

3 《脉学四种》中痰证相关脉象的临床意义

3.1 反映痰证病机

根据脉象,可判断痰产生的病机。痰证包括两类:实证(痰浊内阻和痰瘀互结)、虚实夹杂、寒热错杂。

实证之痰浊内阻,如《脉义简摩·郭元峰二十八脉集说》云:“伏痰留饮而沉,……咸为应病之脉”,“伏脉更深于沉,须推筋著骨,细寻方见,……主老痰胶固……”。实证之痰瘀互结,如《脉义简摩·陈修园二十八脉纲目》云:“迟而时止为结,……主气郁血壅痰滞”。《脉简补义·诸脉补真》云:“脉来牵引振撼,是痰血裹于气外,气滞于痰血之中,即痹而左右弹者也。”

虚实夹杂,因虚生痰。中焦失运,痰湿内生,如《脉义简摩·郭元峰二十八脉集说·结脉》云:“少火衰弱,中气虚寒,失其乾健之运,则气血痰食,互相纠结,运行之机械不利,故脉应之而成结也”。气虚生痰,如《脉义简摩·病脉有定象无定象》云:“右脉盛,左手无脉,主痰结气虚”。

寒热错杂,里有痰饮,如《重订诊家直诀·脉有起伏中途变易》云:“一种脉气正与此相反,其初起,自沉而中也,艰涩少力,由中而浮也,躁疾如跃;其返也,亦由浮而疾下于中,由中而沉,迟弱无势,轻按重按,指下总是如此,其人嗜好洋烟,饮食不强,阴痿不起,此表分病而里有痰饮,又上虚热,下虚寒也,治法当疏中温下”。

3.2 反映痰证病位

根据脉象,可判断痰发生和停留的部位。《脉学四种》中痰证部位包括膈、膻中、胸中、气道、胸膜、胃脘、肺、脾、肝、肾、心包络、上焦、中焦、三焦、脉络、经络等。如病位在膈,《脉义简摩·郭元峰二十八脉集说·浮脉》云:“右关浮者,风痰在膈”。病位在胃,如《脉义简摩·郭元峰二十八脉集说·促脉》云:“促乃数中一止,此为阳极阴亡,主痰壅阴经,积留胃脘……”。病位膻中,如《脉义简摩·气郁脉》云:“凝痰宿食,填塞膻中,脉有见迟弱者,即此义也”。病位上焦,如《脉简补义·脉象丛说十条》云:“有乍见此脉(解脉)者,热痰火火上壅无疑”。病位中焦,如《脉义简摩·妊娠杂病脉证》云:“两关滑实,只是中焦痰结”。

3.3 反映痰证预后

周学海认为,脉象可作为判定痰证预后的证据之一。如《脉义简摩·脉证顺逆》云:“脉浮滑,大便润者顺,痰气阻逆,胃气未艾也。弦数紧涩,涎如蛋清,大便燥结者逆,气血枯竭,痰火菹结也。”《脉义简摩·诸病应脉》:“痰喘,脉滑大,顺;沉细,逆。身温,顺;肢冷,逆。”

3.4 指导不同体质人群的诊疗

周学海重视容易产生痰证的特殊体质人群,如肥胖者、体质“平素重浊”或“湿热盛”之人,对这些体质人群的脉象进行了细致体察,根据其病位、病机,明确提出了治疗时需注意的问题。如《脉义简摩·郭元峰二十八脉集说·数脉》云:“形充肥泽之人脉数,为痰湿郁滞,经络不畅而蕴热,未可责之于阴也。”《脉义简摩·大小清浊四脉》云:“若平素重浊,因病而得寒湿之脉,此气血凝滞,痰涎胶固之兆,不当以平昔涩浊论也。”

3.5 作为“试探法”诊断痰证的标准

周学海认为,临床应用“试探法”来诊断病证时,脉象可作为判定是否痰证的依据。如《脉义简摩·伏痰脉》举例道:“又如诊得脉弦滑,决其有痰,而其人自言无痰,及进活痰之剂,遂痰动而出多者,此皆隐伏未发之疾也。”

周学海作为一代脉学大家,其著作《脉学四种》已不仅仅限于讨论脉学体悟,而是以脉象及脉学为载体,畅谈其对中医理论和实践的创见和发挥。“痰”作为中医学的一个范畴,历代医家将其由狭义推向广义,也使其表现变得多样难测,痰证虽为临床常见证候,“脉症不符”却常常见到。《脉学四种》开辟了一个新的视角去看待痰证与脉象,去看待临床中诸多的矛盾现象。同时,周学海强调痰证之脉象具有重要的临床意义,可反映病位、病机及预后等,其作用不可低估。

参考文献

- [1]郑洪兴,李敬林.周学海医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:667
- [2]沈金鳌著.李占永,李晓林校注.杂病源流犀烛[M].北京:中国中医药出版社,1994:249
- [3]潘桂娟.论中医学之“痰”的形成及特性[J].中华中医药杂志,2009,24(6):765-767
- [4]张德英.痰证论[M].北京:中国中医药出版社,2007:30-31

