

的房颤有阵发性和持续性两种,故脉象不尽相同。

1 阵发性房颤脉相当于解索脉和散、涩(短)脉,非促脉

阵发性房颤,因心房快速不协调乱颤,导致心室率快而不规则,心室率多在 100~180 次/分之间。此时听诊,心律绝对不规则,心率快慢不一,心音强弱不等,心电图可确诊。脉诊时脉律绝对不规则,脉率>100 次/分,快慢不一,脉搏力量强弱不等。其强的脉搏应指明显,可谓浮大而长;其弱的脉搏应指不足,可谓短小无力不到位。强弱之间显得节律散乱,错杂不齐,脉率无法数清。此阵发性快速房颤脉正与中医怪脉之解索脉^[1]和 28 病脉中的散(涩、短)^[2-4]脉相合。

解索脉:解索脉乃怪脉之一,其脉象特征如何?高校五版教材《中医诊断学》:“脉在筋肉之间,乍疏乍密,如解乱绳之状,这是一种时快时慢、散乱无序的脉象。”即解索脉是一种脉律绝对不规则,散乱无序,脉率快慢不一,乍数乍疏;脉力不匀,强弱不等的紊乱脉象,恰为快速房颤时之脉象。

散脉:散脉乃 28 病脉之一,脉象特征如何?《濒湖脉学》:“散似杨花散漫飞,去来无定至难齐。”六版规划教材《中医诊断学》:“浮大无根,应指散漫,按之消失,伴节律不齐或脉力不匀。”即散脉是一种浮大无力而乱,中取渐空,重按欲绝无根,而且节律绝对不整,至数快慢不均,脉力强弱不均的散乱脉象。

散乱无序,快慢不均,强弱不匀,与解索脉脉象一致;解索脉即散脉^[1],故散脉亦系快速房颤脉。阵发性快速房颤,因心音强弱不等,脉搏亦强弱不等。其强的脉搏应指明显,渐重渐有,可谓浮大;其弱的脉搏,应指不足,渐轻渐无,可谓短小。强弱之间形成浮短杂乱之脉,故快速房颤脉,还应包括涩(短)脉。

涩(短)脉:《脉经》:“涩脉……新校正云:一曰浮而短。一曰短而止。或曰散。”即涩具散象,涩即浮短、短止之复合脉;涩中有散、散中有涩,散涩并见。此等脉象正系房颤脉,而阵发性快速房颤脉以散涩脉最突出。

非促脉:快速房颤,室率快速而乱,脉率>100 次/分,且似止非止,或一止复来,故部分学者将快速房颤脉称为促脉。如史大卓等《中医内科辨病治疗学》称:“促脉可见于心率较快的各种早搏、快速房颤等。”^[5]因促脉只是“数中一止”,除间歇之外,其余脉律相同,强弱大小一致,无短乱之象,故称促脉欠妥。

2 持续性房颤脉相当于涩(短)脉

慢性持续性房颤,因心室率已下降,一般在 60~100 次/分之间,脉律虽不齐,但脉率渐可数清,快慢不等,脉力不匀。此时已无浮大散乱之象,特别是心室率在 60~80 次/分的脉搏跳动中,指下应指不足、短小无力、间歇之感甚明。似止非止,或一止复来,或三而止,或五而停,三五不调,短止而涩,沉细难寻。此慢性持续性房颤脉当为涩(短)脉^[2-4]。

涩脉:涩脉在 28 病脉中是一种复杂难辨的常见脉象,本身是一种复合脉。无论是阵发性快速房颤、还是慢性持续性房颤,其脉皆涩。《脉经》:“涩脉细而迟,往来难且散,或一止复来。新校正曰:一曰浮而短。一曰短而止。或曰散。”《濒湖脉学》:“细迟短涩往来难,散止依稀应指间;……叁伍不调名曰涩,轻刀刮竹短而难;……细迟短散时一止曰涩。”六版规划教材《中医诊断学》云:“形细而行迟,往来艰涩不畅,脉律不齐和脉力不匀,犹如轻刀刮竹。”慢性房颤,当心室率在 60~80 次/分时,指下呈现短小无力,似止非止,或一止复来,或三而止,或五而停,三五不调,既脉律不齐,又脉力不匀,短止艰涩,沉细难寻,此正涩(短)脉。

