

· 书评 ·

读《重剂起沉疴》小识

马英 姬航宇 甄仲

【关键词】 中医药; 量效关系; 重剂起沉疴

【中图分类号】 R289 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.01.014

清代医家王清任曾言:药味要紧,分量更要紧。药物剂量的掌握自古就是医家不传之秘,如何藉此为突破,进一步提高中医整体疗效?作为国家重点基础研究发展计划(973计划)项目“以量效关系为主的经典名方相关基础研究”负责人,仝小林教授带领科研团队历经潜心钻研,撷取多年心得结为《重剂起沉疴》^[1]一书,2010年由人民卫生出版社付梓刊行。全书共约45万字,分为上中下三篇,上篇名为经方本源剂量的发现,专述中药大剂量应用理论本源及沿革;中篇名为大剂量临床实践,主要为著者临证心得;下篇名为古今经验集萃,为古代医家医论医话精粹。全书理论与临床水乳交融,行文夹叙夹议,立论高屋建瓴,读之酣畅淋漓。

如何准确掌握药物剂量以提高中医疗效,一直为中医工作者努力探寻的难题,历代医家进行了不断的探索与实践。春秋文献记载“若药不瞑眩,厥疾弗廖”,可谓古人探索中药量效关系的发端。《伤寒论》经方尤以药专力宏著称,其后唐宋明清,多有记载,余师愚独重石膏,张景岳善用熟地,王清任擅擅黄芪均堪称佳话。而近人用药常药味多而药量偏小。该书作者通过对仲景制方特色、古今医经方大剂量的传承性、东汉出土文物的度量衡衡制考证、非标准衡制药物重量的现代实测等研究提出,岁月既淹,口耳相传,鲁鱼亥豕,近人误将仲景1两折合为3g,现行《药典》剂量也大致如此。而学界对方药剂量传承的认识不统一,临床剂量应用差别也较大。就《伤寒杂论》所载方药而言,就存在1两相当于3g、6g、9g、13g、15g等诸多学术观点。作者认为将仲景1两折合13.75~15.6g,最符仲景用药原貌,经得起实物及古代文献的考证推敲,并经长期临床治疗实践验证其疗效,为中医大剂量应用及中药量效研究奠定了较为厚重的基础。

辨证论治是中医理论的精髓,“理、法、方、药”又为辨证论治的核心,“量”已成为影响临床疗效最重要的因素。而中医理论体系中,理、法、方、药独缺对剂量的系统阐述,同时,既往对辨证论治的研究,也主要集中在理法方药上,对量

的研究较少。这就造成中医方药“量效”研究与传承中存在较多的误解、混乱与困惑。公允而论,提倡中药大剂量应用医家历代不乏其人,但仝小林之前,鲜见有全面阐释其理论内涵者。仝小林及其团队经长期临证实践发现中药剂量可能存在的潜在问题,并进行长期有益的摸索,提出并验证了中药大剂量应用理论,着重探讨了其有效性、安全性。其中每多真知灼见,如“常用量不是最大有效量;《药典》规定量是安全量,不是最佳有效量”,再如欲重视大剂量应用的安全,需重视“识证用方”、“谙熟药性”、“循序渐进”、“以知为度”方能得心应手,达到大剂量应用的安全性与其有效性的统一。与此同时,虽倡用重剂,但仍应“该大则大,该小则小,大小剂量,因症施治,随症施量,各得所宜”,并非一味重剂。在理论阐释之余,作者佐以个人临证经验,辅之古今医家大剂量应用中药的验案,堪谓理法方药兼备。

中医自古不传之心法在于药量,临床用药剂量大小、处方药味数的多寡,均有巨大差异,经方大家曹颖甫先生在《经方实践录》中谈到剂量:“师常诏余曰:予之用大量,实由渐逐而加来,非敢以人命为儿戏也……恽先生苦读《伤寒论》有年,及用轻剂麻黄汤,尚且绕室踌躇,足见医学之难。”虽知晓大剂量应用,然后学者若不得其精粹,终将迷惑不得要领,岂敢率性施治,草菅患者性命?事实上,在临证过程中,小剂量或常规剂量往往安全性高,应用广泛,多数医生对常规剂量用药都有丰富的经验;然大剂量由于超出《药典》范围,临床应用需承担较大风险,故其使用不如常规剂量广,医者缺乏大剂量用药的临床经验,更不敢轻易尝试。大剂量用药充分考验了医生识量和用量的水平,什么时候用大剂量?怎样提高大剂量用药的安全?正是本书所探讨的关键问题。

本书作者一改世人对传统中医保守、狭隘的偏见,将经年临证经验悉数刊出,以飨读者。如仝小林教授重用葛根治疗痉挛性斜颈验案,葛根汤方中葛根用之60g,白芍用之90g,酸甘化阴,舒筋解肌,效如桴鼓。其他如芡实、金樱子用至30g以治蛋白尿,茵陈用至60g以疗肝硬化腹水等,不胜枚举。再如书中遍携名医大剂量应用验案,如邓铁涛每重用黄芪以治重症肌无力,刘沛然常施重剂细辛以收奇效等,读后不仅使人耳目一新,更使人从中受到启示,可使后学者可拾阶而上,寻径以入。

作者单位:300193,天津中医药编辑部/天津中医药大学学报编辑部(马英);中国中医科学院广安门医院内分泌科(姬航宇、甄仲)

