

百 家 园

糖尿病从中焦湿浊论治之浅见

一般认为Ⅱ型糖尿病属于中医“消渴”范畴,历代医家多以阴虚燥热立论,治取养阴清热为主。然而糖尿病临床症状变化多端,并非燥热所能概括。笔者据多年临床观察,认为中焦作为脾胃居处,津液化生、输布之枢,其在糖尿病的发生、发展及临床辨治中有不可忽视的作用。

1 消渴为病,首发中焦

虽然历代医家对三焦的形质、部位众说纷纭,无有定论,但对其功能认识则是比较统一的,认为其为元气及津液运行的通道。“三焦者,水谷之道路,气之终始也”。中焦则是“泌糟粕,蒸津液”,“受气取汁,变化而赤是谓血”。实际上包括了脾胃运化水谷及化输津液的功能,故而《灵枢·营卫生会》将其概括为“中焦如沅”。而Ⅱ型糖尿病人其病因大多为饮食肥甘不节,损伤脾胃所引发。《内经》云:“夫五味入口,藏于胃,脾为之行其精气,津液在脾,故令人口甘也,此肥美之所发也,此人必数食甘美而多肥也,肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上逆,转为消渴。”过食肥甘,导致中焦失于健运,谷反为滞,湿浊内生,阻于络道,影响津液化生及布输,发为消渴。

近代医家张锡纯在《医学衷中参西录》中明确提出:“消渴一证,均起中焦而及于上、下。”将中焦引入到中医消渴的发病机理中,扩展了人们的思路。现代医家对三焦的实质作了进一步探讨,认为其与人体的营养物质及水液代谢有着密切关系。

2 浊聚津滞,病之症结

关于糖尿病病机,近年来一些医家逐渐提出气虚、血瘀、痰浊等新的论点。实际上许多Ⅱ型糖尿病病人初期并无明显的燥热内生征象,相反,表现为形体肥胖,体倦肢困,胸膈痞满,大便滞滞,苔腻,脉濡等湿浊内聚的症状,往往通过体检,才发现血糖升高,若离开辨证而纯以阴虚燥热解释,未免不切实际。考其病因,多为不节饮食,久嗜肥甘,导致脾胃受困,失于健运,湿浊内生,进一步困遏中焦气机,津不能上承则口渴,清浊相混而下则为溲甜、尿频,日久湿浊化热,热伤津液,兼之津失化源,渐行出现消瘦、多食易饥等症状。笔者认为消渴病病机应是初在脾,湿浊内聚,津失敷布,终在肾,

燥热内生,伤津耗液。两者为消渴病前后两个阶段的症结所在。古代医家限于检测手段的缺乏,故对消渴辨治的视野受到了限制。

3 健运中焦,浊消津还

Ⅱ型糖尿病病机的根本是中焦失运,浊聚津滞,故而健运中焦,以使浊消津还为其治疗大法。临床上常选用健脾益气之人参、白术、黄芪、山药、茯苓等以升发脾胃阳气而达升清降浊,敷布津液之功。现代药理研究也证明了上述诸药均有良好的降血糖作用。对于以湿浊内聚为主的病人,可遵《内经》之法“治之以兰,除陈气也”。以芳香醒脾之品如藿香、佩兰、菖蒲、苍术等以化湿除满,畅利中焦,而对湿热内蕴,津液耗伤明显的病人,则在健运中焦的同时,酌加清热养阴之品。如张锡纯创制的玉液汤,即以黄芪、山药补脾益气,辅以知母、葛根、天花粉滋阴清热;施今墨先生善用黄芪配山药、苍术配玄参治疗,既健脾敛精,又能滋阴降火。这些经验至今仍为临床医师所推崇。笔者在临床中还喜用木瓜配乌梅、山楂配芍药以化湿消滞,酸甘敛阴,亦取得良好的效果。

另外,值得一提的是,从中焦论治并不单指药物运用而言,同时也包括饮食及运动疗法。节制饮食,减轻脾胃负担,以断湿热滋生之源,是十分重要的。临床实践证明,部分糖尿病病人,单纯通过控制饮食,便可达到控制血糖的良好目的。适度的运动有利于脾主肌肉四肢的作用,它可通过促进气血运行以达到调畅中焦气机,使脾运得健。适当的运动及体力劳动可促使肌肉组织对血糖的摄取、利用。同时也可增强脂蛋白酶活性,更多地利用脂肪酸,防治动脉粥样硬化。

浙江省温州市第二人民医院(325000) 杨 军

中药致药物不良反应评析

中药及其制剂引起的药物不良反应,多因超量或用法不当造成中毒甚至死亡,笔者统计的 1152 例中,345 例是由于上述原因引起的,占 29.9%,其中植物类中药引起占 90%以上,主要有乌头碱类药物(川、草乌及附子)。该类药物的有毒成份为乌头碱,有剧毒,其晶体 0.2mg 即可中毒,其致死量为 2~4mg。另一个为雷公藤及其制剂,朱天忠搜集的 1981 年以来涉及雷公藤中毒死亡的资料对该药的毒理等进行了初步探讨。

雷公藤为卫矛科雷公藤属的植物,又名黄藤,全植物均有毒性,其根皮部尤其大。有效成份为多种生物碱,此药用于抗类风湿、抗肿瘤,调节机体免疫功能,用于免疫系统疾病的治疗。其中毒反应主要表现为头晕,心悸,恶心呕吐等,严重者导致呼吸、循环衰竭而死亡。其中毒机理尚待研究。现在发现雷公藤中有9种生物碱和3个双萜类之环氧化物等16种成份,是细胞毒类物质。因此应特别注意严格掌握适应症、剂量及配伍用药,防止滥用,以免不良后果的产生。另外引起中毒的药物还有斑蝥、蟾酥等,亦应引起重视。

