

目次

论著

活血软肝方联合苦参素治疗慢性乙型肝炎的临床观察 王育群 邢练军 张玮 3

电针合并抗抑郁剂治疗抑郁症的临床观察 汪冰霞 周树平 孙鸿辉等 5

李建生治疗肿瘤学术思想初探 时水治 8

老中医经验

刘渡舟辨治慢性肾小球肾炎主要症状的经验 陈 明 10

孙桂芝辨证治疗中晚期胃癌的经验 石怀芝 13

施志明治疗肺癌常用药对简介 韩建宏 冯新格 14

单兆伟治疗复发性消化性溃疡的经验 何 镔 16

学术探讨

论“天人相应”与“节气灸” 李晓泓 解秸萍 18

临床报道

辨治中风先兆证 38 例临床观察 张晓明 21

益气活血化痰法治疗气虚血瘀痰浊上扰眩晕症 38 例 孙珊玲 22

糖尿病性腹泻的辨治体会 王瑞丽 24

复方大柴胡汤加减治疗胆汁返流性胃炎 65 例 王秀英 25

婴儿鼠伤寒沙门氏菌肠炎的中西医结合治疗 董燕燕 27

清热活血汤治疗寻常型银屑病疗效观察 练春风 28

中药煎剂浸泡治疗阴茎固定性药疹 90 例临床观察 姜燕生 周垒 29

抵当汤合四妙勇安汤治疗下肢深静脉血栓形成 19 例 马建波 31

辨证治疗更年期综合征的临床总结 柴丽娜 32

中药与方剂

白前、白薇、徐长卿同属异用辨 吴顺俭 祁怀军 朱茂初 34

独活寄生汤临床新用 王秀芝 36

针灸经络

“温通针法”治疗冠心病 49 例临床观察 丁奇峰 姚媛 37

针灸治疗中风偏瘫 980 例疗效观察 彭冬青 38

针灸三通法治疗椎动脉型颈椎病的疗效观察 林威 崔芮 范盛凯 40

首医大中医药学院专栏

《灵枢经》语法探析 陈 婷 42

三仁汤新用 张淑敏 李明 徐大鹏 44

抗癌中草药研究进展 韩玉英 丰平 文朝阳 45

实验研究

黄角汤对大鼠脑缺血再灌注损伤模型自由基影响的实验研究 常学辉 张良芝 49

国外中医

国外临证 88 例辨治体会 单兆伟 杨建平 吴连恩 51

综述

舌下络脉诊法研究概述 陈群 徐志伟 柴雅倩 53

强直性脊柱炎的中医药治疗进展 解国华 55

短篇报道

姚五达治疗少女逆经验案举隅 于丽均 王萌 33

重症舌颤治疗 1 例 刘世兴 41

心衰合剂治愈心包积液 1 例 郭培军 48

周德安治疗儿童多动症的经验 冯毅 50

桂枝加龙骨牡蛎汤加味在男科病临床中的应用 许锐乾 58

经方临床治验举隅 周志龙 59

补阳还五汤应用举隅 熊福荣 封三

成药研究

通塞脉片对早期动脉硬化闭塞症的临床观察 孙克平 吕培文 61

天紫红女金胶囊治疗慢性盆腔炎 30 例临床观察 侯 雁 62

血府逐瘀胶囊治疗冠心病心绞痛 60 例 张伟华 63

血府逐瘀胶囊治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察 张淑环 王军 边鹊桥 64

消息 4、12、17、20、43、60

BEIJING JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

Volume 22 Number 2 Bimonthly April 2003

MAIN CONTENTS

The Clinical Observation on Treatment for Chronic Hepatitis B With the Combination of Kurarinone and a Prescribe of Huoxue Ruangan and Its Effect for Sera of HA and TGFB₁ Wang Yuqun et al 3

The Clinical Observation on Treatment of Depression With Combined Galvanopuncture and Injection of Anti - depression Wang Bingxia et al 5

Liu DUzhou 's Experience on Identifying the Symptom of Glomerulonephritis With Differential Treatment. Chen Ming 10

A Brief Introduction About Treatment of Cancer of Lung With Routine Medicine Association by Shi Zhiming Han Jianhong ,et al 14

Shan Zhaowei 's Experience on Treatment of Recurrent Peptic Ulcer. He Bin 16

Acclimatization Yourself to Nature ,and the Moxibustion Following the Solar Terms Li Xiaohong ,et al 18

The Differential Treatment for 68 Cases of Premonitory Symptom of Apoplexia and Its Clinical Observation Zhang Xiaoming 21

Treatment of Salmonella Typhimurium of Babies With Combined TCM and Western Medicine Dong Yanyan 27

Effect of Psoriasis Vulgaris With Qingre Huoxue Tang Lian Chunfeng 28

The Differential Treatment for Isogeneric - plants of Bai Qian and Bai Wei by Xu Changqing Wu Shunjian ,et al 34

The Clinical Observation on Treatment for 49 Cases of Coronary Heart Disease With Warm Moxibustion Therapy Ding Qifeng ,et al 37

The Effect and Treatment for Semisideration With Acupuncture and Moxibustion :A Report of 980 Cases Peng Dongqing 38

A Research and Analysis on Structure of“ The Classic Works of Ling Shu ”..... Chen Ting 42

A New Application of San Ren Tang Zhang Shumin ,et al 44

Research Development on Chinese Herbs of Anticancer Han Yuying et al 45

An Experimental Research on the Effect of Free Radical of the Injury Model in Mouse 's Cerebral Ischemia by Refilling With Huang JiaoTang Chang Xuehui et al 49

北京中医 (双月刊)

创刊 1982 年

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

电话 (010) 65251589

电子信箱 bjTcm@pubLic3. bta. net. CN

第 22 卷第 2 期

2003 年 4 月 25 日出版

名誉主编 关幼波 路志正

方和谦

主编 谢阳谷

编辑部主任 高丹枫

责任编辑 张纲

英文翻译 王若冬

统一刊号 ISSN1000 - 4599

CN11 - 2258/R

广告证号 京东工商广字 0083

印刷装订 北京时事印刷厂

国内发行 北京市报刊发行局

国内邮发代号 2 - 587

国内订购 全国各地邮局

国内定价 每册 6.50 元

全年 39.00 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

活血软肝方联合苦参素治疗慢性乙型肝炎的临床观察

王育群 邢练军 张玮

【摘要】 目的 观察中药活血软肝方联合苦参素治疗慢性乙型肝炎的临床疗效及其抗纤维化作用。方法 中药活血软肝方每日 1 剂,日煎服 2 次。苦参素 4ml 肌注每日 1 次。结果 活血软肝方和苦参素联合治疗 6 个月,治疗组慢性乙肝 HBsAg、HBV-DNA 的阴转率分别为 54.55%、57.89%,HA、TGF β ₁ 由 283.43 $\pm$ 51.32、8.09 $\pm$ 2.31 降至 92.31 $\pm$ 13.92、3.62 $\pm$ 1.07,和对照组相比有显著性差异。结论 活血软肝方和苦参素联合应用有明显的抗病毒、保肝作用。同时能降低血清中 HA、TGF β ₁ 值,有抗肝纤维化作用。

【关键词】 慢性乙型病毒性肝炎; HA、TGF β ₁; 活血软肝方; 苦参素

慢性乙型病毒性肝炎是一种常见且反复多变的疾病,病情发展过程中有炎症反应的同时,伴随着纤维化的形成。临床上除了针对乙肝病毒的治疗外,结合抗纤维化的治疗亦显得日益重要。本文应用中药活血软肝方联合苦参素对 30 例慢乙肝患者进行治疗,同时观察患者血清中 HA、TGF β ₁ 的变化,现将观察结果小结如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

1.1.1 病例来源:所有 60 例患者均来源于龙华医院肝病科门诊和住院病人,随机分为治疗组和对照组。治疗组 30 例(其中慢肝轻度 5 例、慢肝中度 22 例、慢肝重度 3 例),对照组 30 例(其中慢肝轻度 6 例、慢肝中度 22 例、慢肝重度 2 例)。诊断根据 1995 年修定的病毒性肝炎防治方案(试行)为标准,中医辨证为瘀血阻络型。

1.1.2 性别年龄:治疗组中男性 23 例,女性 7 例;年龄最大 62 岁,最小 28 岁,平均年龄 42.35 $\pm$ 6.89 岁。对照组中男性 24 例,女性 6 例;年龄最大 60 岁,最小 27 岁,平均年龄 43.85 $\pm$ 7.05 岁。两组性别年龄经统计学处理,差异无显著性, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 观察项目

1.2.1 临床症状和体征:纳呆、乏力、肝区疼痛、尿黄、肝脾肿大等。

1.2.2 生化指标:谷丙转氨酶(速率法,ALT 参考值 <60 U/L),谷草转氨酶(速率法,AST 参考值 <40 U/L),透明质酸(放免法,HA 参考值 29.4~84.

