

读书时间

现存最早的全文注释《伤寒论》的著作——《注解伤寒论》

□黄新生



《伤寒杂论》是我国现存最早的理论联系实际的临床诊疗专著,被称为“众方之宗、群方之祖”。

成无己(约1063-1156年),宋代聊城(今山东省聊城市茌平区)人,出生于医学世家,他秉承家传,精于理论,又擅临床,治疗疾病,百无一失,尤其对伤寒有深入研究。

《注解伤寒论》,共10卷,卷1为辨脉法、平脉法;卷2-卷4为伤寒例、辨太阳病脉证并治法等;卷5为辨阳明病、少阴病脉证并治法;卷6为辨太阴病、少阴病、厥阴病脉证并治法;卷7-卷10为辨霍乱病、阴阳易瘵后劳复病脉证并治法,以及辨不可发汗病、可发汗病、发汗后病脉证并治法等。

《注解伤寒论》注文详明,有不少独到见解,对后世研究伤寒的学者影响很大。其注释的最大特点是以《黄帝内经》《难经》之文作为主要依据,并征引《伤寒论》前后条文以及《金匱玉函经》《金匱要略》等张仲景之语,旁涉《千金要方》《神农本草经》诸书之论,相互印证、解释《伤寒论》的医理,追溯其学术源流,使《伤寒论》的理论与《黄帝内经》《难经》之理一脉相通,被后世誉为“以经注论”“以论证经”的典范,具有以下特点:

一、以《黄帝内经》《难经》理论注释《伤寒论》

成无己借鉴了汉儒治经之法来注释《伤寒论》,《注解伤寒论》的最大特点是大量引用《黄帝内经》《难经》经文,且几乎每一条都要引文以示言之有据,体现了学术的继承性,强化了《伤寒论》以《黄帝内经》《难经》理论作为指导思想的概念,提高了注释的权威性和真实性可信度。

同于表证,又不同于里证的证候,多在胆经,常见特征即寒热往来。病因是因邪正相争于半表半里,互有胜负,故寒热往来。半表半里证的常见疾病有伤寒中风少阳病、疟疾、女子热入血室等,此外气郁化火有时也会出现寒热往来的半表半里证。治疗半表半里证以和解表里为要,主要以张仲景经方小柴胡汤为主,其他多为其变化。

三、首次提出太阳府病说 《伤寒论》并没有经证、府证的概念,经证、府证的概念是由注家渐渐发挥而成的。首次阐明经病的为北宋朱肱,他在《南阳活人书》中以经释六经,明确了足太阳膀胱经、足阳明胃经、足少阳胆经等六经病的症状表现,但未提到府证。

成无己还提出阳明有经、府证之不同。其在注文中提出阳明经病的表现为:“阳明之脉起于鼻,终于口,阳明里热则渴欲饮水,此口渴但欲漱水不欲咽者,是热在经而里无热也。阳明气血俱多,经中热甚,迫血妄行,必作衄也”(202条注)。注文中还提出阳明经病之治法与府证不同。阳明腑证是指邪热内盛阳明之里,与肠中糟粕相搏,燥屎内结所表现的证候。本证是以潮热汗出,腹满疼痛,大便燥结,苔黄燥,脉沉实等为其辨证要点。

二、首次提出半表半里证

半表半里证,与表证、里证一样,都是《伤寒论》六经辨证的病位概念,是分析归纳治疗疾病的一个基本方法。但张仲景在《伤寒论》原文中并未明确提出“半表半里”一词,只在第148条有一句“此为半在里半在外也”。成无己在《注解伤寒论》中提出了“半表半里”一语,并把它作为一个病位概念,辨证纲领,为大多数人所接受。

半表半里证是指邪既不在表,又未入里,介于表里之间,从而出现的既不一

次详析伤寒方药之治则及配伍法则。一是提出急则治其标,缓则治其本,以《黄帝内经·素问·标本病传论》中“急则治其标,缓则治其本”的论点释伤寒方药之治则;二是提出逆者正治,从者反治,以《黄帝内经·素问·至真要大论》逆者正治、从者反治及微者逆之、甚者从之的理论释伤寒治则;三是用六气胜复及五脏苦欲之说阐明张仲景配伍法则。总之,成无己将《黄帝内经》的理论具体化,又将伤寒方药的治则理论化,第一次从理论的高度概括了《伤寒论》的方药治则及配伍法则,推动了伤寒理论研究的进一步发展。

