

陵泉、丰隆、三阴交。针刺操作:仰卧位,选用0.25 mm × 40 mm一次性华佗牌针灸针,常规局部皮肤消毒,手三里、合谷直刺0.5~1.0寸;足太阴脾经、足阳明胃经排刺,沿经络循行,自血海、梁丘起,大腿两侧间隔1寸排刺,进针1.0寸;足三里(双侧)、阴陵泉、丰隆直刺0.8~1.2寸、三阴交直刺0.8~1.0寸,上述腧穴分别施以提插补泻手法,以腧穴酸胀得气为度,留针30 min。艾灸治疗:双侧足三里加入温针灸。艾灸操作:针柄上插一20 mm × 20 mm的艾柱,与表面皮肤距离2.0~3.0 cm,点燃艾柱(注意用硬纸片隔垫以防烫伤),留针30 min,除去燃尽后的艾灰。针刺及艾灸治疗每周5次,10次为1个疗程,共3个疗程。同时口服甲钴胺0.5 mg,每天3次,并辅以双桥练习、站立平衡等康复训练。1个疗程治疗结束后,患者左下肢肌力增至Ⅱ级,右下肢肌力增至Ⅳ级;2个疗程治疗结束后,患者左下肢肌力增至Ⅲ级,患者可由他人搀扶站立;3个疗程治疗结束后,患者可自主站立;4周后随访,患者自主站立,纳可,寐安,焦虑症状改善明显。

按语:SCD的临床症状涉及血液、胃肠道、精神和神经等多个系统,是由于维生素B₁₂缺乏或代谢障碍所致。其中神经系统症状常可能孤立发生,包括认知、运动、感觉、平衡等功能缺损及焦虑、抑郁等精神障碍,如果失治误治,甚则危及生命。本案患者在3个月内发作2次胰腺炎,消化道急性病情得以控制之后,仍食欲不振、入量不足、营养欠佳,因维生素B族摄入缺乏而影响神经系统正常功能,逐渐出现以双下肢肌力减退为主的运动功能障碍。根据既往病史、隐匿起病的特点,脊髓后索以及周围神经损害的症状、体征,确诊为与维生素B₁₂缺乏相关的SCD。我们在给予西药甲钴胺的基础上进行针刺治疗。甲钴胺是一种内源性的辅酶B₁₂,参与一碳单位循环,在由同型半胱氨酸合成蛋氨酸的转甲基反应过程中起重要作用,而针灸具有起效迅速、操作简便、患者依从性强的特点,在改善双下肢运动功能缺损方面,取得满意疗效。

本病需与MS、WE、GBS相鉴别。SCD与MS同有感觉异常、共济失调。MS是中枢神经系统白质脱髓鞘自身免疫病,临床首发症状常为一个或多个肢体无力,一般不伴有对称性周围神经损害。SCD与WE同为代谢性脑病,均存在维生素摄入缺乏诱因,精神状态改变、共济失调等临床表现也有相似之处,WE是由于维生素B₁(硫胺素)缺乏导致,其典型头部MRI表现为四迭体、中央导水管、双侧丘脑T2及Flare序列对称高信号;与GBS同有肢体麻木或无力,发病前常有胃肠道症状,但GBS多急性

起病,其麻痹无力呈对称性、迟缓性,脑脊液检查存在蛋白-细胞分离现象。

本病属中医学“痿证”范畴。《素问·痿论》载:“阳虚,则宗筋纵,带脉不引,故足痿不用也。”脾胃亏虚,水谷精微不足以濡养筋肉;肝肾亏损,肝血肾精不能充养筋脉髓海,治疗遵从《素问》所言“治痿独取阳明”。以益气扶正、滋阴和血为法,足阳明胃经为五脏六腑之海,手、足阳明经多气多血,濡养宗筋,足太阴经与足阳明经相表里,脾胃为后天之本,故本案以脾胃经为主取穴,行足太阴脾经及足阳明胃经排刺。手阳明经手三里、合谷;足阳明经足三里、丰隆;足三阴经血海、阴陵泉、三阴交。诸穴补泻兼施,针灸并用,阴阳互根,共奏调气和血、滋养脾胃、调和阴阳、扶正祛邪之功。

参考文献

- [1] 贾建平. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:331-333.
- [2] 李恒宇,陈浩,徐凯,等. 107例脊髓亚急性联合变性患者的临床特征分析[J]. 神经损伤与功能重建,2018,13(9):456-459,466.

