

气下陷证<sup>[7]</sup>。袁师精研李东垣、张锡纯理论,认为慢性心衰基本病机为气陷为本,瘀血内结,痰饮内停为标。袁师分析,张锡纯的升陷汤与李东垣的升阳益胃汤均用黄芪补气,柴胡升下陷之气,并用甘寒之品以佐制,使其升陷而不助阴火。柴胡、升麻类皆为“风升生”之品,知母、黄连类皆为“寒沉藏”类,黄芪为“湿化成”之品。不同之处是升阳益胃汤用风药防风、独活、羌活以升清阳燥湿,且兼治脾胃。故于临床中多用升阳益胃汤加减治疗心衰,而用升陷汤加减治疗心绞痛。在临证加减应用中,气虚及阳者当加桂枝、干姜等,血瘀者加当归、川芎、丹参等,痰饮内停者酌情加葶苈子、桂枝、防己等,痰浊痹阻者加石菖蒲、瓜蒌等。

冠心病虚证者其脉象沉细,关前尤为明显,因为大气虚弱,无力鼓动心脉,日久瘀血内生则为脉结代。脉象沉细时应与虚寒饮停相鉴别,若患者无畏寒肢冷表现,则说明为大气下陷,如有畏寒肢冷则说明气虚及阳。国医大师李士懋言冠心病脉弦者以饮治之,脉滑者以痰治之,脉弦者(沉、弦、紧、拘、滞)当以寒凝治之<sup>[8]</sup>。因而,袁师认为如脉象偏实者以标实为主,当先治标;如脉象无力则以正虚为主,当先固本,采用升阳之法。中医学的治病特点与优势是辨证论治,根据患者病情变化动态辨证,才能获得显效。

#### 参考文献

- [1] 马丽媛,吴亚哲,陈伟伟.《中国心血管病报告 2018》要点介绍[J]. 中华高血压杂志,2019,27(8):712-716.
- [2] 张艳,礼海,王彩玲.浅谈慢性心衰中医病名病机研究[J]. 辽宁中医杂志,2011,38(1):12-13.
- [3] 熊鑫,张军平,朱亚萍,等.阮士怡基于“正气存内,邪不可干”理念辨治冠心病的经验初探[J]. 辽宁中医杂志,2019,46(11):2278-2280.
- [4] 黄帝内经灵枢[M]. 北京:人民卫生出版社,1963:110.
- [5] 张仲景.金匮要略[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:57.
- [6] 李东垣.脾胃论[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:10.
- [7] 张锡纯.医学衷中参西录[M]. 北京:人民卫生出版社,1957:31-32.
- [8] 马凯,王四平,康素刚,等.国医大师李士懋平脉辨证治疗冠心病思辨体系初探[J]. 河北中医,2019,41(8):1125-1128,1156.

**基金项目:**国家中医药管理局第六批全国老中医药专家学术经验继承项目

**第一作者:**阎泰樑,女,2018 级硕士研究生,主治医师,研究方向:心血管疾病的临床研究

**通讯作者:**袁宏伟,男,副主任医师,硕士研究生导师,第六批全国老中医药专家学术经验继承人,研究方向:心血管疾病的临床研究,E-mail:yatou19870916@163.com

(收稿日期:2020-05-14)

## 脾胃病痼疾治验 3 则

施培凯,黄明河

(广州中医药大学附属深圳市中医院,  
广东 深圳,518033)

**[关键词]** 便秘;胃痛;溃疡性结肠炎;中医药疗法;验案;黄明河

**[中图分类号]**R256.3 **[文献标识码]**B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.02.026

黄明河,系全国及广东省老中医药专家学术经验继承工作指导老师,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专家。在近 50 年的临床工作过程中,注重研习中医药理论与名老中医经验,重视临床实践与中医学术传承教育,擅长消化系统疾病的诊治,临床经验丰富。笔者(第一作者)有幸跟师侍诊,受益匪浅,现将其治疗脾胃病痼疾验案 3 则介绍如下。

