

《伤寒论》太阳病误治变证证治与内科杂病证治关系探要

柴 瑞 震

(山西省运城市中医医院, 044000, 山西运城//男, 1963 年生, 主任医师, 医学博士)

摘 要:《伤寒论》是一部对外感热性病进行辨证论治的经典专著。在太阳病篇中共载条文 183 条, 除论述邪感太阳经形成太阳病(包括太阳经证和腑论)证治的 92 个条文外, 有 91 个条文是讨论太阳病误治、失治后变证的辨证论治。这些条文就《伤寒论》太阳病篇来讲, 是属太阳病误治、失治变证证治, 但从对后世临床医学的影响来看, 则不仅如此, 应该说这与后世内科杂病证治及其发展、完善, 有着十分密切的关系。笔者在本文中, 着重探讨了太阳病误治、失治的变证的辨证论治内容, 并通过认真研究及与后世内科杂病证治对照, 认为《伤寒论》太阳病篇中误治、失治条文内容, 对后世内科学的发展和完善具有多个方面的影响。因此, 认为《伤寒论》太阳病篇的误治、失治的证治内容, 对后世内科杂病证治有着纲领性的指导意义, 为以后中医学的发展和完善, 奠定了良好的基础。

关 键 词:《伤寒论》; 太阳病; 误治; 变证; 内科杂病; 证治关系

中图分类号: R256.1

文献标识码: A

文章编号: 1009-5276(2004)06-0993-04



仲景在太阳篇中列举的误治有误汗、误下、误吐、误火等数种, 产生的变证有 50 余种, 对应的治疗方剂 30 余首, 这些内容具有很高的临床应用价值。

1 误治病脉举例

误 汗 汗法, 是治疗太阳本病的正治法, 但在具体运用中则应注意方药的选择, 服用剂量的大小, 具体服用方法, 汗出大小多少, 汗后护理以及临床禁忌。若施用不慎, 或发汗太过, 或汗出不及, 或汗后未加适当护理, 都会发生变证, 甚至酿成“坏病”。因误汗而引起的变证, 一般有伤阴、伤阳、阴阳两伤、气血俱虚等几种类型:

①**阳虚汗漏** 原文第 20 条:“太阳病, 发汗, 遂漏不止, 其人恶风, 小便难, 四肢微急, 难以屈伸者, 桂枝加附子汤主之”^[1]。此因发汗过猛或发汗太过, 损伤了卫阳, 使表气不固, 津液脱失, 筋脉失养, 所以产生了文中所述变证。用桂枝附子汤调和营卫, 扶阳固表。

②**亡阳厥逆** ③**津伤筋挛**; ④**津伤燥结**: 原文第 29 条:“伤寒, 脉浮, 自汗出, 小便数, 心烦, 微恶寒, 脚挛急。反与桂枝欲攻其表, 此误也。得之便厥, 咽中干, 烦躁吐逆者, 作甘草干姜汤与之, 以复其阳; 若厥愈足温者, 更作芍药甘草汤与之, 其脚即伸; 若胃气不和, 谵语者, 少与调胃承气汤; 若重发汗, 复加烧针者, 四逆汤主之”。此是挟虚伤寒, 本应扶正祛邪, 而反误用汗法, 或大汗亡阳, 或大汗夺津, 或津阴伤而邪热内陷胃肠, 以致发生了以上 3 种变证。亡阳厥逆者, 轻则甘草干姜汤, 重则四逆汤; 津伤筋挛者, 芍药甘草汤; 燥热内结者, 调胃承气汤。

⑤**阳虚烦躁** 原文第 61 条:“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”。此因下后复汗, 肾阳大伤, 阴寒内盛而致的烦躁不眠证, 用干姜附子汤急救回阳。

⑥**气营两伤身痛证** 原文第 62 条:“发汗后, 身疼痛, 脉沉迟者, 桂枝加芍药生姜各一两, 人参三两新加汤主之”。此因发汗太过致气营两伤, 出现身疼痛证, 用桂枝新加汤益气和营而止痛。

