

百

家

园

糖尿病从瘀论治之浅见

一般认为 2 型糖尿病属于中医消渴证范畴,历代医家从阴虚燥热立论,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,据笔者临床观察,该病发展到一定阶段必将影响气血的运行不畅导致血液停滞,阻滞经络,从而产生气滞血瘀、气虚、阳虚、阴虚血瘀以及痰浊互结证。其在糖尿病发生发展与临床辨治中有不可忽视的作用。

1 消渴为病,从瘀论治

“久病入络”,“久病多瘀”。大凡气虚、气滞、气逆、阳虚、寒凝、热结、痰凝、湿阻、津亏液少等均可导致不同程度的血瘀发生。“百病皆瘀”反映了病变的广泛性。皆瘀是指疾病发展过程中皆可出现血瘀的症状、体征或兼有血瘀的病机。但并非整个过程中皆有血瘀,也不是每种疾病都是以活血化瘀为主要治法。消渴证病机,病初在肺,湿浊内聚,津失敷布,病终在肾。燥热内生伤津耗液,整个病程中可见明显的血行障碍。因此“百病皆瘀”,是疾病发生过程中的共性。从现代研究资料表明,糖尿病至少存在以下病理生理改变:血液流变学、微循环改变,器官和组织因缺血缺氧而导致的机能失调功能障碍,因代谢障碍导致的组织病理反应。如增生或细胞分化不良等炎症所引起的组织渗出、变性、坏死、萎缩、增生等等。其血瘀证的形成至少有以下结构与功能参与了发生过程,循环系统的组织器官与结构的功能、血液系统特别是血小板纤溶系统、抗凝血酶系统、体液调节与内分泌系统、神经系统调节功能、免疫功能、结缔组织代谢系统。总之,在糖尿病中瘀证与虚证,均存在有普遍性,两者之间关系密切,而糖尿病的血瘀证根本原因存在于气虚。因此,宜采用益气补肾活血法进行防治,以提高临床疗效。

2 活血化瘀法的应用

凡是血瘀证表现以血行障碍为特点病理改变,均属活血化瘀法的应用范围。对活血化瘀法的应用,首先要明确血瘀的性质、程度、部位及病种,从临床应用来看,立法处方很少应用单一治法。活血化瘀是治法的目的,而其用药的途径方法则是多样性的,这也是瘀的广泛性所决定的。因此,对活血化瘀法的认识和应用应更新观念,拓宽思路。唐容川在《血证论》中曾提到“瘀血发渴者,以津之生,其根在肾……,有瘀血则气为血阻不得上升,水津因不能随气上布。”“但去下焦之瘀,则水津上布而渴自止。”“瘀血去则不渴矣”。但祛瘀之法,必须通过活血始能实现,若气滞致瘀者,活血之中又当行气。因气为血之帅,气行血亦行。因此,用药必须佐以行气。

活血化瘀的基本方法是通络、行气、活血、化瘀。活血行气可用当归尾、丹参、赤芍、红花、川芎;活血化瘀可用延胡索、乳香、没药、川牛膝;破瘀通络可用三棱、莪术、苏木、桃仁、大黄、穿山甲、水蛭。此外可根据消渴症病机发展过程,证与病相结合的原则配合其它疗法,分别可合用理气、通利、扶正祛瘀法。

理气祛瘀法:据历代医家“气为血帅,气滞则血瘀”的经验,在应用活血化瘀的同时一般均兼用理气法。分别选择加用如下行气、散气、破气药。常用木香、香附、乌药、青皮、白芷、川楝子、枳壳、厚朴、沉香、莱菔子。

通利祛瘀:消渴症脾失健运,湿浊内生,进一步因遏中焦气机,津不能上承,清浊相混而下,日久湿浊化热,热伤津液。分别选用清热化湿,清热利湿药,常用生地黄、蚤休、苦参、木通、萹蓄、车前子、金银花、连翘、败酱草、滑石、甘草。

扶正祛瘀:消渴病久,阴损及阳、元阳亏损,温煦不足,推动无力,血流缓慢,瘀血阻络,脾肾俱虚。可兼以温肾气之法。常选用生黄芪、党参、附子、炙桂枝、炒白术、黄精、山药、何首乌、细辛、肉桂、熟地黄、葛根。

