

百 家 园

舌质紫暗从阳虚诊治的体会

舌质紫暗一般均从瘀论治,且近年来更从微循环检验发现青紫舌乳头襻顶瘀血、微血管丛扩张、血细胞聚集,证实微循环瘀滞与青紫舌之间有密切关系,更进一步肯定了紫舌作为活血化瘀法的指征之一。然而,余积30年之经验,从临床诊察发现青紫舌诚然有血流减慢瘀滞的病理,但其却存有阳虚气不运血的病机;尤其在冬寒之季,阳虚之病机更为多见,故主用温阳通脉之法,不采活血化瘀之技,频频获效,兹略述此诊治体会。

舌质紫暗是为瘀血之象征,如何从中窥测其存有阳虚之病机?余从四方面予以辨识:一是舌质之紫暗是全舌抑系局部。若系瘀血之由,其常可见瘀斑或紫斑,全舌之青紫色深浅不匀,而阳虚所致常全舌一片紫暗,色泽均匀,且紫色泛青,有缺氧之兆。二是舌下青筋是迂曲努张还是仅现青筋,凡血瘀者此舌下静脉大都努张且延伸至舌尖部,而阳虚者常可见青筋始于舌中部,坦直前伸,末端不达舌尖,翘舌以视之,呈上尖下粗之锥形。三是舌面。瘀血者常呈苔净而质偏干,阳虚者多见薄腻而偏湿润。四是全身伴随症状。瘀血者可见有郁而化热之象征,阳虚者大多是为虚寒见症。在此四方面中,尤以前二者为主症,后二者为次症,综合判断是可分辨。事实上,在舌诊的辨识中,《舌鉴辨正》已言明“舌淡紫带青而湿润中绛青黑筋者,及寒邪直中阴经也。”仅是临床一般未详作此比较而已。

辨别紫舌是属瘀血抑或阳虚,是旨在决定主体的治疗法则。瘀血证者当用活血化瘀之法,余对辨为阳虚证者则主用温阳通脉之法,或可兼取活血之术,但一般均不伍化瘀搜剔之品。温阳通脉是为温阳益气与通脉助运二法之融合,温阳益气以顾其阳虚之本质,是为扶正固本之术,以促阳气复正而诸症遂消,通脉助运仅是辅助之策,赖通滞消散以缓其症。故余主用黄芪、肉桂、细辛、川芎四味,黄芪是为温阳益气的一味要药,不仅具有补阳升散作用,且对心脏能加强其收缩能力,能改善血流循环,临床常用炙芪而不用生芪,且作为主药,用量宜大,一般为20~30克;肉桂温中补阳,其温热之性尤甚于黄芪,每于肾阳虚衰者投之,但其走散之力逊于黄芪,故临床常以桂枝易肉桂,以增强其通脉之力,若阳虚较甚者,可用附子合桂枝,而不单用肉桂,这既宗张景岳“阳虚者宜补而兼暖,桂附干姜之属是也”之

旨,且桂附合用又都可作用于循环系统,具有强心作用,可兼顾心肾两脏;细辛性温,但并不具有温阳作用,而是赖其辛味而性散,具有温通、辛散、升发之能,故余取其以通脉助运,治此必与参、芪、桂、附等同用,单用一味细辛,则其仅具疏通之功能,而无温补作用,反有耗气伤阳之弊;川芎是为血中之气药,以行气活血为其擅长,诚为通脉之要药。上述四味中药,前二者是为扶正温阳而择,后二者是为通脉助运而投,可相辅相成。不仅如此,这四味药又具有一共性,即都具有升提走散之性,这无形中既可防止或改善阳气虚衰中气下陷之势,又可行气运血于上以通舌脉,消其紫暗之情,故常仅3~5剂,其紫舌即有改观。

由此可见,对青紫舌也当从气血辨其主次,若不明真相,症见紫舌即一味取用桃仁承气、血府逐瘀等活血化瘀,则其阳虚未复,紫舌难消。识其病机,可不用化瘀药而退其瘀紫,诚为深悟其病因病机之要谛,也实是对青紫舌辨证论治之奥义也。

