

中西合璧

初诊:丁某,女性,55岁,已婚,阵发性心悸9天。9天前,患者因与家人争吵,情绪受到刺激,出现心悸等不适,伴左肩背疼痛,随即到当地医院就诊。心电图检查提示部分导联ST波段和T波段异常,心肌酶未见异常;心脏彩超检查结果提示左心室增大,左心室舒张功能减退。患者住院治疗,病情好转后出院,此后上述症状间断发作,呈阵发性。患者为寻求中医诊治,来到河南省中医院就诊。

刻诊:阵发性心悸,左肩背疼痛,胸闷,饮食尚可,多梦,小便正常,大便干。既往史:高血压病史2年,间断口服药物物治疗(具体药物不详)。体格检查:血压145/100毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕);双肺呼吸音清,未闻及明显干湿性啰音和湿性啰音;心前区无隆起,心浊音界无扩大,心率90次/分,可闻及早搏,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。

辅助检查:初诊时心电图检查结果提示窦性心律(心率70次/分),偶发室性早搏,前侧壁导联ST波段压低。舌苔脉象:舌质暗红,苔黄腻,脉弦滑。中医诊断:惊悸,不寐,风眩。辨证分型:痰火扰心证。西医诊断:心律失常(偶发室性早搏),失眠,高血压病。治则:清热化痰,宁心安神。方药:黄连温胆汤化裁。黄连15克,陈皮24克,清半夏15克,茯苓30克,茯神30克,焦栀子15克,淡豆豉12克,葛根30克,丹参20克,合欢皮30克,炒酸枣仁24克,郁金12克,龙骨30克(先煎),牡蛎30克(先煎),竹茹30克,麸炒枳壳12克,首乌藤15克,炙甘草6克。共15剂。水煎,每日1剂,分早、晚2次温服。

西药:厄贝沙坦氢氯噻嗪片,每日早晨口服1片;匹伐他汀钙分散片2毫克,每晚口服1片;阿司匹林肠溶片100毫克,每晚口服1片。二诊:服药后,患者肩背部疼痛消失,心烦减轻,睡眠质量较前改善,仍有心悸(夜间明显),睡眠程度较轻(易醒),食欲不振,大小便正常,舌质暗红,苔黄稍腻,脉弦滑,血压140/90毫米汞柱。方药:上方茯苓剂量增至60克,陈皮剂量增至30克,加砂仁12克。共15剂。水煎服,每日1剂,分早、晚2次温服。西药服用方案同前。

三诊:患者病情稳定,心悸、睡眠障碍、食欲不振等症均较前改善。方药:守二诊方续服15剂,煎服方法同前。随访:电话随访,患者自述症状均除。按语:心悸多因体质虚弱、饮食劳倦、七情所伤、感受外邪及药食不当等,导致气血阴阳亏损,心神失养,心主不安;或痰、饮、火、瘀阻滞心脉,扰乱心神。临床常见心虚胆怯、心血不足、阴虚心悸、心阳不振、水饮凌心、瘀阻心脉、痰火扰心、邪毒犯心等证型。现代人们生活节奏较快,社会压力较大,情绪易紧张,常致情志抑郁,久蕴化火,加之缺乏运动,作息不规律,饮食不节,嗜食肥甘厚味,滋生痰火湿邪,痰热扰心、心神不宁,故而发为心悸、不寐,临床以痰火扰心证较为多见。

该患者因情志不遂诱发疾病,肝胆气机郁结,木郁化火,酿生痰浊;脾胃升降失常,湿聚成痰,痰热互结,扰动心神,发为心悸;阴分失守,发为不寐。痰热搏结,停胸膈阻,客于心脉,上焦气机不畅故见胸闷;痰热内阻,肺气不通故见便干;舌质暗红、苔黄腻、脉弦滑,均为痰火扰心之明证,辨证属于痰火扰心证,故以黄连温胆汤为主方施治。方药思路与配伍分析:黄连温胆汤出自清代陆廷珍《六因条辨》,由《三因极一病证方论》所载温胆汤加黄连、去大枣而成,为清热化痰、宁心安神的经典方剂。

方中以辛温之半夏为君药,燥湿化痰。本方选用清半夏,因半夏经炮制后毒性减弱,辛燥之性降低,化痰作用增强,适用于体热多痰者。以甘淡微寒之竹茹为臣药,清热化痰、清心除烦。半夏与竹茹配伍,一温一凉,化痰和胃、除烦止悸。陈皮理气行滞,燥湿化痰,麸炒枳壳理气宽中、行滞消痰,寓“治痰先治气,气顺则痰消”之意。佐以茯苓健脾渗湿,杜生痰之源。

