

条云：“伤寒五六日，头汗出，微恶寒，手足冷，心下满，口不欲食，大便硬，脉细者，……可与小柴胡汤。”若治疗未能从少阳而用下，则易致生变证。例如误下致生悸而惊证：264条云：“少阳中风，两耳无所闻，目赤，胸中满而烦，不可吐、下，吐、下则悸而惊。”少阳病在其病变中时可见类阳明大肠可下证，必当别其疑似，治当从少阳而不当用下，用下则更伤少阳胆气，由此而变生悸而惊。

8 太阳病与“误下”

《素问·阴阳别论》云：“二阳为卫。”太阳受邪，营卫失和，影响大肠之气亦可致生不大便证。如56条云：“伤寒，六七日不大便，头痛，有热者，与承气汤；其小便清者，知不在里，仍在表也，当须发汗，……宜桂枝汤。”若对太阳病所致不大便误为阳明大肠而用下法，则易生变证。于此还要说明，假如里气充实，误用下法也不定都呈现变证，45条云：“太阳病，先发汗不解，而复下之，脉浮者不愈，浮为在外，而反下之，故令不愈，今脉浮，故知在外，当须解外则愈，宜桂枝汤。”便是其例。

总之，仲景论“误下”条文，旨在揭示辨不大便或大便硬症，其病位在大肠，且其则不尽在大肠，临证必当别疑似，以法治，方可免于失误。

河南中医学院(450003) 王 付

浅析气陷与肝肾的关系

气机下陷，是较为常见的病理变化，多在气虚的基础上出现。表现为气的升举固托无力而出现头晕、耳鸣、目眩、神疲、气短、乏力、久泻、失禁、坠胀、滑脱及多种脏器下垂等证候。对于气陷的病机认识，从古至今的医家大多从脾立论，认为脾主升清，脾气健旺，气机才能升达而不下陷，故又常把气陷称为“脾气下陷”或“中气下陷”。诚然，气陷与脾的关系甚为密切，但就此认为气陷仅与脾有关则未免过于狭隘，也与临床实际多有不合。笔者认为，气陷不仅与脾有关，而且与肝肾功能失调也有较为密切的关系。

1 肝与气陷

肝为风木之脏，主疏泄，肝气主升主动，肝对人体气机具有十分重要的升宣通畅作用，只有肝气能够升发条达，整体气机才能洋溢活跃，机体生命才显活力。所以，肝气的升发与调畅，对于整体气机的升达起着主导作用。尤其在肝与脾的气机关系中，脾气的升清实际上有赖于肝气升发的促进，即“土得木而达”之意。从五行角度看，肝为风木之脏，其气自然能升，脾为湿土之脏，其气何以能升？中土之性易于呆滞板结，全赖木性之疏达调畅，方能遂其升发长养之性，故而古人又有“脾之升从乎肝”之说。因而在病理上，当肝失升发疏泄，则中土易滞，肝气亏虚，升发不及，其气必下陷无疑。李东垣深得其中要义，故而在其补中益气、升阳举陷方中佐有升麻、柴胡。一般方书均释义用柴胡、升麻之意在于升提中气。然柴胡何以能升中气？笔者认为东垣用柴胡之妙在于疏达升发肝气，肝气得升，脾虚何有？“脾随肝升”也。另外，肝主身之筋膜。从组织结构看，筋膜的功用之一乃栓系裹挟内脏器官于体腔，使之恒稳而不下垂。而筋膜有赖于肝之气温养，方能筋膜健固，裹系有力，内脏才能恒稳。若肝之气血不足，筋膜失于温养，必生松弛，裹系无力，内脏必下垂无疑。世人只知筋膜拘急挛缩为害，殊不知其松弛痿软同样作害。由于在生理上肝气主升，又主筋膜，所以气陷的病机确

与肝有关系。提示在临床中，对于气陷患者的治疗还需放开思路，谨守病机。特别对于女性患者，更要从肝考虑，因“女子以肝为先天”。现列举一病案。

廖某某，女，38岁，1998年4月初诊。自诉妇科检查时有子宫脱垂，妇科医生建议服中药治疗，并处以补中益气丸。服药月余，未见好转，遂来我处就诊。见面色不华，爪甲苍白，精神不振，饮食尚可，睡眠差，多梦易惊，胆小怕事，常生疑惑，月经常愆期而量多色淡，白带多而清，舌质淡，脉弦细稍感无力。笔者思忖：子宫脱垂乃气陷之征，服补中益气丸无效说明非唯中气下陷，恐有它情。其证候表现多为肝气虚而升发无力，肝血虚而失于濡养之象。故辨证为肝虚气陷，冲任不固。拟定治法补肝益气、调固冲任。自拟处方：黄芪45g，升麻6g，柴胡12g，当归12g，白芍15g，枸杞子15g，山茱萸15g，淫羊藿12g，桑寄生15g，仙茅15g，金樱子30g，枳壳12g，甘草6g，人参须6g。水煎服，每日3次，并告之可同服补中益气丸。服药20余天，诸症大减，做妇科检查，子宫下垂已不明显，续服原方2周，以求收功。

