

味甘缓急,为肝郁血虚之要药;桂枝甘草龙骨牡蛎汤安神救逆,《伤寒贯珠集》指出:“桂枝、甘草以复心阳之气,牡蛎、龙骨以安烦乱之神”。现代药理研究发现,桂枝甘草龙骨牡蛎汤可作用于下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴的不同环节,调节慢性应激大鼠的内分泌功能^[3]。另有研究证明炙甘草具有抗心律失常的作用^[4]。龙骨、牡蛎为重镇安神的常用药对,张锡纯安神汤中用之宁心安神。亦有现代药理研究证实,龙骨、牡蛎具有镇静、抗惊厥作用^[5]。淫羊藿、仙茅补肾助阳。辨证加减珍珠母、首乌藤、合欢皮镇敛心神;姜半夏、麸炒枳壳化痰除痞;赤芍、丹参、川芎调养心血,活血祛瘀;川牛膝活血通经,祛瘀止痛,引血下行;甘松理气止痛。诸药合用,阴阳互补,于阴中求阳,阳中求阴,寒温并用,刚柔相济,共收温阳益气、行气活血、定悸安神之功。二诊患者胸闷、气短症状好转,复查心电图显示窦性心律,但仍有胸前区隐痛不适,为气滞血瘀之象,故加郁金活血止痛、行气解郁。三诊患者发热、多汗,中药汤剂继守前方,并加草蒲黄活血利尿,牡丹皮清透虚热。四诊患者病情稳定,原方加炒麦芽顾护脾胃。依患者目前症状及舌象脉象守原方治以疏肝解郁、温阳活血,观察四周病情稳定,继服巩固治疗。中成药予麝香保心丸芳香温通,益气强心。

李教授应用逍遥散合二仙汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤治疗持续性心房颤动患者,异常心律转为窦性心律,发作次数明显减少,持续时间明显缩短,静息心率70~80次/min,全身症状改善。在本案例诊治过程中,李教授紧扣心悸的关键病机,选用逍遥散合二仙汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤为基础方,联合中成药及西药治疗,可明显改善心功能,收效显著。

参考文献

- [1] 陈祖恩. 中西医结合治疗持续性房颤86例体会[J]. 浙江中西医结合杂志, 1998(4): 236-237.
- [2] 吴丹丹, 陈瑜, 张腾. 房颤发病机制研究新进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016(12): 1342-1346.
- [3] 王庆国. 伤寒论选读(9版)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 67.
- [4] 李静雅, 杜昕. 王化良教授应用二陈汤临证举隅[J]. 甘肃中医, 2011, 24(2): 9-10.
- [5] 李芸, 马育鹏, 杜玉祥, 等. 舒心通胶囊治疗冠心病稳定型心绞痛(胸痹)120例[J]. 甘肃中医, 2010, 23(9): 15-18.

第一作者: 李菊红, 女, 2015级硕士研究生, 研究方向: 中西医结合治疗心血管疾病

通讯作者: 李应东, 男, 主任医师, 教授, 博士研究生导师, 研究方向: 中西医结合治疗心血管疾病, E-mail: lydj412@163.com
(收稿日期: 2017-11-08)

金殿春从脾胃论治肺病验案3则

时乐, 张芸

(江苏省仪征市中医院, 江苏 仪征, 211400)

[关键词] 肺系疾病; 从脾胃论治; 验案; 金殿春

[中图分类号] R256.1 [文献标识码] B

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.10.042

金殿春为江苏省仪征市中医院主任中医师, 扬州市名中医, 临证喜用经方治疗肺系疾病和内科杂症。笔者跟师学习, 收获颇丰, 现将其从脾胃论治肺病验案3则介绍如下。

1 脾胃同治胃食管反流性咳嗽

马某, 女, 82岁, 2016年5月5日诊。主诉: 咳嗽伴胸骨后灼热不适感3个月余。刻诊: 咳嗽, 咳白痰, 偶见黄痰, 白天咳嗽较轻, 夜间平卧后咳嗽加重, 烧心, 尿赤, 便秘, 口干, 舌红少津, 苔薄黄, 脉滑。诊为胃食管反流性咳嗽(GERC), 证属脾胃蕴热, 酿生痰热; 拟脾胃同治、清热祛痰之法。处方: 杏仁10g, 海浮石(先煎)15g, 生牡蛎(先煎)15g, 海螵蛸15g, 浙贝母10g, 旋覆花(包煎)12g, 百部10g, 桔梗10g, 白及15g, 威灵仙20g, 莱菔子15g, 火麻仁10g, 甘草10g。7剂。二诊: 咳嗽好转, 仍有胸骨后不适, 但灼热感消失, 痰色转白, 渐易咳出, 夜间咳嗽减轻, 大便质地渐软, 口干缓解, 舌淡红, 舌质稍润, 苔薄白, 脉弦。上方去海浮石、生牡蛎, 加南沙参、北沙参各10g。7剂。后上方稍事出入, 调治1个月向愈。

