



哮喘有因血虚论

哮喘本虚，已成共识。然所虚者为何？传统恒多责诸肺之气阴、肾之阴阳。余临证所验，哮喘也不乏血虚者。兹刍议如次。

清代名贤沈金鳌于肺病之治，提出了“血生脾，统于心，藏于肝，宣布于肺，根于肾”，即肺肾两脏主血也可病血的观点。其肺也主血的论据源出《素问·经脉别论》之“肺朝百脉”。盖以唯有血液充盈敷濡于肺，肃杀金性始得阴配而治节之令自调。一旦血虚失养，则既可乏阴津之源，又可涩肺字之脉，也可血不养金而肺失濡润或瘀血留客，乃致宜肃违和失节而哮喘以生。故沈氏在其所著《杂病源流犀烛》中论治肺病害血者，习以四物汤主之，且加减变化自成系列。

至于肾血匮乏，沈金鳌虽也出示四物汤合六味地黄丸一法，惜语未详。那么肾脏是否藏血呢？回答是肯定的。其理由为：“肾者主水，受五脏六腑之精而藏之”（《素问·上古天真论》）、“其华在发”（《素问·六节藏象论》）。既言脏腑之精，自当包括血液在内；而发既为血之余，则肾藏血液定义更是不言自明。故明代张介宾即承经义明确称言“肾为精血之海”（《景岳全书》）。而同朝李梴更明确指出肾有藏血之能，其谓：“肾者……，纳气、收血、化精，而为封藏之本”（《医学入门》）。当代名医裘沛然于此亦具慧见，他认为肾所藏之精，包括“津、液、精、血和精髓等内容”（《壶天散墨·令人瞩目的世界医学宝库》）。另外，治疗哮喘名方如贞元饮、苏子降气汤、金水六君煎等，析其组成，皆有养血上品——熟地、当归。

笔者以为哮喘的根本机因在于肾阳式微及由此产生的气道脉络痉挛。肾虚为本，脉挛为标。而肺肾血虚与哮喘的关系主要表现在此标本两途。就本而言，血为气阳之母，与精津互生，故久病耗血不复则不利气阳精津之化生，从而影响正气的充盛。感冒外邪是诱发哮喘的一个重要原因，故如何防邪则成了预防哮喘发作的重要一环。传统对体虚易感者，偏于强调补气而忽视了养血的重要性。养血之于哮喘，非唯由于气血互生、养血可以益气之理，还在于血液同样是人体正气的组成部分而起着防御外邪侵入的作用。

哮喘之发，主涉肺肾。肺血足，则卫外固表之力倍增；肾血充，则可间接促进阳气生发。余临床上用以八珍汤加防风治易感者效果卓然。就标而言，其血虚旷日，不仅致阴津化生乏源，津血枯涸可使脉道涩滞形成瘀血，与痰纠结则狭隘气道，又可因血不荣脉而成为导致气道脉挛的主因之一。

哮喘因于血虚者，其辨证有明晦两端可守：明者，可见心悸、眩晕、面色无华、指甲色白、翻甲、脱甲、唇舌睑膜淡白诸症；晦者，其血虚之症隐匿，以常法久治不果但试用养血法后证情即见缓解为据。

养血之品施以哮喘，积余所验，量皆以重为宜，一般可取15~70g之间，而以15~30g为常。唯熟地、阿胶性重质厚，故于舌苔厚腻者古来多禁。然征之临床，殊觉律之失于一概。其实苔厚者有纳呆也有纳常者。故余之选用唯以纳呆与否为则而不究苔之厚薄。倘证属必用而又胃弱脾湿以见纳呆者，则轻者佐陈皮、生姜，重者佐陈皮、焦三仙、焦积壳。当归量在30g以上易令肠薄之人便溏或泄，可配禹余粮、山药以纠补之。白芍其性虽然偏凉，但若非至大量则寒性不大，故不论寒热悉可启用，剂量以15~60g为宜。此外，养血莫忘合以填补肾精，以精血互涵相生，故枸杞、女贞子、菟丝子、龟板、山萸肉、鹿角霜（胶）之属也可适当遣用。

上海市嘉定县嘉西乡卫生院(上海201800)

张建明

谈以通阳

叶天士《外感温病篇》有云：“热病救阴犹易，通阳最难。……通阳不在温，而在利小便，较之杂症则有不同也。”许多同志曾经撰文探讨过这个问题，我也想谈谈个人看法。

为什么要“通阳”？当然是阳气不通。阳气为什么不通？是由于湿热壅遏，气机窒闷，如清人陈光淞说：“盖此闷（通阳）专属湿温，热处湿中，湿蕴热外，湿热交混，遂成蒙蔽。”“专属湿温”，倒不一定，也多见于温邪夹湿。为什么说“通阳最难”？就因为湿与热混处，不通阳不行，但常用的通阳药如桂枝之类，又不免于辛温，有助热之弊，所以不能用。在这几个方面，几乎所有

