合称作“方书之祖”,书中方剂则统称为“经方”。由于“经方”具有配伍严密、组方简炼、疗效确切等特点而受到历代医家的普遍重视。如清代著名医家陈修园就认为“经方效如桴鼓”,治病功效要胜于它方一筹。为此,刘老在临床上亦特别注重“经方”的使用。他常讲,使用“经方”,必须作到辨证无误,方证结合严密,才可能达到预期的治疗效果。然而由于今人之病与古人之方有时可能会出现不相吻合的情形,这样,在使用“经方”的过程中,还必须注意以下两点:第一、对于“经方”的药物组成、剂量搭配、主治功用、加减变化不可随意改动,以保持古人制方原意;第二,在特定的情况下,也必须对“经方”的组成配伍进行加减变通,以适应疾病变化的需要。这就是说,使用“经方”要本着“从临床实际出发”的原则,既要记住“经方”的加减法,又要一隅三反而灵活变通。例如,刘老的学生曾治一慢性肝炎患者,胁肋胀满、神疲纳差、口苦咽干、溲黄、便溏日二三行,学生以刘老的经验为疏:柴胡 14g,黄芩 10g,花粉 12g,牡蛎 30g,桂枝 10g,干姜 10g,炙甘草 6g。本方名柴胡桂枝干姜汤,见于《金匱要略·疟病脉证并治第四》:“治疟寒多微有热,或但寒不热。”可清胆热、温脾寒、寒热并用而和解少阳之邪。然而患者服药 7 剂,大便仍溏,腹胀不减。学生乃邀刘老会诊,切其脉沉弦无力,舌淡嫩,苔薄白。遂减原方黄芩为 6g,增干姜为 12g、炙甘草 10g,加红人参 10g、白术 12g。服 7 剂后,诸症皆减,体力有增。刘老曰:此乃柴胡

姜桂汤证也,其所以不效,守古方而欠变通。今脾家虚寒作泻,一目了然,黄芩苦寒损阳而不知减,参术甘温培土又不知加,一味固守原方,不知变通,则何异守株待兔也。学生恍然而悟。

2. 古今接轨,各取所长 刘渡舟教授在临床上虽以善用“经方”而自成一家,但同时他也非常重视对于后世“时方”的挖掘与整理。将“经方”(古方)与“时方”(今方)连接起来,搭配应用,用“古方”以补“时方”之纤弱,用“时方”以补“古方”之不全,是刘老临床用药的又一特点。他认为,从方剂学发展的角度来看,经方药少而精,疗效惊人,有鬼斧神工之力,起死回生之效,且方义隽永,药味精当,耐人寻味,不可思议,时方则历史悠久,涵盖面广,有情调各异之妙,承前启后之功,多思路开阔,立意新颖,细心品味,其味无穷。经方与时方,本为同气连枝,一脉相承,应当有机地加以结合,取长补短以增强临床疗效。在具体应用方面,可大致划分出经方接轨时方与时方接轨经方两大类。如刘老临床常采用的小柴胡汤与越鞠丸(柴越合方)合用以治疗肝胆气郁、疏泄不利,苓桂术甘汤与生脉饮合用以治疗心气不足、水饮上冲,芍药甘草汤与羚羊钩藤汤合用以治疗肝虚血少、筋失濡润等,均为时方接轨经方的具体代表;而甘露消毒丹与麻杏苁甘汤合用以治疗湿邪阻肺、气逆喘咳,三仁汤与栀子豉汤合用以治疗湿热内蕴、气火郁结,平胃散与大黄黄连泻心汤合用以治疗食滞伤胃、湿浊化热等,又是经方接轨时方的典型范例。刘老常讲,要做到古方与今方接轨,就要求医者不仅要对于经方有全面深刻的认识,还要对时方有广泛系统的了解,把古方、今方、古今接轨方灵活自如地融合在一起运用于临床,即是对古人经验的很好继承,又是对中医药学的一个创新发展。

中医药治疗肠易激综合征探讨

北京中医医院(100010) 赵荣莱

北京同仁医院(100730) 沈慧安

关键词 肠易激综合征 中医药治疗 胃肠功能性疾病

肠易激综合征(简称 IBS),是常见消化系统病,主要表现为腹痛、腹部不适、腹胀、腹泻(软便、溏便、水样便)便秘(块状便、硬便)粘液便、排便困难,排便后仍有便意等,目前尚难用解剖、生化组织学检查结果解释。国际胃肠病学会将本病归属胃肠功能性疾病,制订罗马标准,最近又经胃肠病学专家修订为罗马标准Ⅱ,去年在 Gnt 杂志公布,分为腹泻型、便秘型、腹痛型 3 个亚型。属中医学泄泻、便秘、腹痛、等证范畴。

