

日不寐,予茅根 120g(四两)作汤,兼清凉平淡之药数品,一剂当晚即稍得寐,二剂手足温,三剂病愈。舍大温大补,取甘寒辛凉,徐氏此举乃反其道而行之,无怪乎“戚友俱骇”。徐氏之所以如此果断,是深明阴阳依存互根、消长转化之理,知患者“四肢冷者,《内经》所谓热深厥亦深也;不得卧者,《内经》所谓阳胜则不得入于阴,阴虚故不眠也”(《肠红》)。又如倪福征时证,神昏烦热不食,不寐,脉数,服六味后诸症不解,且粒米不得下咽,烦热益甚,诸医束手。徐氏以为外感时邪,误补益疾,故久不解,或传少阳,或传阳明,本例未入里成实,不必三承气汤,只不过是寒热中阻,痰热留恋而已,予泻心汤加消痰开胃药,两剂而安(《时证》)。又如以张仲景大承气汤,不增减一味,治愈伤寒失下证(《伤寒》);面对体弱且素有血证的王孝贤夫人的痰喘,毅然予小青龙汤治之,药下即喘平(《痰喘》);一产后风热患者,因误补更甚,徐氏遵仲景法,用竹叶石膏等药,“一剂而苏”“更服一剂病已去矣”(《产后风热》)。读此医案,重温《医论》,“能熟于《内经》及仲景诸书,细心体认,则虽病万殊,其中条理井然,毫无疑似,出入变化,无有不效”(《内伤外感论》)。“方中之药,必与所现之症,纤悉皆合,无一味虚设,乃用此方,毫无通融也”(《执方治病论》)。“能识病情与古方合者,则全用之”(《古方加减论》)。“观仲景先生于产后之疾,以石膏白薇竹茹等药治之,无不神效”(《妇科论》)。等等,真是听其言,观其行,让人有珠联璧合之感。

2 《医论》中辨证辨病、治病求本之精义,体现在《医案》中

读《医论》,对其理法方药一线贯穿的论述印象颇深。徐氏是临床大家,所论皆为临床辨证论治之要点,如治病的宗旨是保护元气,祛除病邪;辨证时要四诊合参,精研脉理,不可执一而论;不仅辨证,还应辨病,两者结合,治病求本,知病先知症,“每症穷其缘由,详其情状,辨其异同,审其真伪”(《知病必先知症论》),然后施治;论治应“先后有序,大小有方,轻重有度,疏密有数,纯而不杂,整而不乱,所用之药,务得其性”(《医道通治道论》)等。这些精湛论述均体现在《医案》中。如《暑》门二案,一“芦墟连耕石,暑热坏证,脉微欲绝,遗尿谵语,寻衣摸床”,徐氏诊为“阳越之证”,将大汗出而脱,急以参附加童便,使其阳回,续用西瓜及清暑养胃之药而病解。一毛介堂“暑病热极,大汗不止,脉微肢冷、面赤气短”,徐氏诊为“亡阳”,亦进参附而阳回。暑为阳邪,最易伤津耗气,《素问·举痛论》:“炅则腠理开,荣卫通,汗大泄,故气泄。”暑病自然以清暑养阴为治,这是病之常,但此二例都是热极生变、元气欲脱的危证,不予参附不足以挽回生机,所谓“治病决死生者,不视病之轻重,而视元气之存亡”(《元气存亡论》),徐氏知常达变,何况于亡阴亡阳之证,徐氏又是深得个中三昧者(《医论》有《亡阴亡阳论》,《医案》尚有苏州沈母“痰喘亡阴”案),故见证知源,药到病除。又如朱宗周阳盛阴亏体质,患痰凝气逆证,医予温补,不仅无效,且胸膈痞塞、阳痿,群医又谓“脾肾两亏,将恐无治”。徐氏“视其体丰而气旺,阳升而不降,诸窍皆闭”,诊为肝肾双实证,先用清润之品加石膏降逆,痞塞气逆即解,肝复条达;次以消痰开胃药涤其中宫,痰化膈宽,脾胃即健;末以滋肾强阴之味镇其元气,阴平阳秘,阳痿即愈(《痰》)。此例知病知症,重体质,善分析,审真伪,治疗有序,实足玩味。《医案》中外科十余案皆来势凶猛,病变复杂,然徐氏临危不惧,仔细辨证,或刀或针,或敷或涂,膏丹丸散,外用内服,随宜使用,活泼灵动,多药到病除。读这些医案,常回想

