

• 临证心得 •

朱章志运用温阳三法论治糖尿病经验

林明欣 樊毓运 韩蕊 指导:朱章志*

广州中医药大学第一附属医院, 广东省广州市机场路 16 号, 510405)

基金项目: 国家中医药管理局“十一五”重点专科课题(2007BAI10B04-02)

* 通讯作者: zhuangji@vip.sina.com, 18620120683

[摘要] 介绍朱章志教授运用“温阳三法”论治糖尿病经验, 以“首辨阴阳”为准绳而强调“阳主阴从”, 以“六经辨证”为宗旨而强调“三阴病”为本, 太阴重在“温运”, 少阴首在“温扶”, 厥阴贵在“温达”。

[关键词] 糖尿病; 温阳三法; 温运; 温扶; 温达; 朱章志

朱章志教授是广州中医药大学第一附属医院内分泌科主任医师, 从事中医药防治糖尿病多年, 积累了丰富的经验。朱老师认为, 阳气不足乃百病之因, 扶阳气乃《伤寒论》主要学术思想并贯穿全书^[1], 论治糖尿病宜秉承“首辨阴阳, 再辨六经”^[2]之宗旨, 强调“阳主阴从”及“三阴病”为本, 太阴重在“温运”, 少阴首在“温扶”, 厥阴贵在“温达”^[3]。

1 太阴重在“温运”

《素问·六微旨大论》云:“太阴之上, 湿气治之, 中见阳明, 所谓本也。”太阴与阳明互为中见, 纳化相依, 燥湿相济, 升降相因, 两者共为气血生化之源, 后天之本。清代黄元御之《四圣心源》云:“阴易进而阳易退, 湿胜者常多, 燥胜者常少, 辛金化湿者, 十之八九, 戊土化燥者, 百不二三。阳明虽燥, 病则太阴每胜而阳明每负……”。糖尿病患者之“多饮、多食、多尿、体形消瘦”等典型症状可归因于“阳明燥胜”, 然于临床并不多见, 乃因阳明燥热永不敌太阴寒湿, 反有不少糖尿病患者症见渴不欲饮、口不能食、食则呕吐、腹痛不适、喜温喜按、舌质淡边有齿痕、舌苔润或水滑等, 而上述诸症皆由太阴阳虚、温运乏力所致。

《伤寒论》之理中汤乃太阴正局, 功在温运太阴, 方中白术燥太阴之湿, 干姜温太阴之寒, 人参、炙甘草补太阴之虚, 太阴温运则复“斡旋升降”之职, 人体气机升降之枢纽复常, 则疾病向愈。我们认为, 桂枝汤及小建中汤乃理中轻剂, 而附子理中汤则为理中重剂, 太阴病贵在温运, 临证之际宜据太阴“失温”、“失运”之程度而灵活选用理中系列方。据不少患者反馈, 服用理中系列方后, 大便由“初硬后溏”或“质地干结”转为“全程便溏”, 此乃因阳药运行, 太阴阳气渐复, 寒冰化水, 亦即《伤寒论》第 278 条所云“至七八日, 虽暴烦下利日十余行, 必自止, 以脾家实, 腐秽当去故也”。

2 少阴首在“温扶”

少阴统手少阴心及足少阴肾, 病入少阴, 累及根本, 病多危重, 复杂多变, 然以心肾虚衰、水火不交为主要病机, 以“脉微细, 但欲寐”为主要脉证特点, 虽分为寒化与热化两途, 然于临床中以寒化多见, 故以阳气的存亡为决定预后的关键。《灵枢·五变》云:“五脏皆柔弱者, 善病消瘵”, 首次强调五脏虚弱是发生消渴病的内在基础, 故五脏强健则不易病消瘵。朱老师针对糖尿病五脏柔弱、因虚邪盛之病机特点, 提出“温脏扶正祛邪”基本治法, 但扶其正气(阳气), 需佐以因势利导之品, 便可邪去正安, 标本兼治。通过临床长期观察, 面色淡暗、神疲乏力、喜好倦卧、身重畏寒、少气懒言、口干欲饮、喜饮热汤、大便干结、夜尿频多、小便色白、夜寐欠安、舌质淡暗、舌苔白润、脉象沉细之糖尿病患者则不在少数, 而上述诸症皆为少阴阳虚、失却温养所致。

