



# 唐汉钧教授运用阴阳学说辨治淋巴结疾病经验

黄纲

上海交通大学医学院第九人民医院中医科, 上海 200011

关键词: 阴阳学说; 中医疗法; 医案

中图分类号: R331.4; 文献标识码: B; 文章编号: 1672-1977(2007)02-0198-03

## Professor Han-jun Tang's experience in treating lymphadenopathy with Yin and Yang theory

Gang KUI

Department of Traditional Chinese Medicine, Ninth People's Hospital, Medical College of Shanghai Jiao Tong University, Shanghai 200011, China

Keywords: Yin and Yang theory; therapy, traditional Chinese medicine; case record

Kui G. *J Chin Integr Med / Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao*, 2007; 5(2): 198-200. Received August 28, 2006; published online March 15, 2007. Free full text (PDF) is available at [www.jcimjournal.com](http://www.jcimjournal.com)

全国名中医唐汉钧教授一贯重视中医基础理论对外科临床实践的指导意义,临证重视阴阳辨证,认为“治病不明阴阳,开口便错,动则取咎”。淋巴结疾病是中医外科临床常见病,致病因素包括炎症、病毒、结核、肿瘤等。虽然现代医学诊断技术不断发展,但是淋巴结疾病在临床和病理诊断方面仍是难点,当发病原因不明确时容易误诊误治。笔者有幸随师侍诊数载,对唐教授运用阴阳学说辨治淋巴结疾病的经验有所体会,愿书之与同道共勉。

### 1 耳后化脓性淋巴结炎

王某,男,20岁。2003年1月4日初诊。患者右面颊部近耳门前发疮肿1月,引发右耳后淋巴结肿大、疼痛1周。在外院每日用青霉素钠800万U及头孢噻肟钠(凯帝龙)4g静脉滴注4d,急性红肿虽缓解,但僵硬结肿难消,局部仍感胀痛。体检:右面颊部疮肿质地较硬,虽溃破有脓,但脓出不畅,右耳后根肿块紫暗色,质地较硬,大小约0.8cm×1.5cm×2.5cm,皮温升高,苔薄腻,脉濡数。实验室检查示白细胞 $13.7 \times 10^9/L$ ,中性80.7%。此风热外袭,湿热内蕴,痰浊火毒结聚少阳经脉致患,但在应用大剂抗菌素治疗后既不能使热毒透邪外出,又不能消散耳后结块,故立法清热败毒,和营消肿,

软坚散结为治。内服:紫花地丁30g、金银花15g、七叶一枝花30g、黄芩10g、菊花10g、丹参15g、赤芍药10g、川芎10g、生黄芪30g、皂角刺10g、制大黄12g、浙贝母10g、夏枯草10g、猫爪草30g、生甘草10g、陈皮10g、姜半夏10g、紫苏梗12g、谷芽10g、麦芽10g,3剂;外用:右面颊部疮疡用掺药法,金黄膏合九一丹敷贴,右耳后肿大淋巴结用冲和膏敷贴。1月7日二诊,右面颊部疮肿僵块消解,脓出较畅,创面脓腐基本净,右耳后根肿块亦已软化,皮色紫滞转为淡红,皮温正常。实验室检查示白细胞 $8.5 \times 10^9/L$ ,中性67.7%。热毒之势已折,进一步加强健脾化湿。内服:前方去七叶一枝花、皂角刺、制大黄,加太子参30g、白术15g、茯苓15g,7剂;外用:右面颊部疮疡用掺药法,金黄膏合生肌散敷贴,右耳后肿大淋巴结同前。1月15日三诊,右面颊疮肿已愈,右耳后淋巴结肿大缩小至绿豆大小,再予内服前方,减小其制,同时配合服小金丹消肿散结。1周后复诊,创敛肿消而愈。

按:淋巴结炎是临床常见病,包括急、慢性。一般急性淋巴结炎属红肿热痛阳证范畴,中医多清热解毒为治,现代医学则采取抗菌素治疗。但由于体质禀赋不同,有不少患者在使用抗菌素治疗后,脓汁郁滞,形成僵肿,出现迁延亚急性表现,此时虽仍

