

中医人语

中医科研应找准思路与方法

韦绪性

随着我国社会经济的进步,中医药事业取得了显著成就,中医药科研也取得了一定成果,在基础与临床研究方面都有新的发展。但是,中医药要实现现代化,走出国门,走向世界,在科研思路、科研方法等方面还有许多工作要做,现根据中医药学科的发展历史及现状,对中医药学科的科研思路及方法进行剖析。

探索符合自身特点的中医临床研究工作模式,对全力推进中医药院校跨越式发展具有重要意义。

以制度为抓手,建立高效的运行机制模式

实施科研绩效管理,继续完善科研管理制度,要从项目管理、经费使用、奖惩机制、人才培养等方面,健全和完善科研管理制度体系。尤其要制定《科研课题管理办法》,重点加强课题招(投)标、课题执行、成果鉴定和转化等“前、中、后”的管理工作,制定一系列的规范化科研管理程序,大大提高课题申请和实施的质量。建立各科研科室工作量考核指标体系,根据科研投标、承担各级科研课题、获得课题经费、课题执行、发表论著、主编(副主编)著作、所获成果和奖励等指标制定考核表,分解各项指标到科室,每半年统计工作指标完成情况,纳入科室绩效考核体系中,与科室绩效考核挂钩。可采用人事代理、财政补助的方式,以保证专职科研人员数量及队伍的稳定性。

近几年,我国制定的有关纲领性文件,是制定科研制度的重要依据,比如《中医药创新发展规划纲要(2006~2020年)》《中医药国际科技合作规划纲要(2006~2020年)》等文件。其中,《中医药创新发展规划纲要(2006~2020年)》是指导今后几年中医药创新发展的纲领性文件。同时,“治未病”科研规划和中医药防治艾滋病、病毒性肝炎等重大传染病科研规划等,均需要认真分析、研究。

以组织为保障,建立科学的管理模式

建立较为完善的科研管理机构体系,明确一位负责人主管科研工作,全面负责科研工作及日常运行中各项工作的协调,并负责各项资料的收集与汇总,督促各项科研工作制度的落实和规范实施等。

其间,国家科研计划的组织管理文件和一系列组织实施的具体措施,均需要认真分析,并适时运用到科研工作中。2006年,我国正式发布的《国家中医药管理局科技项目管理文件(试行)》,是重要的科技项目管理指南。同时,在国家支撑计划中的中医药项目方面,专门成立了专家委员会和项目办公室,并针对中医药临床研究中“设计方案”“研究质量”两个关键环节,制定了《中医临床研究方案优化的参考原则》《中医临床研究课题实施方案参考提纲》(第二版)以及《中医临床研究质量控制与质量保证规范》等文件。同时,国家中医药管理局组织编写了《中医临床研究实施过程管理与控制》《中医临床研究实施过程管理与控制》等配套书籍。根据中医发展的基本特点,国家中医药管理局组织制定了中医理论专项发展规划,并提出了一系列组织实施的具体措施。

以内涵建设为支撑,建立可持续发展的管理模式

发挥中医科研、教学和临床“三位一体”的功能,按照用房面积达标、功能介绍、特色鲜明、质量优良的总体要求,科学规划临床科研基地整体布局,不断增加和更新现代医学诊疗设备。可考虑设立专项基金支持开展科学研究,确保高质量完成每年的研究任务。

以科研队伍为重点,建立人才培养新模式

通过加强对人员科研素质培训,形成老中青结合、以中青年为主体,不同学科、不同层次的科研队伍。再通过申报和实施国家中医药管理局的优秀中医临床人才研修项目,申报优秀专家、名中医、学科带头人,确定重点学科及后备学科带头人,推荐中青年科研和技术骨干进入学术团体任职,有计划地组织学术交流,组织项目管理培训和继续教育等办法,促进专业技术骨干人才脱颖而出,形成浓厚的学术科研氛围,不断提高科研水平。同时,加大激励措施力度,完善并落实科研奖励制度,坚持合理的奖励措施,通过采取投标奖、中标奖、进展奖、结题鉴定奖、科研成果奖、成果转化奖、发表论著奖等措施,激发大家的科研热情。我们要放开手脚,争取在竞争中创造性地求得生存。完善与实施以科研项目经费为基础的竞争上岗制度,促进人才合理流动。