第一作者:王敏,女,主任医师,研究方向:针灸治疗神经系统疾病

(收稿日期:2019-10-14)

黄明河诊治脾胃病验案撷菁

许盼盼¹,黄明河²

(1. 广州中医药大学附属深圳固生堂

中医门诊部,广东 深圳,518040;

2. 广州中医药大学附属深圳市中医院,
广东 深圳,518033)

[关键词] 口臭症;肛门潮湿症;顽固性胃痛;验案;黄明河

[中图分类号] R256.3 **[文献标识码]** B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.08.035

黄明河教授为广东省第二批、全国第五批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,全国名老中医药专家传承工作室建设专家,从事中医临床工作近五十载,始终秉持着“勤读、精思、探索、实践”的宗旨,积累了丰富的临床经验,擅长诊治脾胃病证,无论是对脾胃的常见病或是疑难病都有独特的诊疗经验及良好的疗效。笔者(第一作者)有幸随师侍诊,受益匪浅,现将黄师诊治脾胃病经验撷取一二,分享如下。

1 口臭症

案1: 梅某, 男, 2018年3月20日初诊。因反复口臭11年就诊。曾检查口腔, 发现有龋齿, 拔除后口臭仍未消失。现症见: 口臭反复发作, 口干但不苦, 胃纳欠佳、大便稀溏, 一日2~3行, 乏力, 畏寒, 舌淡红、苔白, 脉滑。诊断: 口臭症, 脾寒胃热证。治宜健脾温中, 清热化湿。方拟: 党参30 g, 炒白术15 g, 熟附子10 g, 干姜5 g, 芡实30 g, 石榴皮20 g, 蒲公英30 g, 白花蛇舌草30 g, 茵陈蒿30 g, 甘草5 g, 佩兰15 g, 枳壳15 g, 麦芽30 g。14剂。4月9日复诊: 口臭基本消除, 口微干苦, 胃纳正常, 大便时软时溏, 轻度乏力。舌淡红、苔薄白, 脉滑。效不更方, 将原方蒲公英、白花蛇舌草、茵陈蒿各改为20 g, 继服14剂, 诸症俱悉。

案2: 陈某, 女, 25岁。因患口臭症3年前来就诊。刻诊见口臭, 口干口苦, 牙齿与咽喉无异常, 纳佳, 心烦寐差, 大便干结, 舌红、苔少, 脉细数。诊断: 口臭症, 阴虚内热证。治以养阴滋胃, 清热化湿。方拟: 生地黄20 g, 北沙参30 g, 麦冬15 g, 石斛15 g, 茵陈蒿20 g, 白花蛇舌草20 g, 麦芽30 g, 枳壳15 g, 甘草6 g。服7剂后复诊, 口臭之症去之六七。效不更方, 继服7剂后口气正常, 大便质软通畅, 寐安, 舌淡红、苔薄白, 阴火胃热之症平息。

