

否则将诱发排斥反应,甚至导致移植失败。据统计肾移植 1 年约 75% 的受者发生过不同程度的感染,26% 的患者直接死亡原因是感染。如何防治感染是提高肾移植效果迫切需要解决的问题。笔者临证之际,配合运用中医理论对此进行辨证施治,取得了一定的疗效。

上呼吸道感染:症状:恶寒发热、头痛鼻塞、咳嗽咽痛,咯黄、白痰,舌边尖红、苔薄黄,脉浮数。病机:风热犯肺,肺失清肃。治法:疏风散热,止咳化痰。方剂:银翘散加减。药物:荆芥、防风、金银花、连翘、黄芩、杏仁、牛蒡子各 10g,浙贝母、薄荷(后下)各 6g,板蓝根 15g。每日 1 剂,分 4 次口服。连用 3 天。

泌尿道感染:症状:尿频尿急尿痛,尿黄赤,恶寒发热,尿检可见脓细胞,舌红苔黄或腻,脉数。病机:湿热下注,膀胱气化不利。治法:清热通淋。方剂:八正散加减。药物:萹蓄、瞿麦、大黄、栀子、黄柏、车前子各 10g,淡竹叶 15g,乌药 6g。每日 1 剂分 3 次服用,连用 5~7 天。

胃肠道感染:症状:脘部不适,腹痛腹泻,大便每日 3~6 次,质稀,便检可见白、脓细胞,舌红苔黄腻,脉濡数。病机:湿热蕴结大肠。治法:清肠化湿,理气止泻。方剂:葛根芩连汤加味。药物:葛根、黄芩、黄柏、六一散(包)各 10g,黄连 3g,木香、陈皮各 6g,马齿苋 15g。每日 1 剂分 3 次服用。连用 3~5 天。

值得注意的是应避免木通、青木香、马兜铃等肾毒性药物的使用,以免造成对移植肾的损害。此外,肾移植患者平时应合理使用免疫抑制剂,定期检测环孢素血药浓度;少去公共场所及人多嘈杂的环境;天冷及时加衣,外出戴口罩以防感冒。饭前便后洗手和漱口,早晚刷牙;生吃水果要洗净,饭菜要烧熟,不吃变质食品以防胃肠道感染。勤换内衣,注意外阴清洁,勤晒被褥以防泌尿道感染。居室早晚用紫外线灯照射 20 分钟,增加户外活动,进行散步,打太极拳,做操等体育锻炼以增强体质提高抗病能力。

2 调节精神

《内经》非常重视精神情绪调节对人体的影响。《素问·上古天真论》云:“恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来。是以志闲而少虑,心安而不惧,……”。肾移植后机体免疫力低下,此时任何不良情绪如悲观失望、忧思恼怒都将加重病情。而保持积极向上、愉快乐观的心理态势对于克服术后焦虑紧张、恐惧不安的不良情绪具有重大意义。我们曾见一肾移植患者,术后相继出现急性左心衰竭、尿路感染、褥疮感染、肾周血肿等并发症,体温在 38~39℃ 左右波动,持续 2 个多月,生命危在旦夕。但在医护人员的精心救治和亲朋好友的关心爱护下,凭借自身与疾病作顽强抗争的意志终于战胜病魔,奇迹般地恢复了健康。由此可见,良好的精神状态可调节人体免疫功能,增进健康,延长存活率,提高生活质量。

3 合理膳食

由于免疫抑制剂的长期应用,不同程度地影响着机体代谢。合理膳食对预防,减少免疫抑制剂引起的并发症,维持人体的健康起着重要的作用。过咸则伤肾。移植肾与自体健康之肾相比,更显娇嫩,其主水功能相对欠佳。摄盐过多易致水肿,高血压。肾移植后建议食盐 6~8g,或酱油 15~20ml。腹泻多尿时可给正常钠盐饮食。肥甘油腻则碍脾。免疫抑制剂又可诱发高脂血症、动脉硬化、药物性糖尿病。故饮食宜清淡,忌过食肥甘油腻之品。限制含胆固醇高的食品如动物内脏、蛋黄、鱼子、猪

蹄、海鲜等品,以免影响脾运,酿湿生痰,阻遏气道,气血瘀滞而致脏腑功能失常。同时,给予适量精蛋白如鱼、鸡蛋白、瘦肉;多食绿叶蔬菜等粗纤维食品,以减轻移植肾负担。具有提高机体免疫力的食品可诱发排斥反应,如菌类、蜂制品、人参、黄芪等应禁食。

江苏省高邮市人民医院(225600) 张亚东 解小成

“弦滑脉”并非不能相兼

傅文胜先生在《中医杂志》2000 年第 9 期撰文指出复合脉“弦滑脉”实际上是不存在的。《湖北中医杂志》2001 年第 3 期宋耀鸿先生发表文章对傅氏一文表示赞同,阐述了与江苏朱秀峰老中医讨论的观点。认为明清以来所载的“弦滑脉”是以讹传讹,在临床实际上是不可思议的。对此不敢苟同,从两脉脉象分析及笔者的临床实践看,脉弦与脉滑是完全可以相兼出现的,弦滑脉是临床常见脉象之一。现将有关理由试述如下。

