

弘仲景之光,引后学之路

——第七届广东省仲景学说学术年会述要

● 李赛美* 邓 烨 方剑锋 罗广波 王保华

摘 要 对第七届广东省仲景学说学术年会 15 位中年专家演讲进行综述,集中反映了近年来广东省仲景学说研究的新方向、新动态、新见地、新进展。

关键词 仲景学术研究 会议述要

由国家中医药管理局主办,广东省中医药学会仲景学说专业委员会、广州中医药大学第一附属医院承办的第七届广东省仲景学说学术年会于 2011 年 9 月 17 日至 18 日在广州中医药大学第一附属医院召开。参会演讲的十五位中青年学者分别来自广东医学院,南方医科大学、广州中医药大学第一、第二、第三附属医院,广东省第二中医院,深圳盐田区医院、南山区医院、福田区中医院,每人演讲半小时,将近年来经典运用心得之精华于一天内展现。近 300 多人聆听了学术报告。专家讲述内容涉及理论创新、临证经验、教学经验、研究经历等,现概述如下。

王伯章提出继承创新中医临床思维学是提高医疗水平的新途径。他认为中医临床存在着对中医思维基本出发点认识不足、对中医思维概括不够、理论和临床联系思维脱节等问题。故从阴阳五行、天人相应、三阴三阳辨病等方面解

读中医思维问题;从《伤寒论》基本临床思维:“诊病审因,辨证察机,随机选方,无方立法,对症用药”中提炼出:“因机症方药、对症用药及辨病选方”的基本临床思维方式;并通过典型病例,详述其法。如某病毒性肝炎黄疸病人,眼黄,肤黄晦暗,面色黧黑,恶心少纳,舌胖淡白有齿痕苔白滑,脉沉细弦。初清里湿热,方用小柴胡汤合五苓散加溪黄草、土茵陈、半边莲等治疗半月,无效,后用桂枝加黄芪汤再加三棱、莪术治表,诸症好转出院。人体之表、器官之表、细胞之表的外感病变,是深层次意义上的“表证”,表寒水津失调,都可以用辛温发汗而解。又如用桃仁承气汤加味(桃仁 6g,桂枝 6g,炙甘草 6g,芒硝^{冲服} 6g,大黄^{先煎} 8g)治疗某小脑梗塞共济失调患者,考虑其站立行走不稳,因是太阳经所过,当太阳蓄血证治而效显,取其先夺其血瘀之势,后用黄芪赤风汤善后。故倡导在提高临床能力的基础上,把握中

医临床思维的多维思路,继承创新中医临床思维学,进一步提高医疗水平。

陈志雄对中医经典治未病观点进行思考。要做到未病先防,欲病早治,首先要积累过硬的“四诊”本领,如《灵枢·邪气脏腑病形》“见其色,知其病,命曰明;按其脉,知其病,命曰神;问其病,知其处,命曰工……故知一则为工,知二则为神,知三则神且明矣。”四诊功夫过硬,“能合色脉,可以万全”。然后结合理化检查,有的放矢,并要综合考虑体质、家族、地域环境等因素。既病防变是重中之重,如《素问·脉要精微》所说:“病复何谓?岐伯曰:风成为寒热;痒成为消中;厥成为巅疾……病之变化不可胜数。”提出“上工刺其未生者也,其次,刺其盛者也。”在张仲景《伤寒论》中,十分重视既病防变,截邪扶正,强调诊断治疗的预见性。第 253 条“阳明病,发热汗多者,急下之,宜大承气汤。”证属里热蒸腾,迫津外泄,故当机立断,急下存阴,以免津竭阴亡之虑。治未病者,要独具慧眼,《伤寒论自序》曰:“余每览越人入虢之诊,望齐侯

* 作者简介 李赛美,女,医学博士,教授,博士生导师。国家中医药管理局第一批全国优秀中医临床人才。研究方向:中医临床基础(《伤寒论》)教学与临床研究。

• 作者单位 广州中医药大学(510405)

之色,未尝不慨然叹其才秀也。”张仲景对秦越人(扁鹊)治未病,活人之精妙医术谓然叹服。《素问·刺热篇》中指出:“肝热病者左颊先赤,心热病者额先赤,脾热病者鼻先赤,肺热病者右颊先赤,肾热病者颐先赤。病虽未发,见赤色者刺之,名曰治未病。”面部色诊先兆微显,非一般医生能识别,或虽见赤色,却不知所以。众多记载中见微知著的高超绝技,引后世深思。