患者因情志诱发疾病,故佐合欢皮、郁金疏肝解郁;首乌藤(《本草正义》中记载其“治夜少安寐”)与炒酸枣仁同用,养心安神(酸枣仁炒制后可增强安神镇静之力)。葛根入阳明经,解肌通络,缓解肩背疼痛(现代药理研究表明其具有降压作用);丹参清热活血、清心除烦。

对药配伍:茯苓与茯神同用,上通心气,下交于肾,交通心肾、宁心安神;龙骨与牡蛎生用,重镇安神、滋阴潜阳,龙骨益阴而潜上浮之阳,牡蛎益阴而摄下陷之阳;焦栀子与淡豆豉配伍,出自《伤寒论》记载的栀子豉汤,栀子主清泻,豆豉主宣散,二药配伍,清解并用,清泻里热,解郁除烦效佳。

最后,以炙甘草为使药,益气和中之调诸药。全方共奏清热化痰、宁心安神、解郁除烦、通络止痛之功。复诊思路:二诊时,患者肩背疼痛消失,心烦减轻,睡眠质量有所改善,仍心悸、食欲不振,效不更方。加砂仁化湿开胃,同时将茯神剂量增至60克,陈皮剂量增至30克,增强燥湿化痰、宁心安神之功。三诊时,患者心悸、失眠、食欲不振均明显改善,守方续服以巩固疗效。随访发现,患者症状消失,收效满意。

临床体会:黄连温胆汤是清热化痰、宁心安神、和胃降逆的效方,除了心悸、不寐外,还可用于头痛、胃痛、郁证等多种疾病。临床辨证凡属于痰热内扰者,均可化裁使用,不必拘泥于病种,守法守方,缓以图之,多可获良效。(作者供职于河南省中医院)

清热化痰、宁心安神治疗心悸

位碧颖 黄斌

中医辨治慢性胃炎

李邦生 王雷生 李志刚

初诊:龚某,男性,48岁,胃脘部疼痛3年有余。

病史:患者3年前不明原因出现胃脘部胀满疼痛,饭前、饭后尤甚,食欲可。患者自行服用“猴头健胃灵”等药物,但是疗效不佳,随即到当地中医院就诊。胃镜检查结果显示:慢性浅表性胃炎,复合性多发性溃疡活动期。患者服用抗溃疡药物(具体药物不详)后症状有所缓解(近期上述症状有所加重)。

现症:患者饭前、饭后胃脘部胀满疼痛尤甚,食量减半,睡眠质量较差,大小便正常,舌质淡红、舌体胖大、苔稍白腻,脉弦滑。中医诊断:胃痛(肝气犯胃、痰湿阻滞证)。西医诊断:慢性浅表性胃炎,复合性多发性溃疡活动期。治则:疏肝理气、健脾化湿。方药:香砂温中汤化裁。太子参12克,白术10克,茯苓

12克,陈皮10克,早半夏10克,香附10克,砂仁10克,川朴10克,小茴香10克,乌药10克,桂枝5克,白芍10克,枳壳10克,木香6克,郁金10克,沉香3克,乌贼骨10克,延胡索10克,刘寄奴15克,五灵脂10克,刘母12克,夜交藤25克,甘草3克。共7剂,水煎服。

医瞩:清淡饮食,忌生冷、辛辣、油腻之物,忌饥饱无常,保持心情舒畅。二诊:服上药4剂后,患者腹胀已经有所减轻,因与家人生气,出现胃脘部持续疼痛(疼痛持续时间较长),下午及夜间症状较为严重,故药物未服用完,便来复诊。

现症:患者胃脘部持续胀痛,饭后及夜间加重,畏寒,口干,饮水时胃脘部疼痛,食欲尚可,大便次数较前有所减少(两日一行),舌边尖稍红,舌体稍胖大、苔稍薄黄,脉弦滑。守上方加檀香10克,香橼10克,行气宽中、理气止痛;加白及10