2 μ g/L)转化生长因子 β ₁(酶标法 TGF β ₁ 参考值 1.5~3.2ng/mL)。

1.2.3 病毒指标:乙肝标志物 HBsAg、HBeAg、HBeAb、HBcAb 用 Abbott 试剂 ELISA 法测定;HBV-DNA 用斑点杂交法测定。

1.3 统计方法

计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验。

2 治疗方法

治疗组:中药活血软肝方(丹参 30g,赤芍 30g,苦参 30g,炙鳖甲 30g,穿山甲 30g,参三七 9g,杜仲 30g,生牡蛎 30g,桑寄生 30g,生甘草 6g)每日 1 剂,日煎服 2 次,每次 150ml。

苦参素(博尔泰力)4ml,肌注,每日 1 次(由宁夏绿谷药业有限公司生产)。

对照组:大黄廑虫丸 6g,口服,每日 3 次(由湖南长沙德康制药有限公司生产)。

所有患者均观察 6 个月为 1 个疗程。

3 观察结果

3.1 两组临床症状体征治疗前后的变化

治疗组 30 例患者治疗后其纳呆、乏力、肝区疼痛、尿黄、肝肿大、脾肿大的复常率分别为 27/30(90.00%)例、25/30(83.33%)例、21/30(70.00%)例、27/30(90.00%)例、19/30(63.33%)例、12/15(80.00%)例。对照组上述症状体征的复常率分别为 10/30(60.00%)例、16/30(53.33%)例、20/30(66.67%)例、10/30(33.33%)例、6/12(50.00%)例。二组经统计学处理有显著性差异 $P<0.05\sim 0.01$ 。

3.2 二组生化指标治疗前后的变化 见表 1。

3.3 二组病毒指标治疗前后的变化 见表 2。

表 1 二组治疗前后生化指标的变化($\bar{x} \pm s$)

组别	病例数	ALT(u/L) 治疗前	治疗后	AST(u/L) 治疗前	治疗后	HA(ug/L) 治疗前	治疗后	TGFβ ₁ 治疗前	治疗后
治疗组	30	215.01±32.30	53.86±9.05 ^a	183.02±36.43	48.39±7.32 ^a	283.43±51.32	92.31±13.92 ^b	8.09±2.31	3.62±1.07 ^b
对照组	30	193.83±34.32	156.05±32.16 ^c	153.21±28.93	120.15±31.43 ^c	235.82±40.13	172.32±27.05 ^d	7.23±2.13	5.89±1.32 ^d

注 治疗组治疗前后比较 ^a $P < 0.05$ ^b $P < 0.01$ 。治疗组与对照组治疗后比较 ^c $P < 0.05$ ^d $P < 0.01$ 。

表 2 二组病毒指标治疗前后的变化(例)

组别	例数	HBsAg(+)		HBeAg(+)		HBsAg(+)		HBeAg(+)		HBsAg(+)		HBV-DNA(+)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	30	27	0	3	22	10	6	12	25	18	19	8
对照组	30	30	30	0	0	20	14	3	5	23	20	16	13

注 治疗组 HBeAg、HBV-DNA 的阴转率为 54.55%、57.89%。对照组 HBeAg、HBV-DNA 的阴转率为 30.00%、18.75%。二组经统计学处理有显著性差异 $P < 0.05$ 。

4 讨论

慢性乙型病毒性肝炎病理变化的基础是炎症反应和纤维化,随着病情的发展,纤维化程度日益加深,治疗难度亦加大。因此临床上治疗乙肝时除了抗病毒和调节免疫外,应当加强抗肝纤维化治疗。中医认为本病为感受湿热疫邪后病情迁延不愈,日久致气滞血瘀、脉络瘀阻,属“积聚”、“胁痛”、“虚证”等范畴。后期辨证都以瘀血阻络型为主。治疗上着重以活血化瘀、扶正解毒为主。我们选用抗病毒的苦参素和中药活血软肝方联合应用,取得了满意的疗效,通过观察发现,经过联合治疗后的 30 例慢性乙肝患者,其 HBeAg、HBV-DNA 的阴转率分别达到 54.55%、57.89%,明显高于对照组 30%、18.75%。统计学处理有显著性差异,同时能明显改善患者的临床症状体征和肝功能,说明活血软肝方和苦参素抗病毒和保肝的疗效肯定。

在治疗过程中我们观察发现 60 例慢性乙肝患者治疗前血清透明质酸(HA)和转化生长因子 β₁(TGFβ₁)均明显升高,和病情波动有明显的相关性。文献报道 HA 是由肝星状细胞及其他间质细胞合成的一种糖胺多糖,通过肝窦内皮细胞摄取和降解,是目前所有肝纤维化血清标志物中最具临床实用的一个指标,与肝损伤程度亦相关。而 TGFβ₁ 是作用最强的纤维化细胞因子,可促进细胞外基质(ECM)的合成,随肝病进展而升高。我们对治疗组 30 例慢性乙肝患者观察后发现,HA、TGFβ₁ 治疗前分别为 283.43±51.32、8.09±2.31,治疗后为 92.31±13.92、3.62±1.07。而对照组无明显改善。说明活血软肝方和苦参素联合应用有明显抗肝纤维化作用。

选方用药上我们重用具有凉血活血、清热解毒的丹参、赤芍、参三七、苦参为主药。辅以炙鳖甲、穿山甲、生牡蛎祛瘀软坚散结,杜仲、桑寄生补益肝肾,扶助正气,甘草调和诸药。共奏活血解毒、软坚散结之效。苦参素(氧化苦参碱)是从豆科槐属植物苦豆子的成熟种子中提取的有效成分,除了有明显的抗病毒作用外,有学者报道其能抑制大鼠肝星状细胞 TGFβ₁ 产生并活化可能,故认为其有抗纤维化作用^[1]。因此我们认为中药活血软肝方和苦参素联合应用是治疗慢性乙肝的有效方法。

参考文献

1 卢清,谭英姿,鄯祥惠,等.氧化苦参碱对大鼠肝星状细胞分泌转化生长因子 β₁ 的影响.2001 年全国肝纤维化学术会议论文汇编.上海:上海中医药大学出版社,2001.75.

(收稿日期:2002-03-04)

全国中医、中西医结合诊治肛肠病进修班报名通知

为了加强中医、中西医结合医务人员知识更新,经国家中医药管理局批准,北京中医药学会拟于 2003 年 6 月份在京举办全国中医、中西医结合诊治肛肠病进修班(该班为国家继续教育认可项目)。现将有关事项通知如下:

- 1、对象:中医、中西医结合诊治肛肠病工作的医务人员或相关科室。
- 2、学期:8 天 24 学分。
- 3、学费:750 元,学费、报名费 50 元,合计 800 元。食宿由学会统一安排,费用自理(住宿费 45~70 元/日)。
- 4、报名时间:请于 2003 年 4 月 1 日之前将报名表寄北京东单三条甲七号北京中医药学会,井宏伟收,邮编:100005 联系电话:65223477,具体开学时间另行通知。

电针合并抗抑郁剂治疗抑郁症的临床观察

汪冰霞¹ 周树平² 孙鸿辉³ 罗和春⁴

【摘要】 目的 评价电针合并抗抑郁剂对抑郁症的疗效,并与单用电针组进行比较。方法 共纳入 46 例抑郁症患者,随机分为电针加抗抑郁剂组(以下简称合并组)和电针组,治疗时间为 6 周,以汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、抑郁自评量表(SDS)及焦虑自评量表(SAS)评定疗效结果。结果 从治疗第 2 周后,两组内的 HAMD、SDS、SAS 评分的降低均显著大于治疗前($P < 0.01$),其中合并组在第 2 周的 HAMD 降分率显著大于电针组,但第 4 周、第 6 周降分率无明显差异。根据传统疗效评定标准分析,两组的显效率分别为 77.3% 和 75%,经统计学处理两组无显著差异,但合并组的副反应多于电针组。结论 电针合并抗抑郁剂与单用电针均对抑郁症有较好疗效,前者起效更快,而后者副反应更少,在临床上应灵活运用。

【关键词】 抑郁症;电针;抗抑郁剂

自 20 世纪 80 年代以来,北京医科大学精神卫生研究所罗和春教授开始以电针治疗常见精神疾病的系列研究^[1-7],此法以其疗效好、副作用少为众多的抑郁症患者带来了福音。为进一步探讨电针治疗抑郁症的规律及提高疗效,尤其是解决其起效较慢的问题,我们尝试采用电针合并抗抑郁剂并与单用电针组进行比较。现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

病例选自 1999 年 2 月~10 月在重庆医科大学附一院精神科门诊、中西医结合治疗室就诊的抑郁患者,年龄 16~50 岁,全部符合 CCMD-2-R 抑郁症的诊断标准,且汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分均在 20 分以上。

1.2 一般资料

共纳入抑郁症 46 例,其中 2 例患者脱落(均为电针治疗组),44 例患者完成了本研究。合并组与电针组各 22 例,合并组中男 10 例,女 12 例,平均年龄 28.32 ± 8.94 岁,平均病程为 2.25 ± 1.87 年;电针组中男 9 例,女 13 例,平均年龄 30.92 ± 8.90 岁,

平均病程为 1.85 ± 1.05 年。两组资料无统计学差异。两组患者治疗前的汉密尔顿抑郁量表(HAMD)和抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)评分亦无统计学差异,表明两组患者的临床病情具有可比性。

2 治疗方法

纳入研究的病人在征得知情同意后,随机分为电针合并抗抑郁剂组和电针组。两组病人同时给予电针治疗。选取主穴百会、印堂,配穴风池、悬颅。仪器采用由北京医科大学与中国科学院共同研制生产的 CCEA—I 型智能电针仪。选择 4 种不同刺激参数,时间为 10min、10min、10min、15min,共 45min,以正弦波为调制波,其频率(HZ)分别为 12、10、8、6HZ。其波频率为 250HZ 与 750HZ,电压 3~10V,即模拟清醒脑电参数,刺激时间每次 45min,每日 1 次,每周 5 次,每次治疗时电量加至病人感到舒适和能耐受为宜,后进入电脑自动控制阶段,至 45min 结束当天治疗。电针由专人操作。合并组从治疗一开始即合用抗抑郁剂麦普替林,剂量为 50~250mg/d,总疗程为 6 周。两组病人在治疗中如有严重失眠,可不定期(不超过 0.5 周)在睡前口服氯硝安定 2~4mg,不得合用其他药物。