短脉:短脉虽属 28 病脉之一,并非单独出现,而是与其他

病脉相合构成或散或涩的复合脉。《脉经》:“涩脉……新校正云:一曰浮而短。一曰短而止。”《濒湖脉学》云:“细迟短散时一止曰涩。”《诊家正眼》:“短脉涩小。”即短脉指脉来短小无力,不及本位,涩滞不畅。快速房颤,脉搏力量强弱不等。强即浮大,弱乃短小。此时寸关尺三部有了“浮而短”之涩脉。持续性房颤,因室率下降,脉搏浮大散乱之强虽无,而应指不足、短小无力之弱仍在。因短小无力、难以接续,从而形成似止非止,或一止复来,或三而止,或五而停,三五不调。此即“短而止”之涩脉。

止脉:即间歇脉,亦称歇止脉。持续性房颤,心室率下降,脉率减慢,既脉律不齐,又脉力不匀。指下短小无力、难以接续,故形成似止非止,或一止复来,或三而止,或五而停,三五不匀的歇止脉象。此止脉正涩短脉,“叁伍不调名曰涩”、“短脉涩小”、“涩脉……短而止”,实则涩脉。但此房颤间歇之涩脉最易误诊为早搏间歇之“结代脉”。房颤脉与早搏脉鉴别要点:慢性房颤之间歇脉,属异位节律,其强弱大小不一,快慢不匀,指下叁伍(三五)不调,无序杂乱,涩短并见。早搏之间歇脉,属窦性节律,其强弱大小一致,除间歇之外,其余脉律相同,无涩短之象。此正是区别之关键。朱文锋《中医诊断学》云:“涩脉与结代脉均有脉来缓慢,脉律不齐的特点;涩脉往来不利,其势艰难,三五不匀,似止非止,与结脉缓而时止,止无定数或代脉止有定数者,显然不同,……涩脉与结代脉实非类同。”^[6]

3 慢性房颤之结代脉

慢性房颤,当心室率下降至 60 次/分以下时,会变得慢而节律相对规则。此时脉律相对规整,脉力相对均匀,脉率迟缓。指下呈现迟(细)沉涩(短)之脉象。因心室率迟缓,容易合并房室传导阻滞、早搏等心律失常,此时脉象,可谓迟细短涩而一止。此止脉,或是“迟缓一止,止无定数”之结,或是“脉来一止,良久方来”之代,或是结代脉同见。此等脉象可称“结涩”或“结代而涩”。脉形可细,脉位可沉,脉率必迟。

4 结语

综上所述,房颤时因心室率不同,脉率不一,出现多种不同脉象。阵发性快速房颤脉,脉率>100 次/分,相当于怪脉之解索脉和 28 病脉中的散(涩短)脉;慢性持续性房颤脉,脉率在 60~100 次/分,相当于涩(短)脉;而慢性房颤合并房室传导阻滞、早搏等心律失常时,脉率<60 次/分,可以出现结涩或结代而涩之脉。

参考文献

- [1]尹继增,金栋. 怪脉解索新探[J]. 河北中医, 2004, 26(7): 545.
- [2]金栋. 叁伍不调话房颤[J]. 中医杂志, 2000, 41(1): 60.
- [3]金栋. 房颤脉初探[J]. 中国中医基础医学杂志, 1999, 5(10): 12-13.
- [4]金栋. 间歇脉探讨[J]. 浙江中医杂志, 2001, 36(6): 232-233.
- [5]史大卓,高思华. 中医内科辨病治疗学[M]. 北京:科学技术文献出版社, 1995: 77.
- [6]朱文锋. 中医诊断学[M]. 2 版. 上海:上海科学技术出版社, 2001: 101-102.

