

百

家

园

症夏治则探析

症夏是夏季常见病,为夏季感受暑湿之邪,损伤脾胃之气,耗损阴液所致的一种病证。以怠惰嗜卧,眩晕乏力,心烦多汗,纳食不佳,或低热不退为基本特征。根据笔者 30 余年的辨治本病的体会,认为治疗症夏需注意常中有变,同中求异,其基本治则探析如下。

1 治脾胃应分而治之

清·沈金鳌在《杂病源流犀烛》中指出:“症夏,脾胃虚弱病也。”说明症夏与脾胃关系密切,调治脾胃是治疗症夏基本治则。但脾胃应分而治之。表现为暑湿困脾之证者,常见头晕,纳呆,口淡无味,四肢酸重,舌苔白腻,脉濡弱。脾主运化水湿,湿浊不化,脾失健运,所以芳香化湿,健脾和中为治疗症夏不可缺少的方法,药如青蒿、藿香、佩兰、豆蔻、薏苡仁、杏仁、谷芽、麦芽、神曲、鸡内金、陈皮、甘草等。若口臭纳差,秽气喷人,口渴欲饮,大便异臭,小便黄赤,头汗淋漓,炊热不止等症者,此为胃火炽盛之象,当清胃泻火,药如川黄连、石膏、淡竹叶、焦栀子、鲜石斛、芦根、天花粉等。脾、胃之症当细细明辨,以利对症下药。

症夏若表现为津液耗伤之症,常见口干欲饮,肌肤干燥,舌红少苔,脉细涩。胃喜润,若胃阴不足常口干欲饮,脾阴不足多唇舌干燥。养胃阴,药如鲜石斛、麦冬、芦根、玄参、北沙参、白茅根、西瓜翠衣;滋脾燥,药如扁豆、山药、大枣、柏子仁、南沙参、太子参、西洋参、生晒参、生炙黄芪等。

2 养阴液需不碍湿邪

由于暑热迫津外泄,伤津劫液,常自汗,口渴,尿赤而少,纳食不佳,消瘦等,出现五脏阴液不足之象,如口干欲饮为胃阴不足,唇干舌燥为脾阴匮乏,干咳少痰为肺阴久虚,腰背酸软为肾阴之亏,胁肋隐痛为肝阴之损,故需滋养阴液。然而症夏常伴随湿浊内外交困之证,症夏的发病与湿邪息息相关。暑必挟湿,清·冯兆张在《锦囊秘录》中说:“暑为阳邪,故蒸热;暑必兼湿,故自汗;暑邪干心,则烦;干肺,则渴;干脾,则吐利;上蒸于头,则生重而痛;暑伤气,故倦怠。”夏日炎炎,又常多暴雨、洪水,故地气潮湿,热蒸湿动,空气湿度增高,故多湿邪伤人,常见四肢倦怠,胸闷呕恶,尿赤便溏,舌苔浊腻等证,所以在养阴液时需注意化湿邪,使之养阴液而不碍湿邪,运用好养阴化湿的治则。

养阴化湿法在症夏治疗中是一个重要法则,使湿邪去而不燥化,养阴液而不碍湿。凡症夏湿阻而兼阴虚者,多见于卧床不起的老年病人,如中风后遗症,如老年慢性支气管炎、肺气肿、肺心病,肿瘤术后或化疗后体虚阴亏者,久病而致阴虚阳弱,出现消瘦,潮热,盗汗,烦渴,尿赤,便结,舌红或红绛少苔,舌根黄腻,脉沉细等证。复受夏日暑湿之邪,脾失健运,出现纳呆无味,口淡少津,四肢重滞,面色无华或浮肿,头目胀满午后疼痛,夜间口干不欲饮水,但常需湿润口腔,出现阴虚挟湿之证,治宜养阴化湿。养阴与化湿,看似一对矛盾,但在临床上却

需时时配合,祛湿之品需避免温燥、渗利太过,常用芳香、理气、化浊的祛湿药,如青蒿、藿香、佩兰、石菖蒲、豆蔻及花类药。亦可选用既利湿又养阴之品,如芦根、白茅根、荸荠汁、梨汁、银花露、青蒿露、藿香露、荷叶、泽泻、薏苡仁、山药、扁豆花及衣等。养阴之品需避免粘腻呆胃、味厚重浊之品,常用清润、和胃、悦脾的养阴药,如太子参、北沙参、天花粉、怀山药、白扁豆、玄参、麦冬、鲜石斛、鲜芦根、白茅根、赤小豆、绿豆、生晒参等。

