

衡先培从湿浊困脾论治糖尿病口干症的经验

刘亚楠

(福建中医药大学, 福建福州 350003)

指导: 衡先培

摘要 口干是糖尿病的典型症状之一,令许多糖尿病患者感到不适,是困扰众多糖尿病患者的一个症状。通常认为口干多为热盛津伤、阴液不足,但导师衡先培教授认为在临床中因津液不敷布导致口干也不少见。这类病人脾失运化是津液不能敷布的基本病机,湿浊困脾是脾失化津的常见原因,化湿醒脾是助脾化津的基本治法,临床常用化湿醒脾法治疗这类津液失于敷布的口干患者,具有独到的见解。

关键词 衡先培 糖尿病 口干 湿浊困脾 化湿醒脾

中图分类号 R259.871

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2015)05-0029-04

口干是糖尿病临床最常见的症状之一,是影响患者生存质量、促使患者就诊的主要原因。患者自觉口中干燥、缺少津液,大多通过饮水来解渴。轻者饮水则渴止,重者频繁饮水而渴不易解,甚者影响日常生活和睡眠,导致烦躁、大便干燥等。既往认为,渴而饮水多为津液不足,渴而不喜饮为脾虚或湿热,但临床烦渴频饮由湿邪所致者并不少见,当前的教科书并无此内容,故往往被误作阴虚来治疗。这类患者往往四处求治却疗效甚微,故而迁延数年,患者痛苦不堪。笔者导师衡先培教授乃“国医大师”郭子光教授以及中国科学院院士陈可冀教授入室弟子,深得真传,笔者有幸忝列门墙,侍诊衡师左右,深感获益。衡教授尤其对这类湿邪致病的口干,具有独特的见解和诊治经验,兹择其要简介如下。

1 脾失运化是津液不能敷布的重要病机

口干可由各种原因导致口窍失于滋润、濡养而生。《伤寒六书》中云:“口干者,邪热聚胃,消耗津液,故少阴证,口燥咽干,急下之。”^[1]可见,通常认为,引起口干的原因多为热盛津伤,津液不足,但在临床实践中,因津液不敷布而产生的口干病症是屡见不鲜的。津液不运并非以津液耗伤为特征,而以津液不能敷布蒸化达于清窍,从而不能发挥正常的濡润之生理功能为主要矛盾。不运原因有二,一为运行无力,一为运行不利。阳主动,气行津,运行无力主要与阳气不足有关;而不利者,无非水湿困遏、痰滞气阻等原因阻碍津液输布,致使津液不能到达身体各个部位发挥作用。

脾为后天之本,脾的主要生理功能之一是运化水液即脾对水液的吸收、运输和布散作用。其中,运是指脾将水液吸收运输到五脏六腑、四肢百骸,而化则是脾对吸收转化成的津液布散至全身,若雾露之溉。《素问·经脉别论》云:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水津四布,五经并行。”可知津液主要是在脾的主导下,在肺的协调下,达到水津四布和五经并行,发挥滋养濡润的作用。当脾失运化时,则不能正常运化水液,进入人体内的水液无法正常化为身体需要的津液被吸收转运至全身各处发挥濡养滋润作用进而产生口干、皮肤干燥等缺乏津液症状。因此,脾失运化是津液不敷布的重要原因。

2 湿浊困脾是脾失化津的常见原因

造成脾失运化的原因较多,有虚实之不同。常见病性属虚者,如脾阳受损、脾气亏虚等,是脾本身不足。因太阴脾土,喜燥恶湿,易被湿困。故病性属实者,多与湿邪有关,是湿困脾呆而不运化。湿邪又分为外湿和内湿,外湿多为感受外界湿气,是外因;内湿则为脾不运化生湿,是内因。湿为阴邪,阻遏气机,损伤阳气;湿邪黏滞,留滞于脏腑经络,常常阻遏气机,使气机升降无能。脾为太阴土,和阳明土胃喜润勿燥的生理特性相反,具有喜燥恶湿的生理特性,故易受湿浊侵袭、最易被湿邪困阻。《圣济总录·消渴后成水》中“脾,土也,土弱不能治水,脾土受湿而不能有所制……”^[2]可见,脾要运化才能制水。若脾为水湿所困,失于运化,则水液不能蒸化,不能如雾露之灌以养清窍。这种口干的原因不在于水津不

