

奚九一治疗脉管病的经验

赵兆琳*

主题词 闭塞性血栓性脉管炎/中医药疗法 @奚九一 @名医经验

常见脉管病有动脉、静脉及皮肤血管等30余种,并各有不同的病因与病理演变。一般均视为“血瘀”之证,故论因皆作“瘀”,方药皆攻“瘀”,几成通律。但我所奚九一教授“衷中参西”积40年经验,穷究致瘀之因,认为各种脉管病都由邪所致,故治病必以辨邪,选药必从祛邪。形成了独特的“因邪致瘀,祛邪为先”的新观点。在辨病上采取“病”与“期”的双辨法,即“分病辨邪”与“分期辨证”;在治疗上采取缓急分治的原则,即急性活动期以祛邪法,好转期以活血生新法,恢复期以扶正康复法。笔者随师临床10年,多见其效如桴鼓,受益匪浅,现选5则案例以示奚师从邪与瘀的分辨要旨。

1 病案举例

1.1 血栓闭塞性脉管炎四肢型急性溃疡——邪与瘀的双辨

刘某,男,31岁,住院号:134598。患血栓闭塞性脉管炎8年。本次发作,右手、足溃疡2月,曾在当地用大量活血解毒中药未控制。诊见:右手中指甲沟溃疡,右足1、2趾浅溃疡、潮红、分泌脂水。局部疼痛剧烈,昼夜不得眠,间跛行程仅200m。右桡动脉、两足背动脉及胫后动脉搏动均消失,两手紫绀。舌质嫩红、苔薄腻,脉象细数。诊断:血栓闭塞性脉管炎四肢型急性期缺血溃疡——络热夹湿证。治宜清络化湿法。处方:(1)内服本所制剂清脉791冲剂(土山漆15g,半支莲15g,甘草10g)每日3包分3次冲服。(2)外用一枝黄花15g,半边莲15g,黄精30g,每日煎汤待温后浸洗患处1次。治疗1个月后,

手足3处溃疡均干敛。病情进入好转期,辨证为气虚瘀留证,改用益气养阴活血生新法。药用:黄芪30g,党参15g,石斛15g,鸡血藤30g,甘草5g。煎服,巩固2个月。1年后随访,手脚均稳定完好,可以行走2000~2500m。病程进入恢复期,嘱再用温补扶正法,金匱肾气丸长服。随访8年未复发。

按:奚师对血栓闭塞性脉管炎的辨病要点:急性活动期,多属湿热或湿毒之邪犯络,以致络热发生新瘀,故欲迅速制止新瘀发展,认为非祛邪不为功,极不主张活血,尤其禁用温热攻瘀药。即使有“外寒”之象,仍属“络热”之证,此点亦易为“瘀”象所蔽,常使初学者误为“攻瘀”目标。本病发作之初,因大队活血而激惹起邪势反张、溃坏继续扩大者,已较常见,本例改用清脉791、一枝黄花等清热解毒祛湿之剂,内外兼治,并无一味活血药,效果应手而得。因其溃疡面所形成之湿邪,最多为极顽固之真菌、厌氧菌等混合感染,此类感染,西药抗生素难以制伏,而又非中药活血法所能胜任,所以常用几味草药对证功效卓著。

本病根据邪与瘀发展的分期辨治规律,急性期,总以祛邪为先,一旦病情进入好转期,邪去瘀留,可改用益气活血,促进肢体侧支循环的建立,改善血气供应,待到稳定期,多以八味丸类补肾巩固,亦勿须长期活血。肾主一身之阳,温煦四末,可预防复发。

1.2 系统性红斑狼疮伴肢端坏死性血管炎——真热假寒的分辨

江某,女,26岁,住院号:134756。患手指端坏疽1月余,系统性红斑狼疮(SLE)5年,经常发热、关节痛。本次发作先有雷诺氏现象,手足发冷,苍白一紫绀,在当地热疗数次后,指端就出现坏疽,更为厥冷。住某院给强的松50mg/日,以为“寒”证,并投服温阳活血中药,治疗1