同志的意见都是一致的。

不同意见主要产生在“通阳不在温”这句话上。或云：通阳，用药则不免于温，但因为这是阳郁而非是阳虚，故用温药的目的是通阳气以利小便，而不是温阳。或云：温药范围很大，用大辛大热的药固有以热助热之弊，但换一些微辛微温的药以通阳行水，却是可以的。这些意见都有一定道理，但细译叶氏原义，“通阳不在温”之“温”，不只是指大辛大温、微辛微温的药，而是说连温法都不可用。要不然，为什么下面还有一句“较之杂症则有不同”呢？大辛大温，微辛微温，总不免于温，杂症用这些药通阳，是顺理成章的。如果温湿或温邪夹湿也可以这么用药，那和杂症就没有什么不同，也就不存在“通阳最难”的问题了。

20多年前，笔者曾就这个问题请教过蒲辅周先生。蒲老精辟地指出：叶天士不是让你“利小便”吗？利小便药味淡，所以叫“淡以通阳”。盖病属湿热，不能用一般杂症用的温药去通阳，只能用药味淡薄者，如芦根、滑石、苡米、通草、茯苓皮、竹叶之类渗利小便，湿去热孤，阳气自通。在蒲老医案中，治疗乙型脑炎之暑湿并重或湿甚阳郁者，腺病毒肺炎之痰热蒙蔽者，常可见到“淡以通阳法”的运用。

蒲辅周先生的“淡以通阳”，可以说是对叶天士“通阳不在温，而在利小便”这句话的极好的解释。

中国中医研究院研究生部(北京 100091)

何绍奇

麻沸散加减可解晚期癌痛

例1：孙某，女性，67岁。因咳嗽带血丝、胸痛，经x光胸透摄片，先后被县级、省级医院诊断为晚期肺癌。在县医院住院治疗80天后，要求出院。因胸痛剧烈，于1990年10月始用强痛定、杜冷丁针剂止痛。1991年2月以后，疼痛加剧，每隔2小时肌注4ml强痛定加1ml杜冷丁。因药品紧张，1991年2月24日求用中药止痛。当时症状为：胸剧痛、干呕、咳脓痰。方用：洋金花2g，生草乌4g(先煎)，生川乌4g(先煎)，元胡20g，龙葵20g，蛇莓20g，蜀羊泉20g，鱼腥草20g。服药后15分钟，疼痛缓解，安睡2小时，12小时内未痛。用上药每剂煎煮6次，每日2次。每剂药可保病人3天不疼痛。患者于1991年6月中旬去世，共服药46剂，至临终也没因疼痛而注射止痛麻醉药。

例2：何某，男性，66岁。患鼻咽癌，于10个月前化疗1疗程。1991年9月5日因上颌溃疡2cm×2.5cm，出血淋漓、头痛绵绵，服止痛药效果不佳，要求

用中药治疗。用肾上腺素2ml浸马勃粉压迫止血。方用：洋金花3g，生草乌8g，生川乌8g，当归20g，元胡20g，研细末，分30次温开水冲服。服后即刻止痛，且可保24小时以上不痛，仅有头昏沉之感。

生草、川乌辛苦温有大毒，洋金花服后更令人神昏识迷，故酌量少用。生草、川乌煮沸时间超过50分钟则毒性大减，而麻醉止痛效果尚存。我用洋金花加生草、川乌内服治疗晚期癌痛病人，虽不能根治其癌病，但确能使癌痛病人疼痛症状暂时减轻或消失，病人乐意接受，这为癌痛病人提供了另一止痛途经。然上药毕竟是剧毒麻醉药，对肝肾有损害者，可能加速病情恶化，故应把止痛剂量控制到最低量。由于笔者用麻沸散加减治疗癌痛病例不多，体会不深。所作报道欢迎广大医务工作者在临床上进一步探索使用。

安徽省无为县凤河医院(安徽 238300) 王仅堂

对《伤寒论》“发于阳” “发于阴”的认识

《伤寒论》中，有两条出现“发于阳”“发于阴”，即第7条“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。发于阳，七日愈；发于阴，六日愈。以阳数七、阴数六故也。”第131条“病发于阳，而反下之，热入因作结胸；病发于阴，而反下之，因作痞也。”历代医家对这两条“发于阳”“发于阴”的解释颇不一致。对第7条的认识大致有如下几种：或认为本条是辨外感病阴阳证的总纲，发于阳即阳证，发于阴即阴证；或认为发于阳是发于太阳，发于阴是发于少阴；或认为发于阳是发于阳经，发于阴是发于阴经；或认为发于阳，指太阳中风而言，发于阴，指太阳伤寒而言。对131条的认识大致有如下两种：一是认为“病发于阳”为病在表，“病发于阴”为病在里；二是认为“病发于阳”指体质强盛，同时胸有痰水之人；“病发于阴”为阳不盛，体不壮，同时胸无痰水之人。很少有人将两条所涉相同的文字关联起来去分析。

笔者认为，学习《伤寒论》，首先要弄通原文的本义，而要弄通本义，较可靠的方法就是把全书的条文融会贯通，以仲景言释仲景意。因此，个人认为第7条，与第131条的“发于阳”“发于阴”，意思应完全一致。“阳”指风阳邪气而言，“发于阳”是指病发于中风，“阴”指阴寒邪气而言，“发于阴”是讲病发于伤寒。

第7条，叙述的是人体感受外邪后，以是否即见发热，来判断感邪的性质，从而确定证属于太阳中风，还是太阳伤寒。因为第2条明言“太阳病，发热，汗