3 消渴兼症的治疗

痰浊瘀血是糖尿病发生发展的主要致病因素,既可单独致病,又可同时诱发。瘀血内阻,血不行则为痰,痰浊滋生,气血不畅为瘀,痰瘀互生胶结不解,变症由生。当以益气养阴,清热祛瘀,活血化瘀为主要法则。在降血糖纠正代谢紊乱,改善微循环,降低血液粘度的同时,注意观察临床症状,如治糖尿病坏疽,用仙方活命饮加丹参、赤芍。治疗劳咳用百合固金汤加重当归、赤白芍、生地黄、熟地黄用量。治疗泄泻用七味白术散加重当归、熟地黄。治疗糖尿病肾病水肿用济生肾气丸加杜仲、淫羊藿。治疗糖尿病神经病变肢体麻木用黄芪四物汤加水蛭。对于糖尿病导致的虚脱则用大剂量黄芪生脉饮。另外枸杞子、菊花、人参、黄芪、三七、牡丹皮、丹参、川芎、红花、山楂、葛根、知母在实验中均有药理性降糖作用,又可改善心脑血管血流量有降血压作用。可根据并发症分别选用。

另外值得一提的是,从瘀论治并不单指药物而言,同时包括饮食与运动疗法,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患者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润畅中焦气机使脾运得健。适当的活动及体力劳动可促进肌肉组织对血糖的摄取利用,同时也可增强脂蛋白酶的活性,更多利用脂肪酸,防治动脉粥样硬化。

浙江省嘉兴市中医院(311001) 方水林

中医神志病辨治要领发微

中医神志病包括了现代医学的多种神经精神科疾病及其他疾病中出现的神经精神症状等,辨治颇感棘手。笔者在多年的临床实践中体会到,对于神志病的辨治,既不能有悖于一般的辨证论治的传统理论,又不能不顾及这类疾病特殊的病因病理及治疗的要领。现将神志病辨治要领综合归纳如下。

1 辨外感内伤

外感热病和内伤杂病中均可出现神志异常的病证。由于外

感与内伤的发病途径、发病条件及机理各有特点,因而抓住这些不同点,根据各自的临床表现,就可以及早确定病因,采取针对性的治疗,防止见神治神、忽视其病本的不良情况发生,从而提高临床疗效。

外感热病的病因为六淫、疫疠等外邪,发病时有一定的季节性或地区性,起病较急,病邪多从口鼻、皮毛而入,早期往往见有恶寒发热,咳嗽咽痒,头痛身楚等,继而高热、口渴、大汗、便秘、尿赤,随着邪气的不断深入,方出现神志方面的病理表现,而且具有逐渐加重的倾向。急性传染病和一些急性感染性疾病在发展过程中均可在不同程度上出现神经精神症状。常见有神昏、烦躁、谵语、发斑、晕厥等,病的早期以邪实为主,后期虚实并见,辨证时多采用六经、卫气营血及三焦辨证等方法,治疗中应时时注意邪气的祛除,采用纯补不攻的情况不多。

内伤杂病的发病,常因喜怒不节、思虑或悲恐过度等情志因素或饮食、劳倦等,一般与季节、气候、地域无关,或具有一定的家族倾向。发病多无规律。病起即见脏腑气血阴阳失调的病理表现。常见病证有癲、癩、狂、不寐、健忘、郁证、恐喜怒及痴呆等。从临床见证来看,属虚无实者可见,纯实无虚者少见,尤以虚实夹杂者多见。

2 辨主症兼症

对神志病进行辨证时,首先要抓住特点或特征。这对辨清其病因病机或轻重预后有着一定的意义。例如癲证,表现为猝然昏仆、嚎叫声高、口吐涎沫、牙关紧闭、抽搐有力者,多为痰实夹风证;而神情呆滞、不动不语、两目直视、手中物落,为时较短而发作频繁者,多属脾虚痰证。其次,要重视兼症的鉴别比较,并将其作为辨明不同证型的重要依据,尤其要注意发热与否及高低,汗出多少及时间,口渴与否及甚微,小便的清长与短赤,大便的干结泄泻,疼痛的部位及拒按与否,以及舌脉的变化等。只有在辨查主症的同时,细心审察伴随出现的各种不同兼症及体征,才能作出正确的诊断。

3 辨脏腑气血

神志病证除单纯由心的病变所致外,其他脏腑的病理变化影响及心的情况并不少见。例如,不寐证中有因心阴心血不足者,有因食伤气滞、胃中不和者,也有因肾水不足而致心火偏亢者。前者单纯属心,而后者则与胃、肾有关。