傅文胜先生的理由主要有两点:一是按位、数、形、势 4 方面归类脉象,具有共同特点的两种脉象是不可能相兼出现的。第二个理由是《脉经》中并未记载“弦滑脉”。显然《脉经》是否记载是不能作为一个充分的理由。实际上《脉经》确有弦滑脉的记载:“寸口脉弦而滑,弦则为痛,滑则为实,痛即为急,实即为踊,痛踊相搏,即胸胁抢急”。不少名医也有弦滑脉的描述。究竟历代医籍有多少详述弦滑脉不便在此考证。弦滑脉的记载始于何时也并不重要,关键是,是否两脉可以相兼?姑且不论按位、数、形、势来归类脉象本身就有牵强之处,如弦脉脉象不单言形,实际上兼言形与势,是否同言形的脉象是不可兼见的?答案同样是肯定的。如脉弦细,细脉虽为虚脉,但本身主要言形。同言形的脉弦与脉细是完全可以相兼的。

我们以为,傅文胜先生等认为弦滑脉是不可相兼的,主要在于对滑脉的认识有误,源于片面地认为滑脉是对脉管本身的特征描述。其实滑脉最大的特点是反映脉搏“起”和“落”的迅速。中医文献中对滑脉“往来流利”的描述是非常准确的。历代对滑脉脉象的记载和描述也是基本一致的。如《素问·大奇论》:“脉至如丸滑不直手,不直手者,按之不可得也。”《伤寒论》:“翕奄沉名曰滑,何谓也?师曰:沉为至阴,翕为正阳,阴阳和合,故令脉滑。”《脉经》:“滑脉往来前却,流利展转,替替然如珠之应指。”上述文献中所提的“不直手”、“往来流利”、“沉翕”均示脉搏舒缩迅速的特点。为了防止有人错误地将脉搏起落的迅速与脉搏次数加快相混淆,李时珍在《濒湖脉学》中十分形象地指出这一关键的区别:“滑脉如珠替替然,往来流利却还前,莫将滑数为同类,数脉惟在至数间。”滑脉的相反性质的脉象是涩脉,并不是弦脉,《诊家枢要》:“滑,不涩也,往来流利,如盘走珠,不进不退。”现代的脉图研究成果非常形象地描绘出这一特征,与古代文献对滑脉的描述是吻合的。

滑脉切诊时在脉搏搏动起落时较易感知,在两次脉动间期较难体会。而弦脉主要反映的是脉管紧张度增加或动脉硬化所表现出来的如按琴弦平直端长的应指特点,在脉搏搏动和脉动间期均可感知,当弦滑兼见时,脉搏舒松时因血管紧张性增加使回落速度更快。脉弦的相反面并不是滑,而是脉软。在病理情况下,滑脉更偏向于描述血粘度下降致血流速度加快,而弦脉更侧重于对脉管紧张度的描述。不可想当然认为滑脉是动脉弹性好,而弦脉是弹性差,故两者不会同现。通过上述分析,脉弦

滑完全是可以兼见的,脉象可表述为,切脉下指时感脉挺然指下,如按琴弦,脉搏动时,起落时较短,在指腹上“逗留”短暂,由尺部向寸部传递时迅速,如珠走盘。其实在临床上弦滑脉是非常多见的一种脉象。肝阳上亢患者如形体丰盛见痰湿常见典型的弦滑脉,此外,妊娠高血压患者、肝病腹水患者均可见脉弦滑。

北京大学基础医学院中西医结合教研室(100083) 蒋文跃
浙江省嘉善县中医院 项新华

日本汉方医学的几个主要学术特点

经过几个世纪不断发展,日本汉方医学已逐步形成了自己独特的特色,并在当今日本医疗事业中占有一席之地,其中许多学术特点已与传统中医辨证论治理论大不相同,今择其主要方面,阐述如下。

1 重视腹诊,忽略脉象

中医自《内经》始就特别强调脉诊在诊察疾病时的重要作用,强调色脉合参,并对诊脉时间、方法、脉象表现以及主病等有着详细论述。其后又有中医大家如王叔和、李时珍等推崇演绎,使脉诊作为四诊的重要方法成为中医临证诊病的必察项目。然而在日本汉方医学中虽有脉诊,但其重要性已远非中医可比,同时亦不作为四诊的主要内容,甚而有人提出批评意见,指出“仅凭脉象诊断疾病是十分危险的,必须经常参考其他症状以决定治疗方案。”(《汉方医学·诊断概论》)这与《内经》所说的“察色按脉,先别阴阳”所强调的脉诊意义有着完全不同的认识。

作为诊脉方法与诊断意义,中医有三部九候、脏腑定位以及虚实寒热表里阴阳辨证之不同,尤其是寸关尺分属脏腑以及气血流行循环,寸口脉决死生等均作为重要理论加以强调,然而在汉方医学中以上内容一概未被采用。能在教科书中见到的仅仅是简捷实用的以浮沉察表里,迟数测寒热及缓紧判虚实等有限几种。事实上当今汉方医生在临证时,已完全不将诊脉作为诊疗病人的必察项目。

