

理 论 探 讨

秦景明辨证用药点滴

吕 中*

主题词 中草药/投药和剂量 辨证 @ 秦景明

秦景明,明代上海松江人,悬壶于杭嘉湖一带久负盛名。浙江中医学院图书馆藏清代精抄本《医验大成》,款题:“海上景明秦先生著”。今人俞景茂等人点校,并确认为秦氏晚年,集平生验案类编而成,还确定当时尚未付梓,仅手抄流传而已。读了点校刊行本后,感到秦氏辨证之精细、立法之得当、方药之轻灵、救危急之有胆有识,自成一格,很值得回味、借鉴,故钩辑点滴,聊供参考。

1. 运用古方巧裁成

秦氏好用古方,能给人以深刻印象。凡医皆知,古人成方多系积久验所成,结构严谨、配伍精当,便于后人临症遣用。但因病情变化复杂与兼夹症的错综复杂,用古方时每需在不影响原方方义下,稍事增损药味,以利治疗,但不可喧宾夺主。秦氏对古方的使用足为今人之范例。如一酒客又膏粱厚味突然患鼻衄,秦氏断为可用李杲治胃火牙疼之清胃散,但又虑方中之升麻不利于“血出上窍”之治,故去之;又因酒客酒毒积深故佐葛粉以解之。此一减一增,又不失其清肺胃之热的主旨,可谓妙极。

如治气郁不舒,心肺之阳不降,肾肝之阴不升,而见胸胁作痛,痞闷暖气,六脉沉涩者,他把前人的逍遥丸、越鞠丸化裁为白豆蔻、藿香、香附、川芎、苏梗、浙贝、茯苓、广陈皮。仅仅8味,气、血、湿、痰之郁得以宣散。

他善用补中益气汤。治其友人脾胃虚弱,稍进粥一杯许,则腹左右痛不可忍,必待手按摩

之,此痛方止。友人自服补中益气,然痛仍不止,秦应约诊之。方症合意,何以痛不止?细询友人加了木香行气。秦曰:“气多弱而反欲行气,焉有不痛之理”,去掉木香加参一钱,服药后痛立止,食欲大增。可见,知医之长短,只在药之一、二味也。同时示人痛证决非不通一端,虚弱亦可。又一人脉迟,两足浮肿,胸膈胀满,小便短少,用分利剂之后,遍身浮肿,兼喘,秦以补中益气汤加附子而愈;一头眩体痛,腰酸耳鸣,秦以补中益气汤加炒黄柏与天麻。

有一妇人,怀抱郁结,筋挛骨痛,口眼歪斜,臂难屈伸,痰涎少食、晡热体倦,秦氏诊为郁火伤脾,血燥生风,用人参归脾汤,加丹、栀以清郁火。丹栀的加盟,既能清郁火又不悖于归脾的养血。秦氏化裁古方,不离原方主旨每有点睛之巧,与某些妄改古方,失其原貌,还谬称某方之加減者不能同日而语。

秦氏不仅善用成方,而其化裁方多无“添足”之嫌。如一满口腐烂,饮食不进,脉见寸浮数而微、关尺浮弱而涩,凉药愈服愈剧者,此案昔患脾泄,赖参苓加桂附,愈后以为脾胃强壮而善啖、而患齿痛、口舌痛,又赖凉膈散而愈,时经半年,常发常服,但终因日久苦寒的戕伐而导致满口腐烂、不能饮食,幸赖秦氏的辨证精细,认为“形虽有余,精仍不足,当严守戒忌,服滋补药,凉剂不可再投矣。”用八珍汤,倍地黄以峻补肾水,秦氏又加了桂、附各一分,引火归原。

善于在临症时采用古书成方,是许多名中医的治病特色。因为大多数古方的配伍与剂量的使用已富严密的科学性,只要证与方合,最好不要随意加減,已故名医岳美中先生曾撰专文论之,而且以其应用猪苓汤治尿血,加与不加则截然不同的教训示人以惕戒之。岳老的二次加

* 河北省唐山市冶金锯片厂,唐山市钓鱼台东坡

(063020)

收稿日期:1995-03-29

药于猪苓汤,都适得其反,可见对古方之增损是相当不易,所以岳美中先生说:若欲加减,宜谙习古人之加减法而消息之。全书约320多案,其中用成方化裁者占26%,秦氏诚谓善用成方的名家。

2 自拟方药思路新

秦景明不独善用古书成方而且在辨证与组方用药上,有独特的地方堪为自成一体。

如治吐血,若用生地时,以砂仁末煮之,以免其粘滞之气;如吐血欲令其从下而来,须用当归尾炒黑大黄,即令血从下部来。

治痰饮,除宗仲景“当以温药和之”主旨外,也有新意,以参、术、苓、夏健脾燥湿,佐泽泻与猪苓渗泄,加橘皮、白蔻之辛开芳化并使以苏子、旋覆花的辛通,仅10味,脾健而湿化、饮可逐。燥而阴不伤,渗而正不减。

