

性。“重阴必阳，重阳必阴。”本来是阳大于阴，但当阳的升散性、动性发展到极点时，就可因其过分升散而减弱，变成阳小于阴。例如《伤寒论》29 条本为太阳病，“若重发汗，复加烧针，”从而大力增强阳的升散性、动性，导致大汗亡阳的四逆汤证，就是阳证转化为阴证。究其转化的条件，仲景多归咎于误治，如误汗、误下、误吐、误利等，实际上有的是疾病本身自然发展的结果，不一定是误治引起的，仲景可能存在观察上的错误。不过从这里可以看出，仲景已模糊地认识到矛盾转化必须的条件性。证候的转化由阴阳升降关系的变化引起，在阴阳升降的情形中，还可以预测证候是否要转化。“伤寒一日，太阳受之，脉若静者，为不传，颇欲吐，若躁烦，脉急数者，为传也。”太阳病本为阳的升散性、动性占主导，脉若静者，说明阴的沉降性、静性在增长，阴阳升降有可能达到平衡，故“不传”。不过，何者为主导，这完全取决于阴阳量的差异性，取决于证候这个矛盾统一体中阴阳谁占优势，谁居支配地位。

由此可见，张仲景是把疾病视为一个阴阳失调的矛盾运动过程，是用分析阴阳之间的关系来确定各种证候及其转化规律的。

河南中医学院(450003) 张五洲 杨英豪

慢性溃疡性结肠炎辨治体会

慢性溃疡性结肠炎(溃疡性结肠炎)是临床多发病，常迁延不愈或愈后再复发。笔者在临床治疗该病多年，取得一定疗效，现总结如下。

1 病因强调外感内伤两端

溃疡性结肠炎病变主要在大肠粘膜和粘膜下层，形成糜烂、溃疡，出血点以及原因不明的非特异性炎症。外因主要与风、寒、暑、热之邪侵袭有关。因脾胃等脏腑先虚，外感之邪乘虚而入，使脾胃功能失调，脾失健运而水浊内生，湿热下注大肠，出现腹泻、腹痛及粘液血便。内因主要与七情郁结，劳倦过度或先天禀赋不足等使脾失运化，肝失疏泄，肾失固涩，气机升降失常，气血津液代谢障碍，湿邪留注大肠有关。本病为正气先虚，外邪侵袭而发病，主要病位在脾、胃、大肠，与肾、肝亦密切相关。

2 脾虚湿困是基本病机

临床经验表明，脾虚湿困是本病的基本病机。急性期多以湿邪为主，湿性粘滞下趋胃肠，延治或治之不力，易于因湿致虚。而素体脾虚，又易使湿热之邪乘虚而入发为本病。缓解期常脾气虚弱，湿邪困阻，或脾虚肝气乘之。病程迁延日久，伤及肾阳，发为脾肾阳虚。由实致虚，由轻致重。此外，病久入络，或郁久生热，又可兼夹湿热、血瘀、气滞，表现为本虚标实，寒热错杂之证。脾胃虚弱为本，湿热蕴结为标，气滞血瘀贯穿本病整个过程中。

3 气滞血瘀是久病不愈的又一点

溃疡性结肠炎常呈反复发作的特点，因多年不愈而表现为间断性大便带血或粘液，左下腹疼痛，触诊时可摸到增厚变硬的乙状结肠肠管，伴有压痛，这些症状与中医不通则痛，气血瘀滞形成症瘕病机相同。本病初期为脾虚湿困，进一步发展则气虚气滞，气滞则血不行，故气血瘀滞大肠，表现呈局部疼痛，可触及增粗变硬的肠管、或肠腔中形成众多的假息肉。此时属虚中夹实之证，亦给治疗带来新的难点。

4 辨证论治

溃疡性结肠炎是一种本虚标实、寒热错杂之证，因此治疗时应寒热并用，消补同施，熔众法于一炉。根据临床经验，将本病分为 5 型。

湿热蕴滞：主要表现为发病初期，以腹泻、腹痛，粘液血便伴里急后重，肛门灼热，舌质红、苔黄腻，脉滑数或濡数。治以清热燥湿、凉血导滞。方用白头翁汤或葛根芩连汤加减。

气滞血瘀：主要表现为腹痛，痛有定处，腹部触诊可扪及坚硬肠管，压痛明显，便中夹脓带血。舌暗或有瘀斑，苔少，脉弦涩或弦滑。此型多见病程较长，反复发作的患者，治以益气活血祛瘀，方用少腹逐瘀汤加味。