张仲景认为, 肾气虚弱、阳气衰微是导致消渴病的首要原因, 并创立肾气丸治疗消渴病, 但对肾气虚与消渴病的关系未予进一步阐释。《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》云“男子消渴, 小便反多, 以饮一斗, 小便一斗, 肾气丸主之”, 首开从“少阴”论治“消渴”之先河, 并为后世所宗。明代赵献可于《医贯·消渴论》力主“三消肾虚学说”, 在治疗上主张“治消之法, 无分上中下, 先治肾为急”, 宜“壮其少火, 灶底加薪”。清代陈士铎亦主张论治消渴病宜以“治肾为先”, 其在《石室秘录·消渴证治》中指出:“消渴之证, 虽分上、中、下, 而肾虚以致渴, 则无不同。故治消渴之法, 以治肾为主, 不必问其上中下”。朱老师临证时, 宗《伤寒论》第 324 条之“少阴病, 脉沉者, 急温之, 宜四逆汤”, 合理判断病情, 果断预测病势, 截断扭转病势而投四逆汤, 方中附子乃一团烈火, 力补渐耗之真火; 干姜乃荡尽群阴之前锋, 力达

迎阳归舍而复兴火种;炙甘草乃一团厚土,力求伏藏真火而命根永固;并加肉桂以引火归原,加砂仁以纳气归肾。

3 厥阴贵在“温达”

厥阴乃三阴之尽,阴尽阳生,极而复返,易致阴阳各趋其极,病情极其复杂。厥阴以阴为体,以阳为用,具疏泄之能;厥阴条达,气机和畅,阴阳燮理,则脏腑功能活动有序。清代尤怡于《金匱要略心典》中云“夫厥阴风木之气,能生阳火而烁阴津,津虚火实,脏燥无液,求救于水,则为消渴”。清代沈金鳌亦法“厥阴消渴论”,其于《杂病源流犀烛》中云“夫厥阴之为病消渴七字,乃消渴之大原”。验于临床,有不少糖尿病患者症见渴不多饮、食谷欲呕、时吐涎沫、巅顶冷痛、心下隐痛、两胁不适、易感疲倦、睡眠欠佳等,此乃厥阴阳虚,条达失司,疏泄失序,经脏失却温达所致。

《伤寒论》之“厥阴病”以“乌梅丸”为代表方,现代医家以乌梅丸为主治疗糖尿病往往有满意疗效^[4]。以多年临床实践为依据,朱老师认为,“厥阴病”以寒热错杂、厥热交替为主要病性,以寒、厥为主要特点,以阳复之正常、太过、不及为主要预后,故厥阴贵在温达,临证之际,疏以吴茱萸汤。方中吴茱萸温达厥阴,生姜温中散寒,人参、大枣温中补虚,亦可加厥阴体用兼顾之山茱萸,加疏厥阴、柔厥阴并举之柴胡与白芍,如此,可收补厥阴体、温厥阴用、达厥阴性之功。