足,而在于水津不布,是湿浊困脾、脾不运化而致水津不布。因此,湿浊困阻脾阳,影响脾的运化功能,导致脾不能发挥运化水液、敷布津液的作用,进而产生津不上承而导致口干的病症。

凡致病具有重浊、黏滞、趋下特性的致病邪气,称为湿邪。湿邪最基本的临床表现是舌苔腻。根据湿邪的特点,大体可分为湿气、水湿、湿浊、痰湿四种。湿气是湿的最稀薄的状态,以气的形式存在;水湿是“湿”的具体形态中最清的状态,像清水般;湿浊则是“湿”中略微浑浊的状态,较水湿厚重,若浊水般;痰湿是“湿”呈胶体般厚腻状,状态类“痰”般黏稠。四者虽然同为湿邪,但是其存在状态、质地等不同决定了对脏腑有着不同的病理改变,故在治疗上有相同之处,但因为各自的特殊性在治疗过程中有自己的侧重点,在临床中需要区别对待,不可一概而论。

脾湿因湿从寒化和湿从热化可分为寒湿和湿热两种。寒湿困脾和湿热蕴脾都可引起脾失运化,津液不能正常敷布,或游于毛窍,或停于肌肤,或阻于脏腑,或荡于胃肠,但不能濡养清窍,故引起口干。其中寒湿困脾是指寒湿内盛,困阻脾阳致脾失温运,以纳呆,腹胀,便溏,身重的寒湿证候为主要临床表现;而湿热蕴脾是指湿热内蕴,脾失健运,以腹胀,纳呆,发热,身重,便溏不爽为主要表现的湿热证,临床又有湿重于热、湿热并重、热重于湿等情况的差异,在表现上有细微的差别。在临床选方用药时也应充分考虑特殊性辨证治疗。

随着现代生活方式的改变,湿热蕴脾在临床中出现的更为广泛。明秦景明《症因脉治·外感三消》提出的湿邪致消之说,“酒湿水饮之热,积于其内,时行湿热之气,离于其外,内外合受,郁久成热,湿热转燥,则三消乃作矣”。^[3]秦景明对于消渴的论述中精要地阐述了饮食中水酒和外界的湿热气候内外一起加重体内湿热而致使湿热化燥,进而产生消渴病。在临床中,湿浊与热邪搏结导致的湿热蕴脾证治疗起来有一定难度,要分情况来处理。具体来说,有湿重于热和热重于湿以及湿热并重三种情况。因湿为阴邪,热为阳邪,在治疗上有矛盾之处。为了治疗热邪,我们必须采用寒凉药物,但是如此这般便会损伤阳气尤其是脾阳,从而加重脾失运化,湿邪对于脾阳的困遏加剧,使病情加重。因此在治疗时要处理好化湿和清热的关系。在湿重于热时,我们将矛盾锁定在湿上,只化湿,不清热。在热重于湿时,此时我们可以看到病人有明显的热像,舌苔黄腻,此时我们采取化湿并清热的治法,但是依然强调化湿的重要性。在湿热并重

时,我们以化湿为主,佐以少量清热药物。之所以强调化湿的重要性在于湿与热之间的微妙关系,自古医家强调湿热难治,在治疗时对二者用药的比例难以斟酌,但基本的治法都是湿去热孤,强调化湿的重要性。