按语: 口臭, 可见于肝肾功能衰竭、口腔鼻咽喉疾病。除此之外, 中医认为脾胃积热亦为其常见病因^[1]。隋·巢元方《诸病源候论·口臭候》载: “口臭由五脏六腑不调, 气上胸膈……蕴积胸膈之间而生热, 冲发于口, 故令臭也”, 指出口臭由脏腑积热所致。有学者认为口臭跟胃腑郁热^[2]及胃的幽门螺杆菌(Hp)感染^[3]有关。脾主运化升清, 胃主受纳、腐熟水谷。脾胃功能失常, 如脾气虚寒或胃阴不足, 则均可使脾胃功能受损, 饮食物质的消化、吸收、运输、下传均失常。其水谷饮食不能正常消化运输、吸收下传, 久则蕴结中焦, 必郁积腐败, 引发郁热积滞, 而见口气臭秽, 成湿热蕴结脾胃之证。故治疗本症以调理脾胃功能为本, 清除胃中积热为标。故案1以健脾温中治本, 清热化湿治标; 案2以养阴润胃治本, 清热化湿治标。病证不同, 皆以脾胃为治, 兼清其湿热, 方药对证, 故获佳效。

2 肛门潮湿症

曾某, 女。患者因肛门潮湿, 极为不适前来就诊。现症见: 胃部胀痛、嗳气, 伴有纳呆, 畏寒乏力, 大便偏溏, 口干口苦。舌淡红、苔白腻, 脉滑。诊为脾气虚寒、胃肠湿热、脾胃气滞不和证。治以肛门潮湿方加味。方药组成: 党参30 g, 苍术20 g, 炒白术15 g, 大腹皮20 g, 草豆蔻(后下)10 g, 山药30 g, 芡实30 g, 薏苡仁30 g, 延胡索20 g, 厚朴20 g, 麦芽30 g, 蒲公英30 g, 椿皮30 g, 甘草6 g, 附子6 g, 干姜6 g。服10剂后, 肛门未见潮湿, 胃部胀痛、畏寒乏力顿失, 胃纳明显

好转, 口无干苦, 大便质软, 时有嗳气与手足出汗, 舌淡红、苔白, 脉滑, 继原方减蒲公英、椿皮, 加苏梗15 g、浮小麦30 g。10剂内服后收全效。

按语: 肛门潮湿症的诊治, 在中医内科各论中未见记载, 文献中也鲜有报道。笔者认为, 肛门与大肠相连, 不过是肛门靠外, 大肠靠内, 两者生理病理相近, 故肛门潮湿症可按大肠病变论治。《素问·灵兰秘典论》曰: “大肠者, 传道之官, 变化出焉。”脾胃虚或虚寒, 失之运化, 则大肠传导失常, 泻痢不爽, 湿邪不化而困惑, 而见肛门潮湿症。翟爱中、张庆东等^[4-5]认为, 酿湿生热、湿热下注为肛门潮湿的主要病因, 所以在治疗上以清热祛湿为主。故黄师在治疗方中以党参、苍术、炒白术、芡实、山药益气健脾, 大腹皮、草豆蔻、薏苡仁、厚朴化浊除湿。因患者时有口干口苦, 为胃肠湿蕴化热所致, 故加用蒲公英、椿皮清化胃肠湿热, 使湿邪内困、寒热错杂之症药后皆除。

3 顽固性胃痛

案1: 张某, 男, 2018年5月20日就诊。因上腹痛二十余年前来就诊。刻诊: 胃痛于剑下不移, 轻度发胀、纳可, 无嗳气吐酸, 大便软、乏力, 舌淡暗、苔白, 脉细涩。1月4日胃镜检查提示, 慢性浅表性胃炎, Hp(-), 十二指肠息肉(已摘除)。西医诊断: 慢性浅表性胃炎。中医诊断: 血瘀型胃痛。拟活血化瘀、和胃止痛之法, 以和胃止痛汤治之。方药组成: 徐长卿20 g, 蒲公英30 g, 威灵仙30 g, 乳香6 g, 没药10 g, 莪术15 g, 瓦楞子30 g, 甘草10 g, 党参30 g, 炒白术15 g。7剂。5月9日复诊, 诉胃痛明显减轻, 无发胀, 胃纳可, 无呕吐畏寒, 有乏力便溏, 因诸症减轻, 效不更方, 仍予和胃止痛汤加党参30 g, 炒白术15 g, 三七10 g, 芡实30 g, 石榴皮20 g。7剂后, 胃痛基本消失, 乏力已无, 便质变软, 病情初愈, 为巩固疗效, 再予健脾和胃汤调理, 方药组成: 党参30 g, 黄芪30 g, 炒白术15 g, 醋延胡索20 g, 郁金20 g, 两面针15 g, 枳壳20 g, 木香10 g, 姜厚朴20 g, 三七10 g, 山药30 g, 麦芽30 g, 炙甘草10 g。14剂。

