

诊。现症：低热，夜咳加重，咳白痰，鼻涕清，目胀，乏力，周身酸楚，无恶寒，无口苦、咽干，无口渴，纳少，寐差，二便正常，舌淡，苔白，右脉弦紧迟，左脉弦迟细。此为寒凝少阳，饮郁于内。治以宣通寒凝，枢转少阳，温化寒饮。予柴胡桂枝汤合半夏厚朴汤治疗。处方：柴胡 24g，桂枝 10g，半夏 14g，黄芩 10g，党参 10g，厚朴 10g，白芍 10g，茯苓 12g，紫苏梗 10g，炙甘草 10g，生姜 3 片，大枣 4 枚。3 剂。嘱患者服药后若其体温略上升，勿惊慌，坚持服。三诊：患者服 1 剂药后体温由 38.0℃ 上升至 38.3℃，周身酸楚，夜咳明显减轻，寐可。3 剂后体温正常，偶有咳嗽、咳痰，乏力，渴喜热饮，纳少，二便调，舌淡，苔白，右脉弦，左脉弦细。此为少阳病转枢不利，饮未化尽。治宜枢转少阳，微化其饮。予小柴胡汤合半夏厚朴汤治疗。处方：柴胡 15g，半夏 14g，黄芩 10g，党参 10g，厚朴 10g，茯苓 12g，紫苏梗 10g，炙甘草 10g，生姜 3 片，大枣 4 枚。3 剂。四诊：咳嗽消失，唯全身乏力，纳少，寐欠安。此为脾虚不运，肺肾不足。治以健运脾胃，补益肺肾。予金水六君煎加减治疗。处方：当归 10g，半夏 10g，茯苓 10g，熟地黄 30g，陈皮 6g，苍术 15g，白术 10g，石菖蒲 15g，丹参 30g，鸡矢藤 30g，生姜 3 片，炙甘草 6g，金匱肾气丸 10 粒（随汤吞服）。6 剂。服尽纳可、寐佳，病愈。

按：本案由最初的太阳转属少阳、饮郁于内，到寒凝少阳、饮郁于内，治法宗仲景六经辨证，方以小柴胡汤合半夏厚朴汤及柴胡桂枝汤合半夏厚朴汤。《伤寒论》载“伤寒，五六日，中风，往来寒热，……或咳者，小柴胡汤主之。”夜咳重于子时，而胆经气旺于子时，治夜咳当选小柴胡汤。半夏厚朴汤出于《金匱要略》：“妇人咽中如有炙脔，半夏厚朴汤主之。”病机是痰气搏结咽喉，但也适用于痰饮郁于内，胃肠不舒者。而《伤寒论》载“伤寒，心下有水气……服汤已，渴者，此寒去欲解也。小青龙汤主之。”此条文不单是为小青龙汤而设，实际是为一切痰饮而设，用于判断痰饮消去，外邪方可外达的指征。故一诊据脉证，用小柴胡汤合半夏厚朴汤加减，枢转少阳，温化寒饮；二诊因用寒凉药郁遏少阳枢转于外的出路，改小柴胡汤为柴胡桂枝汤宣通外达，兼以化饮，而热退、咳减。三诊饮邪未尽，仍用小柴胡汤合半夏厚朴汤微化痰饮，而咳嗽消失。四诊邪去正伤，故用金水六君煎加减健运脾胃、补益肺肾，病愈。因此，只要遵循仲景六经的脉、证、提纲，则能效如桴鼓。

(收稿日期：2015-07-16)

第一作者：杨春松，男，2013 级硕士研究生，研究方向：中西医结合治疗风湿病

通讯作者：应森林，男，医学博士，主任医师，教授，硕士研究生导师，研究方向：中西医结合治疗风湿病，E-mail: 874922621@qq.com

## 岳仁宋辨治 2 型糖尿病合并慢性湿疹验案举隅

甘 丽<sup>1</sup> 岳仁宋<sup>2</sup> 杨 蔚<sup>1</sup> 郑奇瑞<sup>1</sup> 姜振全<sup>1</sup>

- (1. 成都中医药大学 四川 成都 610075;
- 2. 成都中医药大学附属医院 四川 成都 610072)