上海市中医文献馆(上海200020) 潘文奎

乌头汤临床新用

乌头汤出自张仲景《金匮要略·中风历节病脉证并治第五》,由乌头、麻黄、芍药、黄芪、甘草5药组成。笔者较广泛用于临床,疗效显著,现略举数例。

1 偏头风(原发性三叉神经痛)

沈××,女,46岁,农民,1991年4月8日初诊。主诉:右侧面部发作性剧痛1年余,加重10余天。患者于1年前感冒后未予治疗,继之,右侧面部连及上牙呈阵发性抽搐样剧痛,先后经中西药、针灸、理疗等治疗,仍反复发作,突发突止,每于谈话、洗脸、张嘴、咀嚼、打喷嚏及受风寒等均可诱发。近10余天来,又因感冒,上症加重,疼痛剧烈,呈触电样和切割样,不可忍受。局部喜热,脉沉迟而紧,舌质淡,苔白,舌尖部有瘀点。实验室检查:血、尿、便无异常。诊断:偏头风(原发性三叉神经痛)。宜乌头汤加味治之。处方:川乌片25g,麻黄15克,白芍15g,炙黄芪30g,细辛5g(后下),川芎25g,天麻10g(研冲服),全蝎6g(研冲服)。上方服15剂,疼痛十去七八,1日仅发作2~3次,呈酸痛感,亦以上法治之。处方:川乌片25g,麻黄10克,白芍10g,炙黄芪20g,细辛8g(后下),川芎15g,天麻10g(研冲)。5剂药后症状消失。改服天麻丸、川芎茶调丸月余。除其余邪、

安其内正。随访近两年,未见复发。

按:此案及因寒所袭、经络阻塞,气血瘀滞而发病。又因治疗贻误,迁延不愈,重感风寒,上症加剧。故以乌头汤加味振奋阳气,温通经脉,破阴结,化瘀滞,搜风止痛,确有妙用。

2 眩晕(体质性低血压)

张××,女,54岁,1987年11月12日初诊。主诉:头目眩晕1年余,加重5天。患者于1年前常有眩晕头痛,少眠健忘,心急胸闷,畏寒肢冷等证,并时轻时重,中西医常以低血压治疗,其效不著。近5天来,眩晕明显加重,欲扑在地,甚至晕厥,余症随之而重,故前来就治。患者精神不振,面色苍白,语言低微,呈慢性重病容。六脉沉结无力,舌质淡润,苍白,舌根部稍厚。血压:80/50mmHg。诊断:眩晕(体质性低血压),遂投乌头汤加减治之。处方:乌头15g,麻黄10g,炙芪40g,红参25g,升麻10g,鹿角胶20g,炙甘草10g。5剂。复诊头痛眩晕好转,身冷等症随之而轻。舌脉无明显改变。血压80/60mmHg。三诊共服上方25剂。药后患者症状体征全部消失,已如常人。六脉和缓有力,舌质红润,苔薄白,血压:126/90mmHg。其病告愈。再处以原方3剂,十全大补丸2盒以善后。

按:“头为诸阳之会”,凡五脏精华之血,六腑清阳之气皆上会于此,以温煦、滋养脑海为治,使脑聪耳敏,不致晕眩。今患者久病阳气亏损,浊阴上填,以致阴精生化不足,无以上荣髓海,“髓海不足,则脑转耳鸣,胫酸眩冒,目无所见,懈怠安卧”。故投乌头汤配红参以温补阳气,生精补髓以破其浊阴。方中增升麻以助参芪升其清阳,加鹿胶以资其化源。阳气充则阴精生化无穷,阴精足则阳气化生有源。病自愈矣。

3 痉证(腓肠肌痉挛)