五、揭示和丰富了辨证方法 成无己在阐释病机时,在应用六经辨证法的同时,还十分注意分辨病情的阴阳寒热、表里虚实,进一步显示了《伤寒论》的辨证方法。特别是分析错综复杂的证候时,在注重辨虚实的同时,亦结合辨表里,寒热或于辨表里时亦结合辨虚实等,对确定病位病理起到了提纲挈领的作用,故虽无八纲辨证之说,但已有八纲辨证之实,推动了《伤寒论》辨证方法研究的发展和完善。

除《注解伤寒论》10卷外,成无己还著有《伤寒明理论》《伤寒明理药方论》。这3种伤寒著作,有注解、有论证、有论方,鼎足而立,联系紧密,相得益彰。虽然有学者认为,《黄帝内经》属于医经,《伤寒论》属于经方,两者属于两大理论体系,用《黄帝内经》解释《伤寒论》有牵强附会之嫌。但大多数学者认为,《注解伤寒论》使得《伤寒论》被广大医家理解和重视,对其研究蔚然成风,从而促进了伤寒学派的迅速发展。

四、首次详析伤寒方药之治则及配伍法则 张仲景论伤寒,详于症状、汤方,略于治则,成无己以《黄帝内经》为基础,首次

张仲景论伤寒,详于症状、汤方,略于治则,成无己以《黄帝内经》为基础,首次

张仲景论伤寒,详于症状、汤方,略于治则,成无己以《黄帝内经》为基础,首次

张仲景论伤寒,详于症状、汤方,略于治则,成无己以《黄帝内经》为基础,首次

张仲景论伤寒,详于症状、汤方,略于治则,成无己以《黄帝内经》为基础,首次

养生堂

养生亦称摄生,是如今多被推崇的生活方式,原指人们通过各种方法颐养生命、增强体质、预防疾病,从而达到延年益寿的一种医事活动。

《黄帝内经》作为我国现存医学文献中最早的经典著作,被誉为“医家之宗”,其中,《黄帝内经·素问》中的《上古天真论》《四气调神大论》《生气通天论》《阴阳应象大论》等篇均有对养生原则的论述。

在《黄帝内经·素问·四气调神大论》中,以“四时阴阳者,万物之根本”为理论基础提出了“春夏养阳,秋冬养阴”的原则,这也是现代养生仍然遵循的理法之一。那么这句话该如何理解运用呢?

我们要先明白何为阴阳,才得以知晓如何“养阴、养阳”。阴阳,最早是指阴与晴的天象,后来延伸为中国古代哲学的一种朴素的唯物辩证法,是对自然界互相关联的对立双方的属性概况。阴阳理论是《黄帝内经》的重要学术思想之一,《黄帝内经·素问·阴阳应象大论》说到“阴阳者,天地之道也,万物之纲纪,变化之父母,生杀之本始,神明之府也。治病必求于本。”可以认识到宇宙万物的发生、发展和变化都离不开阴阳。一般来说,凡是运动的、外向的、上升的、弥散的、温热的、明亮的、兴奋的属阳,相对静止的、内守的、下降的、凝聚的、寒冷的、晦暗的、抑制的都属阴;但是,朱丹溪在《局方发挥》中说:“阴阳两字固以对待而言,所指无定在。”且阴阳互藏,阴中之阳,复有阴在。于四季而言,春夏为阳,秋冬为阴,而春天属阴中之阳,夏天属阳中之阳,秋天属阳中之阴,冬天属阴中之阴;于昼夜而言,白昼为阳,黑夜为阴,而上午属阳中之阳,下午属阳中之阴,前半夜属阴中之阴,后半夜属阴中之阳;于五脏而言,上部为阳,下部为阴,而心属阳中之阳,肺属阳中之阴,肝属阴中之阳,脾属阴中之至阴,肾属阴中之阴;诸如此类……所以,阴阳所指不能简单地理解为阴精、阳气,要在特定的环境中以辨证的思维去看待事物的性质。