【关键词】 2 型糖尿病；慢性湿疹；犀角地黄汤；名医经验；岳仁宋

【中图分类号】R259.871，R275.982.4 【文献标识码】B

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2016.05.066

糖尿病(Diabetes Mellitus)是一组常见葡萄糖和脂肪代谢紊乱、血浆葡萄糖水平增高为特征的代谢内分泌疾病。近年来发病率快速上升，已成为第三大严重危害人民健康的非传染性疾病<sup>[1]</sup>。糖尿病常合并多种急慢性并发症，皮肤病变为其临床常见合并症，可伴有多种皮肤损害，与糖尿病病程及病情有着密切联系<sup>[2]</sup>。国外报道 2 型糖尿病合并湿疹的患病率为 15.2%<sup>[3]</sup>，国内报道湿疹在糖尿病患者中发病率为 30%~40%<sup>[4]</sup>。岳仁宋教授从医近 30 年，擅用经方治疗糖尿病及内科疑难杂症，笔者有幸目睹其治疗 2 型糖尿病合并慢性湿疹疗效甚佳。现将其以犀角地黄汤为主方治疗 2 型糖尿病合并慢性湿疹验案 1 则总结如下。

杜某，男，74 岁，因“血糖升高 1+ 年，皮肤瘙痒半个月”于 2014 年 12 月 25 日就诊。1 年前体检时发现 FBG 9.2mmol/L，未治疗。半个月前无明显诱因出现全身皮肤瘙痒，难以忍受，影响睡眠。5d 前至当地医院就诊，诊断为湿疹，予以二甲双胍、马来酸氯苯那敏片、西咪替丁片、维生素 C 片及复方甘草酸苷胶囊口服治疗，但仍觉瘙痒难耐。既往有冠心病病史 20+ 年。刻下症：全身皮肤瘙痒，难以忍受，大片抓痕，感口干，全身皮肤泛发红斑、丘疹，色暗红，双手掌色红伴鳞屑，皮损面积约 2000cm<sup>2</sup>，睡眠差，舌暗红，苔白厚腻，舌下脉络增粗，脉弦数。查：FBG 9.8mmol/L，身高 168cm，体质量 70kg，BMI 24.8kg/m<sup>2</sup>。西医诊断：2 型糖尿病；冠状动脉粥样硬化性心脏病；慢性湿疹。中医诊断：消渴；湿疮。辨证：湿热交蒸，热入血分证。治法：清热凉血，祛风止痒。方药：犀角地黄汤加减。药用：水牛角 30g，生地黄 30g，白芍 15g，牡丹皮 20g，紫草 30g，蒺藜 30g，茜草 15g，墨旱莲 30g，防风 15g，乌梅 15g，五味子 15g，蛇床子 15g，生甘草 15g，蝉蜕 15g。4 剂，水煎服，1 剂/d，3 次/d。另予糖足煎剂加减（由黄芪、当归、鸡血藤、川芎、忍冬藤等 8 味药组成）外用泡手 2 次/d。同时予口服复方甘草酸苷片、白芍总苷胶囊等调节免疫、抗组胺；行手部鳞屑真菌培养以明确手部有无真菌感染。二诊（12 月 29 日）：服药后全身皮肤瘙痒较前明显好转，因外感风寒后感头重、