五脏六腑之间联系紧密,而脾与心、肝、肺、肾的关系都很密切,在临床中脾脏常常与多个脏腑相结合而发病,故临床中湿浊困脾多夹杂其他脏腑病症共同发病。心为君主之官,属火,脾属土,脾与心为母子关系,二者之间相互影响,故湿浊困脾导致脾的运化失常,会影响心的生理功能,在临床中多有心脾两虚及心脾不调。肝属木,与脾土属于相克关系。津液的输布离不开气的推动作用,而肝主疏泄,调畅气机,故对于津液的输布本身有不可替代的作用。肝木的疏泄功能失调,极易横逆客犯脾土导致脾失运化加剧,而湿浊困脾导致脾气壅滞、脾阳不升进而气机升降失调会影响肝木的疏泄功能,故临床中肝脾不和是常见病证。肺属金,和脾土之间也为母子关系,这里脾为肺之母。《素问·经脉别论》云:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水津四布,五经并行。”可知在脾运化水液的生理功能中需要肺通调水道的作用下才能完成对水液的吸收、转输和布散,从而“水津四布,五经并行”,湿浊困脾导致脾不运化,母虚子亦虚,必然导致肺脏的虚弱,而肺的生理功能失常,必然使这一环节不能正常进行,从而体内水液积聚,水湿困脾更剧。脾与肾的关系不言而喻,肾为先天之本,脾为后天之本,先天后天之间相互影响,共同维持人体正常的生理功能,一方出现问题必然牵扯另一方的生理功能不能正常发挥。又因二者之间有相克关系,即土克水,当脾为湿困,不能发挥正常的生理功能,会导致土不克水。脾土不能制约肾水,使肾主水的生理功能也受到影响,从而湿浊侵袭下焦,水湿泛滥,出现脾肾两虚的病证。

3 化湿醒脾是助脾化津的基本治法

在治疗湿浊困脾证时,我们采用化湿醒脾的治法。化湿醒脾的关键在于化字,化是转化、变化之意,不仅在祛除湿浊的同时而且将湿浊转化为机体可以利用的津液,更好的缓解口干症状以及消渴病中津液不足所引起的一系列症状。在临床中,对于湿浊困脾医师多采用燥湿的手法祛除湿邪,但是燥湿多多少少造成体内阴液的亏损,不仅不利于缓解口干症状反易加重口干,在临床中不可取,衡师强调化湿的奥秘在于将困阻脾阳的水湿化散,重新转化为正常的津液以濡润五脏六腑,和燥湿的机理有

所不同。在临床中,多用陈皮、藿香、佩兰等芳香化湿药物,因脾喜燥恶湿,“土爰暖而喜芳香”,此类药物辛香温燥,主入脾、胃经,能促进脾胃运化,消除湿浊,故谓之“醒脾化湿”。辛能行气,香能通气,能行中焦之气机,气行则湿化。化湿醒脾,使困遏脾阳的湿气得散,湿气转化为津液布散至全身各处,脾气得升,脾阳得振,脾运化水液的功能正常发挥,津液得以输布全身,口中得以津液润泽,口干症状治愈。

在处理“湿”的四种病理状态时,我们要辨证治疗,那么必须能够准确区分四种“湿”不同的临床表现。湿气的典型表现是兼感到头闷、四肢不爽。水湿常兼肢肿、面目浮肿。湿浊则兼面色晦滞、大便排而不爽、头昏。痰湿则多兼咯痰、脘痞闷、大便干或数日不排。对待湿气困脾,重在芳香、宣化、通气,多用藿香、佩兰、白芷等药物,病情较重者可用荆芥、防风等药物以加大发散湿气的力度;水湿困脾要注意利水渗湿、淡渗实脾,常用茯苓、薏苡仁、泽泻等药物,如水湿显著化而为饮,可加桂枝6~10g,以温化水饮。湿浊困脾重在化湿去浊,常用石菖蒲、泽兰、香薷、藿香、佩兰等芳香开窍药物。痰湿困脾在化湿的同时要化痰,多用法半夏、苍术、陈皮等药物加減。

因湿从寒化导致的寒湿困脾证,临床症状多有喜温喜暖、苔白腻、脉沉紧的症候,治以散寒温里,化湿醒脾。在用化湿健脾药物的同时加用高良姜、干姜、紫苏温中散寒。对于湿热蕴脾证,临床多见舌红苔黄腻、脉濡数或滑数。治以清热利湿,多用黄芩、黄连、茵陈、虎杖等药物。根据湿热的不同程度,在用药时要做适当加減。