3 疗效统计

3.1 疗效评定方法

采用 HAMD、SDS、SAS 评定患者的症状变化。所有量表在患者治疗后第 2、4、6 周末各评定 1 次,

作者单位:1.405400 重庆市开县人民医院内科

2.436000 湖北鄂州市精神病医院

3.610075 成都中医药大学附属医院神经内科

4.100083 北京大学精神卫生研究所

皆由精神科主治医师评定。本研究开始前所有参与评定者都进行了 HAMILON 一致性培训,相互间的一致性 KAPPA 值在 0.80 以上。此外,在治疗末还使用传统疗法评定标准^[8],对患者做疗效评定。统计方法:完成 6 周观察后进行统计分析。对治疗前后组内变化采用配对 t 检验,组间资料采用成组 t 检验,对传统疗效评定标准进行两组间 χ^2 检验。

3.2 治疗结果

3.2.1 两组疗效比较:治疗结束时合并组 22 例中,治愈 9 例(占 40.9%),显好 8 例(占 36.4%),好转 4 例(占 18.2%),无效 1 例(占 4.5%),显效率为(痊愈+显著好转)17/22(77.3%)。电针组 24 例中痊愈 10 例(41.7%),显好 8 例(33.3%),好转 4

例(16.7%),无效 2 例(8.3%)〔脱落 2 例按无效计〕,总显效率为 18/24 例(75%)。 χ^2 检验两组患者的显效率无显著性差异($P > 0.05$),两组疗效相近,见表 1。

表 1 合并组与电针组临床疗效比较(例,%)

组别	例数	痊愈	显好	好转	无效	痊愈率	显效率
合并组	22	9	8	4	1	40.9	77.3%
电针组	24	10	8	4	2	41.7%	75.0%

经卡方检验 $P > 0.05$

3.2.2 两组治疗前、中、后 HAMD、SAS 和 SDS 评分比较:见表 2、表 3、表 4。

表 2 合并组与电针组治疗前后 HAMD 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周	治疗后 6 周	减分率
合并组	22	34.77 $\pm$ 5.61	21.59 $\pm$ 5.40 *	15.32 $\pm$ 5.63	8.14 $\pm$ 5.91	0.7703 $\pm$ 0.1486
电针组	24	32.18 $\pm$ 5.36	25.27 $\pm$ 4.90 *	14.41 $\pm$ 3.20	7.45 $\pm$ 2.87	0.7689 $\pm$ 0.0853
t 值		1.57	2.37	0.66	0.49	0.0383
p 值		$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P > 0.05$	$P > 0.05$

* 与治疗前比较 $P < 0.01$

表 3 合并组与电针组治疗前后 SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周	治疗后 6 周	减分率
合并组	22	65.58 $\pm$ 6.88	55.42 $\pm$ 6.19 *	46.82 $\pm$ 5.49	34.38 $\pm$ 6.70	0.7918 $\pm$ 0.1366
电针组	24	71.65 $\pm$ 7.81	59.26 $\pm$ 4.19 *	46.82 $\pm$ 4.19	36.67 $\pm$ 3.56	0.8245 $\pm$ 0.0883
t 值		1.38	2.26	0	1.06	0.95
p 值		$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P > 0.05$	$P > 0.05$

* 与治疗前比较 $P < 0.01$

表 4 合并组与电针组治疗前后 SAS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周	治疗后 6 周	减分率
合并组	22	58.41 $\pm$ 4.26	46.83 $\pm$ 4.39 *	36.48 $\pm$ 4.34	30.40 $\pm$ 4.09	0.8431 $\pm$ 0.0913
电针组	24	61.02 $\pm$ 11.09	54.01 $\pm$ 9.90 *	40.28 $\pm$ 5.39	30.20 $\pm$ 2.27	0.8363 $\pm$ 0.1028
t 值		0.92	2.22	2.56	0.17	0.23
p 值		$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P > 0.05$	$P > 0.05$

* 与治疗前比较 $P < 0.01$

两组患者在治疗前的 HAMD、SAS 和 SDS 量表的评分无显著性差异;在治疗第 2 周时,合并组的 HAMD 评分和 SAS、SDS 评分的降低显著优于电针组;在治疗第 4 周时合并组的 SAS 得分优于电针组;在治疗第 6 周时无显著性差异,各组内在治疗后第 2 周、第 4 周及第 6 周时评分与疗前相比均有显著性差异。

3.2.3 副反应比较:合并组副反应主要表现为抗碱能样副反应,如口干、便秘、视力模糊、一过性体位性低血压、心率增快等。本研究中合并组有 2 例曾出现体位性低血压,经减药后好转,有 5 例因便秘合用通便灵,均未影响进一步治疗。电针组未发现明显副反应。

4 讨论

迄今为止,抑郁症的病因仍不清楚。尽管新型抗抑郁剂不断上市,也只是对症治疗,而且其副反应也较多。20 世纪 80 年代初期,北京罗和春教授率先开始电针组取百会、印堂穴治疗抑郁症的研究,并与阿米替林组进行随机对照,观察 56 例抑郁症患者。电针显效率为 70%,阿米替林为 65%,两组疗效相似,HAMD 减少率无显著差异^{[2][3]}。继之,1984 年罗和春等又完成 29 例双盲对照研究,两组疗效无显著性差异^{[4][5]}。为大量样本重复验证临床治疗,1984~1986 年,10 所精神病专科医院组成抑郁症状电针治疗协作组,共完成 241 例抑郁症临床观察,其中电针组 133 例,显效率为 75.2%,对照组为 108 例,显效率为 66.7%,经统计学处理无显著性差异。因子分析,电针对认知障碍、焦虑躯体化障碍较阿米替林更好。经 2~4 年随访,疗效稳定,无显著性差异^{[6][7]}。20 世纪 90 年以来,随着罗氏程控电针仪的问世,治疗 110 例常见精神疾病(包括精神分裂症、抑郁症、神经症、心因性精神障碍等),其显效率达到 71.8%,而普通电针仪为 51.7%,两者比较有显著性差异,程控电针仪使病人针感强而持久、舒适^{[9][12]}。据报道,电针治疗抑郁症是通过对中枢神经递质功能的影响而达到治疗作用的^{[13][15]}。

本研究比较了电针合并抗抑郁剂与单用电针对抑郁症的疗效,结果显示两组均有较好疗效,显效率分别为 77.3% 和 75%,两者间总体疗效相近,这也与上述资料结果一致的。但从 HAMD、SAS 和 SDS 减分率看,在第 2 周时合并组优于电针组,说明合并组起效更快,从第 3 周以后二者疗效接近,

这启示我们在临床上对抑郁情绪较重且有消极自杀倾向的患者应首先考虑电针合并抗抑郁剂治疗。本研究中电针组有 2 例脱落,均因起效慢有 1 例住院,另 1 例去向不明。从副反应看,电针组明显要少于合并组,由于本研究对象均为身强力壮的中青年患者且无躯体疾病,因此尚能耐受抗抑郁剂的副反应,这也启示我们对那些身体情况比较差、抑郁情绪较轻、年纪较大以及惧怕药物副反应的患者应首先考虑电针治疗而不合并抗抑郁剂治疗。

综上所述,抗抑郁剂合并电针与单用电针对抑郁症均有较好疗效,两者间无显著性差异。但前者起效时间更快,而后者副反应更少,在临床上应灵活运用。

致谢 本文承蒙北京大学精神卫生研究所罗和春教授在百忙之中予以指正,特此感谢!

参考文献

- 1 罗和春,库宝善主编.电针治疗常见精神疾病.北京医科大学,中国协和医科大学联合出版社,1992.
- 2 罗和春等.电针治疗情感性精神病疗效观察.中国针灸,1984,4:1-3.
- 3 罗和春等.电针与阿米替林治疗抑郁状态的对照研究.医学研究通讯,1984,8:9-10.
- 4 罗和春等.双盲对照电针与阿米替林治疗抑郁症疗效分析.中华神经精神科杂志,1985,18(5):273.
- 5 罗和春等.电针治疗抑郁症临床观察与实验室研究.北京医科大学学报,1987,19(1):
- 6 罗和春等.电针治 133 例抑郁症患者临床疗效观察.中西医结合杂志,1988,9(2):77.
- 7 Luo, HC et al. A comparative study of depression by electro-acupuncture and amitriptyline. Acupuncture:Scientific International Journal 1990,1(2):20-28.
- 8 夏镇夷主编.精神病学.北京:人民卫生出版社,1984.135-136.
- 9 罗和春等.精神疾病电针疗法临床应用研究.中国行为医学科学,1995(4):18-19
- 10 石金钟等.智能电针仪治疗神经症 104 例疗效观察.北京中医杂志,1993,21-22.
- 11 罗和春等.电针疗法治疗常见精神疾病的临床研究进展.美国中华心身医学杂志(U.S.CPMJ),1997,1(2):75-76
- 12 汤甫琴等.精神疾病电针疗法概况及研究进展.美国中华心身医学杂志(U.S.CPMJ),1997,1(3):183-184.
- 13 周东丰等.抑郁症的 DST、尿 MHPG、SO₄ 排出量和血小板 MAO 研究.中华神经精神科杂志,1985,18(5):274-277.
- 14 周东丰.电针对鼠脑皮层 β_5 -HT₂ 受体的作用.中西医结合杂志,1990 年基础理论研究特集,10:172.
- 15 沈渔村主编.题目第三版.人民卫生出版社,1994

(收稿日期 2002-09-09)

· 论著 ·

李建生治疗肿瘤学术思想初探

时水治

【摘要】 李建生教授基于多年来治疗肿瘤的心得,认为肿瘤的发生及发展与 NICE 失衡、调节障碍有关,病机不外乎“虚”、“瘀”、“热”、“毒”。治法宜补肾益气、健脾解郁、软坚散结、解毒抗癌;并提倡辨证与辨病相结合,以扶正固本为基本原则,使机体潜在的调控作用获得再现。