至于如何“养阴、养阳”,承接上文,提到“春三月,此谓发陈……此承气之前,养生之道也;夏三月,此谓蕃秀……此夏气之应,养长之道也;秋三月,此谓容平……此秋气之应,养收之道也;冬三月,此谓闭藏,此冬气之应,养藏之道也。”春天生命萌发,万物推陈出新,为“生气”;夏天天气炎热,万物繁荣秀丽,为“长气”;秋天天气转凉,万物成熟平定,为“收气”;冬天天寒地冻,万物潜藏蛰伏,为“藏气”。结合文中所言,春天时应该多在室外行走运动,使形体舒缓,保持生机勃勃的状态。夏天时不要厌恶长日,应该精神愉悦,不要发怒,使气机得以宣泄,增长对外界事物的兴趣爱好。秋天时应该收敛神气,从容淡定。冬天时不要扰动阳气,使神志深藏于内,注意保暖。

这些顺应四时规律的行为,也展现出“生、长、收、藏”的特点,又言“与万物沉浮于生长之门”,意为人同自然万物一样,在生长收藏的生命过程中运动发展,“生、长”皆属阳,“收、藏”皆属阴,可见“春夏养阳,秋冬养阴”所指可理解为春夏时节为了顺应生命开发增长的规律所作出的相应活动,秋冬时节为了顺应生命收敛潜藏的规律所作出的相应活动。

对此,后世医家也有着各自的见解。一是以唐代王冰为代表,他从阴阳互制理论的角度提出春夏阳盛,应食寒凉之品以制九阳,秋冬阴盛,应食温热之品以制盛阴,通过阴阳互制达到互养,使得阴阳处于平衡状态。

二是以明代张景岳为代表,他从阴阳互根理论的角度提出“阳为阴之根,阴为阳之基”,养春夏之阳是为了养秋冬之阴,养秋冬之阴是为了养春夏之阳,以达阴阳中求阳,阴中求阳的动态平衡,春夏应避免伤其阳气而患泄泻之病,秋冬应避免伤其阴气而患火热之证。

三是以清代张志聪为代表,他从阴虚盛理论的角度提出“春夏之时,阳盛于外而虚于内;秋冬之时,阴盛于外而虚于内。故圣人春夏养阳,秋冬养阴,以从其根而培养也”。其意为春夏人的阳气内虚,养阳为从其根;秋冬人的阴气内虚,养阴以从其根。对于阳虚阴盛体质者,若春夏培养其阳,则秋冬不易发病;对于阴虚阳亢体质者,若秋冬培养其阴,则春夏不易发病。

此外,李时珍在《本草纲目》中也提出了“故春月宜加辛温之药,薄荷、荆芥之类,以顺春升之气;夏月宜加辛热之药,香薷、生姜之类,以顺夏浮之气;秋月宜加酸温之药,芍药、乌梅之类,以顺秋降之气;冬月宜加苦寒之药,黄芩、知母之类,以顺冬沉之气,所谓顺时气而养天和也”。

结合现代临床,三伏贴、三九贴、夏病冬治、冬病夏治等防手手段都是从“春夏养阳,秋冬养阴”这一治则中衍生而出的,也体现了人与自然界的统一性。《黄帝内经·素问·四气调神大论》中提到“是故圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱,此之谓也”。作为医者的我们要从《黄帝内经》等经典中吸取精华多加学习运用,以达未病先防,既病防变的治疗目的。

(作者为洛阳市第一人民医院2019级住培学员)

《黄帝内经·素问》中的养生法则

□魏琴

麻风病的早期症状和体征

□张国龙 赵飞

每年1月的最后一个星期日是“世界防治麻风病日”暨“中国麻风节”。今年的宣传主题是“全面消除麻风危害,共同走向文明进步”。

2020年,已达到基本消灭麻风病标准的河南省共报告新发麻风病例7例,3例为多菌型(MB),4例为少菌型(PB)。均在固始黄山医院进行正规治疗。在新发病例中,呈典型的灶性聚集伴“卫星灶”散发特点。那么,什么是麻风病?麻风病的症状有哪些?基层医务人员如何识别呢?