由于气血之间互生互化,神志病中或属气属血,或气病及血,或血病及气的情况极为常见。例如神昏证中,热结阳明,邪在气分,治疗时清气泄热即可;继而可由气入血,邪入营血,瘀热互结,治疗时自当清营凉血散血。邪在气分而治血谓之太过;邪在血分而治气,谓之不及,二者均为治疗失当。当然也有气血俱病之证,治疗时以兼治为务。

由于气血既是脏腑功能活动的产物,又是脏腑功能活动的反映,二者紧密联系。因此,辨在脏在腑必然涉及气血,而气血的不同病变必然又反映出脏腑的病理状态。

4 辨寒热虚实

寒热是对病证性质的归类,是指当施用温法或清法、选用温热药或寒凉药的重要依据。虚实是对机体正气强弱与邪气盛衰对比状态的归类,是决定采用扶正或祛邪、选用补或泻两种不同治疗方法的根本依据。神志病证的辨治中始终离不开寒热虚实四纲。一般而论,由外感所引起的神志病证,早期以热实者居多,治疗时着重祛邪除热;后期若因邪势已缓,而正气耗伤,

属虚者也不少,治疗时应以扶正为主,但切勿忽视邪气未尽的情况,否则易致死灰复燃,前功尽弃。由内伤所致的神志病证中,虽无外邪因素,但在调整机体脏腑气血阴阳失调的过程中,既要注意正气虚损的一面,又要注意邪实的一面。神志病中虚实夹杂、寒热兼见的证候尤为多见。这也是某些神志病治疗中难以取效的重要原因之一。因此,临证时必须首先辨明虚实之孰主孰次,寒热之孰多孰少,方可做出宜攻宜补和施寒施热的决定。

5 辨久暂轻重

根据神志病病程的久暂轻重可以作出在气在血、在脏在腑以及属虚属实的依据,同时还有助于疾病预后的判断。大凡新病在气、在腑、属实者为多,病势虽急而病情较轻,若施治得当,可迅速缓解,预后较佳。久病由气及血,由腑入脏,由实转虚,因而在血、在脏、属虚者为多,病情较重,取效较难,预后不良。此外,在神志病的辨治中,尚须注意先天与后天不同。先天性或幼年起病者,多与禀赋有关,大多难以调治。后天性发病者,大多预后良好。

6 辨标本缓急

标本是用以说明病证中各种矛盾的主次关系的相对概念。由于神志病证具有发病急、变化多、稽久迁延的特点或反复发作的倾向,各种矛盾交叉而又不断转化,因此,辨明标本、缓急显得尤为重要。辨证时应对患者病史、体质体格、禀性脾气、表情神态、各种临床表现及舌脉等详加审察,作为判别标本、区别缓急的依据。例如,在神昏证的辨治中,应当明确神识昏迷这一症状为标,而引起这一症状的病因为本。临床采用开窍醒脑一法是针对症状所采取的治标方法;而当辨明其属热陷心包、或痰浊蒙窍、或瘀血攻心的病本时,分别采用的清心凉营、豁痰化浊、活血化瘀的治法,才是治本的措施。

有一点必须指出,审标本、辨缓急,并不是把标与本、缓与急绝对地割裂开来,治标时不顾其本,治本时忽弃其标,或者急时只能治标。临证中经常采用的如清心开窍、涤痰宁神、益气宁心的治法中,往往已含有标本兼顾的意义在内,而只是治标治本的侧重面应当有所区别而已。有意义的是,急则治其标可为缓则治其本赢得时机,通过治本而又能达到缓其标急的目的。例如,阳明腑实引起的神昏、谵语,病本在于邪热与肠中糟粕互结,此时急用攻下热结的方药,使燥热得下,腑气得通,神昏自解。临证时不可死执一端,而要据证而辨,灵活掌握。

安徽中医学院 (230038) 徐国龙

中医治疗脑积水浅议

笔者认为,脑积水的病机脾肾两虚是本,瘀血阻络,脑窍不通,水湿停积是标,现浅论如下。

1 病机特点

先天肾亏,脾虚水泛是本病的内在原因;脑积水是以小儿头颅增大、颅缝解开、头皮青筋暴露、眼球下旋如落日状,甚或智慧不聪、神情呆滞、呕吐、惊厥,兼见五迟、五软为主要表现的一类脑病。此类患儿由于先天禀赋不足,肾虚亏虚,不能养骨生髓,故髓脑不充,头颅开解而不合,并非髓热所致。正如《保婴撮要·解颅、凶填、凶陷》云:“肾气怯则髓髓虚而凶不合”。或是因为小儿先天不足,后天失调,真阳不能温煦脾土,脾虚不能制水,水湿不化,则久积成痰,水湿痰浊乘虚上泛于脑,致颅脑解

