

边天羽运用经方治疗皮炎的临床经验摘要

贾瑞璇¹, 王红梅²

(1. 天津中医药大学, 天津, 300193;

2. 天津市中医药研究院附属医院, 天津, 300120)

[摘要] 介绍边天羽教授治疗皮炎的临床经验。边教授认为皮炎与中医学中的“肌痹”和“痿证”颇为相似, 从整体辨证论治, 认为脾胃功能障碍是皮炎的核心病机, 吸取“治痿独取阳明”的经验, 采用甘麦大枣汤治疗。急性期合用小柴胡汤治疗, 恢复期合用十全大补丸、健步丸治疗, 取得了显著的疗效。

[关键词] 皮炎; 经方; 名医经验; 边天羽

[中图分类号] R259. 932. 6 **[文献标识码]** A **DOI:** 10. 16808/j. cnki. issn1003 - 7705. 2018. 04. 012

皮炎是一种自身免疫性疾病, 以红斑、水肿为皮损特点, 伴有肌无力和肌肉炎症、变性, 主要累及皮肤和血管, 常伴有关节、心肌等多器官损害, 各年龄段均可发病^[1], 且目前发病率有增高的趋势。本病的确切病因尚未明确, 一般认为与遗传、感染相关。本病属于慢性疾病, 病程较长, 加之疾病类型多样, 给治疗带来很大的难度。目前西医治疗皮炎多用糖皮质激素与免疫抑制剂, 虽取得了一定疗效, 但毒副作用较大, 有些患者用药后出现高血压病、糖尿病、消化道出血、骨质疏松等不良反应, 病情平稳后还要继续治疗这些基础疾病, 给患者增加了身体上的痛苦与经济上的负担。边天羽教授从整体出发, 辨证论治, 擅用经方治疗, 方法简便, 毒副作用少, 取得了良好的治疗效果。现将其经验介绍如下。

1 辨证论治

边教授认为皮炎急性期发病机制为邪毒郁在半表半里, 临床表现为高热、面部红斑水肿、肌肉酸痛、乏力、吞咽困难等症状, 治疗以小柴胡汤加减; 恢复期发病机制为津液损耗, 肝肾亏虚, 出现乏力、肌肉萎缩、吞咽困难、内脏受损等症状, 治应调理肝肾气血津液。

1.1 针对脾胃功能障碍这一核心病机以甘麦大枣汤为基础方治之 皮炎的主要症状为肌肉酸痛、水肿; 或肌肉消瘦、痿软无力, 甚则步履全废, 常伴有声音嘶哑、饮水呛咳等, 乃阳明经受损所致。而脾胃相为表里, 同属中焦, 共同完成水谷受纳、腐熟、消化吸收与输布, 二者关系密不可分。《素问·痿论》云: “脾主身之肌肉。”说明肌肉的运动功能多

赖以脾胃功能之正常。饮食不节、劳倦过度可损伤脾胃, 脾胃亏虚, 运化失司则无以化生气血, 体内气血不足、营卫失调, 肌肉失于濡养则痿软无力、肌肉消瘦, 甚则步履全废; 卫表不固, 则无以抵抗外邪, 外邪侵袭, 郁于皮肤肌肉, 热郁皮肤, 则出现面部红斑; 热郁肌肉, 肌肉失养, 气血阻滞, 则出现高热、肌肉酸痛; 感受外来之湿邪, 湿热困脾, 使脾不能运化水湿, 湿性黏滞, 留而不去, 则形成水肿; 外邪留滞于咽喉, 则声音嘶哑、饮水呛咳。

边教授吸取了《素问·痿论》中“治痿独取阳明”的观点, 用甘麦大枣汤作为基本方。甘麦大枣汤出自《金匮要略·妇人杂病脉证并治第二十二》: “妇人脏躁, 喜悲伤欲哭, 象如神灵所作, 数欠伸, 甘麦大枣汤主之。”边教授则取浮小麦味甘性凉, 归心经, 主养心、养胃, 兼益气除热; 大枣味甘性温, 归脾、胃经, 健脾; 甘草味甘性平, 和中缓急^[2]。3 味药合用, 收补脾健胃、养阴生津之效。使脾胃受纳、运化、输布水谷精微的功能正常, 从而使肌肉筋脉得到濡养, 体内湿邪得以运化, 营卫调和, 驱邪外出。