⑦**热喘** 原文第 63 条:“发汗后, 不可更行桂枝汤, 汗出而喘, 无大热者, 可与麻黄杏仁甘草石膏汤”。此因所用汗法不当(过于辛温), 以致邪热壅肺而为喘, 用麻杏甘石汤以清宣肺热。

⑧**阳虚心悸, 耳聋, 喘息**: 原文第 64 条:“发汗过多, 其人叉手自冒心, 心下悸, 欲得按者, 桂枝甘草汤主之”。原文第 75 条:“未持脉时, 病人叉手自冒心, 师因教试令咳, 而不咳者, 此必两耳聋无闻也, 所以然者, 以重发汗虚故如此。发汗后, 饮水多, 必喘; 以水灌之, 亦喘”。此因发汗过多, 或重发汗, 损伤心阳则心悸; 损伤肾阳则耳聋; 损伤肺脾则喘。心阳虚而悸者, 桂枝甘草汤; 聋与喘, 随证治之。

⑨**欲作奔豚** 原文第 65 条:“发汗后, 其人脐下悸者, 欲作奔豚, 茯苓桂枝甘草大枣汤主之”。此因发汗损伤心阳, 不能下制于水而形成脐下悸动, 欲作奔豚, 用苓桂甘草汤温通心阳, 化气行水。

⑩**脾虚腹胀** 原文第 66 条:“发汗后, 腹胀满者, 厚朴生姜半夏甘草人参汤主之”。此因发汗太过, 损伤脾气, 致运输无权而成腹胀满病, 以厚朴生姜半夏甘草人参汤温运脾气, 宽中除满。

⑪**畏寒怕冷** 原文第 68 条:“发汗, 病不解, 反恶寒者, 虚故也。芍药甘草附子汤主之”。此因发汗太过致阴、阳两虚, 出现病人愈加畏寒怕冷, 以芍药附子汤扶阳益阴。

⑫**烦躁不安** 原文第 69 条:“发汗, 若下之, 病仍不解, 烦躁者, 茯苓四逆汤主之”。此因或汗或下, 使阴阳俱虚而形成烦躁症, 用茯苓四逆汤回阳益阴。

⑬**阳虚水泛—头眩、身重、心悸** 原文第 82 条:“太

阳病,发汗,汗出不解,其人仍发热,心下悸,头眩,身振振欲擗地者,真武汤主之”。此因汗出太过,损伤心肾之阳,使水气内动外泛,而形成心悸、头眩、身振振欲倒地等症状,用真武汤以温阳利水。

误下下法,具有通导大便,排除胃肠积滞,荡涤实热燥结,攻逐水饮癖积的作用,只能用于里有实邪而外无表证者,即使是表里同病,外有可汗之表,里有可下之实,也必须待表解后方可用下,这一点张仲景已谆谆告戒。若一旦误用下法,或损伤正气,或使表邪内陷,势必酿成诸多变证,甚至险象丛生。

⑩脉促胸满:原文第 21 条:“太阳病,下之后,脉促,胸满者,桂枝去芍药汤主之”。此因表病误下,胸阳伤而邪内陷,以致形成胸满病,以其脉促,正气尚有驱邪外出之势,故用桂枝汤去芍药(以其酸敛)解表祛风,通阳除满。

⑪胸满恶寒:原文第 22 条:“若微寒者,桂枝去芍药加附子汤主之”。此误下后,表邪内陷而阳伤较重,所以不仅胸满,而且微怕风寒,于前方加附子以温经复阳。

20. 协热下利,喘而汗出:原文第 34 条:“太阳病,桂枝证,医反下之,利遂不止,脉促者,表未解也;喘而汗出者,葛根黄芩黄连汤主之”。此因误下,表热内陷,迫于肠道而致下利,以表热虽陷而未罢,故内外具热之证具见,以葛根连草两解表里,清热止利。

