

· 名医传承 ·

陈金水从痰辨治汗证临证经验心悟*

薛文娟* 陈金水[▲]

摘要 为总结陈金水教授从痰辨治汗证的经验与心得,文中从现代医学的角度分析汗证的诊断与治疗现状,并结合中医理论对汗证的病因病机进行了深入探讨。陈师认为气化失司为汗证发病的根本原因,而痰饮内滞则是久病不愈的重要病理因素。在治疗汗证时,陈师以痰为切入点,着重分析了肺、脾、肾在痰饮的生成与运转中的作用,提出了从肺、脾、肾三脏整体调理、辨证施治的治疗思路,并附以验案概述思路治法,以资借鉴。

关键词 陈金水;汗证;痰;辨证论治;临证经验

汗证是指全身或局部汗出异常的一种病证,主要是由阴阳失调,腠理不固,汗液外泄失常所致。其形式多种多样,按出汗时间可分为自汗、盗汗;按出汗部位可分为头汗、胸汗、手足汗、偏身汗出;按出汗颜色可分为黄汗、红汗和白汗等^[1]。又因其发病特殊,病因多样,症状不一,往往起病缓慢、病情较轻,易被患者忽视,随着病情的加重和病程延长,给患者的精神状态和生活质量带来严重的影响。目前西医主要采用口服药物、离子电渗疗法、外科手术等进行治疗,但效果却不理想,存在不良反应及并发症多、价格昂贵、易反复、难推广等缺陷^[2]。

陈金水教授是第五批至第七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,临证近40载,学验俱丰,师古不泥,尤其擅用升降平调理论从痰辨治各类临床疑难杂病,疗效突出,富有创见。笔者有幸随师侍诊,见陈师从痰辨治疑难汗证每有良效,实感经验宝贵,特此撰文记述,略陈拙见,望请明贤斧正。

1 汗证的现代诊疗

出汗,本是一种正常的生理现象,其意义在于通过体表的蒸发调节体温,通过携带的无机离子、乳酸、尿素等参与水、电解质平衡,以及排出毒素、释放信息素、保护皮肤等。但当汗腺排汗超过生理所需,则可能会转为病态,即多汗症^[3]。根据病因,西医将多汗症

分为两大类,分别为原发性多汗和继发性多汗。其中继发性多汗症通常继发于一些全身性的疾病,如糖尿病、系统感染性疾病等;原发性多汗症发病机制目前尚不明确,可能与神经系统体温调节功能异常有关^[4]。针对多汗症,临床上西医以口服药物如抗胆碱能药物、 β 受体阻滞剂等为主治疗,但长期使用抗胆碱能药物会出现眼干、口干、便秘、心悸等不良反应;而 β 受体阻滞剂则会导致低血压、心率减慢、头晕等。外用止汗剂(如氯化铝溶液)虽可达到止汗效果,但也会引起皮肤刺激症状;离子透入治疗则可能会导致皮肤破损或干燥的刺激反应。另外,通过手术切除交感神经虽能一劳永逸不再出汗,但可能会引起其他部位的代偿性出汗增加或术区出汗减少的干燥不适^[5];而局部汗腺切除或吸脂则是一过性的对症治疗,并可能增加感染风险及导致疤痕形成。总体而言,无论是口服药物,还是其他手段,均存在相对明显的不良反应,且费用高昂,难以根治,故而,目前对多汗症尚无公认的标准治疗手段^[6]。

2 汗证的中医认识

在中医药理论框架下,汗证是指阴阳失调、腠理不固而导致汗液外泄失常的一种病症^[7],患者大多会出现不同程度的汗出,甚则浸湿衣物,在激动或是天气影响时加剧,影响患者日常生活与工作。中医学对于汗的认识最早可追溯至《黄帝内经》,《素问·阴阳别论》曰:“阳加于阴谓之汗。”津液归属阴分,通过阳气的蒸腾气化,从汗孔排出,即为汗,此即《景岳全书》“汗由液化,其出自阳,其源自阴”^{[8]153-154}所概述也。

古之言汗,多论“气虚自汗”“阴虚盗汗”,其治多以肺卫不固、阴虚火旺立论,治法不外益气固表、滋阴

※基金项目 国家中医药管理局第七批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(No.国中医药人教函[2022]76号)