从《伤寒论》看中医服药特点

张义¹ 王晓洁¹ 指导:张保伟²

(1.河南中医学院中医临床基础 2008级硕士研究生,450000)

(2.河南中医学院伤寒教研室)

张仲景不仅十分重视辨证,完善了中医辨证论治体系;而且对所处方药的煎煮、服用方法及服后观察护理也独具匠心。时至今日,对中医临床仍然有着重要的指导意义。本文仅从服药的特点加以讨论。

1 中病即止,汗、吐、下三法

《素问·阴阳应象大论》有:“其在皮者,汗而发之。”^[1]汗法即是运用解表剂,通过发汗以解除肌表之邪。适用于表证,选方如桂枝汤、麻黄汤、大小青龙汤等。但在《素问·评热病论》说:“汗者精气也”,“汗也者,合阳气阴精蒸发而出者也”^[2]。即汗由水谷精微所化生,阴精通过阳气的蒸腾气化,从汗孔排出而成。微微汗出,则气机升降、腠理开阖正常,有助于驱邪外出;汗出过多,则会使阴精受损,阳气耗伤。因此,需要掌握适当剂量,使祛邪而不伤正。张仲景在《伤寒论》桂枝汤中指出:“服已须臾……温覆令一时许,遍身絪絪有汗者益佳,不可令如水流漓,病必不除。若一服汗出病瘥,停后服,不必尽剂”^[3]。即临床中服用桂枝汤等解表剂,需以微微汗出、邪去而正不伤为度。中病即止,即得效后就停止服药,不可大发、过发其汗,以防正气耗伤。在大青龙汤证中也指出:“一服汗者,停后服”,“若复服,汗多亡阳,遂虚,恶风,烦躁不得眠也”^[4]。若发汗过多,《伤寒论》也提出了相应的治疗方法。一是用牡蛎粉等收敛之品外扑止汗,如“汗出多者,温粉扑之”^[5];二是根据阴精、阳气损伤的情况,辨证加减用药。如甘草干姜汤、芍药甘草汤、或桂枝加附子汤。《伤寒论》第23条:“太阳病,发汗,遂漏不止,其人恶风,小便难,四肢拘急,难以屈伸者,桂枝加附子汤主之”。这里的“遂漏不止”是阳虚不能固卫肌表所致也;“小便难”阳微不能气化也。故以桂枝汤调和营卫,附子以壮元阳,使肌体的气化功能恢复正常。

吐法是运用催吐剂治疗痰涎、宿食等邪实停滞胸膈、胃脘的一种方法。《素问·阴阳应象大论》云:“其高者,因而越

之”^[1]。这是对吐法最早的论述。此法用之得当,可速使邪实外出,但要做到中病即止。吐下之余,定无完气,邪虽吐出,胃气必伤。在瓜蒂散证中指出:“温,顿服之。不吐者,少少加,得快吐,乃止”^[2]。即服用时先少量试服,逐渐加大剂量,直至有效,一吐即止。由此可以看出,用催吐药不仅要防胃气受伤,更重要的是顾护卫气。

下法之剂,药性峻猛。攻逐水饮、通下腑实、破血逐瘀均属其范畴。《素问·阴阳应象大论》曰:“其下者,引而竭之”^[3]。即有荡涤、引导之意,病邪在下焦者,应用荡涤疏利之法使邪从下焦而出。合理服用可使邪实速去,沉疴立去。但下法大都以阳明为道,易伤胃气,运用之时,得效即止,慎勿过剂。张仲景在峻下之剂大承气汤中指出:“得下,余勿服”;服小承气汤时“若更衣者,勿服之”。处处注意中病即止,祛邪而不伤正。但是,若服用剂量未达到疗效,未“中病”,则需增加剂量,直至得效方可,如在运用十枣汤时则指出:“若下少,病不除者,明日更服,加半钱。得快下利后,糜粥自养”。《伤寒论》中既反对孟浪用药损伤正气,但也不能量小而没有疗效,并时刻注意正气。

根据张仲景在《伤寒论》中的论述,提示在临床时,要熟悉方药的用量,谨慎给药,密切观察,中病即止,以达到祛除邪气,保存正气,治疗疾病的目的。

2 体质强弱,用量各异

在服用十枣汤时张仲景首先强调:“强人服一钱匕,羸人服半钱”^[4]。在温寒逐水的三物白散服法中也强调“强人半钱匕,羸人减之”等等。虽然病症相同,方药一样,但因体质禀赋的差异,对药物的反应及耐受也不同。体质壮实者,对药物的耐受力强,故所用剂量要大;体质虚弱者,则不耐药物攻伐,剂量也要减少,以免过大而使正气耗伤。

由于患者的个体差异,药物的作用可能产生明显的不同,即“个体差异”。因此在使用中药时必须结合患者的具体情况,选用适当的药物剂量,即“因人制宜”。体质有强弱寒热之偏,阴阳有盛衰之别,对于具体的患者,用药时需根据其体质的强弱而调整药物的剂量。《素问·五常政大论》云:“能毒者以厚药,不能毒者以薄药”^[5],同样说明了“因人制宜”的中医用药特点。

