

百 家 园

浅论体质与“从化”

疾病的发生与否以及发展、变化的形式,取决于正气与邪气的盛衰以及邪正相互作用的结果。但由于人体体质有着特殊性和差异性,因而邪气与病证就有因人而化的不同性,现结合临床探讨如下。

1 个体体质的特殊性与“从化”

由于人体有老幼之分,男女之别,胖瘦之比,故就有对某种致病因素或疾病的易感性,从而导致外邪随机体的特殊性产生“从化”现象。《灵枢·五变》说:“一时遇风,同时得病,其病各异。”如临床所见,就老幼而言,由于老年人多脾肾阳虚,因肾主骨,脾主肌肉四肢,外邪入侵,邪易随阳虚之体寒化,寒凝络阻,气血失调,虽见风寒感冒之症状,但多以肢体筋骨肌肉疼痛为著;而小儿则为稚阴稚阳之体,脏腑娇嫩,外邪侵袭,变化迅速,易随稚阳之体化热,以发热咳嗽等肺卫症状多见。就男女而言,男子为阳刚之体,卫阳强胜,一般外邪不易侵袭,若一旦侵袭,多症见发热重,恶寒轻,口渴欲饮,舌红、苔黄,脉浮数等风热表证;而女子为阴柔之体,卫阳相对较弱,外邪侵袭,多症见恶寒重,发热轻或不发热,头身痛,鼻塞涕清,口不渴,舌淡红、苔薄白,脉浮紧等风寒表证。就人体胖瘦而言,《医宗金鉴》云:“人感受邪气难一,因其形藏不同,或从寒化,或从热化,或从实化,故多端不齐也。”如同为平素嗜酒而致汗证,因酒易生湿,湿本阴物,易伤阳气,对体瘦之人,素多有热,酒湿易随热化火,火灼阴津,阴亏火旺,迫津外泄,故多见盗汗;而对体胖之人,素多有湿,与酒湿相结,易损伤阳气,卫阳不固,阴津不敛,动则易自汗。由此可见,外邪可随人体体质的特殊性,与内在因素相结合,产生“从化”现象,因而导致病邪虽同而证候各异,此谓“病之阴阳,因人而变”和“邪气因人而化”。

2 个体体质的差异性与“从化”

由于人体脏腑组织有坚脆刚柔、阴阳气血有偏盛偏衰之不同,故人的体质就有阴、阳、强、弱的差异性,因而导致对某种疾病发生发展以及变化的多变性。章虚谷说:“六气之邪,有阴阳不同,其伤人也,又随人身之阴阳强弱变化而为病。”如同为感受寒邪犯胃,对正气较强之人,寒邪易随中焦之阳化热,症见胃脘灼痛,渴喜冷饮,舌红、苔黄,脉弦数等热郁胃腑之证候;而对虚寒之人,由于中阳不振,寒凝气滞,症见胃脘剧痛,食入即吐,得热则舒,口不渴,舌淡红、苔白,脉沉迟等阳虚寒证。又如平素阳盛之人,受寒邪入侵,症可见但热不寒,面赤,咽痛,汗出,口渴喜饮,舌红、苔黄,脉数或洪大,此乃寒邪化热之阳明经证。如果此时治疗不当或失治,热邪伤阴耗气,正不胜邪,又可见但寒不热,四肢逆冷,下利清谷,精神萎靡,脉沉细等三阴证。此证为由实转虚。总之,外邪可随人体体质的差异性,发生多种多样

的“从化”现象,从而产生病证性质的多变性。

综上所述,“从化”的发生,取决于正邪双方的形势和性质,以及治疗当否与失治等。因此掌握各种体质的特殊性与差异性、病邪性质、邪入途径,及其相互之间的关系,对于分析病因病机,判断病变的性质和发展趋势,指导临床辨证论治都具有十分重要的意义。

山东省招远市人民医院(265400) 王宗怡

小议“透风于热外,渗湿于热下”

叶天士《外感温热篇》中说:“(温邪)在表初用辛凉轻剂,挟风则加入薄荷、牛蒡之属,挟湿加芦根、滑石之流,或透风于热外,或渗湿于热下,不与热相搏,势必孤矣”。对温病初起挟风挟湿的治疗,制定了原则性的大法。

