

· 百 家 园 ·

朱丹溪痰病证治及基础方探析

喻松仁¹ 周步高¹ 刘春燕²

(1. 江西中医学院, 330004; 2. 江西省新建县中医院)

朱丹溪其学术以养阴闻名于世,然在杂病的辨治上,并不囿于阴虚之成见,临证常以气血痰郁立论,尤其对痰病证治更具特色。现就朱丹溪痰病证治及治痰基础方探析如下。

1 对痰病病因病机的认识

朱丹溪云:“津液气血皆化为痰矣。”痰由外感六淫,内伤七情,恣食膏粱厚味,冰冷之物等致气化功能失常,气血津液不清,熏蒸结聚而成。亦如其所云:“或因忧郁,或因厚味,或因无汗……。”根据成因和性质的不同,其将痰病分为湿痰、热痰、寒痰、风痰、老痰、食积痰、郁痰等。而痰病的病机关键在于脾虚湿滞、气郁火炽。丹溪云:“脾为生痰之源”,“盖脾为后天之本,脾运不健,则津液不化,聚而为痰。”脾虚则运化无权,水湿停聚而生痰;亦云:“百病生于气”,整个机体内环境的协调,皆禀于冲和不息之气的流通,“一有怫郁,诸病生焉”,气郁则火逆上,熬炼津液成痰,即其所云“七情郁而生痰动火”,“痰因火动”。

2 痰病的治疗

丹溪治痰反对用过峻利药,他认为“大凡治病用利药过多,致脾气虚,则痰易生而多”。而主张以健脾、理气为主,若脾主运化,气顺津畅,湿不能聚,岂有成痰之理。因而丹溪提出“顺气为先,分导次之”的创见,亦所谓“善治痰者,不治痰而治气,气顺则一身之津液,亦随气而顺矣”。认为“治痰法,实脾土,燥脾湿,是治其本也”。所以其治痰极力推崇二陈汤,以二陈汤为基础方,认为“二陈汤一身之痰都能管,如在下加下引药,如在上加上引药”,“但能随证加减,用之无不验”,成方活用,统治一身之痰证。

如湿痰致痿者,加苍术健脾燥湿,芩、柏燥湿清郁热,竹沥入络行痰;颈项痰核,加柴胡、桔梗升提气机,加炒大黄、连翘清热通下;湿痰下注,带下甚者,先以吐法提气,继以二陈汤加苍、白术健脾化痰;肥人湿痰闭塞胞宫,致经闭不行者,加天南星、枳实破痰行郁,若郁而生热,再加川芎、黄连;清痰属寒,则宜温阳化痰,以二陈汤加温药;内伤挟痰,则宜扶正化痰,如半身不遂,气虚痰阻者,二陈汤合四君子汤加竹沥;皮里膜外见痞块,气虚痰滞者,先予补气,香附开之,继用二陈汤加芪、参类调治;脾虚伤食,痰食相阻者,二陈汤加苍术、白术、山楂、川芎,以消积行气,开郁化痰。这种非见痰治痰,反治气为先的原则,足见丹溪治痰重脾胃的良苦用心。

同时丹溪还认为,辨治痰病应根据其成因、性质及不同部位而定,强调审因论治、审位施治。审因论治,如治湿痰,善用苍术、白术、半夏、胆南星、茯苓等;治老痰,善用海浮石、瓜蒌、半夏、香附、五倍子。审位论治,则灵活运用引经药物以直达病所,认为“痰在胁下,非白芥子不能达;痰在皮里膜外,非竹沥、姜汁不可导达;痰在四肢,非竹沥不开;痰结在咽喉中,燥不能入,用化痰药加咸药软坚之味”。“痰在膈间,使人癫狂健忘,宜用竹沥”。

3 痰病基础方二陈汤

3.1 方名方论

二陈汤出自《太平惠民和剂局方》,由半夏、橘红、茯苓、炙甘草四药组成,原方用生姜、乌梅入煎,近代不强调。是一首“燥湿化痰的主方,亦是治痰的基础方”。《医方集解》誉之为“治痰通用二陈”,实为治痰湿异病同治之专方,亦为古今医家千百年以来喜用之经效良方,许多治痰湿之剂,均从此方加减化裁而治多种病证。方中半夏为君,具开泄滑降之长,能荡涤痰浊,向被誉为“消痰主将”。《珍珠囊补遗药性赋》说半夏“治寒痰及形寒饮冷伤肺而咳,消胸中痞,膈上痰,除胸寒,和胃气,燥脾湿,治痰厥头痛,消肿散结”。又气结成痰,“治痰须利气,气顺而痰消”,陈皮健脾行气,横行散结,直行下降,为利气要药。《医林纂要》说:陈皮“主于顺气、消痰、去郁”。《药性本草》也说陈皮“消痰涎,治气上咳嗽,开胃”。又水泛为饮,凝饮成痰。痰以水为本,因湿而动。茯苓健脾渗湿,湿去则脾旺,脾旺则痰无由以生,陆九芝《世补斋医书》称之为“治痰主药”。甘草可以缓解气管痉挛,为治疗咳嗽的常用良药。《名医别录》说:甘草“温中下气,烦满短气,伤脏咳嗽,止咳,通经脉,利血气,解百药毒”。方以甘草为使,调和药性而兼润肺和中。纵观全方,从脾胃立论,标本兼顾,燥湿化痰,理气和中。方中半夏、橘红以陈久者良,故方以“二陈”为名。

