

仝小林教授凉燥治验初探

于晓彤 郭允

【摘要】 传统中医学认为,燥病是由外感燥邪或津伤化燥所引起的一类以干燥为主要特征的疾病。仝小林教授通过对燥病因的深刻剖析,认为内伤杂病中有一类津液充足的凉燥证,基本病机是阳气不足、不得宣达,根本治疗大法是通阳化气,黄芪桂枝五物汤、乌头汤、乌头桂枝汤为其基本方。在治疗过程中不可不问燥由何来,一概养阴。此为审因论治,结合辨证、辨病论治,可极大提高临床疗效。

【关键词】 燥病; 病因; 仝小林; 名医经验

【中图分类号】 R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.04.030

导师仝小林教授临证三十载,在借鉴古人治疗燥病经验的基础上,打破传统燥病分类方法,用凉燥、温燥概念归类具有干燥特征的内科杂症,审因论治,临床疗效大大提高。现将其治疗凉燥经验总结于下,以飨同道。

1 传统燥病概念

传统中医学认为,燥病是由外感燥邪或津伤化燥所引起的具有口鼻干燥、眼干口渴、干咳少痰、皮肤干涩、甚至皲裂,毛发不荣,小便短少,大便干结等特征的一类疾病,有内燥、外燥之分。外燥由外感六淫燥邪所发,致病具有干燥、收敛等特性,多发于秋季,从口、鼻入于人体,根据发病与夏末之余热或近冬之寒气的结合又分为温燥和凉燥;内燥为内生“五邪”之一,指机体津液不足,各组织器官和孔窍失其濡润,而出现的干燥枯涸的病理状态^[1]。

燥证首见于《内经》,阴阳应象大论云:“燥胜则干。”但此言只论及燥之表象,未及燥之缘由。刘完素研习《素问》,提出“诸涩枯涸,干劲皱揭,皆属于燥”,补充了燥证津亏的病机。清代喻嘉言创立秋燥论,着重强调燥邪与秋燥肺金的关系。叶天士首提燥有内外之分,其《临证指南医案》中云:“外感者,由于天时风热过胜,或因深秋偏亢之邪……内伤者,乃人之本病,精血下夺而成,或因偏饵燥剂所致。”然叶天士认为燥属阳邪,有“燥气化火”之说。凉燥之论,始于清代吴塘,他认为“秋燥之气,轻则为燥,重则为寒”,并提出“燥伤本脏,头微痛、恶寒、咳嗽稀痰、鼻塞、噤塞、脉弦、无

汗,杏苏散主之”的凉燥主症主方。

现代医家对燥病,尤其是凉燥证多有争议,有学者认为凉燥并不存在^[2],也有学者认为凉燥客观存在,并从临床及实验角度加以验证,但大多指秋季所发之外感凉燥^[3-6],即内伤凉燥证无论古代医家,还是现代学者都较少论及。

2 凉燥概念解析

2.1 取类比象

仝小林教授形象地以气象状态解释燥病理论:理想状态下,气温和地表水分是影响空气燥湿度的两大要素,气温的高与低,地表水分的多与少,四者两两结合,共形成四种不同的气象状态。若气温高,地表水分多,空气中水蒸气大量形成,空气湿度大,则形成湿热气候;若地表水分少,即使气温高,空气中形成的水蒸汽亦很少,则形成燥热气候;若温度低,地表水分又少,蒸发到空气中的水分就更少,则形成缺水冷燥气候;若温度低,即使地表水分较多,也不能蒸腾水汽入空中,则形成多水冷燥气候。四种气候对应于人体则分别形成湿热、温燥、津亏凉燥、津充凉燥四种疾病状态。其中尤以津充凉燥最难辨识,此证患者并不缺水,而是体内阳气不足,水已结冰导致的身冷皮燥,多见于老年患者,病发四肢,临证若不问燥从何来,一概养阴,则致其证愈加重,头绪难寻。

2.2 病因分析

中医学以往认识病因,除了解可能作为致病因素的客观条件外,主要是以病症的临床表现为依据,通过分析疾病的症状、体征来推求病因,为治疗用药提供依据,这种方法称为“辨证求因”^[7]。这种朴素的病因认识方法长期以来有效地指导着中医的临床辨证,为一些机理未明病症的治疗提供思路。然随着现代医学的进步,“辨证求因”的病因认识方法再也不能满足中医临床的需求,中医若想在临床疗效上取得突破,对疾病病因的认识上必须借鉴现代医学研究成果,实现对传统病因的再认识,进而指导临床。

