

效,治以温胆汤清热涤痰,使“热除痰清而胆自宁”,加珍珠母镇心安神,以栝楼宽胸理气,以苏梗、香附舒肝解郁,菖蒲、郁金开窍醒神,当归、白芍养血柔肝。合力共奏开郁舒肝化痰之功。

〔例三〕失眠 陈某某,女,34岁。1981年1月22日初诊。主诉:惊吓后失眠,每晚需服镇静剂方能入睡,伴思虑过多,左侧头胀,心烦,带下,月经正常,舌淡红,苔薄白,脉沉滑。诊断:失眠。证属:虚火上扰心神。治宜清热除烦,养血安神。药用陈皮15g,半夏15g,云苓20g,甘草10g,竹茹15g,枳实15g,当归15g,白芍20g,黄芩12g,菊花10g。服上方3剂,睡眠好转,思虑减轻,头仍胀。继以上方增白芍25g,菊花15g。再服3剂,诸证好转而愈。

按:失眠一证,多由心脾不足,心肾不交,心胆气虚,痰湿内蕴,食滞中阻而发。本案乃由惊吓后胆失宁谧,胆火挟痰上扰心神所致,故以温胆汤清热涤痰,当归、白芍养血安神;黄芩、菊花清虚热,3剂药显效,6剂药治愈。

〔例四〕眩晕 李某某,女,50岁。患眩晕症已2年,近3日加重。自述头晕目眩,天旋地转,行路如飘。后颈痛,恶心呕吐,口苦,脉沉滑细,舌苔稍白腻。在某医院诊为:美尼尔氏综合症。辨证:痰浊上扰清窍,而致眩晕。治宜化痰开窍,养血清眩。药用半夏10g,陈皮20g,云苓30g,甘草5g,竹茹15g,当归15g,白芍20g,黄连10g,白术30g,官桂10g,石菖蒲15g。3剂后,后颈痛、头晕均减。恶心未吐,口渴喜冷饮。舌脉同前。于上方去官桂,加胆星15g,菊花15g,生石膏25g(先煎),以清胃化痰。继服3剂而

愈。

按:痰和饮本属同物,惟有稀稠之分。饮为阴邪,易伤阳气。脾为湿土,赖阳气健运。脾湿得化则痰饮自消。故本方加白术、官桂与温胆汤合用。

〔例五〕呕吐 王某某,男,48岁。1981年1月17日初诊。自述恶心呕吐年余,早晨吐痰与水需10分钟方止,不思饮食,乳房胀痛,大便略稀,脉弦缓,舌苔稍白,边有齿痕。诊断:呕吐。证属痰湿上扰,肝郁气滞,胃失和降。治宜化湿祛痰,舒肝和胃降逆。药用半夏15g,陈皮15g,云苓20g,甘草5g,白术20g,竹茹15g,枳实15g,香附15g,郁金15g。3剂后已不恶心,能进食,吐痰水止,乳房已不痛,咳嗽减轻,效不更方,又服3剂而告愈。

按:本例为痰兼气滞型,肝主疏泄,肝气犯胃加之痰浊内扰,胃失和降,胃气上逆而呕吐。故以温胆汤治疗,则湿化痰消、肝和胃降呕吐自止。

#### 4 体 会

温胆汤乃治痰之方,而痰的致病特点是,随其所脏腑部位的不同而症候多样,纵观梁师治愈之病例,痰在胃则呕,在心则悸,上扰神明精神失常,在头则眩,在胸则痞,在胁则胀。梁师认为,不论何病,不拘部位,顽病痼疾皆与痰有关,凡出现痰多,口粘,纳呆,恶心口苦,胸脘痞满,苔腻脉滑,或濡或缓,不必悉具可灵活运用,并随症加减。

梁师在组方用药中常重用茯苓、枳实15~30g,因胃为生痰之源,而茯苓健脾化痰,且有宁心之功,枳实消积散结,逐水利胸膈。脾健津生,气行水畅,则痰无源以生,故用之挥洒自如,效如桴鼓。

## 如何认识反关脉与斜飞脉

刘 梅,陈 群,郝小梅

(广州中医药大学,广东 广州 510405)

关 键 词: 反关脉; 斜飞脉

中图分类号: R241

文献标识码: A

文章编号: 1009-5276(2001)01-0016-02

脉诊是中医最具特色的一种诊断方法。关于诊脉的部位古代分为三种诊法:即遍诊法、三部诊法和寸口诊法。寸口诊法始见于《内经》,详见于《难经》,推广应用于晋代王叔和《脉经》。后因前二种诊脉方法繁琐、费时,且受封建礼教的束缚,女性病人运用

不便,而渐少用,惟“寸口脉法”得到推崇并沿用至今。

寸口脉的寸、关、尺三部是通过走行于腕关节内侧的桡动脉的跳动来测定。从解剖学来看,桡动脉一般走行于腕关节桡骨内侧而上(下转第20页)

及,以致于后学之人有认为三阴病无合病、并病。柯氏认为此乃食古而不化。他在《伤寒论翼·卷上·合并启微第三》指出:“夫阴阳互根,气虽分而神自合,三阳之里,便是三阴;三阴之表,即是三阳。如太阳病而脉反沉,便合少阴;少阴病而反热,便合太阳。阳明脉迟,即合太阴;太阴脉缓,即合阴阳明。少阳细小,即合厥阴;厥阴微浮,是合少阳。虽无合并之名,而有合并之实。……学者当于阴阳两证中,察病势之合不合,更于三阳三阴中,审其证之并不并”。

