

百

家

园

感冒初起应首选辛温解表法

从中医治疗感冒的方法看,目前以辛凉解表法的运用最广。中成药也大多是以金银花、连翘、桑叶、菊花、大青叶、板蓝根、贯众等为主。笔者认为,这种治疗方法,不十分符合感冒病症的临床规律。因此,有必要对目前流行的感冒辨证论治方法,进行认真的反思。

形成这种局面的原因是多方面的。首先,温病学说是继伤寒学说之后,中医学认识与治疗外感热病的重要进展,对今天的中医学界发挥着巨大的影响。其次,随着现代医学知识的日益普及,东西方医学的界限变得模糊了,人们往往将西医的体温升高,看作是中医的“温热”。再次,辛凉解表法以其轻清、平和,而乐于为医家和患者所接受。加之感冒作为一种自愈性疾病,其症状可以在数日之后减轻以至消失,医家与患者均没有对药物与治疗效果之间的关系进行严格的评价。最后,由于感冒是一种常见病、多发病,常被医生与患者视为可治可不治的小病。同时,治疗感冒的成药几乎成为家庭的必备药品。医生疏于辨证,患者图其简便。在中医学的学术体系中,感冒并不是一个小病,其学术内涵远远地超出了现代医学的普通感冒。纵观中医学的发展历史,几次学术活跃时期的到来,无不与对外感热病认识的出现密切相关。

临床所见到的感冒,一般来讲都是“时邪”与“伏气”相互作用的结果。即所谓:“猝然逢疾风暴雨而不病者,盖无虚,故邪不能独伤人。此必因虚邪之风,与其身形,两虚相得,乃客其形”。其区别,只是在于“内”、“外”两个方面孰多孰少罢了。通常,六淫外感其初期由于正气较强,可以拒邪于表,所以大多表现为“寒”的特征(但就邪正而论,邪属阴,正属阳。故具有寒的特征);伏气内发,或外邪乘正气较弱时侵犯人体,邪正交争激烈,则大多表现为“热”的特征(正气属阳,静的时候是一种虚无的状态,动的时候才表现出来热的特征)。也就是说,时邪为主时,表现出的症状以表寒症较重;伏气为主时,表现出的症状以里热症较重。六淫中,属阳邪(风、暑、火)者在表停留的时间较短,易于化热,表寒之症较轻;属阴邪(寒、燥、湿)者在表停留的时间较长,化热较慢,表寒之症较重。但无论其停留在表的时间或长或短,化热的时间或快或慢,其初起之时都必然兼有或轻或重的表寒症。疫疠之邪虽然其致病的强度远大于六淫,但也仍然存在由表入里的过程,常出现更为严重的表寒症。由于天时而气候每年都在变化,以致“时邪”也随之不断变化。加之每位患者体质禀赋、劳逸、饮食、居处等各不相同,其内在的正气平衡也存在不同程度的差异。致使感冒初发的症状,常常处于不

断的变化之中。但无论怎样变化,都不会超出这个大的原则范围,都有一个表寒症存在的阶段。因此在感冒(尤其是初期)的辨证中,把握住邪、正这一总纲,就不至于因寒、温难以辨别,或症状的复杂多变而迷惑了。

若以就诊的及时与否为辨证的出发点,常常可以发现,凡在发病第一日就诊的患者,几乎都具有“时邪”在表的症状表现,即:有不同程度的恶寒、身痛、头痛、无汗或汗出不畅,脉浮,舌正或微红。大便或正常、或数日以来便秘、或大便干结等。但是若在六气中少阳、少阴司天、在泉之年;五运中太微、少羽当政之年的冬春之季,温热之气易于流行。感冒初起的症状与常年不同,多见但热不寒,头昏,面赤等温热之症,有些患者,甚至表现为阳明病身大汗、口大渴、身大热,脉浮大的四大症。尽管如此,也不可就此而认为没有表寒症阶段。只要仔细询问的话,几乎都可发现有无汗,或肌肉酸痛等症存在的经历(这个过程也许非常短暂)。并且脉可见浮洪、浮数、浮大。舌质正常或略红,舌苔薄白、或少津。这表明其邪仍在表,表气闭郁不通,只是症状表现的短暂、较轻而已。正如吴鞠通所说的:“仲景所云不恶风寒者,非全不恶风寒也,其先亦恶风寒,迨既热之后,乃不恶风寒耳。”

