

表,直接为害;虽感外邪而人体正气充足,正气拒邪,邪留于表,侵袭肌肤关节而产生的各种疾病,其性质和临床症状往往依所感邪气性质而定。譬如湿痹,本证是因湿邪痹着于关节肌肉起病。又如喝病、肾著、痉病,均因感受外邪发病,病位均在肌表筋脉,其临床表现亦均与所感邪气性质密切相关。(2)邪干于里,脏腑失调:邪气外干,正气不能拒邪于表,邪气因入,内犯脏腑所形成的杂病往往由于脏腑功能失调发病,其症状除可见与该邪性质有关的症状外,尚可见到脏腑功能失调而产生的症状。例如风水病,由于风邪为害,又且肺主皮毛,故见骨节疼痛,发热恶风等症;肺为水之上源,肺气失宣,停水外溢,又有始则头面浮肿,继则泛溢周身等症状。又如肺痈,该病本由风热邪气引发,证属风热内传,邪热壅肺,故该病除有身热咽干等肺热症状外,且有咳逆气喘,胸痛吐脓、肺失宣降等症状。(3)内外合邪,共同为患:外邪内干,与脏腑中之有形物质结合,内外合邪,共同为患,是《金匮》外邪致病另一主要形式。细考《金匮》一书,内外合邪共同为患的临床表现形式多种多样,有邪与水结,症见身热脉浮,渴欲饮水,不便不利者,如猪苓汤证、五苓散证;有邪与肠中燥屎食滞相结,症见发热、腹满便秘,脘腹胀满者,如大承气汤证、大柴胡汤证;亦有外邪入里,与经血相结,症见寒热往来如疟,经水忽断者,如小柴胡汤证。上述诸证,病机不一,病位各异,然其致病形式均属外邪入里与体内有形物质结合为患。(4)体质有异,从化各一:同为感受外界邪气致病,但因体质有别,邪气随患者体质不同而发生相应的变化,因而在临床上形成了各种不同性质的疾病,中医理论称之为“从化”。这种从化现象,在《金匮》中亦屡见不鲜,成为张仲景外邪致病观的主要内容之一。张仲景在论述黄疸病发病机制时曾云:“寸口脉浮而缓,浮则为风,缓则为痹,痹非中风,四肢苦烦,脾色必黄,瘀热以行”。尤在泾注云:“脉浮为风,脉缓为湿,云为痹者,风与湿合而痹也……所以然者,风得湿而变热,湿应脾而内行,是以四肢不疼而苦烦,脾藏瘀热而色黄,脾者四运之轴也,脾以其所瘀之热,转输流布,而肢体面目尽黄。”由此可见,本条所论黄疸实由外感风邪,从阳化热,与体内湿邪相合,湿热蕴蒸而发为黄疸。

由上看出,在《金匮》一书中由于感受外邪所致的杂病涉及篇目多,条文比重大,致病范围广,说明“外邪致病观”确是张仲景学术体系的重要组成部分。因此,张仲景外邪致病观具有深刻的理论意义和临床指导价值,值得今后进一步深入发掘和研讨。

山西中医学院(太原 030000) 乔 模

浅谈叶天士治肝风用补阳法

治肝风用补阳法是叶天士的独特见解,现就此问题加以阐述。

补阳一法是补卫阳。其辨证要点是肢麻肉瞤,汗泄肤冷,心悸心痛,舌淡苔白,脉浮弱。叶氏常用药物为黄芪、桂枝、附子、白术等。如《临证指南医案》中风篇载:“俞,寡居一十四载。独阴无阳,平昔操持,有劳无逸。当夏四月,阳气大泄主令。忽然右肢麻木,如堕不举。汗出麻冷,心中卒痛,而呵欠不已。大便不通,诊脉小弱,岂是外感,病象似乎痲中,其因在乎意伤忧愁则肢废也。攻风劫痰之治,非其所宜。大旨以固卫阳为主,而宣通脉络佐之。卫虚络痹。桂枝、附子、生黄芪、炒远志、片姜黄、羌活。”

补阳二法是补脾胃之阳。辨证要点是临床既有肝风之症,同时又具有脾胃阳虚之候。补脾胃阳虚叶氏用半夏、茯苓、党参等。如中风篇云:“包,老年隆中暴中,乃阴阳失交本病。脉左大右濡,内风掀越,中阳已虚。第五日已更衣,神急欲寐。宗王先生议,阳明厥阴主治法以候裁。肝胃同治。人参、茯苓、白茯苓、炒半夏、炒杞子、甘菊。”

补阳三法是补肾阳。其辨证要点是中风发病时间较长,多遗有半身不遂,语言不利,口眼歪斜等症。临床用滋补肝肾阴液药物乏效或症状改善不明显者,考虑参用此法治疗,或具有患肢不温、痿软无力,精神不振,形寒怕冷,舌淡、脉沉迟无力,或肢体缓纵不收,耳聩目昏,口开眼合,撒手遗尿,大汗淋漓,全身冰冷,舌体卷缩,脉脱等症用此法治疗。补肾阳药物叶氏喜用肉苁蓉、巴戟天、沙苑、虎骨、精羊肉胶等。肾阳衰竭之证叶氏常用药物为附子、干姜等。具体补阳方法有四,一是在养阴的基础上微逗通阳。如中风篇云:“凡此皆肝肾脏阴本虚,镇补之中,微逗通阳为法。以脏液虚,不受纯温药耳。水制熟地四两、阿胶二两、女贞实二两、糯豆皮二两、淡肉苁蓉一两、茯神二两、旱莲草二两、川石斛三两。用精羯羊肉胶为丸,早上滚水服四五钱”。二是精血不足兼有阳虚之症用补阳法。如中风篇云:“汪,左肢麻木,膝盖中牵纵忽如针刺。中年后,精血内虚,虚风自动,乃阴中之阳损伤。阴中阳虚。淡苁蓉干二两、枸杞三两、归身二两、上虎骨二两、沙苑二两、巴戟天二两、明天麻二两、桑寄生四两。精羊肉胶阿胶丸早服四钱,交冬加減,用人参丸服。”三是真阳暴脱之症,用回阳摄阴法。如中风篇云:“杨中后不复,交至节四日。寒战汗泄,遂神昏不醒,是阴阳失于交恋,真气欲绝,有暴脱之虞,以进回阳摄阴法。脱。人参、干姜、淡附子、五味、猪

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)Electronic Publishing House, 5号教育处,邮编:100053,http://www.cnki.net)

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