

《中医内科学》自学重点提要 及复习题(十)

上海中医学院附属曙光医院副院长 副教授 蔡 淦

自汗 盗汗

《中医内科学自学考试大纲》对本节的要求是：1. 理解生理性出汗与病理性出汗的区别；2. 掌握各种汗证的特点及其发病机理；3. 重点掌握自汗、盗汗的辨证施治规律。

一、定义

自汗、盗汗是指人体阴阳失调，腠理不固而导致汗液外泄的病证。其中以昼时汗出称为自汗，寐中汗出称为盗汗，又称寝汗。

二、病因病机

出汗乃人体的生理现象。在气候炎热、穿衣过厚、情绪激动、渴饮热汤、劳动奔走等情况下，汗出增多，是属正常现象。但汗为心之液，由精气所化，不可过泄。

出汗增多的病理变化，主要有以下几方面：

1. 肺气不足，

禀赋薄弱 → 肺气虚弱 → 表卫不固 → 腠理开泄 → 时时汗出

久病体虚

2. 营卫不和，

素体不足 → 体内阴阳偏盛或偏衰

病后体虚 → 表虚之人微感风邪

营卫不和 → 卫外失司 → 汗出

3. 阴虚火旺，

烦劳过度

亡血失精 → 阴精亏虚 → 虚火内生

邪热耗阴

阴津被扰 → 外泄作汗

4. 邪热郁蒸，

情志不舒 → 肝气郁结 → 肝火偏旺

嗜食辛辣厚味 → 湿热内蕴

素体湿热偏盛

津液外泄 → 汗出增多

三、类证鉴别

自汗、盗汗应与脱汗、战汗、黄汗相鉴别：

1. 脱汗 发生于病情危笃之时，正气欲脱，阳不敛阴，以致汗液大泄，可见大汗淋漓，或汗出如油，并伴有声低息短，精神疲惫，四肢厥冷，脉微欲绝等症，又称为绝汗。

2. 战汗 发生于急性热病的过程中，是机体正气与病邪相争，驱邪外出的一种表现，症见发热，全身恶寒战栗，继而汗出，热势渐退。

3. 黄汗 汗出色黄如柏汁，染衣着色，多因湿热内蕴所致。

四、辨证施治

(一) 辨证要点

对于自汗、盗汗的辨证，应当辨虚实，分阴阳。一般来说，均以虚证为多。自汗多属气虚、阳虚，盗汗多属阴虚内热。因肝火、湿热等邪热郁蒸所致者，则属实证。自汗日久可以伤阴，盗汗日久可以伤阳，以致出现气阴两虚或阴阳两虚之证。邪热郁蒸，病久伤阴，则见虚实夹杂之证。

(二) 治疗原则

虚证应益气养阴，固表敛汗；实证当清肝泄热，化湿和营；虚实夹杂者，则根据虚实的主次而适当兼顾。

(三) 证治分类

分 类	证 候	治 法	例 方
肺卫不固	汗出恶风，稍劳尤甚，易于感冒，倦怠乏力，面色少华，脉细弱，苔薄白	益气固表	玉屏风散
营卫不和	汗出恶风，周身酸楚，时寒时热，或表现半身、某一局部出汗，脉缓，苔薄白	调和营卫	桂枝汤
阴虚火旺	夜寐盗汗，或有自汗，五心烦热，或兼午后潮热，两颧色红，口渴，舌红少苔，脉细数	滋阴降火	当归六黄汤
邪热郁蒸	蒸蒸汗出，汗液易粘或衣服黄染，面上烘热，烦躁口苦，小便色黄，舌苔薄黄，脉弦数	清肝泄热 化湿和营	龙胆泻肝汤 或四妙丸

