

王俊志运用当归拈痛汤论治皮肤病经验

刘 畅¹ 王俊志² 通讯作者

1 黑龙江中医药大学 150036 2 黑龙江中医药大学附属第一医院 150036

〔摘 要〕当归拈痛汤主治湿热相搏，复感风邪之证，在临床运用广泛。王俊志教授不拘泥于原方主治，灵活运用该方加减化裁治疗不同皮肤疾病，收效甚佳。故总结导师运用当归拈痛汤辨治皮肤病的经验，并附王老师主诊验案 2 则加以佐证。

〔关键词〕当归拈痛汤；湿热；王俊志；验案

〔中图分类号〕R75 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2020) 11-077-02

王俊志教授，黑龙江中医药大学附属第一医院皮肤科主任，硕士研究生导师，从事中医皮肤病的临床、教学及科研工作 30 余年，经验丰富。师从全国名老中医王玉玺教授，跟从名师，精读经典，善用经方，但临床应用又不拘泥于古方，重视总结方药特点和病证特点，灵活运用，加减化裁，推陈出新，临床疗效显著。现将导师运用当归拈痛汤一方治疗皮肤病的经验论述如下，以供参考。

1 当归拈痛汤溯源

当归拈痛汤是著名的清热利湿方剂，主治湿热相搏，复感风邪之证。源自张元素所著的《医学启源》，其药物组成为当归、羌活、茵陈、防风、苍术、知母、白术、猪苓、泽泻、升麻、葛根、黄芩、人参、苦参、甘草。全方有利湿清热，疏风止痒之功，现多广泛用于风湿热痹及湿热流注浸淫所致的脚气初起等病。经历代医家的开拓和发展，现该方所治病种多样，清代汪昂在《医方集解》中总结本方的历代应用不仅局限于湿热痹痛等证，亦可用于证属湿热蕴结的皮肤病、内科病、外科病的治疗。

2 王俊志对当归拈痛汤的认识

王俊志教授认为当归拈痛汤组方严谨，兼顾全面，祛风、清热、利湿、扶正四法并用。风能胜湿，方中以风药化湿燥湿，开发腠理，浅能达表皮，深能入经络，且滞于经脉血肉间的湿邪非风药不能达也；另除湿之药多苦燥而伤及气血阴津，故加当归养血活血，知母清热润燥，二药相合，顾护正气，使全方祛邪而不伤正。本方虽药味繁多，功用复杂，但祛风、扶正均为更好的发挥清热利湿之效，遂导师认为本方用药关键围绕湿热这一主要病机。

“湿热”的提出始见于《黄帝内经》^[1]，《素问·生气通天论》曰“因于湿，首如裹，湿热不攘，大筋痠短，小筋弛长”。隋代《诸病源候论》中“湿热相搏，故头面身体皆生疮”出现了湿热病机致皮肤病的记载^[2]。宋以后各代医家对湿热证的认识也不断深入，朱丹溪更是认为“六气之中，湿热为病十居八九”，指出了湿热致病的广泛性^[3]。另薛生白《湿热论》中强调湿热致病多为内伏湿热之邪与外感湿热之邪共同作用的结果，且内因起决定性作用。结合历代医家思想和时下环境，王俊志教授认为目前人们湿热病的外因多责之环境的潮湿、气候的变化，若正气不足则易生湿邪，久而化热成湿热。内因主要责之不良的饮食习惯及生活方式，嗜食辛辣、肥甘厚味，损伤脾胃，湿浊内生，郁而化热；以及熬夜过度、用脑过度等，导致阳气损耗，从而易感湿热之邪；再加之现代抗生素的滥用^[4]，导致湿热体质愈加增多。临床以脘腹胀闷，食少纳呆，肢体困重，倦怠乏力，便溏或黏腻不爽，溲赤，女子白带量多色黄，舌质红、苔白或黄腻，脉多滑数等为常见湿热证候的表现^[5]。发于皮肤则多为肿胀、糜烂、渗出、水疱或脓疱，但导师认为湿热证型的皮损不应局限于有形之湿，若湿热之邪阻滞气机，使皮肤失于气血濡养，亦可产生燥象。如银屑病、慢性湿疹等虽皮肤粗糙增厚，干燥瘙痒，但并不能否定其存在湿热病机。

