

血不致凝滞,肌肉不致遍溃,……"说明在生理和病理状态下的气血都与肝脾有关,然病属肝而何以治从少阳呢?前人有"实则少阳,虚则厥阴"之说。李东垣曰:"血者,皆肝之所主,恶血必归于肝,不问何经之伤,必留于胁下。"《医林改错》云:"气有气管,血有血管,气无形不能结块,结块者,必有形之血也。"瘀血为有形之物,且易化热成脓。故多实,治宜从少阳入手。兹介绍薛氏运用小柴胡汤的经验,供临床参考。

1 发热

"一女子年十七,闪右臂,微肿作痛,寅申时发热。……经水果先期而至。"俞进士折腿,骨已接,三月尚发热出血不止,正体医治不应。左关脉洪数。"在这两例医案中,发热虽不属少阳"往来寒热"的典型热型,为仍以小柴胡汤和解论治。结合全证分析,其发热不见恶寒,不见大汗、烦渴,故非太阳、阳明之证。而前例寅申时发热,那更是元代马宗素在《伤寒钤法》中提到的"少阳症歌纪字号一症寅申,少阳一症,纪字为号,柴胡所主,更无别数。"由于木郁化火,热伏冲任故"经水果先期而至"。后例虽发热时间三月余但薛己在注解《明医杂论》中提到"盖寒邪自表入里,治法虽有三阳之异,然不可拘泥于日数,亦有其邪终于一经,而不传他经者。"故前例以"四物汤合小柴胡汤四剂热退",后例"投小柴胡汤加山栀、芍药、生地、防风,血止热退。"

"一妇人孟冬伤足,亡血头汗,内热作渴,短气烦躁,不时昏愤,其脉洪大,按之微弱。"此则妇人虽汗、热、渴、脉洪大,看似阳明经病证,但仔细审之:汗,仅头汗;热,非大热;渴,非喜冷饮;脉,洪大但按之微弱。此乃"阴血虚,阳火乘之,火不得泄,佛郁内甚。"唐容川有言:"失血之人,有状似感冒,而实非感冒者", "阳气郁于血分之中,则身热郁冒,但头汗出", "若不关外感,系本身荣卫不和,发为寒热,似疟非疟者,不可作疟治之", 皆宜小柴胡汤加减"调和荣卫,尤平稳而神奇"。故以四物合小柴胡汤补虚解郁,调和阴阳,一剂汗即止。

2 邪郁少阳之证

"有一患者,……,后口干作渴,小腹引阴茎作痛,小便如淋,时出白。"少阳经循人身侧,上与耳目相通,中行胸腹之侧,下及阴器,与生殖系统相关,内络心包与肝相表里,故其发病无不与以上经脉循行之部位、脏器、外窍有密切的联系。故"以小柴胡汤加大黄、黄连、山栀饮之,诸症悉退"。

3 胆火内犯脾胃之证

"有一患者,患处胀痛,发热欲呕,两胁热胀,肝脉洪大。"因胆属木而主火,火邪郁而不散,故两胁热胀,脉洪大。横逆犯土,影响脾胃,故欲呕。小柴胡汤舒少阳之气,少阳之气伸,不克脾土。火邪得以散,症状得平。故"饮童便并小柴胡汤加黄连、山栀、归梢、红花。诸症果退。"

4 胆火上犯心神之证

"一妇人因怒仆地,伤面出血,痰盛昏愤,牙关紧急。"患者因七情内伤,木郁化火,因少阳有络脉与心相通,胆火上炎,内犯心神,出现神志症状。"以小柴胡汤加黄连、山栀、芎、归、橘红、茯苓、姜汁治之而愈。"

5 半表半里之证

"有一患者,瘀血虽去,饮食形气如故,但热渴燥痛,膈痞有

痰。"元代杜清碧在《敖氏伤寒金镜录》中提到"外证头痛身热、口苦、眼赤、胁痛、耳鸣、脉象浮弦而数者,太阳之邪已入少阳,……邪在半表半里隔膜之间,即《金匱要略》所谓'舌上如苔,丹田有热,胸上有寒,渴欲得饮而不能饮,则口燥烦也'之候,故用小柴胡汤以达隔膜之邪。"指出少阳半表半里,病在胸膈膜育之处,因小柴胡汤为少阳入膈达膜之剂,故薛己"以小柴胡汤加天花粉、贝母、桔梗、山栀,二剂少愈,又加生地、归尾、黄芩、柴胡、山栀、花粉而愈。"