(四) 临床备要

1. 自汗、盗汗均以腠理不固,津液外泄为共同病变,故可酌加麻黄根、浮小麦、糯稻根、瘪桃干、煅牡蛎、五味子、煅龙骨等固涩收敛之品,以增强止汗的作用。

2. 营卫不和的汗证,除用桂枝汤调和营卫外,兼气虚者,加黄芪益气固表;兼阳虚者,加附子温阳敛汗;如见半身或局部出汗者,可配合甘麦大枣汤之甘润缓急,加以治疗。

3. 阴虚火旺的汗证,若以阴虚为主,而火热不甚者,可用麦味地黄丸,以补益肺肾,滋阴清热。

4. 汗出之时,腠理空虚,易感外邪,故当避风寒,以防感冒。汗出之后,应及时揩干,并更换内衣,以保持清洁。

五、医案举例

肖××,女,41岁。初诊:盗汗甚多,心悸头眩,左臂痹痛,脉濡苔薄,治以桂枝加龙牡汤加味。

桂枝0.9克,炒白芍4.5克,煅龙骨9克,煅牡蛎12克,朱茯神9克,炙远志3克,炒枣仁9克,炙甘草2.4克,浮小麦12克,瘪桃干4.5克,秦艽4.5克,糯稻根须15克,红枣四枚。

二诊:盗汗渐止,头眩心悸均见轻减,臂痛未除,再以原法出入。原方去秦艽、浮小麦、瘪桃干,加淮小麦15克、制半夏4.5克、薄橘红4.5克、指迷茯苓丸12克(包煎)。

[按]本例用《金匱要略》桂枝龙牡汤治盗汗,效果很好,此方系辛酸甘咸合剂,是拮抗、制约、相辅相成、相反相成的用药方法。桂枝在此不作通阳发汗用,一则量少,二则为白芍所制,酸胜于辛,于柔营中有固卫之用;三则有龙牡之甘咸收敛,以为约制,故四味配合,具有敛营止汗的功效。桂枝与甘草、大枣同用,虽是“辛甘发散为阳”,但桂枝量小,甘多于辛,则成为强卫之剂。甘草、淮小麦、大枣补心气,敛虚液,盗汗为心液外泄,故汗止则心悸减。桂枝配龙骨,振心阳而敛虚神。龙、牡二味镇定收涩,与瘪桃干之酸涩,均能助白芍以敛汗。另一方面,营强则汗出,卫弱则表虚,使虚风入络,则为“但臂不遂,即重不胜”(《金匱要略·中风篇》)之臂痹,用桂枝汤治之,又加指迷茯苓丸、秦艽化痰通络以佐之。(《程门雪医案》)

六、复习思考题

1. 如何理解汗与心的关系?
2. 试述自汗、盗汗、脱汗、战汗、黄汗的临床特征。
3. 对肺卫不固的汗出和营卫不和的汗出如何鉴别?它们的治法和方药各是什么?

4. 阴虚火旺的出汗,其临床特征是什么?如何治疗?

5. 邪热郁蒸导致的出汗,其临床有何特征?如何治疗?

噎膈

《中医内科学自学考试大纲》对本节的要求是:1. 理解噎膈的发生与精神因素和酒食所伤有关;2. 明确本病病理的标本关系,本为阴伤液耗,终至气虚阳微,标为气火郁结和痰瘀阻滞;3. 掌握初起以标实为主,后期以本虚为主的治疗区别;4. 熟悉噎膈常见证型的辨证施治;5. 了解本病与呕吐、反胃的鉴别。

