

有滋阴潜阳息风之效。《灵枢·根结》载:“少阳为枢”,少阳经为半表半里之经,为沟通内外阴阳的桥梁,离入出合之枢纽,其经别系目系,与脑病关系密切。取足少阳胆经之完骨、风池,有调经通络之效;阳陵泉,胆经之下合穴,筋之所会,为治疗半身不遂的要穴。《诸病源候论·风湿痹身体手足不随候》曰:“风半身不遂者,脾胃气弱,血气偏虚……脾胃既弱,水谷之精润养不周,致血气偏虚,而为风邪所侵,故半身不遂也。”阳明经多气多血,足阳明经别系目系,又脾胃为气血生化之源,针刺之起补益气血、疏通经脉之效。阳陵泉可疏通气血,丰隆为治痰之要穴。诸穴相配具有调神醒脑、填精益髓、疏通经络、平肝息风、平调阴阳之效。

参考文献

- [1] 李坑,张富恩,王爱萍,等. 感染性心内膜炎的临床特点及病原菌分析[J]. 中华内科杂志, 2016, 55(10): 774-778.
- [2] CAHILL TJ, PRENDERGAST BD. Infective endocarditis. [J]. Lancet, 2016, 387(10021): 882-893.
- [3] BENDIXEN BH, JAAPKAPPELLEL, LOVE BB, et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke definitions for use in a multicenter clinical trial[J]. Stroke, 1993, 24(1): 35-41.
- [4] ROSSI M, GALLO A, DE SILVA RJ, et al. What is the optimal timing for surgery in infective endocarditis with cerebrovascular complications? [J]. Interact Cardiovasc Thorac Surg, 2012, 14(1): 72-80.
- [5] 基鹏,冯沅. 感染性心内膜炎与脑栓塞[J]. 现代临床医学, 2015, 41(5): 393-396.

第一作者:姜赓,男,2018级硕士研究生,研究方向:针刺治疗脑血管病

通讯作者:吴敬,男,主任医师,研究方向:针刺治疗脑血管病及其合并症, E-mail: drwj98@sohu.com

(收稿日期:2020-11-17)

声 明

为适应我国信息化建设,扩大本刊及作者知识信息交流渠道,本刊已许可多家网络媒体和数据库以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文,其作者文章著作权使用费已采取版面费适当折减与赠送样刊两种形式给付。作者向本刊提交文章发表的行为即视为同意我社上述声明;如作者不同意文章被收录,请在来稿时向本刊声明,本刊将作适当处理。

赵瑞成运用针药结合 治疗汗证验案 1 则

高娇娇¹, 赵瑞成²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南省中医药研究院附属医院,
湖南 长沙, 410006)

[关键词] 汗证; 针灸; 中药; 验案; 赵瑞成

[中图分类号] R255.9 [文献标识码] B

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.05.036

中医学认为,汗为人体之津液,具有润泽皮肤、调和营卫的作用。而当人体感受外邪或内伤脏腑时,则会发生出汗时间、部位、颜色、汗量等的改变,此种“汗出异常”的症状,被称为“汗证”^[1],西医多将其归为植物神经功能紊乱^[2]。汗证又分为自汗、盗汗。《医方考》云:“醒而出汗曰自汗,睡而出汗曰盗汗。自汗阳虚,盗汗阴虚也”。在临床上,自汗、盗汗兼有的患者居多,且无明显诱因发病,病情迁延难愈,给患者带来了较大痛苦。

赵瑞成教授系全国第四批名老中医张崇泉主任医师学术经验继承人,长期从事中医临床科研教学工作,擅以针刺与中药相结合治疗各类内科杂病。笔者(第一作者)有幸跟随赵师学习,出诊时遇一汗证患者,经赵师运用针药结合治疗后获得满意疗效,现介绍如下。

李某,女,59岁,2020年8月5日初诊。主诉:汗出异常5个月余。患者自诉5个月前无明显诱因出现汗出异常,白天自汗,夜卧盗汗,曾服用中药治疗,病情反复,效果不佳。现患者白昼时时汗出,动则尤甚,紧张时汗出明显,全身汗出,以头面部汗出明显,夜卧盗汗,醒后自止;精神尚可,头昏不晕,偶有眼花,无耳鸣,视物清,口干明显,口苦,纳少,夜寐差,入睡难,伴有心烦,排便困难,大便不干,小便可。舌暗红、苔薄白,脉弦滑。中医诊断:汗证,肾阴亏虚、心神失养、气虚不固证。治以敛阴止汗、养血安神、益气固表为法,方用当归六黄汤合牡蛎散加减。处方:黄芪20g,生地20g,熟地黄20g,砂仁3g,黄柏6g,黄芩6g,煅牡蛎30g,麻黄根10g,白芍20g,糯稻根30g,鳖甲10g,桑螵蛸10g,酸枣仁30g,柏子仁6g,浮小麦30g,大枣10g,甘草5g。7剂。配合针刺治疗以养血安神、交通心肾、敛阴止汗。取穴:心俞、脾俞、三阴交、阴郄、后溪、涌泉、神门、内关、复溜。8月12日二诊:盗汗明显减轻,但仍白日汗出,紧张时明显;精神可,口稍干,纳可,睡眠改善,二便调。舌暗红、苔薄白,

脉弦滑。续予上方加减。处方:黄芪 30 g,生地黄 20 g,熟地黄 20 g,砂仁 6 g,黄连 5 g,黄柏 6 g,黄芩 6 g,煅牡蛎 30 g,麻黄根 10 g,白芍 20 g,糯稻根 30 g,桑螵蛸 10 g,酸枣仁 30 g,枳实 10 g,厚朴 10 g,浮小麦 30 g,甘草 5 g,当归 10 g。14 剂。配合针刺治疗(取穴同前)。经治疗后患者汗证明显好转,睡眠亦佳,病情基本痊愈。

