

略论“阳明为成温之藪”

周 珉 (南京中医学院中内教研室 210029)

主题词 中医名词 阳明病/中医病机

“阳明为成温之藪”为清代医家柯韵伯在《伤寒来苏集·伤寒论翼·温暑指归》中首先提出。藪者,聚集之处也。柯氏根据阳明胃肠的生理病理特点及外感病的传变规律,认为无论感受何种邪气,一旦邪入阳明,必然化燥成实,形成阳明病。其始虽异,其终则同。故而提出:“……肠胃为市,故阳明为成温之藪也。阳明始虽恶寒,二日即止,即不恶寒而反恶热,此亦病伤寒而成温之一微也。若夫温热不因伤寒而致者,只需扶阴抑阳……。且温邪有浅深,治法有轻重。”柯氏这一论点的提出,颇有见地,具有一定的临床实用价值和理论探讨意义。但临证亦需灵活看待,不可以偏概全。

阳明,包括手阳明大肠与足阳明胃。生理上胃主受纳,大肠主传导。人体所需水谷之精气,凭赖整个肠胃功能化生。故曰:“阳明为气血生化之源,后天之本。”又因阳明为传化之府,当更实更虚,食入则胃实而肠虚,食下则肠实而胃虚,故云:“肠胃为市。”阳明之生理特点为,居中主土,万物所归,多气多血,阳气最盛。正如《素问·血气形志篇》所云:“夫人之常数……阳明常多气多血。”《素问·至真要大论》又曰:“两阳合明。”提示阳明是在太阳、少阳两经阳气基础上的发展,表现为阳旺血充。前人解释“两阳合明”,是指太阳病、少阳病进一步发展而阳热亢极之义。正因为阳明居中主土,万物所归,所以阳明病的来路是多方面的。不仅风寒之邪可经太阳、少阳传入阳明,而且温邪热变最速,尤易从卫入气,传入阳明,甚或径直发自阳明,如有“夏暑发自阳明”之说。另外,三阴经病,当正气恢复,阳胜阴退,也有转为阳明病的可能。也正因为阳明多气多血,阳气最盛,所以决定了其病理特点为:多见里热实证。阳明性燥,无论何种邪气,只要传入阳明,则易表现为阳气偏亢,邪热极盛,正邪相争,化燥成实。故以“胃家实”为阳明病篇之提纲。所谓“胃家”,实际亦包括了胃与大肠,“实”是指邪气盛而言。有热无结,病在胃;有热有结,病在大肠。故“胃家实”不单指大肠腑实燥结,而是指胃与大肠两腑邪气盛,包括了无形胃热炽盛之阳明热证以及大肠有形燥屎内结之阳明实证。总之,阳明之生理病理特点决定了其为化燥成温的主要场所,所以柯氏总结为“阳明为成温之藪”。

一般认为:伤寒按六经传变,温病按卫气营血、三焦传变,似有所别。殊不知二者之间互相渗透,互相联系,有着不可分割的渊源。卫气营血传变中的气分证包括了邪已离卫,尚未入营的多种证候,实际上也包括了阳明病在内(阳明之虚寒证当然不可包括在内)。三焦传变中的中焦证也包括了阳明热证与阳明实证。正如交叉错综的行人街道,存在着许多交叉点一样,阳明阶段是否也可以看成是一形成温病之交叉点呢?我以为然也。从治法上看,阳明病篇清下两法,也是治疗温病的主要方法。凡善治温病的医家无一不擅长于运用清下两法。再从阳明病篇常用方剂在温病治疗中的运用来看,亦可加深对这一问题的理解。阳明病篇的常用方剂有三承气汤、白虎汤、白虎加入参汤、栀子豉汤、栀子柏皮汤、茵陈蒿汤、麻黄连翘赤小豆汤等,这些方剂均为温病临床中所常用。如治疗春温气分证常用栀子豉汤、白虎汤、调胃承气汤,而白虎汤、白虎加入参汤又为治疗暑温气分证不可缺少的方剂;至于茵陈蒿汤、栀子柏皮汤、麻黄连翘赤小豆汤也为临证治疗阳黄之习用方……。仅此一斑,足以看出,《伤寒论》虽没有治疗温病之名,却存在治疗温病之实。尤其是阳明病篇与温病的关系更为密切。

近年来,本人通过从事流行性出血热科研工作,进一步加深了对此体会。流行性出血热虽为感受温疫热毒所致,根据其临床表现及传变特点,属于祖国医学“温疫”范畴,但在其治疗中却经常用到《伤寒论》的方剂以及在《伤寒论》基础上发展的后世方。如发热期中气分热盛可用到白虎汤、三承气汤、栀子豉汤以及白虎汤基础上创制的清瘟败毒饮;低血压期之热厥证需使用四逆散、白虎汤、三承气汤,而低血压期之阳脱证又当使用四逆加入参汤;少尿期表现为下焦阴亏蓄血、蓄水时,又不可避免地要使用在承气汤基础上发展的桃仁承气汤、导赤承气汤、增液承气汤、宣白承气汤以及猪苓汤;多尿期或恢复期表现为阴津亏虚、余热未清的又要用到竹叶石膏汤……。而且流行性出血热的病理传变虽主要表现为卫气营血的传变,但在病理的某一阶段,又常可表现为六经传变的某一病证,如出现阳明热盛燥结、热厥证、阳明蓄血、膀胱蓄血、膀胱蓄水、

