

疗效。辨证论治遣方用药的形式概括起来有 3 种。

法无定法,方无定方,随证用药:如治腹泻,事先并未予定使用什么法,什么方药。辨证属脾胃气虚者选用四君子汤等;属脾胃虚寒者可用附子理中汤;脾肾阳虚者可用桂附理中汤合四神丸;脾胃寒湿者可用藿朴夏苓汤,藿香正气散等;脾胃湿热者可用六合定中汤等。

法有定法,方无定方,辨证论治:这是根据疾病的一般规律,如冠心病,使用活血化瘀法,并根据需要,随证加减,如有的需要活血益气,选用益气活血合剂(黄芪、党参、黄精、丹参、赤芍、郁金),有的气滞血瘀则可选用冠心Ⅱ号(丹参、川芎、红花、赤芍、降香),有的阳虚血瘀,则可使用参附桃红四物汤。

方有定方,法无定法,随症化裁:在长期的实践中,有的老中医对某一方剂应用入神,随机化裁,不仅应用广,而且疗效好。如有的中医擅用小柴胡汤解表、调内,用治三焦病证。

辨病论治可以是一方,如治子宫肌瘤的桂枝茯苓丸,治一般结核、结节、纤维瘤等的消瘤丸等等,也可是单味药,如治喘的麻黄、射干;治疗高血压的天麻、地龙、钩藤;治疗类风湿的雷公藤、红芽大戟;治疗糖尿病黄连、人参、荔枝核;治疗结核病的狼毒等。辨病用药的药性可逆证属,也可顺其性相辅相成。但重要的是药贵妙用。

2 重视剂量,心细胆大

经方派用药特点是遣方药味少,但各药的剂量大,创始人是汉代张仲景。时方派用药特点是药味多,各药的剂量小,盛于宋代。由于研用经方的医者较少,精通又有一定的难度,而使用时方受其影响者较多,再加上《中华人民共和国药典》(简称《药典》)的规范和医者的自我保护意识,当代在药物的剂量上医者非常谨慎,普遍偏小。张树生老师认为,就一般而言,《药典》的许多中药的剂量已不合时宜。他认为,药物的剂量对药物的作用影响很大。如《药品化义》:“红花,普通利血脉,为血中气药,能泻而又能补,各有妙义。若多用三四钱,则过于辛温,使血走散,……若少用七八分,以疏肝气,以助血海,大补血虚,此其调畅和血也;若只用二三分,入心以配心血,解散心经邪火,令血调和,此其滋养而生血也;分量多寡之义,岂浅显哉。”剂量不同,作用不同。药物剂量问题,直接影响到临床的疗效,这需要根据患者的体质,内补邪之大小浅深,病之轻重缓急等的实际需要而定。他还强调,现今的用药剂量应大于《药典》,亦应大于古代(经方除外),这是因为现代人生活条件、体重、体质以及疾病谱都有变化。特别应该指出的是,现代中药的质量不比古代,古代野生的多,而现代多为栽培或养殖。由于野生与栽培的生态环境、生长周期、采摘期等不同,致使药物的质地差异较大,使用这些药物就要切合实际加大用量。

3 一体多病,注重阴阳配伍

寒热并投:由于患者的体质差异,感受邪气后,同化、异化则有所区别,其证寒热夹杂者常有之。如张仲景治上焦之大青龙汤、越婢汤、小青青龙汤加石膏等。方中都有麻黄与石膏。麻黄辛温,散寒攘外;石膏辛甘大寒,清热安内,寒热并行不悖。又治中焦之痞,寒热互结,张仲景创制半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤等,使用黄芩、黄连与干姜、半夏寒热并投。不仅切证,并且除邪而无偏弊之害,即用热药,祛寒而不犯热,用寒药除痞热亦不犯寒。

补泻相济:一般而言,脏病多虚,腑病多实,而虚实夹杂者,

亦常有之。况且邪之所凑,其气必虚,实致虚,虚致实,故虚实夹杂者多有之。治则补泻并施,泻药有补药相济,则泻不伐正,补药有泻药并行,则补不壅滞。如《伤寒论》:“发汗后,腹胀满者,厚朴生姜半夏甘草人参汤主之。”方中厚朴下气消胀,生姜降逆温中,宣通阳气、半夏降浊。人参、甘草益气健脾。补之泄之,补虚不犯壅滞,行滞不伐正气,阴结散,虚满消,此补泻相济之妙也。

动静结合:药有动静之分。一般说来,益气、养血之药谓之静药,理气活血之药谓之动药。仲景用药动静结合,相辅相成,亦为用药之楷模。如“发汗后,身疼痛,脉沉迟者,桂枝芍药生姜各一两人参三两新加汤主之”。气虚血少,隧道窒涩,卫气运行不畅,而身疼痛。方中人参大补元气之静药。合于桂枝辛温通阳之动药,则通行内外;芍药补血,味酸收敛而主静,配以姜、桂之行散则不滞不敛,此动静结合,使虚得补,气血畅通,则无疼痛。

