

症有身高变矮的描述极其相似。

李杲在《脾胃论·脾胃盛衰论》云：“脾病则下流乘肾，土克水，则骨乏无力，足为骨蚀，令人骨髓空虚。”在《医学发明·活法机要·虚损证》云：“虚损之疾，……自下而损者，一损损于肾，故骨痿不能起于床；二损损于肝，故筋缓不能自收持；三损损于脾，故饮食不能消克也。故心肺损则色弊，肝肾损则形痿，脾胃损则谷不化也。”明确提出肾、肝和脾损也可致筋骨不利。

张从正《儒门事亲》中描述：“皮痹不已，而成肉痹。肉痹不已，而成脉痹。脉痹不已，而成筋痹。筋痹不已，而成骨痹”。认为骨质疏松症的成因是渐进缓慢的发展过程。

4 明清时期骨质疏松症病因病机理论趋近完善成熟

明清时期在理论上的发展与创新，使对骨质疏松症病因病机的认识趋近完善成熟，认为肝肾气伤、肾气虚、血气两虚、筋伤、肾阴虚、久病不起导致骨质疏松症，同时提出了血瘀导致骨质疏松症的观点。

肝肾气伤、肾气虚、血气两虚导致骨质疏松症：明·薛己《正体类要·主治大法》谓“筋骨作痛，肝肾之气伤也”；《寿世保元》中所述：“痿者，手足不能举动是也，又名软风。……此症属血虚。血虚属阴虚，阴虚能生热，热则筋弛。步履艰难，而手足软弱，此乃血气两虚”。

明·王肯堂在《证治准绳·杂病》论述了肝肾与筋的关系：“肾虚不能生肝，肝虚无以养筋，故机关不利。”；晚清著名医学家唐容川《中西汇通医经精义·下卷·全体总论》云：“筋者，骨节也。骨属肾水，筋属肝木，水生木，故骨节之间亦生筋，而筋又为骨之使也。少乙病骨节，皆责于筋，西医详骨与髓，而于筋甚略，因彼但以运动属之脑气，不以为筋所主。然使无筋，则骨不联属，又乌能运动哉。”

清·陈士铎在《石室秘录·痿病证治》中提出了骨质疏松症是肾水不能滋养骨骼，而久卧导致骨中空虚，起床困难。“痿废之证，乃阳明火证肾水不足以滋之，则骨空不能立……。久卧床席，不能辄起，……骨中空虚，……无怪经年累月愈治而愈愈也。”这与现代医学认为的废用因素导致骨质疏松症相一致。

王清任在《医林改错·卷下·痹证有瘀血说》中明确提出了“痹有瘀血”的学术论点，很多医家认为，痹证属风湿或风湿性关节炎或骨病，据考证，痹证所包含的病证还有骨质疏松症。“凡肩痛、臂痛、腰疼、腿疼，或周身疼痛，总名曰痹证。明知受风寒，用温热发散药不愈；明知有湿热，用利湿降火药无功。久而肌肉消瘦，议论阴亏，随用滋阴药，又不放。至此便云病在皮肤，易于为功；病在筋骨，实难见效。因不思风寒湿热入皮肤，何处作痛。入于气管，痛必流走；入于血管，痛不移处。如论虚弱，是因病而致虚，非因虚而致病。总滋阴，外受之邪，归于何处？总逐风寒、去湿热。已凝之血，更不能活。如水遇风寒，凝结成冰，冰成风寒已散。明此义，治痹证何难？古方颇多，如古方治之不效，用身痛逐瘀汤”。王清任有关痹证有瘀血说的论述，也提到“病在筋骨，实难见效”的说法，说明久病瘀血，病在筋骨，治疗有难度并提出了治疗痹证的诸多方法。

中国中医科学院中医临床基础医学研究所(100700) 徐桂琴
中国中医科学院中医药信息研究所 王树芬 邹建华

缺血性脑卒中的中医病因病机再认识

缺血性脑卒中归属于“中风”的范畴。目前多以内伤立论，五脏虚损、阴阳偏胜、心火暴亢、肝阳化风致气血逆乱，挟痰挟瘀横窜经络、上蒙清窍。通过临床实践以及对中医文献的分析，我们发现，指导治疗缺血性脑卒中的中风理论存在一些问题，在此我们予以再分析。

1 中风理论存在的问题

1.1 病机认识重整体标实，轻局部标虚

在急性期，目前一致认为为本虚标实，本虚指的是五脏虚损、气血亏虚；标实指的是风、火、痰、瘀。治疗的重点是熄风、清火、祛痰、化瘀等。患者从整体表现上的确为实证，但在整体标实的同时，还出现局部“标虚”的证候，即部分面部、肢体的肌肉痿软、遗尿、皮肤麻木等，按照中医分析属于气虚、气脱、精血虚等证象。缺血性脑卒中属于重证、急证，局部标虚证即肢体瘫痪、功能丧失等是该病的最主要的表现，也正是我们所要纠正的终极目标。但目前所关注的重点是风、火、痰、瘀等证，对局部标虚证的治疗是通过纠正整体实证来完成，即未重视局部标虚证。这是疗效不满意的第一个原因。

1.2 病机分析中因果有误

部分病机的推理过程是以果证因。即将见到的结果反推作为原因。张景岳：“精虚则气怯，所以眩晕卒倒，……非风卒倒，无非气脱而然”。王清任：“亏损元气，是其本源”。因见到肢体不用等虚证，便认为虚是中风的直接原因。因火而中是因为见到火证的表现，即烦躁、面红、舌赤、脉数大等。便认为“火”是中风的直接原因。因风而中是因为见到风证的表现，即动摇、眩晕、四肢抽搐、强直等证，便认为风是导致中风的直接原因。多数情况下，风、火表现并不出现于中风之前，而是在之后。综合分析后表明，中风后风、火证候频率明显大于中风前，说明中风本身就可以导致风、火，所以见到风、火证候，便认为中风由风、火引起的结论是片面的。因虚而中，有两种情况。(1) 临床中确实存在，部分患者为医源所致，此型中风，与张锡纯所论述的脑贫血是相通的。(2) 将中风后出现的虚证误认为是原因。在这里我们认为虚证是果，而不是因。具体分析详见后文。对病机因果推理的失误是导致疗效不满意的第二个原因。

1.3 病位分析有误

张仲景所论述的中风是内虚邪中，与现代医学中脊髓灰质炎、面神经炎、部分单神经炎、部分脑炎等疾病比较符合。这些疾病是由于经络、脏腑为外邪所中而致，临床表现为半身不遂、口眼歪斜、神志障碍等症状。金元后所述中风为内伤所致，与缺血性脑卒中基本符合，虽然临床表现相似，但经络中并无病邪所中，王清任分析：“经络所藏，无非气血……若为风火湿痰阻滞，必有疼痛之症，……由此思之，非风火湿痰所中”。因此，我们认为病位分析有误是导致疗效不满意的第三个原因。

2 对缺血性脑卒中的病位、病因病机再认识

2.1 缺血性脑卒中的病变部位分析

(1) 感觉与运动障碍的病位分析：《素问·玉版论要》云：“神转不回，回则不转，乃失其机”。中风患者所表现的是，皮肤有所

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·贼风》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:“凡治消瘿、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·痹论》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
中国人民解放军第三三三医院 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》^[1]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) 苓桂甘草汤:由茯苓、桂枝、甘草、大枣组成。主治脐下悸,欲作奔豚,小便不利。因汗后心阳虚弱,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,