属于阳证范围,但却有气血湿热阻滞的征象。本例患者耳后化脓性淋巴结炎,属于阳证无疑,但由于出现僵肿,皮色紫滞,肿块质地僵硬,脓水外出不畅等局部蕴阻的阴证表现,因此内服在清热解毒基础上加用和营消肿化滞散结方药,外治用冲和膏贴敷。初诊处方用紫花地丁、金银花、七叶一枝花、生甘草清热解毒,黄芩、菊花疏风清热,生黄芪、皂角刺托毒排脓,丹参、赤芍药、川芎和营消肿,浙贝母、制大黄、夏枯草、猫爪草软坚散结,同时注意用陈皮、姜半夏、紫苏梗、谷麦芽顾护胃气。二诊耳后僵肿未除,在保持清热解毒托毒基础上,进一步加强健脾益气化湿之力,促进肿块消散。待淋巴结肿块明显缩小后则制小其方并合用小金丹巩固。唐教授指出即使在典型阳证的治疗中,亦要考虑到变证的发生,因此选择正确的治疗原则十分关键,临床实践中类似病证并不鲜见,诸如急性乳腺炎、丹毒等疾病在使用抗菌素治疗后往往也会出现热毒不容易透达外出,又不能消散,导致局部僵肿形成的情况。本案中对外部气血湿热瘀滞僵肿的治疗充分体现了唐教授缜密的辨证思路。

## 2 颈淋巴结核

李某,男,54岁。1998年11月7日初诊。来时形体消瘦,面白颧红,腰膝酸软,动则气促,胁肋胀满,午后低热,潮热盗汗,口渴咽干,右颈侧淋巴结成串如贯珠状已2年,肿核有花生大小,质地硬,可活动,肤色不变,触痛不明显,舌红少津苔薄,脉细数。外院穿刺诊为“颈淋巴结结核”,血沉34 mm/h。证属肺肾阴亏,肝郁痰凝。治拟化痰软坚散结为主,兼以养阴。内服:夏枯草10 g、海藻10 g、浙贝母10 g、陈皮10 g、姜半夏10 g、莱菔子10 g、桔梗6 g、生黄芪30 g、穿山甲10 g、制大黄10 g、郁金10 g、生地黄20 g、玄参12 g、天门冬12 g、南沙参20 g、黄芩10 g、生甘草6 g,14剂。二诊,潮热盗汗,口渴咽干,午后低热诸症均减,再予前方加减。6周后三诊,见面色少华,颧红渐褪,气短乏力,纳少便溏,颈淋巴结缩小到原有肿核的3/4,检查血沉正常,舌淡胖苔薄白,脉濡细,加健脾益气清化痰浊之品以助脾运、调气血、散阴霾。内服:猫爪草15 g、菝葜30 g、龙葵15 g、海藻12 g、百部12 g、黄芩12 g、丹参30 g、穿山甲12 g、生黄芪30 g、太子参30 g、白术15 g、茯苓15 g、陈皮10 g、姜半夏10 g、仙灵脾15 g、玄参12 g、红枣20 g、生甘草6 g。此方随症加减服用7个月,肿块已缩小到原来的1/4,低热消失。患者未再续诊。至1999年11月19日,又来求治,诉因家中搬迁新居,过于操劳导致痼疾复发,又

兼感风邪引发瘰疬再起,并且又出现神疲乏力,倦怠不适,午后低热,虚汗盗汗等症状,体检可见颈淋巴结又肿大,约为4 cm×2.5 cm,且融合成1个椭圆形团块,舌红苔薄,脉细。在三诊方基础上合三才汤以滋养肺肾,并加强清热解毒方药,予白花蛇舌草30 g、忍冬藤15 g,另服马钱子片,2片/日。经治6周后,颈部肿大淋巴结缩小到蚕豆大小,去马钱子片。2000年3月4日复诊,颈部肿大淋巴结已缩小到黄豆大小。查结核抗体阴性。内服:生黄芪30 g、太子参30 g、白术15 g、茯苓15 g、陈皮10 g、姜半夏10 g、紫苏梗10 g、猫爪草30 g、百合12 g、天门冬12 g、玄参12 g、南沙参15 g、浙贝母9 g、昆布9 g、夏枯草9 g、僵蚕12 g、丹参30 g、生甘草6 g。本方加减巩固1年后,诸症消失,随访稳定至今。