感冒的治疗,是以《内经》“发表不远热,攻里不远寒”为主要原则的。中医认为,正气属阳;邪气属阴。感冒初期,正气尚未受到大的损伤,而是处于被扰动状态,其性质仍属于“少火”;外邪虽乘“少火”之疲弱而侵袭,但也只能停留于表。这时的治疗,主要以损阴益阳为主。损阴,即祛除邪气;益阳,即扶助少火。祛除邪气,宜用辛散,扶助少火,亦要温通。因此,治感冒初起之症,主以辛温,是理法之自然。这就是“发表不远热”的含义之所在。至于感冒之用寒凉者,已非严格意义上的表证。由于正气进一步损伤,“少火”转为“壮火”,表邪入里,邪正斗争激烈,邪热鸱张,焚津耗液。当此之时的治疗,虽亦可用辛散以达邪,但以苦泄热、以寒胜热已成为治法的核心,即所谓:“攻里不远寒”。此外,内热又有夹湿、夹风的不同;患者体质又有阴虚、阳虚、伤脾、伤肝之异,所以表邪入里之后更是变症百出,后世的温病学说正是在此基础上确立和发展起来的,并形成了一整套丝丝入扣的诊断、辨证、治疗体系。

感冒初起应治以辛温解表法,不仅仅属于伤寒学说。温病学说经典之一的《温病条辨》也是以辛温解表的桂枝汤为开篇第一方的。其第四条曰:“太阴风温、温热、温疫、冬温,初起恶风寒者,桂枝汤主之,但热不恶寒而渴者,辛凉平剂银翘散主之。”对此吴鞠通进一步解释到:“伤寒之恶寒,太阳属寒水而主表,故恶风寒。温病之恶寒,肺合皮毛而亦主表,故亦恶风寒也。”叶天士的《临证指南医案》中,也有大量使用辛温解表法的医案。

这充分说明对外感病的认识,虽然可以有伤寒学说与温病学说的不同角度,但是尊重临床的客观现实,则是一致的。

总之,对于感冒我们应该有一个全面、整体的认识。事实一再表明,无论是感受时邪中的哪一种邪气,其初期的表现几乎是一样的,都有恶风寒之表症,都应该使用辛温解表之法治疗。只有等其入里化热之后,才可以酌情选用辛凉解表法。

天津医科大学总医院中医科(300052) 陈津生

周宜强辨治肿瘤经验浅识

周宜强教授近20年来专攻肿瘤治疗,尤对消化道肿瘤的治疗颇具心得。在食管癌的治疗中强调辨证施治的重要,并据多年临床经验,总结为痰郁互结、气滞血瘀、脾虚痰湿、阴(血)津亏损4型进行治疗。痰郁互结型者多见于早期病人,症见胸闷胸满,吞咽困难,暖气则舒,痰涎粘稠,苔薄腻或白腻,舌体胖,脉滑等,常以旋覆代赭汤加味治疗。气滞血瘀型症见吞咽作梗,暖气频作,胸背疼痛,固定不移,呈针刺样,肌肤甲错,舌质紫或有瘀斑,脉弦等,治以通幽汤加减。脾虚痰湿型多见于中晚期病人,症见神疲乏力,胃纳欠佳,梗咽不适,痰涎壅塞,胸膈不舒,苔腻而润,舌体胖有齿痕,脉濡,治疗以香砂六君子汤加减。阴津(血)亏损型多见于晚期病人,症见形体消瘦,口燥咽干,痰涎粘稠色黄,大便干燥,舌瘦苔少质红,脉细数,常以沙参麦冬汤加减治疗。并以上方为基础,酌情加用现代药理研究有抗癌活性的药物如拔莢、急性子、生薏苡仁、壁虎、黄药子、藤梨根、冬凌草、山豆根等。以上4型仅为其基本分型,临床肿瘤病人往往病情复杂,常2型或3型症状兼夹并见,故治疗上应斟酌合方加减治疗,不能胶柱鼓瑟,泥守成规。

在辨证施治的基础上,周师重视单、验方的使用,对多数食管癌病人常加用验方虎七散(壁虎70条,三七50g,共研细末),每次3~1g,每日2次,黄酒或温开水送下,以解毒抗癌,配合汤剂使用,常收到较为满意的疗效。并对中晚期病人气滞血瘀之象明显者创立专方通道化啞丸(硼砂、硼砂、三七、冰片、朱砂、芒硝等组成)配合化疗,曾观察130例中晚期食管癌病人,完全缓解6例,部分缓解85例,有效20例,疗效优于单纯化疗组。周老师还注意汲取民间经验,如对食管癌梗阻的病人,尝试用鹅血热饮、生半夏、醋制紫砂砂含咽等法,可有效缓解梗阻症状,配合了全身治疗的进行,改善了患者生存质量。

