肢体缺血性疾病的中医疗法

□崔公让

案例一

初诊 郑某，男，67岁。患者以双下肢发凉半年，右足背外侧皮肤溃破半个月来就诊。

症见 双下肢发凉，右足背外侧皮肤有一约2厘米×3厘米溃疡面，周边发红，触痛明显，右足疼痛，夜间尤甚，双下肢肌肉萎缩，皮温偏低，双股动脉、腘动脉可触及搏动，双足背动脉未触及搏动，双下肢肢体抬高下垂试验结果为阳性（右重于左），口渴喜饮，大便偏干，小便尚可，睡眠不好，饮食一般，舌质红绛、苔黄，脉弦细。彩超检查结果显示：双下肢动脉硬化，有斑块形成；右侧胫后动脉阶段性狭窄。PPG（光电容积描记技术）检查结果显示：双下肢末梢循环中度障碍。ABI（踝肱指数）检查结果显示：左侧0.8，右侧0.5。

既往史 患者有糖尿病病史6年，结肠癌病史2年，脑梗死病史1年。

诊断 脱疽（糖尿病肢体闭塞性动脉硬化）。

证属 热毒壅滞。

治则 清热解毒、活血通脉。

处方 四妙勇安汤加减。当归20克，金银花30克，玄参30克，生地20克，白茅根20克，牡丹皮20克，大黄6克，细辛12克，甘草10克。共15剂。每天1剂，水煎服。

其他治疗 定期外科清洁换药。

二诊 患者热毒得消，创面渗出减少，周边发红、触痛已明显缓解，边界清晰。但是患者仍有下肢发凉，皮温偏低，行走后尚有右足疼痛不适，舌质紫暗、有瘀点、苔白，脉沉涩，为血脉瘀阻之象。

处方 通脉活血汤加减。当归20克，丹参30克，鸡血藤30克，麻黄12克，细辛12克，白术15克，赤芍30克，制附片9克，石斛20克，甘草10克。共20剂。每天1剂，水煎服。

其他治疗 定期外科清洁换药。

三诊 用药后，患者创面逐渐干燥结痂，周边无渗出，疼痛已明显减轻，肢端有白色鳞屑脱落，肢端循环有所改善，故而见皮色渐红润，有脱屑，肢体发凉好转，皮温有所升高。患者感觉疲倦乏力，面色苍白，舌质淡、苔薄白，脉沉细无力，为气血亏虚之象。

处方 顾步汤加减。黄芪30克，党参20克，白术15克，赤芍30克，当归20克，黄精20克，玉竹20克，熟地20克，制附片9克，石斛20克，甘草10克。共20剂。每天1剂，水煎服。

其他治疗 定期外科清洁换药。

中药用完后，患者继续口服通脉丸2个月，以巩固疗效。

按语 笔者在对肢体动脉缺血患者辨证治疗时，特别注意脉象、舌苔的变化。这些变化，对肢体缺血轻重、病情发展，指导临床辨证用药，有着极其重要的价值。舌质淡紫为血瘀较轻，舌质紫为血瘀较重，舌质紫暗为血瘀重症。肢体轻者坏疽感染可出现黄苔，而舌质红绛或起芒刺为瘀热症状，热极伤阴。肢体缺血患者常见白苔，而舌质红绛有瘀斑。舌苔的变化反映病情的变化，舌苔变化由薄到腻、到黄、到黑，病情转变为逆；由黑到黄、到腻、到薄，病情转变为顺，脉象多弦滑、弦细、弦涩，为瘀为痰。笔者认为该病为脾肾阳虚，阳不能鼓动脉搏，气滞血瘀，瘀血郁久，脉络阻塞，瘀久化热。热则肉腐，而成脱疽。该病在治疗上应着重温阳补虚、活血化瘀，依其不同病程阶段，灵活加减辨证用药。同时，糖尿病血糖的控制亦不能忽视，这是促进溃疡的愈合前提条件之一。此外，患者还要坚持定期清洁换药，以防止创面感染。在溃疡干燥结痂后，为促进肢体循环进一步改善，患者口服中成药通脉丸3个月，以巩固疗效，从而达到“脉道以通，血气乃行”的目的。