按:瘰疬是慢性病,属于阴证范畴,用药周期长,容易反复。一般会出现溃破的情况,本例在整个治疗过程中并未发生。唐教授治疗本病通常以健脾化痰散结为基本治则,同时习用黄芩、百部、丹参、猫爪草为治疗结核的经验用药。值得注意的是,在治疗过程中曾经由于过度操劳合并外感发热,导致颈淋巴结结核的肿块在逐步缩小的情况下发生反复,出现再次增大的症情。唐教授认为虽然瘰疬属于阴证,但是可因结核病灶周围炎症,或口腔、咽喉等炎症继发感染,而在局部产生阳热的症状,此时是由阴证亚急性发作形成的“阴中有阳”证候,因此在保持运用益气健脾化痰药物的同时,选用白花蛇舌草、忍冬藤清热解毒,并用马钱子片加强解毒消肿,比较有效地控制了急性发病,而使局部肿消痛止,热清毒解,消散瘰疬的疗效更加显著。

## 3 非何杰金氏淋巴瘤

姚某,女,22岁。2002年3月12日初诊。患者于2002年1月发现右颈部有2枚肿核,初期仅黄豆大小,渐长大至花生大小,在外院穿刺诊为“非何杰金氏淋巴瘤”,经化疗6次,放疗40次后肿核缩小但未消除。来诊时,神疲乏力,面色少华,口干咽燥,大便偏干,颈部肌肉僵硬,触诊有肌纤维增厚感,肿核分别为直径1.2 cm、1.5 cm大小,质地硬,舌红苔薄,脉濡细。气滞痰凝久聚成毒发病,化、放疗后热毒又耗气伤阴,故证属气阴两伤,痰浊凝滞,治拟健脾益气,养阴生津,清化痰浊。内服:生黄芪30 g、太子参30 g、茯苓15 g、白术15 g、陈皮10 g、姜半夏10 g、黄精18 g、玄参12 g、生地黄18 g、天门冬12 g、天花粉18 g、百合12 g、莱菔子10 g、桔梗6 g、猫爪草15 g、莪术15 g、红枣20 g、生甘草6 g,14剂。二诊,疲乏感、口干咽燥减轻,大便正常,肿核稍软,原方去天花粉、莱菔子,加当归15 g、龙葵30 g,14剂。以后守方随症加减,如寐差加合欢皮、

五味子、酸枣仁;咽干不适加藏青果、胖大海;泄泻用藿香、六神曲;恶心、泛酸用姜竹茹、吴茱萸、黄连;纳谷不馨用谷麦芽、大腹皮、鸡内金;便秘用枳实、生大黄。半年后,肺核全部消除。遂制小其方,并根据四季不同的气候特点,遵“春夏养阳,秋冬养阴”原则,配伍用药,如春季加金银花、黄芩、连翘、菊花、板蓝根、苦丁茶等清热解毒,辛凉解表以防外感风湿;夏季加藿香、佩兰、青蒿、厚朴、荷叶等芳香醒脾,解暑化湿;秋季加沙参、枸杞子、女贞子、旱墨莲等养阴润肺以防燥邪伤阴;冬季加仙灵脾、山萸肉、菟丝子、蚕茧、熟地黄、阿胶、何首乌等补益肝肾,补养气血。随访 3 年未复发。

按:恶性淋巴瘤是原发于淋巴结或淋巴组织的恶性肿瘤,其病因尚不明确。非何杰金氏淋巴瘤是恶性淋巴瘤的一种,与何杰金氏淋巴瘤比较预后较差。本病表现与中医古籍中的“石疽”、“失荣”、“恶核”等记载相似,属于阴证范畴。治疗上现代医学常采用化疗或放疗。本例患者在化、放疗后出现了气血不足、阴津亏耗、脾肾双亏的临床表现。唐教授认为本病的发生,脾虚痰凝是关键,同时要注意病久阴损及阳;根据《内经》“阳生阴长”和“阳之所生,

