

由此可见,无论是从“气血说”、“营卫说”以及“胃不和则卧不安”等观点的角度,还是从“阴阳说”和“神主说”等学说分析,“胃”的生理功能正常,即“胃和”乃夜卧安寐之根本也,反之,“胃”的生理功能失常则是导致不寐之证的基础。

①“胃和”则气血盛而夜眠。②“胃和”则营卫行而目瞑。③“胃和”则“通降顺”而卧安。因此,无论“胃不和”之或实或虚、虚实夹杂,若从“和胃”以求“胃和”,使胃气调和、通降有序,则“卧安”而“夜寐”也。正如《黄帝内经》中所云“因而和之,是谓圣度”,其言甚是。④“胃和”则阴阳调而寐成。⑤“胃和”则神可依而夜寐。概言之,“人以水谷为本”,“五脏者,皆禀气于胃”,胃实际上是整个人体生命活动与功能协调正常的基础,如《景岳全书·杂证谟》中所云:“胃气无损,诸可无虑”。胃作为“水谷气血之海”、“五脏之本”,其受纳、腐熟水谷,胃气的有无关系到人体的生命活动及其存亡,而主通降、以降为和,胃降与脾升的正常对于机体整个消化系统的生理功能至关重要。由上可见,通过剖析不寐的“营卫说”、“气血说”、“胃

不和则卧不安”及“阴阳说”、“神主说”等五大经典学说的内涵及外延与人体“胃”的内在联系,不论不寐的病因是何、病机为甚,均与“胃”生理病理有着千丝万缕的联系,而且所衍生的不寐“脏腑论”、“痰阻论”、“火热论”等或多或少亦关乎到“胃”生理特征与病理特点,因此,“胃”亦是不寐之基础也。

3 结语

综上所述,剖析相关不寐的各经典理论的内涵与外延,提出将不寐的不同学术观点一体化,并指出“不寐之主宰在脑、基础在胃”,来构建不寐的中医“脑”“胃”学说体系,既有中医传统理论的充分依据,也有现代医学研究的有力支持,并利于统一不寐的不同认识,亦丰富了不寐的学术观点,这对于传统中医理论的继承创新,对于现代中医学的不断发展具有一定的启发价值和现实意义。

基金项目:首都医学科技发展基金项目(SF-2009-Ⅱ-16)

* 中国人民解放军总医院中医研究所(100853)

甲状腺功能减退症中医病机分析

贾绍燕*

甲状腺功能减退症(甲减)在古代中医学中无专属对应病名,根据其临床表现相当于中医的“五迟”、“虚劳”、“水肿”、“癭病”等范畴。其病因主要归于先天、后天及医源性三个方面,先天因素主要由于地域或遗传性造成母体缺碘及父母精气不足而致;后天由于营养不足、劳伤胃气、癭病病久及肾而致;医源性因用药不当及手术损伤而致。本病不仅发病率高,而且病机复杂,病情缠绵,常可导致心脑血管、消化、呼吸、肾上腺、性腺等多系统脏器的损害,病情严重者可发生甲减危象、肾功能衰竭等并发症,危及生命。目前临床主要采取甲状腺激素制剂替代疗法,常需终生服药,而且副作用较大,因此发挥中医优势,与现代医学结合辨证治疗甲减成为新的趋势,中医学对甲减病机的认识有其独特的见解。

1 阳气虚衰是关键,病及心脾肾

《素问·生气通天论》云:“阳气者,若天与日,失其所则折寿而不彰,故天运当以日光明,是故阳因而上卫外者也”。阳气具有卫护机体,温煦体表,润泽肤腠等作用,甲减临床表现的机体能量代谢低下,体热不足的现象说明机体阳气不足;而肾阳寓于命门之中,为先天之真火,是人体热能的源泉,真阳虚微可现形寒神疲,命门火衰之象。脾阳根于肾阳,肾阳虚衰不能温运脾土,脾阳亦衰而现纳呆腹胀,神疲便溏之症;脾主肌肉,脾虚肌肉失养则四肢无力,肌肉疼痛;脾主统血,脾虚失去统藏则造成月经紊乱、崩漏等症;“肾命不能蒸运,心阳鼓动无能”而常见心悸,心动过缓,脉沉迟缓的心肾阳虚之象。阳气衰竭至极而出现阳衰神无,呼吸气弱,脉微欲竭的危重之症。根据中医“阳根于阴,阴根于阳”阴阳互根理论可知阳衰日久必致阴虚出现皮肤干燥,便秘,舌红苔少等阴精不足