按: 因胃酸和其他胃内容物反流进入食管, 导致以咳嗽为突出的临床表现, GERC是慢性咳嗽的常见原因, 典型反流症状为胸骨后烧灼感、反酸、嗝气、胸闷等。有微量误吸的GERC患者, 早期更易出现咳嗽、哮喘及咽喉部症状, 常有夜间咳嗽, 平躺后加重, 伴或不伴消化系统症状, 咳嗽为干咳或咳少量白色黏痰; 或有明显的进食相关的咳嗽, 抗反流治疗(PPI)后咳嗽消失或显著缓解, 亦有食管灼热感不明显者, 故此病极易误诊。患者多就诊于普通门诊或呼吸科门诊, 不仔细询问症状, 便不能发现其咳嗽症状的独特之处, 往往投以多种抗生素、止咳药、化痰药, 无论中药西药, 或可有效, 或无效, 或停药即发, 因多无明显感染症状, 往往治疗罔效。

《素问·咳论》载: “五脏六腑皆令人咳, 非独肺也”; 又谓: “胃咳之状, 咳而呕”; “此皆聚于胃, 关于肺”。“反酸”中医学又称为“泛酸”“吐酸”“吞酸”,

《素问·至真要大论》载:“诸呕吐酸……皆属于热”,《寿世保元·吞酸》载“夫酸者,肝木之味也”。胸闷、暖气、胸骨后烧灼感均为肝经气郁化火,横逆犯胃,胃失和降所致。肝经气火上干,木火刑金,肺失肃降,则咳嗽。肝主升,肺胃之气均以降为顺,GERC 与“胃咳”“肝咳”相关,当属肺胃同病矣。

此例患者咳嗽、痰黄,一直多从肺热、痰热论治,但金师详究病史,以“在夜间咳嗽甚、平卧后加重,胸骨后烧灼感”为突破点,认为该患者为胃食管反流性咳嗽,治疗上须肺胃同治才可收效。初诊时脾胃和肺均有热,故以杏仁、海浮石、牡蛎、浙贝母、百部、桔梗清热化痰;海螵蛸、浙贝母、旋覆花、白及抑酸护胃;威灵仙止咳,具有抗反流作用;火麻仁、莱菔子清腑润肠通便,寓“肺与大肠相表里”之法。处方中浙贝母、牡蛎、旋覆花、白及均为肺胃同治之佳品,在 GERC 的治疗中多可配伍使用。二诊时,热象已去大半,故去清热化痰之品,加南北沙参润肺养胃,宗“聚于肺、关于胃”之旨。

2 小柴胡汤化裁治疗感染性咳嗽

夏某,女,46 岁,2016 年 12 月 6 日诊。主诉:咳嗽 1 个月余。刻诊:咳嗽,痰多,白天尚可,夜间咳甚,夜间感胸闷,常有憋气现象,伴暖气。胸部 CT:未见异常。胃镜:胆汁反流性胃炎,HP(-)。舌质淡红,舌边齿痕明显,苔薄白,脉细弦。予小柴胡汤化裁治之。处方:柴胡 10g,炒黄芩 10g,法半夏 10g,枳实 10g,威灵仙 20g,旋覆花(包煎)12g,仙鹤草 20g,海螵蛸 15g,白及 12g,款冬花 12g,桔梗 10g。6 剂。二诊:复查胸部 CT 未见明显异常,夜间仍有胸闷现象,历时较短,咳白痰,舌质淡红,舌边齿痕,舌苔薄白,脉细无力。拟小柴胡汤合三子养亲汤化裁。处方:柴胡 10g,炒黄芩 10g,桂枝 10g,炒白芍 10g,仙鹤草 20g,苏子 10g,白芥子 5g,莱菔子 10g,淫羊藿 15g,威灵仙 15g,枳实 6g,甘草 6g,旋覆花(包煎)12g,蝉蜕 10g,蜈蚣 2 条。7 剂。后上方稍事出入,调治 1 个月向愈。

按:其一,金师临床选用小柴胡汤化裁治咳嗽,主要针对慢性咳嗽之“感染性咳嗽”,即感冒后咳嗽迁延不愈。唐容川云:“内经云五脏六腑皆有咳嗽,而无不聚于胃,关于肺。兹有一方,可以统治肺胃者,则莫如小柴胡汤……盖小柴胡汤能通水津散邪火,升清降浊,左宜右有,加减合法,则曲尽其妙”,此言亦宗《内经·咳论》之“聚于肺,关于胃”之病机要旨。其二,柴胡治咳之功在于和解少阳枢机,并非解表剂。其三,《神农本草经》载:“柴胡,味苦平,