人体是一个统一的整体,脏腑之间联系密切,脾的生理功能失常,常常导致其他脏腑共同发病,我们在临床中要在抓住主要矛盾的同时不能忽略次要矛盾,从而达到对疾病的全面的把握。在心脾两虚时多加养心补脾药物如黄芪、远志、酸枣仁、茯神、龙眼肉以补益心脾。如果有肝脾不和的症状如胸胁胀痛、脘闷噎气、不思饮食,可加柴胡、香附、枳壳、陈皮疏肝解郁。在肺气不足时,可多用山药、人参、白术补肺脾之气,以达健脾益气、补土生金之效。脾肾两虚则加健脾补肾的药物如黄芪、白术以健脾益气;加山萸肉、胡桃肉、杜仲、补骨脂以补肾纳气。

4 以法制方,化湿运脾

湿浊困脾导致脾不运化、津液不能正常敷布,故口干,治以化湿醒脾、助脾化津。衡师自拟化湿醒脾方加減治疗。药用:陈皮 10g、藿香 10g、苍术 10g、

佩兰 10g、砂仁 6g、薏苡仁 15g、茯苓 10g、白豆蔻 6g、天花粉 10g、茵陈 10g。陈皮、藿香为君,芳香醒脾。藿香芳香化湿,《本草正义》云:“藿香芳香而不嫌其猛烈、温煦而不偏于燥烈,能祛除阴霾湿邪,而助脾胃正气,为湿困脾阳,倦怠无力,饮食不甘,舌苔浊垢者最捷之药。”陈皮者,味辛、苦、温,归脾经,味辛则能散能行,具有理气健脾之功。二者共用,奏化湿醒脾之功,陈皮可理气,气行则湿化,加强化湿功效。茯苓、苍术、佩兰、砂仁、薏苡仁、白豆蔻为臣。苍术、佩兰均属芳香化湿药,佩兰性平而苍术苦温燥烈,不仅适用于湿阻中焦、亦可用于其他湿邪泛滥之症,在湿浊困阻中焦较重时多加減应用。《中药志》中云:“佩兰发表祛湿,和中化浊。”茯苓、薏苡仁利水渗湿,归脾经,在化水湿时又可健脾,在脾虚湿盛下多用。《世补斋医书》中云“茯苓一味,为治痰主药,痰之本,水也,茯苓可以行水。痰之动,湿也,茯苓又可行湿。”而在《本草纲目》中有对薏苡仁功效的记载“薏苡仁,阳明药也,能健脾益胃……土能胜水除湿,故泄泻、水肿用之。”二者合用,相辅相成,在化湿同时加强脾胃运化之功,效果更佳。砂仁、白豆蔻都具有化湿行气的作用,临床上常相须为用,化湿行气之力倍增。其中,白豆蔻化湿行气之力偏中上焦,而砂仁偏中下焦。临床上白豆蔻多用于湿温痞闷、温中偏在胃而善止呕;砂仁化湿行气力略胜,温中重在脾而善止泻。以上诸药共用为臣,加强君药化湿行气,健脾利水功效。茵陈、天花粉为佐药。茵陈苦泄下降,性寒清热,善清利脾胃肝胆之热,又具有利湿之功,故湿热蕴脾多用此药。天花粉甘寒,既能清热、又能生津止渴,是治疗积热内蕴,化燥伤津之消渴病常用药,可更好的缓解口干症状。

5 病案举隅

李某,男,70岁。2013年5月3日初诊。

患者有糖尿病史20年,经多家三甲医院反复住院及门诊治疗2年余,口干不解,每隔一两小时必饮水,心情烦躁,夜不得安卧。近1周来伴尿痛,下肢稍肿。舌苔厚腻偏黄,脉滑数。此属湿浊困脾之证。观其两年来所服中药处方,大多以养阴为法,清热之方也不在少数。偶涉及除湿之治者,都仅两、三味淡渗之品,力实不足也。当前治宜芳香醒脾、运脾除湿,重在治脾湿之本。虽苔微黄示有微热,但此热乃因湿郁而生,只要湿除其热必退,切不可大用清热之品,折伤脾阳反助湿邪。因本口干全在乎脾不化津,而非津液不足,故也不可用滋阴之品,免使脾湿更壅。处方:

陈皮 10g,藿香 10g,苍术 10g,佩兰 10g,茯苓

蔡春江论治脾胃病经验撷菁

梁燕¹ 王颖¹ 王月琳¹ 李钰慧²

(1.河北联合大学中医学院,河北唐山 063000; 2.天津中医药大学,天津 300073)

