

用张仲景经方辨治消渴临证探究

张 宁

(中国中医科学院望京医院内分泌科, 北京市朝阳区望京中环南路6号, 100102)



作者简介:张宁,女,43岁,医学博士,现任中国中医科学院望京医院内二科主任,主任医师,研究生导师,北京中医药大学教学医院中医内科教研室教授,国家中医药管理局肾病重点学科协作建设学科带头人。国家中医药管理局优秀中医临床人才研修项目首期研修生。主要研究领域为:中医药治疗肾性骨病和糖尿病肾病的研究。作为第一完成人获得科研成果1项,曾3次获得北京市科技进步奖和中国中医科学院科技进步奖。作为课题负责人,承担国家自然科学基金课题和首都医学发展基金联合攻关研究项目各1项,共发表学术论文20余篇,出版学术著作7部。兼任中华中医药学会糖尿病专业委员会常委,世界中医药联合会糖尿病专业委员会常务理事,北京市中医药学会糖尿病专业委员会委员,北京市中西医结合学会肾脏病学会委员。

【关键词】《伤寒杂病论》;消渴

成书于东汉末年的《伤寒杂病论》堪称是一部系统而完整的临床医学专著,具有很强的临床实用性,主要记载了外感类疾病的辨证论治方法与有效方剂,同时对杂病的论治也大量述及。书中对脉证和临床表现的描述简略而精当,读者通过脉证特征,可以体会出方证的病机关键,有助于临床应用。书中记载的诸多方剂,后世沿用,仍有良效,故被尊为“众方之祖”。

笔者将多年的临床实践中,依据张仲景学术理论运用经方治疗消渴病的体会总结如下。

1 《伤寒杂病论》对临证辨治消渴的理论指导价值

经典医著对于临床的指导意义不仅在于其理论上的价值,也在于其精湛的治法和有效的方剂。在《金匱要略》和《伤寒论》中关于消渴论述颇多。有些篇章明确记载了消渴病的脉证、治法与方药,也有些论述在原著中并未明确记载其可治疗消渴病,但依据对脉证和病机的描述,可知其与消渴的特征甚为相符,故据其治疗消渴病,也具有较高的临床实用价值。《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》中,论述了消渴病的病因、病机、证候及治法方药,如第2条言:“趺阳脉浮而数,浮即为气,数即消谷而大坚,气盛则溲数,溲数即坚,坚数相搏,即为消渴”;第8条言:“趺阳脉数,胃中有热,即消谷引食,大便必坚,小便即数。”以上两条论述了消渴的病机特点和临证特征。趺阳脉候胃气,趺阳脉浮而数,为胃气有余,胃气亢盛之征,胃热气盛,则消谷善饥,渴欲饮水,热盛耗津,肠道失濡故大便坚硬,热伤肺津,津液不布,故小便频数。可见,在《金匱要略》中,对消渴的病机已有了明确认识,认为消渴的病机关键是胃气有余,胃热亢盛,热盛伤津,同时亦准确记述了消渴具有消谷善饥、小便频数等特点。

由于消渴病的病程漫长,病机变化多端,随着病情的进展,证候复杂,变证百生,并非始终呈现燥热内盛,阴津亏虚的病机特点。随着病情的进展,阴虚诸证可以演变为气虚、阳虚之证,以肾气虚、肾阳虚最为多见,对此,张仲景也有明确的记载,在《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》篇中论述有“男子消渴,小便反多,以饮一斗,小便一斗,肾气丸主之”。说明张仲景已认识到此消渴多尿是由于肾阳衰微,气不化津,气化失司所致,对消渴的病机演变有了准确的认识。

可见,《伤寒论》和《金匱要略》较为详细地记载了消渴的病机和证候特点,对其病机的演变也有准确的认识,这些理论对后世认识消渴病和临床辨治消渴病均有比较重要的意义。

2 效方举隅与验案分析

在《伤寒论》和《金匱要略》中记载的多首方剂,均可用于治疗消渴的不同证候,如肾气丸、白虎加人参汤、调胃承气汤、黄芪桂枝五物汤等,在论中对这些方证的病机和临证特点均有明确的描述,其中有些方剂虽记载为治疗外感病或其变证,并未记载用于治疗消渴病,但结合《伤寒论》和《金匱要略》中对临证和病机特点的分析和描述,运用其辨治消渴病多有良效。

