

《伤寒杂病论》临证思维模式及其在眼科应用举隅

李立甲¹ 金明^{2#}

(1 北京中医药大学 北京 100029; 2 中日友好医院眼科)

关键词: 中医眼科; 伤寒杂病论; 临证思维; 辨证论治

中图分类号: R276.7

《伤寒杂病论》这部古籍之所以能影响中医学1700多年之久,是因为灵活使用了辨证思维和科学研究的基本方法,形成了一种认识疾病的规律。清代医家徐灵胎说“医者之学问,全在伤寒之理,则万病皆通。”所谓“伤寒之理”从某种意义上说,即该书研究疾病的思维模式方法,是中医临床各学科的共同准绳,对中医各科都有重要的指导意义。本文探讨中医眼科如何从临证思维和辨证方法两方面汲取《伤寒杂病论》的精华,并进一步拓展眼科辨证理论的深度。

1 《伤寒杂病论》临证思维对眼科的影响

1.1 分析病史

《伤寒杂病论》中“太阳病三日,以发汗,若吐、若下、若温针,仍不解者。此为坏病。桂枝不中与之也。观其脉证,知犯何逆,随证治之。”本条依据多种治法后其病仍不能解除这一现象,推断太阳病已发生了变证,故指出不能再桂枝汤。《伤寒杂病论》以“辨某病脉证并治”为篇名,这里的“某病”是患者在疾病不同阶段的病理状态综合反映,通过辨识,掌握病机,从而确立治疗大法或药物。在“辨某病”的过程中,通过分析现病的既往资料,利用逻辑推理得出结论。在《伤寒杂病论》中不乏其例。另如“伤寒服汤药,下利不止,心下痞硬。服泻心汤已,复以他药下之,利不止,医以理中与之,利益甚。理中者,理中焦,此利在下焦,赤石脂禹余粮汤主之。复不止者,当利其小便。”本条即为误治以后出现下利不止的变证;医生用下法、理中法治疗。在这里,既往治疗效果是推断证候的决定因素,为确定证候的主要方法。

眼科临床常见到糖尿病性视网膜病变患者的视力突然下降,此时结合患者既往病史(血糖水平、患糖尿病的时间长短、尿蛋白分析等),可以初步推测患者很可能出现了眼底大面积毛细血管非灌注区或

者眼底的出血,由于相应的病机出现变化,治疗也就不能再沿用糖尿病性视网膜病变早期的方法,而应迅速进行相关的检查(眼底荧光血管造影、光学相干断层扫描等),然后采取相应的治疗手段,或益气养血,或凉血活血,随证治之。

1.2 重视特征

《伤寒杂病论》中桂枝汤的典型症状是“发热、汗出、恶风”,与此相似的记载是“病人无他病,时发热自汗出者,此卫气不和也,先其时发汗则愈,宜桂枝汤”。这是张仲景根据“时发热自汗出”与“脏无它病”这两点确定病机为卫气不和。因为在患者脏无它病的前提下,“时发热自汗出”这一特征,足以揭示“卫气不和”的本质。众所周知,在疾病的过程中反映疾病的症状可陆续出现,但由于疾病处于动态变化中,加之病邪的轻重,体质的强弱以及患者就诊时机等多种因素的影响,其临床表现的症状往往是零碎而不完整的,缺乏系统性。但是张仲景善于依据主要症状进行诊断,例如“一身面目悉黄”“但头汗出”“叉手自冒心,循衣摸床”“目中不了了,睛不和”“身黄如橘子色”等,这些症状各自代表不同疾病的特点,具有很强的特异性,张仲景往往能从症状中看到疾病特征性的改变,从而指导临床辨证论治。

这种临证的思维方法同样可以用于指导眼科,例如在视网膜静脉阻塞的诊断中,公认的诊断标准是眼底荧光血管造影(FFA),进行眼底荧光血管造影可以清楚地观察到视网膜血液的循环状态,但是应用FFA容易受到多方面条件的限制,诸如对荧光素过敏的患者无法进行检查,需静脉注射导致患者依从性差,需要配备相关的急救措施,还要考虑价格因素等,这些条件制约了眼底荧光血管造影在基层医院的开展。Hayreh^[1]曾对视网膜静脉阻塞的患者

李立甲,男,在读博士生

通信作者:金明,女,教授,主任医师,博士生导师

作过研究,发现针对视网膜静脉阻塞的早期诊断,可以依靠视力、视野检查、瞳孔相对性传入障碍(RAPD)、视网膜电图(ERG)4方面共同进行鉴别,同样是重视视网膜静脉阻塞发病过程中特征,然后依靠这些特征判断出疾病的本质。

