

· 面向 21 世纪的中国传统医学 ·

对中医基础理论研究的思路

沈自尹

辨证论治是中医学区别于现代医学及其他传统医学的一大特色。中医基础理论研究的“八纲”及“脏象”学说的研究,也都要通过“证”来体现。

由于中医的辨证方法不同,对于“证”也有不同的理解。从历史上看,汉代张仲景的《伤寒论》是“有是证用是方(汤)”,如桂枝汤证、小柴胡汤证,在《金匮要略》也是按方剂以辨证,当时方剂组成原始是来自经验方,以求效为主,故称之为方剂辨证。日本崇尚汉方,按照汤证相符或方证合一的证而论治,五苓散证或小青龙汤证,五苓散或小青龙汤是一组药物群(方剂),药物群应与症候群(证)相对应,这在日本应用得最为普遍,全国有数百种以汤剂命名的颗粒冲剂以供医生使用,这就影响到进行“证”研究工作的学者,如 70 年代的熊谷朗认为中医治疗的基础决定于“证”,证和方剂尽管用词不同,但终归取决于一元论。将在多种疾病中具有“少腹急结”(右髂窝压痛)的桃核承气汤证(治疗血证的方剂)女性患者 29 例,与女性的健康人 25 例进行血粘度与血脂等测定的对比研究,结果患者组比健康组显著增高。在给予桃核承气汤,发现在血粘度趋向正常化的同时,症状亦好转,可见对“证”的现代解释是手段,而研究方剂的药理是目的。80 年代起,日本一些无法进行临床证的研究的学者着眼于从遗传学角度研究“证”,而人体的遗传学研究既费时又取材困难,故多采取传代或转基因动物模型。木村正康将糖尿病模型的传代鼠中乙酰胆碱(ACh)反应低类型与反应高类型同类自行交配,不断传代至第 14 代,两种模型已分化明显,以 ACh 反应高的为虚寒型, ACh 反应低的为虚热型。采用附子及其有效成分和生地及其有效成分均可使虚寒型、虚热型 ACh 反应相应得到改善,如此是病同证异的病证结合模型,可惜未能得到遗传学方面的认可,因传代要二十几代才有意义。荻田善一根据机体对药物应答的不同及病态变化推测病证的存在,亦就是药物验证的思路,还应用遗传工程技术移入特定基因得到转形变异动物,造成证的模型,已培育了八味地黄丸、黄连解毒汤及灵芝等证的模型小鼠,进一步对八味地黄丸的作用进行遗传药理学研究,对小鼠肾上腺(雄激素和甲状腺激素的靶器官)多激素调节系统

进行了分子生物学分析,可是迄今为止,肾上腺受多激素调节与基因受到怎样的调控还不清楚。

脏腑辨证导源于《内经》,《内经》产生在周秦时代阴阳五行学说盛行之际,《内经》把它同医学相结合,富含哲理,《内经》的脏腑辨证是按“藏(脏)居于内,形见于外”,从患者的外象来推论“证”,与方剂辨证认识不同,是由于不同学术渊源所致,其实可以择其长处而合流。我国从 50 年代起从脏腑辨证着手,对“证”的研究是通过“形见于外”探求“藏居于内”的本质,采用对比的方法,找出事物的“异中之同或同中之异”,无论是“肾阳虚证”、“脾虚证”、“心火旺证”、“肝火旺证”、“心气虚证”、“肺气虚证”等基本上循着以下三个条件进行:(1)设立统一辨证标准,以利于选择典型而无其他证的夹杂,从而得出明显结果。(2)证是出现于各种病中,设立同病无证的患者加以对比,以除外病对各项检测指标的影响。(3)证的动态改变应有相应指标改变,应用典型方药治疗可见相应指标改善(即药物验证)。

“证”的研究的难点在于:(1)证是一种功能态,它是动态的,可以发展、可以转化。(2)证的概念应用亦较混乱,灵活性大,辨证可因人而异,只有凭医生的分析概括水平。(3)难以定性、定量,更难以定位。

以肾本质的研究为例,起步于 50 年代末,首先建立了统一辨证标准,从异病同治的研究途径,发现肾阳虚患者普遍有尿 17 羟值低下,经国内 7 个省市及日本高雄医院等研究单位的重复验证。从肾上腺皮质功能往上追溯,采用 60 年代能反应下丘脑—垂体—肾上腺轴这 3 个层次最先进的指标,在正常组、肾阴虚组、肾阳虚组做全套测定的对比研究,得出了肾阳虚证具有下丘脑—垂体—肾上腺皮质轴功能紊乱的结论,实现了科学研究中的可测量性(定量)和可重复性(定性)。70 年代对肾阳虚证设立了同病异证组,在性腺轴和甲状腺轴上的对比研究,都显示肾阳虚证者的功能紊乱,由于 3 轴都累及,故可推论肾阳虚证的主要发病环节在下丘脑,这是一个初步定位的结论。80 年代起老年大鼠(老年是生理性肾虚)的药物验证实验中,证明补肾药明显提高了下丘脑中双氢睾酮受体亲和力,提供了补肾药可直接作用于下丘脑证据之一。90 年代在用外源性皮质酮造成下丘脑—垂体—肾上腺—胸腺(HPAT)轴受抑模型(模拟肾阳虚功能状态)上,补肾药右归饮可使下丘脑室旁核促肾上腺皮质激素释