《医论》中《疡科论》、《围药论》、《薄贴论》、《制药论》、《医必备药论》,深感欲精外科,必通内科之道,方能两全,确系至理名言。还有一亢阳证,虽年近八旬,仍以泻肾而愈(《亢阳》);一吐血患者因误服温补方而大出血,奄奄待毙,以十斤鲜生地绞汁浓煎,略加人参末,徐徐服下,即见转机(《吐血》);一畏风闭户深藏数月的患者,徐氏诊为“避风太过,阳气不接,卫气不闭”,令其日晒则愈(《畏风》),这真是“精思妙术,随变生机,病势千端,立法万变”(《寒热虚实真假论》),让人叹为观止。

3 《医论》中对于医林弊病、陋俗、谬误多批评之词

《医案》可以证实其是有的放矢,并非耸人听闻。如反复强调的热药误人问题,《医案》中比比皆是,蒋奕兰痧暑夹食,因重用参附而毙(《暑》);施某之子患血痢,误用理中汤而死(《痢》);朱亭立患翻胃证,徐氏以半夏泻心汤加减治愈,朱氏复听信他医日服参附以补虚,不到两个月,大出血而逝(《翻胃》)。类似病例,不胜枚举,目击心伤,徐氏哪能袖手旁观?又如对不良医德医风的针砭也是有所指的,从《医案》中发现有不知辨证、滥投药物者(《暑》、《时证》);有不管虚实,见年高便补,见用攻便惶恐无措者(《中风》、《外感停食》);有病变较多,聚议无定,便委之以不治者(《乳疳》、《痰》);有明知徐氏治之有效,为炫己能而故意改变治法致病重者(《吐血》、《项疽》);尚有临危束手(《胎中毒火》、《对口》),或妄加议论(《呃》、《产后风热》),或邀利献媚者(《流注》、《发背》);尤为可笑的是不责己用药不当,见徐氏一用即验,却抱怨自己命运不济者(《项疽》);尤为可恶的是己未治愈,见徐氏治之有效,却讥为偶中,见治之有变,却幸灾乐祸者(《肠痛》);尤为可恨的是自己胡乱用药却说是徐氏之方(《痢》),嫁祸于人,实令人齿冷。

江西省波阳县中医院(333100) 朱炳林

浅论用好经方的 3 个原则

经方指上古相传的经实践检验的有效医方。然上古经方只得之传闻,已无成书可考。惟医圣张仲景所著《伤寒杂病论》集古方之大成,故后世言经方者,概指仲景之方也。如何善用经方治病,推求源流,先圣后贤的经验可以归纳为 3 个原则。

1 方证相对,应用原方

宋代林亿等在《金匱要略方论·序》中说:“尝以对方证对者,施之于人,其效若神。”这就是说,只要患者的病情与经方主治相符合,原方应用,无不神效。如此疗效,无疑也是仲景当年的切身体会,才加以撰集。所谓“方证对者”,徐大椿有一段论述颇为中肯,他说:“欲用古方,必先审病者所患之症,悉与古方前所陈列之症皆合;更检方中所用之药,无一不与所现之症相合,然后施用,否则必须加減”(《医学源流论·执方治病论》)。徐氏所说的“古方”,即指经方而言。方证对者,即应用原方(包括用药、剂量、炮制法、煎服法等),这是历代名医用好经方的法则之一。后学者也应如此。

如治患者刘某某,男,30岁。夜读劳倦,汗出中风,因而发热,恶寒,无汗,头痛,周身酸痛,体温 38.7℃。服安乃近后大汗出,寒热稍减而病不解,动则汗出,脉浮,舌质偏红、苔薄白。病已 4 日,服银翘解毒丸亦不效。证属发汗太过,表气已虚,余邪未尽。《伤寒论》第 57 条云:“伤寒发汗,已解,半日许复烦,脉浮数者,可更发汗,宜桂枝汤。”处方:桂枝 30g,白芍 30g,炙甘草 20g,生姜 30g,大枣 12 枚。水 900ml,微火煮取 300ml,去渣日 3

