

10g,炒白术 30g,白芍 15g,枸杞子 10g,石斛 10g,肉豆蔻、砂仁各 5g。服药 7 剂,诸症好转,唯便溏仍每日 2~3 次。原方加入焦薏苡仁 30g,再服药 14 剂,诸证基本消失。出院时复查:空腹血糖 7.83mmol/L,餐后血糖 10.21mmol/L,SGPT32U/L,总胆红素 23.9 μ mol/L,按上方配制丸药,以培补调理善其后。肝与脾胃同居中焦,肝炎日久,暗耗肝阴,虚火内扰,灼伤胃阴。此令胃气失降,脾运失健,水湿内停,故渴不欲饮,饥不思食。方用生地、葛根、麦冬、石斛养肝荣胃,黄连、藿香、佩兰、苍术、炒白术、茯苓健脾燥湿,配肉豆蔻、砂仁醒脾和胃以调肝脾,加白芍、枸杞子酸甘化阴,柔肝缓急,再有厚朴行滞气。诸药相配,疏肝理气,滋阴化湿,合脏腑阴阳,燥湿相济。

糖尿病属中医消渴范畴,历代医家多以三消立论,从阴虚燥热施治。统计我科两年来收治的 178 例糖尿病患者,阴虚夹湿者约占三分之一。人至老年,五脏功能渐衰,阴精津液亏损是引发本病的重要因素。同时,肺脾肾三脏功能失调又为产湿之主因。肺主宣发肃降,通调水道;脾主运化,关系水液代谢与输布;肾主水,司开合,调节体内水液平衡。任何一脏阴虚,均能影响水液代谢,聚而为湿,故夹湿绝非阳虚气亏所仅见。阴与湿二者同时并存必致病机复杂,治疗困难。若要滋阴而不留湿,祛湿而不伤阴,则应把握养阴与祛湿药物的配伍和用量得当。对于糖尿病的阴虚夹湿患者,还应考虑降糖问题。现代医学研究证明,生地、麦冬、葛根、黄连、苍术、枸杞子等药皆有降低血糖作用,故笔者注意在临床运用。

北京医院中医科(100730) 李明瑞

咳喘病的冬病夏治

中医的“咳喘病”属现代医学的慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿、肺心病及其它肺部疾患。此类疾病多发生于冬春季节、气候寒冷或气候变更时,易反复发作,经年难愈。急性发作期,临床上大多采用西医消炎或激素疗法,以暂时缓解症状,但难以从根本上解决问题。

中医认为咳喘的发病,一是由于外感风寒之邪或邪气潜于肺,使肺气失宣、通调水道功能失职、水液输布失常,导致痰饮内停,一旦外感风寒即引动“宿根”而发哮喘,二是由于正气不足虚证所引,肾阳为一身阳气之根本,肾阳虚则全身阳气具衰、阳气衰则卫外不固,肾气不充,肾阳不盛,而易感外邪。另一方面,痰饮为阴邪,痰饮盛则易伤肺脾之阳,致肺阳、脾阳渐衰,肺阳虚不能卫外而易感邪,脾阳虚不能化湿祛痰,伏邪不去,则难以绝病之“宿根”,日久致正气渐衰,而“宿根”愈盛,反复发作,缠绵难已。

对于咳喘的治疗,应该遵循《内经》“不治已病治未病”的原则,以防为主,防治结合,并根据《内经》“春夏养阳、秋冬养阴”的理论,采用“冬病夏治”的方法。所谓“冬病夏治”包括两方面的内容,一方面,选择三伏酷暑,阳气旺盛之时,采用辛温香燥之药物,取其同气相求之机理,收复耗散之正气,散其“宿根”之邪气,使正气渐复,阳气渐旺,抗病力增强,以清除肺中之寒饮“宿根”,从而达到防病治病的目的。另一方面,在咳喘的缓解期,通过服用温补阳气的药物,以振奋阳气,提高抗病能力,减少疾病复发次数,或减轻患者发作期的症状,以达到扶正祛邪的目的。

桂龙咳喘宁由桂枝汤加味而成,方中桂枝,既能温补肺卫之阳、调和营卫之气以防外感,又能振奋脾阳以绝生痰之源,使“宿根”易除;龙骨、牡蛎同用能驱痰、降逆,引泛滥之水归其宅;又能益肾补肺,纳气平喘;另有川贝母、制半夏等祛痰之品相配伍,相得益彰。经我们临床实践证明,桂龙咳喘宁是咳喘病“冬病夏治”的理想药物。在临床运用时,一般在每年 6~9 月份的最佳治疗时期内,连续服用桂龙咳喘宁 2~3 月,以达到防范咳喘病冬季发作目的。

哈尔滨医科大学第一附属医院(150001) 张鹏飞

白术治疗便秘始于汉代吗?

