

『衷中参西』是发展中医的趋势

薛松

几千年来,中医学为中华民族的繁衍昌盛做出巨大贡献,至今仍对我国的医疗卫生事业发挥着不可替代的作用。但是,在当今高科技现代社会里,中医学的适应性、协调性不强,其作用发挥不充分的问题,影响着中医学的持续、健康发展。为此,中医人要遵循中医药发展规律,传承精华,守正创新,加快推进中医药发展。

守正与创新相辅相成

笔者认为,守正与创新有着相辅相成、缺一不可的辩证关系,是传统科学技术发展遵循的基本规律。守正是守护、守卫、坚守科学学术的主体,创新是科学学术的新知、新技、新能;守正是基础,是前提,是根本,创新是发展,是突破,是跨越。没有守正,创新就迷失了方向;没有创新,守正便失去生机与活力。守正是创新的依靠,创新是守正的支撑。只有在守正中创新,在创新中守正,中医事业才能生机勃勃,不断进步发展。

中医学的守正创新遵循自身发展的方式、方法、道路和规律,在反复的医疗实践中,培育新的学术理论,创建新的学术流派,推动中医学不断发展。随着西医传入我国,近代著名中医学家张锡纯审时度势,独具慧眼,提出“衷中参西”的思想。从此,在中医学、西医并存的社会里,“衷中参西”成为守正创新发展中医学的新选择。

中医为何要“参西”

我们得知,中医产生于个体农业、个体手工业的社会里,以朴素的唯物论和辩证法为指导,崇尚天人相应、人身是一个整体的整体观念。其对人体生理、病理的认识是宏观的、模糊的。西医产生于工业化社会,重视人体解剖和实验研究,对疾病的定位、定性比较微观、比较准确。人类科学发展史告诉我们,同一领域的不同学科之间相互取长补短,互相促进,会对科学学术的发展产生积极影响,中医与西医也不例外。因此,中医“参西”,理应为发展的一个动向。

怎样“衷中参西”

笔者认为,崇高的信仰是一个人意志坚定的基石。因此,“衷中”的核心是中医人应坚定地树立牢固的中医自信观念。中医自信即中医的“文化自信、理论自信、疗效自信、道路自信”。相信中医文化的博大精深,相信中医理论的科学性、实践性,相信中医疗效是肯定的、可重复的,相信中医的道路是正确的、可行的。只有坚守中医自信,才能在“参西”过程中始终坚守“衷中”,中医才不会丧失自我。作为一名中医,应始终以传承、弘扬中医学为己任,并为实现这一目标而奋斗终身。“衷中”与“参西”应是一个统一体。因此,我们的“衷中参西”,强调“参西”必须以“衷中”为前提,以促进中医学的不断进步、不断发展。对一名执业中医师,“参西”内容应坚持专业导向、问题导向、临床导向为主,选择与自己的专业相关的内容,不要盲目贪多图全,即学习相关专业的西医基础知识、诊疗知识,了解相关专业西医急救的基本知识和技术等。此外,“参西”之“西”理应包括当代与西医相关的科技文化。因此,我们还应学习、了解、运用西医有关的科技检验、检查等,让科技进入中医学殿堂,为构建现代化的中医药学提供支撑。

临床实践是“衷中参西”的主战场

中医临床实践是“衷中参西”的主战场。在临床诊疗过程中,我们要严格遵守“能中不西、先中后西、中西结合”的原则。对“能中”的疾病,我们要坚定地运用中医诊疗,要坚决守卫中医临床的“自留地”。对“先中后西”类疾病,我们应充分利用“先中”的条件和机会。中医临床疗效,有时存在于再坚持一下的努力之中,只要我们把握病情,确保患者生命安全,就要为“先中”多争取一些时间,从而多治愈一些患者。在“中西医结合”治疗过程中,我们应认真反省“先中”治疗的失误和不足,深刻总结中医治疗的经验和教训,并在认真分析研究西医治疗给中医治疗的启示中,重新拟定中医治疗方案,从而优化和提升中医诊疗的能力和水平,以便在以后相应病证的治疗中,逐步实现“中西医结合”的突破。