一、对病因病机的认识

精神创伤已被公认为 IBS 的发病原因,由精神异常所引发的以消化道乃至全身多器官功能改变则是 IBS 的发病机制之一。所谓“百病皆生于气。”“怒则气上”、“气逆”、“思则气结”、“恐则气下行”、“惊则……气乱”、“愁忧者气闭塞而不行。”暴怒伤肝、忧思伤脾、过悲伤肺、大怒伤肾。恼怒伤肝,肝郁、肝气失于疏泄,有余之气,乘犯脾胃、致肝脾不和。思虑伤脾,气结不行、气结则纳呆、水谷精微无由化生、脾虚运化不及、水湿不化则泄泻。IBS 的泄泻、多属久泻、久泻属虚、有脾虚、肾虚之分,而肝脏乘脾,则脾肝二脏病,虚中挟实。脾肾虚而无抑郁之气,泄而不痛,木旺克土,木气抑郁,多伴腹痛,泄泻虽为肠道病,其本由于脾胃,但多涉及脾肝肾三脏,这在内经已有论述。如说:“脾病者,虚则腹满肠鸣,飧泄、食不化”。故脾气虚为本病关键。又说:“少阴厥逆,虚满呃变,下泄清”,盖少阴厥逆则肾阳虚,不能为脾胃腐化水谷、脾气下陷则虚满,下泄清稀。在临床常见由于脾病及肾,或肾命本不足,命门火衰,火不生土,寒从

中生而泻。

便秘是肠传导功能失常,粪便在肠内停留过久、水分被吸收,以致粪便干燥,坚硬。若肝失疏泄、气机闭阻,大肠传导滞涩则便秘。忧愁思虑伤脾胃,或肺失于肃降,气机失于宣达,均使大肠传道失职而便秘。若素体阳盛、饮酒或过食辛辣厚味而生热,或气郁化火或由肺燥热移行于大肠,均使肠胃积热而成热结。IBS 的便秘多为慢性便秘,其便秘虽非由热结单独引起,临床时亦宜注意火热这一因素。肝旺易伤阴,肺、胃、脾、肝、肾之阴受伤,甚或血亏,则肠道干涩失润而便秘。若腹胀满而便秘,为脾虚气滞、中气不足、推运无力,气虚而滞。若便秘而小便数者,为脾弱不能为胃行其津液,津液不能四布反走膀胱,使大肠失润、为脾约、肾主五液而司二便,阳虚则火衰,阴寒内生,阳气不运;阴虚则肾水不足,津液不行,大肠失润,二者均可便秘。可见 IBS 的便秘多属虚秘范畴,气郁化火、气虚气滞时出现虚中挟实。

二、健脾温肾法治脾肾虚型慢性腹泻 笔者等曾用由党参、苍术、肉桂、补骨脂、诃子肉等组成的健脾温肾丸治脾虚或脾肾阳虚的慢性腹泻 164 例,肝郁乘脾型 15 例,结果脾肾虚型 164 例,治愈 65 例(39.6%),显效 44 例(26.8%),好转 52 例(31.7%),无效 3 例(1.8%),而肝郁脾虚型显效 4 例(26.7%),好转 6 例(40.0%),无效 5 例(33.3%),健脾温肾丸对脾肾虚型总有效率 98.2%,对肝郁脾虚型总有效率为 66.7%,而对照组(用附子理中丸)的总有效率为 88.3%。动物实验中表明,健脾温肾丸有止泻作用和抑制番泻叶所致腹泻小鼠的肠推进

运动。

三、润肠颗粒对老年功能性便秘的治疗

润肠颗粒由地黄、当归、杏仁、桃仁、麻仁、枳实、厚朴、黄芩、大黄、甘草组成,制成颗粒剂,每包 3g。62 例老年人功能性便秘,病史 1~10 年;大便 3~4 天一行 42 例,1 周一行 16 例,10 天一行 4 例,大便干硬 57 例,排便均需 20~40 分钟,26 例排便费力、努挣难下。用润肠颗粒剂每日 3~4 次,每次 1~2 包,62 例中 59 例在服药 2~3 天内起效,起效者继用 3~4 周,便次保持 1~2 日一行,干结大便变软,有的正常。动物实验提示,本品既可促进肠蠕动,又可缓解肠痉挛,本品有理气下气、滋阴润肠作用,与老年便秘肺胃失降,气阴不足,大肠失润这一基本病机相符。

4. 中医药治疗探讨 中医界对 IBS 腹泻型治疗经验比较丰富,基本从肝脾不和、脾肾阳虚两大证型进行治疗,本文上述用健脾温肾丸治疗经验看,健脾温胃对脾胃虚弱和脾肾阳虚的疗效好而对肝脾不和型疗效欠佳,可见辨证用药,方能提高疗效。临床报告对脾虚多用四君子汤、六君子汤、七味白术散、参苓白术散,兼湿、痰饮则加二陈、胃苓、藿朴夏苓等。脾肾阳虚、火不生土,多用二神丸、四神丸、附子理中汤化裁。肝气郁结,气滞腹痛腹胀伴有腹泻,为肝脾不调,宜疏肝、四逆散、柴胡疏肝散,痛泻要方等。IBS 病人有情绪不稳定,易激动、烦躁不安,对应激等刺激承受力差,此类患者不仅要疏肝解郁,还要平肝调肝。笔者临床常加郁金、香附、合欢皮、珍珠母等。IBS 患者大便无脓血,若大便粘液多,可认为“痰气在肠”,酌加化痰之品。

中医对便秘型的临床研究尚欠深入。现代医学对便秘的研究已相当深入,但对 IBS 的便秘,治疗方法也不多。对特发性便秘患者节段结肠转运研究证实,所有有右半结肠瘀滞者便