熊国强介绍了《伤寒论》的寒热并用法在慢性胃炎中的临床应用。仲景遵《内经》理论独创寒热并用法,即用苦寒与辛温两类截然相反药物的对立作用和不同属性,进行合理组合,使之产生两者均不具备的新的功能和作用,以达到燮理寒热,升清降浊,畅达气机,调理脾胃之作用。仲景用于治疗寒热错杂、病情复杂的一类病证。慢性胃炎病机特点有热毒论、气滞郁热论、脾胃湿热论、阴虚灼热论四种,在治疗上寒热并用,旨在辛开苦降、调畅气机。《伤寒论》半夏泻心汤,寒热并用、辛开苦降而治痞,是其佳作代表。干姜配半夏,仲景是取其辛散之味,而舍性温热之性;黄芩、黄连均为味苦而性寒,仲景取其苦降之味,而舍性寒之性,使滞气从下而泄;人参、甘草、大枣甘温益气,在寒热并用、辛开苦降中具有不可忽视的作用和地位。辛开苦降法贵在斡旋人体气机,调和胃肠,则慢性胃炎可愈。运用辛开苦降法既要考虑热邪与寒邪孰轻孰重,确定苦寒与辛热药物之比例,要针对慢性胃炎病机特点善用苦寒类药物,如黄连、黄芩、蒲公英等;又要察胃阴之亏盈,巧用辛温之品,如法夏、干姜、生姜等。如某位肝郁气滞,横逆犯胃,气郁化热患者,以柴胡疏肝散合半夏泻心汤

加减治疗。

彭万年介绍了中医经方在急危重症救治中的运用体会。他认为,张仲景和他的《伤寒论》就是在天灾人祸、疾病横行的情况下发展起来的。其思路和方药可以应用到现代传染病或烈性传染病方面的救急应用。他认为大多数心脑血管疾病都是阴寒证,宣痹通阳法是仲景治疗胸痹心痛的基本方法,栝蒌薤白白酒汤为本法的代表方,又根据辨证的不同,用乌头赤石脂汤治疗阴寒痼结的胸痹心痛重症,用栝蒌薤白半夏汤治疗痰浊痹阻的胸痹心痛等。临床他常用上方合用补阳还五汤,用在脑血管病变、中风等疾病中,心脑同治,提高疗效。

雒晓东认为,《伤寒论》中寒热并用法为后世树立了典范。将寒热并用模式,分为四种:①寒热并用,方药不同论:虽同为寒药或热药,但性味归经、升降浮沉、君臣佐使各不相同,故其功效主治大异也。如附子泻心汤,黄连、黄芩、大黄以麻沸汤浸渍,附子煎煮取汁另兑。寒热异其气,生熟异其性,一主泄热消痞,一主扶阳固表。一渍一煮相合之设计,其用意之精巧至矣。②寒热并用,部位不同论:性味归经,各行其道,升降浮沉,各分其部,或行于表,或入于里,或清其上,或温其下,或至于中。针对患者寒热病位之不同,故治疗上宜寒热药物分部位同时进行治疗。如黄连汤中,黄连重在清上焦之热,干姜重在温中下焦肠胃之寒。③寒热并用,互相制约论:寒热同炉,冰火相融,虽有药物归经不同,表里出入之异,但欲其寒者自寒,热者自热,毫不相干,实为难矣。如大青龙汤,无石膏则大剂麻桂之辛散易于大汗亡阳,无麻桂则石膏

大寒易于遏阻在表之寒邪难出,二者共用,使其二者之药性不至于过于弛张以害正也。④寒热并用,其气合化论:寒热并用,其药物寒热之性变化相合,谓之“其气合化”。寒热药性合化之后之药性,量小者从其量大者,力弱者从其峻猛者,药味少者从其药味多者。合化之后寒热药物并存之剂,已变为但寒但热之方。寒热并用,结合临床,在伤寒、温病、杂病等皆可应用,并希冀以循证医学、实验医学为依归,进一步探究其理。