之症;后天“阳损及阴,阴损及阳”而致阴阳两虚及先天禀赋不足,稚阴稚阳未充均可致甲减病的神衰智迟。

总之,肾阳虚为甲减病机之根本,病程中出现脾肾阳虚、心肾阳虚及阴阳两虚之证。

2 气郁痰阻血瘀为患

《济生方》称“夫癭病者,多由喜怒不常,忧思过度而成斯疾焉”,《诸病源候论·癭候》亦指出:“癭者由忧恚气结所生”可知气机郁滞,肝气失于条达是造成甲状腺疾病的重要原因,随着社会生活节奏加快,工作压力增大,药物治疗不当造成的成年性甲减患者不断增加,在甲减疾病早期往往出现心烦易怒、胸胁胀闷、咽梗不适等肝郁气滞之症;由于妇女多见性情抑郁,加之经、孕、产、乳的生理变化,肝经气血失调易患甲状腺疾病,据调查成人型甲减多见于中年女性,男女之比约为1:5,刘河间曾阐述:“妇女幼童,天癸未行之间,皆属少阴,天癸既行,皆以厥阴论治;天癸既竭,乃属太阴也。”因此根据妇女体质特点,肝郁气滞,气机不调亦是甲减的重要病机之一,治疗中疏肝解郁亦占有重要地位。

《黄帝内经》指出“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行”的水液代谢的基本程序,肺、脾、肾是水液代谢与调节的重要脏器。水液代谢异常,体内易形成痰湿水饮等病理产物,正如《医门法律·痰饮论》谓:“始先不觉,日积月累,水之精华转为混浊,于是遂成痰饮。”中医理论指出“湿聚为水,积水成饮,饮凝成痰”,甲减患者脾气亏虚,运化水湿功能减低,肾阳不足开阖不利不能化气行水,而致水液停聚,泛滥横逆而成黏液性水肿;痰饮流窜肌肤筋脉,经络阻滞,痰核流注而出现肢体关节疼痛、皮下肿块,

结节等症。痰饮在甲减病程中既是病理产物又是致病因素,痰浊为邪,其性阴柔,不宜速去,一旦与郁热、结火、血瘀交织为病,或脏腑势虚、排邪无力,其病势缠绵,难于治愈。

甲减患者肾虚则水泛为痰,脾虚则津化为湿,气虚则推动血液运行乏力,气郁则血滞为瘀,阳虚、气郁、痰浊均可导致血瘀;《证治要诀》曰:“痰为气所激而上,气又为痰所隔而滞”。张景岳曰:“痰涎皆本气血,若化失其正,则脏腑病,津液败,而气血即成痰涎。”《血证论》亦云:“血积既久,亦能化为痰水。”王肯堂有曰:“痰积既久,如沟渠壅遏淹久,则倒流逆上,瘀浊臭秽无所不有……”由此可知气郁、痰浊、瘀血可以相互转换,影响人体的正常生理机能,肝郁气滞,痰气交阻,痰阻血瘀于颈遂成瘰疬,结节,石瘰;而痰瘀内阻,浊毒内蕴可导致甲减患者的血脂异常,临床常表现血清胆固醇升高。

总之,阳虚为甲减之病本,而气滞、痰浊、瘀血则为其病之标,在病机认识上不可偏废。

3 经络循行认识病机

甲状腺位于颈前气道两侧,任脉上关元至咽喉;冲脉会于咽喉;督脉其少腹直上者,入喉;肝脉循咽喉之后;肾

脉,其直者,循喉咙,夹舌本;小肠经脉,其支者,从缺盆循颈上颊;心脉,其支者,上挟咽;脾脉上膈,挟咽;胃脉,其支者,从大迎前下人迎,循喉咙;由上可知甲状腺疾病不仅与冲、任、督的功能相关,而且与五脏功能有密切联系,重点是心肝肾三藏。病机上注重阴阳之气的变化,调节五脏六腑之气血。

4 注重风温风火病机辨识

各种甲状腺疾病在不同的阶段可以导致不同程度、短暂或永久的甲减,因此其病因病机是复杂的,临证时亦应关注风火痰毒、邪壅袭肺造成的颈部红肿疼痛,口渴咽痛,气促声嘶,痰火交结而致的各种证候。