(8)虚烦懊不得眠:原文第 76 条:“发汗吐下后,虚烦不得眠,若剧者,必反复颠倒,心中懊,栀子豉汤主之;若少气者,栀子甘草豉汤主之;若呕者,栀子生姜豉汤主之”。原文第 77 条:“发汗,若下之,而烦热,胸中窒者,栀子豉汤主之”。原文第 78 条:“伤寒五六日,大下之后,身热不去,心中结痛者,未欲解也,栀子豉汤主之”。原文第 79 条:“伤寒下后,心烦腹满,卧起不安者,栀子厚朴汤主之”。原文第 80 条:“伤寒,医以丸药大下之,身热不去,微烦者,栀子干姜汤主之”。以上五条皆因误下(包括个别也误用汗、吐之法)后,表热下陷胸膈,内扰心神,或使胸、腹气机失畅,结塞不通,而形成了以“虚烦懊不得眠,甚至反复颠倒”为主证的变证,主方用栀子豉汤以清宣郁热。若少气者加甘草和胃益气;呕逆者加生姜和胃降逆;腹满者加厚朴泄气除满;因下致脾阳虚而有下利寒证者加干姜以温运脾阳。

(5)虚寒下利:原文第 159 条:“伤寒,服汤药,下利不止,心下痞。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”。原文第 163 条:“太阳病,外证未除,而数下之,遂协热而利,利下不止,心下痞,表里不解者,桂枝人参汤主之”。以上原文第 159 条因误下导致了 4 种“下利”变证。一种是表热内陷,寒热错杂,痞而下利者用泻心汤;一种是中焦虚寒下利者,宜理中汤温中散寒;一种是阳虚寒甚,下元失固而致滑脱下利者,则须用赤石脂禹余粮以涩肠固脱;一种是下后伤脾,脾失健运,水湿偏渗大肠,清浊不分而使下利不止,小便不利者,则当利小便以实大便。这 4 种下利中,第二和第三种属于虚寒下利。原文第 163 条是因屡

用攻下,致脾气虚寒,而表邪又不解之下利,用桂枝人参汤温中健脾兼以解表。

⑬结胸病:原文第 131 条:“病发于阳而反下之,热入因作结胸。……所以成结胸者,以下之太早故也。结胸者,项亦强,如柔痉状,下之则和,宜大陷胸丸”。原文第 134 条:“太阳病,……医反下之,动数变迟,膈内拒痛,胃中空虚,客气动膈,短气烦躁,心中懊,阳气内陷,心下因,则为结胸,大陷胸汤主之”。原文第 135 条:“伤寒六七日,结胸热实,脉沉而紧,心下痛,按之石硬者,大陷胸汤主之”。原文第 136 条:“伤寒十余日,……但结胸,无大热者,此为水结在胸胁也,但头微汗出者,大陷胸汤主之”。原文第 137 条:“太阳病,重发汗而复下之,不大便五六日,舌上燥而渴,日晡所小有潮热,从心下至少腹硬满而痛不可近者,大陷胸汤主之”。原文第 149 条:“伤寒五六日,……而以他药下之,……若心下满而硬痛者,此为结胸也,大陷胸汤主之”。原文第 138 条:“小结胸病,正在心下,按之则痛,脉浮滑者,小陷胸汤主之”。原文第 141 条:“寒实结胸,无热证者,与三物小陷胸汤,白散亦可服”。原文第 133 条:“结胸证悉具,烦躁者亦死”。以上所举,第 131 条说明了结胸病的成因,并指出结胸证症状与治法。结胸病临床分大结胸(重症),小结胸(轻症),寒实结胸(寒症)3 个类型,从第 131、134、135、136、137、149 条是大结胸病,用大陷胸汤泻热逐水破结;第 138 条是小结胸病,用小陷胸汤清热涤痰开结;第 141 条是寒实结胸,用三物白散温阳散寒,涤痰逐水破结;第 131 条指出结胸病的死证诊断。