【关键词】 肿瘤; NICE; 老中医经验

李建生教授从医 40 余年,长期从事科研和临床工作,擅治内科杂病。近 10 年多来对治疗肿瘤颇有研究,形成了一整套治疗体系。吾随师临诊多年,受益匪浅。现将李老治疗肿瘤经验介绍如下。

1 整体调控与 NICE 网络在肿瘤病中的指导作用

整体观念是中医学的基本特点之一,其核心就是要整体地、全面地认识人体以及人体与自然界的相互关系。体现在肿瘤方面,首先以相互联系的观点,全面、整体地认识肿瘤的发生与发展、生理和病理变化特点,以及与脏腑功能盛衰、气血盈亏的密切关系。现代医学认为人体是处于动态平衡状态的完整机体。其间,神经系统(NS)、免疫系统(IS)、细胞因子(Cytokines)、内分泌系统(ES)构成 NICE 网络,来维持人体正常生理功能,同时调节内外环境给机体带来的影响,使人体处于相对平衡的状态。李教授认为,肿瘤疾病的产生不只是局部器官本身的病变,而是机体在致病因素作用下的整体反应。肿瘤病机不外乎“虚”(阴阳、气血)、“瘀”(气郁、血瘀、痰积)、“热、毒”。虚是本,瘀是病理改变,六淫七情是肿瘤产生因素。《素问·举痛论》“百病生于气也”。七情太过造成气血悖道,肝郁气结,畅达失职,血脉失调,血流受阻,形成瘀积癥瘕。治疗肿瘤患者,首要调整病人的心理因素、社会因素、家庭因素,这“三要素”是战胜癌症的关键。对于肿瘤病机的探讨必须从整体观念出发,以七情所胜的心理疗法及辨证应用补肾益气、健脾解郁、软坚散结、解毒抗癌法治疗,取得很好的疗效。

2 肿瘤治疗四法

2.1 补肾、养精、通利法

肾为先天之本,藏精,主水,主纳气,主骨,生髓,通于脑。《内经》曰:“正气存内,邪不可干”;“邪气所凑,其气必虚”。肾气虚日久可导致肾阳虚,肾

阳虚可伤及肾阴,肾阴虚又可累及肾阳,成为阴损及阳、阳损及阴的阴阳两虚证。《医宗必读·积聚》曰:“积之成者,正气不足,而后邪气踞之”。肾虚日久必然致瘀,虚与瘀相互影响,形成恶性循环,促使肿瘤的发展。现代医学研究认为,癌肿来源于自身细胞,主要是由人体内环境调节控制紊乱和信息传递失误、错乱,使机体始终处于不平衡状态,脏腑功能失调,阴阳气血紊乱。肾为先天之本,治疗应培本补源,虚者补之,坚者消之,便复归于中。还要不断地追踪肿瘤病人的不同时期所处于平衡的关键点,标本兼顾整体治疗。李老对肾虚多用补肾、养精、通利法,使邪有出路。常用枸杞子、女贞子、菟丝子、补骨脂、仙灵脾、鹿角片、生熟地、山萸肉、猪苓、生苡仁等以肾阴肾阳兼顾补之。现代医学研究,补肾填精药大多具有增强免疫的作用,有的还有双向调节作用,其表现为提高吞噬功能,增强 IFN 及其产生提高 T 淋巴细胞增殖,增加 IL-2 分泌,增强外周血单核细胞中免疫细胞的杀伤活性,可促进单核细胞表达 IL-2R 和分泌 IL-2,从而增强人体免疫功能,及促进巨噬细胞的非特异性免疫功能,发挥抗癌作用,减轻化疗对骨髓造血系统的不良反应,延长患者的生存期。

2.2 活血化瘀、软坚散结、消癌法

本病多由阴阳失调、气虚、血瘀、痰阻、气滞、寒凝等因素引起,而痰聚、血瘀阻络为本病的重要病机。《丹溪心法》曰:“凡人身上、中、下有块者,多是痰”。痰聚、血瘀又是机体功能失调的病理产物,又是进一步导致疾病的致病因素。李老认为“痰”之为物,既有凝聚一处固定不移的表现,又有随气升降、无处不到的特点。其凝聚则易形成肿块,其易行则与肿瘤转移浸润相关。根据以上临床特征,故病属本虚标实,气虚为其本,痰聚、血瘀相搏为其标。临床中应谨守病机,治疗以扶正为本,以通为用。生黄芪为补气要药;半夏、天南星、瓜蒌、八月扎、夏枯草、白芥子、海藻、黄药子等化痰,软坚散

结,具有较好的抗肿瘤作用,还可促进炎性渗出物及其它病理产物的吸收。血瘀凝滞是肿瘤形成的重要原因。现代公认,肿瘤患者血液粘滞度增高,血液高凝状态有利于肿瘤细胞与毛细血管内皮的粘连及转移灶内新生血管的形态,血小板凝集对癌转移有发生和促进作用。丹参、川芎、三棱、莪术、水蛭、土鳖虫、蜂房、地龙、天龙、白花蛇、蟾酥等均可活血化瘀,软坚散结,抗癌消瘤,降低血液粘稠度,改善癌症病人的血液高凝状态,对抗肿瘤细胞引起的血小板凝集及瘤栓的形成,减少血栓对肿瘤细胞的保护,有利于免疫系统对肿瘤细胞的清除,降低血小板的黏附聚集,使纤维蛋白沉降率降低,增强纤维蛋白的溶解,增加血流量,改善血液循环,使肿瘤细胞处于抗癌药及机体免疫功能控制下,以提高疗效。

2.3 益气健脾、理气抗癌法

中医药治疗恶性肿瘤有其独特的理论基础,积累了丰富的实践经验。中医学认为“癌”(瘕瘕、积聚)的形成和转移多由正虚邪盛所致。《诸病源侯论》指出:“瘕瘕积聚,病因为寒虚不调,饮食不节,阴阳不和,脏腑虚损,并受风邪,当滞而不去成也”。就是说,积聚之成,是由饮食不节,寒温不时,疲劳过度,情绪紧张等所致。张景岳说:“人之气血,犹源泉也,盛则流畅,少则壅滞,故气血不虚则不滞,虚则无有不滞者。”脾为后天之本,气血生化之源,培补后天之本的关键是“扶正”,使气血生化有源。如肝转移癌,病灶部位在肝,但从中医角度认为肝转移的病变在“脾”,如临床表现消瘦、乏力、腹胀、纳差等脾虚证候等。治疗上提倡益气健脾为主,辨证论治结合辨病用药,采用益气健脾理气抗癌法治疗原发中晚期肝癌,取得令人满意的疗效。该方以四君子为基本方加减,由生黄芪、人参、白术、云茯苓、八月扎、郁金、鸡内金、生麦芽、甘草等所组成。具有益气健脾、理气消导、化积抗癌的功效。能显著改善肝癌病人临床症状,延长生存期。现在研究发现,益气健脾中药,具有调节免疫功能、增强细胞因子活性、抑制肿瘤细胞端粒酶活性、诱导肿瘤细胞凋亡等作用。

2.4 清热解毒、抗癌法

毒邪的来源,有外感毒邪和内生毒邪。外毒多由感受的外界毒邪,即《内经》所谓五疫之毒,以及生物、理化因素,或一些特殊的毒物,如毒气、药毒、虫兽毒等。内毒是由脏腑功能失调、气血运行紊乱所致,机体一些病理代谢产物蓄积体内,致邪气亢盛,造成机体脏腑功能失衡,形成恶性循环。清热解毒药具有抗菌消炎、解热及改善症状作用,能解外源之毒及内源之毒——氧自由基、炎症介质对机体的损害,缓解中晚期癌症患者的发热、肿块增大、

局部灼热疼痛等症状。李老师采用“以毒攻毒,使邪毒有出路”的法则,常用半枝莲、半边莲、白花蛇舌草、草河车、金荞麦、白英、蛇莓、龙葵等药以清热解毒,消肿抗癌。

3 提倡辨证与辨病相结合

李老师认为,中医与西医是两个不同的理论体系,但在诊疗疾病中,二者存在着众多的结合点,临床中应有机地结合。西医辨病是对局部病变的认识,定位、定性明确。中医的辨证是对病因、病机、病位、性质等诸多因素结合分析后做出的证候诊断,具有整体观。采用辨证与辨病相结合,有利于诊断的准确性和疗效的可靠性,对肿瘤疾病尤其重要。肿瘤来源于宿主体内自身细胞,是人体 NICE 网络系统调节控制失灵和信息传递失误、错乱的结果,癌症患者始终处于 NICE 变动中的不平衡状态,表现为脏腑功能失调,阴阳气血紊乱。治疗癌症的最佳步骤是不断追踪某一时期癌症患者所处的不平衡的关键点,治疗以微调之:“虚者补之,调和阴阳,瘀则通之,养血活血,软坚散结,化瘀通络,热者清之,清热解毒抗癌”。但不要忘记顾护阴液,施治中均以扶正固本为基本原则,使机体潜在的调控作用获得再现,逆转改造癌细胞使其逐步改邪归正,或使其生长缓慢,走向衰亡,或呈人癌共存状态,使癌细胞不致于对人体产生最大威胁。可使生存期延长,生活质量提高。