次温服,病者为求速效,竟 1 次服下,约半小时后食稀米粥 1 碗,盖被入睡,2 小时后醒来,遍身微汗出,诸症若失。这正如陈修园所说:“凡营卫不和者,得桂枝汤而如神”。

2 随证加减,活用经方

据《汉书·艺文志》方技略记载,上古有“经方十一家,二百七十四卷”。故仲景书之方,有的即是上古圣人历代相传之经方,而有的则是仲景平脉辨证,随证加减之经方,如《伤寒论》治太阳表虚证用桂枝汤等等。随证加减之方,加味方有桂枝加葛根汤、桂枝加附子汤、桂枝加大黄汤、桂枝加厚朴杏子汤;减味方有桂枝去芍药汤;加减方有桂枝去芍药加附子汤、桂枝去芍药加蜀漆龙骨牡蛎救逆汤等。此外,桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤、桂枝二越婢一汤等,也是桂枝汤类加减方。由上可知,经方加减之法,或药味之加减,或药量之加减,或两者兼而有之。主证不变则主方主药不变,可随兼证不同,适当加减治之;若主要病机已变,则治法为之变,主方主药亦为之变也。随证加减,活用经方,此乃仲景“观其脉证,知犯何逆,随证治之”之大经大法,亦是历代名医用好经方的法则之一。

如治患者于某某,女,30 岁。高热反复发病数月。曾采用多种抗生素、激素及中药治疗,热势时起时伏。近来又复发热,经输液不退。诊其发热(体温 39.6℃),头痛,口渴,脉滑数,舌绛红、苔黄等。显系阳明气分热盛,久病波及血分,为气血两燔之证。治用白虎汤清透邪热,加金银花、连翘以解毒,再加牡丹皮、生地黄以凉血。服药 3 剂而热退身凉(体温 37.5℃),惟头晕、时呕欲吐,食欲不振,改竹叶石膏汤 3 剂善后调治。数日后及 2 个月后两次相告,热退不复升矣。

3 善师古法,创立新方

《医宗金鉴·凡例》中说:“方者一定之法,法者不定之方也。古人之方,即古人之法寓焉。立一方必有一方之精意存于其中,不求其精意而徒执其方,是执方而昧法也。”这是对方与法两者关系的精辟论述。历代名医使用经方,不但善用原方及加减运用,而且善于师其法而自创新方。仅以承气汤类为例,历代善用经方者师其攻下祛邪之大法,创立了不少切合实用的新方。例如《宣明论方》的三一承气汤;《医学发明》的三化汤;《瘟疫论》的承气养营汤;《伤寒六书》的黄龙汤。特别是温病大家吴鞠通对于承气汤法更有真知灼见,其《温病条辨》在《伤寒论》的基础上,结合温病特点加加减裁经方承气汤,创制了 8 个新方,即牛黄承气汤、导赤承气汤、护胃承气汤、承气合小陷胸汤、宣白承气汤、桃仁承气汤、增液承气汤、新加黄龙汤等,变伤寒方为温病所用。近几十年来,中西医结合开展治疗急腹症取得了很大成绩,不少自拟方即脱胎于经方承气汤之法。师经方大法,以创立新方,这同样是历代名医用好经方的法则之一。

笔者观察到,高血压病早、中期多以肝肾阴虚、肝阳上亢或心肝火盛为主要病机。其主症为头晕目眩,或头痛头胀,或头重脚轻,心烦易怒,腰酸腿软等。其脉象以弦脉为主,若肝阳上亢为主者,强而有力;心肝火盛为主者,弦数有力;肝肾阴虚为主者,弦细偏数。其舌象多见舌质偏红或紫红,舌苔薄黄或黄燥。治疗该病,笔者自拟十味降压汤(生地黄 20~30g,山药、牡丹皮、赤芍、白芍各 10~20g,茯苓、泽泻、大黄、黄芩、黄连各 5~10g)治之。此方实为肾气丸减桂枝、附子、山茱萸,加赤芍、白芍,合用泻心汤而成。若肝肾阴虚较甚者,重用养阴药;心肝火盛者,重用泄火药;肝阳上亢明显者,方中养阴、泄火药均用小