近年来,河南省每年发现麻风病例数大都在个位徘徊,一直保持零星偶发状态。事实上,麻风病可防、可治、不可怕,可怕的是歧视。及时发现,及早治疗是防控麻风病的重点。约有95%的人对麻风杆菌有特殊的免疫力,即使感染了麻风杆菌也不会发病。且外界环境因素对麻风杆菌活力有明显影响,麻风杆菌经紫外线照射30分钟~60分钟即完全失去活力,在60摄氏度下10分钟~30分钟即完全失去活性。在夏季日光下直射2小时~3小时,就可完全丧失活性。

当麻风杆菌侵入人体后,在典型症状开始前往往往有全身不适,肌肉和关节酸痛,四肢感觉异常等症出现。大多数麻风病患者早期有不同形态和数量的皮损,有斑疹、丘疹、结节、斑块、浸润和少见的皮肤原发性溃疡等。但对个体来说,患者的免疫力决定着皮损的数目、大小、形态、分布、边缘、表面、颜色的变化及病程和反应状态。

一、斑疹。1.浅色斑:局部皮肤颜色变浅。有原发性和继发性浅色斑两种。见于各型麻风病。2.色素沉着斑:局部皮肤色素增多

的斑疹。3.红斑:皮损局部颜色变红。4.徽章样斑:为红斑与白斑镶嵌成靶状的斑。

二、结节:为圆形或椭圆形半球状突起。1.结节主要见于瘤型和界线类麻风病,有鲜红、暗红、棕褐色、黑色等。有黄豆至核桃样大小或更大,数量不等。表面光亮,犹如传染性软疣,有的继发性弥漫性浸润的皮损上,有融合呈斑块的倾向。

2.结节可分为真皮和皮下结节。前者病变以真皮为主,隆起于皮面,后者病变以皮下组织为主,病变向下膨胀,隆起不明显,要用手触诊才能摸到。

三、斑块:结核样型斑块色鲜红或暗红,境界清楚,数量少,表面干燥有细小鳞屑,一般有麻木症状,查菌为阴性。界线类偏结核样或中间界线类麻风病的斑块多为不规则形,表面不平,黄红色或棕褐色,有柔软多汁样外观,有“卫星灶”损害或“打洞区”,内缘清楚,高出皮面,外缘向外倾斜呈坡状而逐渐模糊不清,呈倒碟状。界线类偏瘤型麻风病的斑块多发生在弥漫性浸润的基础上,表面光滑,大小不一,数量多,以面部、四肢和臀部多见,感觉障碍不明显,查菌为强阳性。

四、弥漫性浸润:为一种广泛的以真皮内炎症浸润为主的损害,皮下组织也可受累。由于浸润程度广泛,在皮肤外观上一般很难看出异常变化。

1.浅弥漫性浸润:病变主要在真皮,发生于疾病较早阶段。面部的表现为皮肤光滑发亮,淡红,两眼球结膜有轻度充血,看上去似酒后微醉样外观,眉毛稀疏,患者可感觉面部有蚁行感。发生在躯干、肢体的轻度弥漫性浸润,常只表现