* 上海市中西医结合脉管病研究所,上海保定路230号(200082)

收稿日期:1995-09-15

个月,坏死发展益严重,转来我院治疗。诊见:两手3、4、5指端干黑坏死,上界浸润发展趋热,厥冷疼痛剧烈,同时两脚十趾也散见瘀斑浅坏,鼻尖、两颊隐红,心烦、口渴、恶热。舌质红、苔腻,脉细数。两桡动脉搏动存在。诊断:SLE伴肢端坏死性血管炎急性期——邪热入营灼络致瘀证。治则先清营凉血解毒法。处方:牛角片(先煎)30g,生地30g,人工牛黄(吞服)1.5g,丹皮15g,紫草15g,白花蛇舌草30g,蛇莓30g,白英50g,甘草50g。煎服。连服7剂,疼痛缓解,坏死发展停止。2月后指端坏死出现分解趋势,同时递减激素。历时2月,激素减至20mg/日。精神良好,指端坏死已呈环沟状完全性分解。病情稳定,给予手术清除,改用益气养阴解毒法调理半年,激素减完,长期补肾巩固5年未发。

按:本例手指局部、外形无论望诊或触诊均系一派“寒象”,坏疽干黑,更成“血瘀”表象,但用温阳活血法反不见效,奚师认为这是SLE活动期邪重热炽伤络,邪热是因,血瘀是果。因免疫性疾病所致急性血管炎的指端干黑、指掌厥冷,是孙络燔灼成炭,“热极生寒”。其实细问,患者有口干、恶热、心烦,面颊红、舌质偏红、脉细数等里热之证非常显著。这种“真热假寒”现象,完全符合“热深厥深”的病机。所以温阳活血法犯了热证用热药的“实实之戒”,药不对证,故病益甚。后改用犀角地黄汤清营凉血合白英、蛇舌草等解毒,又有调节免疫之功,两者联合应用,既符合“热者寒之”的辨证治则,又符合抑制免疫反应的辨病治本原则,孙络邪热得以清泄,所以血瘀坏疽就自然停止。

1.3 糖尿病足伴动脉硬化性闭塞溃疡——内外分治

肖某,男,76岁,住院号:146765。患者出现右脚趾及小腿胀痛,趾凉且发紫,溃烂已近5个月,静息痛显著并伴阵发性抽掣痛,素有糖尿病30年及间歇性跛行史,曾服外院活血化瘀解毒类中药70剂,疼痛有增无减,转来诊治。诊见:两脚轻度水肿,右1、2趾紫绀,趾间浅糜性溃疡,血压17.3/10.7kPa,尿糖(++),右股动脉可闻及Ⅱ级杂音,腘动脉搏动消失。舌质干红

绛、苔剥,唇紫,脉弦带数。诊断:糖尿病足伴动脉硬化性闭塞、趾端湿性溃疡——久消之体气阴两伤,痰热夹湿毒之证。治宜益气养阴,软坚化痰,佐以外治清化湿邪法。处方:(1)内服:党参15g,生地30g,元参30g,白术15g,葛根15g,菟丝子60g,海藻30g,牡蛎(先煎)30g,稀莪草30g,泽泻15g。(2)外治:①苦参15g,蛇床子15g,地肤子15g,一枝黄花15g。煎洗。②密陀僧、滑石、大黄研细末,麻油调涂。治疗1周,趾间浅溃疡干敛,脚肿及趾端抽痛缓解,继续内服药2个月,基本痊愈,已能恢复行走500~1000m。

