

胆汁”。四是阴阳并损之症，叶氏用阴阳调补之法，中风篇·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：北京广安门内北线阁5号教育处。邮编：100053。

(中国中医研究院广安门医院(北京100053) 王永德)