本方“甘温除大热”以退热邪。《素问·调经论》曰: “阴虚生内热, 有所劳倦, 形气衰少, 谷气不盛, 上焦不行, 下焦不通, 胃气热, 热气熏胸中, 故内热。”《素问·至真要大论》曰: “劳者温之”“损者益之”“热淫于内, 甘以泻之”。边教授认为脾胃为元气生成之源, 脾胃功能障碍, 中气下陷, 元阳不振, 后天水火升降失调或气虚, 阳损及阴, 从而出现发热。“甘温除大热”的本质为调理脾胃, 运用甘温之药调理营卫不和, 从而使元气逐渐充盈, 阴火收敛, 热邪得解。甘麦大枣汤全方性甘温, 能起到补气健

基金项目: 国家自然科学基金资助项目(编号: 81573991); 天津市卫生和计划生育委员会中医中西医结合科研课题(编号: 2015002)

第一作者: 贾瑞璇, 女, 硕士研究生在读, 研究方向: 皮肤病与性病学

通讯作者: 王红梅, 女, 医学博士, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 皮肤病与性病学, E-mail: yyy961030@163.com

脾、养阴清虚热之效,可以清除皮炎所生的虚热。

1.2 急性期合用小柴胡汤 皮炎急性期多出现高热、面部紫红色红斑伴有水肿、肌肉酸楚疼痛等症状。边教授认为此期为外受风寒湿邪,正邪交争剧烈,邪郁少阳半表半里,郁而化热生毒所致。外受风寒湿邪,久伏于里不得发,热毒生于内,则高热;里有郁热,外中于湿,邪居半表半里,或过食肥甘厚味,湿热内生,湿性黏滞,留而不去,则成水肿;聚湿成痰,客于经脉,阻滞气血,内外交争,不通则痛,则肌肉酸痛无力;内郁热邪不能透达于肌表,则出现面部红斑、紫红斑。因邪热郁积在半表半里,枢机不利,故有口苦、胸闷等兼症。

因为皮炎急性期半表半里证明显,邪热交争在少阳,故边教授提出治疗急性期应合用小柴胡汤和解少阳,发散郁热。小柴胡汤出自《伤寒论》第九十七:“伤寒五六日,中风,往来寒热,胸胁苦满,嘿嘿不欲饮食,心烦喜呕,或胸中烦而不呕,或渴,或腹中痛,或胁下痞硬,或心下悸,小便不利,或不渴,身体有微热,或咳者,小柴胡汤主之。”方中柴胡苦平,入肝胆经,透解邪热,疏达经气;黄芩清泄邪热;半夏和胃降逆;人参、炙甘草扶助正气,抵抗病邪;生姜、大枣和胃生津,诸药共奏疏利经气、清透邪热的作用。若肺热明显者,应加入麦冬、石膏、枇杷叶等;若热毒炽盛者,应加入生地黄、赤芍、黄芩、黄连、板蓝根等;若湿热盛者,应加入茵陈蒿、大黄、金钱草等。

1.3 恢复期合用十全大补丸、健步丸 皮炎恢复期皮疹暗红或留有色素沉着,肌肉隐隐作痛,萎缩痿软无力、触之有揉面感,四肢、颈部不能抬起,吞咽困难,兼有面色潮红、皮肤干燥、乏力、心悸、自汗、盗汗等症状。边教授认为皮炎的缓解期与中医学中的“痿证”颇为相似,痿证是以肢体筋脉弛缓、软弱无力、不得随意运动、日久而致肌肉萎缩或肢体瘫痪为特征的疾病^[3]。张介宾在《景岳全书》中提到痿证的成因时认为“元气败伤则精虚不能灌溉,血虚不能营养者亦不少矣”。皮炎后期由于大量使用激素,故出现乏力、心悸、盗汗等;体虚久病而正虚,热毒之邪耗伤气血营阴,煎灼阴津,则皮肤出现红斑、暗红斑、四肢酸痛、痿软无力;久病日久耗气伤血,则皮肤肌肉萎缩、消瘦、乏力、心悸、自汗等;阴津气血不足则伤及肝肾,肝藏血,主筋;肾藏精,主骨;一为罢极之本,一为作强之官,都与肢体的活动有密切关系,造成精血不足的各种因素,都可使肝肾亏损而运动功能丧失。边教授认为此时应以补气血、益肝肾为主,故采用十全大补丸补气血、健步丸益肝肾,从而使机体气血充盈,阴津得

