

触而心不知;心有指令,而身体、肢体不应。此皆是“神回不转”的具体体现。感觉的途径是:皮肤→肺魄→心包使道→心神。运动的途径是:心神→心包使道→肝魂→筋→曲直运动。语言功能复杂,也在心神的主导下多个部位协同运动而完成。上述通道任何一个环节出现病变,均可导致感觉、运动、语言功能的障碍。根据该病发病急、进展快、病情重、易出现神昏(心包受邪)等特点,推断该病的部位是在邻近心包的肝、肺。即肝魂损伤导致运动功能障碍,肺魄损伤导致感觉功能障碍。张景岳曾提出相似论述:“麻木不仁,……此魄虚之候也”。②神志障碍的病位分析:《灵枢·邪客》云:“……心伤则神去,神去则死矣。故诸邪之在心者,皆在于心之包络。包络者,心主之脉也。”结合前文分析,缺血性脑卒中如果出现神志障碍皆是病邪蒙塞心包,闭阻心窍所致。

2.2 缺血性脑卒中病因病机分析

①多数情况下,基础病因是痰瘀,即“故邪”致病。《灵枢·邪客》云:“其母所遇邪气,又母怵惕之所志,卒然而病者,其故何也?”“此皆尝有所伤,于湿气藏于血脉之中,分肉之间,久留而不去”,“此亦有故邪留而未发,因而志有所恶,及有所慕,血气内乱,两气相搏,……故似鬼神”。提示“故邪”致病;《素问·通评虚实论》云:“凡治消瘠、仆击、偏枯、……则高粱之疾也”。提示痰湿是病因。综合分析:藏于血脉之中的湿气,因久留不去而化为痰浊。清·陈士铎曰:“中风未有不戾于痰者,非痰戾于风也。”病存日久以至血瘀,如《素问·调经论》云:“病久入深,营卫行涩”。因虚致中风,详见张锡纯的论述。

藏于心包、肝、肺血脉中的“痰瘀故邪”或在情绪、劳逸、气候等多种原因作用下)扰乱脏腑气血运行,导致气血损伤,进而损伤肝魂、肺魄、心包使道,而出现相关的临床症状;或者“痰瘀”循血脉进入脏腑的经隧,亦可致病。正如《素问·调经论》:“五脏之道,皆出于经隧,以行气血,气血不和,百病乃变化而生”。①局部标虚证的病机:肝魂、肺魄因损伤而失去其主司的运动、感觉功能,患者则表现出的局部气虚、气脱、血虚等证象,即半身不遂、口眼喎斜、言语不利、偏身麻木等。②整体标实证(风、火)的病机:“故邪”伤肝血则出现风证,如张景岳所说:“……其藏血,其主风,……血病而筋失所养,……属风之证百出”。至于火论,我们认为,与肝血伤而化火有关;与心包使道为邪所阻而气机瘀滞有关,心属火,心包使道阻滞,火郁而暴亢;与中风之前的阳偏亢有关。③神志障碍的病机分析:昏仆、不省人事,伴有口眼喎斜、半身不遂,是由于病邪损伤魂魄的同时也侵犯心包,心神为邪所蒙所致。正邪斗争中,神气未败,则为闭证;神气败者,则为脱证。

通过上述分析,我们认为,缺血性脑卒中的基础病因是“故邪痰瘀”;损伤的部位是“心包”、“肝魂”、“肺魄”;病机分为“标虚”和“标实”。在此理论的指导下,我们进行了初步的临床观察,已取得较好的治疗效果。因此,我们认为,应用中医基础理论对难治疾病进行系统分析,对继承中医、提高治疗效果均有重要的现实意义。

中日友好医院(100029) 张久亮 柳翼 史载祥
中国人民解放军第三六三医院 戈武杨

“方证相应”论浅议

方即方剂,证即病证,“方证相应”乃方剂与病证相对应之称。方证相应创源于张仲景,始见于《伤寒论》317条,通脉四逆汤方后注曰:“病皆与方相应者,乃服之。”