2 肾与气陷

肾为藏精之脏，元气之根。肾对机体气机的影响，表现为相反相成的两个方面。肾为封藏之本，其性潜纳固蛰，其气内敛内收。体现在生理上，肾聚精而藏之，为机体生命之根本。故只有肾能封藏，精气才能充足盈满，元气才能充沛，机体生命才能有根，下元牢固而气机才不下陷。另一方面，肾阳又主蒸腾气化，使气机运动有向上之机。主要表现为肾精被蒸腾气化为元气，元气至下焦而升腾布达于中焦、上焦，乃至全身。全身各脏腑组织则在元气的推动、激发作用下产生各自的生理功能及整体的气机升降运动。由此可见，肾气的固摄与肾阳的蒸腾使得下焦气机固稳进而升达而不下陷。尤如基石与建瓴之关系，基石牢固，高楼才能安稳。在病理上当肾气不固而下元气亏虚，肾不能封藏固蛰，则气机必下陷无疑。大凡临床所见之久泻、脱肛、遗尿、滑精、早泄、妇女崩中漏下、子宫脱垂、小产滑胎、白带淋漓等症，多与肾气下陷有关。笔者曾治一位脱肛患者，以温阳补肾、益气举陷法得良效。现撷举如下。

蒋某某，男，29岁，1999年4月初诊。患者诉其幼年时有习惯性脱肛史，到青少年时期其症消失。1998年结婚，近来出现每当同房后次日大便必有脱肛，做过1个疗程(15天)针灸治疗，效不显。见患者身型清瘦高长，脉沉、舌淡，手足欠温，余无异。笔者认为此人先天不足，故有童年脱肛史，婚后同房，耗泄精气，肾气有损而不主封藏固蛰，而致下元不固，气机下陷，故生便后脱肛。结合其脉舌，辨证为肾虚气陷，治以温肾壮阳，升阳举陷，投以升阳举陷汤合右归饮加减：人参须10g，黄芪30g，升麻6g，柴胡10g，山茱萸15g，肉桂6g，仙茅12g，附子15g，九香虫15g，山药30g，甘草6g。并嘱其远房事，经上方治疗月余，复诊数次，均以上方加减出入，后收功。

3 小结

笔者曾治疗多例气陷患者，发现单用补中益气升阳举陷效果欠佳，故从失败的临床教训中悟出气陷病机不能仅局限于脾，也应联系其它脏腑。这正是中医整体观的具体体现。生理上，脏腑的气机运动虽各有侧重，但须整体配合，才能协调平衡。故而在病理上，当气机的升降出入失调出现病变时，也必然要广泛涉及，相互影响。所以我们在认识其病机及拟定治法方药时，千万不能拘泥狭隘。就中医气陷病机及治疗而言，笔者认

为,其标在脾,其制在肝,其本在肾,这才全面。

成都中医药大学中医基础教研室(610075) 林齐鸣

脉弦滑质疑

脉弦滑一词,在中医医学中被广泛应用。例如,六版教材《中医内科学》就有脉弦滑之说。似乎诊脉出现脉弦滑为顺理成章之事。然而,笔者认为,脉弦滑实际上是不存在的。兹将理由叙述于下。

中医学认为,对脉象的辨别须通过位、数、形、势四个方面来体察。具体而言,以位分脉的有浮、沉等脉,以数分脉的有迟、数、疾等脉,以形分脉的有弦、滑、涩等脉,以势分脉的有虚、实、洪等脉。从相兼脉的形成来看,则是由具有位、数、形、势不同特点的脉象的组合,才能形成相兼脉,如沉数脉是表示位与数的组合脉,脉浮滑数是表示位、形、数的脉象组合,脉沉小迟涩是表示位、数、形、势的脉象组合等等。而具有共同特点的脉象是不能组成相兼脉的,如同表示位的浮沉脉,同表示数的迟数、数疾脉,同表示形的弦滑脉,同表示势的虚实脉,这些相兼脉的脉象特点是非此即彼,同时出现是不可思议的。

就弦滑脉而言,《脉经》指出:“弦脉举之无有,按之如弓弦有效率。”“滑脉往来前却,流利展转,替替然如珠之应指。”此言甚为明了。弦脉如按琴弦,滑脉如珠走盘,往来流利,二者脉形截然不同,弦脉和滑脉绝不可能同时出现。关于弦之相兼脉,《脉经》指出:“弦数多热,弦迟多寒,弦急症瘕,小腹痛,又为癖病,弦小者寒癖,沉而弦者,悬饮内痛,弦数有寒饮,冬夏难治,弦而紧胁痛,脏伤有瘀血。”关于滑之相兼脉,《脉经》亦说:“寸口脉滑而迟,不沉不浮,不长不短为无病,关上弦滑而大小不均,是病方欲进,不出一二日,复欲发动,其人欲多饮,饮即注利,如利止者生,不止者死;关上脉紧而滑者寸白虫;滑而浮数者癰痲风,浮而滑者宿食,浮滑而疾者,食不消,脾不磨,迟而滑者胀,紧而滑者吐逆,滑数心下热结盛,滑疾胃中有热;沉而滑,为下垂,亦为背脊痛。”纵观《脉经》以上所述,并未有脉弦滑一说。

