

云:“《内经》云辛以润之,盖辛能走气,能化液故”,张景岳在《类经》中也写道:“肾为水脏,藏精者也。阴病者苦燥,故宜食辛以润之。盖其能开腠理,致津液者,以辛能通气也。水中有真气,唯辛能达之,气至水亦至,故可以润肾之燥”。皆说明了辛能润肾燥的机理是由于“辛能通畅气机,宣发阳气,推动阳运,使‘水津四布’,水津得以正常输布则‘润’的效果也就出来了”,而非辛味药本身质润所致。

而肺为气之本,主一身之气而司呼吸,其生理特点与肾脏大不相同,并无“水津”这一物质基础,这样辛味药下去后又怎么能起到“润”的作用呢?因此,后世医家提出辛润之法治疗凉燥的理论是不正确的,因为该法是用来治疗肾燥而不是治疗肺燥的,故而苦温甘辛之杏苏散也就不是治疗凉燥的代表方了,因为凉燥证缺少了“水液”这个物质条件,辛药无从润之。而其真正的病机应该是外感风寒、水饮内停之小青龙证,这样理解才能达到方证相符的目的。

4 从杏苏散分析凉燥的遣方用药

杏苏散乃治疗凉燥的千古名方,吴鞠通《补秋燥胜气论》云:“燥伤本脏,头微痛,恶寒,咳嗽稀痰,鼻塞,咽塞,脉弦,无汗,杏苏散主之”。吴氏在条文下自注云:“按杏苏散,减小青龙一等。此条当与下焦篇所补之痰饮数条参看,……若受重寒夹饮之咳,则有青龙”。注中两次提到小青龙汤,并道出杏苏散“减小青龙一等”,乃小青龙汤之轻剂。而小青龙汤出自张仲景《伤寒论》中第40条:“伤寒,表不解,心下有水气,干呕、发热而咳,或渴,或利,或噎,或小便不利、少腹满,或喘者,小青龙汤主之。”这里张仲景说得很清楚,小青龙汤治疗的主症是“伤寒,表不解,心下有水气”,这就是小青龙汤的适应证。因此,小青龙汤之所以能被广泛运用于临床各科,并取得“桴鼓相应,拔刺雪污”的疗效,就是因为在这各种各样的病种当中蕴涵着一个不变的证型——外寒内饮,而这就是本,就是“谨守病机,各司其属”的具体运用。

谢鸣著《方剂学》云:“杏苏散乃参苏饮去人参、葛根、木香,加杏仁而成”,而参苏饮临床上是用来治疗虚人外感,风寒袭肺的,谢鸣教授在书中解释道:“本方……宜于老幼体弱之人,外感风寒、内有痰湿之病证”,但临床上少有用它来治疗燥证,那为什么去掉人参、葛根这些有生(升)津润燥功能的药物后组成的杏苏散反而就可以润燥呢?很明显这是不正确的。

所以我们认为,杏苏散所治之燥实非燥也,更非“凉燥”,吴氏乃是言燥而非真有燥,其所论之凉燥者,假燥也!实乃小青龙汤证也。其真实的病机是外有太阳风寒表证,内有水饮停蓄,“从而导致内在的阳气受郁,失其宣散、温煦的功能,水津失去阳气的温化,无以输布到全身各处,所以局部出现暂时性的燥证(鼻塞咽干等)”。就象小青龙汤证中有“或渴”症一样,熊曼琪教授《伤寒学》是这样解释的:“水停为患,一般不渴,但饮停不化,津液不滋,也可口渴,但多渴喜热饮,或饮水不多”,所以这里的渴绝不能等同于热邪伤津所导致的渴。而杏苏散里面的燥证也不是真正的燥,更不会是“凉燥”,而是因为水饮内停,阳气受郁,体内之“水”不能输布全身而产生的假燥。这样用苦温甘辛之法才能取得桴鼓相应的疗效,因为辛甘发散为阳,而辛温之品亦能鼓动阳气,蒸发阳气,两者“共挽郁阳于重阴之中,重开阴霾,‘兴云布雨’,‘云雨兴布以后,天还会燥吗?’”