克,配伍乌贼骨增强制酸止痛作用;加高良姜6克,温中散寒。共7剂,水煎服。

三诊:服上药一周后,患者症状有所减轻,胃痛时作时止,泛酸明显,胸膈后胀闷、灼痛,睡眠质量尚可,饮食尚可,大小便正常,舌质稍红、舌体稍胖大、苔稍白腻,脉弦。上方加左金丸(黄连5克,吴茱萸5克),煅瓦楞子15克,清肝和胃、制酸止痛。共20剂,水煎服。

四诊:患者症状明显改善,胃脘部疼痛消失,仍感胸膈后胀闷,有烧灼样疼痛,吞咽时明显,泛酸偶尔发作(多发生于下午,症状严重时不能平卧),食欲不振,睡眠质量较差,大便稍稀,小便尚可,舌质稍红,舌体稍胖大、苔稍白腻,脉弦滑。上方加刀豆18克,柿蒂15克,莱菔子18克,降逆止呕;川楝子12克,清泄肝热。共30剂,水煎服。

经治疗后,患者胃脘部胀

满疼痛、胸膈后胀闷及烧灼样疼痛消失,泛酸症状消失,饮食尚可,睡眠质量尚可,大小便正常。停药半年后随访,患者病情未再复发。

按语:肝木克土有两种形式,一为肝木克脾土,其疼痛部位多在脐腹(即肚脐周围),患者多有食欲差、便溏、乏力等脾虚表现,属于虚证,如痛泻要方证、逍遥散证即属于此类;二为肝木克胃土,其疼痛部位多在心胸(即胃脘及胸膈后),患者多有泛酸、嗝气、恶心、呕吐等症,是胃气不降所致,属于实

证,如左金丸证、化肝煎证即属于此类。临床上两种形式大多同时存在,而以其中一种为主,故临证治疗脾胃疾病应注意肝、脾、胃兼顾,并在此基础上有所侧重。本案患者即两种形式并存,但是以肝木克胃土为主,治疗以香砂温中汤调治肝、脾、胃,并在此基础上加用左金丸、刀豆、柿蒂、莱菔子等,均是调和肝胃关系着手治疗。(作者供职于河南中医药大学第三附属医院全国名老中医李邦生传承工作室)



名老中医

经验之谈

苓龙汤治疗脑动脉狭窄

李红喜

初诊:石某,女,44岁,头晕健忘,睡眠质量较差,视物模糊,症状反复发作为半年,加重1周。

病史:半年前,患者无明显诱因出现头晕健忘、睡眠质量较差、视物模糊,症状时轻时重,未进行系统诊治。1周前,上述症状加重,患者向笔者寻求中医治疗。患者平素月经推迟、量少颜色暗。

刻诊:头晕目眩,胸膈乏力,睡眠质量较差,视物模糊,月经延后(月经量少颜色暗),舌质紫暗、苔白腻,脉弦滑,血压125/100毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)。

磁共振脑动脉血管成像:右侧椎动脉颅内段迂曲,脑动脉多发性狭窄。

中医诊断:眩暈。辨证:痰瘀阻窍证。西医诊断:脑动脉狭窄。

治则:化痰祛瘀、通窍止晕。方药:苓龙汤化裁。浙贝母30克,天麻9克,茯苓30克,地龙30克,赤芍12克,夜交藤30克,酸枣仁12克,川芎9克,石菖蒲9克。每日1剂,水煎,取药液600毫升,分3次饭后温服,每次200毫升。

按语:脑动脉狭窄属于中医学眩暈、头痛、中风范畴,在中医学文献中亦属于脉痹、脉沱等病证范畴。该病核心病机为痰瘀互结、痹阻脑窍;痰湿内生则血行不畅,久病入络则瘀阻脑络,痰瘀阻窍、清阳不升,故发为头晕健忘、眼晕易醒、视物模糊,正合“无痰不作眩”“久病多瘀”之论。

脑动脉狭窄多由元气不足、痰浊内生、气郁血瘀共同致病。《医林改错》中记载:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停

留而瘀。”元气亏虚,推动无力,则气虚湿阻、痰浊内生;气机郁滞,升降失常,则气郁血瘀、痰瘀互结,痹阻脑络。该病属于虚实夹杂之证,以气虚为本,痰瘀为标,故病情反复发作为,缠绵难愈。

临床针对脑动脉狭窄患者,尤其对于经常治疗疗效不佳、合并颈椎病病史者,可完善空腹血脂、血糖等实验室检查,并进行颈椎间盘CT(计算机层析成像)检查,磁共振脑动脉血管成像等影像学检查以明确病情。