开阖并用:开,祛邪外出。阖,指收敛固涩。对于某些病证,张仲景采用了一面祛邪一面固正的开阖并用法。如太阳中风,用桂枝汤。方中桂枝味辛性温,散寒通阳,其用为开;芍药味酸性寒,酸能收敛,寒能营养,其用为合。二药一温一寒,一辛一酸,一开一合,发汗中寓敛汗之旨,祛邪中有扶正之用,配伍之妙可见一斑。又风寒束肺,肺失宣降,气化不布。痰饮停胸。张仲景治此每多使用五味子与细辛、生姜配伍,如小青龙汤、射干麻黄汤等。生姜、细辛辛温散寒,温肺化饮而主开,五味子味酸,敛肺保津而主合。一散一收,一开一阖,则邪去而不伤正,饮化而肺得宣降,故有较好的止咳效果。

张老师认为,张仲景阴阳配伍不只这些,仅举例而已,且可触类旁通,在实践中引申拓展,阴阳配伍用药的原因也不只是患者有阴阳错杂之症。反佐也是提高疗效的重要方面,如他治疗寒证使用热药,往往反佐凉药,使热去而津无伤。治疗热证使用寒药,往往反佐热药,使热去而阳气无损。治疗阴虚使用滋补药,往往反佐芳香悦脾,使阴得补而无腻滞;治疗气虚使用益气药,往往反佐理气之品,使气得补而无壅滞。这些阴阳配伍,可扬药物之长,而避药物之短,对提高疗效也很有益。他强调,一体多病的患者较多。由于脏腑的组织结构不一,功能各异,禀赋不同,脏腑的厚薄强弱,脆柔有别,再加上受邪不同,同化异化等千差万别,因而对一体多病者,各病的病机,病症比较复杂,而夹杂证较多,急需要阴阳配伍治疗。

浅谈脾胰同源

沈桂祥

(江苏省无锡市惠山区康复医院,214181)

“糖尿病病在胰,胰归属于脾,故绝大多数病人从脾论治,治脾即是治胰,脾的运化恢复才是真正的降糖之道”;“西医所说的‘胰’包括在中医‘脾’的功能中。因此,中医治‘脾’,也包含了治‘胰’在内”;“中医学的‘脾’,主要是一个主运化的功能单位,而非西医学的解剖学单位”。

以上引自著名中医药学家朱良春教授的学生何绍奇在 2002 年 12 月 25 日给笔者的来信(以下简称《信》),后以《何绍奇谈糖尿病中医治疗》为题,发表于 2006 年第 6 期的《中医药通报》,以及 2002 年 9 月 2 日何绍奇先生在《中国中医药报》发表的《我治糖尿病》和 2003 年 2 月 10 日发表的《关于糖尿病的若干

问题答读者问)(以下简称《答问》)。此说开“脾胰同源”之先声,对提高中医药治疗糖尿病的理论和实践研究,提供了新的思路,具有一定的指导意义。

中医学未明确提及“胰”脏。西医学认为,胰脏是除肝脏之外的第二大消化腺体,它分泌的胰液是消化液中最重要的一种。胰岛是分布于胰腺腺泡之间的细胞群,其中 α 细胞分泌胰岛高血糖素,与胰岛素拮抗; β 细胞分泌胰岛素,能降低血糖。就糖代谢而言,血糖升高时,胰岛素分泌增加,使血糖降低;血糖降低时,胰岛素分泌减少,使血糖升高。胰岛素分泌缺陷及/或生物效应降低(胰岛素抵抗),会使血糖升高,导致糖尿病的发生。

何绍奇先生在《答问》中说:“中医的脾,其主要功能是‘主运化’,也就是把饮食物的精微,通过肺的气化作用而敷布全身,这一功能又叫‘转输’、‘散精’”。而西医学认为,胰脏分泌的胰酶参与食物中淀粉、脂肪、蛋白质的消化,并促进脂溶性维生素的吸收;胰岛素参与血糖的调节,促进糖、脂肪的合成与贮存,促进蛋白质、核酸合成的作用,均与中医学“脾主运化”的功能不谋而合。脾胰同源,胰的功能包含于脾的“转输”和“散精”之中。

糖尿病其典型症状为“三多一少”,即多饮、多食、多尿、消瘦,属中医学“消渴”范畴,《素问·奇病论》谓:“此肥美之所发也,此人必数食甘美而多肥也。肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴。”精辟地论述了糖尿病(消渴)的病因病机,与饮食不节,恣食肥美甜腻食物,脾失健运有关。内热中满,湿热郁积,脾运失司,耗气伤阴,气阴并亏。

