

专家论坛

得医之意,活力非凡

——辨证论治套路的运用

孟庆云*

孟庆云(1939~),男,1965年毕业于哈尔滨医科大学,1970年参加西医离职学习中医班,1980年毕业于中国中医研究院,获硕士学位。曾执教于黑龙江中医学院、北京针灸骨伤学院,香港浸会大学。讲授中医学基础、中医各家学说、中医科研方法学、中西医比较学、中医医籍医案选等。曾任中国中医研究院基础理论研究所副所长、所长等职,主编《中国中医基础医学杂志》,为《中国大百科全书·传统医学卷(第2版)》副主编、《中国大百科全书·中医卷》副主编、《中国中医年鉴》编委,任北京中西医结合学会基础分会主任委员,中国中医名词审定委员会委员。主要从事中医、中西医结合理论研究。发表中西医学学术论文200余篇。著有《中医理论渊薮》、《周易文化与中医学》,主编《中西医结合基础理论研究与实验技术》、《中国中医药发展50年》等。

摘要 套路的运用,是辨证论治的技巧之一。套路,是在辨证论治的过程中,以其先验的预设,把治疗的全过程,折为第次操作的不同单元或逐一解决,或前铺垫后,最终达到全盘解决的目的。套路之用,不仅开拓了治疗难治疾患的渠道,也提升了辨证论治的疗效。

主题词 辨证论治/方法

在临床辨证论治中,“套路”的运用,每每能以其巧妙的阴阳策应、收放自如而攻坚难病痼疾,其桴鼓之验是运用系统思维发挥整体效应的蓄造。

1 套路的概念及发生

所谓“套路”,是一套工作的理路。是在把一项工作或工程视为一个系统的前提下,在操作之前就预设各要素的程序,构成了因果链条,使工作或工程成为按部就班的体系,或逐一解决,或前铺垫后,最终达到全盘解决的目的。套路是中国系统思维的体现,诸如武术中的各种拳法械式,京剧艺术中的程式,军事战争中的战役方案等,都饱藏丰富的套路思维。医生在治疗疾病时,每因病证罹患多个脏腑,先病后病重叠,在此等复杂情况下,常可以通过“套路”的运用,逐一解决某些问题以达到最终全盘解决;或者为实施某一方法使用某种药物,先行安排另一方法,建立适宜下一步的治疗环

境,以“引邪入彀”的铺垫,投入有效的治疗,这种治疗的全过程是为辨证论治的套路。

套路由程式演变而来。临床经验的丰富和操作习惯,医生在临诊中形成了很多治疗程式。如在《黄帝明堂经》中对穴位的使用,都标明操作程式如:水沟穴,言:“直唇取之。刺入三分,留六呼,灸三壮”;承浆穴,言:“开口取之。刺入二分,留六呼,灸三壮”^[1]等。临床用方药治疗,也逐渐有其程式。经验丰富的医生,以其对病情转归和方药效应的准确把握,以其先验性的预设,把治疗过程按连锁镶嵌为用,就形成了套路。

在《伤寒论》一书中,仲景率先将套路运用于辨证论治。例如,第100条:“伤寒阳脉涩,阴脉弦,法当腹中急痛,先与小建中汤,不差者小柴胡汤主之。”太阳病时见腹中急痛,先投小建中汤,次后用小柴胡汤,而方之先后用成为一个套路。第103条也是套路,太阳病经过十余日,用下法后柴胡证仍在,先与小柴胡汤,呕不止有心下急者用大柴胡汤。又如第159条,治太阳病过程中,有心下痞和泻痢,先用泻心汤治心下痞,之后用理中汤治泻痢,不止再用赤石脂禹余粮汤,泻痢还不止则再利小便(例如用猪苓汤)最后解决。值得提及的是,套路和医生依次用药机杼不同。二者并非同一概念,套路强调预设性,而依次用药是因机随证用药。正是所谓“观其脉证,知犯何逆,随证治之”的见势应势,随机应变,“临时消息制方”。