按:这是一例三症(糖尿病、动脉硬化闭塞症、霉菌感染)并病,虚实夹杂(里虚而外实)的病例。奚师辨证认为:舌红绛、脉细数、高年消证,气阴虚损已毕露。内有瘀热阻络,外有湿毒浸淫,虚不胜邪。虽为有瘀之证,但仅凭通治脉管炎的大量活血“动药”与苦寒清热燥湿的“劫药”,使阴虚痰热愈结不解。故改用益气养阴除消软坚法治其内,而清燥之药治其外,经治症状很快缓解。内外分治,所以取效。本例患者疼痛由浅溃疡外感湿邪浸淫所致,因为湿邪较表浅,尚未侵入筋骨,故直接外用清燥之剂即可,不仅收敛快,且可避免内服燥湿药劫阴之弊。这是奚师辨证采取内外分治方法之一例。

1.4 结节性皮肤血管炎——痰结似瘀的证治

刘某,女,35岁,住院号:136527。两下肢散发结节红斑持续发作已3年,月经前症状尤甚。发病时,持续高热不退1月,曾住某院,O.T.试验(+),用强的松、异烟肼、山海棠等治疗,热退,但结节反复发作至今未愈。诊见:右足跟部及左胫中部皮下结节2个如0.5cm×0.5cm大小,压痛、伴皮肤粘连呈浅褐色,两脚无紫绀,舌质淡、苔薄腻,脉细滑。诊断:结节性皮肤血管炎迁延期——风痰郁结证。治宜软坚祛风化痰法。处方:昆布15g,海藻15g,生牡蛎(先煎)30g,象贝10g,僵蚕12g,蝉衣5g,姜半夏12g,茯苓15g,甘草12g。上药服7剂后,结节较快消退,连服3月未发,月经前后也无影响,但两小腿胀感,两脚偏凉,入夜抽筋。舌质嫩胖,苔薄腻,脉

细。辨证:痰结已去,转以温补脾肾以杜痰源。处方:炙黄芪 15g,炒党参 15g,仙灵脾 10g,苍术 15g,白术 15g,茯苓 15g,熟附片 5g,桂枝 10g,熟地 15g,山萸肉 12g,白芍 10g,甘草 5g。

按:奚师辨证经验,本病常见血热、风热、风痰等类型,前两型最为多见,结节发作时,局部热肿重、潮红、灼热明显,可有季节性。风痰型较为少见,结节色暗淡,隐痛,灼热不著,无季节性,但可与月经有关。

本例风痰郁结,为似瘀非瘀之证。痰由湿凝,风助痰窜,因此治疗上选用咸寒软坚、祛风散结、健脾化湿 3 组药协同,使风痰湿俱制。

痰结既去,预防复发尤为重要。脾肾虚是痰湿之源,所以用益气温补脾肾巩固治本。现代医学认为本病与免疫有关,补脾肾可以改善免疫功能,防止复发。

1.5 红斑性肢痛症——阴虚络热的证治

梁某,女,34岁,住院号:134603。两脚对称性阵发灼热作痛已4个月,夜痛尤甚,步履胀痛,热水洗澡可引起发作。无间歇性跛行史。曾经某院诊为“脉管炎”,服丹参等活血药及止痛药无效。诊见:两脚喜凉恶热,无紫绀,按之轻度灼热。两足背动脉搏动较强,抬高苍白试验正常,两脚无结节条索,舌质嫩红、苔薄,脉细数。诊断:红斑性肢痛症——阴虚络热证。治宜养阴凉血清络法,处方:生地 15g,元参 30g,生白芍 12g,地榆 15g,槐花 15g,生石膏(先煎)50g,知母 12g,甘草 15g。服药3剂,即起效。7天减轻,夜已能睡。继续治疗两周,两脚灼热痛基本缓解,可以步行。上方去石膏,再服2周巩固,恢复工作,1年未复发。

按:奚师对本病辨证常见两类,一类是外感风邪,郁于孙络化热之证。这类多表证,且可有集体发病趋势。另一类是肝肾阴虚,滋生络热之证,其中偶有家族禀赋者。此类无表证,治不对证,每易迁延年月,不得缓解。