3.2 现代临床运用

慢性支气管炎:于洁珠^[1]用二陈汤加味治疗慢性支气管炎急性发作60例,结果治愈41例,好转11例,未愈8例,总有效率86.7%。王海霞^[2]亦用二陈汤加味治疗慢性支气管炎急性发作42例,每日1剂,水煎服;对照组36例口服阿莫西林0.5g/次,3次/日,必嗽平16mg/次,3次/日。两组疗程均为7天,结果治疗组总有效率及临控率分别为92.9%、66.7%,对照组为72.2%、41.7%,两组相比有显著性差异($P<0.05$),治疗组在症状体征恢复时间上与对照组比较也有显著差异($P<0.01$)。

高脂血症:林柏^[3]用加味二陈汤治疗高脂血症82例,并与非诺贝特组40例进行对照,结果治疗组显效24例,有效16例,无效2例,总有效率95.4%。非诺贝特组显效18例,有效18例,无效4例,总有效率90%。有效率略高于非诺贝特组,提示加味二陈汤可用于高脂血症的治疗。苏建华等^[4]用二陈汤加味治疗高脂血症50例,取得比较满意的疗效。

慢性胃炎:顾维明^[5]用加味二陈汤治疗慢性胃炎40例,组方:法半夏、陈皮、砂仁(后下)、瓜蒌皮各10g,白芍、茯苓各15g,炙甘草、黄连各5g,枳实6g,薏苡仁30g。每日1剂,水煎服,3周为1个疗程。暖气甚者加沉香、赭石;脘腹胀甚者加佛手;脾虚甚者加太子参、白术;反酸者加乌贼骨、煅瓦楞子;疼痛较剧者加延胡索、川楝子;食滞加鸡内金;阴虚者加栀子、百合;胃痛恶寒喜暖,遇寒痛者加高良姜。结果显效31例,有效7例,无效2例,总有效率为95%。杨书侠^[6]亦用二陈汤加味治疗慢性萎缩性胃炎,辨证论治,灵活加减,故取得了较为满意的临床效果。

头痛:吕坤明^[7]用二陈汤加味治疗偏头痛34例,治疗组组方:半夏、茯苓各12g,陈皮、甘草各6g,生姜3片,乌梅1枚。兼瘀血证者,加赤芍、桃仁各10g,丹参15g,川芎、红花各6g;肝火偏

亢者,加桃仁、酒黄芩、龙胆草、牡丹皮各10g,钩藤6g;痰多者加苍术10g;便秘者加大黄10g。各型均可酌情加用蔓荆子、荆芥、白蒺藜。对照组20例服麦角咖啡片。结果治疗组总有效率为97.1%,对照组总有效率为75%,差异有显著性。

梅尼埃病:李明光^[8]用二陈汤治疗本病36例,用药后所有病例症状减轻或消失,服药8~32剂。随访3个月,22例未见复发。彭建雄^[9]用加味二陈汤合西比灵治疗45例,痊愈42例,显效2例,无效1例,治愈率为93.3%,总有效率97.8%,临床疗效明显优于维脑路通对照组。

其他:陆木兴^[10]用二陈汤加味治疗舌下腺囊肿、腭肠肌囊肿、腮腺皮下囊肿,取得良好疗效。张智军^[11]用加味二陈汤治疗复发性睑板腺囊肿18例,治愈16例,好转2例,继服上方2个疗程后痊愈。王高元^[12]用二陈汤加减治疗腮腺囊肿26例,治愈19例,有效7例。

参考文献

- [1]于洁珠.二陈汤加味治疗慢性支气管炎急性发作临床分析[J],中华中西医学杂志,2008,6(6):55-56.
- [2]王海霞.二陈汤加味治疗慢性支气管炎急性发作42例疗效观察[J],亚太传统医药,2006(12):44-45.
- [3]林柏.加味二陈汤治疗高脂血症82例[J],四川中医,2002,20(1):36-37.
- [4]苏建华,苏杰,刘静.二陈汤加味治疗高脂血症50例疗效观察[J],中国初级卫生保健,2002,16(8):57.
- [5]顾维明.加味二陈汤治疗慢性胃炎40例[J],湖北中医杂志,2003,25(4):38.
- [6]杨书侠.二陈汤加味治疗慢性萎缩性胃炎临证体会[J],山西中医,2005,21(5):37-38.
- [7]闫坤明.二陈汤加味治疗偏头痛的临床观察[J],湖北中医杂志,2005,27(1):30-31.
- [8]李明光.二陈汤治疗美尼尔氏综合征36例讨论[J],中国医药卫生,2005,6(11):82.
- [9]彭建雄.加味二陈汤合西比灵治疗美尼尔氏病45例[J],四川中医,2002,20(4):50.
- [10]陆木兴.二陈汤加味治疗囊肿举隅[J],上海中医药杂志,2004,38(11):28-29.
- [11]张智军.加味二陈汤治疗复发性睑板腺囊肿[J],中国中医眼科杂志,1996,6(2):95-96.
- [12]王高元.二陈汤加减治疗腮腺囊肿26例[J],云南中医中药杂志,2006,27(6):65.

