

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例服麦角咖啡因。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

实际作用和现实意义。

3 张仲景白虎汤证虽有言“寒”，然岂可因其辞而害其意乎？

原文：经云：胸中有寒者瓜蒂散，表热里寒者白虎汤。瓜蒂、知母味皆苦寒，何谓治胸中寒也？曰：读者当逆识之，如言乱臣十人，乱当作治。仲景言寒，举其效言之，热在其中矣。若果为寒，安得复用苦寒之剂？且白虎汤证，脉尺寸俱长，其热明矣。岂可因其辞而害其意乎？《本草蒙筌·卷之一·草部上·知母》。

评析：《伤寒论·太阳病篇》176条曰：“伤寒，脉浮滑，此表有热，里有寒，白虎汤主之。”（明·赵开美本）因“里有寒”三字与脉治不符，历代注家纷争不已：其一，宋·成无己认为“寒”即为“邪”；《医宗金鉴》引王三阳之说，也谓“寒”字应作“邪”字解，亦热也；柯韵伯《伤寒来苏集》改为“里有邪”。其二，明·方有执持“热里有寒”论，寒乃热之因；喻嘉言从其说。其三，宋刻本林亿校注云其“必表里字差矣”；清程郊倩更明确提出“表里二字错简”。陈氏则能以豁达之气度，援引《伤寒论》166条“胸有寒也，当吐之，宜瓜蒂散”之例反向而思，遵从经典而不囿于经典，不拘泥一“寒”字作无谓的争论，而是紧扣“白虎汤证，脉尺寸俱长，其热明矣”这一实质和精髓，强调不可“因其辞而害其意”，正所谓“于无字句处读书”是也。

白虎汤本为阳明热盛而立，所谓白虎，有虎啸生风、驱风退热、清热于里之妙，与《伤寒论》350条文“伤寒脉滑而厥者，里有热也，白虎汤主之”互参，其义明矣。现高等中医院校教材对该条文均解为“表里俱热”或“里有热”，此说可从。正如陈氏所言，“岂可因其辞而害其意乎”？

4 良药当勿传说

原文：通草、通脱木经云：行水专利小肠，且多他证之治。既为良药，当勿传说。奈何时医每以通草认作别条木通，以通脱木反呼名曰通草。致使市家真伪混染，误人甚多。殊不知本草立名，各有意寓。通脱木因瓠中藏脱木得之，名竟直述。通草藤茎不甚长大，故以草称。木通系俗指葡萄藤茎，且大且长，特加木字。总曰通者孔窍悉同，行水利肠固并建效，其治他证，虽百木通不能及一通草矣。齐驱并驾，安得谓乎？况木通栽多家园，皮薄坚韧，实名葡萄；通草产自山谷，皮厚软柔，实名燕腹；通脱木轻虚洁白，皮木脱除。三者内似外殊，极易分别，名正言顺，何得悖违？只缘坚信耳闻，不复详考经意。错乱颠倒，莫觉其非。医误犹闲，病误深可悯也（《本草蒙筌·卷之一·草部中·通草》）。

评析：通草、木通、通脱木名实混淆的历史比较长，唐代以后的历代本草记载均存在混称混注现象，而且品种繁杂。《神农本草经》载有通草，列为中品；陶弘景《本草经集注》、唐《新修本草》、宋《图经本草》、《证类本草》记载的通草，根据其“绕树藤生”、“汁白，茎有细孔，两头皆通”等形态特征描述和所附药图及产地考证，其品种基本可以断定属现代植物分类学所界定的木通科木通，大致可以包括木通科木通、三叶木通和变种白木通等种，为蔓生草性藤本。需要说明的是，这一植物学名是近代日本学者命名的，但由于对中国地理和中医药了解有限，错误在所难免。上述“木通科木通”唐以前的本草方书一直其称为通草，东汉张仲景《伤寒论》当归四逆汤有通草，唐代孙思邈《备急千金药方》卷十八中用有通草，按理应当命名为“通草科通草”。惟《新修本草》在通草名下提及“木通”之名，且有“此物大者径三寸”的记载，明显与蔓生草性藤本的特征不符，似有木本药材（具“两头皆通，含一头吹之，则气从彼头出者”特征）的混入。在