开。总之,脑积水的发病原理与先天亏损有关,主要责之于肾,而病理变化与脾关系密切,故先天肾亏,脾虚水泛为该病之本。

水湿、痰浊、瘀血是本病的病理产物;髓脑窄闭,水瘀阻窍是继先天不足,肾气亏损,脾乏运化之后,气血津液输布失常,从而髓脑脉络发育不足,或髓脑脉络畸形,或内生痰浊、瘀血阻塞,颅脑水瘀;后天调养不当,外邪入里,滞而不清,热毒壅遏,上攻于脑,炼液成痰,日久瘀阻,致痰血瘀热阻塞脑络,髓脑脉络阻塞不通。从而脑体膨胀,压迫脑髓,脑窍闭塞,脑神失养、失用,神机不运,故除见头颅增大、颅缝解开外,亦可见神明失主、肢体失用、七窍失司。“塞水为积,滞留于脑”,水积逐渐增多、增大,阻碍气机的运行,气机不畅、郁而升亢,生风、动风,故见惊厥、呕吐。总之,髓脑脉络窄闭,水湿痰浊与瘀血互阻脑窍是继先天肾亏,脾虚水泛之后的主要病机,而水湿、痰浊、瘀血为其病理产物,为该病之标。

2 治疗要点

温阳补肾,益气健脾是治疗之根本;脑为髓之海,而肾主藏精生髓,脑积水患儿多肾气亏乏,髓海空虚,水液内聚,自当从肾论治。治宜温肾利水,内服桂附地黄丸,外敷封固散。肾为先天之本,而脾为后天之本,先天不足自然影响后天。加之部分脑积水患儿脾胃虚弱,营养不足,常常表现为脾肾两虚,升降失调之证。治当温阳补肾,健脾利水。方药可选用桂附地黄丸、己椒藜黄丸合五苓散加减。

活血化痰,利水通络是治疗之关键;脑积水为难治之证,故需从多方面加以调治。历代医家多从补肾入手。我们认为,除从虚损论治其本外,髓脑脉络窄闭,颅脑水瘀为标,故治疗当祛瘀除痰,疏通髓脑窄闭,活血化痰、利水通络、涤痰化浊是治疗关键,在古方调营饮、导痰汤的基础上,结合临床对病机的认识 and 实践经验,创立通络活血利水汤,药用莪术、桃仁、红花、赤芍、地龙、延胡索活血化痰、通络散结,琥珀、枳实利水化痰、降气泻浊,葶苈子泻肺利水,大腹皮、槟榔行气利水。若痰证明显者,加胆南星、制半夏以化痰利气;若湿痰偏盛、舌苔白滑者,加泽泻、桂枝以利湿化饮;若呕吐、抽搐等风象明显者,加钩藤、白僵蚕熄风止痉;温热时邪上攻于脑者,加龙胆草、青黛、黄柏;兼脑窍闭阻者,加郁金、菖蒲、远志;治疗后期出现发育障碍者,酌加调肾益脾、充髓壮骨之品。

河南省郑州市管城区中医院(450004) 韩群英

甘麦大枣汤临床新用

甘麦大枣汤为张仲景之名方,由“甘草三两,小麦一升,大枣十枚”组成。主治“妇人脏躁,喜悲伤欲哭,象如神灵所作,数欠伸”(《金匱要略·妇人杂病脉证并治第二十二》)。其方用小麦滋养心气,甘草、大枣甘润生阴,使心肝脾胃受养,则其躁自平矣。近几年来,笔者用本方治疗妇女有多种表现的情志(心理)病,取得了较好的效果,现介绍如下。

1 心因性咳嗽:心因性咳嗽是因情志内伤,木旺侮金,使肺气上逆所致。多见于中年妇女。咳嗽无外感诱因,只在情志过激时发生剧烈咳嗽,发则经月不愈。

例1:梁某,女,41岁,工人。1999年4月16日初诊。平素性躁善怒,怒则晋声不绝,每与家人大声争吵时即发咳嗽,乃到数月不止,经抗炎、镇咳治疗无效。诊时阵咳较剧,面紫腰曲,伴有干呕,如顿咳之状,惟夜间不咳(入夜肝气平故不咳)。胸胁胀

