

百 家 园

中医治法三层次

中医治疗疾病的方法千变万化,丰富多彩,但归纳起来不外对症治疗、辨证论治和整体调治三个层次。

1 对症治疗

对症治疗即针对症状施以相应的治法。该层次的治法是最简单的方法,适用于症状突出而且较独立、单一的情况。比如对于疼痛比较突出者都可用元胡止痛,这是一种治标的方法,即通常所谓“头痛医头,脚痛医脚”。本层次的治法虽然简单,却不可废止,且大多可收立竿见影之效。

2 辨证论治

辨证论治是针对证候而施以相应的治法。该层次的治法是中医的常用治法和基本治法,较对症治疗要复杂。其治疗依据是证候。中医的证候可以反映疾病某一阶段的临床表现特征、病因病机特征及其转化的倾向性,应包括症状、体征、舌脉象、病史、体质、环境等因素。该治法是中医治疗的常法。

3 整体调治

整体调治是对一些慢性的复杂疾病根据五脏的生克制化规律而施行的多脏同治的方法,目的在于恢复脏腑间的协调稳定状态。该层次的治法是中医学术的精髓部分,充分体现了中医学术的特色和优势,因此,使用者需要有高深的理论修养和丰富的临床经验,主要用于病程长,病理变化复杂,波及多个脏腑,一般的治法无效者。其理论依据主要是中医的整体观念、运气学说和脏象学说。《内经》有“五脏相关,移者有次”;“五脏受气于其所生,传之于其所胜,气舍于其所生,死于其所不胜”。这就说明病久不愈,脏腑间的传变是必然的;而且传变有其规律性。《金匱要略》在论肝病实脾时说:“夫肝之病,补用酸,助用焦苦,益用甘味之药调之(酸入肝,焦苦入心,甘入脾。脾能伤肾,肾气微弱,则水不行;水不行,则心火气盛;心火气盛,则伤肺;肺被伤,则金气不行;金气不行,则肝气盛,故实脾,则肝自愈)。”由于脾(土)能克肾(水),补脾则脾气旺肾气被克,肾(水)本克心(火),今肾被克,不能克心,则心火相对过盛,心(火)克肺(金),今心克肺过度,使肺不能克肝(木),则肝气自旺。此是肝病时整体调治的示例,具体运用时应注意根据病史、症状、体征等确定原发病的脏腑和继发病的脏腑以及其虚实性质。我们仍以肝为例,若原发病位在肝,肝虚时有以下几种情况:所克之

脏肺乘之,当在补肝的同时泻肺;被克之脏脾侮之,当在补肝的同时配合泻脾;生我之脏肾气被盗,当配合补肾;我生之脏心气无继,当配合补心。当然,肝虚又有阴阳气血之不同,亦当区别对待。肝实时的情况可能如下:所克之脏肺被侮,当在泻肝的同时补肺;被克之脏脾被乘,当配合补脾;生我之脏肾可因子病及母而同病,当配合泻肾;我生之脏心可因母病及子而同病,当配合泻心。当然肝实的性质亦有区别。上述情况虽然从理论上分别叙述如此,但临床实际中还要复杂的多,当据证详辨,方不致误。笔者曾治一患儿宿喘,遍治肺治肾之法无显效,查患儿咳喘,痰白,乏力,脉左弦右缓,春日就诊,考虑肺虚肝侮,宜补肺化痰疏肝,用补中益气汤合小柴胡汤加减,很快缓解。

以上不同层次的三种治法,虽然各有所适,但临床上配合应用的情况殊多,不可机械对待。另外,当前学术界对不同层次的治法持不同看法,大多数人认为辨证论治乃医之正宗;对症治疗因其简单且无高深理论而无须重视;而整体调治又因精深玄妙而不宜普遍推广。故当今医界唯辨证论治一法盛。笔者以为,治病之法不宜因其繁简而定取舍,应以实效为要。

中国中医研究院研究生部(100091) 肖相如

试论小中风

1 小中风的概念

中西医都有小中风一说,但中医要比西医早近千年。宋·方勺在《泊宅编》中云“风淫未疾,谓四肢,凡人中风,悉归手足故也,而病势有轻重,故病轻者俗名小中”。此后,明·张介宾、清·沈金鳌等又进一步阐述了小中风的症状、特点及其发病机理。从历代医家的论述中可知,小中风发作时的性质是一种较轻的中风,属于中经络范畴,表现为头晕、眼花、手足不用、卒然跌仆,由于尚未中脏腑,而多无意识障碍;临床特点是发病急,旋见而旋止,症状持续时间短,易反复发作;其所以随发随止,是因为气血尚未衰败;小中风是一种中风先兆,可发展成中风。

本世纪六十年代西方医学也提出了小中风(Mino Stroke)一词。在病理上其本意是指小的脑栓塞或少量的脑出血,小栓子很快被溶解、破碎,即使有栓子嵌塞或有小出血灶,由于侧枝循环有足够的血液供应,使脑并不发生永久性损害,只引起短暂性神经功能障碍;在临床上,小中风原来是指症状持续时间较长的短暂性

脑缺血发作(TIA),其病理改变可能是小的脑梗塞,症状持续时间较短者,其病理变化可能是血流障碍。事实表明,症状持续时间越短,因血流障碍引起TIA的可能性越大,但持续时间越长,并不一定意味着由梗塞引起TIA的可能性越大,因此临床上无法断定哪是小中风。因此至今小中风仍不失为中医的一个专用词。