次均减少(<3 次/周),麦麸治疗无效,排出道梗阻样改变者,便次多于前者,麦麸治疗效果差。左半结肠瘀滞者便次接近正常,麦麸治疗 64% 有效,便秘型患者结肠转运时间明显延长,推进无力和远端运动减慢者达 71%,便秘型 IBS 乙状结肠较其它部位为不舒张区,距肛口 12~14cm 处有高压带,阻止粪便通过,节段性结肠环形肌收缩,使肠袋成为丸状粪便的模子,显然便秘型 IBS 存在结肠的动力学改变。中医对便秘的治疗,按热秘、气秘、虚秘(气虚、阴虚等辨证治疗,笔者已在上文指出,IBS 单由火热引起者极少,气秘多为肝胃气滞,脾虚气滞,肺气失降引起,若肝郁疏泄不及兼有脾虚失运者其便秘多属痉挛性,大便干如羊矢,宜用逍遥散,重用当归、白芍、柴胡、养血疏肝、生白术健脾布津、润肠通便,肝郁犯胃、胃津不降、用增液汤,肝郁化热,逍遥散中加丹皮、山栀。气机郁滞、肝脾之气不舒,胁腹痞满胀,暖气频作,用六磨汤行气降气,下气以通腑,肺气不降加用苏子。若脾气虚弱,气不足以推运,可先补中益气,欲降先升之法,药如黄芪、太子参、白术、茯苓、陈皮、麻仁,若脾虚及肾,气阴不足则上方加女贞子、桑椹、肉苁蓉、生首乌、桃仁等;若肾阳虚、阴气盛,阳气不运,气机阻滞腹有冷痛,畏寒喜温者,为肾阳失于温煦,气化无力,津液不布,肠失濡润,常用济川煎温煦肾阳,润肠通便,肉苁蓉为必用之品。上文介绍润肠颗粒胶囊、由理气滋阴养血润肠的药物组成。对气阴不足,肺胃失降,大肠失润的病人有效,但 IBS 的便秘与脾、胃、肝、肺、肾、大肠都有关,其病机又有虚有实,要一方统治,确实不易。笔者认为在益气养阴润燥的基础上,加上行气降气之品,有可能为 IBS 便秘型的治疗,制出较为理想的药品。

(收稿日期:1999-12-13)

疏调益智方治疗血管性痴呆的临床研究

北京中医医院(100010) 张志真 周德安 盛丽 刘慧林 刘军

关键词 血管性痴呆 疏调益智方 血管活性物质

本研究运用神经认知心理学和神经生物化学的方法观察中药复方治疗血管性痴呆的临床疗效为核心目的,并通过与脑血管病发病有密切关系的几种血管活性物质探讨影响血管性痴

呆的因素。
一、临床资料
1. 性别、年龄及受教育状况分析 见表 1。

表 1 性别、年龄及受教育状况分布表

组别	n	性别		年龄分布				平均年龄 (X±S)	受教育状况		
		男	女	40-49	50-59	60-69	>70		文盲	小学	中学以上
治疗组	41	27	14	2	8	18	13	65.12±8.82	12	16	13
对照组	16	12	4	1	4	6	5	65.38±10.45	5	7	4

2. 病程、中风次数的比较 见表 2。

表 2 病程、中风次数比较表

组别	n	脑血管病程(月)	脑血管病次数	痴呆病程(月)
治疗组	41	30.61±35.78	1.83±0.97	9.98±13.39
对照组	16	29.75±39.96	1.88±1.71	10.56±16.8

表 3 脑血管病种类

组别	n	多发脑梗塞	单一梗塞	脑出血	伴发脑白质病
治疗组	41	37	2	2	12
对照组	16	15	0	1	6

3. 脑血管病种类的比较 见表 3、表 4。

表 4 脑血管病侧向及部位分布情况

脑血管病种类	例数								
		额叶	颞叶	顶叶	枕叶	丘脑	底节区	脑室旁	脑干
多发脑梗塞		3	14	26	3	4	22	3	
双侧	39		9	20		1	14		
左侧	12	3	4	4	3	3	7	3	
右侧	1		1	2			1		
单一梗塞	2					1			1
脑出血	3			1			2		
脑白质病	15								
合并脑萎缩	13								

57 例 VD 脑血管病包括多发性脑梗塞 52 例,占 91.23%,其中双侧梗塞 39 例,左侧脑梗塞 12 例,右侧脑梗塞 1 例。从梗塞发生侧向来看,左侧优势半球受损与痴呆发生的关系密切。双侧多发性梗塞涉及部位最常见为顶叶、基底节区和颞叶。2 例单一梗塞分别发生于丘脑和脑干。

二、方法

1. 诊断和纳入标准及排除标准 根据美国神经病学学会《精神疾病诊断与统计手册》第四版(DSM-IV)制定的 VD 诊断标准,选择年龄大于 40 岁的老年前期和老年期患者可纳入本组试验病例。同时排除具有下列情况之一者:VD 患者经 GDS 量表确认属极严重认知功能减退者,或伴有严重神经功能缺损患者,如严重的失语、失认等;包括 Alzheimer 型痴呆在内的其他各种原因引起的痴呆或精神疾病;病人必须没有其他有意义的内科情况,如合并有肝、肾、造血、内分泌系统等严重的原发疾病。

