

百

家

园

赵冠英临证论七失

赵冠英教授从医 50 余载,理论造诣深,临床经验丰富。他认为,要想提高临床疗效,就要在提高识病辨证的准确性、确定治法的科学性和组方遣药的合理性上下功夫。为此,他指出了影响临床疗效的几个问题,以及纠正的方法。

1 不擅中西相参,识病难全:望闻问切是前人留传给我们认识疾病的手段,虽有发展,但其局限性是显而易见的。只有学兼中西,了解并运用现代医学知识才能真正对疾病有全面而透彻的认识,才能明确“郁证”、“胸痛”与“胸痹”、“真心病”之区分,才能清楚“胃脘痛”有良性与恶性之不同。真正认识疾病的发生发展规律,才能在施治用药上更有针对性、完整性,也才能提高药物治疗的效果。

2 不察标本缓急,施治失当:临证诊察证候,失于周详,时有偏颇,比如只考虑致病之邪,不考虑自身正气;只见到症状多多,不细审病因病机;只顾眼前之症,不管固有之疾,这样不能从整体上把握疾病的本质,确定正确的施治法则。如曾治八旬老者呃逆频频,诸医屡以丁香柿蒂或旋复代赭之类镇潜降逆而罔效,孰知患者以往曾因胃溃疡而行胃大部切除,加之年老体弱,胃气已衰。改拟益气健脾,和胃调中之法,其症渐除。另外,医者皆知“急则治标,缓则治本”之古训,然病在缓急之间,标本兼顾还须有轻重主次之分。比如对粘连性肠梗阻,攻下通腑是治标救急之法,行气活血是治本缓图之治,两者结合,在治疗过程中先以攻下通腑为主,中病即止,使腑气得通即逐渐过渡到行气活血法为主以治本,这样才能取得可靠而确切的疗效。

3 不辨寒热虚实,主次不清:“察色按脉,先别阴阳”,但做到正确无误却并不容易。特别是遇到复杂的病例,症状繁多,脉症不一,寒热错杂,虚实互见,主次兼夹,真假并存,难以把握。如不能仔细辨别,从表及里,去伪存真,探寻病机,是不能搞清病证实质的。如妇女痛经伴月经量多、贫血者,经前烦躁易怒,行经小腹发凉,手足不温,经色紫暗多块,量多而难止。其证有寒有热,有瘀有虚。细审其病因病机,乃由寒致瘀,因瘀生热,因热致崩,因崩致虚;或者说寒为因,瘀为传,热为变,虚为果。这才是对其病因病机完整而透彻的认识,不能为表象所迷惑。施治则以温经汤加减,并根据证候的主次轻重和施治时机,解其热而兼顾其寒,温其经而兼清其热,通其脉而兼统其血,补其虚而兼化其瘀,主次有序,轻重有节,乃可奏效。

4 不知病之传变,贻误病机:无论什么病,其致病因素有多种,影响因素有多,人体素质不一,病机传变各异。如果临证拘执一证一方或几证几方,不能根据病人的具体情况,结合病情的发展变化而及时调整治法用药,不仅不易取得良好疗效,还会贻误病机,导致病情更趋复杂。尤其对于那些病情发展较快的外感温热病和危及生命的脏腑重症,还要预先用药以防其传变,并对正气预加顾护。如急性心肌梗塞的治疗,活血化瘀通脉

固为所需,但它可并发心功能衰竭和严重心律失常,因此要根据患者的病情,预估其传变趋势,适当加用益气温阳和养心安神的药物,既可促进冠状动脉再通,又可预防心源性休克和心律失常的发生。

5 不尊谨守病机,用药无常:只要识病无误,辨证准确,施治得法,用药得当,就应守法不变,坚持治疗。反之,如果治无主见,方药朝设夕改,时时变化,必使前功尽弃,一事无成。

6 不善组方遣药,有失精当:辨证准确,施治得法,最终还需组方精简、选药适当、用量适中,才能取得良好效果。组方不够精简就不能突出重点,切中要害,或者不符合君臣佐使之道,用药四面出击,面面俱到,使药难中的,或使药力分散,相互掣肘,必然影响疗效。选药不适当常因不熟药性,与病情有一定差距,或者不适其寒热温凉,或者不合其浮沉升降,或者不符其归经入脏,药证不符自然难奏佳效。药量不及固难奏效,药量过重则正气易伤,既要根据病人的正气虚实和邪气盛衰来确定,还要根据用药后的反应情况来调整。对于儿童、产妇及一些年老体弱的患者,用药宜轻,宁可再剂,不可过重。

