

血、阴虚虚火动血有关。温热邪毒在上、中、下三焦,均可耗血动血,在上焦主要责于肺,肺热扰络动血,以皮肤出血、鼻衄为主;在中焦主要责之胃、大肠及脾,胃肠热盛伤及肠络而便血,如兼脾虚不能统血还可出现紫斑;在下焦,责之小肠、膀胱及肝肾,热盛于小肠,或热夹湿搏于膀胱,伤及血络而致尿血,肝肾阴精耗竭,阴虚阳亢,虚火动血,可见各种出血见症。总之,急性白血病患者病程中极易出现出血征象,因而止血法也为急性白血病治疗的常用治法。

阳胜则阴病,阴液耗伤是急性白血病的重要病理之一,阴液是抵抗温热邪毒的主要力量,因而顾护阴液在该病的治疗中具有重要意义,所谓“存得一分津液,便有一分生机”。急性白血病温热邪毒在里,复加六淫邪气入里化热,故在急性白血病过程中最易出现阴液耗伤的病理变化,因而在祛邪解热的同时,要注意顾护阴液。

急性白血病病理中多湿,尤其化疗后挟湿现象明显,急性白血病化疗后多数患者舌象呈腻苔。急性白血病挟湿的原因可能与邪毒、化疗药物损伤脾胃,使其不能运化水湿,以及病后患者以膏粱肥甘进补,使脾胃呆钝等因素有关。如湿邪与温热邪毒相合形成胶结之势,如油入面,使邪毒缠绵,难以祛除。故临证当详查细辨,注意祛湿,使湿去不与热毒形成裹结之势。

综上所述,急性白血病的发生、发展变化过程中具有卫气营血及三焦的浅深层次病理变化,具有热盛伤阴,易迫血动血,邪毒易深伏等病理特点,符合温病的发生、发展变化规律。因而,从温病角度,以卫气营血、三焦理论作为急性白血病的辨证论治纲领是可行的、必要的。

广州中医药大学(510405) 黄礼明 丘和明

辨证论治与“治病必求于本”

“治病必求于本”语出《素问·阴阳应象大论》。前人对病“本”之涵义表述不一,但结合临床实际看,“本”当指疾病的本质而言。“治病必求于本”是指在治疗疾病时,必须寻出疾病的本质,并针对其本质进行治疗。疾病,属乎变,即生理活动之异常。有变必有象(表现为症状、体征等),有象必存在着一定的本质,因而,任何疾病都有“本”之所在。但“本”有显而易见者,有幽而难明者,有真假现象复杂者,有症见于彼而病在乎此者,有病在里而症现于表者,有内在微观病理改变而症状体征暂缺如者,因而,探求病本就显得极为重要。《景岳全书·求本论》云:“直取其本,则所生诸病,无不随本皆退。”

辨证论治是中医学的支柱理论之一,被认为是中医学的精华,是中医学实践的最根本的方法。辨证论治是中医诊断和治疗疾病的主要手段之一。辨证论治与“治病必求于本”的关系怎样,辨证论治是否直接体现了“治病求本”。临床医师常常直观地认为,正确的辨证论治就如同治病求本,但是当临床未取得理想的治疗效果时经常会造成困惑,甚至对中医学产生怀疑。

从辨证论治的实质来说,所谓“证”或“证候”,是指在疾病发展过程中,某一阶段的病理概括,是疾病在某一特定阶段的病理变化实质,它包括病的病因(如风寒、风热、瘀血、痰饮等等)、病的部位(如表、里、某脏、某腑、某条经络等等)、病的性质(如寒、热等等)和邪正关系(如虚、实等等)。而辨证,就是将四诊(望闻问切)所收集的资料、症状和体征,通过分析、综合,辨清疾病的原因、性质、部位和邪正之间的关系,概括、判断为某

