

中西医结合妇科研究 要有创新思维



- 创新性中药制剂应更加适应妇科靶向给药,即可通过阴道将药物直接用于病变所在位置。
- 创新性中药研究要与病理相结合,如中药子宫内脱膜剥脱法可破坏子宫内脱膜,减少子宫出血量,治崩漏效果好。
- 将中药制剂直接作用于宫颈不典型增生及宫颈原位癌病变部位,可促使其发生坏死、崩解、脱落。与中药药理相结合研发中药,如地龙、丁香对念珠菌性阴道炎有疗效。
- 中药剂型要有创新,如风香海绵栓对阴道毛滴虫有较强杀伤作用及显著抗炎作用,并能促进腹腔巨噬细胞的吞噬功能。
- 用药方式要有创新,研制缓释性长效药品非常必要,曼月乐对子宫腔中药制剂的研究提供了范例。

贺丰杰 陕西中医学院

中西医结合妇科临床科研思维方法提高了中西医结合妇科临床研究的质量和水平,运用中西医结合的思路与方法在妇科创新性研究中有独特优势。

与解剖特点相结合

许多妇科疾病在临床治疗中,由于口服及注射剂的应用,常使药物在病变部位浓度不高而疗效欠佳,或因药物对正常组织有损伤而毒副作用大。理想的药物治疗方法是采用靶向给药,将药物集中于病变部位。创新性中药制剂应更加适应妇科靶向给药,即可通过阴道将药物直接用于病变的位置,如通过阴道、子宫腔及直肠用药治疗阴道、子宫及盆腔疾病。

阴道、子宫腔及直肠靶向用药与全身治疗及口服制剂比较,有以下特点:(1)药物不受胃肠PH或酶的破坏而失去活性;(2)对胃黏膜有刺激性的药物可用阴道及直肠用药,以免受刺激;(3)药物经阴道及直肠吸收,不像口服药物受肝脏首过作用而被破坏;(4)阴道、子宫腔及直肠用药吸收较口服干扰因素少。

与生理、病理特点相结合

中医、西医是两种独立的医学体系,理论截然不同,两者各有所长。中医常于辨证,辨证论治是中医学的精髓,西医长于识病,以辨病为主,重视局部器官的生理、病理特点。在中西医结合妇科创新性研究中,应该“取长补短”,重视将中医的辨证及西医的辨病相结合。运用现代科学方法,确定疾病的病理特点,寻找恰当的结合点,应当成为妇科创新性中药研究的重要思路。如崩漏(无排卵性功能

失调性子宫出血)按照传统的中、西医药物治疗方法疗效欠佳、容易复发。现代医学已经证实,无排卵性功能失调性子宫出血是由于子宫内膜无周期增生及增生过长导致,近年应用局部物理方法(包括电切、射频、热疗、冷冻等)祛除子宫内膜(特别是子宫内膜基底层)的方法治疗无排卵性功能失调性子宫出血,取得长足进展,可谓治疗该病的一场革命。

笔者应用中成药制剂子宫内脱膜靶向给药,临床选择36例患者,经子宫腔靶向治疗2次(间隔3天),用药后半年有效34例(有效率94.5%),痊愈31例(痊愈率86.1%),临床效果确切。结论:中药子宫内脱膜剥脱法可破坏子宫内脱膜,减少子宫出血量,治愈崩漏。充分证明了中西医结合的思路和方法在妇科创新性研究中的独特优势。

与疾病特点相结合

西医侧重于针对病因、病理形态进行局部治疗,而中医则强调改善全身生理、病理进行整体治疗。临床上要结合某一疾病特点,寻求其最佳研究方案。如子宫颈颈癌,虽然是妇女的第一杀手,但却可以通过中医药预防、治疗甚至治愈感染性疾病。根据子宫颈颈癌发病特征及临床表现,当属“带下”、“阴疮”、“漏下”等范畴。常因房事不洁、房劳多产、七情内伤或饮食不节等导致湿热带毒之邪内袭胞宫,随病程进展继而损伤冲任、带脉失约、湿浊下注于胞宫子门而成。现代医学则认为宫颈癌的发生经过“人乳头状瘤病毒(HPV)感染—宫颈上皮内瘤变(CIN,宫颈不典型增生及宫颈原位癌)—宫颈浸润癌”一个相对漫长的病程往往要经历几年或十余年,这为中医药防治宫颈癌提供了充足的时间。新型中药制剂宫腔靶向应用防治HPV相关宫颈癌得到了

