

抑制胃酸分泌、解除肠胃痉挛、镇咳、镇痛、增强清热解毒药物抑菌作用等多种药理作用,作用广泛而明显。实验研究表明,甘草 1~2g 在药方内起调和作用,用到 5~10g 有温胃养心的功能,30g 以上有类似激素样反应。故而以甘草调和诸药、辅助解表以及增效解毒等,“二三分”用量一般而言确也足矣;但凡虚寒内里之证,需甘辛化阳、补中温阳、温肾助阳以促其阳生阴长者,均有必要重用甘草,乃至调和营卫、健脾和胃、止咳化痰也当以甘草为重,总当以大剂量使用而能发挥出其本身所特有的疗效为要旨。

4 暑必兼湿说

【原文】暑必兼湿,治暑必兼利湿,若无湿,但为干热,非暑也。(卷一·草部)

【评析】有关“暑湿”之说,清代叶桂《临证指南医案·外感热病篇》中也有“暑必夹湿,二者皆伤气分”的记载。由于叶桂系一代宗师,故谓其首倡“暑必夹湿”者甚众。《本草备要》成书于 1682 年,时年叶桂仅 15 岁,且 1693 年与《本草备要》同期梓行的《医方集解》和《汤头歌诀》中也有类似记载,至于《临证指南医案》直至 1764 年方才成书,故应是汪昂更早提出这一观点。

叶桂(1667~1746),字天士,清代著名温病学家,其祖父叶紫帆为新安名医,自歙(徽州)迁吴(苏州)。叶天士在医学上的成就与徽州即新安地区有一定的渊源,他与歙县潭渡盐商黄晟四兄弟往来甚密,黄氏兄弟时居扬州,有“青芝堂”药铺和木刻园,曾延请叶天士到家中共同考订药性,《临证指南医案》等医书也是由黄氏为其刊刻。而汪昂(1615~1694)晚年其实是一位致力于医学启蒙的出版家,除本人开有延喜堂外,主要在杭州还读斋从事医学创作和出版工作,其读者定位“上达宰相,下及妇孺”,叶桂是很有可能拜读过汪昂《本草备要》、《医方集解》和《汤头歌诀》。笔者认为,汪昂所创“暑必兼湿”说,是中医药理论上的重大创新,为叶桂以后的暑病治疗制定了基本原则,对温病学的发展有一定的贡献。

5 人之记性皆在脑中论

【原文】吾乡金正希先生尝语余曰:人之记性皆在脑中。小儿善忘者,脑未满也;老人倦忘者,脑渐空也。凡人外见一物,必有一形影留于脑中。昂思:今人每记忆往事,必闭目上瞪而思索之,此即凝神于脑之意也,不经先生道破,人皆习焉而不察矣。李时珍云:脑为元神之府,其于此义,殆有暗符欤。(卷二·木部)

【评析】金正希(1598~1645),名金声,古徽州府休宁人,明末进士,抗清义军首领。金声曾在京师向西人学习历算之学,接受了西方传教士利玛窦的脑学新说。汪昂治学博采众长,对明末传入我国的西洋医学持开明态度,认为西医虽不明气化之理,但对于形态方面的论述则较为确实。尽管与中医传统的“心主神明”之说相悖,他还是很敏锐地意识到“脑主记忆”之说的重要价值和意义,及时将“人之记性皆在脑中”观点载入《增补本草备要》及《尺牍新语》之中,并着力加以阐发,指出其义与李时珍“脑为元神之府”暗符,力图将当时关于脑的中医最新观点与西方医学脑的功能融合在一起,堪称中西医汇通之先驱。明清之际,与汪昂同时接受西方医学知识的还有方以智(著《物理小识》)、赵学敏(著《本草纲目拾遗》)、王宏翰(著《医学原始》)等,由于《本草备要》流传甚广,故在诸家中影响最大。

尽管当时还缺乏观测分析的高科技手段,汪昂仍以其严谨求实的精神和丰富的思辨能力,提出足以启迪后人的分析求证。文中有“昂思:今人每记忆往事,必闭目上瞪而思索之,此即凝神于脑之意也”一语,考“思”字从“囟”从“心”,系“囟”与“心”结合之会意字,从造字之初始本义来分析,所谓“思”就是脑与心结合产生的功能,《黄帝内经》强调“心主神明”,而西汉时期儒家七纬书之一的《春秋元命苞》则有“人精在脑”、“头者,神之居也”的记载。“心主神明”之说与“脑主记忆”的观点各自表述了生命活动的不同方面,我们不妨将两者作为人的意识思维中对立统一的两个方面,并存于中西医学两大医学理论体系之中。

6 龙脑体热而用凉论

【原文】王纶曰:(龙脑)世人误以为寒,不知辛散性甚,似乎凉耳。诸香皆属阳,岂有香之至者而反寒乎?昂幼时曾问家叔建候公云:姜性何如?叔曰:体热而用凉。盖味辛者多热,然风热必藉辛以散之,风热散则凉矣。此本草所云冰片性寒之义,向未有发明之者,附记于此。(卷二·木部)