案2: 刘某, 男, 2018年4月25日初诊。患者因上腹部疼痛发胀半年前来就诊。现症见: 胃脘部痛处固定, 时有刺痛, 发胀持久, 恶心无呕吐、消瘦便溏、胃纳减少, 舌淡暗有齿痕, 苔白, 脉细涩。中医诊断: 胃脘痛, 辨为气滞血瘀证, 治以理气消滞、活血化瘀为主, 予和胃止痛汤加减。方药组成: 蒲公英30 g, 没药10 g, 徐长卿20 g, 莪术15 g, 威灵仙30 g, 瓦楞子30 g, 乳香6 g, 甘草10 g, 党参30 g, 黄芪30 g, 枳壳20 g, 陈皮10 g, 姜半夏15 g, 芡实30 g。7剂。5月5日复诊。其诉胃痛已除, 无恶心, 胃纳正常, 无乏力, 但仍见上腹胀发、大便软溏, 舌淡红、苔薄白、有齿痕, 脉细。辨证以脾虚气滞湿困为主, 治宜健脾理气化湿, 拟健脾理气汤。方

药组成:党参 30 g,炒白术 15 g,枳实 20 g,姜厚朴 20 g,木香 10 g,砂仁 10 g,紫苏梗 15 g,麦芽 30 g,炒莱菔子 15 g,醋莪术 15 g,焦山楂 15 g。7 剂之后,患者腹胀明显减轻,大便成形。

按语:临床上胃脘痛多见于慢性浅表性胃炎及糜烂性胃炎。此类患者多为肝胃气滞型,或脾虚气滞型^[6]。但部分病程较长者,如叶天士《临证指南医案·胃脘痛》则认为:“初病在经,久病入络,以经主气,络主血,则知其治气治血之当然。”王清任的《医林改错》和唐容川的《血证论》对于血滞中焦、胀满刺痛者,均主张用血府逐瘀汤治疗。故黄师认为,对于顽固性胃脘痛属气滞血瘀证者,则选用和胃止痛汤,本方以莪术、没药、乳香活血化瘀;徐长卿、威灵仙有祛风通络,解痉止痛的作用;气血久郁而化热,用蒲公英清之,其性平和,却不伤脾胃;徐长卿配瓦楞子,增强了制酸止痛的作用^[7]。合用全方,可使胃之气血调和通畅,胃痛自止,故名和胃止痛汤。但胃脘痛者证情较复杂,临证时应酌情作加减,若兼脾虚者,宜加党参 30 g,炒白术 15 g,益气健脾;兼阳虚者宜加附子 10 g、干姜 6 g 益阳温中;兼阴亏不足者,须加北沙参 30 g、麦冬 15 g 滋润养阴;若胃脘闷胀明显,再加枳壳 20 g、木香(后下) 10 g 理气行滞,如此才能药合病证,获得佳效。

