

以人身为小宇宙,是中医学人体观的重要内容之一,也就是说,人体是一个与体外环境息息相通的开放系统。清代雷丰著《时病论》曰:“夫冬伤于寒,其气伏藏于肌肤,至春阳气开泄忽因外邪乘之,触动伏气乃发,风温之病”,“风温之病,发于当春厥阴风木行令之时”;“秋伤于湿之病,原有表里之因,因于居湿涉水,雨露沾衣,其湿从外表而受,束于躯壳,此言湿伤于表也”。春天是万物条达、精神舒畅的季节,但气候时寒渐热。秋天是万物凋零,阴气始杀,精神易郁郁的季节,但气候时热渐寒。每穿衣饮食、出行休息不当,则易发生外感,这正如经文所言,也正是流感流行之季,笔者在临床多年应用小柴胡汤观察到春天外受风寒,柴胡多重用 15~20g,黄芩用量 10g~15g,党参 10g,法半夏 6g,生姜 10g 切片,炙甘草 10g,大枣(新疆产)3 枚。每日早、中、晚水煎 20 分钟,滤取药剂 150~200ml,温热口服,每三五剂治愈。秋天外感风寒挟湿,则重用党参 15~20g,法半夏减量 5~7g,黄芩炒用 10g,如果腹有胀满者,黄芩、大枣减量,小儿多用太子参。小儿用方视病情、体质、体征减量使用。

2 外科类疾病术后易外感发热

外科类疾病多因发病急或病程过长,手术器物损伤,消耗,情志紧张,术后恢复差,饮食营养不良,术后合并感染,或合并其他类疾病等等,易发生外感发热,这是因术后人体气血经络受损,气血虚弱,阳气不能外卫,腠理疏松,外邪易乘虚侵入,邪因正虚,与正分争,而发热畏寒,默默不欲饮食。法当以解半表半里之邪,和畅气机,小柴胡汤主治,重用柴胡、黄芩,人参易黄芪 15g~20g,邪热退,则柴胡减量,黄芪易人参 10g 常量使用,减半夏加生

白芍 15g。笔者认为,这样应用小柴胡汤能提高患者的机体调节能力及免疫功能,减少术后及药物的不良反应,发挥中西医结合的优势,取长补短,取得增效减毒的效果。

3 无汗之症,调达上下,宣通内外

某妇女因经期衍后,经量减少,来门诊就诊,患者因情志不畅,而导致月经不调,并伴有胸中痞闷,气息不畅、打膈,两胁胀满,郁郁微烦。另自述身有发热,而不出汗,不论热饮,活动后均无汗出,触摸其肌肤无汗而不光滑,舌质红而白,脉弦。笔者给予小柴胡汤主治,重用酒白芍 15g~20g,法半夏减量 5g,柴胡、黄芩常量,党参可不用或减量,生甘草 10g,姜用鲜物 10g 切片,大枣 1 枚。4 剂后患者微微汗出,神情愉悦,达到了和解枢机,调达上下,宣通内外,使三焦气机得以宣通,气机无阻,故上焦如雾,中焦如沤,下焦如渎,各有所司,汗出、经调而诸症解。

4 小结与体会

中药方剂,一方可能治多病,也可能一方专治一症,中药方剂的组成不仅是药物组合而成,更重要的是“方从法出,法随证立”。方剂的组成虽有一定的原则,但这样的组成决不是一成不变的,不变就难以应付复杂多变的病情。在工作之余因多研读经书,多思考,多实践应用,自己多反思不良效果,或好的疗效的经验。在某些疾病中,我们需要认识一些症状、体征,及实验室、影像学的一些结果来确诊某些疾病,但也不要忘记六经与脏腑经络病理变化的关系,这样我们才能知道疾病的转化,传变过程,较早了解疾病的发展,治疗未病,方为大医。

* 新疆维吾尔自治区哈密地区中心医院中医科(839000)

经方药量衡重折算刍议

李宇铭* 指导:姜良铎*

关于经方药物的度量衡折算问题,需要先确定《伤寒杂病论》的成书年代。钱超尘从《伤寒杂病论》原序推论:“《伤寒》应在建安七、八年,即西元 202~203 年写成,但亦有认为可在建安十年到十五年(西元 210 年),甚至建安二十年,而且尚有考证,认为“建安”乃“建宁”之误,则《伤寒论》成书应在建宁十年,即西元 178 年之后”^[1]。纵使准确的成书年份尚未肯定,《伤寒论》成书在东汉(西元 25~220 年)仍是毫无疑问的^[2]。因此在折算《伤寒论》的剂量时,应以东汉的度量衡为标准。