很多学者关注。我们完全有理由设想,基于现代物理疗法治疗CIN预防宫颈癌的基本思路,结合中医传统理论,引入中医中药,采用适合于宫颈解剖特点的中药剂型靶向给药,即将中药制剂直接作用于CIN病变部位,促使其CIN发生坏死、崩解、脱落。其研究的意义在于为中医药防治HPV相关宫颈癌提供一种新的更优的选择。

与现代中药药理相结合

在中西医结合妇科创新性研究中,应当遵循中医辨证施治的总原则,但不应拘泥于传统理论,应结合中药现代药理进行合理组方。就妇科临床而言,如妇科临床上常见病——阴道炎是以白带量多、阴道瘙痒为主症,属中医中“带下病”、“阴痒”的范畴,滴虫性阴道炎西医治疗的特效药是甲硝唑,但口服有胃肠道反应。传统栓剂和阴道片剂往往使药物外流造成浪费,影响疗效并污染衣物。念珠菌性阴道炎的特效西药有制霉菌素等。我们在研究中最先优化筛选出的中药有黄柏、苦参、蛇床子、鸡冠花,皆有清热利湿、杀虫止痒作用。可是这几味药在中药功效中,均没有真正“杀虫”的作用,而《中药学》中杀虫的中药只有雷丸。在查阅了大量的文献后,我们发现有一种关于地龙的研究,实验证实,地龙会杀灭精子。这不正是“大虫吃小虫”的原理吗?大虫即地龙,小虫即精子。根据中医“取象比类”的思维方式,我们把中医“取象比类”的思维方式,我们把阴道毛滴虫也比作小虫,地龙这条大虫能否再吃掉滴虫这一小虫呢?相关实验结果令人振奋,在日后的组方中,地龙是全方的君药。阴道炎往往是两种以上的病原体同时感染,如何选出针对念珠菌的中药呢?我们查阅了相关现代中药药理文献,最终锁定了丁香。

与现代治疗手段相结合

受宫腔镜手术祛除子宫内膜(TCRE)治疗崩漏(功血)的启发,我们提出了大胆设想,采用纯中药破环子宫内膜,用类似“中药药刀”的手段代替电刀,从而解决TCRE手术可能出现的并发症。有了这一发现,提出相关设想与假说,便开始了小样本的临床研究。选择将行子宫切除术的内膜增生过长病例,以活血化瘀中药水煎剂直接注入子宫腔,结果病人出血量明显减少(待子宫切除后行内膜病理检查,发现内膜受到不同程度的破坏)。进而动物实验也取得了可喜的成果,显示出这一方法的可行性。

与中药剂型改革相结合

我们不断创新治疗阴道炎的中药剂型,由于阴道炎的主症是白带量多,在针对病原体治疗的同时,为了减少白带量,标本同治,最终研究了局部用药——阴道用海绵栓剂。即将药物活性成分提取出来,以海绵(医用高分子海绵)栓剂为载体,既吸收白带缓解症状,又杀灭病原体,最终制成的海绵栓,每1枚能吸收4毫升白带,而通常后穹窿的白带量约为2~3毫升。好的选题,合理的组方,科学的设计,再加上研究方案的精心组织和实施,陕西中医学院研制成功中药三类新药“风香海绵栓”,并于1995年获得了国家卫生部新药证书。

