

谓之溢饮;咳逆倚息,短气不得卧,其形如肿,谓之支饮。”《诸病源候论》“人饮水浆,多水饮不消,停积为饮,而重因体虚受风冷,风冷搏于饮则成结实,风饮俱乘于脏腑,使阴阳不宣,……积年累月,故名为饮。”景岳全书》“水谷之余,停积不行,是即所谓饮也。”《证治汇补》“饮者,蓄水之名,自外而入。痰者,肠胃之液,自内而生。其初各别,其后同归。故积饮不散,亦能变痰,是饮为痰之渐……”。这个患者的发病临床表现与《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》描述想同。

但古今治饮证是以临床证状而设方,我治此例患者在术前据证而确诊,术后亲自观察乳糜液溢出情况与中医的饮证准确吻合真仍实际临证、目睹饮液(乳糜液)、跟踪治疗。所以术后患者腹泻如水我认为还是脾肾虚下元不固所致,本例患者既有上焦的肺失肃泄、又有中焦的脾失健运、也有下焦的水液储溜,三焦气化水液代谢失调的临床表现极为彰显。故仍以四君子汤益气健脾、补其中原、(取其土生金之意);辅以苓桂术甘汤温阳化饮,健脾利湿;以炒山药、山茱萸、五味子、芡实、甘、酸(涩),温阳补肾,固摄下焦,涩肠止泻(此 4 药取张锡纯用药之意)。大凡虚性泻泄无论多久用此四味药未有不效者,佐以艾叶味辛、苦,性温;归脾、肝、肾经;芳香温散,可升可

降;、乌药、辛,温。入脾、肺、肾、膀胱经。《纲目》:温中,逐冷,除湿;《本草从新》:“上入脾、肺,下通膀胱与肾。”具有顺气,开郁,散寒,止痛。治气逆胸腹胀痛,宿食不消,反胃吐食,我的临床体会:两药合用最善温中下二焦之阳,除中下二焦之湿;行中下二焦之气;利中下二焦之水,止中下二焦腑气不畅之痛。既能驱散胃与大小肠之寒,厚胃与大小肠之功,肥胃与大小肠之体,暖胃与大小肠之阳。改善并增强兴奋小肠循环、恢复小肠“泌别清浊”功能非此两药莫属,但凡夏季贪凉饮冷而致的胃脘及腹痛者选用两药有立竿见影之效。所以两药加入上方之中既助四君子汤增强温阳补气助胃肠兴奋运动作用,又能强化山药、山茱萸、五味子、芡实温阳补肾固摄下焦涩肠止泻之功。使以干姜、薏苡仁以助主方温阳化饮,健脾利湿之功。是以田某虽病情甚重,术后在恢复胃肠功能方面西医无良策,故用中药善后治疗,我个人认为,是选方用药恰当,符合“病痰饮者当以温药和之”之意。也是中医的“饮证”与西医的“乳糜”病的首例见证结合者、首例观察治疗成功者,可供同仁参考,不妥之处请批评指正。

* 河南省焦作市第三人民医院(454171)

补中益气汤临床应用医案

王 东 剑*

补中益气汤出自金元时期著名医家李东垣之《脾胃论》,具有调补脾胃,升阳益气功效。主治脾胃气虚、气虚发热及清阳下陷诸证。其基本应用指征是体倦乏力、少气懒言、面色苍白、脉虚软无力等症。然不同的疾病,若其病机相同,就可用同一种方法治疗,所谓“异病同治”。笔者用本方加减治疗临床诸症,疗效满意。

案一:梁某,女,67岁,因“反复大便干结难解3年余”。于2008年8月初就诊,患者反复大便干结难解3年余,3~5日一行,每次仅能解羊屎样便数枚,自服泻下药或用开塞露有好转。长期应用上述药物,近1个月来无效;行肠镜检查未见异常。查:大便10余日未解,排便无力,腹胀,痞闷,恶寒、乏力、口干不欲饮,舌淡、脉细缓;诊为“便秘”,给予补中益气汤加味:黄芪30g,白术15g,当归15g,陈皮10g,升麻10g,柴胡10g,党参20g,炒厚朴15g,枳实10g,玉竹30g,木香10g,槟榔12g,鸡内金15g,焦山楂30g,炙甘草10g。服药2剂后,已能3日排便1次,服药8剂后,已能2日排便1次,且排便正常;随访月余,排便正常。老年性便秘临床较常见,老年脏器功能减弱,气血双亏为便秘之因。气虚则脾肺功能受损,肺与大肠相表里,肺气虚大肠传送无力,血虚则津枯失调,且老年人遇便秘常服泻下药,虽临时便畅,但久而耗气伤津,致气血更虚中气无力,形成恶性循环。补中益气汤善补脾肺之气,使肺气正常肃降,脾胃运化正常,大肠传导司职而收效。

