

理功能,皆为“卫”的表现范围。若血中精华不能化气,如血虚、血热、血寒、血瘀之类,必然导致气血运行障碍,产生营卫不和的病理基础,出现相应临床症状。故血虚补血、血热清之、血寒温之、血瘀化之等等,都能促进血中之精化气,气血循环正常,作为反映气血生理功能的营卫也就相对趋于协调。气血运行是否正常,是营卫和与不和的基础;反之,营卫不和也能使气血运行出现病理性改变。

综上,营卫是相对存在的气血功能的反映,是气血功能表述形式之一,营卫不和是疾病过程潜在的病理机制,治疗必须重视“调和营卫”法的作用。本文所述仅限于理论方面,实难窥营卫学说全貌之一斑,不揣固陋,略陈管见,诚望同道教正。

* 重庆市中医院泌尿外科(400011)

《血证论》对肛肠科的学术贡献

谢 敏* 吴周选* 商群献* 田茂林*

《血证论》为清代著名医家唐宗海所著,是一部论述血证的专著。凡由多种原因引起火热熏灼或气虚不摄,致使血液不循常道,或上溢于口鼻诸窍,或下泄于前后二阴,或渗出于肌肤所形成的疾患,统称为“血证”。《血证论》对各种血证的病因病机、辨证论治均有许多精辟论述,该书提出的止血、消瘀、宁血、补血的治血四法,确实是通治血证之大纲。一般将血证分为出血、瘀血两大类。本文仅从《血证论》瘀血与痔疮的相关性加以论述,以供同行参考。

1 痔疮的病理实质

中医学认为,肛门的正常生理功能依赖于肺气之宣肃、脾之升清、肝气之疏泄、肾气之开阖。若上述脏腑有病,均可引发肛门病变。《血证论》曰:“魂门之病,有由中气下陷,湿热下注者;有由肺经遗热,传于大肠者;有由肾经阴虚,不能润肠者;有由肝经血热,渗漏魄门者,乃大肠之滞与各脏腑相连之义也。”“气血不畅、经络阻滞、血脉瘀阻是痔疮的基本病机,也是痔疮的病理实质。肛门位于骨盆底部,其周围结缔组织松弛、张力低、缺乏弹力纤维支持,当各种因素引起肛门局部血管充血、静脉曲张和动静脉吻合调节障碍,导致血液瘀阻、组织水肿、血凝块形成,或黏膜肿胀、糜烂出血,发为痔疮。《外科启玄》曰:“痔者滞也”;《外科正宗》曰:“因久坐而血脉不行,又因七情而过伤生冷,以致瘀血浊气,流注肛门俱能发病”。痔疮的形成更影响和加重局部瘀滞,形成瘀一痔一瘀的恶性循环,从而产生出血、肿痛等证。因此,《血证论》指出:“气血中和,百病不生。一有怫郁,百病生焉。”特别是肛肠病多因气血不畅,经络阻滞,湿热下注,血脉不通所致。用活血化瘀法治疗肛肠疾病,往往可以收到良好的效果。对于痔疮出血之证,《血证论》又指出:“无论清凝鲜黑,总以祛瘀为先”。

瘀去痔消血自止。痔疮肿痛亦常见于内痔脱垂嵌顿、炎性外痔、血栓外痔、术后疼痛及肛缘水肿等症,其基本病理乃血脉瘀阻、气血凝滞、瘀而不通。其治当用祛瘀之法,瘀消痛止,则痔疮得以消除。痔疮病在肛门,根在瘀血。现代医学证明:痔疮是肛门直肠底部静脉发生曲张而形成的一个或多个瘀血团,故治疗需从解决静脉曲张病变入手。临床运用不可拘泥于瘀血的有无,应针对“瘀血”病理实质,祛瘀以治本,标本兼治,即可获得满意疗效。

2 血证有内外伤之别

唐氏认为人体阴阳的偏胜偏衰及血气逆乱并非是引起出血的主要机制。外伤出血即乃平人外伤,多为跌伤、刀伤等外部原因造成的。因此说外伤出血“与吐衄不同。刀伤乃平人被伤出血,既无偏阴偏阳之病”。而内伤出血方是“出于偏阴、偏阳之病气”。也就是说内伤出血才是在机体阴阳失衡、气血逆乱的病理基础上产生的。在治疗上,唐氏主张:针对出血,原则上都须止血。但由于内伤及外伤出血病因、病理不同,所以外伤出血“一味止血为主、或外敷”,而内伤出血则“必治主病”,要根据内伤出血的原因进行审因论治,达到治病求本的目的。

3 “瘀血化脓”的观点

《血证论》中还明确地提出了瘀血化脓的学术观点,在肛肠科也明显得到体现。《黄帝内经》指出“寒气化为热,热胜则肉腐,肉腐则为脓,脓不泻则烂筋,筋烂则伤骨,骨伤则髓消,不当骨空,不得泄泻,血枯空虚,则筋骨肌肉不相荣,经脉败漏,重于五脏,脏伤故死矣”。而《血证论》中阐明了外伤化脓,乃因“血凝不散,为气所蒸”。倡“瘀血化脓”的学术观点。这是对肛肠科临床上瘀血化脓之病理在理论上的概括,在临床上具