参考文献

- [1] 黄文东,方药中,邓铁涛,等.实用中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,1985:273-274.
- [2] 沈秀伟,王健康,鲍平波,等.王健康运用清胃散临床治验选介[J].浙江中医杂志,2018,53(5):381.
- [3] 杨杰,周力.根除幽门螺杆菌与非口源性口臭的关系[J].贵阳医学院学报,2009,34(5):578.
- [4] 翟爱中,张彩霞.四妙散为主综合疗法治疗肛门潮湿83例[J].中国肛肠病杂志,2002,22(9):20.
- [5] 张庆东.中医辨证治疗肛门潮湿症45例临床观察[J].江苏中医药杂志,2006,27(7):40.
- [6] 黄明河,刘冬厚.疏肝和胃汤治疗慢性浅表性胃炎78例疗效观察[J].中国中医药信息杂志,2008,15(11):62.
- [7] 祁公任,陈涛.现代实用临床中药学[M].北京:化学工业出版社,2013:158-169.

基金项目:国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2018]134号)

第一作者:许盼盼,女,中医师,研究方向:中医内科学

通讯作者:黄明河,男,教授,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医内科学(脾胃病方向),E-mail:huang-minghechief@sina.com

(收稿日期:2019-10-17)

朱生樑辨治

瘀热蕴结型肠痈腹痛验案 1 则

郑新春¹ 指导 朱生樑²

- (1. 上海市光华中西医结合医院,上海,200052;
2. 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院,上海,200437)

[关键词] 腹痛;肠痈;瘀热蕴结型;验案;朱生樑

[中图分类号] R269.561 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.08.036

肠痈是指发生于肠道的痈肿,包含了西医学的急性阑尾炎、回肠末端憩室炎、克罗恩病、溃疡性结肠炎等。中医学认为本病多因饮食不节、寒温不适或情志所伤,损伤肠胃,引起肠道传化失司,糟粕停滞,气滞血瘀,瘀久化热,热胜肉腐而成痈肿。《症因脉治·卷四》论肠痈腹痛云:“缩脚皱眉,小便如淋,痛有肿处,手不可按,夜来每发寒热,或绕脐生疮,或腹皮紧急,肌肤甲错,或时时出汗,此肠痈腹痛之症也。”朱生樑教授系丁氏内科流派陈存仁先生的师承传人,涉足杏林四十余载,医术精湛,学验俱丰,在中医药治疗消化系统疾病方面有较高的造诣。笔者有幸侍诊,聆听教诲,受益匪浅,现将朱教授治疗肠痈腹痛验案 1 则介绍如下。

孙某,女,31岁,2018年10月15日初诊。患者6月8日因右下腹痛伴发热于外院就诊,诊断为“阑尾炎”,予以“头孢”口服治疗后腹痛减轻,但仍有腹部隐痛,期间症状反复发作,并继续口服“头孢”及“甲硝唑”治疗。8月2日患者因症状反复并加重于外院住院治疗,常规检查 C 反应蛋白 190.96 mg/L,白细胞 $15.4 \times 10^9/L$,血红蛋白 85 g/L,中性粒细胞百分比 82.8%,查腹部 CT 提示:末端回肠及阑尾炎伴局部脓肿形成,盆腔积液。予抗感染对症治疗。出院前复查 C 反应蛋白 100.47 mg/L,白细胞 $12.4 \times 10^9/L$,血红蛋白 91 g/L,中性粒细胞百分比 85.8%。出院后患者症状仍未明显改善,乃求诊于朱师。患者既往有克罗恩病史。刻下:右下腹隐痛,发热, T 38℃,纳差,时有胃痛,口干,大便不成形,一日一行,体质量减少约 5 kg,月经量少,消瘦乏力,舌红、苔少,脉细。西医诊断:阑尾脓肿,克罗恩病;中医诊断:腹痛(气血耗伤,瘀热蕴结肠腑)。治疗法则:健脾养血,清热化瘀,消痈排脓。予自拟方藿苏汤加减。处方:藿梗 6 g,苏梗 6 g,制半夏 12 g,白术 12 g,白芍 12 g,茯苓 12 g,桂枝 6 g,川黄连 3 g,生姜 3 g,赤石脂 30 g,柴胡 9 g,延胡索 9 g,生地黄