肝气犯脾：临床表现为每因情绪波动或精神紧张发生腹泻、腹痛、常伴胸胁痞满，嗳气少食，舌淡苔白，脉弦。此型多见慢性结肠炎缓解期，治以扶脾抑肝，方用痛泻要方加减。

脾虚湿困：临床以腹泻为主，泻而不爽，肛门下坠，便中有粘液，腹中隐痛，伴有面色萎黄，身倦乏力，胸闷纳呆。舌质淡、苔薄白根腻，脉濡滑。治以健脾化湿、佐以理气止泻。方用参苓白术散加味。

脾肾阳虚：多见病久体弱者，表现为五更泄泻，肠鸣则泻，遇寒加重，便质稀，伴有粘液，泻后则安，形寒肢冷；腰膝酸软，舌质淡，苔白，脉沉细无力。治以温补脾肾，固阳止泻。方用四神丸加味。

本病在临床上常几型并见，有时可互相转化，故治疗时需随机应变，灵活应用，不可拘泥一方。并且在治疗过程中强调以调畅气机为先，同时照顾脾胃。切忌妄施苦寒克伐之品，用药应升降结合，补虚不宜滋腻，止泻慎用固涩。若脾虚不运，气滞湿阻，饮食不化导致湿浊停聚，而见苔腻，应在补虚基础上加用芳香化湿之品，如藿、佩、砂、蔻等。久病伤及阳气，阳虚致寒，温阳的桂、附勿大量，对脾肾阳虚者常用少量附子、肉桂，虽大辛大热，但少用则助阳而不伤阴，用之能温阳暖中，逐寒除湿。尤其对病史较长者，非桂、附不能温其阳，逐其寒、驱其湿。久病入络，气血瘀滞肠络，在活血祛瘀时，应强调升降气机为主，此时一味妄用活血破瘀峻药，常使病情加重。

补脾勿忘行滞，健脾利湿方中配以厚朴、枳壳、鸡内金等理气行滞之品，寓消于补，补不碍滞，消不伤正，使滞去肠和泻止。温肾勿忘固肠，久泻则清气下陷，肾阳渐衰，下关不固，补剂中加五味子、诃子、乌梅等，止泻涩肠，同时用赤芍、丝瓜络通络理肠能达到温肾、理气、通络、固涩之功效。

吉林省长春市中医院(130022) 董丽春 张智勇
广州市荔湾区中医院 刘云杉

治暗勿忘痰作祟

“暗”多属现代医学单纯性喉炎范畴，分急慢性两种。急性发作为暴暗。日久不愈或时愈时发为久暗。经用清热解表，辛凉利咽类中药、成药及抗生素类药物，多能治愈或缓解，但仍有一些患者无效。笔者以痰论治，疗效肯定，附 3 则案例，以期对临床有所裨益。

1 清热理气化痰：患者杜某某，男，12 岁。外感风热，服辛凉解表药表已解。继出现干咳，咽喉痛异物感，声音嘶哑 2 周。服桑菊饮、牛蒡汤无效于 1980 年 10 月 12 日来诊：咽喉疼痛，胸闷不畅，食欲差，干咳咯痰不爽。口渴索水而不欲下咽。检查：喉粘

膜及声带充血水肿,声门轻度闭合不全。舌质鲜红,舌苔厚腻而黄,脉滑数。脉证相参细思,清解热邪而热不解,惟湿性缠绵,与热相合蕴蒸生痰。痰瘀随气壅郁咽喉而致痰火郁滞。处方:薏苡仁 30g,黄芩 15g,桑白皮 9g,枳实 9g,制南星 9g,浙贝母 9g,半夏 9g,瓜蒌 20g,麦冬 9g。水煎服,服 12 剂而愈。