在汉代的度、量、衡三者上,度和量的争论不大,丘氏指出^[3]:“从历时 400 余年的两汉度量衡单位量值变化来看,尺度至东汉末年略有增长(两汉尺的长度基本上沿用秦制,每尺仍在 23 厘米左右,东汉后期似略有增长,每尺约长 23.5 厘米),容量基本保持为 200 毫升不变。”主要争论是在衡重的折算上,因此本文集中对《伤寒论》的重量折算问题作出论证。

1 剂量较少的折算方式

(过去在《伤寒论》的药物重量折算上,众说纷纭,各医家提出多种不同看法,其中有不少医家认为折算剂量相

对较少,均是在 8g 以下,可归纳为以下三大类:

1.1 按临床实践推断

按照《伤寒论》二版教材的说法:“凡论中云二两者,折今约一钱”即汉代一两等于现在 3g,一直到五版和七版教材《伤寒论讲义》仍依此说。这种说法主要是承袭明清时期医家的观点,例如明·李时珍、清·汪昂等。目前大部分研究经典的文献中,主要以这种方式进行折算。

1.2 汉代小称说

吴慧指出^[4]古时铢的轻重有两类:一是,一铢当重百黍。《汉书·律历志》中说:“一龠容千二百黍,重十二铢”;《说文》中说:“十黍为累,十累为铢”;二是,一铢当重十黍。《荀子·富国篇》杨,惊注说:“十黍之重为铢”,陶宏景《名医别录》亦说:“今则以十黍为一铢”。后者为前者的十分之一,因此推论,汉时另有一小制,用在《伤寒论》药量折算时,因大制一两重 15.625g,小制重量为其十分之一,即 1.5625g。

1.3 古代药称说

在中医研究院组织编写的《伤寒论语译》中,据《新修本草》引苏恭说,指后汉的药称一两是当时的二分之一。

若以吴承洛《中国度量衡史》中的考证,一两等于 13.92g,则一半为 6.96g,即约 7g;若以一两重 15.625g 计算,则一半为 7.812g,即约 8g。

2 剂量较少折算方式的问题

2.1 以煎服法折合用量分析

上 3 种折算方式,均没有可靠的考古文物作为依据,只是某些医家以临床经验推断,或只在个别文献中记载,并不可靠。如果从《伤寒论》方剂的煎服法上分析,便可发现其中矛盾。参看桂枝在不同方中的用量比较列表(表 1)。因为每一首经方的服药法不同,由“日一服”到“日五服”不等,加上桂枝在各方用量不同,上表列出了桂枝在不同方剂中以不同的折算方法,以及桂枝在每一次服药的实际量。从上表分析可见,以一两等于 1.5g 或 3g 折算,用量过少,不符合现代临床实践。而以一两等于 8g 的方式折算,则相对仍然合理。

表 1 《伤寒论》五个方剂中的桂枝用量折算表

方剂	桂枝加桂汤	桂枝甘草汤	桂枝汤	葛根汤	当归四逆加吴茱萸生姜汤
原方量	五两	四两	三两	二两	三两
分服次数 (除以多少次)	3	1	3	3	5
一两=1.5g	2.5	6	1.5	1	0.9
一两=3g	5	12	3	2	1.8
一两=8g	13.33	32	8	5.3	4.8

2.2 以药物称重实测比例分析

仔细分析《伤寒论》中的药物比例,相比一些以药物个数或容量为单位量度的药物,结果见表 2。表 2 列出了《伤寒论》中的多个方剂,每一个方中抽取其中两味药作比较。每一首方的左列为方中的主药,以 8g 的方式折算;右列则为方中以个数或容量为单位量度的药物,其现在的具体药物实测重量。

表 2 《伤寒论》方剂的主药与次药(以个数或容量为单位)的剂量比较表

方名	主药	原方量	8g 折算	次药	原方量	实测量
桂枝汤	桂枝	三两	24	大枣	十二枚	30
葛根加半夏汤	葛根	四两	32	半夏	半升	42
麻黄汤	麻黄、桂枝	三两	24	杏仁	七十个	28
小青龙汤	麻黄、桂枝	三两	24	半夏	半升	42
小青龙汤	麻黄、桂枝	三两	24	五味子	半升	38
小青龙汤加麻黄汤	麻黄、桂枝	三两	24	杏仁	半升	61
小柴胡汤	黄芩	三两	24	大枣	十二枚	30
小柴胡汤	黄芩	三两	24	半夏	半升	42
小柴胡汤加麻黄汤	黄芩	三两	24	五味子	半升	38
大柴胡汤	芍药	三两	24	大枣	十二枚	30

