

人以命门火衰,谁知是心气之不足,心君火动,相火随之。”说明心气不足,君相火之变皆可致阳痿。临床上常见的心因性阳痿均与心气有关,当然心因性阳痿并非一定有阴茎不热之症,但它却提示了阴茎虽大不热时可选用心经之药,如阴茎冷缩,精液清冷之阳痿,常加桂枝、附子等,临床上亦能增加疗效。

肝藏血,心主血,肝能调节血量,心能推动血液;与肾则水火既济,心火下降以使肾水不寒,诸脏协作,使阴茎得充,壮大而热。心在生理上与肝肾的密切关系,决定了心在性生理、病理上的重要性。

3 脏腑诸气,以肾为统

“肾气”在三至中的重要地位毋庸置疑,“坚劲而久者,肾气至也。”“坚劲”与前文之“奋昂”“壮大”一样,均言阴茎的正常勃起,而“久”则是此句的关键,所言“久”,是指昂奋壮大而热的久,如果虽壮大而热,但不久亦是无满意的房事可言的。所以,这个使之坚劲而坚的“肾气”已涵盖心、肝二气,坚而不久,大致有二种情况:一为勃起后不久即自疲软,一为行房时很快射精,皆未能达和谐之境,前者近于阳痿,后者即谓早泄,多因肾气不固而为。又言:“肾气未至强合则伤其骨,其精不出,虽出亦少矣。”又提示了肾虚致不射精的病机。因此,肾气未至可出现阳痿、早泄、不射精症等各种性功能障碍。这个“久”之义,也不妨理解为平常长久的性机能的保持,前贤向倡葆精摄养,不致房事过频,切忌手淫,这样才能保持肾气的正常充盈,在临床上,只有肾气常旺之人,或治肝,或调心,可望捷效,而治肾则不能速,故又有“治肾以缓”之说。

由于肾藏精,主生殖,肾精通过肾阳蒸化肾阴而化生肾气,肾阴、肾阳则能温煦、濡养、激发各脏腑之气,肝心诸气均有赖于肾气元气之激发,五脏之气,为肾所统,因此达到“三气皆至”,亦即是“肾主生殖”功用的良好体现。故对性功能障碍诸疾病的治疗上,治肾应贯穿其始终。

“三至”一词,最早见于长沙马王堆汉墓《养生方》,在竹简中载“怒而不大者肌不至也,大而不坚者筋不至也,坚而不热者气不至也,三至乃入。”亦是把病状与有关脏腑直接联系起来论述。因此,我们不能把“三至”简单认作只是普通的房中术语,应是一种学说,它有其自身的历史沿革,自先秦至明,经千百年来医疗实践,万氏“三至”说,显然已较前更全面、更进步,而且这一理论也被医疗实践所证实。

浙江省台州市立医院(318000) 卢伟

规划教材《内经选读》质疑

我们在使用六版规划教材《内经选读》(上海科学技术出版社,1997年第1版)时,发现书中有些内容不妥,就此商榷如下。

上篇《内经》概论中第二章《内经》理论体系的形成之第二节古代科技知识的渗透,在讲述二十八宿及其在《内经》中的反映时,提到“利用十二辰、二十八宿和二十四气统一的排列方案,可以确切地解释《内经》中的有关原文。”但是仔细对照所举例的原文和图表,发现了两处不妥。

1 教材对应关系图不能指导原文解释

首先明确十二辰的含义,即中国古代对周天的一种划分方法,其方法是自东向西将赤道带附近天区等分为12部分,并用十二地支,即子、丑、寅、卯、辰、巳、午、未、申、酉、戌、亥来命名。

再看教材中的“十二辰、二十八宿和二十四气对应关系图”最内圈十二辰,从上中正顺时针依次排列如下:午、未、申、酉、戌、亥、子、丑、卯、辰、巳、午。第一,尽管有十二个名称但是尚缺寅,而重复申;第二,十二个名称有三个错字,即“未”误写成“末”、“巳”误写成“己”、“戌”误写成“戊”。