综上所述可以得出,医史上历代医家所论之“凉燥”并非真

燥,假燥也,实乃小青龙汤证之轻症耳!而杏苏散亦非治疗“凉燥”的名方,而是治疗“减小青龙一等”的风寒束表,水(痰)饮内停之经方。

表里、枢机与脾胃相关性浅识

孙文正¹ 陈燕² 高娜³

(1. 山东省即墨市中医院, 266200; 2. 山西省晋中市第一人民医院; 3. 山东省胶州市人民医院)

1 脾胃与脏腑的藏泻关系

脾胃与脏腑、表里的关系:《素问·五藏别论》说:“夫胃、大肠、小肠、三焦、膀胱,此五者,天气之所生也,其气象天,故泻而不藏,此受五藏浊气,名曰传化之府”,“所谓五脏者,藏精气而不泻也,故满而不能实。六腑者,传化物而不藏,故实而不能满也。所以然者,水谷入口,则胃实而肠虚,食下则肠实而胃虚。故曰实而不满,满而不实也。”可见,人体就是在五脏与六腑之间的藏泻、胃肠之间的更虚更实的活动下完成各种生理活动,维持生命的进程。这种藏泻的活动其实就是气机的运动过程。在外感或内伤的情况下影响了这个过程,即表病或里病影响了这种正常的藏泻、正常的气机运动。故气的运动可以看作是表与里的联系。表与里的联系是通过气的运动表达出来的,气的运动称为气化过程,而这个气化过程与五脏六腑都相关,但与脾胃、肾的关系最为密切。肾为五脏之根,为先天之本,又为封藏之本,受五脏之精气而藏之。胃为六腑之首,主通降,以降为和,受五脏六腑之浊气而泻之。肾与胃一藏一泻,其实是机体整个生命活动的反映。这个藏泻的过程在很大程度上需要脾胃这个枢纽来协调。脾胃者,后天之本,地处中州,为气血生化之源。脾胃两者一脏一腑,一阴一阳,亦可称为一表一里,通过脾胃之间的升降相因(脾以升为健,胃以降为和)来协调表与里及整个五脏六腑之间的藏泻过程。也就是说,单个脏腑表里之间的(如肺与大肠,心与小肠,肾与膀胱,肝与胆)的这种藏泻过程的整体总和是靠着脾与胃这对表里关系的藏泻来调节的。故脾胃为表里之间藏泻过程的协调者,此其一也。

脾胃与脏腑、营卫的关系:脾胃为气血生化之源,是营气、卫气的化生之处。营属阴,行于里;卫属阳,行于表,营卫其实就是脾胃之气,分化而出表里而行使不同的功能罢了。《素问·痹论》说:“荣者,水谷之精气也,和调于五脏,洒陈于六腑,乃能入于脉也,故循脉上下,贯五脏络六腑也。”《灵枢·营卫生会》亦云:“人受气于谷,谷入于胃,以传于肺,五脏六腑,皆以受气。其清者为营,浊者为卫,营行脉中,卫行脉外,营周不休,五十而复大会,阴阳相贯,如环无端。”故营卫在外可称营卫,在内其实可以理解为各脏腑之气。总结概括,营卫就是精气,精气藏于五脏;五脏为营卫之根,营卫为五脏之用。综上所述,营卫是由脾胃化生的精微物质,其根于五脏。同时营卫行使各项生理功能,表达五脏六腑的藏泻过程。由此可知,脾胃调节脏腑的活动可以通过营卫来表述,此其二也。