一、定义

噎膈是指吞咽梗阻、饮食难下、纳而复出的一类疾病。分别言之,噎指吞咽之时梗噎不顺,膈为胸膈阻塞,饮食不下。

二、病因病机

(一) 病因

1. 忧思郁怒

忧思→伤脾→气结→津液不得输布→
郁怒→伤肝→气滞→血液不能畅行→
聚而为痰 } 痰气交阻
积而为瘀 } 痰瘀互结
↓
阻塞食道胃口
↓
食不得下

2. 酒食所伤

嗜酒无度 }
恣食辛辣 } 热蕴于中→灼津为痰→痰热内蓄→
↓
津伤血燥→
瘀阻食道
胃口
↓
食不得下

(二) 病机

噎膈之为病,总属食道窄狭,津液干涸所致。但与肝、脾、肾密切相关。因三脏与食道、胃皆有经络联系。在功能上脾为胃行其津液,脾运失司,水湿聚而为痰;肝失疏泄,气失条达,可使气滞血瘀,或气郁化火;肾阴不足,则不能濡养咽喉,凡此皆为噎膈发生的重要因素。一般而言,噎膈轻证,或由于肝脾气结,痰气交阻;或因胃津亏虚,食道涩滞,均可使食物咽下不顺,如在痰气交阻的基础上又形成血瘀,以致痰瘀互结,阻隔胃气,或胃津亏耗而损及肾阴,皆属噎膈重证,每使食物咽下即发生疼痛,甚至食入即吐,水饮亦难以咽下。倘病变继续发展,由阴损导致阳衰,则肾之精气并耗,脾之生化告竭,必形体羸

瘦,或伴有肢体浮肿。

三、类证鉴别

(一) 噎膈与反胃均有食入吐出的症状,但噎膈多系阴虚有热,其特点为吞咽困难,阻塞不下,旋食旋吐,或徐徐吐出;反胃多属阳虚有寒,其特征为食尚能入,但经久复出,朝食暮吐或暮食朝吐。

(二) 噎膈与梅核气均有咽中梗塞不舒的症状,但噎膈系属有形之物瘀阻于食道、胃口,吞咽有困难;梅核气则系痰气交阻于咽喉,为无形之邪,无吞咽困难,饮食不下的症状。

四、辨证论治

(一) 辨证要点

1. 察标本虚实 初起以标实为主,须分清气、血、痰的主次;后期以本虚为主,应辨别阴津枯竭和气虚阳微的不同。

2. 辨病证轻重 初起仅有吞咽之时梗噎不顺,全身症状不明显,病证较轻;若吞咽梗阻,逐渐加重,甚则滴水难入,或食入即吐,形体消瘦,则病证较重,倘继续发展,形体羸瘦日甚,或伴有肢体浮肿,则病情已属危笃。

(二) 治疗原则

当权衡其虚实的程度,与气、血、痰郁结之微甚来适当加以处理。初期重在治标,宜理气、消痰、化痰、降火为主;后期重在治本,宜滋阴润燥或补气温中为法。

(三) 证治分类

分 类	证 候	治 法	例 方
痰气交阻	咽喉梗阻,胸膈痞闷,情志舒畅时可稍减轻,口干咽燥,舌质偏红,苔薄腻,脉弦滑	理气开郁化痰润燥	启膈散
津亏热结	咽喉梗涩而痛,固体食物难入,汤水可下,形体逐渐消瘦,口干咽燥,大便干结,五心烦热,舌质红干,或带裂纹,脉弦细数	滋养津液	五汁安中饮
瘀血内结	胸膈疼痛,饮食难下,或虽下而复吐,甚至水饮难下,大便坚如羊屎,或吐出物如赤豆汁,面色晦滞,肌肤枯燥,舌红少津,或带青紫,脉细涩	滋阴养血破结行瘀	通幽汤
气虚阳微	水饮难下,泛吐清涎粘痰,面色㿔白,面浮足肿,精神疲惫,腹胀,形寒气短,舌淡苔白,脉细弱	温补脾胃	补气运脾汤 右归丸