以恢复。若阴虚明显者应加入女贞子、墨旱莲、沙参、熟地黄等;血虚明显者加四物汤以养血益气;气虚明显者重用人参、茯苓等。中药与激素合用,可减少激素用量与不良反应。

2 典型病案

案1:刘某,女,16岁,1964年2月8日就诊。开始时自觉发冷发热,咽喉干痛,咳嗽,周身肌肉酸痛,乏力。1周后面部出现肿胀潮红,尤以眼睑为明显。小便短赤,大便干,口中有臭味。曾用越婢汤、白虎汤、五苓散与赤小豆汤加减治疗,病情加重,无力起床,饮水时液体从鼻孔呛出。查体:急性病容,面浮,肿胀,发红。全身皮肤均有肿胀,尤以眼睑浮肿为明显。眼睑与鼻周围有弥漫性潮红,肌肉有压痛,脸无笑容,说话有鼻音。颈部肌肉不能支撑头颈,不能从床上坐起,四肢伸屈困难乏力,两手握力小。实验室检查:尿酸 $760\mu\text{mol}/24\text{h}$,肌酸 $76.3\mu\text{mol}/\text{L}$,肌酐 $0.653\mu\text{mol}/\text{L}$,血沉 $40\text{mm}/\text{h}$,狼疮细胞(-)。皮肤肌肉活检符合皮炎改变。开始用清热解暑法治疗,未见明显疗效,体温在 $37^{\circ}\text{C}\sim 38^{\circ}\text{C}$ 之间,有恶心,口中黏腻,易生气,小便短赤,大便干,舌苔黄腻,舌质淡红,脉弦细数。遂改用疏肝清热养阴益气法治之。处方:浮小麦 60g ,大枣 10 枚,炙甘草 6g ,柴胡 9g ,黄芩 9g ,天花粉 9g ,石斛 9g ,生地黄 15g ,生黄芪 15g ,升麻 3g 。患者服药后第3天自觉精神好转,全身肌肉酸痛减轻,吞咽已不呛水,头已能抬起,面部能现笑容。后用补气血、健脾胃之法及小柴胡汤治疗半个月,皮肤肿胀减轻,四肢已较有力,能站立行走。继用十全大补汤加甘麦大枣汤治疗,服至8月3日出院。

案2:王某,男,34岁,因皮炎于1970年1月就诊。患者于2年前乘车外出后发现两侧眼睑肿胀潮红,继之张口受限,两侧颊部肌肉疼痛,逐渐双臂、双下肢及肩部肌肉亦感疼痛,四肢关节不能屈伸,继则吞咽困难,饮水呛咳,经常呕吐唾液。舌质淡,苔白,脉弦滑。曾先后就诊于天津市某医院与北京市某医院,采用激素抗炎治疗,均未见明显疗效。皮肤专科查体:面如满月,胸背有“痤疮”,前臂及背部有皮肤异色症之色素改变。上肢伸缩已能活动,但手臂不能高举,下肢能伸展但不能抬举,肩胛肌、三角肌及下肢肌肉萎缩。萎缩肌肉均有压痛,触之如揉面感,卧床不能坐起,颈部肌肉亦有压痛,不能支起头部。实验室检查:血、尿、便常规均未见异常。尿酸 $3362554\mu\text{mol}/24\text{h}$,肌酐 $5.7\text{mmol}/24\text{h}$ 。血钾 $4.53\text{mmol}/24\text{h}$,血钠 $132152\text{mmol}/\text{L}$ 。考虑为脾肾已亏,肝阴损耗以致皮肤肌肉萎缩、宗筋弛张,骨节伸缩不利所致。治宜健脾补气,舒筋活血,养肝益肾。投以甘麦大枣汤及红参、黄芪、当归、熟地黄、丹参、鸡血藤、石斛、花粉、知母、狗脊、鹿角胶诸药。并加以泼尼松 10mg ,每天4次。10d后肌肉疼痛减轻,扶起后能在床上坐立维持达3h,1个月后已能扶杖步行数步。至10月中旬泼尼松已减至每天 20mg ,10月改用健步虎潜丸与上述汤药交替服用,症状明显改善,自觉肌肉收缩力量增强,1971年6月停用中西药物,已能步行 1km ,但步态不稳。尿中 24h 肌酸已降至正常,为 $1231\mu\text{mol}/24\text{h}$,血沉 $9\text{mm}/\text{h}$ 。

曹建雄治疗恶性肿瘤骨转移疼痛经验

钟丹¹, 向菊花¹, 杨玲¹, 付晓庆¹, 李丽¹, 曹建雄²

(1. 湖南中医药大学, 湖南长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南长沙, 410007)

