



我的“异病同治”“同病异治”观

辨证论治不仅辨别疾病本身的证，它还包括病人的素质和现状、患病原因，以及季节、环境等。“异病同治”和“同病异治”导源于《内经》，是辨证论治原理的体现，兹将我的认识简介如下。

一、异病同治

各种不同的病，出现在相同的机制下，用相同的方法，可以获得缓解或痊愈，在中医方面有理论可说，若用现代医学就很难解释。如一失眠病人，十余日目不交睫，服各种安眠药无效，病人愤极，几欲自杀。余见患者面红目赤，舌苔黄厚，大便十余日未行，按其脉，沉实有力。余曰此胃家实也，以腐浊薰蒸，上扰神明之故，投以大承气汤以下胃实，患者泻后即安然入寐。又一哮喘病人，持续发作十余日，中西平喘药无效。余观也有胃家实情况，此胃实肠闭，肺与大肠相表里，若大肠得泄，肺气得降，其喘可平，因与承气以泻胃实，一泻喘平。又一呃逆病人，日夜呃逆不停，已十余日，亦有胃家实症状，乃胃实气上逆，投以承气，大肠一通，胃气得降，呃逆遂平。其他如呕吐、头痛等证，凡具有胃家实之情况者皆用泻胃实之法，取得缓解或痊愈。若以现代医学观之，各病有属消化系者，有属呼吸系者，有属神经系者，系统不同，病种各异，何以能用同一方法而有效？说者或谓由于植物神经反应之故，此可备一说，详情如何，尚待研究。

二、同病异治

一种病在不同情况下，其表现不同，治法即各异，如哮喘病者十人同时来诊，其人表里寒热虚实各不相同，即表证中有表寒、表热、表虚、表实的不同，故十人处方各异。不但此也，即同一病人，同一病患，其人发病时间不同，体质因素不同，其治法即各不相同。如一患者严冬自北方来沪，感受寒冷，表现为寒性哮喘，投以小青龙汤而愈。春日再发，自服前方无效，诊之乃感春日风温之气，症见面红目赤，口干舌红，投以桑菊饮即效。又一次因劳累体虚，症见面色苍白，动辄气急，无力懒动，曾自服前桑菊饮未效，复邀诊，余曰君误矣，前以风热投用，今见气虚

之症，当用补中益气，投此方即效。前人多载此类医案，以示中医之辨证论治精神。或人以为难，实即不同情况不同处理耳。

现在编写教材，以辨证为纲，下列几张方子，有人对此有意见，认为缺乏辨证论治精神。我认为辨证论治无法列方，如上举是。但在总论可谈辨证论治法则，各论可写各种病证的具体方药，用辨证论治的思想方法作指导，这个指导思想很重要。方药的治疗是呆的，有了指导思想就活了。

三、病有内同外异、内异外同

“证”是病的表现，病的变化，在人们直观下不能太清楚，病可以不同，而症可以相同。据“症”治疗，对此病可以有效，对彼就无效，而况有许多病，外无明显之证可辨，就难以用药了。

晋代有卓识的医家张湛说：“病有外异内同，内异外同。”我们的祖先没有方法去辨识“内异”，我们现今处在科学昌明时代，可以借助于科学，使宏观与微观结合。太史公在《扁鹊传》里说：“人之所病，病疾多，而医之所病，病道少。”我们引进现代科学之“道”，与原有之“道”结合，能够辨别“内异”或内病无外症可辨，可以结合现代认识，开辟新途径，提高中医水平。

上海医科大学附属中山医院 姜春华

《素问》“必齐”解

“必齐”一词，在《内经》中仅有两处。《素问·汤液醪醴论》：“必齐毒药攻其中，砭石、针艾治其外。”《素问·玉版论要》：“其色见浅者，汤液主治，十日已。其见深者，必齐主治，二十一日已。其见大深者，醪酒主治，百日已。”古今注家对“必齐”有多种注解，但笔者认为均与经旨相悖，故此，不揣管见，就正于同道。

据考，“必齐”为“醪醴”之通假。“醪”，《广韵》写作“醪”，《正字通》曰：“醪同醴，俗省。”“醴（醪）”通假作“必”，“醪”的注音，《康熙字典》作“壁吉切，音必。”故“醪（醴）”与“必”为同音通假。“齐”与“醴”，古籍常通用。《周礼·酒正》：“辨五齐之名。”《玉篇》作“五醴”。综上所述，“必齐”即“醪（醴）醴”之通假。《广雅·释器》：“醴，酱也。”《玉篇》：“醴，醴醴也。”《

醯 (音 máo dòu), 《说文解字》云:“榆酱也。”段玉裁《说文解字注》云:“榆酱,用榆人(‘人’同‘仁’——笔者注)为之。榆人者,榆子中人也。《齐民要术》曰:作榆子酱法,治榆子人一升,拊末筛之,清酒一升,酱五升,合和一月可食之。”“齐”,《广雅·释器》:“醯,酱也。”“必齐”联用,构成同义复词,其意为酱。具体地说,是指榆酱而言。