2 套路在辨证论治中的应用

套路之用,成为医家解决难治病证的一个途径。还是以仲景为例,他在《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证第十二》篇中,就是以熟悉的几个方组成的套路,来治疗即使在当代也认为棘手的肺原性心脏病合并肺性脑病。今日称为“肺心病”者,在《金匱要略》中称之为支饮。该篇第35条云:“咳逆倚息不得卧,小青龙汤主之。”患者咳嗽、喘逆、并且“倚息不得卧”。喘坐呼吸,是肺原性心脏病发生全心衰竭之征象。应化饮而治,先解决喘逆不得卧即心衰的大问题。接踵而来的是,化饮除水后,全心衰竭有所缓解,但因利水必引发36条之多唾,口燥,手足厥逆,眩冒和“其面翕热如醉状”等表现,这是肺性脑病的症状。仲景在用小青龙汤之前就已知解决喘逆

* 中国中医研究院基础理论研究所,北京市东直门内南小街16号(100700)

收稿日期:2005-08-17;修回日期:2005-08-31

不得卧(心衰、水肿),必然因利水逐饮剂之用造成眩冒、“面翕热如醉状”,这是世界上最早对二氧化碳麻醉状态病象的描述,同时左心衰竭即“气冲”的征象突显,仲景在此条中应用苓桂五味甘草汤,以桂枝、五味子温心阳治冲气为主。其后第 37 条心衰略解决后,即“冲气即低,而反更咳,胸满者”,此时用苓甘五味姜辛汤治其咳满。继后第 38 条是在眩冒,面翕热如醉状解除后,咳满停止后,胃肠瘀血的症状又突显出来,加之因细辛、干姜之用,估计可能发生头昏和呕吐,以此用了苓桂五味甘草去桂加干姜细辛半夏汤,用半夏化饮降逆。继后第 39 条是重用杏仁,以宣肺利气之功进一步解决水肿的问题。如果面热如醉还没有解决,仲景在 40 条旨示要“加大黄以利之”。这也是在古代没有吸氧的条件下,运用下法,通过调节胃肠微循环和抗感染以解决肺性脑病的治法,此法在当代仍为临床所沿用。《金匱要略》治支饮的这 6 条统合起来是一完整的套路,也堪为仲景治支饮的一则医案,是将每次辨证论治的内容用一条记述,六条合为一案,一案合为六条^[2]。仲景又把套路的技巧运用于方剂加减,如《伤寒论》第 96 条小柴胡汤:“若胸中烦而不呕,去半夏、人参,加枳实一枚;若渴去半夏,加人参……”。由是而在用方的层面上拓展了套路之用。清代吴鞠通在《温病条辨》中辛凉平剂银翘散、辛凉轻剂桑菊饮及清宫汤等的加减法,都是仲景用方套路的发挥。

仲景以降,医家们不仅习用套路,而且相沿升华。例如同是治疗肝火郁胃,明代孙一奎和清代高鼓峰都分两步治疗,其路数相近而又有区别。孙一奎先以逍遥散疏肝解郁、健脾和营,继用六味地黄丸加柴胡、白芍以滋阴补肾、疏肝解郁。而高鼓峰则第一步以滋肾生肝散先补肾养肝,第二步用六味地黄丸加柴胡、当归、白术、五味子、炙甘草以滋阴补肾、养血柔肝。在清代安徽新安学人吴近镌刻的《方症会要》中,作者把套路之用发挥到极至,并有所创新。例如在治疗中风急症脉绝见痰涎壅塞口眼喎斜舌强不语者,先用瓜蒂末轻吐,不愈用稀涎散加藜芦,以羽毛探吐,吐后能进米汤再用苏合丸通窍,随后用顺气散。治食伤肠胃者,先用保和枳实导滞消食化痰行气,次用六和汤荡其未尽之邪,再用调中汤回其散失之气。最后用健脾丸复其本体。又在用小续命汤治风邪中腑时,增益了“六经加减”,即太阳中风用麻黄续命汤、桂枝续命汤,阳明中风有白虎续命汤、葛根续命汤,太阴中风仍用桂枝续命汤,少阴中风用附子续命汤等等。又有按五运六气应变用方之套路,例如治瘟疫之五疫丹(黄连、黄柏、黄芩、栀子、大黄、香附、紫苏、甘草梢),其君臣佐使之配伍因天干而异:甲