*作者简介 薛文娟,女,医学硕士,副主任医师。研究方向:中西医结合防治内分泌代谢病。

▲通信作者 陈金水,男,教授,主任医师。研究方向:心脑血管疾病的基础与临床研究。E-mail:jinsuichen22d@aliyun.com

•作者单位 福建医科大学附属第一医院(福建 福州 350005)

降火等^[1],此为通识,无可非议。但人体的津液代谢是由多脏腑共同参与的复杂过程,津液的输布与代谢离不开脾的运化、肺的宣降、肾的气化以及三焦的转输等^[9],若有一环阻滞,则津液停滞,聚而生痰,从而形成各种因痰所致的病证,故有“百病多由痰作祟”之论,汗证亦然。

3 汗证的病因病机

汗证病于津液气化,发于痰饮内滞,而从痰为治者实为鲜见,但需明知。津汗同源,津病化痰,为人生理病理规律,若只认内虚,而不顾邪实,恐固执一端,有失偏颇,局限思维,直至误诊。

3.1 气化失司为汗证病发之因 气化生津,津随气化,肺、脾、肾、三焦功能正常运转,是津液周流、输布、代谢的基础。若脏腑功能异常,肺失宣降,脾失健运,肾失气化,三焦不利,导致气机的升降出入失常,则影响水液的正常代谢。继而因津液不得散布,于内滞而化饮生痰,于外停则汗液不均。究其汗因,乃源于气机失枢,津液不布,故见多汗、少汗、头汗、脚汗,异位之津,异常之量,此津液气化失司,散津不利所病。

3.2 痰饮内滞乃汗证病久之源 痰既已成,病源于肺、脾、肾、三焦失司,此为机体的一种病理状态;同时痰饮又是水液代谢异常的病理产物,停滞于体内各脏腑、经络之间。津液不布导致痰饮内滞,痰饮停聚又加重津液气化失司,愈虚愈实,愈实愈虚,循环往复,使得汗孔开阖愈加无度,痰饮积累愈加难去,此《景岳全书》“是以湿因气化,故多痰也”^{[18]363}之义。肺脏之痰停于肺,脾脏之痰损于脾,肾脏之痰阻于肾,三焦之痰流周身,脏腑气化不及,水液停滞作痰,愈堵愈汗,虚实夹杂,故而病程久作。

4 从痰辨治汗证的思路

气滞湿阻,湿聚生痰,痰阻气郁,关节相连,如环无端。故而治痰者,应明辨气机之困、脏腑所病,治以调畅气化,健运脏腑,则污浊陈旧无所置放,津液循环,汗自分布,无痰无滞,皆从生化,故无所病。

4.1 从气机辨痰之治 痰之始生,困于气化,故治痰不能不辨气机升降。气失升降,湿不得运,上不能润燥,中不能生津,下不能滋阴,各部脏腑运化乏源,津液不行,各停所部,内脏干而外皮溃,痰饮聚而气不行。众之知也,气之所行,赖于津载,津停气止,气郁生痰,此气机之于痰,相关者甚。

4.1.1 气郁生痰 气郁之病多生于七情内伤、忧思郁怒,或病后气馁,气机久郁欠舒,水湿津液凝聚为

痰,多与肝脾相关。症见性情忧郁,少眠多梦,大便多溏,郁而多汗者,便干。治用理气化痰之法,方取二陈汤、温胆汤或合四逆散,以健脾化痰,疏肝解郁,法合《本草从新》“治痰又以顺气为主,气顺则火降而痰消”^[10]之言。

4.1.2 痰气交阻 气滞作痰,痰凝致郁,二者互为标本,愈卷愈结,痰气难分,已有其形,此时理气难开,应从化痰,破气消积,是其治也。此证见汗,多以局部汗出为主,常见头、喉、胸背等部,乃沟壑行气之所,痰气最阻之处。临床用药,以枳实易枳壳,化痰除痞;以青皮易陈皮,破气消滞;木香选川者为佳,破滞攻坚;结聚者用橘核,此祛痰散结之用,破气消积之治,或可有参。对证选用半夏厚朴汤,乃行气化痰之实用;痰患久结,加味导痰汤合温胆汤可堪一试。