唐代民间，经考证又将五加科植物通脱木等称为“通草”，出现同名异物现象。到宋代《本草图经》和《证类本草》更将其收载而混称通草。其实通脱木早在秦汉时期的《山海经》中就有记载，郭璞注：“冠脱，茎中有瓢正白。”南唐陈士良在《食性本草》中首改通草为“木通”，到了宋代更是“今人谓之木通”（《图经本草》语）了。元代《汤液本草》和明代《本草品汇精要》等均单列木通为正名；在宋明时期的古医方中，木通和通草逐渐开始分述，宋代《圣济总录》载有通草饮和木通饮，《太平圣惠方》载有木通散，钱乙《小儿药证直诀》导赤散中有木通，金元四大家之一李东垣所创龙胆泻肝丸中有木通；明代以后，《傅青主女科》卷下方“通肝生乳汤”有通草，《证治准绳·类方》有通草，但指的是轻虚洁白之通脱木了。总之，《神农本草经》中的通草从唐末宋初开始到明代，逐渐分化为木通（有白汁之蔓生草性藤本）和通草（轻虚洁白之通脱木）2种了。

陈嘉谟对此颇有微词，对“时医每以通草认作别条木通”深感无奈，责备时医“坚信耳闻，不复详考经意。错乱颠倒，莫觉其非”，认为“本草立名，各有意寓”，“通草藤茎不甚长大，故以草称”、“通草之名”名正言顺，“（通脱木）白瓢中藏，脱木得之，故名通脱”。“通草”与“木通”两名之中虽均有一个通字，但是有草、木之分的，据《本草蒙筌》载：“（通草）产江淮山谷，如指大藤茎。正月采收，阴干入药。因孔节相贯，吹口气即通，故此得名”，其“泻小肠火郁不散，非他药可伦”，陈氏认定“行水行肠固并建效，其治他证，虽百木通不能及一通草矣”。无独有偶，李时珍在《本草纲目》亦提出恢复古名仍称通草的观点。但后世并没有接受两位的观点，“有白汁之蔓生草性藤本”之通草，在明代以后专以木通为其名，如清初《本草备要》木通、通草分列，“木通古名通草”、“通草古名通脱木”；后世方书如《沈氏尊生书》通草饮方中，干脆通草和木通两味药都用上。而俗间因地取材用药，凡“有细细孔，两头皆通”、“藤本能利水者”多以木通或通草名之，混称混注、名实混乱更为严重。而至少从19世纪初开始，近现代的商品木通主流则被马兜铃科木通马兜铃等（即所谓关木通）所代替，并为1963～2000年历版《中华人民共和国药典》所收录，直到近些年其“肾损害”的毒副作用后，2005年最新版《中华人民共和国药典》才将其删除并禁用。但东汉张仲景当归四逆汤、金元李东垣龙胆泻肝丸应用了千百年，方证对应，疗效确切，少有不良反应的记载和报道。实际上马兜铃科的关木通含有马兜铃酸等成分，经药理实验证明具有较较强的肾毒性，上述中毒悲剧经证实是误改误用了马兜铃科关木通酿成的。由于陈氏、李氏两位正本清源、拨乱反正的努力未能奏效，而现代植物自然分类法是19世纪才提出来的，命名上就已经阴差阳错，而后一误再误，一发而不可收拾。

5 利前之药何以不利于后？

原文：《神农经》中药之灵者，不计千百，何独麋衔、矢藺并著《素问》擅名？滑氏《读钞》亦尝论及，乃曰矢藺、麋衔，治人疾也。岂诚二药，果有过乎诸药之能，以致喋喋赞美之如是耶！盖缘上古之人俗尚质朴，人所病者，多中实邪。二药专攻，正与相对，用每辄效，故录其名。中古以来，咸溺酒色病之，着体虚损居多，药宜补调，难行攻击，由是鸡矢淫酒，无复下咽；麋衔之名，绝不闻耳。正孟子所谓彼一时此一时故也。不然利前之药，岂有不利于后乎（《本草蒙筌·卷之二·草部中·薇衔》）。