2 表里与枢机的关系

《伤寒论》首创六经辨证体系,三阳为太阳、阳明、少阳,三阴为太阴、少阴、厥阴,并且三阳与三阴是相对应的,即太阳与阳明,少阴与太阴,厥阴与少阳。《中国汤液经方》认为,太阳、少阴病为表阴、表阳证,太阴、阳明病为里阴、里阳证,厥阴少阳病

为半表半里之阴、阳证。我们认为,这里的半表半里,并非是指特定的部位而言,其实是人体的自然机能所组织的一种脏与脏、腑与腑、脏与腑之间的一种微妙的协调平衡,是联系表与里的一种纽带。从人体的阳气出入升降来看,阳气出于表,布于全身,则为太阳;阳气入于里,藏于里则归阳明,而阳气由表入里或由里出表的过程则称半表半里,其实就是气的运动。而控制这个出入的过程则称为枢。故阳气的出入运动是联系表里的纽带,表里之间的这种联系是靠枢来控制的。

3 十二经脉气血流注与脏腑藏泻与脾胃的关系

经络理论源于《足臂十一脉灸经》、《阴阳十一脉灸经》,以十二经脉系统为主干,气血在经脉中的运行是循环流注、如环无端的,而这种循环流注同样也是在表里经之间的相互流注的基础上建立起来的。十二经脉流注起源于中焦,因中焦为气血生化之源。“肺手太阴之脉,起于中焦,下络大肠,还循胃口,上膈属肺……”。可见,流注首发于手太阴肺经,继则为手阳明大肠经(肺与大肠相表里),又为足阳明胃经,足太阴脾经(脾与胃相表里)。此为一个小循环,继而进行下一个小循环,即心经(里) - 小肠经(表) - 膀胱经(表) - 肾经(里),再则心包经(里) - 三焦经(表) - 胆经(表) - 肝经(里),最后又注入肺经,开始又一轮的流注过程,循环无端。营气行于脉中,诚如《灵枢·营气》所指出:“营气之道,内谷为宝。谷入于胃,气传于肺,流溢于中,布散于外。精专者行于经隧,常营无已,终而复始,是谓天地之纪。”卫行脉外,《素问·痹论》云:“卫者,水谷之悍气也,……不能入于脉也,故循皮肤之中,分肉之间,熏于肓膜,散于胸腹。”而营卫又是相互联系的,如《难经·三十难》说:“营行脉中,卫行脉外,营周不息,五十而复大会,阴阳相贯,如环之无端,故知营卫相随也。”综上所述,经脉中的气血流注与营卫的循行密切相关,营卫是联系表经与里经的纽带,是表、里经之间气血流注的动力。营卫由脾胃所化生。因此,脾胃为枢对调节十二经脉气血的循环流注有重要的意义。换句话说,五脏六腑的藏泻过程乃至人体的生理活动与十二经脉的气血流注亦密切相关。

综上所述,从脏腑的角度来说,脏腑表里之间的藏与泻是维持人体正常生理活动的基础,而藏泻过程之间的这种协调需要中焦脾胃的枢转调和。脾胃为枢,即为藏泻过程的调控之枢。从伤寒六经来看,人体生命的各项活动无非是阳气的升降出入过程,而调控阳气入里或出表的过程即为枢,少阳为阳枢,少阴为阴枢。调控阳枢或阴枢是调节阳气正常活动的重要保证。从经络理论来讲,人的生命过程的正常运行有赖于十二经脉气血的循环流注,而流注活动亦与营卫枢机、脾胃密切相关。总结以上可以说,表与里的联系可以看作是脾胃之气、营卫之气,而表与里联系的过程、环节就是枢机。脾胃为枢就是整个五脏六腑活动、伤寒六经、十二经脉气血流注的反映。

略论大方临床运用的时代性

叶品良¹ 王 洪²

(1. 成都中医药大学方剂学教研室, 610075;

2. 成都中医药大学2006级博士研究生)

