

浅议“治湿热痹从少阳”

赵岩松 谷晓红

(北京中医药大学 北京 100029)

关键词:痹;湿热;少阳

中图分类号:R 228

痹证有寒热之分,但受《素问·痹论》“风寒湿三气杂至而为痹”的影响,世人多以风寒湿论痹,从湿热论痹者少。但也有些医家认识到热邪或湿热邪气在痹证中的致病作用,如张子和《儒门事亲》中强调:“痹病以热为源,风寒为兼,三气合而为痹”;清代吴鞠通也认为痹证中“寒湿固有,热湿尤多”,其病因为“湿聚热蒸,蕴于经络”。近年来,由于气候转暖,人们饮食结构及生活方式的改变,患者郁热内伏和湿热内蕴体质逐渐增多,故临床上湿热痹或寒痹兼湿热、寒热错杂痹的比例增高。痹中湿热的由来可有多种途径,如《丹溪心法》所言:“湿有自外而入者,有自内而得者。”有直接外感湿热邪气而致湿热痹,也有因脏腑功能失调,导致湿热内生,如脾虚生湿与胃热相合,或肺、胃、膀胱气化不利,而致水湿内停,水湿与内热相结则成湿热。而值得注意的是风寒湿邪郁久亦可化为湿热,如《金匱翼·热痹》:“热痹者,……脏腑经络,先有蓄热,而复遇风寒湿气客之,热为寒郁,气不得通,久之寒亦化热。”清代《顾松源医镜》中亦言及风寒湿痹可“邪郁病久,风变为火,寒变为热,湿变为痛”。著名温病专家孔光一教授对痹中湿热的成因有独到的看法,他认为风寒之“变”与湿热之“驻”与少阳关系密切。

少阳包括胆与三焦,少阳主枢,为邪气出入的道路,亦易成为邪气寄留之地。手少阳三焦为人体阳气与水液运行的通道,如《素问·灵兰秘典论》中说:“三焦者,决渎之官,水道出焉”;《难经·三十一难》曰:“三焦者,水谷之道路。”三焦不利则人体水液运行不畅、留滞于道路而成水湿邪气,同样外来湿邪若不能及时外解则易留滞三焦。湿邪外溢肌肉经络则肢体重着疼痛。另外,人体阳气根于命门而游溢于三焦,如《难经·六十六难》曰:“三焦者,原气之别使也,主通行三气,经历五脏六腑。”三焦通行之元气可营养四肢,若三焦气化功能障碍或三焦湿聚生痰致瘀阻滞气机,则气血循行障碍,肢体失养而湿浊独

行,更加重肢体活动不利。如《金匱要略·中风历节篇》所云:“营气不通,卫不独行,营卫俱微,三焦无所御,四属断绝,身体羸瘦,独足肿大。”肝胆内寄相火,正常情况下,相火惟有裨补造化,以为生生不息之运用耳。但相火之性易动,“变化莫测,无时不有”,情志过极,色欲过度,饮食厚味或外感热毒等皆可使相火妄动而成邪火,从而引起五脏六腑各种病症。胆的另一重要生理功能为主升发疏泄,能条达气机,通达阴阳,对维持其他脏腑功能正常有重要作用。所以《素问·六节藏象论》云:“凡十一脏取决于胆也”。胆的疏泄功能与相火妄动有密切关系,若胆失疏泄,尤易导致相火内郁反成邪火,形成肝胆郁热。郁热煎灼营血,阴血不足,火邪愈炽,形成恶性循环,影响关节则见红肿灼热疼痛。若此郁热与水湿相合则成湿热邪气,故外来风寒湿久客不解或脾虚生湿,蕴滞三焦,可从肝胆郁热而化为湿热,流溢肌肉关节而成湿热痹。此观点与丹溪“湿热与相火为伍”理论一致。

因痹中湿热的形成和稽留与胆和三焦密切相关,孔老在临床上多从此两腑入手清利湿热,治疗热痹。常以黄芩、黄柏、龙胆草、栀子、胆星等清肝胆之火郁的药物清痹中之热,并有苦寒燥湿之意。以杏仁、连翘、半夏、苍术、茯苓、厚朴、薏苡仁之类通利三焦、行气化湿,实遵叶天士“气病不传血分而邪留三焦,宜分消上下之势”之法。其中杏仁、连翘宣肺气,通水道;苍术、半夏、厚朴、茯苓健脾燥湿行气。脾为内湿化生之源,脾气健正气充则邪不外扰,湿不内生;而且少阳肝胆郁滞亦多克伐脾土,因此治疗中肝脾同调至关重要,可合用白术、枳壳、薏苡仁、青陈皮等理气运脾;茯苓、薏苡仁健脾而通利小便,使湿从下走。其中苍术、黄柏共用取丹溪“治筋骨疼痛因湿热者”的二妙散之意。二妙散为临床治疗湿热痹的基本方,且疗效显著,多有报道。在以上用药基础上又当结合痹证中常见的寒热错杂、肝肾气血不足、痰瘀

* 赵岩松,女,31岁,医学硕士,讲师。

• 名师与高徒 •

孔令诩遣方用药经验

张 雪 亮

(中国中医研究院基础理论研究所 北京 100700)