在笔者的统计中,涉及黄药子致中毒性肝炎16例,黄药子(黄独)临床主要用于因食物缺碘而引起的甲状腺肿,其主要药物不良反应为中毒反应,尤其是对肝脏的损害。其机理可能与该药薯块内所含的黄药子甙A、B、C和鞣质对肝脏的损伤作用有关。导致肝脾肿大,黄疸,GPT、尿三胆阳性,甚至产生肝腹水,肝昏迷而死亡。预防应注意严格掌握剂量,并注意间歇用药,防止蓄积中毒,用药期间,注意定期查肝功能,有中毒表现应及时对症治疗。

在笔者的统计中,药物过敏反应110例(9.3%),其中过敏性休克17例,由中药注射剂引起的16例,内服药物引起的51例,外用药引起的13例。致敏原因多为:(1)用药患者的体质因素。(2)中药注射液制剂纯度不够。(3)中药复方制剂,成份复杂。发生过敏反应者应即停药,必要时进行抗过敏及抗休克治疗。总之,中药引起的不良反应不应忽视。

北京积水潭医院(100035) 崔胜利

体表形状及某些穴位与器官的相关性

望诊可通过望气色、形态等体察到人体的许多病理信息。依此原理,我们通过观察体表的形状,发现某些重要穴位、器官,与体表的几何形状有关。

等腰三角形的底边中点,相对的顶点附近,为人体的重要位置。大体类似抛物线型天线的焦点和顶点。头部有两个这样的三角形,分别是鼻子、下颌。鼻子上顶点附近为印堂,下端为鼻孔,人中穴。下颌三角形底边中点为口。胸腹部也有两个这样的三角形,为双肋下部(平躺时很容易观察到这个等腰三角形)。顶点附近有膻中穴,下边中点以下为肚脐。下腹与双腿连结处也形成这样一个三角形,顶点处为二阴,生殖器,会阴穴等。底边中点为脐、气海。总的来说,底边中点附近为能量入口,分别为口、鼻孔、脐,即后天、先天能量入口。相近的人中穴为治昏迷、休克的要穴,气海穴为人体真气的仓库(下丹田)。相对的顶点为能量出口,为印堂(上丹田)附近的眼睛,二阴与生殖器,膻中穴附近为乳房。气功习练中有几个关键穴位,为下丹田(气海)、中丹田

(膻中)、上丹田(印堂)、会阴、尾闾(长强)、命门、大椎、玉枕、百会。其中丹田、会阴、尾闾处在上面提出的三角形确定的位置。另外,男性阴毛上部也为等腰三角形,其顶点几乎落在气海穴上。

体表明显的大尺度凹处,往往也有要穴。背部脊椎最凹处(实为腰部)为命门处。膻中在女性双乳形成的最凹处。气功习练中,女性要穴为膻中(中丹田),男性为气海(下丹田),它们被认为是“练精化气”即增加人体真气的重要穴位所在。其原因可能与古人十分崇尚“天人合一”有关,依此可有:无线电接收天线,往往为抛物线形状的。从侧面看,近似为等腰三角形。抛物线的焦点(相应于等腰三角形的底边中点附近)为能量汇聚点。底端(相应于三角形的顶点)为能量传出的位置。与之类似的是,人体先天(肚脐)、后天(口、鼻)的能量入口,大体落在体表形成的抛物线的焦点附近,即能量汇聚点。气海,人中这样与全体调节相关的要穴,也处在这个位置。相反,顶点为能量出口。相应于二阴,生殖器,膻中(双乳),印堂(眼睛)等器官。

天津大学自动化学院(300072) 杨正强

赤石脂治疗肝病腹泻发微

赤石脂涩肠止泻为医家所熟知,但在各型急慢性肝炎伴有腹泻时,医者往往畏其闭门留寇多不轻用。因中医对于肝炎多以湿热瘀毒立论,而赤石脂酸温甘涩,用之似与相悖,笔者早年亦持此论。直至1986年遇一急性乙型肝炎患者,每日腹泻3~5次,已10余日,西药遍尝罔效。邀中医会诊,处清利健脾之剂,数剂而无功,无奈在原方中加用赤石脂30g,次日大便即恢复正常。该患者自腹泻得以控制后,黄疸下降较快,病情迅速恢复。自此后凡遇是证即在辨证用药基础上加用赤石脂,每获良效。

现代医学认为:肝病时其消化道上自食管,下至胃肠道均有程度不同的粘膜损害,而肠道内则常存在有毒物质的滞留。现代药理研究证明:赤石脂有吸附作用,能吸附消化道内有毒物质,并保护消化道粘膜,止胃肠道出血。由此可见在肝病腹泻时使用赤石脂,实为切中肯綮,既保护了消化道粘膜,又清除了肠道内的有毒物质。医者不必囿于传统观念,虑其酸涩恋邪,而弃良药于不用。下举1例病案,以资同道。

韩某某,男,45岁。该患者1997年12月1日以慢性乙型肝炎收入院。住院月余,病情时有反复,且每日大便3次以上(稀水便或泡沫状便)先后用黄连素、氟哌酸、硝呋啟、泻痢停等药均无效,于1998年1月8日邀中医会诊。诊其脉弦细沉,面色晦暗青黄,双目黄染发绿,舌淡暗而胖,满舌白苔,纳食一般,口中有时作甜,因腹泻不止已20余日,精神萎靡。查肝肾功能,总