(9)痞病:原文第 131 条:“病发于阴而反下之,因作痞也”。原文第 151 条:“脉浮而紧,而复下之,紧反入里,则作痞,按之自濡,但气痞耳”。原文第 154 条:“心下痞,按之濡,其脉关上浮者,大黄黄连泻心汤主之”。原文第 155 条:“心下痞,而后恶寒汗出者,附子泻心汤主之”。原文第 157 条:“伤寒汗出,解之后,胃中不和,心下痞硬,干噎食臭,胁下有水气,腹中雷鸣,下利者,生姜泻心汤主之”。原文第 164 条:“伤寒大下后,复发汗,心下痞,恶寒者,表未解也,不可攻痞,当先解表,表解乃可攻痞,解表宜桂枝汤;攻痞宜大黄黄连泻心汤”。原文第 158 条:“伤寒中风,医反下之,其人下利,日数十行,谷不化,腹中雷鸣,心下痞硬而满,干呕心烦不得安。医见心下痞,谓病不尽,复下之,其痞益甚,此非结热,但以胃中虚,客气上逆,故使硬也,甘草泻心汤主之”。原文第 161 条:“伤寒发汗,若吐,若下,解后,心下痞硬,噎气不除者,旋覆代赭汤主之”。原文第 149 条:“伤寒五六日,呕而发热者,柴胡汤证具,而以他药下之,……但满而不痛者,此为痞,宜半夏泻心汤”。以上,第 131 和 151 两条,指出“痞”病是误下而致。第 154 和 164 两条是热气痞,用大黄黄连泻心汤泻热消痞;第 157 条是水气痞,用生姜泻心汤和胃降逆,散水消痞;第 155 条是阳虚之热气痞,用附子泻心汤扶阳固表,泻热消痞;第 158 条是虚痞下利,用甘草泻心汤补中和胃,消痞止利;第 161 条是痰气痞,用旋覆代赭汤和胃降逆,化痰消痞;第 149 条是寒热错杂痞,用半夏泻心汤和中降逆消痞。

误吐 吐法是通过涌吐,使停留在咽喉、胸膈及胃脘中的痰涎、宿食等有形实邪从口中吐出的一种治疗方法。由于吐法能使肺气开张,毛窍开疏,常会因吐而出汗,所谓“吐法之中,汗法存焉”,所以古人不时也用吐法治外感表证。但若应用不当,或不当吐而用吐法,同样会使变证百出。

(16)反胃病:原文第120条:“太阳病,当恶寒发热,今自汗出,反不恶寒发热,关上脉细数者,以医吐之过也。一二日吐之者,腹中饥,口不能食;三四日吐之者,不喜糜粥,欲食冷食,朝食暮吐,以医吐之所致也,此为小逆”。此因误吐损伤脾胃而致的“反胃”病。

┆内烦:原文第121条:“太阳病吐之,但太阳病当恶寒,今反不恶寒,不欲近衣,此为吐之内烦也”。此因误吐,以致中气虚损,热邪内郁,因而形成发热烦躁证。

20.虚烦不眠:见前误下而致虚烦懊_忪等条文,此从略。

(8)气逆头眩:原文第67条:“伤寒,若吐若下后,心下逆满,气上冲胸,起则头眩,脉沉紧,发汗则动经,身为振振摇者,茯苓桂枝白术甘草汤主之”。此因误吐误下,损伤脾胃,致水气上逆而形成了心下逆满,气上冲胸,起则头眩等证,用苓桂术甘汤温阳健脾,利水降逆。

(5)燥结腹胀:原文第249条:“伤寒吐后,腹胀满者,与调胃承气汤”。此因误吐伤津,热邪内聚于胃肠而成腹痛胀满、大便干燥不通的阳明腑实证,用调胃承气汤泻热去实,调和胃气。