评析：“古今药物兴废不同”，随着时代的变迁，历代本草所

载药物不断发生着变化,古本草大多数药物被沿袭应用至今,又因历朝历代多有增补,药物品种和数量在不断增加,但也有不少早期本草著作记载的药物,因不为后人所用而逐渐淡出临床运用的视野。陈氏以麋衔、矢𧄸为例作了具体分析,认为上古、中古之人疾病不同,麋衔、矢𧄸自然而然就有“用废”之别。还有一个原因,自张仲景创立辨证论治体系以后,医经和经方相结合,中医学逐渐走上了治病“用方不用药”的道路,药物有限而组方变化无限,以应对无限之疾病。麋衔、矢𧄸虽然并著于《素问》、《本经》,但作为方技之药并未纳入医经与经方相结合的辨证组方之中,因而逐渐从临床淡出。但有名未用并不等于无用,暂时不用也不等于永远不用,中医认为“无一物而非药”,药物只有常用、不常用或不用之分,没有有用、无用之别。后世之清代医家吴仪洛在《成方切用》说道:“方有宜古不宜今者,设仲景于今日,将必有审机察变,损益无已者。”一旦需要就有可能随时会被“启用”,纳入辨证组方体系之中。

6 结语

《本草蒙筌》作为本草启蒙读物,因对行医用药多有帮助而深受后世医家的推崇;《本草蒙筌》又不仅仅是本草启蒙读物,书中作者还以其敏锐深邃的洞察力提出了诸多有深远意义的真知灼见,多有所发明、有所创造,建树颇丰,不少论述至今仍为医药实践所效法不逾,值得进一步深入研究。

浅谈急性再生障碍性贫血的“痰瘀同治”观

吴迪炯 沈一平 周郁鸿 胡致平 武利强 张 宇

(浙江中医药大学附属第一医院血液科,310006)

再生障碍性贫血(简称再障)又有急性再障和慢性再障之分,前者即重型再障Ⅰ型。按发病特点中医学将其纳入“急劳”、“热劳”、“髓劳”范畴,认为先天禀赋不足或劳伤体气,邪气热毒乘虚而入,中伤骨髓精气,以令精血生化乏源、髓骨亏空是总的发病机理。结合多年的临床经验,我们认为,急性再障初期虽病情危重,尚处邪盛正不虚之阶段,以清解热毒,祛邪外出为要是明智的,而若在此基础上酌加祛痰化瘀之品,则将收获更好的治疗效果。

“痰瘀”致病早载于《内经》,《诸病源候论》指出:“诸痰者,此由血瘀壅塞,饮水结聚而不消散,故能痰也”,进一步明确了痰与瘀的病理关系。而相应的“痰瘀同治”法则首见于朱丹溪《丹溪心法》,认为单行瘀则痰不消,独豁痰则瘀难除,唯兼施二法方能拔毒而出,其治疗怪病、难病多宗此法。慢性再障的“痰瘀”论治较易理解,久病必瘀、久病入络、久病必虚,最终可致瘀血内阻、痰湿内生,交杂为邪,若留滞于髓骨则旧血不去新血不生,痰阻髓窍更令精气不通,生血乏源。因此,用活血化瘀、滋养肝肾之法治疗慢性再障已见不少报道。

目前,有关急性再障施以“痰瘀同治”法尚少见报道,一般认为急性再障初期急用活血化瘀、化湿祛痰之法有弊于患者出血情况的改善,甚至有引起颅内出血、危及生命之隐患。然而经过本科室多年的临床实践验证,凉血解毒酌加“痰瘀同治”法治急性再障初期非但没有预见的危险性反而对于患者血象的恢复具有积极意义。早在1997年,周小青等就提出了“新病入络”说,认为“络病”的本质乃痰瘀交混互结于络脉^[1-2]。而急性

再障为本虚标实,虽正气未衰,但其虚早就,无论气血阴阳孰虚,皆当致瘀。此外,急性再障患者热象显著,邪热之毒内陷营血,蒸迫阴血,熬血成瘀,或迫血妄行于脉外,留为瘀血;热灼津,津聚则为痰湿。可见,急性再障形成之时,痰瘀亦早存在,唯被邪热之象掩盖耳,临床上同样当细细体会。而至于出血复行活血、祛痰之法的顾虑,明代医家缪希雍已做了很好的阐述,其“治血三法”中主张“宜行血而不宜止血”,概“行血则血循经络,不止自止。止之则自凝,血凝则发热恶食,病日痼矣”,止血则瘀滞,瘀血不去新血不生,血液不得归经而常复出,当因势而利导之。这也就从理论上解释了急性再障初期兼治“痰瘀”的可行性。下附病例予以说明。

