

(不宣), 肺气开(不敛)。

3.2 引出治法 新八纲的提出虽为归类疾病, 其实最终还是为治疗服务的。传统的中医学治疗八法为“汗、吐、下、和、清、温、补、消”。但我们会发现此八法没能将临床上常用的治法——敛法概括进去, 敛法其实包括的内容很广, 有收敛止泻、止咳、止汗、止血等。中医学治疗方法, 就是通过中药、针灸等手段, 达到“损有余, 补不足。”“寒者热之, 热者寒之”, “上之下之……薄之劫之, 开之发之, 适事为故”的目的, 此即新的八纲对应的八法。根据上述新的八纲, 虚者补之, 故有补法; 实者泻之, 故有消法; 寒者温之, 故有温法; 热者凉之, 故有清法; 浮(逆)者降之, 故有降法; 沉(陷)者升之, 故有升法; 开者敛之, 故有敛法; 合者散之, 故有散法。所以, 对应的八法应该为“清、温、补、消、散、敛、升、降”。原来的汗法其实只是散法之一, 吐法也只是升法之一。至于和法, 它是一种复合的治疗方法, 或寒热并用, 或攻补兼施, 或升降兼行, 在此不归入基本治法里面。这也是八法提出的缘由。

3.3 归类方药 结合中药、方剂学的知识, 用新的八纲、八法分类中药、方剂, 会显得更加的清晰、明朗。

热证用清法, 方药中性味寒凉的中药及清里热的方剂(清表即辛凉解表剂)属于此类; 寒证用温法, 方药中性味温热的中药及温里寒的方剂(温表即辛温解表剂)属于此类; 虚证用补法, 方药中性味甘、平的中药及补益的方剂属于此类; 实证用消法, 方药中性味淡、咸的中药及祛痰、化湿、化痰、消积的方剂属于此类; 合证用散法, 方药中性味辛的中药及开窍、解表、行气的方剂属于此类; 开证用敛法, 方药中性味酸的中药及止血、止汗、止泻的方剂属于此类; 沉(陷)证用升法, 方药中性升浮的中药及涌吐、升举的方剂属于此类; 浮(逆)证用降法, 方药中性沉降的中药及泻下、降逆的方剂属于此类。

八纲辨证作为一种指导临床的传统理论, 存在着继续深入研究、加以提高的必要性。综上所述, 新的八纲辨证较之现行的八纲辨证在中医学的教学及临床应用等方面存在其合理性, 并且具有更有效的指导意义。

[参考文献]

- [1] 张煜. “八纲辨证”溯源[J]. 广西中医药, 2011, 34(4): 41-42.

(责任编辑: 黎国昌)

试论中医体质学与动脉粥样硬化的相关性

徐学功^{1,2}, 程雪³

1. 郑州市中医院心病科, 河南 郑州 450007

2. 北京中医药大学博士后流动站, 北京 100029

3. 河南中医学院第一附属医院, 河南 郑州 450008

[摘要] 从中医体质学的角度出发, 认为中医体质学决定了动脉粥样硬化的发生、发展和预后、转归。中医体质学是动脉粥样硬化发病的内在基础, 两者之间有着密切相关性。将中医体质学说引入到动脉粥样硬化的研究体系中对动脉粥样硬化防治及转归有着重要的指导意义。

[关键词] 动脉粥样硬化 (AS); 中医体质学; 相关性; 治未病

[中图分类号] R543.5 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 09-0231-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.09.108

动脉粥样硬化(AS)是动脉硬化中最常见、最重要的一种, 其发病率逐年升高, 并有年轻化的趋势。AS导致的心脑血管疾病的发病率在我国逐年上升, 严重危害着人们的生命健康。因此, 对AS早期的预防及治疗具有重要的意义。

中医学将AS归属于眩晕、头痛、胸痛、胸痹、中风、晕厥、脉痹等病证的范畴中。随着对AS研究的不断深入及中医体质学说的不断发展, 研究中医体质学与AS的相关性将为AS的临床诊断和治疗提供新的思路和方法。

[收稿日期] 2014-04-01

[作者简介] 徐学功 (1969-), 男, 中医内科学博士, 在站博士后, 主任医师, 研究方向: 中医内科心血管方向。

1 中医体质学说

目前,对中医体质学定义较为清晰的是:指人群及人群中的个体,在先天禀赋和后天生长发育的基础上所形成的的的形态结构、生理机能和心理状态方面综合的、相对稳定的固有特质^[1]。

中医体质学理论最早来源于《黄帝内经》。《灵枢·寿夭刚柔》曰:“人之生也,有刚有柔,有弱有强,有短有长,有阴有阳。”《灵枢·通天》曰:“盖有太阴之人,少阴之人,太阳之人,少阳之人,阴阳和平之人。凡五人者,其态不同,其筋骨气血各不等。”《金匱要略·脏腑经络先后病脉症》曰:“夫人禀五常,因风气而生长,风气虽能生万物,亦能害万物,如水能浮舟,亦能覆舟。若五脏元真通畅,人即安和。”清·程芝田《医法心传》云:“阴脏者所感之病,阴者居多。”清·章楠《医门棒喝》曰:“故人禀质多有偏胜强弱之殊,或有阳盛阴弱者,或有阴盛于阳者,或有阴阳皆弱者,或有阴阳皆盛者。”元·朱丹溪《格致余论》提出了“肥人湿多,瘦人火多”的观点。可见不同的人具有不同的体质,不同体质对不同疾病的反应性不同。