临床上导师运用当归拈痛汤清利湿热，常改重用茵陈、土茯苓为君清热利湿解毒。防风、升麻、葛根配羌活祛风除湿，使湿

从外散；黄芩、苦参清热燥湿，猪苓、泽泻利水渗湿，佐以苍术、白术燥湿运脾，使湿从内消，内消外散，尽显其祛湿之力；当归合知母养血润燥，甘草调和诸药。湿热重或正虚不显时，常去掉人参。同时王俊志教授强调临床辨病应与辨证相结合，且经方、名方不应只拘泥于原方的主治病证，应善总结方药特点、病证特点及其演变规律，从而归纳其治疗要点。再结合患者个人体质等因素，灵活辨证论治，运用“异病同治”的原则，加减化裁，知常达变，常能收到良好的临床疗效。现将导师运用当归拈痛汤加减治疗不同皮肤病验案 2 则介绍如下。

3 验案举隅

3.1 银屑病

范某，男，53 岁，2019 年 12 月 13 日初诊。患者银屑病病史 10 年余，平素嗜食肥甘厚味，喜饮酒，无家族遗传病史，既往有高血脂症病史。自述多处治疗，时轻时重，效果不显，现为求中医治疗遂来就诊。就诊时四肢及躯干散在大量红斑丘疹，色暗，上覆鳞屑，以腰背部居多，瘙痒。形体肥胖，略带油光，纳差，倦怠乏力，肢体困重，大便欠成形且黏腻不爽，小便调，眠可，舌红苔黄腻边有齿痕，脉滑数。西医诊断：寻常型银屑病；中医诊断：白疔，证属：湿热蕴结，治以清热解毒、祛风除湿、活血化瘀。方用当归拈痛汤加减：茵陈 15g，土茯苓 30g，黄芩 10g，苦参 15g，羌活 10g，防风 10g，升麻 10g，葛根 15g，猪苓 10g，泽泻 10g，当归 15g，知母 10g，苍术 15g，白术 15g，丹皮 15g，甘草 10g。14 付，每日 1 付，水煎，早晚饭后温服。并嘱饮食清淡，忌牛羊肉、海鲜及辛辣刺激之品。

2019 年 12 月 28 日复诊：患者斑疹颜色转淡变薄，鳞屑减少，无新起皮疹，纳差、倦怠乏力及大便情况明显改善，自述偶痒，余无不适。上方加地肤子 20g，继服 14 剂。

2020 年 1 月 12 日三诊：患者皮疹大部分消退，其余症状亦基本消失，痒不显。效不更方，为巩固疗效，将上方 14 付做为水丸，每次 10g，早晚两次饭后口服。

按：银屑病中医称为“白疔”，俗称“牛皮癣”。其病机复杂，当代医家多以血分论治，辨证分为血热证、血虚证、血瘀证等^[6]，但临床湿热证亦不少见。王老师认为当下人们的饮食习惯及工作生活环境易致湿热体质，使湿热蕴结成为了当今银屑病的一个重要发病类型，且该病长期缠绵难愈的特点，亦符合湿热之邪的致病特点。该患者平素嗜酒及肥甘厚味，湿热内蕴浸淫肌肤，使气血运行受阻，不能外达濡养肌肤，发为本病。湿热阻于中焦，则症见纳差、大便黏腻不爽，且苔黄腻，脉滑数也均为湿热之证，故予当归拈痛汤清热祛湿。湿热重则去人参；又因该患者病史 10 年，久病必瘀，故加丹皮凉血活血，配当归去湿热所致的瘀滞。二诊患者有瘙痒，加地肤子清热利湿，增强止痒之效。三诊病情基本稳定，因患者病史长，且湿热之邪黏腻难除，遂用水丸巩固，药力持久、便于服用携带，使患者依从性好利于长期服用。