近些年来,关于白术治疗便秘的报道和论述不少,黄春林等认为,早在汉代就已使用白术治疗便秘(加味枳术汤通便作用的临床观察与实验研究,见《中医杂志》1996 年第 4 期)。笔者认为此说不确,理由如下。

黄春林等所引原文是:“伤寒八九日,风湿相搏,身体疼烦,不能自转侧,不呕不渴,脉浮虚而涩者,桂枝附子汤主之;若其人大便硬,小便自利者,去桂加白术汤主之”。很清楚,原文中的两方都是治疗风湿痹证的。并在处方后的煎服说明中指出:“初一服,其人身如痹,半日许复服之,三服都尽,其人如冒状,勿怪。此以附子、术并走皮内,逐水气未得除,故使之耳,法当加桂四两”。其中“以附子、术并走皮内,逐水气”明白指出,白术在这里是去逐水湿之邪的。

“其人大便硬”不是便秘。白术的作用,也许有的人认为在这里是治兼症便秘的。原处方煎服说明指出:“此本一方两法;以大便硬,小便自利去桂也;以大便不硬,小便不利当加桂”。说明大便的硬否与小便的利否,作为是否使用桂枝的依据。当代著名伤寒学家李克绍对此条文的省略指出:“‘大便硬,小便自利’既然是对比大便不实小便不利而言,自然不必为燥之坚硬而只是成硬而已。这样,不但对风湿二方的应用有了明确标准,就连大便硬这个词的涵义也搞清楚了。明白了所谓大便硬,实质是大便不溏不薄,是成形之硬而不是坚硬

之硬,那么处方用药去桂枝加术也就容易理解了。(有人举例,重用白术数两,治疗大便真正成硬,这又当别论,因为“去桂枝加白术汤”中之白术用量只不过现四钱而已。”(见《山西中医》1986 年第 6 期)。以上说明,这里的“大便硬”不是便秘。

综上所述,《伤寒论》桂枝附子去桂加白术汤中的白术的功用是去逐水湿,“大便硬”也不是便秘,自然也就不存在白术治疗便秘了。因此,白术治疗便秘早在汉代的提法是不准确的。

山西省祁县人民医院(030900) 薛世坚

刍议病因分类的意义

概言之,病因分类的意义,有以下 4 个方面。

有利揭示疾病本质:人体患病是相应病因作用于人体的结果。不同的病因可导致不同的疾病,不同的疾病又各有其在症状、体征、病位、病程、发展趋势等方面不同的临床特点,这些临床特点正是疾病本质的反映,而临床特点与病因的来源、性质密切相关。现分别举例如下。(1)病因与病种:如六淫邪气,其所致疾病是外感性疾病,同属外源性的疫疠之邪,因其具有强烈的传染性,所致疾病则为传染性疾病。如内源性的痰饮、瘀血,是人体内生的邪气,它们所致疾病是内伤性疾病。(2)病因与症状:不同的病因致病,在疾病过程中可以表现它所特有的症状。如瘀血致病,常见疼痛呈针刺样、部位固定、拒按、夜甚等。湿邪致病,则为沉重性疼痛。(3)病因与病位:病因的来源性质不同,其作用于人体部位也有一定的选择性。如外源性的风邪致病易伤人体的阳位(头面、皮毛、肺),而湿邪则易伤人体的阴位。故有“伤于风者,上先受之”;“伤于湿者,下先受之”的说法。属内源性的“七情”内伤,主要直伤内脏。如“怒伤肝”、“喜伤心”等。(4)病因与病程:外源性的风、火阳邪致病,其病程较短;寒、湿阴邪致病,由于寒性凝滞,湿性粘滞,不易消散、轻去,故其致病程较长。内源性的痰饮、瘀血等内邪致病,其病较长。(5)病因与病

