

百 家 园

五更泄病机探讨

五更泄,俗称晨泄、鸡鸣泄,皆以特定的泻下时间命名;亦称肾泄,乃从病理病机命名。辨治多宗肾阳不足,命门火衰,施以温肾涩肠。然证之临床,效者固多,不效者亦不少。古往今来,不少医家采用他法治疗五更泄。由此可见,五更泄的病机颇为复杂,不能仅责之肾阳虚衰一端。

五更泄,脾胃之本病也。五更泄的病变部位主要在脾胃,脾胃清阳不能五更应运而升是五更泄的基本病机。肾阳虚衰五更无力帅诸阳上升,脾胃清阳不能应运而升则五更泻下,这仅是五更泄病机的一个方面,而不是其全部。

脾升清主运化,五更之时脾胃清阳之气亦当应运而升,脾运方可维持正常。如因脾胃本身病变,或者他脏病变波及脾胃,或者因虚因实,导致脾胃清阳之气终因虚衰,无力五更应运而升,或者邪浊阻塞脾胃清阳五更应运升之通道,上升之势都会反转为下降,水湿五更傍流而下。随着时间的推移,阳气递增,脾胃清阳亦随之渐旺终得上升之势而暂安,故泻暂止。如此周而复始。如果仅仅是他脏病变,即或肾阳虚衰,只要未能波及影响脾胃清阳五更应运而升,一般是不会发生五更泄的。即或脾胃升清泄浊功能失司,只要不是特定的脾胃清阳不能五更应运而升,虽可发生泄泻,但无特定的泻下时间。

五脏之虚,皆可令人五更泄,非独肾虚。五更泄患者,大多具有不同脏器的虚损。或脾阳不运,或肾阳虚衰不能温煦脾土,或少阳之气不及,木不疏土,或心阳不振波及脾运,或肺气宣肃无力不能下助脾胃升发清阳,皆可导致脾清阳不能五更应运而升则泻下。岂独肾阳虚衰之一端,如前贤叶天士、张聿青从肝脾论治,魏玉璜从脾论治,今又有从心、肺等论治者,效果显著,不一而足。

虚实皆可令人五更泄,非独虚也。在注重五更泄正虚的同时,切不可忽视五更泄邪实的因素。有五更泄患者,脏气本不虚弱,但由于邪实(瘀血、邪热、水湿、痰浊、气机郁滞等)阻塞脾胃清阳五更应运而升之通道,亦有可能发生五更泄。清代王清任从瘀论治,开五更泄

邪实证治之先河,今之又有从湿浊、邪热、气机郁滞论治者,即是例证。

四川省会理县中医院(615100) 鲜光亚

小儿厌食症治肝一得

近年来随着物质生活的逐步改善,小儿厌食症的发病率似呈上升趋势。临证者若拘守“治疗的重心主要在脾胃”之训,独以健脾运或补脾气、益胃阴等为法,有时收效甚微。而于山穷水尽之际,改弦易辙,转以治肝(疏肝、敛肝等)为主,竟尔效验昭然。个中缘由,值得思索。兹不揣简陋,聊陈一得之愚见如下。

小儿固然“脾常不足”,然亦“肝常有余”,即肝旺。据笔者观察,当今食物较丰富的年代,小儿肝常有余之证较多。究之,肝常有余与脾常不足,本为一个问题的两个方面,只不过在不同的自然环境、社会环境和家庭环境条件下,某一方面有所突出或侧重而已。据临床观察,小儿厌食症之偏于肝旺者,其临床主要表现为:厌食伴任性,容易发怒,睡眠不安,形瘦色苍,白睛泛绿,大便干燥等。众所周知,肝旺本是中医儿科的重要病机,惟传统中医理论将肝旺归结为:小儿患病后容易出现高热、惊风等症;换言之,肝旺似乎仅仅是对小儿易动肝风这一病理特点的概括,而决不包括《内经》所谓“肝在志为怒”这一情志方面的病因病机,这显然不符合临床实际而有失偏颇。

因小儿乃“稚阴稚阳”之体,脏腑娇嫩,形气未充,大脑发育未臻完善,故其七情致病,便与成人有所差异。一方面,小儿对某些情志——如忧、思、悲等不大敏感。但是另一方面,小儿又对某些情志——如怒、惊、恐等相当敏感,犯之便易罹病。

据笔者临床体验,小儿厌食症之偏于肝旺者,初为肝气盛,迁延失治则肝火燔(气有余便是火)。肝气盛必乘脾,致脾气虚弱,脾运维艰;肝火燔必灼胃,致胃阴亏耗,胃失润降。概而言之,便是肝旺脾弱,胃失润降之证。治疗此证之大法,应为疏肝扶脾,滋胃降逆。笔者自拟疏肝滋胃汤:柴胡10g,酒黄芩6g,天花粉10g,白芍12g,炒枳壳10g,乌梅肉10g,虎杖12g,黄连3g,连翘10g,北沙参12g,冰糖15g。上药冷水浸泡1小时,文火煎沸半小时,连煎2次,滤取药液约150ml,一日分

5次温服。本方综合取舍《伤寒论》小柴胡之旋转少阳枢机,四逆散之疏肝行气,以及《温病条辨》连梅汤之敛阴泄热,乃辛苦合酸甘诸法;辛散肝郁,苦泻心火(实则泻其子),酸敛肝阴,甘养胃津,故有疏肝扶脾,滋胃降逆之良效。此外,每日取炒草决明、冰糖各30g,沸水浸泡,口渴即饮之,取其滋胃润肠通便。