4 病案举例

王某某,男,65岁,1996年11月27日初诊。腹胀、呃逆、有时右上腹隐痛10余天,乏力,消瘦,纳呆,大便溏,乙肝史26年。脉沉细,舌质暗、苔黄厚。CT、MRI、B超均提示肝右叶后上段见圆形低密度影,约 $3.2\text{cm} \times 1.8\text{cm}$,边界不清。生化检查结果:AFP $>160\text{mg/ml}$,CEA $:60\text{mg/ml}$,HBsAg(+),抗-HBc(+),HBeAg(-)。西医诊断:原发性肝癌Ⅱ期。中医诊断:脾虚肝郁。治疗:舒肝理气,培土降逆,活血化瘀,软坚散结抗癌。基本方:生黄芪30g,人参10g,白术10g,猪苓10g,半夏10g,青皮10g,代赭石30g,郁金15g,柴胡10g,枸杞子15g,菟丝子15g,女贞子15g,丹参30g,水蛭10g,三七粉^冲4g,天龙10g,蜂房6g,金荞麦30g,白花蛇舌草30g,鸡内金30g,生麦芽30g,焦三仙各10g,甘草10g。水煎服。另予金龙胶囊每次服4粒,每日3次。未行放化疗。随症加减治疗至今,体重增加2kg,精神好,饮食增加到每日约0.35~0.45kg。生存质量一直保持在80分。现能干一般家务活。2001年3月复查CT显示病灶较前增大 $5\text{cm} \times 4.7\text{cm}$,已存活6年。

(收稿日期 2002-12-26)

· 老中医经验 ·

刘渡舟辨治慢性肾小球肾炎主要症状的经验

陈 明

【摘要】介绍了刘渡舟辨治慢性肾小球肾炎主要症状的临床经验 (1) 水肿——燮理阴阳, 祛邪寓于扶正。(2) 蛋白尿——调理脾肾, 补益寓于祛邪。(3) 血尿——着眼湿热, 临证须分虚实。(4) 氮质血症——疏利三焦, 溃败邪毒为要。在对主要症状进行辨证时, 并结合辨病以遣方用药, 始能进一步提高疗效。

【关键词】慢性肾小球肾炎; 老中医经验

慢性肾小球肾炎为一常见病、疑难病, 临床主要表现为浮肿、蛋白尿、血尿、氮质血症等症。鉴于本病病因病机、临床表现的复杂性, 刘渡舟老师在辨治本病时, 常采用辨证与辨病相结合的方法, 对慢性肾炎所表现的主要症状进行中医辨证, 并结合辨病的经验而遣方用药, 以期提高临床疗效。

1 水肿——燮理阴阳, 祛邪寓于扶正

水肿是慢性肾炎的常见表现。刘渡舟老师认为, 慢性肾炎水肿虽多属于“阴水”的范畴, 但若遇到六淫等邪诱激, 亦可呈急性发作而表现为“阳水”。不论阴水、阳水, 总是水液郁积于体内, 从而导致阴阳失衡, 气血失调。其治疗当奉行《素问·汤液醪醴论》“去宛陈莖”的原则, 以祛除体内郁积的水液废料为先, 或发汗以“开鬼门”, 或利尿以“洁净府”, 调理阴阳, 使之趋于平衡。然而, 慢性肾炎水肿常常是病程较长, 反复发作, 往往具有“虚”的一面, 呈现出虚实夹杂、本虚标实的病机。因此, 在治疗上又要注意邪正的关系, 祛邪的同时注意固本扶正, 调补肺、脾、肾三脏, 以恢复其气化功能。

治疗阴水既注重渗利停积之水湿, 又要注意温通脏腑之阳气, 因此常以通阳化气、消阴利水为法。而在调理脏腑时, 根据临床又多注重温补脾肾。如下肢浮肿, 时轻时重, 伴大便溏薄, 畏寒气怯, 脉软肢冷者, 为脾阳虚水停, 以实脾饮加减; 若下肢浮肿见脉沉, 面色黧黑, 小便不利, 心悸头晕, 背恶寒者, 为脾肾阳虚水停, 常用真武汤加味; 若是尺脉沉迟

或细小, 腰酸脚弱, 小便不利者, 则为命门火衰, 水气不化, 用金匱肾气丸缓治为上。值得提出的是, 阴水虽多为阴寒, 然亦有湿热为患者, 表现为下肢浮肿, 时轻时重, 小便短黄, 舌苔薄黄腻, 脉虚滑等, 治当以清利湿热, 鼓动气化为法, 刘老师常用《医宗金鉴》中的当归拈痛汤(当归、茵陈、茯苓、白术、猪苓、泽泻、羌活、防风、人参、升麻、黄芩、甘草、苦参、知母、葛根、苍术)治疗, 屡有效验。

阳水之表现多是肿势较剧, 对其治疗, 刘老师通常用外散内利之法, 务使水道疏通。若通身水肿, 二便不利, 脉来浮滑, 其人体力不衰者, 用疏凿饮子。本方外散内利, 药效峻猛, 使用时要注意, 中病即止, 改用越婢加术汤或防己黄芪汤收功(越婢汤中炙甘草用量当少于麻黄, 以利后者充分发挥作用)。如若患者形气较差, 或年老体弱之人, 则外散内利的同时, 兼以固本, 以茯苓导水汤(茯苓、泽泻、白术、桑白皮、大腹皮、木香、木瓜、陈皮、砂仁、苏叶、麦冬、槟榔)治之最宜。

病案举例: 1. 包某, 女, 49岁, 1994年10月12日就诊。患者素弱, 4个月前, 下肢轻度浮肿, 时未介意, 后浮肿日趋加重, 并逐渐波及全身, 始去迎治, 经当地医院诊为“慢性肾小球肾炎”, 经用中西药治疗, 肿势渐减。因时值秋收秋种, 患者勉强劳作两日后, 水肿再起, 复迎医数次, 疗效不显, 今来请刘师为诊。刻下身面俱肿, 下肢尤甚, 按之如泥囊, 小便短少, 腰部酸楚不适, 倍觉乏力, 未及坐定便呼气短, 纳呆泛恶。舌淡, 苔白腻, 脉沉而弱。尿检: 蛋白++, 颗粒管型++, 红细胞5~7个/HP,

白细胞偶见。此阴水未愈,阳水又发之候。良由过劳伤中,脾虚不运,水湿内泛,上干肺娇,下壅肾关所致。本“急则治标”之意,先行外散内利。去宛陈莖之法,然又虑其体素弱,恐不任大伐,故选用茯苓导水汤治之:茯苓 30g,泽泻 15g,白术 10g,桑白皮 15g,大腹皮 15g,木香 10g,木瓜 10g,陈皮 10g,砂仁 6g,苏叶 6g,麦冬 9g,槟榔 10g。

服 7 剂,小便量增多,肿势顿挫,大便溏薄,日行 2 次,仍气短乏力,并有畏寒,两手指尖发凉,带下量多质稀,舌脉如前。此水邪已十去七八,惟脾肾阳气不振,气化不及,水湿残留为患,治当通阳消阴,化气利水,方用实脾饮加防己、黄芪。守方服 30 剂,水去肿消,诸恙皆瘥,尿检正常。后嘱服金匱肾气丸,以巩固疗效。

2 蛋白尿——调理脾肾,补益寓于祛邪

蛋白尿是慢性肾小球肾炎的主要临床表现之一,与脾肾二脏功能失调最为相关。盖脾主运化水谷精微,水湿困脾或脾虚不运,则精微不为全身而下陷,肾主蛰封脏腑精气,水气伤肾,肾失固封,则精微必然下漏于尿中。因此,紧紧抓住调理脾肾一环,是治疗慢性肾炎蛋白尿之关键。然如何调理?刘老师认为首先是补脾气,因脾执中央以灌四旁,脾土封疆,则水不泛滥,精微不散。正如《杂病源流犀烛》所说:“试观江湖河海,未有不载于土上,行于土中者。故其水得土之冲气,而足为蛟龙之所潜藏……亦可知肾之蛰藏,必藉土封之力。”其次,应注意祛邪。蛋白尿虽有虚象存在,但其虚亦非责之于正气虚,而是由邪气困正、伤正所致,邪不去则正难安,故治疗中应以补益与祛邪并重,切不可专事补涩,否则,越补邪气越恋,越涩病情越重,关门留寇,病终难愈。同时,在行补时,亦重在助其脏用,而非一味补其脏体,从而因势利导,充分调动脏腑之生化机能,以提高其抗病能力。基于此,临证治疗蛋白尿时,刘老师多采用健脾益气、利湿化浊之法,俟邪去正孤、蛋白仍有渗漏者,再以固肾收涩法治之。临床常用参苓白术散加白豆蔻、焦三仙、泽泻、芡实等。伴有浮肿者合五皮饮,或用防己黄芪汤合五苓散。

病案举例:2、张某某,男,56岁,干部,1994年11月23日就诊。患慢性肾炎2年余,蛋白尿长期居高不下,曾在北京某大医院诊为“慢性肾炎肾病型”,迭经医治,终无起色。就诊时患者下肢轻度浮

肿,尿检:蛋白+++ ,颗粒管形++。血检:胆固醇12.2mmol/L,血红蛋白90g/L。面色黄白,腰酸乏力,小便短少,口干不欲饮,舌质淡,苔厚略腻,脉左滑右濡。病人出示旧服处方,皆为滋补固涩一辙。刘老师说:此湿浊内阻、脾气不健之候,纯事止涩则使邪恋不去,故前医取效缓慢。治当分利湿浊,健运脾气为法,以参苓白术散加味:人参10g,茯苓30g,炒白术15g,炙甘草6g,淮山药30g,白蔻仁10g,砂仁6g,焦三仙各10g,莲子肉15g,炒扁豆10g,桔梗6g,茜草10g,泽泻20g,芡实12g,陈皮10g,生薏苡仁30g。

服7剂,尿蛋白减为++ ,颗粒管型+ ,尿量较以前增多。药已中鹄,继服14剂,尿蛋白减为+ ,颗粒管型偶见。下肢仍轻度浮肿,近2日稍有劳累,两眼睑晨起微肿如卧蚕,动则汗出,乏力,舌淡苔白、脉沉。遂改用防己黄芪汤加味:防己15g,生黄芪30g,白术15g,茯苓30g,泽泻20g,桑白皮10g,炙甘草6g,生姜3片,大枣5枚。