此外,十二辰就是地平圈上以正北为子、正东为卯、正南为午、正西为酉布列的十二地支。对照图表解释《灵枢·卫气行》时,教材中这样表述:“说:‘是故房至毕为阳,昴至心为阴。’从图中可以看出:从房宿至毕宿,历经从卯至申六个时辰,即由日出到日落的白昼,所以为阳;从昴宿至心宿,历经从酉至寅六个时辰,即由日落到日出的黑夜,所以为阴。”我们认为,就算是把上述十二时辰名称都改正正确,但是从该图中看:从房宿至毕宿,历经酉至卯六个时辰,从日落到日出的黑夜,应该为阴;同样,从昴宿至心宿,历经从卯至酉六个时辰,即由日出到落日的白昼,应该为阳。这就与原文的意思正好相反,所以只能认为教材中的“十二辰、二十八宿和二十四气对应关系图”中间圈二十八宿排列顺序有误。

二十八宿是二十八群恒星按照构成的图形分为四象,即东宫苍龙(包括角、亢、氐、房、心、尾、箕七宿)、南宫朱雀(包括井、鬼、柳、星、张、翼、轸七宿)、西宫白虎(包括奎、娄、胃、昂、毕、觜、参七宿)、北方玄武(包括斗、牛、女、虚、危、室、壁七宿),而十二辰以正北为子、正东为卯、正南为午、正西为酉布列的十二地支。对照二十八宿与十二辰四个方位,可以看出,教材中的“十二辰、二十八宿和二十四气对应关系图”中间圈二十八宿中东宫苍龙(包括角、亢、氐、房、心、尾、箕七宿)与西宫白虎(包括奎、娄、胃、昂、毕、觜、参七宿)的位置正好相反,因为古人认为“人体面南而立,左东右西”,但是教材中东宫苍龙在右,西宫白虎在左。由此再次证明,教材中的“十二辰、二十八宿和二十四气对应关系图”中间圈二十八宿排列顺序有误。

2 原文质疑

在同一章节中,编者又用此“十二辰、二十八宿和二十四气对应关系图”解释《素问·五运行大论》:“说:‘所谓戊己分者,奎壁角轸,则天地之门户也。’戊分,即奎壁二宿的位置;己分,即角轸二宿的位置。从图中可以看出,日躔奎壁二宿,由阴出阳,进入立春以后阳气流行、万物生长的春夏二季,所以奎壁二宿为天门;日躔角轸二宿,由阳入阴,进入立秋以后阴气流行、万物收藏的秋冬二季,所以角轸二宿为地户。”首先,既然用“十二辰、二十八宿和二十四气对应关系图”解释原文,那么十二辰中没有“戊己”,而是“戊巳”;其次,既然前面分析过此图“十二辰、二十八宿”都有误,故按此图解释自然不正确,即戊分,不是奎壁二宿的位置;己分,不是角轸二宿的位置,就算改为“戊巳”,位置也不对。此外,倘若把“十二辰、二十八宿”按照正常顺序排列,那么日躔奎壁二宿,是由阳入阴,进入立秋以后阴气流行、万物收藏的秋冬二季;而日躔角轸二宿,由阴出阳,进入立春以后阳气流行、万物生长的春夏二季,所以奎壁二宿非为天门,角轸二宿非为地户。

我们认为,第一,不能机械的用“十二辰、二十八宿和二十四气对应关系图”(即使改为正确的图)解释此原文。第二,原文是没有错误的,即“戊己”为天干,因为若为“戊巳”,“戊”在“觜、参”二宿处,而“巳”在“井、鬼”二宿处,原文更无法解释。由日躔由奎至壁再至角再至轸,即指一年四季的更替交换。奎宿位于