仝小林教授在临证中观察到,很多老年患者,尤其合并

基金项目:国家重点基础研究发展计划(973计划)(2010CB530600)

作者单位:100053 中国中医科学院广安门医院内分泌科[于晓彤(硕士研究生)、郭允(硕士研究生)];北京中医药大学针灸推拿学院[于晓彤(硕士研究生)]

作者简介:于晓彤(1989-),女,2008级七年制在读硕士研究生。研究方向:内分泌及代谢性疾病及方药量效关系。E-mail:tong50901@126.com

有糖尿病的患者,常出现四肢冰凉、甚至疼痛、周身皮肤干燥、皲裂等燥邪偏盛症状,按传统燥病治法,滋阴生津,病人症状非但不改善,反愈发加重。于是在辨证求因,明确为凉燥致病的基础上,进一步参照现代医学研究,指出上述症状的出现多与肢体微血管的病变相关,尤其是糖尿病患者该病的发病率尤高,在活检中发现糖尿病患者有微血管病变者占 53%,而非糖尿病对照组仅占 7%。病变的微血管壁中多数无平滑肌细胞增值,且伴有动脉粥样硬化斑块形成,进而导致微血管壁内皮细胞损伤,血管腔不光滑、狭窄、甚至阻塞,血流瘀滞,从而引起微循环障碍,血流对组织细胞灌注量减少,肢端缺血、温度降低^[8],四肢皮肤也因此出现干燥、皲裂的表现。

3 凉燥治疗法则

此类内生凉燥因患者并无伤津耗液之处,证当为冰伏热少、阳气不足所致,治疗当用通阳化气、辛行温通、活血化瘀之品,故以黄芪桂枝五物汤、乌头汤、乌头桂枝汤等为基本方,概不可不问燥由何来,一律养阴。其实以辛温之法治燥,在《内经》中就有记载。《素问·至真要大论》有云:“燥淫于内,治以苦温,佐以甘辛。”《素问·脏气法时论》中云:“肾苦燥,急食辛以润之,开腠理,致津液,通气也。”

黄芪桂枝五物汤由黄芪、桂枝、芍药,以及生姜大枣组成,方中黄芪味甘微温,可益元气,温分肉,《长沙药解》言黄芪“善达皮腠,专通肌表”;桂枝调和营卫,温筋通痹,白芍则养血和营。大枣味甘,生姜味辛,“辛甘发散为阳”,诸药合用,可蒸发阳气,化冰润燥。乌头桂枝汤亦源自《金匮要略》,原治“寒疝腹中痛”,其中乌头辛热、有毒,《本经》载其可“除寒湿痹”,《药类法象》言其“治风痹血痹,为行经药也”。

若患者体质大寒,则可配合真武汤、二仙汤治疗。真武汤以附子温肾阳,通行十二经脉;二仙为人体之“阳光”,能益精气,治真阳不足者。

4 验案举隅

4.1 糖尿病周围神经病变

患者,女,50岁,2013年4月初诊。主诉患2型糖尿病4年,现用精蛋白生物合成人胰岛素注射液(预混30R)及二甲双胍控制血糖,糖化血红蛋白7.5%,肌电图示双胫、右腓深、双腓浅、双腓肠神经呈神经源性损害,诊断为糖尿病周围神经病变,刻下:自觉双足麻木发凉、皮肤干裂,纳眠可,二便调,舌质暗,苔薄白,脉沉细弱。现代医学诊断:糖尿病周围神经病变。中医诊断:凉燥。治法:益气温阳、活血化瘀。方以黄芪桂枝五物汤加減:生黄芪30g、白芍15g、桂枝15g、鸡血藤30g、首乌藤30g、炙甘草15g、黄连15g、知母45g、生姜3大片,上方加減治疗半年,双足皮肤干裂减轻70%,麻木发凉感减轻90%,随访至今未反复。