读书思考写文章,理论临床两提高

傅文录

(河南省平舆县人民医院, 463400)

要想不断提高自己的临床诊疗水平,就是要有一个有效的

学习方法,通过多年的亲身体验,笔者感到多读、多写、多反思,是成功之路上的有效方法,并概括为两句话:读书思考写文章,理论临床两提高。

读书有道,善于比较。如《伤寒论》中谓“伤寒中风,有柴胡证,但见一证便是,不必悉具”,就“但见一证便是,不必悉具”一语,自古至今,争议颇多,认识不一。北京的印会河教授所采取“抓主证”的方法就源于此理,其内容的实质即为“叶落知秋”,即其中蕴含由现象或部分推知本质或全体的道理和方法,而望文生意则是比较局限的。

善读书者,当知一反三,以常御变,始得参悟之机,领略奥妙。中医的经典理论,不只是在其字面上,而要反复阅读,认真领会其内涵,熟能生巧,熟读精研常实践,才能深刻领悟到中医智慧中的创造性思维,才能体验中医学的博大精深与科学内涵。只有这样,临证才能运用以中医理论而达到行方智圆。如《内经》有“寒极生热,热极生寒。”从字意及自然界的四季变换可以认识到它的现象,然而到患者病证表现中,把其真正的内涵应用到临床中却并非易事。笔者临证发现,部分脾胃虚寒证患者,常自述胃中灼热,但却不能进食生冷之物。参阅世古今有关脾胃虚寒证的辨证及治疗,此即为寒极生热,若单纯温补为主,尚不可能改善此虚火上扰症,必先应用升阳散火汤,发散寒热之内在郁热,而后再用附子理中汤就会有较好的临床疗效。

在读书的同时,要养成善于积累资料,多心得笔记的习惯,这不仅是理解经典医书原文和积累资料的重要方法,同时也是积累当代名医经验的好途径。但是由于中医内科涉及面广,且古今医药资料可谓浩如烟海,怎样选择一个突破口是非常重要的。根据自己的目标,我选择了肾病,不仅收集了有关图书资料,还订阅了不少中医药学杂志,在学习别人经验的同时,还注意梳理与归纳关于肾病方面的当代文献资料,在撰写文章的同时,不仅使自己的理论水平有了一个较大的提高外,最大的收获还再于使自己的知识结构更进一步的系统化与条理化,使自己对肾病的中医及中西医结合诊疗水平有了提高。

读书读出书本以外的真知灼见。如在读张锡纯的《医学衷中参西录》时,为了解开学习中的困惑,开始动笔撰写文章,这样逐渐地弄清楚了为什么左右手脉会出现差异、升陷汤的应用辨证要点、来复汤的应用规律等问题。此外,当临证遇到一些较为棘手的问题时,需要继续阅读大量书籍以开阔眼界,启发思路。如近年研究“火神派”清代名医郑钦安的《医理真传》、《医法圆通》、《伤寒恒论》三书,读后,总觉得是有很多问题还是“知其然,而不知其所以然”,为此,开始进行了系列的郑钦安学术思想研究,经过 1 年多的积累,不仅写出了近 5 万多字的学习体会与论文,同时也使自己对附子的应用有了一个全新认知和定位,临床疗效大大提高,特别是郑钦安的首辨阴阳之法、万病一气论、重扶阳气学说等观点,对于提高临床辨证论治水平确有很大的帮助,同时,多方位、多角度的反复读一本书,旁引诸多经典著作,进行系统化的整理与研究,也使自己的阅读与写作能力得到了提高。

熟读精思悟性出。“学而不思则罔,思而不学则殆”。中医的古典医籍只有在熟读精思的基础上,才能知其要领,领会原文精义,悟出其中的奥妙。因为中医典籍的精华内涵,不是在其字里行间,而是在于每位学习者心中;从其中的经典中悟出了一个哲理与感悟,则思之过半矣。如《素问·六元正气大论》曰:“木郁达之,火郁发之,土郁夺之,金郁泄之,水郁折之”。后世医家以此段经文发挥甚多,如朱丹溪的越鞠丸、杨栗山的升降散