按语:本案患者为汗证,兼有自汗、盗汗。患者为老年女性,天癸已竭,肾阴亏耗,虚火内生,阴津被扰,加之平素思虑过多,损伤心脾,血不养心,心不敛营,故汗液外泄、心烦失眠;且患者素体薄弱,肺气不足,表虚不固,故白昼汗出,根据其舌脉诊,证属肾阴亏耗、心神失养、气虚不固,故治以益气固表、养血安神、敛阴止汗之法,方用当归六黄汤合牡蛎散加减。方中生地黄、熟地黄滋阴补肾;黄连、黄芩、黄柏清火除烦;重用黄芪益气固表;煅牡蛎敛阴潜阳、固涩止汗;鳖甲、桑螵蛸滋补肾阴、固涩助阳;麻黄根、糯稻根、白芍收敛止汗;酸枣仁、柏子仁养心安神、敛汗通便;大枣、浮小麦、甘草益气养血、宁心安神;砂仁化湿行气;枳实、厚朴豁痰开窍;此上诸药合而成方,补敛并用,兼潜心阳,共奏益气固表、敛阴止汗之功,可使得气阴得复,汗出自止。涌泉为肾经井穴、复溜为肾经经穴,功在滋阴补肾、止汗;心俞、脾俞有补益心脾、益气养血之功;阴郄为心经郄穴,后溪为小肠经的输穴,两经相为表里,以奏补益心气、止汗之功;三阴交为三阴经之交会穴,调三经气血,配以神门、内关,有敛阴止汗、安神助眠之效。

《医宗必读·汗》中提到:“心之所藏,在内者为血,在外者为汗。汗者心之液也,而肾主五液,故汗证未有不于心肾虚而得者。”赵师总结多年临床经验,认为治疗汗证需兼顾心肾,在滋阴潜阳、敛阴止汗的同时,更应兼顾养血安神,如此才能使得心肾相交、阴阳相调,则汗证自止。

参考文献

- [1] 赵玲瑜. 汗证辨治体会[J]. 中医药导报, 2020, 26(6): 123-125.
- [2] 吴晗晗, 刘洋, 陈园. 吴华强教授治疗汗证临床特色探析[J]. 甘肃中医学院学报, 2016, 33(4): 27-29.

基金项目:湖南省中医药科研计划项目(201639)

第一作者:高娇娇,女,2018 级硕士研究生,研究方向:针灸推拿学

通讯作者:赵瑞成,男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医内科学,E-mail:zrc20070822@163.com

(收稿日期:2020-09-08)

中西医结合治疗 肠系膜脂膜炎验案 1 则

李玲,岳妍

(天津中医药大学第一附属医院,天津,300193)

[关键词] 肠系膜脂膜炎;中西医结合疗法;验案

[中图分类号] R269.572 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.05.037

肠系膜脂膜炎(mesenteric panniculitis, MP)是临床少见的发生在肠系膜脂肪组织的一种慢性非特异性炎症病变,常累及小肠系膜^[1-2]。其病理特征为肠系膜脂肪组织慢性炎症细胞浸润、坏死、纤维化形成“假肿瘤肿块”^[3]。目前 MP 发病机制不明,临床表现复杂。西医临床治疗以激素和免疫抑制剂等为主,但患者仍有症状反复的情况。小柴胡汤出自《伤寒论》,具有和解少阳之功效。岳妍教授运用小柴胡汤加减联合西药治疗肠系膜脂膜炎验案 1 则,疗效满意,现报告如下。

温某,男,48 岁。主诉:脐周痛间作 2 年余,加重 5 d。患者 2 年余来脐周痛间作,伴午后发热,最高 37.8℃,恶寒,无寒战,无汗,四肢厥冷,恶心、纳差,便秘。近半年体质量下降 5kg。患者曾多地多次诊疗,未明确诊断。2018 年 5 月外院查腹平片、上腹彩超均显示正常,胃镜示:慢性浅表性胃炎(Ⅲ级)。2019 年 5 月查结肠镜并行结肠多发息肉切除术。病理检查示:(结、直肠)2 枚符合管状腺瘤。2019 年 7 月查腹部+盆腔 CT 示:左侧髂总动脉硬化。曾服用雷贝拉唑、马来酸曲美布汀片、枸橼酸莫沙必利片、散利痛片、左氧氟沙星片、头孢拉定片等药物治疗,病情反复发作。入院前 5 d 脐周痛较前加重,进食后明显,伴午后发热,入院前 1 d 于我院消化科门诊查腹平片正常,血常规示:白细胞 $10.78 \times 10^9/L$,C 反应蛋白 39.04 mg/L,提示炎症反应。否认手术外伤及其他疾病史。入院症见:脐周痛,恶心,纳差,便秘,舌红、苔薄白,脉弦细。查体:体温 36.5℃,脉搏 80 次/min,呼吸 20 次/min,血压 104/79 mmHg(1 mmHg $\approx$ 0.133 kPa),神清,呼吸平稳,全身皮肤黏膜未见黄染、皮疹及出血点,全身浅表淋巴结未触及肿大,咽无充血,双侧扁桃体无肿大,甲状腺无肿大。心肺查体未见异常。腹部平坦,未见胃肠型,脐左侧压痛,无反跳痛,无肌紧张,肝脾未及,墨菲征(-),麦氏点压痛(-),振水音(-),移动性浊音(-),肠鸣音正常。双下肢未见水肿,双肾叩击痛(-),神经系统检查未见异常。复查血常规:淋巴细胞绝对值 $1.01 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比 77.4%,淋巴细胞百分比 14.4%,C 反应蛋白值增高,提示