服20剂后,尿检蛋白转为阴性,血红蛋白升为110g/L。嘱服八珍丸以善其后。以后连续4周尿检均为阴性。

3 血尿——着眼湿热,临证须分虚实

在慢性肾炎的发展变化中,有相当一部分患者浮肿并不明显,而主要表现为持续性肉眼血尿或镜下血尿,治疗颇为棘手。刘老师认为,慢性肾炎尿血与下焦湿热密切相关,多是湿热伤及肾与膀胱血络所致,正如《金匱要略》所说:“热在下焦者,则尿血”也。其表现有实证,有虚实夹杂证。若湿热下注伤肾,迫血妄行,可表现为严重肉眼血尿如洗肉水状或咖啡样,或见镜下红细胞满视野,并伴有一系列湿热证。治当以清利为法,方用小蓟饮子;若由于肾阴不足,湿热稽留,损伤血络而尿血,则往往表现为镜检红细胞多,小便短赤,并可伴见心烦,失眠,舌红少苔,脉细数。治应育肾阴、清湿热并施,猪苓汤为常用之方。刘老师在多年的临床实践中,善用猪苓汤治疗血尿。方中药物有补有利,但药性缓和,补而不滞湿,利而不伤阴,既可清下焦湿热,又可滋少阴之源,切合慢性肾炎尿血湿热伤肾之病机特点。仲景立猪苓汤,为阴虚水热互结而设。刘老师认为,肾阴同肾阳一样,在肾主水中发挥着重要作用,但肾阴虚与肾阳虚所导致的水液病变类型不同,一方面,阴虚导致停水,另一方面肾阴虚不能

上济心火,又能产生内热,停水与内热相互搏结,形成了水热互结这一特殊病理结果。猪苓汤有育阴清热利水的作用,又有止血之功能,用于慢性肾炎尿血阴虚水热互结型,正为适宜。

需要指出的是,慢性肾炎尿血不宜使用止涩之品,否则易致血瘀于内,反使出血加重,或生变证,诚如《医学心悟》所说:“凡治尿血,不可轻用止涩药,恐积瘀于阴茎痛楚难当也。”慎之!慎之!

病案举例 3、贾某,女,24岁,工人,1995年5月24日就诊。患慢性肾炎半年余,腰痛,小便不利,眼睑浮肿。尿检:红细胞250个/HP,蛋白++,白细胞10个/HP。伴小腹坠胀,口渴,心烦,失眠多梦。视其舌红少苔,按其脉细数。显系肾阴亏损,湿热下侵之候,治应滋肾阴,清湿热,为疏猪苓汤加味:猪苓20g,茯苓30g,泽泻20g,滑石15g,阿胶10g^{烔化},女贞子10g,旱莲草15g,白茅根30g,半枝莲30g,茜草10g。

服7剂,尿检:红细胞减为150个/HP,蛋白+。眼睑肿消,舌脉如前。守方继服14剂,尿检:红细胞15个/HP,蛋白±。上方去半枝莲、茜草,更服10剂,尿检阴性,诸症悉平。

4 氮质血症——疏利三焦,溃败邪毒为要

氮质血症是肾功能不全的表现,由慢性肾炎逐渐发展而来,若不及时治疗,可很快向尿毒症阶段转化。刘老师认为,本证为湿毒壅滞三焦,肺脾肾功能俱损所致。湿毒壅滞,三焦气化不利,使肺失宣降;“水之标”遏;脾失健运;“水之制”溃;肾失蒸腾;“水之根”摇。表里升降出入之机弛废,邪毒泛溢全身。本证虽有虚候,然亦非正气本虚,实为邪盛伤正使然。于此之时,当行祛邪以扶正之法,以溃败三焦邪毒之主,自拟荆防肾炎汤(荆芥、防风、柴胡、前胡、羌活、独活、桔梗、枳壳、半枝莲、白花蛇舌草、生地榆、炒槐花、川芎、赤芍、茜草、茯苓)出入。本方为荆防败毒散加减而成,方中巧妙地使用对药。荆芥、防风发表达邪,有逆流挽舟之用;柴胡、前胡疏里透毒,以宣展气机为功;羌活、独活,出入表里;桔梗、枳壳,升降上下;半枝莲、白花蛇舌草化湿解毒;生地榆、炒槐花溃邪止血;更用川芎、赤芍、茜草、茯苓入血逐邪,以祛血中之湿毒。本方执一通百,照顾全面,为疏利三焦表里上下升降出入之代表方。用之则使三焦畅,气血利,表里通,上下达;“大气一转,其气乃散”而“五脏元真通畅,人即

安和”。

病案4、杨某某,男,28岁,农民,1995年3月8日就诊。患者于3年前患慢性肾炎,常因感冒、劳累使浮肿、腰痛反复发作,经多方治疗,效果不彰。近半个月来,浮肿加剧,以下肢为甚,小便短少,腰区酸冷,纳差,腹胀,肢软,便溏,时有咽痒、咳嗽,面色晦暗不泽。尿检:蛋白++,红细胞20个/HP,白细胞少许。血检:BUN 19.5mmol/L, Cr 335.5μmol/L, CO₂结合力 17.1mmol/L, ChO 8.2mmol/L, Hb 80g/L。舌苔厚腻,脉滑略弦。治应溃邪解毒,通利三焦。予荆防肾炎汤:荆芥6g,防风6g,柴胡10g,前胡10g,羌活4g,独活4g,枳壳10g,桔梗10g,半枝莲30g,白花蛇舌草15g,生地榆15g,炒槐花12g,川芎6g,茜草12g,赤芍10g,茯苓30g。

服用14剂,浮肿明显消退,小便量增多,诸症减轻。血检:BUN 14.2mmol/L, Cr 273.7μmol/L。尿检:蛋白+,红细胞少许。药已中鹄,更服21剂,浮肿尽退。血检:BUN 6.9mmol/L, Cr 167.8μmol/L, ChO 4.2mmol/L, CO₂结合力 24mmol/L, Hb 105g/L。尿检:蛋白±。舌淡苔白微腻,脉软无力。此大邪已退,正气来复之象,将息以参苓白术散10剂,诸恙皆癒。

(收稿日期:2002-06-25)

全国中医、中西医结合治疗男科病 进修班报名通知

为了加强中医、中西医结合医务人员知识更新,经国家中医药管理局的批准,北京中医药学会拟于2003年9月份在京举办全国中医、中西医结合治疗男科病进修班(该班为国家继续教育认可项目)。现将有关事项通知如下:

1、对象:中医、中西医结合治疗男科病工作的医务人员或相关科室。

2、学期:8天,24学分。

3、学费:750元,学费,报名费50元,合计800元。食宿由学会统一安排,费用自理(住宿费45~70元/日)。

4、报名时间:请于2003年7月1日之前将报名表寄北京东单三条甲七号北京中医药学会,并宏伟收,邮编:100005,联系电话:65223477,具体开学时间另行通知。

北京中医药学会
2003年1月30日

· 老中医经验 ·

孙桂芝辨证治疗中晚期胃癌的经验

石怀芝

【关键词】 胃癌； 健脾益肾； 老中医经验

中国中医研究院广安门医院肿瘤科主任、主任医师、博士生导师、北京中西医结合学会肿瘤专科委员会副主任委员孙桂芝教授,从事中西医结合治疗恶性肿瘤 40 余年,治学严谨,经验丰富,疗效显著。笔者有幸从师侍诊,闻其教诲,颇有心得。现将导师辨证治疗胃癌方面的经验整理如下。

1 学术思想

胃癌是涉及整体的全身性疾病的局部表现,是由于长期饮食不节,情志失调,劳倦内伤或感受外来邪毒引起机体阴阳平衡失调,脏腑经络功能失常,出现食滞、气滞、血瘀、痰结、邪毒内壅等一系列病理性改变,最终导致胃脘疼痛、反胃、痞积而形成肿瘤。病之初期多由情志郁闷,肝气不舒,饮食不节,损伤脾胃,致肝胃不和。随着病情迁延发展,久则气阴耗损,气血亏虚,病情加重,实属胃癌晚期(患者求医时已多属中晚期)。孙教授根据胃癌的病理基础是气滞、血瘀、痰结的特点,认为本病属本虚标实之证,气滞、血瘀、痰结是标,脾、胃、肾虚是本。治疗本病始终坚持健脾益肾、扶正祛邪的指导思想,对临床有重要指导意义。

2 辨证治则

孙教授根据多年的临床经验,针对不同胃癌分期及证型,采用中西医结合治疗,对术后或失去手术机会的中晚期病人,采用健脾益肾法,佐以抗癌中药,取得了较理想的疗效。常用药有:太子参、炒白术、茯苓、炒陈皮、生黄芪、当归、桑椹、炒何首乌、鸡内金、生麦芽、血余炭、白芷、虎杖、藤梨根等。对肝胃不和者加白芍、柴胡、佛手、香橼、八月扎、白梅花、炒枳壳以疏肝和胃,理气止痛;胃热伤阴者加麦冬、石斛、天花粉、生石膏、知母以滋阴清热,益胃和中;痰湿凝结者加半夏、竹茹、枳实、石菖蒲、藿香、

砂仁、生苡仁、白蔻仁化痰散结,温化中焦;脾胃虚寒者加人参、干姜、桂枝、小茴香、炙甘草以温中散寒,健脾和胃;气阴双亏者加黄芪、肉桂、白芍、熟地、枸杞子、女贞子、山药、山萸肉、阿胶以健脾益肾,养血安神。经治疗后,显示症状好转,生活质量提高,并有一定的抑制肿瘤生长、复发或转移的效果。