与新释药系统相结合

一般的给药方式,使人体内的药物浓度只能维持较短时间,血液中或体内组织中的药物浓度上下波动较大,有时超过病人的药物最高耐受剂量,有时又低于有效剂量,这样不但起不到应有的疗效,而且还可能产生副作用。频繁的小剂量给药可以调节血药浓度,避免上述现象,但往往使患者难以接受,实施起来有很多困难。因此,研制能够缓慢释放药物成分的缓释性长效药品非常必要。如治疗月经量过多的曼月乐,由一个小巧、柔韧的白色T型塑料框架构成。曼月乐置入子宫后,由存放在垂直管中的左炔诺酮药物,定量释放微量荷尔蒙。垂直管中的药物总量约是52毫克,而这个管在子宫内,会每天释放20微克,该制剂在欧洲国家广泛应用了10年,为惟一获准在中国上市的宫内节育系统,本制剂为中西医结合妇科创新性研究提供了范例。

临床研究

李孔定 四川省绵阳市中医院

争鸣

真武汤和真火

与太上老君无关

李孔定 四川省绵阳市中医院

2010年2月8日《中国中医药报》载马金亮先生《方剂名考略》一文对中医临床常用7方的命名原由进行了“考略”论述,其中6方持之有故,言之成理,惟对“真武汤”的“考略”,笔者认为值得商榷。其原文是:“真武乃太上老君,真火出自老君八卦炉,仲景取真武之名,意在此方具有真火真阳之力。”本人纵观正史、典籍和野史、小说以及宗教文书等均未见太上老君有“真武”之称。明代吴承恩小说《西游记》载太上老君有用八卦炉炼丹并关押过孙悟空之说,但此书距仲景成书《伤寒杂病论》时间却晚了1300余年,仲景从何而知后世有“老君八卦炉”之说而借以名其方?且《西游记》亦未说老君与真武有何关系。

笔者认为,“真武汤”可能原名“玄武汤”。因《伤寒论》有“青龙汤”、“白虎汤”以古代天文学中的二十八宿命名其方可证,盖以方位之星借喻其方之功效也。玄武为北方七宿

梁永宣 北京中医药大学
赵怀舟 山西省中医研究院

最近一本来自于日本影印出版的影印本张仲景著作,从日本东洋医学会会员之手辗转送到笔者手中,题为《善本翻刻伤寒论·赵开美原本·金匱要略·邓珍本、吴迁本》,这是三种非常珍贵的仲景著作的合编丛书,于2009年5月31日由日本东洋医学会·伤寒金匱编刊委员会编集完成。书中依序收录了台北国立故宫博物院所藏的《伤寒论》赵开美原本,北京大学图书馆所藏的《新编金匱方论》邓珍本以及上海图书馆所藏《金匱要略方》吴迁抄本之影印件,其中台湾藏本《伤寒论》及明吴迁抄本《金匱要略》为首次公布于世。

本丛书忠实地再现了三种仲景著作的原始风貌,所录书籍是迄今为止医史文献界公认的仲景著作最佳善本,具有非常重要的文献学价值。书前附有三书的彩色照片,正文以原件影印配以严格翻字的方式转录原文,书后附有日本医史文献学者小曾户洋的《“伤寒论”解题》,及真柳诚“《宋板伤寒论》书志”、“《金匱要略》解题”三篇学术文章。书末并附“《伤寒论》《金匱要略》处方名索引”,充分体现了日本学者的研究风格。

此次影印出版的书籍与就职于日本茨城大学的真柳诚教授密切相关。早在20世纪80年代,他在北京中医学院留学期间就发现了藏于北京大学图书馆元代邓珍本《新编金匱方论》;之后又于2007年8月对上海图书馆所藏明代吴迁抄本《金匱要略方》进行了实地调查,将此本与以邓珍本为代表的诸种《金匱要略》文字逐一对照,完成了具有穷尽性特点的“《金匱要略方》对经表”,并在此基础上,首次对吴迁本《金匱要略方》给出了明确的历史定位,指出:“与目前通行的《金匱要略》诸版比较,吴迁抄本书写方式、结构、字句等有很大差异,完全属于另一系统。”他和合作者们用1年多的时间完成了包括上书在内的三种书籍的翻字核对工作,为全书的定型出版打下了坚实基础。