2. 痴呆严重程度划分标准 本课题将痴呆按严重程度划分为轻中度和重度 2 个级别。根据 MMSE 评分和 GDS 等级确定患者的痴呆严重程度:受教育达中学以上者,MMSE 评分 ≥ 16 分,中学以下者 MMSE 评分 ≥ 11 分作为划分轻中度与重度痴呆的界限;同时根据 GDS 量表,轻中度患者 GDS 等级属于轻度和中度(第 3、4 级),重度患者 GDS 等级属于中重度和重度(第 5、6 级)。

3. 中医辨证分型标准^[1] 分为 2 型 ①邪毒缠结、气机不利证 ②气精失化、脑失髓养证。此 2 型属有前因后果关系的 2 种证型,同一病人,常常先期为①型,后期转为②型。

4. 治疗方法 (1)治疗组:口服疏调益智方。1 号方除湿化痰、祛瘀开窍。方药:党参、白术、胆星、半夏、茯苓、丹参、菖蒲等。2 号方益气升阳、祛瘀化浊。方药:生黄芪、党参、丹参、水蛭、泽泻、仙灵脾等。根据辨证可以先后选用 1 号、2 号方。(2)对照组:尼莫地平,90mg/日,分 3 次口服。脑复康 0.8g/次,日分 3 次口服。疗程为 60 天,治疗期间停用其他与治疗 VD 有关的药物。对于伴发冠心病、II 型糖尿病、高血压的患者,针对病情的实际需要,

可继续服用相关药物治疗。

5. 研究观察指标及方法 (1)认知功能:根据 MMSE、HDS 评分及 GDS 等级变化来评定病人在接受治疗前后的认知功能变化。简易智力状态检查量表(MMSE)划分痴呆的分界值为:文盲 ≤ 18 分,小学 ≤ 20 分,中学 ≤ 22 分,大学包括大专 ≤ 23 分。并将 MMSE 分为时间和地点方向、语言即刻和短程记忆、注意和计算、语言复述、阅读和理解及图形描画等 6 个亚项。长谷川痴呆量表(HDS)分界值为:文盲 ≤ 15 分,小学 ≤ 19 分,中学或以上 ≤ 23 分。大体衰退度量表(GDS)是 Reisberg 等人编制于 1982 年,用于评估痴呆的严重程度。

(2)生活自理能力 根据日常生活能力量表(ADL)评定病人接受治疗前后生活自理能力缺损的变化。本研究将 ADL 内容进一步分为 3 类:第 I 类反映“最基本生存能力”(包括:吃药、吃饭、穿衣服脱衣服、在平坦的室内走、上下楼梯、上下床坐下或站起、定时去厕所、独自在家等 8 项)。第 II 类反映“稍有难度的自理能力”(包括:到离家附近的地方去(步行范围)、洗澡(水已放好)、梳头刷牙、剪脚指甲等 4 项)。第 III 类反映“与社会相关的生活能力”(包括:自己搭公共车辆、自己做饭(包括生火、作家务、洗自己的衣服、提水煮饭洗碗、逛街购物、打电话、处理自己钱财等 8 项)。

(3)神经功能缺损程度 按照中华医学会第二次脑血管病学术会议第三次修订的《脑卒中临床神经功能缺损程度评分标准》评定治疗前后病人的神经功能缺损程度。

(4)实验室检查指标及方法:①血浆内皮素(ET):使用东亚免疫技术研究所的放射免疫药盒。②血浆降钙素基因相关肽(CGRP):使用东亚免疫技术研究所的放射免疫药盒。③血浆血小板 α 颗粒膜蛋白(GMP-140):采用酶联免疫吸附双抗体夹心法原理测定血浆 GMP-140 水平。

6. 疗效评定方法 显效:治疗前后对比,MMSE、HDS 评分提高 40% 以上,GDS 等级提高 2 个级别。有效:治疗前后对比,MMSE、HDS 评分提高 20%~40%,GDS 等级提高 1 个级别。无效:治疗前后对比,MMSE、HSD 评

分提高 20 % 以下 ,GDS 等级没有提高。

三、结果

1. 总疗效比较 见表 5。

表 5 治疗组与对照组总疗效比较表

组别	痴呆程度	n	显效				总有效率 %	显效率 %
			有效	无效				
治疗组	全体	57	16	18	23	59.65	28.07	
		41	14	11	16	60.98	34.15	
	轻中度	27	13	6	8	70.37	48.15	
	重度	14	1	5	8	42.86	7.14	
对照组		16	2	7	7	56.25	12.5	
	轻中度	13	2	6	5	61.54	15.38	
	重度	3	0	1	2	33.33	0	

表 6 两组 MMSE、HDS、ADL 和神经缺损治疗前后对比表

组别	MMSE		HDS		ADL		神经缺损	
	药前	药后	药前	药后	药前	药后	药前	药后
治疗组	15.98±4.11	18.93±6.24	16.88±6.15	19.87±7.63	44.17±9.37	40.15±10.03	16.04±7.52	12.12±6.21
对照组	17.00±3.43	19.35±4.78	17.02±7.85	20.98±7.01	40.69±10.78	37.18±11.52	15.63±9.29	12.31±8.84