2 中风先兆与小中风

中医对中风先兆的论述可追溯到《内经》时代。《素问·调经论》云“形有余则腹胀,经洩不利,不足则四肢不用。气血未并,五脏安定,肌肉蠕动,命曰微风”。金·刘河间曰“凡人如觉大拇指及次指麻木不仁,或手足不用,或肌肉瞤动者,三年内必有大风之疾也”。元·朱丹溪曰“眩晕者,中风之渐也”。中风先兆多是中风前驱的一般症状,常较小中风发作时的表现为轻;中风先兆有发展成中风的倾向,有些小中风在首次发作前或/和间歇期,也有中风先兆的表现,此时的中风先兆又是这些小中风的先兆;历代医家在描述中风先兆时都没有提到“旋见而旋止”的特点,表明中风先兆症状持续的时间比较长,这些都是中风先兆与小中风的区别之处。现代医学认为中风先兆中描述的症状,大部分是中风前驱病症,如高血压、脑动脉硬化、高粘滞血症、高脂血症等的一些临床表现,对中风的预报性不是很强;而有小中风者,其发生中风的可能性大约是无小中风者(包括仅有上述中风先兆者)的十几倍,因此小中风对预报中风更具有临床价值。

3 TIA 与小中风

TIA是由一过性脑缺血引起的一种局限性脑功能障碍。主要表现为眩晕、复视、单瘫、偏瘫、共济失调、感觉障碍等。特点是发病急,症状消失快,持续几分钟者最常见,1小时以上者少见,最长不超过24小时;多无意识障碍,不留后遗症,常反复发作。国外TIA5年死亡率约20~25%,但大多数是死于心肌梗塞而不是脑梗塞。我国TIA5年死亡率低于国外,死于中风者约为死于心脏病者的3倍。TIA的临床表现、特点乃至发病机理,与小中风都极其相似,因此说TIA与中风先兆相当,不如说与小中风相当更为合适。小中风的主要病机是气虚血瘀,气虚是根源,血瘀是发生发展的核心。中医的辨证分型主要靠小中风的发作史和间歇期的临床见证。常见的主要类型有:气虚血瘀型、肝阳上亢型、痰瘀互结型、肾虚血阻型。近来的研究发现,气虚血瘀型在发作后(或发作时)血压有下降趋势,其中以平时血压正常者为多,而肝阳上亢型则有上升趋势,以平时高血压者为多。因此血压及其发作前后的变化情况,也可做为小中风辨证时的参考。

综上所述,小中风不是中风先兆的同义,TIA也不能与中风先兆混为一谈,小中风是中风先兆中一个重

要的特殊类型,与现代医学的TIA相当,不仅是中风的先兆,也可能是心肌梗塞等急性心脏病的先兆。

天津中医学院全国中西医结合研究班(天津300193)

陈 玺 陈学忠 张振学

陈潮祖治疗眩晕心法

成都中医学院陈潮祖教授,于脏腑病机理论颇有造诣,倡“五脏宜通”说,《中医病机治法学》一书,为其代表作。其临证经验亦十分丰富。现将其治疗眩晕心法简介如下。

本症候以头晕目眩,伴耳鸣、恶心、呕吐,闭目静卧稍安,开眼、运动则症状明显加剧为主要临床特点。本症候临床十分常见,西医谓之美尼尔氏病,以为内耳淋巴积水和迷路水肿所致。故仅以镇静、血管扩张、植物神经调整类药对症治疗,别无良法。陈老通过研究仲景治眩心法,并结合临床所见,认为患此症者,大多身体素质较差,肺脾肾三脏偏虚者尤多。眩晕一症,多为浊阴上泛,蒙蔽清阳所致,实与西说相契合。其所以然之理,在于肺主气而司宣降,虚则宣降易失而清气不布;脾主运化而升清,虚则运化易碍而清阳不升;肾主温煦而泄浊,虚则气化无力而浊阴不降。且本病多因外感六淫之邪诱发,既有正虚的一面,又寓邪实的一面。昧者不识,多以“阴虚阳亢,肝风上扰”立说,机械照搬张锡纯镇肝熄风汤治之,效验者十之一二。

陈老认为,本症的治疗当以肺、脾、肾三脏为中心。宜开宣肺卫以畅通表里,表里通畅则清气敷布,浊阴自散;健运中土以复升降之机,升降复则清阳上聚,浊阴下趋;温通肾气以复其气化,气化流行则浊阴自泄。三管齐下,共同体现益气通阳,解表导浊的治疗原则。

陈老以仲景五苓散化裁而成“定眩饮”:桂枝6g,茯苓30g,泽泻30g,白术15g,半夏20g,人参10g,天麻10g。方中人参补益肺脾肾三脏元气而振奋清阳;白术健脾除湿而布运水津;半夏化饮降逆而引流下趋;茯苓、泽泻利水渗湿而排泄浊阴;桂枝温经散寒,开宣表卫,上通肺窍,下暖命门,最能推动三焦气化流行,既助人参布张清阳,又助苓、泽化浊散阴;眩晕发作之际,神气虚怯,故佐天麻以益智安神。全方共奏补虚泄浊,宁神定眩之功。舌苔白滑而外感症状较重者,桂枝用量加倍,人参用量减半;舌红苔黄,有热象者,去桂枝,加桔梗、薄荷、淡竹叶各10g;舌苔厚腻者,加苍术、紫苏梗、藿香各15g。舌红少苔,阴虚阳亢者不宜用。

如治郑××,男,57岁,干部,1992年2月13日因眩晕月余就诊。自述月前某日晨,醒来即头晕目眩,动则天旋地转,恶心呕吐,遂投西医疗,被诊为美尼尔氏病,先后给予苯巴比妥、安定、抗眩定、谷维素等药,历时旬余,症状略有缓解,可下床行走,于是改投中医