

凉之剂。而临床有经验者为什么仍选用温胆汤加减治疗上述证候?笔者认为其实质仍是在利用温胆汤对胆的特殊作用。因为以上证候许多是以“痰郁化热”言其病机。那么,痰从何来,很多还是胆失疏泄、脾胃不健引起。(3)有些胆热证的病机仍与胆虚寒有关,如“虚烦”、“口苦”,一般认为是热。虚烦,《千金》已明言是“胆寒故也”;口苦,《素问·奇病论》云:“夫肝者,中之将也,取决于胆……,数谋虑不决,故胆虚,气上溢,而口为之苦。”说明有些热证亦可由胆虚寒发展而来,或就是虚热。所以对于这些病症的治疗仍可在温胆汤的基础上加减化裁。

安徽中医学院内教教研室(230038) 边玉麟

## 消 渴 六 论

消渴(糖尿病)是危害人类健康的疾病。尽管现代医学基本解决了糖尿病的降糖问题,但对一些问题尚乏良策,略陈已见如下。

### 1 糖耐量低减为血糖调控系统功能不全代偿期论

如同慢性肾功能不全一样,糖尿病一旦罹患则终生难愈。2型糖尿病早期,通过控制饮食、增强运动,可能使部分患者血糖暂时恢复正常。然遇到某种诱因,血糖又会升高。我们对这一问题认为,2型糖尿病的形成是一个漫长的过程,机体对糖具有强大的调控能力,只有当血糖调控系统达到了功能不全(失代偿),血糖才会升高。如果把糖耐量低减阶段作为血糖调控系统功能不全的代偿期,那么一旦进入临床糖尿病,则是血糖调控系统功能不全的失代偿期(此时胰岛功能可能并未衰竭)。提出这一问题的意义在于:第一,能够较好的解释为什么糖尿病不能从根本上治愈;第二,提醒医生,对糖耐量低减要采取积极的防治措施,把治愈糖尿病的可能性留给最后一道防线;第三,把防治的眼光放在血糖调控的整个网络系统上,而不仅仅注意胰岛功能。

### 2 中医降糖必审因辨证论

胰岛素和口服降糖药物的应用,已能控制大多数糖尿病患者的血糖。但临床上仍有一部分患者即使药物剂量和种类不断增加和变化,血糖仍居高不下。这除了药物因素(如继发性磺脲类失效等)、饮食因素(如饮食控制不严或结构不合理等)、运动因素(如疾病等原因运动量不足)以外,常可找到干扰降糖的诱因,我们称之为“血糖难控因素”。诱因一旦找到,给予恰当的辨证论治血糖往往迅速下降,降糖药物的剂量和种类也随之减少。这些诱因包括:便秘、失眠、情绪(如抑郁、焦虑等)、感染(包括各种急慢性感染)、过劳、疼痛(如肩周炎、末梢神经痛等)、月经不调、带下等。对血糖难控因素的治疗,正是中医之所长。

### 3 肥胖与非肥胖成消渴因机不同论

2型糖尿病绝大多数为肥胖患者,然有少数非肥胖患者体型正常,甚或消瘦。这两种类型发病机理迥别,但二者均缘于热。《素问·奇病论》云:“有病口甘者,病名为何?何以得之?歧伯曰:此五气之溢也,名曰脾瘅。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,故其气上溢,转为消渴。治之以兰,除陈气也。”指出消渴的一种类型为肥胖,其成因是由于过食油腻和甜食,而导致肥胖,其发病缘于脾热。此类实胖患者的治疗重在节食,增加运动,药物上宜用消导、化痰、泻下之品。《灵枢·五变篇》:“人之善病消瘵者,何以