4 典型病例

贾某,男,35岁,2010年6月12日初诊。反复上半身多汗5年余,加重伴口干、多饮、多尿、消瘦2个月余。患者自2005年以来反复上半身多汗,无明显规律,不分春夏秋冬。曾自行服用玉屏风颗粒等中成药,疗效不佳,后未予重视。自2010年4月以来,汗出加重,胃纳尚可但不喜主食而喜肉类,口干而喜温饮,小便量多,形体消瘦,遂至某医院就诊,确诊为“2型糖尿病,高甘油三酯血症”,予诺和灵30R(早16U,晚14U)配合格华止(0.5g,口服,每日3次)控制血糖,非诺贝特(0.2g,口服,每日1次)控制血脂,口干改善,小便次数减少,但上半身仍汗出不止,现为求进一步治疗转诊我院。刻下症:上半身汗出不止,进食加重,头面尤甚,夜间略有缓解,但醒来床单尽湿;汗出时微恶寒,口干而喜温饮,但欲寐,夜寐欠安,多梦易醒,偶感心慌,疲倦乏力,小便频而量多色白,夜尿2次,胃纳可,大便初硬后溏。形体消瘦,面色晦暗,唇色淡暗,舌淡暗、苔白润。言语无力,声低息短。上半身多汗,下半身无汗,后项脊背

湿冷,轻压双合谷穴明显疼痛。双尺脉浮而细滑,沉取无力,其余四部脉象俱微。实验室检查,近1周空腹血糖波动于6.7~7.5mmol/L,餐后2h血糖波动于7.8~8.5mmol/L。西医诊断:①2型糖尿病,糖尿病自主神经病变(泌汗异常);②高甘油三酯血症。中医诊断:消渴病,汗证;证属阳虚阴盛(三阴伏寒,太少为主,兼太阳表虚)。西医治疗续以降糖、降脂为法。本案证似以太阳表虚为主,腠理不固,津液外泄,故前医多用固表止汗之品而未效,细审舌脉症,首辨阴阳,再辨六经,证属阳虚阴盛(三阴伏寒,太少为主,兼太阳表虚),当以扶少阴、运太阴、达厥阴、开太阳为法,遂疏四逆汤合理中汤及吴茱萸汤加味:(熟)附子15g(先煮1小时),干姜20g,炙甘草30g,白术20g,红参15g,吴茱萸9g,生姜30g,大枣30g,山茱萸45g,桂枝15g,麻黄10g,细辛10g。上方加水1500ml,煎取200ml,睡前1小时服用,复渣,5剂,每日1剂。禁食寒凉生冷食物,畅情志,调休息,节空调。2010年6月17日二诊:患者自诉服用第1剂药后,遍身微似汗出,汗后微恶风寒。夜寐转佳,醒时少许汗出,夜尿1次,大便溏,胃纳可。舌淡暗,苔薄白,双尺脉沉细,但较前有力。空腹血糖为7.0mmol/L,餐后2小时血糖为8.2mmol/L。西医治疗仍守前法,嘱其规则服药。效不更方,并增(熟)附子量至20g、吴茱萸至12g(沸水洗两次),予7剂,每2日服1剂,煎服法同前。2010年6月24日三诊:上半身汗出轻微,已无恶风寒,大便溏,小便调,纳眠可。精神爽朗,面唇转红润。血糖控制平稳,嘱停胰岛素,续用口服降糖药,嘱患者继续监测血糖。患者寒邪殆尽,但中阳尚弱,宜纳气归肾,守前方加砂仁10g(后下),再予5剂以巩固疗效,煎服法同前。此后,患者间断至门诊调理,随访至今,空腹血糖波动于5.6~6.8mmol/L,餐后2小时血糖波动于7.2~8.6mmol/L,糖化血红蛋白波动于5.2%~6.3%,血脂及血压控制良好,无特殊不适。

参考文献

- [1]樊讯,王阶.《伤寒论》温阳七法浅析[J].中医杂志,2011,52(9):726-728.
- [2]林明欣,赵英英,朱章志.立足“首辨阴阳,再辨六经”浅析糖尿病论治[J].中华中医药杂志,2011,26(5):1119-1122.
- [3]朱章志,林明欣,樊毓运.立足“阳主阴从”浅析糖尿病的中医论治[J].江苏中医药,2011,43(4):7-8.
- [4]邹世昌.乌梅丸加减治疗糖尿病性胃轻瘫40例[J].中国中西医结合杂志,2002,22(2):150-151.

(收稿日期:2011-07-04;修回日期:2011-09-23)

[编辑:洪涛]