由此可见,弦滑脉既不是由恰当的脉象组合而成的相兼脉,也不曾在我国的脉学经典著作《脉经》中所论及。然其始于何种医籍,何时以讹传讹,误传至今,尚需今后加以研究考证。笔者认为,临床上诊脉出现或弦或滑是可以的,但弦滑同时出现则为不妥。进而言之,并不是任何脉象的组合都是相兼脉,而具有位、数、形、势不同特点的脉象才能组成相兼脉。

山东省青岛市第二人民医院(266033) 傅文胜

《中医杂志》临床试验论文随机性评价

为了解我国中医领域中临床试验的科研设计和论文撰写的现状,并向 Cochrane 中心数据库提供资料,我们对我国中医核心期刊、中国自然科学核心期刊之一的《中医杂志》进行了手检,按 Cochrane 手册的标准对其中的临床治疗试验做了有关的统计、分析和评价,结果如下。

1 分析方法

《中医杂志》1980 年~1998 年共 19 卷 210 期。由中国 Cochrane 中心(筹)培训的临床医学专业人员逐篇查阅杂志,根据是否述及“随机分组”分为随机对照试验(Randomized Controlled trials, RCTs)和临床对照试验(Controlled Clinical

trials, CCTs) 论文。

收集临床治疗试验的标准:(1)凡含有“随机”或“半随机”、“对照”字样的临床治疗试验。(2)凡含有“双盲”或“单盲”字样的临床治疗试验。(3)凡含有“安慰剂”字样的临床治疗试验。统计学方法为 χ^2 检验。

2 结果

概况:19 卷共刊载临床试验论文 3794 篇,属 RCTs 者 366 篇,占 9.6%;属 CCTs 者 326 篇,占 8.6%。在 RCTs 366 篇论文中,采用盲法者 22 篇,占 6.0%,其中,采用双盲者 10 篇,占 2.7%;阐明有具体随机方法者有 21 篇,占 5.7%。在 CCTs 326 篇论文中,均采用不确定分配法。

RCTs、CCTs 论文分布情况:随着年份的增加,RCTs 占临床试验论文的百分率呈逐渐增加趋势,1990 年以后增加比较明显,最高达 33.1%(1998 年),而 1980 年仅为 1.7%;CCTs 占临床试验论文的百分率总体呈增加趋势(从 1980 年的 5.1%升至 1998 年的 17.2%)。

RCTs、CCTs 论文分阶段情况:将 19 卷分为 4 个阶段统计,随着年份的增加,RCTs 论文数呈增加趋势,1980~1989 年分别为 98 篇占 4.2%和 150 篇占 6.5%,1990~1999 年分别为 268 篇占 18.1%和 176 篇占 11.9%,1990~1994 年分别为 133 篇占 14.4%和 109 篇占 11.8%,尤以近 4 年(1995~1998 年)增加明显,分别为 135 篇占 24.3%和 67 篇占 11.8%,经统计学处理有显著的统计学意义($\chi^2=22.03, P<0.001$);而 CCTs 亦有上升趋势,经统计学处理有统计学意义($\chi^2=78.94, P<0.001$)。

3 讨论

从科研设计方案论证强度来看,RCTs 属于一级论证方案。因此在临床医学研究中 RCTs 占有率越高,其杂志登载临床治疗试验论文水平越高,其研究结果准确性和可信性越好。

本文评价结果,随着临床流行病学学科的发展,RCTs 的科研设计愈来愈受到临床工作者和期刊编辑的重视,使中医临床治疗试验文章的研究水平不断提高。不足之处主要表现为:(1)部分样本数量太小,难以排除机遇的作用。(2)有相当一部分论文的治疗组和对照组样本量差异太大,表现出明显的随意性。(3)多数论文未对随机分组方法进行具体描述,使读者难以判断其结果的可靠程度。(4)多数论文未说明组间基线情况,难以判定组间可比性。(5)大多数论文未采用盲法,使结果的测量偏倚难以避免。(6)多数论文未报告纳入和排除标准,使读者不能得到该试验结果应在何种病人中推广应用的信息。

本组 CCTs 只包括非随机对照试验,共有 326 篇。非随机对照试验对受试者的分配由医生、病人或家属决定的,是随意而不是随机的,其研究结果容易受到偏倚的影响,使试验组和对照组间基线状态的可比性差,研究结果的可比性和可信性方面存在严重缺陷,在评价治疗性试验的结果时,常受到其它因素的干扰,不可能得到科学可靠的结论。

通过本次手检工作,我们看到《中医杂志》在临床研究方面取得了一定的成绩,特别是近 4 年 CCTs 数量增多明显,但仍存在着差距。希望中医临床工作者加强临床科研设计及论文撰写的训练,为中医药事业的发展做出贡献。

华西医科大学附属第一医院(610041) 巫刚 毛兵 李廷谦