另一方面,日本汉方医却又非常重视腹诊的运用,并将它作为四诊的重要方法,成为重要的学术特征。古方派代表吉益东洞就曾指出:“腹为生命之本,百病之根,是以诊病必先候腹。”可见其重视的程度远胜于中医。诊察时要求患者上身完全裸露,仰卧伸足,放松腹肌,在视察腹肌长度与紧张度后,再屈曲两膝以诊察腹肌弛缓状态,继而以手按腹,并将腹部划分为胸部部、心下部、大腹部、脐上部、脐下部、小腹部等不同分区,分别从腹壁厚薄、皮下脂肪厚薄、腹肌紧张度、腹主动脉搏动、皮肤温度等方面加以诊察,从而判断证候的虚实寒热以及进行具体辨证(如心下痞硬、小腹急结等)以直接为处方提供资料。

腹诊的目的主要在于察知虚实寒热表里,也有仅凭腹诊辨证处方的情况,如心下痞硬、胸胁苦满、瘀血压痛、小腹急结、脐下不仁等均以腹诊论治处方。此外通过腹诊中还能确认心下痞、心下软、肋下痞硬、心下支结、腹直肌挛急、小腹不仁、小腹拘急、小腹弦急、小腹满、小腹硬满、小腹急结、心悸、心下悸、脐下悸、心下振水音、腹满等等,从而为临证处方提供辨证依据。

腹诊自江户时代以来,虽然有源出《伤寒论》的说法,但已对腹诊有所发展,目前临床上所运用的腹诊方法亦已很少在

《伤寒论》中找到相关的论述。因此应该说腹诊是汉方医学对传统中医的一种继承与发展。

2 善用经方,少用草药

汉方医学以使用经方、成方为特征,尤以《伤寒论》、《金匮要略》方为中心,同时也采用《伤寒论》以后的著名方剂。对于方剂组成与药物的用量均有固定的规矩,每一次所使用方剂的组成基本一致,分量相同,同时亦不强调加减。在现阶段汉方医学进入保险医疗后,其中的许多成方(如小柴胡汤、葛根汤等)均已做成制剂应用,其用量每服 6g 左右。汉方医生在处方时一般亦不重视加减,甚而有的秉承古方遗风,主张墨守经方而不擅加改动。亦有少数于临证使用煎剂者,但总体来说并不太多。

另一方面,汉方医所使用的药物种类与数量也较少,普通中药饮片种类大约在 150 种左右,其处方用量一般均在 3~6g 之间,很少能有超出 10g 者。因此即使是公立的大医院中亦很少能见到大型中药房,所谓的汉方药局规模均较小。不过其药品的质量非常好,保管亦有科学性。

汉方医学在临床治疗时一般不使用草药,亦不将草药列入常规应用之列,处方中几乎见不到草药之名。在日本汉方医生之中,多将草药冠之以“民间药”之名而加以排斥。自然亦很少能见到纯用草药治病的医生。

3 简化病机,推崇排毒

汉方医学的病机理论独独重视一个“毒”字,认为毒留体内为病之根本,正常人体由气水血所构成,疾病发生即由看不见的气毒,与看得见的血毒、水毒所致,主张将“体内毒素排出体外”(《汉方医学·气水血》)为治疗的基本原则。因此十分重视《伤寒论》的发汗、利水、泻下等方法,认为其均属有效排毒方法,是体内毒邪的出路。还特别推崇麻黄汤、桂枝汤、五苓散及承气汤,在临证中亦有很高的使用机率,同时将小柴胡汤、大青龙汤等也归属在汗法之列。

与中医不同,汉方医学教科书中没有专门阐述阴阳五行脏象理论的篇章,在发病学的认识中,也基本没有六淫、七情、饮食劳倦及阴阳失调、邪正盛衰等的系统病因病机理论。作为基础理论重点的“证”与中医所说的“证候”,其内涵亦有明显的区别,贯彻在治疗中的治则学说,因此也远较中医为单纯。

日本汉方医学在诊治疾病时对于病机的简化及其治则的实用化,促使其将更多的精力投入到对具体应用时“症状组合”这一“证”的把握上。汉方医基本不考虑为什么会产生病证的原因及其机制,而仅对已出现的症状及如何解决这一症状,使用什么方剂等更多地感兴趣。因此关于“辨证”的理解,中医与汉方医学是完全不同的内涵与思路,中医的“证”,重于疾病某一阶段的原因、性质、部位、邪正力量对比等,而汉方医学所指的“证”即是具体遣方用药的适应症,即根据症状组合的症候群而随证治疗。

汉方医学源出中医,与中医学本是同根同源,在历经几个世纪改造与发展后的今天,逐渐成为本土化的医学科学并在临床诊治疾病中发挥相当重要的作用。如何看待其学术特点,并借鉴其可取之长,从而使中医学的学术研究与临床应用更好地现代化全球化,将是中医学今后发展所面临的重要课题之一。

浙江中医学院基础医学系(310053) 郑红斌

浙江大学华家池校区医院 陈 威