### 1 便秘

吴某,女,65 岁,于 2018 年 7 月 15 日首诊。主诉:排便不畅 10 年。有便秘或时有软溏便,曾用润肠茶、芦荟胶囊、麻仁软胶囊、含纤维素的保健品,初用时有一定效果,久用则罔效。近 1 个月来,大便干结呈粒状,伴腹胀、畏寒、乏力,胃纳减少,头晕腰酸,面色萎黄,舌质淡、苔薄白,脉沉细。诊为老年功能性便秘,辨证属脾肾阳虚、气血两亏、气滞肠燥,治宜温补脾肾、益气养血、行气润燥。予调补滋润法治之。处方:党参 30 g,黄精 20 g,生白术 45 g,当归 15 g,熟地黄 20 g,锁阳 20 g,生地黄 20 g,枳实 20 g,厚朴 15 g,桃仁(打碎)15 g,莱菔子(打碎)30 g,郁李仁(打碎)30 g,火麻仁(打碎)30 g,制附子 10 g,干姜 10 g。7 剂,每天 1 剂,水煎,分早晚空腹服用。7 月 23 日复诊:大便已能排出,便质软,较通畅,日行 2 次,但有排便不尽感,畏寒减轻,脐部偶有发胀,胃纳略增,仍有乏力、头晕腰酸,面色萎黄。守原方续服 14 剂。8 月 8 日再诊:大便恢复正常,日行 1 次,排便不尽感消失,已无畏寒腹胀,胃纳正常,无头晕腰酸,面见红色。此时便秘诸症悉平,但由于其为 10 年痼疾,不能一朝见效即停药,应继续维持用药,以资巩固,故于原方去附子、干姜,莱菔子、郁李仁、火麻仁改用量为 20 g。并嘱其每天下午空腹嚼服生核桃 3~4 个,早晚平躺在床上,握拳叩打天枢穴,100 下/次,2 次/d。上法连续服用 2 个月后停药,随访至今,便秘未作。

**按语:**西医治疗便秘主要以渗透性泻药、胃肠动力药、消化酶制剂、微生态制剂为主,单用或多种

联合运用以及配合心理治疗或生物反馈治疗<sup>[1-3]</sup>。经西医综合治疗后,初始可见疗效,但久则收效甚微。本病多因年迈体衰,饮食过于精细,食量减少,运动量不足,或因多种病患缠身,久而不愈,导致脾肾气虚,气机不畅、传输无力;气血两亏,气虚则大肠传递无力,血虚津少则不能滋润大肠;阳气不足者阴寒内生,凝滞肠道,均可致肠道传导失常而致便秘。正如《丹溪心法·燥结》所云:“燥结血少不能润泽,理宜养阴。”《医学正传·秘结论》又曰:“肾主五液,故肾实则津液足而大便滋润,肾虚则津液竭而大便燥结。”气血阴阳不足发为虚秘<sup>[4]</sup>。黄老认为脾肾亏虚、血气衰弱为本病发病之根本;而气机不畅,大肠涸燥为本病起病之因。故拟健脾养肾、调气润燥之法,健脾益气与滋养肾精并用,调理气机与滋润肠道相兼,临床效果显著<sup>[5]</sup>。本案患者病程较长,治疗时不能见效则骤然停药,应逐渐减量再用1~2个月,轻剂缓图,待脾肾阳气足、血气充,气畅肠润,脏腑功能恢复后,病可痊愈。另外,患者宜配合饮食、运动调理,如多食蔬菜及粗纤维谷类,增加饮水量;生食核桃既补肾益智又滑润肠道,有助于治疗本病。并嘱患者平躺床上,握拳叩打天枢穴,早晚各100次,每天2次,以促进肠道运动。

## 2 胃 痛

陈某,男,32岁,2018年7月24日初诊。主诉:近半年来上腹部胀痛,伴恶心乏力,胃纳欠佳,无呕吐、消瘦便溏。曾在外院行胃镜检查提示有慢性糜烂性胃炎,先后用健脾疏肝理气之剂治疗数月罔效。刻诊:胃脘部疼痛,痛处固定不移,呈阵发性刺痛,胀闷明显,舌质暗淡,苔白,脉弦涩。中医诊断:胃痛,辨证为气滞血瘀型,治宜理气消胀、活血化瘀,予和胃止痛汤加减。处方:九香虫10g,延胡索20g,甘松10g,山药30g,田七粉(冲服)6g,乳香6g,没药6g,莪术15g,威灵仙20g,瓦楞子30g,甘草10g,党参30g,黄芪30g,枳壳20g,陈皮10g,姜半夏15g,芡实30g。7剂,水煎,于饭前30~60min内服,每天2次。7月31日复诊:胃痛已除,无恶心乏力,胃纳正常,但上腹仍胀闷、大便软溏,舌淡红、苔白腻,脉细涩。此证以脾虚气滞湿困为主,治宜健脾理气化湿,拟健脾理气之剂,加芡实30g,石榴皮20g。7剂之后,腹胀明显减轻,大便基本成形。