关于大方的定义,自古众说纷纭。先贤张志聪等以剂量重者为是,而恽铁樵则谓大方乃“凡聚四五十味药浑和之,使之正

负相消,宽猛相济,别出一总和之效方”,认为药多者为大方。凡此种种,莫衷一是。我们认为,所谓大方,是在中医辨证论治的指导下使用的遵循复方配伍原则的药味在15味以上且(或)药量偏重的方剂。

大方亦在七方之列,《素问·至真要大论》云:“奇之不去则偶之,是谓重方。”即言若用奇方(相对而言属小方)治病不能取效,则当选用偶方(相对而言属大方)。由此可见大方运用历史悠久。自《内经》后,古代医家对大方的运用也多有发挥,如《金匱要略》中的鳖甲煎丸、薯蓣丸,《宣明论方》中的防风通圣散,《证治准绳》所载之调营饮等。然纵观医史长河,古人对大方的使用频率并不高,大方的运用范围相对狭小,且当时的大方常在药味上偏多,而在药物剂量上则并无太大变化;再反观今之临床医家,临证遣方多有喜用大方者,大方的治疗范围不断扩大,其药味及剂量也常常是二者并重。深究其因,除有少数医家为牟利,昧心处方外,大方在今天日益受到重视也有其合理性和必然性,呈现出鲜明的时代特征。试从以下几个方面对此加以分析。

1 环境变迁和现代生活的不良习惯导致疾病谱系的多样化和复杂化,从而对临床遣药处方产生了重大影响。随着历史的发展和人们对自然界的影响不断加大,当今的社会环境和自然环境与古代相比都有了巨大的变化,而这也必然导致疾病谱系出现重大改变。据统计,近年来在我国大中城市心脑血管疾病和肿瘤的发病率已占据了前三位。另一方面,随着生活条件的日益优越,加之现代生活的快节奏、高压力所造成的诸多不良生活习惯,导致出现了许多新的疾病,如肥胖病、滋补病、空调病、网络综合征等。山东中医药大学王新陆教授^[1]认为,环境因素、精神因素和不良生活习惯已成为当今最重要的致病因素。而现代社会这种多因素的交错刺激与侵蚀,自然会导致人体多脏器、多组织受损,进而出现证候复杂的疾病,此时若采用单一的治疗手段或药物常常难以奏效,因此,中医药的多靶点治疗和整体调节也就成为时代的必然。大方则恰恰体现出了中医药的这种优势,其包含的诸多药物能进行多层次、多环节、多靶向的综合治疗,临床使用也常有事半功倍之效。

以成都为例,气候湿润,加之蜀地素来推崇火锅、腌卤等肥甘厚腻之品,故其人多患湿邪,纵然自觉无恙,视其舌象却常常可见舌红苔白腻或黄腻。一旦感冒,有医者单以麻桂或银翘等剂投之,每每难以取效。详加诊之,很多患者除外感表现外,尚有脉象浮中带滑,其人自诉时觉口臭、口苦、小便黄等,可知患者既有外感,亦夹内湿,且多有蕴热。当此之时,我们常在辨证后,一方面以蒿芩、三仁之属酌加泽泻、车前子等淡渗利湿药以清化内蕴之湿邪,使邪有去路;另一方面则视外感寒热不同而酌加辛温、辛凉之解表药以宣肺散邪。如此组合,诸药各司其职,方虽显大,却可表里兼顾,内外同治,验之临床也屡获效验。由此放之四海,各地由于不良生活习惯所导致的疾病临床证候复杂化、多样化的例子比比皆是,如此势必影响医者的临证处方,而遵循复方配伍规律的大方往往是个不错的选择。

2 中药的耐药性导致药物使用时剂量偏大。中药也有耐药性,这个观点正被越来越多的医家所认同和接受。古人云:“是药三分毒。”这个“毒”我们不妨还可以理解为药物所产生的耐药性。现代中药药敏试验也证实了中药也具有耐药性。如此,当代医家在临证遣方时就不得不考虑这个因素,在使用某些药物时适