6 痛证

"杨司天骨已入臼,患处仍痛,服药不应,肝脉洪大而急。"《灵枢·经脉》载:"胆足少阳之脉,……是主骨所生病者,……胸胁肋髀膝外至胫绝骨外踝前及诸节皆痛。"虽骨未伤,但气血已伤,气血运行不畅,不通则痛。少阳气化为相火,故见肝脉洪大而急。已故著名中医学家刘渡舟教授曾说,小柴胡汤善开肝胆之郁,故能推动气机而使六腑通畅,五脏安和,阴阳平衡,气血调谐。故"用小柴胡汤加山栀、黄连二剂痛止"。

"有一患者,患处胀痛,悲哀忿怒。"古人云:"气有余便是火",气郁不解,郁而化热,此"七情激之而然耳"。何志雄说过:"三焦枢转气机"。"火郁发之", "木郁达之",木之气的通达,升降出入的正常,其病自愈。故"以小柴胡汤加山栀、黄连、桔梗而安"。

总之,伤科疾病虽患于体表而病变而牵及内脏,小柴胡汤其组方寒温并用,攻补兼施。擅开肝胆之郁,推动气机,调达升降,交通内外而使"上焦得通,津液得下,胃气因和",六腑畅,五脏和,阴阳平衡,气血调和。故凡临床病证,只要符合小柴胡汤证病机的,"有柴胡证,但见一证便是,不必悉具",都可以放胆使用,莫不奏效。

成都中医药大学(610072) 刘乾亮 余文景 曾一林

难治病证候研究必须遵循
标本辨治的临床思维

慢性难治病脏腑亏损与内邪滋生始终存在于疾病的全过程,证候多具正邪相兼、虚实关联的结构特征,辨析标本是临床所遵循的思维方法,然而近几年对疾病证候研究多局限于单证候类型的标准化,试图以此规范证候,取得更广泛的临床疗效。但难治病多呈虚实相关的复合证,难以用单结构证标准予以规范。笔者以为,标本辨治最能体现难治病证候内涵特征,难治病证候研究必须遵循标本辨治临床思维。

1 慢性难治病的证候结构特征

中医标本理论是用于确立疾病阶段性证候治疗的轻重缓急、分析病机演化的因果关系,把握证候结构中矛盾双方治疗的主次兼顾理论。难治病多有积年累月病史,疾病进入慢性病损阶段,脏腑正气亏损,组织器官变性,内邪滋生,整个病变过程中正虚邪恋不解,或邪留正气难复,正邪恋结的结果形成难治病虚中夹实、实中夹虚、亦虚亦实的虚实关联复合证候,其单结构证候的出现,多见于疾病初期、复发期或活动期,而在疾病慢性演进中,正虚与邪留多相兼,以标本辨析证候结构,正虚为

本,邪实为标,本虚标实彼此起伏,动态变化于证候的矛盾统一体中,形成了难治病本虚标实的证候结构变化特征。

虚实相兼证候复杂,若以标本辨虚实,不同疾病有不同的标本内涵虚实特性,例如冠心病心损正虚为本,本虚导致气滞、痰浊、瘀血内生为标,虚实交损使脏亏心虚与邪滞心脉并存于本病证候中;乙肝、丙肝早期毒邪潜肝滞气滞血本虚不显,证属可表现为单一实证,病至中后期,毒邪久羁损肝伤正为本,正虚毒恋不解为标;肝硬化期瘀凝气滞水阻为标实,但标实也是在肝损脏虚,正气不足其本虚的基础上产生的。对于胃癌前病变,有学者提出中医药治疗必须标本兼顾,我们在承担国家自然科学基金项目“胃黏膜异型增生虚实关联证结构特征及与血清肿瘤相关物质动态研究”中,对100份病例的临床证候初步进行统计发现,70%为本虚标实证,只有30%左右为单结构证候,且它只见于疾病活动期。肿瘤患者更是如此,在癌症的中晚期邪结成本,本虚标实亦贯穿始终。故认为,本虚标实是慢性难治病最为普遍的证候结构特征,权衡标本的临床思维也是中医辨治难治病最基本的思维方法,一般而言,虚实相兼,本虚标实并非等量齐观,在疾病进展中的不同病程阶段,正虚与邪实彼此起伏呈动态的偏轻偏重,标本论治也就有主次之分,但总体不离扶正祛邪的证候治疗法则。

2 单证候标准化研究与临床的距离

辨证论治是中医诊疗疾病的基本模式,证候辨析决定治法方药的定位,所以近10余年来中医对各种疾病证候的研究最为深入具体,首先国家中医药管理局制订的《中医病证诊断疗效标准》进行了证候类型的标准化,卫生部公布的《中药新药临床研究指导原则》规范了中药新药研究中适应证的标准,各学会制定的各种疾病证候标准也不断见诸专业期刊中。证候标准化研究的同时,其基础研究已深入到证候实质的微观层次。毋庸置疑,证候的标准化对单证候的辨识与确认起到了规范化作用,但它对难治病虚实相兼的复合证难以包容,与临床辨析标本的临床思维拉开了距离,或许说实证单一证标准与虚证单一证标准拼合则是虚实相兼的复合证标准,但我们审视所公布的疾病单证型的症状体征判定标准,不难看出每个证都在五六症状以上(包括脉舌),虚证实证合并后其症状体征最少在10个以上,而临床中所能见全的机会很少,各种难治病虚实相兼有其症状体征的特征性,不能以单证相合所判定。

