

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,用活血化痰、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痰、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 $(1.8 \pm 0.3) \times 10^9/L$ 、Hb $(48 \pm 4) g/L$ 、NE $(0.40 \pm 0.12) \times 10^9/L$ 、PLT $(17 \pm 5) \times 10^9/L$;第2个月WBC $(2.5 \pm 0.2) \times 10^9/L$ 、Hb $(58 \pm 1) g/L$ 、NE $(0.62 \pm 0.07) \times 10^9/L$ 、PLT $(25 \pm 3) \times 10^9/L$ 。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 $(2.5 \pm 0.1) \times 10^9/L$ 、Hb $(66 \pm 3) g/L$ 、NE $(0.64 \pm 0.02) \times 10^9/L$ 、PLT $(35 \pm 4) \times 10^9/L$ 。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于慢性再障,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。

参考文献

- [1]周小青,刘建新,宁晓然,等.论初病入络——久病入络补阙[J].湖南中医学院学报,1997,17(3):4-5.
- [2]周小青.络病辨证[J].中医杂志,1997,38(10):584-585.

理中汤与“异位胃火”

马寿椿

(美国俄勒冈东方医药学院)

理中汤(丸)全方共四味药,人参、干姜、炙甘草、白术。该方来源于《伤寒论》。张仲景提及此方共四条(《伤寒论》3条,《金匮要略》1条)。原文如下。159条:伤寒,服汤药,下利不止,心下痞硬,服泻心汤已。复以他药下之,利不止,医与理中汤之,利益甚。理中者,理中焦也,此利在下焦,赤石脂禹余粮汤主之。386条:霍乱,头痛、发热、身疼痛,热多欲饮水者,五苓散主之。寒多不用水者,理中丸主之(此条有理中丸方及加减八法)。《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》“胸痹心中痞气,气结在胸、胸满、胁下逆抢心,枳实薤白桂枝汤主之。人参汤亦主之(人参汤即理中汤)”。

理中汤为中焦虚寒而设,症见呕吐下利、腹痛畏寒诸症。后世把此方当作《伤寒论》太阴病的提纲方、温中祛寒的代表方。

理中汤常常加减用于治疗慢性胃肠炎、胃及十二指肠溃疡、痢疾、胸痹、阳虚失血、过敏性紫癜、血小板减少性紫癜、慢性哮喘、虚寒性口疮、厌食症,以及黄疸、肠易激综合征等。但总体而言,并未超出中焦虚寒范畴。

1 理中汤治疗热证和热毒

笔者常用理中汤治疗热证和热毒,超出了中焦虚寒范畴。

治疗慢性复发性口腔溃疡:此证在临床上可见一系列热象,诸如灼热、疼痛、溃疡处对热物敏感,甚至唇红、脉数欲饮冷等,笔者称为“异位胃火”。笔者用理中汤治疗,效果显著,常常一剂药便可控制,二三剂药便可平复。在用理中汤治疗这类病证时,常减少干姜的用量,只用原方的三分之一,如果党参、白术用9g,炙甘草用6g,干姜只用3g。在治疗口腔溃疡时,不管是否有热象,临证时只确定两条,一是口腔溃疡,二是复发性的,便照用不误。曾治一女性患者,40余岁,口腔溃疡反复发作10余年,常发于唇内上下,有时发于口腔两侧,局部灼热疼痛,发病时心烦,体热,疲倦,口渴,不饥。多年医治无效,自认为免疫功能低下。查舌红有津,苔淡黄,脉弦缓。诊为“异位胃火”,用理中汤治疗。药用党参、白术各9g,炙甘草6g,干姜3g。1周后基本平复,随访2年,病未复发。