案例二

初诊 孟某，男，64岁。患者双足发凉、疼痛半年，右足三趾、四趾溃烂1个月。半年前，患者不明原因出现双足发凉、疼痛，后渐出现间歇性跛行，未及时治疗。1个月前，患者的右足第三趾、第四趾间开始溃烂，且疼痛难忍，夜间尤甚，行走困难，在当地某医院给予抗感染治疗和控制血糖治疗等。患者在住院期间，右足第四趾感染坏死加重，在外科进行截趾术，术后创面一直未愈，为寻求进一步治疗来笔者所在处就诊。

症见 患者有糖尿病病史10年，右足第四趾缺如，创面溃烂，局部明显红肿，有黄白色脓性分泌物，右足疼痛，活动受限，双下肢皮肤粗糙，汗毛稀疏，肌肉弹性差，浅表静脉瘪陷，足趾甲增厚无更新，皮温较低，双股动脉搏动明显减弱，双腘动脉、足背动脉、胫前动脉、胫后动脉搏动消失，舌质红、苔黄燥，脉洪数。PPG（光电容积脉搏波描记法）检查结果显示：左下肢末梢循环中度障碍，右下肢末梢循环严重障碍。ABI（踝肱指数）检查结果显示：左侧为0.49，右侧为0.2。下肢动脉双源CT（计算机层析成像）检查结果显示：双侧胫前动脉闭塞，双侧胫腓干多发钙斑并管腔重度狭窄。细菌培养结果为阴性。

诊断 脱疽（糖尿病肢体闭塞性动脉硬化），热毒炽盛型。

治则 清热解毒、活血化瘀。

处方 四妙勇安汤合通脉活血汤加减。当归20克，玄参20克，全银花20克，丹参30克，鸡血藤30克，栀子15克，牡丹皮20克，生地15克，菊花20克，延胡索15克，甘草10克。共15剂。水煎服，每天1剂。

其他治疗 外科清洁换药，碘伏纱布包扎。

二诊 患者右足溃疡面渗出减少，边界清晰，肉芽生长缓慢、色淡，患肢仍有疼痛，舌质红、有瘀点、苔白，脉沉细涩。上方去掉栀子、牡丹皮、生地、菊花，加赤芍30克，炮山甲12克，活血散瘀；加党参20克，健运中气，养血而不偏滋腻。共20剂。水煎服，每天1剂。

三诊 患者肢体发凉、麻木、疼痛症状明显减轻，创面基本无渗出，边界清，肉芽组织色淡，生长尚可，自觉全身疲倦乏力，舌质淡、苔白，脉沉而无力。

处方 八珍汤加减。当归20克，赤芍30克，熟地20克，党参20克，茯苓20克，白术20克，丹参30克，鸡血藤30克，黄精15克，玉竹15克，甘草10克。共20剂。

其他治疗 定期外科清洁换药，外用仲景药霜。

四诊 患者肢体发凉怕冷、麻木等症状明显好转，创面愈合良好，肉芽组织新鲜。笔者嘱咐患者口服通脉丸两包，每天3次，继续巩固治疗3个月。

按语 糖尿病肢体闭塞性动脉硬化是糖尿病比较常见的并发症，该病以“湿”“热”“瘀”“虚”为主，“瘀”贯穿疾病始终。该病导致的足部坏疽，多为湿性，治疗中要把握好“调整血糖，控制感染，由湿转干，分离坏死，促使愈合”的原则。该患者为老年男性，体质虚弱，外受毒邪侵袭，脉道滞涩，瘀血停留，瘀久化热而致肉腐溃破难愈，初次来诊时以“热”为主，给予四妙勇安汤合通脉活血汤加减，以清热解毒、活血化瘀。二诊时，患者热毒渐祛，血瘀明显，去掉栀子、牡丹皮、生地、菊花，加赤芍、炮山甲，活血散瘀；加党参健运中气，且养血而不偏滋腻。三诊时，热瘀渐散，以“虚”为主，养正而疾自消，因此着重补养气血，兼以活血化瘀，药用八珍汤加减。四诊时，创面愈合良好，服用通脉丸巩固治疗3个月。

