

郭谦亨治疗湿热证经验

张仕玉

(湖北省咸宁市麻塘风湿病医院, 咸宁市咸安区麻塘曾铺街 5 号, 437021)

[关键词] 湿热证; 名医经验; 中医药疗法; 郭谦亨

陕西中医学院郭谦亨教授在温病学领域有独到的学术建树, 现将郭师湿热证临床治疗经验介绍如下, 以飨读者。

1 湿热证病因病机

郭教授认为, “无邪不有毒, 无毒不发病”, 湿热毒邪, 是湿热证的外因。体素脾虚, 水湿停聚, 或过食肥甘辛辣, 或过食生冷不洁之物, 损伤脾胃, 三焦功能失常是其内因。《湿热病篇》: “太阴内伤, 湿饮停聚, 客邪再至, 内外相引, 故病湿热。”所以内外合邪就构成了本证发生的重要条件。郭教授认为, “湿温之病, 情机曲折, 证变不一, 缠绵反复。所以然者, 责在湿热毒邪也。”

湿热证病机为湿热之邪, 内淫阳明、太阴, 其病位以脾胃为中心, 其病机特点, 就“卫气营血”而言, 虽和温热证相同, 但由于湿热证最易影响三焦的功能, 所以它以三焦传变的规律较之温热证就更为显著。

1.1 邪发于阳明、太阴之表

湿热邪伏日久, 虽要内淫阳明、太阴, 但若这时中焦气机尚足以升腾津液, 鼓动阳气化湿逐邪, 则可阻止病邪入里而经膜原转出上焦, 发于阳明、太阴之表。薛生白曰: “太阴之表四肢也, 阳明也; 阳明之表肌肉也, 胸中也。”所以胸闷为湿热必有之症, 四肢倦怠、肌肉烦痛, 亦必并见。这是对“阳明、太阴之表”的概念及邪出二经之表的症状的说明。此外, 邪出二经之表, 多为卫气同病, 还可见恶寒发热、头身重痛之症。若浊邪壅滞较重, 留滞少阳, 可见耳聋、呕逆等症, 这是邪出二经之表的“变局”。

1.2 邪入于二经之里而从化

湿热证在二经之表不解, 最易入二经之里, 随脾胃的寒热虚实和体质阴阳而从化。实则邪从燥化, 病在阳明而热重于湿; 虚则邪从湿化, 病在太阴, 而湿重于热。其中湿裹热, 热蒸湿, 弥漫三焦, 充斥上下, 内外蒸腾, 蒙上则蔽阳阻窍, 流下则二便失调。燥之化火, 入血伤络则迫血下溢, 腹满便黑。三焦气机受阻, 水液运行路塞, 如此湿热阻气, 气滞邪郁, 湿热与燥气辗转相因而诸症生焉。由阳明之脉荣于面, 经过前额, 故湿热阻

于中焦每见前额阵阵汗出, 热重者可见颧部呈土红色, 湿重者可见面淡黄浊不净。若湿热郁阻中上二焦, 阳气不外达, 可出现足冷, 此与厥证不同, 当辨。至于它的特殊变化, 就是燥化太过而火动风生, 致高热抽搐; 热浊熏蒸太过, 上蒙心包而神志昏蒙; 或因湿热化燥而乘犯肝木, 发为痉、厥等营血证候。故薛生白说: “病在二经之里者, 每兼厥阴风木。”

1.3 邪转入下焦

若湿热蕴蓄中焦, 失治或治之不当, 则久郁化火, 蒙犯厥阴, 正气损伤, 病入下焦即进入末期阶段。下焦病变有二种转归: 一是湿浊渐净, 热邪解, 趋于恢复; 一是湿热下阻, 燥化之火, 入血伤络而迫血下溢, 致阴损阳伤, 气衰神疲, 或肝肾阴虚, 虚风内动。此外, 也有由于中焦湿邪不化, 留恋过久, 邪从寒化, 使人阳气更伤, 进而转入下焦, 那就属于寒湿, 应从杂病寒湿论治。

2 湿热证辨治精要

湿热证是湿热合邪, 薛生白曰: “热得湿而愈炽, 湿得热而愈横。”王孟英曰: “两邪相合, 为病最多。”充分道明湿热毒邪, 兼具二性, 两相交混。独清热则湿不化, 单化湿则热愈炽。郭教授认为, 湿与热相因为患, 乃病机之本; 分清湿热, 通阳开气, 为论治之法。