剂量,加石决明 20~30g,钩藤 10~15g(后下),菊花 10~15g。如此辨证论治,常获良效。

总而言之,善用经方者,正如《医学源流论·古方加减论》所说:“能识病情与古方合者,则全用之;有别症,则据古法加减之;如不尽合,则依古方之法,将古方所用之药,而去取损益之,必使无一药之不对症,自然不悖于古人之法,而所投必有神效矣。”如果说“方证相对,应用原方”是必然王国的境界,那么,能够达到“随证加减,治用经方”者,已迈进自由王国的境界,而“善师古法,创立新方”者,已攀登上创新王国的境界了。

河北医科大学中医学院(050091) 吕志杰

肺系顽疾话活血

慢性支气管炎(慢支)和支气管哮喘因发病率高,难以治愈,严重威胁着人们的健康。通过电镜证实,慢支普遍存在着肺胞壁毛细血管瘀血,加入活血药后疗效显著提高。

1 慢性支气管炎者多瘀血

我们在实践中观察到慢支患者,舌质暗,舌下脉络紫暗,继之通过电镜证实,慢支普遍存在着肺胞壁毛细血管瘀血,甚至血栓形成。本着祛瘀生新的原则,在辨证论治的基础上,加入活血通脉胶囊,治疗慢支 220 例,与对照组相比有效率和显效率分别提高 13% 和 10%。曾治一李姓患者,患喘息性支气管炎 12 年,每遇外感及劳累后则加重,历用西药,渐至无效,转求中医治疗。察舌下脉络,色暗明显,原方加入丹参 30g、川芎 20g、桃仁 12g,3 剂显效,旬内平复。因此认为“慢支者必活血。”

2 哮喘发病责瘀血

近几年支气管哮喘的发病率有所升高。本病来势凶猛难御,去时缠绵难除,极大地危害着人们的健康。以前采用的解痉、抗菌、抗过敏治疗,疗效不甚满意。我们临床观察到,哮喘久作,可见到面青舌暗,指甲青紫等瘀血证候。用川芎嗪治疗哮喘,收到了平喘、降低肺动脉高压、降低血栓素的作用,有效率和显效率显著提高。将血栓素给动物静脉注射后,可使气道反应性增高,实验表明,血栓素是哮喘发病的一个重要介质,它对支气管平滑肌有强烈的收缩作用。我们采用中药汤剂活血治标以通络,整体治本以复原的方法,收到缓解支气管哮喘平滑肌痉挛的作用,同时降低了哮喘患者的血液粘稠度,促进了微循环。值得说明的是,丹参、川芎需要联合应用,剂量在 20~30g 之间,疗效才显著。虽然哮喘的发病机制虽尚未彻底明了,但是用活血药后降低血液粘稠度、降低血栓素、对抗血小板激活因子,控制有关介质的释放,对治疗哮喘有重大意义。活血药能改善肺内微循环,促进肺系受损组织的修复,因此降低了气道的高反应性。此外某些活血药还能增强人体的抗病机能,减轻气道的炎症反应。

山东省新泰市人民医院(271200) 谭庆坤 韩明镜 吕云清

本刊“专题笔谈”栏目征稿

为继续办好《中医杂志》“专题笔谈”栏目,欢迎广大作者、读者踊跃投稿。现征集 2003 年后稿件,具体药名如下:升麻、天花粉、玄参、郁金、红藤、白花蛇舌草、白头翁、肿节风、白薇、僵蚕、威灵仙、冬虫夏草、刘寄奴、仙鹤草、贯众、槐花、茜草、木爪、薏苡仁。以上药物任选某味介绍,要求有别于教科书,确为家传师授或个人经验。每药独立成篇,择优录用,恕不退稿。来稿请寄北京市东直门内南小街 16 号,中医杂志编辑部 2 号编辑收,邮编:100700。