有深远的指导意义。

4 肛肠科急诊

《血证论》对一些肛肠科的危急重证的治疗亦有重要的指导意义。如肛门直肠外伤常常是肛肠科的危症之一,对此《血证论》提出了临床表现及辨证治疗规律。唐氏治疗危急症,主要采用补气、行血二法,充分抓住了肛肠科危症出现的经络受损、气血逆乱、阴阳失调的

关键,补气以摄血归经、行血以防瘀留弊,从而调理气血,平衡阴阳。以病因病理出发辨证用药,反映了治疗急症,也要理法方药一线贯穿,此法在肛肠科仍然值得同仁借鉴。

* 贵州省铜仁地区人民医院肛肠科(554300)

糖尿病肾病“肾痿”假说探讨

赵宗江* 豆小妮* 张新雪*

糖尿病肾病(diabetic nephropathy, DN)是糖尿病慢性并发症之一,属于中医“消渴病”继发“尿浊”、“水肿”、“关格”等病证范畴。我们在整理古代文献的基础上,参照现代医学相关认识,结合临床实际,提出DN“肾痿”假说,认为DN的发生、发展,实质上是糖尿病迁延不愈,伤阴耗气,痰、郁、热、瘀互相胶结,积聚于肾脏,形成肾小球硬化、肾纤维化。故临证时应在辨证施治的基础上,强调扶正益气、活血化瘀、软坚散结治法,以阻止其发展。我们以“肾痿”理论指导DN的临床实践,提高了临床疗效,丰富和发展了中医辨证施治体系和中医基本理论。以下就DN“肾痿”假说做一初步探讨。

1 “肾痿”的含义

《广韵》曰:“痿,焉也。”张子和云:“弱而不用者为痿。”吴崑谓:“痿与萎同。”广义的痿是肢体、器官功能衰退甚至无以为用的一类疾病,如肺痿、阳痿、足痿等。狭义的痿即指由于各种原因导致肢体筋脉弛缓,手足软弱无力,甚至足不任地、手不能举、肌肉萎缩的一种病症。《黄帝内经》最早对痿证进行了比较系统的论述,为历代辨痿治痿奠定了理论基础。《素问·痿论》对痿证专门进行了详细论述,指出本病的病因,或因情志太过,或因外感湿热,或因房劳过度,或因感热劳倦,致使五脏有热,津液耗伤,五脏受累而成,并提出皮、脉、筋、肉、骨五体痿的概念。张仲景将肺热叶焦的“痿躄”推演为五脏痿之“肺痿”,《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病证治第七》首次提出“肺痿”病名,并分为上焦虚热与上焦虚冷两型,前者有重亡津液的既往史,临床表现为口渴、咳嗽、吐涎沫、脉虚数,后者临床表现为头眩、吐涎沫、遗尿、尿频且无咳嗽、口渴症状。显然,张仲景之肺痿不属肢体痿范畴,而是真正的脏腑之痿,肺痿病是对《黄帝内经》“痿”的补充发挥。张锡纯《医学衷中参西

录》把痿证的病因病机归为气虚痰瘀、宗筋失养、骨髓枯涸3个方面。

“肾痿”一词首见于《华佗神医秘传》谓:“肾……其脉甚急,则肾痿痠疾。”一般认为^[1]“肾痿”指《素问·痿论篇》“五体痿”中的“骨痿”,即“肾气热,则腰脊不举,骨枯而髓减,发为骨痿。”我们以“脏痿”为框架,以张仲景创立“肺痿”为指导,以肾自身的生理病理特点为基础,从DN肾脏病理为切入点,赋以“肾痿”新的内容。DN“肾痿”是糖尿病日久不愈病情发展的结果,其发病与多种因素有关,除长期持续高血糖外,还与素体肾亏、情志郁结、饮食失宜密切相关,热结、痰湿、瘀血、毒邪相互胶结于肾,极易深伏于肾脏,痼结难去,阻滞气血运行,逐渐形成。

2 病因病机

肾痿是DN的病机关键,邪阻肾络,郁久蕴毒,深滞于肾脏,致肾元亏虚,肾之体用俱病是DN迁延难愈的根本原因。毒、虚并存,正邪交争是DN的基本病理。邪盛谓之毒,机体内的生理或病理产物不能及时排出或化解,蕴积体内,化生毒邪。久病必成痿,久病必致痿废不用。正气亏虚,痰热毒瘀在DN“肾痿”中起关键作用。

2.1 正气亏虚为肾生痿之因

“邪之所凑,其气必虚”,正气亏虚是肾生痿废的根本原因。从气血阴阳辨证,DN患者可见气虚、血虚、阴虚、阳虚等证。DN是在糖尿病内热伤阴耗气基本病机基础上发展而来,内热消耗津液,又可迫津外泄,导致阴虚。津液外泄,则无以化气,津能载气,则气亦随津液流失,加之壮火食气,故气亦渐虚。阴损及气,气损及阴,日久则可形成气阴两虚。阴伤气耗,阴阳互根,阴损及阳,转为阳虚,更可见阴阳俱虚之证。病变至中晚期,肾精亏虚,精不化血;脾胃虚弱,生化乏源;浊瘀互结,