（作者为全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师）

经验之谈

经方治疗抗生素相关性腹泻

□吴建华

抗生素相关性腹泻是指由于使用抗生素引起的、以腹泻为主要临床表现的肠道药物不良反应。

自从抗生素被发明以来，它成为应用广泛的药物之一，虽然挽救了无数患者的生命，但是也产生了一系列不容忽视的问题。近年来，由于长期或不当应用抗生素，导致对药物敏感的肠道内正常菌群受到不同程度的抑制，而不敏感的条件致病菌（如葡萄球菌、白色念珠菌等）和一些外来的机会菌趁机大量繁殖，导致肠道内菌群失调，从而引起腹泻症状。

抗生素相关性腹泻的发病率为15%。如何及时处理该病，是当前医学界面临的一个棘手且亟待解决的问题。因此，应用中医学理论辨证治疗该病，就显得十分重要。

抗生素是现代医学发展的产物，因此由抗生素导致的腹泻，古人无法论及。但是，由于其主要临床表现为腹泻，故归属于中医学泄泻范畴。

泄泻的病因虽然复杂，但是其基本病机为脾胃受损、湿困脾土，导致胃肠功能失调。明代医学家张景岳在《景岳全书》中有记载“泄泻之本无不由于脾胃”的说法。经过临床观察，抗生素为苦寒药，进入人体后，除了具有对抗和抑制病菌的作用外，还有伤阳损胃、困脾生湿的毒副作用。脾胃乃后天之本、气血生化之源，主水谷之腐熟和运化。凡过度使用或不恰当使用抗生素，均可损伤脾胃，导致腹泻，临床表现为排便次数增多，粪质稀薄或完谷不化，甚至泻出如水样，伴有脘腹痞满、恶心欲呕、不欲饮食、四肢欠温、时有腹痛、舌淡、苔白滑，脉沉弱等。《伤寒论》中记载：“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。”太阴病的主要表现与抗生素相关性腹泻相似，它们的共同病机都是脾胃虚寒、湿土不运。

抗生素相关性腹泻的病变部位主要是脾胃和大小肠，主要病机是脾胃虚寒、脾失健运，故治疗当以温补脾胃为大法。方用理中汤温中和胃、健脾运湿。腹痛严重时，加白芍、甘草、乌药等；久泻不止，中气下陷，伴滑脱不禁者，合补中益气汤，以增强益气升清、健脾止泻之功效。

患者张某，男，68岁，主诉腹泻2个月。2个月前，患者因上呼吸道感染静脉滴注青霉素等7天后出现腹泻、腹痛等症状，服用整肠生等肠道菌群调节剂不能有效控制病情。患者患糖尿病十几年，平时治疗规范，病情比较稳定。症见大便每天行五六次，黎明必行一两次，大便溏薄，常夹有未消化的食物，面色发黄，形体消瘦，神疲乏力，食欲不振，脘腹冷痛，腰膝酸软，四肢不温，舌淡胖、边有齿痕，苔白滑，脉沉细弱。