[摘要] 介绍曹建雄教授治疗恶性肿瘤骨转移疼痛的经验。曹教授认为骨转移疼痛的主要病因病机在于寒湿痹阻和肝肾亏虚, 痰凝蓄瘀。立温阳散寒、除湿止痛、补益肝肾、消痰祛瘀为法, 辨证选用小活络丹加味和独活寄生汤加减方, 临床收效甚佳。

[关键词] 骨转移疼痛; 中医药疗法; 名医经验; 曹建雄

[中图分类号] R273.06 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.04.013

疼痛是一种令人不快的感觉和情绪上的感受, 同时伴随着现存的或潜在的组织损伤。骨转移疼痛是指直接由癌症引起的疼痛, 在所有因癌症浸润转移直接侵犯引起的疼痛中, 骨转移疼痛占了50%^[1]。骨转移可导致顽固性疼痛、病理性骨折、高钙血症、神经根压迫、脊髓压迫和运动功能障碍等一系列并发症^[2]。骨转移疼痛是一种复杂的慢性疼痛综合征, 其临床表现和机制均不同于传统的炎性疼痛或神经病理性疼痛, 这种疼痛是癌症晚期患者最痛苦、最常见的症状, 可能会引起或加重抑郁、焦虑、乏力、失眠等症状, 严重影响患者的生活质量^[3]。

曹建雄, 国家重点肿瘤专科学术带头人, 悬壶三十余载, 学术造诣精深, 平时注重温中医经典, 查古今文献, 究现代医学理论, 同时结合自身临床实践, 巧用经方治杂病, 善用重剂蠲痼疾, 在治疗恶性肿瘤方面获得一定疗效。笔者(除通讯作者外)有幸随师临证, 耳濡目染, 感受颇多, 现将曹教授治疗骨转移疼痛的经验介绍如下。

按: 案1患者初发时邪热盛, 加之之皮肤浮肿明显, 为外感湿热, 蕴结肌肤, 壅于脉络之象, 加之阴气耗伤, 肝气郁结, 为少阳厥阴同病, 遂用小柴胡汤与甘麦大枣汤加减治疗, 既除其邪热盛, 又重用天花粉、石斛、生地黄养阴生津, 黄芪、升麻升举阳气, 使湿热之邪得以运化, 阴津得以固守, 筋骨肌肉得以充养。案2患者病史2年, 迁延不愈, 已为慢性病程, 加之之全身多处肌肉疼痛无力, 此为脾肾亏虚、肝阴损耗之证, 边教授以泼尼松抗炎, 中药治以健脾补气、舒筋活血、养肝益肾, 其中红参、黄芪健脾益气, 当归、鸡血藤舒筋活血, 丹参、石斛、花粉、知母

1 病因病机

1.1 寒湿痹阻 曹教授通过多年临床经验总结, 对骨转移疼痛的认识有着深刻的理解, 认为骨转移疼痛的病机不外乎“不通则痛”和“不荣则痛”。“不通则痛”的根源在于寒湿痹阻, 兼痰凝蓄瘀。在骨转移疼痛发病过程中, 阳气失于敷布, 阴寒得以凝聚, 阴阳失去平衡, 最终形成骨瘤引起疼痛, 正如《素问·阴阳应象大论》所云:“阴阳者, 天地之道也, 万物之纲纪……阳化气, 阴成形。”骨转移主要在于形体的失常, 当归之于阴, 阴之异, 又缘于阳失常, 损人体阳气者, 寒湿之邪最重。这种观点与《外科精义》中“盖缓疽、石疽, 皆寒气所作, 深伏于骨髓之间……”的描述一致。寒湿均为阴邪, 易损阳气, 遏气机, 一旦阳气郁遏或受损则不足以驱除寒湿之邪, 反为其所侵害; 寒湿之邪性凝(黏)滞, 易使经脉气血运行不畅, 凝结阻滞不通而痛, 故有“痛者, 寒气多也, 有寒故痛也”的说法。

1.2 肝肾亏虚 “不通则痛”的根源在于肝肾亏虚, 兼痰凝蓄瘀。曹教授认为骨转移疼痛多见于中

滋阴泻火, 狗脊、鹿角胶、熟地黄调补肝肾, 加之甘麦大枣汤既可补脾胃, 又可除热邪, 以上药味合用, 脾胃之气得以充盈, 肝肾之阴得以滋养, 从而使关节滑利、筋脉充养。

参考文献

- [1] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 807-810.
- [2] 卢桂玲. 当代中医皮肤科临床家丛书·边天羽[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2014: 255-256.
- [3] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 481-489.

(收稿日期: 2017-04-20)