误火 火法,包括熏、蒸、灸、烫、火针、烤烙等治法,在古代也是一种常用的治疗手段,但这些方法只可用于虚寒的三阴证,或用于风、寒、湿痹,古人也用熏、蒸治疗外感表证,而万不可用于火热病证及三阳实热证,否则,同样会对人体造成严重的伤害。

(16)烦躁病:原文第118条:“火逆下之,因烧针烦躁者,桂枝甘草龙骨牡蛎汤主之”。此因烧针火疗损伤心阳,使心神失于温养而形成烦躁证,用桂枝甘草龙骨牡蛎汤补益心阳,锁潜安神。

┆惊狂病:原文第111条:“太阳病中风,以火劫发汗,邪风被火热,血气流溢,失其常度,两阳相熏灼,其身发黄,阳盛则欲衄,阴虚小便难,阴阳俱虚竭,身体则枯燥,但头汗出,剂颈而还,腹满微喘,口干咽烂,或不大便。久则谵语,甚者至哕,手足躁扰,捻衣摸床,小便利者,其人可治”。原文第112条:“伤寒脉浮,医以火迫劫之,亡阳,必惊狂,卧起不安者,桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤主之”。此因火法迫劫其汗,致心阳亡失,心神飞越而形成了“惊狂”病,用桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤匡复心阳,镇惊安神。

20.奔豚病:原文第117条:“烧针令其汗,针处被寒,核起而赤者,必发奔豚,气从少腹上冲心者,灸其核上各一壮,与桂枝加桂汤,更加桂二两也”。此因烧针惊动心气,且寒复从针处入侵,使寒闭阳郁,阳不制水而形成“奔豚”病,治法是一面灸其核上各一壮,一面服桂枝加桂汤温通心阳,平冲降逆。

(8)便血、吐血病:原文第114条:“太阳病,以火熏之,

不得汗,其人必躁。到经不解,必清血,名为火邪”。原文第115条:“脉浮热甚,而反灸之,此为实。实以虚治,因火而动,必咽燥吐血”。以上第114和115条皆因火法应用失当,使热性病火上加油,而成热迫血行之出血证,治疗应予清热凉血。

(5)肢体残废:原文第116条:“微数之脉,慎不可灸。因火为邪,则为烦逆,追虚逐实,血散脉中,火气虽微,内攻有力,焦骨伤筋,血难复也。脉浮,宜以汗解,用火灸之,邪无从出,因火而盛,病从腰以下,必重而痹,名火逆也”。此因误灸以致骨焦筋伤,腰以下重痹,难以活动。

2 对内科杂症证治的指导意义

柯_韵伯说:“凡条中不冠伤寒者,即与杂病同义”;“六经分证,皆兼伤寒杂病也……其书不独为伤寒设,伤寒之外皆杂病……伤寒之中最多杂病”。笔者认为柯_韵伯说的非常中肯,翻阅《伤寒论》全书确实如此。太阳篇作为全书的总纲,首先将诸病线索逐条提清,尤其所列误汗、误吐、误下、误火诸误治后的变证和对这些变证的辨证施治,更是条分缕析,眉清目楚,并对后世中医内科学的发展,起到了奠基性的、指导性的重大作用,主要体现在以下几个方面:

疾病谱的认识与演变 从本文所举的部分误治变证来看,就出现了30余种内科疾病病种,如眩晕、泻泄、下利、痞、结胸、奔豚、腹满、烦躁、厥逆、筋挛、反胃、喘等病证,直到近二千年后的今天,仍然普遍地见诸临床,其中如结胸病则包括了现代医学的结核性胸膜炎、结核性腹膜炎及部分急腹症。所以,它在对推进人类医学的发展中,对疾病谱的认识和演变过程中,确实起到很大的作用。