立秋、壁宿位于大寒、角宿位于立春、轸宿位于大暑，轸宿奎临近，大暑后进入立秋，阳入阴；壁宿与角宿临近，大寒后进入立春，阴入阳。天为阳，地为阴，立春、大暑为阳则角轸为天门，立秋、大寒为阴则奎壁为地户，所以原文说：“奎壁角轸，泛指天地之门户。”第三，关于天干中“戊己配于土”，地支中“辰戌丑未配于土”，而奎壁角轸，分别位于申时、丑时、寅时、未时；“根据常年气候运动规律来确定天干地支五行属性”确定：天干中戊属火、己属土，地支中寅申属火，丑未属土，也就是天干中戊与地支中寅申的五行属性一样，天干中己与地支中丑未的五行属性一样，日躔为太阳运行所经星宿度次，故用天干（最早是用来纪日的）代替地支（最早是用来纪月的）记录日躔最为合适，故原文“所谓戊己分者”为正确的。

南方医科大学中医药学院中医基础理论教研室(510515)

冯文林 陈达理

论痰瘀同源同病

痰瘀同源、同病、同治的理论和实践。在《黄帝内经》中，就有较为系统的论述。第一，在生理上，阐明了津血同源的相互关系。《灵枢·邪客》曰：“营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血，以荣四末，内注五脏六腑”。而痰来自津，瘀本于血。第二，在病理上，体现了痰饮与瘀血的相关性。如《灵枢·百病始生》曰：“温气不行，凝血蕴里而不散，津液涩渗，著而不去，而积皆成矣。”又曰：“肠胃之络伤，则血溢于肠外，肠外有寒，汁沫与血相搏结，则合并凝聚不得散，而积成矣”。“凝血”即是瘀血，“汁沫”就是津液，“津液涩渗”势必停而成痰、为瘀，则痰瘀同病。第三，提出了“留者攻之，坚者削之，结者散之，逸者行之”等一系列治则、治法，广泛适用于痰瘀互阻的一切病证。第四，创造出的一系列痰瘀同治方剂。如治酒风的泽泻饮，用泽泻、白术祛湿化痰，鹿衔草活血；治血枯的四乌贼骨一芦茹丸，用海螵蛸、鲍鱼化痰，茜草活血祛瘀。

此后，历代医家对痰瘀同源同病的理论不断补充完善。如《诸病源候论》云：“诸痰者，此由血脉壅塞，饮水结聚而不消散，故能痰也。”《金匱要略》：“经为血，血不利则为水”，提出了血与水的病理因果关系。《丹溪心法》指出：“痰挟瘀血，遂成囊囊。”唐容川《血证论》谓：“须知痰水之壅，由瘀血使然”、“血病不离乎水”、“水病则累血”及“痰亦可化为瘀”。叶天士在提出“久病入络”的著名论点时，剖析其病机为“瘀闭痰结”，“久病必瘀闭”，指出“经年累月，外邪留着，气血皆伤，其化为败瘀凝痰，混处经络”。

1 痰瘀同源同病的机理

津血同源，痰瘀相关。痰饮和瘀血作为病理产物和致病因子，是津血为病的两个不同方面，因此，它们之间可以出现相互转化的病理关系。瘀血能转化为痰饮，痰饮亦能转化为瘀血。痰滞则血瘀，血瘀则痰滞，形成恶性循环，交结不解。

2 痰瘀同病的特点及临床表现

《医述》引罗赤诚论：“如先因伤血，血逆则气滞，气滞则生痰，与血相聚，名曰瘀血挟痰，……若素有郁痰，后因血滞，与痰相聚，名曰痰挟瘀血”。可见，痰瘀同病有先后之不同。痰瘀同病亦有程度不同，有痰瘀并重，有以痰证为著，有以瘀证为主。在

病位上尚有主次之分。一般肺、脾、肾痰瘀多以痰为主，所谓“肺为贮痰之器”、“脾为生痰之源”、“肾为痰之本”；心肝痰瘀多以瘀为主，所谓“恶血必归于肝”、“瘀血不离乎心”。