7 不明药理药效,中西相妨:用药治病,既要了解病,又要了解药,方为知己知彼。根据辨证与辨病相结合的原则,参考实验研究提供的药理、药效知识,在辨证施治的前提下,进一步选择适合疾病病理特点的药可提高疗效,也使那些所谓无证可辨的病证如无症状糖尿病、高血脂症等的治疗用药更有科学的依据。另一方面,中西药合用必须遵循各自的理论,扬其所长,互救其短,从而提高疗效,降低毒副作用,还可减少用量,缩短疗程。如治疗癌症采用中药益气养血,健脾和胃法,配合化疗可减轻毒副作用,提高疗效;相反,如果中药西用,也采用那些解毒抗癌,苦寒伤胃的药物,既非扬长,更是就短,造成正气耗伤,反而降低疗效。另外,中西药合用还可能发生药效学和药代动力学的改变,从而影响疗效。如茵陈可拮抗氯霉素抗菌作用,红霉素可抑制穿心莲促进白细胞吞噬功能的作用,地榆、虎杖等可与维生素 B₁₂ 持久结合加快其排泄而缩短疗效,山茱萸、五味子、女贞子可酸化尿液,促进碱性药物的排泄而降低其疗效,万年青、五加皮可增加洋地黄制剂的中毒机会等等,均不可不知。因此,现代中医如果不能掌握更多的中药知识,不了解中药的有效成分、药效药理知识,就不能适应现代医疗的要求,造成失误,影响疗效。

中国人民解放军总医院中医科(100853) 窦永起 杨明会

叶天士凉血散血法治内伤血证的基本方剂结构

叶天士对内伤血证的论治很少运用成方,处方用药颇为灵活,初学者不易掌握其处方规律。笔者在学研叶天士《临证指南医案》、《未刻本叶氏医案》、《叶氏医案存真》中,对叶氏运用凉血散血法治内伤血证的 109 案的药物运用进行了统计分析。

发现叶氏凉血散血法运用于各种不同部位出血证,有其相对固定的主药,或者有2~4味同功效药互换使用,因而有利于确定各部位出血证的基本方剂结构。确定方法是据每一相同部位出血的医案里各种药物出现的次数和每处方用药的味数并计算其平均数,取与每诊平均数相等的重复出现次数较多的药物作为基本方。其重复次数稍少的作为加减药。这样,根据叶氏用药规律,简化出各种不同部位出血运用凉血散血法的基本处方结构,模拟组合成为相应部位出血的凉血散血基本方剂。

咳血:咳血用凉血散血法者共计有18案,加复诊3案,总计21方,其药物使用次数依次为:生地黄21次,麦冬12次,茯神9次,阿胶8次,石斛7次,稻豆皮5次,玄参5次,竹叶5次,沙参4次,天冬4次,茜草4次,鲜藕3次,牛膝3次,其余药味均在3次以下。本病每诊药味在6~10味之间,平均为8味,取出现次数较多的前8味作为基本方,稍少的作为加减药。基本方:生地黄、麦冬、茯神、阿胶、石斛、稻豆皮、玄参、竹叶。加减药:养阴增液加沙参、天冬、鲜藕。活血散瘀加茜草、牛膝。

吐血:吐血用凉血散血法者共计有21案,加复诊3案,共计24方,其药物使用次数依次为:生地18次,茯苓11次,石斛8次,阿胶7次,丹参6次,牡丹皮5次,牛膝5次,玄参4次,麦冬4次,山药4次,连翘3次,竹叶3次,郁金3次,白芍3次,童便3次,龟甲3次,山茱萸3次,其余药味均在3次以下。本病每诊处方药味在4~10味之间,平均每方7味,取前7味作为基本方,稍少的作为加减药。基本方:生地黄、茯苓、石斛、阿胶、牡丹皮、牛膝。加减药:养阴增液加玄参、麦冬、白芍、龟甲;清热解毒加连翘、竹叶、童便;健脾加山药,补肝加山茱萸,活血散瘀加郁金。

衄血:衄血用凉血养阴止血法者共计有18案18方,其药物使用次数依次为:生地黄15次,牡丹皮9次,犀角7次,茯神7次,阿胶6次,玄参6次,石斛5次,白芍5次,天冬5次,牛膝4次,山药3次,女贞子3次,梔子3次,旱莲草3次,其余药物均在3次以下。基本方:生地黄、牡丹皮、茯神、犀角、阿胶、玄参、石斛。加减药:养阴增液加白芍、天冬;滋阴降火加女贞子、旱莲草;活血散瘀加牛膝;健脾加山药。

便血:便血用凉血散血法者共计有12案,加复诊1案,总计13方,其药物使用次数依次为生地黄11次,牡丹皮5次,白芍5次,石斛4次,茯神4次,知母3次,胡麻仁3次,炒黑槐花3次,柿饼灰3次,地榆炭3次。基本方:生地黄、牡丹皮、石斛、茯神、白芍。加减药:凉血止血加炒黑槐花、柿饼灰、地榆炭;清热燥湿加黄芩、知母,养阴增液加稻豆皮。