本例辨为阴虚络热的依据,在于:①痛虽4月,但无关节痹阻的风邪表现,又无紫绀、瘀斑的“血瘀”之证。②热痛的特点是阵发搏动性,而且自觉灼热,但无显著潮红,说明此证非实热,

即无湿热之证。

本例阴虚络热,虽有疼痛,不属瘀证,一般苦寒清热祛风药是不易奏效的。因病在阴分血热。现代医学属血管植物神经功能失调——肢端小血管扩张现象,原因不明。奚师常选用滋阴凉络之剂,收效甚著,这是符合《内经》“诸寒之而热者取之阴”,亦即王冰所谓:“壮水之主,以制阳光”的理论。此治法可能起到调整血管植物神经功能之效。如遇热盛者,急则可重用生石膏,以清透气分之热;又有郁热潮红者,可配伍牛角片、紫草以清营,均可顿挫其热势。

2 体会

2.1 邪与瘀的因果关系:《灵枢·刺节真邪篇》曰:“有一脉生数十病者,或痛,或热,或寒,或痹……变化无穷,此皆邪气之所生也。”《素问·缪刺论》载:“邪客于皮毛,入于孙络,留而不去,闭塞不通,流溢于大络而生奇病。”这些论点,充分表示古代医家早就阐明了“邪”为各种脉管病的病因学说,邪(无论何种内邪或外邪)侵犯血管,可发生数十种脉管病,造成血瘀闭塞不通,说明邪是因,瘀是果。有鉴于此,奚师根据血管病病变的基本过程,提出“因邪致瘀”的辨证观点,其中心是:虚是本→邪是标→瘀是变→损是果。虚:指人的正气不足,免疫抗病能力差;邪:指各种血管病的致病因子,如感染、变态反应、代谢紊乱、物化因素等,辨证以湿、热、痰、风、寒等邪较为多见;瘀:相当于血液流变,血管痉挛,新旧的血栓,表现为疼痛、麻木、紫绀、结节斑块、条索等变化;损:可包括循环障碍性的缺血、郁血、瘀血、组织损害的溃疡、坏疽等。

2.2 邪与瘀有因病因时因人的辨证关系:祖国医学讲究辨证求因,审因论治,并创立了很多治疗原则,如《内经》中提出:“必伏其所主,而先其所因”;“急则治标,缓则治本”;“寒者热之、热者寒之”等等;为中医学奠定了理论基础并有效地指导着临床实践。临床面临各种复杂多变的病症,奚师治疗脉管病的经验是不主张一法(如活血化瘀法),不主张一方(如四妙勇安汤)加减泛治各种血管病的。根据衷中参西,血管病有不同病因病种,病变有处在不同阶段,病人有不同体

质,应综合辨治,制定不同的治疗方案。如首先辨病,本病由什么邪所致?是一种邪或几种邪?辨主邪与次邪。然后区分急性或慢性期,选择祛邪、活血、扶正的三大治疗原则。祛邪药要因病而异,急性期祛邪为先,可以及时控制病情的发展,有顿挫病势的作用。如病情缓解,自然不必祛邪。化瘀药要因时而用,通常适用于好转缓解期。奚师不主张广泛长期使用,尤在急性发作期,如用过早过多的大剂活血药,可能延迟缓解,甚至恶化。扶正药要因人而施,在疾病缓解稳定阶段,特别好多易反复发作的血管病,(如胶原性或代谢性等因素所致血管病),在缓解期,奚师十分注重扶正固本,可以增强体质,提

高免疫,预防复发。扶正既在辨虚的性质,采取不同培补之方剂,如“六味丸”、“八味丸”、“生脉散”、“补中益气丸”等,较长期的治疗,并应根据体格与爱好,采取不同内容的体育锻炼,达到“正气存内,邪不可干”的目的。