1.3 对症治疗 急则治标

《伤寒杂病论》中所列主病之方,实际上大都是针对突出症状的,如“伤寒,脉结代,心动悸,炙甘草汤主之”。对于兼见症状,则是加用适当药物,或增加原方某些药物用量。如“少阴病,四逆,其人或咳,或悸,或小便不利,或腹中痛,或泄利下重者,四逆散主之”,方后列举了对症状治疗的加味方法“咳者,加五味子、干姜各五分,并主下利。悸者,加桂枝五分。小便不利者,加茯苓五分。腹中痛者,加附子一枚。”疾病是致病因素引起的复杂且具有一定表现形式的病理过程,有其基本病机。证候是机体在疾病发展过程中某一阶段的病理概括,证隶属于病,所以辨病施治与辨证论治是治疗的主体。然而当某些病证的突出症状、兼见症状使病人痛苦时,应遵循“急则治其标”的原则,及时进行对症治疗。

眼科在治疗葡萄膜炎的过程中,对急性期伴有瞳孔后黏连的患者通常需用散瞳剂将瞳孔扩张,解除其与晶状体的后黏连状态;对于前房浮游物多、房水闪辉症状明显者,结合其脉证,往往采用清热利湿的治疗原则,这些都是急性期对症治疗的体现,对症治疗乃权宜之计,意在解决主要矛盾,为后期辨病施治和辨证论治赢得缓冲的余地。

2 《伤寒杂病论》具体辨证方法在眼科的应用

《伤寒杂病论》不仅体现了张仲景将病、证、症视为一体的宏观治疗思想,而且在具体的微观辨证上,更是有其独到的方式方法,现举例说明如下。

2.1 相似证的对比

对比就是通过对2个或几个性质不同而表现类似的证候进行对比分析,从而得出不同结论的辨证方法。

2.1.1 阴阳对比法

针对阴阳属性相反的几个类似证候,运用对比的方法进行分析比较。例如“病有发热恶寒者,发于阳也;无热而恶寒者,发于阴也……”就是把“发热恶寒”与“无热恶寒”进行比较,而辨病发于阳与病发于阴。又如“病发于阳,而反下之,热入因作结胸,病发于阴,而反下之,因作痞也……”,说明表证误下后,若体质较实,阳热内陷,与胸膈痰水相结,则成为结胸,即谓“病发于阳”;如病人胃阳素弱,误下后使客气结

于心下,聚而成痞,则所谓“病发于阴”。

眼科临床工作中,针对患者的夜盲、视野缩小等症状,认为日属阳,夜属阴,夜盲是由于阳衰下陷、不能抗阴所致,相应治法为镇阴升阳,代表方剂是决明夜灵散《审视瑶函·卷二·阳衰不能抗阴之病》;而如果患者有视物昏暗,常见眼前有黑花症状(尤以面对强光时为甚),认为此是阴微不立,阴弱不能配阳之病,相应治法为益阴升阳,代表方剂是益气聪明汤《审视瑶函·卷二·阴弱不能配阳之病》。

2.1.2 表里对比法

针对表里定为相反的几个类似证候,进行分析比较。例如“伤寒,不大便六、七日,头痛有热者,与承气汤;其小便清者,知不在里,仍在表也,当须发汗,……宜桂枝汤。”说明“头痛有热,不大便”之症,有在表在里两种可能性,故举出小便清否,以为辨表里证之证据。此外还有诸如“发汗,病不解,反恶寒者,虚故也”“不恶寒,但热者,实也……”的虚实对比和寒热对比法。

眼科临床中常见的结膜炎,如果出现眼干涩发紧、分泌物多、结膜充血严重兼大便秘结者,是里热重证,常以驱逐里热为治疗原则,药用咸寒清内热之品,配伍苦甘辛温之品升散热郁,兼以固护胃气;如上述症状兼具而大便不秘结,是里热轻证,则用甘寒之药行除热清利之法,不用苦寒通腑之药;但不论轻重,均都以里热为主。过敏性结膜炎、角结膜炎伴眼部发痒、鼻塞、流涕泪、头痛、眼睑眼眶肿胀者,或有明确的外感史、接触外源性过敏原史者,是邪为外来,久热不散,是表热证,治疗应以疏风为主,兼以清热,同时调治脾胃之气,例如羌活胜风汤《审视瑶函·卷二·风热不制之病》。

2.2 阴性症状鉴别

即从病人没有的症状中,去排除其他病证的可能性,从而使原有的判断推理更为正确。例如“下之后,复发汗,昼日烦躁不得眠,夜而安静,不呕、不渴、无表证,脉沉微,身无大热者,干姜附子汤主之。”本条是先根据误下又发汗之后,病人出现昼日烦躁不得眠,夜而安静,和脉沉微,辨证属阳虚而非阴虚烦躁证;而后又用不呕、不渴、无表证和身无大热,否定了三阳证的可能性,从而使阳虚烦躁的结论,不容置疑。眼科临床中见到的干眼症患者,如果以眼干、口干为主诉,无明显的白睛发红,无小便清长,无口渴不欲饮,则可以判定患者阴虚津亏,需要在治疗上加以养阴生津的药物方奏效。

(下转第108页)

存活时间,提高感染大鼠体重,减轻菌血症症状,有效地控制感染大鼠的炎症,减轻各重要脏器病理损伤,缩短病程,并降低抗生素使用剂量。表明中西药联合应用对产 ESBLs 的大肠埃希菌有明显协同抑菌作用,可以使不敏感的细菌转化为敏感菌。