经 t 检验 ,两组各项治疗前后显著性差异 , $P < 0.01$ 。

3. MMSE 总分及各亚项治疗前后对比分析 见表 7。

表 7 两组 MMSE 总分及各亚项治疗前后对比分析表

组别	n	MMSE 总分		定向		即刻与短时记忆		注意与计算		语言		空间	
		疗前	疗后	疗前	疗后	疗前	疗后	疗前	疗后	疗前	疗后	疗前	疗后
治疗组	41	15.98±4.11	18.93±6.24**	5.61±1.90	6.41±2.45**	3.07±0.93	3.95±1.55**	2.44±0.87	3.39±1.12**	4.17±1.43	4.32±1.69	0.56±0.50	0.68±0.47
轻中度	27	18.52±2.34	22.36±4.07**	6.81±1.0	7.85±1.48**	3.56±0.64	4.67±1.20**	2.37±1.01	3.96±1.16**	5.04±0.85	5.26±1.16	0.67±0.48	0.78±0.42
重度	14	11.07±1.27	11.93±2.56	3.29±0.47	3.64±1.21	2.14±0.66	2.57±1.16	2.57±0.51	2.86±0.53	2.50±0.52	2.43±0.64	0.36±0.50	0.50±0.51
对照组	16	17.00±3.43	19.35±4.78**	5.76±1.43	6.53±1.94**	3.47±0.87	4.41±1.17**	2.41±1.12	3.00±1.36**	4.35±1.32	4.53±1.12	0.65±0.49	0.88±0.33
轻中度	13	18.07±2.70	20.71±3.95**	6.28±0.91	7.21±1.25**	3.71±0.73	4.64±1.01**	2.43±1.22	3.07±1.49	4.79±0.97	4.93±0.73	0.64±0.5	0.86±0.36
重度	3	12.00±1.00	13.00±3.00	3.33±0.58	3.33±1.15	2.33±0.58	3.33±1.52	2.33±0.58	2.67±0.58	2.33±0.58	2.67±0.58	0.67±0.57	1.00±0.00

治疗后两组 MMSE 总分均提高 ,与治疗前比有显著性差异 $P < 0.01$ 。各亚项之中两组均以定向、记忆和注意与计算等 3 项能力提高显著 , $P < 0.01$ 。但语言和空间能力变化不大 , $P > 0.05$ 。重度痴呆两组总分及亚项均无明显改

经卡方检验 ,两组总有效率无显著性差异 , $P > 0.05$ 。根据痴呆严重程度比较疗效 :轻中度痴呆治疗组显效率 48.15 % 较对照组显效率 15.38 % 高 , $P < 0.05$;重度痴呆两组疗效无显著性差异 , $P > 0.05$ 。

2. MMSE、HDS、ADL、神经缺损治疗前后对比 见表 6

善。
注 : * * 表示治疗前后比较有极显著性差异 $P < 0.01$ 。

4. 不同严重程度痴呆患者 ADL 改善特点 见表 8。

表 8 不同程度痴呆患者 ADL 改善特点表

		ADL 总分		第Ⅲ类		第Ⅱ类		第Ⅰ类	
		药前	药后	药前	药后	药前	药后	药前	药后
轻中度	40	38.80±7.21	34.83±7.50**	21.28±4.73	18.23±4.50**	7.52±1.99	6.68±1.90**	10.00±1.41	9.93±1.38
重度	17	53.53±4.56	49.94±8.75**	28.71±1.93	27.64±3.74	12.06±1.78	11.47±2.83	12.76±1.35	18.83±2.58**

注 : * * 表示治疗前后比较有极显著性差异 $P < 0.01$

5. 治疗前后 ET、CGRP、GMP-140 的变化情况

表 9 治疗前的 ET、CGRP、GMP-140 的变化情况表

	ET	CGRP	GMP-140
治疗前	61.45 ± 29.89	39.98 ± 15.31	13.88 ± 12.74
治疗后	45.68 ± 19.99	31.10 ± 11.66	9.90 ± 12.18

治疗后 ET 和 CGRP 值显著降低,经 t 检验, $P < 0.01$;GMP-140 值降低, $P < 0.05$ 。

四、讨论

1. 治疗评价 治疗组与对照组总有效率和显效率无统计学意义上的差别。按痴呆严重程度,分别计算轻中度和重度痴呆的疗效。两组轻中度痴呆总有效率相当,显效率治疗组为 48.15% 较对照组 12.5% 有统计学意义的提高 ($P < 0.05$) ;两组重度痴呆患者显效率及总有效率均较低。可以认为,疏调益智方与脑复康、尼莫地平主要是针对改善轻中度血管性痴呆的认知功能有效。重度痴呆患者的疗效体现在生活自理能力改善方面,经治疗反映“最基本生存能力”的 ADL 第 I 类评分改善,因此对于重度痴呆,改善、保持、延长其最基本生活能力具有现实意义。治疗后治疗组和对照组 MMSE、HDS 总分均较治疗前提高。MMSE 各亚项之中,两组均在时间与地点定向、语言即刻和短程记忆和注意及计算等 3 项能力上提高显著。本课题组从中医角度详细阐述了血管性痴呆发病机制及辨证思路^[1],以脏腑辨证为核心,邪正消长为尺度,辨析分为邪毒缠结、气机不利证和气精失化、脑失髓养证这两种属前后因果关系的证候,明辨不同病理阶段进行施治。辨证思路概括为“辨治分两证,祛邪解郁先,转化气精继,调理(补)疏通兼”。