2.3 从奚师诊治脉管病实践中充分说明,正确处理邪与瘀的关系是诊治脉管病成败的关键。我们不仅重视继承祖国医学瑰宝,继续运用中医理论四诊八纲,通过机体反应的现象,进行宏观辨证,还要努力借鉴现代化病因病理学说和科研方法进行微观辨证,两者结合可以对传统医学理论进行创新性开拓、发展研究,可以不断充实提高中医、中西医结合治疗脉管病的疗效。

治疗肾病综合征水肿的经验

王 芝 兰*

肾病综合征因血浆蛋白低下引起的水肿,是其主要临床表现。近十余年来,我采用补泻兼施,寒热并投,肺脾肾兼调,使用防己茯苓汤加味方治疗,取得了满意的效果,兹举例于下:

李某某,女,36岁,工人。1986年7月15日入院,病历号30173。患者于1985年6月无明显诱因发现颜面及双眼睑浮肿,在本单位医务室查:尿蛋白(++++)+,尿红细胞2~3个,尿白细胞2~3个,颗粒管型6~9,伴恶心纳呆,乏力。当时诊为“肾小球肾炎肾病型”,给予激素治疗,强地松60mg/日,浮肿渐消,但当强地松减至30mg/日时,浮肿再发,继用强地松60mg/日,直至1986年2月减至25mg/日,至3月底始又全身浮肿,尿少,全身乏力诸症加重,尿蛋白(++++)+,停激素治疗,转求中医治疗,于7月15日收入我院。

初入院时:全身浮肿,颜面虚浮,晦暗无华,两下肢高度浮肿,按之没指,腰酸腿软,倦怠畏寒,腹胀纳差,口干,时有感冒,尿量700~800ml/24h,瘦黄,舌质暗红,苔白而干,脉沉弦细。尿蛋白定性(++++)+,尿红细胞0~2,尿白细胞(-),透明管型1~3,24小时尿蛋白定量9.6g;血浆蛋白A/G为2.3/1.9,血尿素氮14.1mmol/L。西医诊断:肾病综合征。中医诊断:皮水。证

属虚实寒热夹杂,肺脾肾俱病。治以补泻兼施、寒热并投。选用防己茯苓汤加味方:生芪30g,汉防己30g,茯苓30g,桂枝10g,生姜10g,甘草6g,白术10g,泽泻30g,制附片10g,阿胶12g(烊化),桑白皮15g,忍冬藤30g,连翘12g,酒芩10g,冬瓜皮15g,抽葫芦15g。

服上方10剂后,尿量增至2700ml/24h,浮肿明显消退,病情逐渐好转,连服50余剂,浮肿全消,每日尿量1200~2000ml,饮食渐加,身觉有力,尿蛋白定性(+),24小时尿蛋白定量0.8g。后因患者时有咽干、胃脘胀满,改用麦味地黄汤合香砂六君子汤以善其后,终至各项化验指标正常,病情好转出院。

体会:防己茯苓汤加味方,对肾病水肿有着明显地消肿作用,其更可贵之处还在于利小便而不伤阴,在消肿的同时,尿蛋白逐渐降低,而血浆蛋白也在逐步升高,这才是其发挥疗效的真谛所在。总结原因,该病之本在于肺脾肾三脏俱虚,水液代谢功能失常。此种复杂病机病证,非一法所能取效,余故拟防己茯苓汤补卫通营、祛散皮水,实有补益脾肺、通阳利水之功。加白术、泽泻、冬瓜皮,以除表里之水;桑白皮、忍冬藤、连翘、酒黄芩,以除伏热、清宣肺气而利水;制附片补心肾之阳、助肾之开合;阿胶填真阴益精血而利水。诸药相合,补益脾肺以运化水湿,填补真阴真阳以固肾之开合,清肃肺气以通调水道,补泻寒热融于一炉,使水邪去而正气复。

* 中国中医研究院西苑医院,北京市西苑(100091)

收稿日期:1995-06-13