各种难治病证候的标准化,由实证到虚证列举证型类别,各证型以相应的症状体征作为判定标准,确使条理清晰,判定证型的症状体证明确规范,临证辨析证候类型可以按其症状体征标准对号入座,按图索骥。但它将单证候的辨析限定在非实即虚,非此即彼的思维范围中,而使难治病证候内涵多结构复合证尤其是最为多见的虚实关联证很难入围,证候认定非此即彼的标准化,难以规范难治病证候虚中夹实、实中夹虚内涵结构的复杂化,限定了标本辨治思维之手眼,形成了证候标准只在中药新药开发、临床论文撰写中发挥其证候对应标准作用,而在大量临床辨证论治中,仍以标本辨虚实,标本兼治组方用药的尴尬局面。此非妄论,我们从依方测证还可得以佐证,若随意调阅临床辨证治疗难治病的处方,大多处方祛邪中有补药,

补益方中有祛邪药,多呈泻补同施组方格局,足见临床辨治难治病遵循的是标本辨治思维。

3 证候研究必须坚持标本辨治临床思维

中医治疗疾病是将通过“四诊”收集到的临床信息资料,运用中医理论辨析证候,以证确立治法组方用药。辨析证候是系统临床思维,注重分析病机内在要素的多样性、病机要素之间以及同外环境的协调性、病机演化的动态性。难治病的病机内在要素反映在证候结构上往往是正邪兼夹,虚实关联,即是疾病表现为实证也多诸邪叠加,多脏受累,虚证多兼留邪,诸虚共损,临床中单一证候出现的概率并不高,所以证候研究必须尊重临床,中医的标本理论最能辨析与阐释清楚难治病证候结构内在要素的矛盾特征,明晰调治思路。所以辨析标本一直是临床治疗难治病的系统思维方法,研究难治病证候也必须遵循这一思维方法。

中医临床辨证思维虽有个体化经验成分的存在,但总体不离中医理论指导,对于难治性疾病虚实兼夹证候的辨析,远非行业公布的诸类证候标准,乃至教科书所能规范,其本虚标实是存在于漫长病程中最常见的证候内涵结构特征,标本兼治是最常用的治疗法则,祛邪与补益药配用是最普遍的制方特点。一般而言,疾病早期、复发期或活动期邪气内盛,疾病可见单邪实证或邪邪相并之实证,疾病在进展中,病情虽处于相对稳定状态,但组织器官损害仍进行性加重,脏腑亏损,功能减退,气血不畅,痰、瘀、湿凝滞,疾病多表现出虚实相兼的证候结构特征,单一证候标准无法解说其证候内在结构的复杂性,必须采用标本临床思维。证候研究为揭示疾病的证候类型及其证型的内在特征,规范临床辨证,提高临床疗效。所以证候研究必须紧扣中医临床思维,其研究的方向定位不妨移向证候的结构特征研究,深入到诸如复合证候、虚实相关证候的深层次研究领域,或许能取得中医诊治难治病临床疗效的大面积提高。

中国中医科学院中医临床基础医学研究所(100700) 宇文文

桂枝六用举隅

桂枝,为樟科植物肉桂的嫩枝,首载于《神农本草经》:“主上气咳逆,结气,喉痹吐衄,利关节。”此药临床应用甚广,正如《本经疏注》曰:“能利关节,温经通脉,……其用之道有六:曰和营,曰通阳,曰利水,曰下气,曰行瘀,曰补中。其功最大,施之最广,无如桂枝汤,则和营其首功也。”

1 和营

刘某,男,22岁。2003年10月10日初诊。患者2个月前曾患病毒性感冒,经治1周痊愈,1周后患者出现不明原因低热(37.5℃左右),实验室检查无异常,排除风湿、结核等疾病,给予对症治疗1周余,体温不降反升。症见:体温37.5℃,微汗出恶风,口淡不渴,舌淡苔白,脉浮。辨为营卫不和,予桂枝汤方治疗:桂枝10g,芍药10g,生姜10g,大枣5枚,炙甘草6g。每日1剂,水煎分2次服,3剂热退,随访半年未见复发。

按:本病虽然已经发病2周余,但辨证仍属桂枝汤证。方中桂枝、芍药调和营卫为君药,生姜性温助桂枝、大枣补中益芍药