王琦等以中医学理论为指导,不仅提出了中医体质学的概念,并将人的体质分为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、瘀血质、气郁质、特禀质九种^[2],根据不同体质进行辨证指导。近年来,随着中医体质学说研究的不断进展,中医体质学说在临床中指导和诊断疾病具有很强的突破性和创新性。动脉粥样硬化是一种慢性疾病,在诊断和治疗中体质特点明显。因此,运用中医药及生活方式干预动脉粥样硬化患者的阴阳体质偏颇,使之向平和质发展,对心脑血管疾病的预防有着很大的作用。

2 中医体质学与动脉粥样硬化的相关性

体质与疾病有着明显的相关性,体质决定着疾病的易感性或易罹性,以及病变的类型和预后转归。《素问·奇病论》云:“此肥美之所发也,此人必数食甘美而多肥也。”清·程钟龄《医学心悟》云:“凡人嗜食肥甘或醇酒乳酪,则湿从内生,……湿生痰,痰生热,热生风,故卒然昏倒无知也。”清·唐容川《血证论》曰:“肝主藏血……其所以能藏之故,则以肝属木,木气冲和条达,不致遏郁,则血脉得畅。”清·王清任《医林改错》云:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而为瘀。”AS患者以痰湿体质为例,痰湿体质之人,饮食不节,过食肥甘厚味,脾失健运,痰湿内生,水饮停滞,则气机不畅,气滞则血瘀,可致脾肾功能失常,影响水液运化,聚而生痰,痰瘀互阻于血脉而致本病。常表现为胸闷、头晕、痰多、口黏腻或甜、苔腻、脉滑等;若为气虚体质,先天禀赋不足,元气虚弱,气不化津,清从浊化,上蒙清窍,则表现头痛、眩晕;气血不通,络脉痹阻,则表现为胸痛;若为气郁质,则肝气郁结,肝失调达,脾胃失和,不能推动津液与血液的运行而生痰浊瘀血,壅滞血脉,发为本病。可见,先天禀

赋、饮食因素、情志因素等是动脉粥样硬化发病的内在因素。

笔者在临床中发现,动脉粥样硬化患者中医体质学分布类型具有偏颇性,但专门对AS患者的中医体质学研究报道少之又少。李高叶等^[3]观察在冠心病合并高血压患者中,中医体质学以阴虚质、痰湿质、血瘀质最为常见。文秀华等^[4]对颈动脉斑块患者进行中医体质学临床观察,在100例颈动脉斑块患者中,痰湿质38例、瘀血质30例。清·喻嘉言《医门法律·痰饮门》曰:“痰饮为患,十人居其七八……谓人身所贵者水也,天一生水,乃至充周流灌,无处不到,一有瘀蓄,即如江河回薄之处,秽坐丛积,水道日隘,横流旁溢,自所不免。”明·王肯堂《证治准绳·头痛》指出:“瘀塞其经络,因与其气相薄,郁而成热则脉满,满则痛。”痰饮、瘀血为有形之邪,可随气流行,妨碍津液运行,阻碍脉道,导致瘀滞停留,进而发为本病。可见痰湿质和瘀血质是可能是促使动脉粥样硬化向疾病转化的体质基础。

3 中医体质学与动脉粥样硬化防治的相关性

目前,临床上对AS的中医药治疗以辨证论治多见。周文学等^[4]认为,脾虚不运是AS形成的始动环节,提出了“以脾论治,内清外柔”的治疗观点。黄浦^[5]将AS分为肝肾阴虚型、脾虚痰聚型、气滞血瘀型进行临床辨证治疗。王琦^[6]提出了不仅要“病”与“证”的角度去认识治则的意义,而且要以“人”为本,从整体和本质上把握治则。中医学强调“因人制宜”,《素问·五常政大论》曰:“能毒者以厚药,不胜毒者以薄药。”《灵枢·论痛》认为:“胃厚色黑大骨及肥者,皆胜毒,故其瘦而薄胃者,皆不胜毒也。”可见,因人制宜是实现疾病个体化治疗的前提。医学的发展正逐步从群体医学向个体医学转变,个体生命的特殊性 & 差异性越来越受到医学研究者的关注。从体质特征中找到发病的规律,在药物的选择及剂量上实行个体化治疗,这与当今的医学发展趋势相一致,具有重要的临床价值。中医药临床研究者观察AS患者以痰湿证多见,患者的体质多为痰湿质,故治疗可给予燥湿化痰的药物。但燥湿化痰治法不适应于所有的患者,由于AS是一种慢性病,病程较长,长期使用燥湿化痰药物易耗伤人的津液,易导致阴虚。故在治疗的同时应根据患者的体质,注意运用滋阴药物调理虚弱体质,审病求因,辨质论治,才能在临床诊治中事半功倍。