3 祛暑邪当兼顾阳气

清·雷丰在《时病论》中指出,症夏为“时令之火病。”“时令”即夏季,“火”为暑热之邪,故症夏为暑邪致病,暑邪为病,首当祛暑。暑为夏季主气,乃火热所化,《素问·五运行大论》说:“其在天为热,在地为火,其性为暑。”在治疗上即用清热祛暑之品,如黄连、金银花、石膏、藿香、佩兰、西瓜翠衣、栀子、黄芩。然而症夏患者多素体气阴两亏之人,因暑热伤津劫液,往往出现津、气同伤的病理变化,津为津液,气为阳气,津液的生成、输布、排泄全靠阳气的升降出入运动。气旺生津,气随液脱,津液来源于脾胃运化的水谷精微,脾气旺则津液足;气有固摄之功,如气虚不固,常多汗、多尿等津液流失之变,反之,津液脱失,如发汗不当,大汗不止,可导致气随液脱,所以在祛暑时当兼顾阳气的盛衰,尤其老年及小儿患症夏者,表现为少气乏力,精神不振,时时欲睡,面色苍白,动则心悸,纳食不佳,大便溏薄,时时畏寒、自汗,舌淡而胖嫩,脉沉而细。这时需用王孟英的清暑益气汤。此方既能清暑热之邪,又益气生津,为治疗症夏良方,故后世医家多用之。

祛暑邪与益阳气,在选方用药上有一定技巧,即选用寒凉不伤阳,益气不助热之品,有许多药物既能祛暑清热,又能益气生津,一箭双雕,事半功倍,药如西洋参、北沙参、太子参、鲜石斛、生黄芪、生晒参、野山参、珠儿参、山药、山茱萸、芡实、黄精、玉竹等。这类药物补气而无壅塞之弊,生津而无碍凝之寒,药性清润、柔和、平性居多,或少偏寒凉。在食疗方面更多益气健脾,祛暑清热之品,如百合、绿豆、莲子、大枣、扁豆、木耳、荔枝、秈米、糯米、核桃肉等煮成粥、羹、汤等流质食物服之,既清暑热又益阳气,所以亦值得提倡,作为一种辅助疗法。

浙江省绍兴市中医院(312000) 董汉良

“中医不传之秘在用量”之我见

古人曾有“中医不传之秘在用量”之说,吴鞠通更是明确指出:“方中所定分量宜多宜少,不过大概而已,尚须临证者自行斟酌,盖药必中病而后可,病重药轻,见病不愈,反生疑惑;若病轻药重,伤及无辜,又系医者之大戒。”笔者体会,只要业医者能够活学教材,识而志之,又能师法古人,触类而长之,就触基本上解开会量的不传之秘,试粗论之。

古人对于中药用量的确定,早在《神农本草经》中就已论述明白。云:“若毒药治病,先起黍粟,病去即止,不去倍之,不去什

之,取去为度。”原则性地提出了中药用量的确定方法和标准。应用一般药物时,当然不必先从黍粟开始,而是应从常用量开始,这是不言而喻的。

张仲景在他的经典著作中,指导我们处方药物用量的方法是全方位的,既有处方药量增减的变化,又有以煎药服药法作为调节用量的方法,具体可归纳为:(1)针对病症,灵活用量。不是千篇一律以药名定方名,而是可以适当改变方中药量而产生新方,如小半夏汤与生姜半夏汤,小承气汤与厚朴三物汤及厚朴大黄汤,半夏泻心汤与甘草泻心汤等,都是同药异名的处方。这是因为所治病症不同,故方中药物用量也应随着改变。提示不同病症可以用相同的药物治疗,但要改变药物的用量,若死搬硬套,则不能取效。(2)多备药物,将煎好的药物分为数份,先服1份,如已效,停后服,如仍未效,则视病情决定是否再服。如桂枝汤服法云:“若一服汗出差,停后服,不必尽剂,若不汗,更服,依前法;又不汗,后服小促其间,半日许,令三服尽;若病重者,一日一夜服,周时观之。服一剂尽,病症犹在者,更作服,若不汗出者,乃服二三剂。”解决了处方药量一时难以确定的难题。(3)应用有毒药物时,指出体质强壮者可加大剂量,羸弱者应减轻剂量,而不是采用所谓的常用量。如十枣汤服法云:“强人服一钱匕,羸人服半钱。”(4)告诉病人服药后的反应或稍过量后的解救法。如大青龙汤服法云:“温服一升,取微似汗,汗出多者,温粉扑之,一服汗者,停后服。”白散方服法云:“利过不止,进冷粥一杯。”确定了服药反应的处理方法以及过量的补救措施。细读《伤寒》、《金匱》处方和煎药服药法,对于药物用量问题,则亦可思过半矣。