主心腹,去肠胃中结气……饮气积聚……寒热邪气”,不可迷于叶天士“柴胡劫肝阴”一说。其四,柴胡止咳,《大明本草》谓柴胡“主消痰止咳,润心肺”。其五,小柴胡汤始出于太阳病篇,诸经病证皆可用之,非足少阳胆经之专方专药,尚有手少阳三焦经运用小柴胡汤治久咳,看似甚无关联,但三焦经属少阳,少阳为枢、为轴,是气机升降出入的关键,且三焦为水液代谢的通道,肺病多与气、津液、痰密切相关,故选少阳病之祖方——小柴胡汤治疗。在小柴胡汤的 7 个或有症中有“咳”一症,治疗后“上焦得通,津液得下,胃气因和”。上焦得通,意味肺之宣肃正常;津液得下,运输、输布正常,痰何由生?胃气因和,胃气得和降,肺气之逆亦平,咳自止。小柴胡汤加减治疗感染性咳嗽,正中病机,扶正祛邪,斡旋枢机,胃和肺降,咳嗽自平。

3 健脾法调治慢性阻塞性肺疾病缓解期

彭某,女,54 岁,2016 年 12 月 1 日初诊。患者幼年罹患“哮喘”,现已过七七之年,喘息加重,诊为“慢性阻塞性肺疾病”,每遇秋冬之交便发作,气喘、咳嗽迁延日久。本岁冬季严寒不甚,尚未住院治疗,遂求诊于门诊。刻诊:轻微咳嗽,痰色白,偶见泡沫痰,平素易汗出,易外感,畏寒,恶风,少许反酸,食多胃胀,小便可,受凉易腹泻,舌质淡红,苔薄白,脉细弱。拟补益脾胃之法,以六君子汤合玉屏风散化裁。处方:炒党参 10g,茯苓 15g,炒白术 15g,黄芪 20g,防风 10g,炒白芍 20g,海螵蛸 20g,土贝母 10g,炙甘草 10g,仙鹤草 15g,陈皮 10g,法半夏 10g,炒谷芽 30g,炒麦芽 30g,炒枳壳 10g,砂仁(后下)3g。7 剂。二诊:开路方服后,患者食欲渐增,咳嗽亦减轻,畏寒好转,舌淡红,苔薄白,脉细。拟膏方调补,徐缓图之,以求固本。处方:炙黄芪 400g,炒白术 250g,防风 100g,桂枝 250g,炒白芍 250g,仙鹤草 300g,淫羊藿 250g,白及 250g,海螵蛸 300g,平地木 250g,炙甘草 100g,灵芝 300g,红景天 300g,女贞子 250g,蛇床子 250g,炙麻黄 100g,当归 250g,熟地黄 250g,法半夏 200g,陈皮 200g,蝉蜕 100g,蛤蚧 2 对,紫河车 200g,徐长卿 200g,紫石英 250g,砂仁(后下)50g,谷芽 300g,麦芽 300g,白果 300g,核桃仁 250g,红枣 250g,饴糖 800g。每天 2 次,每次 1 匙,开水冲调。

按:慢性阻塞性肺疾病(COPD)病程可分为急性加重期和缓解期,早期症状以咳嗽、咳痰、气喘为主,病程进展可兼气短、胸闷、呼吸困难、水肿,属中医学“喘证”“肺胀”范畴。该病为本虚标实之证,本虚以肺、脾、肾虚为主,标实指痰浊与血瘀。根据病程长短、病情轻重、体质差异、气候变化等不同因素的影响,病性有偏寒、偏热、偏虚、偏

实的不同。

缓解期早期,久病咳喘,迁延不愈,劳伤肺气,卫外不固,腠理开阖失司,易感外邪,肺失宣肃,气道不利,诱使咳嗽再发,每致病情加重。起初多以肺气虚为主,渐及脾,再及肾。故治疗首当固护卫气,防御外邪,预防感冒发生,减缓病情加重。症状多见:咳嗽、少许咳痰,痰色清稀,或微喘,倦怠乏力、自汗恶风、食少便溏,舌质淡胖,苔薄白或薄腻,脉细弱,治宜固表益肺、健脾理气,多用玉屏风散合六君子汤加减。