张××,男,16岁,1987年7月25日初诊。双下肢阵发性抽搐、痉挛、疼痛10余天,加重两天。患者于10余天前游泳中突然双下肢抽搐、痉挛、疼痛,由他人拖扶上岸,此后上症反复发作,日十数次,夜间尤甚,伴有恶寒喜热,头晕身倦,以西医治疗未效,现已影响上学,故前来就治。查:双下肢腓肠肌轻度肿胀,有明显触痛和冰冷感,呈痉挛性,以左侧为重,其他无明显异常。脉沉紧,舌质淡,苔白厚。查:血、尿常规及血沉均无异常。诊断:痉证(腓肠肌痉挛)。拟乌头汤加味治之。处方:乌头15g,麻黄15g,白芍20g,炙黄芪30g,细辛10g(后下),伸筋草10g,海风藤10g,白花蛇5g(研末冲),炙甘草15g,5剂。第1、2煎内服,第3煎药液加白酒50毫升,热敷患处半小时,并注意休息。二诊:腓肠肌抽搐、痉挛、疼痛十去七八,余症亦明显好转,继续服用上方5

剂而愈,后改服疏风活络丸2盒以善后。

按:《灵枢·经筋》曰:“经筋之病,则反折筋急”。《素问·至真要大论》曰:“诸痉项强,皆属于湿”。本案属寒湿之邪,壅滞经络,筋脉失其濡养,气血运行受阻,发为本病。故用乌头汤加味,以温通气血经络,辛散寒湿之邪,甘缓挛疼痛。切中病机,合理用药,故病愈。

甘肃省山丹县中医院(甘肃734100) 王 侃

重用地骨皮退热一得

地骨皮甘寒清润,不泥不滞,滋阴补液非地黄麦冬同流;外祛无定虚邪,内除有汗潮热,其不伤元气又非苓连知柏之可比,向以性滋而补著称,誉为退潮之上品。故用以治疗以热不退屡有殊功。然若用法,剂量平平,效亦平平。我用地骨皮一是重用,药量常在30~50g,甚至更多;二是随证配伍,若外感阴虚低热久久不退,伍入清热凉血药,并重剂以协同诸药,补液充精,调正透邪;若外感湿热,高热持续不退,配伍宣透、温化、通腑药,并重剂以其护阴滋液,助诸药上下分清、内引外导。均取得良好效果。现举病案如下。

例1:春温低热久久不退案 高某,女,38岁,1990年3月27日诊。1个月前,恶寒发热。体温达39℃~40℃,经中西药治疗,热势虽减,但低热久久不退,上下午体温波动在37.5℃~38.0℃之间,西医诊断为病毒性心肌炎,中医按气虚发热诊治,效“甘温除热”法,投补中益气汤加桂附,先后加减,连服近30剂未见效果,遂请我诊。症见神萎,面色少华,语声低微,情怀怏怏,不出汗,口不渴,脉细数,苔少舌绛红有裂纹,体温37.9℃,心率93次/分。辨证为春温余邪深伏阴营,稽留不解。乃拟养阴凉血清热,药用:地骨皮60g,生地、知母、丹皮、青蒿、银柴胡、柏子仁、白薇、炙甘草各10g,鳖甲(先煎)30g,橘络5g。药服3剂,自感身轻神爽,体温降至36.9℃,心率86次/分,余症亦失。继投前方3剂,药后症无反复,体温正常告愈。

例2:湿温高热持续不退案 徐某某,男,33岁,1990年11月13日诊。恶寒发热二旬未愈,体温39.0℃上下持续不退,医以感冒、疟疾治疗效不显。即转我院住院治疗。经检查无特异性体征可见。疑似伤寒、副伤寒,乃用氟哌酸、氨苄青霉素等西药治疗3天,病情亦未见好转。本日下午,患者依然恶寒迅即高烧,便邀会诊。察面色苍白,裹被蜷缩而卧,测体温40.5℃,抚之胸腹热气熏手,头及上身有微汗,触之四末反凉至肘膝,询之大便6日未解,胸痞不思饮食,脉浮大而弱,舌淡而胖,苔色水白。显为湿温初期失汗、湿热外郁、阳气不伸所致,证属经寒腑实,表邪郁滞,治多掣肘。汗之