种证。论治,则是根据辨证的结果,确定相应的治疗方法。可见,辨证的过程体现了中医学探求疾病的根本病理机制的过程,它就像抽丝剥茧一样逐层深入,最终达到辨证求因的目的。所以我们说,辨证论治是达到“治病必求于本”的最有力的武器,这在中医界是毋庸置疑的理论。

但在临床实际中,有时虽然辨证准确,但治疗的结果并不能使疾病痊愈。比如,有三位患者,均通过辨证论治诊断为气虚血瘀证,第一位是现代医学诊断的自主神经功能紊乱,第二位是冠心病患者,第三位是食道癌患者,三位患者均通过服用益气活血中药进行治疗。结果是不言而喻的,第一位患者通过治疗,很快就完全恢复正常的生活和工作;第二位患者经过治疗,症状得到显著的改善,而冠心病仍然存在,能够进行正常的生活和工作;第三位患者,症状似乎得到改善,但不久即死于癌症的扩散转移。很显然,如果“证”是疾病的本质,那么上述治疗应该得到相同的结果。可结果却截然不同。

这说明“证”并不能完全揭示疾病的“本”,它只是代表了疾病发展过程中的某一阶段机体的病理变化。大多数情况下,只是反映了疾病的致病因素与人体正气之间斗争的结果,这在内伤杂病的诊疗过程中表现最为明显。民间常说的“单方气死名医”,也是辨证论治就是治病必求于本的又一反证,在临床实践中,有些单方验方对某些疾病有着非常良好的疗效,但其使用者通常是只辨病不辨证,或只辨证不辨证,而这种单方对不同的证型均有着良好的疗效,这只能说明这个单方虽然没有针对疾病所表现的证型进行治疗,但却针对了该病的“本”进行了治疗,所以能够取得很好的疗效。

所以辨证论治不等于就是“治病求本”,辨证论治实际上就是通过临床四诊,将疾病某一发展阶段正邪斗争的结果进行抽象思维并将其归纳为某一证型,它可能反映了疾病本质和该阶段的邪正斗争的结果,也可能并不反映疾病的本质,而只是反映该阶段邪正斗争的结果。

如何才能达到“治病求本”呢?我们认为,在临床辨证论治的基础上,结合辨病论治,能更贴切地达到“治病求本”的效果。既往,辨病论治指的是在确立疾病的诊断之后,根据疾病确定治疗的原则。它是针对比较简单的疾病来说,可以划定一个单一的治疗方法。而多数疾病都是比较长的过程,在这个过程中,每个阶段的病理变化都不尽相同,很难确定单一的治疗方法。因此,只能根据疾病发展过程中每一阶段的病理概括来确定治疗方针,也就是说,不是根据“病”,而是根据“证”来确定治疗方法。所以,对于大多数疾病来说,都很难做到单纯的辨病论治。

而现代在临床发展中,临床医师根据临床实践,进一步发展了辨病论治的含义。各种疾病均有其自身特有的疾病本质,按照其自身的病理机制规律发生发展,临床医学工作者根据疾病自身的发生、发展和转归的规律,在不同的阶段确立相应的治疗方法,进行临床医疗实践。而且,随着现代中药药理学研究进展,人们更多地在辨证的基础上加用一些治疗疾病本身的药物,疗效得到进一步提高。如对癌症患者的治疗中,人们常常在辨证的基础上加用具有抗癌作用的中药来进行治疗。对痛风患者,也往往在临床辨证的基础上,加用一些具有降低血尿酸水平的中草药;对糖尿病的治疗、高血压的治疗等等,往往都如此应用。可见,辨证论治与辨病论治相结合,则更加符合疾病自身的发展、转归规律,从而达到最佳的疗效。