他治泄泻时常于平淡中取胜。在20案病人中共用药44味,其中凡7见者为白术、茯苓、陈皮、泽泻、白芍、厚朴、甘草,凡5见以上于方中的有人参、山药、苍术、木香、防风、肉桂、升麻、猪苓。从前列药味看不外乎健脾、利湿、理气、升提,余下之味,有清凉、固涩、酸收、温肾之味,前15味为君臣,余下之味即有佐、使,也有为兼夹之症而设者。清代林佩琴《类证治裁》中有泄泻通治方,其中主药也是苓、术、陈、泽、草等,药虽平淡,配伍精巧,便能出奇制胜,诚如俗谓:“山无林不秀,方无配不妙”。然而秦所治泄泻案中,尤引人注目的是在20案中有9次见的白芍。大概是从泄泻易伤脾阴予以考虑,因为白芍苦而微酸,能益太阴之脾阴。治泄泻另高人一筹的是,治风泄,泻多白沫,有声,便时涩滞不畅者必用藁本。藁本乃疗头风之药,何以治泄?他说:“盖风药性升,升其阳气而下泄自止。下者抑之,非此之谓欤?”若治肝泻症见胁痛腹泻时,不忘用青皮;小儿因惊,面带青色,泻多青沫,亦必以青皮平肝木之太过。治肾泻时,他强调“不可概用参、术补脾胃中阳气。盖脾属土,肾属水,补脾则土愈胜,而水愈亏。宜补阴药中稍兼健脾此法与常法不同而令人瞩目。如一人两尺沉虚,每每五更初晓必洞泻一次,他用小茴香、山药、芡实、

茯苓、白术、甘草、莲肉、肉蔻、补骨脂、陈皮、升麻为末,每服6g,莲肉汤下。此方颇有别出心裁之处。

论治心下痞满亦具特色。秦氏从《易经》天地不交而成否的观点引伸、推衍出人之肺气不降,脾气不运,升降不通而名痞也。有一心下痞满而又恶食懒倦之人,他用麦芽、枳实、黄连、厚朴、半夏曲、人参、白术、茯苓、干姜、甘草等10味消、补结合,比之仲景疗痞满法别具一格。有的痞满不通、胸膈气滞作痛者,他按丹溪“脾无积血、则心下不痞”之意,采用治血理气,升清降浊法。常用血类药有红花、当归梢、香附、丹皮。

秦氏治湿热内郁之阳黄时,除用仲景之茵陈蒿汤与五苓散外,还加秦艽与桂枝。湿热为患又加辛温的桂枝,其妙在于桂枝性辛,能散能润,正宜假之以引诸药,直达热邪郁结之处,此“热因热用”之例,也是从治之法。近代已故新安名家王仲奇治湿热黄疸时每在主方中稍佐点肉桂,其意类同。

秦氏治危重证,具辨证准而选方用药精妙的境界。如一人中风,耳聋鼻塞,二便不通,四肢不遂而厥,语言不出。众医议以参、附、桂、地救之,待秦至诊脉后曰:“尊公之脉急,诚中风所忌,然中按犹觉和缓,是尚有胃气,非真脏脉也,恐未必即是危症。但所畏者,两尺重按觉空耳。”继之又曰:“诸公所处之方,诚治本之法,但上下秘塞之时,补剂恐不能奏效,愚意先通二便,使浊阴降,则清阳升,而后徐徐议补。”他便以家制神佑丸内服,外灸百会、关元,不久便苏,生还有望,继以相应之方法调治而愈。又如辨食厥,必按胸腹,可舍脉而不可舍腹诊。

救治病情复杂的方法亦自成一体。如一脾家受病、变生种种,症见咳嗽不止,面色浮肿,饮食后作闷,大便溏而似觉后重,甚而大解不时流出,六脉数而无力,已届气虚至极,元气下陷,气脱之虞先固脾土,他急以白术膏加味固脾土,丸、汤并施,一日之中,早上以调中益气汤,午后以理中汤,下午以温补脾肾固涩法调之,病见向愈转机,则以保肺扶元之味,逐渐康复。他还以生脉散治某患者小腹有一块,升上即吐,用香砂

六君与黄连治之而不效,使之呕吐渐愈。又曾将巴戟用于食积伤气,腹满膨胀、作噎作痛者。

在脾胃章内记载一妇因脾土虚弱,不能运化,胸膈作胀,已多时。秦氏投以理气化痰疏滞之味,还用济生肾气丸配合治疗颇有深意,案中未申明其故。凡医皆知,济生肾气丸为肾气不化,小便涩数,腰膝酸软等症而设,然而他用于脾土虚弱、运化不利、胸膈作胀,含隔一隔二之意,借其补肾火而达到生脾土的目的,脾气一健,胀则消除。清人徐洄溪虽有“胀满证即使正虚,终属邪实,古人慎用补法”之说,但不能概论,还应尊“胀在肠胃的宜疏腑;胀在脏,治宜健脾。”秦氏以济生肾气丸配以理气疏腑,如同春

