

临证心得

源堤归壑汤治疗悬饮的体会

闫小萍* 闫冬梅*

主题词 悬饮/中医药疗法 @源堤归壑汤

悬饮病,饮结肋下,胸胁胀满、疼痛,噎咳唾引痛,只能卧向一侧,转侧则加重,咳嗽,气短甚则气喘,口干不欲多饮,纳谷欠馨,大便或干或不爽,小便或少或正常。舌苔白黄相兼而腻,脉沉细滑或沉滑弦。相当于现代医学的结核性渗出性胸膜炎、细菌性胸膜炎、风湿性胸膜炎所致的胸腔积液及恶性胸腔积液等。我们在临床上运用了焦树德老师拟定的“源堤归壑汤”治疗悬饮,每每收到较为满意的效果。现将我们临床运用的经验体会介绍如下。

1 组成

川椒目 6~9g,全瓜蒌 30g,桑白皮 9~12g,葶苈子 6~9g,广橘红(或陈皮)9g,泽泻 12~15g,猪苓 15~18g,白茯苓 15~25g,车前子(布包)9~15g,光杏仁 9g,枳壳 10g,冬瓜皮 30g,桂枝 5g,水煎服,每日1剂。

2 方义

前人有“治痰饮之法,顺气为先,分导次之。气顺则津液流通,痰饮运下,自小便而出”和“及其结而成坚癖,则兼以消痰破饮之剂以攻之”的主张,因此我们治疗悬饮时必须顺气、化湿、利水。对于水饮结积久者,还要兼用消饮破痰之剂攻之。源堤归壑汤即深寓此意。本方系由《医醇膳义》中治疗悬饮的椒目瓜蒌汤加减化裁而来。方中瓜蒌开胸散结、润通谷道,川椒目利气行水、畅通水道,葶苈子降气行水祛痰,桑白皮下气平喘利水,以逐水消饮降气平喘为君;降气止咳的杏仁,破气行痰的枳壳,利水渗湿的茯苓、冬瓜皮,燥湿健脾的化橘红(或陈皮),合而为

臣,以顺气降逆、利湿健脾;佐以泽泻、猪苓、车前子,淡渗利湿,行水消饮,导水下行自小便而出;《金匱要略》指出,治疗痰饮“当以温药和之”,故又用桂枝助阳化气,以导利水饮,从膀胱气化而出,为使药。由此不难看出,本方采用了“导水必自高源”的精神,从治肺(顺气消痰饮)入手,结合利水(治肾)、化湿(治脾),并运用“以温药和之”的经验,共奏下气、逐水、消饮之功。

3 加减法

若为包裹性积液,可酌加炙山甲 6~9g,皂刺 6~9g,以行散通络,达其病所。若胁痛明显时,可酌加青皮 10g,白蒺藜 9~12g,以疏肝理气止痛。若积液量较多,则可加焦白术 9~12g,车前子 10~15g,以增强健脾利水、燥湿化痰消饮之功。若口粘不爽,胸脘满闷,舌苔厚腻者,可加苏藿梗各 12g,佩兰 12g,以化湿利浊。若纳谷不馨,腹胀迟消者,可加鸡内金 10g,焦三仙各 10g,炒莱菔子 10~15g,以开胃消导。若肺卫失宣,郁而化热,症见发热恶寒者,可酌加苏叶 3~5g,薄荷 6~9g,银花 10~15g,以宣肺清热。若大便秘结或排之不畅,可酌加焦槟榔片 9~10g,川朴 9~12g,酒大黄(后下)3~5g。若病久饮邪难消,舌质紫暗,或有瘀斑瘀点者,可酌加活血化瘀之红花 9~12g,桃仁 9~10g,丹参 20~30g。

4 典型病例

杨某某,男,59岁。因高热伴憋气8天,于1996年4月8日入院。患者8天前无明显诱因突发高热,伴恶寒憋气,活动后尤甚及左胸胁部不适感。曾在外院就诊。3天后发热憋气症状加重,遂来我科住院。入院时患者体温39℃,端坐位,呼吸困难。查体见左侧胸胁饱满,左胸下部及腋下压痛,左肺自第四肋间开始叩浊音,呼吸

* 中日友好医院,北京市和平里樱花东路(100029)