温病初起挟风者,实为卫分证,以发热、微恶风寒、头痛鼻塞、咽痛口干、咳嗽吐黄痰、舌苔薄白或薄黄、脉浮数为特征,此为温挟风邪在肺卫,致卫表闭塞,肺气失宣。风为阳邪,善行而数变,如与温邪相搏结,势必风热燎原、化火最速,或进一步侵入气分,甚至逆传心包、入侵营血。所以在温邪挟风的初起之时,要解散邪以防内传,这即是叶氏所说的“透风于热外”。对此多数医家认为,“透风于热外”是治疗温病初起外有风邪、内有里热的一种方法。应用透达风邪法,待风邪祛,里热势孤后再行清解里热法。我们认为,这样解释既不符合临床实践,也不符合叶氏原意。“透风于热外”即是应用辛凉透表法,宣透风与热,使风与热同时解除,凡辛凉之品,既能祛风,又能清宣热邪,哪有只祛透风邪,而留温热之理。再看叶氏所用的药物,薄荷、牛蒡之属,皆为辛凉,既有透散风邪之能,又有辛凉透热之功,不可能单独散风而留有表热,叶氏原文已言温热在表,并无论及存在里热,再说,外有风热、内有里热之治,是为表里双解法,与宣透表邪不相及。关于温挟风的卫分证,自古至今皆以辛凉透散,例如吴鞠通治此所列的辛凉轻剂银翘散,无一不受叶氏这一治疗思想的影响。

湿邪挟湿,除了湿温、暑湿以外,风温、春温、温毒,尤其是暑温皆可以外受湿邪而挟湿。湿为阴邪,重浊滞腻,和温邪相兼侵入人体常阻遏卫阳,或壅滞太阴,或郁闭三焦,所以对这种湿与温热搏结者,最宜渗利。正所谓:“治湿不利小便非其治也。”多数医家认为这是针对湿热在下焦的治法,也有解释为是针对湿热病挟湿而又是湿重于热者,还有认为热邪为水湿所阻遏,不能外透,而应用淡渗以利湿,以不与热邪相搏,孤留热邪等。我们认为,湿热挟湿无论在上焦、中焦或在下焦皆可以淡渗法,叶氏亦称温挟湿的初起,故也系上焦证,如湿热在上焦,多阻滞肺气,壅郁肌表,常以发热或恶寒、头痛身痛沉重、胸闷少食、脉濡、苔白为特征,治必上宣肺气佐淡渗以利膀胱,华岫云在按语

中说：“湿阻上焦者，用开肺气佐淡渗通膀胱，即启上闸开支河，导水势下行之理”（引《临证指南医案》）。由上所述，说明叶氏立法并非独指适用于湿挟湿在下焦证。关于孤留热邪说，无论从理论方面，还是从临床实践看，皆不好解释。温热挟湿者，即是温邪与湿邪相合，叶氏之“渗湿于热下”法，即渗利小便，使湿与热同时从尿而排下，不可能导致单独孤立热邪的现象。关于温热挟湿并非单指挟外湿。即便挟有内湿，亦是叶氏所指的范畴，例如外感温邪，因患者素蕴脾湿，这也使得温邪和湿邪留恋难解，常出现身热久久不退，头身痛而沉重，胸脘胀闷，纳呆或外发白痞等症。治此也同样应用“渗湿于热下”法。

引叶氏湿挟湿而渗湿于热下案：“冯，三十一，舌白头胀，身痛肢痛，胸闷不食，溺阻，当开气分除湿。飞滑石、杏仁、白蔻仁、大竹叶、炒半夏、白通草。”（《临证指南医案》）。

“透风于热外”是针对湿挟风而言，是指宣透风和热以驱除体外，“渗湿于热下”是针对湿挟湿而订，是指应用渗湿法和热邪同渗利于下。临证应用时要辨温热之邪的不同，邪气在卫、气、营、血、上、中、下焦的不同而分别采取不同的“透风于热外”及“渗湿于热下”。用药原则以同时驱除风热和湿热的同时，以防伤津耗液。

山东省德州市人民医院(253014) 张 明

山东省德州市中医院 王玉生

温阳法治疗糖尿病

温阳法是八法之一，又称温里法、祛寒法。主要用于中焦虚寒、亡阳欲脱、寒凝经脉等证。中医认为，糖尿病与消渴基本一致。如《素问·奇病论》谓：“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。”宋代王怀隐等著《太平圣惠方》中又将消渴分为上、中、下三消，载方百余首，治疗药物多选择益气养阴之品。到金元时期刘河间等主张治疗消渴当以清热泻火，益气养阴为要。清代黄坤载等认为消渴责之于肝，而治疗亦力主清热养阴。至费伯雄则补充发展了化痰利湿之法。唯陈修园在《医学实在易·三消症》中强调：“以燥脾之药治之”，主张用理中汤倍白术加天花粉治疗。

我们在临床中体会到，糖尿病无论是传统医学还是现代医学，在其病因上均强调了饮食不节是本病的主要病因，在症状上又以多饮、多食、多尿、消瘦为主。中医理论将人体之正常运行概括为升、降、出、入，如《素问·六微旨大论》说：“非出入，则无以生长壮老已。非升降，则无以生长化收藏”。人有升降出入才能保证人体内外环境的统一，从而维持着人体的生命活动。过多的出或入，日久必然耗乏脏腑之气，造成受累脏器功能的减退；而功能减退的重要标志之一，便是脏腑阳气衰退。因此，病程较长的糖尿病患者，多见其阳虚之征。尤以脾肾阳虚多见。亦有一些人虽然临床症状不明显，但血糖逐年递增，降糖药或胰岛素量亦渐增加，并发症增多或加重；还有一些采用清热养阴药久治不效，而改投温阳之品收功者。究其原因，多饮、多食、多尿，日久耗乏了脾肾之气血，造成相关脏器功能下降。表现出脾之运化、胃之受纳和肾之藏精、排泄功能失常。此时，临床多以脾肾阳虚为主，故采用温阳之法而获良效。举例如下。