3 药性不同,作用不同,服药方式、时间各异

在《伤寒论》中的大多数方剂中注明“分温再服”,“分温三服”等服法。但随着方药性质、功效的不同,以及所治疗疾病情况各异,服药的频率、方式及时间也不同。

在瓜蒂散证中张仲景云:“温,顿服之”^[6]。用调胃承气汤亦是“温,顿服之”。在此将一日的剂量集中一次服下,因其药性较猛,效专力宏,且是用于催吐痰涎,通下腑实,因此当集中药力,一鼓作气。临床上对急症患者辨明病机后,即当效此法用药。一次顿服,以期直捣病巢,迅速扭转病情。

但对疑惑之证用峻猛之药时,张仲景则提出谨慎的试服法,反对孟浪轻率。在209条中云:“若不大便六七日,恐有燥屎,欲知之法,少与小承气,汤入腹中,转矢气者,此有燥屎也,乃可攻之”^[7]。用大承气汤十分谨慎,对肠中是否有燥屎疑惑之时,不是率投大承气汤而是先用少量除满通便,性稍和缓的小承气汤,待证实燥屎之后,方用大承气汤攻下。如此前后印证,可知张仲景既大胆用药,除邪务速,又小心谨慎,随机应变。

合理选择最佳用药时间,可以达到事半功倍的效果。因此,临床给药时需注意时效关系及药物性质,拟定合理顺序并准时

给药,以达到最佳的治疗目的。《伤寒论》中用十枣汤时是“平旦服”,即清晨空腹送服,如此给药,药物吸收很少受到食物影响,使吸收充分并在体内达到较高的药物浓度,有利于充分迅速地发挥作用。在运用滋阴泻热、安蛔止疼的乌梅丸时,是“先食饮服十丸,日三服”,即要求饭前服用,以减少食物干扰,促进吸收。所以在临床中要时刻注意讲究服药时间。欲速建功,空腹服;制酸止痛药宜饭前服;有刺激性的药物宜饭后服;而安神催眠的药物则当睡前服。

4 合理膳食,顾护胃气,促进邪去正复

中医自古就有“药食同源”之说,中医认为,饮食分五味,皆有五行归属。饮食得宜,则气血生化正常,脏腑机能旺盛;反之则会损伤脏腑机能。如《素问·生气通天论》云:“膏粱之变,足生大丁”;“味过于酸,肝气以津,脾气乃绝……”^[8],明确地提出了人体的生理功能、病理变化与饮食有较大关系。

张仲景在用药时,十分强调饮食禁忌。服桂枝汤时“服已须臾,啖热粥一升余,以助药力”,“禁生冷、黏滑、肉面、五辛、酒酪、恶臭等物”^[9]。用乌梅丸时“禁生冷、滑物、臭食等物”^[10]。服十枣汤后“得快下利后,糜粥自养”^[11]等。大凡病后,患者脾胃运化欠佳,生冷、臭恶等物损伤脾胃,聚湿生痰,自当禁忌。而在桂枝汤等发汗解肌时啖热稀粥不仅养胃益阴,以增汗源,防止伤正,还可以热粥助药力,发汗祛邪。因此,在服用中药时,还应注意适宜的饮食,以促进邪去正复。

参考文献

- [1]王洪图 《内经》选读 [M]. 上海:上海科学技术出版社, 2001: 44 67, 100 104
- [2]柯雪帆 《伤寒论》选读 [M]. 上海:上海科学技术出版社, 2001: 14 21, 114 119

虫类药在糖尿病肾病中的应用

毕礼明 马济佩

江苏省无锡市中医医院肾病科, 214001

随着糖尿病 (diabetes mellitus, DM) 患病率的逐渐升高,糖尿病肾病 (diabetic nephropathy, DN) 作为最严重最常见的糖尿病并发症之一日益受到关注,其发病机制尚不清楚,是大多数终末期肾病的主要病因。在美国超过 40% 的终末期肾病 (end stage renal disease, ESRD) 患者是由 DN 所致,每年新增终末期肾病患者中 50% 以上是由 DN 引发^[1]。

DN 发病机制复杂,包括遗传、糖代谢异常、血流动力学改变、高血压病的多种机制。出现 DN 时多数患者已经出现大血管、视网膜、神经系统的并发症。虽然当前包括控制血糖、降压、使用 ACEI 或 ARB 类药物、抗氧化、降低蛋白尿、低蛋白饮食、抗凝等干预来治疗糖尿病肾病,大多数患者仍表现为进行性肾损害,提示在当前的治疗方法下 DM 的启动和进展的致病机制是活跃的和很难阻止的。目前认为,有多个信号通路参与糖尿病肾病的发病。国外有研究发现醛糖还原酶 (aldose reductase, AR) 抑制剂、蛋白非糖基化阻滞剂 (glycosylation antagonists)、生长因子拮抗剂 (growth factor antagonists) 对糖尿病微血管并发症 (包括 DN) 有一定疗效^[2],但上述药物目前尚处在临床前期或动物实验的研究,其疗效尚难肯定。