阴阳亏脱证……。治疗中决不可执伤寒或温病一说，而偏度另一方。应当将伤寒、温病学说的内容有机地结合起来，有斯证即用斯药，方才符合辨证施治的基本精神。

长期以来，由于某些医家的偏执，而形成了所谓“寒温对立”、“寒温之争”的局面，我看是完全没有必要的。人们对事物的认识总是在不断前进、不断发展的，任何学说的形成必有其学术渊源。伤寒与温病之间也是一种继承与发展的关系。伤寒学说是继承发展了《素问·热论》的辨证施治而形成的，而温病学说又是在《伤寒论》的基础上补充发展了伤寒六经分证中的热证层次而形成的。实际上《伤寒论》阳明病的内容就是后世温病学说的蓝本。但也不能否认后世温病学家对外感热病的发展与创新。如热入心包的清宫汤，热入血分的犀角地黄汤，以及开窍用的牛黄丸、紫雪丹、至宝丹

等。因此我认为伤寒、温病二者的分类，可以互相补充，互相为用，不必执伤寒而排斥温病，也不必执温病而排斥伤寒。

此外，值得一提的是，《伤寒论》阳明病篇中并非全为实热证，也有一部分条文论及虚寒证。如原文中的 190、191、194、195、226、243 条，即阐述了有关阳明虚寒证的问题。显而易见，这些内容与温病学说的形成没有关系。再者还当指出，在温病的传变过程中，并非必经阳明，亦有不经阳明气分而直入营血者，或由少阳直陷厥阴者等等。这些问题提示我们：阳明病阶段既不全为里热实证之温病，又不能囊括所有的温病。也就是说：阳明病证的治法既不能代替整个温病的治法，又不全为温病的治法。故不可被“阳明为成温之藪”印定眼目，将阳明病与温病等同起来，而失去了《伤寒论》教人以活法的基本原则，临证仍当强调一个“辨”字。

“疮灵液”治疗带状疱疹 33 例

任莉琴 潘丽芳 王朝晖

(附属医院护理部 210029)

“疮灵液”是我院“疮灵液”护理科研组根据多年临床经验研制而成的纯中药外用搽剂，临床主要用于治疗疮疡，对病毒性疱疹也有一定疗效。1993 年治疗带状疱疹 33 例，取得满意效果，并设“氦氖激光”^[3] 4 例作对照。

1 临床资料

共选择带状疱疹患者 69 例，随机分为“疮灵液”治疗组与“氦氖激光”局部照射对照组。治疗组 33 例，男 17 例，女 16 例，最大 89 岁，最小 15 岁，就诊平均病程 5.21 天。对照组 34 例，男 11 例，女 23 例，最大 70 岁，最小 13 岁，就诊平均病程 4.57 天。

2 治疗方法

“疮灵液”由大黄、诃子、红花各适量经煎煮、浓缩、酒精提纯等固定工艺流程配制而成。

治疗组：用消毒纱布浸透“疮灵液”存放在无菌器皿内备用。换药操作：根据创面大小剪取适合的含药液纱布数层，湿敷皮损处，外盖消毒纱布，胶布或绷带固定，每日更换。对感染疮面须按无菌规程先清疮再换药。对发于头面部、腰腹部暴露部位可用消毒棉签蘸药液直接涂患处，日数次。

对照组：采用 JG-I 型氦氖激光综合治疗机波长 6328Å，功率 25mw，原光束经扩束镜扩束后分次分区散焦照射皮损部位，光斑大于皮损边缘 0.5cm±，每区照射 10~15 分钟，照射距离 40cm~1m，日一次，5 次为

一疗程。

3 治疗结果

疗效标准：皮损全面干涸结痂或部分脱痂且疼痛消失，其中有一项未达均为无效。

治疗组 33 例，治愈率 100%。与对照组疗效比较见表：

附表：治疗组与对照组疗效比较 ($\bar{x} \pm s$)

	n	疼痛消失(天)	干涸结痂(天)
治疗组	33	2.48±1.09	4.94±2.45
对照组	34	4.15±1.69***	6.56±2.26**

与治疗组比：***P<0.001 **P<0.01

从上表观察结果表明，“疮灵液”在镇痛和缩短疗程方面疗效明显优于“氦氖激光”对照组，两组比较有显著差异。

4 讨论

“疮灵液”系纯中药复方制剂，具有清热解毒、活血化瘀、收敛生肌、抗炎抗病毒、镇痛、促进皮损干涸结痂之功效。实验室证明该药对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等有显著抑菌效果，并优于一般抗菌素。临床观察治疗带状疱疹在镇痛和缩短疗程方面疗效显著，优于氦氖激光组，且临床使用方便无毒副作用，是治疗带状疱疹较好的外用药。在使用“疮灵液”治疗带状疱疹同时需重视情志护理、皮肤护理，注意饮食宜忌，避免劳累以免加重病情。