关键词: 名老中医经验; 遣方用药; 灵活变通

中图分类号: R 249.2/.7

孔令诩先生乃北京四大名医孔伯华之孙, 国家中医药管理局第二批名老中医师带徒导师。先生数十年如一日, 临诊不辍, 理论基础扎实, 临床经验丰富, 诊断细致入微, 准确率高, 治疗效果非凡, 今大致将其遣方用药的经验总结如下:

1 方从法立, 何惧 有药无方

按照我们教科书的要求和大学毕业实习的一般规矩, 中医的理法方药几个环节缺一不可, 无论书写门诊病历还是住院病历, 在治法下面必须写明以何方为主加减。但观察孔先生的处方, 一般很难说清其用方从何而来, 以何方为主加减。孔先生认为: 在认证准确、治法确定的前提下, 方药可以灵活多变, 不必拘泥于古方经方而一成不变, 也不必非要以古

方为主加减。古人处方, 乃示人以组方之规矩。社会在发展, 病种在演变, 每位患者的情况更是千差万别, 非要死守古方去对号入座, 则难免有刻舟求剑之嫌。我们可以师历代医学大家治疗之法, 但却未必要泥其方。那么, 没有以古人的方剂为基础加减的处方是不是属于被人讥讽的“有药无方”呢? 徐灵胎曾云: “按病用药, 药虽切中, 而立方无法, 谓之有药无方”(《医学源流论》)。也就是说, 在缺乏中医治疗大法指导之下的那些头痛医头、脚痛医脚的各种药物的杂凑之方属于有药无方。对于那些有严格的治法指导, 遵循方剂组织原则或借鉴古代经典方剂, 甚至含有数法之方, 怎能称其为“有药无方”呢? 与所谓的“有药无方”相比, 我们更要注意“有方无药”的

张雪亮, 男, 39岁, 医学硕士, 副主任医师

留滞、血脉不通等病机适当加减。如疾病初起合用羌活、防己、秦艽、荆芥、藿香等散在表之风湿; 有热毒者合用金银花或忍冬藤、玄参、黄连、丹皮等药清热解毒; 病久合用黄芪、白术、防风固表御邪; 牛膝、杜仲益肾壮骨强筋; 吴茱萸、桂枝温阳祛久寒沉湿; 当归、赤芍等养阴和血抑制妄动之相火; 僵蚕、胆星化痰浊; 桃仁、红花、川芎、桂枝通血脉; 穿山龙、威灵仙、地龙等通经络而止痛。

典型病例: 拾某, 男, 22岁, 发热6个月, 体温 38.6°C 左右, 午后热象加重, 周身疼痛困重, 腕、肘、膝关节痛甚而肿。类风湿因子阳性, 诊断为类风湿性关节炎。伴恶心嗳气、食欲不振、神疲、尿黄等表现, 舌红苔中部黄厚腻, 脉弦滑数。住院半年热退, 强的松 20mg/d 口服维持, 余药无效, 遂来我校门诊就诊。辨证为湿热蕴阻三焦, 阻滞筋脉。治法: 宣通三焦, 清热利湿。处方: 藿梗 10g 、连翘 20g 、防己 10g 、半夏 10g 、苍术 10g 、厚朴 10g 、白蔻仁 6g 、大腹皮 10g 、滑石(包) 25g 、生薏苡仁 30g 、黄芩 10g 、桂枝 10g 、片姜黄 6g 、穿山龙 15g 。其中半夏、苍术、厚

朴、大腹皮燥湿行气, 偏治中焦之湿; 黄芩、滑石、生薏苡仁分利三焦湿热; 配以藿梗、连翘散表湿; 桂枝、片姜黄、穿山龙通络止痛。服药14剂后体温下降, 维持在 37°C 左右, 激素减量, 周身不适感明显减轻。患者表现为面黄唇淡, 嗳气乏力, 关节肌肉酸痛, 午后相对明显, 舌淡红苔黄腻, 脉濡数。此为湿热未除, 欲伤正气。治法: 加强清热祛湿之力, 兼顾正气。处方: 苍术 15g 、白术 15g 、黄芩 10g 、黄柏 15g 、龙胆草 10g 、炒栀子 10g 、半夏 10g 、厚朴 15g 、白蔻仁 6g 、苏子梗各 6g 、生薏苡仁 30g 、连翘 20g 、干姜 4g 、滑石 25g 、枳壳 10g 、防己 10g 、桂枝 10g 、穿山龙 15g 、吴茱萸 4g 。黄芩、黄柏、龙胆草清肝胆湿热; 苍术、半夏、厚朴、白蔻仁燥湿行气, 其中苍术、黄柏相配取二妙之意; 连翘、苏子梗行肺气而助通利三焦; 黄芩、滑石、生薏苡仁清利三焦湿热; 防己、桂枝、穿山龙祛表湿, 通经络止痹痛; 配以枳壳、白术、吴茱萸、干姜健脾止呕。患者服此方14剂药后诸症明显减轻, 体温维持在 36.7°C 左右, 激素减至 5mg/d , 继服上方。

(收稿日期: 2002-04-18)