1 “方证相应”的意义

首先,方证相应是组成方剂的原则:《伤寒论》立法组方,严依病证,其原则是以“凭脉辨证”为基础,据四诊所得具体脉症,严格依据病证而确立组方原则。方证相应,乃是法依证立,方随法出,故要求组成方剂,必与病证相应,故“方证相应”亦为组方的基本原则。其次,方证相应是辨证论治的依据:张仲景运用方剂是以“辨证”为前提,依据辨证结果,作为论治标准和条件。所以临床诊疗疾病,定要将方与证对应,才可收到佳效。再者,方证相应是辨证论治准确的基本要求:只有在辨证论治的前提下,方证互相对应,其药乃可“服之”,所以“方证相应”不是简单的将方剂与病证的对应,而必须通过四诊、八纲进行辨证,分析病位所在、病性所属、病势所向,病证所示,依此明确诊断,确立治法,选方用药,以达到方证相应的结果。

2 苓桂“方证相应”的特点

苓桂方剂群是以茯苓、桂枝为主药的一组方剂,专用于治疗水气病为其特征。包括苓桂术甘汤、苓桂枣甘汤、苓桂姜甘汤、苓桂味甘汤、五苓散等方剂。以下综合分析和探讨苓桂方剂群方证相应的规律。

苓桂方剂群以温阳、化气、行水为组方基本原则,其药味以茯苓、桂枝、甘草为各方的共同药物,根据3味药配伍作用,可分为二组:一组是茯苓桂枝相配。茯苓在方中作用有四:一为利水渗湿以消阴翳;二为养心安神而止悸动;三为健脾培土而防水泛;四为甘平入肺,行治节之令而利水道,故茯苓为方中第一主药。桂枝作用有三:一为通阳化气而渗湿,二为下气平冲而降逆;三为入心补中而制水,是方中第二主药。苓桂相伍,相辅相成,专主通阳化气,利水去湿。另一组是桂枝甘草相伍,炙甘草甘平,通十二经,旨在补脾益气,调和诸药,桂甘相合,乃辛甘理阳之法,温通心阳之桂枝甘草汤即其例。这两组药物为苓桂剂群的基础药物,也是治水气的主要药物。由于脏腑病变不一,水邪停蓄部位不同,其药物配伍灵活变通,可视其病变机理,特异证候表现,涉及脏腑,兼杂症状,辨证立法,依法组方,选用不同药物。如脾虚水停,伍用白术,协茯苓健脾利水,则为苓桂术甘汤,此乃苓桂方剂群的代表方剂。

3 苓桂方证分析

3.1 苓桂方剂群核心方证

①苓桂术甘汤:本方主治心下逆满,气上冲胸,起则头眩,小便不利,心悸气短,吐痰涎,脉见沉紧。证属脾阳不运,水饮内停,冲逆于上。其病机在于脾虚,故以白术温阳健脾,利水平冲,合苓、桂、甘为治疗水气、痰饮之主要方剂。②苓桂枣甘汤:由茯苓、桂枝、甘草、大枣组成。主治脐下悸,欲作奔豚,小便不利。因汗后心阳虚,镇摄无权,肾水上泛,阴来搏阳,处在欲发而未作之时。其病理关键在于心阳虚,肾水欲动。治当温阳利水平冲。方中大枣补脾益气,重用茯苓利水宁心,大枣与茯苓相伍,