以提高疗效为关键,建立中医药疗效评价模式

这是中医临床研究的关键环节,也是评价中医临床水平、认识中医药疗效优势与特点、分析不足的唯一途径,也有利于中医诊疗技术的推广。目前,中医学尚未建立起科学、统一的疗效评价模式,特别是在疗程长短、剂量大小、停药时机等方面均未制定出科学、可行的标准和要求。目前,各地报道的中医药疗效差异甚大,总结出的经验不起临床检验。为此,除了受研究方法与水平台差异的影响,未建立科学、统一的评估标准是重要的原因之一。建立科学、统一的评估模式的基本原则,应该是既充分借鉴现代医学疗效评估的方法与模式,又要充分体现中医药疗效的特色。同时,还要做到长期疗效与近期疗效相结合,整体疗效与局部疗效相结合,证候疗效与客观指标疗效相结合,治疗作用与善后作用相结合,才能将科研成果尽早应用于临床,以期有利于临床提高治疗效果。

(作者为第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师)

本版图片由安阳市龙安区马家乡贾氏诊所贾喜来提供

方剂加减规律探析

朱光



学术论坛

千百年来,中医学在临床实践中总结丰富的治疗经验,积累了盈千累万的治疗方剂,为临证时选方用药提供了极大便利。总体而言,这些方剂大都循证而立,即每个方剂都有其特定的适应证。但由于疾病复杂及个体差异,应用时都需要对其进行化裁。笔者对方剂的加减运用进行了汇总、分析,仅供同道参考与探讨。

仲景示范

作为“方书之祖”,《伤寒杂病论》是东汉末年著名医学家张仲景“勤求古训,博采众方”的毕生心血之作。书中详细记述了其对于六经病及杂病的诊疗经验,并演示了灵活多变的加减方法,充分体现了辨证论治的精神。笔者总结张仲景对方剂所用的加减法,大致可概括为“两类三种”。

“两类”指随证加减与辨证加减。随证加减是指不论其证候病机如何,只针对症状用药。一是依据兼证加减,有时一些兼证与主证的证候病机并不一致,因而需要在主方之外加用治疗兼证的相应药物。如“咳”在小柴胡汤证、真武汤证、四逆散证中的病机都不尽相同,但均随证加干姜、细辛、五味子。二是根据症状有无加减,如小柴胡汤证心下悸、小便不利,及四逆散证小便不利,均加茯苓;又如凡呕吐多加半夏或生姜,小柴胡汤证见“胸中烦而不呕者,去半夏”。

辨证加减者是根据主证病机变化加减相应药物,这也是张仲景用药加减法的主要形式。一是据病势加减,如小青龙汤证兼内喘者,去麻黄之升散,加杏仁之苦降;桂枝汤证兼喘者,加厚朴、杏仁;小柴胡汤证见不渴、外有微热者,则去人参之壅补,加桂枝以散邪气。二是据病情加减,如同治

少阴病,以姜附为主药的四逆汤、通脉四逆汤、白通汤,即通过药物及用量的加减,用于治疗轻重缓急不同的病证。三是依据兼证病机辨证加减,如真武汤证中,小便利去茯苓,下利去芍药加干姜。四是依据体质加减,如桂枝附子去桂加白术汤用于“虚弱家及产妇,宜减服之”等。

“三种”。“三种”是指方剂加减变化的3种形式。一是原方下的加减,即方名不变,在方后进行随证或辨证加减。比如《伤寒杂病论》中的小青龙汤、小柴胡汤、真武汤、四逆散等。《金匮要略》中的防己黄芪汤等,方后都列有加减法。二是主方名不变的加减,即加减方的方名是以原来的主方名加上新加或减的药物的名称,如桂枝汤的加减方有桂枝加葛根汤、桂枝加附子汤、桂枝去芍药汤等。三是整方加减,即直接将两个方加在一起,如桂枝麻黄各半汤、柴胡桂枝汤等。

诸家观点

总体而言,张仲景之诊治法则备受后世推崇。金元时期医家李杲说:“易水张先生云,仲景药为万世法,号群方之祖,治杂病若神,后之医家,宗(内经)法,学仲景心,可以师矣。”清代医家刘奎认为,无岐黄而根底不植,无仲景而法方不立,无诸名家而千病万端药证不备。尽管如此,由于受时代背景、师从门派等因素的影响,医界又在经方派之外形成了时方派,并依据临床实践创制了大量方剂,大大丰富了方剂内容。