3.2 湿疹

陈某,男,36岁,2019年11月08日初诊。患者四肢红斑丘疹伴瘙痒3月余,自行口服“氯雷他定片”,外用不知名药膏,效果不显,仍反复发作,故来就诊。症见四肢散在成片红斑丘疹,伴有少量渗出,痒重致难以入寐。小便黄,偶便溏,舌红、苔黄腻,脉滑数。西医诊断:湿疹;中医诊断:湿疮,证属:湿热内蕴,外感风邪,治以清利湿热,祛风止痒。方用当归拈痛汤加減:茵陈15g,土茯苓30g,苦参15g,防风10g,黄芩10g,羌活10g,葛根15g,升麻10g,猪苓10g,泽泻10g,当归15g,白术15g,苍术15g,白鲜皮20g,地肤子20g,生龙骨20g(先煎),甘草10g。14付,每日1付,水煎,早晚饭后温服。并嘱忌发物及辛辣刺激之品,避免温度高的水触碰皮肤,避免熬夜及情志紧张。

2019年11月23日复诊:患者皮疹颜色变浅,基本无渗液,瘙痒明显减轻,其余症状均有改善,自述服药后无不适。效不更方,继服10剂。

2019年12月08日三诊:患者皮疹基本消退,局部留有色素沉着,痒痒不显,余症状基本消失。上方去生龙骨,继服7剂。

按:本病属中医“湿疮”的范畴,病机多为先天禀赋不足,后天饮食失节,或情志不遂致脾失健运,湿热内生,而腠理不密,又兼外感风邪,风、湿、热互结于肌肤,故发湿疮^[7]。因此湿热之邪引起的湿疹应治以清热除湿、祛风止痒,符合当归拈痛汤的病机,遂导师以此方加減治疗。湿热重去人参;为顾护脾胃去知母,以防寒凉太过;痒重加白鲜皮、地肤子清热燥湿止痒,同时具有抗炎、抗菌、抗变态反应等功效^[8];痒痒难寐、便溏加生龙骨以重镇安神止痒,收敛湿气,固便成形。三诊患者痒不显,睡眠佳,故去生龙骨。此方加減调理一月余,诸症消失,湿疹未作。

4 结语

经历代医家的研究拓展,当归拈痛汤现应用广泛。现代药理

研究^[9]当归、茵陈、防风、苦参有抗菌作用;苦参、防风、泽泻具有抗炎功效;白术和猪苓可增强免疫。徐莎婷等^[10]认为此方有抗炎镇痛、调节免疫及代谢的作用。导师强调临床施治当审因论治,不可拘泥于原方主治。上述列举2则医案,虽疾病、症状各异,亦不属原方主治病症,但均契合了湿热内蕴的病机,运用收效甚佳,充分体现了中医“异病同治”的治疗思想。所以只要辨证准确,凡湿热证的皮肤疾病均可运用此方随症加減。

[参考文献]

- [1] 田代华整理.黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- [2] 焦振康.关于“湿热证”的历代研究[J].陕西中医药大学学报,2018,41(05):19-21+24.
- [3] 盛增秀.丹溪学派探要(下)[J].浙江中医杂志,2012,47(12):861-863.
- [4] 展照双,王加锋.“到气才可清气”对抗生素滥用及不良反应的临床指导意义[J].山东中医杂志,2019,38(5):410-413.
- [5] 国家技术监督局.中华人民共和国国家标准——中医临床诊疗术语证候部分[S].北京:中国标准出版社,1997.
- [6] 寻常型银屑病(白疤)中医药循证临床实践指南(2013版)[J].中医杂志,2014,55(1):76-82.
- [7] 刘美杰,刘瑛琦.运用五运六气学说分析湿疹湿热浸淫型的发病[J].长春中医药大学学报,2016,32(5):944-946.
- [8] 刘哲.中西医结合治疗皮炎湿疹类皮肤病100例临床研究[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(12):108-109.
- [9] 李敏.当归拈痛汤在皮肤病中的运用心得[J].现代中医药,2005,25(5):30.
- [10] 徐莎婷,唐现莉,欧阳建军.当归拈痛汤的临床应用与实验研究[J].河南中医,2013,33(02):302-305.