将“参西”的感悟融入中医的辨证

我们在临床实践中,逐步将“参西”中的某些感悟,适时融入中医的辨证中,有助于充实中医“证”的内涵,探讨中医“证”的本质,逐步实现中医“证”的标准化、规范化、客观化。比如西医脑血流图检查的“脑血流缓慢”和“脑血管痉挛”,可纳入中医的“气虚血瘀”证和“肝风内动”证等。从而,充实中医内涵,提升中医诊疗水平,使中医学逐步成为既有厚重传统文化、深邃中医理论,又蕴含现代科技气息、富有时代感的先进医学。只有这样,中医的守正创新才能行稳致远,“衷中参西”的美好愿景才能真正实现。

近年来,中医学出奇制胜地开展了防治SARS(严重急性呼吸综合征)、新冠肺炎的系统性、规模性的重大实践,取得了令人鼓舞的成绩,为“衷中参西”的守正创新积累了宝贵经验。我们要认真总结,努力学习,在实践中不断推动中医学持续、健康发展,从而为人民群众提供更加有效、便捷、优质的中医服务。

(作者供职于濮阳市中医院)

本版图片由安阳市龙安区马家乡贾氏诊所贾喜来提供

经方及其类方析义

毛峥嵘

原文释义

半夏泻心汤出自《伤寒论》第149条,原文中有“伤寒五六日,呕而发热者,柴胡汤证具,而以它药下之,柴胡证仍在者,复与柴胡汤。此虽已下之,不为逆,必蒸蒸而振,却发热汗出而解,若心下满而硬痛者,此为结胸也,大陷胸汤主之;但满而不痛者,此为痞,柴胡不中与之,宜半夏泻心汤”的文字记载,还有一条在《金匮要略》呕吐下利篇,有“呕而肠鸣,心下痞者,半夏泻心汤主之”的文字说明,《伤寒论》讲的是少阳病误下后的3种转归,原文释义:伤寒五六天了,按照原来的日期推算,病邪应当传到三阴经了,有呕吐、发热症状,欲从外解,小柴胡汤证具备,这是少阳病柴胡汤证,但是,若医生认为是实证,用了下法治疗,可能用的是小承气汤或大承气汤,用量不大,患者吃了药,病情不好也不坏;也可能是患者的体

质比较好,没有伤及正气,仍然发热、呕吐,这个时候还可用小柴胡汤,不过服了小柴胡汤会有蒸蒸而振的瞑眩现象,寒热交错,接着汗出而解,这是一种转归,为什么会有这种反应呢?这是因为小柴胡汤能助正气向外抵御邪气,但毕竟是正气因误下而受伤,患者服了小柴胡汤,正气得助,与邪气抗争,其间需要一段时间,阳气未达肌表会有寒颤,待正气转胜,邪气消退,自然“发热汗出”而解,这种“发热汗出”是正气向外抵御邪气的抗病能力,所以有寒颤、出汗症状,患者不必惊慌,随后病情自会好转。还有一种转归,那就是患者素体有水饮,正气又较弱,误下后邪热内陷,与胸肋间的水饮互结,便会出现心下硬痛、痞满的结胸证,在治疗上就应该用大陷胸汤。另一种转归,是误下后,邪热内陷,但无实邪可结,只是与正

气集结于中脘,出现心下满而不痛的痞证,这要用半夏泻心汤治疗,而小柴胡汤就不合适了。

一条经文,本来讲的是小柴胡汤的转归,却引出两个病名,一个是“结胸”,一个是“痞”;两个方子,一个是大陷胸汤,一个是半夏泻心汤。邪气结在胸中,即是“结胸”;邪气结于心下,则为“痞”。宋代医家成无己说:“否而不泰为痞。”这句话有一个“否”字,一个“泰”字,这两个字在《易经》中是卦名,一个是泰卦,一个是否卦。天气上升,地气下降,“天地不交,否”。天地阴阳二气互不交合,万物生养不得畅通,这就是“否”。否者,闭塞之意。它的证候特点就是“满而不痛”,正是这几个字,给我们留下了一个非常好的方子,就是半夏泻心汤。半夏泻心汤由7味药物组成:半夏、黄芩、干姜、人参、炙甘草、黄连、大枣。