方药配伍解析:本案以苓龙汤化裁进行治疗。全方化痰与祛瘀并用,开窍与安神同施,标本兼顾,切中病机。

方中浙贝母味苦,性寒,归肺、心经,善降痰气、开郁结、清肝火、明目目;天麻味甘,性平,归肝经,熄风止眩,为治疗风痰眩暈之要药,主治头风头痛、头

晕目眩;茯苓甘淡,性平,归心、脾、肺、肾经,为治痰主药,既可行水渗湿以绝生痰之源,又能宁心安神以助眠定志。浙贝母、茯苓、天麻配伍,有半夏白术天麻汤化痰熄风、健脾祛湿之意,而不拘泥其方,更贴合痰瘀阻窍之核心病机。

地龙味咸,性寒,归肝、脾、肾、膀胱经,走窜通络、熄风止痉,善散络脉瘀热;赤芍味苦,性寒,归肝经,除血痹、破瘀积、活血散瘀;川芎辛温,归肝、胆、心包经,为血中气药,“上行头目,下行血海”,活血行气、止眩止痛;石菖蒲味辛苦,性温,归心、胃、脾经,开窍豁痰、醒神益智,开心孔、通九窍、明目目。地龙、赤芍、川芎、石菖蒲配伍,遵循通窍活血汤组方旨而依证化裁,共奏活血化痰、通窍止晕之功。

夜交藤味甘,性平,归心、肝、脾、肾经,养血安神、通利血脉、祛风通络;酸枣仁味甘酸,性平,归肝、胆、心、脾、肾经,养心补肝、安神定志,善治心肝血虚、心神失养之失眠。二药配伍,养血安眠、安神定志,契合“上虚则眩”之病机,兼顾改善睡眠。

现代药理研究证实,茯苓的主要活性成分为β-茯苓聚糖,可抑制毛细血管的通透性、降低谷丙转氨酶活力,具有抗炎、护肝、抗惊厥、抗衰老等作用。地龙含蚓激酶、纤溶酶、蚓胶酶等活性成分,具有较强的抗凝、溶栓作用,可改善血液的高凝状态;同时,地龙多肽及类血小板活化因子可扩张血管、降低血压,对脑血管疾病、高血压病均有较高的治疗价值。(作者供职于河南省内乡县城关镇卫生院)

验案举隅

癌症患者长期发热的中医调理

郭宏强 文/图

患者应用PD-1(程序性细胞死亡蛋白-1)抑制剂后,发热持续一年半,给予柴胡桂枝干姜汤和苓桂姜辛五味汤加减后,发热得到控制。近日,笔者赴外地为一位乳腺癌患者进行会诊,同样是应用PD-1抑制剂后出现高热不退,经中药调理后,当天发热就得到控制,记录如下。

患者,女性,乳腺癌术后复发,经化疗后,应用PD-1抑制剂3次。患者第一次应用PD-1抑制剂后,出现高热,体温在37.5摄氏度左右;第二次应用PD-1抑制剂后出现高热,体温高达39摄氏度,持续不退。患者从开始发热至今已4个月(其中高热2个月),在此期间应用地塞米松等药物,效果欠佳。患者出现软组织肿块及肝转移,出现黄疸、恶心、呕吐等症。

患者自述口干,畏寒,体温高达39摄氏度,剑突下胀满,进食后呃逆,全腹胀满;大便干,小

便少,赤黄,巩膜及全身中度黄染;乏力较甚,说话时有气无力,叩诊腹部呈鼓音;舌质暗淡红,苔中心黄,水滑,右手脉滑,左手脉弦数,重按脉滑。

辨证:肝气犯胃、上热下寒、中焦痞塞、大气下陷。方药:柴胡25克,黄芩15克,清半夏25克,黄连3克,干姜15克,人参9克,炙甘草6克,代赭石30克,黄芪90克,当归15克,薏苡仁60克,杏仁10克,厚朴20克,生麦芽30克,瓜蒌30克,生姜5片。共5剂。水煎,每天1.5剂,分3次服用。

当天,患者19时30分服药,23时再次服药,夜间体温保持在36.5摄氏度左右。第二日,患者体温维持在37摄氏度至37.5摄氏度,腹胀减轻,不再恶心、呕吐,可进食一些米粥。后来几天,患者体温恢复正常。笔者嘱咐患者,汤剂可改为每天分2次口服。