随着病程日久,子病及母,症见咳嗽痰多、质地清稀或呈泡沫状气短而喘,食欲不振、纳差腹胀或便溏不爽、神疲乏力,舌淡、苔白滑或白腻,脉弱等。脾气虚弱,失于健运,水湿不行,停聚中焦,变生痰饮,上干于肺,影响肺之宣降。“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”,痰浊既是病理产物,又是致病因素。此时应注重健脾理肺,寓培土生金之意。调养脾胃,培补后天,杜绝生痰之源,常选用二陈汤、香砂养胃丸、参苓白术散等。而在COPD缓解期的治疗上,亦可采取冬病夏治或膏方调养的方法,以求培本固元,减少复发或加重。膏方中除了辨明脏腑虚实外,更需注意培本补肾,以做到先天后天同补,但也需要注意补肺、补脾和补肾的次第。

本例患者为COPD缓解期,本次就诊咳喘不甚,尽管有肺系症状(咳嗽、痰白、泡沫痰、汗出、恶风),但脾胃系症状(反酸、胃胀、腹泻等)突出,故治当培脾土以生肺金,从“生痰之源”入手,初方即以六君子汤、玉屏风散、乌贝散等合方,运脾健胃、益肺固表,脾胃健壮,方可受纳膏方等滋补之品。二诊时,患者食欲渐复,已近“数九”寒天,故以膏方全面调理,组方以玉屏风散、桂枝汤、二仙汤、二陈汤、乌贝散等多方合用,除了补益肺气外,亦有补肾固元之物(紫石英、熟地黄、女贞子、蛇床子等),方中更有谷芽、麦芽、陈皮、砂仁等运化之品,以防滋腻太过,反易生痰。值得一提的是,金师以饴糖作为收膏之物,仿小建中汤之意,亦是健脾胃之法,也避免了过多胶类而致滋腻之嫌。

第一作者:时乐,男,医学硕士,副主任中医师,研究方向:中医脾胃病

(收稿日期:2017-12-28)

推拿手法治疗顽固性呃逆验案1则

郑成俊,李俊海,林留洋,魏明超,韩超然,乔若愚
(北京中医药大学第三附属医学院,北京,100029)

[关键词] 顽固性呃逆;推拿手法;膈俞穴;验案

[中图分类号] R256.31 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.10.043

呃逆,俗称“打嗝”,是以气逆上冲,喉间呃呃连声,声短而频,难以自制为主要临床表现的病症^[1]。西医学称之为“膈肌痉挛”。临床上一般将连续发作>72h,经常规治疗无效的呃逆称为顽固性呃逆^[2]。目前临床治疗顽固性呃逆的方法很多,中医多采用中药口服、经穴针灸或特殊穴位药物注射、刺血拔罐等方法结合理疗治疗为主;西医多应用局部神经封闭和口服抗精神病药、抗抑郁药、中枢兴奋药、抗胆碱药等治疗为主。笔者临床中应用推拿手法治愈顽固性呃逆1例,取得佳效,现报告如下。

患者,女,59岁,2017年6月2日初诊。主诉:频繁呃逆伴肩背痛1年半。患者1年半前无明显诱因出现频繁打嗝伴肩背部不适,并逐渐加重,后发展成为顽固性呃逆并伴有肩背部刺痛不止,呃逆声音响、粗,呃逆频率10~15次/min,最高达18次/min,拍肩或按压上肢即可诱发,严重影响日常生活。期间服用中药(具体用药不详),治疗1年未见明显疗效,遂来我院筋伤科门诊治疗。查体:患者精神焦虑,言语不休,呃逆较频,拍肩或按压上肢可诱发呃逆,肩背部刺痛,左背肌第7胸椎旁可触及纤维条索状物,局部压痛明显,舌淡紫,苔薄白,脉弦涩。西医诊断:背肌筋膜炎,膈肌痉挛;中医诊断:顽固性呃逆(气滞血瘀证)。治疗过程:嘱患者俯卧,充分暴露肩背部,铺无菌巾,指压寻找局部压痛点,皮下筋节,左第7胸椎棘突旁(约膈俞穴处)压痛明显,并可触及条索状物。首先运用弹拨手法治疗,然后采用背部掌按法和扩胸扳法,整复胸椎小关节错位。手法治疗1次后患者当即感背部疼痛明显减轻,呃逆症状立即消失,拍肩、按压上肢不再诱发,随访2个月未复发。

按:呃逆,又称为“哕”。中医学认为本病是由于胃气上逆动膈所致,《黄帝内经》记载:“胃为气逆,为哕”,即是指本病。《本草述钩元》曰:“呃逆所因不一,有痰、有火、有阴火、有气虚、有气郁、有胃寒、有死血,就所因而投治,其剂亦不一”,指出了呃逆病因的复杂性。周仲瑛在《中医内科学》中指出本病基本病机是胃失和降,膈间气机不畅,胃气上逆动膈;治疗应以理气和胃、降逆平呃为原则^[3]。本例患者呃逆持续时间长达1年半,并伴有后背部