**按语:**胃痛多见于慢性浅表性胃炎及糜烂性胃炎,证型多为肝胃气滞型、脾虚气滞型或肝郁脾虚型,对证使用中药往往收效良好。若胃痛日久,且

疼痛程度显著者,则有瘀血之象。叶天士《临证指南医案·胃脘痛》载:“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》中对于血滞于中焦、胀满刺痛者,均主张用血府逐瘀汤治疗,以活血化瘀<sup>[6]</sup>。故顽固性胃痛属气滞血瘀证者为多,可选用和胃止痛汤为基础方治疗。方中莪术、延胡索、乳香、没药活血化瘀止痛<sup>[7]</sup>;九香虫、甘松、威灵仙理气通络、解痉止痛;山药、田七、瓦楞子、甘草护膜制酸、和胃止痛。全方合用,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,病情较复杂,临证时还应辨证加减。若兼脾虚者,宜加党参30g、黄芪30g、炒白术15g益气健脾;兼阳虚者宜加附子10g、干姜5g益阳温中;兼阴亏不足者,须加北沙参30g、麦冬15g滋养胃阴;若胃脘闷胀明显,可加枳壳20g、木香(后下)10g理气行滞消胀。如此才能药合病证,获得佳效。

## 3 溃疡性结肠炎

彭某,男,2017年9月10日初诊。8月出现下腹部不适并解黏液血便。9月8日在某医院行结肠镜检查示:横结肠、乙状结肠、直肠可见弥漫性充血糜烂、覆白色渗出物,诊为溃疡性结肠炎。刻诊:左下腹疼痛,泄泻3~5次/d,便质软溏或呈糊状,伴黏液血便且有里急后重感,纳差、乏力,舌淡红、苔白黄厚腻,脉滑数。西医诊断:溃疡性结肠炎(UC);中医诊断:痢疾,辨证为脾虚湿热型。治法:健脾化湿、凉血止泻。予理肠方治之。处方:党参30g,苍术20g,槐花15g,石榴皮20g,椿皮30g,马齿苋20g,徐长卿30g,地榆20g,蒲黄15g,田七10g,藤梨根45g,薏苡仁30g,穿山龙30g,甘草10g。14剂。每天1剂,水煎,分2次空腹服。9月26日复诊:便溏,已无血便,黏液便减少,日行3次,无腹痛及里急后重,胃纳好转,仍有乏力,他症减轻。舌淡红、苔白,脉滑。治宜健脾活血、化湿止泻。改用健脾益肠汤:党参30g,炒白术15g,石榴皮20g,椿皮30g,莲子30g,山药30g,车前子20g,红藤30g,姜黄15g,徐长卿20g,甘草10g,薏苡仁30g,芡实30g,田七10g。14剂,煎服法同前。再诊见黏液便少许、日行1次,大便软多溏少,已无他症。舌淡红、苔薄白,脉滑。病情明显好转,效不更方。续予健脾益肠方,3个月后复诊:大便质软,无黏液便及其他症状。复查肠镜:降结肠以下黏膜轻度充血,但黏膜光滑无异常。其病已临床治愈。为了巩固疗效,嘱患者每个月取上方7剂,每剂水煎2次,每天空腹服1次。如此巩固治疗1年以防复发。

**按语:**溃疡性结肠炎属中医学“痢疾”“肠风”

等范畴,临床可见泄泻、黏液脓血便、里急后重、腹痛等症。UC 发病之本为脾胃气虚,标为湿热瘀浊;急性发作期以治标为主,宜清热化湿、行气活血、凉血止血,兼以健脾理气;缓解期以治本为主,宜健脾益气,兼化湿活血、固肠止泻<sup>[8]</sup>。临证时宜视其标本邪正、轻重缓急而辨。本患者初诊时有腹痛、里急后重、黏液脓血便,属脾胃气虚,湿浊瘀结,治宜健脾化湿、祛风化浊、凉血止血,予理肠方治之。方中党参、炒苍术、石榴皮、薏苡仁健脾化湿;重用徐长卿、穿山龙、椿皮、马齿苋、藤梨根、甘草祛风消肿,祛湿化浊,前四药尚有类激素抑制免疫反应的作用,但无激素类毒副作用;地榆、槐花、蒲黄、田七凉血止血<sup>[9]</sup>。因药专而力宏,方药对症,服药 2 周后患者血便消失,黏液便等诸症明显缓解,故治法改为健脾益气为主,活血化湿为辅,予健脾益肠方继续治疗,3 个月后病获临床治愈。UC 是一个容易复发的疾病,一旦停药,2~3 个月多数患者则会复发,故须巩固疗效,方能防止病情复发。