指导:蔡春江

摘要 蔡春江主任中医师诊治脾胃病经验丰富,崇尚从肺肝论治,调气机升降。主张虚者补之,清补平补为主。认为临床当衷中参西,以提高治疗效果。擅用风药,胜湿通络止痛。附病案 1 则以佐证。

关键词 脾胃疾病 中医病机 中医药疗法

中图分类号 R256.3

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2015)05-0032-02

吾师蔡春江主任中医师,唐山市中医院消化科主任,硕士生导师,第四批全国老中医药专家学术经验继承工作继承人,在脾胃病的临床诊治中积累了丰富的经验。笔者有幸侍诊左右,兹将其经验总结如下。

1 从肺肝论治,调气机升降

肝气升发,助脾之升清,肺气肃降,助胃之和降,肝左升肺右降,则脾升胃降,中焦斡旋,清升浊降,阴平阳秘,精神乃治。肺之宣发,敷布脾胃津液于周身。若肺气失肃,胃气上逆;若肝气郁滞,木郁乘土,均可导致胃痛、胃胀、烧心、泛酸、打嗝、暖气等症。临床常用苏叶与紫菀、苏叶与枇杷叶、柴胡与前胡等对药,升降结合,调节肺肝气机,复中焦斡旋之职。

2 虚者补之,清补平补为主

胃痛病初多实,久病多虚。临床上要针对标本

缓急轻重,或先祛邪而补虚,或补泻兼施,辨证施治,法活机圆。其补虚之法,世多以温补为常,多用参芪桂附枣草。而蔡师认为,临床脾胃病患者,或因失治误治或因久病迁延,最后寒热错杂,最忌甘温壅补,更适合清补平补,蔡师常用仙鹤草、绞股蓝、红景天等,一般可用至 30g,使补虚扶正而不壅滞,益气健脾而不助热。现代药理研究表明:仙鹤草有增强机体免疫功能^[1]、抗衰老等作用^[2]。绞股蓝具有抗氧化、抗衰老、免疫调节、保护肝脏等作用^[3],并对多脏器有保护作用^[4]。红景天具有抗疲劳、抗寒、抗衰老、抗辐射、耐缺氧等多种功能^[5],多用于航天医学和高原医学。蔡师创造性地将其运用到脾胃病的临床治疗中,收效颇著。

3 利湿去浊,借鉴温病理论

脾主升清,喜燥恶湿,胃主降浊,喜润而恶燥,

10g,薏苡仁 15g,砂仁 6g,草豆蔻 10g,白豆蔻 6g,天花粉 10g,茵陈 10g,夜交藤 10g。水煎服,每日 1 剂,早、晚各服 1 次。并嘱咐病人勿吃寒凉油腻食物,加强体育锻炼。

2013 年 5 月 8 日二诊:口干有稍减,已延至 2~3 小时饮水 1 次。排尿好转,尿道口仍稍热。脉细,苔腻稍黄。上方加葛根 15g 舒郁生津,升阳助脾化津。

2013 年 5 月 13 日三诊:口干明显减轻,夜已经能小卧,精神也有好转迹象。尿道口仍热,舌脉同前。中药上方加瞿麦 10g、扁蓄 10g 以加强利尿通淋,除下焦之郁热邪气。

2013 年 5 月 20 日四诊:口干显著减轻,整夜饮水已经不超过 3~4 次,基本上可以睡觉。但尿道口余热未尽。上方去茵陈、扁蓄以免伤津,另加知母

10g、黄柏 10g 清下焦之热而坚阴。

继续调治至 6 月 3 日,舌苔已能见底,苔色微黄,口干基本消失,小便基本恢复。以后随证调治。

参考文献

- [1] 陶节庵.伤寒六书.北京:人民卫生出版社,1990:83
- [2] 宋.赵信.圣济总录.北京:人民卫生出版社,2013:735
- [3] 明.秦景明.症因脉治.北京:人民卫生出版社,2006:218

第一作者:刘亚楠(1991—),女,硕士研究生,研究方向:糖尿病及内分泌疾病防治研究。505049862@qq.com

收稿日期:2014-09-11

编辑:傅如海