病机辨别

半夏泻心汤证的病机是什么?是脾胃气虚,湿热内蕴。它的证候特点是:心下痞满,干呕或呕吐,肠鸣下利,舌苔黄白相兼而腻,脉象弦滑而不缓。“心下痞满”是自觉症状,《伤寒论》第151条这样解释:“按之自濡,但气痞。”“按之自濡”是喜按,而不是拒按,这一点在诊断上很重要。这是脾胃气虚的表现,但是虚得不严重,不需要大补。而“湿热内蕴”如何呢?从临床上来看,脾不升则生湿,胃不降则生热,湿阻则痞满的感觉。胃热浊气不降,故有干呕或呕吐;脾湿清气不升,故有肠鸣下利。那么,哪个是主要症状呢?当然是“心下痞满”了,“干呕或呕吐”次之,“肠鸣下利”再

次之。这里所说的“心下痞满”,不仅是指“心下”,多数是“胸脘”。而这些主要症状与次要症状在什么样的情况下,才能诊断为“湿热内蕴”呢?舌苔黄或白而腻,这是诊断的重要依据,如果舌苔不是这样,而是无苔,那是阴虚;如果是白滑或水苔,那是水气不化;如果苔如粉,那是疫戾之邪,均不是半夏泻心汤的适应证。关于脉象,《伤寒论》中没有具体说明。有的典籍上写弦滑数,有的医书上写弦滑有力,按照后世医家对湿热的脉象解释,它的特点是“脉无定体,不拘一格”。结合临床实际,笔者的体会是弦滑而不缓。弦滑是湿热的表现,为什么不写“数”呢?从临床实

际上看,应用半夏泻心汤证数脉不多见,说“不缓”是有点儿数或接近数象,但不是主脉,主要特征是舌苔黄白相兼而腻,从证候指征上来讲,舌诊比脉象更有分量。为此,我对半夏泻心汤的应用指征拟为“心下痞满、呕恶泄泻、苔黄白腻”12个字,其中,“心下痞满、苔黄白腻”8个字是重点。干呕或呕吐只是说明胃气上逆,或呃逆,或倒饱,而不一定是干呕或呃逆。这里需要说明的是,胃痞的主证是“心下痞满”,但有隐隐作痛者,这在临床上并不少见,并非绝对不痛,这与湿热内蕴、中焦气机不通有着密切关系,也是许多医家的临床体验。

方义解析

半夏泻心汤的主药是半夏,这是毫无疑问的。但金代医学家成无己却说:“泻心者,必以苦为主,是以黄连为君,黄芩为臣。”可是,这种认识不符合临床实际。后来,清代伤寒学家柯韵伯、清代医学家陈修园等主张以半夏为君药。半夏辛苦温,主要作用是燥湿,降逆作用是其他药物无可匹敌的。然而,解决湿郁结的方法是祛湿为主、清热为辅的。前人对此法有一个比喻,叫“抽丝剥茧”。就是说清除湿邪之邪,不可急躁,要像剥蚕茧抽丝线一样,分层次治疗。半夏是一味燥湿药,只有祛除了,才能将热邪散去。湿邪处理到哪里呢?只有一个地方,那就是从二便排出去。而要从二便排出去,就要有降气的药,半夏就是降气的主要药物,且以降胃气为主。胃气降了,其他该降的就会随之而降。“佐君者为臣”,哪一味药是帮助主药的呢?当然是干姜了。干姜是辛温药,可以温化中焦的湿气,因为湿邪属阴,它在没有形成痰结以前,温化是最好的办法。而要解决闭塞的病态,就要有辛味药,半夏、干姜都是辛味药,走而不守,“辛以散痞”,有利于消散内部的湿浊及其形成的痰湿。这个方的佐

