

天和,保之最要……顺天之气,以扶生生。”在脾阴亏虚的病例中,依然可以看到叶氏在辨证论治的同时,兼顾气之交变及人之相应。如暑门案“吴,诊脉肝胆独大,尺中动数,先天素弱水亏,木少滋荣,当春深长夏,天地气机泄越,身中烦倦食减,皆热伤元气所致。进以甘酸充养胃气,少俟秋肃天降,培植下焦,固纳为宜。炒麦冬、木瓜、北沙参、生甘草、乌梅。”此案中,病家下焦真水素亏,龙雷不制。经云:“壮火食气”,故有烦倦食减之症。当此春夏天阳泄越之期,人之阳气亦为之泄越于外。叶氏于此时治脾肾阴亏,未用滋腻补药,填固下焦之品。而是选用甘酸清养之品滋阴液,和胃气。待到秋冬天气肃降,人身之阳气亦随之潜藏之际,再进填固下焦之品。本案中,以五脏应五时,药物气味亦相应之理,于春夏之际,只以甘酸敛阴之品益津液,解当时之苦。俟天凉再进味重质静之品益真阴,治从根本。充分体现了叶氏把握阴阳,因时制宜之功力。

4 顾护体质,辨体施治

叶氏在实践中,对于患者体质情况颇为重视。“平素体质,不可不论。”“面色苍者,须要顾其津液。清凉到十分之六七,往往热减身寒者,不可就云虚寒,而投补剂,恐炉烟虽熄,灰中有火也,须细察精详,方少少与之,慎不可直率而往也。”按今人黄煌归纳,把叶氏于体质的认识分为六类,即木火质,湿热质,肝郁质,阴虚质,阳虚质,脾弱质。叶氏于临证时往往参考病家体质投方设药,多有顾虑。如脾胃门“某,三四,脉涩,体质阴亏偏热,近日不饥口苦,此胃阴有伤,邪热内炙,古称邪热不杀谷是也。金石斛,陈半夏曲,生谷芽,广皮白,陈香豉,块茯苓。”此案中,病家脉呈涩象,天士明言体质阴亏偏热,不饥口苦,可知脾阴伤之重。方中以金石斛滋养阴液,又虑及阴亏之质,未用苦燥清内热之品。方选陈半夏曲、谷芽、陈皮、香豉轻清发散,微辛以宣通,微苦以降下。茯苓甘淡益阴,领阳药入阴,可称滋润中佐疏利而不伤阴,方为顾全病家体质而设。足证叶氏体质思想在临证中的具体运用。

5 化裁经方,为我所用

叶氏效法前贤,于经方之义,经方之用,经方之治,理解深刻,融会贯通,化裁使用。师承古意,而变化为今。叶案中,常常见“议用仲景复脉法”等类似语句。可证叶氏效法前贤之功。其于脾阴伤之证中,常用仲景麦门冬汤,化裁为用,变化为益胃汤(扁豆、沙参、麦冬、石斛、玉竹、粳米、甘草)。如脾胃门“某,脉数,口渴有痰,乃胃阴未旺。炒麦冬,生白扁豆,生甘草,白粳米,北沙参,川斛。”此案为邪热灼津,脾阴匮乏,邪热炼液为痰。次方为麦门冬汤去半夏之辛燥,人参之壅补,加入白扁豆、川斛、沙参阴柔清润之品,使麦门冬汤由益胃润肺、降逆下气之剂变为专事清润,兼以退虚热之剂。为临床需要,麦门冬汤经叶氏灵活化裁,建新功,立新用。

甘肃中医学院(730000) 施 瑞 周语平

《素问·痹论》与现代风湿病学

痹证是以肢体关节肌肉疼痛、肿胀、麻木、活动受限,甚则关节畸形为主要症状的一类疾病,与现代医学中的风湿性疾病相似。《黄帝内经》有两篇专门论述痹证,这就是《素问》中的“痹

论”和《灵枢》中的“周痹”。由此可见风湿性疾病在当时已经是一种常见病,多发病了。本文拟从现代风湿病学的视角来剖析《素问·痹论》对风湿性疾病的认识。

1 痹证是一种全身性疾病,可累及身体的多个组织、多种脏器

《素问·痹论》认为,痹证可以累及到肢体的皮肤、肌肉、筋膜、血管和骨骼,并把肢体体表不同部位的痹证分别称为“皮痹”、“肌痹”、“筋痹”、“脉痹”和“骨痹”。而现代风湿病学中的许多风湿性疾病也可以累及到这些组织,如硬皮病、皮炎、风湿性多肌痛、纤维肌痛综合征、嗜酸性筋膜炎、血管炎类疾病如血栓闭塞性动脉炎、血栓闭塞性静脉炎、大动脉炎、结节性多动脉炎,以及累及到骨骼的骨关节炎、类风湿关节炎、骨质疏松症等。