(四) 临床备要

1. 本病病位在于食道与胃口,均属胃气所主。胃为阳土,喜润而恶燥,既忌温燥之品以劫胃阴,又忌苦寒之属以伤胃阳,还忌滋腻之剂以滞胃气,用药当

以清润和降为顺,步步应以“顾胃气”为主。

2. 本病如服药即吐,难于下咽,可先服玉枢丹,或用烟斗盛药,点燃吸入,以开膈降逆,随后再服煎药。

3. 本病至脾肾俱败阶段,一般宜先进温脾益气之剂,以救后天生化之源,待能进饮食及药物,再以温肾暖脾之方。

4. 本病重证,多属痰瘀互结,阻隔胃气,故常加入祛瘀通络与软坚化痰之品,前者如三棱、莪术、炙甲片、五灵脂、蜣螂、急性子等,后者如海藻、昆布、贝母、瓜蒌、牡蛎、瓦楞子等。

五、医案举例

(一) 噎膈(食道憩室、并发食道炎)

刘××,男,42岁,工人。餐后梗噎不顺已年余,近月来餐后干涩梗阻增剧,面色晦滞,环唇目眶色泽青紫,语声轻微,少气无力,脉形细弦,舌淡,苔白厚腻,乃肝郁气滞,痰湿瘀阻,络脉不和,治拟调气疏肝,化湿益脾,和营通络。

煅瓦楞 30克(先煎),绿萼梅 6克,代赭石 15克(先煎),枸橘 9克,广木香 9克,川朴花 4.5克,桃仁 9克,红花 9克,枳壳 9克,生白术 9克,六一散 15克(包煎)。

服药十剂后,餐后梗阻基本消失。追访三年,情况稳定。

[按]食道憩室的临床症状,根据中医辨证,隶属噎膈范畴。本例仅是吞咽之时梗噎不顺,属初期噎证阶段,尚未至胸膈阻塞食入即吐的后期膈证阶段。患者苔白厚腻,湿浊素重;目眶环唇青紫,乃有瘀阻之象;忧思恼怒,肝气不舒,脾气则结,食不化精,精不输布,所以短气乏力,四肢困倦,两脉弦细,方以瓦楞、绿萼梅、枸橘、木香、枳壳等芳香理气之品,以开肝脾郁结之气;白术、朴花、六一散等利湿之品,以解湿浊之内困;再加桃仁、红花活血通络,佐代赭石之和胃降逆,从多方面围攻气痰湿瘀之邪,对缓解症状收到了一定的效果。(《老中医临床经验选编·姚培发医案》)

(二) 噎膈(食道癌)

陈某,男,44岁。自觉咽中有异物感,已二月余,经某医院确诊为“食道癌”,病灶在食道下段三分之一处,三次钡剂检查,所见为进行性发展,患者食道病灶宽0.8厘米,长9厘米。形体消瘦,食道梗塞,卧则更甚,大便干结,脉弦数。按食道下连胃之上口,属阳明胃经,吞咽困难,食入复吐,形体干瘦,便如羊粪者为噎膈病,治当滋阴益胃,在生津润燥剂中加

软坚散结之品。

南沙参 15 克, 玉竹 15 克, 麦冬 9 克, 淮山药 24 克, 旋复花 9 克(包), 白茅根 60 克, 白花蛇舌草 60 克, 蜂蜜 120 克(另兑)。

另外, 五至七天饮白鹅血一次, 鹅肉煨汤食。又取鹅尾烧研极细末, 调米汤或稀饭食。如无白鹅, 可用白鸭代之。患者经上方随证加减, 连服三月余, 症状大减, 于某医院复查, 食道中上段正常, 下段扩张良好。仍按上方加减, 以巩固疗效, 随访七年, 体质壮健如昔, 劳动已能负重。

[按]本例按阴亏胃燥、瘀血阻隔议治, 故以沙参麦冬汤出入滋阴益胃。加白鹅血化瘀软坚、养血润燥, 既攻其积, 又无伤于胃。再结合辨病, 重用白花蛇舌草以抗癌解毒。面面俱到, 从而取得较好的效果。

(《新中医》(4):22, 1973)