本实验研究结果显示经 SDS、双黄连粉针剂、清开灵注射液作用后细菌质粒浓度比未经处理肉汤菌均有降低,对比处理前后质粒图谱,经 SDS、双黄连及清开灵作用后耐药性消除的细菌与未经处理的肉汤菌相比较,质粒图谱丢失了一条质粒条带,该丢失条带质粒上可能携带耐药基因,表明双黄连及清开灵对该产 ES-
BLs 大肠埃希菌的 R 质粒具有一定消除作用。本实验对 β -内酰胺酶活性的研究显示经舒巴坦、双黄连以及清开灵作用后细菌 β -内酰胺酶活性较未经处理的肉汤菌酶活性,均有明显降低,差异具有统计学意义 ($P < 0.01$) 显示双黄连、清开灵都具有抑制 β -内酰胺酶活性的作用,其作用与舒巴坦相当。

参考文献:

- [1] 赵秀丽,李家泰. 质粒介导的超广谱 β -内酰胺酶(ESBLs)的特性研究[J]. 中国临床药理学杂志, 1998, 14(1): 18-23.
- [2] KORE J. AND A. VACULIKOVA. Development of Bete-lactamase resistance in enterobacteria [J]. Klin Mikrobiol Infekc Lek 2006, 12(3): 103-107.
- [3] ADJIDE. Extended-spectrum betalactamases producing Escherichia coli: a new health-care associated infection threat [J]. Pathol Biol(Paris) 2006, 54(8-9): 510-517.
- [4] PENA. Risk-factors for acquisition of extended-spectrum beta-lactamase-producing Escherichia coli among hospitalized patients [J]. Clin Microbiol Infect 2006, 12(3): 279-284.
- [5] 何明,陶庆春,张永生,等. 清开灵、双黄连联合头孢哌酮-舒巴坦钠对产 ESBLs 大肠埃希菌细菌学实验研究 [J]. 北京中医药大学学报 2010, 33(5): 342-345.

(收稿日期:2011-10-20)

(上接第 104 页)

2.3 试探性治疗

《伤寒杂病论》中使用试探法的基本手段是药物试探,是根据已有的假设诊断,再给病人定药物。根据服药后病人的反映,以明确原诊断是否正确,并籍以确定以后的治疗方案,如“阳明病……若不大便六七日,恐有燥屎,欲知之法,少与小承气汤,汤入腹中,转矢气者,此有燥屎也,乃可攻之;若不转气者,但此初头硬,后必溏,不可攻之……”张仲景根据不大便六七日而考虑已有燥屎的可能,然进一步确定燥屎的存在,需选用小承气汤少量服之,观其药后排气外转与否,以说明燥屎的有无。以小量小承气汤投之,即属试探性治疗。即使对诊断已经明确的病人,在药物服法上也要注意试探,如桂枝汤的服法,其方后注云:“服已须臾,啜热稀饭一升余,以助药力,温覆令一时许,遍身黎黎微似有汗者佳,不可令如水流离,病必不除。若一服汗出病差,停后服,不必尽剂。若不汗,更服依前法。又不汗,后服小促其间,半日汗,令三服尽,若病重者,一日一夜服,周时观之,服一剂尽,病证犹在者,更作服。若不汗出,乃服至二三剂。”这里连用 4 个“若”字,说明在治疗中需有试探之意。通过服药方法的不断试探,务期达到驱邪不伤正的目的。

在眼科临床中虹膜睫状体炎的患者并不少见,且以中青年患者居多,这样的患者初诊时往往正气不虚,疾病的表现以标实为主,实邪以湿热者多见。

于是清热利湿在虹膜睫状体炎的急性发作期是主要的治疗大法,但湿与热孰轻孰重,往往较难把握。我们同样可以采用试探性方法,先以利湿为主,假如湿去大半,残留余热,说明患者发病确实以湿邪为主,再进一步利湿清余热,则可收效;一旦利湿效果不明显,通常乃热邪亦盛,湿热交蒸,混杂在一起,此时便应利湿与清热并举,否则妄用苦寒清热易伤阳气,则湿邪不去。单用温散或淡渗利湿之法,则湿愈去热愈盛,且湿热缠绵更难去。

由上可见,《伤寒杂病论》中分析病史、重视特征然后参合症状缓急主次立法制方,这种病、证、症三位一体的宏观治疗思想;以及相似证的对比、阴性症状鉴别、试探性治疗等具体辨证方法的应用,对眼科学重视整体辨证与局部微观辨证具有重要的指导意义。后世眼科学者也不断在实践中将仲景的学术思想与中医眼科具体结合,把它应用到眼科理论和临床实践上,对《伤寒杂病论》临证思维模式及辨证方法进行了继承和发展。

参考文献:

- [1] SOHAN SINGH HAYREH. Retinal vein occlusion [J]. Ophthalmology Clinics of North America, 1998, 11(4): 559-590.

(收稿日期:2011-10-12)