从表 2 可知,即使以最大量一两等于 8g 的方式折算,方中主药的用量仍比次要的药用量为低,例如麻黄汤中杏仁比麻黄用量更大,而实际上即使两者用量等同,也不符合组方配伍原则。按一般理解,古今药物实测称重差异不大,况且即使个别药物古今不同,而在表 2 列出了最少 9 种药物,全部不相同的机会甚微。

一种合理的折算方式,应该能够通用在整个《伤寒

论》中,只要有个别方剂不能按此折算,即能否定这种折算方式的合理性。因此从上述的煎服法与药物称重的列表推论,以上三种折算方式并不合理,而真正的折算方式应该是更大的剂量。

3 剂量较大的折算方式

随着近代考古学研究进展,汉代度量衡的折算日渐明朗化,据出土文物考证,汉代的一两应该是超过 13g 以上的较大重量,现论述如下:

3.1 以古代史料考证

丘光明从二十多件西汉权器考证,得出^[3]一斤为平均为 249.65g,按目前所得实物资料来看,可暂且厘定为 250g,而根据 39 件东汉权器综合分析,东汉每斤单位重量值合 222g,即一两等于 13.875g。

吴慧指出^[6],秦统一全国后,一斤之重大率以 250g 为准,这是以黄钟一龠所容黍粒重量计算的结果,而汉承秦制,东汉也恢复了西汉旧制,且按《后汉书·礼志》“水一升,冬重十三两”的记载,加上实物容器称水的重量所得,证明东汉一斤重 249.8g,约言之为 250g。万国鼎指以水的重量测量是比较可靠的,因为即使温度高低稍有变化,相差也有限,而这里更指明是冬季的水,说明当时已观察到同样一升水冬天重于夏天。

柯雪帆氏以现藏于中国历史博物馆中的东汉“光和司农铜权”论证,实测称重 2996g,折算每斤 249.7g,据此一斤应折算为 250g,一两折合为 15.625g。

3.2 以《伤寒论》方药互证

另外还有一种方法,就是以《伤寒论》中的方药互证,见表 3。

表 3 小柴胡汤与柴胡加芒硝汤用量比较表

	柴胡	黄芩	人参	甘草	生姜	大枣	半夏	芒硝
小柴胡汤	半斤	三两	三两	三两	三两	十二枚	半升	/
柴胡加芒硝汤	二两十六铢	一两	一两	一两	一两	四枚	二十铢二两	

表 3 列出了小柴胡汤与柴胡加芒硝汤的剂量。从首六味药比较可知,柴胡加芒硝汤即小柴胡汤的三分之一用量,由此可以推论,半夏的用量,亦应是小柴胡汤的三分之一,即半夏半升的三分之一等于二十铢,半升则等于六十铢,一升等于一百二十铢。因为一两等于二十四铢,所以一升半夏相等于一两重量。半夏一升现今实测称重约 84g,因此一两约等于 16.8g。即半夏的古今大小、重量可能稍有差别,但是一升半夏不可能轻 40g,即不可能以前述一两等于 8g 的方式推算。由此推论,汉代剂量折算还是比较大的。

4 讨论

综上所述,汉代一两大约折合现代约 14~16g,这一范围应该还是比较可靠的。实际上当用药剂量较大的时候,若只有 2g 的差别,临床用药时一般会忽略不计,对功效影响不大。另外,从西汉出土的权衡器具中,每一权器在折合每斤单位上存在着误差,从丘氏列出的 22 件西汉权器,重量由最少一斤折合 235g,到最多 266.7g,这与当时制造技术水平,或私下滥增重量等因素有关,还有不同质材的器具,如铜权与铁权的准确性已有不同,一般官

制权器相对准确,而民间制造的则差异较大。因此有理由相信,汉代民间在称药时,1~2g 的偏差是理当出现的,争论汉代一两是 14g 还是 16g 的实际意义不大。

柯氏指出^[7]“光和大司农铜权”是当时中央政府为统一全国衡器而颁布的标准铜权,相对于其他权衡器具则较为准确,因此东汉一两折合 15.625g 的折算方式应是比较可信的。而且柯氏更从《伤寒》药与水的比例、药与药之间的比例、药物的一次使用量、方剂的药物总量和近代大剂量用药报导等五方面,说明这一折算方法的合理性,程氏直指:“柯雪帆等人的数据较为信而有据……加强中药的临床剂量研究仍是一个十分迫切而重要的课题。”