案二:苏某,女,33岁。近2年来月经先后不定期,经

期延长,起初血流如注,色淡红,质稀,继之淋漓不尽,伴神倦乏力,气短懒言,舌淡、苔白,脉沉细无力。诊断:功能性子宫出血。予补中益气汤加减。处方:黄芪30g,乌梅炭20g,党参20g,白芍15g,白术12g,陈皮10g,炮姜10g,五味子10g,蒲黄炭10g,血余炭10g,柴胡6g。每天1剂,水煎服。服1剂,月经量明显减少,继服3剂,月经干净。续以补中益气汤加减调理至次月月经来潮时,月经量、色泽、经期均已恢复正常。脾主运化,为气血生化之源;又能统摄血液、循行于脉中。脾胃健旺,运化正常,既能生血又能摄血;脾气虚弱则运化失常,不能统血,血不归经,妄行脉外。如月经来潮,冲任失约而发崩漏。治宜益气固本,温经止血为法。故以补中益气汤益气固本,加蒲黄炭、血余炭、乌梅炭、炮姜温经止血,服1剂即经量减少。尽剂则崩漏止,后守方调理而愈。

案三:张某,女,43岁,于2007年3月2日初诊,患者因头痛4年余再发1周就诊。患者近4年来反复头痛,痛势绵绵,遇烦劳则加重,伴夜不能寐,纳差、畏寒,全身乏力,曾自服止痛药,疼痛稍缓解,近1周来,持续疼痛,服止痛药无效。查:面色萎黄,舌体胖嫩,苔白滑,脉沉细。证属气虚头痛,治则:健脾益气,升举阳气。方选补中益气汤加味:黄芪30g,白术15g,当归15g,柴胡10g,炙升麻10g,党参30g,蔓荆子10g,川芎12g,2剂,水煎,每日服2次,复诊时诉头痛明显减轻,复前方续服6剂,头痛消失。头痛之病因虽多,但不外乎外感与内伤,头为“诸阳之会”,又为髓海所在,主要依赖肝、肾之精血濡养

及气血上充于脑,故内伤头痛,其发病之因与肝、脾、肾三脏有关。该患者之气虚头痛,予补中益气汤健脾益气,川芎、蔓荆子上行头目,祛风止痛。《张氏医通·头痛》:

“烦劳则头痛,此阳虚不能上升,补中益气加蔓荆子。”

* 江苏省海门市中医院(226100)

类风湿关节炎的中医药诊治体会

李 金 鹏*

类风湿性关节炎(RA)是一种以关节和关节周围组织的非感染性炎症为主的多系统自身免疫性疾病。属中医学“痹证”、“顽痹”、“历节风”范畴。本病因机体感受风寒湿热外邪,痹阻经络关节而致。因感受外邪轻重、机体阴阳寒热虚实等体质因素不同,居处环境以病变过程中三者之间相互作用影响,而临床表现较为复杂,且易发生变化,在临床上结合 RA 的发病特点及临床表现,进行分期综合辨证施治,取得较为满意的疗效。