己之年甘草为君,乙庚之年栀子为君,丙辛之年黄柏为君,丁壬癸戊之年黄连为君,一年一君余四为臣,而香附紫苏为佐药,大黄为丸,朱砂为丸衣,水吞服之。

把套路运用于辨证论治并不限于内科。例如在外科治皮肤溃疡久不愈合者,常用煨脓长肉的治法,其套路是:第一步是湿敷养脓,第二步重用黄芪托里透表,第三步用温燥以煨脓,第四步重用补气之人参党参促进生肌收口。实践表明,创口有脓者一期愈合良好。从病理学得知创口脓细胞能促进上皮生长因子的分泌,有利于创口愈合。因此,湿敷养脓,对愈合起到相反相成的积极作用。又如在针刺疗法中,也常运用套路分步治疗,北京中医药大学彭荣琛教授创立四步法治面瘫:第一步治闭眼,选睛明、巨髎、颊车,加健侧的颧髎、合谷等穴位;第二步抬眉,选阳白、瞳子髎、攒竹、颧髎,加健侧巨髎、合谷;第三步祛风,选风池、丝竹空、头维、大迎、合谷,加健侧颊车;第四步正嘴,选人中、承浆、地仓、下关、合谷,加健侧大迎。即以一闭眼、二抬眉、三祛风、四正嘴四步组合为一套路。每穴以连用 8 次为限,针数日后即转入下一步以避免耐针性,一般在三个套路疗程内即可痊愈。20 世纪 80 年代中西医结合用总攻强攻疗法治疗胆石症,也是以套路运用而称著,全部治疗过程分三步:第一步用排石汤(茵陈、青蒿、大黄、番泻叶、龙胆草、柴胡)加大承气汤服油煎鸡蛋,以疏肝利胆,理气化湿、通里攻下;第二步,是 1 小时以后注射吗啡,仍服一剂排石汤,以收缩胆囊;第三步在 1 小时后注射阿托品或口服大黄、番泻叶等泻下之品,再 10 分钟后口服 33% 硫酸镁 40ml 泻便排石。以此套路治胆结石症,应汤即效,屡试不爽。

3 套路的方法论特点

疾病之复杂,临床治疗达到“一剂知,一剂已”的效果殊为难见。辨证论治以重视个体化的特异,堪称临床的最高层次。这就要求医生以其悟性充分发挥其创造性,此即前人所谓“医者意也”。套路之用仲景孤明先发,能避难就易,分步解决,巧发奇中,其中技巧无穷。首先为追求治愈的总目的,把治疗的总和视为一个整体,套路中的每一项视为子系统,各子系统虽然目标、方法不同,但都为总目标服务,前一子系统为后一子系统的铺垫,先后嵌合,最后达到治愈的总目标。其次,从过程论而言,辨证论治强调疾病是人体时间结构的过程,同时也把治疗按过程分解为若干单元,每个过程单元投以不同治疗手段,由是而论,辨证论治是诊治过程的总和。其中每个治疗的过程单元,正变相涵,盛衰剥复,递相攻补,前有所启,后有所承,有的是“见痰治痰”“见血治血”,有的也可以“见痰休治痰”“见血不治血”,

但最终以很好的“治痰”、“治血”而实现治疗初衷。再次,套路的运用,不仅仅限于简单的因果链条呈线性结构发展的疾病过程,对病情呈树状结构发展的疾病也可实施套路。这就要求运用套路的医生,对疾病的发展传变的认识更为清晰深刻,能够从初始病症及轻重程度,作出转归的精细判断,从而设计出契合疾病发展的治疗套路。此等高难度的套路的设计和实现,是医生辨证论治境界的体现,乃是经验和创新能力的结晶。

套路也有特例,对于一些病情相对稳定而证型演变清晰的疾病,临床医家往往可以把几个套路合于一方统而治之。清代医家陈士铎在《石室秘录》中,就把治癆瘵的前后方剂合而为一,称为“全治法”,这在急性热病治疗时也常应用,温病学家称此为“总以一方煎”,以一方统套路,其实质是套路运用之特例。这种以一方统套路的全治法,往往比分步套路更具通应性,广泛地使用于临床,成为传世的通治名方。

套路以其单元的巧妙组合,交相搭应,发挥互补效应,大大提升了治疗的能力,这是系统的整体大于各孤

立部分的总和的例证。可以说,一个套路就是一个针对患者治疗的系统工程。辨证论治因套路之用经常有超常效果,乃是系统优势的体现。长期以来,人们对仲景和一些名医的尊崇,把一些经典名著中的套路沿用为规范(例如《伤寒论》的某些套路),以其可模拟性昭示大匠示人以规矩,使套路在辨证论治中发挥更大的作用。但在临证中,病情之变往往又超出先验,病之表现是“道可道,非常道”,那么对其治疗也应因机而发,把握走势,医生在具体论治时,就应该把套路和变数结合起来,收放自如。但是有效的都是有限的,套路也是有限的,方药的确实功效才是应用套路的物质基础,有效的方药是运用套路的前提。此二者的结合就使辨证论治更具有实效性和艺术性,辨证论治以此成为中医临床操作体系的一颗璀璨明珠!