何氏通过临床实践,认识到阴阳错杂,虚实互见,两经同病者,确不少见。三阴三阳以及阳经与阴经之间,也广泛存在着合病与并病的复杂病情。并曰:“三阳皆有发热症,三阴皆有利下症,如发热而不利者,阴阳合病也。阴阳合病者,阳盛者属阳经,则下利为实热,如太阳阳明合病,阳明少阳合病,太阳少阳合病,必自下利,用葛根、黄芩等汤者是也。阴盛者属阴经,则下利属虚寒。如少阴病吐利及发热者不死;少阴病下利清谷,里寒外热,不恶寒而面色赤,用通脉四逆汤者是也。若阳与阳合,不合于阴即是三阳合病,则不下利而自汗出,为白虎证也;阴与阴合,不合与阳,即是三阴合病,不发热而吐利厥逆,为四逆证也。”柯氏精研《伤寒论》,深得仲景立法之精妙,明确提出三阴病以及阴经与阳经之间的合病、并病存在,是对仲景学说的发挥。此来源于柯氏的临床实践,并为后世医家所证实。

## 5 六经病阴阳总论

《伤寒论》第7条曰:“病有发热恶寒者发于阳也,无热恶寒者发于阴也”。历代医家对于这条的发于阳、发于阴的理解不一致。或以为发于阳是发于三

阳,发于阴是发于三阴;或以为阳指太阳,阴指少阴;或以为阳指卫阳,阴指营阴。而柯氏以本条为全书的总纲,并认为阴阳指寒热,勿啻分营卫经络,并且还指出:太阳病发热恶寒发于阳,不发热恶寒即是发于阴;少阴病但恶寒是发于阴;三阴病之反发热者便是发于阳。邪在三阳,多为正盛邪实,故多见发热恶寒;病入三阴,正气已虚,故以无热恶寒为多见。然常中亦有变,如太阳病或未发热,阳明病得之一日不发热而恶寒,少阴病但恶寒,三阴病反发热等即是言其变。临证虽头绪万千,但只要把握阴阳,即能明确疾病变化的大体方向。何氏明确提出是否发热恶寒是三阴病和三阳病分阴证和阳证的纲领,这在理论上是一个发挥,而且为临床辨证提供了具体的指征。

## 6 《伤寒论》法中有法,方外有方

柯氏主张医不执方,反对按图索骥,墨守成方。柯氏认为:“仲景制方,不拘病之命名,惟求证之切当”;“于症中审病机,察病情者,良工也”。关键是要谨守病机,才能左右逢源,触类旁通,而不必执方以治病。方各有经而用不可拘,何况《伤寒论》中药味精于取舍,加减寓意颇深。如小青龙汤设或然5症,加减方内即备5方;小柴胡汤设或然7症,即加减7方。所以柯氏认为法中有法,方外有方,反对那种拘守397法,113方之说。

柯氏在著作中每每引证临床实例。如注解桂枝汤时云:“愚常以此汤治自汗、盗汗、虚症、虚痢,随手而愈,因知仲景方可通治百病”。又注解麻黄汤云:“予治冷风哮与风寒湿三气成痹等症,用此辄效,非伤寒一证可拘也”。足见柯氏学验颇丰,且能上升到理论加以概括。这在他的名方论中尤为突出。

(上接第16页) 至鱼际,桡骨处为关,上为寸,下为尺。但也可因生理性的变异或外伤等而使桡动脉反行于桡骨的背侧,由于其背面反于正常的寸关尺部位,故称“反关脉”。《三指禅》:“间有脉不行于寸口,有肺列缺穴,斜刺臂侧,入大肠阳溪穴,而上食指者,名曰反关。”脉从尺部斜向桡骨茎突侧,向合谷方向伸延者,叫“斜飞脉”。

反关脉最早见于唐·启玄子王冰所著的《黄帝内经问注》。反关脉可见于一只手,也可见于两只手。反关脉取脉的部位,取法与正常寸关尺所反映的意义相同。清·林之翰《四诊抉微》引邹丹源曰:“……反关脉也,谓其不行于关上,而见于关外,故曰反关也。其部位取法也与正同,然有两手俱反者,有

只一手反……。”对反关脉的形成原理,中医认为反关脉乃阳明大肠之络脉,由于其与肺相表里,妻乘夫位,天地交泰而成。斜飞脉切脉的位置应随解剖的部位,而作相应的改变,历代医家少有论述。笔者通过对10例斜飞脉临证的体会,认为切脉位置以手背第二掌骨桡侧缘中点为关(大致在合谷穴),上为寸,下为尺。

由于反关脉与斜飞脉多半属于先天性桡动脉异位,故无特殊临床意义,都属正常脉象,而不是病脉。临床上遇到寸关部位触不到脉的病人,一定要在相应部位检查有无反关脉和斜飞脉,以免贻误诊断。尤其对于危重病人,更要仔细检查,必要时配合诊察人迎、趺阳等脉,以确定胃、肾之气的存绝。