范某,女,28岁,2004年6月13日,因反复鼻衄、牙龈出血1个月余,就诊于当地医院,血常规、骨髓常规均提示“急性再障”,予常规环孢素(CsA)、康力龙、糖皮质激素,辅以输血维持治疗。2006年4月9日,检查丙氨酸氨基转移酶(ALT) 89 IU/L、天冬氨酸氨基转移酶(AST) 112 IU/L、白细胞(WBC) $2.3 \times 10^9/L$ 、血红蛋白(Hb) 58g/L、中性粒细胞(NE) $0.48 \times 10^9/L$ 、血小板(PLT) $21 \times 10^9/L$,提示肝功能损害且总体疗效不佳。出现满月脸、男性体征,自行停服康力龙、糖皮质激素1个月余,后于5月16日就诊于我院,血常规:WBC $1.7 \times 10^9/L$ 、Hb 54g/L、NE $0.41 \times 10^9/L$ 、PLT $14 \times 10^9/L$,门诊拟“急性再障”收入院。骨髓常规示各系增生极度低下,粒红比1.83,粒系占21%,红系占11.5%,淋巴占61.5%,巨核细胞1个/片。患者除同意西药护肝外拒服西药,在密切关注病情同时,以“凉血解毒”联合“痰瘀同治”暂予治疗,若不效仍当用西医常规疗法。中医辨证:急劳;髓枯温热型,予清瘟败毒饮加减化裁,处方:知母12g,黄连5g,黄芩12g,栀子15g,水牛角20g(先煎)、生地黄12g,金银花12g,连翘12g,牡丹皮10g,红花6g,桃仁4g,青皮6g,竹沥20g,白芥子6g,茯苓8g,姜汁12g,甘草3g。急性再障初期以驱邪为先,当避用过于滋腻、温热之品,然又忌于上药苦寒败胃,故采用连服4日停药1日方法,且选择化痰、祛瘀相对性缓者,意在防其过而伤正,同时亦忌于可能的出血危象。此方共服2个月,其间患者出现发热恶寒、口腔溃疡等症,加荆芥、防风、紫苏叶等轻解表寒,白花蛇舌草、板蓝根等清热解毒。整个治疗过程中,患者平均3日复查一次血常规,第1个月WBC(1.8 ± 0.3) $\times 10^9/L$ 、Hb(48 ± 4) g/L、NE(0.40 ± 0.12) $\times 10^9/L$ 、PLT(17 ± 5) $\times 10^9/L$;第2个月WBC(2.5 ± 0.2) $\times 10^9/L$ 、Hb(58 ± 1) g/L、NE(0.62 ± 0.07) $\times 10^9/L$ 、PLT(25 ± 3) $\times 10^9/L$ 。总体趋于好转。前方去知母、金银花,倍用红花,茯苓12g,加白术12g,丹参4g,1个月WBC(2.5 ± 0.1) $\times 10^9/L$ 、Hb(66 ± 3) g/L、NE(0.64 ± 0.02) $\times 10^9/L$ 、PLT(35 ± 4) $\times 10^9/L$ 。基本情况稳定,结合四诊,辨其已进入急性再障中期,按照本科室“凉一温一热”治疗原则,予“滋阴健脾”合“痰瘀同治”温之,进一步用“温肾生髓”合“痰瘀同治”热之,后续治疗,1年后血象基本稳定,趋于正常,目前门诊随访情况亦无明显反复。由于后两法均有当归、白芍、黄芪、紫草或肉桂、肉苁蓉、附子等药味,临床及实验明确已有生血还阳的作用,故较难说明“痰瘀同治”的确实作用,但初期凉法中,与本科其他病例比较,其辅助效果已较为明确。

总之,“痰瘀同治”的治疗原则不仅适用与慢性再障,同样可以贯穿于急性再障的整个过程,遵从“凉一温一热”分层治疗和辨证论治的结合,将有利于提高急性再障患者的临床疗效。