按 寒凝经脉,血滞为瘀,络脉失养则见四肢麻木冰凉;阳气不足,气不化水,阴液不得滋养皮肤,则见皮肤干裂。患

者无津亏之象,当属冰伏热少所致津充凉燥,唯益气温阳、活血化瘀之法方可。所用黄芪桂枝五物汤通阳宣痹;鸡血藤、首乌藤可增强活血通络之力;炙甘草甘温益气,调和药性;因患者血糖较高故佐以降糖药对黄连、知母;生姜辛温宣散,既可增强温煦宣发之力,又可去黄连苦寒之性。全方虽不养阴,但可使水津四布而燥症皆除。

4.2 干燥综合征

患者,女,61岁,2012年9月初诊。主诉确诊干燥综合征1年。实验室检查:抗SSA抗体(+),抗SSB抗体(+),C反应蛋白27.2mg/L,红细胞沉降率83.5mm/h,白细胞计数 $3.05 \times 10^9/L$,强直性脊柱炎病史30余年。刻下:眼鼻口唇干燥难忍,自觉舌头干涩疼痛,阴道干燥瘙痒,情绪急躁,心烦易怒,全身关节疼痛,背部发凉,如躺在冰石板上,平素怕冷,胃寒,腿凉怕风,纳少眠差,大便干结,每周排便2~3次。苔黄厚干,脉沉弱。现代医学诊断:干燥综合征。中医诊断:凉燥。治法:温阳散寒、益气活血。方以乌头桂枝汤合黄芪桂枝五物汤加減:制川乌30g(先煎2小时)、桂枝30g、白芍30g、鸡血藤30g、首乌藤30g、生黄芪45g、生姜3大片、黄连6g、火麻仁45g,上方加減治疗半年,干燥诸症缓解60%,阴道干痒减轻70%,畏寒改善,全身疼痛减轻,现仅肩、髋、膝部稍痛,稍烦躁,眠差,大便干结减轻,1~2日一行。查:C反应蛋白:13.8mg/L,血沉:45mm/h。

按 干燥综合征为内生燥病,必须区分凉燥、温燥。患者平素怕冷,胃寒腿凉,尤其自述背凉如卧石板,此为寒凝冰伏,机体失于温煦,气血凝滞,故以乌头桂枝汤温阳散寒,加黄芪以合黄芪桂枝五物汤之意,以益气活血,两方加減,未遵“燥者润之”,然患者凉燥症状得以缓解,关节疼痛明显减轻,血沉、C反应蛋白亦有所下降。

4.3 雷诺氏症

患者,女,36岁,2010年1月初诊。患者2006年因情志诱因,出现面肿、肢末雷诺现象,诊断为未分化结缔组织病。刻下:手足末端冰冷,皮肤干燥,畏寒怕风,头痛心悸,肢端皮肤潮红发绀,左侧肢体麻木,纳眠可,大便溏,小便调。舌淡苔白,舌下脉络瘀闭,脉细弱。现代医学诊断:未分化结缔组织病。中医诊断:凉燥。治法:温阳散寒、化瘀止痛。方以乌头汤加減:制川乌60g(先煎8小时)、黄芪60g、白芍45g、炙甘草15g、川桂枝45g、鸡血藤60g、羌活30g、生姜5大片。分早、中、晚、睡前4次分服。后据病情变化加当归15g,制川乌加至120g,加減服用3个月,皮肤干燥好转80%,头痛心悸、左侧肢麻改善70%,二便正常,余症皆有缓解。

按 雷诺氏症至今病因未明,现代医学认为可能与寒冷刺激、情志不遂及内分泌功能紊乱等因素有关。中医学认为四肢为诸阳之末,得阳气而温,失阳气而寒。患者因寒而瘀,因寒而燥。阳虚寒凝则四末逆冷,血脉瘀阻则见肢端发绀,头痛心悸,阳虚不能蒸腾津液外达则见皮肤干燥。故全小林教授以乌头汤加減温阳散寒、化瘀止痛,痼疾日久,非重剂不足以撼动,故重用乌头以温阳除陈寒。有毒药物的使用除配

伍外,还应注意煎服法。制川乌虽用至 120 g,但嘱患者一定先煎 8 小时,且分 4 次服用,以使其毒性降至最低,保证用药安全。患者服药 3 月寒除皮润,未见不良反应。

5 结语

燥病温凉之争,自古有之。全小林教授从临床出发,发现凉燥不仅客观存在,且将其理论应用于现代内伤杂病、难病的诊疗中,通过明辨病因,发现燥之缘由,运用经方,直指病因,取得了较好的治疗效果。因此,应汲取此类经验,正如喻昌所言“凡治燥病,不深达治燥之旨,但用润剂润燥,虽不重伤,亦误时日,只名粗工,所当戒也”。

参 考 文 献

[1] 刘燕池,雷顺群. 中医基础理论[M]. 北京:学苑出版社, 2005:177-178.