既能补益心阳,温化肾气,培土制水,又能平冲降逆,而使心阳复,水气化,悸动得止,而奔豚痊愈。③苓桂姜甘汤:由茯苓、桂枝、生姜、甘草组成。又称茯苓甘草汤。主治心下悸,伴有振水音,按之如囊裹水之状,或伴有水吐,口不渴,甚则手足厥逆。本证在于胃阳不足、水邪停蓄。治以温胃化饮,通阳行水。方中生姜温胃散寒化饮,与苓、桂、甘三者相合,共奏温阳化饮之功,此乃治疗水气内停,不烦不渴,而见心悸肢厥的良方。④苓桂味甘汤:由茯苓、桂枝、五味子、甘草组成。主治支饮服小青龙汤后,出现气从少腹上冲,直至胸咽,四肢麻木,其面翕热如醉状,或见头眩如冒,小便难等。由于素日下焦阳虚,支饮上盛。下虚上盛,若单用小青龙汤温散,易于发越虚阳,引发肾气不摄,气不归原,故治当温阳敛气而平冲,方用五味子收敛冲气,潜虚阳于下。

3.2 苓桂方剂群基础方证

①苓桂干姜汤:由茯苓、桂枝、干姜、甘草组成,出自《朱刻本叶氏医案》。主治“利止咳发,气逆火升,中脘尚痛,阴亏于下,气阻于中,先和其中,续摄其阴,是其治也。”此病起于下,气阻于中,逆而作咳,故先温阳而和其中,以干姜配甘草乃理中汤之半,温中散寒之意,续后再调其阴。②苓桂术姜汤:由茯苓、桂枝、白术、生姜组成,出自《朱刻本叶氏医案》。主治①“胀后成痞,清阳失旷,饮邪内阻”;②“阳困失旷,胸闷腰痛”;③“中阳困顿,湿邪内阻,脘痛脘泄咳嗽,法宜温阳”;④“痰饮内阻,清阳失旷,背痛心悸”,病在中焦,故用苓桂配白术,健脾利湿,生姜温胃散饮,治在中焦。③苓桂姜蜜汤:由茯苓、桂枝、姜汁、白蜜组成,亦出自《朱刻本叶氏医案》。主治:“阳失流行,胸背痹痛”。由于胸阳不宣,气滞痹阻,故为胸背痹痛,以生姜汁发散行痹,白蜜甘润,补中缓急,止心腹肌肉诸痛,与桂、苓相伍,温阳缓急,止痛尤佳。④苓桂杏甘汤:由茯苓、桂枝、杏仁、甘草组成。主治水气上冲,肺气不降,治节不行,水道不通。症见咳喘气逆,面目浮肿,小便不利,脉弦,舌苔水滑。本证病理关键在于水邪犯肺,肃降失司。方中用杏仁下气平喘,协苓、桂、甘草,温肺行水。⑤苓桂姜萸汤:由吴茱萸、桂枝、茯苓、生姜、干姜组成,出自《朱刻本叶氏医案》。主治“阴寒下着,腹痛形寒”。本方实为苓桂剂与吴茱萸汤化裁而成,适用于阴寒为病,浊气上逆之证,此合方应用,为苓桂剂另辟一径。⑥苓桂杏苈汤:由茯苓、桂枝、杏仁、薏苡仁、生姜、甘草组成,见《朱刻本叶氏医案》。主治“饮阻阳郁,形凛背痛”及“饮邪作咳”。此乃水饮停阻,阳虚不宣,饮邪逆肺而咳。方中杏仁下气利肺,薏苡仁利水渗湿,入肺消满,协同苓桂,温阳利水,而治水气病。

3.3 苓桂方剂群相关方证

①五苓散:为苓桂剂相关方之一,为治疗太阳蓄水证的主方。蓄水证乃因太阳病经邪不解,表邪由经内并于腑,邪入膀胱,以致膀胱气化失调,津液不行,水蓄于下,因而小便不利,消渴,渴欲饮水,水入则吐的“水逆”证。其表证尚有发热、头痛、脉浮。下焦蓄水伴有少腹满,“必苦里急”。气机升降失常,痞塞于中,故可致“水痞”总之,蓄水证的病理关键,在于邪与水结,停蓄膀胱,方中苓、桂温阳化气,淡渗利水,并配用猪苓、泽泻、白术。猪苓淡渗而利水,二苓相须,增强利水蠲饮之功;泽泻甘寒,