2 消积和中化痰:患者张某,男,35 岁。声音嘶哑,发作时咽喉壅胀,经口服或含漱药物暂缓,过后如初,以饮酒后第二天为甚,历经半年。1986 年 9 月 3 日来诊,见其形丰体胖。嗜好饮酒,喜食肥甘厚味。常常胸中滞塞不适。时有噎腐噎气。晨起咳嗽,咳吐不爽,口中粘腻。检查:喉粘膜及声带不同程度弥漫性充血,无光泽。舌体胖大。苔白滑腻。脉滑中濡缓。观其形问其饮食,知酒能生湿,厚味生痰,痰湿郁阻。处方:莱菔子 10g,神曲 10g,炒麦芽 9g,炒枳壳 9g,厚朴 9g,葛根 9g,炒苏子 9g,半夏 12g,桔梗 9g,杏仁 9g,薏苡仁 15g,陈皮 9g。水煎服。12 剂而愈,追访 3 月,嘶哑之疾若失。

3 温肺解表化痰:患者,赵某某,女,54 岁。咽喉痛痒声音嘶哑 1 周。服牛蒡子汤、抗生素无效。1991 年 4 月 3 日来诊:咽喉异物感,干咳,烦躁胸闷无汗,面如新卧起状,目下胞似囊裹水。检查:喉粘膜弥漫性充血,呈暗红色,舌面敷布少许粘性分泌物。舌质嫩红,苔白腻舌中心略黄。脉滑而弦紧。其人素有痰饮,又逢外感,内郁外闭痰饮瘀阻。拟方:干姜 9g,桂枝 9g,细辛 4g,半夏 15g,桔梗 9g,石膏 30g,厚朴 10g。水煎服,2 剂后异物感减弱,语言较前流畅,身微有汗出。效不更方,继 3 剂而愈。

以解散风热,辛凉利咽解毒治暗是其常法。但不宜只拘泥于一证,一法,一方。咽喉位高责重,五脏六腑之要塞,清浊之气出入的通道,在外易受寒热风燥诸邪的侵袭,在内饮食劳倦七情所伤。脏腑正常功能失调,导致机体津液输布失常。水液凝聚成痰成饮,《诸病源候论》云:“脏腑冷热不调,气上下哽涩,结搏于喉间吞吐不利,或塞或痛,故咽喉不利。”以整体看,五脏六腑无不与咽喉有联络。肺和脾的络属尤为重要。肺朝百脉行水而通调水道,为水之上源,语言声音的清浊强弱有赖于肺。脾有升清输精微行津液之功,是升降清浊的枢纽,咽喉濡养惟脾上行可到。二脏有疾,升清行水之力锐减,水液失却正常的节制蓄积成痰成饮。故有“脾为生痰之源”、“肺为贮痰之器”之说。痰之为物,随气升降,无处不到,以瘀积物质充斥孔窍络道。随气上下,痰升则喘,痰降则缓,痰化则愈。理气化痰、和中化痰、温肺化痰虽非治暗之专法,但可见治暗勿忘治痰之病因。

山东省新汶矿业集团公司协庄煤矿医院(271221)

高广元 董桂勇

谈弦滑脉

近读《中医杂志》2000 年第 9 期傅文胜同志《脉弦滑质疑》一文,受益匪浅,然对其观点有不敢苟同处,兹不揣卑陋,草此数语,以资切磋。

傅文胜同志以为弦滑脉不能同时相兼,其理由如下:(1)对脉象分辨须通过位、数、形、势四个方面来体察。以位分脉有浮沉等脉,以数分脉有迟数等脉,以形分脉有弦滑涩等脉,以势分脉有虚实洪等脉,这四个方面即为脉象的四个特点,作者认为相兼脉是具有四个不同特点的脉组合而成。并说:“而具有共同特点的脉象是不能组成相兼脉的”。并举浮沉、迟数、弦滑、虚实不能同时出现为佐证。(2)从《脉经》中对弦脉滑脉的描述:“弦

脉举之无有,按之如弓弦有效率”。“滑脉往来前却,流利展转,替替然如珠应指。”认为二者脉形截然不同,绝不可同时出现(3)通过《脉经》关于弦脉和滑脉与其它脉相兼而出现的脉象一一罗列,得出结论:“纵观《脉经》以上所述,并未见有弦滑脉一说”。但其引滑脉相兼脉时有:“……关上弦滑而大小不均是病方欲进……”。此与上文自相矛盾而作者不察,是何原因不得而知。(4)经过上述论证,认为弦滑脉同时出现不妥,具有位数形势不同特点的脉象才能组成相兼脉。并说弦滑脉《脉经》不载,“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。”