2.1 化湿经验

有芳香化湿、行气化湿、淡渗利湿之分。凡湿郁上焦的, 应以芳香化浊、开宣肺气以利水道为主, 药选藿香、佩兰、紫苏叶、紫苏梗等; 凡湿阻中焦的, 应行气化湿、辛开苦降、消积导滞为主, 药选杏仁、白豆蔻、陈皮、厚朴、枳实、大腹皮、槟榔、莱菔子等; 凡湿盛下焦的, 应以淡渗利湿为主, 药用薏苡仁、通草、茵陈、滑石、茯苓、泽泻、车前子、白茅根、灯心草等味。

2.2 清热经验

应根据病变的部位而依法选药, 凡病在上焦, 应用辛凉, 药选薄荷、桑叶、荆芥等味。病在中焦, 又可分为: 苦寒清热, 药选黄芩、黄连、黄柏、栀子等; 下夺泄热, 用大承气汤、槟榔等加减; 解毒清热, 药选金银花、连翘、绿豆、碧玉散、败酱草等; 清化痰热, 药选川贝母、瓜蒌、海浮石、海蛤粉、胆南星、竹沥等; 甘寒清热, 湿未净时选金银花、荷叶、白茅根、芦根等, 湿已净时选沙参、玉竹、麦冬、石斛等。病在下焦, 则以凉血消瘀为主, 药选

赤芍、牡丹皮、紫草、茜草、丹参、当归等。

2.3 湿热证辨治原则

一是察体质阴阳,别湿热轻重;二是掌握好“通阳”。察明体质阴阳,辨清热和湿孰轻孰重,是治疗湿热证的首要之点。单纯热易辨,而临床上如何与其他热病区别,关键在辨湿。对此,郭教授着眼于重、浊、呆、闷、腻、缓六个方面。重即头身困重;浊即面黄浊和汗黏味浊,前者是湿淫太阴、阳明之经,浊气上泛的表现,后者是湿热郁蒸汗出,这种黏浊之汗,为湿热证特有;呆,有纳呆和神呆之别,一是湿热中阻、胃纳呆滞,一是湿热阻滞气机、浊气上蒙之故;闷即脘腹痞闷;腻即苔白腻或黄腻;缓即脉缓,在发热的同时而见缓脉,是湿热郁阻、气机不畅、脉象不利之象。此六者,杂见于热证症状中,或仅见一二,即为湿热。

“通阳”是针对湿热证阳为湿遏的病机,因为本病湿热交混,郁而不化,气机阻滞,阳不通则热难外达,湿亦难出。通阳的关键是利小便,因为小便是湿热外出的主要通道。由于湿热证的关键是热为湿遏,郁阻三焦气机,湿热与气阻相因为患,而不是单纯湿热内蕴膀胱,故所谓“利小便”,并非单指淡渗利湿,而是根据病机特点运用宣化分消、辛开气机以利小便之法。即在祛湿清热中配以开气通阳的药,如杏仁、紫苏叶、佩兰以芳香开上;用白豆蔻、厚朴以苦辛畅中;用大腹皮、通草以淡渗通下,如此既不助火伤阴,又可通阳开气,自达气开湿化、湿热分消的目的。

2.4 湿热三禁应活看

吴鞠通曰:“……湿温,汗之则神昏耳聋,甚则目瞑不欲言;下之则洞泻;润之则病深不解。”即指出了湿温病初期治疗的三大禁忌。湿热证误下不仅伤阴,且伤脾阳,致脾气难以升腾化湿,湿反乘虚下陷,形成泄泻不止的变证。故吴鞠通有忌下之禁。但并非绝对禁下,而是运用的目的和方法不同于伤寒和温热。湿热证早中期常有便结或便溏不爽,苔垢腻,乃湿热搏结于里,留滞阳明,气机不畅,它是一些黏腻秽浊之物。也有湿热久羁,肠道湿阻气结,传导失常,气机痹阻,大便不通,小腹硬满,神识如蒙,苔垢腻。对此,施以泻法实为要法,疏通肠道,开畅气机,清除秽浊毒邪,故不必囿于禁下之戒,但以轻缓为宜,使浊滞利而湿热去,选方轻则用宣清导浊汤(猪苓 15g,茯苓 15g,寒水石 18g,蚕沙 12g,皂荚子 9g),该方以猪苓、茯苓、寒水石利湿清热,蚕沙化肠道湿浊,皂荚子宣畅肠道气机,一以逐有形之湿,一以化无形之气,迨浊化气畅,则大便自通。重则用枳实导滞汤加减(茯苓、猪苓、黄芩、神曲、秦皮、地榆各 9g,枳实、黄连各 6g,木香 3g)。视情况可加大黄之属。