为皮肤轻度肿胀,光滑,淡红,一般无感觉障碍。

2.深度弥漫性浸润:常由浅弥漫性浸润发展而来,病变部位深达皮下组织,有广泛麻木,查菌为强阳性,多见中晚期的瘤型和偏瘤型麻风病患者。

3.面部的损害因浸润致鼻唇肥厚,加上结节损害呈凹凸不平,形成狮面外观。

4.四肢和臀部的深度弥漫性浸润呈皮肤肥厚,加上大的皮下斑块结节,质硬,暗褐色或棕褐色,使表面高低不平,皮肤很难捏起。

五、溃疡:超过表皮基底以下组织缺损的炎症。

1.原发性溃疡,由于麻风病斑块、结节或浸润性损害因炎症剧烈发生组织缺血坏死。分泌物中含有大量麻风杆菌。

2.严重的麻风结节型红斑和皮肤I型反应也可引起皮肤坏死溃疡。

3.营养不良性溃疡,好发于足底、手指等部位,局部神经和血管受累加上外伤引起。初为局部损伤,出现红斑和水疱,不久水疱破裂,出现糜烂面等。

六、疱疹:为隆起皮面内含液体的腔隙损害。主要发生于皮损处或麻木区,有时为麻风病患者的主诉症状。麻风病I型或II型反应时,因组织剧烈反应可出现局部水疱。

七、萎缩:为皮肤皱缩变薄的表现,多为各型麻风病皮损消退后的表现。结核样型麻风病多为斑片状萎缩,境界清楚,闭汗,毳毛脱落,麻木,有轻微的色素减退改变。瘤型麻风病皮损部位则呈广泛对称萎缩,如老年人样或羊皮纸样萎缩,并有闭汗和麻木。

八、麻风病毛发脱落特点:结核样型麻风病一般在皮损部位出现毛发脱落。瘤型麻风病毛发脱落的最引人之处

是眉毛,早期在眉外1/3处开始脱落,先稀疏脱落,逐渐脱光。睫毛也可同时脱落。瘤型麻风病的头发脱落最早在颈后发际部位,中晚期的瘤型麻风病患者胡须、腋毛和阴毛也可脱落。

九、神经损害:为麻风病的一个主要表现,临床上可触及神经粗大,局部皮肤麻木无汗、肌肉萎缩、局部皮肤和关节营养不良和功能减退。由于麻风病免疫力、类型和病期的不同,神经受损害的数量、程度、形态和时间也各异。

神经损害症状和体征:1.神经粗大及触痛是麻风病特征性症状之一(如耳大神经、尺神经、桡神经、腓总神经等)。由于神经内的炎症反应和结缔组织增生,使神经干肿胀、粗大。可以是均匀粗大或呈节段性粗大,也可呈梭形或念珠状粗大,粗大可是原来的几倍或十几倍。

2.结核样型麻风病的神经粗大发生早,质地硬,粗大明显,不对称。3.瘤型麻风病的神经粗大发生迟而对称。临床上粗大的神经干与运动功能障碍不一定呈正比,但与感觉障碍会同时出现。4.神经功能障碍。感觉障碍之前可表现为感觉异常,如面部的蚁行感。皮损各种感觉丧失的顺序一般是温觉先丧失,痛觉次之,触觉最后丧失。一般结核样型麻风病患者在3个月左右出现皮损感觉,而瘤型麻风病皮损则在1年左右出现感觉障碍,界线类麻风病患者皮损感觉丧失的时间介于两者之间。

总之,麻木是麻风病的早期症状和主要症状。如果发现以上症状或类似症状,一定要及时前往医院排查和治疗。(张国龙为河南省疾病预防控制中心性病艾滋病防治研究所所长,赵飞为河南省疾病预防控制中心麻风病防治专家,杨须整理)

遗失声明 郑州市惠济朱晨晨中西医结合诊所马瑞敏的助理医师资格证书(编号:201841242410224 198605061063)不慎丢失,声明原件及复印件作废。

甄选真材实料 安全放心可靠 健康调养每一餐 奇芝堂 老亲访友 就选奇芝堂

肛肠全程无痛技术培训 常年招生 学痔瘘技术送鼻炎技术 联系人:田长修 电话:13653737333 地址:卫辉市人民路北段田氏痔瘘专科门诊

信阳淮河骨科医院诚聘医界精英 信阳淮河骨科医院(原工区路四里棚骨科医院)始建于2005年,是一所集医疗、康复为一体的二级专科医院。信阳市医保、城乡居民医保(原城镇居民医保和新型农村合作医疗)、河南省城镇居民(职工)异地就医直接结算、信阳市工伤保险定点医院。