2. 治疗前后血浆 ET、CGRP、GMP-140 变化情况分析 ET 是内皮细胞分泌的目前所知作用最强的缩血管多肽^[2,4],国外研究表明在缺血性脑血管病时,血浆 ET 浓度与疾病严重程度呈正相关趋势。有学者报道脑动脉硬化患者血浆 ET 水平高于正常人。ET 还有促进细胞分裂增殖的作用,极低的浓度就能促进血管平滑肌的有丝分裂,加速其增殖,故脑梗死时 ET 增加加速了脑血管动脉粥样硬化的形成,成为脑梗死易复发的原因之一。CGRP 是目前所

知体内最强的舒血管多肽^[2,3,4],广泛分布于神经系统和心血管系统,发挥其舒张血管,调节血管紧张度,调节局部血流量和血压等作用,在血管病理情况下,CGRP 可能主要作为一种抗损伤机制而起作用。近年来一些研究观察了急性脑梗死时 ET 与 CGRP 的动态变化规律,认为二者的相互拮抗、舒缩血管机制失衡是导致急性脑血管循环障碍的原因之一。^[3]VD 发生于脑血管病之后,本研究发现治疗前后相比较血浆中 ET 降低,有利于脑血管病的发展预后。CGRP 与治疗前相比也下降,推测治疗前针对相对较高水平的 ET、CGRP 水平代偿性增高,随治疗过程中 ET 的降低而相应呈现出下降趋势。血小板在血栓性疾病形成过程中起着重要作用,而血小板膜糖蛋白是参与血栓形成多种生理病理过程的分子基础。在血栓的发生发展中,由于血管内皮的损伤,血管内皮下胶原暴露,使流经此处的血小板被激活,原来存在于静息血小板胞浆内 α 颗粒膜上的糖蛋白 GMP-140 在血小板表面上表达,并在通过微血管时,变形能力减退的活化的血小板破裂,使其释放入血浆,成为识别活化血小板的分子标记物,并介导和促进血小板与内皮细胞及粒细胞的粘附和连接^[5]聚集形成血栓,且可活化的血小板释放的 TXA 可诱导血管痉挛,造成组织缺氧,致血管、神经元受损。本研究 VD 病人 GMP-140 治疗后有显著降低,对抑制脑血栓的形成及减轻脑血管病的病理损害有积极意义。

参 考 文 献

1. 张志真,刘慧林.血管性痴呆发病机制及辨证思路的再认识与思考.北京中医,1999(5):9
2. 周武,于步润.脑梗塞患者血浆内皮素与降钙素相关基因肽动态观察.中风与神经疾病杂志,1996,13(3):145
3. 沈君,沈新,陈曼娥.降钙素基因相关肽与脑和脑血管.国外医学神经病学神经外科学分册,1997,24(2):67
4. 汤健,梁朝枢编著.循环系统的内分泌功能.北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1989:93
5. 尚明谦,等.脑梗塞患者血小板膜糖蛋白 CD41CD62pCD63 的监测.中风与神经疾病杂志,1997,14(1):11

(收稿日期:1999-10-15)

(修回日期:2000-05-10)

肾清灵治疗慢性肾功能不全 100 例疗效观察

首都医科大学附属北京同仁医院(100730) 支楠

内容摘要 对 100 例慢性肾功能不全患者,应用肾清灵治疗(治疗组),同时采用随机对照,应用大黄苏打片合复方 α -酮酸片治疗(对照组)。结果显示治疗组 100 例中显效 39 例,有效 48 例,总有效率 87%。对照组 50 例中显效 9 例,有效 12 例,总有效率 42%。经统计学处理 $P < 0.01$ 。表明治疗组疗效优于对照组。为探讨应用中药治疗慢性肾功能不全拓展了思路。

关键词 慢性肾功能不全

1994 年~1999 年,我科肾病专台应用肾清灵(自拟方)治疗慢性肾功能不全 100 例,观察对血 Scr、BUN、CCr、Hb、血浆白蛋白及肾脏动态显象的影响,同时与西药治疗对照组 50 例进行比较,获较好的疗效,现报告如下。

一、一般资料

150 例患者均由我院肾内科检查证实为慢性肾功能不全,符合中华内科杂志编委会肾脏病专业组 1992 年安徽太平座谈会纪要诊断标准。依就诊顺序随机分组。肾清灵组(治疗组) 100 例,西药组(对照组) 50 例。治疗组男性 32 例,女性 68 例,年龄 35~75 岁,平均 42 岁;病程 0.5~5 年,平均 4.2 年。原发病:慢性肾炎 59 例,肾盂肾炎 32 例,糖尿病肾病 6 例,肾动脉硬化 3 例。对照组男性 21 例,女性 29 例,年龄 30~68 岁,平均 40 岁,病程 0.7~6 年,平均 3 年。原发病:慢性肾炎 22 例,肾盂肾炎 19 例,糖尿病肾病 6 例,肾动脉硬化 3 例。治疗组与对照组治疗前临床症状及原发病相似,两组治疗前进行 Scr、BUN、CCr、Hb、血浆白蛋白及肾脏动态显象检查,临床资料无显著性差异,具有可比性。