风拂煦,使脾肾之气复苏。我尝宗秦氏路子,治疗素日恶寒、腹胀而满,得矢气则舒者,服金匱肾气或六味地黄丸,胀满锐减。

从秦氏治一患吊线风之处方可以知道其用药轻灵精巧的特长。以葛根 15g,升麻 6g,重剂以逐阳明固结之邪;白芷 9g,僵蚕 4.5g,以达头面不正之气;黄芪 4.5g,桂枝 1.5g 以固周身疏泄之表;桔梗 3g,甘草 1.5g,载诸药上行,本乎“天者亲上”之义也。此例两剂见效,数剂全止。药仅 8 味,总重 45g,效若桴鼓,组方之精巧颇有仲圣之遗风。难怪有“投剂能立起,故名闻四方”传诵。全书各案均属上乘,可师之处,限于陋识,难以尽疏,上述点滴,疵谬处尚希教正。

清热利湿活血祛风法治疗急性痛风 17 例

陈 志 刚*

笔者曾于 1994 年在马来西亚期间应用中医药诊治不少痛风患者,效果良好,兹择其资料较为完整者,报告如下。

1 临床资料

本组 17 例全部病例均为门诊病人。其中男性 16 例,女性 1 例。年龄最小 19 岁,最大 57 岁。病程最短半年,最长 23 年,以 2~10 年居多,全部病例均为原发性痛风,均于急性发作期就诊。第 1 跖趾关节炎 11 例,其他趾关节 4 例,踝关节 2 例,腕关节 1 例。舌质淡红 8 例,舌质红 3 例,舌质暗红 1 例,舌质淡 2 例,淡胖 2 例,紫暗 1 例;舌苔黄腻 7 例,黄 3 例,白腻 3 例,薄白 4 例,脉象以滑、细滑、弦滑脉居多。

依据典型关节炎表现(单或多关节红、肿、热、痛,第一跖趾关节为多),家族病史,诱发因素(常为进食高嘌呤食物、饮酒、感染等),青中年起病,痛风石及关节畸形,结合高尿酸血症等确诊。

2 治疗方法

17 例中辨证属湿热痹 14 例,热象不明显 3 例。治法以清热利湿,活血祛风通络为法,方以四妙散加味,药用苍术、酒黄柏、生苡仁、川牛膝、防己、金刚藤、泽泻、忍冬藤、青风藤、海桐皮、川芎、红花、酒地龙、防风、独活、滑石、赤小豆、生甘草等。痛剧加穿山甲、全蝎、蜈

蚣;关节红肿较重加连翘、虎杖。水煎服,每日 1 剂。服药时间 4~11 天不等。同时嘱患者多饮水,少活动,戒酒,避免高嘌呤食物。

3 疗效判定及治疗结果

本组 17 例经治疗,症状消失,关节红、肿、热消失,血尿酸恢复至正常,或接近正常,评为缓解 13 例;症状减轻,关节红、肿、热好转,血尿酸水平下降,评为好转 3 例;症状体征无明显改善,评为无效 1 例。无效例因疼痛难忍而服用秋水仙碱而视为无效。总有效率为 94.1%。

4 讨论

原发性痛风是长期嘌呤代谢紊乱所致的疾病,其临床特点为高尿酸血症,急性关节炎反复发作,痛风石形成,属中医痹证范畴,其急性关节炎发作时红、肿、热、痛,且常由过食肥甘及饮酒而发。应属“湿热痹”范畴。素体脾肾即虚,脾失健运,肾乏气化,湿浊易于内停。俟过食肥甘滋腻,变生湿热;或酒毒浊邪,生湿助热。湿热浊邪留注经脉关节,气血不通,则发为痹证。久痹不愈,浊瘀互阻,可出现关节畸形。根据急性关节炎湿、热、浊、瘀的特点,拟清热利湿、活血祛风之法,以四妙散加味,方中苍术、黄柏、苡仁、防己燥湿利湿清热,泽泻、滑石、赤小豆渗利湿热,草薢、忍冬藤、青风藤、海桐皮清热祛风通络止痛,川芎、红花、酒地龙活血通络止痛,防风、独活辛散祛风,取“风能胜湿”之意。诸药合而共奏清热利湿活血除痹之效,取得了较满意的疗效。

* 北京中医药大学东直门医院,北京市东直门内海运仓 5 号(100700)

收稿日期:1995-08-05