药是黄连、黄芩两味药。主药将湿邪解决了,里边的热邪不可能自己“跑”出来,还要有药物帮助它透发,这就需要“二黄”(黄连、黄芩)的力量了。但是,有一个问题,按照药物归经之说,黄连归心经与胃经,而黄芩是入心经与肺经的,一般不作胃经药,也就是说用一味黄连就可以了,为什么还用黄芩呢?中医学认为,在五脏之中,主升降的是脾与胃,脾主升清,胃主降浊;肝之清气随脾之清气升达,肺之浊气随胃之浊气下降。也就是说肝气的肃降可以帮助脾气的升清,肺气的舒降有利于胃气的降

浊。这个道理明白了,就知道为什么要用黄芩清肃肺气了。《神农本草经》中说黄芩主治“诸热黄疽,肺癰泄痢,逐水,下血闭,恶疮疽蚀火痛”。这样,黄芩可以祛湿、通水道、通血道,性质是往下走的,列为臣药是理所当然的。使药是什么呢?是人参、大枣、炙甘草三味药。这三味药的作用:一是补益脾胃之气,气足了才有利于消散湿气;二是有利于清气上升,清气上升才有利于浊气下降。这是客观存在的事实。

半夏泻心汤的七味药大致可以分为3组:一是苦温药,半夏与干姜;二是苦寒药,黄连与黄芩;三是

甘温药,人参、大枣与炙甘草。治病驱邪的是第一组与第二组,扶正补虚的是第三组。用了半夏泻心汤,可以使“中气得和,上下得通,阴阳得位,水升火降。”这是成无己在《注解伤寒论》中的论述。在《伤寒论》中,凡是相反相成配伍而形成较为固定对药的方剂,都可以用于证候较为复杂的疑难疾病,这是经过长期临床实践所验证了的事实。

(作者供职于河南中医药大学第一附属医院;本文由第三批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师、全国首届百名中医药科普专家毛德西指导)

学术论坛

浅析消渴证的七证七方

庞国明

依据《伤寒杂病论》对消渴证的有关论述,通过多年对糖尿病临床证候的分析、总结,笔者将消渴证的病机特点概括为:肥雍是T2DM(2型糖尿病)萌发的基础土壤;痰浊中阻、湿热内蕴是其始动因素;湿浊、湿困中焦,土壅木郁,脾失健运,肝失疏泄,水谷精微壅滞血中是血糖升高与发病的重

要环节;精津布运失常,痰热耗津损伤形成“三多一少,尿有甜味”的内在原因;病程渐进,邪伤正气,肺脾肾三脏气虚是其迁延不愈的关键因素;气损及阴、阴损及气、气阴两虚是其枢机阶段;气虚渐之、阴损及阳、阴阳两虚是其发展的必然趋势;血瘀是造成合并多种病证的主要原因;痰湿化浊、煎热化毒、

复,和合阴津之“和”;2.气养阴,气复阴平,气阴和合之“和”;3.疏肝健脾,木达土运,肝脾调和之“和”;4.凝滞健脾,降浊和胃,清升浊降之“和”;5.清化热湿,分离实邪,畅达中州之“和”;6.健脾益肾,脾胃互资,和合互助之“和”;7.滋阴温阳,固肾涩精,调补阴阳之“和”。

“纯中药治疗糖尿病七证七

诊疗感悟

辨治呼吸系统疾病的体会

李广

笔者曾跟随全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师毛德西、唐宋和李发枝等侍诊学习,逐渐探索出一套经方辨治咳嗽的经验,经临床应用效果较好,现将应用经方辨治咳嗽的经验和体会总结如下,仅供同行借鉴与探讨。

桑菊饮。桑菊饮适用于风热犯肺证,主要症状:咯痰不爽,痰黏稠或黄,发热头痛,或微恶风寒,咽喉肿痛,鼻塞流涕,或口渴,或自汗;舌质红,舌苔薄黄,脉浮数。方用桑菊饮加味,全方共奏疏风清热、宣肺止咳之功效。