2.1 白虎加人参汤——适用于消渴之燥热津伤证

消渴的发病多因燥热内盛,阴津耗伤而成,其病机以燥热阴伤为主。在消渴病的发病之初,尤其是青壮年、阳盛体质的人表现为此种情况的最为突出。其症状特征为:口渴多饮,口干咽燥,消谷善饥,尿频量多,身体消瘦,舌红少津。病属上消、中消。《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》篇:“渴欲饮水,口干舌燥者,白虎加人参汤主之”;《伤寒论》中白虎加人参汤用于治疗阳明燥热内盛,而致气阴耗伤之证。如第170条言“渴欲

饮水,无表证者,白虎加人参汤主之”。

从上述原文中可知,白虎加人参汤证的病机系指里热内盛,津液耗伤,其临床表现以“渴欲饮水”、“口干舌燥”、“大汗出”、“大烦渴不解”等为特征。在消渴病之燥热内盛,耗伤阴津证,与白虎加人参汤证的病机甚相吻合。笔者在临床上运用白虎加人参汤加减,治疗上消证、中消证,每获良效。临证可在白虎加人参汤的基础上,加用生地黄、葛根、天花粉等生津养阴之品。

2.2 调胃承气汤——适用于消渴之胃热亢盛证

调胃承气汤在《伤寒论》中用于治疗阳明燥热初结而致的心烦里实证。其病机为热邪内阻于胃腑,循经上扰于心神,其人心烦,躁动不安,甚则谵语,腹胀满,不大便,蒸蒸发热等症。《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》篇第2条论述消渴的证候时,指出:“趺阳脉浮而数,浮即为气,数即消谷而大坚,气盛则溲数,溲数即坚,坚数相搏,即为消渴”。这里所论述消渴的病机为胃热亢盛,以消谷善饥、小便数、大便坚为主症。据证测方,与调胃承气汤的功用、主治甚符,调胃承气汤方中以大黄苦寒泻热,芒硝咸寒润燥,二者合用清泻胃肠之燥热,炙甘草甘缓和中,调和胃气。合方能清泻中焦胃肠之燥热,以防炽盛之火上迫肺津,下耗肾液,胃火除,无以消灼水谷津液,故消谷善饥、大便干结可除。

2.3 肾气丸——适用于消渴之肾阳衰微证

关于消渴病的病机,世人多认为以燥热内盛,阴津亏虚为主,而在临证之时,阳虚、气虚之证亦不少见。其原因在于,消渴病的病程漫长,起病之初其证候多以阴虚燥热为主,随着病情的进展,阴虚诸证可以演变为气虚、阳虚之证,以肾气虚、肾阳虚最为多见。由于阳虚气弱,肾阳衰微,无以蒸腾气化,气不化津,水液不能上承,故患者亦可表现为口渴多饮,饮不解渴,小便量少或小便清长。但患者不伴有燥热内盛的表现,可伴有舌质偏淡,边有齿痕,苔滑,体倦乏力,不耐疲劳,浮肿少尿,少气懒言,面色^㿔白、四末不温等症。此时患者的口渴多饮,饮不解渴,并不是由于燥热消灼阴津而造成,而是由于阳气虚衰,气不化津而致。这类患者多为素体阳虚、气虚之人,或为消渴发病多年,阴损及阳之故。

肾气丸治疗消渴在《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》篇中已有专门论述,如第3条:“男子消渴,小便反多,以饮一斗,小便一斗,肾气丸主之”。其证候要点是阴损及阳,肾阳衰微,固摄无权,蒸腾气化无力,清浊相混,可见于消渴病肾病的并发症阶段。方中以附子、桂枝壮肾阳,补命火,助气化,散寒饮,地黄、山茱萸、山药滋阴补肾,于阴中求阳,茯苓、泽泻淡渗利水,牡丹皮清肝,以补中寓泻,合方具有补肾阳,助气化,滋

肝肾,利水湿之功用。

2.4 黄芪桂枝五物汤

消渴病病程日久,易于出现因阴津亏虚,阴血不足,出现气血不足,阴阳俱虚的局面。阴血不足无以濡养四末,阳气亏虚不能温煦四肢,故症见四肢怕冷、指端麻木、肌肤苍白、感觉迟钝等。此为消渴病易于出现的并发症,如周围神经病变等的常见表现。

