

者,阳气不用,阴气上逆侯也。”正所谓“阳微阴弦”也。蒲辅周先生认为,“胸痹眩痛,怔忡、心悸之征,每发于素食肥甘者,以致痰阻经络,阻遏气血。”邓铁涛教授认为,冠心病心绞痛患者“心阴、心阳虚”为其本,“痰瘀痹阻”为标。胸痹之病,纯属正虚者病较轻,湿邪蒙蔽者次之,痰浊闭阻者为重,痰瘀合邪者最危。冠心病“痰瘀互结”者,亦可理解为在冠心病标实证各型中病情最重的一类。在治疗上,“急则治其标,缓则治其本”。活血化痰,化痰祛邪则为治“标”之大法。临床上活血化痰药物如丹参、赤芍、川芎,化痰药物如半夏、陈皮、瓜蒌等为常用之品,而血府逐瘀汤、瓜蒌薤白汤、温胆汤则为代表方剂。并且现代药理研究也证实这些药物和方剂可以从不同侧面、不同角度改善冠心病患者的病理生理状态,为这些药物临床用于治疗冠心病心绞痛提供了科学依据。

有关冠心病痰浊证的研究表明,冠心病痰浊证组血清甘油三酯和低密度脂蛋白含量增高,血清甘油三酯与胆固醇水平明显高于血瘀证组,高密度脂蛋白胆固醇/总胆固醇比值则低于血瘀证组,同时血流动力学方面亦有外周阻力增加。高脂血症是痰浊的病理物质,由血脂所化生的痰浊,必致血液黏稠性增高,血浆流动性降低,聚集性增高,最终导致内皮细胞损伤。这是由痰致瘀的主要病理特征,也说明了由痰浊引发瘀血的演变过程。瘀血内阻可影响津液输布而出现津凝为痰之患。另有

研究提示,冠心病血瘀证患者微循环障碍,血流变慢血液瘀滞,组织缺血缺氧,引起细胞脂膜代谢紊乱,导致脂质堆积。以上情况都为“痰浊致瘀”、“瘀血生痰”提供了理论与实验的科学依据。近年来,在冠心病的中医药临床治疗研究中,已发现一些以祛痰为主,或痰瘀并治的复方有较好的治疗效果。有关的药理研究已证实,运用化痰祛瘀中药可降低全血黏度、血浆黏度、红细胞压积、纤维蛋白原,并降低甘油三酯、胆固醇含量,升高高密度脂蛋白含量,同时抑制脂质过氧化反应,对抗急性心肌缺血,因而对冠心病动脉粥样硬化的防治有积极作用。化痰祛瘀还可显著升高一氧化氮含量,防止血管痉挛和血小板的凝聚。并能降低血浆内皮素的含量,从而达到缓解冠心病发作和加重的目的。

由此可见,自《黄帝内经》就已经有了关于“痰瘀同源”、“痰瘀同治”的初步认识,经过几千年来后世医家的不断充实和发展,“痰瘀同治”已经成为一种日臻完善的理论体系,尤其是在“胸痹”的临床论治过程中发挥了重要作用,极大地提高了临床疗效,并且现代医学研究也充分证实,化痰祛瘀法可以通过多环节、多靶点改善心肌缺血的病理生理机制,是一种行之有效的治疗方法,值得在临床推广应用。

* 河南省漯河市中医院内一科(462000)

《儒门事亲》攻邪论探析

夏晨*

《儒门事亲》由金元时期张从正著,字子和,号戴人,其主要学术思想是攻邪论。病由邪生,邪去正安。病之一物,非人身素有,或自外而入,或自内生,皆邪气也。邪气有天邪、地邪、人邪之分。其中天邪,风寒暑湿燥火,伤上。地邪,雾露冰雹雪泥,伤下。人邪,酸苦甘辛咸淡,伤中。此将《灵枢》中七情伤脏的病因改为六味伤中,是其活用经典、结合临证提出的新见。邪气加诸身,速攻之、速去之,先论攻其邪,邪去而元气自复。根据邪气所在部位,确立汗、吐、下三种治疗方法,即在表者用汗法,在上者用吐法,在下者用下法,三法可兼众法。或一法独行,或二法兼施,或三法齐用,可广泛用于各种疾病的治疗,使陈莖去而肠胃洁,痼痼尽而荣卫昌,不补之中,真补存焉。其对汗吐下三法的运用,如身之使臂,臂之使手,习练日久,至精至熟。三法分述于下。

1 汗法

邪侵肌表,尚未深入,搏结皮肤、经络之内,疼痛麻痒,身热飧泄,破伤惊狂,酒病痹症等,凡邪在表者,皆可汗之。邪之中人,轻则传久而自尽,颇甚则传久而难已。凡寒暑湿之气,入于皮肤之间而未深,欲速去之,莫如发汗,使一毛一窍,无不启发祛邪外出。汗甚热之药,如桂枝汤、桂枝麻黄各半汤、五积散(麻黄、白芷、枳壳、桔梗、苍术、厚朴、半夏、陈皮、茯苓、炙甘草、肉桂、当归、白芍、川芎、生姜、干姜)、败毒散。辛凉之药:升麻葛根汤、柴葛解肌汤等。苦寒之药:大柴胡汤、小柴胡汤等。表里双解剂:防风通圣散(荆芥、防风、麻黄、薄荷、大黄、芒硝、黄芩、生石膏、连翘、桔梗、栀子、当归、白芍、川芎、白术、六一散),外热内寒宜辛温,外寒内热宜辛凉。