1 急性活动期

急性活动期以早期急性发作或慢性过程中的复发、急性活动等形式为主要表现的阶段。多起病急骤,症状突出,以关节的红肿、热痛、晨僵为特征性表现,常见四肢小关节、指间关节梭形肿胀,掌指(跖趾)、腕、肘、膝、踝等关节的疼痛;局部皮温升高,关节压痛明显,晨起关节僵硬,时间长,发病过程中多伴见发热,口渴,便干溲赤,舌质偏红、苔黄或黄腻,脉多呈滑数或濡数。治法宜以攻邪为主,祛邪同时亦要扶正。因为正虚是类风湿关节炎发病的内在因素。正如《灵枢·百病始生》云:“风雨寒热不得虚,邪不能独伤人,……此必因虚邪之风,与其身形,两虚相得,乃客其形”。在 RA 的发病机制中。正虚是致痹的内在因素。机体正气不足时,外来风寒湿热邪才可乘虚侵袭肢体关节肌肉。使经脉闭阻不通,而发痹病。因此,可分为风湿寒型、风湿热型及正气虚型。常用药如黄芪、党参、苍术、陈皮、防风、防己、羌活、独活、细辛、青风藤、淫羊藿等,若郁久化热,加知母、虎杖、忍冬藤、金银花、黄柏等。

2 缓解期

缓解期即是病情相对稳定、相对静止阶段,其表现为关节已变形,活动时疼痛明显,屈伸受限,肌肉刺痛,肢体麻木,皮肤弹性差,按之稍硬,或有皮下结节,多伴有面色黧黑,眼睑浮肿,舌质多暗红、苔白滑,脉弦或弦滑。《类证治裁·痹证》说:“痹久必有瘀血。”现代医学认为,RA 可见滑膜内小血管增生,栓塞形成及血管出血^[1]。可见痰瘀胶着于骨骱,痹阻经络,损害筋骨关节,导致关节肿

大变形,肢体僵硬。故此期病机为痰瘀蕴阻。治法以化痰祛瘀为主,临床应用时需灵活选用活血化瘀药物。如寒邪偏重时,可选用温性的活瘀化瘀药物,如丹参、红花、没药等;因热邪偏重者,可先选用赤芍、丹参、全蝎等凉性活血化瘀药物。

3 晚期

顽痹多见于 RA 晚期,由于关节出现骨质疏松,关节破坏,纤维化或骨强直,其表现为形体消瘦,关节变形,肌肉萎缩,骨节烦痛。关节肿胀畸形,活动受限,时有筋脉拘急,腰膝酸软,心悸气短,舌淡无华,脉细弱,此期多为病痹日久,正虚邪恋之候,责之于肝阴亏虚,肾精不足,气血两损,痰瘀互凝,脉络痹阻。王肯堂《证治准绳》明确指出:“痹病有风、有湿、有寒、有热,……皆标也;肾虚,其本也。”由此可见,肾虚是痹病发生的重要内因。治当培补肝肾,舒筋止痛。常用药物有黄芪、当归、龟甲、羌活、独活、防风、桑寄生、续断、丹参、狗脊、山茱萸、巴戟天、千年健、牛膝、杜仲等药。实验表明,一些补肾药如骨碎补、熟地黄、川断、鹿角胶等有促进骨生长的作用。

4 治疗过程中应时时顾护脾胃

李东垣在《脾胃论》中曾提出“内伤脾胃,百病由生”。因 RA 病程长,病情迁延不愈,符合“湿”的病理特性,内湿之因在于脾。外湿亦容易困脾。故脾胃功能强弱在痹证发病中起着重要的作用。任氏^[2]认为,祛风药多伤及脾胃、损伤中阳。故临证用药强调顾护脾胃,处方时即使无明显的消化道症状,亦当加入化湿开胃、制酸止痛之药砂仁、乌贼骨等。一旦出现脾胃受损的症状,以顾护脾胃为主。所以在治疗过程中须时时顾护脾胃。

参考文献

- [1]邓洁. 类风湿性关节炎[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2003:201-205.
- [2]张建立. 任建华副主任医师运用培补脾肾法治疗类风湿性关节炎经验[J]. 甘肃中医学院学报, 2009, 26(3):1-2.

* 天津中医药大学中医骨科专业研究生(300193)

益气健脾补肾、解毒化瘀法治疗 骨髓增生异常综合征患者 1 例

徐 立 山*

笔者采用中医辨证论治,益气健脾补肾、解毒化瘀法,临床治疗 1 例骨髓增生异常综合征(MDS)患者,效果较好,现将案例综述如下。

徐某某,男,37 岁,职员。患者于 2004 年元月发病,进行性贫血,全血细胞减少,发病月余,于 2 月 16 日赴京某医院血液科住院,血液分析血 RBC $1.25 \times 10^{12}/L$, Hb