4.2 从脏腑辨痰之治 汗证的辨证分型是治疗的基础,痰停一处,则有一处征象,司外揣内,明辨病位,是准确施治的前提,正如《灵枢·外揣》所云:“合而察之,切而验之,见而得之,若清水明镜之不失其形也。”各脏病痰象以汗形不同,分述如下。

4.2.1 肺为贮痰之器 《医门法律》言:“治节不行,不能通调水道。”^[11]津液贵乎敷布,赖于肺气宣降,诸邪收涩阻滞,如外引寒热、内伤气郁,皆致津停华盖,犹如积水。肺气不宣,胸胀满闷,外汗少而口津乏;肺气不降,上逆咳嗽,头汗多而晕眩作。病源于痰阻肺器,气机不利,法当祛痰,方用导痰汤或化痰丸。方中半夏、南星乃克痰专用;枳壳、陈皮有理气之能,配伍使用,得效非常。

4.2.2 脾为生痰之源 脾为运化之官,后天之本,主司化源之用,气血津液无不所出。痰之所生,亦源于脾,乃困于升清不能,痰浊中阻,正如《时病论》曰:“夫痰乃湿气而生,湿由脾弱而起。”^[12]脾痰之症,汗见渍渍,遍身而出,汗质稠黏或稀如水,伴症见脘腹胀满、纳差暖气、大便黏腻、脉弦滑、苔浊腻。此脾虚痰实之证,治当健脾消痰,异功散合二陈汤主之,温胆汤亦主之。自《黄帝内经》起,便知脾为中枢,脾虚则不能散精于肺,下输水道,是以清者难升,浊者难降,滞留中焦淤而化痰,故言治痰者首当治脾。《医宗必读》亦云:“治痰不理脾胃,非其治也。”^[13]

4.2.3 肾为生痰之本 肾为水脏,为精关液门,水液代谢之总闸。肺脾之水,总归于肾,水气不利,泛溢成痰。痰饮停于肾关,以致闸门关闭,水不外出则内泛,下道不行则皮溢,症见形肿而肢粗,皮汗皴皴,溺不得出,形同《脉经》所言:“其腹大脐肿,腰痛不得溺,阴

下湿,如牛鼻上汗,其足逆冷,面反瘦。”^[14]治当温肾化痰,助气化以散水邪,五苓散合三仁汤主之,以通调水道,气化三焦,如此元气流转,水道通畅,则痰饮尽消。

5 验案举隅

5.1 手足汗证 郑某,男,16岁,2023年8月15日初诊。主诉:手足多汗3个月。病史:患者于3个月前外感后出现手足出汗,汗多,质黏,寐差多梦,性情内向,寡言少语,二便尚调,舌质淡,苔白腻,脉弦滑。外院诊断为“多汗症”,予阿托品内服,炉甘石洗剂外用,药后汗少,但停药后仍汗不止,症状未有明显改善,故求诊陈师。中医诊断:汗证,证属气郁湿蕴,痰浊中阻。治法:理气化湿,祛痰消滞。处方:温胆汤加减。药用:姜半夏9 g,茯神15 g,枳壳9 g,竹茹15 g,陈皮9 g,酸枣仁15 g,制远志9 g,夜交藤15 g,合欢皮15 g,琥珀3 g,薏苡仁15 g,柏子仁15 g,荞麦30 g,浮小麦30 g,牡蛎30 g。7剂,每日1剂,水煎,早晚饭后温服。

2023年8月29日二诊:药后汗出明显减少,夜寐改善,偶有口干,大便干,舌淡,苔腻,脉弦滑。予原方去枳壳、琥珀、荞麦,加枳实9 g,玄参15 g,黄连6 g,14剂,煎服法同前。药后汗止,随访1年余,未见复发。