甲状腺功能减退症的病因病机虽然复杂,但以阳虚为本,气滞痰凝血瘀为标,临床见肾阳虚、心肾阳虚、脾肾阳虚、阳虚水泛、阴阳两虚之证。近年来,中医药对甲状腺功能减退症的基础研究及临床治疗工作开展的颇为广泛和深入,因此认识甲减的病因病机从而更好的指导临床的诊断治疗有其重大的意义。

* 北京航空航天大学北航医院(100088)

咳嗽从少阳论治一得

田雨河* 师丽祥*

咳嗽,是指肺气上逆,冲喉而出,喉中发声,咯吐痰涎的症状。肺主气而司呼吸,其气以清肃为顺,故咳嗽与肺脏的关系最为密切。临床上有久咳、夜嗽、五更嗽、干咳、呷嗽、哑嗽、顿咳,诸多咳嗽按宣肺化痰、止咳平喘往往有效,然而顿咳一症尤其在痉咳期从肺论治难以奏效,有的患者咳出胆汁、咯血、衄血、烦躁易怒。带着问题拜读许叔微《伤寒百证歌》发现有“小柴胡治咳值千金”句,于是以小柴胡汤原方加鸡胆汁 1 枚兑服 1 剂而愈。临床实践证明《素问·咳论》中所说,“五脏六腑皆令人咳,非独肺也。”因而提出咳嗽从少阳论治。

1 肺与少阳在生理上的关系

手少阳三焦之脉入缺盆,布膻中,散络心包,过膈膜,依次属于上、中、下三焦。足少阳胆经入缺盆,至胸中;贯膈络肝,属胆。从而可知手足少阳之经脉入缺盆,布膻中,至胸中,贯穿膈与肺脏相连,生理上气血交通相互影响。

2 肺与少阳在病理上的关系

少阳处于表里之间,手少阳三焦与足少阳胆经经脉布于胸胁之间。外邪不解,久咳由肺及于少阳,肝胆之气失于条达又上逆于肺,使病情缠绵不愈。咳久则病邪深入,传之于三焦,从而影响三焦气机之宣畅,使肺气不得宣发,肃降。症见少阳咳嗽,临床特点为:阵发咳嗽,夜咳为甚,痰涎黏稠,不易咯出,时有咽痒,头痛头晕,目赤,舌红、苔薄白或薄黄、脉弦数等,可伴有发热,或寒热往来,或胁痛胀闷,口干口苦,或失眠、易怒,或咳嗽剧烈时伴有呕吐或小便不利,水肿等。病位在少阳经和胆经,病机为

少阳气机郁遏,郁而化火,肺气失宣。

3 少阳咳嗽的证治

感冒后咳嗽迁延不愈,按常规治疗难以奏效,原因在于外邪已除,病位已离表。《伤寒论》中指出:少阳病的主症是“往来寒热”,其病机是“正邪之争”,而久咳不愈正是正邪相持不下的表现。少阳病在六经病中虽然属于三阳病,但就其病位而言,已离太阳之表,又未至阳明之里,而属“半表半里”,邪气不能长驱直入,正气也不能祛邪于外,二者相持不下,所以咳嗽有属少阳病者。少阳的病机主要是枢机不利和三焦阻隔,以致气机和津液运行阻碍,从而出现咳嗽,小便不利,水肿,胁下肿满,无大便而呕,舌苔白等症。

患儿刘某某,男,4岁,初诊于2007年12月6日。其母代诉:患儿于2007年11月16日咳嗽、流涕、咳吐泡沫痰,自服克感敏冲剂,每次1袋,每日2次,未见好转,近日发热T38.2℃,咳嗽频频阵作,咳后有回吼声,反复不已,入夜尤甚,痰多而黏,呕吐后阵咳暂停,神烦面赤,大便干,小便黄,舌苔微厚,住院按“百日咳”输液治疗1周仍剧烈咳嗽,咳后患儿极度疲劳。住院大夫特邀我入病房会诊:观其咽部充血水肿,舌淡苔黄,脉数有力,指纹紫滞,频频阵咳,咳出胆汁,烦躁易怒,颈脉怒张,弓背弯腰,涕泪交迸,呕逆作吐,汗出涔涔。咳后酸软无力。中医证属顿咳,然胆火上炎才可咳出胆汁,频频阵咳休作有时是少阳证的特征,《素问·咳论》指出:“胆咳之状,咳呕胆汁,三焦咳状,咳而腹满,不欲食饮。此皆聚于胃,关于肺,使人多涕唾,而面浮肿气逆也。”故选方:小柴胡汤加