综上所述,辨证论治仍然是中医学临床实践和研究的最有力的武器。中医学是一种经验科学,从方法学上来说,辨证论治是中医学对人体生理、病理认识的根本方法,并通过最终结果的反馈,不断的矫正、补充新的理论,从理论和实践上推动中医学的发展。而为了更好的达到治病求本的目的,提高临床疗效,还需要结合辨病论治,为中医学的发展服务,为人类的健康服务。但是,辨证论治不等于“治病求本”并不是对中医学精髓的否认,而是对中医学理论与临床的深一层思考。辨证论治是通向“治病必求于本”的有效途径。

中国中医研究院广安门医院(100053) 付亚龙 张士云

关于炙甘草汤用药问题的探讨

炙甘草汤出自《伤寒论》第 177 条。其组成及用法为:“炙甘草四两,生姜、桂枝各三两,生地黄一斤,人参、阿胶各二两,麦门冬、麻仁各半升,大枣三十枚。以清酒七升,水八升,煮取三升,内胶烔消尽。温服一升,日三服。”本方具有益气补血,滋阴复脉之功,故又名复脉汤。原治“伤寒,脉结代,心动悸”之证。近年则广泛用治心律不齐、期外收缩、冠心病、风湿性心脏病、病毒性心肌炎、甲状腺机能亢进等见有心动悸,脉结代之症,有较好疗效。但关于该方中生地黄、麻仁、麦门冬、清酒等药的用药及用量一直存在着较大争议,从而影响临床的正确使用。

1 生地黄应是鲜地黄

生地黄是地黄处方用药的一种,为玄参科植物地黄的根茎。由于加工方法及用法不同,故又有生地黄、干地黄(干地黄、生地黄)、熟地黄、鲜地黄等名称。炙甘草汤所用称生地黄。我们认为,本方所用之生地黄当为今日之鲜地黄。

在唐代以前,地黄处方用名有二种:一为干地黄,一为生地黄。干地黄之名最早见于《神农本草经》,而其用则最早见于《金匮要略》之肾气丸,是指地黄根茎之自然晒干或阴干者,又称干地黄、生地黄。《神农本草经》谓其“主折跌绝筋,伤中,逐血痹,填骨髓,长肌肉,作汤除寒热积聚,除痹。生者尤良。”其中所说的“生者”是指地黄根茎之不晒干者,也即今日所称之鲜地黄。但《本经》中未见“生地黄”之名。生地黄之名最早见于《伤寒论》之炙甘草汤,并且《金匮要略》之百合地黄汤中还有生地黄汁一药。至梁代陶弘景之《本草经集注》始作详细记述。这样,在唐代以前就有了干地黄与生地黄两个药名并存。

在唐代以后,又出现了熟地黄一药(见宋代苏颂《本草图经》),又称大熟地、大怀熟(见《景岳全书》)。这样,在唐代以后,地黄之处方用药就变为三种:即熟地黄、生地黄、鲜地黄。熟地黄是晒干地黄拌入黄酒经反复蒸晒加工而成,其性甘而微温,滋阴补血之力强于干地黄,故唐代以后凡滋阴补血,填补肾精之方多用熟地黄。取生、熟相对之意,唐代以后之干地黄习称为生地黄。而地黄之新出土未经晒干者则改称鲜地黄。鲜地黄之名最早见于清代吴其睿之《植物名实图考》,又称鲜生地(见《本草经读》)。由此可见,唐代以前之生地黄实为今之鲜地黄,而唐代以后之生地黄实为古之干地黄。因此,若将炙甘草汤所用生地黄理解为今日之生地黄显然是错误的。炙甘草汤原方中生地黄用量至一斤,为全方最重者,就是因为鲜地黄含大量水分,故必须重用,其效始佳。另外,由于古今度量衡的差异,东汉时一斤仅相当于今之七两一钱多(汉一两折今 0.4455 两)折合公制则为 222.75g。原方分为 3 次服,则每次实际服用之鲜地黄为