两组所选患者中医辨证参考 1988 年中华全国中医学会第三次中医肾病学术会议通过的辨证分型为依据。其中脾肾气虚型 52 例(34.7%),脾肾阳虚 42 例(28%),肝肾阴虚 24 例(16%),气阴两虚型 20 例(13.4%),阴阳两虚

型 12 例(8%)。

二、治疗方法

1. 对照组 大黄苏打片 $0.3g \times 5$,每日 3 次口服,复方 α -酮酸片 $2g \times 2$,每日 2 次口服。

2. 治疗组 口服肾清灵,水煎煮 2 次,每次煎煮 30 分钟,早、晚每服 150ml~200ml。两组治疗期间停止其它中西药、服药四周为一个疗程,连续观察 3~6 个月,每周查尿常规、Hb、每月复查血 Scr、CCr、BUN、血浆白蛋白,3 个月复查肾脏动态显象。治疗结束后进行疗效统计,采用卡方检验法进行统计学处理。肾清灵中的冬虫夏草价格昂贵,药源紧张,在临床观察中我们采用人工虫草菌丝制剂代替天然虫草。

(1)方药组成:大黄 10g,太子参 30g,黄芪 20g,蒲公英 20g,连翘 20g,车前子 15g,炒杜仲 15g,旱莲草 20g,茯苓皮 30g,炒枳壳 10g,竹茹 15g,半夏 10g,冬虫夏草菌丝(人工)15g,三七粉 3g(分冲)。

(2)辨证加减:脾肾气虚型伴有失眠多梦者加茯苓 15g,何首乌 15g;脾肾阳虚伴有阳萎早泄者去蒲公英、连翘,加菟丝子 10g,淫羊藿 15g;肝肾阴虚伴有呕吐、小便灼热涩痛者加甘草稍 6g,炒栀子 6g;气阴两虚或阴阳两虚伴腰痛固定,肢体麻木者加红花 10g,鸡血藤 15g。

三、治疗结果

1. 疗效标准 根据 1987 年全国肾衰保守疗法专题学术会议和新药临床研究指导原则拟

定的标准进行评定。显效 :症状减轻或消失 , Ccr 增加 $\geq 30\%$,Scr 降低 $\geq 30\%$,以上(1)项必备 (2)(3)项具备 1 项即可。有效 :症状减轻或消失 ,Ccr 增加 $\geq 20\%$,Scr 降低 $\geq 20\%$;治疗前后 Scr 的对数或倒数 ,直线回归方程分析 ,其斜线率有明显意义 ;其中(1)项必备 ,其它具备 1 项即可。无效 :不符合显效或有效条件者。

2. 治疗结果 治疗组 100 例 ,显效 39 例

(39%) ,有效 48 例 (48%)无效 13 例(13%) ,总有效率 87%。对照组 50 例 ,显效 9 例 (18%) 有效 12 例(24%) ,无效 29 例(58%) ,总有效率 42%。两组比较有显著差异($P < 0.01$)。

3. 两组治疗前后各项指标的变化 见表 1。从表 1 可以看出 ,经治疗后两组 Scr、BUN、Ccr、Hb、血浆白蛋白变化显著($P < 0.01$)。

表 1 治疗前后两组指标变化($\bar{X} \pm S$)

组别	例数	BUN	Scr	Ccr	血浆白蛋白	Hb
			($\mu\text{mol/L}$)		g/L	(g/L)
治疗组	100	治前 18.6 ± 7.2	360.4 ± 98.6	19.8 ± 8.9	38.7 ± 7.6	7.2 ± 2.18
		治后 $9.2 \pm 6.1^*$	$146.2 \pm 76.1^*$	$38.6 \pm 14.2^*$	$49.2 \pm 6.7^*$	$9.2 \pm 2.3^*$
对照组	50	治前 17.6 ± 7.8	348.8 ± 105.6	16.8 ± 8.2	37.4 ± 7.6	7.6 ± 2.46
		治前 $15.4 \pm 6.5^\Delta$	$320.9 \pm 94.5^\Delta$	$21.9 \pm 7.8^\Delta$	$37.9 \pm 6.2^\Delta$	$7.9 \pm 2.18^\Delta$

※与治疗前比较 $P < 0.01$ 。 Δ 与对照组比较 $P < 0.01$ 。

4. 两组治疗前后肾脏动态显象变化 见表 2。从表 2 可以看出 ,双肾肾小球滤过率变化有显著差异 , $P < 0.05$ 。

表 2 GFR 治疗前后的比较($\bar{X} \pm S$)

组别	例数	GFR(ml/min)	
		治疗前	治疗后
治疗组	100	12.63 ± 4.12	$36.78 \pm 5.38^*$
对照组	50	11.21 ± 5.29	$12.25 \pm 5.42^\Delta$

※与治疗前比较 $P < 0.05$ 。 Δ 与对照组比较 $P < 0.05$ 。

四、讨论

慢性肾功能不全病程较长 ,病机错综复杂 ,属于本虚标实 ,虚实夹杂之证 ,其病位在脾肾 ,往往波及肝、心、肺、胃等脏 ,由于机体气化功能下降而致肾的分清泌浊功能障碍 ,从而不能疏导、运化水液、湿浊、毒素 ,造成脏腑气血功能失调 ,本病正虚为本 ,邪实为标 ,急祛实邪 ,缓治其本 ,祛邪扶正并举。本方以大黄、蒲公英、连翘清热解毒 ,祛除瘀血 ,通利水谷 ,调中化食 ,推陈