真柳诚教授在首次判明吴迁本《金匱要略方》是目前惟一现存的北宋政府小字本系统《金匱要略》(校成于1096年)的基础上,进一步明确了邓珍本《新编金匱方论》属于大字本系统。这一发现意义深远,真柳诚先生等人曾在2009年第6期《中华医史杂志》著文“《金匱要略》的成书与现存版本问题”,明言“吴迁本浓厚地保存了北宋小字本旧态,系独一无二之善本。应该说,由于吴迁本的出现,今后对经文的训诂、解释等,会比使用既往所知的诸种版本有更大收益。与本经之相反,我们也不认为,小字本经大规模改订后,无疑已经失去了大字本原有面目,或者说远离了作为《金匱要略》成书基础的仲景《金匱玉函要略方》之旧态,但小字本仍有其价值,因为它所补充的某些原始证据,可帮助我们推测或补充现存版本字句之不足。小字本的改订距大字本校刊未满30年,校改者仍要参照仲景《金匱玉函要略方》原本,这种可能性非常高。”也许是历史的巧合,宋时“小字本的改订距大字本校刊未满30年”,而当代真柳诚先生发现吴迁本和邓珍本二者之间的时距也恰巧是未满30年之数。然而如此重要的仲景著作版本,其发现者是一位日本学者的现象令人深思。

笔者以为,《善本翻刻伤寒论·金匱要略》一书不但排版翻字几近完美,而且相关考证周到细致,达到了保存仲景文献留传的最高水准,值得国内仲景研究学者的高度重视。但遗憾的是原影印丛书中未能收录同被北宋校正医书局校成的张仲景另一著作《金匱玉函经》八卷。

之名,与五行中的“水”有关;青龙为东方七宿之名,与五行中的“木”有关;白虎为西方七宿之名,与五行中的“金”有关。《伤寒杂病论》中独有“朱雀汤”者,以其所列之方无可与之比喻也。

“玄武汤”因何而更名“真武汤”?宋人赵彦卫的《麓漫钞》中有一段文字可供参考,其文曰:“朱雀、玄武、青龙、白虎为四方之神(古人认为星有灵气)。祥符间,避圣祖讳,始改玄武为真武。”祥符为宋真宗年号,其后宋仁宗嘉祐二年至宋英宗熙宁二年的道教也不敢违背皇令把原来信奉的“玄武大帝”改为“真武大帝”,似可佐证。

或言:“如说皇令必遵,而玄参、启玄子等,宋书时为何又未将“玄”字另改他字?”我认为,避讳早在周代就已经实行了(见《周礼·春官·小史》、《礼记·曲礼上》等),一直延续到清代帝制的灭亡,但各个时期的宽

仲景著作受日本学者重视

《善本翻刻伤寒论·金匱要略》丛书在日本影印出版



存版本字句之不足。小字本的改订距大字本校刊未满30年,校改者仍要参照仲景《金匱玉函要略方》原本,这种可能性非常高。”也许是历史的巧合,宋时“小字本的改订距大字本校刊未满30年”,而当代真柳诚先生发现吴迁本和邓珍本二者之间的时距也恰巧是未满30年之数。然而如此重要的仲景著作版本,其发现者是一位日本学者的现象令人深思。

笔者以为,《善本翻刻伤寒论·金匱要略》一书不但排版翻字几近完美,而且相关考证周到细致,达到了保存仲景文献留传的最高水准,值得国内仲景研究学者的高度重视。但遗憾的是原影印丛书中未能收录同被北宋校正医书局校成的张仲景另一著作《金匱玉函经》八卷。

治咳三案

王金亮 侯红霞 李丽
山西省平遥县中医院

案一:张某,女,42岁,2008年11月5日初诊,自诉从3年前起,每临冬季则咳嗽不止,并反复感冒,咳声低沉,频频不止,动息则气促。曾多次诊治服药,处方皆为疏肺化痰之品,无效而来求治。