[2] 刘汉祥. 说杏舌谈凉燥[J]. 中医杂志,1983,(11):77-78.
[3] 谢光厚. 关于温病凉燥的思考[J]. 世界中医药,2007,2(2):109.
[4] 刘刚. 凉燥辨治[J]. 四川中医,1999,17(2):6-7.
[5] 刘玉娟. 小青龙汤治疗凉燥型咳嗽 51 例[J]. 实用中医内科杂志,2012,26(6):36-37.
[6] 丁建中,张六通,龚权,等. 凉燥致病机制的实验研究[J]. 时珍国医国药,2007,18(11):2636-2638.
[7] 季绍良,成肇智. 中医诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002:184.
[8] 迟家敏. 实用糖尿病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2009:146.

(收稿日期:2014-08-06)
(本文编辑:董历华)

· 临床经验 ·

抓主证治疗慢性荨麻疹验案 4 则

李超 刘明明 华华

【摘要】 荨麻疹是临床治疗起来比较麻烦、疗效不甚理想的一种皮肤科常见病。如果想要取得疗效,从纷繁复杂的症状中选取有用信息进行准确辨证就是关键。本文通过 4 个临床案例,介绍荨麻疹抓主证辨证论治的方法。这个方法尤其适用于发病具有一定规律或特点的患者,例如症状多在某种身体状态下(如出汗后、洗澡后)或固定时间段(如日晡时分、月经期前)加重或缓解,然后运用中医理论甚至是西医的理论来分析理解患者的规律性症状,从而使医生更加简便而准确地抓住主证,找到病机,取得理想疗效。

【关键词】 辨证论治; 荨麻疹; 抓主证

【中图分类号】 R758. 24 【文献标识码】 A doi:10. 3969/j. issn. 1674-1749. 2015. 04. 031

皮肤病形于外而根于内,决定了皮肤病辨证论治的复杂性,既要考虑人体内在的变化又不能忽视外在皮肤的表现。因此除了八纲辨证、六经辨证、卫气营血辨证、气血辨证、脏腑辨证等辨证方法外,皮肤科还有皮损辨证和自觉症状辨证^[1]。通过望、闻、问、切四诊合参才能全面准确地了解患者的病情。病情收集是否全面、准确关乎疗效,而对收集到的信息能否正确处理,即正确的辨证过程更与疗效息息相关。

作者单位:100053 北京,中国中医科学院广安门医院皮肤科
[李超(硕士研究生)、刘明明、华华]

作者简介:李超(1988 -),女,2007 级七年制在读硕士研究生。
研究方向:皮肤病的中西医结合治疗。E-mail: cherry_is_here@163. com

通讯作者:华华(1965 -),硕士,主任医师。研究方向:皮肤病的中西医结合治疗。E-mail: huahua-99@hotmail. com

关。临床上很多病人症状多端,如何在繁杂的症状中挑选出最相关的症状,是临床中常常碰到的难题。能够抓住主证,准确把握病机是保证疗效的关键。下面以 4 则荨麻疹验案为例,对抓住发病特点确定主证,辨证论治的方法作以介绍。

1 病案分析

案 1 浴后缓解——营卫不和

患者,男,44 岁,荨麻疹病史 8 个月。服 1 片盐酸西替利嗪可控制 2 天,停药即反复,风团于睡眠前加重,饮酒后略重,洗澡后明显减轻,食后腹胀。舌胖,有齿痕,苔略腻,脉沉。辨证为营卫不和,治以通调营卫,处方:桃红四物汤合黄芪桂枝五物汤,方中桃仁、红花、当归、川芎、生地、白芍、黄芪、桂枝、甘草各 10 g,另加生姜 3 片,大枣 3 枚(掰)。患者 2 周后复诊,诉仅睡前略痒,短时间内风团即可消退,疗效显著。遂在上方基础上加一味辛温祛风的细辛 3 g,又予 7 剂