

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。

3 提出传经特殊情况

喻氏认为,“凡治伤寒之诀,起先惟恐传经,传经则变生。其后惟恐不传经,不传经则势笃。”早期邪未深入而病浅,须积极祛邪以防其传经而入深,即惟恐传经。其后若邪已深入而变深,须视病情扶正祛邪以使邪传经而出,即惟恐其不传经。

虽云伤寒传足经不传手经,但喻昌指出,柴胡加龙骨牡蛎汤证,此即伤寒八九日,误下后所致邪未传阳明而入手少阴心经之变,不能以治足经之法治之。

又如邪传阳明,必须首先明了胃热之炽否,津液之竭否,里证之实否,不能盲目应用亡阳必急回其阳,否则为先竭其阴的误治,故不能滥用四逆汤。

伤寒,阳脉涩、阴脉弦,法当腹中急痛,先与小建中汤之缓和和其急,散其在里之阴寒。但如果出现疗效不佳,则弦为少阳之本脉,而涩乃汗出不彻,腹痛乃邪欲传太阴,则用小柴胡汤以和阴阳。

4 革新《伤寒论》编次

喻氏认为,王叔和编次的《伤寒论》有失原貌,林亿的校正和成无己的注解存在较多过失,有割裂仲景原文之嫌,他采取整移改削法,进行错简重订,卷一为太阳经证治,以风伤卫为上篇,五十三法;寒伤营为中篇,有五十八法;风寒两伤营卫为下篇,载二十四法。卷二为阳明经证治,以外邪初入阳明而太阳未净者,即“太阳阳明”为上篇,载三十九法;以外邪已离太阳而未接少阳,即“正阳阳明”为中篇,载三十一法;以外邪已趋少阳而未离阳明,即“少阳阳明”为下篇,载三法。卷三论述了少阳经证治及合病、并病、坏病、痰病等,其中少阳经证治二十一法,合病九法,并病五法,坏病二法,痰病三法。卷四囊括了三阳经证治及过经不解病四法,差后劳复病六法,阴阳易病法等,其中太阴篇载九法,少阴前篇二十五法,后篇十九法,厥阴篇五十五法。

5 活用《伤寒论》辨证用药

喻氏对《伤寒论》的方药从病机、治法、用药进行了分析,有是证用是药,证变药亦变。

喻氏认为,麻黄升麻汤证中泄利不止的病机是阳气下陷;葛根芩连汤证乃热邪已入阳明;桂枝加附子汤证中“小便难”的病机有2个方面,一是津液外泄而不下渗,一是卫气外脱而膀胱之气化不行。茯苓甘草汤用桂枝汤中之三,五苓散中之一,以示三表一里之意等。

对于表里寒热之不同,可通过寒热药配伍比例的不同进行治疗。如用“白虎则表热不解,用青龙则里热转增”,则惟于大青龙汤中倍增石膏,稍减麻桂,或见寒多风少,则用麻杏石甘汤,亦倍增石膏,稍减麻黄。又如芍药在解表方药中的应用,“勿焉去芍药为大青龙,而升天兴云雨,勿焉存芍药为小青龙,而潘泥润江海,勿焉用桂枝二越婢一,而细雨湿泥沙”,即根据欲发汗与不欲发汗,营伤与否等情况,决定用或不用芍药,及其与他药的配伍比例。喻昌曾攻举子业,乃饱学之士,其文穿插着骈偶句,让人感受到行云流水的韵味。

卫行脉外,风伤卫之证,皆伤其外,外者,肌肤也。汗法,有太过、不及之变,太过则邪未解而先扰其营,甚则汗不止而亡阳,不及则邪欲出而早闭其门,必致病不除而生变。喻氏认为,但取解肌以散外,不取发汗以内动血脉,更不取攻下以内动脏腑。只一桂枝汤,遇时令温热,则加黄芩,名阳旦汤,遇时令凉寒,则加桂,名阴旦汤,目的是使周身紫紫似乎有汗,皮间毛窍