黄芪桂枝五物汤,记载于《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》篇,篇中第2条言:“血痹阴阳俱虚,寸口关上微,尺中小紧,外证身体不仁,如风痹状,黄芪桂枝五物汤主之。”关于本方证的病机,尤怡在《金匱要略心典》中解释说:“寸口关上微,尺中小紧,即阳不足而阴为痹之象。不仁者肌肤顽痹,痛痒不觉,如风痹状,而实非风也。”可见,黄芪桂枝五物汤证的病机是阳气不足,失于温煦,阴血亏虚,经脉失养。方中以黄芪益气温经,桂枝、生姜温经散寒,芍药、大枣养血和营,合方具有益气通阳,养血温经之功用。可用于治疗前述的消渴病周围神经病变出现肢端麻木冷痛、肌肤苍白迟钝之症。

2.5 验案举隅

病案1:患者徐某,男,40岁。因汗出过多1年,体重减轻而来诊。诉汗出如注,无论昼夜,不分冬夏,每夜均湿衣被两套,口渴多饮,大便干结,乏力体倦,舌红少津。查空腹血糖:14.6mmol/L,餐后两小时血糖:16.8mmol/L。辨证属燥热内盛,迫津外泄,津随汗泄,津液大伤,津伤而耗气,故成燥热内盛,气阴耗伤之证。此时汗出过多,并非属“气虚自汗”或“阴虚盗汗”。治以清泻肺热,生津益气,方用白虎加人参汤加黄芪、知母、天花粉,服药4剂,汗出大减,口渴多饮、大便干结诸症亦减。原方进退又服十余剂,诸症皆除。此为肺胃燥热已去,无以迫津外泄,故汗出止,汗止则津液内存,上承口唇,滋养全身,故口干便干诸症可除。

病案2:患者于某,男,45岁。患者因口渴多饮,而诊断为糖尿病已3年。近来空腹血糖16.5mmol/L,尿糖(++++),服用西药降糖药不效。现面色^㿔白,精神不振,口渴多饮,饮不解渴,喜热饮,尿频夜甚,夜尿清长,腰酸怕冷,气短懒言,脉沉无力,舌淡苔白腻。辨证属肾阳虚弱,无以化气生津,故口渴喜热饮,肾阳虚固摄无权,故夜尿清长。治以温补肾阳,化气行水,方以肾气丸为主方加减,仍服用原来的西药降糖药,未增加剂量。服药10剂后,病情好转,诸症解除。继服肾气丸成药1个月病情平稳,血糖控制满意。

3 读经典与做临床应相辅相成,相互促进

“读经典做临床”为国家中医药管理局“优秀中医临床人才研修项目”所倡导。笔者作为本项目的首期研

修生,更深知其重要性。笔者认为,读经典重在用心去悟,不仅应对于“有字之处”刻意留心,对于“无字之处”更要用心感悟。例如,《伤寒杂病论》中对临床表现有具体而明确的记载,这些记载时而简约,时而详尽,也正是这些症状准确地体现出证候与方证的关键之处。书中记载的很多病证并非仅见于外感伤寒类疾病,在许多的杂病中亦可见到。因此,研读《伤寒论》时,不能仅限于一方对一病,要善于在病证描述中捕捉证候的关键与方证的精髓,这样才能达到举一反三的效果。

然而做到这一点并非易事,因张仲景原著寓意深奥,精深难读,初学者或临床体会较少者,对其中的精髓之处则难于把握,所能理解的内容甚为有限。对此笔者有较深的体会。每个人临床体验的多少与其对经典的感悟程度密切相关。《伤寒论》更是如此,如张仲景所言,本书“虽未能尽愈诸病,庶可以见病知源。若能寻余所集,思过半矣。”可见,这是一部较为全面而系统的医

学专著,没有足够的临床基础,无法理解书中的深奥之处。且书中“有字之处,明示医理,无字之隙,隐现玄机”,许多看似简单的病证描述,往往隐含着很深刻的寓意,若想更多地揭示和体会书中的玄机与精髓之处,一方面要靠用心去“悟”,另一方面,自身的临床功底亦非常重要。笔者体会到,随着临床时间的延长和临床体验的加深,对《伤寒论》等经典医著的感悟能力也会不断加深。回想二十多年前初学《伤寒论》的体会与多年临床之后多次重读《伤寒论》的体会,绝不可同日而语。每一次重新研读,都或有不同的体会,尤其在临床过程中百思不解,难以释怀之处,常常能在研读《伤寒论》时有茅塞顿开之悟。因此《伤寒论》这部书,不管读过了多少次,都不敢说自己已经读懂读透。故言之,熟读经典,要用心感悟;勤求古训,应厚积薄发;勤于临床,当慎思明辨。如此,方可成就名医之路。