参考文献

- 1 黄龙祥.黄帝明堂经辑校.北京:中国医药科技出版社,1988:60~63.
- 2 孟庆云.《伤寒杂病论》中的一则医案.见:北方医话.北京:北京科学技术出版社,1988:409.

六味地黄汤加味治疗围绝经期综合征 108 例

冯 广 玲*

笔者自 1996 年以来,应用六味地黄汤加味治疗围绝经期综合征取得了较满意的疗效。报告如下。

1 临床资料

一般资料:211 例女性患者均来自本院门诊,根据症状与实验室检查确诊,随机分为治疗组和对照组。治疗组 108 例,年龄 43~55 岁,平均(47.48±2.45)岁,其中属绝经前期者 35 例,属绝经前期者 58 例,属绝经后期者 15 例;病程 3 个月~6 年;对照组 103 例,年龄 42~54 岁,平均(47.55±2.29)岁,其中属绝经前期者 41 例,属绝经前期者 51 例,属绝经后期者 11 例;病程 6 个月~7 年。两组临床资料经统计学处理差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

诊断标准:参照《中药新药临床研究指导原则》女性围绝经期(更年期)综合征诊断标准,经妇科及实验室检查,排除卵巢及其它器质性病变。

2 治疗方法

治疗组均用六味地黄汤为主方(熟地黄 24g,山药、山茱萸各 12g,茯苓、泽泻、牡丹皮各 9g),将 108 例患者根据临床表现不同分三型,肝肾阴虚型 51 例,在上方基础上加枸杞子、女贞子各 12g,煅龙骨、煅牡蛎各 30g,怀牛膝 9g,阴虚火旺明显者加知母、黄柏、玄参各 12g;脾肾阳虚型 26 例,上方去牡丹皮、熟地黄,加党参、炒白术各 15g,陈皮、砂仁各 12g,巴戟天 9g;阴阳两

虚型 31 例,上方加巴戟天、仙茅各 10g,淫羊藿、当归、女贞子各 15g。每日 1 剂,水煎 2 次服,30 天为 1 个疗程。治疗 2 个疗程后观察疗效。观察期间,停用其它中、西药物。

对照组用尼尔雌醇 2.0mg,每 2 周 1 次;谷维素 20mg,每日 3 次,均口服。治疗 2 个月后观察疗效。

观察指标:(1)临床疗效;(2)血清激素水平,主要检测血清雌二醇(E_2)。采用放射免疫法测定。

3 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》标准。痊愈:症状基本消失,理化检查结果恢复相应水平;好转:症状好转,理化检查结果基本恢复相应水平;无效:症状、理化检查均无好转。

4 治疗结果

治疗组 108 例,显效 44 例,有效 58 例,无效 6 例,总有效率 94.44%;对照组 103 例,显效 35 例,有效 49 例,无效 19 例,总有效率 81.55%。两组比较,差异有显著性($P<0.05$)。治疗前后血清 E_2 测定比较:治疗组治疗前(17.12±1.57)pg/ml,治疗后(20.11±2.25)pg/ml;对照组治疗前(17.10±1.39)pg/ml,治疗后(20.10±2.25)pg/ml。治疗后两组血清 E_2 测定比较,经 t 检验,差异无显著性($P>0.05$)。

5 体会

本病以肾虚为本,故治疗应以补肾为大法,兼顾他脏。六味地黄汤出自《小儿药证直诀》,系宋代钱乙化裁古方而创,为滋补肾阴的祖方。从治疗结果可以看出,治疗组经六味地黄汤加味治疗后,症状消失或明显改善,患者雌激素水平明显上升,总有效率明显高于对照组。

* 河南省濮阳市中原油田总医院第十三分院,河南省濮阳市(457001)

收稿日期:2004-12-17