周师精研《内经》,深谙“治未病”之道,强调“有病早治,未病先防”。依据现代研究,对有食道上皮增生,偏嗜烟酒辛辣之品或经常性食管炎的患者,主要首先纠正不良生活习惯和饮食偏嗜,同时配合冬凌草片和六味地黄丸长期服用,以预防或阻断病变的发生。对肿瘤患者,周师强调中医药的全程使用。认为使用中药的祛邪作用仅是一方面,但非为所长,在祛邪攻瘤上,中药与手术、放化疗相比有差距,要发挥中医药整体调节、增强免疫功能、扶助正气的优势。周师认为早期病人手术结合中药疗法可增强疗效。术前用扶正补虚、调益气血的中药为手术创造条件,对体质虚弱者用之效果明显,能扩大手术的适应症,减少手术的后遗症和合并症。在术后用益气活血、散结解毒的中药可缓解腹胀、纳呆、体弱症状、消除残留的癌细胞,加速康复,

有利于提高远期治愈率。中期病人中药配合放化疗可减毒增效(增敏),减轻毒副反应,提高远期生存率。晚期病人不耐手术、放化疗或出现恶病质时,应用中药为主治疗,可改善虚损状态,增进食欲,提高生存质量,延长生存期。

另外,对食管癌患者,还积极倡导饮食和情绪的调护。禁食生冷不洁、辛辣刺激之品,饮食多食营养丰富、易于消化的新鲜蔬菜、水果、银耳、香菇、海带、薏苡仁、百合、甲鱼等食品。根据患者多忧易悲的特点,遵《灵枢》“语之以其善,导之以其所便,开之以其所苦”之教,加强对病人的心理劝导,使患者心情旷达、乐观,树立战胜疾病的信心,以有效地配合治疗的进行。

河南省中医院(450002) 孙宏新

肿瘤的中医预后判断

中医在肿瘤的防治方面,尤其是在手术、放疗、化疗以后的康复和不能进行手术、放疗、化疗的肿瘤治疗方面的重要作用,已经得到肯定。现就中医肿瘤预后判断简析如下。

1 多渠道的证候采集

中医判断肿瘤预后,既重视全身证候,又强调局部表现。

全身证候:整体观念作为中医学的特色之一,也表现在对肿瘤预后的判断方面。元·齐德之在其所著《外科精义》中最早提出了五种肿瘤患者最不宜出现的症候,即五逆:“发背、脑疽、及诸恶疮别有五逆之证者:白精青黑眼小,服药而呕,腹痛渴甚,膊项中不便,声嘶色败,是为五逆。其余热、渴、利、呕,盖毒气入里,脏腑之伤也。”究其五逆之原理,白精青黑眼小,乃瘀血内阻之甚;服药而呕,疮(瘤)毒犯胃;腹痛渴甚,疮(瘤)毒入腹;阴液将竭;膊项中不便,当是恶性肿瘤的颈及腋下淋巴结转移;声嘶色败,当是恶性肿瘤的喉部转移压迫喉返神经所致。

局部证候:中医对恶性肿瘤预后的判断,除着眼于全身证候外,还重视局部证候。如石疽,又名石癰,其初生之时,状如肿,渐渐生根,至牢有根,核皮相亲,肿硬如石,大如升斗,日久患现筋纹,偶作抽痛,溃后流血,或三百日后必发大痛,不溃而死。以上症状与骨肉瘤、淋巴系统恶性肿瘤、淋巴转移瘤相似。清·王维德《外科证治全生集》也谓“如现青筋者可治”。这类恶性肿瘤外现迂曲之静脉,“此由寒气客于经络,与血气相搏”(《诸病源候论》)而成,用阳和汤“温其经络,使热气得通,其毒外泄,故能腐熟而发散,化脓血而出也。”(《圣济总录》)这与现代医学采用肿瘤局部热疗,增加血液循环,增加肿瘤本身抗癌药物的浓度从而提高疗效的理论和实践如出一辙。

特殊证候:就不同部位肿瘤的预后来说,则各有特殊的判断标准。明代医家陈实功《外科正宗》对蜚唇(唇癌)预后判断是:“日久流血不止,形体瘦弱,虚热痰生,面色黧黑腮颧红,又见口干渴甚者,俱为不治之症也。”明代医家薛己在《薛立斋医案全集》中就有判断乳岩预后的实例:“其形覆碗,肿硬如石,脓出如泔,余谓脓清脉大,寒热发渴,治之无功,果殁”。分析其预后不良的原因,也基本如同上述。尤其是关于噎膈(食道癌)特殊症候的判断,具有重要的临床意义。明·方隅《医林绳墨》:“凡见粪如羊屎,有颗粒者,或口中白沫,不时吐出者;或年高气衰弱者;或脉空虚及兼歇至者,俱不可治。”明·张介宾