春夏阳气在外,邪气亦在外,故容易发汗,凡发汗欲周身蒸蒸然,不欲如水淋漓,欲令手足俱周遍,汗出一、二时为佳。凡发汗,中病则止,不必尽剂。设若飧泄不止,日夜无度,完谷不出,发汗可也。予桂枝麻黄汤,次以胃风汤(组成:人参、茯苓、白术、当归、芍药、川芎、肉桂)和平脏腑,调养阴阳。另外,针灸、按摩、熏洗、蒸熨等具有疏散外邪作用的,亦属汗法。若北方,寒月、年老、体弱、冒寒、食冷、性缓、脉迟的病者,邪在表时,可辛温汗之。南方,暑月、少壮、气实、冒寒、劳役、性急、脉大者,邪在表时,可辛凉汗之。反之,则禁用,表虚亡阳,不能发汗。发汗的治则:汗而发之,轻而扬之,散而泻之。发汗之法,辨阴阳,别表里,定虚实,然后汗之,随治随应。

2 吐法

伤寒杂病、头痛胁痛、风痰宿食、酒积胸脘、痰厥失语、牙关紧闭、神志不清、眩晕恶心等症,凡邪在上者,皆宜吐之,木郁者,吐令条达。胸上诸实郁而痛不能愈,上盛不已,吐而夺之,则心火下降,中脘冲和。其使用的催吐药可为苦寒、辛苦寒、酸平、酸辛寒等类。如苦寒者,有栀子、黄连、苦参、大黄、黄芩等;辛苦而寒者,有郁金等;甘苦而寒者,有地黄;苦而温者,有木香、远志、厚朴;辛而温者,有谷精草、葱根须;甘酸而平者,有赤小豆。吐药太过,诸草木吐者,可以麝香解之。因石药吐者,以甘草、贯众解之。服藜芦吐者,以葱白汤解之。另外,引涎、漉涎、嚏气、追泪等上行者,亦属吐法。若患者性情刚暴,好怒喜淫,信心不坚,病势临危,老弱气衰,自吐不止,亡阳,血虚及诸吐血、呕血、咯血、衄血、嗽血、崩血、失血者,皆不可吐,吐则转生他病。吐法的治则,

就是高而越之。

3 下法

凡邪滞脘下,热毒上蒸,黄疸食劳,腹满拒按,跌扑损伤,寒湿痼冷,经血不调等症邪在下者,皆可下之。以寒药下者,调胃承气汤是泄热之上药,桃仁承气汤次之,(组成:桃仁、肉桂、甘草、芒硝),陷胸汤又其次,大柴胡汤又其次。以凉药下者,八正散泄热兼利小便。黄连解毒散,治内外上下蓄热而不泄者。四物汤凉血而行经。以温药而下者,无忧散下诸积之上药(其组成:黄芪、胡椒、白术、木香、牵牛子、木通、桑白皮、陈皮)。大人小儿凡一切所伤之物在胃脘,两手脉迟而滑,是内实,宜下。譬如伤风者恶风,伤寒者恶寒,伤酒者恶酒,伤宿食者恶食,很容易辨析。凡宿食在胃脘,皆可下之,令无壅碍,则三部脉平。若心下按之而硬满者,犹宜再下。若杂病腹中满痛不止,此为内实里壅,可下之。宜大承气汤等。得泻之后,仍痛不已,亦可再服,痛已则止。

大承气汤的方解:大黄苦寒,通九窍,利大小便,除五脏六腑积热。芒硝咸寒,破痰,散热,润肠胃。枳实苦寒为佐使,散滞气,消痞满,除腹胀。厚朴辛温,和脾胃,宽中通气,此四味虽为下药,但有泄有补,卓然有奇功。至如伤寒大汗之后,发热,脉沉实,及寒热往来,时时有涎嗽者,宜大柴胡汤加当归。即使产后,慎不可作诸虚不足治之,必变作骨蒸寒热,饮食不入,肌肤瘦削,经水不行。寒则衰饮食,热则消肌肉。人病瘦削,皆粗工以药消烁之故也。至如目黄、九疸、食劳,皆属脾土,可下之,宜茵陈蒿汤等,次以五苓散、桂苓甘露散(肉桂、茯苓、白术、泽泻、人参、藿香、葛根、木香、石膏、寒