患者年事已高且体虚，过度使用青霉素伤及脾胃之阳，阳虚及肾，脾失运化则泄泻，肾阳虚则形寒肢冷。

治则：补火暖土、温补脾肾、固肠止泻。

方拟理中汤合四神丸加减，并配合艾灸等。

治疗7天后，患者泄泻次数减少，每天2次，大便质渐变稠，手足渐转温暖，腹痛喜温，不思饮食，舌淡胖、边有齿痕、苔薄白，脉沉迟。

治疗14天后，患者泄泻已停止，大便正常，舌淡红、苔薄白，脉沉稍迟，伴随症状基本消失。

临床证明，应用中医学理论辨证治疗抗生素相关性腹泻，经常能取得良好的临床效果。

（作者供职于河南省西平县重渠卫生院）

四诊合参

胃食管反流病失治误治病例分析

□马 娟 尹国有

案例一

吕某，女，36岁。患者半年前无明显诱因出现胃脘部烧灼样疼痛，痛及胸骨后，伴有泛酸、嘈杂、嗳气等，之后症状时轻时重，常有发作，服用雷尼替丁胶囊、硫糖铝片暂时缓解，曾在某医院进行胃镜检查，结果显示食管下段黏膜充血水肿，伴有中度糜烂，西医诊断为胃食管反流病。前医以肝胃郁热治疗，服药治疗半个月有余，症状非但未减，反而加重，并出现泛吐清水、脘痞、纳差、神疲乏力、大便稀溏等，查其舌质淡红、苔薄白，脉沉细。此病非肝胃郁热，而是寒热错杂。

治则 辛开苦降、和胃降逆。

处方 半夏泻心汤加减。半夏12克，黄连9克，黄芩9克，白术15克，吴茱萸6克，干姜6克，煅瓦楞子18克，陈皮12克，砂仁6克，茯苓15克，党参12克，麦芽12克，建曲12克，甘草6克，大枣6枚。共7剂，每天1剂，水煎服。服药后，患者泛吐清水、泛酸消失，其他症状有所减轻。守方（加减），患者再服药半个月，诸症悉除。

按语 此为辨病、辨证失当，寒热错杂之泛酸被误诊为肝胃郁热所致。在临床中，胃食管反流病，中医辨证属肝胃郁热居多，因此有相当一部分医者主张从肝胃郁热立论治疗。前医一见是胃食管反流病，将典型的寒热错杂证误认为是肝胃郁热证，致使诊断失误。从中医辨证的角度来看，胃食管反流病有肝胃不和型、肝胃郁热型、寒热错杂型、胃阴不足型以及气虚血瘀型等诸多证型存在，临证时应详加辨证，恰当选方用药，不能拘泥于西医诊断和以往的经验，否则极易出现失误。

案例二

龚某，男，42岁。患者胃脘部灼热、泛酸、咳嗽、胸骨后疼痛3年有余，每因情志因素而发作或加重，曾在数家医院诊治，经胃镜等检查后，被确诊为反流性食管炎，经常服用奥美拉唑胶囊缓解症状。近10天，患者胃脘部灼热、泛酸、咳嗽、胸骨后疼痛再现并加重，自服奥美拉唑胶囊后，症状不减。就诊时，患者胃脘部灼热疼痛，痛及胸骨后，泛酸嘈杂，咳嗽咽痛，心烦易怒，纳呆嗳气，胸闷喜叹息，泛吐清水，大便稀溏，舌质淡红、苔薄白，脉细弦。辨为肝胃不和、郁而化热所致，以疏肝泄热、和胃降逆为治法，方选丹栀逍遥散加减。患者服药1周后，诸症未减，并出现神疲乏力、腹泻腹痛、手足不温等，查舌脉同前。此乃脾胃虚弱、寒热错杂。

治则 健脾益胃、辛开苦降、和中降逆。

处方 香砂六君子汤合半夏泻心汤加减。党参15克，白术15克，茯苓15克，木香6克，砂仁6克，半夏12克，黄连9克，吴茱萸6克，郁金10克，柴胡10克，山药15克，干姜6克，煅瓦楞子18克，陈皮12克，建曲12克，甘草6克，大枣6枚。每天1剂，水煎服。服药3剂后，患者泛吐清水、腹泻腹痛消失，泛酸嘈杂、咳嗽、嗳气有所减轻，纳食增加，守方加减继续调治。10天后复诊，患者除偶尔有胃脘部灼热、泛酸嘈杂外，无其他不适。在上方基础上加入乌贼骨、蒲公英、浙贝母等中药，患者再服药3周，诸症悉除。之后，笔者将上药用量适当增减，制成散剂让患者服用，每次10克，每天2次，用温开水送服。患者坚持服药1个月，以巩固疗效。半年后随访，患者未见复发。