观其气怯形寒,形体消瘦,舌质暗红不泽,脉沉弱无力,此乃肾督虚寒,虽咳当治肺,但此患者若不温肾阳则不能治愈,立法以肾为主,肺肾同治。方药:附子6g,炙麻黄5g,细辛3g,熟地12g,肉桂5g,炒干姜5g,五味子5g,鹿角霜9g,补骨脂6g,白芥子6g,炙甘草5g。10服,水煎服,每日一服。

二诊,服药后咳嗽皆平,嘱调节饮食,外避风寒,以金匱肾气丸3盒,每次1丸,每日2次,以善其后。两周后询问,效佳。

按:咳从肺治,但“五脏六腑皆令人咳,非独肺也。”顽固咳嗽与肾关系密切,有医者云:“肺合皮毛,毫有空窍,风邪每多乘虚而入,必得封闭固闭,风邪不能侵犯,谁为之封,谁为之闭,肾虚也。所以肾本空虚,往往一经秋冬为咳为喘者多也。”此患者以温

补肾阳、肺肾同治之法,而获良效。

案二:李某,女,24岁,2008年12月3日初诊,自诉反复咳嗽3月余,咽痒咳剧,频频起唾,痰少质稀,曾多次服用抗生素及止咳西药,效不佳。也曾服中药,诸如“三拗汤”、“麻杏石甘汤”、“大小青龙汤”,无效。

观患者面色苍白,舌体胖大,脉细无力,辨证属肺气虚弱,卫外不固。治以益气固表,扶土生金。用玉屏风散加减治疗:生黄芪20g,白术15g,防风6g,党参12g,陈皮9g,半夏6g,紫苏6g,冬花9g,甘草3g。三服,水煎服,每日一服。

二诊,咳嗽明显减轻,效不更方,加生黄芪至30g,再服5服,服药后咳嗽停止,但口淡形寒,以桂附理中丸,暖土生金,体渐康复。

按:柯韵伯云“治伤寒不知固表托里之法,偏以风药驱之,去者自去,来者自来,邪气留连,永无愈期。”道出肺气与卫气的密切关系,对顽固性感冒咳嗽,不可只顾疏肺,更要固表托里。此患者以玉屏风散收效也即此意。

案三:李姓小儿,男,5岁,2009年2月5日初诊,其母代诉:患儿咳嗽二月余,初起发热,鼻塞,咽部红肿,时

有咳嗽,少痰,当地卫生所诊其为上呼吸道感染,经输液及抗菌素治疗,热退,感冒症状减轻,但持续咳嗽不止,以夜间入睡为甚,也曾服中药如桑菊饮、清燥救肺汤、止咳散等治疗,无效。近日来,咳嗽持续不停,每遇夜间加重,咳痰少痰,影响睡眠。

观其面色无华色暗,消瘦,咽部充血,舌质暗淡少苔,脉沉涩。思其咳嗽多日不停,病程缠绵,且夜间咳嗽加重,脉舌俱有瘀血之象。乃以活血化痰之品加止咳药治之。方药:炒杏仁6g,炒苏子3g,川贝母3g,丹参5g,红花3g,泽兰叶6g,川郁金5g,陈皮5g,甘草3g。三服,水煎服,每日一服。

二诊药后患儿咳嗽明显好转,夜能安睡,咳嗽偶尔发作,前方加丹皮3g,冬花3g,三服,水煎服。药后患儿咳嗽停止,诸症悉平。

按:中医治疗咳嗽多以宣肺止咳、化痰止咳、润肺止咳等,少有活血化痰疗法。余观临症咳嗽多有面青咽红,舌暗,脉涩者,此实乃瘀血之象,而且活血化痰法可改变患部血液循环,对炎症有很好的消散作用。《医宗必读·咳嗽》云:“药不宜静,静则留连不解”也即此意。