晋唐以后,方剂数量激增,可谓卷帙浩繁,学以致用不容易。而不少医家认识到:方剂并非多多益善,关键在于如何用好。比如明代医家陈实功云:“方不在多,心契则灵。”清代医家陈修园认为,方不在

多,贵乎加减得法。

在论述前贤对方药进行加减时,《济生方》序中有“概念世变有古今之殊,风土有燥湿之异,故人禀亦有浓薄之不齐,若概执古方,以疗今之病,往往枘凿之不相应者”之言。《伤寒溯源集》则云“圣贤立训之规格有限。病情变幻之伎俩无穷”。

清代医家徐灵胎对前贤之方的运用有非常深刻而精当的认识,在《医学源流论·古方加减论》中称“能识病情与古方合者,则全用之;有别症,则据古法加减之;如不尽合,则依古方之法,将古方所用之药,而去取损益之。必使无一药之不对症,自然不倍于古人之法,而所投必有神效矣”。清代医家计楠在《客尘医话》中提出:“病情古今无印板式样,即方无一定呆药,必须加裁,寓变通于成法之中,斯神乎技矣!”

历代医家在应用前贤方时,通过加减又诞生了不少名方,比如我国宋代著名的儿科医家钱乙创制了六味地黄丸。《四库全书总目提要》论其立方时说,东汉末年著名医学家张仲景撰写的《伤寒杂病论》中所记载的崔氏八味丸,钱乙以为小儿纯阳,无须益火,除去肉桂、附子二味药,以为幼科补剂。明代医家薛己承用其方,遂为直补真阴之圣药。其后,加方在应用中又进一步衍化出知柏地黄丸(加知母、黄柏)、杞菊地黄丸(加枸杞子、菊花)、麦味地黄丸(加麦冬、五味子)、归芍地黄丸(加当归、白芍)、七味都气丸(加五味子)、耳聋左慈丸(加柴胡、磁石)等。

又如小柴胡汤,除了张仲景通过加减衍化出柴胡桂枝汤、大柴胡汤、柴胡加芒硝汤、柴胡桂枝干姜汤、柴胡加龙骨牡蛎汤外,后世医家还化裁出柴苓汤(合五苓

散)、柴胡四物汤(合四物汤)、柴平汤(合平胃散),及加减小柴胡汤、柴胡芍药汤、柴胡芍药汤、柴胡连翘汤、柴胡桔梗汤、柴胡羌活汤等。

再如《和剂局方》中的四君子汤,后世医家据此衍化出六君子汤、香砂六君子汤、归芎六君子汤、百合四君子汤、异功散、参苓白术散、七味白术散、六神散、和中散等。

个人认识

中医的诊疗过程,大都是在辨证的基础上,确立治法,选定主方,化裁用药,或增减药味,或调整药量,而用原方原量,不增不减者,则少之又少。这一选方用药的过程能反映出医者的不同风格。经方派多遵循张仲景方,比如近代医家曹颖甫,当代医家胡希恕、刘渡舟等经方大家,对桂枝汤、小柴胡汤等的运用可谓臻化境。时方派则多选用宋代以后医家创制的方剂,比如金元四大家、张景岳、傅山、叶天士、唐容川、王清任、张锡纯等医家。

关于临证用药加减,笔者有如下认识:

一是,经方或名方,大都组方严谨,用药精当,且久经考验,屢试不爽,因而值得学习借鉴。但临证唯学深悟透,善于机变,方能执简驭繁,举一反三。如若按图索骥,不知变通,则令方家蒙羞!同样,一些医家通过长期临床实践形成了自己的学术观点与用药习惯,时常表现为对某些药物的偏好。对于这些经验,运用时一定要弄清背景,切忌盲目照搬。

二是,对一个方剂加减应用,前提是所治病证与其所主大同小异,即主要病机基本一致,具体环节有所不同,因此加减的内容不应包括主药,且宜增减适度,方为名



副其实。

三是,中医临床辨病、辨证用药重在治本,对症用药意在治标。辨证加减是基本要求,但也不能忽略辨病与对症加减,比如使君子驱虫、马齿苋治痢,以及茵陈退黄、元胡止痛、生姜止呕、罂粟壳止泻、冬瓜皮利水消肿、麻黄根止汗、焦三仙消食等。如此标本兼顾,方为万全之策。