按语 此为辨病辨证失当，脾胃虚弱、寒热错杂误诊为肝胃不和、郁而化热。胃食管反流病初期的中医辨证属肝胃不和者居多，日久则常肝郁化热而出现肝胃郁热证，但脾胃虚弱、寒热错杂者也不鲜见。因寒热错杂，既有热的指征又有寒的表现，同时还常有肝郁的征象，故若辨证不慎，极易造成误诊误治。此例患者发病之初胃脘部灼热、泛酸、咳嗽、胸骨后疼痛，每因情志因素而发作或加重，说明是肝胃不和，之后出现心烦易怒、纳呆嗳气、胸闷喜叹息，从临床表现上很像肝胃郁热。前医据此辨为肝胃不和、郁而化热所致，以疏肝泄热、和胃降逆为治法，然而患者服药后诸症未减，并出现神疲乏力、腹泻腹痛、手足不温，说明药不对症。究其原因是忽视了患者泛吐清水、大便稀溏、舌质淡红、苔薄白等脾胃虚寒之征，将脾胃虚弱、寒热错杂之证误诊为肝胃不和、郁而化热，之后仔细分析，辨为脾胃虚弱、寒热错杂，以健脾益胃，辛开苦降，和中降逆为治法，方选香砂六君子汤合半夏泻心汤加减，患者逐渐好转康复。若临证时能对四诊收集的资料进行全面考虑、综合分析，并注意类似证型的鉴别，可降低误诊误治发生率。

（作者供职于河南省遂平县人民医院）

六经辨证治疗皮肤病

□崔建军

《伤寒论》中方证源于《汤液经法》，创六经辨证体系，后世以此为模型延伸辨治诸多疾病，应用经方治疗疾病常获奇效。六经辨证的精髓在于能够精准把握症状归属，于杂乱处明悉病机。皮肤病虽以不同病因而具有不同的特征，但若从整体观，亦能采用六经辨证治之。中医讲“见微知著”，皮肤疾病是脏腑病变的外在表现。因此，如果单纯治疗皮疹，不考虑脏腑的内在病变，皮肤病是很难治愈的，因此有“以皮治皮，永无定期”一说。

皮肤病主要以皮疹为主要临床表现，患者在就诊时通常以皮疹为主诉。如果以皮疹论治，依据皮疹干燥、皲裂、渗出、色泽进行辨证，由于光线影响、每个医生的主观判断不同，客观辨证是比较困难的，再加上患者有时表述不清楚，很容易误导医生的判断。因此，寻求客观的判断标准已成为辨证的当务之急。

在皮肤科的日常诊疗中，有很大一部分患者只是单纯的皮疹表现，没有任何伴随症状，或者老年患者表述不清楚，或者脑血管意外构音障碍者，不能翔实表达除皮疹以外的伴随症状，在寻找次证时会比较困难，加大了六经辨证的难度。因此，针对这种情况需要采用体质辨证的方法来选用经方。

蛇串疮（带状疱疹后遗神经痛）

患者张某，男性，68岁。患者1个月前因外感风寒出现鼻塞、流涕、咽痛等症状，由社区服务中心医生开具西药进行静脉滴注治疗。治疗后，患者症状改善，于1周前出现腰、背、臀等部位及上肢散发水疱伴疼痛。患者在外院被诊断为泛发性带状疱疹，给予抗病毒等治疗，具体用药情况不详，皮疹消退，疼痛仍剧烈。现在，患者神疲无力，嗜睡，精神差，面部浮肿，怕冷怕风，纳食尚可，口干不欲饮，大便干，小便不利，舌质淡、苔白滑，脉沉弱无力。

中医诊断 蛇串疮。

西医诊断 带状疱疹后遗神经痛。

辨证 少阴之为病，脉微细，但欲寐也。患者神疲乏力，嗜睡，脉沉弱无力，属少阴，麻黄附子细辛汤证；患者怕冷，怕风，面部浮肿，舌质淡、苔白滑，属阳虚寒湿之象，真武汤证；口干不欲饮，大便干，小便不利，属五苓散证。

处方 麻黄附子细辛汤合真武汤合五苓散。麻黄10克，附子15克，细辛5克，茯苓30克，苍术15克，白芍30克，生姜15克，泽泻12克，猪苓15克，桂枝15克。共7剂。水煎服，150毫升，每天分2次口服。