势:外源湿热阳邪所致温热病多按卫、气、营、血,或三焦层次,由浅入深传变,以耗伤人体阴液为基本趋势。风寒之邪所致伤寒病,主要投三阳三阴六经传变,以损伤人体阳气为基本趋势。由此可见,病因分类有利辨疾病的临床特点,鉴别临床症状,对于深入认识疾病本质有重要的指导意义。

有利于正确审因论治:“治病必求于本”。针对病因施以相应治疗,消除病因,是达到治愈疾病目的的一个重要方面。所以《素问·至真要大论》强调:“必伏其所主,先其所因”。论中所提出的“寒者热之,热者寒之”,“客者除之”,“结者散之”等治法,都包含着消除病因的意义。只有明确病因的来源、性质,才能准确无误地审因论治。

有利于健身防病:区分致病因素的类别、性质和致病特点,对于引导人们注意外避邪气侵害,内调精神,规律生活,合理安排饮食起居等,从而预防疾病发生,保证健康长寿都具有积极意义。如《素问·上古天真论》云:“虚邪贼风,避之有时,恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来”。“饮食有节,起居有常,不妄作劳,故能形与神俱,而尽终其天年,度百岁乃去”。

有利于病因学深化发展:病因分类越深入、细致、准确,就越能比较正确地反映病因的本质及其内部规律性联系,因而它有一定的科学预见性。能为人们结合现代科学,包括现代医学知识对中医病因进行再分类,深化发展中医病因学提供思路。

由于中医学在形成之初就向自然、向社会、向人类自身寻求病因,由此决定了中医病因内容的广泛性、多样性。因此,历代医家为认识病因与疾病的关系,一直在探讨病因分类问题。分类必须按着一定标准进行。笔者以病因来源为依据,提出外源性、内源性和医源三类病因。这样分类,不但能较合理统括中医学已知的一切病因内容,而且还能为深入探求未知病因提供一些认识依据。

北京中医药大学(100029) 刘文龙

全国中医药学术研讨会 全国针灸与非药物治疗法应用学术研讨会 《中医杂志》1999 年增刊 征文通知

由中国中医药学会和中医杂志社联合主办的“全国中医药学术研讨会”和“全国针灸与非药物治疗法应用学术研讨会”将于 1999 年 9 月举行。

全国中医药学术研讨会(简称“中医会”)征文内容如下:(1)老中医临床治疗经验总结;(2)临床辨证施治的经验;(3)中医和中西医结合临床治疗的新成果、新技术、新经验介绍;(4)基础研究及理论探讨;(5)临床应用处方、验方的治疗新体会,例如:半夏泻心汤、柴胡疏肝散、五子衍宗丸等;(6)临床应用单味中药的治疗体会,例如淫羊藿、夏枯草、牛蒡子等;(7)对于某方剂和其单味中药的研究新成果;(8)药物外敷、外贴、外洗等临床新用的经验体会;(9)少味药物浸泡常服预防和治疗的体会,例如枸杞子泡茶、三七泡酒等。

全国针灸与非药物治疗法应用学术研讨会(简称“针灸会”)征文内容如下:(1)针灸治疗常见病的经验;(2)推拿、按摩及其它理疗方法治疗常见病的经验;(3)气功和体育疗法治疗常见病的经验;(4)穴位埋线和割治法等治疗常见病的经验;(5)某一个新、旧穴位的临床应用经验体会;(6)常用配穴临床经验体会;(7)穴位研究新成果。

征文要求:(1)征文截止日期为 1999 年 5 月 10 日;(2)每位作者只限投一篇;(3)文稿要求字迹工整,字数在 2000~3000 字,请自留底稿,字迹潦草者不予审阅,尽量不用表格;(4)文稿中的计量单位均须采用法定计量单位,如“克”应为“g”,“毫升”应为“ml”,“白细胞 5000/mm³”应为“白细胞 5 × 10⁹/L”等等;(5)文题下署作者姓名,作者单位名称、地址、邮政编码写在首页末尾;(6)文稿请加盖单位公章;(7)征文经专家评审后,录用文章将刊登在《中医杂志》1999 年增刊上,并由中国中医药学会和中医杂志社联合颁发论文证书;(8)请在投稿信封左上角注明“中医会”或“针灸会”字样。

联系地址:北京东直门内北新仓 18 号,中医杂志社东方岐黄科技服务中心,邮政编码:100700,联系人:于易。