

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个症状以上(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

调和营卫为臣药,炙甘草调和诸药为佐使,共奏调和营卫之功。此即调和营卫也。

2 通阳

张某,男,45岁,教师,2001年8月10日初诊。自诉两上肢麻木怕冷4年余,阴雨天加重,稍运动上肢麻木怕冷减轻,过于劳累则加重,西医曾诊断为“末梢神经炎”。症见:面色不华,肢体肌肤无异常变化,脉沉细而涩,舌质淡红、舌苔白滑,中医诊断:血痹。证属阳气不足、气虚血滞。治宜:益气通阳、活血。予黄芪桂枝五物汤。处方:黄芪30g,桂枝12g,芍药10g,生姜10g,大枣5枚。服6剂,病情好转,已不怕冷,又服10剂,麻木大减,继服20剂而愈。

按:本例是由于阳气痹阻,气血运行不畅而致,治疗不应只顾及血分,而应当先通行阳气,亦即气行则血行之意。正如《灵枢·邪气脏腑病形》所说:“阴阳形气具不足,勿取以针,而调以甘药”。方中黄芪补气,桂枝、芍药通阳行痹,生姜、大枣调和营卫,共奏通阳行痹之效。此即温通阳气也。

3 行瘀

刘某,女,30岁,2005年5月6日初诊。自诉小腹疼痛难忍,下坠,阴道下血3天。患者结婚3年,生有一子,未行节育术。此次月经2月未行,3天前小腹剧烈疼痛,有下坠感,阴道点滴下血,血色较暗。当地医院诊为宫外孕,因患者拒绝手术,前来诊治。症见如前,生命体征平稳,神志清醒,无心慌、出汗。妇科检查:符合宫外孕体征。血常规:血红蛋白90g/L,红细胞 $3.0 \times 10^{12}/L$ 。西医诊断:宫外孕(陈旧性)。中医诊断:瘀积瘀血。治法:化瘀消癥。予桂枝茯苓丸。处方:桂枝,茯苓,牡丹皮,芍药,桃仁,上5味各等份,研为细末,炼蜜为丸,如黄豆大,每次2丸,每日3次。4天后,阴道留出一扁圆形血块,并继续下黑血少许,诸症皆减。后改服每次1丸,每日2次,又2日而愈,回家调理。

按:本患者是素有瘀病,又兼受孕,瘀孕互结于腹中,故小腹疼痛难忍,下坠,阴道下血,而查生命体征平稳,说明宫外孕为陈旧性,是中药缓治的适应症。方中桂枝、芍药通调血脉,活血行瘀;牡丹皮、桃仁化瘀消癥;茯苓益脾气。共奏化瘀消癥之效。此即行瘀通脉也。

4 利水

姜某,男,65岁,2005年7月1日就诊。以发热恶寒7天、小便不利1天入院。患者7天前因受寒而致发热(体温 $38.5^{\circ}C$),微恶风寒,纳差,二便尚可。给于西药抗病毒、退热等对症处理,病情稍有好转。1天前出现低热,口微渴,少腹胀满,小便不利,不伴尿急、尿痛,舌干,脉浮。求诊于余,症见如前,查体无明显阳性体征。四诊合参,中医诊为伤寒蓄水证(水逆)。证属外邪入里,膀胱气化失司。治“利小便”。予五苓散。处方:桂枝6g,泽泻9g,白术10g,猪苓15g,茯苓12g。服3剂后热退、渴止、小便利,其他伴随症状亦消失。

按:本病例是由于外感风寒之邪,发汗过多,汗不如法,表邪不解传里,结于膀胱,水道失调,水蓄于内,不能化为津液上承。方中四苓利水通小便,桂枝作用有二,既可解外在之邪,又能助膀胱气化,以利小便,可谓一药两用,故效果神奇。此即通

阳利水也。

5 下气

患者刘某,男,63岁,2002年8月25日就诊。发作性时觉气从少腹上冲胸咽,状若奔豚,胸部闷紧,咽部如窒,伴心悸,自汗,腹部喜按,遇寒则症状加剧或由受寒而诱发,腹痛便溏,小便清长,舌淡苔白,脉紧。在当地医院经中西药治疗(具体药物不详)效果不佳。症见如前。中医诊断:奔豚病,证属:心阳素虚,邪气上冲。治则:温阳祛寒平冲降逆。予桂枝甘草龙骨牡蛎汤合良附丸加减。处方:桂枝10g,炙甘草6g,生龙骨15g,生牡蛎15g,附子6g,高良姜10g,香附10g,小茴香8g。服3剂后症状明显缓解,效不更方,又服12剂而愈,随访半年未见复发。

按:此证为虚实夹杂,多为心阳素虚,感受寒邪,邪乘虚上犯,发为奔豚气。方中桂枝、炙甘草、附子温补心阳;龙牡重镇安神;高良姜、香附、小茴香祛寒止痛;桂枝、龙骨、牡蛎平冲降逆。正如《难经·二十九难》曰:“冲之为病,逆气而里急”。故本方紧扣病机,标本兼治,效如桴鼓。此即下气降逆也。

6 补中

王某,女,62岁。2003年10月10日初诊。患者腹痛喜按,怕食生冷,大便溏泻,手足烦热,口干咽燥,心悸失眠,四肢酸楚,舌红少苔,脉沉细。在当地治疗不效。症见如前。查体无明显阳性体征。实验室检查无异常,排除器质性疾病。中医诊为虚劳,辨为阴(血)阳(气)两虚。予小建中汤方治疗。处方:桂枝10g,白芍18g,生姜10g,大枣5枚,炙甘草10g,饴糖30g。每日1剂,水煎分2次服。12剂诸症皆消,随访半年未见复发。

按:本病属于阴阳两虚的虚劳证。人体阴阳互根互用,往往由一方的虚损而及另一方,导致阴阳两虚、阴阳失调的寒热错杂证象。其治疗当尊《金匮要略心典》:“欲求阴阳之和者,必于中气,求中气之立者,必以建中也”。故本方用炙甘草、大枣、饴糖之甘建中而缓急;姜桂之辛以助阳;芍药之酸以和阴。阴阳调和,其效如神。此即温补中焦之阳气也。

河南中医学院第一附属医院儿科(450008) 闫承彬

从脾论治2型糖尿病

糖尿病部分病例可归属为中医“消渴病”范畴。其病因病机复杂,常以上中下三消辨证论治。早在《黄帝内经》中就提出消渴与脾脏有密切关系,如《素问·奇病论》中就有脾瘕之说:“瘕为热也,脾热则四脏不禀,故五气上溢也;先因脾热,故曰脾瘕。”又《灵枢·本脏》篇说:“皮脆……善病消渴。”笔者在临床实践中从脾论治部分2型糖尿病,收效良好,简述如下。

1 湿热蕴脾

此型多因长期饮食不节,嗜食肥甘厚味如禽、畜、蛋、奶、酒等高动物脂肪、高胆固醇、高热量饮食后,脾胃内蕴湿热、积热,发为消渴病。临床常见症状:多食,口干渴饮,多尿,或口粘腻不爽,消谷善饥,大便便秘,口臭,形体肥胖,倦怠乏力,舌质红,苔白或黄厚腻,脉弦滑或濡。治法:醒脾化湿,清热生津。方药:香砂平胃散加减。

病案举例:岳某某,男,45岁。2002年初诊,症见:形体肥胖,