【评析】冰片之药性,历来众说纷纭。《名医别录》有载,但仅有主治、用法而缺“气味”。唐代《新修本草》载:“龙脑香,味辛苦,微寒。一云温、平、无毒。”宋代《证类本草》延用了《新修本草》一药多性的说法。金元时期,张元素说“龙脑香性热”,朱丹溪说“龙脑属火”,又说:“世知其寒而通利,然未达其热而轻浮飞越。”从金元之张元素到明代之王纶,皆主冰片药性之“温热说”。李时珍《本草纲目》(1578 年)及缪希雍《神农本草经疏》(1623 年)也支持王纶的见解,李时珍说:“目病、惊痫、痘病,皆火病也。火郁则发之,从治之法,辛主发散故尔。”在论及消石之药性时指出“冰片不属寒性”。汪昂从家叔论生姜药性“体热而用凉”中得到启发,在李时珍“火郁则发之,从治之法,辛主发散故尔”的基础上,明确系统地提出了“味辛者多热,然风热必藉辛以散之,风热散则凉矣”的理论,首次以“体温而用凉”之论解释和说明“本草所云冰片性寒之义”。汪昂以后,仍有汪绂持“冰片终归阴寒”之见[见《医林纂要》(1758 年)],认为辛香药有性温者也有性寒者,不可一概而论,通作“性温”。其实,自古时起冰片的使用就不讲究“气之寒温”,而是重在味之辛散。而汪昂首倡“体温而用凉”论,能够自圆其说、自成体系。推而论之,桂枝之辛温解肌用于温病,荆、防、苏、桂等辛温发散用于风温初起,诸如此类亦皆可以“体温而用凉”加以解释,尽管荆、防、苏、桂之类并无性温、性寒之分歧。

7 结语

《本草备要》不仅仅是本草普及读本,书中作者还以其豁达开明的胸襟广泛吸纳了中西方医学知识,也不乏创新,不少论述至今仍有启迪意义。

浅谈肿瘤患者顽固性呃逆的用药

叶 翊 智

(中国医学科学院肿瘤医院中医科,100021)

大多数肿瘤患者在接受放疗、化疗或导管介入时不同程度地出现呃逆、恶心、呕吐、厌食、腹胀等消化道反应。随治疗时间的延长,症状加重,明显影响患者生活质量,甚至部分患者推迟

或放弃治疗。呃逆,《黄帝内经》谓之“哕”,后世称之为呃逆。西医认为,呃逆是由于膈肌痉挛所致。中医认为,呃逆有寒热虚实之不同,实证如寒邪内蓄、燥热内盛、气滞痰阻,虚证则包括脾肾阳虚、胃阴不足等,但总不离胃失和降、胃气上逆动膈的病机,治法以和降胃气较为常用。笔者在临床工作中发现,部分肿瘤顽固性呃逆以常规方法治疗难以获效,配合降逆止呕的中药或转投他法常可获得满意疗效,现将体会总结如下。

1 赭石降胃气平冲逆

赭石味苦,性寒而质重,善入肝、心血分,既能降胃气以止呕吐、呃逆,又能平肝熄风、降火凉血。临床常见的化疗患者胃气虚弱、中焦气机失调、胃气上逆所致的呕吐、呃逆,甚至反胃、噎膈等证均可使用。赭石配合旋覆花同用,出自《伤寒论》旋覆代赭汤。旋覆花性温,味辛、微苦,功专降气止呕、宣肺消痰,二者伍用,一宣一降,共奏降逆下气、化痰止呕之功。赭石临床常用量 15~30g。

近代名医张锡纯在《医学衷中参西录》中对赭石的功用论述颇为详细^[1]。他认为,“生赭石压力最胜,能镇胃气、冲气上逆,开胸膈、坠痰涎、止呕吐、通燥结”,“其药虽系石质,实与他石质不同,即未经火煅,为末服之,亦与肠胃无伤”。遇有呃逆、呕吐重症,赭石常用至数两。张氏治一妇人呕吐连连,大便不通,下脘处结痛,五六日勺水不存,凡药入口则吐,单用赭石二两煎汤饮下,复又吐出,后改用赭石四两,筛出细末两许,将余下三两煎汤调细末服下,其结遂开,大便亦通。此煎服方法笔者多次试用,效果满意。

需要注意的是,赭石性味苦寒,过量则易伤胃气,临床应用时应灵活掌握其用量和配伍。一般说来,实证用量不厌多,重者可用至 60g,甚或 100g,而胃气虚弱明显者用量宜轻,以 15~20g 为好,以免苦寒伤胃,呃逆未除反致中焦更虚。此外,久病或胃气较虚者应配合党参、山药等同用;伴有便溏者可选用煅赭石,取其收敛之性,用量较生用略小。