二次会诊:患者口干,但较之前有明显减轻,最高体温为37.5摄氏度,无畏寒;全腹胀满,叩诊有浊音,恶心、呕吐消失,进食后有呃逆,乏力;应用开塞露后,进行一次大便(初硬后不成形),之后3日未再有大便,小便量少,色赤黄,全身及巩膜黄染较前加重;舌质淡暗红,有瘀斑,苔薄白,轻微黄,左手脉沉弱、关尺滑数,右手寸关沉弱、尺部滑。

辨证:气血不足、胃热脾寒、血瘀气滞、膀胱蓄水。方药:清半夏25克,黄芩15克,黄连3克,干姜15克,人参10克,炙甘草6克,代赭石30克,黄芪100克,当归20克,厚朴20克,生白术60克,杏仁10克,茯苓15克,泽泻20克,茵陈30克,桂枝15克,生姜5片,大枣3枚。共5剂。水煎,每天服用1剂。

按语:患者畏寒、发热、口干、食欲差,左手脉弦数,一派少阳证,故以小柴胡汤和解少阳郁热;剑突下胀满、恶心、呕吐、呃逆,乃中焦痞塞,故合用生姜泻心汤加代赭石,清上温下、降逆止呕;舌苔中心黄,全腹胀满,故加薏苡仁、杏仁、厚朴,以通调三焦,行气渗湿;加瓜蒌则可除痰湿积滞,同时有通便之效;生麦芽消食而疏肝,使木不克土;乏力较甚,说话时气不承接,故重用黄芪配伍生麦芽升提气,人参、当归助黄芪顾

护正气。辨证准确,且用药量足,故患者服用1剂后发热得到控制,腹胀减轻,恶心呕吐消失。

二诊时,患者发热已经得到控制,无畏寒,恶心、呕吐消失,口干减轻,脉已不弦,故不再用柴胡等少阳之药。患者此次右寸手寸脉、左手寸关脉沉弱,表明气血不足,久病之人,此时才脉证相应,说明实邪已减少,故将黄芪剂量增至100克,人参10克,当归20克。而右手关尺及左手尺部滑或滑数,同时结合腹胀、呃逆,大小便不畅,可知邪位于中下焦。大便前干而后稀,此乃脾虚不运所致,故在生姜泻心汤加代赭石与厚朴的基础上加大剂量生白术以行气健脾而通便。小便少而赤黄,有微热,全身肌膜黄染,舌质暗淡红,乃膀胱气化失常致小便不行,给予茵陈五苓散加减以利水,有形之水去则无形湿无所依附而自散去,则低热、黄疸可除。舌质暗,有瘀斑,乃血瘀也,故加桃仁配当归养血活血,同时润肠通便。

患者久病,体质极差,为虚证;但是,患者同时有腹胀、恶心、呕吐、呃逆等实邪停聚之证,为本虚而标实。此时,攻实则体质更虚,补虚则气滞更甚,唯有施以攻补兼施。故在大剂量黄芪、人参、当归、干姜等保护正气的情况下,又予以大剂量厚朴、半夏、代赭石、瓜蒌等攻实。



名老中医

如果剂量太小则杯水车薪,非大剂攻剂无以逐其实,非大剂补剂无以在攻逐之时顾护其本。用药如用兵,要攻克敌垒需要大部队冲锋陷阵,防敌偷袭则要构筑营盘。如此,大剂才能快速收到正气扶而邪气退的功效。二诊时,脉象从首诊的滑数、弦数的实证之脉,变为二诊寸部或寸关脉沉弱,此时脉证相应,说明上焦邪气已退,中焦邪气已轻,故根据脉象与症状,用药重点在中下二焦。因邪气已退,故补药加量,并加桃仁加强攻逐之力,此亦如杀敌,敌退则我进。因此,何时“舍证取脉”,何时“舍脉取证”,又何时“舍舌取证”,何时“舍证取舌”,全在于一“心”字,非文字能完全表达。而用药剂量同样也是此理。

笔者在临床上经常使用黄芪,剂量在15克~150克不等。怎样取量,需要根据脉象、症状综合考虑,但这不是能用文字完全表述出来的。故中国古典哲学中包含的奥义全在“悟”字,自悟自得,如人饮水,冷暖自知。这就需要医者大量阅读医案,学习别人遣药组方的思路,结合自己的临床实践,而慢慢形成独特的方法,退与进谋”。这句话实为医者之圭臬。(作者供职于河南省肿瘤医院)

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》《临证心悟》《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