六、复习思考题

1. 何谓噎膈? 引起噎膈的主要病因有哪些?
2. 试述噎膈病理的标本关系。
3. 噎膈与反胃、梅核气如何进行鉴别?
4. 噎膈的初期与后期, 其治疗有何不同?
5. 噎膈辨证属痰气交阻者, 其临床有何特征? 如何进行治疗?
6. 噎膈辨证以津亏热结为主者, 其临床有何特征? 如何进行治疗?
7. 噎膈辨证以瘀血内结为主者, 其临床有何特征? 如何进行治疗?
8. 噎膈后期, 辨证属气虚阳微者, 其临床表现如何? 并略述其治则及方剂。

· 咨 询 信 箱 ·

问: 我在学习《方剂学》时看到有些方剂需用“黄酒”化服, “黄酒”是什么酒? 现在以什么酒来代替?
(安徽省庐江县大化乡卫生院 吴治安)

答: 黄酒, 专指用糯米或黄米(黍米)加酒曲(酒药)酿制的酒。从历史来讲, 这种酒可以上溯到西周《诗经》时代, 但黄酒的名称却很晚才出现, 宋、元以前, 配药的酒没有黄酒之称。不过, 从其叙述来看, 如《新修本草》: “诸酒醱、醱不同, 惟米酒入药”; 《本草衍义》: “今人药佐使, 专以糯米用清水、白面曲所造为正”, 这些入药的酒很可能是黄酒。

《灵枢经》有白酒和桂涂颊方, 《金匱要略》栝蒌薤白白酒汤和栝蒌薤白半夏汤, 方中均有白酒。有人认为, 这种白酒是米酒初酿色尚白者, 不同于现代之白酒。实际还是黄酒之类。此外, 古代方书中常有清酒、无灰酒等说法, 大多数学者也认为是不同质量的米酒、黄酒。这样, 古代医药著作中没有特殊说明的酒, 一般都当作黄酒。

但是, 配药用的酒未必都是黄酒。除了偶见的地黄酒、当归酒等药酒配药以外, 最重要的另一种酒是烧酒。元人《饮膳正要》首先记载用好酒蒸熬取露制成的阿刺吉酒。这种酒, 《本草纲目》称为烧酒、火酒, 也就是近代的白酒。以烧酒或火酒配药的方剂, 《本草纲目》就有记载。此外, 约与《本草纲目》同期的《古今医鉴》、《万病回春》、《鲁府禁方》, 十七世纪成书的

《景岳全书》、《松崖医径》, 十八世纪成书的《良朋汇集》、《兰台轨范》、《种福堂公选良方》, 十九世纪成书的《鸡鸣录》、《外科方外奇方》、《医学从众录》中都有用烧酒、火酒配制的方剂。

古代, 药物与糯米、酒曲同酿的药酒较多。自从有了烧酒, 以烧酒浸制的药酒渐多。建国后出版的《全国中药成药处方集》中主要记载五十年代以前的中成药处方, 在记明原料酒种类的 47 种酒剂处方中, 15 种用烧酒, 13 种用高粱酒, 7 种用白酒, 7 种用干酒, 其实都是不同质量的烧酒或白酒, 却没有 1 种用黄酒的。炮制用酒, 《中药炮制经验集成》中也有用白酒、干酒的记载, 但以黄酒为多。

可见, 烧酒或白酒用于配药已经有几个世纪的历史, 并为许多古代、现代医药学家所肯定。我国《药典》规定: 酒剂用白酒; 药材炮制, 酒炙、酒炖、酒蒸等一般用黄酒, 符合中成药生产的主要情况。

至于白酒是否可以完全取代黄酒, 还有疑义。古代方书中, 有的方药用黄酒配制, 却强调要禁忌烧酒; 有的方药两种可以互用, 说明情况不能一概而论。从醇含量及其它主要成分来看, 两者还是有区别的, 目前还没有进一步的研究报告, 代用问题应该具体分析, 认真对待。

(中国中医研究院中药研究所研究员 高晓山)