四是,从历代医家加减用药的经验看,用作加减的“原材料”时常是一些由二味药、三味药组成的小方子,或是一些常用的对药、角药等。这些固定搭配被证实能相辅相成,互为衬衬,形成合力,因此多加掌握对临证加减非常有利。

五是,一些医者信奉张元素“古方今病不相能”的论点,临证喜欢用自拟方,但不少组方方法欠严谨,拼凑痕迹明显。还有一些医者受西医学思维影响,时常依检查结果而增减药物,比如抗病毒、抗风湿、抗过敏、降压、降糖、降脂等,并美其名曰“个体化治疗”或“提高治疗针对性”,实则背离了辨证论治的精神。

总之,方药加减“运用之妙,存乎一心”,关键在于识变宜准确,应变宜得当。这也是医者应努力提高的基本功之一。

注:文中所记载药方和治疗方剂请在医师指导下使用
(作者供职于河南中医药大学)



诊疗感悟

活用通络法治慢性病的体会

郑学农

中医学的络病学说理论内容广泛,含义深刻。中医专家在临证时,经过分析、总结,发现了慢性病患者久病入络这一演变规律。这样,就为运用通络法治慢性病提供了一种思路与方法。笔者结合临床实际,现举例分析,具体内容如下。

除通络治法。湿邪致病有重浊、黏滞及阻遏气机、损伤阳气的特点。湿邪侵袭肌表,阳气不升,营卫不和,则见头昏沉;湿邪阻滞经络关节,则见关节疼痛、肢体沉重;湿

邪影响气机升降,经络阻滞不畅,则见胸闷脘痞、食欲不振;湿邪困脾,水湿停聚,则见水肿、尿少等。湿邪在表、营卫受阻者,以羌活胜湿汤发汗解表,祛湿通络;湿邪内阻、三焦不通者,以三仁汤宣畅气机、化湿通络;水湿内停、水肿尿少者,以五苓散温阳化气、利湿通络等。

散寒通络法。外感阴寒邪气,寒邪侵袭肌表,可见头身疼痛、恶风不和,则见头昏沉;湿邪阻滞经络关节,则见关节疼痛、肢体沉重;湿

麻黄汤等发汗散寒;过食生冷寒凉食物或阴寒内生,可见脘腹冷痛,形寒肢冷、大便溏薄等寒邪凝滞、阳气受损、升降失常的表现,可用理中汤、吴茱萸汤等温中散寒,络脉畅通,则疾病自愈。

化痰通络法。痰饮是体内水液代谢障碍所形成的病理产物,多由外感六淫、内伤七情或饮食劳倦等致肺、脾、肾及三焦等脏腑气机功能失常,津液停聚积聚而成。痰饮阻滞于经络,则影响络络的功能及

气血的运行,可致肢体麻木、半身不遂、头晕头痛等。脾不健运,聚湿为痰者,宜宣燥化痰,以二陈汤、导痰汤、涤痰汤等为基础方。

温经通络法。血得热则行,遇寒则凝。温经通络法主治寒滞经脉或阳虚失于温煦、血脉涩滞不通等病因所致的筋骨关节疼痛、形寒肢冷等,常选用味辛甘、性温的中药组方。比如桂枝芍药知母汤中用桂枝以治“诸肢节疼痛”;阳和汤中用肉桂以治阴疽、脱疽等阴寒证等。

病证结合模式及临床应用探索

刘中友



面综合诊治疾病。

关于肺结节的治疗,中医多以证候作为用药目标,症状、体征的改善情况为决定是否需要继续治疗的主要依据,而病证结合模式不仅关注证候趋势,还注重疾病的疗效评价,即现代医学中疾病的病理性质是否得到改善,需要综合考虑现代医学疾病诊断的特点以及中医学证候诊断的特点,抓住疾病主要矛盾,针对疾病的关键病理环节遣方用药。同时,根据中医辨证论治的结果,辅以针对证候的药物进行治疗。针对西医诊断明确的疾病,结合中医辨证论治,使诊断清晰化、预后精确化、治疗靶向化,使中西医优势得以充分发挥,以更好地发挥中医药治疗肺结节的临床疗效。