候之?少俞答曰:五脏皆柔弱者,善病消瘵。……夫柔弱者,必有刚强,刚强多怒,柔者易伤也。……此人薄皮肤,而目坚固以深者,长衡直扬,其心刚,刚则多怒,怒则气上逆,胸中畜积,血气逆留,宽皮充肌,血脉不行,转而为热,热则消肌肤,故为消瘵。此言其人暴刚而肌肉弱者也”。《金匱要略》:“厥阴之为病,消渴,……”指出消渴(消瘵)的另一种类型为消瘦,其成因由于情志伤肝,气郁血滞,郁而化热,消烁肌肤,其发病缘于肝热。此类患者的治疗重在疏肝(肝郁)、清肝泻肝(肝热),同时宜加用活血化瘀之药。

### 4 肥胖宜分虚实论

如前所述,脾瘅之肥胖属实胖。此类患者面色隐红、肌肉充实宽厚,声高气粗,力大不亏,脉洪大有力。一旦患了消渴病,往往三多一少症状明显,体重迅速下降。而临床上还有另一类肥胖患者,不多食,甚至少食,此多见于女性患者,面色少华,肌肉懈怠,倦怠乏力,气少懒言,脉沉细。一旦患了消渴病,三多一少症状不明显,体重下降不著。此类患者为虚胖。实胖与虚胖因机证治不同。前者病因由于过食,病机由于脾气郁滞,郁而生热,病证为脾郁胃热,治宜清胃消导化痰通腑;后者病因由于遗传、病机由于脾虚不运,代谢失司,病证属脾虚,治宜健脾。前者为胃实,后者为脾虚。

### 5 阴由热耗,气由热损论

据统计,治疗消渴病的市售中成药有近40种,其中大多数立法为益气养阴。然临床经常遇到,长期服益气养阴药效果不显的患者。查其辨证无误,患者确有倦怠乏力,口干口渴等气阴两虚之证,为何无效?盖因热未除故也。饮食不节则生胃热;情志不遂则生肝热;饮酒之人助阳生热;慢性感染之人则生毒热;便秘之人则生肠热等等。热则耗气,热则伤阴。热邪不去,气阴安得复常?故临证须详审热源,有热当先清热,热清气阴自生。我们常从肝胃郁热着手,用清肝泻胃之药,每使气阴两虚之糖尿病患者获效。

### 6 郁、热、虚、损为消渴病发展四大阶段论

消渴病的演变过程,可分为郁、热、虚、损四个阶段。郁包括肝郁、脾郁。肝主疏泄,脾郁可致肝郁;脾主运化,肝郁每见脾郁。其临床表现形式可见于六郁,即气血痰火湿食郁。此阶段主要见于IGT(糖耐量低减)期,我们称之为血糖调控系统功能衰竭代偿期。此阶段有可能杜绝临床糖尿病发生,是糖耐量低减逆转的最佳时期,也是最后一道防线,最需着力。

热包括肝热、胃热。胃热者,患者口干多饮,消谷善饥,气盛则溲数(《金匱要略》消渴小便利淋病脉证并治第十三);肝热者,口苦咽干,气上冲心,心中痛热,饥而不欲食,胸胁胀满。肝木克脾土,土郁而化热,故肝热每与胃热并见,表现为噯腐、吞酸、口臭、便秘等。此阶段主要见于糖尿病无并发症期。我们称之为血糖调控系统功能衰竭失代偿早期。治疗当大力清热,虽可见气津不足之候,但不宜单用益气养阴之药。因为养阴药尚可清火,益气药每多助热。治疗上以清热为要,可少佐养阴生津之品。

虚包括脾肺气虚、肺胃津伤、气阴两虚、肝肾阴虚、脾肾阴虚等多种证型,也可虚实夹杂,或夹热、或夹炎、或夹湿、或夹瘀等。此阶段相当于血糖调控系统功能衰竭失代偿中期。治疗当视虚之脏腑、气血阴阳分别施治。有兼夹证者尚需标本兼治。