《素问·痹论》认为,痹证不仅可以累及到体表组织,而且也可以累及到多个脏腑,如心、肝、脾、肺、肾、肠道、膀胱等,分别称为“心痹”、“肝痹”、“脾痹”、“肺痹”、“肾痹”、“肠痹”和“胞痹”等。这种认识与现代风湿病学中风湿性疾病可以累及到消化系统、呼吸系统、血液循环系统、泌尿系统等多脏器颇的认识为相似,如系统性红斑狼疮可以累及到心、肝、肺、肾等脏器;类风湿关节炎也可以累及到肺、心、肾等脏器;多种风湿性疾病均可导致肺间质纤维化等。

《素问·痹论》并没有把肢体的痹证和脏腑的痹证分割开来,而认为肢体痹证和脏腑痹证有着密切的联系。认为肢体痹证发展可以累及到脏腑,进而发生脏腑痹证。如《素问·痹论》说:“皮痹不已,感受于邪,内舍于肺”,“脉痹不已,复感于邪,内舍于心”等,虽然这种论述有其局限性,但对痹证中肢体痹证和脏腑痹证可以同时存在的认识与现代风湿性疾病又有极相似之处。如类风湿关节炎既有关节的症状又可见肺间质纤维化等脏器的病变;硬皮病即可以有皮肤的病变,又可以出现食管硬化等消化系统的病变等。

2 痹证的病因与感染、情志、饮食劳倦、体质和生活环境有关

《素问·痹论》强调了外感风寒湿邪是导致痹证的主要原因,但同时认为,痹证的发生还与情志、饮食劳倦、体质和生活环境有关。如在论述五脏痹证的病因时首先讲到:“阴气者,静则神藏,躁则消亡,饮食自倍,肠胃乃伤,”是说人之精神平静,则脏腑的功能即可保持正常,若情志不安,则会损伤人体正气;如饮食不节,暴饮暴食则会损伤肠胃,在人体正气损伤和肠胃损伤的情况下就容易导致痹证。

《素问·痹论》认为,痹证寒证和热证不同的表现与体质有密切的关系。如:“其寒者,阳气少,阴气多,与病相益,故寒也。其热者,阳气多,阴气少,病气胜,阳遭阴,故为痹热。”说明人体的阴阳发生偏胜偏衰可以导致痹证临床出现寒热不同的证候。从现代医学的角度来看,以上诸多致病因素也是某些风湿性疾病发生的直接原因或诱因。

3 对痹证临床表现描述的客观性

《素问·痹论》按原因把痹证分为行痹、痛痹和著痹。如“痹论”说:“其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为著痹也。”一般认为,行痹临床表现是以关节疼痛或肿胀游走不定为主;痛痹临床表现是以关节疼痛为主;著痹临床表现是以关节

重着、肿胀为主。这说明关节疼痛、肿胀或游走不定是痹证的主要临床表现。现代风湿病学认为,风湿病主要临床表现是骨、关节及周围软组织的疼痛和肿胀。如张乃峥教授在《临床风湿病学》中说:“风湿性疾病是指影响骨、关节及周围软组织,如肌肉、滑囊、肌腱、筋膜、神经的一组疾病。”由此可见痹证的基本临床表现与现代风湿性疾病的基本临床表现是相似的。

《素问·痹论》认为,疼痛不是痹证唯一症状,其在肢体的表现是多种多样的,如《素问·痹论》“痹或痛,或不痛,或不仁,或寒,或热,或燥,或湿。”还对肢体痹证的临床表现做了描述:“痹在于骨则重,在于脉则血凝而不流,在于筋则屈不伸,在于肉则不仁,在于皮则寒。”《素问·痹论》只是简单地描述了五体痹证的临床表现。我们可以参照《素问》其它篇章来印证。如在《素问·长刺节论》中更详细的描述了筋痹、肌痹和骨痹的临床表现,说:“病在筋,筋挛节痛,不可以行,名曰筋痹”,“病在肌肤,肌肤尽痛,名曰肌痹”,“病在骨,骨重不可举,骨髓酸痛,寒气至,名曰骨痹”。如上所述,肢体痹证所表现的骨节痛、筋挛、骨重不举、肌肤疼痛、肢体麻木等表现与现代风湿性疾病中的皮肤炎、风湿性多肌痛、筋膜炎、血管炎、类风湿关节炎、骨关节炎等的临床表现是相似的。

4 提示治疗风湿病需联合用药

“辨证求因,审因论治”是中医治疗疾病的原则之一。《素问·痹论》明确指出“风寒湿三气杂至,合而为痹”,说明痹证是患者同时感受风寒湿邪所致。根据“审因论治”的原则,提示痹证的治疗需用祛风、散寒、除湿三种治法结合起来,这为后世提供了治疗痹证的原则。清代李士材在《医宗必读·痹》进一步解释说:“治行痹者,散风为主,御寒利湿仍不可废,大抵参以补血之剂”;“治痛痹者,散寒为主,疏风燥湿仍不可缺,大抵参以补火之剂”;“治著痹者,利湿为主,祛风解寒亦不可缺,大抵参以补脾补气之剂”。现代风湿性疾病治疗时也强调联合用药。如治疗类风湿关节炎,氨甲喋呤、柳氮磺吡啶的联合使用;氨甲喋呤、爱若华的联合使用等。联合用药不是重复用药,而是使用不同的药物作用于同一疾病不同的靶点,以利疾病的治疗。