74.2g。后世诸多医家对炙甘草汤中生地黄的用量不理解,就是因为误将唐代以前之生地黄理解为今日之生地黄之缘故。

2 麻仁应是火麻仁

麻仁是火麻仁的简称,《神农本草经》称麻子,《伤寒论》又称麻子仁,为桑科植物大麻的成熟种仁。《神农本草经》谓其“甘平,主补中益气,肥健不老。”由于火麻仁富含油脂,故张仲景之麻子仁丸又用以滋脾润肠。炙甘草汤为益气补血,滋阴复脉方,何以使用润肠通便之火麻仁,自然也是一个有争议的问题。如清代医家柯韵伯以为“旧传麻仁者误,当系枣仁。彼从心悸动三字看出传写之误,不为无见”(《伤寒来苏集》)。近代名医左季云也认为:“枣仁者,养心宁神,益血荣肝,麻仁第润肠以通虚闭,岂能入心主以操养血安神之任乎,故疑为传写之误”(《伤寒论类方汇参》)。清末名家唐容川则以为是芝麻。按麻仁虽多作润燥滑肠药而用治肠燥便秘之证,但凡“润可去枯”者,自有益血补阴之功。《本草经疏》谓其“益血补阴,使荣卫调和”,即是此意。本方于滋阴补血药中加入质润多脂之麻仁,自无不可。柯韵伯所言枣仁确有很好的补血养心之功,临床运用时改用枣仁,似无不妥。但仅凭主观臆测及个人爱好而擅自改动经方,则恐有失仲景原意。至于唐容川所说的芝麻是指黑芝麻,《神农本草经》称胡麻,与麻子同为本经上品,且两名并列,显然也不可能是芝麻。我们认为,仍以麻仁(火麻仁)为是。

3 麦门冬用量应为半升

麦门冬味甘性寒,善滋阴清热,清心除烦,为心肺胃经要药。但原方用量,有作“半斤”者,有作“半升”者。若以“半斤”计,则折今约 3.564 两(东汉“一两”折今 0.4455 两),分 3 次服则每次服用 1.188 两(约折合 37g)。若为“半升”(汉“一升”合今 200ml)则约合 1.25 两,分 3 次服则每次服 0.417 两(约折合 13g)。“半斤”之量 3 倍于“半升”,其差距是显而易见的。考《金匮要略》、《千金翼方》、《外台秘要》等书,炙甘草汤中的麦门冬均为“半升”,且《伤寒论》与《金匮要略》中用麦门冬者共有 5 方,除丸剂用分(等分)外,汤剂之麦门冬均以“升”计,未见以“斤”计算药量者。因此,方中麦门冬之用量是半升,而不是“半斤”。

4 清酒应是糯米酒

炙甘草汤原方用法为:“以清酒七升,水八升,先煮八味,取三升。”但清酒为何,历代多不作注解。清代医家柯韵伯认为“清酒之性猛捷于上行”,全国统编《方剂学》五版教材则言“加入清酒 10ml”。从这个用量及柯韵伯的认识来看,似指今日之烈性白酒。但今日之白酒无色透明,辛热燥烈,酒精度较高,在病人出现脉结代时其心律已经失常,加入一半白酒是不允许的。故不可能是白酒。况且白酒是元代以后才出现的,在汉代时仅有酿造制法的糯米酒、黄酒、果酒等。《礼·内则》云:“酒清、白。”言古时之酒有清酒与白酒之分。这种清酒与白酒均为糯米酿造,所不同的是糯米酒上层部分清稀清澈微透明,即所谓清酒;而下层部分稠浊白色不透明,即所谓白酒,又称浊酒。炙甘草汤所用为前者,而瓜蒌薤白白酒汤所用为后者。酒性多温,清酒仅是微温而已,且其酒精度较低。炙甘草汤中用这样的酒与水各半煎服,则有温行气血,通畅经脉,甚至补虚扶弱之功,况且久煎之则气不峻,故无大碍。配合全方用药,使气血充实,经脉通畅,则心得养,脉得复而心动悸,脉结代之症可除。

河北医科大学中医学院(050091) 张尊如 曹占地