暂开而邪散,桂枝气、味俱薄,服过片顷,其力即尽,恐药力易过,借热稀粥以助其缓,令肌窍不致速闭,而外受之邪,尽从外解。

喻氏认为,脾约用润下缓攻之法,宜早不宜晚,其成因是由于平素津亏,阳明胃实,“若夫脾约之症,在太阳已即当下矣,更何待阳明耶?”等邪入阳明下之,恐无救于津液,故虽邪在太阳,即用麻仁丸缓下润其肠,使外邪不因峻攻而内陷。

喻氏对《伤寒论》五苓散注曰:“不行解肌反发其汗,至津液内耗烦躁不眠,求救于水,若水入不解,脉转单浮,则无他变,而邪还于表矣;脉浮本当用桂枝何以变用五苓耶?盖热邪得水,虽不全解势必衰其大半,所以邪既还表其热亦微,兼以小便不利,证成消渴,则府热全具,故不从单解而从双解也;凡饮水多而小便少者,谓之消渴里热炽盛,何可复用桂枝之热?故导湿、滋汗、清热,惟五苓有全功耳。”五苓散证是围绕一个外感之邪误治失汗或误下,表里邪热相结,结热伤津成燥,水津失布,小便不利的病机规律发展的,而这个证的成因是太阳中风失汗或过汗,致太阳经腑同病而表里皆热,热邪影响膀胱水道气化。

《傅青主女科》带下篇治肝思想浅析

程 凤 花

(郑州大学第三附属医院脑瘫康复中心, 450052)

《傅青主女科》论理识证不拘前人,制方用药独具特色。现就其《傅青主女科》带下篇中之治肝思想分析如下。

1 傅氏治肝之理法

傅氏认为,“脾气之虚,肝气之郁”,再加以“湿气之侵,热气之逼”,则成诸般带下。若“湿盛而火衰,肝郁而气弱,湿土之气下陷,是以脾精不守,而不能化荣血以为经水,而反变成白滑之物”,则成白带;若“肝之性既违,则肝之气必逆,气欲上升而湿欲下降,……而走于带脉,遂从阴器而出”,则成青带;若“肝经之郁火内炽,下克脾土,脾土不能运化,而致湿热之气蕴于带脉之间,而肝不藏血,亦渗于带脉之内”,则成赤带。观傅氏之论带下,均与肝脏密切相关,而肝脏病变中,又以肝郁最为常见,以肝郁可克伐脾土;郁久则化热化火;化热化火,又可迫血妄行,故肝郁是肝脏病变之基础。

历代治肝郁者,多作实证治之,以疏达肝气为要,或伍养血,或伍益气,但总以疏达多,而补益少。傅氏则不然,从带下篇之组方用药来看,其治肝郁以养为主,以疏为辅。傅氏如此之治,自有其理。《本草新编》(此书作者陈士铎系傅氏传人,故此书诚系解读傅氏之书的最佳参考)芍药解下谓“世人用香附以解郁,而郁益甚,一多用芍药,其郁立解,其何故也?盖郁气虽成于心境之拂郁,亦终因于肝气之不足,而郁气乃得而结也。用芍药以利其肝气,肝气利,而郁气亦舒。但肝因郁气之结,则虚者益虚,非大用芍药以利之,则肝气未易复,而郁气亦未易解也”,其香附解下又谓“用香附为君,以治妇人之病”,“暂服未尝不快,久之而虚者益虚,郁者更郁”,故“气虚宜补,必用参、芪;血少宜生,必须当、熟”。所以在傅氏看来,患者肝郁多因于肝虚,且肝脏体阴而用阳,妇人又以血为本,故治当以养为主,而以疏为辅。

若系肝经火热之证,就带下篇而言,或由郁久而化,或是血亏而生。其来由虽有不同,傅氏仍治以养血为主,或佐疏达之