3 病案举例

患者任某某,男性,36岁,北京市房山区农民。于1990年11月29日突感上腹部疼痛恶心,黑便2次,伴心悸、气短、乏力而急诊入院,查体:T37.1℃,P102次/min,Bp100/60mmHg。急性病容,痛苦状,贫血貌,面色苍白,睑结膜、甲床苍白,表浅淋巴结无肿大,腹部软,肝脾未触及,剑下压痛(+),无反跳痛,脉沉细数,苔薄白舌质淡。辅助检查:血常规:WBC:12×10⁹/L,N:80%,L:20%,Hb:46g/L。便潜血实验(+++)。胃镜示:胃小弯4cm×4cm溃疡、渗血,疑为胃癌。即行胃大部切除术,术中见肿瘤已侵犯浆膜,局部粘连,胃小弯及胃窦下部可触及多个肿大淋巴结。术后病理:胃小弯幽门区平滑肌肉瘤,肿瘤大小约4.3cm×4.3cm×2.5cm,表面溃疡形成,淋巴结转移2/8。术后一个月行ACP方案化疗1个周期。中医辨证属气血双亏型。治则健脾益气,养血安神,佐以抗癌。方药:太子参15g,炒白术15g,生黄芪30g,茯苓15g,生地15g,当归10g,紫河车5g,血余炭10g,白芷10g,炒蜂房6g,鸡内金20g,生麦芽20g,山萸肉10g,虎杖15g,藤梨根30g。每日1剂,分2次服用。患者先后化疗6周期,中药健脾益气,佐以抗癌,随症加减,坚持治疗。加味西黄丸每日3次,每次2粒口服。1993年1月8日复查未见异常。胃镜:吻合口小弯侧粘膜充血水肿未见溃疡。病理:胃粘膜组织中度慢性炎症,部分粘膜上皮呈绒毛状增生。患者无自

觉症状,食量每天 0.4~0.5kg,体重增加 7Kg,体质良好可参加重体力劳动,随访至今已健康生存 12 年。

4 体会

中晚期胃癌术后 2 年内约有 1/3 患者因复发或转移而死亡,5 年存活率不足 40%。孙教授运用中医健脾益肾法结合化疗治疗中晚期胃癌,在总结 669 例中,有 94.4% 患者能顺利完成化疗疗程,明显减轻了化疗毒副反应,提高了免疫功能,改善了体质,与对照组比较,中药组明显好于对照组。随访远期疗效,Ⅲ期胃癌 5 年生存率达到 53.4%。中

医认为,脾胃为后天之本,气血生化之源。健脾益气和胃,能提高脾胃运化功能,使气血生化有源,则机体抗病能力增强,这与中医“有胃气则生,无胃气则死”的道理一致。在临床实践中深刻体会到,正确的辨证,合理的用药,坚持综合治疗的方法,能有效地提高生存率,减少复发和转移率,减轻病人的痛苦,提高生活质量。

致谢 本文承蒙中国中医研究院广安门医院孙桂芝教授指导,在此深表感谢!

(收稿日期 2003-02-20)

· 老中医经验 ·

施志明治疗肺癌常用药对简介

韩建宏¹ 冯新格²

【关键词】 肺癌; 对药; 老中医经验

施志明是上海中医药大学附属龙华医院肿瘤科主任医师、博士生导师,从事中医药治疗恶性肿瘤的临床与科研工作 20 余年,积累了丰富的临床经验,尤精于对原发性支气管肺癌的治疗,认为在肺癌的治疗中当以扶正为第一要义,同时辅以祛邪抗癌之品,并善于依据辨证与辨病应用一些药对对某些病证进行针对性治疗,疗效颇佳。兹将从师所学治疗肺癌常用药对简介如下,以飨同道。

1 寒热相合 求同制偏

1.1 女贞子、山茱萸

肺癌患者迭经手术、放疗、化疗,易耗气伤阴,且患者多年老体虚精亏,故肝肾阴虚之证常见,如乏力倦怠、腰膝酸软、夜寐欠安、舌红少苔、脉细弱。师选女贞子以“补中,益肝肾,安五脏,强腰膝”,选山茱萸以补益肝肾并固摄精气。两药中女贞子性凉,山茱萸性温,合而入方补肝肾而性平和,既无燥热伤阴之弊,亦无寒凉滋腻碍胃之虞,实为平补肝肾之佳品。

1.2 姜半夏、姜竹茹

半夏性偏温热,善化湿痰止呕;竹茹性偏凉,而长于清利热痰止呕。两药姜制可增强和胃止呕之功,相配寒热合用而性平,化痰和胃止呕之力益彰。用于化疗前或化疗中之健脾益气或益气养阴方中,以预防和减轻化疗引起的胃肠道反应如恶心、呕吐等,每获良效。

1.3 麻黄、射干

麻黄、射干相伍出自《金匱要略》中射干麻黄汤,张仲景以之治疗“咳而上气,喉中如水鸡声”。师取其用治肺癌痰饮阻肺、肺气上逆而见喘促、喉中痰鸣者,疗效显著。其中,麻黄辛温宣散肺气,轻清上浮专疏肺郁,宣泄气机;射干苦寒其性善降,具降气化痰散结之功。两药相合,一散一降,一开肺气,一化痰散结,一辛温,一苦寒,使散而不过,寒而不凝。此两药相伍顺乎肺之宣肃本性,使郁闭解,痰结化,而喘鸣除。

1.4 苏子、地龙

苏子辛温具降气化痰、止咳平喘之功;地龙性咸寒而具清热平喘通络之功。师每以二药蜜炙以

作者单位 1. 20032 上海中医药大学 2000 级研究生

2. 201300 上海市南汇区中心医院

加强润肺之功,两药相合寒热互制,而无偏胜之弊。于临证中以此两药用于肺癌痰阻肺络、肺失肃降、咳嗽喘促之症,以之降气化痰,解痉平喘。

1.5 半夏、黄芩

此配伍出自《伤寒论》。其中黄芩味苦性寒,苦能燥湿,寒能清热,为清热燥湿泻火解毒之品;半夏味辛性温,辛可散结消痰,温可温化痰湿。两药合用,一温一寒,辛开苦降,用于肺癌证见痰热互结者,药证合度。

2 主辅结合 相使为用

2.1 石斛、芦根

肺癌患者在化、放疗中常会出现口燥咽干、舌干少津等伤津之症。胃阴伤而津液亏,津不润则见口燥咽干。“燥者濡之”,师选石斛益胃生津,滋阴而除热,配以鲜芦根增强清热除烦、生津止渴之功。两药相伍则胃阴益,津液生,烦渴止。

2.2 石韦、大枣

现代医学研究证明,石韦具有升白细胞的作用,大枣性甘温,补中益气,养血安神。二药相配可加强其升白细胞的作用。师以之治疗肺癌患者在化疗中出现的骨髓抑制,白细胞下降,疗效可靠。

2.3 刀豆子、降香

在临床中肺癌伴横膈转移者常出现呃逆不止,师以刀豆子与降香相伍以治之。刀豆子《本草纲目》载其“温中下气,利肠胃止呃逆,益肾补气”;降香不仅有活血散瘀、止血止痛之功,且具辟秽化浊和中止呕之能。两药相伍,降香散瘀化浊止呕,能增强刀豆子降逆止呃之力,故验之临床,每获良效。

2.4 乌梢蛇、葶草

肺癌患者在治疗中常会出现皮肤瘙痒,并可见红色丘疹,盖因邪毒流窜,阻滞经络,气血不畅,皮肤失荣,加之风湿之邪外袭。师以乌梢蛇祛风湿而通经络,配葶草以解毒,使风湿去,经络通,邪毒解,气血和,则肌肤荣,瘙痒止。

3 同气相求 力专效宏

3.1 黄精、制首乌

肺癌患者经放、化疗常出现骨髓抑制,而见白细胞、血小板下降。师认为脾为气血生化之源,肾主骨生髓,辨证当属脾肾两虚。故以黄精补脾气,益脾阴,润肺滋阴;首乌补肝肾益精血。两药配伍补脾气,益脾阴,滋肝肾而养精血,故以之治疗肺癌证属脾肾两虚者,既可升白细胞、血小板,久服又不滋腻碍胃。

3.2 生半夏、生南星

天南星、半夏均属天南星科植物的块茎,而具消痞化痰散结之功,均为有毒之品。但半夏善治脾胃之湿痰,南星辛散之功胜于半夏,善治经络之风痰,其散结消痞之力强。南星、半夏相配且生用,则化痰散结之力非一般药物可比。肺癌的形成发展与痰浊淤阻肺络密切相关,脾虚水湿不化,肺虚不能通调水道,津聚为痰,痰浊阻滞经络,日久而成积。故化痰散结为治疗肺癌的重要方法。经曰:“能毒者以厚药,不胜者以薄药”。凡肺癌证脾虚痰阻、正气尚耐攻伐者,均可用之以化痰散结。但终属有毒之品,临床应谨慎使用。

3.3 石上柏、石见穿

石上柏学名深绿卷柏,性平味苦,具清热解毒、活血利湿之功;石见穿为唇形科植物紫参的全草,具有活血止痛之功。两药相伍活血解毒之功彰,抗肿瘤之力宏。我们在临床中发现,肺癌患者有相当部分舌质紫暗,每有瘀血征象,同时现代医学研究也表明,血瘀证在肿瘤患者中广泛存在。师于临证中在辨证与辨病的基础上将两药广泛用于肺癌的治疗中,收到良好的疗效。

3.4 猫人参、葶苈子

猫人参为猕猴桃科植物锡合猕猴桃的根,具有清热解毒的作用,而且可强壮利水,配葶苈子泻肺平喘而利水肿。相配利水的作用更强,师每以两药与益气养阴药合用治疗肺癌伴胸腔积液者,有一定疗效。