尿血:运用凉血散血法治疗尿血者5案,计5方,经统计结果得基本方为:生地黄、牡丹皮、焦黄柏、龟甲、淡竹叶、甘草,若加强散血祛瘀之力可加琥珀屑、蒲黄等,健脾加山药;利尿清热加车前草。

崩漏:用凉血散血法治疗崩漏者8案,加复诊1案,共计9方,经统计结果得基本方为:阿胶、生地黄、茯神、白芍、天冬、人参、知母、莲子、丹参、当归。

血证:凡医案中未明确何部位出血者统称为血证。共计7案7方,经统计结果为基本方为:生地黄、稻豆皮、茯神、牡丹皮、茜草。若增活血祛瘀之力则加牛膝;凉血止血加侧柏叶,养阴增液加白芍、石斛、淡菜。

血证恢复期:所谓血证恢复期案例是指出血已止,但需继

续巩固治疗时期。叶氏运用凉血散血法治疗恢复期血证案例有9案9方;经统计结果得基本方为:生地黄、茯苓、阿胶、麦冬、生白芍、天冬、甘草。

血证前期:所谓血证前期是指即将出血之时,叶氏用凉血养阴止血预防其发作,仅载2案,加复诊1案,共3方,经统计结果得基本方为:生地黄、牡丹皮、桃仁、麦冬。

湖南中医学院(410007) 蒋文明 陈大舜

从龙法名家案析

小青龙汤是张仲景治疗寒饮咳喘的一张名方。若用之不当,会产生多种变证,应当加以注意。小青龙汤在《金匮要略》中用于治疗寒饮咳喘的实证,药物组成以辛散温化为主。但临床常见之寒饮咳喘证多见于哮喘、慢性支气管炎和慢性肺心病的急性发作期,多是实中夹虚之证,所以应用小青龙汤后,副作用更为明显,使病情更趋复杂。对此不少医家都有过论述,其中最为突出者,当推近代名医张锡纯,其自拟从龙汤,治疗小青龙汤药后之证。在此,仿张锡纯之义,将临床上用于治疗小青龙汤药后诸证的方法称为从龙法。现摘录张仲景、叶天士、张锡纯及刘渡舟小青龙汤医案4则,分析其从龙法。

1 张仲景之从龙法

张仲景不仅创立了小青龙汤,而且对于小青龙汤药后变证的认识也极其深刻。其在《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中,采取病案的形式详细论述了体虚支饮咳嗽服小青龙汤后的变化及其相应的治疗方法。原文如下:“青龙汤下已,多唾口燥,寸脉沉,尺脉微,手足厥逆,气从少腹上冲胸咽,手足痹,其面翕然如醉状,因复下流阴股,小便难,时复冒者,与茯苓桂枝五味甘草汤,治其气冲。冲气即低则反更咳、胸满者,用桂苓五味甘草汤去桂加干姜细辛,以治其咳满。服之当遂渴,而渴反止者,为支饮也。支饮者法当冒,冒者必呕,呕者复内半夏以去其水。水去呕止,其人形肿者,加杏仁主之。其证应内麻黄,以其人遂痹,故不内之。若逆而内之者,必厥,所以然者,以其人血虚,麻黄发其阳故也。若面热如醉,此为胃热上冲熏其面,加大黄以利之。”

本段内容论述了小青龙汤药后所出现的五种变化:冲气上逆,支饮复作,饮气上逆,水去形肿,水饮挟热以及相应的从龙法,揭示在治疗小青龙汤药后诸证时要辨证论治,支饮未解,必用干姜、细辛等温热药物,而支饮已解,则用苓桂剂加減。

2 叶天士之从龙法

叶案载:“色痿痿疏,阳虚体质。平昔喜进膏粱,……厚味凝聚蒸痰,……医用皂莢搜攪,肺伤气泄,喷涕不已,而沉痾胶浊,仍处胸背募俞之间。……独小青龙汤,彻饮以就太阳,初服喘缓,得宣通之义。夫太阳但开,所欠温补阳明一段功夫,不得其阖,暂开复痹矣。且喘病之因,在肺为实,在肾为虚。此病细诊色脉,是上实下虚,以致耳聋鸣响。治下之法,壮水源以熄内风为主,而胸次清阳少旋,浊痰阻气防食,于卧时继以清肃上中二焦,小剂常守,调理百日图功。至于接应事务,自宜节省,勿在药理中也。熟地砂仁制、萸肉、龟甲心、阿胶、牛膝、茯苓、远志、五味、磁石、秋石。蜜丸,早服。卧时另服威喜丸(茯苓、猪苓、黄蜡),竹沥、姜汁泛丸。”

叶天士之从龙法,分时服用不同功效的药物,值得仔细体会,早晨阳气方盛,痰饮为阴邪,不易为患,所以壮水源以熄内