全身乏力,偶咳嗽,感视物模糊,全身皮肤泛发红斑、丘疹较前减少,双手掌色红,鳞屑消失,皮损面积约1800cm<sup>2</sup>,睡眠可。辅助检查:HbA1C 8.7%;OGTT:FBG 8.62 mmol/L,1hPBG 15.53 mmol/L,2hPBG 14.7 mmol/L;胰岛素(INS)释放试验:空腹INS 7.27 mIU/L,1hINS 43.35 mIU/L,2hINS 42.62 mIU/L,3hINS 26.72 mIU/L,空腹C肽0.9×23 nmol/L,2hC肽2.57 nmol/L;血常规:嗜酸性粒细胞1.26×10<sup>9</sup>/L,嗜酸性粒细胞百分比23.9%;尿常规:酮体(±);LDL-C 3.42mmol/L;双手掌鳞屑真菌涂片及培养未查见真菌;动脉彩超:双侧颈总动脉分叉处、颈内动脉起始段及右侧颈外动脉起始段斑块形成,双侧下肢动脉斑块形成伴左侧股总动脉轻度狭窄。治疗上加用皮下注射赖脯胰岛素三餐前6iu、甘精胰岛素睡前14IU控制血糖,口服阿托伐他汀20mg,稳定斑块。中药在上方基础上加白鲜皮15g、地骨皮30g,6剂。糖足煎剂加减泡手同前。三诊(1月5日),患者诉偶有瘙痒,晨起耳鸣,有视物模糊,睡眠佳,全身泛发红斑、丘疹明显消退,有少量新发丘疹,皮损总面积约1300cm<sup>2</sup>,舌质由暗红转为淡红,舌苔由白厚腻渐至薄白腻,舌下脉络增粗,脉弦。岳教授指出患者机体血热已清十之六七,湿邪渐化,中病即止;耳鸣、视物模糊均由肝经气血失调、瘀滞耳蜗目窍所致,故去水牛角、生地、白芍,减轻清热凉血之功,加用通气散调气行血、解郁开闭。处方:牡丹皮15g,紫草30g,茜草15g,墨旱莲30g,乌梅15g,五味子15g,蛇床子15g,生甘草25g,蝉蜕15g,白鲜皮15g,地骨皮15g,柴胡15g,川芎15g,香附15g,石菖蒲10g,地肤子15g,3剂。糖足煎剂加减泡手同前。四诊(1月8日):症状基本同前,全身散在红斑、丘疹,无新发丘疹,皮损总面积约800cm<sup>2</sup>,舌淡红,苔薄白腻,舌下脉络增粗,脉沉弦。FBG 7.0mmol/L,2hPBG 8~10mmol/L。中药:上方去通气散,加花椒5g、黄连15g、炒栀子10g、生地黄30g。共14剂。患者症状、体征基本消失,血糖控制良好,纳眠佳,好转出院。

## 2 讨论

糖尿病属中医学“消渴”范畴,多以“三消”症状、阴虚燥热病机立论。现代医家从脏腑功能受损、气血津液虚滞、分期论治等角度提出了许多病机学说,为中医治疗消渴病开拓了新思路<sup>[5]</sup>。岳教授提出“三期辨证法”论治糖尿病,即初期火热炽盛、中期气阴两虚、后期阴阳两虚,主张“消渴早期当从火断”;同时认为,湿热内阻是糖尿病缠绵难愈的重要原因<sup>[6-8]</sup>。

湿疹是多种内外因素引起的一种具有明显渗出倾向的炎症性皮肤病,伴明显瘙痒,易复发。慢性湿疹主要表现为粗糙肥厚、苔藓样变<sup>[9]</sup>,属中医学“湿疮”范畴。多为禀赋不耐,饮食失节,或过食辛辣刺激荤腥动风之物,损伤脾胃,运化失司,湿热内生,又兼外受风邪,内外两邪相搏,致使风、湿、热邪浸淫肌肤所致。慢性者多病久耗伤阴血,血虚风

燥,乃至肌肤甲错。

糖尿病合并慢性湿疹临床多见,其病机尚未清楚。有研究表明,糖尿病合并湿疹可有多种皮肤损害,且皮肤损害相对严重,皮损面积相对广泛,瘙痒剧烈,病情较为严重<sup>[10]</sup>。皮肤瘙痒与血糖相互影响,形成恶性循环,故治疗上良好的控制血糖与抗炎止痒同等重要。

