

· 百 家 园 ·

辨证时弊砭

蒋 文 跃

(北京大学医学部中西医结合教研室, 100083)

目前,在现代医学占主流的大环境下,中医辨证治疗往往陷入以生化检查指标为中心的误区,将现代以病理为定义的疾病与中医辨证对应挂钩,治疗目的就是为降低或升高某些病理指标,业已形成一种为害匪浅的流弊。这种流弊甚至渗透至中医教科书中,学子奉为准则,不少业医者迷途不返,空叹病之不治。

1 感染/炎症即热毒论

微生物侵入人体后,人体基本反应即是调动其应激防御体系以消灭或限制其繁殖,因而炎症和发热仅是机体保护反应的信号。发热和炎症确实是微生物触发,但并不是微生物产生的,所以不存在感受热毒的说法,对此,《伤寒质难》有形象的比喻,说鱼产卵需水环境,但产卵者鱼,而非水^[1]。因而消炎与清热实是抑制人体的保护反应。有研究显示,给感染病毒的发热儿童服用退热药,结果服用退热药的儿童发热虽然控制,但患儿的抗体产生水平低于未服退热药组,炎症病程也长于未服退热药。事实上,发热并非均是热证,更不一定是热毒症。可如今临床上一见感冒发热便予“清开灵”、“双黄连”。更不用说,许多非特异性炎症根本与发热毫无关系。

从进化的角度来看,一个微生物的抗原进入人体,如果与人类的亲缘关系越远,人类对抗原越陌生,那么人类的反应就会越强烈。许多烈性传染病的病原体的抗原往往也是人类接触极少的,所以此类病原体一旦进入人体,人体就会有很强的保护反应,所谓“邪正抗争强烈”。这就是为什么许多烈性传染病往往会表现出所谓的温病类型。近年的传染性非典型肺炎(SARS)、禽流感等只要是人类首次接触的病原体,人体无不表现出“温病”现象。并非病原体本身属温属寒,而是我们的免疫系统对此类的病原体只是比较陌生、反应强烈而已。问题是人体是否经得住这样的反应,如果能经得住这样的过程,此类疾病均是可自愈的。

审视对温病的治疗即可明白,对温病的治疗无非是保护这样的反应,或修复在这一反应过程中对人体的损伤。在温病治疗中,医家常告诫,寒凉法过早使用或病中过久使用常被解读为引邪入内或伤及阳气,其原因即是寒凉药能抑制人类对病原体的抗病机制,而病原体则蛰伏体内,一旦机体正气恢复,对病原体的反应重燃,此即所谓“引邪入内”。再比如,当人体在这一反应过程中因高热伤津致肠道失于通下,泻下或养阴即是保护人体的自调能力,使肠道内的毒腐物不损害人体的自修复能力,其治疗并非是针对病原体本身,且疗程必须是中病即止,因为寒凉药本身即是抑制反应体系。还有所谓辛凉解表或透营转气等治法,从寒凉派的刘完素到药主清灵的温病大家叶天士,其治病的核心思想无不强调“透郁”一词。此即一方面使发热炎症有散热排除毒素及代谢产物的出路,另一方面,用药不可使反应业已亢奋的状态更加炽热。当然,清热药中确有许多成

分有抗微生物的作用。但不要忘记,温热药中同样有大量的抗微生物成分,为何此时用不合适呢?其原理即在于中医清热或散寒并非针对病原体本身,而是针对机体的全身状态。机体在对抗微生物时所出现的整体代谢亢奋(即所谓热证),如果过亢或过久对机体的自愈体系也会造成伤害,表现为消耗增加(即伤阴液)、代谢废物增多、神经系统兴奋(即扰神)、血管扩张渗出增加甚至出血(所谓湿热或出血)等。清热法的治疗也是围绕着修复机体展开。

2 糖尿病即消渴阴虚论

以往将糖尿病称为消渴是指此病发病时中晚期的表现。古代并无测血糖之技术,患病初期血糖升高,如无症状,病家与医家均无从得知。往往至患者出现明显症状如口渴喜饮、易饥多食、消瘦乏力时才感知。按现代标准,此时已属糖尿病晚期,由于长期的血糖及其它营养物的丢失,机体经过长期的消耗,故当属消渴或气阴亏损。然而现在绝大多数糖尿病常在体检时发现,甚至血糖未异常前,在糖耐量异常时即被发现,此类患者固然有阴虚者,然更多的是痰湿内蕴。患者常见形体肥胖、脘腹痞满、大便黏滞不畅、舌苔厚腻,患者毫无阴亏津伤之迹象。再有即便是现代的长期糖尿病患者,由于多数患者一开始即服用西药降糖药,发展至多饮、多食、多尿、消瘦的机率大大减少,所以即便长期糖尿病患者,出现或“消”或“渴”的亦是少数。然而一些医家不加辨证,一见血糖升高,即断之为“消渴病”,施之以益气养阴已成常规。据笔者接诊患者中,现今糖尿病患者十之八九无阴虚表现,更谈不上“消”与“渴”。令人遗憾的是,现代的诸多中医内科教材,仍想当然地将“糖尿病”辨证分型定为不是上、中、下三消,便是肺热、胃热、肾阴不足云云。