病因病机

肺结节多因情志失调、饮食所伤、外邪侵袭及体虚久病所致,涉及气郁、痰结、血瘀、正虚、痰滞等病理变化。正虚、气滞、水湿、痰浊、瘀血等停滞肺内,局部络脉阻滞不通,发为肺结节。大部分肺结节在临床发挥了中西医两种医学诊断、治疗疾病的优势,既重视疾病的诊断,又重视中医辨证论治;中医学以证候为研究对象,针对疾病表现出的病因、病位、病性、邪正盛衰做出阶段性判断与评估;现代医学以疾病为研究对象,能够全面把握疾病的病因、发展、预后,可以从疾病和证候两个层

形而有块”。《诸病源候论》中有“积聚者,由阴阳不和,脏腑虚弱,受之于风邪,搏于脏腑之气所为”的文字说明。这充分表明肺结节、积聚的发生,当归于脏腑功能失调。现代医家辨证论治肺结节多从“虚、痰、瘀、气、火”等角度入手,或辨为肺肾气阴两虚,或辨为肺脾两虚,或辨为痰瘀互结,或辨为肝郁气滞,亦少有阳虚、毒热等证,故治疗多以祛痰化痰、散结软坚为原则,辅予以补益正气之药。

中西医诊治现状

据大量临床实践表明,中医药参与治疗肺结节有较好的效果,其病机与治疗需要进一步探讨,以构建肺结节防治的中医模式,使中医药在肺结节的防治中发挥更大作用。肺结节的诊疗应以西医病名为纲,根据其病因、病位、病性,依据其病理机制,辨证论治。在治疗上,要抓住清肺化痰和软坚散结两大治疗原则,并根据偏于痰湿、痰热、痰瘀的不同,提出健脾化痰散结、清热化痰散结、活血化痰散结的中医治法,痰湿夹杂型肺结节属于里实证,宜用清金化痰汤等方剂化裁;属于虚热,宜甘寒滋阴清热,常用竹茹、麦冬、沙参、生地黄,也可以根据痰热、痰湿的不同,选用瓜蒌、浙贝母或天南星、半夏等药物,同时选用白芥子、桂枝等温通助阳之品,以辅助有形之邪消散;对于痰瘀互结型肺

结节,在治痰的同时,可酌情加入活血化瘀之品,宜用二陈汤汤类加用活血化瘀类药或千金苇茎汤化裁,可适时加用散结之品,以达到活血、化痰、散结的目的。

肺结节的病位位于肺络,涉及五脏、三焦,根据病位来分析,肺结节的诊疗应重视调理五脏生理功能,以五脏生克制化关系为基本辨证思维,从脾、肝、肾、心论治肺结节,以温胆汤、小柴胡汤、五苓散、桃核承气汤为基础方;对肝、肺之气的调理,常用桔梗、枳壳两味药,一升一降,宣畅气机,辅以杏仁、款冬花、紫菀等可降气止咳,辅以柴胡、白芍、香附、郁金则可疏肝解郁。

现代医家亦有从益气养阴、解毒散结、清热养阴、生津润燥,辅以散结之品,可行气解郁、健脾化痰、补肺固表、益气健脾、扶正补虚,辅以化痰、消痰、散结之品等治疗。这样,方证结合,邪去正安,疾病自愈。

现代医学对肺结节的诊断和处理策略的制定需要对肺结节的恶性概率、手术可能带来的利与弊、诊断性检查的准确性和患者个人倾向进行综合考虑。处理决策过程从患者病史和体格检查开始,主要在于评估检查前肿瘤概率和估计手术风险。

肺结节的防治原则

肺结节是一种在五脏功能失调的基础上出现气血津液紊乱,气滞、

辛润通络法。该法见于清朝中期医学家叶天士撰写的《临证指南医案》,以旋覆花汤为主方,常用当归、杏仁、柏子仁、红花、郁金、泽兰、旋覆花、小茴香、肉桂等组方,诸药合用,既可通络又可润养。辛润通络法的创立为许多疑难疾病的治疗提供了新的思路与方法,常用于因情志不畅、气滞血瘀、肝失调达等导致的各种慢性病,譬如胃痛、肋痛、郁证、咯血等。

搜剔通络法。该法是指在辨证论治的基础上,根据病情适当配伍善于攻逐走窜的虫类药物,可起到通经达络、熄风止痉、通络止痛、攻坚破积之功效,用于风证、痹证、痛证以及癌症等痼疾、疑难疾病的治疗。常用药有白花蛇、蜈蚣、全蝎等。

(作者供职于天津市中医院)

本版图片由安阳市龙安区马家乡贾氏诊所贾喜来提供