本案患者素体肥胖,喜食肥甘厚味,且久居湿地,即薛生白《湿热病篇》所载“太阴内伤,湿饮停聚,客邪再至,内外相引,故病湿热”。湿热损伤脾胃,运化失司,水湿内聚,加之风湿热邪外袭人体,气机郁滞,内不得疏泄,外不得透达;且湿为阴邪,重浊黏滞,湿热郁蒸过久,热重于湿,热邪深入血分,血分热邪炽盛,血络损伤,离经妄行,血溢于肌肤而出现斑疹密布全身;离经之血阻滞于肌肤,局部失于濡养则瘙痒;热邪灼伤阴津、湿盛困脾致津液失于输布不能上承于口,则见口干;舌脉均为一派湿热交蒸,热入血分之象。故辨证为湿热交蒸,热入血分证。热邪炽盛于血分,湿邪氤氲于气分。叶天士曰“入血就恐耗血动血,直须凉血散血”;薛生白曰“大进凉血解毒之剂,以就阴而泄邪,邪解而血自止矣”。早期岳教授选用犀角地黄汤加减,取其凉血清解毒之功,以达凉血之目的。方中用水牛角代犀角以清心凉血、解血分热毒;生地凉血养阴,与水牛角相配凉血止血、滋阴养血;芍药配丹皮清热凉血、清热凉血、活血散瘀。《医宗金鉴》载:此方虽曰清火,而实滋阴;虽曰止血,而实去瘀,瘀去新生,阴滋火熄,可为探本穷源之法也。”配伍燥湿祛风、滋阴润燥之品共奏清热凉血、祛风止痒之功。然清凉到十之六七,患者热退、斑疹渐消,不可过于寒凉,恐寒凉太过阳气衰微;后期投以多皮饮、过敏煎、二至丸合通气散加味,邪去而正安。同时外用糖足煎剂以温阳利湿、活血通络为治法治疗糖尿病手部病变,泡手4剂后双手掌皮色正常、鳞屑消失。岳教授指出,本病需警惕湿邪重浊黏滞,难以骤化,与热相合,如油入面,蕴蒸胶着,缠绵难解,病势缠绵,病程较长,在热势减退后谨防“死灰复燃”。故嘱患者忌辛辣、肥甘之品,规律使用降糖药物控制血糖,坚持门诊随访,以防湿疹“卷土重来”。

## 参考文献

- [1] 陈灏珠,林果为,王吉耀.实用内科学(4版)[M].北京:人民卫生出版社,2013:976.
- [2] 温海鹰,罗琴.老年2型糖尿病患者伴发湿疹相关因素分析[J].中华保健医学杂志,2009(2):139-140.

[3] Sasmaz S, Buyukbese MA, Cetinkaya A, et al. The prevalence of skin disorders in type -2 diabetic Patients [J]. Internet J Dermatol 2005 (3):1.

[4] 刘开渊, 黄昭穗. 糖尿病皮肤病变研究进展 [J]. 现代诊断与治疗 2000, 11(5):316-318.

[5] 曹立虎, 岳仁宋, 齐方洲, 等. 糖尿病中医病机探微 [J]. 吉林中医药 2011, 31(11):1048-1049.

[6] 岳仁宋, 王帅, 员富圆, 等. 2 型糖尿病的中医分期分型辨证探析 [J]. 辽宁中医杂志 2010, 37(10):1917-1918.

[7] 岳仁宋, 王帅, 陈源, 等. 2 型糖尿病早期从火热论治的探讨 [J]. 辽宁中医杂志 2010, 37(9):1691-1692.

[8] 李娟, 岳仁宋. 消渴病从湿热论治 [J]. 四川中医 2013, 31(2):43-45.

[9] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组. 湿疹诊疗指南 (2011 年) [S]. 中华皮肤科杂志 2011, 44(1):5-6.

[10] 宋贺. 广安门医院湿疹患者调查分析及中医证型研究 [D]. 北京:北京中医药大学 2012.

(收稿日期:2015-05-22)

第一作者:甘丽,女,2009 级本硕连读研究生,研究方向:中医药防治内分泌代谢疾病

通讯作者:岳仁宋,男,医学博士,教授,博士研究生导师,研究方向:中医药防治内分泌代谢疾病, E-mail:1580229694@qq.com

### 王敏淑治疗

#### 糖尿病泌汗异常验案 2 则

马建红,高颜华,李雅坤,王改仙,王久玉

指导 王敏淑

(河北省保定市中医院,河北 保定 071000)

[关键词] 糖尿病;泌汗异常;中医药疗法;名医经验;王敏淑

[中图分类号]R259.872 [文献标识码]B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2016.05.067