最善利水道,直达膀胱,为利水渗湿之主药,二苓得泽泻则利水之功倍增;白术燥湿健脾助土,为防堤制水湿之要药,诸药相合,通阳化气,渗湿利尿,凡见气化失常,小便不利,水停下焦者,不论有无表证,均可用之。②真武汤:由茯苓、芍药、白术、生姜、附子组成。主治心悸、腹痛、下利、小便不利、四肢沉重疼痛、甚则水肿、或咳、喘或呕等。因太阳病过汗损伤少阴肾阳或少阴病邪深入肾阳衰弱不能制水致水邪泛滥。其病理关键在于肾阳虚水邪泛滥。治当温阳化气利水。方中附子辛热以壮肾阳,补命门之火,使水有所主;白术苦温,燥湿健脾,使水有所制;术附同用,还可温煦经脉以除寒湿;生姜宣散,佐附子助阳,是于主水中有散水之意;茯苓淡渗,佐白术健脾,是于制水中有利水之用;芍药活血脉,利小便,又可敛阴和营制姜附刚燥之性,使之温经散寒而不伤阴。诸药合之,温肾阳以消阴翳,利水道以去水邪,共奏温阳利水之效。凡由于心肾阳虚、水邪泛滥所引起之水肿、痰饮、泄泻、虚劳、眩晕、惊悸、痛证、痹证、痿证、呃逆、喘证等,均可用本方加减治之。

北京中医药大学 (100029) 聂惠民

黄疸病方剂数据库的建立与分析

黄疸,古称“黄瘕”。是一种以目黄、身黄、小便黄为主要特征的疾患。我们查阅了共 146 部中医古籍,从中收集了治疗黄疸方剂 615 张。建立了“历代黄疸(疫病)方剂数据库”,并统计分析如下。

1 历代黄疸方剂的发展概况

文献收集自东汉至清代,共 146 种。治疗黄疸方剂共 615 张,根据时代排列,东汉 19 张、东晋 8 张、唐代 66 张、宋代 21 张、金元 3 张、明代 14 张、清代 138 张。

2 历代黄疸分类变化

最早对黄疸进行分类的为张仲景《金匮要略》。将黄疸分为“黄疸、谷疸、酒疸、黑疸、女劳疸”5 类。据此分类法统计历代用方,则黄疸有 539 张、酒疸有 72 张、谷疸有 39 张、女劳疸有 16 张、黑疸有 15 张。上用方共 681 首。因有用方重复,故比 615 张总方多出 66 张。可以看出历代文献记载中,发展最快的是黄疸方,共 539 张,约占黄疸病总用方的 87.6%。宋代医家韩祇和在《伤寒微旨论》首次提出阳黄、阴黄病名。据此将 539 张黄疸方再按阳黄、阴黄及其它 3 类进行统计。结果阳黄有 352 张、阴黄有 128 张、其它有 59 张。在明确了阳黄治疗的 352 张组方后,仍按历史朝代排列:东汉 9 张、东晋 2 张、唐代 40 张、宋代 113 张、金元 15 张、明代 89 张、清代 84 张。在明确了阴黄治疗的 128 张组方后,也按历史朝代排列:东汉 8 张、东晋 2 张、唐代 13 张、宋代 39 张、金元 10 张、明代 23 张、清代 33 张。从上述统计中不难看出,黄疸、阳黄、阴黄三者在各朝代分布图有异曲同工之处。即宋、明、清代是黄疸病方剂发展的鼎盛时期。

3 黄疸病方药的统计分析

根据数据库所收集的黄疸方进行药物运用统计分析。615 张治疗黄疸的组方共用药 360 味。根据用药次数多少排列,排名前 30 味药物分别是茵陈、栀子、甘草、大黄、茯苓、黄芩、白术、黄连、枳壳、陈皮、泽泻、柴胡、猪苓、苍术、芒硝、厚朴、升麻、人参、木通、半夏、龙胆草、黄柏、犀角、当归、秦艽、葛根、赤芍、桂枝、