酱,是古代食医用来治疗疾病的食物之一。《周礼·食医》记载:“食医掌和王之六食、六膳、百馐、百酱、八珍之齐。”“必齐”是榆酱,属“百酱”之列。《神农本草经》记载:“榆皮味甘平,主大小便不通,利水道,除邪气,久服轻身不饥,其实尤良。”可见,榆仁是疏达三焦、利窍祛邪、补养正气的上品。

由上可知,在《素问·汤液醪醴论》中,榆酱和毒药是与金石、针艾相对为文,以分别从内外两个方面治疗疾病。在《素问·玉版论要》中,榆酱与汤液、醪酒分别治疗“其色见浅者”、“其见深者”、“其见大深者”等疾病的轻重不同阶段。

河北中医学院 宗全和 王石成

谈半夏的用量

半夏的用量对临床有重要影响,它关系到正确的配伍和治疗意图的实施。但古文献中虽有一些示例,而深入研究,着重论述者不多,以致很少为人所注意。况古今衡器几番易制,南北气候、习惯有别,所以究竟如何掌握,实难断言。笔者根据古人的用药比例,结合个人的诊疗实践,将清半夏的用量分为三类,用于临床,效果尚称满意,兹简介如下。

对于脾不化湿,痰厥停饮,胃逆呕恶诸证,一般可用9~15克,如二陈汤、旋复代赭汤、小陷胸汤等方。小半夏汤、半夏厚朴汤等一般也可用15克,但其用量应与生姜互参,基本持平,不能明显高于生姜用量。因和胃化饮止呕是姜夏相互为用,并非生姜佐半夏。旋复代赭汤、厚朴生姜半夏甘草人参汤的姜夏比例也应如此掌握。

对于心下痞结较甚、呕吐较顽固、逆气冲咽或不寐证,则应投以大量,30~60克,甚至达120克(久煎)。吴塘就有“一两降逆,二两安眠”的论述。治疗上述重症,不用大量不易显效。笔者有很多病例都是先用常量不效或不理想,原方加大清夏用量而获显效的。所以只要认证准确,亦可径用大量,不会有副作用,而且能缩短疗程。笔者曾以温胆加秫米汤治疗家母三昼夜目不瞑、不思食、无所苦证;以半夏泻心汤治疗左母心下痞满,气闷为之俯仰证;以生姜泻心汤

治疗王某家属痞满、肠鸣、泄利证(查为菌痢),都是径投清半夏60克,其它药为一般量,一剂即获显效。当然,如果把握不大可先少用,不效再加量,也是可行的。而且较为稳妥。

对于阴虚气逆、脾虚生湿、胃气呆滞诸证,应以半夏为佐、为使,宜投小量,6~9克。如麦门冬汤、六君子汤等。尤其是肺胃阴虚者,其用量当宁小勿大。至于麦门冬汤原方,是以火逆上气为主症,故半夏用量较参、草、粳米为多,但麦冬剂量远远高于半夏(以容量计为七比一)。这种病因、主症、药量的匹配关系,确是值得注意的。然而,当今多用上方治疗热病后或杂病中的肺胃津伤证而上气不著者,所以半夏剂量亦当大幅度削减。

笔者所言用量,仅是个人的肤浅体会,而且受所处地域之限。在此仅供参考。临床还当因人、因地、因时具体掌握。

天津中医学院第一附属医院 牛元起

漫话半夏之用量

半夏,《神农本草经》谓其:“气味辛、平,有毒。主伤寒寒热,心下坚,胸胀咳逆,头眩,咽喉肿痛,肠鸣,下气,止汗。”现代药理研究证实:法半夏对中枢神经有良好的镇静和安定作用。自《内经》半夏秫米汤以降,以半夏为主药的方剂颇多,用量各别,有一方用至二升,亦有一剂仅用数钱。那么,现今半夏规定用量是多少?实际用量又是多少呢?值得探讨。《中华人民共和国药典》1985年版规定半夏用量为3~9克,实际用量往往与此相去甚远。笔者1984年5月11日诊治一熊姓妇女,68岁,夙患风心病,近心悸、眩晕、呕吐七天,卧床不起,吐涎不止,其脉弦,舌苔水滑。治当渗饮于下,涤痰于中。用小半夏加茯苓汤;制半夏15克,茯苓30克,生姜10克。服二剂呕止眩减,再二剂已能起床步行。半夏用15克虽逾规定之量,但并不足奇。张锡纯曾谓“无论呕吐如何之剧,每用半夏一两,煎汤两茶盅,调入净蜂蜜二两,徐徐咽之,未有不效者。”(《衷中参西录·半夏解》)亦有每剂用二两者,如吴鞠通一则医案:“秀氏,三十二岁,产后不寐,脉弦呛咳,与《灵枢》半夏汤。先用半夏一两不应,次服二两得熟寐,又减至一两仍不寐,又加至二两又得寐。于是竟用二两,服七、八帖后,以外台茯苓饮收功。”(《吴鞠通医案》第399页,人民卫生出版社,1985年)笔者有感于此,于1985年3月30日治一62岁杨姓农民,患通宵不寐二月余,前服温胆汤、黄连阿胶鸡子黄汤皆乏效,其人心烦脉弦,