收稿日期:1996-12-13

音明显减弱,未闻及干湿性罗音,心界叩诊不清,心率118次/分、律齐,肝脾肋下未触及。诊断性胸腔穿刺抽出淡黄色微混浊的渗出性液体,普通细菌培养和结核菌培养均未生长。根据患者高热恶寒,白细胞总数和中性分类明显增高及胸腔穿刺结果,初步诊断为细菌性胸膜炎。察其胸肋支满,咳唾引痛,气短而喘,苔白腻,脉沉滑左脉略弦,证属饮留肋下之悬饮。因肝气怫郁,肺失宣肃,水精不布,留聚肝胆之分野使然。治以宣肺降气利水渗湿。源堤归壑汤主之。处方:全瓜蒌30g,川椒目10g,杏仁10g,桑皮12g,茯苓30g,泽泻30g,陈皮12g,半夏10g,车前子(包)15g,炙山甲9g,白蒺藜12g,猪苓25g,焦白术10g,桂枝5g,每日1剂,水煎服。在服中药的同时,配合静点罗氏芬2g,每12小时1次。

上方服8剂后,患者体温逐渐降至正常,憋

气减轻,肺部叩诊浊音界下移,舌质暗、苔仍白腻,脉沉弦略滑。上方加佩兰12g,红花10g,以化痰祛浊。同时,罗氏芬减量2g,每日1次。

上方继进7剂,患者憋气明显减轻,唯感深呼吸时左胸肋不适。复查血常规已恢复正常,胸片示左侧胸腔积液明显吸收。查其舌淡红、苔薄白腻,脉略滑。虑其肝郁气滞,病久入络,遂于上方加青皮10g,皂刺6g,以疏肝理气,通络破坚,并停用罗氏芬。

上方服21剂后,诸证皆失,胸片示胸腔积液吸收,左侧胸膜增厚。追访6个月,已正常工作。

按:除此例患者外,我们以中医辨证为主,应用本方加减,还治疗了悬饮病患者11例,其中感染性胸膜炎(胸腔积液)8例,风湿性胸膜炎(胸腔积液)2例,乳糜性胸腔积液1例,均取得了较满意的效果。

抗病毒退烧饮治疗病毒性发热76例

马翔* 吴菁* 杨雁* 肖玉臣* 王慧萍* 袁洪顺*

据统计,急性呼吸道疾病占有急性病的半数以上,全部急性呼吸道感染的90~95%由病毒引起,抗病毒退烧饮,经200余例高热患者服用,其退烧效果非常满意,现就近年来经病毒检测确诊者76例作一总结。

1 临床资料

两组共76例。抗退组:39例,男21例,女18例;年龄15~48岁,平均 31.5 ± 8.2 岁;初诊时体温 $39.3 \pm 0.7^\circ\text{C}$;其中流感病毒14例,副流感病毒17例,腺病毒5例,呼吸道合胞病毒3例。唑抗双组:37例,男17例,女20例;年龄17~53岁,平均 32.4 ± 6.4 岁;初诊时体温 $39.1 \pm 0.9^\circ\text{C}$;其中流感病毒16例,副流感病毒15例,腺病毒3例,呼吸道合胞病毒3例。

2 治疗方法

抗退组:服用抗病毒退烧饮(抗退饮):银花150g,连翘50g,柴胡30g,生石膏150g,大青叶30g,板蓝根30g,山豆根30g,射干30g,贯众20g,重楼30g,大青3g,麻黄5g,党参35g。每剂煎2次,混合后分2次服,5

小时一次,昼夜不停。体温正常后,再巩固用药1~2次。唑抗双组:病毒唑15mg/kg/日,分2次肌注。抗病毒口服液和双黄连口服液,各20ml,口服,6小时一次,昼夜不停。体温高于 40°C 时,加用少量解热针剂,使之勿再升,但不宜速降。

3 结果分析

药后体温开始下降时间:抗退组最早2小时,最迟约6小时,平均 3.41 ± 1.31 小时。唑抗双组最早6小时,最迟约18小时,平均 9.46 ± 3.52 小时。两组比较有显著性差异($P < 0.01$)。

4 讨论

从治疗结果看,抗退饮抗抑呼吸道病毒效果良好,退烧迅速而稳固,且其它症状、体征消失亦快,应为呼吸道病毒感染性高热之首选方。

抗退饮退烧优势在于重用诸清热解毒药抗病毒,快速清除致热原以治本,又用柴胡、石膏、麻黄迅速调降下丘脑已升高的体温调定点以治标,故退热迅速而稳固。银花此方用量,古今退热群方未曾见之,不足在于服药后大便略稀,胃微不适,停药随即恢复。另外,止咳效果不理想。

* 解放军第260医院,河北省石家庄市(050041)

收稿日期:1997-05-04