糖尿病是一种常见的内分泌代谢性疾病,同时也是一种全身性疾病。它既能累及中枢神经系统,也可以影响周围神经系统,以周围神经病变较为常见。50% 的 1 型糖尿病患者有泌汗异常,而在患有周围神经病变的 2 型糖尿病患者中 83%~94% 有泌汗异常<sup>[1]</sup>。糖尿病泌汗异常是糖尿病自主神经病变时,汗腺功能失常而出现的汗液排泄异常,临床多表现为上半身尤其是面部及胸部大量汗出,重者昼夜汗出不息,而下肢皮肤干、凉、汗出减少,甚至无汗,给患者带来极大痛苦。现代医学认为其原因可能与支配汗腺的催汗纤维的传出途径障碍有关,是“由于长期的高血糖或血糖波动较大,使调节体能的自主神经受累,引起汗腺分泌功能异常所致的病

证”<sup>[2]</sup>。现代医学治疗方法主要有控制血糖、改善微循环、抗氧化应激、抑制醛糖还原酶、营养神经等,但疗效不一。很多患者虽然血糖控制正常,并经规范的改善微循环、抗氧化应激、抑制醛糖还原酶、营养神经等治疗,但泌汗异常症状无明显改善。

我院王敏淑教授是第三批、第五批全国名老中医药专家继承工作指导老师,河北省名中医,从事中医临床工作 50 余年,对本病的治疗有着丰富的经验。古代中医无“糖尿病泌汗异常”之名,王教授结合病因病机特点及临床表现,将其归属于中医学“自汗”、“盗汗”、“偏汗”等范畴。其病机为消渴病日久体虚,气阴两虚、阴阳失衡、气血不调、营卫失和。消渴病日久,气阴两虚;气虚不能固摄津液,卫表不固,腠理开泄而致汗出,为自汗;阴虚不能制约阳热,阳热蒸腾津液而致汗出,为盗汗。《医学正传·汗证》载“若夫自汗与盗汗者,病似而实不同也。”在治疗上,结合消渴病汗证病机特点,王教授常以益气养阴、活血敛汗为大法,另外,结合“心在液为汗”的理论,常加入养心安神之品以增其效。更结合不同患者证型特点,辨病与辨证相结合,如兼阴虚火旺者,以当归六黄汤加减;阴损及阳者,结合滋阴养阳之品;兼肝郁者,加用疏肝理气之品;兼心肾不交者,加交通心肾、安神敛汗之品;兼肺肾两虚者,加培补肺肾之品。以上方法灵活应用,多可收到良好效果。现将王教授治疗糖尿病泌汗异常验案 2 则介绍如下。

#### 1 气阴两虚兼心肾不交之汗出

李某,女,56 岁,2011 年 6 月 3 日首诊。主诉:发现血糖升高 10 年,汗出异常 3 个月。现病史:患者于 10 年前体检时发现血糖高,后经进一步检查后诊断为糖尿病,后口服降糖药治疗,现口服二甲双胍、格列美脲治疗,空腹血糖控制在 5~9mmol/L 之间,餐后血糖未监测。3 个月以来开始出汗较多,日间吃饭、活动及夜间均出汗,甚则夜间汗多致枕巾潮湿,尤以上半身出汗为著,双下肢怕冷,睡眠差,舌暗红,苔白,脉沉。中医诊断:消渴,汗证。辨证:气阴两虚,心肾不交。西医诊断:2 型糖尿病,自主神经病变,泌汗异常;治法:益气养阴敛汗,养心补肾。处方:生黄芪 20g,太子参 10g,生地 12g,熟地 12g,玄参 10g,杭白芍 15g,女贞子 12g,炒酸枣仁 15g,柏子仁 10g,远志 6g,煅龙骨 15g,煅牡蛎 15g,桂枝 5g,麻黄根 6g,浮小麦 15g,仙茅 10g,丹参 20g,川断 12g,杜仲 10g。7 剂,水煎服。二诊:汗出明显减少,余症减轻。方不变,7 剂。三诊:汗已止,睡眠改善,双下肢怕冷减轻,继服上方 7 付,巩固疗效。

按:患者消渴病日久,气阴两虚,气虚不能固摄