诊断方法、技巧的提供与提示 除六经正治外,单在太阳病误治中,仲景就为我们提供了很多种诊断方法与技巧,在望、闻、问、切等方面,提供了丰富的临床资料。如:“汗漏不止,四肢微急,难以屈伸”,提供了诊断阳虚液亏的诊断依据;“脐下悸”为欲作奔豚提供了预见性诊断依据;“其人叉手自冒心”,为我们提供了望诊可知患者“心悸”的技巧;“师因教试令咳而不咳者,此必两耳无所闻也”,为我们提供了探测性诊断技巧等等,这对后世诊断学的发展以及临床医生的实践技能锻炼,都具有指导性的意义。

治则与方药的发展与完善 在误治病例的辨证论治中,为后世中医内科学的治疗提供了总领性治则与卓有疗效的方药。如在第16条条文中说:“观其脉证,知犯何逆,随证治之”。第58条条文中说:“凡病,若发汗,若吐,若下,若亡血,亡津液,阴阳自和者,必自愈”。在方药方面,则误治所用方剂、药物,至今仍普遍用于临床,如半夏泻心汤、生姜泻心汤、大黄黄连泻心汤、小陷胸汤、芍药甘草汤、调胃承气汤等^[6],真是举不胜举,对后世方剂学、药理学的发展起到了十分重要的作用。

辨证方法的思路与研究 在辨证方法方面则贡献更大。仔细分析《伤寒论》中的条文,我们可以发现,仲景在辨证方面运用了多种方法和手段,例如对比法、疑似法、反举法、假设法、筛选法等。在误治辨证中,对这些方法

国家中医药管理局基金项目(00-01LP17)

糖尿病胃轻瘫中医证候与胃动力异常改变的关系研究

梁 幼雅¹ 贾 晓琳² 蔡文就² 郎建英¹

(1. 广州中医药大学基础学院; 2. 广州中医药大学第一附属医院 // 第一作者女, 1963 年生, 副教授)

摘 要: 本文通过对 146 例糖尿病胃轻瘫的病例进行中医辨证分型及胃动力检测, 以探讨糖尿病胃轻瘫的中医证候与胃动力异常改变的关系。方法: 对 146 例 DGP 的病例进行中医辨证分型以及同步检测 X 线钡透固体胃排空和血浆胃动素水平, 比较不同证型组间的差异。结果: 1. 脾虚兼证型 DGP 病例中, 脾虚兼痰浊组和脾虚兼瘀滞组分别与脾虚兼气滞组的胃排空障碍程度进行比较, 均为 $P < 0.001$, 说明胃排空障碍程度不同证型组间有非常显著的差异; 2. 脾虚兼证型的 DGP 病例中, 70 例进行了血浆 MOT 检测, 并与 20 例正常人的血浆 MOT 水平作对照, 结果显示: 各脾虚兼证组与正常组比较, 血浆 MOT 水平有显著差异; 并且脾虚兼痰浊、脾虚兼瘀滞组分别与脾虚兼气滞组比较, 血浆 MOT 水平均有显著差异。其中脾虚兼气滞组与正常组比较, $P < 0.05$; 脾虚兼痰浊、脾虚兼瘀滞组与正常组比, $P < 0.01$; 脾虚兼痰浊、脾虚兼瘀滞组分别与脾虚兼气滞组比较, $P < 0.01$ 。结论: 同样的病理基础—脾虚, 若兼夹的病邪性质不同(有形之痰浊/瘀滞; 无形之气滞), 即证型不同, 体现 DGP 胃动力异常改变的程度的差异。具体表现在证候不同, 胃排空障碍的严重程度及血浆 MOT 水平有一定的差异, 因此, DGP 的中医证候与胃动力学的异常改变有着一定的联系。