等。开始对这些经文的理解只限于文字表意上,经过反思与体悟,从大禹治水,疏通水流而治水灾的启迪,联想到:发水之势,势不可挡,只能顺从水势,化害为利,《内经》此段的中心内涵是“顺势”治疗思想,继而悟出在临床上诸多的治疗之中,“顺势”治疗思想可谓是无处不在,特别是在肾病领域中,创洗浴法治疗肾性水肿的思路与方法,同时进行了系统的临床观察,取得了显著的临床疗效。这都是熟读精思经典原文受到的启发。

熟读王叔和,不如临证多。因此,要想真正领悟掌握四诊的技巧,除书本基础理论外,只有通过长期的临床实践,细心揣摩,深刻领悟其中的奥妙,掌握辨证识病的诀窍,从而进一步抓住辨证论治规律,在这种感性认识层次上领悟,才是最深刻、最全面的继承。由感于此,在多次的临床工作中,逐渐探索重复先贤经验方药,临床中虽然也取得了部分效果,也学会了“辨证论治”,但这只是初级阶段,并逐渐达到了形似;如果要达到会“决死生、处百病”的境界,还需要长期的临床实践的历练。

儿童功能性便秘的中医证治

于 峥 刘寨华 杨 威

(中国中医科学院中医基础理论研究所, 100700)

儿童功能性便秘(functional constipation, FC)在临床上常见,国外报道,儿童便秘发生率为 3%~8%,其中 90%~95% 为 FC^[1]。该病以儿童粪便干结、排便困难、次数减少为特点,属于儿童功能性胃肠病的排便紊乱,遗传和体质因素、饮食生活因素、结直肠运动障碍、胃肠激素因素、肠道菌群失调、精神心理因素等可能参与本病。常用治疗方法包括膳食结构改善、儿童排便训练、生物反馈治疗及轻泻剂、促动力剂、微生态调节剂等药物治疗。

中医认为,小儿为稚阴稚阳之体,肝常有余,脾常不足,易虚易实,易寒易热,若生活调摄不良,则易致 FC 的发生。以脏腑辨证、气血津液辨证为主,辨病与辨证结合,注重儿童生理特点,发挥中医药优势,常能取得较好的效果。

1 宣肺润肠,提壶揭盖,增滋行舟

1.1 肺热流入大肠

便秘病位在大肠,而肺与大肠为表里络属,肺主一身之气,为华盖之脏。小儿纯阳之体,感邪易从热化,若肺气壅滞,郁久易生痰热,热盛窍闭,耗伤津液,热移大肠则成便秘之证。临床可见小儿经常腹胀便秘,粪质偏干,易反复外感,咳嗽有痰,鼻塞息粗,唇红舌嫩,烦躁不安,舌质红、苔黄或白腻,脉浮数,指纹色紫。治宜宣肺开窍兼以轻泻实积,如提壶揭盖,使肺气通降,肠畅便通。

明代鲁伯嗣《婴童百问·大便不通》议曰:“小儿大肠热,乃是肺家有热在里,流入大肠,以致秘结不通,乃实热也。当以四顺清凉饮(赤芍、当归、甘草、大黄)加柴胡,热甚者加山栀、黄芩流利之。其表里俱热者,面黄颊赤,唇燥口干,小便赤涩,大便焦黄,无汗者,先解表,以柴胡散汗之,解后大便秘,或肚疼者,以清凉饮、大柴胡汤、承气汤皆可下之。积热者,神芎丸尤妙。”

清代朱世扬《诚求集·大便不通》载验案:“(小儿)咳嗽,面赤身热,饮冷便闭,此肺与大肠有热,热则津液燥而结,用四顺清凉饮。愈后复停食,腹痛拒按,大便不通,用六安丸煎,顺下之剂送下,顿安。”

1.2 稚阴易伤,津液干涸

小儿脏腑娇嫩,阳常有余,阴常不足,且稚阴易伤,若禀赋