现代《中药学》、《方剂学》教材,具有权威性和可信性。学好教材,就能达到入门的境界。就药物用量而言,例如有些中药,随着用量大小的改变,并非所有功能都随着改变,而是能够偏重于某一功能作用的发挥。如轻剂柴胡升举阳气,中剂柴胡疏肝解郁,重剂柴胡透表泄热;轻剂升麻升阳举陷,中剂升麻发表透疹,重剂升麻清热解毒;中剂桑叶疏风清热,清肝明目,重剂桑叶凉血止血;中剂葛根发表解肌,升阳透疹,重剂葛根解热生津,又治高血压脑病、颈椎病;轻剂黄芩止血安胎,重剂黄芩清热燥湿、泻火解毒;轻剂黄连苦味健胃,重剂黄连清热燥湿、泻火解毒;还有如薄荷、桔梗、荆芥、防风、黄柏、龙胆草、枳壳、麦芽、山楂、赤芍、白芍、党参、黄芪、当归、生地、川芎等等,凡是有多种功能以及有引经功能的中药,一般都随着用量的变化,其功能也有随着偏于某一功能作用增强或减弱的可能。这是临床医生必须了解掌握的重要内容。

又如方剂,有些古代名方及师传经验秘方的用量,已经有了公认的或较为固定的用量比例。这种用量比例,是不可以随便凭主观臆想改动的。例如小青龙汤、补阳还五汤、六一散、左金丸、补中益气汤、完带汤、通关散以及传统中成药处方,如果任意改变君臣佐使的用量比例,其疗效将会大打折扣,有时甚至适得其反。前文所谈到的同物异名的经方可资佐证。学者不可拘泥常用中药剂量而死记汤头药名,否则将有无功之治,贻误病机。

综上所述,造成用量之秘的主因可以认为不是出在确定用量的难度上,而是在于忽视中药方剂以及煎服法等基础知识上。如果业医者具有扎实的中医理论基础知识,又能重视中药功能与剂量增减的关系,以及药物在组方中的作用,同时重视

煎服方法等环节,那么,用量之秘还是可以解开的。

浙江省缙云县中医院(321400) 朱庚甫

青紫舌在初筛早期食管贲门癌中的意义

食管贲门癌是我国常见的恶性肿瘤之一,严重威胁人们的生命与健康。迄今为止,早期发现、早期诊断、早期治疗仍是提高食管贲门癌的治愈率改善预后的有效方法。而早期发现又是关键。由于早期食管贲门癌没有明显的症状表现,一旦出现症状就医,多数人已是中晚期患者。如何早期发现食管贲门癌,仍是医学工作者的一个努力方向。我国医学工作者,根据中医学认为青紫舌与食管贲门癌具有一定相关性的原理,在20世纪70年代和80年代用舌诊法在我国食管癌高发区进行食管贲门癌的普查,收到较好的效果。本食管癌研究小组1998年在我国食管癌高发区河北省涉县进行早期食管贲门癌研究时,又对舌诊法初筛早期食管贲门癌的价值进行一些探索,认为舌诊初筛早期食管贲门癌也具有一定价值。现将结果报告如下。

1 对象与方法

对象为我国食管癌高发区河北省涉县的两个乡,年龄为35~65岁无症状的当地居民。以舌诊法作为初筛方法,用比色板选择青紫舌者为入选对象,选出青紫舌者205例,其中男125例,女80例。对入选对象进行内镜普查。在内镜下仔细检查食管和胃贲门区,对可疑病灶取活检;如在内镜下无明显可疑病变,在食管区用1.25%碘液喷涂食管粘膜,对碘染后不着色区取活检,并在贲门区贲门癌好发部位定点活检。活检组织迅速用中性福尔马林固定,常规脱水后,石蜡包埋,连续切片,进行HE染色,作病理学诊断。

2 结果

205例中,经病理学确诊,共检出食管贲门癌28例,其中食管癌15例,贲门腺癌13例(其中食管贲门双原发癌1例),总检出率为13.66%。在检出的28例癌中,食管原位癌占10例,贲门粘膜内癌占9例(其中7例在内镜检查时未发现明显异常改变,但在活检组织病理检查时发现粘膜内癌灶)。另外还检出食管鳞状上皮高度不典型增生10例,贲门腺上皮高度不典型增生1例,食管鳞状上皮中度不典型增生28例,食管贲门癌前病变检出率为19%(中度不典型增生以下病变未统计)。

3 讨论

我国医学工作者在实践中发现,青紫舌与食管贲门癌具有一定的相关性,大约57%的晚期食管贲门癌患者表现有青紫舌,对无症状青紫舌者进行细胞学检查也能发现一些早期食管贲门癌患者。本研究对无症状青紫舌者进行内镜和病理学检查,食管贲门癌的检出率为13.66%,早期食管贲门癌的检出率为9.8%,说明青紫舌与食管贲门癌的发生发展有一定的相关性。尽管在早期食管贲门癌患者的人群中,对青紫舌所覆盖的比例我们还不清楚。但本研究的结果提示,通过内镜对青紫舌者的食管贲门区仔细检查,加之对食管进行碘染色和在贲门癌好发部位定点活检,有助于检出一些易被忽略的早期癌灶。舌诊法初筛青紫舌具有方法简单、易行、无痛苦、可自查的特点,如果把青紫舌作为食管癌高发区居民自查初筛早期食管贲门癌的指标之一,可能会取得一定的实用效果。

中国医学科学院中国协和医科大学肿瘤医院(100021) 赖少清