按 本案患者外感后见自汗淋漓,汗多质黏,舌淡,苔白腻,脉弦滑,此为有痰;寐差多梦,性情内向,寡言少语,自有气郁。故应治以化痰祛湿,行气消滞,可参《古今医鉴》之“温胆汤治病后虚烦不得卧,及心胆虚怯,触事易惊,短气悸乏,或复自汗并治”^[15],以温胆汤治之。方中半夏为君,味辛性温,禀天秋燥之金气,得地西方酷烈之金味,消痰祛湿,降气止汗;臣以竹茹,取其甘寒之性,祛暑天之温火,除烦降逆;用枳壳消心中痞塞之痰,散胸膈留水胀满;陈皮主胸中痰热逆气,辛散疏通,调中消痰;配伍茯神益脾平肝,定惊安眠;枣仁酸收,平肝止汗,敛心除烦;远志开心,益智安神,敛精止泄;柏子仁益气安神,润燥除湿;夜交藤补虚止汗,定志催眠;合欢皮解郁安神,补阴止汗;佐用琥珀安脏定魂,利水泄浊;薏苡仁消水除痹,益气除湿;合用荞麦健脾消痰,浮小麦除热止汗,牡蛎收敛固涩。全方攻补兼施,权衡圆通,诸药合用,共奏化痰理气、收涩止汗之功。患者复诊,汗出大减,夜寐愈好,偶见口干、大便干,结合时气,尚至处暑,故予去枳壳、琥珀、荞麦,加枳实泄痞除满,玄参除蒸涤热,黄连泄热消痰,调方续进,药后汗止。此后随访年余,未有复发汗证。

5.2 头汗证 林某,男,55岁,2024年6月4日初诊。主诉:额顶多汗6个月。病史:患者于6个月前饱食洗浴后出现头面出汗,以额顶部为多,于外院诊断为“多汗症”,先后予氯丙嗪内服,明矾外洗,稍有缓解,但停药即复汗出,故求诊陈师。刻下症见:头汗,纳呆,腹胀,咳嗽少痰,咽部异物感,寐可,便质不成形,2次/日,舌淡胖,苔白稍腻,有齿痕,脉弦。中医诊断:汗证,证属脾虚气滞,痰浊内蕴。治法:健脾理气,燥湿祛痰。处方:导痰汤合半夏厚朴汤加减。药用:姜半夏9 g,陈皮9 g,茯苓15 g,炙甘草6 g,枳实9 g,胆南星6 g,厚朴9 g,紫苏子9 g,木香6 g,砂仁6 g,竹茹15 g,生姜15 g。7剂,每日1剂,水煎,早晚饭后温服。

2024年6月18日二诊:药后自觉舒畅,头汗减少,动则复汗,咽部不舒改善,偶有咳嗽,舌淡苔腻,脉濡。予原方加防风9 g,白术9 g,14剂,煎服法同前。

2024年8月6日三诊:头汗明显改善,大便成形,1次/日,此次因外出旅行,受寒腹痛来诊,予香砂六君汤加减调复。近期电话随访,头汗未有复发。

按 本案患者年过五旬,饱腹伤脾,汗出淋浴聚湿,此脾虚湿蕴之因;来诊时症见头汗、纳呆、腹胀、便质稀软,乃脾虚中隔,食气在上,卫气不行,导致局部汗出;湿久成痰,中气不运,肺气失宣,故见咳嗽、咽部不舒,舌脉均符合脾虚痰阻之象,故治之以导痰汤合半夏厚朴汤。方中半夏、南星尤擅祛痰;陈皮、茯苓、甘草健脾理气;枳实、厚朴、紫苏子除胀消积,化痰散痞;辅用木香、砂仁行气消滞;竹茹化痰;生姜和胃。二诊诉诸症好转,但动易汗出,故复予前方加防风、白术以实卫,取玉屏风散之义,益气以实卫,化痰以消源。此后头汗已愈,后因他病来诊,法从调复脾胃为主,后随访头汗未发。

6 小结

陈师从痰辨治汗证的临证经验,体现了其对中医学理论的深厚理解和临床应用的独到经验,充分展现了中医整体观念与辨证论治的优势。通过对汗证病因病机的深入剖析,陈师精准把握了痰在汗证中的核心病理作用,并提出从肺、脾、肾三脏入手,整体调理,以痰为治疗切入点的辨证施治方法,不仅丰富了汗证的治疗策略,也为临床治疗复杂汗证提供了新的思路。陈师的经验,不仅在理论上深化了对汗证的认识,更在实践中展现了中医辨证论治的精髓,值得进一步推广与研究。

(下转第34页)