致新 ,安和五脏 ,三味改善尿素氮含量 ,纠正钙、磷代谢异常、保护肾单位 ;人工虫草菌丝扶正固本 ,止血化痰、滋阴补肾 ,补充病人所缺乏的必需氨基酸 ,促进蛋白质合成 ,提高细胞免疫 ,提高肾功能 ,升高血红蛋白 ;太子参、黄芪益气养阴 ,解毒消肿 ,补虚生血 ,提高尿肌酐排泄量 ,改善机体体液免疫和细胞免疫的水平 ,刺激造血器官 ,改善贫血 ;杜仲、旱莲草补肾强腰 ;车前子、茯苓皮健脾利湿 ,利水通淋 ;炒枳壳、竹茹、半夏和胃降浊止呕 ,消化道症状得到改善 ,全身症状可明显好转 ,说明顾护胃气是治疗的关键一环 ;丹参、三七活血化瘀提高肾血流量 ,延缓病变肾单位的病程进展。

总之 ,肾清灵补中有泻 ,寓泻于补 ,标本并重 ,祛邪与扶正并举 ,治疗慢性肾功能不全疗效可靠。

(收稿日期 2000-02-25)

热毒净治疗流感病毒上呼吸道感染临床研究

北京友谊医院(100050) 杨春霞 阎田玉

关键词 热毒净 流感病毒 中医药疗法

上呼吸道感染是儿科的常见病和多发病,流感病毒又是引起该病的重要病原体。由流感病毒引起的流行性感冒(简称流感),具有高度的传染性,可在短时间内造成流行,且发病急,病情较重,在婴幼儿或体弱儿中易并发肺炎,严重者导致死亡,目前尚无有效的治疗药物。我们在 1998 年 12 月流感流行期间,与中科院病毒所流感室的同志合作,对我院门诊的 123 例流感病人做了病原学检测,并用我科自制的中药制剂热毒净口服液进行了临床治疗研究,疗效满意,现报道如下。

一、临床资料

1. 一般资料 自 1998 年 12 月 1~25 日对我院儿科门诊 123 例上呼吸道感染患儿作了病原学检测及临床观察,其中男 71 例,女 52 例,年龄 1~3 岁 25 例,4~7 岁 86 例,8~13 岁 12 例,平均年龄 5.3 岁。所有患儿随机分为两组,治疗组 4 例,对照组 9 例。

2. 临床表现 发热<1 天者 85 例,1 天者 29 例,2~3 天者 9 例;伴有流涕者 87 例,打喷嚏 79 例,咳嗽 89 例,全部病例均有不同程度的咽部充血;扁桃体 I 度肿大者 54 例,II 度肿大者 58 例,III 度肿大 11 例,舌质红 46 例,舌质稍暗者 58 例,舌质暗红者 19 例。

3. 实验室检查 外周血白细胞 $>10 \times 10^9/L$ 8 例, $<10 \times 10^9/L$ 115 例。病毒分离:用吸痰管自鼻腔插入咽喉部吸取分泌物,将其接种于 MDCK 细胞(狗肾传代细胞)中,123 例中有 118 例分离出流感病毒,并经血凝实验及血凝抑制实验鉴定为流感病毒甲 III 型。

二、治疗方法

1. 治疗组 口服自制中药热毒净口服液。药物组成:黄芪、青黛、紫草、丹皮、黄芩、莪术、

当归、桃仁。10ml/支。每次 1 支,每日 3 次。

2. 对照组 予病毒唑含片,50mg/片,每 2 小时含服 1 片。

两组疗程均为 3 天,疗程不足 3 天失去随访者或中途加用其它清热解毒中药者,均作为剔除标准。两组均可酌情加用退热西药及止咳药。

三、疗效观察

1. 疗效判定标准 痊愈:用药 3 天内体温降为正常,咳嗽流涕消失,咽部充血消失,扁桃体肿大减轻。好转:用药 3 天内体温降为 37.5 左右,咳嗽流涕、咽部充血及扁桃体肿大好转。无效:用药 3 天内体温不降,其它症状无好转。

2. 结果 符合上述条件的共有 97 例,其中热毒净组 55 例,病毒唑组 42 例。

(1)退热天数:热毒净组 3 天内退热的 53 例(占 96.4%),病毒唑组 3 天内退热的 35 例(占 83.3%),从退热情况看热毒净组优于病毒唑组。

(2)临床疗效:见表 1。

表 1 两组治疗流感的疗效比较

组别	总例数	治疗结果			有效率
		痊愈	好转	无效	
热毒净组	55	48	5	3	96.4
病毒唑组	42	32	3	7	83.3

注:经 χ^2 检验 $\chi^2=3.37, P>0.05$, 两组有效率差异无显著性。

四、小结

流感病毒分为甲、乙、丙 3 型,属正粘病毒科,为 RNA 病毒。造成本次流感流行的为甲 III 型流感病毒,具有毒力强、临床症状重的特点。虽然现在对病毒性疾病的研究已深入到了分子水平,但一些公认的抗病毒药物的疗效并不理