无论是高血糖或高血脂,其病理本质即是机体能量摄入利用与代谢利用能力或消耗之间失去了平衡。如果能量摄入超过人体的代谢利用能力即会在身体贮积起来或以病理形式排出体外。国内外研究显示,2型糖尿病初期,运动仍是最佳的治疗,即增加氧化消耗,按中医本质,即“化有形之阴为无形之阳”。甘腻厚味均属阴质之物,如果人体脾肾阳气旺,能有效地将阴质之甘甜厚味转化为阳气或运化吸收储存起来,甘厚之物就不会变为痰湿。所以对于糖尿病未发至晚期的消耗阶段,其合理的治疗应是化痰祛湿或温阳化气,或稍佐滋补肾阴以制温燥,临证需根据患者的具体的症状来决定合理取舍。笔者在临床上,施以温肾健脾法治疗许多糖尿病患者均取得较理想的效果。基础研究表明,一些药物如苍术、肉桂、巴戟天、干姜等温药同样可降血糖^[2-4]。故盲目地将高血糖或糖尿病与消渴病或阴虚等同是不正确的。

3 高血压病即肝阳上亢论

一见高血病即施以平肝潜阳已为目下多见的常法。然而高血压病并非均见阳亢,部分即便见阳亢亦是表象。人体具有复杂的自适应机制,除外伤或出血等一些急性危急症状外,绝大多数症状可以用来帮助我们分析机体的适应状况。血压升高也是同理,我们在降压治疗前首先要问机体为何会升高血压?血压升高从本质上讲,是机体的保护性适应。如果外周血管管腔变窄或血液变稠,机体为了保证有效的组织血液灌注,必须升

高血压以克服阻力。脑是对缺氧最敏感、耗氧最多的器官之一，人类是直立动物，所以血压升高出现主观症状以头部多见。这也是中医将高血压病的头痛眩晕称之为阳亢的重要机制。中医学中，血液的分配输布的调节器便是肝，所谓“肝主疏泄气血”，故阳亢之定位多与肝有关。与糖尿病情况类似，高血压病初期症状不显时在古代同样不可知，大多在血压升高明显、甚或危象及因高血压导致脑血管意外，并出现脑部急性反应症状时就诊。此时多见面赤、头痛、眩晕等，自然以“阳亢”见证居多。急者治其标，此时治疗以挽救生命作主导，自然以镇肝阳熄风为主。然此病的病根并非因肝阳有余。笔者发现，现今就诊的高血压患者初期表现有热象的占少数，更没有阳亢的症状，或即便出现面热潮红、头痛眩晕等，但其舌象胖大淡紫、苔白腻，大便黏滞不爽占多，可见其头面部症状是继发的虚阳表象。

高血压病虽然以血压为定义指标，但高血压病的病理本质并非血压增高一项。血管硬化致内径的变窄、心功能的下降、容量的增加、血液黏稠度的增加、小血管的痉挛等均可引起血压的上升。这些病理变化，无法单纯以“肝阳上亢”一概而论之。其辨证分型有痰湿（如血脂血糖升高引起血黏度升高，继而导致血压升高）、心阳虚（如心功能下降致血液回流受阻）、肝郁（如精神紧张致血管持续收缩致高血压）、血瘀等。事实上，高血压患者往往存在着多种证型的混杂，且各因素间互为因果。笔者检阅各类教材及论著，多数认为，高血病的阳虚多见于疾病严重时的晚期，这种观点是不符合临床实际的。近年来西医将高血糖、高血脂、高血压或高尿酸等定义为“代谢综合征”，反映出对这一类疾病病理机制认识的深化。因而高血压病治疗策略的优劣也并非单以血压指标改善来衡量。而是应以对高血病患者的全身症状的改善，远期更应以其寿命和生存质量为标准。事实上，单纯降压药治疗，降压效果反而不理想，同时采取降糖、降脂、改善血流变、镇静等措施，降压药疗效大大提高。高血压病倡导的复方制剂，其原理就基于此。