中医素有“怪病多痰”、“奇病多瘀”之说。若痰瘀同病，则内扰五脏六腑，外窜筋脉皮肉，四肢百骸，无处不到，症见多端。常见者有心悸怔忡、哮喘、中风、眩晕、痛疽疮疡、崩漏带下等。痰瘀同病之诊法常以舌诊、脉诊为主。痰之舌象，多从舌苔反映。寒痰内聚，舌苔呈白厚润滑；痰热内盛，舌苔呈黄厚腻久润。瘀的舌象，多从舌质反映。舌绛少苔而湿润者，多为血瘀；舌绛紫而干枯少津，是热盛伤津，气血壅滞而生瘀；舌淡紫或青紫湿润者，为寒凝血瘀；舌上有瘀斑瘀点，为血瘀。痰瘀同病之脉象则因痰、瘀之轻重不同而有别：痰胜于瘀者，其脉以滑或弦为主；瘀胜于痰者，其脉则以涩为主。

3 痰瘀同病的治疗

一是痰瘀同治。痰瘀胶结，互相影响，仅去其一，病难根除，故应同治。二是痰瘀互治，即治痰以消瘀或治瘀以消痰的方法。如《血证论》谓：“须知痰水之壅，由瘀血使然，但去瘀血则痰水自消”。三是痰瘀分治，即根据病情的缓急，先治痰或先治瘀。

另外，气滞、气虚贯穿于痰瘀同病发生发展之始终。气虚、气滞→痰瘀同病→气虚、气滞→痰瘀再生，如此反复，形成恶性循环。故治疗痰瘀同病，应化痰活血，兼以理气补气，并根据标本缓急灵活施治。痰浊停滞而致血瘀形成痰瘀同病者，当祛痰为君，化瘀为臣，佐以理气补气；因瘀血日久滋生痰浊形成痰瘀同病者，当化瘀为君，祛痰为臣，佐以理气补气。

痰瘀同治的方剂：痰瘀同治的方剂历代记载甚多。如《内经》中之四乌贼骨一芦茹丸，《医宗金鉴》之海藻玉壶汤、《医林改错》之癫狂梦醒汤、《张氏医通》之浚血丸、《太平惠民和剂局方》之小活络丹等。《金匱要略》载痰瘀同治的方剂更多，如苇茎汤、大黄牡丹汤、鳖甲煎丸、侯氏黑散、当归芍药散、桂枝茯苓丸、当归贝母苦参丸、瓜蒌薤白半夏汤等等。

4 痰瘀同源同病理理论的意义

痰瘀同源同病理理论在临床应用中最大的意义就在于临证中虽然有时只表现出痰或瘀某一方面的症状，但痰瘀二者同源而互衍，因此治疗中要治痰兼顾化瘀，治瘀不忘祛痰，做到见痰之证而防痰之生，见瘀之象而防瘀之结，及早地化解和防止痰瘀互化与互结，防止疾病向纵深发展。

5 小结

痰瘀同源同病理理论在理论和实践方面均有着极其丰富的内涵。中医学中疑难杂症、危急重病多责之于痰瘀，故开展痰瘀病证研究有着重要的临床意义。目前的研究中还有着以下不足：(1)缺乏对痰瘀同源同病的中医理论的系统总结，包括病因病机、临床表现、治则治法等等；(2)未能从整体、细胞、分子乃至更高的水平上揭示痰瘀病证本质；(3)没有确立痰证、瘀证、痰瘀证相应的实验室检查指标，以及系统化、规范化的诊断标准和治疗方法。展望未来，应该立足于中医理论，深入细致地整理、总结前人经验，并且充分利用现代化的研究手段，对痰瘀同源同病理理论进行深入细致的研究。

中国中医科学院临床基础医学研究所(100700) 韩永刚

[编辑：李 巍]