林昌松从生理病理、致病特点、辨证思路等方面对痰饮水湿病脏腑证治进行了探讨。湿病辨表里虚实,治以因势利导;饮病辨饮停部位,治以标本兼顾;肺中停饮辨脏腑寒热虚实缓急,治以开宣肺气。总言之,调理脏腑气机是其基础,平阴阳助化气是治疗根本,调气血消瘀积是祛除痰饮水湿之目的。如某 50 岁女性患者,类风湿关节炎 4 年,加重 4 月,双小腿以下浮肿,按之凹陷不起,双手小关节变形,四肢不温,面色少华,舌偏淡,苔白,脉弦细略紧。《金匮要略·水气病篇》云:“诸有水者,腰以下肿,当利小便;腰以上肿,当发汗乃愈。”径投五苓散:桂枝 12g,白术 15g,茯苓皮 30g,泽泻 12g,猪苓 20g。7 剂服完。复诊:双下肢浮肿未减,余症同前,问之无汗。前人云:水肿的产生,其本在肾,其标在肺,其治在脾。肺主通调水道也,当微汗发表以宣肺,遂于前方中加麻黄 10g,再服 7 剂,水肿退尽,久未复发。

李赛美根据在新加坡的教学体会,提出《伤寒论》教学灵魂在“活”字。“活”体现在多种形式,如内容的活泼讲授、真实病案、临床教学查房视频、现场讨论点评等

形式中。更将学生身边的鲜活案例带到课堂,如本班学员杨女士,47岁。口干,咽干咽痛3个月。辨证为阴阳两虚,兼夹湿浊、郁热、瘀血,少阴与厥阴同病。处方:茯苓四逆汤合吴茱萸汤加味,3剂,诸症显著改善。又如某老师的儿子12岁,身体壮实,但鼻敏感,每晨起床喷嚏连连,清涕不断,服了大量益气固表方效不显,学习伤寒后,改用真武汤合桂枝加附子汤,不但不上火,鼻敏感及睡眠也明显改善。还通过灵活的形式和生活体验,让学生亲自动手,吃到经方大宴中的猪肤膏、苦酒羹、黄连阿胶汤等。以及在生活中、宴席上、将《伤寒论》的理论结合身边事物讲解,处处有经方,处处都有《伤寒论》,通过赋予经典现代活力与气息,让经典之美处处放光彩。

刘敏结合厥阴病的生理病理,重点讲述了乌梅丸酸收熄风的独特性。结合以胸痛为主诉的两个病例,说明敛肝熄风为厥阴主方的独特治法,临证温补攻清,随即化裁。如某女,61岁,胸部闷痛甚则绞榨样疼痛十余年,近加重似石块压在胸前,动则气喘。辨证属中下焦阳气不足,痰湿内生,上蒙心胸,阻滞肺气之宣降。方用附子理中汤合瓜蒌薤白半夏汤加味,药后诸症减轻,但仍有心烦,眠差,情绪善变,此为中有虚寒,上有风热之象,遂取乌梅丸与之。服20余剂后忽觉胸中如大石顿失,异常兴奋,一如常人。乌梅丸集大寒大热、酸苦辛甘于一身,以杂治杂而兼理肝风,其辛甘助阳,酸苦坚阴,温清并补,能调理阴阳寒热虚实之错杂;乌梅为君,重用酸收,突出敛肝熄风之妙。

曾庆明论述了经方控制中药功效发挥方向的配伍组方技巧,他

认为张仲景开控制中药功效方向的先河。并以柴胡、桂枝等为例,说明药物的不同的配伍、功效发挥方向不同。后世实验也表明,配伍后会产生单味药物所不具备的作用。仲景用药量特点:动量原理,量势综合,将其用量与其运动的态式综合起来判断它的值。但量是相对、动态的;量变会导致功效发挥方向的质变。