湿热证用泻法是泻其浊滞,它以便溏转干为浊热净、不得再下为度。而伤寒是下燥结以存阴,下后燥屎去、大便溏为邪去的指征,邪去就不应再下。二者是不同的。湿热证后期,便溏黑而夹血,乃热化肠腐,通下慎勿妄投,对此,郭教授常用犀角地黄汤加宁络凉血之茜草、地榆、藕节和入阴去湿、通阳摄血之灶心土,常能立挽危局。

湿热证初期阳为湿遏,而有发热恶寒,头痛身痛,其病本在脾,标在肺,不可纯用温散发汗之麻、桂,以免汗出过多损伤心液,同时也会使湿热被辛温药蒸腾上升,内蒙心窍而神昏,上蔽清阳而耳聋目闭。只能从辛开芳化、宣肺透邪论治,方可达微汗而解之目的,可用杏仁、薄荷、藿香、佩兰等味。石带南曰:“湿去气通,布津于外,自然汗解。”

湿热证会出现午后身热、五心烦热、盗汗等症,若误以为阴虚而用润法,则湿邪再遇滋腻,邪气固结不解。故湿热证有忌润之戒。但热易伤阴,若热重湿轻,病程日久,舌红少苔喜饮,确有阴伤,亦当滋阴,可于清热化湿方中少佐益阴之品,做到“滋阴不碍湿,祛湿不伤阴”,方为合宜。至于湿已化燥,邪入营血,阴液大伤,即可随证加用清营解毒、凉血益阴,这又在所必须,而不能为忌润所限。

3 湿热证论治

郭教授治疗湿热犯表常用藿香正气散加减,原方去温燥发散之姜、术、苏、芷及甘补壅滞之甘草、大枣,加芳化清透之佩兰、青蒿、荷叶、金银花、淡豆豉、竹叶,使其具有芳香清气、开气化浊、除闷和胃之功,由治寒湿变成治湿热初期的方剂,用药如下:藿香、佩兰、荷叶、金银花、淡豆豉各 9g,青蒿、厚朴、茯苓皮、竹叶各 6g,大腹皮、半夏各 4g。加水轻煎,勿泄气,每 4~6 小时服 1 次。每剂分 2 次服,以微汗出、寒热解为效。暑月无汗加香薷解表化湿,有汗口渴去半夏,加芦根、六一散清胆利湿,使甘守津还。

湿热郁于气分常用三仁汤,有辛开气机、渗湿清热之作用,该方开上、畅中、渗下俱备,是治疗湿重热轻的有效方子。吴鞠通曰:“三仁汤轻开上焦肺气,盖肺主一身之气,气化则湿亦化”。郭教授临证 50 余年,每用此方,随证化裁,不仅治疗许多湿热、温热夹湿的病证,还用于治疗其他相似病证,如黄疸、水肿、淋证属湿热郁滞、湿重热轻者,同样获效。黄芩滑石汤亦较常用,该方是吴鞠通《温病条辨》治疗湿热或暑温夹湿,症见发热身痛、汗出热解、继而复热,渴不多饮或不渴,小便短赤,苔黄滑等湿热并重证之主方。该方黄芩、滑石、茯苓

(下转第 127 页)

灶、非典型的病损以及侵袭组织较深的病变,术中往往无法辨认或不便处理而被残留,一旦受激素的影响便可复发。据报道^[4],内异症保守性手术后复发率达40%。术后药物治疗对消除或抑制残存的病灶、预防医源性播散及防止复发非常必要。本研究结果显示,对照组的复发率为33.33%,与其余两组差异有统计学意义($P<0.05$)。表明单纯保守性手术治疗内异症复发率高,临床疗效远不如保守性手术联合药物治疗。因此将腹腔镜手术与药物联合起来治疗内异症可以达到较理想的效果。