笔者通过上述学习,认为作者对脉象从位、形、数、势四方面分类,是其读书心得,诊脉必求《脉经》,这种学有出处,严谨治学的精神令人敬佩,然所论和笔者见解有不同处,简述如下。(1)滑脉和弦脉不对立:滑脉是血液在血管中运行所出现的一种圆滑灵动的表现。弦脉是血管壁出现一种弦长端直的表现,当然圆滑灵动,弦长端直不能充分体现二脉特征。故古人将二脉取名为弦脉、滑脉并取象如揭长竿、如按弓弦、如盘走珠等,加以启悟。此所谓“心中易了指下难明”。细微处,全在医者个人领会了。因滑脉是血液流动的一种体现,弦脉是血管壁搏动的一种体现,不象浮与沉,迟与数鲜明对立。故无对立矛盾,同时出现未尝不可。(2)《素问》有明论:考《素问·玉机真脏论》说:“春脉者,肝也,东方木,万物之所以始生也,故其气来软弱轻虚而滑,端直以长”。《素问·平人氣象论》说:“病肝脉来,盈实而滑。如循长竿曰肝病”。端直以长如循长竿为弦脉,均与滑脉相兼。(3)医籍有记载:因时间关系,无暇一一查找,仅从几家医案和临床书中抽察,发现有弦滑脉的记载者很多:如何廉臣《全国名医验案类编》有 6 处,袁桂生《丛桂草堂医案》首案即有弦滑脉。朱良春《章次公医案经验集》内有很多弦滑脉记载。黄文东《实用中医内科学》也有此脉,以上所选书籍虽少,然多为名家治验,值得信任。(4)个人实践:察本人所记脉案,凡肝郁湿盛,痰饮内蓄或肝胆湿热等原因所致疾病,很多出现弦滑脉,以法治之,多获佳效。

总之,笔者认为弦滑脉不但可以兼见而且为临床所常见脉象。如以傅文胜同志言弦滑脉是“以讹传讹”者,则此自《素问》开始,浅见如上,望诸同道不吝赐教。

河南省桐柏县毛集镇中心卫生院(474720) 胡玉群 刘永

· 书 讯 ·

●《中西医结合内科治疗学》16 开(精) 170 万字 112.70 元,我国第一部中西医结合内科临床专著,由国家一流中西医结合专家编撰,著名中西医结合专家陈可冀院士总审。书中详尽介绍了 180 多种内科常见病和症状的中西医诊断、鉴别诊断,中西医辨证、辨病治疗,中西医结合治疗等内容,全面总结了 30 余年内科临床领域中医、西医、中西医结合临床的新进展、新成果、新技术和新观点。

●《中药别名词典》搜集多种古籍及日本汉方药书之中药别名,全书共载录常用中药正名 5500 余种,别名 27000 之多。本书以正名(即现行通用名称)为序,分列条目,正名之下,列“别名”。各别名按时代顺序排列,力求注明出处;鉴于中日文化交流源远流长,并有部分医药典籍仅见于东瀛之事实,故亦将日本汉方药之名称收录,其异于我国医药典籍者,并注明出处。为了便于鉴别与临床应用,在“别名”之下,简略介绍药物之植物科属、药用部分,以及临床应用范围(主治疾病和证)、用法和临证参考剂量。每册 91.00 元。

●《金匱要略汤证论治》将《金匱要略》206 方逐一论述,每方剂按原文节录、方药组成、临证参考用量、功效、主治、方论、注意事项、禁忌、应用范围、临证加减、衍方、文献参考、治验等论述。突出临证应用,内容全面,融通古今,深入浅出,详而不繁,易于应用临床各科,可开阔读者思路,了解古今医家对《金匱要略》200 余方正确应用,指导临证实践,每册 67.00 元。

欲购者请汇款至北京东直门内北新仓 18 号中医杂志社海林音像书店图书部收,邮编:100700,电话:(010)64035632。