(上接第74页)

综上所述,对脊髓损伤神经源性膀胱患者采针刺结合膀胱功能训练治疗,安全有效,本研究样本量较少,试验周期较短,对其远期的排尿功能及泌尿道感染等并发症的发病率仍有待进一步追踪。

[参考文献]

- [1] 张胜利,赵承其,李勇.中医综合康复治疗对脊髓损伤后

神经源性膀胱尿潴留患者生活质量的改善效果分析[J].中国实用医药,2020,11:141-142.

- [2] 周凌云,李杰,李春梅,等.电针八髎、会阳治疗脊髓损伤性尿潴留疗效观察[J].中国针灸,2006,26(4):237-239.
- [3] 徐秀梅,徐彦龙.康复训练结合针灸治疗脊髓损伤神经源性膀胱患者临床疗效观察[J].中国针灸,2005,35(7):670-671.

(上接第75页)

保持骨折对位以达到早期愈合的效果。髓内针固定属于弹性固定是胫骨干骨折的较为理想治疗方式,该固定方法能够让骨折端更具稳定性,可更好地得到生理应力性刺激,并且这种固定亦不会加强组织容量,更适用于早期肢体肿胀的骨折实施手术。本次研究还发现,手法复位与微创穿针固定之间密不可分,换言之,若想到微创固定效果,就必须采取手法复位,二者相辅相成,只有复位满意后才能顺利将髓内针置入远侧髓腔,因此需重点把握手法复位的要点及技巧。

综上所述,胫腓骨骨折采取中医正骨手法闭合复位微创穿针

内固定治疗较为理想,可促进骨折快速愈合,临床运用效果显著,值得推广。

[参考文献]

- [1] 唐桂勇,徐东,杨效飞等.手法闭合复位经皮微创固定与小腿下段前外侧入路切开复位内固定治疗胫骨中下段骨折的疗效对比[J].安徽医药,2019,23(3):546-549.
- [2] 孔闪闪.闭合复位微创锁定钢板内固定治疗胫腓骨多段骨折的临床效果观察[J].医学理论与实践,2016,29(6):766-767.
- [3] 罗小军.闭合复位微创锁定钢板内固定治疗胫腓骨多段骨折的疗效分析[J].现代诊断与治疗,2016,27(5):796-797.

(上接第76页)

身感觉障碍患者运动功能及感觉功能,具有较好的临床疗效。

[参考文献]

- [1] 严莉,李晶,卫义兰,等.轻点刺络法联合针刺对脑卒中偏身感觉障碍患者感觉功能和生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(17):1856-1860.
- [2] 袁昌杰,黄必德,韩克行.巨刺结合经筋刺法对中风后痉挛性偏瘫病人运动功能的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(08):1259-1261.
- [3] 荣积峰,王卫宁,吴毅,等.悬吊核心稳定训练对脑卒

中恢复期患者平衡功能和步行能力的影响[J].中国康复,2017,32(02):109-112.

- [4] 符标,张耿,占达良.腕踝针联合甲钴胺对缺血性脑卒中偏身感觉障碍的疗效观察[J].世界中医药,2019,14(09):2492-2494.
- [5] 马振宇.针刺配合低频神经肌肉电刺激对卒中下肢偏瘫患者肢体功能的影响[J].上海针灸杂志,2019,38(09):964-968.
- [6] 景福权,周钰,牛相来,等.腹针、腕踝针配合康复疗法治疗缺血性脑卒中偏瘫临床观察[J].上海针灸杂志,2018,37(02):154-158.