徐成贺分享了其经方治疗慢性咽喉炎的心得,如用升麻鳖甲汤治疗肺肾阴伤、火热久羁咽喉炎,症见咽干、咽痒、咽喉不适,用清热解毒、养阴清肺药、西药抗生素等久无效果者,方用玄参30g、升麻15g、鳖甲30g、当归10g、甘草10g。而对于咽痒为主,多并咳嗽,咽痒则欲咳者,多有明显的风寒感冒病史。初受风寒后用凉药,致风寒闭肺,郁于咽喉者,用小青龙汤;某些病人总是“吭”、“吭”声,不咳,时间长久,面暗滞无热,或咯一点粘痰、浊沫者,为肺气虚所致肺阳虚寒之咽喉炎,用甘草干姜汤;半夏厚朴汤,治疗胃气上逆,痰气郁结咽喉炎,症见咽喉不适,有异物感,面黄肌消,胃胀满,气逆,组方为:法半夏15g、厚朴10g、紫苏梗10g、茯苓30g、生姜3片、代赭石30g、枳壳10g;咽喉炎久不愈,用多种方法仍不见效,唇暗,舌紫,口干,但漱口不欲咽,或声嘶,或饮水即呛,或喉、舌根生赘物者,多见于咽喉瘀血的咽喉炎,用会厌逐瘀汤:当归10g、红花10g、赤芍10g、乌药10g、制香附10g、片姜黄15g、桔梗10g、甘草10g;热毒蕴积血分,久羁不去咽喉炎,症见咽喉痛,久治不愈,视之咽喉弓宽大、充血,咽喉底有囊性泡样排布,或有草莓样紫红颗粒,舌红绛,面暗红者,用凉血解毒汤:苦参15g、槐花30g、地榆

10g、升麻15g、紫草10g、甘草10g。

吴浩祥提出“和法”新解与和剂的应用。和字释义:一团和气,既指物质层面,又指精神层面。广义来讲,《素问·上古天真论》:“法于阴阳,和于术数。”狭义上从调和营卫、和解少阳、调和肠胃、调和肝脾等解释。运用方面结合半夏泻心汤案、小柴胡汤案、柴胡桂枝干姜汤案、桂枝汤案等医案,介绍了桂枝汤系列、柴胡汤系列、泻心汤系列的应用。如半夏泻心汤治疗复发性口舌生疮:王某某,男,32岁,反复口舌生疮2年余,症见口腔粘膜、牙龈、舌面等处散在多个溃疡面,灼热疼痛,舌质淡胖,边有齿印,苔薄黄腻,脉濡数。辨为湿热内蕴,脾虚不运,以半夏泻心汤加味:法夏10g、党参15g、黄芩10g、干姜6g、大枣5枚、川黄连10g、炙甘草6g、葛根15g、枳壳10g、丹皮10g,五剂后,诸溃疡面消失,无不适感。

朱章志立足“固护脾胃”论治消渴病,并对疑难汗症医案进行了介绍。某患者反复上半身多汗5年余,诊断为“2型糖尿病,高甘油三酯血症”,以运太阴、固少阴为法,用理中汤合四逆汤加味治疗,取得良效。他认为《伤寒论》辨治“汗症”积累了丰富的经验:“汗症”之治虽有多端,然理无二致,归本则一,皆源于中焦脾胃。并倡导临床辨治,应立足医《易》源头,以“天人合一”为医魂,以“首辨阴阳”为准绳,以“六经辨证”为大法,以“仲景经方”为医剑。

王清海则从《伤寒论》谈桂枝的临床应用。桂枝是仲景经方中使用频率最高的药物,桂枝七大功效,病涉内外各科,用涉八法,说明仲景重视扶阳气,通血脉,畅气机。并介绍了个人心得:利用其温散法

用于外感表证;温通法用于心脑血管疾病和各种内科杂症。如重用桂枝治愈胸痹证:某 55 岁妇女,因家庭问题,自觉胸闷,气短,心悸,喜叹息一个月,查心电图示“ST 下移,T 波低平”,诊为慢性心肌供血不足。舌淡暗,苔薄白而滑,脉沉细而弱。诊为胸痹,辨证为胸阳不振、阴寒痰浊之邪阻滞胸中,致使胸中郁滞。法当温通心阳,行气化痰。方选自拟方“通阳宽胸汤”:桂枝 30g,栝楼皮 20g,枳实 20g,陈皮 10g,香附 10g,玄胡索 30g,郁金 10g,红花 10g,炙甘草 10g,7 剂后症状大减,胸闷、气短基本消失,心悸明显减轻,舌苔薄白,脉较前明显有力。此方根据胸痹病“阳微阴弦”病机,参照栝楼薤白白酒汤,方中桂枝是主药,重在温通心阳。