例1：刘某某，男，65岁。1989年在某医院被诊为糖尿病（2型）。采用饮食控制、口服降糖药治疗血糖控制较为理想。2000年开始出现血糖不稳定，空腹血糖最高为16.2mmol/L，且近3周体重下降11kg，建议改用胰岛素治疗。患者自诉双膝以下疼痛、僵直，行走困难，每天需服止痛片。行走时间稍长则感疲乏，畏寒，且大汗淋漓，遇风则易感冒。常感口苦口粘、心悸，常有早搏，面浮肢肿，腹胀纳呆，口臭，大便干燥2~3日一行，但饮食稍有不慎则腹泻。空腹血糖14.8mmol/L，餐后血糖26.1mmol/L，心电图：ST-T改变。舌质淡，苔白厚腻，脉沉细。辨证属脾肾阳衰，运化失职，气化无力。拟采用温阳化水，健脾导滞，益肾填精为治。方用：附片5g（先煎），桂枝10g，陈皮10g，藿香10g，葛根10g，佩兰10g，生薏苡仁20g，干姜5g，焦三仙30g，威灵仙10g，鸡内金10g，覆盆子15g，桑寄生15g，黄芩15g，怀牛膝10g，水煎服，每日1剂。继服西药降糖药。1周后复诊，言四肢疼痛、僵直感明显减轻，尤以双脚明显，空腹血糖降至10.8mmol/L，精神体力明显好转，唯小腿转筋现象如故，以上方去威灵仙，加木瓜10g续服。1月后患者双下肢疼痛、僵直感几近消失，并言可以慢跑，口干口粘未再出现，偶有口苦、纳呆，二便调，无浮肿，舌质正常苔薄黄，脉沉细。方用：附片5g，干姜5g，焦三仙30g，鸡内金10g，木香10g，怀牛膝10g，茯苓15g，生薏苡仁15g，山茱萸15g，葛根10g，黄连10g，木瓜5g，麦冬15g，桑寄生15g，10剂。以后随症加减，治疗1年后体重回升并稳定在70kg，空腹血糖保持在7mmol/L，餐后血糖维持在8~9mmol/L，眼底无明显改变，2年来视力未再下降，心电图示：大致正常心电图，精神体力均好。口服降糖药由原来的优降糖每日10mg改为格华止500mg，每日2次。

例2：李某某，男，68岁。糖尿病史10年，采用胰岛素治疗5年余。2000年5月因酮体（+）、酸中毒入某医院治疗。既往大便干燥，给予通便灵后出现大便带血。10月底出现沥青色大便，服云南白药无效。胃镜检查示：结肠可疑病变待查。后血红蛋白降至68g/L，2000年10月转入某医院。结肠镜检查示：毛细血管变形、扩张。经输血等治疗，1周后出血好转，未见肉眼血便，但大便潜血仍阳性。1月后大便潜血（+），血红蛋白63g/L，空腹血糖18.9mmol/L，尿糖（++++）。刻诊：患者面色㿔白，动辄喘促，语声低微，气短懒言，心悸怔忡，四肢逆冷，头晕不欲睁眼，纳呆，大便干结难下、量少、色黑，脉大中空，沉取无力，舌质暗淡、苔薄少。证属血虚而阳欲脱。当于养血止血药中加入回阳救逆之品，以养血止血，回阳救逆为治。方用：附片5g（先煎），干姜炭5g，牡丹皮10g，生地黄15g，玄参15g，地榆炭20g，白芍15g，当归10g，火麻仁10g，枳壳10g，西洋参15g，黄芪30g，黄连10g，山茱萸15g，10剂，水煎服。

二诊：血红蛋白升至80g/L，空腹血糖为11.3mmol/L，尿糖（+++~++++），精神明显好转，面色、口唇转红活，四肢较前有力，畏寒减轻，食欲转佳，仍腹胀，食后甚，大便已不干结，颜色变黄，脉沉细，舌质转红苔白。方用：附片3g，干姜炭3g，麦冬15g，生地黄15g，玄参15g，黄连10g，枳壳10g，木香10g，地榆炭15g，肉苁蓉15g，白芍15g，当归10g，西洋参15g，黄芪20g，焦三仙30g，莱菔子15g。又服10剂后，空腹血糖10mmol/L，尿糖（+）。