内异症相关资料散见于中医学“痛经”、“无子”、“癥瘕”、“月经不调”、“经行发热”等病的论述中。综合近年来中医对内异症广泛而深入的研究,内异症中医辨为血瘀证是大多数医家达成的共识。随着近年来人们对中医中药的微观研究,已揭示出某些中医病症的本质。我们认为肾虚血瘀、瘀毒阻络为其病理基础,在疾病的发展过程中,虚、瘀、毒常交互错杂,共同构成对机体的损害。与此同时,三者之间又存在着密切的因果转化关系,甚至形成恶性循环。因此,治疗上宜补肾活血,祛瘀解毒。方中菟丝子、枸杞子、黄芪补肾温阳化气,温化气血;血竭破瘀积宿血,止血定痛,辅以丹参、牡丹皮活血化瘀;红藤清热解毒消痈,活血通络;甘草在本方中取其解毒与缓急止痛之用。对于内异症,现代研究已提出多种学说,近年来认为子宫内膜异位症与免疫有着密切的关系,是一种自身免疫反应性疾病^[5]。现代药理研究已证实^[6,7],补肾活血解毒中药均有免疫调节作用,对机体免疫系统紊乱的调节具有双向性和多效性,通过增强机体自身的免疫能力,增强对异位内膜的排斥作用,并改变微循环,促使病变消散,从而使增生及变性的结缔组织复原,并有调整内分泌的作用。

合并内异症的不孕患者,由于手术切除了异位病灶、分离粘连、恢复盆腔的解剖等缘故,术后短期内妊娠是妊娠的良机^[8]。林金芳^[9]等用腹腔镜治疗内异症

合并不孕者314例,术后不加药物巩固治疗,术后妊娠率80.9%,发现术后1年内是妊娠的最佳时机,术后半年内要积极指导患者生育。术后加用药物治疗,虽可预防及延缓内异症的复发,却可影响受孕的机会,错过妊娠的最佳时机。本研究显示,孕三烯酮治疗内异症有效,但与对照组比较,并不增加妊娠率;中药组治疗内异症疗效明显,副反应小,与对照组比较,2年内妊娠率差异有统计学意义($P<0.05$),虽然和西药组比较妊娠率差异不显著,但妊娠率较高,提示对合并不孕症的患者是首选方法;但中药治疗内异症的远期疗效,尚待积累更多的临床资料,扩大样本数,延长随访时间加以观察。

参考文献

[1]张惜阴主编.实用妇产科学.2版.北京:人民卫生出版社,2003:746.

[2]舒静,方素华,盛露芳,等.重度盆腔子宫内膜异位症术后应用米非司酮与内美通的临床观察.中国实用妇科与产科杂志,2002,18(3):181.

[3]石一复.子宫内膜异位症的诊断与治疗现状.中华妇产科杂志,1996,31(10):579~581.

[4]乐杰,谢兴,丰有吉.妇产科学.6版.北京:人民卫生出版社,2005:354~361.

[5]郎景和.子宫内膜异位症研究的新里程.中华妇产科杂志,2005,40(1):3.

[6]付友丰,梁建宁,时燕平.雷公藤治疗子宫内膜异位症26例临床观察.江苏中医,1993,14(4):38.

[7]张丽君,姜惠中.补肾化瘀法治疗子宫内膜异位症合并不孕症的实验和临床研究.上海中医药杂志,1996,30(11):14.

[8]曹泽毅主编.中华妇产科学.2版.北京:人民卫生出版社,2004:1517~1518.

[9]林金芳,孙翠翔,华克勤,等.应用腹腔镜诊断和治疗子宫内膜异位症及不孕症的疗效.中华妇产科杂志,2005,40(1):9~12.

(收稿日期:2006-11-09;修回日期:2006-12-30)

[编辑:叶晨]

(上接第115页)

皮、猪苓各9g,大腹皮6g,白豆蔻、通草各3g,全方祛湿尚可,清热不足,可加连翘、板蓝根等,以加强清热之力。

邪犯少阳,气机受阻而湿热内郁,当解郁开气、清利湿热,方用蒿芩清胆汤加栀子、茵陈,热重还可加板蓝根,对于湿热邪郁少阳有效,用于黄疸初期,湿热内郁胆腑证也有效。茵陈四苓汤为郭教授治疗湿热发黄而湿偏重的常用方,常加郁金、车前子、薏苡仁,以加强

解郁、利湿作用,分消化湿、利胆退黄。该方是郭教授对于“黄疸”属湿重热轻、肝胆气机受阻之证运用最多而收效较显的方子。对于阳黄证,郭教授常以茵陈蒿汤加板蓝根、郁金、车前子治疗,清热为主,兼化湿浊。若有恶寒头痛,加柴胡、黄芩,胁痛加白芍、丹参,腹胀便溏加枳壳、茯苓、白术。

(收稿日期:2007-04-16)

[编辑:洪涛]