(收稿日期:2006-12-18;修回日期:2007-01-16)

中药治疗单纯疱疹性角膜炎27例

郝 进

(中国中医科学院眼科医院,北京市石景山区鲁谷路9号,100044)

近年来,由于抗生素及激素的广泛应用,单纯疱疹性角膜炎发病率呈上升趋势。笔者对47例单纯疱疹性角膜炎患者进行治疗,疗效满意,报道如下。

1 临床资料

47例(47只眼)均为2005年3月~2006年4月我院眼科门诊及住院患者,其中男21例,女26例;年龄18~62岁,平均29岁;均为首诊患者。将47例患者随机分为观察组和对照组,观察组27例中,树枝状角膜炎18例,角膜基质炎9例;对照组20例,树枝状角膜炎15例,角膜基质炎5例。所有病例均为单眼发病。两组患者病情具有可比性。诊断标准及分型参照惠延年主编的《眼科学》。根据裂隙灯下角膜病变形态分为2型:(1)树枝状角膜炎:以点状角膜炎起病,逐渐融合成树枝状;(2)角膜基质炎:盘状角膜炎是角膜基质炎的典型类型。

2 治疗方法

观察组:(1)树枝状角膜炎:治法为清热解表,疏风散邪,以银翘散加减。方药:金银花15g,连翘15g,荆芥10g,桔梗10g,薄荷(后下)10g,蝉蜕10g,黄芩15g,桑叶10g,赤芍10g,大青叶10g。(2)角膜基质炎:治法为清肝泻肺,佐以养阴清热,以龙胆泻肝汤合泻白散加减。方药:龙胆草10g,黄芩10g,栀子10g,桑白皮10g,地骨皮10g,桔梗10g,知母10g,女贞子10g,生地黄10g,金银花6g,白蒺藜12g,密蒙花10g,防风10g。以上各型均每日1剂,两煎混合后分为2次口服,药渣煎水做患眼湿敷,每日3~4次。同时,患眼滴用无环鸟苷眼水、贝复舒眼水,口服维生素B₂、维生素A,并用阿托品眼膏散瞳。对照组除不用中药治疗外,治疗同观察组,患眼局部热敷。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准

治愈:自觉症状及眼部充血消失,角膜炎消退,溃疡愈合,知觉恢复,角膜浸润及水肿消退,荧光素染色转阴。好转:自觉症状减轻,充血好转,角膜病变大部分愈合,溃疡面缩小变浅,角膜少许着色。无效:自觉症状、体征及角膜情况无变化。

3.2 治疗结果

观察组27例,治愈14例,好转11例,无效2例,总有效率为92.6%,平均治疗天数为(30±5)天;对照组20例,治愈9例,好转7例,无效4例,总有效率为80%,平均治疗天数为(40±4)天。两组总有效率、平均治疗天数两项指标比较,观察组明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

单纯疱疹性角膜炎属中医“聚星障”、“花翳白陷”等范畴,属中医五轮辨证中的风轮,在脏属肝。白睛在五轮辨证中属气轮,在脏属肺。黑睛、白睛在生理上互相依存,病理上又互相影响。因此,本病的发生、发展与肺肝二脏关系密切。肺气卫外失常,风热邪毒侵袭人体,上犯目窍,邪正相搏,故可见畏光流泪,抱轮红赤,黑睛病发点状或呈芒状翳障,全身可伴有发热、鼻塞、周身不适、咽痛口干、舌红苔黄、脉浮数等症。治当清热解表、疏风散邪为主,以银翘散加减。本病失治或误治,风热邪毒滞留,引动肝火,内外合邪,致肝胆火热炽盛,邪毒向黑睛深层发展,症见白睛混赤,黑睛翳障扩大,伴口苦咽干、舌红苔黄、脉弦数,治当清泻肝胆之火,用龙胆泻肝汤加减,可将邪毒从下而清。白睛混赤,黑睛呈现盘状翳障或弥漫性深层溃疡,应适当配合西药治疗,以减轻眼部症状,避免溃疡、穿孔等严重并发症的发生。