若患病时间较短,肝火灼胃之证尚不明显,口不甚干,大便不甚干燥者,笔者习用《温病条辨》椒梅汤化裁:乌梅肉、太子参、白芍、生山药各10g,黄连、干姜各1.5g,法夏、炒枳壳、生鸡内金各6g,黄芩、生甘草各3g。此方泄厥阴、和少阳、护阳明,颇有开胃进食之妙。一般服二三剂,待厌食减轻之后,再用钱仲阳七味白术散加乌梅肉、白芍、生鸡内金等缓缓调理之。

四川省乐山县人民医院(614000) 余国俊

谈方剂辨证与中成药的临床应用

方剂辨证,渊源甚远,汉代马王堆出土的《五十二病方》,以病名方,以方识病;《内经》十三方,亦以病命方,如血枯方,即治血枯证的方剂,皆为方剂辨证之雏形。方剂辨证,就是根据方剂的主治病证与主治立法,对病证进行分析,并使之符合某一方证的辨证方法。如桂枝汤证,麻黄汤证,小青龙汤证,柴胡汤证等等。方剂辨证的方剂必需具有广泛的应用性和很高的临床价值,必须得到医界公认,必须是古今的名方、效方、良方。由于方剂辨证的特点,它与中成药的组方有着密切的关系。

中成药,是根据历代有效、安全的名方,制成不同剂型(如丸、散、膏、丹、口服液、胶囊、片、冲剂、贴剂)的现成中药。目前广泛应用于临床。中成药的组方与其主治病证是密切相关的,其组方原则是君臣佐使的有机配合,如临床常用的藿香正气丸(水、胶囊),藿香为方中之君药,既能辛散风寒,又能芳香化浊,善治霍乱吐泻,凡外感风寒,内伤湿滞之证皆可用之;苏叶、白芷辛香发散,助藿香外解风寒,兼可芳化湿浊为臣药;白术、茯苓健脾运中,和中止泻,厚朴、大腹皮行气化湿畅中除满,桔梗宣肺利膈,既利于解表,又益于化湿,此三者为佐药;姜、枣、草调理脾胃,协和诸药,为使药。诸药配伍,使风寒外散,湿浊内化,清升浊降,气机得畅。故凡霍乱吐泻恶寒发热,头痛胸闷,舌苔白腻而脉浮滑者皆可用之。在临床辨证施治时,必须掌握主治证候,使方证对应,则效若桴鼓,否则成药泛用,效果不著。

中成药的组方剂量与其主治病证的关系尤为密切,如藿香正气丸中藿香的剂量偏大,其主治病证就突出,在方剂辨证时就得认识藿香的主治病证。

中成药的剂型与其主治病证亦有一定关系,以藿香正气丸为例,最早是《局方》藿香正气散,即为细末煎服的散剂,后改为服6g,姜、枣煎汤送服。现为了急用方便(此方多用于夏月中暑之证)改为丸剂,但不适用于夏月中暑之急暴,因此由丸剂改为水剂,进一步改为胶囊剂。从剂型的变化,也说明其辨证时证候的变化。又如用于急救的至宝丹,麝香救心丸,其剂型的变化直接关系到证候的变化,这些在方剂辨证时也需时时顾及。为了提高中成药的疗效,必须掌握方剂辨证的意义。

方剂辨证可以说是应用中成药的前提,是提高中成药疗效的关键。这个问题一直没有得到重视,这是造成中成药应用不当和疗效低下的直接原因。医者在应用之前必须了解中成药的功能主治及常用剂量。如临床上有治疗温热病“三宝”:至宝丹、安宫牛黄丸、紫雪丹。吴鞠通说:“大抵安宫牛黄丸最凉,紫雪次之,至宝又次之”但从三药组成与功效分析,各有所长,所以后人非常形象的总结:“糊里糊涂牛黄丸,不声不响至宝丹,动手动脚紫雪丹”说明牛黄丸偏于清热安神,至宝丹偏于芳香开窍,紫雪丹偏于镇痉熄风。因此要对症下药,提高“三宝”的疗效,尤其在温热病出现神昏、高热、抽搐的时刻,正确地使用此“三宝”是扭转疾病向好的方向发展的关键。

有些医生在使用中成药时,由于忽略了方剂辨证,因此笼统、模糊用药的情况非常普遍。如治失眠症,有的不分寒热虚实,不解方剂组成,信手拈来诸如柏子养心丸、天王补心丹、朱砂安神丸,有的甚至用牛黄清心丸;不明中成药的组方杂药乱投,不但药不对症,而且有许多出现毒副作用。有的用六味地黄丸治肾阴虚,也不分其中夹杂之证,千篇一律,笼统使用。其实,前人为了方剂辨证的需要已为后人设制了系列方,如肝肾两亏加枸杞子、菊花为杞菊地黄丸,肺肾阴虚加五味子为七味都气丸,阴虚火旺加知母、黄柏为知柏地黄丸,还有肾气丸、八仙长寿丸等等。正是由于方剂辨证日益深入医药家的心灵,所以当今出现的新中成药制剂有系列制剂,如乙肝系列有清热解毒冲剂、益气养阴冲剂、养阴活血冲剂等,补心口服液有益心气口服液、益心阴口服液、益心阳口服液等,金嗓系列有金嗓利咽、开音、清咽、散结等。只有这样才能提高中成药的疗效,这就是方剂辨证的精神所在。

浙江省绍兴市中医院(312000) 董汉良

实脾饮琐谈

实脾饮一方,出自《重订严氏济生方》。该方立论简括,由附子、干姜、白术、茯苓、木瓜、厚朴、木香、大腹