损包括脉损和络损。脉损主要表现为心、脑、下肢等大血管

病变;络损主要表现为眼、肾、神经等小血管病变。这一阶段与虚的后期很难截然分开,主要见于糖尿病并发症阶段,我们称之为血糖调控系统功能衰竭失代偿晚期,往往需要胰岛素治疗。治疗的重心在于延缓并发症的发展进程。据并发症的不同而辨证施治。

有三点需要提及的,一是郁、热、虚、损虽为糖尿病发展的四个阶段,但往往不易截然分开;例如,即使到了虚损阶段,如果郁之病因不除,仍会有郁,热之病因不除,仍会有热,临证宜视虚实之轻重,权衡补虚与泻实。二是在整个治疗过程中,加强对血糖难控因素的识别、诊断和治疗,使血糖得到理想控制,并长期保持稳定;三是加强对动脉硬化相关因素的控制和治疗,中西药结合,延缓并发症的出现。

中日友好医院(100029) 仝小林

## 52 例镜面舌患者临床分析

镜面舌是指舌面光洁如镜,光滑无苔。主要是由于胃阴枯竭、胃气大伤,以至毫无生发之气。按中医理论,在这种情况下,不论何种舌色,皆属胃气将绝的危候。其中,舌质光莹而淡白者,是脾胃损伤,气血两亏已极;舌质光莹而红绛者,是水枯火炎,胃肾阴液枯竭。近年来,我们对临床所见镜面舌病例进行了分析、归类 and 总结。在 52 例中,男 24 例,女 28 例,年龄 33~81 岁。舌光莹而红绛者 37 例(71.15%),舌淡白而光莹者 15 例(28.85%)。

### 1 病因分析

因感染、手术等原因长期和/或大剂量应用抗生素治疗的患者 14 例(26.92%);肿瘤患者放疗和/或化疗后 10 例(19.23%);长期应用非甾体类消炎镇痛药(NSAIDs)或其它镇痛药 7 例(13.46%);脑血管意外病人急性期后 6 例(11.54%);重症糖尿病合并并发症患者 5 例(9.62%);不明原因高热患者 2 例(3.85%);慢性萎缩性胃炎患者 2 例(3.85%)。15 例淡白光莹舌中,长期和/或大剂量抗生素治疗的患者 2 例,肿瘤放疗和/或化疗后的患者 3 例,长期服用 NSAIDs 的患者 2 例,重症糖尿病合并并发症患者 3 例,恶性贫血、缺铁性贫血患者 4 例,慢性萎缩性胃炎患者 1 例。

### 2 病机分析

胃肠菌群失调:长期大剂量使用抗生素,在杀死有害细菌的同时,必致抑制肠道内有助消化的非病原性细菌,从而导致胃肠道菌群失调;在我们收集的病例中,有因脓胸而用环丙沙星注射液每日静脉滴注 0.8g 达 1 月之久的患者,也有因慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿用头孢曲松,每日静脉滴注 4.0g 治疗后出现高热,改用大剂量或联合应用抗生素治疗 20 余天的患者,更有为预防感染而用抗生素治疗后出现高热,改用大剂量或联合应用抗生素治疗 20 余日出现高热不退而且饥不欲食、口干不欲饮、舌红绛而无苔,停用抗生素后热退且其它症状逐渐好转的患者。

胃肠神经内分泌失调:胃肠系统的刺激和组织损害是 NSAIDs 最常见的副作用。大部分 NSAIDs 为弱酸性,用药后在胃酸条件下多呈非离子化的状态,易穿透胃粘膜细胞膜进入细胞。而细胞内的 pH 值较高,弱酸性的药物分子解离为离子型,而离子型的药物不易跨越细胞膜,于是胃粘膜细胞内集聚了高浓度的 NSAIDs,使胃粘膜受损。NSAIDs 导致胃损害的另一机