### 参考文献

- [1] 李晨. 复方消化酶胶囊与乳果糖口服液联合治疗老年人功能性便秘的临床观察[J]. 四川医学, 2013, 34(1): 126-127.
- [2] 何红艳, 贺平. 功能性便秘的精神心理因素研究[J]. 结直肠肛门外科, 2008, 14(6): 400-402.
- [3] 郭荣, 丁曙晴, 丁义江, 等. 功能性排便障碍的生物反馈治疗[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(1): 123-125.
- [4] 翟建宁, 金小晶. 从气机理论论治功能性便秘体会[J]. 云南中医中药杂志, 2009, 30(2): 20-21.
- [5] 蔡光先. 滋阴活血润肠片治疗功能性便秘 90 例[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18(5): 326-328.
- [6] 王姝. 从瘀论治慢性胃炎[J]. 光明中医, 2009, 24(5): 933-934.
- [7] 梅全喜. 现代中药药理与临床应用手册[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 778-780.
- [8] 黄明河. 溃疡性结肠炎中医药治疗琐谈[J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(1): 87-88.
- [9] 周超凡, 孙彩珍. 周超凡临证用药经验集锦[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 381-387.

**基金项目:**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:**施培凯,男,医师,研究方向:中医药防治脾胃疾病

**通讯作者:**黄明河,男,主任医师,教授,硕士研究生导师,研究方向:脾胃病的临床研究, E-mail: huangminghechief@sina.com  
(收稿日期:2020-05-20)

## 温针灸结合中药

### 治疗特发性震颤验案 1 则

刘婷婷<sup>1</sup>, 赵芬芬<sup>1</sup>, 张 琴<sup>1</sup>, 王常康<sup>2</sup>, 何兴伟<sup>2</sup>

(1. 江西中医药大学, 江西 南昌, 330006;

2. 江西中医药大学附属医院, 江西 南昌, 330006)

**[关键词]** 特发性震颤; 温针灸; 半夏白术天麻汤; 酸枣仁汤; 验案; 何兴伟

**[中图分类号]** R246. 6, R277. 725 **[文献标识码]** B

**DOI:** 10. 16808/j. cnki. issn1003-7705. 2021. 02. 027

特发性震颤(essential tremor, ET), 又称原发性震颤, 是一种常见的运动障碍性疾病, 临床表现为头部、上肢和躯干等部位的姿势性或动作性震颤, 频率通常为 4~12 Hz。目前, 中西医对此病尚无特效疗法。笔者(除通讯作者)跟随导师何兴伟教授从温阳通督立法, 以温针灸为主配合中药治愈特发性震颤 1 例, 现介绍如下。

陈某, 男, 52 岁。于 2019 年 7 月 9 日因“头部及肢体阵发性不自主震颤半个月余”就诊。患者于 6 月 23 日 16 时, 无明显诱因突发头部不自主震颤, 30 min 后发展至双上肢及右侧大腿不自主性频繁震颤, 严重时涉及全身, 无法控制, 神志清楚。于南昌市某医院行头颅 CT、颅脑 DWI、脑血管超声、心电图、体表诱发电位、风湿四项、ANCA 谱等未见明显异常, 诊断为“特发性震颤”。予镇静、营养神经, 改善循环等治疗(具体用药不详), 效果欠佳。今为求进一步诊疗, 遂来我院求诊。刻下症见: 神清, 精神欠佳, 头部、双上肢及右下肢阵发性不自主震颤, 尤以右侧大腿部震颤明显, 伴右膝软、站立不稳, 迈步则因震颤抽动而易仆倒。纳可, 寐差(每夜仅能睡 2~3 h), 二便自调。否认有肢体麻木、头晕头痛等症状。舌质淡红、苔白腻, 脉弦滑。查体: 四肢浅感觉、深感觉正常。右侧肢体肌力 4+ 级, 左侧肢体肌力 5 级, 四肢肌张力未见异常。右膝腱反射偏亢进, 其他腱反射未见异常, 病理反射未引出。平素嗜好烟酒, 否认有糖尿病、高血压病、心脏病等病史。西医诊断: 特发性震颤; 中医诊断: 颤证(脾肾阳虚、风痰阻络证)。治法: 温阳通督、补肾健脾、化痰安神。选用温针灸配合中药治疗。1) 温针灸治疗。针灸取穴以手足阳明经、督脉腧穴为主。主穴: 百会、四神聪、顶颞前斜线、神庭、头维、水沟、后溪、神门、足三里、阳陵泉、丰隆、太溪、太冲; 配穴: 上肢震颤加肩髃、肩髃、曲池、外关、合谷; 下肢震颤加风市、血海、梁丘、委中、三阴交、悬钟。操作方法: 患者取仰卧位, 局部皮肤以 75% 乙醇常规消毒, 采用 0.30 mm×40 mm 一次性毫针刺刺, 足三里用徐疾补法, 其余诸穴用平补平泻法。针刺得气后, 在百会、曲池、足三里、风市穴区施以艾条温针灸(手持艾条, 艾火靠近针柄, 以患者耐受为度, 约每隔 3 min 须将艾条燃烧端灰燃掉