本在五味”的意旨,主张益气健脾,养荣化浊为主,脾气盛,则气血生,阴阳和,痰瘀消。因此,选用六君子汤健脾化痰为主方;黄精、玄参、生地黄、天门冬、天花粉、百合养阴生津;猫爪草、莪术、莱菔子、龙葵都有化痰软坚散结的作用,从而达到消除肿块、延长生命的治疗效果。

总之,唐教授认为外科阴阳辨证多以全身和局部症状相结合为主,既要顾及全身的状态,如神疲乏力、畏冷肢寒、气短自汗等阳虚症状或者形体消瘦、五心烦热、潮热盗汗等阴虚症状,又要重视对局部体征的检查。阴阳之分,归根到底是引起气血不和,循行失常这一基本病机的病因之分,阳者不得宣发,阴者运行受阻,阴阳存在变化转归的可能性。对于淋巴结疾病而言,急性属阳证,慢性属阴证;急性中尚有亚急性,当属阳中有阴;急性发作使用抗生素转为迁延性的,此为阳证转为半阴半阳证;慢性转为亚急性或急性发作的,此为阴证转为半阴半阳证或阳证;亦有淋巴结冷脓肿、淋巴瘤则纯属阴证。在治疗中既要着重观察局部,又要善于顾及全身。要注意结合气血、脏腑、经络学说辨证施治,补虚纠偏,达到“阴平阳秘”的动态平衡。

## 全国中西医结合脊柱相关疾病学术研讨会 暨《中国骨伤》杂志创刊 20 周年纪念会征文通知

为促进脊柱医学的发展和学科建设,更好地为脊柱医学工作者提供展示不同学术观点的交流平台,由中国中西医结合学会和《中国骨伤》杂志社主办的全国中西医结合脊柱相关疾病学术研讨会暨《中国骨伤》杂志创刊 20 周年纪念会,拟于 2007 年 5 月在北京召开。会议的主要议题:(1)脊柱相关疾病的基础和临床研究成果的交流;(2)成立中国中西医结合学会脊柱医学专业委员会;(3)《中国骨伤》杂志创刊 20 周年纪念活动。欢迎全国各地从事脊柱医学工作及相关专业的医务人员踊跃投稿。本次研讨会为国家级继续医学教育项目,参会者将授予 I 类学分。会议期间将聘请国内外著名专家进行专题报告及举行《中国骨伤》杂志创刊 20 周年编委工作会。

**1 征文内容** (1)脊柱相关疾病的基础研究、临床研究、学术探讨、研究进展、诊疗方法等;(2)脊柱医学的基础理论、临床实践、整脊手法操作技法;(3)颈肩腰腿痛理论研究和临床诊疗方法探讨等;(4)脊柱针法微创技术及科研成果、学术论述、脊柱疾病的临床护理等文稿;(5)脊柱的生物力学研究以及生物信息系统的理论探讨和实验研究,与脊柱相关的脊柱解剖学和生物力学作用机制、脊柱生物力学评价方法等;(6)脊柱外科的临床诊疗、基础研究、康复理疗、预防保健等方面的论著、综述、技术介绍和经验交流;(7)脊柱微创手术的研究发展状况,各种微创手术在脊柱手术中的临床应用,微创器械的研制等;(8)脊柱脊髓损伤基础与临床研究、脊术脊髓损伤的康复及脊柱脊髓损伤并发症的预防和治疗,传统医学在脊柱脊髓损伤疾患中的应用;(9)与脊柱医学相关的医疗器械和保健器材的研发以及一些相关药物的开发应用等。

**2 征文要求** 凡未在国家级以上学术会议交流或未在公开刊物上发表的论文均可投送。论文全文在 3 000 字以内,并附 500 字左右结构式摘要 1 份,请用 A4 纸打印,并寄软盘,欢迎通过 E-mail 投稿。优秀论文将推荐在《中国骨伤》2007 年增刊上发表。

投稿请寄:北京市东直门内南小街甲 16 号《中国骨伤》杂志社范少云收,请在信封上注明“会议征文”字样。邮政编码:100700;E-mail:zgsgsz@sina.com;电话:010-84020925;截稿日期:2007 年 4 月 30 日。