水石、滑石等)等,服之则愈矣。

有病生于外,如瘴气等,有跌打损伤,汤沃火烧、车碾犬伤、肿发焮痛,可峻泻,而痛止肿消,后服和血消肿散毒之药。沉积多年羸劣者,不可便服陡攻之药,重者,因而减之,即人年老衰弱,积年之患,岂可一药而愈,只可减而去之。下药之中,泽泻之甘咸,枳实之苦酸,大黄大寒,槟榔辛温,猪羊血之咸辛凉,郁李仁酸平,均属无毒之品。其中槟榔可以杀虫,透关节,除肠中风火燥结。大黄、芒硝咸寒,可治伤寒热病,时气温毒,发斑泻血,燥热发狂,以荡涤积热。张子和引用《内经》曰:脾为之使,胃为之市。人之食饮酸咸甘苦百种之味,杂凑于胃,壅而不行,用下药荡其旧而新之。善于扫除仓粟,亦脾胃之所望。

另外,催生、下乳、逐水、破经等下行者,亦属下法。若患者洞泄寒中,伤寒脉浮,表里俱虚,心下虚痞,寒厥唇青,慢惊直视,十二经败者,皆禁下之。下法的治则:中满泻之,引而竭之,重而减之。

4 结语

张子和攻邪祛病的理论,在病因病机上,认为本气不自为病,凡所受病,或自外入,或自内生,皆邪气侵犯,气血壅滞,生寒热诸疾。在治疗上,运用汗吐下三法攻其邪。他把病邪性质、发病规律、治疗大法与处方用药紧密地联系在一起,对所有气血壅滞不通证,皆能运用,常获奇效。且着意发挥刘河间寒凉攻下之法,是对火热证治疗的补充和发展,其攻邪论见解独到,不仅有卓识的学术价值,亦促使了后世温病学派的创新。

* 浙江大学医学院(312462)

反向思维与中医临床疗效判定

刘稼* 朱向东* 王燕*

1 反向思维的概念及其在中医学中的运用

反向思维是一种沿着正向思维或习惯思维相反的方向来思考和分析问题的思维方式。反向思维就其实质而言,是辩证法的对立统一规律在思维领域的反映和实践。任何事物都有两面性,反向思维从反面来认识事物,克服了思维的单一性,促使人们多角度地认识事物、开启思维的能力。中医学中的很多理论都运用了反向思维。如在中医理论的形成方面,中医在错综复杂的病症中,识别病位、性质和变化规律,就是从正反两个方面去综合分析,概括为表与里、寒与热、燥与湿、虚与实、升与降等。认为疾病的变化规律是“反者道之动”,“物极必反”。正如《景岳全书》言:“人之气质有常变,医之病治有常变,欲知常变,非明四诊之全者不可也。”指出临证诊病,特别是面对疑难、急危重症的表现症状较为复杂时,医生要运用多种思维方式反复推敲,整体思辨,只有知常达变,才能辨证正确。在中医学学术创新方面,中医强调实践,注重思辨,反对死搬教条,示人不要受思维定势约束。如金元四大家学说的创立,便与运用了反向思维有关。吴澄《不居集》言:“夫有东垣之升,自有丹溪之降。气下陷而不能升者,当用东垣之法为先,火上升而不能降者,则用丹溪之法莫缓”。丹溪在东垣观点上进行反思,产生滋阴降火法,是对东垣学说的补充,同时也促进了中医学术的发展。在中医的临床运用方面,如《素问·至真要大论》曰:“微者逆之,甚者从之,……逆者正治,从者反治”。认为病势严重,病情复杂,证候与病机易出现反常

现象,治疗就应当从反向去考虑。又如《景岳全书》言:“然则何者宜反?何者不宜反?盖正治不效者,宜反也;病能格药者,宜反也;火极似水者,宜反也;寒极反热者,宜反也”,也是反向思维在临床上的运用。所以反向思维在中医学中的运用是十分广泛的。

2 反向思维是中医判断临床疗效的重要思维

中医临床疗效的判定标准问题,一直是个难题,所有的中医临床工作者至少有一个共识,完全运用西医的临床疗效判定方法判定中医药治疗效果的好坏是行不通的。但中医药的临床疗效到底如何判定呢?我们认为,思维方式的转变是中医临床疗效判定的关键。下面从反向思维在中医药学中的运用探索中医药临床疗效的判定问题。

2.1 感觉不舒服可能是疾病好转

从正向思维认识,患者通过治疗由不舒适变得舒适了,这自然就以为病好了,或者起码是疗效不错。然而临床实际中要具体问题具体分析。比如疼痛等,痛与不痛,并不直接代表病进与病退。如果外邪侵袭,患者正气大虚,正虚无力抗邪,正邪斗争不剧烈,患者的感觉可能是不疼痛,或者疼痛不剧烈,或者感觉不是很痛苦,但从病情的轻重来看,此时因患者正气大虚,没有能力驱邪外出,是为病情危重;如果从反向思维来认识,经过医者用药治疗,正气强盛,势必与邪气抗争,正邪斗争剧烈之时,患者的感觉会从原来的不疼痛转为剧烈疼痛,感觉会更加不舒服,但此时的不舒服确是正气胜邪,阴证转阳,