痛,咽干,舌红,苔薄黄。两肺听诊呼吸音粗糙,X线胸透提示肺纹理增粗。证属肝气过亢,上侮于肺,病名肝咳。法当养肝平逆,兼固肺气。处方:生甘草5g,淮小麦50g,大枣5枚,生白芍20g,钩藤(后入)15g,生赭石(先煎)30g,野百合15g,生地黄15g,五味子3g,3剂。并嘱怡情养性,调摄精神。药后咳止,继服3剂,咳未再发。

2 心脏神经官能症:心脏神经官能症系因烦劳过度,心阴受损,以致胸中悸动不安,属中医“心悸”、“怔忡”范畴。

例2:赵某,女,36岁,教师。1993年9月20日初诊。其性争强好胜,每遇事繁任重时,即觉心烦似火,面红出汗。近来自觉心跳加快,咚咚有声,卧时尤著,不安枕席。头晕耳鸣,口干,小溲频数,舌红苔黄,脉细数。证属劳心耗血,并损肝肾之阴,致使心中悸动不安。此“怔忡”之证也。外院检查T₃、T₄、TSH值均为正常,排除甲状腺机能亢进;心电图提示窦性心动过速,诊为心脏神经官能症。治以养血滋阴,宁心定悸。方用甘麦大枣汤(用量同上,下同)加酸枣仁10g,柏子仁10g,远志5g,茯神15g,莲子心5g,磁石(先煎)30g,知母10g,地黄10g,5剂。药后心定神安,原方再进5剂,嘱调其心志可矣。

3 肠易激综合征:肠易激综合征是因精神过度紧张而使大肠传导功能失常的一种腹泻,便质或干或溏,便前腹痛。

例3:李某,女,50岁,医生。1995年5月8日初诊。平素多愁善感,郁郁寡欢。两年前即觉体虚多病,头昏眼花,不能坚持工作,乃退职回家疗养。近年来又感心虚胆怯,多疑,有时甚至怀疑所食之品是“发物”或为不洁之品,食后即泻,一日数次,常多日不止,止后又随情志变化而反复发作,常为此而忧心忡忡,夜多惊梦。外院做肠镜检查,排除慢性肠炎。恐因心、肝、肾虚所致。经云“肝病善恐”,《金匱要略》谓:“心气虚者,其人则畏”,心肝之恐并伤于肾,肾伤则气下,故腹泻。应用甘麦大枣汤加党参15g,茯神15g,益智仁10g,菖蒲3g,远志5g,山茱萸15g,覆盆子15g,山药15g,琥珀粉2g(分2次吞服),以滋养心气,补益肾气,兼顾肝脾。本方连服5剂,并嘱调整心态,快乐无忧,即可自愈。药未尽,其病竟瘳。

4 咽神经官能症:咽神经官能症多因心理平衡力差,遇不遂意事,即耿耿于怀,肝失条达,气结于咽,而形成以咽部有异物感为主的神神经官能症。

例4:张某,女,35岁,村妇女干部。1996年5月13日初诊。2月前因某事未遂而怏怏不乐,未几即觉咽部如有棉团阻塞其间,咽之不下,呕之不出,疑为食管癌,在当地卫生院经X线食道钡餐检查,排除该病。此症虽如梅核气,但无胸痞、苔腻等征状,故非半夏厚朴汤所宜。方取甘麦大枣汤加白芍15g,娑罗子5g,佛手5g,绿萼梅5g,合欢花5g,香附9g,予养肝中佐以开郁。服药3剂后,咽部异物感时有时无,再服3剂,其感遂失。

“七情”、“五志”与脏腑功能相关,情志过激或抑郁,可使脏腑气血阴阳失调而致病。现代医学亦认为情志病多由负性刺激产生,它可引发各个系统、各个脏器的功能性疾病。甘麦大枣汤具有调节神经、免疫、内分泌、消化、呼吸等系统的功能,凡属这些系统的功能性疾病,均可用之。此外,对情志病尚须有针对性地做好心理疏导工作,并须辅以“情志相胜”的方法治疗(如喜治忧,怒治思,悲治怒,思治恐等),使之移情易性,则其效更佳。

江苏省仪征市中医院(211400) 孙 浩