4 AS体质调控体现了“治未病”思想理念

体质调控就是临床上在对AS患者进行中医体质学分型的基础上,针对不同体质,通过各种措施调养身体,逐步改善患者的体质,使体质趋于平和质,以消除疾病的隐患。《内经》中明确提出“治未病”思想,《素问·四气调神大论》曰:“圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱,此之谓也。”可见将“治未病”的思想与AS患者体质相结合,对AS的防治具有重要的意义。

中医体质学说的确立为AS的防治提供了新的思路,中医

体质学与 AS 有着密切的关系,是决定着 AS 发生发展及转归的重要因素。因此,应把中医体质学引入到 AS 防治的体系中,深化 AS 体质向心脑血管等疾病发展的认识,对心脑血管等慢性疾病的预防具有重要的意义。

[参考文献]

- [1] 王琦. 中医体质学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005: 1-5.
- [2] 李高叶, 黄惠桥, 黄金姣, 等. 冠心病合并高血压中医体质与冠状动脉粥样硬化的相关性研究[J]. 广西医科大学学报, 2013, 30(1): 104-105.

- [3] 文秀华, 张亮. 颈动脉斑块与中医体质相关性临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(1): 124-126.
- [4] 周学文, 李曦明, 陈民, 等. 以脾论治内清外柔治疗动脉粥样硬化[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(2): 146.
- [5] 黄浦. 动脉粥样硬化疾病中医辨证论治分析[J]. 中国医药科学, 2012, 2(6): 69, 71.
- [6] 王琦. 中医体质学说研究现状与展望[J]. 中国中医基础医学杂志, 2002, 8(2): 6-15.

(责任编辑:黎国昌)

浅谈脉痹与心的关系

欧云娜¹, 高永翔²

1. 成都中医药大学 2012 级硕士研究生, 四川 成都 610075
2. 成都中医药大学基础医学院, 四川 成都 610075

[摘要] 脉痹是五体痹之一, 脉痹的形成是内外因相互作用的结果。从内因看, 是由于经脉空虚。从外因看, “风寒湿三气杂至合而为痹也……以夏遇此者为脉痹”。从古至今皆有不少学者认为脉痹多累及心, 本文从脉痹的形成、传变与治疗方面探求其与心的关系, 为本病从心论治提供必要的理论依据。

[关键词] 脉痹; 心; 活血化痰

[中图分类号] R256.29 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 09-0233-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.09.109

脉痹一病, 首见于《黄帝内经》, 属五体痹之一。为因正气不足、风寒湿热等外邪侵袭血脉, 致血液凝涩, 脉道闭阻而引起的以肢体疼痛、皮肤不仁、肤色变黯或苍白、脉搏微弱或无脉等为主要特征的一类病证。因心主血脉, 亦兼有心悸、气短者。本病主要包括现代医学的静脉炎、大动脉炎及雷诺病。笔者通过文献阅读与临床观察, 认识到脉痹的发生、发展与心有着密切的联系, 通过从心论治也可改善脉痹症状。

1 脉痹形成与心的关系

脉痹之名, 首见于《素问·痹论》, 曰: “风寒湿三气杂至, 合而为痹也……以夏遇此者为脉痹。”宋·严用和《济生方》说: “脉痹之为病应乎心, 其状血脉不流, 令人萎黄, 心下鼓气, 卒然逆喘不通, 嗑干喜噫。”明·秦景明《症因脉治·卷三》曰: “心痹之症: 即脉痹也。”可见脉痹的形成与心有一定关系。

1.1 心主血脉功能失调, 瘀血阻于脉 关于脉痹病机的阐述最早出自《素问·痹论》, 曰: “在于脉则血凝而不流”, 认识脉痹应抓住这一主要病机。由于心气不足, 营卫失调, 营不循脉, 卫不御外, 风寒湿邪乘虚侵袭血脉, 以致虚处留邪, 瘀阻脉道, 导致“血凝而不流”。因此, 大多数学者认为, 瘀血阻于脉络是本病的基本病机。

心主血, 血液的运行与五脏机能密切相关, 其中心的搏动泵血作用尤为重要。而心脏的搏动, 主要依赖心气的推动和调控作用。心气充沛, 心阴与心阳协调, 心脏搏动有力, 频率适中, 节律一致, 血液才能正常的输布全身, 发挥其濡养作用。若心气不足, 心脏搏动无力, 或心阴不足, 心脏搏动过快而无力, 或心阳不足, 心脏搏动迟缓而无力, 均可导致血液运行失常。《素问·六节脏象论》曰: “心者……其充在血脉。”清·沈金鳌《杂病源流犀烛》曰: “痹者, 闭也。三气杂至, 壅蔽

[收稿日期] 2014-03-31

[作者简介] 欧云娜 (1988-), 女, 硕士研究生, 研究方向: 中医药防治变态反应性疾病。

[通讯作者] 高永翔, E-mail: 406084191@qq.com.