2 丁香配伍郁金,相反相成

中药有相反者即配伍禁忌,自古有之。金代张元素在《珍珠囊药性赋》中将“十八反”、“十九畏”编成歌诀,此后广为流传。“十九畏”中明确提出“丁香莫与郁金见”。笔者发现,虚寒之呃逆在丁香柿蒂汤基础上加用郁金,常可获良效,且未发现不良反应。丁香辛温,入脾、胃、肾经,温中散寒降逆、温肾助阳,乃治疗虚寒呃逆要药;郁金辛苦寒,归心、肝、胆经,行气解郁、凉血散瘀、利胆清心,为血中之气药。丁香、郁金二药配合使用,一温一寒,一降一散,共奏降逆行气止呕之功,用治肿瘤患者顽固性呃逆、呕吐十分合拍。

古代文献资料中不乏丁香、郁金合用的先例,如《太平惠民和剂局方》中的十香返魂丹;现代临床报道相反、相畏的药物合用更是屡见不鲜。当代名医朱良春先生认为,“有斯证当用斯药”,不必受“十八反”、“十九畏”的约束^[2]。公丁香为花蕾,气香力足;母丁香为果实,气味淡而功效较弱。一般临床常以公丁香与郁金按 1:3 或 1:4 配伍。

3 半夏生用,降逆止呕之力更著

半夏辛温,入脾、胃二经,降逆止呕、燥湿化痰、消痞散结,为降气逆之专药。临床一般常用姜半夏降逆止呕,清半夏和法半夏则长于和胃燥湿化痰。传统的半夏炮制方法以清水和白

矾、甘草等浸泡,镇吐成分已去掉多半,功效大减。殊不知半夏生用,降逆之功始宏。

生半夏有毒,入汤剂尤其需注意煎煮方法。一般应单独先煎 40 分钟,以口尝无麻辣感为度,再下余药同煎。若以生半夏与鲜生姜一起捣烂,先煎 30 分钟,则毒性即去而止吐降逆功效更佳。生半夏的配伍用药,偏热者加用黄芩、黄连、竹茹;偏寒者加用生姜、吴茱萸、陈皮。此外,肿瘤患者化疗期间除呃逆、呕吐外,常伴有心下痞满的症状,胃脘部如有物堵塞,按之无物,亦无疼痛。以半夏降逆止呕、下气散结尤为适合。

4 活血化瘀以降呃逆

肿瘤属于疑难病症,病因复杂,病机虚实寒热错杂,治疗棘手。肿瘤致顽固性呃逆往往换用多法而罔效,此时可从前贤“久病必有瘀、怪病必有瘀”的经验从瘀论治。瘀血阻滞胃络,胃失和降,胃气上逆可出现呃逆频频、呕吐、反胃甚或噎膈。王清任在《医林改错》中提出,“呃逆俗名打咯忒,因血府血瘀……。若血瘀甚,气管闭塞,出入之气不通,闷绝而死”,“呃逆是血府有瘀,一见呃逆,无论轻重,即予化瘀”,治疗用血府逐瘀汤^[3]。

如前所述,呃逆虽有寒热错杂之不同,但其病机总属气逆于上,而气为血帅,气逆则血逆,王清任认为,“干呕饮水即呛,呃逆”的症状即是“血瘀”或“血府血瘀”。血府逐瘀汤具有化瘀而不伤血、调气而不耗气的特点,能够祛血瘀、畅气机、降逆止呕。据当代名医颜德馨先生经验,对于呃逆屡治不效、久病入络者,可选用通窍活血汤,方中麝香尤善化瘀通窍,配合活血升散药物以活血开窍降气。

值得一提的是,部分肿瘤呃逆患者虽无明显瘀血征象,使用活血化瘀法亦有效。应在活血化瘀基础上,依据临床症状进行辨证分型,以血府逐瘀汤为主加减治疗。

参考文献

- [1]张锡纯·医学衷中参西录[M]. 石家庄:河北科学技术出版社,1995:29.
- [2]朱步先,何绍奇,朱胜华,等·朱良春用药经验集[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,2005:62.
- [3]王清任·医林改错[M]. 上海:上海科学技术出版社,1965:21.

从脏论治月经前后诸症

胡翠芳 徐红英

(浙江省杭州市余杭区中医院,311106)

月经前后诸症,西医称为“经前期综合征”,系伴随月经周期出现有规律性的症候群,如乳房胀痛、头晕头痛、烦躁易怒、四肢浮肿、大便泄泻、皮肤瘙痒等症状,以经前 2~7 天症状最为明显。古医籍对本症亦有阐述,如《女科百问》云:“经水欲行,先身体疼痛”;《叶氏女科证治》云:“经来遍身浮肿,此乃脾土不能克水,变为肿”。女子以血为用,经孕产乳数度耗血,使妇女处于血不足、气偏盛状态,当届值临经,其阴血下注冲任胞宫,血海由满而溢,由盛而虚,如果患者禀赋不足,阴阳气血偏盛或偏衰,就会使经期前后脏腑气血的生理功能平衡失调,受其调控情志状态不稳定,故而发生经行诸症。我们临床观察到,本病与肝肾心脾、冲任气血的关系更为密切,故从脏出发论治月经前