4 冠心病必用活血化瘀药论

冠心病的现代病理机制是冠状动脉缺血，自然存在着血液动力学及流变学的异常变化。而血瘀证的证本质研究已使人将血液流变指标异常与血瘀证对等。因而理所当然认为，凡是冠心病必有血瘀证，既有血瘀证当然用活血药。笔者以为，这样的认识是偏颇和不完全符合临床实际的。尽管临床上冠心病患者中，血瘀证型确实常见，但亦有相当一部分患者其表现并不符合血瘀证的传统诊断标准，不一定要用化瘀药。一部分冠心病患者系痰湿阻滞或心肾阳气不足，导致气机不畅，同样可致胸闷胸痛。这类患者并未有明显的中医血瘀见症，用化痰温通法治疗较活血化瘀法更理想。张仲景治疗胸痹的瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤等方中没有一味现代意义上的活血药，化痰温阳同样可化瘀滞治胸痹。事实上，痰湿脂浊阻滞型或阳虚型冠心病并不少见。

5 肝炎即肝病论

中医之肝自然有西医解剖意义上肝的内涵，但中医肝的功能，如疏泄气血，已超越解剖生理学肝的范围。因此，中医归肝经的药不一定是现代意义肝病的药。另一方面，中医脾的运化水谷却包括了西医肝的代谢功能。从临床上讲，肝病患者老的表现，如黄疸或胁痛、肝肿大等可以认为肝经湿热或肝经气滞血瘀，但许多肝炎患者，有时仅见腹胀、恶心、厌食、便溏、乏力

等，按中医理论，毫无肝脏或肝经病变的表现，应属脾胃湿热或脾胃寒湿或脾虚湿困。可见西医之肝炎并不一定是中医的“肝病”。但现在的情况是，许多人只要听说是肝炎，就认定肝经湿热或肝气郁滞等，其诊断并不出于中医理论。在这一指导思想下，其治疗当然是清利肝经湿热，茵陈、栀子、郁金之辈是免不了的。究竟温脾化湿，或健脾利湿治法是否不如清利肝经湿热，这当然有待专门的课题来论证，但从脾胃入手治肝炎病取效的医案报道并不鲜见。

参考文献

[1]祝味菊述,陈苏生记.伤寒质难[M].福州:福建科学技术出版社,2005:30.
[2]阴键,郭力弓主编.中药现代研究与临床应用(1)[M].北京:学苑出版社,1993:346.
[3]胥新元,彭艳梅,彭源贵,等.肉桂挥发油降血糖的实验研究[J].中国中医药信息杂志,2001,8(2):26.
[4]Olajide OA,AAwe SO,Makinde JM,et al.Evaluation of the anti-diabetic property of Morinda lucida leaves in streptozotocin-diabetic rats[J].J Pharm Pharmacol,1999,51(11):1321-1324.
[5]蒋文跃,杨宇,李燕燕.化痰药半夏、瓜蒌、浙贝母、石菖蒲对大鼠血液流变性的影响[J].中医杂志,2002,43(3):215-216.

浅析《尚论篇》对《伤寒论》的创新

夏 晨

(浙江省嵊州市中医院,312400)

《尚论篇》亦称《尚论张仲景伤寒论重编三百九十七法》，其作者喻昌，字嘉言，现将其有关伤寒的理法方药的创新点浅析于下。

1 提出“阳明之表”

喻氏提出“阳明之表”的说法，桂枝汤、麻黄汤分主太阳之表，葛根汤总主阳明之表，小柴胡汤总主少阳之表，三阳经合并病，即随表邪多寡定方，丝丝入扣，喻氏提出“仲景于太阳经中，有兼带阳明经者。其风伤卫，则桂枝汤中加葛根，其伤寒伤营，则麻黄汤中加葛根，合、并之病亦然”，即证属“阳明之表”时，即可用葛根及葛根汤类。但是阳明经证、阳明腑证均不宜用葛根，无论是阳明经证大热、大汗、大渴津液不足，还是阳明腑证胃燥阴亏津液不足，均不宜用解表发汗之葛根等，其理由是“本经前条有云，阳明实，因发其汗出多者，亦为太过，太过为阳绝于里，亡津液，大便因硬也，是阳脉实者，不可过汗，且阳明主肌肉者也，而用葛根大开其肌肉，则津液尽从外泄，恐胃愈燥而阴立亡，故不用者，所以存津液耳”。阳明篇，阳绝即亡津液之互辞。总之，阳明之表，可用葛根。阳明经证、腑证俱不可用。

2 提出“惊风”实质

厥阴病篇中“伤寒一二日至四五日，厥者必发热，前热者后必厥，厥深者热亦深，厥微者热亦微。厥应下之……”，厥而发热，热深厥深，上攻而成喉痹，下攻而便脓血，此纯阳无阴之证，这与甚《寓意草》中小儿惊风可相互印证。喻氏认为“惊风”证乃前人凿空妄谈，后之小儿受其害者，不知凡几。惊风一证，小儿生死大关，其实质为外感高热惊厥。