黄胜光从案例谈熟读原文,如某 42 岁妇女,初起为头痛、畏寒、咽痛 1 周,西医治疗未见改善,症见:时寒时热,汗出恶风,时时恶寒,进食则吐,头痛神疲,寝卧不宁,舌淡红,苔白,脉缓。原文第 13 条:“太阳病,头痛,发热,汗出,

恶风,桂枝汤主之。”原文第 96 条:“伤寒五六日,中风,往来寒热,胸胁苦满,默默不欲饮食,心烦喜呕……小柴胡汤主之。”处方:柴胡 10g,黄芩 10g,桂枝 10g,白芍 10g,党参 15g,半夏 15g,炙甘草 5g,红枣 15g,生姜 3 片(自备),嘱药后 15 分钟,务必食微温白粥一碗。药后诸证缓解。在心律失常的治疗中,原文第 177 条“伤寒,脉结代,心动悸,炙甘草汤主之。”原文 305 条“少阴病,身体痛,手足寒,骨节痛,脉沉者,附子汤主之”具有重要指导意义。个人心得:温阳药与补气药合用具有协同作用,既提高疗效又可减少温药用量。同时还介绍了麻杏甘石汤治疗急性支气管炎、半夏泻心汤治疗慢性胃炎的临床经验。

陈光星汇报了在美国哈佛大学麻省总医院访问留学见闻和研究工作,详细介绍了哈佛大学世界级研究团队的组织构架、合作模式、研究方法,并介绍了通过外显子测序发现基因突变、功能改变,导致自身免疫性疾病发生,及相关

成果发表在《Nature》的研究过程。他认为其成果的获得源于所在研究团队的长期积累,抓住问题的关键,多中心合作,临床与基础紧密配合等多方面因素。而研究团队与企业合作,将研究成果申请专利并尽快转化为成果、服务于临床,是值得借鉴的学习模式。他体会到,临床医学的性质既属于应用科学,也属于技术科学,临床医生的临床与科研水平要协调发展。在用已知理论治病救人的同时,不放过科学发展的机会,争做探索未知世界的先锋。最后他就如何管理科研团队,如何追踪海内外相关研究提出建议和参考方向。

仲景学说是中医之魂,广东省近年来致力于中医药大省的建设,依托广州中医药大学中医临床基础之国家重点学科、国家教学团队,及中医经典临床研究所、广东省仲景学会,仲景学说研究如火如荼。本次年会突出中青年专家研究成果,为仲景后学之学术交流提供平台,如此高效率、高品质的学术年会,受到中医学者普遍好评。

医 论

涩脉论

人一呼脉行三寸,一吸脉行三寸,呼吸定息,脉行六寸。一昼一夜,一万三千五百息,脉行八百一十丈,此平人血气营运之定数也。医者欲知血气之病与不病,非切脉不足以得之。脉之状不一,载于《脉经》者二十有四:浮、沉、芤、滑、实、弦、紧、洪、微、缓、涩、迟、伏、濡、弱、数、细、动、虚、促、结、代、革、散。其状大率多兼见。人之为病有四:曰寒、曰热、曰实、曰虚。故学脉者,亦必以浮、沉、迟、数为之纲,以察病情,此不易之论也。然涩之见,固多虚寒,亦有痼热为病者。医于指下见有不足之气象,便以为虚,或以为寒,孟浪与药,无非热补,轻病为重。重病为死者多矣。何者?人之所借以为生者,血与气也。或因忧郁,或因浓味,或因无汗,或因补剂,气腾血沸,清化为浊,老痰宿饮,胶固杂糅,脉道阻涩,不能自行,亦见涩状。若重取至骨,来似有力且带数,以意参之,于证验之,形气但有热证,当作痼热可也。此论为初学人发,圆机之士必以为赘。东阳吴子,年方五十,形肥味浓,且多忧怒,脉常沉涩,自春来得痰气病。医认为虚寒,率与燥热香窜之剂,至四月间两足弱,气上冲,饮食减。召我治之,予曰:此热郁而脾虚,痿厥之证作矣,形肥而脉沉,未是死证。但药邪太盛,当此火旺,实难求生。且与竹沥下白术膏尽二斤,气降食进,一月后大汗而死。书此以为诸贤覆辙戒云!

(摘自元·朱震亨《格致余论》)