《答问》中说:“至于脾虚的原因,主要有四:一是饮食,二是劳倦,三是缺少运动(金代刘河间称之为‘逸病’),四是肝气郁滞,影响及脾(古称‘木乘土’)。饮食因素实据其首位”。“脾虚失取,于是上奉者少,流失者多,糖尿病之‘尿糖’,就是精微的流失”。又说:“脾与胃相表里。胃主纳,饮食太多、太好,或暴饮暴食,远远超过脾胃负担,初尚不觉,久之必然伤肾损脾,既伤脾胃之气,也伤脾胃之阴。气虚则功能衰减,纳化皆失其常,阴虚则热自内生,津液为之消烁。于是‘三多’(多饮多食多尿)、“一少”(体重减轻)、“一乏”(乏力)的典型症状就出现了,其合并症如肥胖、高血脂、高血压也纷至沓来,甚至出现得更早,且往往和糖尿病互为因果”。这类患者多形盛气虚,用中药降脂,何《信》谓“不治脾不能为功”,洵非虚言。

《答问》认为:“糖尿病初、中期多为气阴两虚,其病在脾;中、后期则肾、心、肝、肺四脏皆受其累”。气虚为主的,常以健脾

益气为主,适当佐以养阴药;阴虚为主的,以养脾胃之阴为主,适当佐以益气药,阴虚燥热而渴饮无度、消谷善饥的,则加清胃降火之品。阴虚责之于肾。何文《我治糖尿病》中说:“阴虚责之于肾,中老年的阴虚,多为肾阴亏耗(年幼的糖尿病患者,则为先天不足),可由五脏六腑虚损引起。这就是张介宾说的‘久病不已,穷必及肾,害必归阴’。阴虚则阳亢无制,水火失衡,五内燔灼”。“肾虚虚表现为渴而多饮多尿,夜尿多,头晕目眩,腰酸脚软,体重骤减等”。然肾为先天之本,脾为后天之本,互济互补,肾阴虚极,仍须脾肾兼顾;糖尿病气虚阴虚是本,所夹瘀、痰、湿(湿热)、气滞诸症,皆是标证,急则治标,原则上仍应紧扣气虚阴虚之本进行调治。此即所以“绝大多数病人从脾论治”也。

中药降糖疗效确凿,中药益气、养阴、活血、健脾可以有效地预防或推迟诸如心脑血管病等并发症的发生。笔者学习何先生糖尿病从脾论治的学术思想,并参考其辨证用药的经验,如降糖验方“四桑汤”(桑叶、桑椹、桑白皮、桑寄生)的运用和变通,疗效显著提高,一些糖尿病的并发症也得以较好地改善和控制。何先生的《信》、《答问》以及《我治糖尿病》,对于糖尿病的辨证施治、方药的具体运用及案例介绍甚详,兹不赘述。他的“治脾即是治胰”,“脾胰同源”的思想,当是学术上的创新。

也谈足跟痛的外治疗法

刘 茂 祥

(黑龙江省大庆市中医医院, 163111)

2002 年底笔者曾遇一女患者双侧足跟痛,适逢阅读贵刊 2002 年第 5 期及第 8 期的“专题笔谈”栏有关于补骨脂外用治疗足跟痛的文章,遂按其方法,即补骨脂 10g、吴茱萸 10g 研末,装入鞋跟大小的布袋中,垫于鞋内后根部。第 2 日患者即来告知,足跟痛显著减轻,当时患者还未服笔者所开汤药,无疑是外用药的作用。患者一共垫了 10 天,中间换药一次,足跟痛痊愈。5 年间共用这种方法治疗 10 余例足跟痛的患者,均取得痊愈。而且起效很快,一般在 1 周左右。而且发现足跟痛患者中医辨证总归为肾虚,男子多为房劳后,女子多为人工流产后,所以笔者临床中多配合补肾中药内服,此 10 余例随访均未复发。可见本法是一种方便有效的治疗足跟痛的外治疗法。

[编辑:李 巍]

(上接第 1129 页)

参考文献

- [1] 蒋戈利,李坚将,邢军,等. 三步针罐疗法治疗颈性脑梗死 67 例临床观察[J]. 新中医, 2003, 35(1): 44-46.
- [2] 邢军,蒋戈利,李坚将,等. 三步针罐疗法治疗颈性高血压 38 例[J]. 安徽中医药大学学报, 2003, 22(2): 36-37.
- [3] 陈少玫,睦承志,刘明. 从督脉论治颈源性眩晕 51 例[J]. 中医研究, 2005, 18(11): 30-32.
- [4] 张凯,蒋戈利,刘玉珍,等. 醒脑开窍针刺法的临床研究进展

[J]. 空军总医院学报, 2008, 24(1): 42-44.

- [5] 张策平. 督脉理论对临床的指导[J]. 针灸临床杂志, 2004, 20(7): 5.
- [6] 张凯,蒋戈利,邢军,等. 三步针罐疗法配合正骨推拿治疗神经根型颈椎病 40 例[J]. 中医杂志, 2008, 49(6): 527.
- [7] 刘玉珍,李坚将. 颈椎病的病因病机与三步针罐疗法的立法组方原理[J]. 贵阳中医学院学报, 2002, 24(4): 30-31.

(收稿日期: 2009-06-02; 修回日期: 2009-07-08)

[编辑:黄 健]