桑菊饮方证的辨证要点为咯痰黏稠,发热恶风,咽喉肿痛,舌质红,苔薄黄,脉浮数。

临证加减:咳嗽较甚者,加前胡、白前、浙贝母止咳化痰;肺热内盛者,加黄芩、金荞麦、鱼腥草兼清

肺热;咽喉疼痛者,加射干、山豆根清热利咽;热伤肺络,痰中带血,加白茅根、生地炭、黄芩炭清热止血。

大柴胡汤。大柴胡汤适用于少阳阳明合病,胆胃郁热上犯,肺失宣降之证,主要症状:咳嗽夜甚,平躺重,侧身减轻,口干且苦,多有烧心或泛酸,右上腹部有压痛感,或右肩胛骨有压痛,或体检时有胆囊炎、胆结石、胆囊息肉等。凡患者的舌质多红,舌苔薄黄或薄白,脉弦滑。方用大柴胡汤加味。大柴胡汤为小柴胡汤与小承气汤加减而成,小柴胡汤为治疗少阳病的主方,因兼有阳明里热,故去掉补益胃气的人参,加枳实、大黄、厚朴以行气导滞,兼清内热;加芍药以解痉止痛等。关于乌梅,笔者认为,胆胃之气上逆于肺,则肺气不降反上逆而为咳嗽,《本草经疏》称乌梅“乌梅味酸,能敛

浮热,能吸气归元,故主下气”。这说明乌梅能降逆气而除浮热,可屡获良效。诸药相配伍,共奏清胆和胃、降逆止咳之功效。

大柴胡汤方证的辨证要点为咳嗽夜甚,平躺重,侧身减轻,口干且苦,烧心或泛酸,右肋疼痛,大便秘结。临证加减:若大便秘结者,加大黄宜后下,一般用量为10克~15克;大便稀溏者,去大黄加少量黄连、五味子、干姜以寒热并用,敛肺止咳;胁痛者,加延胡索以行气活血止痛等。

笔者认为,上述大柴胡汤加味所治之咳嗽,颇似西医的胃食管反流性咳嗽。此病是因胃酸和其他胃内容物反流进入食管,临床表现为咳嗽夜甚为主,且伴有烧心、泛酸等症。《素问·至真要大论》中有“诸咳,暴注下迫,皆属于热”的文字说明。这说明大柴胡汤加味所治

之烧心、泛酸,确为胆胃郁热所致。

小柴胡汤。适用于少阳证,邪热上犯,肺气不降之证,主要症状:咳嗽突然发作,干咳或少痰,平卧或夜间易发作,饭后暖气,脘腹胀满,恶心泛酸,上腹部食管有灼热感;舌质淡红,舌苔薄黄或薄白,脉弦。方用小柴胡汤加味可取得良效。

小柴胡汤方证的辨证要点为以口苦咽干,昼轻夜甚,平卧位加重为特点。

临证加减:若恶心、呕吐者,加陈皮、姜竹茹以理气和胃,降逆止呕;烧心、泛酸者,加海螵蛸和胃止痛;失眠易惊者,加龙骨、牡蛎、夜交藤以镇惊安神;大便溏薄或腹泻者,加炒山药、车前子以健脾止泻;脾胃虚弱,纳食呆滞者,加麦芽、谷芽、稻芽以健胃消食。



需要指出的是,鼻后滴漏综合征是鼻部疾病引起分泌物倒流鼻后和咽喉等部位,直接或间接刺激咳嗽感受器,导致以咳嗽为主要表现的综合征。其中有一部分患者也是以夜间或平卧时咳嗽加重为主要症状,但其时间是在刚平卧不久及早晨起床前后出现一阵咳嗽,其痰或白或黄,往往伴有鼻塞、咽部有黏痰、鼻后滴漏综合征治宜疏散剂热、宣肺止咳,方用谷草草合剂,可取得满意效果。

(作者供职于河南中医药大学第三附属医院)