单纯性疱疹:常常发于嘴唇,或上、或下,红肿、疼痛、灼热、

瘙痒、紧束、渗液、结痂,甚至引起面痛。常辨证为热毒,清热解毒有一些效果。此外,清热解毒还会造成胃肠症状,腹泻、胃痛等。笔者用理中汤治疗,疗效快,无副作用,且患者感到精神好。曾治一外国女学生,身高、形瘦,上唇尖患疱疹,灼热疼痛,笔者诊为“异位胃火”拟方理中汤,很快平复。另一女患者,下唇肿大、外翻,疱疹累累,疼痛剧烈。初用理中汤加黄芩,意在标本兼治,两天后,有好转,于是改用理中汤原方,而不加清热解毒药,1周后平复。

三叉神经痛:此病素来难治,针灸中药,方法不少,疗效难以肯定,有的持续数月不解。曾有一患者,面色灰暗,三叉神经痛3个多月,不能工作,中西医、针灸均无效,竟至不能洗脸刷牙。中医对三叉神经痛的诊断,总离不开风与火、阴虚。若不另僻蹊径,部分病例实难取效。诊为“异位胃火”先用艾条灸中脘、足三里,很快止痛,再服理中汤愈。

2 “异位胃火”

“异位胃火”是笔者的提法,是在用理中汤治疗热证的基础上总结出来的。初用此方治疗慢性复发性口腔溃疡是一次偶然的机会。一位中风住院患者,胃痛腹泻,用理中汤治疗,第3天不仅腹泻痊愈,连长期的口腔溃疡也愈合。笔者暗自惊喜,后验证数名患者,全用理中汤治疗,服之皆效。笔者思来想去,理中汤既能温中止利,又能温中摄涎(大病后喜唾,久不了了),还能温中摄血,为什么不能温中摄火呢?于是提出了“异位胃火”这个假说。从生理上讲,胃主燥,其功能是腐熟水谷,故胃中多阳气,阳在胃中为正气,助消化。到了其他地方则为火、为毒、为邪。因为胃中虚寒,寒逼阳走,胃阳主要是循经上行,口、唇、头、面是其常去之处,因为火属阳,趋于上。口腔溃疡便是“异位胃火”所致,只要把火引入胃中,口疮自然愈。引火入胃,有个先决条件,即营造一个胃阳居住的环境,那便是温胃祛寒,补气健胃。理中汤恰好具备这个条件,温中摄火,因此功效卓著。

后进一步扩大了理中汤在临床上的使用范围。足阳明胃经“挟口环唇”。因此,唇红、肿、痛、痒皆与胃相关,其中实火极少,而“异位胃火”多见。初用此方,颇多疑虑,但是只要认识了“异位胃火”这个病机,就会知道唇部症状都是它的表象,用该方就大胆了。笔者用治多例患者,偶有无效者,但没有一例病情加重。至于治疗三叉神经痛,也是用“异位胃火”加上经络循行部位来考虑的,三叉神经上支、中支、下支分部的地方,正是足阳明胃经循行头面的部位,其痛灼热,有火的性质。故作“异位胃火”诊断,用理中汤治疗。

[编辑:李巍]

(上接第87页)

- [27]周玉,汪仁煌,韦玉科,等.竞争网络在中医舌诊中的应用及实现[J].微计算机信息,2007,23(21):270-272.
- [28]吴芸,周昌乐,张志枫.中医舌诊神经网络的优化遗传算法[J].计算机应用研究,2007,24(9):50-52.
- [29]谢铮桂,邱乐琴.基于改进的BP神经网络的中医舌诊诊断研究[J].现代计算机(专业版),2008,28(4):26-27.
- [30]何岳,刘长江,沈兰荪.基于数字摄像机的舌象采集平台设计方案[J].世界科学技术——中医药现代化,2007,9(5):

102-105.

- [31]朱庆文,杨学智,司银楚,等.便携式舌诊信息获取与分析设备[J].世界科学技术——中医药现代化,2007,9(5):157-160.
- [32]李庆利,薛永祺,刘治.基于高光谱成像技术的中医舌象辅助诊断系统[J].生物医学工程学杂志,2008,25(2):368-371.

(收稿日期:2009-01-21)

[编辑:李巍]