制是通过抑制环氧酶活性,减少前列腺素(PG)的合成,尤其是前列环素(PGI<sub>2</sub>)、PGE<sub>2</sub> 和 PGE<sub>1</sub>。这些所谓的细胞保护性前列腺素有抗胃酸分泌的作用,并能刺激胃粘液的分泌,增加碳酸氢盐的分泌和胃粘膜的血流量,及适应性细胞保护作用和胃粘膜修复功能。脑血管意外患者在运动、感觉、语言功能障碍的同时,都不同程度的伴有胃肠功能障碍。导致胃肠功能障碍的原因,除长期卧床外,胃肠神经功能障碍是不可忽视的因素。

肿瘤放疗、化疗的毒副作用:化疗引起恶心呕吐是抗肿瘤治疗中常见的并发症。一般药物大多有不同程度的胃肠道反应。一般认为呕吐系因化疗药物的刺激引起神经冲动,通过迷走神经和交感神经的传入纤维将冲动传入延髓的呕吐中枢,在呕吐中枢的协调下,消化系统和呼吸系统共同配合产生呕吐。化疗所导致的恶心呕吐还与药物的不同、化疗药物的应用方式、药物的剂量、化疗史、年龄、性别等因素有关。化疗药物对消化道粘膜的直接损害导致胃肠道粘膜的水肿及其炎症反应等,也可能和胃阴虚及镜面舌有关。放疗可抑制唾液腺体的分泌及其他胃肠道损伤导致不可逆性口干等症状可能和镜面舌的发生有关。放疗对小肠、肝、胆和胰腺等消化器官也具有不同程度的毒副作用。这些毒副作用都可能和胃阴虚及镜面舌相关。

温燥药伤阴:根据中医理论,长期、大剂量活血化瘀或温补壮阳中药的应用,耗阴伤津并更进一步耗损胃阴,致胃阴枯竭,阴虚火炎,也是导致镜面舌的主要原因之一。此外,高热、长期发热伤阴也可以导致镜面舌。

### 3 治疗

我们采用辨证加辨病的方法,以养阴益胃为主,并根据发病原因不同而选用不同的方药。对长期、大剂量抗生素所导致的镜面舌的患者,选用沙参麦冬汤加味以养阴和胃,兼清余热;对肿瘤患者放疗、化疗及 NSAIDs 所导致的镜面舌,选用麦门冬汤加减以滋阴养胃,降逆止呕;对恶性贫血、缺铁性贫血患者,以八珍汤、归脾汤加养阴生津药补益气血,养阴生津;对脑血管意外病人急性期后患者,以增液承气汤加减清热泻下和胃,滋阴增液;对重症糖尿病合并并发症患者,以六味地黄丸加味滋阴补肾,养胃活血;对慢性萎缩性胃炎患者,以益胃汤加味养阴和胃,理气活血通络。

### 4 讨论

我们认为,随着合成和化学药物的应用,镜面舌的病因和病机已远远超出传统中医理论认识中大病热病后胃气大伤、胃阴枯竭的范畴。抗生素的非常规大剂量应用或滥用、肿瘤的放疗和/或化疗、非甾体类消炎镇痛药的长期大剂量应用等已成为临床上不可忽视的导致镜面舌的医源性原因。抗生素的非常规大剂量应用或滥用目前我国是相当普遍而严重的现象,应引起重视,避免形成二重感染。

对肿瘤的放疗、化疗以及非甾体类消炎镇痛药引起的镜面舌(胃阴虚证),应根据不同治疗方法采用不同的辅助用药,以减轻其毒副作用,发挥中医药在调阴阳、补气血、理肝胆、益脾胃方面的优势,及时预防和治疗镜面舌(胃阴虚证)。同时,从临床经验的角度,我们还体会到,南方的地理环境、气候特点以及人体禀赋和镜面舌的发生也有一定的关系。在北方,长期和/或大剂量抗生素、NSAIDs 的应用导致镜面舌的机会,相对较少。

中山医科大学孙逸仙纪念医院(510120)

程志安 罗懿明 谭朝晖 李庆明