3.5 鸡内金、谷麦芽

由于肺癌的病因多样,病机复杂,故处方每集寒热攻补于一方,药味多而疗程长,且中药多以口服经胃肠道吸收,因而在治疗中顾护胃气有重要意义,故师在处方中时时不忘顾护胃气,于方中惯加鸡内金、谷麦芽。鸡内金生发胃气,健脾消食;谷麦芽疏肝解郁,启脾开胃。两药相伍启脾之力增强,生长胃气,疏调肝气,开胃口增食欲。既可促进其他药物的吸收而发挥药效,又可生发胃气而运化五谷精微以资养五脏。师基于肺癌病机以正虚为本、邪实为标的认识,在治疗中以扶正祛邪为要法,将辨证与辨病相结合,传统药性与现代研究相结合。按照“损者益之,燥者濡之,坚者消之,结者散之”的原则选用药对,在肺癌的治疗中达到改善症状、提高生活质量、延长生存期的目的。

· 老中医经验 ·

单兆伟治疗复发性消化性溃疡的经验

何 镔

【关键词】 消化性溃疡； 老中医经验

单兆伟是南京中医药大学教授、博士生导师，江苏省脾胃病专业委员会主任委员，主任医师。单老师擅长脾胃病诊治，多年来致力于消化性溃疡抗复发的临证治疗与研究，疗效满意。现将单老师治疗复发性消化性溃疡的经验介绍如下。

1 虚实夹杂为标，脾气虚弱为本

消化性溃疡属中医学“胃脘痛”范畴，有时类似“吐酸”、“嗝气”等证，现统称“胃疡”，临床多按胃脘痛进行辨证治疗。单老师认为，其病因主要有情志所伤、饮食劳倦等，病亦在胃，与肝脾密切相关。忧思恼怒，七情刺激，肝失疏泄，横逆犯胃；或脾气郁结，纳化失常，或饮食不节，或饮食偏嗜，损伤脾胃；或湿热蕴结中焦，胃膜受损等；长期体力或脑力劳动过度，伤脾耗气，运化迟滞，气血失畅，胃膜失滋，均可致溃疡发生。具有由气及血、由实转虚、寒热转化或寒化伤阳或热化伤阴等病机特点。临床多表现为虚实夹杂之证。胃疡病复发实为本虚标实、湿热、气滞、血瘀等邪实兼夹并现，然标实终因中虚而生，必以脾胃虚弱为本。故健脾助运为治疗大法，或佐以清化，或兼以行气、活血，随证辨治，收效显著。

2 分证论治有别，辨证辨病互参

对于本病，诸多医家有不同的分类治疗。单老师认为，胃疡病虚实夹杂，脾虚为本，健脾助运当是治疗本病的根本大法。但胃疡病在病变的过程中，常出现病机上的转化与演变，故仍须根据气血津液及脏腑辨证理论进行辨证论治，临证常见肝胃不和、湿热气滞、脾胃虚寒、胃阴不足和瘀血停滞五种证候。胃疡病活动期以中虚湿热最为常见，愈合期则多表现为中虚气滞，胃疡愈后则表现为脾胃虚弱或胃阴不足证，溃疡反复发作，病程日久者，可见瘀血停滞。故胃疡病治疗必须注意病机的演变，临证

做到方随证转，药随证变，在此基础上，结合病证的不同表现，在主方辨证的基础上，结合辨病治疗，疗效更优。肝胃不和者治宜疏肝理气和胃，方选柴胡疏肝散加减；湿热壅滞者治当清化湿热，方用平胃散加味；脾胃虚寒者治宜补中益气，方选补中益气汤或香砂六君子汤加减；胃阴不足者当养阴益胃，可用沙参麦冬汤。然无论肝郁，或湿热，或瘀血，均当佐以健脾益气。

3 健脾助运为治，护膜抑酸同用

单老师认为，胃疡活动期多为肝胃不和及湿热壅滞的实证，溃疡愈合期多为脾胃虚寒和胃阴不足的虚证，或为中虚气滞证。胃疡多次复发，病程日久可见瘀血停滞、脾胃虚弱、肝郁气滞之象。胃疡多次复发治疗在健脾助运益气基础上，常宜以疏肝理气、活血化瘀为治，以达防病治病之效。

消化性溃疡的形成是由于胃、十二指肠粘膜的防御因子和攻击因子的平衡失调所致，当对胃肠粘膜的攻击因子超过防御因子时，就会发生胃疡病。因此，单老师临证用药护膜与抑酸同用（护膜药，选用凤凰衣、木蝴蝶、白芨等；抑酸药，属寒者用煅乌贼骨、白芨，属热者用瓦楞子、白芨等），护膜可加强粘膜的屏障作用，抑酸则减弱了粘膜的损伤因素，两者均能促进溃疡面的愈合，且能止血、止痛。临床应视溃疡部位不同而各有侧重：胃溃疡以护膜为主，活动期辅以抑酸；十二指肠溃疡则以抑酸为主，佐以护膜。正确运用上述诸法，一则加快溃疡的愈合，二则减少了溃疡的复发率。

4 益气清化除 HP，生肌敛疮愈腐

幽门螺旋杆菌（HP）是一种重要的致病因素，与溃疡病的发生密切相关。有效治疗 HP 感染，根除 HP 是治疗溃疡病的主要方法。中医认为 HP 属“邪气”范畴，其病因病机不出本虚标实两端，脾胃虚弱，正气不足为其本，热郁、湿阻为其标，在宏观与微观辨证相结合的基础上，以扶正祛邪为基本原

则立益气健脾、清热除湿之法。适当佐用清热解毒,且有杀菌、抑菌作用之中药,以冀提高疗效。脾胃之气不虚,则 HP 也无以生存,或即使存在也不易致病。治疗 HP 感染性溃疡常以益脾健胃与清化湿热同处而收显效,并以此配伍为准则研制了清幽养胃胶囊(药用党参、黄芪、黄芩、仙鹤草、薏仁等),临床观察副作用小,安全可靠,复发率低。

消化道溃疡是消化道粘膜的保护因素和损害因素失调所致的疾病。单老师将西医的发病机制与中医的辨证用药相结合,辨病辨证互参,治疗上突出体现生肌敛疮护膜愈疡之法,加强粘膜的保护屏障作用,运用凤凰衣、木蝴蝶、白芨、三七等生肌敛疮、活血止血,促进溃疡愈合,减少复发。

5 变证必以变治,选药务重禁忌

胃病每因饮食不节、情志失调或过劳等诱发,变证迭出,可见出血、穿孔等并发症,亦可因手术治疗而引起诸多后遗症,证型多变,务必明辨而治。

对出血变证,每须紧扣溃疡之病机特点,予以治气、治血、治火并进。单老师认为:溃疡出血,补摄治气为主,抑酸、护膜为次,凉血其佐也;穿孔变证,重在诊断,除急诊手术外,可以大柴胡汤保留灌肠或口服,理气通腑减胃压,促进胃肠功能恢复。手术后遗症者因手术伤络,失血耗气,当以气虚血瘀为病机特点,益气活血为治疗常法。

单老师认为,消化性溃疡治以甘温补虚,选药宜温而不燥,补而不腻;一忌辛燥,二忌苦寒。忌辛燥者有二:一以辛燥走窜,易伤络动血而诱发出血;

二以胃属阳土,体阳用阴,喜湿恶燥,其病理多为阴常不足,若复辛燥伤阴,则胃无以用也。忌苦寒则缘于苦寒败胃,犯虚虚之戒也,纵有湿热壅滞者宜清化,然湿热之根在于中土不运,苦寒燥湿,固能治标,亦能败土,中土不运,湿热难除也。

6 注意生活调护,预防溃疡复发

消化性溃疡属于典型的身心疾病,情志不遂、饮食不节、劳逸失度等均可导致溃疡发生或复发,故生活调摄在溃疡病的预防和治疗中起着重要的作用。单老师强调生活调摄有三大原则:

一为调节情志。精神紧张、焦虑、恐惧、失眠等精神因素易导致本病的发生。七情刺激,肝失疏泄,可横逆犯胃,或中土本虚,易遭木乘。故平素应注意避免精神过度紧张,保持乐观、愉快的心情。二为饮食有节。烟、酒、茶、咖啡以及油炸、辛辣等食品,不仅直接损伤脾胃,耗伤阴津,而且辛辣甘肥积于胃肠,可化生湿热,壅滞肠胃(这些食品均能刺激胃酸和胃蛋白酶分泌增加,致使胃和十二指肠粘膜被过多的胃酸自我消化)而导致溃疡加重或复发,故当慎之。饮食宜选用刺激性少的食品,如豆浆、面粉、瘦肉、鱼等,崇尚荤素搭配,饮食规律,定时定量。三是劳逸结合。过劳虽耗气伤脾,但适当的活动则有利于气血畅行,脾胃健运。故应劳逸有度,注意休息。适当参加体育锻炼,以增强体质,如太极拳、气功等运动,对胃病的愈合及预防复发均有一定的效果。

(收稿日期 2003-01-03)

全国中医、中西医结合诊治肺系疾病高研班报名通知

为了加强中医、中西医结合医务人员知识更新,经国家中医药管理局批准,北京中医药学会拟于 2003 年 9 月份在京举办全国中医、中西医结合诊治肺系疾病高研班(该班为国家继续教育认可项目)。现将有关事项通知如下:

1、对象:中医、中西医结合诊治肺系疾病工作的医务人员或相关科室。

2、学期:8 天,24 学分。

3、学费:750 元,学费、报名费 50 元,合计 800 元。食宿由学会统一安排,费用自理(住宿费 45~70 元/日)。

4、报名时间:请于 2003 年 7 月 1 日之前将报名表寄北京东单三条甲七号北京中医药学会,并宏伟,收,邮编:100005,联系电话:65223477,具体开学时间另行通知。