放激素(CRH)神经元与正中隆起 CRH 神经纤维均明显增加,而且右归饮主药附子的主要成分乌头碱可使下丘脑室旁核与正中隆起的 CRH 含量明显增加,提供了补肾药可直接作用于下丘脑证据之二。最近,采用 3 类复方(补肾、健脾、活血)在皮质酮大鼠模型上,观察到 3 个药物组唯有补肾药能明显地提高已受抑的下丘脑 CRH m-RNA 的表达量,从而调节了 HPAT 轴受抑状态,至此可以说肾阳虚证的主要调节点定位在下丘脑,也可以说是攻克了一个难点。归纳其“思路”是

认识到证是功能态,不企望肾阳虚证找到一个和西医直觉的、解剖的、形态的相对应的脏器或组织,而在于找到调节失衡的发病部位与治疗的调节点;其“方法”是从临床(疗效)到实验(动物)到药物(验证)成为一个系统的研究,借鉴于近代科学发展如神经内分泌免疫网络学说,激素—受体—基因激活机制的逐步阐明,虽说离开揭示肾阳虚证的全部本质还很远,但相信一步一个脚印的积累,对中医基础理论研究的前景持乐观态度。

(收稿:1997-05-19)

肌生注射液穴位注射治疗腰腿痛 58 例

王鸿雁 刘 滨

腰腿痛为一常见的症状。现代医学中的坐骨神经痛、腰椎间盘突出、脊椎畸形、梨状肌综合征等均可引起本症。

临床资料 本组观察病例共 58 例,另设对照组 56 例。均为 1995 年 2 月~1996 年 12 月就诊的门诊患者。初诊时均经检查抗“O”正常,类风湿因子阴性,并经放射科照片确诊。临床表现腰痛并伴有单侧或双侧下肢疼痛,局部压痛,腰部活动受限。

根据中医辨证将其分为风寒型、风湿热型、瘀阻筋脉型及肝肾亏损型。并将各型病例平均归入观察组及对照组。观察组 58 例中男 18 例,女 40 例,年龄 40~81 岁,平均 60.5 岁。病程 2~25 天,平均 13.5 天。其中风湿热型 6 例,风寒型 15 例,瘀阻筋脉型 11 例,肝肾亏损型 26 例。初诊时不能自行者 3 例,需人扶行者 16 例,其余均可自行来就诊。对照组 56 例中男 21 例,女性 35 例,年龄 36~72 岁,平均 54.0 岁;病程 2~20 天,平均 11 天。其中风湿热型 5 例,风寒型 16 例,瘀阻筋脉型 10 例,肝肾亏损型 25 例。初诊时不能自行者 4 例,需人扶行者 11 例,其余均可自行来就诊。两组所见病种分布情况:坐骨神经痛 67 例(其中观察组 34 例,对照组 33 例);急性腰扭伤 19 例,(观察组 9 例,对照组 10 例);梨状肌综合征 17 例(观察组 10 例,对照组 7 例);脊椎滑脱 I 度 4 例(两组各 2 例);骶髂关节致密性骨炎 2 例(两组各 1 例);先天性脊柱裂 5 例(观察组 2 例,对照组 3 例)。

治疗方法 观察组选用北京协和药厂生产的肌生注射液(每 2ml 相当含赤芝孢子粉 400mg)4ml 加维生素 B₁₂注射液 0.5mg;对照组选用广东和平制药厂生产

的野木瓜注射液(每 2ml 相当于原生药 5g)4ml 加维生素 B₁₂注射液 0.5mg。全部病例均采用局部穴位或痛点注射,并加用现代针灸疗法。每天 1 次,每次选穴两个,治疗 12 天为 1 个疗程。两组病例均选用双侧肾俞、大肠俞、患侧环跳、秩边、风市及痛点交替注射。两疗程间隔 1 周。治疗 3 个疗程评定疗效。

结 果 (1)疗效评定标准:临床治愈:腰痛及相关症状全部消失,不影响活动及工作,随访 3 个月无复发。显效:腰部疼痛近乎消失,功能恢复,不影响日常工作,或病情由重转轻。有效:症状和体征减轻或改善,但病情不稳定,对重体力劳动有影响。无效:临床症状及体征无变化甚至加重[中药新药治疗临床研究指导原则,第 1 集,1993:208]。(2)结果:观察组 58 例临床治愈 46 例(79.3%),显效 6 例(10.3%),有效 4 例(6.9%),无效 2 例(3.4%)。对照组 56 例治愈 36 例(64.3%),显效 6 例(10.7%),有效 7 例(12.5%),无效 7 例(12.5%)。两组治愈率经统计学处理,差异无显著性意义($\chi^2 < 3.84, P > 0.05$)。两组各辨证分型治愈结果:风湿热型:观察组 2 例,对照组 4 例;风寒型:观察组 12 例,对照组 13 例;瘀阻筋脉型:观察组 8 例,对照组 6 例;肝肾亏损型:观察组 24 例,对照组 13 例。两组治愈病例均为 1 个疗程治愈者。

讨 论 肌生注射液中的灵芝(赤芝)具有滋补强壮的作用,并有明显的镇静与镇痛作用,我们采用肌生注射液穴位注射治疗腰腿痛,与野木瓜注射液穴位注射组比较,两组治愈率无显著差异,但从辨证分型对比结果看,疏风化湿力强的野木瓜注射液对风湿热型疗效显著;而滋补作用较强的肌生注射液则对肝肾亏损型疗效显著。揭示在痛证的穴位注射治疗上,应从中医的整体观出发,坚持辨证施治的原则来选择药物。

(收稿:1997-04-21 修回:1997-07-30)