

胆汁”。四是阴阳并损之症,叶氏用阴阳调补之法,中凤篇·华岫云按:“若阴阳并损,无阴则阳无以化,故以温柔濡润之通补。如地黄引子还少丹之类是也”。叶氏补肾阳的特点是补阳药物多具平淡温和之性;二是注意益阴药的伍用;三是虚实夹杂之症多以补虚为主。

江西省抚州市第二人民医院(江西 344000) 唐学游

痹病新识

痹发于内:痹病的病因自《内经》提出:“风湿湿三气杂至合而为痹”之论始,历代医家多沿袭其说,强调外邪致痹的重要性。经多年临床观察,本病的发病主要是内外合邪,而内外之间又以正虚为本,是发病的关键。脾虚外湿易侵,血虚外风易入,阳虚外寒易袭,阴虚外热易犯。人体阴阳有盛衰之不同,对病邪的反应也有差异,有化寒或化热,从实或从虚的不同转化。阴盛或阳虚之体易感寒湿之邪,或感风热之邪而寒化,成为寒湿痹;阳盛或阴虚之人易感风热之邪,或感寒湿之邪而热化,成为湿热痹。也有许多患者并无感受外邪的病史,由于脾虚失运,水湿内停,久生痰浊;血虚血燥,筋骨失养,则生内风;阴精亏乏,失其滋养,阴不制阳,则生内热;阳气不足,机能衰退,阳不制阴,则生内寒;气虚失运,血运无力,则血缓脉涩,停而为瘀。或寒凝、湿阻、热煎等也可致瘀血。故风、寒、湿、热、痰浊、瘀血可从内而生,留于经脉,停滞关节,闭阻气血,使痹从内生。

痹必夹湿:痹病不论从病因病机、临床表现、治疗用药、病程转归等诸方面,皆不离乎湿。如在病因病机方面,本病多起于冒雨涉水,久处卑湿,水中作业等,使湿从外入。若脾胃虚弱,水湿失运,内生于中,又易感外湿。不论风寒或风热侵犯机体,都与湿相夹而为患。就痹病发病的地域来说,南方高于北方,东北高于西北;就性别而言,女性高于男子,说明湿气盛者痹病发病率高。从临床表现来看,湿留关节,则关节肿胀;湿邪久羁,化生痰浊,阻滞血脉,则关节肿大变形;湿留于肌肤,则肌体困重,四肢浮肿;留于脾胃,则纳谷不香,呕恶胃满,舌苔多腻;湿为阴邪,故天阴雨季,潮湿寒冷,阴盛之时,更伤阳气,则病情加重。在临床,本病证候类型虽多,但不外湿热与寒湿两端。不论何类证型,必夹有湿。故笔者认为,痹必夹湿。湿之本在脾,土旺则胜湿,祛湿必先实脾,在痹病的治疗全过程中,离不开健脾化湿之法。痹必夹湿,决定了本病病程缓慢缠绵,证情一般变化较小,在治疗中须守法守方,依症之变化,稍做加减,多能获效。

(中国中医研究院广安门医院(北京100053)王永德)

口甘不尽属湿热

平人味觉正常,未进任何饮食之时,口中当无异味。对口中尝有甜味者,《素问·奇病论》有详尽描述:“帝曰:‘有病口甘者,病名为何?何以得之?’岐伯曰:‘此五气之溢也,名曰脾瘅。夫五味入口,藏于胃,脾为之行其精气,津液在脾,故令人口甘也;此肥美之所发也,此人必数食甘美,而多肥也,肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴。治之以兰,除陈气也’。”后者系素嗜甘美酿致之肥人最终罹患消渴,证之重也。秦伯未等氏在《中医临证备要》中,将口甘归结为脾蕴湿热,治疗《内经》“治之以兰”外,还提出可用泻黄散加减(藿香、山栀、石膏、甘草、防风),对此类患者确有不同的程度之疗效。

然吾4年前曾遇1例口甘患者,从其病机和症候观之,口甘不尽属湿热。案为:王女,35岁,农民,初诊日期:1988年2月3日。主诉口甘1周,饮水及吃任何食物均感味甜,细询尚症兼畏寒,即令房间生火也怕冷,头晕、头痛,嗜睡,时恶心,吐多量涎沫,咳嗽痰白,舌质淡红,舌苔薄白,脉沉细迟。根据脉证综合分析,证属中焦虚寒、寒饮犯胃,径投温中散寒之吴茱萸汤加味。处方:吴茱萸6g,党参25g,生姜10g,半夏10g,大枣6枚,炙甘草3g。1日1剂,水煎两次温服。服药3剂后,畏寒已,口甘除,恶心止,多唾、嗜睡皆告消失,仅遗轻咳无痰。复再进上方3剂,以资巩固。随访4年未犯。方中半夏旨在增强降逆燥湿之功;加甘草,一则取其和中及协调诸药,二则以甘治甘,但甘草量不得大,3g而可。本案若不细加辨证,按图索骥套用泻黄散加减方治之,必然反增病势,迁延病程。《内经》“津液在脾,故令人口甘也”,观是例症见口甘而吐多量涎沫可知,是为此证之早期病机,但亦须辨明病之兼夹及寒热虚实,治疗方可中的。至若津液久蕴于脾,才会发展为湿热,为消渴,治疗原则自当从芳香化浊、清热利湿等着手。由此可见,口甘之症并非皆属湿热。

新疆医学院第二附属医院(新疆 830028) 李兴培

中国中医研究院西学中班招生

受中华人民共和国卫生部、国家中医药管理局委托,中国中医研究院第九届西医离职学习中医班开始招生。学习期间由专家系统讲授中医经典著作及临床课程,并指导临床实践,培养中西医结合工作的高级人才。本班学制二年,面向全国招生,学习期满成绩及格者,由中国中医研究院颁发毕业证书。联系地址:北京

广安门内北线沟5号教育处,邮编:100053,http://www.cnki.net