中国中医科学院广安门医院风湿免疫科 (100053) 冯兴华

运用张仲景治未病思想指导消渴论治

消渴之名,首见于《素问·奇病论》,《金匱要略》立专篇讨论并最早提出治疗方药。《证治准绳·消瘴》在前人论述的基础上,对三消的临床分类作了规范。至上世纪 90 年代,《中医内科学》提出“消渴病与西医学的糖尿病基本一致”,而现代医学将糖尿病的自然病程分为三个临床阶段:(1)正常糖耐量;(2)血糖稳定机制损害,包括空腹血糖异常 (IFG)及糖耐量受损 (IGT);(3)糖尿病阶段。中医学所言之“消渴”,即糖尿病中的代谢紊乱症候群。1 型糖尿病起病时,多尿、多饮、多食、消瘦之“三多一少”常较明显,2 型糖尿病起病常隐匿、缓慢,“三多一少”症状轻,部分患者没有明确的症状,只在健康检查或患其他疾病时或出现慢性并发症时才发现糖尿病。

因此,在糖尿病自然病程尚处于正常糖耐量和血糖稳定机

制损害阶段,甚至已到达临床糖尿病的部分 2 型糖尿病患者,针对“消渴”而言,均属于“未病”,即无多尿、多饮、多食、消瘦之症状出现。但是,这种“未病状态”有约 1/3 发展为糖尿病,而已患 2 型糖尿病但无“三多一少”症状者,其预后并不优于有“三多一少”者。若能对这些消渴之未病者施以有效治疗,将可阻止消渴及其变症的发生。

《糖尿病中医防治指南》将上述消渴之未病阶段定为糖尿病前期,属于中医“脾瘴”、“食郁”等范畴。其辨证为气滞痰阻证、脾虚痰湿证、阴虚气滞证,分别以越鞠丸、六君子汤、二至丸合四逆散加减治疗。笔者在临床中,运用张仲景治未病思想指导治疗,用经方加减,亦取得良好疗效。

1 病痰饮者,当以温药和之

众所周知,消渴之病机以燥热阴伤为主,治法重在清热滋阴润燥。但在消渴未病之时,先有气郁、食郁,使脾失健运,脾不布津,津聚生痰,湿聚为痰。患者多见形体偏胖,久坐少动,食欲不振,倦怠乏力,无热象可言,而痰湿已聚。治则健脾祛湿化痰,用理中汤合瓜蒌薤白半夏汤。方中参、术、甘草以固中州,干姜守中,使脾运复健,水津四布;合以瓜蒌薤白半夏汤,皆燥湿化痰之要药,则痰无所留,无以化热,胃燥难成,焉有消渴之患。

2 胃强脾弱,益气泄热调之

消渴既成,病位归于中焦脾胃,其中与脾脏关系尤为密切。脾为后天之本,中焦枢机之脏,功能运化水谷精微,如脾阳健则谷精运,清阳升则浊阴降。如中阳不运,水谷有纳无化,精微不布,不能荣养五脏六腑,而误责胃纳不足,促胃加倍收纳,则消谷善饥之消渴立现,此即胃强脾弱所致之消渴。《伤寒论》中胃强脾弱本指胃中有热,脾阴不足。弱者受强者之约束而气馁不用,因此,脾之输布功能失常致肠中干燥,大便则硬之脾约证。借用于此,针对血糖稳定机制损害者中,既无多尿、多饮,又无形体肥胖,仅嗜食辛辣肥甘之品,经常口舌生疮,舌红、苔薄黄者。如有便秘,可用麻子仁丸加减;如无便秘,则以小陷胸汤加黄芪、白术,多能调和脾胃,清热泻火,使 IFG 或 IGT 恢复到正常血糖水平。

3 肝木克土,苦降酸敛截之

《灵枢·五变》云:“怒则气上逆,胸中蓄积,气血逆流,……转而为热,热则消肌肤,故为消瘴。”提示肝郁化火生热与消渴病发生有关。《糖尿病中医防治指南》指出:“一般 IGT 以过食肥甘为主,IFG 以素体阴虚为主,而情志失调为重要的诱发因素。”《伤寒论》第 326 条:“厥阴之为病,消渴,气上撞心,心中疼热,饥而不欲食……。”其中所言之消渴,是指木火上升,燔灼胃津所致的烦渴多饮,与一般所言消渴病所指不同,从一个侧面揭示了消渴之病机与肝郁化火有关。同时,木横乘土,脾气虚寒,气机不运必生湿生痰,热与痰结,将成消渴。而乌梅丸所倡导的辛苦降酸敛之法,用于治疗因精神压力过大而导致的空腹血糖异常者,疗效显著。方中黄连、黄柏苦寒泄热;乌梅、当归养肝敛肝;人参、干姜健脾益气;并有桂枝等辛味药物开泄肝郁,使肝木条达,脾气健运,郁热尽消则消渴难成。此截断法也。

河南中医学院第二临床医学院内一科 (450002) 刘望乐

[编辑:李巍]