作者简介:马英(1976-),女,硕士,编辑。主要从事编辑工作。
E-mail: maybj@126.com

品味《重剂起沉疴》之余,笔者深切体悟,由于中医方药复杂性的特点,准确把握临床方药用量,真正做到以“轻剂释顽疾”或以“重剂起沉疴”,实为提高临床疗效的关键。而目前对方药剂量研究和认识的不足,阻碍了中医药疗效的提高,因此方药量效关系研究已成为中医药学术的关键问题。诚如是书吴序所言,一帆飞渡,必将引起百舸争流。愿《重

剂起沉疴》的问世为中医药理论及临证带来新的启迪。

参 考 文 献

[1] 全小林. 重剂起沉疴[M]. 北京:人民卫生出版社,2010.

(收稿日期: 2012-12-13)

(本文编辑: 秦楠)

· 名 医 心 鉴 ·

侯玉芬教授分期外治法治疗下肢深静脉血栓形成的经验

刘政 刘明 程志新

【摘要】 侯玉芬教授是第四、五批全国名老中医,擅长可贵周围血管疾病的诊治,临证注重内治和外治结合,整体辨证和局部辨证结合,并且运用外治法有独特的经验。本文总结侯玉芬教授外治下肢深静脉血栓形成的经验,即重视疾病的特殊性,强调分期外治:急性期,适宜药物外敷疗法,药用复方消肿散、红花散;迁延期,适宜药物溻渍疗法,药用活血消肿散;后遗症期,局部辨证为主,灵活择用药物溻渍、掺药掺布于病变处、中药油膏纱布或软膏外敷等。

【关键词】 下肢深静脉血栓形成; 外治法; 名老中医

【中图分类号】 R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.01.015

侯玉芬教授是第四、五批全国名老中医药专家继承工作指导老师,从医近 40 年,擅长诊治周围血管疾病,学验俱丰。下肢深静脉血栓形成(deep venous thrombosis, DVT)是临床常见的难治性周围血管疾病。侯教授辨证施治此病时,注重内治和外治相结合,整体辨证和局部辨证相结合,疗效显著,尤其应用外治法治疗 DVT 具有独特的临证经验。笔者随师受海,兹将侯教授经验简介如下。

1 下肢深静脉血栓形成的临床分期

下肢深静脉血栓形成早期表现为肢体广泛性粗肿、胀痛、皮色暗红、皮温高等,易并发致命性肺栓塞;后期因深静脉瓣膜破坏,患肢出现肿胀、色素沉着、湿疹样皮炎、慢性溃疡等下肢深静脉血栓形成后综合征,使患肢病残,影响人们的生活质量^[1]。根据 1995 年中国中西医结合学会周围血管疾病专业委员会制定的“深静脉血栓形成”诊断标准,本病临床分为急性期和慢性期^[2]。目前,急性期 DVT 应用溶栓、抗凝或手术取栓等治疗,已成为共识,但慢性期 DVT 的治疗尚缺乏理想的治疗方案^[3]。DVT 慢性期可以发生 DVT 后综合征。据报道, DVT 综合征的发生率为 20% ~ 50%^[4]。

DVT 急性期过后, DVT 后综合征未出现前的治疗,日益引起临床学者的重视。侯教授认为此阶段是进一步改善病情、预防 DVT 复发及 DVT 后综合征发生的关键,将其界定为 DVT 迁延期。故在以上临床分期的基础上,将慢性期进一步细化为迁延期和后遗症期。迁延期的临床表现为患肢轻度浮肿,活动后出现肿胀、沉重感,皮色暗红,青筋怒张等;后遗症期表现为患肢青筋曲张、皮肤色素沉着、湿疹样皮炎、慢性溃疡等。当前,也有国内部分学者依据 DVT 的病程,定义 DVT 迁延期,认为发病后 1 ~ 3 个月或 1 ~ 6 个月为迁延期^[5-6]。笔者认为,侯教授根据临床表现确定的临床分期法,更有利于指导临床实践。

2 分期外治

侯教授临证时始终坚持整体观念和辨证论治的中医精髓,认为“外治之理即内治之理、外治之药即内治之药。所异者法耳”(《理渝骈文》)。如 DVT 急性期,多属湿热壅盛证,自拟复方消肿散(芒硝 500 g、冰片 5 g、红花 30 g)外敷,以清热消肿,活血止痛;迁延期,证属血瘀湿阻,自拟活血消肿散(丹参 30 g、赤芍 30 g、红花 15 g、鸡血藤 15 g、苍术 15 g、延胡索 9 g、木瓜 9 g、冰片 2 g)溻渍患肢,以活血化瘀,通络消肿等。由于 DVT 急性期,血栓易脱落,导致肺栓塞,为了避免这一致命性并发症,侯教授嘱患者此期需卧床,不宜下地活动;而在迁延期,患者需早日下地适当活动,以促进患肢静脉侧支循环的建立,促进静脉血液回流,避免因卧床发生

基金项目:山东省中医药科技发展计划(2011-072)

作者单位:250011 济南,山东中医药大学附属医院周围血管病科

作者简介:刘政(1973-),博士,副主任医师,硕士生导师。研究方向:中西医结合治疗周围血管病。E-mail: Lz2000jn@163.com