服药7天后，患者疼痛明显改善。效不更方，患者维持服用7剂后痊愈。

瘾疹（慢性荨麻疹）

刘某，女性，33岁，荨麻疹病史2年多，皮疹反复发作，严重时伴呼吸困难、恶心等，一直口服抗组胺药物治疗，疗效一般。近1月，患者症状频频发作，应用抗组胺药物效果不佳。患者体格壮实，面色晦暗，周身淡红色风团，伴抓痕，瘙痒剧烈，喘促气急，怕冷怕风，自汗，心情焦虑，烦躁易怒，头晕，口苦咽干，胃脘胀满，嗳气，泛酸，纳差，大便溏薄，舌质暗、苔白腻干燥，脉弦有力。

中医诊断 瘾疹。

西医诊断 慢性荨麻疹。

辨证 患者心情焦虑，烦躁易怒，头晕，口苦咽干，寐欠安，属少阳，柴胡加龙骨牡蛎汤证；喘促气急，怕冷怕风，自汗属太阳，桂枝加厚朴杏仁汤证；心烦，胃胀，嗳气，泛酸，大便溏薄，属阳明，“烦、满、呕、利”证，属半夏泻心汤证。

处方 柴胡加龙骨牡蛎汤合桂枝加厚朴杏仁汤合半夏泻心汤。柴胡15克，黄芩10克，半夏10克，干姜10克，党参15克，大枣15克，炙甘草5克，桂枝15克，茯苓20克，龙骨30克，牡蛎30克，白芍15克，杏仁10克，厚朴10克，黄连5克。共7剂。水煎服，150毫升，每天分2次口服。

服药7天后，患者皮疹明显改善，呼吸困难已无，胃脘不适减轻，予以桂枝加龙骨牡蛎汤合半夏泻心汤。患者服药两周后，偶有少量风团出现。笔者嘱咐患者停药，饮食清淡，适度锻炼，调节心情，从日常生活起居进行调理，密切观察病情变化，如有反复，及时就诊。

湿疮（湿疹）

姜某，男，28岁，患者于1年前无明显诱因出现双侧腹股沟多发性湿疹，局部瘙痒、渗出，伴有抓痕，肛周瘙痒，曾于外院应用抗组胺药物、糖皮质激素药膏外敷治疗，具体用药情况不详，治疗效果欠佳，病情反复加重。近1周，患者症状加重，瘙痒剧烈，腹股沟皮肤潮红，散在红色丘疹、渗出，心情烦躁，伴四肢不温，胸胁苦满，时有腹痛，胃胀，纳差，嗳气，泛酸，口干苦，大便溏薄，舌质暗、苔白腻干燥，脉滑实有力。

中医诊断 湿疮。

西医诊断 湿疹。

辨证 患者胃胀，纳差，嗳气，泛酸，心烦，便溏，属半夏泻心汤证；四肢不温，胸胁苦满，腹痛，属四逆散证；腹股沟，肛门潮湿，丘疹，渗出，属湿热下注之象，方选四妙丸。

处方 半夏泻心汤合四逆散合四妙丸。半夏10克，黄芩15克，黄连5克，党参15克，干姜10克，炙甘草5克，大枣15克，柴胡15克，白芍15克，枳壳15克，苍术15克，黄柏15克，牛膝30克，薏苡仁30克。共7剂。水煎服，150毫升，每天分2次口服。

服药7天后，患者疼痛明显改善，腹股沟、肛周皮疹基本消失，胃部不适症状较前改善，大便无明显变化。效不更方，患者继续服药7剂，以巩固疗效。

（作者供职于内蒙古林业总医院）

征 稿

本版是以中医药为主要内容的“医生园地”，设有《名医堂》《中西合璧》《中医特色技术》《中医外治》《针推治验》《四诊合参》《临证心语》《中药用法》《验案举隅》《经验之谈》等栏目。

稿件要求：一定是原创，言之有物，具体可行；1000字以内；可以用小故事开头，以增加趣味性。

联系人：朱老师 **电话：**13783596707

投稿邮箱：5615865@qq.com

本版药方需要在专业医生指导下使用