《本草蒙筌》医论药话评析

黄 辉

(中医药临床杂志社,230061)

《本草蒙筌》为明代医药学家陈嘉谟所撰。陈氏长于医药,工于诗文,晚年集诸本草之长,并附自己几十年医药经验,编成是书。书中各药条下每每附加按语,阐述其在医理方论和药物应用、采藏炮制、真伪鉴别等方面的见解,多有独到之处。

1 凡药制造,贵在适中

原文:凡药制造,贵在适中,不及则功效难求,太过则气味反失。火制四:有煨、有炮、有炙、有炒之不同。水制三:或渍、或

泡、或洗之弗等。水火共制造者,若蒸、若煮而有二焉。余外制虽多端,总不离此二者。匪故巧弄,各有意存。酒制升提,姜制发散。入盐走肾脏,仍使软坚;用醋注肝经,且资止痛。童便制,除劣性降下;米泔制,去燥性和中。乳制滋润回枯,助生阴血;蜜制甘缓难化,增益元阳。除壁土制,窃真气骤补中焦;麦麸皮制,抑酷性勿伤上膈。乌豆汤、甘草汤渍曝,并解毒致令平和;羊酥油、猪脂油涂烧,咸渗骨容易脆断。有剝去瓢免胀,有抽去心除烦。大概具除,初学熟玩(《本草蒙筌·总论》)。

评析:中药炮制的目的与作用,概括起来不外乎增效减毒、改变或缓和药性、矫臭矫味及便于调剂使用等方面。一味中药所含成分十分复杂,因炮制方法不同及“火候”程度的差异,各成分之间都可能会发生微妙的物理化学变化,可能会产生不同的药理药效。古人在长期的制药用药实践中,逐渐发现其中的一些规律,并有意识地加以研究整理。陈嘉谟还首次对中药炮制方法作了概括性归类,提出了火制、水制、水火共制的分类方法,并以三类为纲统领各种炮制方法,这是中药炮制系统分类的开端。在辅料炮制上,他把药物配伍理论引伸为“以药制药”的方法,对经辅料制后中药在性味、功效、作用趋势、归经和毒副作用等方面所发生变化作了简明扼要的阐述,首次对辅料作用及其基本内容作了全面系统的归纳,为后世选择药物的炮制方法、制订炮制工艺提供了依据和准绳。其“贵在适中”之论,对当今中药炮制新品的创制、中药新制剂的开发等科研工作也不无启迪。

2 “龙火反治”论

原文:夫龙火者,乃空中龙雷之火,即虚火也。在人身,虽指下焦相火为云,然而上下同法。肺中虚火,亦相侔焉。此火非水可扑,每当浓阴骤雨之时,火焰愈炽,或击碎木石,或烧毁房屋,燔灼酷烈之势,诚不可抗。太阳一照,火自消弥。可见人身虚火,无问上中下三焦之殊。但证有见于外,必非寒凉助水之药可制,务资此甘温补阳之剂补足元阳,则火自退尔。补中兼泻,泻中有补,正经所谓甘温能除大热是也(《本草蒙筌·卷之一·草部上·人参》)。

评析:龙火原代指“相火”(即“肾火”),“龙火反治”本指“引龙雷之火以下安于肾脏”的治法,常用于相火旺盛、心肾不交之证。但此处所指还特涵括肺中虚火,上述文字即是陈嘉谟为金元四大医家之一、养阴派的朱丹溪“龙火反治”说所作的注解、推衍与发挥。所谓龙火“乃空中龙雷之火,即虚火也”,丹溪有言“虚火可补,参术之类是也”,这被陈氏概括入“甘温除大热”理论之中。关于“甘温除大热”理论,尽管有“双向调节”等学说的解释,但目前为止还没有得到现代药理完全对应的证明。但中医在实践中认识到,人参能补虚,下虚可补,上虚也可补,虚寒能补,虚热也能补,气虚宜用,血虚亦宜用;补中寓泻,泻中有补,人参能补虚火也即能泻火邪也。陈氏描述了自然现象中“空中龙雷之火”的各种表现与特性,根据中医阴阳对立统一的辩证思维逻辑,从中发现人体病理表现中某些与之相同的特征,并采用援物比类、取类比象的说理方式作出了合理的解释和说明,虽无严格的逻辑归纳或演绎,但形象直观,易于理解。

中医的比类联想、直觉领悟式的意象思维,往往能跳出微观认识的束缚,发现并掌握微观层次所不能把握的规律。所以,尽管“龙火反治”、“甘温除大热”等理论并不一定能够得到现代药理——对应的证明,但这一理论在中医实践中却具有重要的