关键词: 糖尿病胃轻瘫; 中医证候; 胃动力异常改变; 治疗

中图分类号: R587

文献标识码: A

文章编号: 1009-5276(2004)06-0996-02

糖尿病胃轻瘫(Diabetic gastric paralyze, DGP)是糖尿病的常见合并症之一, 以胃排空延缓或障碍为主要临床特征。目前, 关于糖尿病胃轻瘫的研究, 国内外的报道已经很多, 尤其是从胃肠动力学及现代生理病理学角度对 DGP 的发病机制的研究已日趋深入。但是, 从中医的角度, 运用中医理论对本病进行辨证分型, 以及把本病的临床证候与胃肠动力学的异常改变相联系的研究, 迄今报道得尚不多。因此, 本文主要从中医的角度, 探讨 DGP 的临床证候与胃动力学异常改变的联系。

1 临床资料

本研究从 2000 年 3 月至 2003 年 12 月, 收集了 146 例糖尿病胃轻瘫的病例, 是来自广州中医药大学第一附属医院糖尿病区及糖尿病专科门诊。其中男性 82 例, 女性 64 例; 年龄 38~73 岁, 平均 49 岁, 病程 2~28 年。本研究的 146 例 DGP 病例, 均属于 2 型糖尿病并同时符合胃轻瘫的诊断, 并且排除了有消化道占位性病变、消化道器质性梗阻、消化道溃疡、糖尿病酮症酸中毒等疾病。

2 研究方法

辨证分型 根据中医病因病机理论对本病病机特点的分析, 并结合临床的观察, 以及参考有关文献的观点,

把本研究的 146 例 DGP 分为两大类型: 脾虚兼证型和胃阴虚兼证型, 即脾虚或胃阴虚分别兼夹了气滞、痰浊、血瘀和瘀滞的证候。辨证标准参照《中药新药临床指导原则》以及朱文锋主编的《中医诊断学》。

胃排空功能检查 该项检查在广州中医药大学第一附属医院放射科进行。采用 X 线钡透固体胃排空检测: 早晨空腹将 20 条小钡条连同标准餐在 10 分钟内进食完毕, 用 X 线透视分别观察进餐后 2.5h、3.5h 钡条排出的数目。

血浆胃动素(MOT)检测 取患者空腹静脉血 3ml, 将标本 4℃离心 20min(3500r/min)倾出上清液, 于另一试管中, 封口, 与 -20℃下保存待测。测定前再次离心, 弃其沉淀物。采用非平衡法, 测定在塑料管中进行, 操作步骤按试剂盒说明。该项检查在广州中医药大学第一附属医院实验中心进行。

统计学方法 X^2 检验, t 检验。

3 结果与分析

本组病例 DGP 证候分布分析 把本研究收集的 146 例 DGP 进行中医辨证分型, 可分为脾虚兼证和胃阴虚兼证两大类; 每一类分别包括了五种证候类型(详见表 1);

无论是单独运用, 还是综合运用, 都达到了炉火纯青的高度。关于这一点, 笔者将有专篇论述, 此处不再赘。

治病宜忌的提示 已经误治而发生的变证, 其治疗更要慎审, 否则, “一逆尚引日, 再逆促命期”。所以, 对误治后变证的治疗有宜有忌, 要把握分寸。如结胸病属实, 当用攻下, 但“脉浮大”者, 则绝不可下, “下之则死”(第 132 条); 脏结证, 本已脏气混灭, 所以, 即使有“结”的表现, 也“不可攻”(第 130 条); 栀子豉汤是治虚烦的药, 但虚烦而兼有“微溏”者, 则“不可与服之”(第 81 条); 误下

后, 出现了下利清谷, 但表现仍在, 身仍疼痛, 这时治疗应先救里, 用四逆汤, 待“清便自调”后, 再用桂枝汤治其表; 同是误下后发生的“胸满”证, 同用桂枝去芍药汤治疗, 但“若微寒者”, 则更加附子; 如此之例, 满篇指处皆是。

参考文献

- [1] 李培生, 等. 高等医药院校教材伤寒论讲义[M]. 第 1 版, 上海: 上海科学技术出版社, 1985, 5. 本文中所引原文条码均据此
- [2] 柴瑞震. 伤寒论太阳篇方证探析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2004, 2(3): 29~30