至今不少中医仍然坚信“古之一两,今之一钱”的说法,使诠释仲景用药理论时有所偏差。汉代的重量折算问题长期以来对学术界造成困扰,为仲景的用药剂量正本清源,将有助提高理论水平和临床疗效。

参考文献

- [1]钱超尘. 伤寒论文献通考[M]. 北京:学苑出版社,1993:6.
- [2]熊曼琪. 中医学高级丛书——伤寒论[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:1077-1079.
- [3]丘光明. 神州文化集成丛书——中国度量衡[M]. 北京:新华出版社,1993:78,85.
- [4]吴慧. 新编简明中国度量衡通史[M]. 北京:中国计量出版社,2006:
- [5]丘光明,隆杨,杨平. 中国科学技术史——度量衡卷[M]. 2001:237-250.
- [6]万国鼎. 秦汉度量衡考[A]. 见:中国度量衡论文集[M]. 中州古籍出版社,1990:94.
- [7]柯雪帆. 现代中医药应用与研究大系——伤寒与金匱[M]. 上海中医药大学出版社,1995:139-142.

* 北京中医药大学东直门医院(100700)

五苓散加味治疗慢性肾炎蛋白尿 42 例

刘松峰* 于天耀*

笔者采用五苓散加味治疗慢性肾炎蛋白尿,取得满意疗效。报道如下。

1 临床资料

本组 42 例,参照《肾脏病诊断与治疗及疗效标准专题讨论纪要》的诊断标准拟定,其中男 21 例,女 21 例,年龄 10 岁以下 9 例,11~20 岁 11 例,20~45 岁 16 例,46 岁以上 6 例,病程 1 年以内 17 例,1~3 年 20 例,4~6 年 5 例,病情除全部有不同程度蛋白尿外应诊时有明显水肿 16 例,合并感冒者 10 例,无症状仅尿蛋白阳性者 16 例。

2 治疗方法

2.1 基本方

猪苓 10g,茯苓 10g,桂枝 12g,泽泻 10g,白术 12g。

2.2 加减法

尿红细胞多加白茅根 30~60g,合并感冒加生麻黄 6~12g,连翘 10~30g,赤小豆 10g,合并气虚加黄芪 10~40g,合并胃脘胀满加枳实 6g,厚朴 18g,没有症状只有蛋白尿时加白及 10~20g,高度水肿时加服速尿、安体舒通。

2.3 应用及注意事项

以上中药由三九医药提供中药免煎颗粒,每日 1 剂混匀,分 2 次冲服,低盐饮食,忌食不洁食物,尽量防止感冒,注意休息。

3 结果

显效(服药 10 剂以下,尿蛋白转阴,诸症消失者)14 例,占 33.3%;有效(连服 20 剂以下尿蛋白转阴)24 例,占 57.1%;无效(服药 10 剂无明显好转或服 20 剂仅见好转,但仍反复发作者)4 例,占 9.5%,总有效率为 90.4% (其中无效病例的病程均在 3 年以上)。

4 讨论

五苓散是《伤寒论》的经方,又是中医内科治水肿的良方,水肿病相当于西医的慢性肾炎。要确定是否是慢性肾炎蛋白尿,首先要查尿常规,其中,尿蛋白阳性是确诊慢性肾炎蛋白尿的必备指标。在观察过程中,我们对个别病例进行了每日 3 次餐后尿蛋白检查,结果都有明显变化,尤其是食用鸡、兔、牛、羊肉尿蛋白增加非常明显,同时,对感冒的慢性肾炎蛋白尿患者必查尿蛋白,结果增加最快,因此防感冒成为防慢性肾炎蛋白尿复发的关键,根据玉屏风散的组成及作用,我们在五苓散加味的基础上重加黄芪,结果非常满意。我们对个别患者又进行了运动后、进食不洁食物后的尿蛋白检查结果尿蛋白均有所增长。因此,在治疗慢性肾炎蛋白尿的过程中一定要适度休息,注意饮食,避免食入不洁之物。

* 河南省西峡县中医院(474500)

乌梅丸加味治疗眩晕一例体会

窦进*

患者毛某,女性,76 岁,主诉头晕反复发作 5 年余加重 20 余天入院。患者 5 年前无明显诱因出现头晕,无头

痛,无恶心、呕吐,无视物旋转,曾于本市多家医院就诊,诊断为高血压病,血压最高达 200/110mmHg,服用降压 0